

Stiftelsen Østfoldforskning

**Evaluering av  
folkehelsearbeidet  
i  
Rakkestad kommune**

**Helge Ramsdal**

**og**

**Knut Aarvak**

Desember 2002

## RAPPORTFORSIDE

<b>Rapportnr:</b> OR. 31.02	<b>ISBN nr:</b> 82-7520-468-2 <b>ISSN nr:</b> 0803-6659	<b>Rapporttype:</b> Sluttrapport, hovedrapport
<b>Rapporttittel:</b> Evaluering av folkehelsearbeidet i Rakkestad kommune		<b>Forfatter(e):</b> Helge Ramsdal og Knut Aarvak
<b>Prosjektnummer:</b> 380720	<b>Prosjekttittel:</b> Evaluering av folkehelsearbeidet i Rakkestad kommune	
<b>Oppdragsgiver(e):</b> Rakkestad kommune		
<b>Oppdragsgivers referanse:</b> Torild-Dramstad Nilsen		
<p><b>Resymè:</b> Folkehelseprogrammet i Rakkestad har vært rettet inn mot følgende tre innsatssområder: Det Trygge, Sunne og Levende Rakkestad.</p> <p>Samlet fremstår Folkehelseprogrammet i Rakkestad som rimelig vellykket bedømt ut fra deltakernes erfaringer . Ser vi på de konkrete resultatene så er disse først og fremst knyttet til at man har fått bedre oversikt over ulykkeskader og helseproblemer i kommunen, skapt generelt større oppmerksomhet om forebyggende/helsefremmende arbeid, fått bekreftelse på at det man har arbeidet med er viktig og laget fremtidige forpliktende planer for gjennomføring av forebyggende/helsefremmende tiltak Men det generelle inntrykket er at folkehelseprogrammet først og fremst har blitt et kommunalt anliggende.</p> <p>Det anbefales at programmet fortsetter som et samlet program men med integrering av Trygge og Sunne Rakkestad i kommunens ordinære tjenesteyting mens Levende Rakkestad nettverksorganiseres med inkludering av flere frivillige aktører.</p> <p>Men programmet bør videreutvikles med større fokus på den strategiske innretningen av det, tiltakenes innhold mht mulighetene for å mobilisere befolkningen, rekruttering av "ildsjeler" samt informasjon/profilering av programmet.</p>		
<b>Emneord:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Folkehelse</li> <li>• Kommune</li> </ul>	<b>Tilgjengelighet:</b> <b>Denne side:</b> Åpen <b>Denne rapport:</b> Åpen	<b>Antall sider inkl. bilag:</b> 57
<b>Godkjent</b> Dato: 22.12.02		
<hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <b>Prosjektleder</b> (sign)	<hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <b>Instituttleder</b> (sign)	

## **Disposisjon:**

1. Bakgrunn for evalueringen og disponering av rapporten ..... side 4
2. Perspektiver på kommunalt folkehelsearbeid.....side 7
3. Folkehelsearbeidet i Rakkestad – bakgrunn, organisering  
og aktiviteter..... side 15
4. Resultatene av spørreskjemaundersøkelsen..... side 21
5. Drøfting.....side 30
6. Folkehelsearbeidet i Rakkestad –  
hva kan/bør gjøres videre..... side 36

Vedlegg 1. Spørreskjema

Vedlegg 2. Tabeller som ikke er med i rapporten

# **1. BAKGRUNN FOR EVALUERINGEN OG DISPONERING AV RAPPORTEN.**

## **1. 1. Om evalueringen av folkehelsearbeidet i Rakkestad.**

Stiftelsen Østfoldforskning fikk på forsommeren 2002 i oppdrag å evaluere folkehelsearbeidet i Rakkestad. Oppdraget gikk ut på å foreta en helhetlig vurdering av de strategier kommunen hadde valgt gjennom

- a) et spørreskjemaundersøkelse til et utvalg av kommunens innbyggere som hadde deltatt i arbeidet de siste fem åra,
- b) gjennom intervjuer med noen nøkkelpersoner i og utenfor den kommunale organisasjon, og
- c) gjennom de dokumenter som fantes i kommunens arkiv om arbeidet. Det kan også nevnes at folkehelsekoordinator har skrevet en prosjektoppgave i ”Videreutdanning i helse og miljø” som gir hennes vurdering av bakgrunn, organisering og arbeidets gang.

Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført ved at det ble sendt ut skjema til samtlige deltakere i de utvalg og arbeidsgrupper som hadde deltatt i folkehelsearbeidet de siste årene. Dette utvalget ble foretatt av folkehelsekoordinator i kommunen, og omfattet til sammen 75 personer. Selve spørreskjemaet ble utarbeidet av evaluatorene i samarbeid med folkehelsekoordinator og rådmannens plan- og utviklingsgruppe. Et poeng var at STØ for et par år siden foretok en evaluering av folkehelsearbeidet i Østfold, knyttet til det da fylkeskommunalt styrte Folkehelseprosjektet. Dette prosjektet omfattet fire kommuner, og det var et ønske om å sikre at en på noen nøkkelpunkter kunne sammenlikne erfaringene fra Rakkestad med resultatene av denne undersøkelsen. Spørreskjemaet i Rakkestad omfattet spørsmål om fire tema:

- 1) Bakgrunn, deltakelsesform og –omfang for respondenten,
- 2) Erfaringer med ulike strategier og aktiviteter
- 3) Folkehelsearbeidets forankring i befolkningen, lokalsamfunnet og kommuneorganisasjonen
- 4) Vurderinger av oppnådde resultater (se spørreskjema vedlagt).

Etter purrerunde – og en ekstra påminning ut over det gjennom en av lokalavisene - kom der inn 32 skjemaer, det vil si ca. 40 %. Den lave responsen kan nok delvis forklares gjennom den bredt sammensatte gruppen som fikk tilsendt skjemaet. Alle som på et eller annet tidspunkt på en eller annen formell måte var knyttet til folkehelsearbeidet fikk tilsendt skjemaet. For noen var engasjementet derfor kun knyttet til avgrensede oppgaver for noen år siden, og det var forventet at mange herfra ikke uten videre ville svare. Det er derfor viktig å kunne identifisere en mer engasjert kjernegruppe, de som har de mest kvalifiserte synspunkter på erfaringene med arbeidet. Som vi skal komme tilbake til er det imidlertid også mye som tyder på at den manglende responsen på skjemaet kan ha sammenheng med de utfordringene det innebærer å skape lokalt engasjement i folkehelsearbeidet.

Kvaliteten på de innsendte skjema varierer også mye – fra de som kun svarer på de lukkede svaralternativer til de som redegjør relativt utfyllende for synspunkter der de i skjemaet inviteres til det. Vi har systematisert også kommentarene på de åpne spørsmålene, og sett disse kommentarene i sammenheng med de vurderingene av folkehelsearbeidet som fremkom i intervjuene.

Det ble foretatt 11 intervjuer med nøkkelpersoner. Dette dreiet seg om kommunenes øverste politiske og administrative ledelse, noen etatsjefer og andre kommunalt tilsatte som på ulik måte er engasjert i problemstillingene folkehelsearbeidet fokuserer på, noen nøkkelpersoner fra selve arbeidet, samt representanter fra lokalavisene (se vedlegg 2). Disse intervjuene dreiet seg om erfaringene med folkehelsearbeidet i kommunen, i utgangspunktet etter samme tematiske form som spørreskjemaet. I praksis var det imidlertid nødvendig å tilpasse intervjuene til den enkeltes spesifikke engasjement og erfaringer. Ettersom disse intervjuene forutsatte anonymitet, og det dreier seg om et fåtall personer, har vi valgt ikke å redegjøre detaljert for de synspunktene som fremkom. Vi konstaterte imidlertid at vurderingene samsvarte med resultatene av spørreskjemaundersøkelsen på mange felt, men hadde i flere tilfeller en mer kritisk tone enn tilfellet var i spørreskjemaundersøkelsen. Et aspekt ved dette kan være at det er god tone å underkommunisere problemer og kritikk når en vet at resultater skal benyttes i offentlige sammenhenger, og at en i kommunen – som påvist i mange andre små kommuner – ofte opplever en konsensuskultur, der en ikke alltid er eksplisitte og direkte i diskusjonsformen.

Det tredje datasettet vi har benyttet er kommunale dokumenter fra hele perioden folkehelsearbeidet har vært utskilt som prosjekt og som lokalt satsningsområde. Her er kommunale planer, politiske vedtak og underliggende saksdokumenter sentrale. Dokumentene er samlet av folkehelsekoordinator, og vi har forutsatt at de gir et representativt bilde av de formelle grunnlag folkehelsearbeidet i kommunen bygger på. I litteraturlisten bak er det gitt en oversikt over de kommunale dokumentene.

Vi har valgt å foreta en drøfting av ulike perspektiver og synspunkter på folkehelsearbeidet slik disse fremstår som et hovedinntrykk fra spørreskjemaundersøkelsen, intervjuer og dokumenter, og har lagt særlig vekt på hvilke grep en kan ta i det fremtidige arbeide med å bedre folkehelse i kommunen. Evalueringen kan derved sies å ha et ”formativt” preg, idet forutsetningen er at resultatene kan benyttes som grunnlag for å justere og forbedre det fortsatte arbeidet på feltet.

## **1. 2. Om disponeringen av rapporten.**

Evalueringer av helhetlige kommunale arbeidsformer knyttet til folkehelsesatsninger er ikke vanlige. Det er en stor avstand mellom de ideelle fordringer om å satse på kommunalt folkehelsearbeid og erfaringsbasert og systematisert kunnskap om hvordan en skal praktisk gjennomføre det. Vårt ønske har vært at evalueringen kan bidra også til å antyde hvilke analytiske inntak en kan benytte for å videreføre systematiseringen av denne kunnskapen. Derfor har vi valgt å se evalueringen av folkehelsearbeidet i Rakkestad i en større sammenheng. Dette innebærer at rapporten innledningsvis tar for seg noen nøkkelbegreper, teoretiske perspektiver og erfaringer fra andre undersøkelser av forebyggende helsearbeid. Vi presenterer deretter et enkelt analyseopplegg, der vi viser hvilke valg kommunene står overfor når de skal utforme strategier for et helhetlig folkehelsearbeid. Her vektlegger vi at kommunene har mange muligheter til selv å velge både hvilken styrke de vil legge i dette arbeidet, hvilke tema en vil fokusere på, og hvilke organisasjonsformer en vil gi arbeidet lokalt. Deretter gjennomgår vi dataene fra saksdokumenter, spørreskjemaundersøkelsen og intervjuene i Rakkestad. På grunnlag av dette foretar vi en drøfting av de funn vi har registrert, og avslutningsvis presenterer vi noen forslag til hvordan en kan videreføre folkehelsearbeidet i kommunen dersom en ønsker å møte de utfordringer resultatene av evalueringen viser.

## **2. PERSPEKTIVER PÅ KOMMUNALT FOLKEHELSEARBEID.**

### **2.1. Innledning.**

Forebyggende og helsefremmende arbeid er preget av mange mål og intensjoner. Mange av de utfordringer arbeidet med forebyggende og helsefremmende tiltak står overfor, er forankret i de økonomiske og kulturelle kjennetegn ved moderne samfunn. Å skulle arbeide for å motvirke negative konsekvenser av prosesser som i hovedsak har sterk oppslutning i det norske samfunn, er ingen lett oppgave. Det forebyggende og helsefremmende arbeidet i Rakkestad kommune skjer derfor, som tilfellet er for andre kommuners strategier på feltet, i skjæringspunktet mellom ideelle fordringer til individuelle og samfunnsmessige valg på den ene side, og de begrensninger og rammer som settes av den enkelte innbygger eller kommunes opplevelse av å leve i "nødvendighetens rike". Her vil økonomiske, praktiske og andre hensyn sette rammer for arbeidet. I dette skjæringspunktet skjer endringer langsomt, og en kan oppleve mange tilbakeslag.

Rakkestad kommunes folkehelsearbeid er på mange måter en refleks av sentrale politiske føringer om å satse på dette området. Det faglig-politiske grunnlaget for arbeidet i kommunen er knyttet til sentrale myndigheters definisjon av folkehelsearbeid:

*"Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke de verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon"* (NOU 1998:18 – Det er bruk for alle, s. 12.).

En har også lagt vekt på å følge de nasjonale føringene for prioritering av oppgaver innenfor folkehelsearbeidet. I inst. S nr. 118 (1993-94) ble det pekt ut fire innsatsområder for det helsefremmende og forebyggende arbeidet:

- psykososiale problemer
- belastningslidelser
- ulykker og skader
- astma, allergi og inneklimasykdommer

Videre en det gitt prioritet til en strategi for å forebygge livsstilssykdommer knyttet til hjerte- og karsykdommer, der en satser på bedre kosthold, begrensning av tobakksepidemien og mosjon.

Et aspekt ved folkehelsearbeidet er at det i stor grad forutsettes å skje lokalt, samtidig som statlige føringer skal bidra til at de mål og prioriteringer som er nevnt over, også nedfeller seg i lokale prosesser. Utfordringene for å iverksette tiltak lokalt er imidlertid formidable. I NOU 1998:18 heter det for eksempel at:

*”Erferingene.. viser at det er i kommunene forebyggingsarbeidet må forankres, men samtidig er det mye som peker i retning av at kommunene ikke prioriterer forebyggende og helsefremmende arbeid” (ibid. s.11.).*

Dette synspunktet deles også av helseminister Høybråten i hans folkehelsepolitiske redegjørelse for Stortinget i mai 1999. Her vektlegges det også at det i tillegg til de satsingsområdene som er pekt ut er et sentralt mål å dreie strategiene mer i retning helsefremmende folkehelsearbeid, med særlig vektlegging av psykososiale problemer og psykiske lidelser (Stortinget 10.5.1999).

I ulike politiske sammenhenger er det påpekt behovet for å gjøre folkehelsearbeidet mer effektivt, blant annet ved å satse på forsknings- og kunnskapsbaserte strategier. Samtidig påpekes det at det mange ganger er vanskelig å måle effekter, i hvert fall på kort sikt. I sentrale myndigheters tilnærming til forebygging er det også pekt på at dette arbeidet dreier seg om svært omfattende, til dels ulike, tilnærminger. I SHD's folkehelse rapport fra 1999, heter det for eksempel at forebyggende og helsefremmende arbeid omfatter fire ulike strategier, de to første kan betegnes som ”helsefremmende”/primærforebyggende ved at de griper fatt i årsakene til sykdom, og de to sistnevnte som kan betegnes som ”sykdomsforebyggende”:

- 1) Å fremme helse og hindre årsaker til at sykdom utvikler seg
- 2) Å påvirke kjente risikofaktorer for sykdom
- 3) Å gjenvinne helse når den allerede er svekket/sekundærforebygging
- 4) Rehabilitering/tertiærforebygging



Bortsett fra de lovpålagte oppgaver kreves det en ekstra innsats og en bevisst prioritering for at folkehelsearbeid skal komme på dagsorden i kommunene. Rakkestad kommunes erfaringer med folkehelsearbeidet er viktige nettopp fordi kommunen er oppfattet av mange som en foregangskommune i folkehelsesatsing. Kommunen har vært høyt profilert som dette regionalt og nasjonalt. Det er derfor av stor interesse å formidle de erfaringene kommunen har med sitt folkehelsearbeid – også ut over de mer umiddelbare problemstillinger knyttet til videreføring, prioritering og eventuelle omorganiseringer av folkehelsearbeidet i kommunen.

Det arbeides nå med en stortingsmelding der en venter at de tilnærminger til en styrking av folkehelsearbeidet som NOU-en legger opp til videreføres. Det er ennå for tidlig å si noe om hvilke konkrete opplegg en vil foreslå for å styrke det kommunale folkehelsearbeidet. I praksis vil de statlige virkemidler på området være avhengig av hvordan en legger balansepunktet mellom generelle forvaltningspolitiske prinsipper for den statlige styringen av kommunene på den ene side, og den kunnskap en har om hvordan helsefremmende og forebyggende arbeid kan organiseres lokalt på den annen side.

Offentlige dokumenter gir vanligvis et inntrykk av at lokalt folkehelsearbeid ut over lovpålagte oppgaver er vanskelig å få til, og særlig at det er vansker med å opprettholde langsiktig engasjement og prioritering. Et aspekt ved dette er at det forebyggende og helsefremmende arbeid som er forankret i helsesektoren, knyttet til bestemte profesjoner (som leger og helsesøstre) og organisert i en hierarkisk struktur – fra helsetilsyn via fylkeslege til kommunale leger og helsestasjonsvirksomhet – er relativt klart avgrenset. Det er likevel symptomatisk at denne ”helsesektormodellen” betegnes som ”gårsdagens modell for forebyggende og helsefremmende arbeid” (NOU 1998:18), og at det nå legges opp til mindre sektorbaserte, helseprofesjonsforankrede og hierarkiske strategier på området. Dilemmaet er da at folkehelsearbeid integreres i den kommunale organisasjonen, der det ”forsvinner” fra dagsorden, at de statlige styringsmidlene – f.eks. overføringsordninger – blir integrerte i generelle styringstiltak, og at folkehelsearbeid ikke får profesjonelle representanter i lokalsamfunnet.

I virkeligheten opplever en imidlertid at kommunenes folkehelsearbeid er en blandingsform mellom lovpålagte tjenester knyttet til ”sektormodellen” og selvstendige initiativ – ofte organisert som prosjekter og tiltak som integreres i kommunens virksomhet utenfor legetjenestene og helsestasjonsvirksomheten. I NOU 18 er det for eksempel foreslått at en

skal overføre midler til helsefremmende og forebyggende arbeid ”øremerkede tilskudd som rammetilskudd” i prøvekommuner, noe som nettopp reflekterer spenningen mellom den generelle statlige forvaltningspolitikken overfor kommunen og de behov for å spisse styringen mot feltet for å sikre en styrking gjennom lokale prioriteringer. Øremerkede tilskudd oppfattes også som kontraindikativt i ”forhold til verdien av lokaldemokratiet sett i sammenheng med empowermentstrategien og lokalsamfunnsutvikling som verktøy i helsefremmende arbeid” (NOU 18, s.239).

## **2.2. Om folkehelsearbeidet i Østfold – evaluering av Folkehelseprosjektet 2000.**

Østfold har på mange måter vært ansett som et ”folkehelsefylke”, blant annet fordi en her over lengre tid har hatt en strategi for å utvikle samarbeid mellom kommunene og fylkeskommunen på dette feltet. De seinere årene har dette samarbeidet vært knyttet til et prosjekt – Folkehelseprosjektet i Østfold. Arbeidet i prosjektet er senere blitt videreført i ”Folkehelseprogrammet”, der også Rakkestad deltar. I 2000 ble det foretatt en evaluering av Folkehelseprosjektet (Aarvak og Ramsdal 2000). Denne evalueringen var basert på samme type datasett som den herværende Rakkestad-evalueringen, og på noen områder kan evalueringen derfor gi nyttige innspill til problemstillinger en bør vær opptatt av i lokalt folkehelsearbeid mer generelt. Undersøkelsen dreiet seg om vurderinger av Folkehelseprosjektet slik deltakerne i prosjektet erfarte det. De konklusjonene som ble trukket fra dette prosjektet, som omfattet fylkeskommunale og kommunale aktiviteter, men også med statlig deltakelse, omfattet arbeid i fire kommuner; Sarpsborg, Våler og Spydeberg, satningsområder omhandlet blant annet belastningslidelser, astma-/allergi, fallulykker, og psykososiale problemstillinger. Evalueringen oppsummerte at prosjektet totalt sett kunne anses som relativt vellykket. Samtidig var det mange nyanser i dette bildet:

- Det var en klar tendens til at de som har deltatt i folkehelsearbeidet generelt, og i delprosjektet om fallulykker i hjemmet var mest fornøyde.
- De som kom fra Våler kommune var mest fornøyde med resultatene av prosjektet.
- Den viktigste grunnen til at en oppfatter at prosjektet var vellykket, var at det har ført til økt oppmerksomhet og kunnskap om folkehelse spørsmål i kommunene.

- Den nest viktigste grunnen oppfattes å være bedre samarbeid mellom kommunale sektorer og mellom forvaltningsnivåene.
- Omtrent like mange oppgir endringer i kommuneorganisasjonen, særlig økt politisk engasjement, som en viktig grunn til at prosjektet ble vellykket.
- Den viktigste grunnen til at prosjektet ble ansett som mislykket var manglende samarbeid og forankring, både i og mellom fylkeskommunale og kommunale instanser.

Alt i alt må resultatene av Folkehelseprosjektet i Østfold anses som relativt gode. Det var en klar tendens til å avgi positive svar på spørsmål om prosjektets mål, organisering, fremdrift og resultater. Det må imidlertid understrekes at det var ulike erfaringer med prosjektet, og at delprosjektet om fallulykker i hjemmet og det generelle folkehelsearbeidet var mest vellykket. Andre deler av prosjektet synes å være mindre vellykket. Samtidig var oppfatningene om grad av vellykkethet ulike, og særlig skilte deltakerne fra Våler kommune seg ut ved å ha den klart mest positive evalueringen av prosjektet. I forhold til våre problemstillinger her er det verdt å merke seg at evalueringen av Folkehelseprosjektet viser særlig at det er der en kan måle resultater, og den kommunen der en har hatt størst politisk engasjement, deltakerne mener prosjektet var vellykket.

## **2.2. Noen analytiske perspektiver – og en analysemodell.**

De begrepsavklaringer som er foretatt foran, kan sammen med gjennomgåelsen av de strategier og perspektiver som er skissert, oppsummeres som et analytisk grunnlag for evalueringen av folkehelsearbeidet i Rakkestad.

Vi skal her ta utgangspunkt i en studie av kommunalt forebyggende arbeid som har hatt analytiske ambisjoner, Asbjørn Røiselands doktoravhandling fra 1996 : ”Statlige målsettinger og lokal praksis”. Den avhandlingen er kanskje det arbeidet som klarest viser hvordan moderne folkehelsearbeid skjer i spenningsfeltet mellom ulike krav og hensyn. Han lanserer et skille mellom en ”sektormodell” og en ”kommunemodell” for folkehelsearbeidet. ”Sektormodellen” er forankret i den klassiske organisering av helsearbeidet i etterkrigstiden, der det dreier seg om hierarkisk styring fra statlige sektormyndigheters side, forankret i helsedepartement og helsetilsyn, i kommunen er det helsetjenesten og helsearbeiderne som er

de sentrale mottakere og iverksettere av statlige opplegg. Fordelen med denne modellen er at den har en klar adressat og klare ansvarsforhold, ulempen er at den har begrensede lokale tilpasningsmuligheter. "Kommunemodellen" på sin side er preget av sterk lokal forankring, at det er kommunen, ikke sektoren, som er adressat og ansvarlig lokalt, og de sentrale myndigheter driver først og fremst verdipåvirkning overfor lokale aktører. Det som kjennetegner organiseringen av arbeidet innenfor rammen av "kommunemodellen" er "varierende formelle og uformelle samarbeidsorganer i hver kommune betinget av lokal organisering og lokale problem". Fordelen med denne modellen er at den gir lokal fleksibilitet, mens ulempene er uklare ansvarsforhold, og at for å lykkes må den ha lokalpolitisk forankring (Røiseland 1996:220).

De senere årene – blant annet som et resultat av kommunelovsrevisjonen av 1993 – har en opplevd at den tradisjonelle sektormodellen har vært utfordret av kommunemodellen. Røiseland hevder nå at *"det ikke er mye igjen av sektormodellen"....samtidig som det ennå er et stykke igjen til at kommunemodellen i sin idealtypiske form er etablert i praksis"* (s.221). Dette innebærer at lokale satsinger på forebyggende og helsefremmende arbeid skjer i skjæringspunktet mellom en "sektorlogikk" og en "kommunelogikk" – men at det er kommunemodellen som er premissgiver for det lokale arbeidet. Samtidig viser studier at kommunalt helsearbeid fremdeles er sterkt preget av den tradisjonelle statlige sektorstyring, og at for eksempel helsestasjonsvirksomheten – som jo er det feltet som er direkte knyttet til å iverksette helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid overfor barn og unge – ennå er dypt forankret i den statlige styringslogikken fra tiden før kommunelovsrevisjonen (Aarseth 1998).

Likevel kan de grepene en har foretatt i Rakkestad være et godt utgangspunkt for å studere folkehelsesatsingen der ut fra en "kommunemodell". Poenget er at kommunemodellen gir grunnlag for kommunal valgfrihet i faglige og politiske mål og prioriteringer, perspektiver, strategier og organisasjonsformer for folkehelsearbeidet. Litt av poenget er at dette i liten grad er satt i sammenheng i de statlige offentlige dokumenter der en drøfter utformingen av det lokale arbeid på dette området i fremtiden. Det er snarere dilemmaet ved at statlige styringsinstrument ikke lenger er så lett-tilgjengelige etter etableringen av "kommunemodellen" som er i fokus i mange av disse dokumentene, mens den kommunale utformingen av mål, strategier og arbeidsformer lett får preg av omfattende lister over hva kommunen kan gjøre – hvis de ønsker.

Noen viktige hensyn for hvordan det lokale folkehelsearbeidet bør utformes finnes imidlertid. Disse dreier seg blant annet om å sikre politisk, administrativ forankring, og hvordan skape oppslutning og engasjement i lokalbefolkningen. Videre dreier det seg om å satse på forebyggende strategier av ulik karakter, med ulike faglige metoder og med ulike fokus. Det er for eksempel, slik som vist foran, pekt ut nasjonale satsingsområder som en ønsker at de enkelte kommunene skal arbeide med for å fremme den nasjonale folkehelsen. Sett ut fra kommunemodellens perspektiv vil det da være avgjørende at dette lokalt oppleves som relevante og viktige felt også i forhold til de helseproblemer en har i den enkelte kommune.

Når evalueringen i Rakkestad tar utgangspunkt i den logikken ”kommunemodellen” representerer er det fordi de ytre kjennetegn ved satsingen tilfredstiller de krav til lokalt initiativ, forankring og organisering som denne modellen forutsetter: Initiativet kom fra politisk ledelse i kommunen, en arbeidet hardt for å sikre politisk og administrativ forankring, og en var svært bevisst i forhold til spørsmålet om hvordan en skulle sikre lokalbefolkningens, næringslivets og frivillige organisasjoners oppslutning og engasjement. Det er som nevnt innenfor denne rammen at en i satsningen har foretatt valg – mer eller mindre eksplisitte – på ulike dimensjoner – og derved gitt satsingen sitt lokale særpreg.

Her skal vi peke på noen av de aspekter som en helhetlig evaluering av kommunalt folkehelsearbeid bør ses i forhold til. Det dreier seg om valg mht. hvilke typer folkehelsestrategi en taler om – er det primær-, sekundær eller tertiærforebygging? Videre dreier seg om det faglige fokus på de innsatsområdene en velger ut – er det vektlegging av somatiske/fysiske helseproblemer, eller er det fokus på psykososiale/psykiske problemer? Er det et fokus på målbare og kortsiktige aktiviteter, der resultatene kan dokumenteres og folkehelsearbeidet kan evalueres eksakt, eller er det fokus på de ikke-kvantifiserbare, og ofte også langsiktige effektene av arbeidet? Er organiseringen preget av integrasjon til driftsorganisasjonen – slik at de ulike sektorene/virksomhetene også har hånd om forebyggende og helsefremmede arbeid – eller er det skilt ut som en prosjektorganisasjon, eventuelt organisert på andre måter, for eksempel gjennom nettverksorganisering – der kommunen inngår som en lokal partner på linje med andre lokale aktører, slik for eksempel LA21-arbeidet kan tenkes organisert?

De spørsmålene som er stilt foran, kan oppfattes som valg på ulike dimensjoner som en vil (eksplisitt eller implisitt) måtte forhold seg til i utformingen av det lokale folkehelsearbeidet. En kan selvsagt også velge å gjøre begge deler – dvs. at en søker å ivareta bredt definerte hensyn på noen av disse dimensjonene. Det er sammenhengen mellom de valg som foretas på de ulike dimensjonene som legger grunnlaget for den ”habitus” (egenforståelse/”profil”) engir arbeidet. Som et grunnlag for å evaluere arbeidet i Rakkestad kan det derfor være nyttig å se hvordan folkehelsearbeidet der plasseres på de ulike dimensjonene, og i hvilken grad og på hvilken måte det har endret karakter i løpet av de årene satsingen har vart. De dimensjonene vi er opptatt av dreier seg ikke om gjensidig utelukkende kategorier, men om valg der en kan ivareta flere hensyn, og gjerne dekke hele spekteret av valgmuligheter på den enkelte dimensjonen.

I evalueringen skal vi først vise hva som karakteriserer folkehelsearbeidet i Rakkestad med utgangspunkt i disse spørsmålene/dimensjonene. Dette skal vi gjøre etter en gjennomgang av folkehelsearbeidets historie de siste seks årene, slik denne fortoner seg sett ut fra de kommunale dokumentene. Gjennom dette håper vi å få et grunnlag for å vurdere hva som har fungert bra og mindre bra, og hvordan en kan forbedre satsingen i fremtiden. I det påfølgende kapittel tar vi for oss resultatene av spørreskjemaundersøkelsen. Deretter foretar vi en helhetlig vurdering av folkehelsearbeidet, og lanserer alternative måter en kan videreføre arbeidet.

### **3. FOLKEHELSEARBEIDET I RAKKESTAD – BAKGRUNN, ORGANISERING OG AKTIVITETER.**

#### **3.1. Bakgrunnen for og utviklingen av arbeidet.**

Utgangspunktet for folkehelsearbeidet som satsingsområde i kommunen var et politisk initiativ fra den daværende ordfører i 1996. Det synes som om det var tre forhold som utløste arbeidet: For det første at det var et ønske om å profilere Rakkestad – å finne en ”logo” for kommunen. For det andre ønsket en å delta i det arbeidet som var gjort i andre kommuner – særlig Spydeberg, om en styrking av folkehelsearbeidet, og for det tredje inspirasjonen fra det fylkeskommunalt styrte Østfold-prosjektet, der noen kommuner allerede deltok.

Folkehelsearbeidet i Rakkestad er dels knyttet til de lovpålagte oppgaver som alle kommuner skal gjennomføre. I evalueringen her er det imidlertid de ekstra satsninger kommunen har gjort som er i fokus. Dette arbeidet startet i midten av 1990-åra, og er nå i en overgangsfase, der evalueringen vil danne noe av grunnlaget for hvordan en viderefører satsningen. I løpet av de ca. seks årene satsningen har vart, har arbeidet til en viss grad endret karakter. I en kort gjennomgang av folkehelsearbeidet i Rakkestad er det mest naturlig å dele dette inn i to hovedfaser: i den første fasen var det arbeidet med en å bli godkjent som ”Trygt lokalsamfunn” som var hovedfokus, og i denne fasen var arbeidet organisert som et prosjekt. Etter dette, rundt årtusenskiftet, ble det reorganisert, prosjektorganisasjonen ble avviklet og prosjektleder gikk over i en fast stilling som folkehelsekoordinator, og fokus ble utvidet til en ”helhetlig” folkehelsestrategi. Dett hadde delvis sin begrunnelse i at dette måtte skje for å ivareta kravene godkjennelsen som ”Trygt lokalsamfunn” satte, delvis for å utvide fokus og innsatsområder.

#### ***1. Fase: Mot godkjennelse som ”Trygt Lokalsamfunn”.***

Rakkestad kommune startet arbeidet med å bli Trygt Lokalsamfunn i 1997, etter et vedtak i kommunestyret 1996. Dette arbeidet ble organisert som et prosjekt, med oppstart 1.1. 1997 og avslutning tre år seinere. Prosjektets fokus var på ulykkes- og skadeforebyggende arbeid, og målet var å bli godkjent som ”Trygt lokalsamfunn” (”Safe Community”) – et verdensomspennende nettverk knyttet til Verdens Helseorganisasjon. Etter å ha gjennomført prosjektet ble kommunen i 2000 godkjent som ”Trygt lokalsamfunn”. Rakkestad var da den andre kommunen i landet som oppnådde denne godkjennelsen , og er blant rundt 70

kommuner på verdensbasis som har slik godkjenning. Et av de viktige punktene i vedtaket om gjennomføringen av prosjektet dreiet seg om at prosjektplanene skulle integreres i kommuneplanen og andre relevante planer, og at det forebyggende elementet burde innarbeides i løpende arbeidsprogram for kommunens etater/virksomhetsområder. Kommunen bevilget 200.000,- hvert år de tre første årene, mens bruttobudsjettet var på ca. 500.000,- pr. år hvorav tre eksterne samarbeidspartnere (bl.a. Østfoldprosjektet, forsikringsselskapet Gjensidige og Helsedepartementet) sto for resten. Det ble også pekt på at prosjektet skulle ses i sammenheng med fylkets strategi ”Sammen for det sunne Østfold”, der en også hadde etablert et folkehelseprosjekt i samarbeid mellom noen Østfold-kommuner og fylkeskommunen (”Østfold-prosjektet”). Rakkestad ble imidlertid ikke med på det fylkeskommunale prosjektet, men hadde nære forbindelser med dette.

Prosjektet var opprinnelig organisert med fire arbeidsgrupper, og en fikk benevnelsen ”folkehelsekomite”, og fungerte som styringsgruppe for prosjektet. Folkehelsekomiteen besto av fem politikere fra formannskap/kommunestyre og fem fra administrasjonen, samt prosjektleder som sekretær. Gruppen var politisk ledet, og tre av de fem fra administrasjonen representerte helse- og sosialetaten. De øvrige gruppene ble organisert etter samme modell, det vil si at de var politisk ledet, hadde sekretær fra administrasjonen, og for øvrig med deltakelse fra næringsliv, statlig sektor, interkommunale tjenester, frivillige organisasjoner, tillitsvalgte og foreldrerepresentanter. Alle gruppene utarbeidet i løpet av det første året en handlingsplan, basert på grunnlag av fylkeskommunens folkehelseprosjekt og Stortingsmelding nr. 37 (1992 – 93): *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*”. (jf. litteraturlisten).

Felles for tre av disse handlingsplanene var at de etter vedtak i kommunestyret i januar 1998 skulle videreføres administrativt i rådmannens ledergruppe, og synliggjøres og ivaretas i kommunens handlingsprogram. Etter at disse handlingsplanene forelå, ble det ulykkes- og skadeforebyggende arbeidet (som ville være grunnlaget for godkjenning som ”Trygt lokalsamfunn”) videreført i eget prosjektet. Den opprinnelige styringsgruppen for prosjektet ble vedtatt oppløst og en ny knyttet til det ulykkes- og skadeforebyggende arbeidet etablert (Kommunestyrevedtak 29.01.98). Her ble det nå valgt en leder fra næringslivet, mens den øvrige sammensetningen var politikere, administrasjonen, lensmann, næringsliv, helselag, idrettslag, eldreråd og landbruk. Prosjektleder fortsatte som sekretær. Styringsgruppen valgte selv den videre organisering, og dannet fem ressursgrupper knyttet til områdene



skaderegistrering, tiltak for barn og unge, eldre, landbruk og trafikk. Det ble laget planer for aktivitetene som tok utgangspunkt i mål for struktur, prosess og effekt. Det ble hvert år gitt opplysninger om skadeomfang og tiltak i prosjektet, med til dels svært detaljerte registreringer.

I juni 1999 vedtok kommunestyret Kommuneplanen der visjonen for Rakkestad var ”den trygge kommunen”, med ”trygghet og omsorg i oppvekst og aldring”, ”trygge og varierte boområder, arbeidsplasser og næringsliv”, og ”arealbruk preget av muligheter, vern og trygghet” som viktige mål. Folkehelsearbeidet fikk her en nøkkelrolle, og ble betegnet som ”.. en bærende struktur som vever sammen helse, miljø og livsstil slik at livskvalitet blir fremmet”, og at forebyggende arbeid skulle være en del av planleggingen i alle sektorer i kommunen. (Kommuneplan s. 2.). Dette fokuset på folkehelsearbeidet blir også bekreftet i seinere plandokumenter.

### **2. fase: ”Et helhetlig folkehelsearbeid.”**

Andre fase i folkehelsearbeidet i Rakkestad tok utgangspunkt i et enstemmig vedtak i Kommunestyret om at det skadeforebyggende arbeidet skulle videreføres etter prosjektperioden som en del av et helhetlig folkehelsearbeid i kommunen. I dette lå også forutsetningen om at en skulle søke om godkjenning som ”Trygt lokalsamfunn”, der et av kravene var at en kunne vise til politisk vedtak om at arbeidet ville ha en langsiktig karakter. Det ble samtidig opprettet en 100%-stilling som folkehelsekoordinator knyttet til sentraladministrasjonen/rådmannens plangruppe. Prosjektleder ble tilsatt i denne stillingen og representerte derved en kontinuitet i folkehelsearbeidet mellom første og andre fase. Det ble forutsatt at det skulle utarbeides et folkehelseprogram, og at en forutsatte ca. 50% ekstern finansiering av aktivitetene, blant annet gjennom Østfold fylkeskommunes nye folkehelseprogram ”Livets kvalitet”.

2. fase kan delvis sies å være en naturlig oppfølging av de krav kommunen må tilfredstille i forhold til godkjenningen som ”Trygt lokalsamfunn”, om langsiktige strategier, dokumentert i planer, og iverksetting i tråd med disse planene. Organiseringen innebar også at prosjektorganisasjonen ble avviklet, og erstattet av et folkehelseforum, samtidig som folkehelsekoordinator, som var sekretær for forumet, fortsatt plassert i rådmannens stab.

Folkehelseforumet består av 20 medlemmer, hvorav minst halvparten skal representere ikke-offentlig sektor/brukergrupper. Forumet har nå fire folkevalgte, tre fra administrasjonen, mens de øvrige kommer fra andre sektorer, frivillige organisasjoner og grupper. Ordfører er leder for folkehelseforum.

Under folkehelseforum er aktivitetene organisert i tre arbeidsgrupper for de tre innsatsområdene ”Trygge”, ”Sunne” og ”Levende” Rakkestad. Her er det mellom 8 og 10 deltakere, med sammensetning tilsvarende folkehelseforum. Lederne for arbeidsgruppene velges blant medlemmene i hovedutvalgene (Trygge – teknisk sektor, Sunne – Helse- og sosialsektor, Levende – kultursektoren). Etatssjefene for de respektive sektorene er sekretærer for arbeidsgruppene. Ved kommunestyrebehandlingen var det enstemmige vedtak, inkludert å supplere arbeidsgruppene med ansatte fra skoler/barnehager.

Blant de første oppgavene var å foreslå 3 - 4 prosjekter som skulle fungere som ”plogspisstiltak” for de tre arbeidsgruppene. Her ble det blant annet foreslått

- Kurs/temadager for diabetes, kosthold, samliv, rus- og kriminalitetsforebygging,
- Fokus på sykkelbruk
- Generasjonspark i sentrum
- Nærmiljøgrupper i boområdene.

Blant de første arbeidsfelt for den nye organisasjonen var også å utarbeide et folkehelseprogram for kommunen. Folkehelseprogrammet ble gitt status som kommunedelsplan, og sendt på bred høring i kommunen og til statlige myndigheter. Alle høringsinstanser sluttet seg til planen, det samme gjorde kommunens politiske sektorutvalg, planutvalg/formannskap og kommunestyre. Et aspekt ved både høringsuttalelsene og planforslaget selv, var at en var opptatt av hvordan en skulle skape lokalt engasjement. I Folkehelseprogrammet ble dette særlig knyttet til en ”empowerment- og lokalssamfunnstrategi” – i tråd med blant annet anbefalinger fra sentrale myndigheter. Innenfor de tre satsingsområdene ble det til sammen valgt ut 12 tiltaksområder, blant dem noen av de som er nevnt foran.

I sin prosjektoppgave skriver folkehelsekoordinator at det, ut fra de intervjuene hun har foretatt, er en rekke faktorer som har betydning for hvordan arbeidet har gått. På den ene siden gir disse momentene inntrykk av positive erfaringer fra arbeidet, men også noen

betenkelige trekk: Det heter for eksempel at den politiske forankringen har vært god, men engasjementet har dalt etter at nytt kommunestyre ble valgt i 1999. Politikerne slutter (stort sett enstemmig) opp om saker knyttet til folkehelsearbeidet, men uten glød og engasjement, og stort sett uten debatt. Det hevdes også at den sentrale plassering av folkehelsekoordinator er positiv for administrativ forankring, men etatssjefene som sekretærer for gruppene er mer problematisk. Om organiseringen av arbeidet i arbeidsgrupper heter det at denne i hovedsak er god, men det er for lite aktivitet i flere av dem. Gruppene kan være for store, og det er stort forfall til møter i enkelte av dem.

I prosjektrapporten vises det til at organiseringen stort sett har vært vellykket, det er engasjementet "innenfor" de ulike enhetene som er utfordringen. Samtidig vises det til at en fremdeles har benyttet en organisering som minner om prosjektarbeidsformen: *"Et forum med stor bredde i kompetanse/bakgrunn, likeverdig deltakelse, flat struktur, "eiere" av spesielle folkehelseområder, fra flere målgrupper og arenaer – og med politisk ledelse* (Dramstad Nilsen s.20).

De kritiske kommentarene går på at folkehelseforum er for stort til å fungere effektivt, at det er behov for å finne flere ildsjeler, motivasjon hos deltakerne må bli bedre osv. Når det gjelder erfaringer med tverrsektorielt arbeid er oppfatningen blant de spurte sprikende, fra de som mener at sektorer er gode som forsvarere av fagområder til de som mener at sektorinndelingen er til hinder for folkehelsearbeidet og annet tverrsektorielt samarbeid.

### **En kort karakteristikk av folkehelsearbeidet i Rakkestad.**

I innledningskapitlet ble det vist hvordan en kunne "plassere" lokalt folkehelsearbeid tuftet på "kommunemodellen" gjennom de valg kommunen har foretatt mht. ulike dimensjoner i folkehelsearbeid. Med utgangspunkt i denne kan en konstatere at folkehelsearbeidet i kommunen hadde et bredt fokus, der en søkte å dekke alle former for forebygging. Den første fasen var likevel sterkt preget av primær- og sekundærforebygging, og arbeidet med "Trygt lokalsamfunn", med sitt fokus på forebygging av ulykker/skader innebar også at fokus i stor grad - men ikke totalt – var preget av fysiske/somatiske problemer, vektlegging av registreringssystemer som kunne gi grunnlag for målbare resultater, og der arbeidet var utskilt som prosjektorganisasjon. I neste fase - der helhetlig folkehelsearbeid var målet, ble det perspektivet utvidet, særlig ved at en gjennom "sunne" og "levende" Rakkestad utvidet fokus til mer vektlegging av psykososiale perspektiver, også mer vektlegging av ikke-

målbare/langsiktige forventede resultater, og at arbeidet i større grad ble integrert i driftsorganisasjonen gjennom folkehelsekoordinator og etatssjefenes sekretærfunksjon. Det er likevel riktig å hevde at videreføringen av ”trygge” fremdeles hadde preg av de valg en foretok i første fase, og at noen av de problemstillingene vi skal fokusere på videre, nettopp dreier seg om hvorvidt en maktet å skape politisk og administrativ forankring, støtte og engasjement i lokalbefolkning, frivillige organisasjoner og næringsliv.

## 4. RESULTATENE AV SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSEN.

### 4.1. Innledning.

Som nevnt foran var det 32 svar på spørreskjemaundersøkelsen. Spørreskjemaet besto av fire tema og til sammen 23 spørsmål. I tillegg til avkrysning i lukkede kategorier var det mange steder i skjemaet invitert til å komme med kommentarer som kunne utfylle opplysningene i de lukkede spørsmålene. Mange benyttet seg av denne muligheten, og vi vil i den videre fremstillingen også referere hovedpoengene fra disse kommentarene.

### 4.2. Respondentenes bakgrunn og erfaringer fra folkehelsearbeidet.

**Tabell 1** Hvilken rolle har du spilt i arbeidet?

<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Deltager i styringsgruppen	8
Deltager i Folkehelseforum	13
Deltager i undergruppe/arbeidsgruppe/r	18
Annet	5
Totalt antall svar	44

2 av de 32 har ikke svart på dette spørsmålet. Som vi ser har flere av deltakerne vært med i flere grupper. De fleste av medlemmene i Folkehelseforum har svart, og her er det også mange som i tillegg har deltatt i undergrupper (for eksempel "Trygge", "Levende", "Sunne").

**Tabell 2** I hvilken egenskap har du vært med i folkehelsearbeidet

<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Politiker	5
Administrativ ansatt	19
Frivillig organisasjon	6
Annet	4
Totalt antall svar	34

1 har ikke opplyst om egenskap, mens av de øvrige 31 oppgir hele 19 – dvs. over halvparten – at de er ansatt i kommunen. Vi har siden forsøksvis valgt å splitte dataene mellom ansatte i kommunen og andre (inkludert politikere) uten at dette har gitt signifikante utslag. På det generelle spørsmålet om folkehelsearbeidets grad av vellykkethet har vi beholdt denne splitten for å gi et inntrykk av ulike oppfatninger. Vi må samtidig understreke at det statistiske grunnlaget for å foreta slike oppsplittinger er meget svakt.

**Tabell 3 Hvilke aktiviteter har du deltatt i?**

Svar	Antall
Prosjektet ”Rakkestad, den trygge kommune”	16
Folkehelseforum	10
Trygge Rakkestad	12
Sunne Rakkestad	5
Levende Rakkestad	5
Totalt antall svar	48

1 har ikke opplyst dette, mens av de øvrige ser vi en rimelig god spredning på de ulike aktivitetene i arbeidet. Som vi ser der det særlig arbeidet med å gi Rakkestad status som ”Trygg kommune” gjennom prosjektet, og siden iverksettingen og videreføringen gjennom satsingen på ”Trygge Rakkestad” som dekker de fleste respondentene, og her er det også relativt stor grad av overlapping.

#### **Hvor lenge har du vært med i folkehelsearbeidet**

14 av respondentene svarer at de har vært med fra starten av og er fortsatt med, 8 er blitt med underveis, og er fortsatt med, mens 9 oppgir at de har vært med mellom 1 og 3 år men er ikke lenger med.

#### **4.3. Vurderinger av folkehelsearbeidets kunnskapsgrunnlag, mål og prioriteringer.**

Vi stilte flere spørsmål om hvilke vurderinger som en hadde av eget kunnskapsgrunnlag, og av de mål og prioriteringer som var valgt i folkehelsearbeidet.

På en nær oppgir alle respondentene at de kjenner de overordnede målene – flertallet oppgir at de kjenner målene godt, mens et mindretall hevder at de kjenner ”noe” til de overordnede målene for arbeidet. Et stort flertall mener at målene er definert klart og tydelig – 18 – det vil si ca. 70 % mener dette. 7 av de 31 som har svart oppgir at de mener målene kunne vært formulert noe klarere. Det samme flertallet oppgir at de innsatsområdene som er valgt er de riktige, mens 8 oppgir at de ikke har noen mening om dette.

**Tabell 4 Hvilken kjennskap har du til overordnede målsetninger/strategier for folkehelsearbeidet i Rakkestad?**

<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Kjenner de godt	18
Kjenner noe til dem	12
Kjenner de dårlig	1
Ubesvarte	1
Totalt antall svar	32

**Tabell 5 Hvordan vurderer du målene for folkehelsearbeidet?**

<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Har vært definert klart og tydelig	22
Kunne vært definert noe klarere	7
Uklart formulert	1
Ingen mening/kjenner for lite til dem	1
Ubesvarte	1
Totalt antall svar	32

**Tabell 6 Hvordan vurderer du valgte innsatsområder/strategier (Trygge, Sunne, Levende Rakkestad)?**

<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Det er valgt riktige innsatsområder/strategier	22
Det burde vært valg andre innsatsområder/strategier	1
Ingen mening	8
Ubesvarte	1
Totalt antall svar	32

#### **4.4. Folkehelsearbeidets organisering og forankring**

Et viktig mål i folkehelsearbeidet er å sikre lokal forankring for de prosesser som initieres. Dette dreier seg dels om forankringen til de politiske mål som kommunen for øvrig arbeider etter, dels om forholdet til frivillige organisasjoner, og om forholdet til lokalsamfunnet og lokalbefolkningen mer generelt.

Til spørsmålet om forholdet mellom målene for folkehelsearbeidet og andre politiske mål i kommunen oppgir nesten like mange at det er ”en klar og tydelig forskjell” (8) som at det er ”ingen forskjell” (10). 3 av svarerne oppgir at det er et ”uklart forhold”, mens 7 oppgir at de ikke har noen mening/kjenner for lite til målene til å kunne mene noe om det. Vel halvparten av de som har svart sier at prosessen med å avklare mål og strategier for folkehelsearbeidet har vært ”klar og ryddig”, mens av de øvrige er det flest som oppgir at de ikke har noen mening om dette spørsmålet.

Når det gjelder spørsmålet om det har vært en riktig strategi å involvere de frivillige organisasjonene i arbeidet oppgir ikke uventet nesten alle (27) at dette har vært riktig. Når det derimot gjelder vurderingen av hvordan samarbeidet har fungert mellom folkehelsearbeidet og de frivillige organisasjonene er det bare under halvparten (14) som oppgir at dette har vært ”bra”, mens 8 oppgir at det har vært et ”middels bra” samarbeid, og 9 ikke har noen mening om spørsmålet.



#### 4.5. Synspunkter på folkehelsearbeidets fremdrift, ressursbruk og prioriteringer.

På de spørsmålene som ble stilt om dette, viste det seg at det var relativt klare ulikheter mellom de fire aktivitetene/prosjektene. Når det gjaldt fremdrift, fordelte de som svarte at denne hadde vært ”god” seg slik:

**Tabell 7 De som svarer fremdriften var ”god” fordelt på ulike aktiviteter/prosjekter**

<i>Aktivitet/prosjekt</i>	<i>Antall</i>
Trygg kommune	23
Trygge Rakkestad	15
Sunne Rakkestad	10
Levende Rakkestad	13

Ettersom mange har oppgitt at de ikke har noen mening om fremdrift i enkelte av prosjektene, er det vanskelig å benytte tallene som et statistisk holdbart grunnlag for å si noen om hvorvidt prosjektet som sådan har hatt god fremdrift eller ikke.

Svarene i seg selv viser med dette forbehold at det særlig har vært i arbeidet med å få Rakkestad sertifisert som ”Safe Community” fremdriften oppfattes å ha vært god. Dette må selvsagt ses i sammenheng med at en her kan dokumentere et konkret resultat, ved at kommunen i 2000 som en av de første i Norge faktisk ble sertifisert som ”trygg kommune”. Fremdriften oppfattes som mindre god når det gjelder ”sunne” og ”levende”. Vi skal siden komme tilbake til mulige forklaringer på dette.

Vi stilte også spørsmål om hva en mente var de viktigste årsakene til manglende fremdrift i folkehelsearbeidet. Dette spørsmålet dreier seg med andre ord om oppfatninger av hva som generelt kan ha påvirket fremdriften, uten at det er knyttet til de enkelte aktiviteter/prosjekter.

**Tabell 8** Hva er eventuelt de viktigste årsakene til manglende fremdrift i gjennomføringen av tiltak/aktiviteter i folkehelsearbeidet?

<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Ikke manglende framdrift	2
Manglende kapasitet i den kommunale ledelsen	2
Manglende prioritering	7
Mangelfullt tverrsektorielt samarbeid	2
For lite økonomiske ressurser	4
Forsinket oppstart av partnerskap for folkehelse	2
Prosjektet/folkehelsearbeidet for stort	5
Manglende kontinuitet blant nøkkelpersoner	1
Annet	1
Totalt antall svart	26

Tabellen over viser at det er særlig manglende prioritering og at folkehelsearbeidet er for stort anlagt som oppnår flest svar – men hovedinntrykket er likevel at svarene er svært spredt, og at det ikke er mulig på grunnlag av tabellen å peke på noen årsaker som skiller seg ut på en statistisk valid måte. Det er kanskje like interessant å konstatere at det ikke er noen stor oppslutning om at manglende fremdrift skyldes kapasitetsproblemer i den kommunale ledelse, manglende tverrsektorielt samarbeid eller for lite økonomiske ressurser.

Det neste spørsmålet dreiet seg om ressursbruken knyttet til ulike aktiviteter. Som det fremgår av tabellene under, sier halvparten av de som svarer på spørsmålet at ressursene i stor grad både har vært benyttet til møtevirksomhet, administrasjon og samordning, kartleggingsarbeid, informasjons-/opplysnings- og motivasjonsarbeid. Det er her et skille mellom disse aktivitetene og de to som dreier seg om planlegging og gjennomføring av konkrete forebyggende og helsefremmende tiltak. Her er svarene relativt klare, idet 12 (37

%) oppgir at en har benyttet ressursene i stor grad til planlegging av slike, mens kun 8 (25%) oppgir at de i stor grad har vært benyttet til *gjennomføring* av konkrete tiltak.

Vi har her stilt et oppfølgingsspørsmål om hva som kan være de viktigste årsakene til at det eventuelt er benyttet lite/middels ressurser til å gjennomføre konkrete forebyggende og helsefremmende tiltak.. Av denne fremgår det at det særlig er svaret ”ikke realistisk å komme lenger innenfor den tidsrammen en har hatt” og ”mangelfulle økonomiske ressurser” som peker seg ut med flest svar:

**Tabell 9 Dersom man kun i liten eller middels grad har brukt ressurser på å gjennomføre konkrete forebyggende og helsefremmende tiltak, hva er de viktigste årsakene til dette?**

<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Mangelfulle økonomiske ressurser	9
Mangelfull prioritering	1
Ikke realistisk å komme lenger innenfor	12
Vanskeligheter med å konkretisere tiltak	3
Annet	5
Ikke besvart	12
Totalt antall svar	42

Det som også er verdt å merke seg er at det ikke er mangelfull prioritering eller vanskeligheter med å konkretisere tiltak som nevnes som grunner til at en ikke har brukt store ressurser på konkrete tiltak.

#### **4.6. Om kunnskap om og forankringen for folkehelsearbeidet i kommunen.**

Vi valgte ut fra tidligere erfaringer med denne problemstillingen å stille spørsmålet om forankring og kunnskap til arbeidet slik at det var oppfatninger om hvorvidt en på ulike *nivåer* i kommunen kjente til arbeidet som sto i fokus. Vi valgte å skille mellom kunnskap/forankring hos politikerne i kommunen, den administrative ledelse og lokalbefolkningen generelt. Fordelingen her viste en klar tendens: et stort flertall (23) mente at administrativ ledelse hadde godt kjennskap til arbeidet, mens 11 (34%) mente at politikerne hadde godt kjennskap, og kun 5 (16 %) mente at befolkningen hadde godt kjennskap til

arbeidet. Dette stemmer godt overens med hva en ellers kunne se for seg: at lokalbefolkningens kjennskap til arbeidet er svakere enn politikernes, mens de ansatte (som jo er sterkt overrepresentert blant svarerne på spørreskjemaet) mener at den administrative ledelse i kommunen har godt kjennskap til arbeidet.

#### **4.7. Resultatene av folkehelsearbeidet.**

Vi stilte først et spesifikt spørsmål om ulike typer resultater av folkehelsearbeidet.

Av svarene fremkommer det at svært mange (25 – nesten 80%) oppgir at en i stor grad har oppnådd resultater når det gjelder å få bedre oversikt over ulykkesskader og helseproblemer i kommunen. Også på spørsmålet om det er blitt skapt større oppmerksomhet og engasjement om forebyggende og helsefremmende arbeid er det mange som mener at dette har skjedd i stor grad – 20 (vel 60 %). Etter dette er det på spørsmålet om en har fått bekreftelse på at det en har arbeidet med er viktig, og at en har laget forpliktende planer for gjennomføring av tiltak som scorer høyest (henholdsvis 15 og 14 svarer ”i stor grad”). Lavest scorer at det generelt er skapt større kompetanse på de fokuserte områdene og at det er etablert et varig tverrsektorielt samarbeid på de fokuserte områdene – henholdsvis 7 og 8 svarer ”i stor grad”.

Det spørsmålet som selvsagt er mest sentralt i en slik undersøkelse, dreier seg om hvor vellykket en anser folkehelsearbeidet i kommunen å være ut fra en samlet vurdering. Det er her en vil avtegne et mer allment stemningsbilde av prosjektet. Spørsmålet ble besvart slik:

**Tabell 10 Hvor vellykket mener du folkehelsearbeidet er ut fra en samlet vurdering**

<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Lite vellykket	1
Middels vellykket	10
Vellykket	16
Ingen mening	2
Ikke besvart	3
Totalt antall svar	32

Som det fremgår av tabellen sier halvparten at arbeidet totalt sett har vært ”vellykket”, mens 10 svarer ”middels vellykket”. Hvordan en skal tolke dette resultatet er imidlertid avhengig

av at en har mer kvalifiserte og begrunnede synspunkter på arbeidet. I spørreskjemaet ba vi om at en oppga hva en mente var de tre viktigste forklaringene på at folkehelsearbeidet eventuelt kan sies å være vellykket og eventuelt mislykket. Ikke alle svarte på denne oppfordringen, og av de som svarte var det mange som kun svarte på hva som kunne forklare vellykkethet. Det var imidlertid mange svar som kretset rundt de samme forklaringene både på vellykkethet og mislykkethet. De som var oftest nevnt var, rangert etter hvor hyppig de er nevnt:

#### **Forklaringer på at arbeidet var vellykket:**

- god ledelse, dyktig og engasjert koordinator
- politisk og administrativ forankring og engasjement
- vedtak i andre planer - særlig kommuneplanen
- godkjent som "Trygg kommune" inspirasjon
- liten kommune innebærer at informasjon når ut
- ildsjeler fantes
- god kompetanse i kommunen
- god informasjon

#### **Forklaringer på at arbeidet er mindre vellykket:**

- For avhengige av ildsjeler/enkeltpersoner
- Engasjement i lokalbefolkningen mangler
- Frivillige organisasjoner har vært for lite med
- Næringslivet har i liten grad deltatt
- Lite glød og engasjement i kommunale politiske og administrative ledelse
- Mangel på tid og kapasitet, pålagte oppgaver for administrasjonen
- For mye, for detaljert og for lite lesbar informasjon

Et trekk som også nevnes er at det er vanskelig å endre folks vaner, og at det er vanskelig å skulle få i gang endringer uten at det virker som moralisme, for eksempel over menns røyke-, spise- og mosjonsvaner. Mange mener at det er de målbare resultatene knyttet til skaderegistreringer som er mest vellykket – og at problemene med å måle andre resultater virker demotiverende.

## **5. DRØFTING.**

### **5.1. Innledning.**

Utgangspunktet for denne evalueringen er spørsmålet om hvordan folkehelsearbeidet i Rakkestad har fungert, og hvilke mulige utviklingslinjer en kan se for det videre arbeidet. Grunnlaget for den drøftingen vi foretar er dels spørreskjemaundersøkelsen, dels intervjuene med nøkkelpersoner. Vi skal her trekke frem to hovedproblemstillinger, og på grunnlag av disse diskutere mulige veier for det videre arbeidet.

#### **5. 1. Delstrategiene har fungert ulikt.**

Spørreskjemaundersøkelsen viser at de ulike delprosjektene/strategiene har fungert til dels svært ulikt, men der Trygge Rakkestad skiller seg ut som det som generelt oppfattes som mest vellykket. Dette blir knyttet til at det er forankret i strategien for å bli ”Safe Community”, at det her er rimelig enkelt å måle resultater – særlig i form av skade-/ulykkesregistreringer, og det kan lett integreres i de ulike kommunale etatenes virksomhet.

Når det gjelder ”Sunnne” og ”Levende” Rakkestad er en mer opptatt av problemstillingene knyttet til at de er mindre målbare på kort sikt. ”Sunnne” Rakkestad møter en særlig utfordring knyttet til at det krever endringer i folks levevis og –vaner. Å endre slike tar lang tid, og innebærer også at en utfordrer enkeltmenneskers valg i hverdagen. Dette kan på sin side lett bli oppfattet som moralisme og prektighet. Det er fra flere informanter påpekt at opplegg for ”røykekutt” eller ”sunnne kostvaner” er dømt til å mislykkes, og at en her bør legge mer vekt på helsefremmende tiltak.

Når det gjelder ”Levende Rakkestad” pekes det på at det særlig er mangelen på fokus på psykososiale forhold i lokalsamfunnet som er påfallende for folkehelsearbeidet i kommunen. Enkelte informanter er opptatt av at kommunen har store utfordringer her, blant annet viser en undersøkelse fra Fylkeslegen at mange unge familier føler seg isolerte på spredtbygde gårder. Det antydes også at det omfattende foreningslivet i kommunen er knyttet til de tradisjonelle virksomheter som idrett, religiøse aktiviteter og husmorlag. Det synes også som om mange fremmedkulturelle innbyggerne i kommunen sliter med psykososiale problemer som kan forebygges gjennom bevisste folkehelsestrategier. Det er i den forbindelse påfallende at

folkehelsearbeidet ikke har vært særlig opptatt av psykososiale problemstillinger i et samarbeid med andre kommunale virksomheter som psykiatriteamet i kommunen.

## **5. 2. Folkehelsearbeidet er i for stor grad blitt et kommunalt anliggende.**

Det andre poenget i de intervjuene vi har foretatt er at folkehelsesarbeidet i stor grad er et anliggende for kommuneorganisasjonen. Lokalbefolkningen har generelt vært vanskelig å mobilisere, næringslivet har i liten grad deltatt, og mange politikere har utvist en avventende holdning. På sett og vis har profileringen av Rakkestad som en ”folkehelsekommune” vært avhengig av noen få ildsjeler, der folkehelsekoordinator er helt sentral. Mange sier at ”Folkehelsearbeidet – der er (folkehelsekoordinator) det”. Forankringen av prosjektet viser at det er først og fremst i den kommunale administrasjonen det har vært arbeidet aktivt, og at det også der har vært tvetydige eller til og med negative holdninger til arbeidet. Dette har ikke primært hatt sammenheng med mål og innhold i folkehelsearbeidet, men med at det er oppfattet som pålagte oppgaver i en allerede hardt presset kommuneadministrasjon.

Det synes også som det politiske miljøet har hatt en tvetydig holdning til arbeidet. Da en i sin tid valgte å videreføre arbeidet som en del av driftsorganisasjonen og ikke lenger som prosjekt, var dette en beslutning som synes å ha hatt mer basis i oppfatningen om at det vil være uheldig for kommunens bilde utad enn av begeistring for videreføringen. Det hevdes av flere informanter at det ikke var mulig å stoppe arbeidet, men at det var helt andre ting som var politisk interessant å fokusere på i kommunen. Det er imidlertid påfallende at det - både i det politiske og administrative miljøet i kommunen har vært uttrykt skepsis til satsingen uten at dette har kommet til overflaten i åpne diskusjoner. Dette må kanskje ses i sammenheng med at folkehelsearbeid generelt har stor legitimitet som ”godt og riktig”, det er ”ufarlig”- og kostnadene ved å videreføre det er relativt beskjedne. Sammen med lojalitet til politiske vedtak som er fattet kan dette forklare at folkehelsearbeidet er videreført uten særlig debatt. Men det ville utvilsomt styrket folkehelsearbeidet som kommunal strategi dersom en på bredt grunnlag i åpen diskusjon hadde fått argumenter for og imot arbeidet frem i lyset, og deretter – som et mulig resultat av dette – hadde bestemt seg for å fortsette arbeidet, eventuelt med justeringer i mål, strategier og arbeidsformer.

Til sammen gir disse problemstillingene grunnlag for å drøfte hvordan en bør videreføre arbeidet. Vi skal her diskutere tre ulike måter dette kan skje på:

- **Folkehelsearbeidet fortsetter med fornyet styrke.**

Et alternativ er at en viderefører arbeidet men gir det fornyet styrke gjennom bedre forankring og mer ressurser. Denne strategien vil innebære at en viderefører organisasjonsformen en nå har, men at en gjennomfører en grundig og åpen debatt om hvordan arbeidet kan gis mer vekt i lokalbefolkningen, næringslivet og i det politiske miljø. Dette kan så fungerer som en vitamininnsprøytning for de som i dag arbeider i de ulike utvalg/komiteer og som koordinator. Fordelen med denne strategien er at en da vil måtte foreta avklaringer som gjør at folkehelsearbeidet i større grad blir et aktivt politisk og administrativt ansvar – og ikke bare noen få enkeltpersoners. Denne strategien vil også innebære at en utad kan videreføre og styrke kommunen som ”folkehelsekommune”. Denne strategien forutsetter imidlertid at det er mulig å foreta en åpen og konstruktiv debatt, og at en deretter legger ennå mer ressurser inn i arbeidet. Etter vår oppfatning vil dette best kunne skje ved at en ”spisser” arbeidet mot noen avgrensede fokusområder, der en ikke møter så mange motforestillinger som tilfellet er i dag.

- **Folkehelsearbeidet integreres i den kommunale driftsorganisasjonen.**

Et aspekt ved de funn vi har gjennomgått, er at folkehelsearbeidet gjennom etableringen av folkehelsekoordinatorstillingen er blitt trukket ut av ordinære driftsoppgaver som ellers kunne vært løst i de ulike etatene; skole-, helse- og sosial-, kultur- og teknisk etat. Dette er utvilsomt riktig for mange oppgavers vedkommende. På samme måte er noen oppgaver lagt til de ulike gruppene/utvalgene som ellers kunne bli koplet til driftsorganisasjonen. Som det også påpekes i folkehelsekoordinators prosjektoppgave har organiseringen fremdeles preg av å være en ”permanent prosjektorganisasjon” - der forholdet mellom oppgaver tillagt ”folkehelseorganisasjonen” og den øvrige driftsorganisasjonen ikke er helt klar. Dersom en foretar en ytterligere integrering av folkehelsearbeidet til etatene, vil dette kunne skje ved at alle de oppgaver som nå er tillagt folkehelsekoordinator blir lagt ut til de ulike driftsenhetene. Særlig vil oppgaver som er – eller kan bli – knyttet til ordinære planprosesser, HMS-arbeid, legetjenester, psykiatritjenester og helsestasjonsvirksomheten kunne innpasses i driftsorganisasjonen. Fordelen med denne strategien er at arbeidet i større grad vil bli sett i sammenheng med etatenes generelle arbeid, og at det kan få en sterkere administrativ forankring gjennom det. Ulempen er at det ikke vil være mulig å profilere folkehelsearbeidet



på en så tydelig måte som nå er tilfellet. En fare er at folkehelsearbeid derved ”usynliggjøres” både for lokalbefolkningen, politikerne og omgivelsene. Et argument som også er vesentlig, er at et fåtall ildsjeler, med folkehelsekoordinator i spissen, ikke kan forventes å ”brenne evig”, og at det også nå kan observeres en viss slitasje på de som fronter folkehelsearbeidet i kommunen mest aktivt.

- **Folkehelsearbeidet organiseres som nettverksarbeid.**

Dette forslaget innebærer at en systematisk legger folkehelsearbeidet utenfor kommuneorganisasjonen, og at en i stedet utvikler en partnerskapsorganisasjon mellom frivillige organisasjoner, næringsliv, engasjerte enkeltpersoner og kommunale virksomheter. Denne organisasjonsformen vil kunne bygge på opplegg for LA-21-prosesser slik disse er gjennomført i noen kommuner (for eksempel Fredrikstad). I en slik organisasjonsform vil kommunen spille en likeverdig rolle til andre lokale aktører, og beslutninger om hvilke mål, strategier og opplegg en skal velge for arbeidet vil overlates til nettverksorganisasjonen. Kommunens rolle vil da være som tilrettelegger og medfinansierer av enkeltprosjekter/-tiltak. Fordelen med denne organiseringen er at den vil kunne utløse engasjement i lokalsamfunnet, og samtidig avlaste kommunen for de administrative oppgaver som nå kommer i tillegg til de ordinære i hverdagen. Ulempen er at kommunen da ”mister” kontrollen over folkehelsearbeidet, og i større grad må forhandle med andre likeverdige partnere om hvordan arbeidet skal gjennomføres. Det er imidlertid ikke noe i dagens situasjon som tilsier at dette er problematisk for politisk eller administrativ ledelse i kommunen.

-\*-

I en vurdering av disse tre mulige strategiene for videreføring av folkehelsearbeidet, bør en ta utgangspunkt i de foran nevnte problemstillingene. Mye tyder på at det ikke er hensiktsmessig å videreføre arbeidet på den måten det nå er organisert. Men argumentene for hvordan en i så fall skal gjøre det spriker: på den ene siden synes det som om mange mener at arbeidet bør integreres i driftsorganisasjonen. For enkelte er dette også et uttrykk for ønske om å nedtone Rakkestads folkehelseprofil. For andre er det tale om å styrke arbeidet gjennom integrasjon til driftsorganisasjonen – ettersom en mener at en der har kompetanse, men mangler tid og andre ressurser, til å styrke dette arbeidet. Alle vi har intervjuet understreker hvor vanskelig det er å mobilisere enkeltpersoner til å endre vaner, og å trekke med lokalbefolkningen, næringslivet, og det politisk-administrative systemet. Et vanlig svar på denne utfordringen i intervjuene er at en må sette mer realistiske mål. Også her er det ulike grunnholdninger til

videreføringen av arbeidet, fra de som mener at avgrensede oppgaver skal utføres i kommuneorganisasjonen til de som har en mer offensiv holdning. Blant de sistnevnte er det mange som mener at det er mulig å trekke visse lærdommer av de erfaringene en nå har: at en ikke bør fokusere på å endre dårlige vaner, at det er forskjell på generelle samfunnsmessige problemstillinger – som psykososiale problemer – og de spesifikke tiltak der en kan måle resultater relativt eksakt – som tilfellet er for skaderegistreringer.

De tre organisasjonsløsningene foran viser i praksis til ulike ambisjonsnivåer i videreføringen av arbeidet – fra en avvikling av folkehelsearbeidet som høyprofilert kommunal strategi til en styrking gjennom bruk av fleksible og ”moderne” organisasjonsformer som nettverksorganisering. Dersom en ønsker å avvikle folkehelsearbeidet som høyprofilert strategi kan dette lett gjøres ved at en fordeler de oppgavene som nå er tillagt koordinator og komiteer/utvalg til ulike etater. Det er etter vår oppfatning grunnlag for å hevde at et mer konstruktivt svar på de problemene som folkehelsearbeidet har møtt å reorganisere arbeidet etter to linjer:

Den ene er å la oppgaver som i dag tilhører ”Sunne” og ”Trygge” Rakkestad overlates til driftsorganisasjonen. Grunnlaget for dette er kombinasjonen av at det i dag eksisterer relativt klare mål som skal iverksettes på avgrensede felt innenfor disse to strategiene. Dersom en overlater for eksempel noe av arbeidet med ”Trygge” Rakkestad til skole- og teknisk sektor, vil en der innenfor de eksisterende plansystemer, og med utgangspunkt i virksomhetene, kunne gjennomføre de tiltak som vil videreføre Rakkestads status som ”Safe Community”. Innefor ”Sunne” Rakkestad vil særlig helsestasjonsvirksomheten stå sentralt. Her er det grunnlag for overlapping i oppgaver mellom folkehelsearbeidet forankret i koordinator og helsestasjonsvirksomheten, og der en i større grad bør se folkehelsearbeidet helsestasjonen for øvrig gjør i sammenheng med dette arbeidet. Dette er åpenbart viktig blant annet fordi en må unngå at helsestasjonen opplever at folkehelsearbeidet oppleves som en ekstrabelastning i forhold til alle de oppgaver en der har.

Et grunnlag for å skille ut de oppgavene som bør overlates til driftsorganisasjonen er da at en identifiserer de oppgavene som dreier seg om administrativ iverksetting av tiltak der mål og rammer for arbeidet er fastlagt, og som derved ikke krever mobilisering av krefter utenfor kommuneorganisasjonen, og at det dreier seg om oppgaver som ligger nær opp til de som allerede utføres i den aktuelle virksomheten, og at derved unngår overlapping.

Hovedutfordringen er da å tilføre ny vitalitet til de deler av folkehelsearbeidet som krever samarbeid mellom lokalbefolkning, næringsliv, foreningsliv og kommunen, og at det ikke overlapper med oppgaver som allerede ligger innenfor driftsorganisasjonen i dag, og som har et utviklingspotensiale for å bedre folkehelsen på lengre sikt.

Etter vår vurdering er det særlig en videreføring av "Levende Rakkestad" som har potensiale for nettverksorganisering. Dette må først og fremst ses i sammenheng med den åpenheten denne strategien har i forhold til utvikling av lokale kulturaktiviteter, og at dette kan koples til videreutvikling og styrking av det psykososiale arbeidet i kommunen. Et aspekt ved dette er at en da kan videreføre de vellykkede kulturtiltakene folkehelsearbeidet har bidratt til, og det kan engasjere lokalbefolkning, næringsliv og ildsjeler i kommunen. Det vil også kunne bidra til å gi fremmedkulturelle en rolle i markering av ev egne kulturuttrykk.

Trygge – integrert i sektorarbeide fordi mange oppgaver her dreier seg om oppfølging av allerede vedtatte kommunale planer pluss rutiniserte kommunale oppgaver.

Sunne – integrert i sektorarbeide – både for å sikre sammenheng mellom de strategiene man har – f.eks. I helsestasjonsvirksomheten og de "nye" arbeidsoppgavene, og fordi det har vist seg at det krever sterk bevissthet og høy kompetanse om hvordan en skal formidle dette og hvilke strategier en skal velge uten at det fremstår som moralisme.

Levende: mest vitalt, mest utviklingspotensiale for lokalt engasjement, næringsliv osv. Kan videreføre de arbeidene som allerede ligger der, men kan organiseres utenfor den kommunale organisasjon – som et partnerskap i nettverksorganisasjon mellom frivillige org., næringsliv og kommune. Modellen kan her være LA21 arbeidet (jf. Fredrikstads modell), eller kanskje like godt: det kan være LA-21 –arbeidet. Her kan også psykososiale tiltak og arbeid med fremmedkulturelle få en naturlig plass.

## **6. FOLKEHELSEPROGRAMMET I RAKKESTAD - HVA KAN/BØR GJØRES VIDERE?**

Forutsatt at folkehelsearbeidet skal fortsette, hva kan gjøres for å revitalisere det?

Ut fra erfaringene med evalueringen peker følgende tiltaksområder seg ut:

- Reorganisering av programmet
- Strategiutvikling
- Tiltakenes mobiliseringspotensiale
- Nøkkelpersoner/ildsjeler
- Informasjon/profilering

### **Reorganisering.**

Som vi har vært inne på tidligere, kan det ut fra erfaringene med evalueringen synes som om programmet bør kjøres videre med hovedfokus på de tre eksisterende innsatsområdene, "trygge", "sunne" og "levende" Rakkestad.

Det "trygge" og "sunne" Rakkestad synes innholdsmessig å ha sterk kobling til kommunens tjenesteyting. Disse prosjektene bør derfor reorganiseres og integreres i kommunens ordinære tjenesteyting med fortsatt fokus på samarbeid med relevante statlige etater, frivillige organisasjoner og andre private aktører.

Det "levende" Rakkestad har innholdsmessig svakere kobling til kommunens løpende tjenesteyting. Prosjektet er i dag langt på vei nettverksorganisert med basis i et samspill mellom ildsjeler, frivillige organisasjoner og delvis kommunale aktører. Nettverksfokus bør forsterkes ytterligere med inkludering av flere frivillige aktører og sekretærstøtte løsrevet fra kommunen .

Selv om den organisatoriske basisen for de tre innsatsområdene justeres, synes det imidlertid viktig å opprettholde Folkehelseprogrammet som et samlet program med fokus på å se helheten i det og utnytte mulige synergieffekter på tvers av programmet. Dette befordre en samlet programledelse knyttet til en programleder og et samlende styringsorgan.

Innholdet i programlederrollen bør imidlertid avklares tydelig og avstemmes i forhold til rollen som "folkehelsekoordinator".

Det samlende styringsorgan kan/bør være Folkehelsekomiteen. Rollen til denne komiteen bør imidlertid defineres tydeligere samt at sammensetningen av komiteen bør justeres i tråd med dette og samt reorganiseringen av prosjektene.

### **Strategiutvikling**

En hovedforutsetning for at et program som Folkehelseprogrammet skal kunne eksistere over lenger tid og levere konkrete resultater, er at man arbeider systematisk med strategiutvikling i forhold til de utfordringer man blir stilt overfor underveis i gjennomføringen av programmet.

Ved oppstarten av et program som Folkehelseprogrammet vil de strategiske spørsmålene knyttet til mål, hovedsatsningsområder, samarbeidspartnere, organisering m.m. naturlig nok bli fokusert. Utfordringen er imidlertid å holde denne strategidiskusjonen levende. Dette forutsetter at man har et forum for slike diskusjoner og at særlig programleder og prosjektlederne har et vedvarende fokus på dette.

Slik folkehelsearbeidet er organisert i Rakkestad, burde Folkehelseforum ikke bare være et naturlig forum for slike diskusjoner, men faktisk ha dette som sitt hovedanliggende. Dette synes bare delvis å ha vært tilfelle.

Ut fra erfaringene med evalueringen er det flere eksempler på viktige spørsmål/utfordringer som har reist behov for grunnleggende strategidiskusjoner i programmet:

#### *Hvordan skape kontinuerlig dynamikk og fornyelse i programmet?*

Et kjernepunkt her er fornyelse av tiltaksporteføljen i programmet med fokus på kreativ problemløsning basert på erfaringene både innen og på tvers av de tre satsningsområdene i kombinasjon med inkludering av nye samarbeidspartnere og kreative ressurspersoner.

En annen måte å formulere dette på er å fokusere på kontinuerlig erfaringslæring og kompetanseutvikling i programmet som grunnlag for å løfte frem nye spennende tiltak og måter å jobbe med gjennomføringen av tiltakene på.

*Hvordan engasjere befolkningen i Rakkestad i programmet?*

Dette er gjort på noe ulike måter innenfor de tre satsningsområdene, men så langt har man i beste fall bare lyktes delvis med dette.

Mulighetsområdene er flere: Oppmerksomhetsskapende informasjon, kurs/seminarer, holdningskampanjer, direkte involvering av enkeltpersoner i de konkrete utviklingstiltakene, større fellesmøter/arrangementer, etc.

Et viktig spørsmål er hvordan man skal gå frem for å nå enkeltpersoner: Skal man gå direkte på eller gå via samarbeidspartnere som for eksempel frivillige organisasjoner, skoler, etc

*Hvordan få til samarbeid mellom de ulike partene i programmet?*

Dette spørsmålet dreier seg om samarbeidsrelasjoner mellom ulike typer av samarbeidspartnere:

- Internt i kommunen mellom ulike tjenesteområder
- Mellom kommunale enheter og statlige enheter
- Mellom kommunale enheter og private enheter , det være seg bedrifter, frivillige organisasjoner m.m.

*Hva er viktige målgrupper for programmet?*

Samlet sett er Folkehelseprogrammet rettet inn mot hele befolkningen i Rakkestad kommune. Ser vi imidlertid på de ulike tiltakene kan de i hovedsak sies å være rettet inn mot mer avgrensede målgrupper, som f eks eldre, unge og middelaldrende menn. Det har i evalueringen kommet frem spørsmål viktigheten av å rette tiltakene inn mot andre målgruppeavgrensninger som familien, fremmedkulturelle m.m.

### **Tiltakenes mobiliseringspotensiale**

I sin innerste kjerne kan Folkehelseprogrammet oppfattes som et mobiliseringsprogram. Mulighetene for å få til dette vil i betydelig grad være avhengig av mobiliseringspotensialet i de ulike tiltakene.

Skal tiltakene virke mobiliseringsskapende må de ha et innhold som fanger opp tiltakslyst og engasjement som allerede eksisterer hos enkeltpersoner, grupper av befolkningen eller samarbeidspartnere. Eksempler på et tiltak som har hatt et slikt innhold kan være kulturarrangementet eller elvestien i prosjekt "levende" Rakkestad.

Mobiliseringspotensialet i tiltak som er rettet inn mot å endre "dårlige" vaner i befolkningen, f.eks. røykestopp i "sunne" Rakkestad vil ha større vansker med å virke mobiliseringsskapende fordi tiltaket lett blir oppfattet som en "pekefinger".

Samlet bør tiltakene ha en profil som oppfattes som en invitasjon til å være med på skape noe nytt og spennende og ikke invitasjon til å endre dårlige vaner.

Dette bør ikke bety at det ikke kan være tiltak i programmet som er rettet inn mot å endre dårlige vaner, men de bør som langt som mulig profileres slik at de ikke oppfattes som en "pekefinger".

### **Nøkkelpersoner/ildsjeler**

Et viktig element i gjennomføringen av et program som Folkehelseprogrammet handler om å fange opp og inkludere "ildsjeler" i programmet. Så langt har man til en viss grad lyktes med dette. Det er imidlertid et åpenbart behov for å involvere flere "ildsjeler" i fortsettelsen av programmet. For å lykkes med dette tror vi det er viktig å utvikle en strategi for rekruttering av "ildsjeler" på tvers av de ulike innsatsområdene.

### **Informasjon/profilering**

For å lykkes med mobilisering av befolkningen i det videre arbeid med folkehelseprogrammet tror vi det er viktig å holde befolkningen løpende informert om det som skjer i programmet. Det er så langt iverksatte flere tiltak i så henseende bl.a. gjennom bruk av media og utgivelsen av et eget informasjonsark om programmet.

Sett i forhold til bruk av media synes det å være rom for ytterligere forbedring ved at informasjonen vises mer mot oppslag med et journalistisk innhold og mindre mot løpende

informasjon om de ulike aktivitetene i programmet. For å få til dette bør programledelsen i større grad enn så langt bruk tid på å lage og presentere saker som tar opp aktuelle spørsmålsstillinger i programmet som har et klart nyhetsskapende innhold. Det bør vurderes å etablere en egen funksjon for dette i programmet.



## LITTERATUR:

Aarvak, Knut og Helge Ramsdal: *Evaluering av Folkehelseprosjektet i Østfold*. OR - rapport 16/2000, Stiftelsen Østfoldforskning, Fredrikstad.

Dramstad Nilsen, Torild: Prosjektoppgave Videreutdanning i Helse og miljø, Høgskolan i Trollhattan/Uddevalla/Høgskolen i Østfold 2001.

NoU 1998:18 - *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Sosial-og helsedepartementet.

Røiseland, Asbjørn: *Statlige målsetninger og lokal praksis. Om kommunenes arbeide med miljøbetingede helseproblem*. NF-rapport nr.11/96, Nordlandsforskning, Bodø.

### Saksdokumenter i Rakkestad:

Utskrift av møteboka, kommunestyresak 0085/96, vedtatt kommunestyret. 19.12.1996

Handlingsplan for forebygging av belastningslidelser 1998 – 2001

Handlingsplan prosjekt: Forebygging av astma, allergi og inneklimalager 25.11. 1997

Handlingsplan ”Psykososiale forhold i barnefamilien” 26.11. 1997

Handlingsprogrammet for det skadeforebyggende arbeidet i Rakkestad 1998 – 2009 1.1.1998

”De øvrige satsingsområdene for forebyggende pr. dato (inneklimalager, belastningslidelser, psykiske lidelser) videreføres administrativt gjennom rådmannens ledergruppe. Enst. Vedtatt Undergrupper lagt frem egne handlingsplaner innenfor rammen av ”Trygt lokalsamfunn”.

Utskrift av møteprotokollen, Kommunestyrevedtak sak 003/98, 9.1.1998.

Utskrift av møteprotokollen, arkivsak 99/02649, Videreføring av arbeidet med ”Trygt kommune” – Folkehelsearbeidet. 20.9 1999.

Folkehelseprogrammet 2002 – 2004 – Kommunedelsplan for Folkehelse, egengodkjent

Rakkestad kommunestyre 070202 sak 0003/02 og 0005/02. Enstemmig vedtatt i Formannskap og Kommunestyre.

Tiltaksplan for barn, unge og voksne med psykiske lidelser i Rakkestad kommune 2001 – 2004., Sak 02/01 Hovedutvalg for helsevern, sosiale tjenester og pleie/omsorg.

Sluttrapport for prosjektet ”Rakkestad – den trygge kommunen” 01.01. 97 – 31.12.1999

Folkehelsearbeidet i Rakkestad – årsrapport 2000.

Utskrift av møteprotokollen, Organisering av folkehelsearbeidet i rakkestad kommune, arkivsak 99/04409, 10.1.2000 og 10.2.2000.

Strategi og utvikling 2002 – 2014 – Utkast til langtidsprogram for Rakkestad – vedtatt Kommunestyret 7.2.2002.

Rakkestad kommune – Handlingsplan med økonomiplan 1999 – 2002 – Planområdenes forslag

Rakkestad kommune – Årsmelding 1999, 2000

Rakkestad kommune - Handlings- og økonomiplan 2000- 2003, 15.6.1999

Kommunedelsplan for anlegg og områder for idrett og friluftsliv 2000 – 2011, vedtatt Kommunestyret 16.12.1999.

Rakkestad kommune – Landbruksplan 1999 – 2002 - høringsutkast 30.4.1999.

Strategisk næringsplan 2000 – 2003 – Strategisk del, handlingsprgram 2000 - 2001

## VEDLEGG 1. SPØRRESKJEMA

### ***EVALUERING AV FOLKEHELSEARBEIDET I RAKKESTAD – 1997-2002.***

#### ***SPØRRESKJEMA***

Vi ber deg svare på spørsmålene så utfyllende du kan. Vi er klar over at mange som har fått tilsendt skjemaet ikke har deltatt på en slik måte at en kan svare på alle spørsmålene – hopp i så fall over dem. Folkehelsearbeidet er fellesbenevnelsen på både det skadeforebyggende arbeidet, de 3 andre satsingsområdene i 1997 (belastningslidelser, psykososiale problemer, inneklima) og de 3 strategiene Trygge, Sunne og Levende Rakkestad.

#### **A. DIN BAKGRUNN/ROLLE I PROSJEKTET**

**1. Hvilken virksomhet/forening/ er/var du tilknyttet nå eller da du deltok?**

.....

**2. Hvilken rolle har du spilt i arbeidet ? (Kryss av for de alternativene som passer for deg.**

- deltager i styringsgruppe
- deltager i Folkehelseforum
- deltager i undergruppe/ arbeidsgruppe/ ressursgruppe
- annet,  
hva?.....

**3. Hva slags stilling har/ hadde du i den virksomheten/foreningen du representerer/ representerte ?**

.....

**4. I hvilken egenskap har du vært med i folkehelsearbeidet? (sett evt. flere kryss)**

- politiker
- administrativt ansatt/ ansatt i Rakkestad kommune
- frivillig organisasjon
- annet, hva?.....

**5. Hvilke av følgende satsnings/prosjektområder har du arbeidet med i folkehelsearbeidet ? (Sett evt. flere kryss)**

- Prosjektet "Rakkestad, den trygge kommunen"
- Folkehelseforum
- Trygge Rakkstad
- Sunne Rakkstad
- Levende Rakkestad

Annet,hva.....

**6. På hvilken måte ble du med i folkehelsearbeidet? (kort)**

.....  
.....

**7. Hva var din motivasjon/grunn for å delta?(kort)**

.....  
.....

**8. Hvor lenge har du vært med i folkehelsearbeidet?**

- vært med fra starten av – og er fortsatt med
- blitt med underveis – og er fortsatt med
- vært med i 1-2 år eller mindre (vil bl.a. gjelde alle som bare var med i 1997), kan evt. være punkt for ”annet”

***B. MÅL OG STRATEGIER FOR FOLKEHELSEPROSJEKTET***

**9. Hvilket kjennskap har du til overordnede målsettinger/strategier for folkehelsearbeidet i Rakkestad?**

- kjenner de godt
- kjenner noe til dem
- kjenner de dårlig

**10. Hvordan vurderer du målene for folkehelsearbeidet?**

- har vært definert klart og tydelig
- kunne vært definert noe klarere
- uklart formulert
- ingen mening/ kjenner for lite til dem

**11. Hvordan vurderer du de valgte innsatsområder/ strategier (Trygge, Sunne, Levende Rakkestad)?**

- det er valgt riktige innsatsområder/strategier
- det burde vært valgt andre innsatsområder/strategier, eventuelt hvilke?.....
- ingen mening

**12. Hvordan vurderer du forholdet mellom folkehelsearbeidets mål og andre politiske mål i kommunen (kommuneplanen/ kommunedelplaner/ handlings- og økonomiplanen)?**

- det er klar og tydelig forskjell
- det er ingen forskjell
- det er et uklart forhold
- ingen mening/ kjenner for lite til dem

**13. Folkehelsearbeidet har hatt en strategi om å involvere de frivillige organisasjonene. Har dette vært en riktig strategi?**

- ja, riktig
- delvis
- nei, galt
- ingen mening

**14. Hvordan vurderer du prosessen med å avklare mål- og strategier for folkehelsearbeidet?**

- det har vært en klar og ryddig prosess
- prosessen kunne ha vært klarere
- det har vært en uklar og diffus prosess
- ingen mening

### **C. ERFARINGER MED ORGANISERING OG GJENNOMFØRINGEN AV FOLKEHELSEARBEIDET**

**15. Hvordan vurderer du *samarbeidet* i folkehelsearbeidet mellom kommunen og de frivillige organisasjonene?**

- Dårlig samarbeid
- Middels bra samarbeid
- Bra samarbeid
- ingen mening

**16. Hva er de viktigste forklaringene på at samarbeidet eventuelt ikke har fungert bra nok?**

.....  
.....  
.....

**17. Hvordan vurderer du fremdriften i gjennomføringen av folkehelsearbeidet?**

Prosjekter	Dårlig	Middels	God	Ingen mening
Prosjektet "Rakkestad, den trygge kommunen"				
Folkehelsearbeidet gjennom Trygge Rakkstad				
Folkehelsearbeidet gjennom Sunne Rakkestad				
Folkehelsearbeidet gjennom Levende Rakkestad				

**18. Hva er eventuelt de viktigste årsakene til manglende fremdrift i gjennomføring av tiltak/ aktiviteter i folkehelsearbeidet? Kryss av på de alternativene (ett eller flere) som du mener representerer viktige forklaringer.**

- ikke manglende framdrift
- manglende kapasitet i den kommunale ledelsen av folkehelsearbeidet
- manglende prioritering (for eksempel mangelfullt engasjement/oppmøte fra nøkkelpersoner, oppfølging fra ledere m.m.)
- mangelfullt tverrsektorielt samarbeid
- mangelfull forankring i kommunens ledelse
- for lite økonomiske ressurser
- forsinket oppstart av partnerskap for folkehelse i Østfold
- prosjektet/ folkehelsearbeidet for stort i forhold til tildelte ressurser
- manglende kontinuitet blant nøkkelpersoner,
- annet,  
hva?.....

**D. AKTIVITETENE I FOLKEHELSEARBEIDET**

**19. I hvilken grad mener du at ressursene i folkehelsearbeidet har blitt brukt på følgende hovedtyper av aktiviteter?**

Hovedtyper av aktiviteter	I liten grad	I middels grad	I stor grad	Ingen mening
Møtevirksomhet, administrasjon og samordning				
Kartleggingsarbeide				
Informasjons/opplysnings- og motivasjonsarbeid				
Kurs/kompetanseoppbygging				
Planlegging av fremtidige konkrete forebyggende og helsefremmende tiltak				

Gjennomføring av konkrete forebyggende og helsefremmende tiltak				
Annet,hva?.....				

**20. Dersom man kun i liten eller middels grad har brukt *ressurser* på å gjennomføre konkrete forebyggende og helsefremmende tiltak, hva er de viktigste årsakene til dette?** Kryss av på de alternativene (ett eller flere) som du mener representerer viktige årsaker.

- fremdriften i arbeidet har vært for dårlig
- mangelfulle økonomiske ressurser
- mangelfull prioritering
- ikke realistisk å komme lenger innenfor den totale tidsrammen for folkehelsearbeidet
- vanskeligheter med å konkretisere tiltakene
- annet, hva?.....

#### E. SPØRSMÅL OM FORANKRINGEN AV FOLKEHELSEARBEIDET

**21. I hvilken grad mener du at en kjenner til det forebyggende og helsefremmende arbeidet på ulike nivåer i kommunen?**

	Ikke kjennskap	Noe kjennskap	Godt kjennskap
Politikere			
Administrativ ledelse			
Lokalbefolkning			

#### F. RESULTATENE AV FOLKEHELSEARBEIDET

**22. I hvilken grad vil du si at man har oppnådd følgende typer av *resultater* i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i Rakkestad ?**

Resultater	I liten grad	I middels grad	I stor grad	Ingen mening
Fått bedre oversikt over ulykkesskader og helseproblemer i kommunen				
Det har blitt skapt generelt større oppmerksomhet og engasjement om forebyggende og helsefremmende arbeid på de fokuserte områdene				
Generelt skapt større kompetanse om det forebyggende/ helsefremmende arbeidet på de fokuserte områdene				
Etablert et varig tverrsektorielt samarbeid på de				

fokuserte områdene				
Har fått bekreftelse på at det jeg/vi har arbeidet med er viktig				
Laget fremtidige forpliktende planer for gjennomføring av forebyggende/helsefremmende tiltak				

**23. Hvor vellykket mener du folkehelsearbeidet er ut fra en samlet vurdering?**

- lite vellykket
- middels vellykket
- vellykket
- ingen mening

**24. Hva mener du er de 3 viktigste forklaringene på at folkehelsearbeidet eventuelt kan sies å være *vellykket*?**

- .....
- .....
- .....

**25. Hva mener du er de 3 viktigste forklaringene på at folkehelsearbeidet eventuelt kan sies å være *mindre vellykket*?**

- .....
- .....
- .....

**26. Er det andre forhold enn de som er nevnt ovenfor, som du mener det er viktig å få frem i evalueringen av folkehelsearbeidet? Vennligst skriv kommentarer på plassen under og bruk mer plass om nødvendig.**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....



## **G. FOLKEHELSEARBEIDET I RAKKESTAD I FREMTIDEN**

**27. Dersom du skulle velge fritt, hvordan mener du en burde legge opp folkehelsearbeidet i fremtiden?** Vennligst skriv kommentarer på plassen under og bruk mer plass om nødvendig.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**28. Hva mener du skal til for at lokalbefolkningen skal bli mer engasjert i folkehelsearbeid?** Vennligst skriv kommentarer på plassen under og bruk mer plass om nødvendig.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**29. Hvordan ser du på ditt eget fremtidige engasjement i folkehelsearbeid – hva skal eventuelt til for at du skal engasjere deg mer enn du allerede har gjort? ?** Vennligst skriv kommentarer på plassen under og bruk mer plass om nødvendig.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

***TUSEN TAKK FOR HJELPEN!***

## VEDLEGG 2. TABELLER SOM IKKE ER TATT MED I TEKSTEN

**Tabell 11** Hvordan vurderer du forholdet mellom folkehelsearbeidets mål og andre politiske mål i kommunene?

<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Det er klar og tydelig forskjell	8
Det er ingen forskjell	10
Det er et uklart forhold	3
Ingen mening/kjenner for lite til dem	7
Ubesvart	4
Totalt antall svar	32

**Tabell 12** Folkehelsearbeidet har hatt en strategi om å involvere de frivillige organisasjonene. Har dette vært en riktig strategi?

<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Ja, riktig	27
Delvis	2
Ingen mening	2
Ubesvart	1
Totalt antall svar	32

**Tabell 13** Hvordan vurderer du prosessen med å avklare mål og strategi for folkehelsearbeidet?

<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Det har vært en klar og ryddig prosess	17
Proessen kunne vært klarere	6
Ingen mening	8
Ubesvart	1
Totalt antall svar	32

**Tabell 14** Hvordan vurderer du samarbeidet i folkehelsearbeidet mellom kommunen og de frivillige organisasjoner?

<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Middels bra samarbeid	8
Bra samarbeid	14
Ingen mening	9
Ubesvart	1
Totalt antall svar	32

**Tabell 15** Hvordan vurderer du fremdriften i gjennomføringen av folkehelsearbeidet?

<b>Prosjektet ”Rakkestad den trygge kommunen”</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Middels	2
God	23
Ingen mening	4
Ikke besvart	3
Totalt antall svar	32

<b>Folkehelsearbeidet gjennom Trygge Rakkestad</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Middels	8
God	15
Ingen mening	7
Ubesvart	2
Totalt antall svar	32

<b>Folkehelsearbeidet gjennom Sunne Rakkestad</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Middels	6
God	10
Ingen mening	10
Ubesvart	6
Totalt antall svar	32

<b>Folkehelsearbeidet gjennom Levende Rakkestad</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Middels	5
God	13
Ingen mening	9
Ubesvart	5
Totalt antall svar	32

**Tabell 16** Hva er eventuelt de viktigste årsakene til manglende fremdrift i gjennomføringen av tiltak/aktiviteter i folkehelsearbeidet?

<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Det er ikke manglende framdrift	2
Manglende kapasitet i den kommunale ledelse av folkehelsearbeidet	2
Manglende prioritering	7
Manglende tverrsektorielt samarbeid	2
Manglende forankring i kommunens ledelse	
For lite økonomiske ressurser	4
Forsinket oppstart av partnerskap for folkehelsen i Østfold	2
Prosjektet/folkehelsearbeidet for stort i forhold til tildelte ressurser	5
Manglende kontinuitet blant nøkkelpersoner	1
Annet	1

**Tabell 17** I hvilken grad mener du ressursene i folkehelsearbeidet har blitt brukt på følgende hovedtyper av aktiviteter?

<b>Møtevirksomhet, administrasjon og samordning</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
I liten grad	1
I middels grad	11
I stor grad	14
Ingen mening	2
Ubesvart	4
Totalt antall svar	32

<b>Kartleggingsarbeidet</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
I liten grad	1
I middels grad	9
I stor grad	15
Ingen mening	3
Ubesvart	4
Totalt antall svar	32

<b>Informasjons/opplysnings- og motivasjonsarbeidet</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
I liten grad	1
I middels grad	7
I stor grad	18
Ingen mening	1
Ubesvart	5
Totalt antall svar	32

<b>Kurs/kompetanseoppbygging</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
I liten grad	9
I middels grad	6
I stor grad	8
Ingen mening	4
Ubesvart	5
Totalt antall svar	32

<b>Planlegging av fremtidige konkrete forebyggende og helsefremmende tiltak</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
I liten grad	2
I middels grad	13
I stor grad	12
Ingen mening	1
Ubesvart	4
Totalt antall svar	32

<b>Gjennomføringen av konkrete forebyggende og helsefremmende tiltak</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
I liten grad	1
I middels grad	16
I stor grad	8
Ingen mening	1
Ubesvart	6
Totalt antall svar	32

<b>Annet</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
I liten grad	
I middels grad	
I stor grad	
Ingen mening	1
Ubesvart	31
Totalt antall svar	32

**Tabell 18** Dersom man kun i liten eller middels grad har brukt ressurser på å gjennomføre konkrete forebyggende og helsefremmende tiltak, hva er de viktigste årsakene til dette?

<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Fremdriften i arbeidet har vært dårlig	
Mangelfulle økonomiske ressurser	9
Mangelfull prioritering	1
Ikke realistisk å komme lenger innenfor den totale tidsrammen for folkehelsearbeidet	12
Vanskeligheter med å konkretiserer tiltakene	3
Annet	5

**Tabell 19** I hvilken grad mener du at en kjenner til det forebyggende og helsefremmende arbeidet på ulike nivåer i kommunen?

<b>Politikere</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Noe kjennskap	14
Godt kjenneskap	11

<b>Administrativ ledelse</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Noe kjennskap	14
Godt kjenneskap	11

<b>Lokalbefolkningen</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
Ikke kjennskap	3
Noe kjennskap	18
Godt kjenneskap	5

**Tabell 20 I hvilken grad vil du si at man har oppnådd følgende typer av resultater i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i Rakkestad?**

<b>Får bedre oversikt over ulykkesskader og helseproblemer i kommunene.</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
I liten grad	1
I middels grad	5
I stor grad	25
Ubesvart	1
Totalt antall svar	32

<b>Det har blitt skapt generelt større oppmerksomhet og engasjement om forebyggende og helsefremmende arbeid på de fokuserte områdene.</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
I liten grad	1
I middels grad	9
I stor grad	20
Ubesvart	2
Totalt antall svar	32

<b>Generelt skapt større kompetanse om det forebyggende/helsefremmende arbeidet på de fokuserte områdene.</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
I liten grad	1
I middels grad	17
I stor grad	7
Ingen mening	2
Ubesvart	5
Totalt antall svar	32

<b>Etablert et varig tverrsektorielt samarbeid på de fokuserte områdene.</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
I liten grad	3
I middels grad	14
I stor grad	8
Ingen mening	2
Ubesvart	5
Totalt antall svar	32

<b>Har bekreftelse på det jeg/vi har arbeidet med er viktig.</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
I liten grad	2
I middels grad	12
I stor grad	15
Ingen mening	1
Ubesvart	2
Totalt antall svar	32

<b>Laget fremtidige forpliktende planer for gjennomføring av forebyggende/helsefremmende tiltak.</b>	
<i>Svar</i>	<i>Antall</i>
I liten grad	3
I middels grad	9
I stor grad	14
Ingen mening	4
Ubesvart	2
Totalt antall svar	32



