



UNIVERSITETET I AGDER



HØGSKOLEN
I BERGEN

Evaluering av kompetanseprogrammet «Folkehelse og nærmiljøkvaliteter» i fem fylker

Charlotte Kiland, Bjørg Oddrun Hallås, Line Anita Børrestad,
Cecilie Beinert og Nina Øverby (prosjektleder)

Rapport IS-0483

Forord

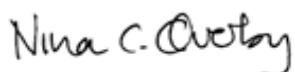
Dette er en evaluering av kompetanseprogrammet «Folkehelse og nærmiljøkvaliteter» som Universitetet i Agder (UiA) i samarbeid med Høgskolen i Bergen (HiB) har gjennomført på oppdrag for Helsedirektoratet. Kompetanseprogrammet ble gjennomført i 2013–2014 ved fire ulike universiteter og høyskoler i samarbeid med respektive fylkeskommuner. Evalueringen av dette arbeidet ble i hovedsak gjennomført høsten 2014. Hovedhensikten med rapporten er å gi innspill til Helsedirektoratet om folkehelsepolitikk og nærmiljøkvaliteter samt bidra med innspill om utvikling av utdanningsprogrammer om folkehelse ved aktuelle utdanningsinstitusjoner.

Rapporten er utarbeidet av Charlotte Kiland (UiA), Bjørg Oddrun Hallås (HiB), Line Anita Børrestad (UiA), Cecilie Beinert (UiA) og Nina Cecilie Øverby (UiA, prosjektleder).

De deltakende fylkeskommunene var Aust-Agder fylkeskommune, Vest-Agder fylkeskommune, Hordaland fylkeskommune, Nordland fylkeskommune og Finnmark fylkeskommune. De deltakende kommunene var Arendal, Iveland, Lillesand, Kvinesdal, Songdalen, Kristiansand, Bergen, Osterøy, Sund, Alstahaug, Rødøy, Meløy, Saltdal, Fauske, Bodø, Hamarøy, Flakstad, Vestvågøy, Lødingen, Tromsø, Tana, Karasjok, Kautokeino, Porsanger og Alta. De deltakende utdanningsinstitusjonene var Universitet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet, Universitetet i Nordland, Høgskolen i Bergen og Universitetet i Agder. I tillegg har Salten friluftsråd og Midt-Agder friluftsråd vært sentrale.

Takk til involverte deltakende kommuner, fylkeskommuner, utdanningsinstitusjoner og friluftsråd som har stilt opp som informanter, og til Helsedirektoratet, undervisningsinstitusjonene og fylkeskommunene for gode diskusjoner og godt samarbeid i denne perioden.

Kristiansand, februar 2015



Nina C. Øverby
professor, UiA
prosjektleder



Veslemøy Rabe
fakultetsdirektør, UiA

Ansvarlige utdanningsinstitusjoner og fylkeskommuner for kompetanseprogrammet



UNIVERSITETET I
NORDLAND



UNIVERSITETET I AGDER



UiT / NORGES ARKTISKE
UNIVERSITET



HØGSKOLEN
I BERGEN



AUST-AGDER
FYLKESKOMMUNE



VEST-AGDER
FYLKESKOMMUNE



HORDALAND
FYLKESKOMMUNE



Nordland
FYLKESKOMMUNE



FINNMARK FYLKESKOMMUNE
FINNMÁRKKU FYLKKAGIELDA

Tabell og figuroversikt

Tabell 1 Variabler og søketermer for litteratursøk	28
Tabell 2 Oversikt over kohortstudier.....	33
Tabell 3 Oversikt over intervensjonsstudier.....	34
Tabell 4 Oversikt over systematiske oversiktsartikler.....	36
Tabell 5 Nærmiljøfaktorer nevnt som fremmere for folkehelsen i nærmiljøet (antall som har oppgitt kvaliteten).....	42
Tabell 6 Nærmiljøfaktorer nevnt som hemmere for folkehelsen i nærmiljøet (antall som har oppgitt kvaliteten).....	44
Tabell 7 Andel (i prosent) som svarer at de i svært stor grad eller stor grad mener omfang av beskrevne fysiske nærmiljøkvaliteter er gode for de gitte gruppene (n=32)	45
Tabell 8 Andel i prosent som svarer at de i svært stor eller stor grad mener omfang av beskrevne sosiale nærmiljøkvaliteter er gode for de gitte gruppene (n=28)	46
Figur 1 Oversikt over forhistorien og gjennomføringen av kompetanseprogrammet.....	13
Figur 2 Oversikt over antall artikler som er inkludert i den systematiske reviewen.....	29

Vedlegg 1: Spørreskjema

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Informert samtykke

Sammendrag

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Universitetet i Agder og Høgskolen i Bergen gjennomført en evaluering av kompetanseprogrammet «Folkehelse og nærmiljøkvaliteter», som er gjennomført ved fire utdanningsinstitusjoner i Norge 2013–14. Disse er Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, Universitetet i Nordland, Høgskolen i Bergen og Universitetet i Agder. Målgruppen for kompetanseprogrammet har vært ansatte i kommuner og fylkeskommuner som arbeider med helse, folkehelse, utdanning, kultur, planlegging og frivillighet. Målet er å utvikle kunnskap om hvordan ulike nærmiljøfaktorer kan påvirke folks helse, samt utvikle tverrsektoriell kompetanse om betydningen av gode nærmiljøer og gjennomføring av tiltak. I tillegg er det et mål å utvikle og legge opp til et utprøvningsarbeid i kommuner som bidrar til styrking av nærmiljøkvaliteter sett i et folkehelseperspektiv, og at disse tiltakene forankres i kommunale planer. En siste målsetting fra kompetanseprogrammet er å bidra til etablering av kompetansegivende tilbud om folkehelse og planlegging utviklet ved den enkelte utdanningsinstitusjon. Kompetanseprogrammet er initiert av Helsedirektoratet, mens de fire utdanningsinstitusjonene er drivere av undervisningstilbudet. Fylkeskommunene har vært hovedansvarlige for å initiere samarbeid mellom universiteter og høgstskole og ansvarlige for å involvere og holde kontakten med kommunene.

Formålet med evalueringen er å bidra med kunnskap og innspill om folkehelsepolitikk og nærmiljøkvaliteter samt komme med initiativer til utvikling av utdanningsprogrammer om folkehelse ved aktuelle utdanningsinstitusjoner. Det samme er trukket frem i leverandørens løsningsspesifikasjon.

Evalueringen omhandler fire temaer:

- Hvilke faktorer i nærmiljøet hemmer og fremmer folkehelsen ifølge deltakernes beskrivelser?
- Kunnskapsoversikt om hvordan nærmiljø påvirker folkehelsen
- Hvordan kan kunnskapen implementeres/integreres ved universiteter og høgstskoler?
- Beskrivelse av utvalgte prosjekter fra kompetanseprogrammet

Disse temaene dokumenteres gjennom spørreskjema til deltakende fylkeskommuner og kommuner, fokusgruppeintervju med alle deltakende fylkeskommuner og utdanningsinstitusjoner og dybdeintervju med utvalgte deltakere. I tillegg baseres evalueringen på en litteraturgjennomgang av vitenskapelige artikler om hvordan nærmiljøkvaliteter påvirker folkehelsen.

Hvilke faktorer i nærmiljøet hemmer og fremmer folkehelsen ifølge deltakernes beskrivelser?

Deltakerne på programmet fremhever tilgang til natur, lag og organisasjoner og sosiale møteplasser som de viktigste fremmerne for folkehelse. Den tydeligste hemmeren som blir nevnt, er mangel på sosiale møteplasser. Imidlertid viser resultatene fra spørreundersøkelsen at deltakernes oppfatninger av hvilke nærmiljøkvaliteter som fremmer og hemmer folkehelsen, er karakterisert av stor spredning.

En av konklusjonene fra evalueringen er at nærmiljø som begrep er tvetydig, mangeartet og sammensatt. Dette kommer til uttrykk i deltakernes forståelse og fortolkningen av hvilke faktorer som hemmer og fremmer folkehelse i kommunene. Tvetydigheten gjenspeiles også i den spennvidden som preger kommunenes satsinger og prosjekter knyttet til folkehelse og nærmiljø lokalt. Data fra kunnskapsoversikten, spørreskjemaundersøkelsen, fokusgruppeintervjuene og dybdeintervjuene fremhever nettopp dette. Store variasjoner i prosjektene kan forstås som et uttrykk for en sterk bottom-up-tilnærming til nærmiljøetsatsingene. Dermed ivaretas lokale behov og forståelser, noe som i seg selv kan betraktes som en styrke ut fra et lokaldemokratisk perspektiv.

Kunnskapsoversikt om hvordan nærmiljø påvirker folkehelsen

Funnene fra kunnskapsoversikten viser ingen entydige sammenhenger mellom nærmiljøtiltak og helseutfall, men en klar sammenheng mellom nærmiljøets utforming og nivå av fysisk aktivitet, særlig ulike former for gåing. Reviewen (kunnskapsoversikten) avdekker at det er få prospektive og eksperimentelle studier som undersøker effekten av nærmiljø på folks helse. Blant de femten som er inkludert i denne studien, blir det rapportert en sammenheng mellom nærmiljøkvaliteter som tilgang til grøntområder, parker, servicetilbud, variert landskap og boligtetthet og fysisk aktivitet. Enkelte studier viser også signifikant sammenheng mellom nærmiljøets utforming og selvopplevd helse, for eksempel folks trivsel og velvære.

Hvordan kan kunnskapen implementeres ved universiteter og høyskoler?

Data fra intervjuene viser at deltakerne evaluerer kompetanseprogrammene som nyttige, og spørreundersøkelsen avdekker et sterkt behov for prosjektbasert kunnskap i kommunene på dette feltet. Som følge av kompetanseprogrammet fremhever samtlige utdanningsinstitusjoner at nærmiljøperspektivet er eller vil bli innlemmet, om enn i ulik grad, i studieporteføljene ved universitetene og høyskolen.

Beskrivelse av utvalgte prosjekter fra kompetanseprogrammet

En sentral del av kompetanseprogrammet innebar prosjektarbeid i egen kommune. Som følge av dette har det blitt etablert nye prosjekter i noen kommuner og videreutvikling av igangsatte prosjekter i andre kommuner. Flere av deltakerne trekker også frem at samarbeidet med fylkeskommune, utdanningsinstitusjoner og det å være del av et nasjonalt kompetanseprogram gir sterkere legitimitet innad i kommunene og styrker forankringen ytterligere inn mot det kommunale planarbeidet og politisk nivå. Mange av deltakerne fra kommunene var fra ulike sektorer. Dybdeintervjuene avdekker nytten av å inkludere deltakere på tvers av sektorer i kompetanseprogrammet. I tillegg fremheves betydningen av tverrsektoriell kompetanse for å arbeide med prosjektene i kommunene. I denne rapporten presenteres to utvalgte prosjekter fra kompetanseprogrammet, Iveland kommune: *Åkle – fremtidens landsby, folkehelse i sentrum* og Bergen kommune: Slettebakken skole med *Godt kosthold for en god hverdag*.

Brobygging mellom praksis og forskning

Denne evalueringen viser at organiseringen av dette kompetanseprogrammet, gjennom et såkalt trepartssamarbeid, fungerer som en katalysator i arbeidet med nærmiljøkvaliteter og folkehelse på lokalt nivå. Et slikt forsknings- og praksissamarbeid som dette kompetanseprogrammet utgjør, innebærer noen utfordringer knyttet til ulike vilkår og forventninger hos de involverte partene. Dette dreier seg hovedsakelig om forskjeller i forventninger når det gjelder kompetanse- og kvalitetskriterier. Likevel er det den store verdien av et slikt samarbeid som fremheves av de ulike partene. Evalueringen viser dermed at samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer, organisert som en brobygging mellom

forskning og praksis, fungerer godt og kan være en effektiv måte å organisere et slikt kompetanseprogram på.

Innhold

Forord	1
Tabell og figuroversikt	3
Sammendrag	4
1. Om evalueringen	10
1.2 Mandat for evalueringen	10
1.3 Rapportens struktur	11
2. Kompetanseprogrammet Folkehelse og nærmiljøkvaliteter – oppdragsforståelse, målgrupper og beskrivelse av programmene	12
2.1 Oppdragsforståelse	12
2.2 Forhistorie	12
2.3 Design av kompetanseprogrammet	15
2.4 Målgruppene	16
2.5 Universitetene og høgskolen	16
2.6 Fylkeskommunene	16
2.7 Kommunene	17
2.8 Innholdet i kompetanseprogrammene	20
3. Faglige innfallsvinkler for å forstå begrepene folkehelse og nærmiljøkvaliteter	25
4. Metode	27
4.1 Kunnskapsoversikten	27
4.1.1 Inklusjonskriterier	27
4.1.2 Valg av artikler	28
4.2 Spørreundersøkelse	29
4.3 Intervjuer	30
4.3.1 Dybdeintervju	32
4.3.2 Fokusgruppeintervju	32
4.4 Forskningsetiske overveielser	32
5. Resultater	33
5.1 Nærmiljøfaktorers påvirkning på helse – kunnskapsoppsummering	33
5.2 Hvilke faktorer i nærmiljøet fremmer og hemmer folkehelsen ifølge beskrivelser fra de involverte i kompetanseprogrammet?	39
5.2.1 Nærmiljøfaktorer som er identifisert i intervjuene	39
5.2.2 Utdanningsinstitusjonene	39

5.2.3 Fylkeskommunene.....	40
5.2.4 Kommunene	40
5.2.5 Nærmiljøkvaliteter identifisert ved spørreskjemaundersøkelsen.....	42
5.3 Nærmiljøkvaliteter for ulike grupper (barn, voksne og eldre)	44
5.4 Utdanningsprogram ved høgskole og universiteter	46
5.4.1 Fremtidige kompetansehevingsprogrammer innen folkehelse og nærmiljøkvaliteter	48
5.5 Deltakeres evalueringer av selve kompetanseprogrammet Folkehelse og nærmiljøkvaliteter .	49
5.6 Utvalgte prosjekter i kommunene	53
6. Avslutning	55
7. Kilder.....	59

1. Om evalueringen

Dette er en evaluering av kompetanseprogrammet «Folkehelse og nærmiljøkvaliteter» som Universitetet i Agder (UiA) og Høgskolen i Bergen (HiB) har ansvaret for.

Kompetanseprogrammet er et utdanningstilbud til utvalgte kommuner i fem fylker og ble startet opp i 2013 og avsluttet i 2014.

Evalueringen som presenteres i denne rapporten, består av tre ulike deler: en kunnskapsoversikt, en spørreundersøkelse og intervjuer (både dybde- og gruppeintervjuer). Kunnskapsoversikten ble gjennomført for å skaffe forskningsbasert kunnskap om nærmiljøkvaliteter og folkehelse, ved at det ble gjennomført et systematisk søk av prospektive kohortstudier og randomiserte kontrollerte studier fra 2000 til 2014. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til alle deltakere i kompetanseprogrammet «Folkehelse og nærmiljøkvaliteter» i desember 2014 for å kunne kartlegge status på hva de mener om nærmiljøkvaliteter og folkehelse. Det tredje leddet i kartleggingen besto av to fokusgruppeintervjuer og fire dybdeintervjuer av involverte i kompetanseprogrammet.

1.2 Mandat for evalueringen

Avtale om evaluering av kompetanseprogrammet «Folkehelse og nærmiljøkvaliteter» (Helsedirektoratet, 2014a) ble inngått mellom Helsedirektoratet og UiA, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap 24.10.2014. I kravspesifikasjonen knyttet til evalueringen er det beskrevet at oppdraget skal utføres som et samarbeid mellom UiA, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap, Seksjon for folkehelse og ernæring og HiB, Avdeling for lærerutdanning. Evalueringsarbeidet er ledet av UiA.

Bakgrunnen for evalueringen er kompetanseprogrammet om «Folkehelse og nærmiljøkvaliteter» som i 2012 ble satt i gang i fem fylker med økonomisk tilskudd til høyskoler, universiteter, fylkeskommuner og kommuner. Helsedirektoratet har gitt følgende beskrivelse av bakgrunnen for kompetanseutviklingsprogrammet:

«Lokalsamfunn og nærmiljøer er viktige arenaer i folkehelsearbeidet. I nærmiljø og lokalsamfunn «møtes» summen av samfunnets påvirkningsfaktorer. Disse får ofte en avgjørende betydning for den enkeltes helse. En hovedutfordring i denne sammenheng blir derfor å stimulere og utvikle gode folkehelsekvaliteter i nærmiljøet. Helsedirektoratet arbeider med å utvikle kunnskap og kompetanse om sammenhenger mellom folkehelse og ulike faktorer i nærmiljøet og hvordan disse virker inn på helsen; det gjelder bl.a. fysiske, sosiale og kulturelle faktorer. Sentralt i dette arbeidet er å videreutvikle kunnskapsbygging om hvordan nærmiljøfaktorer kan bidra til å fremme helse og trivsel.

Folkehelsemeldingen (Meld. St. nr. 34 2012– 2013) varsler at helsehensyn skal få større plass i utvikling av steder, nærmiljø og lokalsamfunn. Gode steder og lokalsamfunn har stor betydning for livskvalitet, trivsel og helse. Folkehelsepolitikken skal understreke at gode steder gir gode liv for alle. Dette er hensyn som må ivaretas i samfunns- og arealplanleggingen og i regional og lokalt utviklingsarbeid. Bo- og nærmiljøer må ha kvaliteter som ivaretar alle aldersgrupper og ulike funksjonsnivå. Aktivitetsvennlige bo- og nærmiljøer og god tilgjengelighet til naturområder – «kortreist natur» er viktig for fysisk aktivitet i et livsløpsperspektiv. Vi viser til Folkehelsemeldingen, kap. 3.3.1, der helsefremmende steds-, nærmiljø og lokalsamfunnsutvikling løftes fram som et forsterket innsatsområde i folkehelsepolitikken» (Helsedirektoratet, 2014a).

Formålet med evalueringen er «å bidra med kunnskap og innspill om folkehelsepolitikk og nærmiljøkvaliteter samt bidra med innspill om utvikling av utdanningsprogrammer om folkehelse ved aktuelle utdanningsinstitusjoner» (Helsedirektoratet, 2014a).

1.3 Rapportens struktur

I de neste kapitlene presenteres først bakgrunnen for evalueringen som inkluderer en beskrivelse av kompetanseprogrammet, oppdragsforståelsen med forhistorien for kompetanseprogrammet samt målgruppene i kompetanseprogrammet. Videre følger et teoretisk kapittel om begrepene folkehelse og nærmiljøkvaliteter. Deretter presenteres metodene og resultatene fra kunnskapsoversikten, intervjuene og spørreundersøkelsen hver for seg. Til slutt følger en avslutning, med kilder og vedlegg.

2. Kompetanseprogrammet Folkehelse og nærmiljøkvaliteter – oppdragsforståelse, målgrupper og beskrivelse av programmene

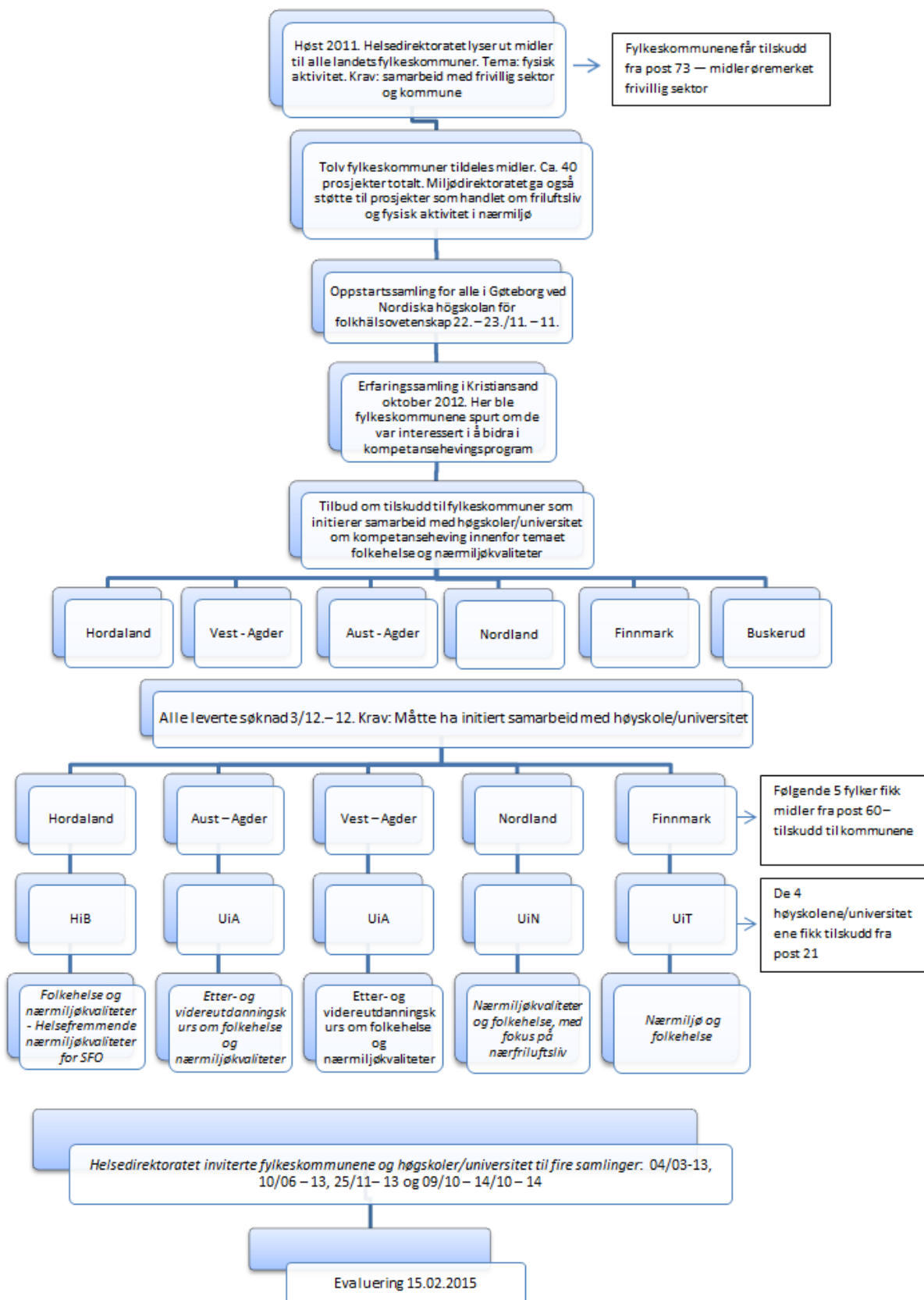
Bakgrunnen for denne evalueringen er gjennomføring av kompetanseprogrammet «Folkehelse og nærmiljøkvaliteter». I kapittel 2 presenteres oppdragsforståelsen, forhistorien for kompetanseprogrammet, målgruppene for programmet og selve innholdet i programmet.

2.1 Oppdragsforståelse

Dette kapitlet omhandler Helsedirektoratet, fire universiteter og høyskoleinstitusjoner og fem fylkeskommuners oversettelse av oppdraget om å utvikle og gjennomføre «Kompetanse- og utviklingsprogram om folkehelse og nærmiljøkvaliteter» gitt og finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Utgangspunktet er ny folkehelselov som trådte i kraft 1.1.2012 (Folkehelseloven 2012) og som gjør det klart at kommuner, fylkeskommuner og stat som sådan har ansvar for befolkningens helse. Den nye folkehelseloven sammen med ny helse- og omsorgstjenestelov i 2012 understreker at ansvaret for folkehelse nå ikke er avgrenset til helsesektoren, men er nå et tverrsektorielt anliggende. Oppdragsdokumentene beskriver kompetanseprogrammets målgrupper, formålet med programmet gitt av oppdragsgiver og innholdet som ble utviklet av de involverte fylkeskommuner og utdanningsinstitusjoner. For hver av disse vil Helsedirektoratet, fem fylkeskommuner og de fem universitets- og høyskoleinstitusjonenes oversettelse av disse forventningene vises. Disse dataene baseres på data fra oppdragsevalueringen gitt av Helsedirektoratet til UiA og HiB.

2.2 Forhistorie

Kompetanseprogrammet Folkehelse og nærmiljøkvaliteter er en videreføring av Helsedirektoratets satsing på folkehelse og nærmiljøkvaliteter. I figur 1 gis en oversikt over forhistorien til igangsettelsen av kompetanseprogrammet.



Figur 1 Oversikt over forhistorien og gjennomføringen av kompetanseprogrammet

Forhistorien presenteres punktvis nedenfor:

I: Høsten 2011 utlyste Helsedirektoratet midler til prosjekter vedrørende fysisk aktivitet til alle landets fylkeskommuner. Søknad om tilskuddsmidler ville bli fordelt fra post 73 (midler øremerket frivillig sektor). Dette var før ny folkehelselov av 01.01.2012 trådte i kraft. Kravet for å få tildelt midler var at fylkeskommunen måtte initiere samarbeid med frivillig sektor og kommuner.

II: Etter søknad ble 12 fylkeskommuner, som hadde initiert samarbeid med frivillig sektor og kommuner, tildelt midler fra Helsedirektoratet. Ca. 40 prosjekter fikk økonomisk støtte, og i flere fylker var det mange prosjekter (Helsedirektoratet, 2014c). Miljødirektoratet ga også støtte til prosjekter som handlet om friluftsliv innenfor fysisk aktivitet i nærmiljøet.

III: Oppstartssamlingen for alle i denne satsingen «Fysisk aktivitet i nærmiljøet» ble holdt ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) i Göteborg 22.–23.november 2011. Tematikken her dreide seg om fysisk aktivitet og sosial ulikhet, nasjonal friluftspolitikk med vekt på aktivitet i nærmiljøet, Göteborg stads samarbeid med frivillig sektor, presentasjon av ulike prosjekter og en presentasjon av den nye folkehelseloven som skulle komme (Helsedirektoratet, 2011; Helsedirektoratet, 2012a).

IV: Erfaringssamlingen etter endt prosjektperiode var lagt til Kristiansand i oktober 2012. Her ble fylkeskommunene spurt om de var interessert i å bidra til å fortsette med å løfte frem fysisk aktivitet i et videre folkehelseperspektiv og bidra i et kompetansehevingsprogram innenfor folkehelse og nærmiljøkvaliteter. Fylkeskommunene var positive til dette.

V: Helsedirektoratet valgte da ut fem fylkeskommuner, Hordaland, Aust-Agder, Finnmark, Nordland og Buskerud. Utprøvingen ble begrenset til disse fem fylkene av ressursmessige grunner. I tillegg var følgende fire kriterier avgjørende: fylkeskommuner som allerede var inne med prosjekter innenfor «Fysisk aktivitet i nærmiljøet», geografisk spredning, utfordringer i regionen og fylkeskommuner som viste stor interesse for å fortsette.

Helsedirektoratet sendte ut tilbud til disse fem fylkeskommunene i et utlysingsbrev datert 23.11.2012, hvor emnet og presiseringene var:

«Kompetanseheving – tilbud til høgszkoler i samarbeid med kommuner og fylkeskommuner.

Målgruppe for notatet er enkelte høgszkoler, innrettet mot kompetanseutvikling, i samhandling med stat, fylkeskommuner og kommuner. Invitasjonen sendes til fylkeskommuner som initierer samarbeid med Høgszkolen i Finnmark, Universitetet i

Nordland, Universitet i Agder, Høgskolen i Buskerud eller Vestfold og Høgskolen i Bergen. Utprøvingen må begrenses til fem høgskoler/fylker av ressursmessige grunner, økonomisk og personalmessig. De fem stedene betraktes som et representativt geografisk utvalg. Helsedirektoratet vil i samarbeid med andre statlige aktører vurdere en utvidelse av programmet til andre fylker i løpet av 2014. Tanken med utprøvningsprogrammet er å «identifisere» nærmiljøkvaliteter som er helsefremmende, og samtidig tilrettelegge for et tverrsektorielt kunnskapskompetanseopplegg i regi av høgskolene. Det legges til rette for et interdirektorat samarbeid (Hdir/DN/Husbanken/Veg) om tema» (Helsedirektoratet, utlysingsbrev til fylkeskommunene, datert 23.11.12).

I utlysningen fra Helsedirektoratet om økonomiske midler fra 23.11.12 inneholdt invitasjonen en nærmere beskrivelse og føringer for søknadsprosedyrene. Fylkeskommunene har det regionale ansvaret for folkehelsen, og det var helt naturlig for Helsedirektoratet å kontakte fylkeskommunene selv om oppdraget om praktisk å gjennomføre kompetansehevingen skulle foregå ved de aktuelle universitets- og høgskolemiljøene. I tillegg til de fylkeskommunene som først fikk tilbudet, ble også Vest-Agder fylkeskommune bedt om å bli med siden de to Agder-fylkene har et tett samarbeid om folkehelse og forholder seg begge til Universitetet i Agder.

VI: Etter søknad, med frist 03.12.12, hvor kravet om samarbeid mellom høgskole, universitet og fylkeskommune var absolutt, ble fem fylker og fire universitets- og høgskolemiljøer tildelt midler fra post 21 (midler øremerket universiteter og høgskoler). Kompetanseprogrammet er nærmere beskrevet i 2.3.

VII: Underveis i perioden gjennomførte Helsedirektoratet fire dagssamlinger for deltakende fylkeskommuner og universitets- og høgskolemiljøer. Erfaringsamlingene ble holdt 4. mars 2013, 10. juni 2013, 25. november 2013 og 9.–10. september 2014. Underveis i denne perioden ble det fra Helsedirektoratet gitt tilskuddsmidler fra post 60 (midler øremerket til kommuner) til kommunene. Disse midlene søkte fylkeskommunene om, fordelte og rapporterte på. Alle fylkeskommunene brukte også av egne midler.

2.3 Design av kompetanseprogrammet

Etter søknad på generelt grunnlag ble det av Helsedirektoratet valgt ut fire universiteter og én høgskole som ble tildelt midler (Tilskuddsordningen «Kompetanse- og utviklingsprogram om folkehelse og nærmiljøkvaliteter – universitet og høgskoler – Kapittel 719 post 21 Nærmiljøkvaliteter»). Midlene ble tildelt universiteter og høgskoler som kunne vise til samarbeid med fylkeskommunene. Utviklingsmål for tildelingen var:

- a) å utvikle kunnskap om hvordan ulike nærmiljøfaktorer kan påvirke folks helse
- b) å utvikle tverrsektoriell kompetanse om betydningen av gode nærmiljøer og gjennomføring av tiltak
- c) å utvikle og legge opp til et utprøvningsarbeid i kommuner som bidrar til styrking av nærmiljøkvaliteter sett i et folkehelseperspektiv
- d) å bidra til at tiltak fra utprøvingen forankres i kommunale planer
- e) å bidra til etablering av kompetansegivende tilbud om folkehelse og planlegging av utvikling ved den enkelte høgskole
- f) å legge opp til følge- og sluttevaluering

De enkelte kompetanseprogrammene er beskrevet under delkapittel 2.8.

2.4 Målgruppene

Målgruppene for «Kompetanseprogram om folkehelse og nærmiljøkvaliteter» i samhandling med stat kan deles i tre:

Universitetene og høgskolen som hovedansvarlige for utvikling og gjennomføring av kompetanseprogrammet i egen region.

Fylkeskommunene som hovedansvarlige for å initiere samarbeid med universiteter og høgskole og ansvarlig for å involvere og holde kontakt med kommuner.

Kommunene med deltakere på kompetanseprogrammet og dermed prosjekter i eget nærmiljø.

Universiteter og høgskoler i samhandling med stat, fylkeskommuner og kommuner ble i invitasjon av 23.11.12 (Helsedirektoratet, utlysningbrev til fylkeskommuner, datert 23.11. 2012) invitert til å identifisere nærmiljøkvaliteter som er helsefremmende, og samtidig tilrettelegge for et tverrsektorielt kompetanseprogram i regi av universitetene og høgskolen. Denne invitasjonen, med søknadsfrist 03.12.12, ble sendt til fylkeskommuner som skulle initiere samarbeid med Høgskolene i Finnmark, nå Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT), Universitetet i Nordland (UiN), Universitetet i Agder (UiA), Høgskolen i Buskerud og Vestfold og Høgskolen i Bergen (HiB).

2.5 Universitetene og høgskolen

UiT, UiN, UiA og HiB ble av Helsedirektoratet tildelt midler i og med at det forelå samarbeid med fylkeskommunene. Universitetene og høgskolen gjennomførte kompetanseprogrammene. Disse er presentert i 2.8.

2.6 Fylkeskommunene

Det er fylkeskommunene som har det regionale ansvaret for folkehelse. De fem fylkeskommunene som fikk forespørsel om å delta i utprøvningsprogrammet (Helsedirektoratet, utlysningbrev til fylkeskommuner, datert 23.11. 2012), tok kontakt med

universiteter og høyskole og deltok videre i utviklingen av kompetanseprogrammet, valgte deretter ut deltakende kommuner og rekrutterte deltakere til programmet som ble satt i gang i 2013.

Fylkeskommunene Aust-Agder, Vest-Agder, Hordaland, Nordland og Finnmark holdt kontakt både med Helsedirektoratet, universiteter og høyskoler og kommunene. I resultatdelen i kapittel fem vil data fra evaluering i fylkeskommunene presenteres.

2.7 Kommunene

Totalt er 24 kommuner involvert med deltakere på kompetanseprogrammet, drevet av universitet eller høyskole i egen region (2.5), og med egne prosjekter, i samarbeid med fylkeskommunene (2.6). I enkelte av kommunene ble deltakelse i kompetanseprogrammet forankret med kommunestyrevedtak, i noen kommuner som rene administrative vedtak, og andre kommuner manglet dette. I kapittel 5 Resultater vil data fra evalueringen i kommunene presenteres. Nedenfor er de enkelte kommuner nevnt ved navn og prosjektittel. I kapittel 5.6 vil eksempler på prosjekter presenteres mer i detalj.

I Aust Agder ble følgende tre kommuner valgt ut med følgende prosjekter:

- Arendal kommune: *Vekst i Arendal øst*
- Iveland kommune: *Åkle – fremtidens landsby, folkehelse i sentrum*
- Lillesand kommune: *Utvikling av Springvassheia*

I Vest Agder ble følgende tre kommuner valgt ut med følgende prosjekter:

- Kvinesdal kommune: *Sentrumsutvikling. Gang/sykkel – arealdisponering*
- Songdalen kommune: *Songdalen: Sentrumsutvikling Nodeland – behov for å utvikle egen identitet – mulighetsstudier som et folkehelsecase*
- Kristiansand kommune: *Kristiansand. SMS. HKU – indikatorutvikling*

I Hordaland ble tre kommuner valgt ut med følgende prosjekter:

- Bergen kommune:
 - Slettebakken skole: *Godt kosthold for en god hverdag*
 - Christi Krybbe skoler: *Idrettslek og basisferdigheter. Vidareutvikle samarbeid mellom SFO/skule og eit idrettslag for å gje eit breiare tilbod om idrettsleik og styrke basisferdigheiter hos barna også gjennom auka involvering av foreldre*
 - Løvås oppveksttun: *Frisbeegolf for alle i Lynghaugparken*

- Osterøy kommune:
 - Lonevåg skule *Prosjekt Husavatnet*
 - Valestrand skule *Prosjekt for uteområdet ved Valestrand skule*
- Sund kommune:
 - Pollen skule: *SFO som arena for variert fysisk aktivitet og lek*
 - Skogsvåg skule: *-Nærmiljøarena – Skogsvåg skule*
 - Stranda skule: *Tarzanløype/aktivitetsløype*

Prosjektet ved Pollen skule er ikke gjennomført ved skolen, på grunn av kommunalt vedtak om flytting til Skogsvåg skule. Prosjektet for Skogsvåg skule omfatter også Pollen skule fra våren 2015.

I Nordland fylke er ti kommuner med, og i tillegg er en kommune fra Troms representert på kompetanseprogrammet. Prosjektene i kommunene hadde en spredning i type nærmiljøtiltak, fra skole/barnehage til sti- og løypesatsing.

- Alstahaug kommune: *Åsen friluftsområde*
- Rødøy kommune: *Kommunedelplan for folkehelse, idrett og friluftsliv 2014–2017, med fokus på turløypene til Gjerøyfjellet og Manna*
- Meløy kommune: *Vandring i Meløy*
- Saltdal kommune: *Linebakken friluftsområde*
- Fauske kommune: *Turstier i Klungsetmarka og Hjertestien*
- Bodø kommune: *Bodøelv elvepark*
- Bodø kommune: *Prosjekt Frosktjønn, skøytevatn*
- Hamarøy kommune: *Turløyper i Hamarøy*
- Flakstad kommune: *Justnes næraktivitetsområde*
- Vestvågøy kommune: *Hagskaret turvei*
- Lødingen kommune: *Ny og vedre skolegård*
- I Troms fylke: Tromsø kommune: *Tromsømarkaprojektet*

I Finnmark fylke er det fire kommuner i det samiske språkområdet som nå deltar.

- Tana kommune: *Helsefremmende barnehager*. I tillegg er det gjort kompetanseløft for politikere og administrasjonen i kommunen innen områdene oversiktsarbeid og

planforankring etter folkehelseloven og plan- og bygningsloven. Det er også etablert en tverrsektoriell gruppe i kommunen.

- Karasjok kommune: *Nærmiljøkvaliteter med fokus på tilrettelegging*. I samarbeid med KS, Helsedirektoratet og fylkeskommunene planlegges det et kompetanseløft for politikere og administrasjonen i kommunen innen områdene oversiktsarbeid og planforankring etter folkehelseloven og plan- og bygningsloven.
- Kautokeino kommune har startet arbeidet med *tverrsektoriell organisering og oversiktsarbeid*. Her er det blant annet gjort en god jobb med hensyn til frafall i videregående skole. I tillegg er det gjort kompetanseløft for politikere og administrasjonen i kommunen innen områdene oversiktsarbeid og planforankring etter folkehelseloven og plan- og bygningsloven. Kommunen har lagt til rette for trening i arbeidstiden. Kommunen har søkelys på folkehelse og friluftslivets år. Blant annet er kommunen i gang med å lage en aktivitetspark for barn og unge.
- Porsanger kommune: I samarbeid med KS, Helsedirektoratet og fylkeskommunene planlegges det et kompetanseløft for politikere og administrasjonen i kommunen innen områdene oversiktsarbeid og planforankring etter folkehelseloven og plan- og bygningsloven. Kommunen arbeider også med miljørettet helsevern og kompetanseheving innen fysisk aktivitet og kosthold i skoler og barnehager. Porsanger har fått innvilget midler til prosjektet *Kompetansebygging om fysisk aktivitet i skole og SFO*.

I fem samiske kommuner gjennomføres det en helse- og livsstilundersøkelse blant voksne (40–79 år) om kosthold, diabetes, hjerte-/karsykdommer, miljøgifter, tannhelse og søvn i regi av UiT.

I tillegg deltar Alta kommune.

- Alta kommune: *Hva slags kunnskap har skoleledelse ved en skole i Alta om forhold som påvirker inneklimaet i klasserommet, og om de er klar over de helsemessige konsekvensene ved dårlig inneklima?*
- Finnmark fylkeskommune: *Ungdata-spørreundersøkelse om helse, livsstil og oppvekstvilkår våren 2014*

Fire kommuner; Kautokeino, Porsanger, Karasjok og Tana er i gang med et arbeid på folkehelse og nærmiljøkvaliteter. De er med i en kartlegging av aktivitetsvaner og bruk av uterom (6-, 9-, og 15-åringer) og en «utvidet» Ungdata-kartlegging fra alle videregående skoler i Finnmark. Her inngår en egen bolk som kartlegger fritids- og friluftslivsvaner blant ungdom i Finnmark. Denne gjennomføres av UiT, Campus Alta i samarbeid med kommunene.

Fylkeskommunen i Finnmark vil i fortsettelsen ta et større ansvar gjennom partnerskapsavtaler i 18 av 19 kommuner med utviklingsarbeid tilknyttet nærmiljøkvaliteter. Den siste kommunen er inne med et stort levekårsprosjekt som gjør at de utsetter partnerskapsavtalen med fylkeskommunen i denne omgang.

2.8 Innholdet i kompetanseprogrammene

Gjennomføringen av kompetanseprogrammene ved de fire universitets- og høgskolemiljøene blir her kort presentert.

Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT)

UiT utviklet og gjennomførte kompetanseprogrammet *Nærmiljø og folkehelsearbeid*. Det ble sendt ut invitasjon til alle 19 kommunene i Finnmark fylke om å delta. Mange meldte seg på, men på grunn av manglende forankring i kommuneledelsen i flere kommuner ble det kun fire deltakere som fulgte og fullførte kurset. Tre av dem representerte Tana kommune, Karasjok kommune og Alta kommune, og i tillegg var det en deltaker fra fylkeskommunen. Kurset ga 15 studiepoeng og ble gjennomført med totalt fire samlinger: to samlinger høsten 2013 og to samlinger våren 2014, hver på tre dager. I Finnmark har utdanningsmiljøet ønsker om å bli sterkere på folkehelse. Derfor ble det i 2014 bestemt at programmet skulle legges om, og det ble innledet et forpliktende samarbeid om et utviklingsprosjekt mellom UiT Campus Alta, fylkeskommunen og fire samiske kommuner, som nå er under gjennomføring. Sametinget og Finnmarkseiendom (FEFO) er også invitert til å delta i programmet. Som del av programmet er det startet opp et forskningsprosjekt ved UiT: «En studie av fysisk aktivitet og nærmiljø blant elever på trinn 1, 4 og 10 i fem samiske majoritetskommuner». Prosjektperioden er 2014–2017.

Detaljer i kompetanseprogrammet på de fire samlingene (1, 2, 3, 4 nedenfor) var:

- 1) Dag 1: Folkehelsepolitikk og folkehelsearbeid som et tverrsektorielt ansvarsområde. Hvordan skaffe oversikt over folkehelsen og påvirkningsfaktorer? Befolkningens deltakelse i fysisk aktivitet. Trender og utviklingstrekk.

Dag 2: Folkehelseprosjekt Vardø. Oppstart av utviklingsarbeid i egen kommune. Gruppearbeid / Oppsummering i plenum.

Dag 3: Kommunalt planarbeid og folkehelsearbeid. Gruppearbeid. Prosjektarbeid som del av planarbeid

- 2) Dag 1: Hvordan skaffe oversikt over folkehelsen og påvirkningsfaktorer? Praktisk økt: Fysisk aktivitet og helse. Teoretisk økt: Fysisk aktivitet og helse. Prosjektarbeid.

Dag 2: Levekårsprosjektet i Vardø: Styrking av levekår i Vardø. Bakgrunn. Politisk forankring. Målsetting. Mandat og styringsgruppe samt referansegruppe. Arbeidsformer, fokusområder og finansieringsplan. Levekårsutfordringer mot 2013. Dagens utfordringsbilde: Finnmark, levekår og kommunal forvaltning. Samhandlingsreformenes utfordringer. Vardø – Levekårsprosjektet, mulige løsninger i et kortsiktig perspektiv, ulike forebyggingstiltak, mulige løsninger i et langsiktig perspektiv, politiske og administrative strukturelle grep. Oppsummering.

Dag 3: Presentasjon av prosjektskisser. Diskusjon i plenum og oppsummering.

- 3) Dag 1: Oversikt over ny folkehelseplattform: politikk og faglige føringer – stortingsmeldinger, lover m.m. Sentrale trekk ved folkehelseloven. Det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, sosiale ulikheter i helse, det systematiske folkehelsearbeidet m.m. Utfordringer lokalt og sentralt. Veileder om oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer. Plan. Hvordan forankre folkehelse i kommuneplanen? Veileder gjennomgang. Nærmiljøsatsing/kompetanseprogrammet. Forankring og utvikling. Gruppearbeid.

Dag 2: Helsefremmende arbeid – vårt største helsepotensial. Barrierer og muligheter for økt fysisk aktivitet i befolkningen. Canada – en verdensleder i helsefremmende arbeid. Presentasjon av prosjektskisser.

Dag 3: Drøfting av tema/problemstilling. Prosjektoppgavene. Idrett, fysisk aktivitet og psykisk helse. Avsluttende diskusjon / oppsummering.

- 4) Dag 1: Drammen kommune.

Dag 2: Hvordan har vi lyktes i «omstillingen» i Drammen? Fysiske strukturer som er bygd og som skal bygges – kommuneplanprosess. Nærmiljø – fysisk aktivitet og folkehelse. Bynært friluftsliv. Tanker om økt fysisk aktivitet – idrett og friluftslivsplanen. Hvilke grupper satses det på i folkehelsearbeidet. Befaring – friluftsbymen Drammen: forutsetninger 1837 til i dag. Elveparkene med aktivitetsarenaer, Spiralen, Landfalltjern, Konnerud bydel.

Dag 3: Drøfting av tema/problemstilling. Prosjektoppgave. Hvordan bearbeide, systematisere og fremstille data? Hvordan gjennomføre analyse og drøfting av funnene? Avsluttende diskusjon / oppsummering. Evaluering.

Universitetet i Nordland (UiN)

Universitetet i Nordland hadde etablert et samarbeid med Salten Friluftsråd og utviklet og gjennomførte kompetanseprogrammet: *Nærmiljøkvaliteter og folkehelse, med fokus på nærfriluftsliv*. Kompetanseprogrammet ble gjennomført med 18 deltakere fra 10 kommuner i Nordland og 1 kommune i Troms samt to deltakere fra Friluftsrådet. Kurset ga 15 studiepoeng og ble gjennomført med fire samlinger (1, 2, 3, 4 nedenfor), hver av dem på to dager. Detaljer i kompetanseprogrammet var:

- 1) Bakgrunn og faglig innføring (to dager).
Folkehelse, begrepsinnganger og avklaringer. Hvorfor tilrettelegge for aktivitet og sosial samhandling i nærmiljøet? Hvilke anlegg bruker folk, og hva bygger vi for. Kartlegging/identifisering og planlegging. Presentasjon av deltakernes prosjekter. Organisering av offentlig friluftsliv- og folkehelseforvaltning. Kommune, fylkeskommune og stat: Folkehelse-status, utfordringer og virkemidler. Friluftspolitikken. Politisk organisering og påvirkning. Medias håndtering av lokalt nyhetsstoff.
- 2) Planlegging og konkretisering av prosjekt (to dager).
Uteaktiviteter i barnehage og skole. Virkninger av turløyper i nærmiljøet. Prinsipper for universell tilrettelegging. Finansiering. Prosjektutvikling og gjennomføring. Retorikk og kommunikasjon. Erfaringer fra store og langsiktige satsinger – eksempelet Grorudsatsingen.
- 3) Juss og konkret gjennomføring (to dager).
Tilrettelegging av turruter. Allemannsrett. Grunneierrett. Praktiske eksempler.
- 4) Motivasjon og Informasjon (formidlingstrening) (to dager).
Motivasjon for læring i og av natur. Motivasjon og markedsføring for fysisk aktivitet på treningssenter. Befaring og tilrettelegging for funksjonshemmede og klatrejungel. Motivasjon for friluftsliv. Motivasjon for fysisk aktivitet / kroppsøving i skolen. Forberedelser til eksamen.

Oppmerksomheten ble samlet om skole og nærmiljø, bomiljø og nærmiljø, friluftsliv, arbeidsplasser, samarbeidsavtaler med kommunene, stedsutviklingsprosjekter og næringsutvikling og bomiljøutvikling. Deler av dette studiet skal i fremtiden inngå i masterprogram for idrett og folkehelse.

Universitetet i Agder (UiA)

UiA utviklet og gjennomførte kompetanseprogrammet *Etter- og videreutdanningskurs om folkehelse og nærmiljøkvaliteter*. Kurset ga ikke studiepoeng. Kompetanseprogrammet ble organisert og gjennomført med to samlinger høsten 2013 og to samlinger våren 2014 og hadde 21 deltakere fra 3 kommuner i Vest Agder og 3 kommuner i Aust Agder samt 2

deltakere fra Midt-Agder Friluftsråd. Detaljer i kompetanseprogrammet på de fire samlingene (1, 2, 3, 4) var:

- 1) Nærmiljøfaktorens påvirkning på folks helse.
Det er en vridning i folkehelsearbeidet fra sykdomsperspektiv til påvirkningsperspektiv hvor nærmiljøfaktorer er sentralt. En ønsker blant annet å inkludere levevaneperspektivet tettere til levekårsperspektivet med fokus på bakenforliggende faktorer. Vi oppsummerer forskning og erfaringer om hvordan nærmiljøfaktorer påvirker befolkningens helse. Det vil også bli diskutert hvordan nærmiljøfaktorer kan identifiseres.
- 2) Folkehelse i plan
Planlegging er igjen blitt et sentralt helsepolitisk redskap. Den nye plan- og bygningsloven vektlegger et annet innhold og andre metoder enn tidligere. Dette stiller kommuner ovenfor nye utfordringer og problemstillinger.
- 3) Folkehelse i stedsutvikling
I ny folkehelselov videreføres tenkingen om å innrette innsats mot miljø- og samfunnsinnhold som bidrar til en god helse eller hindrer at sykdom og skade oppstår. Hvordan kan folkehelse som tema kobles inn i kommunenes arbeid med samfunns-, by- og stedsutvikling.
- 4) Innføring i konkrete arbeidsverktøy
Det finnes flere arbeidsverktøy for gjennomføring av tiltak i nærmiljø. Det gis en kort innføring av hovedtrekkene i disse arbeidsverktøyene i løpet av kurset.

Begge fylkeskommunene og Midt-Agder Friluftsråd har vært delvis involvert i planlegging og gjennomføring av seminarne og bistått med faglige innspill og fremlegg på seminarne, mens UiA primært har stått for utvikling av kurset og det faglige innholdet. Det ble også gitt tilbud om veiledning underveis i programmet, og flere av kommunene var på veiledning.

Høgskolen i Bergen (HiB)

HiB utviklet og gjennomførte kompetanseprogrammet *Folkehelse og nærmiljøkvaliteter – helsefremmende nærmiljøkvaliteter for SFO*. Kurset ga ikke studiepoeng.

Kompetanseprogrammet ble organisert med to samlinger høst 2013, en samling våren 2014 og en samling januar 2015. Detaljer i kompetanseprogrammet de fire gangene (1, 2, 3, 4) var:

- 1) Styringsdokumenter for folkehelsearbeidet. Begrepsavklaring og skole/SFO som arena for folkehelsearbeidet. Kommunehelseprofiler. Kartleggingsverktøy.
- 2) Prosess rundt kartlegging av mat og måltider og fysisk aktivitet. Sosial inkludering. Tiltaksutvikling. Prosedyrer for veiledning i de ulike SFO-prosjektene.

- 3) Involvering av nærmiljøet og tverrsektorielt arbeid. Motivering av ansatte i SFO/skole og samarbeid med FAU. Medvirkning/samarbeid: SFO – skole – kommune. Barnas brede deltakelse i aktiviteter. Avtaler om veiledning.
- 4) Erfaringsamling arrangert som dagsseminar med deltakere fra kommunene, representanter fra fylket, HiB og inviterte gjester.

Kompetanseprogrammet hadde deltakere fra tre kommuner i Hordaland, og deltakerne representerte SFO-ansatte, ledere og en folkehelsekoordinator. Som del av kompetanseprogrammet ble det gjennomført veiledning både på samlingene og ute i de enkelte prosjektene på skolene/SFO. Både fagansatte fra HiB og Hordaland fylkeskommune, regionalavdelingen, bidro med faglige innlegg på samlingene, veiledning på samlingene og veiledning ute i de enkelte prosjektene i kommunene.

SFO som nærmiljøarena er presentert på nettsidene til Nasjonalt senter for mat, helse og fysisk aktivitet: <http://mhfa.no/blog/sfo-som-naermiljoarena/>

I kapittel 5 Resultater vil data fra evalueringen ved universitets- og høgskolemiljøene presenteres.

3. Faglige innfallsvinkler for å forstå begrepene folkehelse og nærmiljøkvaliteter

Nærmiljøer er viktige arenaer i folkehelsearbeidet. I nærmiljø «møtes» summen av samfunnets påvirkningsfaktorer. Disse får ofte en avgjørende betydning for den enkeltes helse. En hovedutfordring i denne sammenhengen blir derfor å stimulere og utvikle gode folkehelsekvaliteter i nærmiljøet.

Det tas i denne evalueringen sikte på å utvikle kunnskap om sammenhenger mellom folkehelse og ulike faktorer i nærmiljøet og hvordan disse virker inn på helsen; det gjelder blant annet fysiske, sosiale og kulturelle faktorer.

Nærmiljø er et begrep som kan forstås som en samlebetegnelse for de ulike fysiske og sosiale forholdene i et lokalmiljø; det omfatter blant annet trafikkforhold, samfunnsmessige og kommersielle tjenester, barns lekemuligheter og muligheter for friluftsliv (Store norske leksikon, 2012). Nærmiljøbegrepet er mangeartet og sammensatt. Allerede i NOU 1998:18 «Ny giv i nærmiljø og lokalsamfunn» blir begrepet beskrevet som uklart og at man mangler en omforent definisjon. I litteraturen benytter man nærmiljøbegrepet om stedsløse begreper, geografiske grenser, identitet og ideal, et sosialt fellesskap eller en sosial interaksjon, og i nyere internasjonal litteratur benyttes nærmiljøbegrepet også om nærmiljø i «cyberspace». Helsedirektoratet benytter følgende definisjon på nærmiljøkvaliteter, som også er benyttet i denne rapporten:

«Med nærmiljøkvaliteter menes faktorer i nærmiljøet som fremmer eller motvirker folkehelsen. Nærmiljø omfatter både fysiske og sosiale forhold, samspillet mellom mennesker og mellom mennesker og deres fysiske omgivelser» (Helsedirektoratet 2014d, s. 134).

Miljøet man er en del av, har stor betydning for hvilken helseatferd man har, og dermed også hvilken helse man har (Sletteland og Donovan, 2012). Folkehelse defineres som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen (folkehelseloven, 2011). Med folkehelse og nærmiljøkvaliteter forstår vi i denne sammenhengen samspillet mellom våre omgivelser, både fysiske og sosiale.

Helsedirektoratet fremstiller nærmiljø fra ulike folkehelseperspektiv, blant annet areal/fysisk, sosiologisk, psykologisk, pedagogisk, sosialantropologisk, helse, frivillighet, demokrati og miljø (Moltumyr, 2014). I denne rapporten er noen av disse perspektivene benyttet som inntak til å forstå nærmiljø og også benyttet som utgangspunkt for litteratursøket (5.1).

Perspektivet med areal / fysiske omgivelser vil si utforming av bolig, turstier og møteplasser, trygge omgivelser, vinter-/sommeraktiviteter, som kan stimulere til aktiviteter og sosialt samvær. Et annet perspektiv er det sosiologiske perspektivet som inkluderer sosiale møteplasser, integrering i lokalsamfunnet og kulturforståelse. Videre vil et sosiologisk perspektiv se på samhandling og samspill mellom grupper, og på tvers av grupper og trivsel, trygghet og tillit, fellesskap og tilhørighet (Fugelli og Ingstad, 2009).

I et psykologisk perspektiv rettes oppmerksomheten mot sosial integrering knyttet til psykisk helse og utfordringer knyttet til ensomhet isolasjon og rusproblematikk. Det pedagogiske perspektivet fremhever barnehage, skole, skolefritidsordning og utdanning som nærmiljøarenaer med særlig vekt på frafall, positive og negative oppvekstfaktorer.

Helsedirektoratet nevner også et sosialantropologisk perspektiv som rommer integrering i lokalsamfunnet, kulturforståelse og kulturidentitet. I et helseperspektiv er Helsedirektoratet særlig opptatt av det de kaller en «venstreforskyvning» (Helgesen, Hofstad, Risan, Stang, Rønningen, Lorentzen og Goth, 2014), fra levevaner og helseatferd til forebygging og levekår og vekt på planlegging og en tverrsektoriell tilnærming til folkehelse. Nærmiljø kan også fremstilles i lys av et frivillighetsperspektiv hvor samhandling mellom det offentlige og frivillig sektor står sentralt. Videre er et demokratiperspektiv trukket frem. Det vil si at oppmerksomheten rettes mot deltakelse i beslutningsprosesser. Sentralt her er også brukernes medvirkning i kommunale planprosesser. Et siste perspektiv er miljøperspektivet. I dette inkluderes ytre miljøfaktorer som støy, støv, luft, lokal forurensning, drikkevann, skader og ulykker samt økologisk bærekraft.

Med utgangspunkt i disse perspektivene har vi i kunnskapsoppsummeringen valgt å legge vekt på begrepene helse, trivsel, mestring, bærekraft, sosial utjevning og medvirkning som utgangspunkt for å forstå den teoretisk antatte sammenhengen mellom nærmiljø og helseutfall. Disse begrepene har blitt benyttet som søkeord i litteratursøket.

4. Metode

Nedenfor følger metodebeskrivelse for kunnskapsoversikten, spørreundersøkelsen og intervjuene.

4.1 Kunnskapsoversikten

Å skaffe en kunnskapsoversikt over hvilken effekt nærmiljøkvaliteter har på folkehelse, var en del av evalueringen. For å få en kunnskapsoversikt ble det gjennomført et systematisk søk av prospektive kohortstudier og randomiserte kontrollerte studier fra 2000 til 2014. Målet med dette søket var å få en oversikt over nærmiljøkvaliteters (utvalgte) påvirkning på folkehelsen / befolkningens helse.

4.1.1 Inklusjonskriterier

Vi definerte litteratursøket og inklusjonskriterier (før gjennomgang av sammendrag) basert på følgende prinsipper:

Eksponering/intervensjon: Nærmiljøfaktorer definert som «local community OR social environment OR neighborhood OR local environment OR municipality». Både hemmere og fremmere («promote OR constraints»).

Studiedesign: Prospektive observasjonsstudier (kohort eller nested case-control), randomiserte kontrollerte studier, intervensjonsstudier og systematiserte oversiktsartikler.

Utfall: Helse, trivsel, mestring, bærekraft, sosial utjevning og medvirkning var utfallene som ble inkludert. På engelsk var dette: «health OR wellbeing OR mastery OR sustainability OR social equality OR leverage».

Kontroll: Sammenligning bør være gjort mot fravær av nærmiljøkvaliteter – der sammenligning er naturlig.

Populasjon: Populasjonen var definert som den friske befolkningsgruppen i alle aldersgrupper. Vi inkluderte bare studier på mennesker.

Språk: Engelsk eller nordisk språk.

Artikkeltype: Originale artikler eller systematiske oversiktsartikler.

Tidsperiode: Fra januar 2000 til desember 2014.

Vurdering: Skjønnsmessig vurdering av overføringsverdi til nordiske land.

Litteratursøket ble gjennomført sammen med en bibliotekar. Søketermene er presentert i tabell 1.

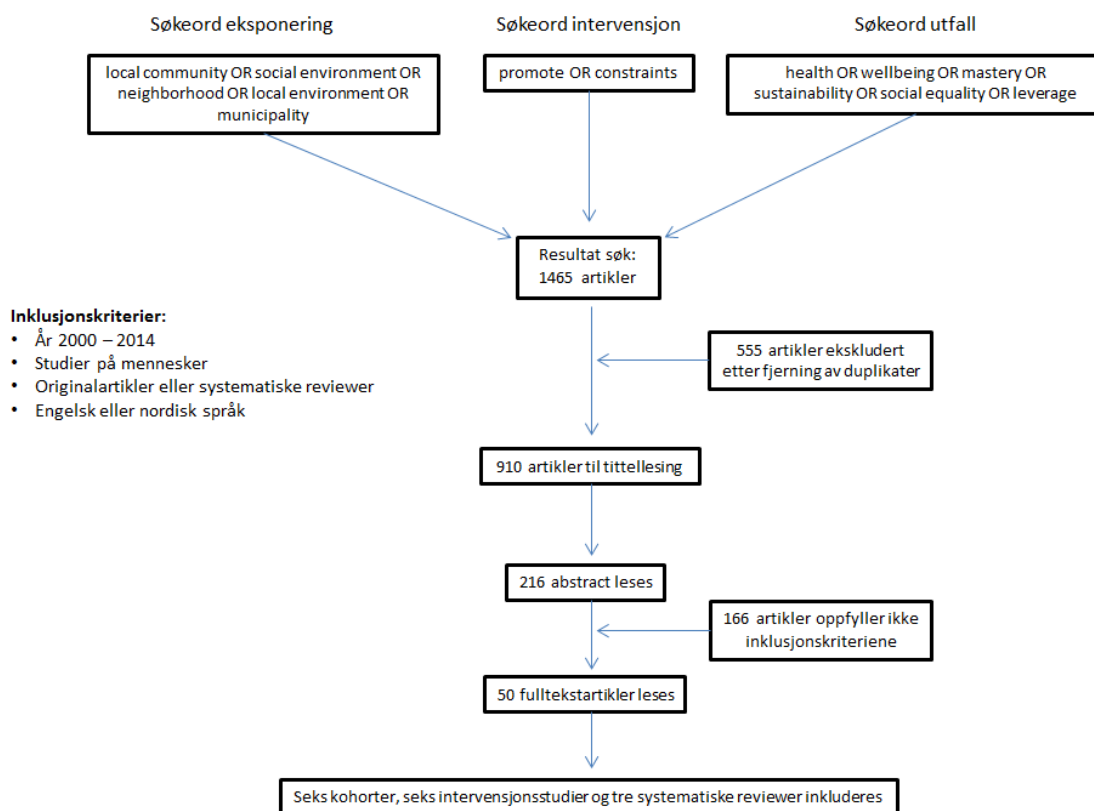
Tabell 1 Variabler og søketermer for litteratursøk

Variabel	Søketermer
Eksposering	local community OR social environment OR neighborhood OR local environment OR municipality
Intervensjon	promote OR constraints
Utfall	health OR wellbeing OR mastery OR sustainability OR social equality OR leverage
Tidsperiode	2000–2014 des
Begrensning	Human

Søket ble gjort i Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) og Embase via OvidSP.

4.1.2 Valg av artikler

Etter at søket ble gjennomført, ble titlene vurdert av en fagperson, og sammendrag (abstract) ble lastet ned for de valgte artiklene. Disse sammendragene ble lest og vurdert av to fagpersoner som ekskluderte sammendrag som falt utenfor inklusjonskriteriene, og som ba om fulltekst på de artiklene som virket relevante. Både original- og systematiske oversiktsartikler ble bestilt i fulltekst. De samme fagpersonene leste og vurderte fulltekstartiklene og deretter bestemte hvilke artikler som skulle inkluderes i den systematiske litteraturgjennomgangen. Dette er presentert i figur 2.



Figur 2 Oversikt over antall artikler som er inkludert i den systematiske reviewen

4.2 Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelsen (vedlegg 1), som er en del av evalueringen, ble sendt ut til alle deltakere (fra kommuner og fylker) i kompetanseprogrammet «Folkehelse og nærmiljøkvaliteter» i desember 2014 for å kunne kartlegge status på hva de mener om nærmiljøkvaliteter og folkehelse. Det ble utviklet et spørreskjema hvor hovedmålsettingen var å kartlegge hva deltakerne i kompetansehevingsprogrammene ved de fire universitetene og høyskolen mente var gode nærmiljøkvaliteter, og hva de karakteriserte som viktige fremmere og hemmere for folkehelse i sitt nærmiljø.

Spørreskjemaet innledes med innhenting av bakgrunnsinformasjon, spørsmål om geografisk tilhørighet, sektor vedkommende jobber i, samt yrke og hvordan personene kategoriserer sitt nærmiljø.

I hoveddelen av spørreskjemaet dreier det seg om nærmiljøkvaliteter. Det er listet opp seks tabeller med nærmiljøkvaliteter. Tre omhandler fysiske forhold, og tre omhandler sosiale forhold som nærmiljøkvaliteter. Hver deltaker ble bedt om å vurdere i hvilken grad de opplever at de nevnte nærmiljøkvalitetene er gode for følgende tre grupper i sin kommune:

barn og unge, voksne og eldre. Med gode kvaliteter menes tilbud/tilgang som folk kjenner til, og som har en viss kvalitet som gjør at tilbudet benyttes av brukerne. Deltakerne blir bedt om å gradere svarene fra 1 til 5 hvor 1 er i liten grad gode og 5 er i svært stor grad gode.

Videre blir deltakerne bedt om å liste opp de tre viktigste fremmerne og hemmerne for folkehelse i sitt nærmiljø.

Avslutningsvis blir deltakerne bedt om å beskrive sin kompetanse for å arbeide med folkehelse og nærmiljøkvaliteter og hvordan de mener eventuelle kurstilbud på dette feltet best kan organiseres og gjennomføres.

Spørreskjemaet er nettbasert og laget i Survey Xact. Spørreundersøkelsen ble sendt på mail til alle deltakere (n=67). Spørreskjemaet ble sendt første gang 02.12.14 med 8 dagers svarfrist. En purring ble sendt til alle med påminnelse til de som ikke hadde svart, og takk til de som hadde svart. Innen fristen hadde 41 svart på spørreskjemaet, det tilsvarer 61 prosent deltakelse.

Av de som svarte på spørreskjemaundersøkelsen, var det 8 fra Aust-Agder, 7 fra Vest-Agder, 4 fra Finnmark, 10 fra Hordaland, 10 fra Nordland og 1 fra Troms. Flest deltakere (78 prosent) jobbet i det offentlige med skole eller SFO (28 prosent), teknisk (25 prosent), kultur (18 prosent) og helse (åtte prosent). Deltakerne ble bedt om å definere sitt nærmiljø med tanke på by/tettsted. Totalt definerte 33 prosent sitt nærmiljø som tettsted, 25 prosent som by, 18 prosent som bydel, 20 prosent som bygd og 5 prosent som grend. Deltakerne ble bedt om å skrive hva yrket deres var. Flest svarte at de var kommuneplanlegger, arealplanlegger, folkehelsekoordinator, rådgiver, rektor, skoleleder, SFO-leder, kommunalsjef, kultursjef og friluftskonsulent.

4.3 Intervjuer

Kvalitative intervjuer er særlig egnet til å undersøke aktørenes egne oppfatninger av hva som har skjedd og hvorfor, og utgjør i denne evalueringen kun en del av kildegrunnlaget. Mange sider ved utdanningsinstitusjonenes, fylkeskommunenes og kommunenes arbeid med folkehelse og nærmiljøkvaliteter og deres erfaringer med utvikling av og deltakelse i kompetanseprogrammet ville ikke vært mulig å fange opp gjennom dokumentundersøkelser eller spørreskjemaundersøkelser. Deltakerne som intervjues, undersøkelsesobjektene, betraktes som respondenter ettersom de alle har vært direkte involvert enten i utformingen og gjennomføringen av kompetanseprogrammet eller gjennom deres deltakelse i

kompetanseprogrammet. Respondenter er personer som har direkte kjennskap til fenomenet en studerer, og har dermed mer direkte informasjon ved selv å ha vært del av og direkte berørt av fenomenet som studeres (Repstad, 2007). Respondentene betraktes også da som nøkkelinformanter (Andersen, 2006) og forstås som svært informative respondenter med en sentral posisjon eller en spesiell innsikt i kjernen av det som undersøkes her.

Samtlige intervjuer er basert på prinsippet om informert samtykke (se vedlegg 3). Alle intervjuer er tatt opp på bånd og transkribert i sin helhet fortløpende i datainnsamlingsprosessen. Hensynet til anonymitet er ivaretatt ved at hverken navn på fylkeskommuner, kommuner eller respondenter gjøres kjent. Samtlige respondenter har gitt sitt samtykke til bruk av sitater i denne rapporten,

Evalueringen består også av nøkkelinformanter fra fire utvalgte kommuner i fire forskjellige fylker. Utvalgsprosedyren er basert på følgende utvalgsriterier:

- geografisk spredning og variasjon i kommunestørrelse
- bredde i kompetanse, stilling
- variasjon i type folkehelseutfordringer
- bredde i tema for prosjekt, ulike sektortilknytning knyttet til nærmiljøkvalitetsprosjekter

Målet var å finne frem til et knippe case som varierer på disse kriteriene, for så å velge ut respondenter blant deltakerne fra disse casekommunene. Kriteriene gir mulighet til å få innblikk i hvordan ulike kommuner arbeider med folkehelse og nærmiljøkvaliteter og responderer på kompetanseprogrammet. Det er også et mål å belyse ulike problemstillinger knyttet til igangsettelse, gjennomføring av og erfaringer med denne type prosjekter og deltakelse i kompetanseprogram. Utvelgelsen av case startet ved at temaene for prosjektene ble gjennomgått. Med utgangspunkt i det siste utvelgelseskriteriet ble det plukket ut et knippe prosjekter som var spisset mot ulike temaer. På bakgrunn av dette ble fire kommuner valgt ut. Deretter ble folkehelseprofilene i disse kommunene gjennomgått for å sikre variasjon i type folkehelseutfordringer. Folketall og geografisk spredning ble undersøkt. Fra de fem fylkene som deltok i programmet, ble fire kommuner fra fire forskjellige fylker valgt ut. Disse ble så sjekket ut i forhold til utvalgsriteriene.

4.3.1 Dybdeintervju

Det ble gjennomført dybdeintervju over telefon med fire deltakere. Intervjuenes varighet varierte fra om lag 45 minutter til over en time. Det ble utarbeidet en felles intervjuguide (vedlegg 2) basert på noen forhåndsdefinerte temaer. Disse ble benyttet som utgangspunkt for alle intervjuene. Kriteriene for valg av informanter er redegjort for ovenfor.

4.3.2 Fokusgruppeintervju

To fokusgruppeintervjuer ble også gjennomført. Det første med deltakere fra fire av de fem involverte fylkeskommunene, til sammen fire respondenter. Det andre intervjuet ble gjennomført med fem deltakere fra de involverte utdanningsinstitusjonene. Også her ble den samme intervjuguiden fulgt med mindre justeringer. Intervjuenes varighet var på om lag en time.

4.4 Forskningsetiske overveielser

Denne evalueringen gjennomføres av to utdanningsinstitusjoner som selv var med på å utvikle og gjennomføre kompetanseprogrammet i egen region. Det er Helsedirektoratet som oppdragsgiver som har gitt disse to utdanningsinstitusjonene dette oppdraget. Ettersom deler av datainnsamlingen er basert på kvalitative intervjuer, kan dette føre til en klassisk metodeutfordring knyttet til nærhets- og distanseproblematikk (Repstad, 2007).

Prosjektgruppen, bestående av fem fagpersoner fra to ulike fagmiljøer, har hatt ansvaret for denne evalueringen. To av prosjektgruppens medlemmer som ble trukket inn, var ikke involvert i kompetanseprogrammet. Prosjektgruppen har sammen diskutert og utarbeidet design og alle metodiske aspekter ved gjennomføringen av datainnsamlingen. I tillegg har prosjektgruppen diskutert design med to rådgivere fra Helsedirektoratet, og utkastet på rapporten ble sendt på høring til involverte fylkeskommuner og til Helsedirektoratet. Evalueringen må derfor sees i lys av dette.

5. Resultater

5.1 Nærmiljøfaktorers påvirkning på helse – kunnskapsoppsummering

Tabell 2-4 presenterer detaljene over de 15 artiklene som er inkludert i

kunnskapsoppsummeringen. Databasesøkene ble gjort 18. desember 2014 og resulterte i 1465 artikler. Etter at en fjernet antall duplikater, var det 910 artikler som ble identifisert og screenet for tittellesing. Av disse ble det bestemt at 216 sammendrag skulle vurderes. Etter vurdering av sammendrag var det 50 artikler som skulle leses og vurderes i fulltekst. Etter fulltekstgjennomlesing ble seks kohorter, seks intervensjonsstudier og tre systematiske oversiktsartikler inkludert (se figur 2). I hovedsak ble artikler ekskludert fordi de var tversnittstudier, kvalitative studier, ikke-systematiske oversiktsartikler, ikke omhandlet nærmiljø og ikke hadde et helseutfall. Enkelte av studiene var heller ikke overførbare til nordiske forhold.

Alle studiene var i utgangspunktet gjennomført i høyinntektsland, men noen studier omfattet nærmiljøområder med lav sosioøkonomisk status. De fleste studiene omfattet den voksne befolkningen, men noen studier tok for seg spesifikk populasjon, som for eksempel eldre, voksne, unge voksne, barn og unge.

Utvalgsstørrelsen varierte fra 16 til 670 352 deltakere i studiene. I 6 av 12 studier (ekskludert litteraturoversiktsstudier) var utvalget større enn 1000 deltakere, og 4 av disse studiene hadde mer enn 10 000 deltakere. For utfallsvariablene hadde de fleste studiene kategoriske variabler innenfor helseutfall. Disse var kategorisert som for eksempel inntak av frukt og grønnsaker (n=3), ulike kategorier for gange og fysisk aktivitet (n=7), fysisk funksjon (n=2), selvrapporert helse (n=4) og koronar hjertesykdom (n=1). I kun tre av studiene (Sundquist, Theobald, Yang, Li X, Johansson og Sundquist, 2006; Zick, Smith, Kowaleski-Jones og Merrill, 2013; Ding, Sallis, Kerr, Lee og Rosenberg, 2011) rapporteres det om objektive mål på helseutfall.

I to litteraturoversikter (Durand, Andalib, Dunton, Wolch og Pentz, 2011; Sugiyama et al. 2012) og i to intervensjonsstudier (Hekler, Castro, Buman og King, 2012; Wang, MacLeod, Steadman, Williams, Bowie og Herd, 2007) var det en tydelig sammenheng mellom det å ha konkrete bestemmelsessteder i form av servicefunksjoner- og tilbud, nærbutikker og samfunnshus i nærmiljøet og ulike former for gåing. I oversikten til Sugiyama et al. (2012) viser 80 prosent av studiene en tydelig sammenheng mellom nyttegåing og konkrete bestemmelsessteder. I 35 prosent av studiene vises sammenheng mellom rekreasjonsgåing og

tilgang til, nærhet til og kvalitet på rekreasjonsdestinasjonene (Sugiyama et al. 2012). I tillegg viser studien til Hekler et al. (2012) at tilgang på gode gangveier og enkel tilgang til nærmiljøtjenester har sammenheng med økt rekreasjonsgåing. Større tilgang til grøntområder og parker har sammenheng med større grad av utendørs fysisk aktivitet der det hos jenter med i utgangspunktet lavt nivå av fysisk aktivitet spores størst effekt (Boone-Heinonen, Casanova, Richardson og Gordon-Larsen, 2010).

Det ble også funnet at tilgangen til grønne områder, parker, et godt utviklet veinett, tilgang til gang- og sykkelveier hadde sammenheng med generelt økt fysisk aktivitet, særlig det å bevege seg ved å gå (Hekler et al. 2012, Sugiyama et al. 2012). Elliot, Gale, Parsons og Kuh (2014) rapporterer en signifikant sammenheng mellom hvordan nærmiljøet var utformet, og folks trivsel og velvære. En av studiene (Sundquist et al., 2006) fant en signifikant sammenheng mellom kriminalitet og økt arbeidsledighet i nærmiljøet og økt risiko for hjerte- og karsykdom, både hos kvinner og menn. Svært få studier viser objektive mål på helseutfall, men Zick et al. (2013) finner at de som driver med hagearbeid som fritidssysse, har lavere BMI sammenlignet med de som ikke driver med dette.

Totalt sett samsvarer resultatene fra denne kunnskapsoppsummeringen med andre systematiske oversiktsartikler når det gjelder nærmiljøets betydning for folkehelsen. Det kan være verd å merke seg at denne oversikten omhandler et systematisk søk av prospektive og eksperimentelle studier, for å se nærmiljøets effekt på befolkningens helse. Oppsummert er det tydeligste funnet fra denne litteraturoversikten at det er en klar sammenheng mellom utforming av nærmiljøet og fysisk aktivitet, særlig ulike former for gåing.

Tabell 2 Oversikt over kohortstudier

Referanse	Studiedesign	Deltakere	Oppfølging	Nærmiljø	Helseutfall	Resultat
Boone-Heinonen et al. 2011(2)	Populasjonsstudie USA.	3672 Kvinner og menn, 18–30 år.	15 års oppfølging	Fast-food-restauranter, små butikker og supermarkeder i nærområdet.	Inntak av fast-food vs. frukt og grønnsaksvennlig diett	Funnene indikerer at å begrense fast-food restauranter, innen 3 km fra boligområder med lav sosioøkonomisk status, kan bidra til å redusere inntaket av fast-food.
Sun et al. 2012 (3)	Longitudinell populasjonsstudie, USA.	10 388 Kvinner og menn, 50 år eller eldre.	10 års oppfølging	Opplevd trygghet i nærmiljøet.	Selvrapportert fysisk funksjon, daglige aktiviteter.	Flere enn halvparten av deltakerne opplevde reduksjon i fysisk funksjon i løpet av de 10 årene studien varte. Deltakere som opplevde nærmiljøet sitt som moderat til veldig trygt, hadde minst reduksjon i fysisk funksjon over en periode på 10 år.
Boone-Heinonen et al. 2010(4)	Longitudinell studie, USA.	10 359 Jenter og gutter, 11–22 år.	1 års oppfølging	Tilgang til parker og grøntområder i nærmiljøet, urbane områder.	Nivåer av fysisk aktivitet.	Større tilgang til grøntområder og parker ble assosiert med større grad av utendørs fysisk aktivitet med potensielt større utbytte for jenter med i utgangspunktet særlig lavt nivå av fysisk aktivitet.
Brown et al. 2008 (5)	Longitudinell studie, USA.	273 Kvinner og menn, 70–100 år med lavere sosioøkonomisk status.	3 års oppfølging	Bygd nærmiljø Inngangsparti ble kodet på alle bygninger i Little Havana. Disse kodene ble systematisert i grupper av inngangsparti.	Fysisk funksjon, selvrapportert helse, sosial støtte, psykologisk stress, selvrapportert angst og depressive symptomer.	Eldre som bor i boliger med lavt nivå av positive inngangspartikvaliteter, har 2,7 ganger høyere sannsynlighet for å ha lavt nivå av fysisk funksjon sammenlignet med de som har gode inngangspartikvaliteter.
Sundquist et al. 2006 (1)	Populasjonsstudie Sverige.	336 295 menn og 334 057 kvinner, 35–64 år.	1 års oppfølging	Kriminalitetsrate og arbeidsledighet. Dårlig sosialt organiserte nærmiljø.	Koronar hjertesykdom.	Nærmiljø med høyest rate av kriminalitet og arbeidsledighet hadde signifikant høyere frekvens av koronar hjertesykdom hos både kvinner og menn.
Elliot et al. 2014(6)	Tre kohorter, Storbritannia.	10 312 kvinner og menn over 50 år.		Tilhørighet til nabolaget og nærmiljøkohesjon.	Selvrapportert trivsel og velvære.	Studiene viste en robust til moderat assosiasjon mellom opplevelse av nærmiljøet og mental velvære, spesielt hos gruppen eldre over 65 år.

Tabell 3 Oversikt over intervensjonsstudier

Referanse	Studiedesign	Deltakere	Oppfølging	Nærmiljø	Helseutfall	Resultat
Ichida et al. 2013 (7)	Kvasi-eksperimentell intervensjonsstudie, Japan.	158 deltakere i program med nærmiljøsentre, mens 1391 var ikke-deltakere. Kvinner og menn i pensjonistalder.	Baseline 2006 og oppfølging etter intervensjonen i 2008	Bygger tre nærmiljøsentre i en by, for å fremme sosial deltakelse og sosialisering.	Selvrapportert helse.	Deltakelse i et nyåpnet nærmiljøsentre var assosiert med en signifikant forbedret selvrapportert helse over tid.
Zick et al. 2013 (8)	Kvasi-eksperimentell intervensjonsstudie, USA.	198 kvinnelige og mannlige hagearbeidere med tilgang til kolonihage ble sammenlignet med tre grupper; naboer, søsken og ektefeller.	Baseline 2001 og oppfølging 2010	Kolonihager i urbane bymiljøer.	Selvrapportert helse, BMI.	Kvinnelige hagearbeidere hadde 1,48 lavere BMI enn deres naboer og var 34 % mindre sannsynlig for å være overvektig eller fet. Mannlige hagearbeidere hadde gjennomsnittlig 2,52 lavere BMI enn deres naboer og hadde 36 % mindre sannsynlighet for å være overvektig eller fet sammenlignet med deres søsken og ektefeller.
Hekler et al. 2012 (9)	Intervensjonsstudie, kvasi-eksperimentell, USA.	16 kvinner og menn, 50 år og eldre.	7 ukers intervensjon med tre faser for ulike typer av gåing	Fysisk aktivitet i form av gåing i nærmiljøet.	Fysisk aktivitet, nyttegåing og rekreasjonsgåing.	Instruksjoner for rekreasjonsgåing resulterte i økt fysisk aktivitet sammenliknet med instruksjoner for nyttegåing. Trekk ved nærmiljøet påvirker former for gåing. Tilgang på gode gangveier og enkel tilgang til nærmiljøtjenester assosieres med økt rekreasjonsgåing. Behov for å gå til flere lokalisasjoner daglig og over større avstander ble assosiert med økning i nyttegåing.
McQuestion et al. 2010 (10)	Intensiv kommunebasert intervensjonsstudie, USA.	16 familiekontor i distriktet omkring San Luis, Honduras. Inkluderte familier fra 22 nærområder.	Baseline 2004, oppfølging 2006	Kursing av ansatte og frivillige knyttet til familiekontorene når det gjelder helseatferd og sosial integrering.	Byene ble rangert etter hvordan innbyggerne deltok i lokale organisasjoner, helsefremmende aktivitet og støttet opp lokale aktiviteter i nærmiljøet.	Studien viste at innbyggerne i intervensjonsbyene bedret helserelatert atferd i løpet av intervensjonen. Sosiale strukturer og prosesser ser ut til å ha betydning for atferdsendringen. Deltakelse i lokale lag og organisasjoner har en signifikant sammenheng med helserelatert atferdsendring.

Wang et al. 2007 (11)	Pilotstudie intervensjon. Ikke-randomisert design, USA.	78 kvinner og menn, 31–45 år, bosatt innen 3 km fra et nyåpnet supermarked i et nærmiljø med lav sosioøkonomisk status fra en moderat stor by i California.	Baseline og oppfølging seks måneder senere	Stort full-service supermarked åpnet i et område med lav sosioøkonomisk status.	Selvrapporterte kostholdsvaner.	Studien viste at 62 % benyttet seg av supermarked regelmessig. De fleste var bosatt ca. 1,5 km fra supermarked. Det ble ikke funnet noen signifikant endring i kostholdsvaner i studieperioden.
Krølner et al. 2012 (12)	Intervensjonsstudie, RCT, Danmark.	1175 deltakere fra 20 skoler i intervensjonsgruppen, 1114 fra 20 skoler i kontrollgruppen. 13-åringer i 7. klasser på 40 skoler.	Baseline 2010, oppfølging 2011 og 2012	Utlevering av frukt og grønt i skolemåltider i et skoleår.	Mål om 20 % økning i selvrapportert inntak av frukt og grønt for å nå WHO's anbefalinger.	Etter intervensjon fortsatt 40 % som ikke har oppnådd WHO's anbefalinger. Endring i normer og holdninger sterkest relatert til betydningen av hjemmet og aktivitetsarenaene utenfor hjemmet.

Tabell 4 Oversikt over systematiske oversiktsartikler

Referanse	Antall studier	Nærmiljøfaktor	Helseutfall	Resultat
Durand et al. 2011 (13)	39 tverrsnittstudier og 5 kvasi-longitudinelle eller longitudinelle.	Variasjon knyttet til landskapet, muligheter og valg av hus, nabolag med mulighet til å gå, bestemte kommuner med sterk oppmerksomhet på stedsidentitet, variasjon i landskapet, åpne områder, variasjon i transporttilbud, utvikling rettet mot eksisterende nærmiljø.	Fysisk aktivitet, gåing og overvekt.	Fem «smart growth» faktorer: 1. variasjon i hustyper, 2. landskapsvariasjoner, 3. tetthet i antall hus 4. kompakte utviklingsmønstre og 5. nivå av åpne rom ble assosiert med økt nivå av fysisk aktivitet, hovedsakelig gåing. Ingen forskjell i BMI i forhold til aktivitet i nærmiljø. Hensiktsmessige nærmiljøomgivelser kan være assosiert med fysisk aktivitet. Det er kjønnsmessige variasjoner. Hovedsakelig signifikante funn hos kvinner når det gjelder aktivitet.
Sugiyama et al. 2012 (14)	Totalt 46 studier	Har delt nærmiljø i to dimensjoner; destinasjoner og ruter/veier. Destinasjoner er inndelt i nytte og rekreasjon, og hver av disse i nærhet, avstand og kvalitet ved disse. Kvaliteter ved ruter/veier ble delt inn i fortau, sammenhengende veier, estetikk, trafikk og trygghet.	Gåing.	Nyttegåing var oftest assosiert (80 % av studiene) med konkrete destinasjoner som lokale butikker, servicetilbud og midlertidig stopp. I 35 % av studiene var rekreasjonsgåing assosiert med tilgang til og nærhet til, og kvalitet på rekreasjonsdestinasjonene. Begge typer gåing var ikke relatert til trygghet eller trafikk.
Ding et al. 2011 (15)	99 tverrsnittstudier og 4 longitudinelle studier, totalt 103 studier av barn og unge i alderen 3–18 år.	Rekreasjonsområder, parker, nabolagsdesign, gangvennlige områder, gang- og sykkelmuligheter, trafikkreguleringer, fotgjengersikkerhet, kriminalitet, ulykker og vegetasjon.	Fysisk aktivitet (subjektiv og objektivt målt), aktiv transport og fritidsaktivitet.	Det ble funnet assosiasjoner mellom fysisk aktivitet og nærmiljø for både barn og unge. De mest fremtredende korrelatene for barn på objektive mål var områder som var tilrettelagt for gange med variert landskap, rekreasjonsområder og regulert trafikk; for ungdom var de mest fremtredende korrelatene variert landskap og boligtetthet.

Referanser

- (1) Sundquist K, Theobald H, Yang M, Li X, Johansson SE, Sundquist J. Neighborhood violent crime and unemployment increase the risk of coronary heart disease: a multilevel study in an urban setting. *Social Science & Medicine* 2006 Apr;62(8):2061–71.
- (2) Boone-Heinonen J, Gordon-Larsen P, Kiefe CI, Shikany JM, Lewis CE, Popkin BM. Fast food restaurants and food stores: longitudinal associations with diet in young to middle-aged adults: the CARDIA study. *Archives of Internal Medicine* 2011 Jul 11;171(13):1162–70.
- (3) Sun VK, Stijacic C, I, Kao H, Ahalt C, Williams BA. How safe is your neighborhood? Perceived neighborhood safety and functional decline in older adults. *Journal of General Internal Medicine* 2012 May;27(5):541–7.
- (4) Boone-Heinonen J, Casanova K, Richardson AS, Gordon-Larsen P. Where can they play? Outdoor spaces and physical activity among adolescents in U.S. urbanized areas. *Preventive Medicine* 2010 Sep;51(3–4):295–8.
- (5) Brown SC, Mason CA, Perrino T, Lombard JL, Martinez F, Plater-Zyberk E, et al. Built environment and physical functioning in Hispanic elders: the role of "eyes on the street". *Environmental Health Perspectives* 2008 Oct;116(10):1300–7.
- (6) Elliott J, Gale CR, Parsons S, Kuh D. Neighbourhood cohesion and mental wellbeing among older adults: A mixed methods approach. *Social Science and Medicine* 2014;107(pp 44–51):April.
- (7) Ichida Y, Hirai H, Kondo K, Kawachi I, Takeda T, Endo H. Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study. *Social Science & Medicine* 2013 Oct;94:83–90.
- (8) Zick CD, Smith KR, Kowaleski-Jones L, Uno C, Merrill BJ. Harvesting more than vegetables: the potential weight control benefits of community gardening. *American Journal of Public Health* 2013 Jun;103(6):1110–5.
- (9) Hekler EB, Castro CM, Buman MP, King AC. The CHOICE study: a «taste-test» of utilitarian vs. leisure walking among older adults. *Health Psychology* 2012 Jan;31(1):126–9.
- (10) McQuestion MJ, Quijano CA, Drasbek C, Harkins T, Sagastume LJ. Social integration and health behavioral change in San Luis, Honduras. *Health Education & Behavior* 2010 Oct;37(5):694–708.

- (11) Wang MC, MacLeod KE, Steadman C, Williams L, Bowie SL, Herd D, et al. Is the opening of a neighborhood full-service grocery store followed by a change in the food behavior of residents? *Journal of Hunger and Environmental Nutrition* 2008;2(1):June.
- (12) Krolner R, Suldrup JT, Aarestrup AK, Hjollund CA, Christensen AM, Due P. The Boost study: design of a school- and community-based randomised trial to promote fruit and vegetable consumption among teenagers. *BMC Public Health* 2012;12:191.
- (13) Durand CP, Andalib M, Dunton GF, Wolch J, Pentz MA. A systematic review of built environment factors related to physical activity and obesity risk: implications for smart growth urban planning. [Review]. *Obesity Reviews* 2011 May;12(5):e173-e182.
- (14) Sugiyama T, Neuhaus M, Cole R, Giles-Corti B, Owen N. Destination and route attributes associated with adults' walking: a review. [Review]. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 2012 Jul;44(7):1275–86.
- (15) Ding D, Sallis JF, Kerr J, Lee S, Rosenberg DE. Neighborhood environment and physical activity among youth: A review. *American Journal of Preventive Medicine* 2011;41(4):October.

5.2 Hvilke faktorer i nærmiljøet fremmer og hemmer folkehelsen ifølge beskrivelser fra de involverte i kompetanseprogrammet?

5.2.1 Nærmiljøfaktorer som er identifisert i intervjuene

Både i fokusgruppeintervjuene og i dybdeintervjuene ble respondentene bedt om å beskrive hva de betraktet som de viktigste faktorene som virker som fremmere og hemmere for folkehelse i sitt nærmiljø. Det er ulike faktorer som trekkes frem som viktige hemmere og fremmere, og disse kan karakteriseres mer overordnet som både strukturelle og prosessuelle. Når det gjelder strukturelle faktorer, vektlegges særlig betydningen av økonomi, organiseringen av folkehelsearbeidet, hvor ansvaret formelt er plassert, og grad av formalisering. Prosessuelle faktorer som trekkes frem, relateres gjerne til betydningen av enkeltpersoner, eksempelvis ildsjeler som er motivert og som ser løsninger, grad av kompetanse i organisasjonen, i tillegg til betydningen av samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

5.2.2 Utdanningsinstitusjonene

Representanter fra utdanningsinstitusjonene fremhever lokalt engasjement og betydningen av ildsjeler som viktig faktor som fremmer folkehelse i nærmiljøet, i tillegg til forankring og økonomi. Når det gjelder økonomi, pekes det både på betydningen av forutsigbarhet og langsiktighet, men samtidig understrekes også verdien av «korte penger» og de spin-off-effektene dette potensielt kan gi.

«Det ene er engasjement ... hvis du ønsker å få ting til å skje i nærmiljøområdet ditt, så er det viktig at den biten av samfunnet møter engasjementet på en god måte. Det andre er god struktur ... godt forankret i den kommunale organisasjonen.»

«Forutsigbarhet i forhold til dette med økonomi, i forhold til hvem gjør hva, og i forhold til eventuelle frister eller datoer eller slike ting.»

«Ildsjeler som flere av dere var inne på, altså at det er litt personavhengig, og da økonomiske virkemidler. Det som overrasker oss, er hvor gode «spinn off»-effekter, til og med korte penger har.»

Samtlige representanter fra utdanningsinstitusjonene trekker frem mangel på kunnskap som en av de viktigste faktorene som hemmer folkehelse i nærmiljøet. I tillegg fremheves strukturelle utfordringer som både knyttes til informasjonsflyt, økonomi og mangel på tverrsektorielt samarbeid.

«Det ene går da på selve organiseringen og forankringen i fylkeskommunen, samordning av dette folkehelsearbeidet. Og det andre er mangel på det vi kan kalle informasjonsflyt, mellom de ulike instansene.»

«Apati og kunnskapsmangel er to viktige hemmere, at folk på en måte ikke ser at de kan ta en rolle, eller mangler kunnskap om hvordan de eventuelt tar en rolle. Og det andre er strukturelle problemer, altså at du møtes av noe som gjør at du mister motet.»

«At kommunene ikke ser ansvaret for folkehelse i alle etater ... at det bare blir noen av etatene som tar ansvar, i tillegg til mangel på kunnskap og mangel på økonomi.»

5.2.3 Fylkeskommunene

Fylkeskommunene oppgir ulike fremmere for folkehelse i nærmiljøområdet, det eksisterer en lokal forståelse av hva dette er, alt fra forankring i planverk, økonomiske stimuleringsmidler, enkeltpersoners betydning, sektorvise satsinger og samarbeidsavtaler. Det er dermed betydningen av formaliseringsgrad (planforankring og formaliserte avtaler) av folkehelsearbeidet som vektlegges, den tverrsektorielle tilnærmingen og økonomiske midler til folkehelsesatsinger som går igjen. Konkrete faktorer som ble trukket frem som fremmere:

«Bra tverrsektorielt arbeid i kommunene vil være en fremmer. I tillegg som fremmer, så er ildsjelen i hvert enkelt prosjekt kjempeviktig, og den økonomiske biten ifra både Helsedirektoratet og fylkeskommunen er veldig viktig.»

«Vi anser samarbeidsavtalene vi har som veldig viktige strukturelle bidragsyttere, i forhold til samarbeidsavtaler med den enkelte kommune [...]. Men og internt i fylkeskommunen der vi har et såkalt folkehelsesteam på tvers av ulike fagområder og ulike avdelinger.»

De viktigste faktorene som hemmer folkehelse i nærmiljøet i henhold til hyppigheten i fylkeskommunenes svar, er mangel på tverrsektoriell tilnærming, og tradisjonell sektortenkning i fylkeskommuner og kommuner. Mangel på forankring av folkehelsesatsinger vektlegges også. Typiske momenter som ble trukket frem:

«Hemmere vil være dårlig tverrsektoriell tilnærming og dårlig forankring.»

«Liten forståelse og kompetanse om hva nærmiljøetsatsing er. Og for det andre at det fortsatt er mye sektortenkning i kommunen.»

I fokusgruppeintervjuet var det stor grad av enighet i gruppen når disse faktorene ble nevnt. Det indikerer at respondentene fra fylkeskommunene i noen grad besitter samme type forståelse for og erfaringer med folkehelsearbeidet knyttet til nærmiljøetsatsinger.

5.2.4 Kommunene

I dybdeintervjuene med deltakere fra kommunene kobles faktorer i nærmiljøet som fremmer og hemmer folkehelse, til den konkrete konteksten de har jobbet med i de ulike nærmiljøprosjektene, i selve kompetanseprogrammet. Faktorene som trekkes frem, sees gjennomgående i sammenheng med brukerperspektivet eller målgruppene for prosjektene. Skole og barnehage fremheves som sentrale arenaer for nærmiljøutvikling i tre av de fire

intervjuene, uavhengig av prosjektenes tema. I tillegg understrekes betydningen av tilgjengelighet til grøntområder og sosiale møteplasser sterkt, og at det i den forbindelse tilrettelegges for ulike brukergrupper eller det de omtaler som universell utforming.

«Nærhet til grøntområder, det vet vi er viktig, og det føler jeg også er viktig. Én ting er å ha et grøntområde, men du må ha en bevissthet om at du har det der, og hvordan du bruker det ... Og der er skole og barnehage superviktig, særlig når foreldre selv ikke kjenner området eller har ressurser til å ta barna med ut der.»

«Det handler om kunnskap. Formidle kunnskap og informasjon til skolene, og gjøre dem i stand til å ha ... legge til rette for et miljø på skolen som fremmer god helse, legge til rette for et godt fysisk og psykososialt miljø på skolen. Både med tanke på det som går ut på å ta sunne helsevalg: å ha ernæring, kosthold gjennom skolekantiner som har utvalg som består av sunne frukter, stimulere til fysisk aktivitet, så man må legge til rette for det på skolene.»

«Møteplasser, sosiale møteplasser er viktig, og at de er tilpasset flere aldersgrupper, at de er universelt utformet.»

«[...] dette med informasjon, det gjelder internt i kommunen, og at vi er enige om hva vi skal vi gjøre med nærområdet som vi anser som en viktig ressurs i byen. Forståelse er det vel mer, at det eksisterer en forståelse i kommunen at vi skal gjøre noe med nærområdet.»

«Bevisstgjøring ... altså døgnet består av, hvor mye er det? 1440 minutter, og man har bedt folk om å bevege seg 30 minutter hver dag. Alle klarer det. Men hvor kommer dette fra? Holdninger som gjør at man faktisk gjør det.»

Som sitatene viser, vektlegger informantene også betydningen av informasjon og kunnskap i nærmiljøsatsinger for å fremme folkehelse, både internt i den kommunale organisasjonen og blant de ulike målgruppene og innbyggerne generelt. Holdninger gjennom en bevisstgjøring og forståelse for betydningen av nærmiljøsatsinger ansees som en fremmer for folkehelse i nærmiljøet. Mens representantene fra fylkeskommunene og utdanningsinstitusjonene særlig trekker frem faktorer knyttet til systemnivå (organisering, forankring, styringsstrukturer) som fremmere for folkehelse, er det først og fremst faktorer som retter seg mot individnivå de kommunale aktørene vektlegger.

Med tanke på faktorer som hemmer folkehelse i nærmiljøet, er det mangel på informasjon og kunnskap, og mangel på sosiale møteplasser og tilpasning til ulike brukergrupper som nevnes.

«[...] at vi ikke klarer å være gode nok på informasjon, både internt i kommunen her og eksternt. Fortsatt er det for mange innbyggere som vet for lite, har for lite informasjon om tilbud og informasjon om hva vi har gjort.»

«Vi er veldig tradisjonelle i bruken av grøntområdene i skolene, hvor vi som sitter i foreldreutvalget, prøver å lage en form for idébank i forhold til hvordan de kan bruke

nye deler av grøntområdet, knytte det opp til nye deler av undervisningen gjennom året, men hvor det ligger en ekstremt konservativ holdning fra skolens side.»

«Mangel på møteplasser. At de ligger så langt unna at folk ikke får brukt dem, og at de ikke er tilpasset ulike grupper av befolkningen.»

I tillegg trekkes det også her frem betydningen av holdninger og hvordan disse kan forhindre nytenkning og initiativ fra innbyggerne i forhold til utnyttelse og bruk av nærmiljøområdene.

5.2.5 Nærmiljøkvaliteter identifisert ved spørreskjemaundersøkelsen

Deltakerne som fylte ut spørreskjemaet, ble bedt om å spesifisere hva de anså som de tre viktigste faktorene i nærmiljøet de mener fremmer folkehelsen (tabell 5). Totalt var det ni som mente at natur var en viktig faktor, mens fem mente at lag og organisasjoner var viktig. Flere mente også at gode møteplasser og sosiale møteplasser var viktig, samt tilgang til friområder og naturstier. De andre kvalitetene ble bare nevnt én gang hver, og disse er samlet under samme kolonne.

Tabell 5 Nærmiljøfaktorer nevnt som fremmere for folkehelsen i nærmiljøet (antall som har oppgitt kvaliteten)

Nærmiljøfaktor	Antall som har nevnt dette
Natur	9
Lag og organisasjoner	5
Gode møteplasser/sosiale møteplasser	1/3
Nærfriluftsområder/friområder	2/4
Løypenett/naturstier	3
Treningsstudio	2
Frisk luft	2
Likeverd/aksept, trygghet, samspill skole og frivillige organisasjoner, SFOs nærhet til fjell, inkludering, idrettslag, sentrumsnære friluftsområder, godt utbygd offentlig hjelpeapparat, kulturliv, tette bånd i bygdene, dugnadsånd/frivillighet, lite og oversiktlig lokalmiljø, nytt kommunesentrum, politisk og administrativ bevissthet, engasjement, vilje til prioritering, skole, idrettsanlegg, tilgang til sjø, tilgang til treningsarenaer, nære aktivitetsområder, tilgang til sunn og lokal mat, frisklivssentralen, sykkelsatsing, grønnstruktur, tilgang matbutikk og helsetjeneste, infrastruktur	1

Deltakerne ble bedt om å nevne de tre viktigste fremmerne for folkehelse i sitt nærmiljø. Siste kolonne er en oppramsing av temaer som er nevnt av én person, men ikke gjentatt av flere.

Deltakerne ble også bedt om å spesifisere hva de anså som de tre viktigste hemmerne for folkehelsen i nærmiljøet. I tabell 6 er disse listet opp. Det var to eller flere som svarte at mangel på sosiale møteplasser, inaktivitet, kommuneøkonomi, lite utbygd gang- og sykkelveg, dårlig kollektiv tilbud, lange avstander, mangel på ildsjeler, dårlig luftkvalitet og mobbing var hemmere for folkehelsen. De andre kvalitetene var det bare én som nevnte, og disse er samlet under samme kolonne (se tabell 6).

Tabell 6 Nærmiljøfaktorer nevnt som hemmere for folkehelsen i nærmiljøet (antall som har oppgitt kvaliteten)

Nærmiljøkvalitet	Antall som har nevnt dette
Mangel på sosiale møteplasser	7
Inaktivitet	4
Kommuneøkonomi	3
Lite utbygd gang- og sykkelveg	3
Dårlig kollektivtilbud	3
Lange avstander	2
Mangel på ildsjeler	2
Dårlig luftkvalitet	2
Mobbing og sosial utestenging	2
Dårlig kunnskap folkehelse og livsstil, bilkjøring, innflyttere med lite sosialt nettverk, dårlig naboskap, ansvarlighet, deltakelse, interesse, skole/SFO, nærhet til russcener, storbyproblematikk, farlig og fortettet trafikkbilde, spredt bosetning, TV og data, dårlig tilrettelegging av aktiv transport, mangel på lekeplasser i boligområder, manglende integrering av nyttilflyttede og bosatte flyktninger, lite kunnskap om riktig ernæring, fedme, folkehelse oppfattes som kjedelig – andre fagområder har høyere status, tiltak skaper lite engasjement blant dem som trenger det mest, rigid og lite fleksibel tenkning, utdanningstilbud, fraflytting, skjev demografisk fordeling, økt tobakksbruk, lav grad av utdanning, mangel på attraktive arbeidsplasser, få tilbud organisert idrett og fysisk aktivitet, ensomhet i kombinasjon med rus/psykiatri, for få tilbud til alle aldersgrupper, for lite spredning på interesser og innhold, litt tilbakeholden mentalitet overfor ukjente/innflyttere, liten tradisjon for å besøke hverandre uanmeldt, negativ utvikling de siste 10–15 år, lovbestemte tjenester, lang tid før en ser resultater, utforming av tettstedene, bygging av boliger og andre sentrumsfunksjoner spiser opp kvalitetsområder for sosiale møteplasser, dårlig tilgang på matbutikker, helsetjenester og infrastruktur, dårlig tilgang til natur og rekreasjonsområder	1

Deltakerne ble bedt om å nevne de tre viktigste hemmerne for folkehelse i sitt nærmiljø. Siste kolonne er en oppramsing av temaer som er nevnt av én person, men ikke gjentatt av flere.

5.3 Nærmiljøkvaliteter for ulike grupper (barn, voksne og eldre)

I tabell 7 presenteres hva deltakerne har svart da de ble spurt om i hvor stor grad de gitte nærmiljøkvalitetene var gode for de gitte gruppene (barn, voksne og eldre) i sitt nærmiljø. 90 prosent svarer at tilgang på grøntanlegg, naturlekeplasser, turstier og friluftsområder er god for barn i sitt nærmiljø. I overkant av 80 prosent svarer at barnehage og skole er gode nærmiljøkvaliteter for barn i sin region. Mer enn 70 prosent mener at arenaer for utendørs

organisert fysisk aktivitet, lek og idrett i sitt nærmiljø er bra for barn. Kun 25 prosent mener at det er gode sosiale møteplasser for barn i sine nærområder, og kun 3 prosent mener det er et godt kantinetilbud på skolene.

Da deltakerne blir spurt om fysiske nærmiljøkvaliteter for voksne, svarer mer enn 80 prosent at tilgang på grøntanlegg m.m. og tilgang til privat bolig er bra. Mer enn 80 prosent svarer også at tilgang til matvarebutikker og friluftstilbud er bra for voksne. Det er kun 33 prosent som mener at det er gode tilbud på sosiale møteplasser for voksne. Det er generelt færre som svarer at det er gode nærmiljøkvaliteter for eldre sammenlignet med for voksne. Kun 36 prosent svarer at tilgang på grøntanlegg er bra for eldre, bare 20 prosent mener at infrastrukturen er bra for eldre, og kun 13 prosent svarer at tilgang til sosiale møteplasser er bra (for flere detaljer, se tabell 7).

Tabell 7 Andel (i prosent) som svarer at de i svært stor grad eller stor grad mener omfang av beskrevne fysiske nærmiljøkvaliteter er gode for de gitte gruppene (n=32)

Nærmiljøkvalitet	Barn	Voksne	Eldre
Tilgang til privat bolig	-	85	52
Tilgang til grøntanlegg, naturlekeplasser, turstier, friluftsområder	90	89	36
Infrastruktur (kollektivtilbud, tilgang til gang- og sykkelstier etc.)	34	44	20
Sosiale møteplasser	25	33	13
Dagsentertilbud – eldre		-	17
Dagsentertilbud – psykisk helse	28	23	4
Dagsentertilbud – rus	-	16	4
Lokalt næringsliv – bedrifter	-	46	13
Sykehjem	-	-	55
Barnehage	84	-	-
Grunnskole	88	-	-
SFO	69	-	-
VGS, lærlingeplasser	27	-	-
Voksenopplæring og ulike utdanningsinstitusjoner		43	-
Kulturtilbud (kino, museum, konsertarenaer, gallerier, bibliotek, restaurant etc.)	45	48	36
Kantinetilbud skole	3	-	-
Kantinetilbud jobb		15	-
Kantinetilbud institusjoner	-	-	37
Landbruk, «Inn på tunet», «Åpen gård»	27	20	17
Lokal mat	-	27	25
Matvarebutikker	-	85	60
Områder for uorganisert aktivitet	45	49	41
Breddeidrettstilbud	58	30	0

Toppidrettstilbud	22	11	-
Friluftstilbud	77	74	44
Arenaer for utendørs organisert fysisk aktivitet, lek og idrett	74	48	25
Arenaer for utendørs uorganisert fysisk aktivitet, lek og idrett	57	41	25
Arenaer innendørs for fysisk aktivitet, lek og idrett	54	45	12
Arbeidsplass som nærmiljøkvalitet	-	37	-
Estetikk (areal og fysiske omgivelser)	45	48	34

Svaralternativene er dikotomisert, og det som blir presentert er de som i svært stor eller stor grad mener at nærmiljøkvaliteten er god. De resterende har svart at nærmiljøkvaliteten i middels grad, liten eller svært liten grad er god for den gitte gruppen. - Ikke aktuelt

I tabell 8 presenteres hva deltakerne har svart om sosiale nærmiljøkvaliteter for de ulike aldersgruppene. De fleste mener at samspill mellom mennesker er bra for barna i nærmiljøet, mens færre svarer at dette er bra for voksne og eldre. Omtrent halvparten av dem som svarte på spørreskjemaet, svarte at samspillet mellom mennesker og fysiske omgivelser er bra for barn og voksne, men kun 29 prosent mener det er bra for de eldre. For voksne og eldre er det færre enn halvparten som svarer at lokal identitet og tilhørighet og integrering i lokalsamfunnet er bra.

Tabell 8 Andel i prosent som svarer at de i svært stor eller stor grad mener omfang av beskrevne sosiale nærmiljøkvaliteter er gode for de gitte gruppene (n=28)

Nærmiljøkvalitet	Barn	Voksne	Eldre
Samspill mellom mennesker	64	23	33
Samspill mellom mennesker og fysiske omgivelser	54	54	29
Mulighet for medvirkning i ulike beslutningsprosesser (planprosesser)	28	43	33
Tilbud om deltakelse i frivillige aktiviteter	57	46	34
Tilbud om deltakelse i kommersielle aktiviteter	28	31	4
Lokal identitet, tilhørighet og integrering i lokalsamfunnet	54	35	42

Svaralternativene er dikotomisert, og det som blir presentert, er dem som i svært stor eller stor grad mener at nærmiljøkvaliteten er god. De resterende har svart at nærmiljøkvaliteten i middels grad, liten eller svært liten grad er god for den gitte gruppen.

5.4 Utdanningsprogram ved høgskole og universiteter

Dataene fra fokusgruppeintervjuet med representanter fra utdanningsinstitusjonene viser at hovedinntrykket er at de vurderer å ta nærmiljøperspektivet og deler av

kompetanseprogrammet inn i ordinær studieportefølje eller har bestemt seg for å ta det inn, med ett unntak. Imidlertid fremheves det at finansiering er et hinder for å få det inn i ordinær portefølje, og at det krever en omfattende saksbehandlingsprosess ved utdanningsinstitusjonene. Likevel fremhever samtlige aktualiteten og relevansen av nærmiljøperspektivet som stor, både på et bachelor- og masterprogram.

«Det er en diskusjon om dette skal gå inn som et fag eller emne i bachelorutdanningen vår, både på friluftsliv og idrett. Men i utgangspunktet, nei ... men denne kunnskapen her, det vil jo forplante seg inn i de utdanningsløpene vi gir.»

«Tematikken nærmiljøkvaliteter, der er jo sektoren barnehage og skole helt avgjørende, og det er et stort paradoks at det ikke er noe av denne tematikken innenfor grunnskolelærerutdanningen ... jeg tenker at på et eller annet vis så må det inn noe.»

«Ja, det ligger planer for det her ... det er litt uklart hvordan det skal videreføres, men det er snakk om å putte det inn i enkeltemner i det vi allerede har. Det er lite sannsynlig at det blir et tilsvarende tilbud som kompetanseprogrammet. Det handler om finansiering.»

«Vi har ennå ikke diskutert dette med ledelsen, men vi kommer til å ta det opp. Da trenger vi eventuelt friske midler til nye studiepoeng, så dette er en tung, lang prosess sånn institusjonelt. I dag har vi allerede dette nærmiljøfokuset i mastergradsutdanningen, men vi mangler det på bachelorprogrammet.»

«Det handler jo om finansiering som jeg har vært inne på. Da tenker jeg egentlig det er to veier å finansiere det på her: enten så er det inn mot utdanningsinstitusjonene, eller så er det til dem som er målgruppa for det som skal formidles. Det er jo to veier ...»

I utdanningsinstitusjonene er nye studiepoeng til nye emner vanskelig å få finansiert. I stor grad peker respondentene her derfor på mulighetene for å innlemme nærmiljøperspektivet i allerede eksisterende emner. Den faglige betydningen av nærmiljøperspektivet vektlegges av samtlige, men det er bestemte faktorer som gjør en slik satsing utfordrende, eksempelvis finansiering av nye studiepoeng og institusjonelle prosesser knyttet til saksbehandling, faglige avveininger etc. Derfor trekkes det også frem muligheter for andre måter å finansiere en slik kompetanseheving på, eksempelvis gjennom stimuleringsmidler direkte til målgruppen for kompetansehevingen.

Betydningen av midlene fra Helsedirektoratet betraktes av samtlige respondenter fra utdanningsinstitusjonene som helt avgjørende for igangsettelsen av kompetanseprogrammet. Som nevnt er det i høgskole- og universitetssektoren vanskelig å få aksess til friske midler for å utvikle nye studieporteføljer, noe som utfordrer en eventuell innlemming av deler av

kompetanseprogrammet i den ordinære porteføljen. En stor del av diskusjonen i gruppeintervjuet omhandlet en såkalt «overhead» eller administrativ driftskostnad i utdanningsinstitusjonene, og at omfanget av denne varierer, men har utgjort en betydelig del av prosjektmidlene.

«Altså det helt avgjørende for at det ble satt i gang, var jo pengene fra Helsedirektoratet. Ingen tvil. Men det betyr ikke at det ikke var noen interesse for det, men det er helt grunnleggende viktig å ha finansiering for at sånne ting skal funke.»

«Skal jeg vært dønn ærlig, og det skal jeg vel være, så tror jeg at det aller viktigste er finansieringen.»

«En utfordring, jeg vet ikke hvordan det er på de andre universitetene her og høyskolene, men de tar 30 prosent overhead hos oss.»

«Hos oss opererer de med en overhead på 40 prosent, dette tapper store deler av midlene.»

«Da bør vi jo få frem for Helsedirektoratet at de må legge overheaden inn i budsjettberegningene.»

I diskusjonen rundt finansiering kommer det frem at en av utdanningsinstitusjonene valgte i samarbeid med friluftsrådet og organisere hele kompetanseprogrammet gjennom friluftsrådet for å unngå overheadkostnadene på universitetet. Dette kan sees som indikasjon på hvor avgjørende de økonomiske styringsstrukturene blir for organiseringen og gjennomføringen av slike prosjekter. I sin ytterste konsekvens kan dette også vanskeliggjøre innlemmingen av kompetanseprogrammet ytterligere, ettersom det allerede har vært gjennomført utenfor universitetssystemet.

5.4.1 Fremtidige kompetansehevsprogrammer innen folkehelse og nærmiljøkvaliteter

Deltakerne ble spurt om å gradere i hvilken grad de hadde tilstrekkelig kompetanse til å jobbe med nærmiljøfaktor som fremmer for folkehelsen. 12 prosent svarte at de i svært stor grad hadde tilstrekkelig kompetanse, 54 prosent mente at de hadde det i stor grad, mens 35 prosent mente de i middels grad hadde tilstrekkelig kompetanse. Deltakerne ble også spurt hvilken form for kompetanseheving de ville trengt, fordelt på teoretisk, praktiske ferdigheter eller prosjektbasert kunnskap. Flest deltakere (58 prosent) mente at prosjektbasert kunnskap var det de trengte mest. Under hvert av temaene teoretisk, praktiske ferdigheter og prosjektbasert kunnskap ble deltakerne bedt om å komme med konkrete forslag. Under *teori* ønsket de som kommenterte dette, kunnskap om hvilke tiltak som virker – såkalt best practise. Dette gjaldt for områdene: universell utforming, ernæring, sosiale aktiviteter, fysisk aktivitet. Under

prosjektbasert kunnskap nevnte deltakerne tverrfaglig arbeid – hvordan få organisasjonen til å arbeide sammen, noen ønsket praktiske ferdigheter i informasjonsstrategi og markedsføring, oppfølging av lover og regler, hvordan en gjennomfører korte prosjekter, og erfaring med hvordan en inkluderer brukere i prosjektene. Under *praktiske ferdigheter* ønsket noen seg opplæring i analyseverktøy, veiledningskompetanse og hjelp til hvordan en kan påvirke politikere, oppgaveskriving og prosessledelse.

Deltakerne ble også spurt om hvilken organisering de kunne tenkt seg av en eventuell kompetanseheving. Hele 88 prosent kunne tenkt seg samlingsbaserte kurs. Kun 4 prosent kunne tenkt seg konsentrert undervisning (for eksempel 4 uker sammenhengende), og kun 4 prosent kunne tenkt seg nettbasert kurs. 63 prosent kunne tenkt seg kompetanseheving på arbeidsplassen, mens 38 prosent kunne tenkt seg tilbud på universitetet. 92 prosent kunne tenkt seg at man kunne arbeide med et prosjekt knyttet til arbeidsplassen i et slikt kompetansehevingskurs, mens 8 prosent kunne tenke seg et annet prosjekt. Totalt kunne 79 prosent tenke seg veiledning fra universitet eller høgskole ved et slikt prosjekt.

Deltakerne ble også spurt om på hvilket nivå de ønsket kompetanseheving. Det var 33 prosent som ønsket kompetanseheving på masternivå, 13 prosent på bachelornivå og 54 prosent på lavere nivå. De fleste ønsker ikke studiepoeng (67 prosent). Nesten alle (96 prosent) mener at det er viktig eller svært viktig at en kollega deltar sammen med en på kompetansehevingskurset.

Deltakerne ble spurt om hvordan slike kompetansehevingstilbud burde finansieres. Ingen ønsker at kursene skal være selvfinansiert. Kun 13 prosent mener at arbeidsgiver bør betale, 29 prosent mener at det bør finansieres av eksterne, mens 58 prosent mener at tilskuddsmidler bør være finansieringskilden.

5.5 Deltakeres evalueringer av selve kompetanseprogrammet Folkehelse og nærmiljøkvaliteter

Fire universiteter og én høgskole gjennomførte kompetanseprogrammet. Det har vært opp til den enkelte utdanningsinstitusjon å gjennomføre en evaluering av eget program, og kun noen har gjennomført dette. Her i evalueringen følger imidlertid resultater fra dybdeintervju med utvalgte deltakere fra de fire ulike programmene om hvordan de evaluerer innhold, omfang og nytten av kompetanseprogrammene.

Deltakerne er gjennomgående fornøyd med kompetanseprogrammene og ønsker en fortsettelse av disse. Imidlertid er det er ulike meninger når det gjelder organiseringen av

kompetanseprogrammet. Det som går igjen av det positive i evalueringen, er økonomiske tilskuddsmidler, men det deltakerne fremhever som det beste, er samarbeidet med universiteter og høyskole og fylkeskommunene og det nasjonale nivået (Helsedirektoratet), som gir legitimitet til prosjektene.

Tre av fire kommuner trekker frem erfaringsutveksling mellom ulike kommuner som positivt. Det er tydelig at studiepoeng oppleves som en begrensende faktor. Enten har de ikke behov for studiepoeng, eller arbeidssituasjonen er så krevende at de ikke ønsker å prioritere eksamensavlegging, men likevel ønsker å følge kompetanseprogrammet. Noen mener at veiledning kom litt sent på banen. Det er positivt at reelle konkrete prosjekter kan brukes i programmet slik at det får en praktisk verdi. I to av kommunene poengteres det at kompetanseprogrammet de fulgte, var for teoretisk og for fjernt fra den praktiske hverdagen. Blant annet trekker én av kommunene frem at en del deltakere har blitt provosert, og mener at nye perspektiver som de har blitt introdusert for, har vært fjernt fra den kommunale hverdagen og ikke samsvart med egne antagelser.

Nedenfor følger noen typiske sitater fra dybdeintervjuene.

Kommune 1

«Jeg synes det hever litt status på jobbingen her, at nasjonalt nivå er inne her ... det gjør jo at vi får en sånn hjelp og trykk på viktigheten av prosjektet, vi får erfaringer fra andre kommuner, vi blir tatt med på erfaringsutveksling, ikke sant, som også kan øke kompetansen vår ...»

«Det som jeg tenker, er at det er utrolig viktig at vi kunne få lov til å bli med på kompetanseprogrammet, og det som er viktig for meg da, er at vi kunne hatt flere representanter fra kommunen. Det har vært meg og kulturkonsulent og to fra teknisk som var med. Og vi fikk også enhetsleder med fra teknisk, og det gjør jo også at vi får forankret dette her breiere, og når vi får med enhetsleder, så tenker jeg vi får inn mer kompetanse da også hos viktige funksjoner her i kommunen da, og jeg tenker det er utrolig viktig.»

«Jeg tenker at det er utrolig bra, for da får vi opplyst om ting som universitetet driver og jobber med som var helt ukjent, og det synes jeg er knallbra, det ene var det som ble presentert på dette med kulturutvikling i byer og bygder, det andre er at vi blir opplyst om at her gjør universitetet mye på det der. Jeg tenker at hele folkehelsearbeidet generelt har godt av å få inn nye perspektiver og noen ble nok litt provosert, men jeg tenker at vi har jo godt av å få nye perspektiver inn og knuse litt sånn fordommer og antagelser ...»

Kommune 2

«Ja, altså du har han som ledet programmet, han er en mester innenfor dette feltet [...] hans kompetanse er særdeles god, og så er det varierende kompetanse på de som har forelest på studiet ... det ble et for akademisk tilsnitt i forhold til de praktikerne som satt i salen der. Og noen var direkte skivebom der, særlig dessverre de som var fra universitetet [...] akkurat med de foreleserne så er det en dårlig foreleser, så er det dessverre ikke annet å gjøre enn at man må finne en bedre foreleser. Og hvis den personen universitetet kan tilby, ikke er god nok, så må en gå til et annet sted. Vi som jobber med friluftsliv, vi kjenner etter hvert til hvem som leverer og hvem som ikke leverer, og ingen av de som foreleste fra universitetet, har jeg noensinne hørt på noen konferanser. Så det finnes alternative personer som kunne levert [...] de må kjenne til dette med å gjøre det praktisk i forhold til den hverdagen vi møter. Og så må jeg også innrømme at én ting er det faglige, en annen ting er det rent pedagogiske / det kommunikasjonsmessige, hvor jeg nok synes at disse fra universitetet ikke imponerte.»

«Jeg har fast jobb her i kommunen, jeg så ikke behovet for å ta de studiepoengene for å bruke dem i lønnsforhandlinger eller du kan si slå i bordet med på en eller annen måte.»

«For min egen del så synes jeg det blir en hemske at man skal ha studiepoeng på det, for da ligger det et krav om eksamen og innleveringer og i det hele tatt. Jeg tror vi kunne fått kanskje til og med bedre utbytte hvis man ikke hadde fokusert så mye på denne oppgaven og det skriftlige arbeidet. Det skulle skrives en oppgave fra gang til gang, og jeg tror den oppgaven var en god oppgave for de som ikke hadde vært gjennom denne prosessen tidligere. Men vårt prosjekt har rullet og gått nå i tre og et halvt år. Det å skulle begynne å beskrive det som om jeg hadde begynt på scratch igjen, det passet ikke meg, jeg hadde ikke tid til det da. Men jeg tror for en person som skal få den kompetansehevingen som jobber ute i kommunene, så tror jeg det er en fin måte å gjøre det på.»

«Med noen justeringer så tror jeg det er et kompetanseprogram som absolutt bør videreføres. Jeg hadde selv stort utbytte av å følge en del av det.»

Kommune 3

«[...] de som da har ansvar for prosjektet ... jeg føler ikke de at de har fått god nok kompetanse i forhold til kommunalt arbeid da. De fikk sikkert mye på hva folkehelse er, og hvor de kunne gå for å løse ting kanskje, men ikke sånn organisasjonsmessig.»

«Den kompetansen de har fått i forhold til prosjektarbeid, har heller ikke virket helt tilfredsstillende [...] Rett og slett å få opplæring i hvordan du driver et prosjekt fremover ... Hadde de fått opplæring i det? Jeg er ikke helt sikker på det.»

«Den viktigste faktoren var faktisk det sparket som fylkeskommunen og høgskolen ga oss. Vi fikk et initiativ og en idé, altså ideen hadde vi jo for så vidt formet selv ... men det å få litt hjelp med å komme i gang ...»

«Forholdet vårt til fylkeskommunen og høgskolen vil jeg si er veldig bra. Altså, de gjør så godt de kan. Og jeg vil berømme fylkeskommunen, det er de jeg kjenner best.»

De er utrolig positive og hjelpelige, og høgskolen har også sagt det at det bare er å ringe, og det må jeg si har vært oppløftende.»

«Det som stoppet oss, var at de hadde kommet så langt i et prosjekt som de i utgangspunktet hadde tenkt de skulle gjennomføre, som jeg så som folkehelsekoordinator at var ikke et varig prosjekt. De fikk for sent veiledning på hva de ønsket å gjøre. Da de hadde lagd sitt prosjekt, så jeg at dette er ikke folkehelse, det er et strakstiltak.»

Kommune 4

«Jeg opplevde i høyeste grad at kompetanseprogrammet var nyttig [...] både generelt med tanke på folkehelse, folkehelsepolitikk, betydningen av å bedrive kunnskapsbasert folkehelsearbeid, kjennskap til forskjellige typer undersøkelser, indikatorer og liknende, betydning av fysisk aktivitet, friluftsliv osv. både for fysisk og selvfølgelig psykisk helse og det rent praktiske arbeidet med hvordan arbeidet med folkehelse knyttet opp mot videregående opplæring spesifikt da [...] når det passet sånn som det gjorde, at jeg kunne følge dette med eget prosjekt som prosjektoppgaven, så passet det veldig godt da. Det er en omfattende undersøkelse å gjennomføre, og den var relevant også for arbeidsgiver. Det gjorde jo at jeg kunne bruke en del av arbeidstiden min på å arbeide med den. Det gjorde det mulig å gjennomføre den.»

«Jeg tror vi var fire studenter. Så det er klart man vil jo alltid, det fungerte jo for så vidt, men man vil jo alltid kunne ønske seg større miljø på programmet. Men da igjen så fikk man veldig mye tid da til å snakke og diskutere og få mye oppmerksomhet fra veileder på programmet. Og det skal man ikke undervurdere, altså betydningen av den tette oppfølgingen vi fikk på akkurat det.»

Sitatene ovenfor illustrerer nettopp noen av de typiske utfordringene en gjerne ser når praktikere og forskere samarbeider om prosjekter i denne typen forsknings- og praksissamarbeid, der forskjellige vilkår og forventninger hos partene setter rammen for hvordan et samarbeid kan foregå, og kan komme til å utfordre brobyggingen mellom forskning og praksis (Linke og Kristensen 2013, s. 6). Det er likevel først og fremst verdien av et slikt forsknings- og praksissamarbeid som fremheves blant deltakerne i deres evalueringer av kompetanseprogrammet.

5.6 Utvalgte prosjekter i kommunene

Det er valgt ut prosjekter fra to ulike kommuner i to ulike fylker som presenteres mer i detalj.

Boks 1 Godt kosthold for en god hverdag

Ved Slettebakken skole/SFO, Bergen kommune, Hordaland fylke, har prosjektet *Godt kosthold for en god hverdag* blitt satt i gang. SFO er definert som en nærmiljøarena, og målet har vært å bidra til et godt oppvekstmiljø, sette søkelys på kunnskapen om ulike kulturer gjennom ulike mattradisjoner og få til samarbeid mellom skole, foreldre og nærmiljøet. Barns aktive deltakelse gjennom innflytelse rundt matserving har vært viktig for å vektlegge inkludering, styrke identitet og bidra til økt sosial kompetanse.

De involverte har vært ansatte på skolen og SFO, foresatte, nærbutikken, Trane idrettslag, organisasjonen «Bærekraftig liv» i bydelen og SFO-nettverket i bydelen. Samarbeid i nærmiljøet har hatt vekt på det nærmeste nærmiljøet. Samarbeid med foresatte har konkretisert seg blant annet gjennom feiring av FN-dagen og en åpen dag på SFO. Ansatte på Slettebakken skole/SFO har planer om å øke kompetansen ytterligere og fortsette med å finne aktuelle samarbeidspartnere i nærmiljøet. Slettebakken skole/SFO er en skole med høy andel flerspråklige barn, noe som gir utfordringer for kommunikasjon og informasjon. Det tar tid å etablere et prosjekt som skal kunne gjennomføres innenfor rammene av driften av SFO, og det tar tid å etablere gode samarbeidsrelasjoner med ulike aktører i nærmiljøet. SFO-leder Lisbeth Sæthre, som deltok på kompetanseprogrammet, uttaler:

«Vi tenker at trygghet og tilhørighet til skolen kan være en del av vårt bidrag til god helse og oppvekst for barna. Vi informerer og presenterer til barn og voksne noe av det som nærmiljøet har å tilby. Å øke kjennskapen til nærmiljøet øker også tilhørigheten. SFO er ofte deres første møte med skolen, vi ser og snakker med foresatte hver dag. SFO er en god arena for å skape gode møteplasser og gode relasjoner.»

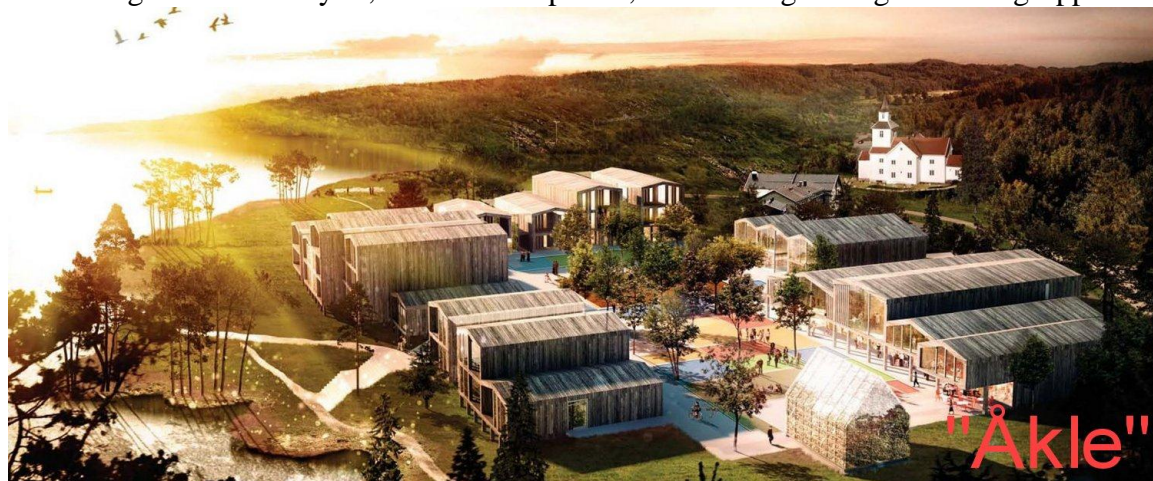


Boks 2 Åkle – fremtidens landsby, folkehelse i sentrum

I Iveland kommune i Aust-Agder fylke arbeides det med å utvikle uteområdet i sentrum av Birketveit i den nye landsbyen Åkle. I prosjektet *Åkle – fremtidens landsby, folkehelse i sentrum* er målet å bidra til kompetansebygging om hvordan nærmiljøet kan fremme helse og trivsel, samt planlegge og gjennomføre utvikling av Åkle etter disse prinsippene. Prosjektet representerer et godt eksempel på folkehelse sett i sammenheng med stedsutvikling og planarbeid.

Høy grad av innbyggermedvirkning er sentralt for å ivareta bo- og nærmiljøer med møteplasser, gode oppvekst- og levemiljøer, grøntstruktur, natur- og friområder, turstier. I Iveland kommune er det et mål å få til befolkningsvekst, differensiert boligtilbud, muligheter for eldre til å bo hjemme lenger, flere uformelle sosiale møteplasser, universell utforming og konkrete tiltak mot ensomhet. Åkle er virkelig blitt en møteplass for bygda med butikker, kafe og bibliotek, og brukes aktivt av alle aldersgrupper.

I Iveland er det tenkt å fullføre utviklingen av uteplass med parkområde og ulike typer møteplasser parallelt med oppføring av resterende leiligheter. Det er planer om å forlenge dagens skiløype og turløyper slik at de kan begynne midt i sentrum. Prosjektet har god forankring i kommunestyret, kommunens planer, rådmann og strategiske ledergrupper.



6. Avslutning

Utviklingsmålene for Helsedirektoratets satsing på kompetanseprogrammet Folkehelse og nærmiljøkvaliteter, gjennomført i 2013–14, er her diskutert opp mot funnene i denne evalueringen.

Et av formålene med denne evalueringen har vært å utvikle kunnskap om hvordan ulike nærmiljøfaktorer kan påvirke folks helse. Deltakerne på programmet fremhever tilgang til natur, lag og organisasjoner og sosiale møteplasser som de viktigste fremmerne for folkehelse. Den tydeligste hemmeren som blir nevnt, er mangel på sosiale møteplasser. Imidlertid viser resultatene fra spørreundersøkelsen at deltakernes oppfatninger av hvilke nærmiljøkvaliteter som fremmer og hemmer folkehelsen, er karakterisert av stor spredning. Nærmiljø som begrep er et tvetydig, mangeartet og sammensatt begrep, noe som kommer til uttrykk i den lokale forståelsen og fortolkningen av hvilke faktorer som hemmer og fremmer folkehelse i kommunene. Tvetydigheten gjenspeiles også i den spennvidden som preger kommunenes satsinger og prosjekter knyttet til folkehelse og nærmiljø lokalt. Data fra kunnskapsoversikten, spørreskjemaundersøkelsen, fokusgruppeintervjuene og dybdeintervjuene fremhever nettopp dette. Tvetydigheten i nærmiljøbegrepet kan se ut til å styrke en lokal tilpasning, der store lokale variasjoner i satsingene kan forstås som et uttrykk for en sterk bottom-up-tilnærming til nærmiljøetsatsingene. Dermed ivaretas lokale behov og forståelser, noe som i seg selv kan betraktes som en styrke ut fra et lokaldemokratisk perspektiv.

Samtidig utfordrer dette utdanningsinstitusjonene i deres utforming og organisering av utdanningstilbud. Utdanningsinstitusjonene er regulert av Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for høyere utdanning, fastsatt av Kunnskapsdepartementet. Ved studiepoenggivende emner må høyskoler og universiteter derfor forholde seg til regelverk for læringsutbytte og nivå på undervisningen som gis. Når noen deltakere ved kompetanseprogrammet opplever det faglige innholdet som «for teoretisk» eller «fjernt fra den praktiske hverdagen», kan dette sees i sammenheng med det teoretiske nivået utdanningsinstitusjonene er forpliktet til å gi. Et sentralt spørsmål er derfor hvorvidt kompetanseprogram av denne typen bør organiseres som studiepoenggivende emner eller som etter- og videreutdanningstilbud uten studiepoeng. Der det siste er tilfelle, står utdanningsinstitusjonene friere. Data fra intervjuene og spørreskjemaundersøkelsen indikerer at deltakerne foretrekker program uten studiepoeng. I tillegg foretrekker de en sterk praktisk forankring og orientering. Data fra spørreundersøkelsen viser at prosjektbasert kunnskap er det deltakerne ønsket mest. Som det

fremgår fra beskrivelsen av kompetanseprogrammene ved universiteter og høyskole, ble to av kompetanseprogrammene gjennomført som studiepoenggivende og to uten. Generelt var deltakerne godt fornøyd med kompetanseprogrammernes faglige innhold og organisering. Kombinasjonen med samlingsbasert undervisning, veiledning og arbeid med praktiske prosjekter knyttet til deres arbeidshverdag i kommunene fremheves som verdifullt.

Funnene fra kunnskapsoversikten viser ingen entydige sammenhenger mellom nærmiljøtiltak og helseutfall. Oversikten avdekker at det er få prospektive og eksperimentelle studier som undersøker effekten av nærmiljø på folks helse. Blant de 15 som er inkludert i denne studien, blir det rapportert en sammenheng mellom nærmiljøkvaliteter som tilgang til grøntområder, parker, servicetilbud, variert landskap og boligtetthet og fysisk aktivitet. Enkelte studier viser også signifikant sammenheng mellom nærmiljøets utforming og selvopplevd helse, for eksempel folks trivsel og velvære. Det er variasjoner mellom ulike befolkningsgrupper (kjønn og alder) når det gjelder disse sammenhengene. Resultatene fra kunnskapsoversikten samsvarer dermed med funnene fra kartleggingene i denne evalueringen med tanke på tvetydigheten mellom folkehelse og nærmiljøkvaliteter.

Som følge av kompetanseprogrammet har det både blitt etablert nye prosjekter i noen kommuner og videreutviklet allerede igangsatte prosjekter. Disse prosjektene har blitt ytterligere styrket, som følge av kompetanseheving og erfaringsutveksling hos deltakerne eller økonomiske stimuleringsmidler. Flere av deltakerne trekker også frem samarbeidet mellom fylkeskommunene og utdanningsinstitusjonene. Det å være med i et kompetanseprogram i regi av Helsedirektoratet som gjennomføres i fem fylker, gir sterkere legitimitet innad i kommunene. Det styrker forankringen ytterligere inn mot det kommunale planarbeidet og politisk nivå. Mange av deltakerne fra kommunene var fra ulike sektorer. Dybdeintervjuene avdekker nytten av å inkludere deltakere på tvers av sektorer i kompetanseprogrammet. I tillegg fremheves betydningen av tverrsektoriell kompetanse for å arbeide med prosjektene i kommunene. Dataene fra spørreundersøkelsen støtter opp under dette funnet, der 96 prosent mener at det er viktig eller svært viktig at flere kollegaer deltar sammen på kompetansehevingskurset.

Signalene fra universitets- og høyskolemiljøene er at det i master- og bachelorprogrammene i folkehelse ved to av universitetene er inkludert emner som omhandler nærmiljøets betydning for folkehelsen. I de andre fagmiljøene er det konkrete planer for å innlemme nærmiljøperspektivet i eksisterende portefølje, men samtidig problematiseres dette blant annet

på grunn av interne prosesser hvor midler og tildeling til nye studiepoeng er en utfordrende og krevende prosess.

Data fra intervjuene viser at kommunene gjennomgående beskriver kompetanseprogrammet som en arena som har styrket samarbeidet deres til utdanningsinstitusjonene og fylkeskommunene. De fleste kommunene beskriver et eksisterende samarbeid som allerede bra, men enkelte av kommunene etterlyser enda sterkere samarbeid med det fylkeskommunale nivået.

Forhistorien til dette kompetanseprogrammet viser en forankring av at satsing på nærmiljø og folkehelse ofte har vært forankret i fysisk aktivitet. Resultatene fra denne evalueringen viser at kommunenes prosjekter knyttet til folkehelse og nærmiljøkvaliteter spenner videre enn fysisk aktivitet, der eksempelvis tilgang til sosiale møteplasser og deltakelse i frivillige organisasjoner, lag og foreninger trekkes frem som viktig fremmere for folkehelsen. I kommunenes arbeid med de konkrete prosjektene knyttet til folkehelse og nærmiljøkvaliteter blir det initierte samarbeidet mellom kommunene, fylkeskommunene og utdanningsinstitusjonene trukket frem som gjennomgående positivt.

Både i fokusgruppeintervjuene og dybdeintervjuene fremheves et slikt trepartssamarbeid som en katalysator for folkehelsearbeidet på lokalt nivå. Selv om det pekes på noen utfordringer knyttet til forskjellige vilkår og forventninger i et slikt forsknings- og praksissamarbeid som dette kompetanseprogrammet utgjør, særlig knyttet til partenes ulike forventninger når det gjelder kompetanse- og kvalitetskriterier, så er det likevel verdien av et slikt samarbeid som fremheves i evalueringene. Kompetanseprogrammet vurderes av partene som viktig, og måten det har vært organisert på, vurderes som god. Denne evalueringen viser dermed at samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer, organisert som en brobygging mellom forskning og praksis, ser ut til å være en god måte å arbeide på i implementeringen av folkehelseloven.

7. Kilder

- Acheson, D. (1988). *Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. London: HMSO
- Andersen, S. S. (2006). Aktiv informantintervjuing, *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, vol.3, pp: 279–298
- Boone-Heinonen, J., Gordon-Larsen, P., Kiefe, C. I., Shikany, J. M., Lewis, C. E., & Popkin, B. M. (2011). Fast Food Restaurants and Food Stores Longitudinal Associations With Diet in Young to Middle-aged Adults: The CARDIA Study. *Archives of Internal Medicine*, 171(13), 1162–1170.
- Boone-Heinonen, J., Popkin, B. M., Song, Y., & Gordon-Larsen, P. (2010). What neighborhood area captures built environment features related to adolescent physical activity? *Health & Place*, 16(6), 1280–1286. doi: 10.1016/j.healthplace.2010.06.015
- Breivik, G. og Rafoss, K. (2012). *Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet – en oppdatering og revisjon*. Oslo/Alta: Helsedirektoratet, Norges idrettshøgskole, Høgskolen i Finnmark
- Brown, S. C., Huang, S., Perrino, T., Surio, P., Borges-Garcia, R., Flavin, K., Szapocznik, J. (2011). The Relationship of Perceived Neighborhood Social Climate to Walking in Hispanic Older Adults: A Longitudinal, Cross-Lagged Panel Analysis. *Journal of Aging and Health*, 23(8), 1325–1351. doi: 10.1177/0898264311418502
- Dahl E., Bergsli H. og van der Wel KA (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Sammendragsrapport*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus
- Ding, D., Sallis, J. F., Kerr, J., Lee, S., & Rosenberg, D. E. (2011). Neighborhood Environment and Physical Activity Among Youth: A Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(4), 442–455. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2011.06.036>
- Durand, C. P., Andalib, M., Dunton, G. F., Wolch, J., & Pentz, M. A. (2011). A systematic review of built environment factors related to physical activity and obesity risk: implications for smart growth urban planning. *Obesity Reviews*, 12(501), e173–e182. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00826.x
- Elliott, J., Gale, C. R., Parsons, S., Kuh, D., & Team, H. A. S. (2014). Neighbourhood cohesion and mental wellbeing among older adults: A mixed methods approach. *Social Science & Medicine*, 107, 44–51. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.02.027
- Folkehelseloven (2012). Lov om folkehelsearbeid. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Fugelli P., Ingstad B.(2009). *Helse på norsk. God helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag
- Healy, G., Dunstan, D., Salmon, J., Cerin, E., Shaw, J., Zimmet, P., & Owen, N. (2007). Objectively measured light-intensity physical activity is independently associated with 2-h plasma glucose. *Diabetes Care*, 30, 1384–1389.

Helgesen, M. K., Hofstad, H., Risan, L., Stang, I., Rønningen, Lorentzen, G. E. og U. S. Goth (2014). *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. NIBR-rapport 2014:3. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning

Hekler, E. B., Castro, C. M., Buman, M. P., & King, A. C. (2012). The CHOICE Study: A «taste-test» of Utilitarian vs. Leisure Walking Among Older Adults. *Health Psychology*, 31(1), 126–129. doi: 10.1037/a0025567

Helsedirektoratet (2011). Program (NHV) i Gøteborg 22.–23. November 2011

Helsedirektoratet (2012a). Fysisk aktivitet – prosjekter i et nærmiljøperspektiv

Helsedirektoratet (2012b). 21.11.12 Kompetanseutvikling – tilbud til høgskoler i samarbeid med kommuner og fylkeskommuner. Mail sendt 21.11.12 med vedlegg datert 19.11.12

Helsedirektoratet (2013). Tilskuddsordningen: «Kompetanse- og utviklingsprogram om folkehelse og nærmiljøkvaliteter – universitet og høgskoler» – Kapittel 719 post 21 Nærmiljøkvaliteter Oppdragskode nr GC 000063)

Helsedirektoratet (2014a). Avtale om evaluering av kompetanseprogrammet «Folkehelse og nærmiljøkvaliteter» Saksnr. 17/8854

Helsedirektoratet (2014b). Avtale om evaluering av kompetanseprogrammet «Folkehelse og nærmiljøkvaliteter» Avtale om evaluering, Saksnr.14/8854 Bilag 2

Helsedirektoratet (2014c). *Helserådet: Fysisk aktivitet i nærmiljøet*. Spesialnummer 10/14 Publikasjonsnummer i Helsedirektoratet: IS-0421.

Helsedirektoratet (2014d). *Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge*. IS-2203

Helsedirektoratet (2014e) *Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge. Oppdaterte analyser basert på nye nasjonale anbefalinger i 2014*. Oslo: 2014. IS-2183.

Ichida, Y., Hirai, H., Kondo, K., Kawachi, I., Takeda, T., & Endo, H. (2013). Does social participation improve self-rated health in the older population? A quasi-experimental intervention study. *Social Science & Medicine*, 94, 83-90. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.05.006

Linke, B. & Kristensen, C. N. (2013). *Samarbejde mellem forskning og praksis. En erfaringsbaseret guide om forsknings- og udviklingsprojekter*. Region Syddanmark: Afdelingen for Sundhedssamarbejde og Kvalitet, Region Syddanmark. Rapport juni 2013.

McQuestion, M. J., Quijano Calle, A., Drasbek, C., Harkins, T., & Sagastume, L. J. (2010). Social Integration and Health Behavioral Change in San Luis, Honduras. *Health Education & Behavior*, 37(5), 694-708. doi: 10.1177/1090198110363880

Meld. St. nr. 34 2012–2013 (2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. [Oslo]: Helsedepartementet

Moltumyr, A. (2014). Kompetanseprogrammet om nærmiljøkvaliteter. Innspill evaluering. Bodø (9.–10. september) (Helsedirektoratet)

Mæland, J.G. (2012). *Forebyggende helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget

Miljøverndepartementet (2013). Nasjonal strategi for et aktivt friluftsliv. En satsing på friluftsliv i hverdagen; 2014–2020. T-1535 / 2013 ISBN 978-82-457-0474-7

Nærmiljø (2012, 7. september). I Store norske leksikon. Hentet 7. januar 2015 fra <https://snl.no/n%C3%A6rmilj%C3%B8>

Repstad, P. (2007). *Mellom distanse og nærhet. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. 4. utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag

Sugiyama, T., Neuhaus, M., Cole, R., Giles-Corti, B., & Owen, N. (2012). Destination and Route Attributes Associated with Adults' Walking: A Review. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 44(7), 1275–1286. doi: 10.1249/MSS.0b013e318247d286

Sun, V. K., Cenzer, I. S., Kao, H., Ahalt, C., & Williams, B. A. (2012). How Safe is Your Neighborhood? Perceived Neighborhood Safety and Functional Decline in Older Adults. *Journal of General Internal Medicine*, 27(5), 541–547. doi: 10.1007/s11606-011-1943-y

Sundquist, K., Theobald, H., Yang, M., Li, X., Johansson, S.-E., & Sundquist, J. (2006). Neighborhood violent crime and unemployment increase the risk of coronary heart disease: A multilevel study in an urban setting. *Social Science & Medicine*, 62(8), 2061–2071. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.051>

Wang, M. C., MacLeod, K. E., Steadman, C., Williams, L., Bowie, S. L., Herd, D., . . . Woo, M. (2007). Is the Opening of a Neighborhood Full-Service Grocery Store Followed by a Change in the Food Behavior of Residents? *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*, 2(1), 3–18. doi: 10.1080/19320240802077789

WHO (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneve: Verdens helseorganisasjon

Zick, C. D., Smith, K. R., Kowaleski-Jones, L., Uno, C., & Merrill, B. J. (2013). Harvesting More Than Vegetables: The Potential Weight Control Benefits of Community Gardening. *American Journal of Public Health*, 103(6), 1110–1115. doi: 10.2105/ajph.2012.301009

Øverby, N.C., Torstveit, M.K. og Høygaard, R. (red.) (2011). *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Vedlegg 1 Spørreskjema

Til deltagere i kompetanseprogrammet «Folkehelse og nærmiljøkvaliteter» 2013–2014.

Helsedirektoratet ønsker å gjennomføre en evaluering av kompetanseprogrammet gjennomført av universitet/høgskole i din region. Universitetet i Agder og Høgskolen i Bergen står for den praktiske gjennomføringen av evalueringen. Vi sender derfor et spørreskjema som vi håper du har anledning til å svare på **innen 10. desember**.

Evalueringen skal være med å bidra til økt kunnskap om folkehelse og nærmiljøkvaliteter. Ditt bidrag er viktig i denne sammenheng, blant annet fordi resultatene fra denne evalueringen skal benyttes som innspill til kommende stortingsmelding om folkehelse våren 2015.

I denne spørreundersøkelsen ønsker vi å kartlegge hva du tenker om nærmiljøkvaliteter og folkehelse. I tillegg ønsker vi å få innspill om behov for kompetanseheving innen denne tematikken.

Undersøkelsen er frivillig og anonym og dine svar vil ikke kunne kobles til navn eller kommune når resultatene presenteres.

Det tar ca. 10-15 minutter å svare på alle spørsmålene. Ta gjerne kontakt hvis du har spørsmål til undersøkelsen (kontakt: Cecilie Beinert, Universitetet i Agder:

cecilie.beinert@uia.no), tlf: 38141849

Vennlig hilsen

Cecilie Beinert, UiA

Bakgrunnsinformasjon:

Nedenfor spør vi kort om noe bakgrunnsinformasjon

1. Hva er din geografiske tilhørighet?

- (1) Aust- Agder
- (2) Vest- Agder
- (3) Finnmark
- (4) Hordaland
- (5) Nordland
- (6) Troms

2. Hvilken sektor jobber du i?

- (1) Offentlig; Helse
- (2) Offentlig; Barnehage
- (3) Offentlig; Skole/SFO
- (4) Offentlig; Teknisk
- (6) Offentlig; Kultur
- (7) Annet
- (8) Frivillig
- (9) Privat

3. Hva vil du definere som ditt nærmiljø?

- (1) By
- (2) Bydel

- (3) Tettsted
- (4) Bygd
- (5) Grend

4. Hva er ditt yrke?

Nærmiljøkvaliteter:

Nedenfor er det listet opp noen tabeller med nærmiljøkvaliteter. Nummer 5-7 gjelder fysiske forhold og nummer 8-10 gjelder sosiale forhold. Vi ønsker at du vurderer i hvilken grad du opplever at disse nærmiljøkvalitetene er gode i din kommune for disse tre gruppene: barn og unge, voksne og eldre. Med GODE menes tilbud/tilgang som folk kjenner til og som har en viss kvalitet som gjør at tilbudet benyttes. For hver faktor skal du angi på en skala fra 1-5 i hvilken grad nærmiljøfaktorene er gode i din kommune, der 1 er i liten grad og 5 er i svært stor grad.

5. Omfang av fysiske forhold som nærmiljøkvalitet for barn og unge

	1	2	3	4	5
Tilgang til grøntanlegg, naturlekeplasser, turstier, friluftsområder	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Infrastruktur (kollektivtilbud, tilgang til gang- og sykkelstier etc.)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
Sosiale møteplasser	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Dagsentertilbud- psykisk helse	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Barnehage	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Grunnskole	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
SFO	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
VGS, lærlingeplasser	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Kulturtilbud (kino, museum, konsertarenaer, gallerier, bibliotek, restaurant etc.)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Kantinetilbud skole	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Landbruk, "Inn på tunet", "Åpen gård"	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Områder for uorganisert aktivitet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Breddeidrettstilbud	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Toppidrettstilbud	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Friluftstilbud	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Arenaer for utendørs organisert fysisk aktivitet, lek og idrett	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Arenaer for utendørs uorganisert fysisk aktivitet, lek og idrett	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Arenaer innendørs for fysisk aktivitet, lek og idrett	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Miljøfaktor; skader	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Miljøfaktor: ulykker	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
Miljøfaktor; støy	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Miljøfaktor; gift	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Miljøfaktor; luftkvalitet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Estetikk (areal og fysiske omgivelser)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

6. Omfang av fysiske forhold som nærmiljøkvalitet for voksne

	1	2	3	4	5
Tilgang til privat bolig	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Tilgang til grøntanlegg, naturlekeplasser, turstier, friluftsområder	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Infrastruktur (kollektivtilbud, tilgang til gang- og sykkelstier etc.)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Sosiale møteplasser	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Dagsentertilbud- rus	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Dagsentertilbud- psykisk helse	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Lokalt næringsliv, bedrifter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Kulturtilbud (kino, museum, konsertarenaer, gallerier, bibliotek, restaurant etc.)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Voksenopplæring og ulike utdanningsinstitusjoner	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
Kantinetilbud på jobb	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Matvarebutikker	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Lokal mat	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Landbruk eller "Åpen gård"	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Områder for uorganisert aktivitet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Breddeidrettstilbud	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Toppidrettstilbud	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Friluftstilbud	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Arenaer for utendørs organisert fysisk aktivitet, lek og idrett	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Arenaer for utendørs uorganisert fysisk aktivitet, lek og idrett	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Arenaer innendørs for fysisk aktivitet, lek og idrett	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Arbeidsplass som nærmiljøkvalitet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Miljøfaktor; skader	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Miljøfaktor; ulykker	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Miljøfaktor; støy	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
miljøfaktor; gift	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Miljøfaktor; luftkvalitet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Estetikk (areal og fysiske omgivelser)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

7. Omfang av fysiske forhold som nærmiljøkvalitet for eldre

	1	2	3	4	5
Tilgang til privat bolig	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Tilgang til grøntanlegg, naturlekeplasser, turstier, friluftsområder	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Infrastruktur (kollektivtilbud, tilgang til gang- og sykkelstier etc.)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Sosiale møteplasser	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Sykehjem	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Dagsentertilbud- eldre	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Dagsentertilbud- rus	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Dagsentertilbud- psykisk helse	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Lokalt næringsliv, bedrifter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Kulturtilbud (kino, museum, konsertarenaer, gallerier, bibliotek, restaurant etc.)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Kantinetilbud på institusjoner	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Matvarebutikker	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Lokal mat	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Landbruk eller "Åpen gård"	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Områder for uorganisert aktivitet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Breddeidrettstilbud	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Friluftstilbud	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Arenaer for utendørs organisert	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
fysisk aktivitet, lek og idrett					
Arenaer for utendørs uorganisert fysisk aktivitet, lek og idrett	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Arenaer innendørs for fysisk aktivitet, lek og idrett	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Miljøfaktor; skader	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Miljøfaktor; ulykker	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Miljøfaktor; støy	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Miljøfaktor; gift	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Miljøfaktor; luftkvalitet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Estetikk (areal og fysiske omgivelser)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Hvis du tenker at det er noe annet som er gode nærmiljøkvaliteter for disse gruppene i din kommune, ønsker vi at du lister det opp nedenfor

8. Omfang av sosiale forhold som nærmiljøkvalitet for barn og unge

	1	2	3	4	5
Samspill mellom mennesker	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Samspill mellom mennesker og fysiske omgivelser	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Mulighet for medvirkning i ulike beslutningsprosesser (planprosesser)	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Tilbud om deltakelse i frivillige aktiviteter	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Tilbud om deltakelse i kommersielle aktiviteter	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Lokal identitet, tilhørighet og integrering i lokalsamfunnet	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

9. Omfang av sosiale forhold som nærmiljøkvalitet for voksne

	1	2	3	4	5
Samspill mellom mennesker	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Samspill mellom mennesker og fysiske omgivelser	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Mulighet for medvirkning i ulike beslutningsprosesser (planprosesser)	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Tilbud om deltakelse i frivillige aktiviteter	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5
Tilbud om deltakelse i kommersielle aktiviteter	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Lokal identitet, tilhørighet og integrering i lokalsamfunnet	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

10. Omfang av sosiale forhold som nærmiljøkvalitet for eldre

	1	2	3	4	5
Samspill mellom mennesker	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Samspill mellom mennesker og fysiske omgivelser	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Mulighet for medvirkning i ulike beslutningsprosesser (planprosesser)	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Tilbud om deltakelse i frivillige aktiviteter	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Tilbud om deltakelse i kommersielle aktiviteter	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
Lokal identitet, tilhørighet og integrering i lokalsamfunnet	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

Hemmere og fremmere i folkehelsen

Vi ønsker at du spesifiserer det du anser som vesentlige hemmere og fremmere for folkehelse i ditt nærmiljø.

11. Hva anser du som de tre viktigste fremmere for folkehelsen i ditt nærmiljø? (List opp disse nedenfor og vær så spesifikk som mulig)

12. Hva anser du som de tre vesentligste hemmerene for folkehelsen i ditt nærmiljø? (List opp disse nedenfor og vær så spesifikk som mulig)

Kompetanse

Nedenfor stiller vi noen spørsmål som handler om din kompetanse for å arbeide med nærmiljøkvaliteter og folkehelse, og hvordan du mener eventuelle kurstilbud på dette feltet best kan organiseres og gjennomføres.

13. I hvor stor grad mener du din kompetanse er tilstrekkelig for å kunne arbeide med nærmiljøkvaliteter som kan fremme folkehelsen?

I veldig stor grad	I stor grad	I middels grad	I liten grad	I ingen grad
(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

14. Hvilken form for kompetanseheving mener du kan styrke arbeidet ditt på dette feltet? Sett tall fra 1-3. 1 er det du trenger minst og 3 er det du trenger mest

	1	2	3
Teoretisk kunnskap	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Prosjektbasert kunnskap	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Praktiske ferdigheter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>

Gi gjerne konkrete eksempler innen alle tre kategoriene

Teoretisk kunnskap

Prosjektbasert kunnskap

Praktiske ferdigheter

15. Hvilken form for organisering og gjennomføring ønsker du av en eventuell kompetanseheving? (Sett ett kryss for hver bolk)

- (1) a) Samlingsbasert (deltar 2-3 ganger fire ganger i året for eksempel)
- (3) a) Konsentrert (fire uker sammenhengende for eksempel)
- (2) a) Nettbasert
- (4) a) Annet (gi eksempel) _____

- (1) b) Kompetanseheving på arbeidsplassen
- (2) b) Kompetanseheving på universitet/høyskole

- (1) c) Annet (gi eksempel) _____
- (2) c) Arbeid med prosjekt knyttet til egen virksomhet/arbeidsplass
- (3) c) Arbeid med annen type prosjekt _____

- (1) d) Veiledning fra universitet/høyskole
- (2) d) Veiledning av kollegaer
- (3) d) Ingen veiledning

16. Hvordan mener du en slik kompetanseheving bør finansieres?

- (1) Selvfinansiert
- (2) Finansiert av arbeidsgiver
- (3) Finansiert av eksterne
- (4) Tilskuddsmidler

17. På hvilket nivå ønsker du kompetanseheving?

- (1) a) Master
- (2) a) Bachelor
- (3) a) Lavere grad

18. Ønsker du studiepoeng knyttet til kompetanseheving?

- (1) b) Studiepoeng med eksamen (videreutdanning)
- (2) b) Ikke studiepoeng og uten eksamen (etterutdanning)

Spørsmål for ansatte i kommunal og fylkeskommunal sektor:

19. I hvilken grad er det viktig at kollegaer fra andre sektorer deltar sammen med deg på et slikt kompetanseprogram? (1: Lite viktig, 5: Svært viktig)

(1) 1

(3) 2

(4) 3

(5) 4

(6) 5

20. Hvis du har noen andre kommentarer som du ønsker å formidle kan du skrive her:

Takk for din tid! Eventuell kontaktinformasjon:

Cecilie Beinert, Universitetet i Agder; cecilie.beinert@uia.no, tlf: 38141849

Vedlegg 2 Intervjuguide

Intervjuguide – intervjuguide «Folkehelse og nærmiljøkvaliteter»

Bakgrunn

- Hva var motivet/ begrunnelsen for deltakelse i kompetanseprogrammet?

Dersom prosjekter var utgangspunkt for deltagelse;

- Hvem var involvert i planlegging av/forarbeid til prosjektet?
- Hva mener du var de mest avgjørende årsakene til at prosjektet ble igangsatt?

Forankring

- Hvor/hos hvem mener du det er viktigst at prosjektet er forankret, med tanke på fremdrift og måloppnåelse?
- Hvordan er prosjektet forankret i
 - Kommunen?
 - Befolkningen/brukergrupper?
- I hvilken grad vil du definere prosjektene som tverrsektorielle?
- Er prosjektet forankret i noen kommunale planer og hvilke?

Organisering av prosjektet

- Hvordan er prosjektet formelt organisert?

Samarbeid

- Hvem er de viktigste/største samarbeidspartene i prosjektet eller i arbeidet med folkehelse og nærmiljøkvaliteter?
- Er det andre aktører dere gjerne skulle hatt med som samarbeidspart/deltager?
 - Hvorfor?
 - Hva tror du er årsakene til at den/de ikke er med?
- Har samarbeid med staten noen betydning for forankringen? I så fall, hvor/overfor hvem er statens rolle viktigst?
- Hva er verdien av å samarbeide med utdanningsinstitusjonen/ fylkeskommunen?

Brukerinvolvering (til kommunene)

- Hvem er hovedmålgrupper i kommunens prosjekt?
- I hvilken grad har brukergruppene blitt involvert i kommunens prosjekt

- Har du noen tanker om hvordan brukerinvolvering eventuelt kunne vært bedre ivaretatt?

Faglige spørsmål

Hva vil du beskrive som de to viktigste strukturelle fremmere for folkehelse i ditt nærmiljøområde?

Hva vil du beskrive som de to viktigste strukturelle hemmere for folkehelse i ditt nærmiljøområde?

Virkemidler

- Økonomi
 - Største utgiftspostene og inntektskildene i prosjektet/ arbeidet?
 - Hvilken betydning har statens økonomiske bidrag?
 - Hvordan ville du foretrekke at rapportering/oppfølging av tildelte midler gjøres hvis du kunne velge?
 - Har de kjennskap til hvordan videre drift av tiltak opprettet i prosjektet sikres etter prosjektets utløp/ programmets utløp?
- Kompetanse
 - I hvilken grad opplever du at utdanningsinstitusjonen har tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre kompetanseprogrammet på dette fagfeltet?
 - I hvilken grad har kommunen selv kompetanse på dette feltet (nærmiljøkvaliteter)?

Erfaringsutveksling

- Har dere konkrete planer for å utnytte erfaringene fra f.eks. prosjektet?
- Opplever dere at det har vært nyttig erfaringsutveksling mellom utdanningsinstitusjonene, fylkeskommunene og kommunene?
- Opplever dere at det er nyttig erfaringsutveksling mellom deltakere i programmet?

Implementering av temaet folkehelse og nærmiljøkvaliteter i studieportefølje

- Har dere eller har dere planer om å implementere denne tematikken i eksisterende eller ny portefølje?
- Hvorfor/hvorfor ikke?

Dokumentasjon/evaluering

- Er det gjennomført evaluering av prosjektene eller deltagelse i programmet i kommunene?
- Hvis nei, hva er viktigste årsaker til at prosjektet ikke skal evalueres?
 - Økonomi? Tid?
 - Endringer/resultater er synlige uansett?
 - Annet?

Generelt

- Hva har vært/er mest tids- og ressurskrevende i prosjektet/ kompetanseprogrammet?
- Hvilke faktorer mener du har vært/er viktigst for at prosjektet/ arbeidet har kommet dit det er i dag?
- Hvem/hva mener du i størst grad påvirker prosjektets innhold og fremdrift?
- Hva ser du som de viktigste utfordringene i prosjektet fremover? Hvorfor?

Om forholdet til fylkeskommunen/kommunen/utdanningsinstitusjonen

- Hvordan opplever dere samarbeidet med fylkeskommunen/kommunen/utdanningsinstitusjonen?
- Hva kunne vært gjort annerledes?
 - Hva tror du er det/de viktigste erfaringene/kunnskapen i ditt prosjekt som bør overføres til de øvrige pilotprosjektene i nærmiljøetsatsingen?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «Evaluering av kompetanseprogrammet: Folkehelse og nærmiljøkvaliteter»

Bakgrunn og formål

Formålet med denne studien er å gjennomføre en evaluering av kompetanseutviklingsprogrammet «Folkehelse og nærmiljøkvaliteter» som ble igangsatt og gjennomført 2013-14. Formålet med evalueringen er å bidra med kunnskap og innspill om folkehelse og nærmiljøkvaliteter til den nye folkehelsemeldingen våren 2015, samt innspill om utvikling av utdanningsprogrammer i folkehelse ved aktuelle utdanningsinstitusjoner. Ekstern oppdragsgiver er Helsedirektoratet. Evalueringen vil bli gjennomført som et samarbeid mellom Universitetet i Agder og Høgskolen i Bergen.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Utvalget for studien er deltagere i kompetanseprogrammet 2013-2014; Høgskolen i Bergen, Universitetet i Agder, Høgskolen i Finnmark, Universitetet i Nordland, og Hordaland fylkeskommune, Nordland fylkeskommune, Finnmark fylkeskommune, Aust- og Vest-Agder fylkeskommune og deltagende kommuner i de aktuelle prosjektene. Deltakelse i studien innebærer at det vil samles inn opplysninger via survey og intervju om bl.a.

- 1) Hvilke faktorer i nærmiljøet deltagere i kurset beskriver at hemmer og fremmer folkehelsen
- 2) Beskrivelse av utvalgte prosjekter fra kompetanseprogrammet
- 3) Hvordan denne kunnskapen kan implementeres inn i utdanningsprogrammene knyttet til folkehelse

Deltagelsen i studien innebærer at det skal samles inn data i form av:

- a) Spørreskjema til deltagende fylker og kommuner
- b) Fokusgruppeintervju med alle deltagende fylkeskommuner og utdanningsinstitusjoner
- c) Dybdeintervju med utvalgte prosjektledere fra kommunene i etterkant av spørreskjemaundersøkelsen

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun prosjektgruppen vil ha tilgang til personopplysninger i den forstand at vi kan koble sitat til institusjon (aktuelle universitet og fylkeskommuner). Opptakene fra gruppeintervjuene samles og oppbevares på to av prosjektgruppedlemmenes datamaskiner, disse vil også ha ansvaret for å transkribere intervjuene. Dataene fra surveyen samles inn elektronisk via SurveyXact og administreres av et av

prosjektmedlemmene. Resultatene fra datainnsamlingene vil presenteres i en rapport til Helsedirektoratet.

Prosjektet skal etter planen avsluttes februar 2014. Da slettes alle intervjudata og data fra surveyen.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med: Nina C. Øverby (prosjektleder) tlf. 38 14 13 24 eller Charlotte Kiland (prosjektleder) tlf. 38 14 16 89

Studien meldes til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen

Nina Øverby og Charlotte Kiland (UiA)

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien og er villig til å delta

.....

(signert av prosjektdeltaker, dato)

.... Jeg samtykker til å delta i intervju

.... Jeg samtykker til å delta i survey

.... Jeg samtykker til at data fra intervju og survey kan publiseres i etterkant av datainnsamlingen

