

INFORMASJON OM SØKER

- En søknad må alltid ha én søker som har ansvaret, selv om flere samarbeider om prosjektet.
- Tilskudd som Helsedirektoratet innvilger, utbetales alltid til den virksomheten som har ansvaret.
- Dersom flere virksomheter eller organisasjoner samarbeider skal dere forklare hvem dere samarbeider med og hva samarbeidet består av.
- Med prosjektet menes i skjemaet både prosjekter, tiltak eller aktiviteter som det søkes om tilskudd til.

Skjema er utfyllt av

Fornavn	Anette Vesterskov
Etternavn	Pedersen
Tittel	Rådgiver folkehelse, Vest-Agder fylkeskommune
Organisasjonsnummer Organisasjonsnummeret må være basert på en juridisk enhet.	960 895 827
Organisasjonsnavn Organisasjonsnavnet må være identisk med enhetsregisteret i Brønnøysundregistrene	Vest-Agder fylkeskommune / Aust-Agder fylkeskommune
Adresse	Postboks 517 Lund
Postnr./-sted	4605 Kristiansand
Organisasjonsform	Fylkeskommune
E-postadresse Postmottak/ offisiell e-postadresse til søker	postmottak@vaf.no
Webadresse	www.vaf.no
Kommunennummer Kun for kommuner	Klikk her for å skrive inn tekst.
Kontonummer	3201.69.92142
Merknad på utbetaling Oppgi hvilken merknad dere ønsker på innbetalingen dersom dere får innvilget tilskudd – maks 40 tegn	Anette Vesterskov Pedersen Ressurs nr. 91525

Kopiadresse

Vi sender alltid brev til hovedadressen som skal stemme med Enhetsregisteret. Dersom dere ønsker, sender vi kopi av alle brevene til den adressen dere oppgir her.

Organisasjonsnavn	Aust-Agder fylkeskommune
Avdeling	Klikk her for å skrive inn tekst.
Adresse	Postboks 788 Stoa
Postnr / Poststed	4809 Arendal
Land	Norge
<p>Kontaktperson Oppgi minst én person Helsedirektoratet kan kontakte dersom vi har spørsmål om søknaden.</p>	
Fornavn	Anette Vesterskov
Etternavn	Pedersen
Telefonnummer	94526767
E-postadresse	AnetteVesterskov.Pedersen@vaf.no
Fornavn	Hege
Etternavn	Solli
Telefonnummer	93880402
E-postadresse	Hege.solli@austagderfk.no
<p>Organisasjonsstruktur</p> <p><input type="checkbox"/> Vi har ingen moder-, søster-, eller datterorganisasjoner</p> <p><input type="checkbox"/> Vi har moder-, søster-, eller datterorganisasjon(er) - Vedlegg fullstendig organisasjonsoversikt</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vi er et statlig, fylkeskommunalt eller kommunalt forvaltningsorgan - organisasjonsoversikt ikke nødvendig</p>	
<p>Samarbeidspartnere i prosjektet</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Prosjektet utføres i samarbeid med andre virksomheter</p> <p>Samarbeidspartnere Skriv inn informasjon om alle andre virksomheter eller organisasjoner dere samarbeider med om prosjektet/tiltaket. Skriv inn kommunenummer for alle kommuner.</p> <p>Fylkeskommunene i Aust- og Vest-Agder søker i fellesskap om å bli programfylker. I</p>	

PROSJEKTBESKRIVELSE

- Beskriv prosjektet, tiltaket eller aktiviteten dere søker om tilskudd til, og målene med dette.
- Helsedirektoratet legger særlig vekt på måloppnåelse i prosjektene ved vurdering av søknadene.

Tittel for prosjektet

Skriv inn en tittel som er beskrivende for prosjektet - maks 100 tegn.

GODT BEGYNT – er halvveis fullført: Agderfylkenes forslag til program for kommunenes tiltak for barn og unges psykiske helse og livskvalitet

Kort beskrivelse

Skriv en kort beskrivelse av prosjektet - maks 300 tegn.

Vi ser et stort behov for program for folkehelsearbeid i kommunene i Agder. For flertallet av innbyggerne er kommunene på Agder gode steder å bo og vokse opp, samtidig viser statistikken at landsdelen har store levekårsutfordringer sammenlignet med resten av landet.

I forbindelse med søknadsarbeidet til folkehelseprogrammet har vi kartlagt mye av arbeidet som gjøres i kommunene våre for å imøtekomme barn og unges psykiske helse og livskvalitet (se vedlegg 4.1- 4.3). Det er mye godt arbeid å bygge videre på. Men vi ser to behov som utmerker seg: Vi mangler en koordinert innsats og gode samarbeidsstrukturer – både på tvers faglig, og på tvers mellom ulike institusjoner. Vi mangler også et større fokus på utvikling av- og bruk av forskningsbasert kunnskap. Kommuneøkonomien er stram i de fleste kommunene på Agder og politikerne ønsker å gjøre mer av det som virker og mindre av det som ikke har like gode resultater.

For å oppnå dette har vi satt tre hovedmål. Disse er utarbeidet av et nyetablert samarbeidsorgan, med representanter fra tre av fem kommuneregioner, de to største forskningsinstitusjonene i regionen, begge fylkeskommunene, Fylkesmannen, KS og det Regionale Forskningsfondet. Under de ulike hovedmålene har vi delmål for å konkretisere programarbeidet. Innspill fra kommunene og lokale politikere fra et åpent dialogmøte i mars, samt programbeskrivelsen fra Helsedirektoratet, har vært førende for utviklingen av både hovedmål, delmål og foreløpig skisse til "programpakker" (se vedlegg 5).

Hovedmål: Ved programslutt har vi ambisjoner om at:

- 1) Det er etablert tverrfaglige samarbeidsstrukturer som bidrar til en varig endring for hvordan vi jobber kunnskaps- og forskningsbasert med folkehelse i regionen.
- 2) Flere barn og unge på Agder opplever god psykisk helse ved programslutt sammenlignet med programstart.
- 3) Sosial ulikhet i barn og unges psykiske helse og livskvalitet er redusert i løpet av programperioden.

Vi mener vi er godt rustet til å nå disse målene. Det vedtatte sammenslåingen av de to Agder fylkene gir oss et ekstra moment for tett samarbeid om et tema som også Sørlandstinget har satt på dagsorden.

Bakgrunn for prosjektet

Beskriv hvorfor prosjektet er nødvendig og beskriv prosjektets eventuelle historikk i korte trekk.

I regelverket for tiltaksutvikling innen program for folkehelsearbeid i kommunene fremheves det at tilskuddsordningen skal bidra til:

- 1) utvikling av kunnskapsbaserte lokale tiltak, arbeidsmåter og verktøy for å fremme barn og unges livskvalitet og psykiske helse og det rusforebyggende arbeid i kommunene
- 2) å integrere barn og unges psykiske helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet
- 3) samarbeid mellom aktører innen blant annet skole og barnehage, fritidssektoren, helsetjenesten, politiet og frivillig sektor.

Primærmålgruppen for tiltaksutviklingen er alle barn og unge opp til 24 år. Sekundærmålgruppen er befolkningen som helhet.

Hvorfor er prosjektet nødvendig for Agder-regionen?

Agder er et godt sted å bo og vokse opp for flertallet av innbyggerne, men en stor andel av befolkningen kommer dårlig ut når det gjelder viktige parametere for levekår. Regionen har blant annet gjennom lang tid hatt en høyere andel unge innbyggere som mottar uføreytelser, det er en høyere andel barn i husholdninger med lav inntekt over lang tid, og andelen av unge med psykiske symptomer og lidelser er signifikant høyere i Agder enn i landet som helhet (Folkehelseinstituttet, Folkehelseprofiler for fylker 2017). Sosioøkonomisk status i de ulike kommunene i begge Agder-fylkene, viser at forskjellene mellom kommunene er relativt store (Ung i Agder 2016, s. 81).

Statistikk, forskning og folkehelseprofilene 2017 fra Agder viser blant annet at:

- Andelen unge (15-29 år) i begge fylkene som kontakter helsevesenet med psykiske symptomer og lidelser ligger over landsnivået. Andelen er lavere i Vest-Agder enn i Aust-Agder.
- Det er et regionalt særtrekk at befolkningen i Agder bruker mer vanedannende legemidler for psykisk lidelser enn befolkningen ellers i landet.
- Nesten 25% av elevene som svarte på Ungdata-undersøkelsen har forsøkt å skade seg selv. En langt større andel jenter enn gutter rapporterer om selvskading. Estimert anslag på landsbasis er 17%.
- I en kartlegging av helse, levevaner og levekår blant ungdom i Agder utenfor skole og arbeid oppgir en større andel av ungdommene i denne gruppe å ha dårlig psykisk helse enn elever som svarte på Ungdata-undersøkelsen.
- Utdanningsnivået er lavere enn for landet som helhet for Aust-Agder, men over landet som helhet for Vest-Agder.
- Andelen unge voksne (18–34 år) med vedvarende lavinntekt øker. Andelen unge voksne som har inntekt under EUs lavinntektsgrense er høyere i Vest-Agder (14,5%) og Aust-Agder (15,6%) enn i landet som helhet (14,1%).
- Det er en høy andel barn og unge (0-17 år) som bor i lavinntektsfamilier, i Aust-Agder er andelen over landsgjennomsnittet. Andelen lavinntektsfamilier har økt siden 2010. I barnefamilier med innvandringsbakgrunn fra utviklingsland er andelen av lavinntektsfamilier på 46% i Aust-Agder og 41% i Vest-Agder, mot 36% i landet som helhet.
- Andelen unge uføretrygdede (18-24 år) i begge fylkene er høyere enn for landet som helhet.
- Norge har hatt en økning i trygdeytelser som skyldes psykiske lidelser, særlig blant unge mennesker. Sammenlignet med andre OECD-land har Norge relativt sett lav yrkesdeltakelse blant personer med psykiske lidelser.
- Andelen som oppgir å ha sterk sosial støtte er høyere enn for landet som helhet i Aust-Agder, men lavere enn landet som helhet i Vest-Agder.
- Andelen som trives i skolen (10. klasse) ligger under landet som helhet for Aust-Agder, men over landet som helhet i Vest-Agder.
- Andelen som blir mobbet ligger over landet som helhet i Aust-Agder, men under landet som helhet i Vest-Agder.

(Kilder: Se vedlegg 1 med mer bakgrunnsinformasjon)

Vi har et overordnet strategisk plandokument for utvikling av landsdelen; Regionplan Agder 2020. Et av kapitlene omhandler «Det gode livet: Agder for alle» og er blitt fulgt opp av strategisk notat for folkehelse og levekår, samt plan for likestilling, inkludering og mangfold. En følgeevaluering av regionens arbeid med dette, viser at Agderfylkene utmerker seg negativt i likestillingsstatistikken, og kvinner har svakere tilknytning til arbeidslivet enn i landet for øvrig. (Følgeevaluering av Agdermodellen for likestilling og forprosjekt til LIM-planen, 2015). Som en oppfølging til det strategiske notatet for folkehelse er det satt i gang et arbeid med å identifisere helsetilstand og påvirkningsfaktorer i befolkningen. Folkehelseundersøkelsen (2015-2016) og undersøkelsen Ung i Agder (2016) er undersøkelser som gir grunnlag for å identifisere både positive og negative påvirkningsfaktorer samt definere hovedutfordringene for landsdelen.

Agder er godt i gang med folkehelsearbeidet, men både nasjonal og regional statistikk viser at vi fremdeles har en vei å gå. Det er et stort behov for å øke innsatsen i arbeidet med barn og unges psykiske helse og rusforebyggende arbeid. Forskningen viser at tidlig innsats kan være avgjørende for å realisere det overordnede målet for folkehelsearbeidet i regionplan Agder 2020 – Det gode livet: Agder for alle.

Videre er det behov for å rette oppmerksomheten mot å etablere bedre strukturer i regionen som bidrar til varige endringer i hvordan vi samarbeider og samordner folkehelsearbeidet for kommuner, region, statlige instanser og frivillig sektor. Strukturer og organer for dette er ikke tilfredsstillende per i dag, og er etterlyst av flere aktører. Det har blitt gjennomført flere forskningsprosjekter i landsdelen som støtter opp om folkehelseprogrammets tematikk. Det er likevel behov for å etablere arbeidsmetoder som sikrer at alle aktører som arbeider med folkehelse har god nok kompetanse til å arbeide kunnskaps- og forskningsbasert.

Regionen har iverksatt en offensiv satsing for at ungdommer skal fullføre og bestå videregående opplæring. Det er stort fokus på arbeid mot mobbing og god psykisk helse i både grunnskole og videregående opplæring. Det utarbeides også en felles folkehelsestrategi for Agder for perioden 2018-2025. Videre har Sørlandstinget 23. mars 2017 fattet et vedtak om at fylkeskommunene skal koordinere og lede en helhetlig og langsiktig levekårssatsing i landsdelen basert på et partnerskap mellom kommunene, fylke og stat. Å bli deltaker i «Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027», vil være med på å styrke en helhetlig satsing på levekår og god psykisk helse for hele regionen i et langsiktig perspektiv.

Fylkestingene i Aust- og Vest-Agder har i forbindelse med regionreformen vedtatt å søke Stortinget om sammenslåing med virkning fra 01.01.2020, og fylkeskommunene i Agder har besluttet å sende en felles søknad om å bli programfylker sammen. Videre har fylkeskommunene hatt tilsyn med folkehelsearbeid, og Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder konkluderte med at fylkeskommunene måtte forbedre sitt arbeid med å understøtte kommunene slik det fremgår av folkehelseloven. Folkehelseprogrammet vil derfor være en viktig støtte for folkehelsearbeidet i hele Agder. Se mer om samarbeidsstrukturer og forankring i kommuner og fylkeskommuner i vedlegg 3. Søknad om å delta i det nasjonale folkehelseprogrammet er politisk behandlet i fylkestingene i Aust- og Vest-Agder henholdsvis 25. og 26. april 2017 (se vedlegg 8).

Se mer detaljert beskrivelse av nåsituasjon i vedlegg 1 og 2.

Målene for året dere søker om tilskudd

Hva vil dere oppnå dersom dere får innvilget et tilskudd?

Som programfylke i Folkehelseprogrammet har vi tre hovedmål for femårsperioden for programmet, vi har også en rekke delmål. Mål og milepæler for gjeldende år: 2017, er presisert under målene for hele programperioden.

Hovedmål 1)

Det er etablert tverrfaglige samarbeidsstrukturer som bidrar til en varig endring for hvordan vi

jobber kunnskaps- og forskningsbasert med folkehelse i regionen.

Delmål:

- 1.1) Det er etablert en kultur i regionen for å jobbe tverrfaglig med folkehelse relaterte tema.
- 1.2) Kommunene jobber forskningsbasert med folkehelsearbeidet og har kunnskap om hva som er effektive virkemidler og tiltak.
- 1.3) Tverrfaglige samarbeidsstrukturer som er utviklet gjennom programmet brukes aktivt og er overførbare innad i regionen og nasjonalt.
- 1.4) Det er gjennomført en langsiktig og systematisk samordning av folkehelsearbeidet i Agder.
- 1.5) Kommunene har i løpet av programperioden inkludert forhold som fremmer psykisk helse og rusmiddelforebyggende arbeid som en del av oversiktsarbeidet etter folkehelse loven.
- 1.6) Fylkeskommunen har gjennomført overordnet evaluering av programarbeidet knyttet til samarbeidsstrukturer i Agder.

Hovedmål 2)

Flere barn og unge på Agder opplever god psykisk helse ved programslutt sammenlignet med programstart.

Delmål:

- 2.1) Kommunene har økt kompetanse om forhold som fremmer psykisk helse og rusforebyggende arbeid i løpet av programperioden.
- 2.2) Kommunene har, i samarbeid med relevante aktører, (videre)utviklet kunnskapsbaserte lokale tiltak/arbeidsmåter/verktøy for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet.
- 2.3) Kommunene bruker tiltak/arbeidsmåter/verktøy som er utviklet gjennom programmet aktivt, disse er overførbare mellom kommuner i regionen.
- 2.4) Kommunene har mer forskningsbasert kunnskap om hva som er effektive virkemidler og tiltak i folkehelsearbeidet, og bruker kunnskapen aktivt.
- 2.5) Kommunene har gjennomført evaluering, fortrinnsvis effektevaluering, av tiltakene.
- 2.6) Fylkeskommunen har gjennomført overordnet evaluering av programarbeidet knyttet til hovedmål 2.

Hovedmål 3)

Sosial ulikhet i barn og unges psykiske helse og livskvalitet er redusert i løpet av programperioden.

Delmål:

- 3.1) Kommunene har økt kompetanse om forhold, inkludert rusforebyggende arbeid, som reduserer sosial ulikhet i psykisk helse og livskvalitet.
- 3.2) Kommunene har (videre)utviklet kunnskapsbaserte lokale tiltak/arbeidsmåter/verktøy for å redusere sosial ulikhet i psykisk helse og livskvalitet.
- 3.3) Kommunene bruker tiltak/arbeidsmåter/verktøy som er utviklet gjennom programmet aktivt, disse er overførbare mellom kommuner i regionen.
- 3.4) Kommunene har mer forskningsbasert kunnskap om hva som er effektive virkemidler og tiltak i folkehelsearbeidet, og bruker kunnskapen aktivt.
- 3.5) Kommunene har gjennomført evaluering, fortrinnsvis effektevaluering, av tiltakene.
- 3.6) Fylkeskommunen har gjennomført overordnet evaluering av programarbeidet knyttet til hovedmål 3.

Mål og milepæler for 2017

Mål og delmål for 2017 vil i hovedsak være prosessmål grunnet at første året blir en oppstartsfasen og halvparten av året har gått ved tildeling av midler. Prosessmålene vil i hovedsak støtte opp om programarbeidets hovedmål 1. Se milepæler under og tiltaks- og fremdriftsplan for 2017 i eget avsnitt.

Milepæl 1: Utvidelse av det etablerte samarbeidsorganet.

Milepæl 2: Ferdigutvikling av skisser til felles programpakker, utlysning og utvelgelse av

kommuner.

Milepæl 3: Rigge evaluering/følgforskning for programmet i sin helhet i Agder.

Milepæl 4: Oppstartsmøte med programkommuner.

Milepæl 5: Igangsette tiltak/prosjekter som inkluderer minst 20 av 30 kommuner.

Milepæl 6: Delingsseminar med alle kommuner i Agder.

Metoder kunnskap eller erfaring

Beskriv hvilke teorier / faglige metoder dere benytter i prosjektet eller hvilken kunnskap/erfaring dere bygger på.

Det er behov for å utvikle det psykisk helseperspektivet i folkehelsearbeidet for å redusere de faktorene som øker risiko for psykiske plager og lidelser. Samtidig er det like viktig å fremme de faktorene som bidrar til mestring, trivsel og livskvalitet i befolkningen.

I programarbeidet ønsker vi å øke oppmerksomheten mot forskning som omhandler hvordan forhold på livets ulike arenaer påvirker psykisk helse, trivsel og livskvalitet. Det blir viktig å rette oppmerksomhet mot hele miljøer og familier, og i mindre grad mot å identifisere enkeltindivider (univesell/kollektiv vs. individuell orientering). Eksempler på universelle arenaer er barnehage, skole og nærmiljø. Det vil være spesielt viktig å utvikle og ta i bruk tiltak som bidrar til å redusere sosial ulikhet i psykisk helse, f.eks. nedbygging av sosiale og økonomiske barrierer for barn og unges aktivitet.

Kunnskapsmessig vil vi bygge videre på den omfattende forskningen som har vært foretatt både nasjonalt/internasjonalt, og ved flere av landsdelens forskningsinstitusjoner; Universitetet i Agder og Agderforskning, og ved kompetansesentrene RVTs, RBUP og Korus. I tillegg vil vi nyttiggjøre oss statistikk og data samlet av fylkeskommunene, fylkesmannen og av landsdelens kommuner selv. Både kvalitative og kvantitative metoder er benyttet til kunnskapsbygging og evaluering/validering av tiltak, og det er fortsatt aktuelt å bruke ulike forskningsmetoder i det videre arbeidet. Som nevnt ønsker vi en utstrakt bruk av effektevaluering og andre kvantitative metoder. Samtidig peker både forskningsmiljø og kommuner på nytten av kvalitative forskningsmetoder som for eksempel aksjons- og design-forskning, såkalte proaktive metoder. Her benyttes bl.a. etnografiske forskningsmetoder for å avdekke brukernes egentlige behov og preferanser. Det er viktig at det i programarbeidet jobbes både teoretisk og praksisnært i tiltaksutviklingen.

Mange gode tiltak og initiativer av ulik størrelse har vært gjennomført i Agder innen psykisk helse og rus (jf. oversikter over prosjekter i vedlegg 4.1 – 4.3) og flere av disse tiltakene/prosjektene kan bygges videre på i programarbeidet. Eksempelvis har Helsedirektoratets samhandlingsmodell BTI – Bedre Tverrfaglig Innsats – blitt fremhevet som et praktisk rammeverk som kan være aktuelt som inspirasjon og grunnlag for videreutvikling i programmet. Vi er kjent med at flere kommuner i Agder allerede har tatt metodikken i bruk.

For å oppnå målsetningene for det nasjonale folkehelseprogrammet, ser vi at det er behov for Agder-regionen å få på plass strukturer for tverrfaglig samarbeid. I programmet er vektlegging av innovasjon, og medvirkning fra målgruppen vektlagt, og vi vil se til metoder som også styrker dette elementet i arbeidet ute i kommunene. "Design thinking" er en metode som tar for seg tjenesteinnovasjon med brukeren i sentrum (Meinel, 2010). Vi ser at denne metodikken ofte blir benyttet i offentlig sektor. Det kan være aktuelt å hente inspirasjon fra denne metodikken til prosjekter i folkehelseprogrammet, og å involvere både brukere (barn, unge, deres familier), ansatte i kommunene og andre relevante aktører i utvikling av nye tiltak.

Følgende krav stilles i regelverk for tilskuddsordningen, men det finnes ikke egen rubrikk for dette i søknadsskjemaet. Vi har derfor valgt å legge det inn her. Det er:

- a) Evaluering av tiltak
- b) Samarbeid med kunnskaps- og forskningsmiljøer
- c) Kriterier for utvelgelse av kommuner og tiltak

- d) Plan for etablering av samarbeidsorgan (aktuelle deltakere, mandat etc.)
- e) Dialog med kommunene / Plan for samarbeid med kommuner i utarbeidelse og oppfølging av tiltak
- f) Plan for medvirkning fra ungdom i programperioden - lokalt og regionalt

a) Evaluering av tiltak

Programmet i Agder har i både målsetting og vurderingskriterier vektlagt evaluering som avgjørende for kommunene for å få midler gjennom tilskuddsordningen.

I folkehelseloven er det ingen konkrete krav til hvordan evalueringsarbeidet skal gjennomføres. Imidlertid bør evalueringsarbeidet dokumenteres og inngå i det systematiske folkehelsearbeid sin syklus. Vurderingene vil utgjøre et viktig grunnlag for det videre arbeidet og det er gunstig om vurderingene nedtegnes på en hensiktsmessig måte som gjør at hele kommuneorganisasjonen/beslutningstakere har tilgang.

Når en skal vurdere om folkehelsen utvikler seg i positiv retning kan kartlegginger som f.eks. UngData være med på å vise trender, men i programmet må det tilstrebes å også gjennomføre effektevalueringer av de utviklede tiltak.

Effektevaluering gjøres for å finne ut om et nytt tiltak (intervensjon) er bedre enn f.eks. nåværende praksis. Det er forskningsbasert, og gjøres ved å samle inn data ved inklusjon i prosjektet (pretest), ved avslutning av intervensjonen (posttest), og ved oppfølging f.eks. ett eller to år etter oppstart av tiltakene. Evalueringen kan bestå av ulike mål, f.eks. kognitive mål inne livskvalitet eller diverse funksjonsmål. Evalueringen kan f.eks. bestå av en eller flere intervensjoner/tiltak, som sammenlignes med en kontrollgruppe. F.eks. kan det settes i gang tiltak i en eller flere kommuner, og så sammenlignes disse med kommuner som er likest mulig i størrelse og utfordringsbilde hvor tiltak ikke er iverksatt. Effekten regnes ut ved hjelp av statistiske modeller som kan vise om det er en reell effekt og at det ikke skyldes tilfeldigheter. For effektevaluering anbefales det at kommunene etablerer kontakt med kompetansemiljøer i planleggingsfasen slik at det blir mulig å foreta en grundig analyse.

De ulike tiltakene som vil inngå i programmet må sees på som intervensjoner i komplekse systemer, der det vil være vanskelig å korrigere for kjente og ukjent påvirkningsfaktorer. I dialog med forskningsmiljøene mener vi likevel det er mulig å bruke et såkalt "stepped wedge" design (Hemming et al 2015) med gradvis innføring av tiltak til å følge utvikling av et utvalg indikatorer i kommuner som innfører tiltak på forskjellig tidspunkt. Utvalg av indikatorer gjøres i samarbeid mellom kommunene, regionale kompetansesentre og forskningsmiljøene som deltar. Randomisering er neppe mulig fullt ut her, men prinsippet om å gjennomføre likeartede effektevalueringer både i f eks skoler som tar del i et tiltak og skoler som ikke gjør det, og så sammenlikne funnene, kan gjennomføres. Det vil også være behov for å bruke forskjellige forskningsmetoder, kombinasjoner av disse og pilotere og evaluere nye tiltak – slik dette er anbefalt i Medical Research Councils rammeverk for evaluering av komplekse intervensjoner (Craig et al 2008).

En annen måte å evaluere på er prosessevaluering. En grundig evaluering av prosessen i et folkehelseprosjekt vil kunne gi verdifull informasjon hvis det for eksempel ikke dokumenteres effekt i henhold til strenge statistiske metoder. Var prosjektet mislykket selv om man ikke fant noen statistisk effekt? Prosessevaluering foregår ofte ved hjelp av kvalitativ intervjubasert evaluering av prosjektet med hovedvekt på implementering og gjennomføring. Det kan også stilles spørsmål (åpne/lukket) i et spørreskjema angående prosessevaluering. Eksempel på områder som kan belyses gjennom prosessevaluering: Er prosjektet vellykket? Har man utviklet gode oppfølgingsmetode som klart har vist seg nyttig for deltakerne?

Programmet åpner også opp for at egevaluering er en metode som kan benyttes for utviklingstiltakene i kommunene. Det kan ligge mye god kunnskap i egevaluering. Denne metoden kan også bidra til aktiv endring og videreutvikling av egen praksis. Fylkeskommunene

ser det som en fordel om denne metodikken blir utarbeidet i samarbeid med et forskningsmiljø.

Både BTI-modellen og "Design thinking" metoden inneholder også elementer som kan benyttes i evalueringssystemer. Kommunene i Agder vil kunne benytte noen av disse metodene når de evaluerer utviklingstiltakene.

b) Samarbeid med kunnskaps- og forskningsmiljøer

Samarbeid med kunnskaps- og forskningsmiljøer spiller en viktig rolle i alle faser av dette programmet og ulike prosjekter, fra planlegging til gjennomføring og effektevaluering. Samarbeid med disse miljøene i konkrete prosjekter vil bidra til å sikre at tiltak er kunnskapsbaserte og i størst mulig grad tilrettelagt for evaluering.

Våre regionale kompetansesentre, KoRus-Sør, RVTS – Sør og RBUP – Sør- Øst har inngått samarbeid om å være felles partner i arbeidet med Program for folkehelse og har utpekt en representant fra KoRus-Sør som felles representanter alle sentrene. Underveis i programperioden vil det løpende vurderes mest mulig hensiktsmessig representasjon. Sentrene innehar omfattende kompetanse:

Samlet har disse tre sentrene kompetanse innen kjerneområdene i Program for folkehelse i kommunene i vår region (se nærmere informasjon om sentrene i vedlegg 9). Sentrene har også forsknings- og utviklingskompetanse som er relevant å anvende i ulike faser og nivåer i de lokale utviklingsarbeidene. Dette omhandler både bruk av ulike metoder for innsamling av data, praksisnær forskning, evalueringsforskning og effektevaluering. FHI er tiltenkt en sentral rolle i arbeidet primært med henblikk på effektevalueringer, og det vil være naturlig å se for seg et samarbeid med de regionale kompetansesentrene, samt UiA og Agderforskning. KoRus-Sør har inngått samarbeidsavtale med UiA som skal bidra til å styrke samordningen bla inn mot "Program for folkehelse i kommunene 2017-2017".

Fylkeskommunene og kommuner på Agder samarbeider allerede tett med den statlige utdannings og forskningsinstitusjonen i regionen, Universitetet i Agder (UiA), som også har et regionalt samfunnsoppdrag. Ansatte ved UiA har avsatt forskningstid til ulike prosjekter, og for ansatte med kompetanse innen folkehelse, vil det kunne avtales ordninger for medvirkning til planlegging/gjennomføring og evaluering av folkehelseprosjekter i kommuner. UiA har flere institutter som kan være relevante å jobbe sammen med i forskningsøyemed. Det er en klar ambisjon at prosjektene som gjennomføres munnar ut i vitenskapelige publikasjoner (rapporter og artikler i tidsskrift) slik at erfaringsspredning oppnås. Dette vil kunne være både som en del av ansattes forskningstid (ved tilgjengelighet), kjøp av timer og i samarbeid med ansatte som veileder for masterstudenter i folkehelsevitenskap.

Alle ovennevnte kunnskaps- og kompetansemiljøer er aktuelle støttespillere i utviklingsarbeidet som skal gjøres innen programmet og miljøene er allerede involvert i det regionale programarbeidet gjennom representanter i samarbeidsorganet. I tillegg kan det være relevant (avhengig av hvilke prosjekter som settes i gang) å involvere SSHF/Sørlandets sykehus som er en viktig forskningsaktør i regionen.

c) Kriterier for utvelgelse av kommuner og tiltak

Forutsetninger for å kunne søke:

- Primærmålgruppen skal være 0-24 år, sekundært hele befolkningen.
- Utviklingstiltakene skal bidra til å integrere psykisk helse som en del av det lokale folkehelsearbeidet og fremme lokalt rusforebyggende arbeid (også i oversiktsarbeid etter folkehelseoven).
- Tiltakene skal nå brede grupper av barn og unge (universelle tiltak). Spesielt viktig er det å utvikle og ta i bruk tiltak som bidrar til å redusere sosiale ulikheter i psykisk helse.
- Tiltak skal baseres på kommunens eget utfordringsbilde (oversiktsarbeid), målsettinger og planer.

- Tiltakene skal være kunnskapsbaserte og inkludere forskning og innovasjon.
- Tiltakene skal vektlegge helsefremmende aspekter og bidra til å styrke de positive påvirkningsfaktorene.
- Tiltakene må være tenkt inn i et langsiktig perspektiv og hvordan prosjekterfaringer og -resultater skal benyttes i det videre folkehelsearbeid i kommunen.
- Prosjektarbeid baseres på samhandling og tverrsektorielt samarbeid mellom aktører i kommunen og kunnskaps- og forskningsmiljøer.
- Det må foreligge en plan for hvordan medvirkning fra ungdom skal gjennomføres (brukermedvirkning).
- Plan for gjennomføring av effektevaluering av tiltak (som inkluderer effekt på sosial ulikhet i helse) i samarbeid med et forsknings- og kompetansemiljø. Ved gjennomføring av tiltak hvor dette ikke lar seg gjøre, skal det gjennomføres kvalitativt god egnevaluering.
- Søker forplikter seg til kunnskapsdeling og oppbygging mellom kommunene i Agder gjennom skriftlig videreformidling av resultater og evaluering, samt deltakelse i regionale kunnskaps- og kompetansenettverk.

Vurderingskriterier:

I vurdering av søknader prioriteres etter følgende kriterier (oppnevnt i vilkårlig rekkefølge):

- Hvor viktig er prosjektet for kommunen og Agder-regionen?
- Hvor bredt regionalt samarbeid mellom kommuner? (større prosjekter med deltakelse av flere kommuner vil bli foretrukket)
- I hvor høy grad har barn og unge blitt involvert og fått innflytelse?
- I hvor høy grad er det tenkt på overførbarhet til andre kommuner?
- I hvor høy grad har man tilrettelagt for systematikk og langsiktighet etter tilskuddsmidlers opphør?
- Hvordan bidrar tiltaket til å bygge opp under og/eller videreutvikle samarbeid med frivillige engasjement i befolkningen?
- Hvor høy er forsknings- og innovasjonsgraden?
- Hvor gjennomtenkt er planen for evaluering?
- Hvor gode faglige forutsetninger har prosjektet for å lykkes?
- Er utviklingsarbeidet politisk forankret?
- Hvor god er prosjektkvaliteten samlet sett? (prosjektgjennomføringsplan inkl. milepæler og leveranser, forsknings- og evalueringsmetoder, budsjett og ressursinnsats, prosjektets innretning og i hvilken grad søknadsdokumentene gir tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for å vurdere tilskudd).

d) Plan for etablering av samarbeidsorgan (aktuelle deltakere, mandat etc.)

Det er etablert et samordningsorgan som i første fase har hatt til formål å komme med innspill til søknad og rigging av programarbeid fremover. I gruppen deltar en representant fra regionale kompetansesentre (fellesrepresentant fra KoRus Sør, RVTS, RBUP), universitets- og høyskolesektoren (UiA), instituttsektor (Agderforskning), KS Agder/Regionalt forskningsfond Agder, tre representanter fra kommune-/folkehelsenettverk i Agder, fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder, samt folkehelse- og utdanningsavdeling i fylkeskommunene. Arbeidet ledes og koordineres av fylkeskommunene ved folkehelserådsgiver i Vest-Agder fylkeskommune i samspill med fylkeskultursjef i Aust-Agder fylkeskommune.

I oppstart av gjennomføringsfasen av programarbeidet er det planlagt å utvide med flere aktører i samarbeidsorganet. Vi ønsker i det regionale samarbeidsorganet å legge opp til bred involvering med deltakelse fra politisk ledelse i fylkeskommunene, kommunesektoren, forskningsmiljøer, regionale kompetansesentre, frivillig sektor, barne-/ungdomsrepresentant og andre relevante aktører. Mange av disse aktørene deltar allerede i det opprettede samarbeidsorganet og konkret ønsker vi å utvide med representanter fra den frivillige paraplyorganisasjonen Vest-Agder barne- og ungdomsråd, og kommunerepresentanter fra de gjenstående to regioner.

Eksempler på andre relevante samarbeidsaktører som vurderes involvert på ulikt vis underveis i programarbeidet er NAV regionalt, politietaten, barnevern, PPT, brukerorganisasjonene innen rus/psykisk helse A-larm Agder og ROM Agder, klinikk for psykisk helse SSHF, rus- og avhengighetsbehandling ved Sørlandets sykehus. Det kan eksempelvis være på prosjektverksted, være med på utvalgte møter i samarbeidsorganet, erfaringsdelingsmøter-workshops mv.

Antall representanter i samarbeidsorganet og konstallasjonen av organet vil løpende bli vurdert i forhold til kvalitet, hensiktsmessighet og effektiv programgjennomføring. Samarbeidsstrukturen vil også kunne justeres til å kunne håndtere andre tiltaksområder i tråd med det som står i programbeskrivelsen. Sekretariatsfunksjonen og ledelsen av samarbeidsorganet legges til fylkeskommunene.

Mandat til samarbeidsorganet:

- Samarbeidsorganets råd skal ligge til grunn for endelig utvalg av kommuner og tildeling av midler fra fylkeskommunen.
- Samarbeidsorganet skal være med å sikre at tiltak er kunnskapsbaserte og i størst mulig grad tilrettelagt for evaluering.
- Samarbeidsorganet må holde seg orientert underveis i tiltaksperioden om utviklingsarbeidet i kommunene som har fått økonomisk støtte.
- Samarbeidsorganet skal være med å sikre fremdrift i programarbeidet i fylkene
- Medlemmer i samarbeidsorganet forplikter seg til å delta på møter i organet og andre aktiviteter i forbindelse med erfaringsdelings konferanser mv. (f.eks. i regi av Helsedirektoratet/KS/FHI).

e) Dialog med kommunene / Plan for samarbeid med kommuner i utarbeidelse og oppfølging av tiltak

Det har vært stor interesse fra flere kommuner for deltakelse i programmet fordi en ser behovet for satsingen. Fylkeskommunene opplever generelt at det er en vilje til handling og vilje til endring i regionen innen programarbeidets temaområder.

Fylkeskommunene arrangerte et dialogmøte der kommuner og fylkespolitikere ble invitert. På møtet ønsket vi å orientere om folkehelseprogrammet, få innblikk i kommunenes interesse for programmet, informere om søknadsprosessen så langt i Agder og få innspill på hva kommunene mener er viktig i utformingen og gjennomføringen av programarbeidet. Medvirkningen ble lagt opp via kafedialog-metoden og oppsummeringer i plenum. I etterkant er de skriftlige innspillene sammenstilt (vedlegg 10) og tatt med i det videre arbeid med søknad, i utarbeidelsen av programpakker (bottom up) og utforming av programarbeid i Agder. Frivillig sektor i begge fylkene har også deltatt på innspillseminar, fått informasjon om programmet og blitt oppfordret til å ta kontakt med kommunene for å kunne delta i arbeidet.

I Agder deltar størstedelen av kommuner i folkehelsenettverk som samarbeider regionsvis. Andre kommuner har etablert tverrkommunalt samarbeid rundt f.eks. folkehelseoversikt og andre typer samarbeid. Ikke alle regioner har eget folkehelsenettverk og behovene er litt forskjellige blant annet grunnet kommende kommunesammenslåinger. I tillegg til nye samarbeidsmuligheter med programpakker, vil det være en god del eksisterende samarbeidsstrukturer å bygge videre på.

I aktivitetsplanen for 2017, er det lagt opp til flere møtepunkter mellom regionsnivå og kommunenivå. I tildelingskriteriene er det ført opp som et krav at kommunene forplikter seg til kunnskapsdeling i regionale kunnskaps- og kompetansenettverk. Fylkeskommunene vil legge til rette for arenaer der dette vil skje. Allerede i 2017 vil det bli gjennomført et oppstartsmøte med kommunene som har blitt valgt ut der vi vil hjelpe å koble fag- og forskningsmiljøer med kommunene med henblikk på ytterligere konkretisering av prosjekter. Mot slutten av året gjennomfører vi også et delingsseminar/workshop for kommuner i Agder om satsingene i programmet.

"Programpakker"

Fylkeskommunene vil i samarbeid med samarbeidsorganet (og andre relevante aktører) bidra til å utvikle 2-3 programpakker. Pakkene vil foreslå innsatsområder som kan inkludere flere mulige tiltak med utgangspunkt i det lokale og regionale utfordringsbildet. Det vil hovedsakelig fokuseres på universelle tiltak. Programpakkene er under utarbeidelse (se foreløpig skisse over programpakker i vedlegg 5).

Det er et bredt ønske fra kommunene i Agder å få hjelp til å utvikle slike programpakker, og det er blitt uttrykt at det kan senke terskelen for å få med mindre kommuner i programmet. Gjennom programpakkene er det også mulig å sette fokus på bestemte utfordringer som vi finner i Agder og som kan påvirke barn og unges psykiske helse. Det vil bli lagt vekt på å legge opp programpakkene ut i fra et helsefremmende perspektiv, eksempelvis at en programpakke fokuserer på «Helsefremmende skoler preget av tilhørighet, kompetanse og autonomi».

f) Plan for medvirkning fra ungdom i programperioden - lokalt og regionalt

For å sikre at tiltak er forankret i den virkeligheten som barn og unge opplever, vil det i tildelingskriteriene til kommunene være krav om aktiv medvirkning fra ungdom i utvikling og oppfølging av nye tiltak som foregår i kommunene.

Medvirkning er et av de grunnleggende prinsipper som folkehelseloven baserer seg på og i helsefremmende arbeid er målgruppers mulighet til å medvirke i beslutningsprosesser som angår egen helse av betydning. Medvirkning kan bidra til både økt treffsikkerhet i forhold til utformingen og gjennomføringen av tiltak og i tillegg har medvirkningen en egenverdi i seg selv. Begrepet "empowerment" kan brukes i denne sammenheng, og kan oversettes til myndiggjøring/innflytelse/kontroll.

Det er viktig å oppfordre til at kommunene involverer barn, ungdom og foreldre når det utvikles og gjennomføres tiltak i forbindelse med programarbeidet. Det bør vurderes hvilke brukergrupper det er aktuelt å få medvirkning fra ut i fra hvilke tiltak som prioriteres i kommunene, og hva slags metoder og plan/rammeverk som kan benyttes for å lykkes med medvirkningen. Kommunene oppfordres til å invitere til bred og aktiv medvirkning der f.eks. ungdom inviteres med som uformelle deltakere i utviklingsprosjekter lokalt. De representerer slik sett seg selv som bruker og kan gi kommunen og forskere verdifull dybdeinnsikt i hvordan ungdommen tenker.

I programarbeidet på regionalt nivå vil medvirkning av ungdom også være sentralt. Det vil være ungdomsrepresentant med i det regionale samarbeidsorganet og en representant for frivillig sektor. I det regionale programarbeidet vil vi hovedsakelig benytte de allerede etablerte arenaer der ungdommer tar beslutninger, eksempelvis barne- og ungdomsråd (frivillig sektor), ungdommens fylkesting samt elev- og lærlingeråd. Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder er også i ferd med å opprette et ungdomsråd som første embete i landet, og dette anbefaler fylkesmannen benyttes fordi det vil bestå av deltakere fra alle kommunene i begge fylker.

Vedlegg 5: Foreløpig skisse over programpakker

Tiltaks- og fremdriftsplan for året dere søker tilskudd

Sett inn de viktigste tiltakene for å nå målene for prosjektet og angi gjerne måned for gjennomføring.

30.04.2017: Søknadsfrist til Helsedirektoratet

05.05.2017: Informasjon til kommunene om søknad, videre arbeid osv

Mai/primio juni: Ferdig forslag til programpakker

Under forutsetning at vi blir programfylke:

Mai: Utlysning av midler til kommunene

Mai: Utvide samarbeidsorganet med deltakere fra ungdoms- og frivillig sektor

Juni: Søknader fra kommunene til fylkeskommunene

20.06.2017: Møte med samarbeidsorgan om tildelinger

30.06.2017: Tilbakemeldinger til Helsedirektoratet (tildelinger til kommuner, signerte samarbeidsavtaler med aktører, oversikt over mulige tiltak)

September: Oppstartsmøte med programkommuner. Programinnhold: skal definere roller, arbeidsformer, oppfølgingsrutiner og konkretisere samarbeid. Tilrettelegge for «Open Space» for å koble ulike fagmiljøer og kommuner sammen – skape en møteplass der kommuner og aktuelle aktører fra forsknings- og kompetansemiljøer kan møtes, utveksle ideer og evt. etablere samarbeid

September/ Oktober: Vurdere hvordan hele programmet for Agder kan evalueres, og hvordan rigge denne type evaluering

Oktober: Alle kommuner som deltar i programmet er i gang med tiltakene som er satt opp i prosjektbeskrivelsene

Oktober og desember (tentativt): Møter i samarbeidsorgan

Desember: Delingsseminar/Workshop med alle kommuner i Agder - deling og faglig påfyll

Se vedlegg 6: Fremdriftsplan framstilt som tabell.

Risikofaktorer

Hvilke faktorer gjør det usikkert at dere når målene, selv om dere mottar tilskudd fra Helsedirektoratet?

Den viktigste forutsetningen for å lykkes med målene i programmet, ut over tilskuddsmottak fra Helsedirektoratet, er deltagelse fra kommunene. Derfor har det vært viktig for oss å legge til rette for en bred deltagelse fra kommunene allerede før vi har blitt innvilget programstatus fra Helsedirektoratet. Under blant annet dialogmøtet i mars var det et tydelig stort engasjement fra kommunene. Vi anser derfor denne risikofaktoren som liten. I tillegg er det rettet politisk oppmerksomhet mot levekårsutfordringene på Agder. Det politiske fokuset vil bidra til prioritering av deltagelse fra kommunene.

Overveielser rundt risikofaktorer har også ligget i bunn for utarbeidelsen av kriterier for utvelgelse av tiltak. Vi oppfordrer blant annet i våre vurderingskriterier til større prosjekter med deltagelse av flere kommuner og prioriterer at det sikres overførbarhet i utviklingen av tiltak. Dette vil bidra til mer regional samordning og at vi får med flest mulige kommuner i programarbeidet.

Et annet risikoelement er om vi klarer å oppnå mer tverrfaglig samhandling og samarbeid om folkehelse. I tildelingskriteriene våre har vi det derfor som en forutsetning at utvikling av tiltak/prosjektarbeid skal baseres på tverrsektorielt samarbeid og samhandling mellom både aktører i kommunen og med forsknings-/kompetansemiljøer. Det vil også redusere risikoen for lav kvalitet i prosjektene.

For å sikre måloppnåelse er det viktig med et godt og reelt samarbeid mellom partene i prosjektene. F.eks. er det viktig at det "forskes med" og ikke "forskes på". Samarbeidsorganet skal følge med på utviklingsarbeidet som gjøres i prosjektene og vil ha fokus på med-forskning i sin utvelgelse av tiltak og i dialogen med kommuner, kunnskaps- og forskningsmiljøer.

Noe av forskningsaktiviteten vil måtte finansieres av eksterne aktører. Det er også en risiko knyttet til om disse midlene blir innvilget. De forskningsmiljøene vi samarbeider med har god erfaring med å søke eksterne midler, og de samarbeidsstrukturene vi har bygget opp, og vil videreutvikle i programmet vil understøtte slike søknader.

Eventuell mislikehold av midler i prosjektene vil bli avdekket av fylkeskommunens kontrollrutiner.

Kontrolltiltak

Beskriv de interne og eksterne kontrolltiltak hos dere som skal sikre korrekt rapportering og at målene nås.
-Beskriv om de gjennomføres allerede eller er planlagte.
-Interne kontrollaktiviteter, internrevisjon, autorisert / ikke autorisert revisor, andre offentlige tilsyn, Riksrevisjonen, evaluering og systematisk kvalitetssikret dokumentasjon er eksempler på kontrolltiltak som kan øke sikkerheten for at målene nås.

Fylkeskommunene har god praksis og rutiner for tilskuddsforvaltning. Fylkeskommunene forvalter blant annet midler tildelt over statsbudsjettets kapittel 551, hvor det er nøye regulert hvilke kontrollrutiner som er påkrevd. I forvaltningen av tilskudd tildelt gjennom folkehelseprogrammet vil fylkeskommunene legge opp til lik kontrollpraksis som for øvrige tilskuddsordninger. Fylkeskommunene er også underlagt en egen revisjon som årlig reviderer regnskapet og fører revisjoner med utvalgte områder. Det er også et eget kontrollutvalg, som fører kontroll med virksomheten.

I tilskuddsforvaltningen vil følgende rutine gjelde:

1. Utlysning – midlene lyses ut og gjøres offentlig tilgjengelig på fylkeskommunenes nettsider med hvilke kriterier som gjelder
2. Skriftlig søknad – Alle som søker må utarbeide skriftlig søknad, som hovedregel gjennom en egen søknadsportal, i standard søknadsmal, som tilfredsstiller krav til skriftlig dokumentasjon. Det vurderes om KMDs digitale plattform regionalforvaltning.no kan benyttes.
3. Saksbehandling – Det lages skriftlig begrunnelse/vurdering med forslag til vedtak til alle søknader. Vurdering gjøres til oppgitte kriterier og vurdering av måloppnåelse. Alle søkere mottar skriftlig tilsagnsbrev med vedlagte utbetalingsvilkår og akseptbrev. Ved avslag benyttes standard avslagsbrev med informasjon om klagerettigheter (jmf. Forvaltningsloven)
4. Utbetalinger – alle utbetalinger gjøres gjennom fylkeskommunens økonomisystem og følger normale rutiner for kvalitetssikring. Dette gir en løpende og transparent kontroll på samtlige transaksjoner. Inntil 50% av tilskuddet kan utbetales etter medgåtte kostnader underveis i prosjektperioden.
5. Rapportering – Det kreves rapport med revidert regnskap for alle tiltak det gis tilskudd til. Rapporten vurderes opp mot søknad og det føres kontroll med hvilke kostnader tilskuddet dekker. Siste 50% av tilskudd utbetales først når rapport er godkjent.

Fylkeskommunene vil også sende inn en årlig rapport til Helsedirektoratet som viser hvordan midler i tilskuddsordningen er forvaltet, samt legge frem rapporten for politisk behandling i egen organisasjon.

BUDSJETT

Inntekter

- Skriv alle beløp i hele kroner.
- Skriv null dersom en kategori er uaktuell.

Søknadsbeløp

- Inkludert ubrukt tilskudd
- Hvor stort beløp søker dere om totalt for året, inkludert ubrukt tilskudd?
- Søk kun om tilskudd for ett år og én ordning om gangen.

Hele budsjettet legges ved som vedlegg 7

Ubrukt tilskudd

- Beløpet skal også inkluderes i søknadsbeløpet.
- Dersom Helsedirektoratet innvilger tilskudd, vil vi trekke fra beløpet ved utbetaling.
- Dersom regnskapet for fjorårets tilskudd ikke er avsluttet, må ubrukte midler beregnes.

Hele budsjettet legges ved som vedlegg 7

Utgifter

- Oppgi budsjett for søknadsbeløpet på følgende kategorier.
- Helsedirektoratet gir ikke tilskudd til alle typer utgifter under alle ordninger - se kunngjøringen.
- Dersom dere får tilskudd, må dere kunne rapportere på disse utgiftskategoriene i tillegg til å sende inn relevante regnskapsrapporter som følger deres inndeling av regnskapet.
- Skriv alle beløp i hele kroner. Skriv null dersom en kategori er uaktuell.

1. Lønnsutgifter med sosiale utgifter
2. Reiseutgifter, arrangement, møter, konferanser
3. Konsulenttjenester
4. Trykking, publikasjoner, kunngjøring, utsending og distribusjonskostnader
5. Investeringer/ inventar/ utstyr
Kontroller i kunngjøringen om det gis tilskudd til dette.
6. Driftsutgifter, forbruksmateriell og kontortjenester inkludert lokaler og energi
7. Andre utgifter

Hele budsjettet legges ved som vedlegg 7

Spesifiser

Kroner

Sum utgifter

Sum utgifter må være identisk med søknadsbeløpet

Info om andre inntektskilder

Når Helsedirektoratet skal behandle deres søknad om tilskudd, trenger vi informasjon om andre inntektskilder i prosjektet.

Hele budsjettet legges ved som vedlegg 7

Inntekter fra andre kilder

-Redegjør for inntektskilder dere har fått eller har søkt om.

-Oppgi hvor dere har søkt om finansiering, beskrivelse av finansieringen og beløp.

Hele budsjettet legges ved som vedlegg 7

Egenfinansiering

Redegjør for hvor stor egenfinansiering, stillingsressurs eller frivillig innsats dere har fått innvilget eller har søkt om til prosjektet fra egen virksomhet.

Hele budsjettet legges ved som vedlegg 7

VEDLEGG

- Søknaden kan utdypes i ett eller flere vedlegg dersom det er nødvendig.
- Aktuelle vedlegg er fullstendig organisasjonsoversikt og tilleggsinformasjon til søknad.

Vedlegg følger med dette skjemaet når det sendes inn

Vedlegg ettersendes

Beskrivelse av vedlegg

Vedlegg 1: Utfyllende bakgrunnsinformasjon

Vedlegg 2: Utdrag Ungdata og folkehelseundersøkelse med tabeller

Vedlegg 3: Samarbeidsstrukturer og forankring i kommuner og fylkeskommuner

Vedlegg 4.1-4.3: Prosjektoversikter

Vedlegg 5: Skisse over programpakke

Vedlegg 6: Fremdriftsplan 2017 tabellformat

Vedlegg 7: Budsjettoppsett

Vedlegg 8: Vedtak fra fylkestingene i Aust-Agder og Vest-Agder

Vedlegg 9: Beskrivelse av de regionale kompetansesentrene RVTS, RBUP og KoRus

Vedlegg 10: Innspills og dialogmøte med kommunene 23.03.17

Vedlegg 11: Kilde- og litteratur liste

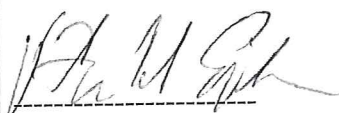
GODKJENNING

- Søknaden skal være godkjent av styreleder eller den som har prokura.
- For kommuner og fylkeskommuner skal søknaden være godkjent av rådmannen eller den rådmannen har delegert myndigheten til.
- Skjema skal signeres av den som har godkjent søknaden.
- Vi godtar elektronisk innsendt søknad med skannet signatur.

Den som godkjenner skal:

- Kjenne til vilkårene og kravene i kunngjøringen.
- Godkjenne at opplysningene i søknaden er korrekte og et godt grunnlag for å vurdere å tildele statstilskudd

Dato 27.04.2017



Arild Eielsen
Fylkesrådmann Aust-Agder
fylkeskommune



Kristin Tofte Andresen
Assisterende fylkesrådmann Vest-Agder
fylkeskommune

Søknaden sendes til:

postmottak@helsedir.no

eller

Helsedirektoratet
Postboks 7000
St. Olavs plass
0130 Oslo