



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum:
Institutt for tannpleie og folkehelse

Pia Kathrine Espnes Ohren

Masteroppgave

Sunne kommuner – hva er oppskriften?

Healthy municipalities – what is the recipe?

MFHV 2014 Master i folkehelsevitenskap

Mai, 2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Forord

To spennende år ved høgskolen i Hedmark er snart over. Arbeidet med masteroppgaven har vært krevende men uten tvil veldig lærerikt. Min interesse for kommunalt folkehelsearbeid og organiseringen av arbeidet har påvirket tema for studien. Jeg sitter igjen med ny og interessant kunnskap om kommunalt folkehelsearbeid.

Jeg vil rette en stor takk til de to kommunene som har deltatt i studien. Dere har vært til stor hjelp og bidratt til å muliggjøre denne studien. Dere har også gitt meg en innsikt i det kommunale folkehelsearbeidet jeg ikke ville fått like godt på annen måte. Takk for at dere stilte dere positive til å bruke tid på studien. Jeg håper sluttresultatet kan være interessant for deres videre satsning på kommunalt folkehelsearbeid.

Takk til veilederen min, Eivind Skille, som alltid har stilt opp med gode og konstruktive tilbakemeldinger. Det har vært lærerikt og gøy å samarbeide med deg!

Jeg vil også takke venner og spesielt familien min for deres forståelse, støtte og oppmuntrende ord underveis i prosessen. Mamma fortjener en ekstra stor takk for hjelpen!

Pia Kathrine Espnes Ohren

Elverum, Mai 2016.

Innhold

Forord	III
Tabelloversikt	VI
Norsk sammendrag	VII
Abstract	VIII
1.0 Innledning	1
1.2 Tidligere litteratur.....	3
2.0 Problemstilling	6
3.0 Teori	6
3.1 Tverrfaglig samarbeid	9
3.2 Det instrumentelle perspektivet	13
3.3 Det kulturelle perspektivet	15
4.0 Metode	17
4.1 Kvalitativ dokumentanalyse	19
4.2 Individuelt forskningsintervju	21
4.2.1 Intervjuprosessen.....	21
4.3 Intervjuguide	23
4.4 Kvalitativ innholdsanalyse	25
4.5 Kvalitetsvurdering av metodene.....	27
4.6 Etikk	28
5.0 Presentasjon av resultat	29
5.1 Den lille kommunen (DLK)	29
5.1.1 Strukturell organisering	31
5.1.2 Folkehelse i planer.....	32
5.1.3 Folkehelse som satsningsområde	34
5.1.4 Samarbeid.....	37
5.2 Den store kommunen (DSK).....	40
5.2.1 Strukturell organisering	42
5.2.2 Folkehelse i planer.....	43
5.2.3 Folkehelse som satsningsområde	46
5.2.4 Samarbeid.....	52
5.3 Oppsummering	56
6.0 Diskusjon	57
7.0 Avslutning	78
Referanser	81
Vedlegg 1: Informasjonsskriv til informanter	86

Vedlegg 2: Intervjuguide.....	88
Vedlegg 3: Oversiktskart over intervju i liten kommune	91
Vedlegg 4: Oversiktskart over dokumentanalyse i liten kommune.....	94
Vedlegg 5: Oversiktskart over intervju i stor kommune	95
Vedlegg 6: Oversiktskart over dokumentanalyse i stor kommune	98
Vedlegg 7: NSD-godkjenning	100
Vedlegg 8: Litteratursøket.....	103

Tabelloversikt

Tabell 1: Intervjuguide	24
Tabell 2: Kvalitativ innholdsanalyse	27

Norsk sammendrag

Bakgrunn: Verdens helseorganisasjon (WHO) jobber for å fremme helse og fremhever blant annet viktigheten av «helse i planprinsippet» som strategi for å kunne jobbe helsefremmende. «Helse i planprinsippet» vektlegger samarbeid på tvers av sektorer. Det norske folkehelsearbeidet er inspirert av WHO sin helsefremmende tankegang. Samhandlingsreformen fokuserer også på tverrfaglig samarbeid i kommunen, mens stortingsmeldingen «Resept for et sunnere Norge» anbefaler å ansette kommunal folkehelsekoordinator. Ved ikrafttredelse av folkehelseloven i 2012 fikk kommunene mer ansvar for folkehelsearbeidet enn tidligere. De har ansvar for et kunnskapsbasert, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. For å gjennomføre et strukturelt og tverrsektorielt folkehelsearbeid er kommunenes planer betydningsfulle. Av norske kommuner er det kun 24% som har gjennomført oversiktsarbeidet folkehelseloven krever, bare 40% nevner folkehelseutfordringer, mål og strategier i kommuneplanen, flertallet inkluderer ikke folkehelsekoordinator i planprosessen for å opprettholde folkehelseperspektivet og en god del av kommunene opplever tverrsektorielt samarbeid for folkehelsearbeidet som utfordrende. Det er derfor interessant å se om organiseringen kan være viktig for godt resultat på folkehelseprofilen. Ved å belyse suksessfulle kommuner vil det kunne skape eksempler til andre kommuner som en inspirasjon til forbedring på folkehelsefeltet og for å identifisere suksessfaktorer.

Formålet med denne studien er derfor å belyse organisasjonsmessige likheter hos kommuner som har positive resultater i folkehelseprofilen for 2015.

Metode: Forskningsprosjektet er en fenomenologisk og hermeneutisk studie, med et eksplorerende design. Det ble brukt to metoder for datainnsamling. Det er gjennomført individuelle kvalitative forskningsintervju med ni informanter fordelt på to kommuner. Informantene jobbet alle i stabsenheter, det var rådmenn, kommuneoverleger, folkehelsekoordinator, folkehelserådgiver, fagleder for miljø og folkehelse, prosjektleder for kommuneplan og kommuneplanlegger. Det ble også gjennomført dokumentanalyse av til sammen elleve kommunale planer/strategier fra de samme kommunene. Innsamlet datamateriale ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat og konklusjon: Flere aspekter er diskutert som mulige bidragsyttere til det positive resultatet i folkehelseprofilen men det var noen hovedpoeng som skilte seg ut. Begge kommunene har jobbet aktivt med folkehelse over en periode på ca. 20 år og har et langsiktig perspektiv. De har hatt engasjerte og kunnskapsrike personer som har jobbet aktivt for å spre folkehelseperspektivet i organisasjonen. Derav har begge kommunene oppnådd forankring av felles folkehelseperspektiv i organisasjonen, selv om kommunene har oppnådd ulike forankringsnivå. De har begge forankret folkehelse i planverket gjennom et systematisk folkehelsearbeid. De har lik plassering av folkehelsekoordinatorfunksjonene, i stabsenhet i utviklingsavdeling med overblikk over det sektorovergrepene arbeidet. Et av de mest belyste punktene de er like på er tverrfaglig samarbeid rundt folkehelsearbeidet. Her har kommunene noe forskjellig nivå og det må vurderes som en påvirkende faktor, men det kan synes som å ha tverrfaglige samarbeid rundt folkehelsearbeidet er en viktig suksessfaktor.

Abstract

Background: World Health Organization (WHO) works to promote health and highlights the importance of the «health in plan» principle as a strategy for health promoting work. «Health in plan» emphasizes interdisciplinary collaboration. The Norwegian public health efforts are inspired by WHO's health promoting perspective view. The coordination reform focuses on interdisciplinary collaboration, while the white paper «Prescription for a healthier Norway» recommends municipalities to employ a public health coordinator. When the public health act came into effect in 2012 the municipalities were given more responsibility for the public health work than previously. The municipalities got responsibility for a knowledge-based, systematic and long-term public health scheme. The municipalities' plans are significant for conducting a structural and inter-sectoral public health scheme. Of Norwegian municipalities only 24% have completed the overview work that the public health act requires. Only 40% mention public health - challenges, -goals and -strategies in the municipal plan, the majority does not include a public health coordinator in the planning processes in order to maintain the public health perspective and a good number of the municipalities experiences inter-sectoral collaboration for health promoting work as challenging. Against this backdrop it would be interesting to see whether organization might be important for good results in the public health profile. By illuminating successful municipalities, the study will be able to create examples for other municipalities as an inspiration to make improvements in the public health field and to identify success factors. The purpose of the study was to elucidate organizational similarities among municipalities that had positive outcomes in the public health profile for 2015.

Method: The research project was a phenomenological and hermeneutical study, with an exploratory design. It was used two methods of data collection. Individual qualitative interviews with nine informants divided between two municipalities was gone through with. Informants worked in the staff units, there were deputy majors, municipal medical officers, a public health coordinator, a public health advisor, a discipline leader for environment and public health, a project manager for the municipal plan and a municipal planner. It was also conducted document analysis of eleven municipal plans from the same municipalities. Collected data material was analysed using qualitative content analysis.

Results and conclusion: Several aspects are discussed as potential contributors to the positive results, but there are some main points that stand out. Both municipalities have worked actively with public health over a period of approximately 20 years and have a long term perspective. The municipalities have committed and knowledgeable people who have worked actively to anchor public health perspective in the organization. Hence both municipalities have achieved rooting of a common public health perspective in the organization, even though the municipalities have achieved various anchoring levels. Both municipalities have rooted public health in the plans through a systematic public health scheme. They have equal placement of public health coordinator functions in staff unit in development division, with an overview of the multi-sectoral work. Interdisciplinary collaboration around health promoting work was one of the most illuminated points where the municipalities were similar. The municipalities had a slightly different collaboration level and it must be considered as an influencing factor, but it is worthy of note that a key success factor for health promotion can be having interdisciplinary collaboration in the municipalities.

1.0 Innledning

Verdens helseorganisasjon (WHO) jobber for å fremme helse og fremhever viktigheten av «helse i planprinsippet» som strategi for å kunne jobbe helsefremmende. Prinsippet vektlegger koordinasjon av samarbeid på tvers av sektorer. Slike samarbeid kan foregå innad i kommunen, med privat sektor og frivillige organisasjoner. Samarbeidene skal forhindre dobbeltarbeid og uenigheter på tvers av sektorer, og øke samstyringen mot helsefremmende mål (Riksrevisjonen 2015; Ollila, 2011). Samhandlingsreformen fokuserer på tverrfaglig samarbeid i kommunen, og presenterer helhetlig tenkning og satsning rundt fagområder som folkehelse, forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud som ønskelig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Tverrfaglig samarbeid kan skape økt kunnskap og kompetanse hos ulike yrkesgrupper på områdene (Glavin & Erdal, 2013). Forebyggende arbeid kan omfatte samarbeid på flere nivå. Glavin & Erdal (2013) mener tverrfaglig samarbeid er mer integrert på individnivå enn på systemnivå. Bred forankring av folkehelsearbeidet i flere sektorer er vitalt for folkehelsen. Folkehelsen påvirkes i like stor grad av forhold i andre sektorer som av forhold i helsesektoren (Riksrevisjonen 2015; Ollila, 2011). Folkehelsearbeid defineres som «samfunnets samlede innsats rettet mot påvirkningsfaktorer som fremmer helse, utjevner sosiale helseforskjeller og forebygger sykdom, skade eller lidelse» (Riksrevisjonen, 2015, s. 7).

Det norske folkehelsearbeidet er inspirert av WHO's helsefremmede tankegang (Hagen, Helgesen, Torp & Fosse, 2015). Stortingsmelding nr.16 - «Resept for et sunnere Norge» (Helsedepartementet, 2003), anbefaler å ansette kommunale folkehelsekoordinatorer. Innsatsen som legges ned for å utjevne helseforskjeller gjennomføres etter påvirkning fra WHO's «Helse 2020 - et europeisk rammeverk for handling på tvers av myndigheter og samfunn for å fremme helse og trivsel». «Helse 2020» er et rammeverk som inspirerer strategisk tenkning i folkehelsearbeidet på statlig nivå. Det satses samtidig på at rammeverket

skal inspirere kommuner i utvikling av mål, strategier og tiltak i samsvar med folkehelseloven (Helsedirektoratet, 2014).

Folkehelseloven som trådte i kraft 01.01.2012 ga kommunene mer ansvar for folkehelsearbeidet enn tidligere ved kommunehelsetjenesteloven. De fikk ansvar for å gjennomføre kunnskapsbasert, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Samt å ha samfunnsmedisinsk kompetanse (Riksrevisjonen, 2015). Flere virkemidler kan benyttes for å oppnå slikt folkehelsearbeid, som ansettelse av folkehelsekoordinator, strategisk prioritering, å få folkehelse i planer og strategier, tverrsektorielt samarbeid, og samstyring (Helgesen & Hofstad, 2012). «Helse i planprinsippet» anbefaler at folkehelsekoordinatorer plasseres hierarkisk høyt i kommunen, for å kunne påvirke planer og kommunepolitikk optimalt (Hagen et al., 2015).

Norske kommuner har endret den administrative organisasjonen de siste årene. Kommunene har endret til flatere struktur fra den tidligere hierarkiske og sektoriserede strukturen. Det er færre mellomledere, og rapportering foregår til rådmannsnivå. Dette skal forenkle utfordringene ved tverrsektorielt samarbeid, da myndigheten til å opprette slike samarbeid blir forankret i enhetene, ikke bare på høyere nivå (Ouff et al., 2010).

I kommunene hvor det jobbes strukturelt og tverrsektorielt med folkehelse er kommunens planer betydningsfulle (Helgesen & Hofstad, 2012; Schou, Helgesen & Hofstad, 2014). Planene vil fungere som et tverrsektorielt samordningsverktøy, med felles mål og anbefalinger. Spesielt fire planer og strategier påvirker kommunenes folkehelsearbeid. Kommunens planstrategi, som legger føringer for hvilke planer kommunen skal jobbe med i valgperioden, og presenterer kommunens strategiske valg for utvikling. Den andre er kommuneplanens samfunnsdel som inneholder føringer for sektorene og kommunen som helhet, angående de langsiktige målene. Den beskriver hvordan mål vil påvirke kommunens arealer og hvilke prioriteringer målene har. Planstrategien og kommuneplanens samfunnsdel

gjenspeiler kommunens folkehelseperspektiv gjennom prioriterte målsettinger, tiltak og planer. Den tredje planen er kommunens økonomiplan, som belyser kommunens økonomiske prioriteringer. Den fjerde planen er kommuneplanens arealdel, der det fokuseres på hvordan kommunen bør benytte seg av tilgjengelige areal for å oppnå fastsatte mål i samfunnsdelen (Helgesen & Hofstad, 2012).

I et folkehelseperspektiv er det interessant om organiseringen av folkehelsearbeidet kan være en viktig faktor for om kommunene kommer godt ut på folkehelseprofilen. Folkehelseprofilen er en oversikt over nøkkeltall rundt faktorer som kan påvirke folkehelsen i kommunen, som levekår, skole, miljø og levevaner. Temaene som presenteres i folkehelseprofilen er utvalgt på grunnlag av folkehelseutfordringer og muligheten til å forebygge, og tilgjengelig statistikk (Folkehelseinstituttet, 2016a). En slik studie kan skape positive eksempler slik at kommuner som ikke er fornøyde med eget folkehelsearbeid kan inspireres av kommuner med positive erfaringer fra folkehelsearbeid. Tidligere forskning har påpekt nettopp dette, forskning bør belyse suksessfulle kommuner for inspirasjon til forbedring på folkehelsefeltet, og identifisering av suksessfaktorer (Tallarek nève Grimm, Helgesen & Fosse, 2013). Hvordan kommuner organiserer folkehelsearbeidet vil fortelle hvilken prioritet folkehelse har i kommunen og kommunens syn på folkehelse (Helgesen & Hofstad, 2012). Denne oppgaven vil derfor belyse suksessfulle kommuners organisering.

1.2 Tidligere litteratur

Tidligere forskning har avdekket at en del norske kommuner ikke har utarbeidet systematisk folkehelsearbeid (Helgesen & Hofstad, 2012). Oversiktsarbeidet over påvirkningsfaktorer og helsetilstand, samt forankring av folkehelse i planer og aktiviteter på tvers av sektorer er de største barrierene kommunene har for å gjennomføre systematisk folkehelsearbeid. Folkehelseutfordringer er i 71% av kommunene inkludert i planstrategien. Kun 40 % nevner folkehelseutfordringer, mål og strategier i kommuneplanen (Riksrevisjonen,

2015). Forskning har vist at flertallet av norske kommuner ikke involverer folkehelsekoordinatorer eller kommuneleger i planprosessene (Schou et al., 2014).

Synet på folkehelsearbeid har endret seg fra forebygging av grupperes uhelse, til et helhetlig perspektiv som nå må inn i kommunenes planer (Riksrevisjonen, 2015; Schou et al., 2014). Fylkeskommuner sier kvaliteten på kommunenes planer, og i hvilken grad folkehelseperspektivet presenteres varierer (Riksrevisjonen, 2015; Schou et al., 2014). I en studie fra 2014 hadde 82% av kommunene hovedfokuset i folkehelsearbeidet på helserelatert atferd (Schou et al., 2014). For å utvikle godt og bærekraftig folkehelsearbeid må feltet løftes faglig i kommunene samtidig som feltet må løftes til et høyere forvaltningsnivå (Riksrevisjonen, 2015; Schou et al., 2014). En norsk studie har vist at implementering av «helse i plan» er assosiert med bruken av folkehelsekoordinatorer, implementeringen er ikke like assosiert med de strukturelle faktorene og organiseringen i kommunen (Hagen et al., 2015). Det kan tyde på at folkehelsekoordinator har større påvirkning på bruken av «helse i plan» enn strukturelle rammer og organisering.

De fleste kommuner dekker folkehelseovens krav om samfunnsmedisinsk kompetanse ved å ha kommuneoverlege med slik kompetanse. 81% av kommunene har folkehelsekoordinator, ofte i en stillingsprosent på 60 eller mindre. Stillingen som koordinerer det tverrsektorielle folkehelsearbeidet er ulikt plassert (Riksrevisjonen, 2015). En studie har funnet at folkehelsekoordinator plassert på administrativt nivå kan være positivt for å gjøre kommunen kapabel til etablering av helsefremmede samarbeid på tvers av sektorer (Hagen et al., 2015). I 2014 var det bare 28% av kommunen i Riksrevisjonens (2015) undersøkelse som hadde koordinatorstillingen plassert på rådmannsnivå, 38% hadde stillingen plassert i helsesektoren. En studie fra 2013 fant at ca.50% av folkehelsekoordinatorer var plassert i helsesektoren, og hadde arbeidsoppgaver innen sektoren, dette kan påvirke koordineringen av tverrsektorielt samarbeid negativt (Tallarek nève Grimm et al., 2013). Forskning har vist at

gjennomføring av oversiktsarbeid, og etablering av partnerskap med regionale, private og frivillige aktører er signifikant assosiert med ansettelse og bruken av folkehelsekoordinatorer (Hagen et al., 2015). Det er ikke funnet forskning som sammenligner kommunens organisering med utfall på folkehelseprofilen.

En stor del av kommunene sier de opplever tverrsektorielt samarbeid rundt folkehelsearbeid som utfordrende. Manglende forankring på tverrsektorielt nivå utfordrer kommunens systematiske og langsiktige folkehelsearbeid. Kommunene nevner manglende folkehelsekompetanse utenfor helsesektoren som en barriere (Riksrevisjonen, 2015).

Kommuner trekker frem følgende suksessfaktorer for godt folkehelsearbeid: tverrsektorielt samarbeid uavhengig av hierarkiske nivåer i kommunen, rett kompetanse på rett plass og en felles oppfatning av folkehelsefeltet. 59% av kommunene har opprettet tverrsektorielle folkehelsesamarbeid, men deltakende aktører varierer. Kommunene som har utviklet tverrsektorielle samarbeid har i større grad gjennomført oversiktsarbeidet enn kommunene som ikke har slike samarbeid. Kun 24% av kommunene har gjennomført oversiktsarbeidet (Riksrevisjonen, 2015).

Det fremheves i studiet av folkehelsekoordinatorer i Norge at senere studier bør utforske hvordan helsefremmende arbeid i kommuner organiseres, og hvordan denne organiseringen påvirker effekten av helsefremmende arbeid utført av folkehelsekoordinatorer og tverrsektorielle samarbeid i kommunene (Hagen et al., 2015). En annen studie belyser manglende forskning rundt identifisering av suksessfaktorer og utfordringer på kommunalt nivå med hensyn til hvilken rolle folkehelsekoordinatorer og de nasjonale tilskuddene har (Tallarek nève Grimm et al., 2013). Det er et behov på verdensbasis for forskning som ser hvordan koordinering av «helse i plan» fungerer på tvers av sektorer (Hagen et al., 2015). Dette leder over til prosjektets problemstilling.

2.0 Problemstilling

På bakgrunn av at tidligere forskning påpeker manglende forskning på suksessfaktorer for kommunalt folkehelsearbeid, hvordan organiseringen av helsefremmende arbeid i kommunen gjennomføres, hvordan kommunene koordinerer «helse i plan» i sektorene og hvordan folkehelsekoordinatorer og tverrsektorielle samarbeid påvirker dette folkehelsearbeidet (Tallarek nève Grimm et al., 2013; Hagen et al., 2015), er det utviklet en problemstilling som vil favne deler av gapet.

«Hvilke organisasjonsmessige kjennetegn kan identifiseres ved kommuner som har oppnådd positive indikatorer i folkehelseprofilen?»

Med organisasjonsmessige kjennetegn menes her hvordan kommunen har organisert folkehelsefeltet. Kjennetegn kan omfatte hierarkisk ansvars plassering, inkludering i plan, samarbeidstyper og aktører, samt hvor fokuset ligger i folkehelsearbeidet, og lignende.

Kommunene i forskningsprosjektet er valgt ved hjelp av folkehelseprofilen som er tilgjengelige hos folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2016b). Kommunene inkluderes ved at de har ti eller flere positive indikatorer, og så få negative som mulig.

3.0 Teori

En forutsetning for å forstå offentlig politikk og beslutninger er forståelse for offentlige organisasjoners virkemåte og organisering. Dette prosjektet vil derfor belyses med organisasjonsteoretisk tilnærming. Tilnærmingen brukes for å se hvordan de organisatoriske rammene i organisasjonen påvirker beslutningsprosesser og utfall (Christensen, Lægreid, Roness & Røvik, 2004).

Offentlige organisasjoner kjennetegnes ved at de er parlamentariske, ikke forvaltes på et økonomisk frimarked og er multifunksjonelle i den betydning at de må ivareta delvis motstridende interesser samtidig, deres ressurser og atferdsmønster er relativt stabile

(Christensen et al., 2004). Hvordan offentlige organisasjoner organiseres og fungerer, og hvilke formål de jobber for er et politisk spørsmål (Lauvås & Lauvås, 2004). Det skjer en utvelgelse av aktører, utfordringer og forklaringer, og derav ekskludering av andre aktører, verdier og interesser (Christensen et al., 2004). Dette forskningsprosjektet er interessert i slike inkluderinger og ekskluderinger i folkehelsearbeidet. Aktørene i offentlige organisasjoner påvirkes av den formelle organisasjonen de representerer, og pålegges organisasjonens begrensninger og muligheter. Politikk er arbeid som løfter utfordrende felt opp på dagsordenen, for å belyse felles offentlig ansvar og for å utvikle kontinuerlige og problemløsende tiltak (Christensen et al., 2004). Forskningsprosjektet er interessert i å se om og hvordan folkehelse blir løftet opp på kommunenes dagsorden. Organisasjoner kan ha offisielle og uoffisielle mål. Offisielle mål forankret i planverket vil sjelden være konkrete nok til å jobbe spesifikt med, derfor vil det ofte utvikles egne mål for enkeltaktører eller enheter. Disse er sjelden nedskrevet, men kommer frem gjennom aktørenes prioriteringer. Ledere er ofte de beste representantene for offisielle mål, mens ansatte kan være mer drevet av tradisjon. Nye medarbeidere blir ofte sosialisert inn i tradisjonen, og organisasjonens midler vil styre målene, ikke omvendt. Om aktører lavt i hierarkiet føler seg betydningsfulle vil de ha en sterkere kobling til organisasjonens mål og midler (Lauvås & Lauvås, 2004).

I offentlig politikk er strukturer og prosesser viktige. Prosesser er aktiviteter og atferd som utspiller seg over tid, strukturer er rammene prosessene foregår i.

Organisasjonsstrukturen legger føringer og regler for hvem som bør og skal gjøre hvilke arbeidsoppgaver, og hvordan de skal gjøres. Dette fremkommer av lover, regler, organisasjonskart og stillingsinstrukser. Organisasjonsstrukturen sier noe om fokusene organisasjonen har, hvilke oppfatninger som blir vektlagt og hvilke løsningsforslag som prioriteres. Organisasjonsstrukturen sikrer likevel ikke at føringene blir fulgt (Christensen et al., 2004). Forskningsprosjektet vil vurdere om organisasjonsstrukturen har påvirkning på

folkehelsearbeidet, hvilket fokus folkehelsearbeidet har og om det er likheter mellom kommunene.

En utfordring for offentlige organisasjoner og dagens forvaltningspolitikk er organisasjonsmønsteret. Forvaltningspolitikken opererer etter et organisasjonsbegrep der organisasjoner enkelt kan skilles fra hverandre ved mål og resultater, mens det faktiske organisasjonsmønsteret beveger seg mot nettverksstrukturer på tvers av flere organisasjoner, der det er vanskeligere å skille mål og resultater (Christensen et al., 2004). Begrepet internorganisatorisk koordinering inkluderer blant annet samarbeid, samhandling og nettverksbygging. I den offentlige sektor er internorganisatorisk koordinering og spesielt nettverksbygging nødvendig for kapabilitetsutvikling, altså utvikling av mer kompetanse og større kapasitet.

Nettverksperspektivet innebærer at organisasjonen fokuserer mer på kontakten og samspillet mellom flere organisasjoner enn på interne forhold eller samspill med enkelt-kontakter. Et nettverk består av flere enheter, individer eller organisasjoner, som påvirker og tilpasser seg hverandre. Et nettverk egner seg der arbeidsområdene i liten grad er spesifisert og problemstillingen krever bred kompetanse. Nettverk krever at samarbeidsforholdene er avklart mellom aktørene, og kjennetegnes av høy kompleksitet og stor informasjonsflyt, og skaper gode muligheter for læring (Knudsen, 2004). Slike nettverksstrukturer vil bli tatt i betraktning når prosjektet vurderer om organisasjonsstrukturen påvirker folkehelsearbeidet. En del av organisasjonens omgivelser vil være andre organisasjoner, private eller offentlige, som organisasjonen har et forhold til. Organisasjoner i nettverk vil være avhengige av hverandre for å nå målene sine. Samarbeid organisasjonen er en del av og i hvilken grad de deltar utgjør organisasjonens spesialisering og samordning. Det fremhever hvordan organisasjonsstrukturen former organisasjonen (Christensen et al., 2004). Videre i kapitlet

vil teori om tverrfaglig samarbeid samt det instrumentelle og det kulturelle perspektivet som skal benyttes for å belyse problemstillingen presenteres.

3.1 Tverrfaglig samarbeid

Dagens sektordelte samfunn der spesialisering av kunnskap er utbredt, og arbeidsfordelingen gjør det vanskelig å se sammenhenger og helheter er tverrfaglighet uunngåelig (Lauvås & Lauvås, 2004). Offentlig sektor opplever stadig krav om organisasjonsmessig rasjonalisering som krever nedskjæringer, samtidig er det økende behov for kapabilitetsutvikling (Knudsen, 2004). Tverrfaglig samarbeid er god ressursutnyttelse, uten tverrfaglig samarbeid vil overordnede mål kunne bli uoverkommelige (Lauvås & Lauvås, 2004; Knudsen, 2004). God koordinering av slike samarbeid vil øke kvaliteten på totalresultatet (Knudsen, 2004). Det vil være interessant for forskningsprosjektet om kommunene har tverrfaglige samarbeid rundt folkehelsearbeidet og eventuelt hvordan de koordinerer samarbeidene.

Samarbeid, samhandling og samordning brukes i mange tilfeller om hverandre. Knoff (1985, s.130) definerer samordning som: «en systematisering eller organisering av det hver enkelt utøver gjør overfor en og samme problemstilling/klient slik at alle tiltak er vel tilpasset hverandre og ikke motvirker hverandre». Dette kan også være definisjonen på velutviklet samarbeid (Glavin & Erdal, 2013). Samordningens mål er å oppnå synergieffekter, altså umiddelbare effekter, der tiltakene påvirker hverandre gjensidig slik at tiltakenes samlede sum påvirker mer enn enkelttiltak alene. Samarbeid skaper tettere forhold mellom aktørene enn samordning (Lauvås & Lauvås, 2004). Jacobsen (2004) mener samarbeid bygger på at aktørene erkjenner at de er gjensidig avhengig av hverandre og ser profitten ved samarbeid. Samordning kan være utfordrende i folkehelsearbeid siden ingen sektorer har et klart eierskap til feltet foruten stillingene med overordnet koordineringsansvar. Om kommunen har

samarbeid eller samordning rundt folkehelsearbeidet er dette interessant for forskningsprosjektet.

Tverrfaglig samarbeid er når ulike yrkesgrupper og profesjoner samarbeider på tvers av faggrensene. Slike samarbeid kan finne sted mellom både etater og sektorer (Glavin & Erdal, 2013; Lauvås & Lauvås, 2004; Willumsen, 2009). Flere aktørers fagarbeid skaper helhetlig og fullstendig organisering av arbeidet mot felles mål (Lauvås & Lauvås, 2004; Willumsen, 2009). Tverrfaglige samarbeid har to mål. Først å skape synergieffekter ved kvalitetsøkning i arbeidet gjennom god ressursutnyttelse. Det andre utvikler felles kompetanse og faglig utvikling hos faggruppene ved at erfaringsgrunnlaget utvides og læringsgevinster oppnås (Lauvås & Lauvås, 2004; Knudsen, 2004). Det kan være interessant for studiet om eventuelle tverrfaglige samarbeid utvikler læringsgevinster rundt folkehelse. Tverrfaglige samarbeid kan være hensiktsmessig av forskjellige grunner: utvikling og nye samfunnskrav, for helhetlig vurdering, faglig støtte og økt kompetanse, skape bedre tilbud og mer effektiv ressursutnyttelsen. Tverrfaglig samarbeid kan skape engasjement rundt felles problemstilling og aktører vil få helhetlig oversikt over problemstillingen (Glavin & Erdal, 2013).

Dersom yrkesgruppene jobber parallelt mot et mål, uten felles perspektiv på utfordringen, kalles det flerfaglighet. Flerfaglighet er et vilkår for tverrfaglighet (Glavin & Erdal, 2013). Larsen (1994) mener samarbeidende faggrupper vil utvikle felles forståelse og fagkunnskap, og kaller dette fellesfaglighet. Han mener dette kan skape utfordringer da aktører kan underbytte sin spesifikke fagkompetanse i fellesfagligheten. Dersom kravet om enighet blir for sterkt kan tverrfagligheten stagnere. Det kan også sees på som positivt da faggruppene bidrar med faglighet, lærer av hverandres fagkunnskaper og utvikler nye holdninger og felles kompetanse (Glavin & Erdal, 2013; Lauvås & Lauvås, 2004; Willumsen, 2009).

I samarbeid må målsettingene og prioriterte arbeidsoppgaver være avklart. Et felles mål gjør samarbeidet enklere, og godt samarbeid preges av at aktører brukes etter kompetanse for å nå felles mål (Glavin & Erdal, 2013). Om kommunene har folkehelse som et felles mål vil være interessant for denne studien. Aktørene må være i stand til kritisk vurdering av arbeidet sitt for deretter å tilpasse arbeidet etter problemstillingen. Det er ikke fordelaktig om enkeltaktører i samarbeidet føler spesielt eierskap til problemstillingen (Glavin & Erdal, 2013). Et godt samarbeid er avhengig av at enkeltaktørene ser viktigheten av tverrfaglig samarbeid. Er det ikke behov, evne eller vilje til samarbeid hjelper det ikke med god koordinering og tilrettelegging (Glavin & Erdal, 2013; Knudsen, 2004). Forskningsprosjektet er interessert i om det er vilje og evne til å samarbeide i kommunene.

Koordinering innebærer at man vurderer og tilpasser oppgaver i forhold til en optimal helhet. Dette betyr at deler prioriteres ulikt i perioder. Ved fordeling av arbeidsoppgaver mellom enheter er det en tendens at det heller blir prioritert å koordinere internt i enhetene enn mellom enhetene (Jacobsen, 2004). Ved utvikling av samarbeid lønner det seg å påvirke frivillig og pålagt koordinering mellom aktører. For å minske utfordringer ved koordinering kan man jobbe for en felles kultur, noe som gjøres over tid. Man kan også redusere fysisk avstand mellom aktører, noe som kan skape bedre informasjonsflyt. Bedre informasjonsflyt og bruk av informasjon mellom aktører vil minske barrierer for koordinering. Strategier for å samordne pålagt koordinering kan være å lage felles planer for aktørene, ha en strukturell forbindelse på tvers av aktørene som et bindeledd med informasjon. Det kan lønne seg å utvikle grupper som har faste møter og beslutningsmakt angående tverrfaglige områder. I gruppene er det gjerne en integrasjonsleder med beslutningsansvar, som har ansvar for å koordinere enhetene. Slike grupper etableres for å håndtere saker som er av generell interesse for organisasjonen og eller saker som er stabile over en lengre periode (Jacobsen, 2004).

Dersom kommunene har tatt hensyn til disse tiltakene kan det være interessant for problemstillingen i forskningsprosjektet.

Samarbeid uten engasjement fra ledelsen kalles uformelle. utfordringene ved uformelle samarbeid er manglende ledelse og koordinering, og at kvaliteten på samarbeidet avhenger av enkeltpersoners engasjement. Formelle samarbeid opprettes med engasjement fra ledelsen, koordinering av samarbeidet er tilstede og det skapes et formelt forhold alle må forholde seg til. Er samarbeidet forankret i ledelsen og i kommuneplaner, aktørene har gode rutiner, ser viktigheten og behovet av samarbeidet har de gode forutsetninger for å utvikle samarbeidet positivt (Glavin & Erdal, 2013; Knudsen, 2004). Forutsetningene for kommunens samarbeid er interessant for problemstillingen.

Suksesskriterier for tverrfaglig samarbeid, uavhengig av nivå det samarbeides på, presenteres som: forankring i planer, en involvert ledelse, ansvars plassering, koordinator med overordnet ansvar, strategier som bygger på felles mål, at aktører kan være selvkritiske til bidraget sitt og ser fordeler med samarbeidet, behov for samarbeid for måloppnåelse, at aktørene opplever samarbeidet som trygt og respektfullt for hverandres fagkunnskaper noe som vil skape tillit, at fagkunnskaper brukes aktivt, at utvikling fremmes, at aktørene kjenner til hverandres ulikheter og ressurser da det er ulikhetene som driver det tverrfaglige samarbeidet og at aktørene ser felles verdigrunnlag og kompetanse som nødvendig i tillegg til egen fagkompetanse (Glavin & Erdal, 2013; Lauvås & Lauvås, 2004). Ledelse av slike samarbeid bør skje etter kyndighet, ikke etter formell og strukturell myndighet (Lauvås & Lauvås, 2004).

Dette prosjektet vil som nevnt belyses med en organisasjonsteoretisk tilnærming der organisasjonsteorien deles i to hovedtilnærminger. Tilnærmingene er strukturell instrumentell og institusjonell tilnærming. Når man skal analysere offentlige organisasjoner kan man stå ovenfor rivaliserende påvirkningskilder, lojaliteter og logikker. Siden disse ofte forankres i

organisasjonens ledelse, tradisjon, kultur, og ytre handlingsmiljø vil det være positivt å analysere de offentlige organisasjonene med flere perspektiver (Christensen et al., 2004).

Dette prosjektet benytter instrumentelt perspektiv og kulturelt perspektiv, underlagt institusjonell tilnærming for å forstå offentlige organisasjoner og deres oppnåelser i folkehelsearbeidet.

Instrumentelt perspektiv vektlegger evnen til kontroll - både sosialt og politisk, evnen til rasjonelle beregninger og klar organisasjonstenkning. Kulturelt perspektiv nedprioriterer denne mål-middel-rasjonaliteten, samtidig som etablerte kulturer og tradisjoners påvirkning fremheves. Ved å bruke disse perspektivene vil fokuset være hvordan organisasjonene balanserer samspillet med formelle og strukturelle forbindelser, styring fra ledelse og intern kultur, og tradisjon (Christensen et al., 2004). Det er relevant for forskningsprosjektet å benytte seg av begge perspektivene for å få forståelse av organisasjonens trekk.

3.2 Det instrumentelle perspektivet

Med et instrumentelt perspektiv ser man organisasjoner som instrumenter som skal utføre arbeidsoppgaver betydningsfulle for samfunnet slik at målsettinger utarbeidet på politisk nivå oppnås. Målsettinger oppnås ved at offentlige organisasjoner jobber formålsrasjonelt der valg blir tatt etter vurderinger av tilgjengelige alternativ og konsekvensutredning (Christensen et al., 2004). Med et instrumentelt perspektiv vil forskningsprosjektet se om og hvordan kommunene inkluderer folkehelsearbeidet i planer og planleggingsprosesser. Det formålsrasjonelle kan presenteres gjennom at organisasjonsstrukturen er utarbeidet av en mål-middel-vurdering, som vil legge føringer på organisasjonsmedlemmenes handlinger. Det instrumentelle perspektivet forklarer styring av organisasjoner gjennom formålsrasjonelle valg innen føringene definert av organisasjonsstrukturen, og gjennom utviklingen av organisasjonsstrukturen (Christensen et al., 2004; Lauvås & Lauvås, 2004). Det instrumentelle er et målbevisst perspektiv og

vektlegger de omgivelsene som påvirker organisasjonen mest på mot målsettingen (Hatch, 2001). Disse kalles tekniske omgivelser, kan være generelle omgivelser, interne nettverk og eventuelt internasjonale forhold. Det nære handlingsmiljøet er også viktig for organisasjonen. Handlingsmiljøet representeres av personer i det internorganisatoriske nettverket organisasjonen ofte er avhengig av for å få nødvendige ressurser, og for utnyttelse av resultatene (Christensen et al., 2004). Prosjektet vil se om og eventuelt hvordan kommunene benytter seg av de tekniske omgivelsene, det nære handlingsmiljøet og formålsrasjonell styring for å nå målsettingene sine. Forskningsprosjektet vil også ta hensyn til dimensjoner ved kommunenes sosiale struktur. Strukturell kompleksitet omhandler den horisontale differensieringen, hvor mange enheter kommunen har og den vertikale differensieringen, hvor mange nivå kommunen har. Ved høyt nivå av differensiering vil behovet for kommunikasjon være større. Sentralisering påvirker også kommunenes sosiale struktur, forskningsprosjektet vil derfor se på hvilke nivå beslutninger blir tatt (Hatch, 2001).

Det instrumentelle perspektivet forklarer organisasjonens politikk og beslutninger med fokus på organisasjonsmedlemmenes mål-middel-forståelse, på hvilke resonnement og valg de gjør, og hvordan utfallet av valgene påvirker organisasjonens måloppnåelse. Perspektivet fremhever at organisering med ulike stillingsnivåer kan være disiplinerende. Individene vil begrenses og styres av organisasjonens rutiner, arbeidsdeling, nivå og hierarkiet som avspeiler autoritetsfordelingen (Christensen et al., 2004; Hatch, 2001). Det vil være av interesse for prosjektet å utforske om kommunen har forskjellige stillingsnivåer i folkehelsearbeidet og om ansatte mener de jobber formålsrettet slik perspektivet mener ved en slik hierarkisk oppbygging. Perspektivet beskriver maktfordelingen som posisjonsmakt, autoriteten ligger til stillinger og posisjoner ikke mennesker (Hatch, 2001). Med autoriteten skal ledelsen mestre kontroll på sosialt og politisk nivå, samt å kunne gjøre rasjonelle kalkulasjoner (Christensen et al., 2004). Styring vil i stor grad være å påvirke forhold som har betydning for om

organisasjonen når målene. Ledelsen bør være kapabel til å utnytte mulighetene organisasjonsstrukturen gir dem gjennom tilgang på forskjellige nettverk. Det kan være en utfordring for ledelsen å kombinere politisk og sosial kontroll, og rasjonelle kalkulasjoner (Christensen et al., 2004; Alvesson, 2002). Om fokuset er størst på rasjonelle kalkulasjoner og ikke politisk kontroll kan gjennomføringen bli utfordrende. Er fokuset motsatt kan lite hensiktsmessige endringer gjennomføres. Lite fokus på begge faktorene kan skape kaos, der aktører er uenige og produserer få løsninger (Christensen et al., 2004). Forskningsprosjektet benytter det instrumentelle perspektivet for å avdekke hvordan kommunene opplever deres styring, og om de opplever å mestre kombinasjonen av begge faktorene

3.3 Det kulturelle perspektivet

Organisasjoners kultur kommer til uttrykk gjennom normer og verdier som preger medlemmene og deres handlinger (Glavin & Erdal, 2013; Alvesson, 2013; Hatch, 2001). Forskjellig fra det instrumentelle perspektivet utvikles målene i det kulturelle perspektivet underveis i prosessene. Samtidig utvikles verdiene og normene, organisasjonen formes gradvis etter ytre og indre press. En formell-instrumentell organisasjon kan ha institusjonelle trekk eller være en institusjonalisert organisasjon, det vil si at organisasjonen har utviklet en organisasjonskultur, den har utviklet uformelle normer og verdier i tillegg til de formelle. Dette kan påvirke organisasjonen negativt ved at den blir mer kompleks, samtidig kan det virke positivt ved å skape sosialt fellesskap. Perspektivet fremhever at en organisasjon med institusjonelle trekk vil bli mer verdsatt av samfunnet (Christensen et al., 2004). Med kulturelt perspektiv vil forskningsprosjektet kanskje kunne avdekke om det er kulturelle faktorer som gjør folkehelsearbeidet så bra at kommunen oppnår positive indikatorer på folkehelseprofilen.

Det kulturelle perspektivet følger handlingslogikken «logikken om det passende». Handlingslogikken fokuserer på det som danner fellesskap i organisasjonen, og forener og integrerer medlemmene. I slike organisasjonskulturer utvikles vilkår der gjensidig tillit og

felles verdier innad i organisasjonen verdsettes høyt (Christensen et al., 2004). Individuer inkluderes på grunnlag av samsvarende verdier eller sosialiseres inn i kulturens verdier. Perspektivet fremhever at fokus på fellesskap kan være nødvendig for at en organisasjon skal nå fastsatte mål, de jobber bedre som en enhet med felles verdier og normer (Bang, 2011; Hatch, 2001).

Scheins (1987) modell for organisasjonskultur beskriver at organisasjonskulturen eksisterer på tre nivåer. Det dypeste og minst beviste nivået er overbevisninger og grunnleggende antakelser medlemmer har, de legger føringene for de neste nivåene som er normer og verdier, og artefakter. Verdier beskriver hva organisasjonen anser som moralsk og viktig. Normer beskriver hva som forventes av medlemmene i organisasjonskulturen. Dette er et mer bevist nivå. Det synlige nivået som presenterer organisasjonskulturen er artefakter som kan være både fysiske, verbale og atferdsmessige. Schein (1987) påpeker at nye verdier må vise seg verdifulle og fordelaktige før de kan implementeres i medlemmenes grunnleggende antakelser og blir en del av organisasjonskulturen. Modellen bygger på at artefaktene påvirkes av de underliggende nivåene, men belyser at påvirkningen kan gå begge veier. Dersom kommunene har en sterk organisasjonskultur kan dette påvirke deres felles innsats mot målene de har satt seg rundt folkehelse, dette vil i så fall være av stor interesse for prosjektet (Christensen et al., 2004).

Kulturelle ledere kan være vanlige medlemmer i organisasjonen som praktiserer et uformelt lederskap. Det trenger ikke nødvendigvis være de samme personene til enhver tid (Christensen et al., 2004; Lauvås & Lauvås, 2004; Glavin & Erdal, 2013). Ledelse og kultur presenteres som likestilte. Schein (1987, s. 7) definerer kultur som:

Et mønster av grunnleggende antakelser – skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problem med ekstern tilpassing og intern integrasjon – som har fungert

tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene.

Et kulturelt lederskap vil ved kritiske punkt for organisasjonen bidra til endring, opprettholdelse eller utvikling av organisasjonens identitet. Kulturelt lederskap kan være enklere å utføre om man er plassert høyere hierarkisk, men kulturelle ledere er ikke avhengig av formelt lederskap. Kulturelle ledere kan få respekt av andre organisasjonsmedlemmer på grunn av personlige egenskaper eller fagkunnskap (Christensen et al., 2004; Alvesson, 2002). Dersom kommunene har kulturelle ledere vil dette kunne påvirke organiseringen, og gjennomføringen av kommunens folkehelsearbeid. Derfor vil forskningsprosjektet ha interesse i å se om dette kan være et organisasjonsmessig kjennetegn kommunene har til felles (Christensen et al., 2004).

4.0 Metode

Dette prosjektet har et konstruktivistisk verdenssyn. Verdenssynet mener individer søker etter forklaringer i sin egen livsverden og kan sammenlignes med det kulturelle perspektivet oppgaven skal benytte for å forstå kommunenes organisatoriske trekk. Verdenssynet fremhever også fenomener ved det instrumentelle perspektivet som belyser problemstillingen. Forklaringene og erfaringene individer gjør seg vil være unike, med et konstruktivistisk verdenssyn vil forsker synliggjøre disse, og presentere kompliserte forklaringer og erfaringer som en helhet. Med et konstruktivistisk verdenssyn er forsker bevist sin egen påvirkning på forskningen (Creswell, 2014).

Dette prosjektet har kvalitativ tilnærming med et eksplorerende design, og fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv. Fenomenologien bygger på at verden er slik personen opplever den. Fokuset i forskningen rettes mot fenomenet organisering av folkehelsearbeid. Fenomenologien vil se på det som oppleves som innlysende i en kultur. Perspektivet vil være hensiktsmessig i arbeidet med å belyse de organisatoriske kjennetegnene

i kommunen. Hermeneutikken fremhever at tolkning av fenomener skjer på flere nivåer og avkrefter at det finnes én sannhet. Meninger om et fenomen må tolkes i lys av omgivelsene fenomenet utgjør en del av, hermeneutikken ser på meningsinnhold dypere enn det som først fremtrer (Thaagard, 2009). Perspektivet vil bidra positivt til forskningsprosjektet både under datainnsamlingen og i analysen av dataene. Hermeneutikken vil bidra til at forsker ser folkehelsearbeidet og organiseringen som en del av kommunens helhet.

I kvalitativ forskning er utvikling av forståelse for fenomener knyttet til personer og deres sosiale virkelighet et av hovedmålene (Dalen, 2004). Kvalitativt perspektiv ser på verden som subjektiv, sammensatt, kompleks, konstruert og kontekstavhengig (Lundman & Graneheim, 2008). Eksplorerende design vil være godt egnet for en problemstilling som vil få frem ulikheter og som er åpen for kontekstuelle forhold. Dette vil man oppnå ved å intensivt fokusere på færre informanter (Jacobsen, 2005). Etersom forskningsprosjektets problemstilling ser om organisering og kontekstuelle forhold kan være likhetstrekk ved to gode folkehelsekommuner, og vil utforske hvordan ansatte i kommunene beskriver organiseringen passer designet for forskningen. Det er derfor gjennomført 4-5 individuelle forskningsintervju i to kommuner, for innhenting av informasjon fra informanter som jobber aktivt med folkehelsearbeidet i kommunen. Studien får dermed et innblikk i hvilke organisatoriske trekk folkehelseaktører beskriver som betydningsfulle. Samtidig er det gjennomført kvalitativ dokumentanalyse av kommunenes planstrategi, kommuneplanenes samfunnsdel og økonomiplan, og tilleggsdokument for å få innsikt i om folkehelse inkluderes i planverket.

Fordeler ved kvalitativ forskning er åpenhet rundt datainnsamlingen, forsker kan i liten grad styre hvilken informasjon de får, det bestemmes av informantene. Denne åpenheten og nærheten mellom forsker og informant vil kunne gi nyanserte data. Kvalitative studier er fleksible, og forskningsprosessen er interaktiv, det vil si at det er mulig å endre underveis

dersom utfordringer eller bedre alternativ til datainnsamling eller problemstilling inntreffer (Creswell, 2014; Bryman, 2012). Under intervjuprosessen viste dette seg å være fordelaktig da tilleggsspørsmål ble inkludert etter første intervju og alle informantene fikk fortelle om nyansene de syns var viktige.

Den største ulempen med kvalitativ forskning er at den er ressurskrevende, kvalitative forskningsprosjekt kan derfor sitte igjen med få informanter. Dette vil ha negativ påvirkning på representativiteten til respondentene. Dette studiet har kontakt med en «portvakt» i hver kommune som sørget for å inkludere informantene som var interessante for studien. Kvalitative studier vil vanskelig kunne generaliseres. Gjennom å samle inn mye og nyanserike data kan kompleksiteten gjøre det utfordrende å analysere og kategorisere så optimalt som mulig. Under analyse og kategorisering er det jobbet bevist med å være nøytral, og jobbet aktivt for å operasjonalisere komplekse data slik at meningen er presentert så presist som mulig. Nærheten som ble nevnt som en styrke kan være en utfordring om den blir for intens og dyptgående. Forsker kan da få problemer med å være kritisk og objektiv til innsamlet data. Kvalitative studier kan skape en undersøkelseeffekt ved at forsker har nærhet til informant. Forsker forstyrrer hverdagen med sin tilstedeværelse og vil påvirke informanten under intervjuet (Jacobsen, 2005; Bryman, 2012). Intervjuer var bevisst sitt kroppsspråk, og brukte ikke ledende spørsmål under intervjuet. Intervjuene ble holdt på rådhuset i begge kommunene for å begrense tidsbruk, kostnader og forflytting.

Videre i kapitlet vil prosessene rundt informasjonsinnhenting beskrives, før analysemetode, kvalitetsvurdering av metodene og etikkensyn presenteres.

4.1 Kvalitativ dokumentanalyse

Dokumentanalyse defineres av Wharton (2006, s.79) som;

The detailed examination of documents produced across a wide range of social practices, taking a variety of forms from the written word to the visual image. The significance of the documents may be located in the historical circumstances of production, in their circulation and reception of the item and also the social functions, interpretations, effects and uses that may be associated with them.

Dokumentanalyse er en diskret metode der man ikke forstyrrer hverdagen eller sosial kontekst til de man undersøker, slik man kan gjøre ved intervju. En dokumentanalyse vil ikke gi samme mulighet til å designe rådata som blir innhentet som ved bruk av andre metoder. Dette fordi dokumentene som blir analysert og data fra disse ikke er utarbeidet for å svare på spesifikke forskningsspørsmål. Ved å bruke dokumentanalyse kan man distansere seg fra de eller det man undersøker men samtidig gjøre dyptgående undersøkelser om man har de rette dokumentene (Duedahl & Jacobsen, 2010; Bryman, 2012). Ved dokumentanalyse må forsker være bevisst på at nedtegnede data kan være designet for å gi spesielle inntrykk, men de kan også være mer gjennomtenkte og reflekterte enn data innsamlet fra intervju (Bryman, 2012).

I dette forskningsprosjektet vil planstrategien som beskriver kommunens strategiske utviklingsvalg, kommuneplanens samfunnsdel som legger føringer for kommunen angående langsiktige mål og økonomiplanen som beskriver kommunens økonomiske prioriteringer analyseres i begge kommunene for å få et innblikk i folkehelsearbeidet. I den lille kommunen, heretter kalt DLK, er det også foretatt en kvalitativ dokumentanalyse av oversiktsdokumentet for folkehelse. I den store kommunen, heretter kalt DSK, er rapport for «sunn by», miljø- og folkehelseprofil, kommuneplan for folkehelse og miljø, og dokument til fylkesmannens oppsummeringssamling inkludert. Tilleggsdokumentene ble inkludert fordi informantene presenterte disse som betydningsfulle for folkehelsearbeidet. Ved å analysere dokumentene får vi innsikt i hvordan kommunene inkluderer og prioriterer folkehelse i planene, og hvordan de har tenkt å gjennomføre og organisere folkehelsearbeidet.

4.2 Individuelt forskningsintervju

Et kvalitativt individuelt forskningsintervjus formål er å forstå verden fra informantenes side, ved utfyllende og beskrivende informasjon om hvordan de beskriver sider ved egen livssituasjon (Kvale & Brinkman, 2015; Dalen, 2004). Forsker vil avdekke intervjuedes erfaringer, opplevelser og holdninger til aktuelle tema. Informant fungerer som et subjekt delaktig i å skape mer mening og forståelse omkring temaet. Samtidig som vi verdsetter subjektet i intervjusettingen må vi være observante på at informanten påvirkes av samfunnets ideologier, maktrelasjoner og diskurser (Kvale & Brinkman, 2015).

Videre vil intervjuprosessen til forskningsintervjuene beskrives.

4.2.1 Intervjuprosessen

Det er innhentet informasjon fra to kommuner under dokumentanalysen, informantene ble rekruttert fra samme kommuner. Det ble tatt kontakt med DLK og en stor kommune. DLK responderte positivt, den store responderte negativt. Prosjektet hadde kommuner i reserve i tilfelle de første kommunene ikke hadde mulighet til å delta. DSK ble kontaktet og responderte positivt. DLK ble kontaktet via e-post til rådmann, kommuneoverlege og folkehelsekoordinator, eventuelt tilsvarende stilling, om interesse for deltakelse i forskningsprosjektet. E-posten beskrev prosjektet på en kort og lettforståelig måte, og samtykkeskjema ble vedlagt for mer informasjon, blant annet om hensikten med studien, se vedlegg nr. 1. E-posten ble deretter oppfulgt med telefonsamtale med folkehelsekoordinator i DLK. Folkehelsekoordinator ble forskningsprosjektets kontaktperson. DLK responderte først, og ville inkludere kommuneplanlegger i intervjuprosessen for å kunne svare bedre på problemstillingen. Derfor ble e-post med informasjon og samtykkeskjema også sendt til kommuneplanlegger i DSK. E-posten ble også her fulgt opp med en telefon, her til rådmannskontoret. Rådmannskontoret videresendte telefonsamtalen til folkehelserådgiver som da ble forskningsprosjektets kontaktperson. I DLK ble alle fire intervjuene gjennomført

på en dag, mens i DSK ble intervjuene gjennomført over to dager. Under intervjuet med folkehelserådgiver ble det formidlet at DSK på grunn av dens organisering av folkehelsefeltet ville at forskningsprosjektet skulle intervjuer både fagleder for miljø og folkehelse, heretter kalt fagleder, og prosjektleder for kommuneplan. Ønsket ble imøtekommet (Jacobsen, 2005).

Utvalget for de individuelle forskningsintervjuene ble gjort på en strategisk måte med grunnlag i hvilken informasjon informantene kunne bidra med. Rådmenn, kommuneoverleger og folkehelsekoordinator/rådgiver var grunninformantene. Fagleder, kommuneplanlegger og prosjektleder for kommuneplan ble inkludert ved snøballmetoden (Bryman, 2012).

Informantene er inkludert på grunnlag av arbeidstittel/arbeidsoppgaver og hierarkisk nivå.

Informantene ble valgt for å få bred forståelse av synspunkter kommunen, representert av de forskjellige stillingene og nivåene, har omkring kommunalt folkehelsearbeid og organiseringen av det. Men også fordi dette er stillingene kommunen fremhever ved folkehelsearbeid.

Det ble gjennomført to prøveintervju for å teste intervjuguiden og for at intervjuer skulle få erfaring. Ordlyden på noen av spørsmålene ble endret etter prøveintervjuene. Kontaktpersonene reserverte rom i rådhuset i forkant av intervjuene. Alle intervjuene ble gjennomført på møterom bortsett fra intervjuet med rådmann i DSK, som ble gjennomført på rådmannskontoret (Bryman, 2012). I starten av intervjuene leste informantene samtykkeskjemaet da det var uvisst om alle hadde lest det på forhånd selv om det var sendt rundt, alle signerte. Det ble forklart muntlig hvordan forskningsprosjektet vil ivareta informantenes anonymitet. For å oppnå god kontakt, fange opp interessante uttalelser og for utdyping og for å fokusere mest på informanten og dens beretninger, ble det bedt om tillatelse til å benytte båndopptaker og opptaksfunksjon på mobilen. Alle informantene godtok dette. Intervjuer hadde utskrift av intervjuguide og penn tilgjengelig for å notere underveis. Dette ble kun brukt for å krysse av hvilke spørsmål som ble besvart (Bryman, 2012).

Prosjektets hensikt og hvordan innsamlet data skal benyttes og presenteres ble opplyst i starten av intervjuene. Etter intervjuet ble det spurt om forskningsprosjektet kunne bruke informantenes stillingstittel i oppgaven. Det informertes om sjansen for at kollegaer da kunne gjenkjenne den enkeltes utsagn, og at dette kun ville gjennomføres om alle informantene samtykket, alle samtykket. Ved bruk av sitater og utdrag fra dokumenter er disse skrevet om til bokmål. Noe som vil redusere sjansene for at kommunene blir gjenkjent (Dalen, 2004).

Intervjuene varte i 25-70 minutter, de fleste på 40-50 minutter (Jacobsen, 2005). Transkriberingene av intervjuene ble gjort så raskt som mulig etter hvert intervju (Bryman, 2012). Intervjuer jobbet bevisst for å skape en god relasjon slik at informantene ville fortelle sine oppfatninger rundt organiseringen av folkehelsearbeidet. Intervjuet ble innledet med generelle spørsmål, og intervjuer inntok en tilstedeværende og lyttende rolle både fysisk og mentalt. Intervjuer jobbet bevisst for å være aktiv lyttende, observant, og bekreftende samt stille oppklarende spørsmål ved uttalelser som kunne misforståes. Intervjuguiden er inndelt i fire temaer. Intervjuet ble startet med åpent spørsmål slik at informantene hadde mulighet til å inkludere flere temaer i svaret. Etter at de planlagte temaspørsmålene var besvart, fikk informantene mulighet til utdypning i hvert tema. Som avslutning på intervjuet fikk informantene tid til å tilføre opplysninger de mente var relevante for forskningsprosjektet (Bryman, 2012).

4.3 Intervjuguide

Det ble i forkant av intervjuene utarbeidet en semi-strukturert intervjuguide, for å holde intervjuet fokusert og temasentrert. Semi-strukturerte intervju har åpne spørsmål og underspørsmål dersom informanten trenger mer konkrete spørsmål. Åpne spørsmål besvarer informanten så utfyllende som informanten selv ønsker. Semi-strukturerte intervju er dynamiske. Det kan komme opplysninger forsker ikke har tenkt på som kan være av interesse for forskningen. Semi-strukturerte intervju påvirkes av de opplysninger informanten gir

(Kvale & Brinkman, 2015; Bryman, 2012). I det første intervjuet hadde informanten mer informasjon om et av temaene og to tilleggsspørsmål ble lagt til intervjuguiden til de senere intervjuene. Spørsmålene ble inkludert under temaet folkehelse i planleggingsprosesser.

Spørsmålene som ble inkludert var:

1. når ble folkehelse prioritert i planer?
2. er folkehelse nevnt i arbeidsdokument?

Intervjuguiden er utarbeidet med fokus på problemstillingen, og forsøker å knytte sammen bakgrunn for studiet, tidligere forskning og denne studien. Det er inkludert spørsmål rundt tema som kommunens organisering, planleggingsprosesser, samarbeid og hovedfokus i folkehelsearbeidet. Under er et utdrag fra intervjuguiden, for hele intervjuguiden se vedlegg nr.2.

Tabell 1: Intervjuguide

Intervjuguide		
Hovedspørsmål	Underspørsmål	Notater
Hvordan vil du beskrive organiseringen av det kommunale folkehelsearbeidet i kommunene din?	<ul style="list-style-type: none"> - Har dere folkehelsekoordinator/folkehelsesteam? - Hvem deltar i så fall i teamet? - Hvilke og hvor stor stilling har de forskjellige? - Vil du fortelle hvem som har ansvar for folkehelsearbeidet i praksis? - Hvor ligger folkehelse plassert på organisasjonsmessig administrasjonsnivå i kommunen? - Vil du fortelle hvordan kommunen har ivare tatt kravet fra folkehelseloven om å ha samfunnsmedisinske kunnskapen i kommunen? - Er det noe annet du tenker på angående organiseringen? 	

4.4 Kvalitativ innholdsanalyse

Innsamlet datamateriale, fra dokumentanalysen og intervjuene, er analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse. Formålet med kvalitativ innholdsanalyse er å tolke tekster. Innholdsanalysen er gjennomført med et induktivt utgangspunkt, det betyr at dokumentene ble analysert uten en teori, mal eller modell som skulle utfylles eller bekreftes/avkreftes. Krippendorff (2004) sier at en tekst må analyseres med en forståelse for sammenhengen den er skrevet i, jamfør det kvalitative synet på omverden. Han sier en tekst kan tolkes forskjellig og alle tolkningene kan være gyldige, dette fordi en tekst får mening gjennom leserens tolkning.

I forskning, analyse av data og i møte med mennesker må profesjonelle være bevisst sitt eget syn på mennesker, virkeligheten, kunnskap, konkrete fakta og egen forforståelse. Forforståelse defineres av Aadland (2011, s. 308) som «en forståelse som går forut for erfaring; en bevisst eller ubevisst forventning om hvordan noe kommer til å bli». Forforståelse kan sees i sammenheng med erfaringstolkning. Vi utvikler oss ved å benytte forforståelsen og nye erfaringstolkninger samtidig, slik utvikler vi ny forforståelse for temaer. Det er avgjørende for forskningsoppgaven at det reflekteres over hvilke premisser og perspektiver forskers «briller» preges av (Aadland, 2011).

Forsker i dette forskningsprosjektet har stor interesse for folkehelsefeltet, og har studert folkehelse på både bachelor- og nå masternivå. Forsker har erfaringsgrunnlag fra praksisperioder innen folkehelsefeltet fra rehabiliteringsinstitusjon, og fra overordnet fylkeskommunenivå. Dette har påvirket forforståelsen gjennom at forsker har en sterk faglig oppfatning av hvordan kommunene burde etterkomme anbefalinger og lovverk. Forforståelsen må under innsamling og tolkning av data legges til siden, men må tas i betraktning da den ubevisst vil påvirke resultatene (Aadland, 2011). Den kvalitative innholdsanalysen består av flere enheter og trinn. Dokumentanalysene og transkriberingen av

intervjuene benevnes som analyseenheter. Teksten i analyseenhetene ble grovdelt i domener, som skal gjenkjennes uten mye tolkningsarbeid av rådataene. Domenene ble delt inn etter tema i intervjuguiden (Lundman & Graneheim, 2008).

Det ble så identifisert meningsbærende enheter i teksten, både setninger og deler av teksten, dette kalles meningsenheter. Moderate meningsenheter utgjør grunnlaget og starten for den kvalitative innholdsanalysen. Moderat store meningsenheter ble så kondensert, og kalt kondenserte meningsenheter. Dette vil si at teksten forkortes, men beholder innhold og vesentlige poeng (Lundman & Graneheim, 2008).

Deretter ble de kondenserte meningsenhetene kodet, det vil si at korte ord eller fraser forklarer innholdet i meningsenhetene. Deretter ble kodene og de bakenforliggende meningsenhetene inndelt i kategorier. Kategorier skal ifølge Krippendorff (2004) være uttømmende og gjensidig utelukkende, det vil si at én kode ikke skal passe flere kategorier. Tittelen på kategoriene beskriver hva kategorien inneholder. Ved å sammenfatte det fundamentale innholdet i flere kategorier ble det til slutt utarbeidet noen få hovedtemaer. Temaene samler på et tolkende nivå innholdet i flere kategorier og fungerer som en rød tråd mellom kategoriene. Kodene, kategoriene og hovedtemaene ble kontrollert mot innholdet i de kondenserte meningsenhetene (Lundman & Graneheim, 2008).

Under utarbeidelsen av resultatkapittelet ble det laget oversiktskart over hvilke koder og kategorier som inkluderes i hvilke tema, se vedlegg nr. 3-6. Ved presentasjon av resultater er temaer slått sammen da de dekker deler av samme områder eller områdene kan sees i sammenheng og skape mer helhetlig presentasjon av resultatene i hver kommune.

Under er et eksempel på hvordan en meningsenhet har blitt en kode, så plassert i en kategori og et tema.

Tabell 2: Kvalitativ innholdsanalyse

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Kategorier	Tema
Nei, som sagt så er det jo, jeg vil jo si at denne gruppen, den folkehelsegruppens som består av disse folkene som sitter fra sine ulike tjenesteområder, det tror jeg er viktig. Eh, det handle om både å bringe inn sine ting og det handle om å utveksle erfaringer og utfordre hverandre, eh, i forhold te både, hva er det vi tror virker? Og selvfølgelig og se et felles utfordringsbilde	Folkehelsegruppa som er tverrsektoriell med folk fra forskjellige tjenesteområder er viktig. Da utfordrer man hverandre, utveksler erfaringer og får et felles utfordringsbilde. Det er viktig. Og at den er tverrsektoriell. At alle sitter tett på hverandre.	Folkehelsegruppa	Tverrsektorielt samarbeid	Samarbeid

4.5 Kvalitetsvurdering av metodene

Som forsker skal man påse at forskningen er troverdig, tross eventuelle utfordringer. Vurderinger vi må ta er om vi har fått informasjon om det vi ønsket å få informasjon om, altså vurdere troverdigheten. Vi må vurdere om informasjonen vi har innhentet kan overføres til andre, eller om den kun kan benyttes i vårt tilfelle, da vurderer vi overførbarheten. Vi må også vurdere om vi kan ha tiltro til informasjonen vi har innhentet, om de er pålitelige (Bryman, 2012).

For å vurdere troverdigheten i prosjektet er resultatene og metodene vurdert mot tidligere forskning på temaet, samt kritisk vurdering av egne resultat. Studiet har informanter som har stor innsikt i temaet som undersøkes. Etter hvert tema og intervju gjennomgikk

intervjuer informasjonen for bekreftelse eller oppklaring ved eventuelle misforståelser, en slik «member-check» styrker troverdigheten. For å styrke troverdigheten ytterligere har studien to trianguleringer. Forsker har intervjuet personer som jobber med folkehelse fra ulike nivåer og sektorer, de fleste fra stabsfunksjon. Troverdigheten kunne vært bedre om informanter fra resultatene ble inkludert. Den andre trianguleringen vises ved bruk av både intervju og dokumentanalyse ved datainnsamling (Bryman, 2012).

Overførbarheten vil være minimal siden kun to kommuner inkluderes, selv om det er oppnådd en fyldig beskrivelse av organisasjonene og prosessen. Gjennom denne beskrivelsen gis andre aktører mulighet for å vurdere overførbarheten til andre miljøer. Ved å vurdere forskningens resultater mot annen forskning kan vi ved likheter argumentere for en generalisering fra empiri til teoriplan, men vi kan ikke påstå eller bekrefte noe (Bryman, 2012).

For å styrke påliteligheten er prosessen fra å skaffe informanter til analyse og presentasjon av resultat nøye beskrevet. Intervjunotater og transkriberinger er bevart for eventuelt tilsyn. Dette påvirker i hvilken grad studien kan forsvare slutninger som tas. I vurderingen av resultatenes pålitelighet og bekræftbarhet må det vurderes om faktorer ved forskningen kan ha skapt resultatene, forsker har da hensyntatt undersøkereffekten. Ved at intervjuer er forberedt og bevist sin påvirkningskraft, og det faktum at informantene har valgt intervjusted har man lagt til rette for en trygg kontekst. Det må allikevel vurderes om konteksten påvirker resultatene (Bryman, 2012).

4.6 Etikk

Under en forskningsprosess må forsker ta etiske hensyn omkring flere forhold. Å unngå plagiering er svært viktig. Studier som innehar personopplysninger må behandles etter personopplysningsloven (2001), og studien må godkjennes av Norsk Samfunnsvitenskapelig

Datatjeneste (NSD) (Thaagard, 2009). Forskningsprosjektet er godkjent av NSD, se vedlegg nr. 7.

Det er innhentet informert samtykke til å delta i intervjuene, informantene er informerte om hva formålet med prosjektet er, og om hva deltakelse kan bety for dem. Det er frivillig å delta, og informantene kan når som helst trekke samtykket, uten årsaksforklaring. Informantene blir anonymisert i studien, men det vil være en sjanse for gjenkjenning da det kun er to deltakende kommuner og utvalgte stillinger som intervjues (Thaagard, 2009).

Innsamlet data skal behandles konfidensielt, det er kun prosjektleder som har tilgang på personopplysninger. Dataene slettes etter endt forskningsprosjekt. Det ble under utarbeidelse av intervjuguide fokusert på at spørsmålene ikke skulle belaste informantene på personlig eller faglig felt i etterkant av studiet (Thaagard, 2009).

Forsker har også etisk ansvar for å opplyse alle funn i presentasjonen, også de som har negative konsekvenser for resultatet (Creswell, 2014).

5.0 Presentasjon av resultat

I dette kapittelet presenteres funn fra de kvalitative forskningsintervjuene og dokumentanalysen. Temaet er organiseringen av kommunalt folkehelsearbeid. Dette er en deskriptiv presentasjon, og kommunene presenteres hver for seg, gjennom temaene strukturelle organisering, planverk, folkehelseperspektiv og samarbeid.

5.1 Den lille kommunen (DLK)

I forhold til landsgjennomsnittet har kommunen flere eldre over 80 år og andelen øker, det er færre innvandrere og barn av enslige forsørgere. Kommunen ligger på landsnivå vedrørende frafall fra videregående og andelen med videregående eller høyere utdanning. Kommunen har færre arbeidsledige, flere med lav inntekt, uføretrygdede under 45 år, og andel barn av lavinntektsfamilier er større enn landsgjennomsnittet. Inntektsnivået er på

landsnivå og inntektsulikhetene er omtrent på landsgjennomsnittet. I økonomiplanen legges det frem at kommunen har for høye utgifter i forhold til inntekter. Kommunen har hatt nedskjæringer siden 2013, men vurderer ikke å kutte folkehelsekoordinatorstillingen.

Rådmann definerer kommunen som en helsekommune fordi de har naturressurser som forenkler folkehelsearbeidet. Kommuneplanens samfunnsdel fremhever mangfoldig kultur og idrettstilbud, frisklivssentral, frivillighetssentral, friluftsliv og turmuligheter som folkehelseressurser.

Rådmann fremhever mange års historie med folkehelsearbeid. Kommuneoverlege presenterer kommunens folkehelsehistorie og mener historien er betydningsfull for årets folkehelseprofil. «Jeg tenker, min første tanke rundt problemstillingen er jo kanskje gårsdagens organisering er like viktig som dagens organisering» Kommuneoverlege – DLK. Tidlig på nittitallet hadde kommunen et «helse i plan» prosjekt og jobbet med en helsevernssentral i to år. Etter disse årene konkluderte de i 1994 med: kommunen trenger en pådriverrolle til forebyggende arbeid, rollen må være hos én person, plasseres sentralt og sektorovergripende. Prosjektet resulterte i en helse- og miljøvernplan. Det ble vedtaksfestet at alle etatene må innarbeide nødvendig hensyn til helse og miljø i handlingsprogrammene. Det overordnede ansvaret ble plassert hos rådmann siden arbeidet var sektorovergripende.

Og etter at vi var ferdig med de to årene så hadde vi tre konklusjoner, og det ene var at: Ja, kommunen trenger en eller annen pådriverrolle for å drive forebyggende arbeid, punkt to; den pådriverrollen må være hos en person. Og den pådriverrollen må plasseres sentralt i kommuneorganisasjonens, sektorovergripende. Og det synes jeg er litt gøy at vi sa allerede i '94. Og det tenker seg at kanskje er noe av grunnen til at vi ligger godt an på folkehelsebarometeret fordi at dette ble jo da fulgt opp etter at det prosjektet var ferdig i en helse og miljøvern plan for kommunen. Den ble vedtatt av kommunestyre i 94. Kommuneoverlege – DLK

På slutten av nittitallet startet arbeidet med å få frisklivssentral. Samtidig som de hadde «helse i plan» var kommunen en MIK-kommune, det vil si at de hadde miljøvernkonsulent tilsatt på statlige midler. «Jeg tenker at veldig mye av grunnlaget for det vi sitter med i dag, det var lagt allerede på nittitallet og totusentallet (...) Og den kombinasjonen med å tenke dette i helse og miljøvern tror jeg også var viktig» Kommuneoverlege – DLK.

5.1.1 Strukturell organisering

Rådmann har overordnet ansvar for folkehelse. I rådmannsstab sitter sektorledere, personalsjef og økonomiansvarlig. Kommuneplanlegger savner en representant i rådmannsstab som er ren folkehelse- og utviklingsrepresentant uten andre arbeidsoppgaver, fordi det ofte tenkes for mye drift og økonomi. Folkehelsekoordinator, ofte sammen med kommuneoverlege rapporterer til rådmannsstab minst en gang i året for å opprettholde folkehelseperspektivet.

Kommuneoverlege synes det er viktig å ha folkehelsekoordinatorstillingen fordi kommuneoverlegene kun har tid til overordnet folkehelsearbeid. I tillegg dekker kommuneoverlegen kravet om samfunnsmedisinsk kunnskap. Folkehelsekoordinator mener kommuneoverlege har stort ansvar for folkehelsearbeidet, og er en viktig samarbeidspartner og aktør.

Folkehelsekoordinator er plassert i utviklingsavdelingen, på organisasjonsnivået under rådmannsstab. Stillingen har ansvaret for å følge opp lovkravet om oversiktsdokumentet og ha innspill rundt «helse i alt vi gjør». Oversiktsdokumentet er utarbeidet i tråd med folkehelseloven, og omtalt i planstrategien. Folkehelsekoordinator og kommuneplanlegger fremhever smådriftsfordeler, som kort vei mellom ulike avdelinger og aktører, som en suksessfaktor for folkehelsearbeidet. Kommunen har frisklivskoordinator plassert under fysioterapiavdelingen. Planstrategien poengterer at det er utarbeidet oversiktsdokument over folkehelseutfordringene i tråd med folkehelseloven.

5.1.2 Folkehelse i planer

Rådmann og kommuneplanlegger mener det er en selvfølge at folkehelse er godt presentert i overordnede planer. Rådmann og folkehelsekoordinator mener kommunen har ivaretatt folkehelseperspektivet ved at folkehelsekoordinator inkluderes i planprosessene på alle nivå. Folkehelsekoordinator påpeker viktigheten av at oversiktsdokumentet brukes under planlegging. Kommuneplanlegger mener det er hensiktsmessig å lage planene selv.

Jeg tror at planer man lager selv, hvis man har den kjennskapen og kunnskapen, da sitter den kjennskapen og kunnskapen igjen i organisasjon, og blir bedre planer enn om du kjøper en tjeneste fra et selskap for da blir kunnskapen der også får du en rapport også er det kanskje ikke så mange som forholder seg til det. Kommuneplanlegger – DLK

Kommuneoverlege fremhever at folkehelsekoordinator har ivaretatt folkehelseperspektivet i en bred prosess ved møter med politikere og folkemøter i jobben rundt kommuneplan. Kommuneoverlege og rådmann mener kommuneplanleggerne har folkehelseperspektivet innarbeidet. Kommuneoverlege mener folkehelsekoordinator og kommuneoverlegen fungerer som påminnere og sikkerhetsnett i tilfelle folkehelseperspektivet glipper. Rådmann mener plan- og byggesak ofte har ansvaret for planleggingen, men at ansvaret i spesifikke planer ligger hos sektorleder og ansvarspersoner.

Kommunen jobber for å ha konkrete planer. Rådmannen sier samfunnsplanen blir aktivt brukt. Kommuneoverlege opplever at kommunen bruker planene. Plan- og bygningsloven legges til grunn i planarbeidet. Kommuneoverlegen mener grunnlaget er innarbeidet og at god planlegging er positiv for folkehelsen.

Men det er vel der vi har litt erfaring for at hvis vi, hvis vi i stedet for å være veldig tiltaksorienterte og handlingsorienterte uten å ha den tilstrekkelige forankringen så kommer vi ofte til kort, hvis vi går disse prosessene som ofte kanskje i utgangspunktet føles veldig tunge men så er det likevel fornuftig når en kommer lenger ute i forløpet, for da ser en at en har det nødvendige grunnlaget både i form av vedtak, men kanskje like mye i forhold til holdninger og innstilling, hos ikke minst politikere, det krever tid og

det krever jobbing og at tar en det fra grunnen av så har en resultater av det senere.

Kommuneoverlege – DLK

Kommunen må vurdere helse- og miljøkonsekvenser i arbeidsdokument for kommunal saksbehandling. Kommuneoverlege tror ikke sjekklisten brukes konsekvent. Kommuneplanen er kommunens overordnede styringsdokument. Styringsdokumentet må være fremtidsrettet, ha visjoner, mål og strategier for utvikling. Folkehelseperspektivet er synliggjort i kommuneplanens overordnede mål. Folkehelse er et av seks satsningsområder i kommuneplanens samfunnsdel. I planstrategien er oversiktsdokumentet og folkehelseprofilen brukt som bakgrunnsmateriale. Planstrategien påpeker at planer må brukes og ha politisk forankring. Folkehelsekoordinator fremhever kommuneplanlegger som opptatt av at planer brukes aktivt. Dette har påvirket organisasjonens bruk av planer positivt, folkehelsekoordinator sier også at bruken av planer varierer. Folkehelsekoordinator har bevisstgjort etater ved å involvere dem mer i planprosessene.

I oversiktsdokumentet står det at folkehelseperspektivet ivaretas i kommunale delplaner. Det presenteres forslag til handlingsplan for folkehelsearbeid der tiltaksjustering etter dokumentasjon skjer årlig. Endringene skal presenteres for politikerne under strategikonferansen. Videre vil handlingsplanen bruke «Ungdata» og vurdere etablering av skaderegister, felles løft på fysisk aktivitet, sunne matvaner og synliggjøre at folkehelse er implementert i kommunale delplaner/sectorplaner.

Økonomiplanen er forankret i kommuneplanen. Derav folkehelseinspirerte overordnede mål. Folkehelseperspektivet kommer frem i økonomiplanen og investeringsbudsjettet gjennom fysisk aktivitet, gang- og sykkelveier, turtilbud og trafikktrygghet.

5.1.3 Folkehelse som satsningsområde

Rådmann viser til kommuneplan, fremhever kommunens gode plassering på landsbasis som trafikksikker kommune og krediterer planavdelingen som har ivaretatt folkehelseperspektivet. Rådmann mener kommunen har befolkningsrettede tiltak og tiltak for spesifikke målgrupper. Kommuneplanlegger, folkehelsekoordinator og kommuneoverlege mener kommunen har befolkningsrettet folkehelsearbeid, muligens med ekstra fokus på barn og unge. Fokuset for barn og unge har vært på fysisk aktivitet i skolen, sunne matvaner i barnehage og skole. For arbeidspåre har fokuset vært tilrettelegging for fysisk aktivitet og friluftsliv. For eldre har det vært fallforebyggende tiltak.

Ifølge folkehelseprofilen har kommunen utfordringer knyttet til barn av lavinntektsfamilier. Dette er jobbet med ved å se på hvordan barnas skolehverdag og oppvekst kan bedres. Kommunen har bedt fylkeskommunen om bistand til tolkning av statistikken. Folkehelsekoordinator mener det må jobbes mer med bevisstgjøring av lavinntektsutfordringer i organisasjonen. Kommunen har til nå vært opptatt av fysiske forhold og aktivitet. Folkehelsekoordinator mener sosiale helseforskjeller må løftes frem og det må tenkes mer helhetlig rundt psykiske og sosiale utfordringer. For å oppnå dette må man bevisstgjøre aktørene i organisasjonen slik at de reflekterer over konsekvenser nye tiltak kan få for ulikhetene. Man må revidere oversiktsdokumentet, inkludere temaet og derav sette fokus på ulikheter i planstrategien. Folkehelseprofilen viser god plassering vedrørende mobbing. Kommuneoverlege tror dette skyldes langsiktig planlegging og godt arbeid rundt temaet.

I oversiktsdokumentet presenteres kommunens utfordringer som sentrumsnære lysløyper, møteplasser, vedlikehold av anlegg og sosiale områder. Fokus og satsningsområder med tiltak presenteres i oversiktsdokumentet som tannhelse, ernæring, tobakk, rusmiddel, fysisk aktivitet, helse og sykdom. Som overordnede folkehelseiltak skal kommunen ha

oversikt over helsetilstanden, systematisere folkehelse i planene, vurdere system for skaderegistrering og fokusere på interkommunalt folkehelsearbeid. I planstrategien beskrives fire utfordringer for kommende planperiode på 12 år. Trangere kommuneøkonomi, regionalt samarbeid, inaktivitet blant folk og trafikktrygghet. Folkehelseperspektivet kommer fram i målene mot 2018, tre av ti mål er spesielt folkehelserettet. Blant annet skal folkehelse, livskvalitet og trivsel styrkes.

Rådmann mener det er folkehelsekoordinator og kommuneoverleges fortjeneste at folkehelse er en naturlig del av kommunens tankegang. Rådmann mener folkehelsekoordinator alene og i samarbeid med regional folkehelsekoordinator og kommuneoverlege har ansvaret for helhetlig og koordinert folkehelsearbeid. Rådmann mener samtidig folkehelsearbeidet blir utført i hele organisasjonen og påpeker at rådmannsstab bruker folkehelseprofilen i planlegging av folkehelsearbeid.

Kommuneplanlegger påpeker at overordnet ansvar for folkehelse kan tilhøre en stilling, men folkehelsearbeidet må utøves av flere og at hver enkelt i organisasjonen har ansvar for folkehelse i praksis. Folkehelsearbeid er å tilrettelegge for grupper men også å integrere tankegangen i organisasjonen slik at folkehelsehensyn blir automatisert.

Kommuneplanleggere har folkehelseperspektivet under utbygging.

Når jeg lager et boligfelt så lager jeg jo det for de menneskene som skal bo der, ikke for at det skal gå opp sånn veimessig og ting, og at brøytebilen osv. Altså du må få det og te å fungerer men, hvis ikke de menneskene som skal bo der vil trives og har da de nødvendige møteplassene, en lekeplass, at ting blir satt med rekkefølge, at de bygges ut med en gang, så vil det jo heller ikke fungere.

Kommuneplanlegger – DLK

Folkehelsekoordinator påtar seg ansvaret for folkehelsearbeidet men fremhever flere folkehelseaktører, som kommuneplanleggerne med trafikktrygghet, frisklivssentralen som folkehelse og helsetjeneste, drift/uteseksjonen med strøing, vedlikehold og tilrettelegging,

helsestasjonene, skolehelsetjenesten og barnehagene. Folkehelsekoordinator mener alle utfører folkehelsearbeid.

Oversiktsdokumentet fremhever kommunens satsning på forebyggende arbeid. Kommunen har de siste årene prioritert samfunnsmedisiner, interkommunalt miljørettet helsevern, «felles løft for felles innsats», «familiens hus», ungdomskonsulent, frisklivssentral, fallforebyggende grupper, oppsøkende team i helse- og omsorgstjenesten, frivillighetssentralen, folkehelsekoordinator, idretts- og arrangements koordinator, regional kulturkoordinator og å være en MOT-kommune som jobber for et varmere og tryggere samfunn for ungdom. I oversiktsdokumentet står det videre at kommunen har jobbet tverrfaglig for å skape felles forståelse av folkehelsebegrepet. Kommuneoverlegen tror flere kommuner sliter med forveksling av folkehelse og forebyggende arbeid. Det er viktig å skille mellom helsefremmende og forebyggende arbeid, kommunen har derfor brukt mye tid på modellen «helsegryta».

At helse både til et individ eller til et samfunn eh, det kan sammenlignes med at du har en gryte, og hvis du fyller opp i den gryta med økonomiske tiltak, plantiltak, med alle sånne tiltak ut i samfunnet så bidrar det til økt helse, også er det en kran på den gryta som da, der det drypper ut helse hele tiden, eh, og det kan være på grunn av sykdom, aldre og sånne ting, forebyggende arbeid er på en måte å skru igjen den krana og hindre at det drypper helse ut av denne helsegryta, mens helsefremmende da er det at alt du fyller oppi av helsegoder i samfunnet, og den modellen tror jeg er viktig for forståelsen, ikke minst innenfor helse. Kommuneoverlege - DLK

Folkehelsekoordinator mener folkehelseforståelsen er implementert i kommunens toppledelse og arbeidslinjer etter mange år med fokusering på folkehelse. Folkehelsekoordinator tror det kan bidra til at folkehelsekoordinatorjobben kan oppleves som enklere enn i andre kommuner.

Kommuneplanlegger mener folkehelseperspektivet må bli en naturlig del av tankegangen, på lik linje med det økonomiske perspektivet og føler de har lyktes spesielt hos planleggerne. Kommunens trafikksikkerhetsplan heter «Trafikksikkerhet er lik folkehelse», der fokuseres det på å få flere til å gå. Planleggerne samarbeider med folkehelsekoordinator. «Vi har en som driver med det men vi driver jo med folkehelse i all tenkning, i alle fall gjør vi det hos oss, eller i alle fall gjør jeg det som planlegger» Kommuneplanlegger – DLK.

Jobbe vi med et prosjekt her i sentrum med parkering og lekeplass og sykling og klart da er det naturlig at folkehelsekoordinatoren er en del av det, for selv om vi skal legge til rette for eller finne ut hvor bilene skal stå så handler det jo om at de beste plassene skal bli til mennesker og ikke til bilene.

Kommuneplanlegger – DLK

Kommunen jobber aktivt for å få folkehelse inn i alle organisasjonsnivå. Rådmann mener folkehelsekoordinators samarbeid med andre sektorer er viktig for folkehelseperspektivet. Viktigheten av politisk forankring og kommunens bærende prinsipp å fremme folkehelse i alle sektorer under begrepet «helse i alt vi gjør» presenteres i kommuneplanens samfunnsdel. «Helse i alt vi gjør» gjenspeiler seg i kommuneplanens samfunnsdel, folkehelseperspektivet er ivaretatt i målene for temaene oppvekstmiljø, kultur og fritid, helse og omsorg, attraktivt sentrum og levende grender, natur og kulturlandskap, trygt for alle, klima og energi, samferdsel og infrastruktur.

5.1.4 Samarbeid

Rådmann fremhever folkehelsekoordinator som kunnskapsrik, aktiv, synlig og flink til å skape oppmerksomhet på folkehelsefeltet. Folkehelsekoordinator og rådmann fremhever kommuneoverlegen som aktiv og meget betydningsfull for at kommunens folkehelsearbeid. Kommuneoverlegen har jobbet aktivt med og for folkehelsen i mange år, lenge før det ble et lovkrav. Rådmann tror god kjemi mellom folk er viktig for at budskapet skal nå frem og mener folkehelsekoordinator er en person som når frem. Kjemien mellom

folkehelsekoordinator og kommuneoverlege er god, dette er positivt for folkehelsearbeidet.

Kommuneplanlegger jobber tett med driftsavdelingen for å implementere

folkehelseperspektivet i avdelingens tankegang.

Jeg jobber jo å tett med driftsavdelinga og grunnen til at det og fungerer er jo at jeg har jobbet veldig, hver gang de skulle gjøre noen ting så var jeg ned og sa hallo, nå må vi huske på, nå må vi gjøre det, og da tror jeg du får den tanken og lenger ned, men du må. Du skal ikke ta for gitt at den som kjører brøytebil tenker at gangveiene er viktig å få brøytet før klokka en eller annen gang, sant.

Kommuneplanlegger – DLK

Kommunen deltar i et interkommunalt samarbeid, «folkehelsenettverk i regionen», bestående av seks kommuner. Kommunene har felles regional folkehelsekoordinator som jobber for felles mål i regionen. Folkehelsekoordinatorene møtes i en arbeidsgruppe, samarbeider blant annet om oversiktsdokument, det byttes på lederrollen og regionkoordinatoren er sekretær og pådriver. Folkehelsekoordinatorer mener nettverket er et viktig faglig fora, og et løft for engasjementet rundt folkehelsearbeidet. Rådmannen opplever av nettverket fungerer godt, spesielt etter ansettelse av regional folkehelsekoordinator. Kommuneoverlegen tror regional koordinator er positiv for regionalt folkehelsearbeid.

Folkehelsekoordinator samarbeider godt med regional folkehelsekoordinator, kommuneoverlege og frisklivs koordinator. Folkehelsekoordinator synes ikke samarbeidet med frisklivs koordinator er viktigere enn andre interne samarbeid for folkehelsearbeidet, dynamikken i samarbeidene er viktigst. Regionen har en felles SLT-koordinator som jobber med samordningsmodellen for lokale forebyggende tiltak mot rus og kriminalitet (SLT). Folkehelsekoordinator sitter i SAFT-møte (samordning av forebyggende tiltak), som er rus og kriminalitetsforebyggende arbeid for ungdom. Der møter blant annet SLT-koordinator, lensmann, helse og oppvekst. Kommunen har også interkommunalt samarbeid om miljøretta helsevern. Stillingen gjør mye for å samordne folkehelse tenkning og forebyggende arbeid

mener kommuneoverlege. Kommuneoverlegene i de seks kommunene sitter som fagråd for stillingen.

Kommunen er en liten organisasjon der alle kjenner alle på tvers av sektorer. Kommunen har et tverrsektorielt samarbeid, «tverrfaglig forum», som har eksistert siden nittitallet og møtes en gang i måneden. Forumet ledes av leder for miljø og utvikling, alle etater er representert. Folkehelsekoordinator og samfunnsmedisiner deltar i forumet for å gi innspill om folkehelse i saker som skal i planprosesser eller politisk behandling. Forumet har eget prosjektrum på internsiden der saker kan få innspill fra andre sektorer. Forumet rapporterer til rådmann og målsettingen er at rådmannen skal få saksframlegg som administrasjonen samlet står bak.

Alle informantene mener forumet er det viktigste samarbeidet for folkehelsearbeidet. Kommuneplanlegger mener forumet er en fin arena for å formidle folkehelseperspektivet til avdelinger som ikke har folkehelse like integrert som utviklingsavdelingen, og for å samkjøre folkehelsearbeidet. Folkehelsekoordinator mener forumet er den arenaen folkehelse blir mest løftet i, og det er positivt at folkehelseforståelsen i forumet blir videreformidlet til politikerne gjennom saksgang. Kommuneoverlege mener forumet gjør det mindre tidkrevende å få innspill fra andre sektorer på saker. Kommuneoverlegen mener forumet skaper fruktbare diskusjon, noe de ikke hadde fått om de sendte sakene mellom sektorene uten å møtes. Kommunen startet eget folkehelsesteam men det ble overflødig når de hadde tverrfaglig forum. Utenfor forumet er det mer tilfeldige og saksbetingede samarbeid mellom etatene angående folkehelse. «Jeg tror det viktigste er det organiserte tverrfaglige saksbehandler forum som vi har hatt fra slutten av nittiårene, det tror jeg har vært en veldig viktig faktor for å få folkehelse inn i all tenkning rundt saksbehandling» Kommuneoverlege – DLK. Kommuneoverlege synes samarbeidet mellom folkehelse og planavdeling har blitt bedre etter at folkehelsekoordinatorstillingen ble etablert og plassert i utviklingsavdelingen.

Kommuneoverlege og folkehelsekoordinator mener samarbeid med frivilligheten er viktig. Kommunen har god oversikt over frivillige, det er god dialog og årlige møter mellom frivilligheten og kultursjefen. Her får frivilligheten løftet sine saker og kommunen får innspill på ønskene deres. Kommuneoverlegen mener frivillighetssentralen er en viktig folkehelseaktør. Kommuneoverlege mener frivillig arbeid er viktig. Folkehelsekoordinator påpeker at kommunen heier på å ikke gjøre det så vanskelig for frivillige eller lag som tar initiativ. Kommunen støtter med økonomiske midler om de kan slik at initiativtakere føler seg sett og verdsatt, og skaper dermed god dialog. Rådmann syns kommunen samarbeider godt med lag og organisasjoner, som er gode folkehelseaktører. I kommuneplanen fremheves samarbeidet kommunen har med frivillige og private rundt idrett og kulturarrangement.

Vi har alltid hatt en sånn, et sånt mantra om at det beste forebyggende arbeidet vi kan drive er å få folk engasjerte i sitt eget lokalmiljø. Engasjerte folk trives. Og det er lett å få folk engasjerte i lokalmiljøet om det er noen positive saker. Kommuneoverlege – DLK

Fylkeskommunen arrangerer folkehelsesamlinger 1-2 ganger i året der det ligger til rette for nettverksbygging. Folkehelsekoordinator mener det er viktig med nettverksbygging. Kommunen samarbeider sjelden med eksterne aktører angående folkehelsearbeid. De samarbeider med vel-lag, hytteforeninger og grunneiere om turprosjekt. Kommuneplanlegger har etablert dialog med handelsstanden i forhold til sykkel og parkering. Folkehelsekoordinator mener kommunen kan videreutvikle og øke samarbeid med næringslivet rundt folkehelse.

5.2 Den store kommunen (DSK)

Kommunen har en ung befolkning, 30% av innbyggerne er under 20 år. Sammenlignet med landsgjennomsnittet har kommunen flere innvandrere, færre barn av enslige forsørgere og en utfordring med 200 bostedsløse. På landsbasis er det noe mindre trivsel på skolen. Kommunen har gjennomsnittlig antall frafall fra videregående skole, men flere som har

videregående eller høyere utdanning. Det er en lavere andel som har lav inntekt, en mindre andel barn i lavinntektshusholdninger og høyere inntektsulikhet enn eller i landet.

Økonomiplanen legger frem at kommunen har relativt lave inntekter og lav ressursbruk i de fleste tjenesteområdene. Kommunen ser innsparinger og omstilling som nødvendig for å tilpasse utgiftene til lavere inntektsnivå fremover. Rådmann påpeker utfordringen med å prioritere folkehelsearbeid høyt nok, og opplever det som utfordrende å balansere de faglige ambisjonene med tilgjengelige ressurser. Innenfor stab og samfunnsutvikling finnes flere oppgaver som ikke er lovpålagte, som «sunn by» og frivilligsentralen. «Sunn by» har langsiktige avtaler med blant annet WHO. Innsparinger her kan derfor kun gjennomføres på sikt. Frivilligsentralen utløser statlige tilskudd, utgifter for kommunen er derfor marginale.

I kommuneplanens samfunnsdel og i rapport for «sunn by» nevnes kommunens frivillige sektor som stor og aktiv. I rapport for «sunn by» presenteres tilrettelagte og tilgjengelige turområder for alle og sykkelveier til/fra sentrum som folkehelseressurser. Kommunen har frisklivssentral.

Ledelse, koordinering og overordnet ansvar for folkehelse lå fram til 2014 i rådmannsstab ved samfunnsutviklingsavdelingen. Kommunen hadde erfaring med folkehelseperspektiv, miljøplaner og folkehelsearbeid gjennom «sunn by» før folkehelseloven kom. Perspektivet ble ikke alltid kalt folkehelseperspektiv men kommunen tenkte tverrfaglig samarbeid rundt folkehelse og det var forankret i planverket. Kommunen hadde helhetlig syn på folkehelse.

Og man hadde kanskje ikke alltid kalt det folkehelse men det var på en måte litt sånn at det var vant med å tenke tverrfaglig i forhold til folkehelse, det var forankret i planverket noe som jeg jo tror er en suksesskriterie. Rådmann – DSK

Engasjementet nåværende fagleder og kommuneoverlege har for folkehelse kommer fra tidligere etatsjefer som så helheten i kommunen. De tidligere lederne forsto sitt eget ansvar og behovet for samarbeid i folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeidet i kommunen har vært forankret i teknisk, og helse og sosial i ca. 25 år. «Også har det vært kloke og forstandige ledere som har forstått dette, både sitt eget ansvar men og behovet for et nært samarbeid» Fagleder – DSK. Kommunen ble medlem av WHO's nettverk for «sunn by» i 1991 i sammenheng med valgkampen. Kommunen fikk da fokus på miljøsider som vann, vei, sykling og tilrettelegging. I starten skulle det være et selvstendig kontor basert på prosjektsamarbeid med næringsliv, frivillige og organisasjoner. Kommuneoverlege forteller at det selvstendige kontoret gjorde at ansatte i den tradisjonelle helse- og sosialsektoren som drev med folkehelsearbeid kunne føle seg utenfor og det ble drevet parallellkjøring, ikke samkjøring av folkehelsearbeidet. «Sunn by» kontoret ble lagt ned og «sunn by» ble tatt inn i kommuneorganiseringen i 1998. Dette fordi kommunen var en så stor aktør i utviklingen av lokalmiljøet at arbeidet måtte skje der politikkutviklingen skjedde. Folkehelse kom gradvis inn i kommuneplanen fra 1998 til 2002.

5.2.1 Strukturell organisering

Folkehelse har vært forankret hos rådmann siden 1991. Kommuneoverlege mener bystyret har det endelige ansvar for folkehelse. Rådmannsstab er styringsgruppa for folkehelsearbeidet, folkehelserådgiver rapporterer til styringsgruppa to ganger i året. Folkehelse- og kommuneplanarbeidet er plassert i samfunnsplan, en enhet under tjenesteområdet kultur og byutvikling. Direktør for kultur og byutvikling har dermed overordnet ansvar for ledelse og koordinering av folkehelse. Samfunnsplan har overbyggende funksjoner og koordinerer alle overordnede planer. Derav blir folkehelse forankret i planverket. Kommuneoverlege synes dette er en fin plassering siden samfunnsplan har et overordnet arbeid og målsetting. Fagleder mener plasseringen kan by på utfordringer når det

gjelder det overordnede ansvaret for organisasjonen mot det å være plassert hos rådmann som tidligere. Men de er en stabsenhet som rapporterer til direktør ikke en resultatenhet, det syns både fagleder og folkehelserådgiver er positivt. I virksomhetsbeskrivelsen for samfunnsplan står det at de har ansvar for å ivareta kommuneplanens satsningsområder, at de skal være rådmannens verktøy og tenke helhetlig og bredt i samfunnsutvikling, ikke først og fremst være kultur og byutvikling sine verktøy.

Kommunen har valgt å ikke ha folkehelsekoordinator. Funksjonene blir ivaretatt av flere stillinger i samfunnsplan: fagleder, folkehelserådgiver og frivillighetskoordinator. Kommuneoverlegen dekker kravet om samfunnsmedisinsk kunnskap og er aktiv samarbeidspartner i folkehelsearbeidet. Kommuneoverlege poengterer at det ligger mye samfunnskunnskap i samfunnsplan. Rådmann nevner folkehelsegruppa som et substitutt for folkehelsekoordinatorfunksjonene. Fagleder sitter fysisk og organisatorisk nært rådmann og ordfører, dette er viktig for folkehelsearbeidet da han også er leder for «sunn by».

De har tenkt det at de ønsker å synliggjøre at folkehelsearbeid er alle enheter sitt ansvar, hele kommunens ansvar, og at man er litt redd for at i det man har en dedikert folkehelsekoordinator så er folkehelse lik, at det er den personens ansvar. Folkehelserådgiver – DSK

Folkehelserådgivers arbeidsoppgaver er systematisk oversiktsarbeid, koordinering av folkehelsegruppa, løfte saker til kommuneplan, overordnede planoppgaver, ha kunnskap om påvirkningsfaktorer eller finne ressurspersoner i fagstabene, tilrettelegging for å skape møteplasser, oppsummere, løfte diskusjonene og konklusjonene til forankring i planarbeidet.

5.2.2 Folkehelse i planer

Rådmann mener kommunen har politisk engasjement for folkehelse. De har seks fokusområder for folkehelsearbeidet i kommuneplan. Fokusområdene blir oppfulgt og inkludert i andre planer som økonomiplanen. Kommunen har ikke temaplan, men inkluderer folkehelse i kommunens styringsdokument, kommuneplanen. Dermed er det opp til

tjenesteområdene å definere sin rolle i forhold til styringsdokumentet. Folkehelsegruppa ønsker å være en referansegruppe når ulike tjenesteområder utarbeider fagplaner/temaplaner for å sikre folkehelseperspektivet.

Rådmann mener det er et lederansvar å få folkehelse inn i plan og at rådmanns ledergruppe har ansvar for å etterspørre folkehelse. Prosjektleder for kommuneplan og folkehelserådgiver sørger praktisk for at folkehelse blir inkludert i planene.

Folkehelserådgiver mener folkehelsegruppa har ansvar for å inkludere folkehelse ved å gi innspill til kommuneplan. Prosjektleder for kommuneplan sier det er mange som jobber med og har ansvar for å få folkehelse inkludert i planer som staben i samfunnsplan, sekretariatet, prosjektgruppa, arbeidsgruppa men det er prosjektleder som må se at det faktisk blir gjennomført.

Alle tjenesteområdene er representert i prosjektgruppa for kommuneplan for å skape eierskap, sørge for å få med alt, kvalitetssikre og skape et bedre styringsdokument.

Prosjektleder for kommuneplan og folkehelserådgiver sier kommunen ønsker folkehelse skal bli et tydelig gjennomgående tema i kommende kommuneplan. De ønsker å endre detaljeringsnivå i samfunnsdelen, få den mer strategisk og forankre andre planer i kommuneplanen. De tror ikke dagens kommuneplan blir brukt som styringsdokument slik det er tenkt. Kommuneoverlege tror ikke alltid planer blir brukt, han tror noen planer er mindre samkjørte og fungerer mer parallelt enn sammen. Folkehelserådgiver tror planer blir brukt om etater bruker kommuneplanens samfunnsdel som et overordna rammeverk.

Folkehelserådgiver mener levekår, kultur, oppvekst, barn og unge har vært flinke på dette.

Folkehelserådgiver opplever at skole har gjort det indirekte, et godt læringsmiljø bidrar også i et folkehelseperspektiv.

Prosjektleder for kommuneplan påpeker at fokusområdet folkehelse inkluderes i planstrategien der man ser hvordan folkehelse griper inn i alt vi gjør. Folkehelse, trivsel og

miljø er et av dybdeområdene i samfunnsdelen. Bærekraftig utvikling og helse, psykisk og fysisk, for alle er kommunens overordnede mål.

Kommuneoverlege og folkehelserådgiver mener folkehelse ble prioritert i planer ved deltakelsen i «sunn by». Har siden hatt bred tilnærming og løftet feltet ut av kommunehelsetjenesten. Før det brukte man begrepet «helse for alle». Fagleder mener folkehelse ble et hovedtema i kommuneplanens samfunnsdel i 2002. Fagleder og kommuneoverlege mener det er optimalt tilrettelagt for å få folkehelse inn i planer med kommunens organisering, da samfunnsplan inkluderer miljø og folkehelse. Fire medarbeidere på samfunnsplan har folkehelse som daglig arbeid og deltar i utviklingen av planer. Disse stillingene og prosjektleder for kommuneplan har tett samarbeid og jobber fysisk nært hverandre i samfunnsplan. Folkehelserådgiver og fagleder er i sekretariatet for kommuneplan. Folkehelserådgiver har oversikt over planprosesser, og rekrutterer ressurspersoner til rett planprosess for å ivareta folkehelseperspektivet. Folkehelse blir også inkludert ved at fagleder er representert i prosjektgruppa for planstrategiarbeidet.

Det skal i arbeidsdokument vurderes hvilke helsemessige og miljømessige konsekvenser planer får, dette kom inn med «sunn by». I forhold til reguleringsplaner er det en sjekklister i miljøplanen man skal igjennom. Der skal man se på rettferdighet og likebehandling, tilgjengelighet for alle, og vilkår for barn og unge innen fysiske aktiviteter. Folkehelserådgiver mener arealplanleggere gjør mye folkehelsearbeid, men ikke nødvendigvis bruker folkehelsebegrepet.

Kommuneoverlege påpeker at den viktigste planen for folkehelsearbeidet er økonomiplanen, å få saker forankret i økonomiplanen er strategisk folkehelsearbeid. I økonomiplanens tekstvedtak er sykkelbyen nevnt. Folkehelse er videre inkludert ved at oppgradering og sammenkobling av turvegnett, trafikk sikkerhet og tilrettelegging for sykkel er nevnt. Folkehelse er forankret i kommuneplan. Fagleder beskriver at kommunen forsøker å

nå kravet folkehelseloven stiller om planer for folkehelse, oversikt over faktorer og utfordringsnotat. Dette gjør kommunen på et overordnet nivå, men har god oversikt over lokale forhold. I dokumentet oppsummeringssamling til fylkesmannen står det at folkehelsegruppa har et system for oversiktsarbeidet, og at den skal være en ressursgruppe inn mot planarbeidet. Det står videre at tjenesteområdene skal videreformidle kunnskap om sine felt. Dette samarbeidet har resultert i en miljø- og folkehelseprofil, som oppsummering av hva kommunen har av data.

Folkehelserådgiver forteller at profilen beskriver hvorfor kommunen valgte satsningsområdene de har fastsatt i kommuneplanens samfunnsdel. I kommuneplanens samfunnsdel og i «sunn by» rapporten beskrives miljø- og folkehelseprofilen som et ledd i arbeidet med å skaffe oversikt over status i kommunen, og i arbeidet med å identifisere viktige faktorer som påvirker miljø og folkehelse. Kommuneplanens samfunnsdel beskriver:

Som medlem av Verdens helseorganisasjons europeiske nettverk av sunne byer og med utgangspunkt i nasjonal politikk (plan- og bygningsloven, folkehelseloven m.fl.) skal kommunen forankre dette arbeidet i strategiske planer og styringsdokumenter og gjøre det gjeldende for alle deler av virksomheten. «Sunn by» er en betegnelse for summen av kommunens arbeid med å fremme folkehelse, trivsel og miljø.

I kommuneplanens samfunnsdel står det at folkehelsearbeidet er forankret i folkehelseloven, «Helse 2020» og planstrategien. Oppsummeringsdokumentet beskriver at kommunens folkehelsearbeid er forankret i kommuneplanen.

5.2.3 Folkehelse som satsningsområde

Kommunen har fokus på barn, unge og tidlig innsats. Hovedfokus ligger på barn og unge, psykisk helse, trivsel på skolen, frafall i videregående skole, overganger i livet, kreft, vanskeligstilte og bostedsløse. Disse presenteres også i oppsummeringsdokumentet. Sosial ulikhet nevnes også som fokusområde av folkehelserådgiver, frem til nå på et generelt nivå.

Folkehelserådgiver forteller at fokusområdet ligger i kommuneplan men det er opp til tjenesteområdene hva de vil gjøre på området.

Kommuneoverlege mener folkehelsearbeidet rettes mot enkeltgrupper, som frisklivssentralens oppgaver. Rådmann mener kommunen har befolkningsrettet folkehelsearbeid og arbeid for risikogrupper, balanse er viktig. Fagleder og folkehelserådgiver mener de har et utpreget befolkningsrettet folkehelsearbeid, samtidig som de hjelper utsatte grupper. «Men det er jo ikke enten eller, det er jo å finne den der balansen» Rådmann – DSK.

Fagleder mener kommunen fokuserer på tilrettelegging for fysisk aktivitet og sunn livsstil, og at fokus og satsningsområder blant annet er ungdom, psykiske helse og miljørelatert arbeid. Fagleder mener de skal fokusere på utviklingen som skaper større helseforskjeller mellom folk, påpeker at det kan være vanskelig da næringsliv, inntekt og arbeidsmarked styrer dette i større grad enn kommunen. Generell politikk styrer dette mer enn lokalpolitikken.

I kommuneplanens samfunnsdel presenteres målet med folkehelsearbeidet som å bli et samfunn med gode og likeverdige livsvilkår for alle. Kommunen har to hovedmål, det første er at kommunen vil være et bærekraftig samfunn. Strategien kommunen har for å nå målet er folkehelsearbeid.

Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommuneplanens samfunnsdel - DSK

Dette kan nåes gjennom «et sunt bymiljø og god by-design». «Sunn by» tilbyr miljø som fremmer helse, trivsel, trygghet, sosial samhandling, lett mobilitet, stolthet og identitet for alle. Det andre hovedmålet er å være et samfunn med gode og likeverdige livsvilkår for alle. Dette kan nåes ved tilrettelegging for rettferdighet og likebehandling for alle i

kommunen, og redusere ulikheter i helse basert på kunnskap om lokale forhold. Generelle strategier kommunen har er bevisst samfunnsutvikling der det tilrettelegges for likeverdige livsvilkår for alle og arbeid for å redusere eksisterende ulikheter i helse og forebygge nye ulikheter gjennom kommunens tjenesteyting. Dette kan også nås ved å ha fokus på en sunn livsstil.

I planstrategien er to målgrupper tatt hensyn til barn og unge og vanskeligstilte boligsøkende. Folkehelseperspektivet fremmes godt i foreslåtte oppgaver for å oppnå nasjonale forventninger, ved at fylkeskommunen og kommunen ved planlegging styrker positive faktorer for helsen og svekker negative faktorer.

Folkehelseaktørene i kommunen har et samfunnsperspektiv, dette gjenspeiles i plasseringen i kultur og byutvikling. Individperspektivet blir ivaretatt i tjenestene. Kommunen har valgt å ha en positiv innfallsvinkel der de prøver å legge til rette for et samfunn som er robust og godt for de som bidrar til god folkehelse for befolkningen. Ansatte som jobber spesifikt med folkehelse har bred medvirkning i planarbeidet, bygger kompetanse og tilrettelegger for samarbeid.

Fagleder har overordnet leder og koordineringsansvar for folkehelse, men mener enhetene i kommunen har ansvar for folkehelseperspektivet i sine ansvarsområder. Fagleder vektlegger at noe av det viktigste man gjør i folkehelsearbeidet er å få bevissthet i ledelsen, ved rådmann, på direktørnivå og i politisk ledelse i forhold til folkehelse og miljø. «At de er klare over at de har et ansvar, og at når de gjør sine valg og prioriteringer så har dette konsekvenser for folkehelse og at det skal vær viktig, vektlegges da når de gjør sine valg»
Fagleder – DSK.

Rådmann mener folkehelsearbeid og forebyggende arbeid resulterer i det som ikke skjer og at folkehelse er alle faktorer som virker inn på hverdagen, ikke bare «helse». For å

jobbe godt må man ha kunnskap om utfordringer, analysere situasjonen og få et godt grunnlag. Rådmann mener folkehelse er inkludert i fagplaner og saksframlegg til politisk behandling. Rådmannen fremhever viktigheten av å jobbe på tvers, forankre folkehelse i planverket og organisasjonen. Det er viktig at tjenesteområdene som jobber med folkehelse har et forhold til folkehelse, ikke nødvendigvis under begrepet folkehelse men at de utfører jobben. Dette er et mål kommunen har. Rådmann synes de har kommet et godt stykke på veien på grunn av historien de har med folkehelsearbeid. Rådmann mener folkehelsekoordinatorstillingen er viktig, men viktigere for folkehelsearbeidet er at funksjonene til stillingen blir ivaretatt. Rådmann tror en av suksessfaktorene for folkehelsearbeid er at alle ledd i organisasjonen tar folkehelse inn i rutinene, og ikke oppfatter det som et felt ved siden av det daglige arbeidet.

Rådmann tror folkehelsebegrepet stopper på rektor/styrer nivå og at planer omkring folkehelse blir mindre brukt jo lengre ut i organisasjonen du kommer. Rådmann tror allikevel kommuneplanen indirekte blir brukt, målene blir operasjonalisert og tatt inn i sektorenes rammeplaner/fagplaner.

Prosjektleder for kommuneplan mener folkehelse skal påvirke alt kommunen gjør. Ansvarer ligger på alle i organisasjonen, men overblikket og koordineringsansvaret ligger på miljøvern sjefen, kommuneoverlegen, folkehelse rådgiver og folkehelsegruppa. Prosjektleder mener det er mye bra om folkehelse i kommuneplan, at organiseringen av arbeidet er bra, men det gjenstår en viktig jobb for å skape mer bevissthet rundt feltet, styrke forankringen i den daglige driften og jobbe for at flere får eierskap til feltet slik at organisasjonen jobber mer sammen.

Folkehelse rådgiver mener organiseringen av folkehelsearbeidet på byråkratisk nivå er godt, men ikke godt nok formidlet. Dermed kan det være vanskelig for tjenesteområder å se hvordan de bidrar til helheten. Folkehelsegruppa vil derfor jobbe for at etater skal se at jobben

de allerede gjør er folkehelsearbeid, og om de ser arbeidet i sammenheng med andre etaters arbeid vil organisasjonens folkehelsearbeid som helhet bli bedre. Kommunen var tidlig ute med bred tilnærming til folkehelse, hele organisasjonen var ikke deltakende i starten. I de senere år, spesielt etter folkehelseloven, har den brede tilnærmingen å arbeide og organisere etter blitt mer tydeliggjort som hensiktsmessig for alle i organisasjonen. Folkehelserådgiver tror de trenger flere kommuneplanperioder før kommunen er helt samkjørte på hva folkehelse er for dem.

Fagleder mener folkehelse er en samfunnssak som ikke bør forankres og begrenses til helsesektoren. Dette synet på folkehelse har kommunen hatt siden de ble en del av WHO's nettverk for sunne byer. «For folkehelse skapes alle andre plasser enn i helse sektoren. Og hvis du legger det i helsesektoren så går du jo glipp av det da, det enorme potensialet som ligger i alle de andre områdene» Fagleder – DSK. Kommuneoverlege fremhever også at folkehelse er en samfunnssak, at utdanning kanskje er det viktigste folkehelse tiltaket og at 90% av folkehelse tiltakene må skje utenfor helsesektoren. Kommuneoverlege mener frisklivssentraler er viktige men hovedsakelig en helsetjeneste. Kommuneoverlege påpeker at folkehelse skal være kollektivt, ikke individrettet arbeid. Kommuneoverlegen trekker fram tankene Petter Hjort hadde om helsefremming:

Han kan jo tenke seg at en person har en ball, som han skal skyve oppover et skråbrett så er det individuelle livsstilsfaktorer som den enkelte har ansvaret for, også kan samfunnet senke vinkelen så blir det bratt så det blir veldig vanskelig å trille sin ball oppover skråbrettet eller de kan gjøre det lett å trille ballen, og det er klart at, har du utdanning og kunnskap så gjør du mer, du har bedre grunnlag for å gjøre gode valg. Kommuneoverlege – DSK

Kommuneoverlege mener videre mye av folkehelsearbeidet er politikk som skjer utenfor kommunen, dette begrenser mulighetene innen folkehelsearbeid i kommunene og at ansvaret for folkehelsearbeid dermed ligger på regjeringsnivå. «Jeg syns jo det viktigste

folkehelsearbeidet skjer utenfor kommunen» Kommuneoverlege – DSK. Dette vurderes som mulig ansvarsfraskrivelse i diskusjonskapittelet.

Kommunen har prioritert å få folkehelse inn i politikken slik at det etterhvert kan gjennomsyre hele organisasjonen. Dette syns fagleder kommunen har lyktes godt med, men at det sannsynligvis varierer mellom etatene. Kommuneoverlegen mener kommunen er flinke til å få folkehelse i planer slik at det er gjennomgående, men tror de «smuldrer» opp utover i organisasjonen. Kommuneoverlegen tror ikke folkehelseperspektivet gjennomsyrrer hele organisasjonen. Kommuneoverlegen savner felles mål der bystyret tar ansvar og bevilger oppmerksomhet og økonomiske midler slik at alle tjenesteområdene bevist jobber sammen. Nå er det mer opp til enkeltpersoner å avgjøre hva de vil jobbe for. Det kan være positivt for tiltakssiden. Kommuneoverlegen mener samtidig de som utfører folkehelsearbeid har ansvar for det, som helsesøstre og friskliv. Kommuneoverlegen mener kommunen er gode på planarbeid rundt folkehelse, savner flere tiltak. «Organisatorisk så kan vi si at sterke ledere med fokus på det så driver du det igjennom og ut i de ytterste ledd, og jeg kan vel ikke si at vi er der enda» Kommuneoverlege – DSK. Kommuneoverlegen mener mye folkehelsearbeid blir gjort i organisasjonens arbeidslinjer og at det daglige folkehelsearbeidet er det viktigste og fortjener mer oppmerksomhet, ikke bare prosjekter.

I kommuneplanens samfunnsdel presenteres viktigheten av samsvar mellom kommuneplan, økonomiplan, område- og detaljregulering, konkrete handlingsplaner og tjenester innenfor de enkelte tjenesteområdene. Det må være sammenheng mellom forhold, politikk og praksis på alle nivå.

Kommuneplanens samfunnsdel presenterer grunnleggende prinsipper i folkehelsearbeidet som rettferdighet, likebehandling, langsiktighet, samarbeid, medvirkning og solidaritet. Praktisk folkehelsearbeid presenteres i form av fysisk tilrettelegging av

turløyper og sykkelveier. I rapport for «sunn by» presenteres noe av kommunens folkehelsearbeid gjennom frivilligsentralen, imøtekommende og inkluderende bymiljø.

5.2.4 Samarbeid

I rapport for «sunn by» presenteres folkehelsearbeidet gjennom deltakelse i «sunn by» og bruk av strategien «Helse 2020». Det poengteres at god og helhetlig ledelse er en forutsetning for godt folkehelsearbeid. Å være medlem av WHO's «Sunne byer» innebærer fire punkter. Helse og miljø som overordnede verdier for kommunens arbeid, dette vises i kommuneplanen. Tverrsektoriell styringsgruppe, her representeres rådmann, ordfører, formannskap, næringsliv, lag og organisasjoner. En egen organisasjon med tilstrekkelige ressurser, derav plasseringen av folkehelse i samfunnsplan. Støtte og deltakelse fra næringsliv og frivillige organisasjoner, dette gjøres i forum for «sunn by».

Kommunen vil implementere «Helse 2020» ved å ha rettferdighet og likebehandling som hovedprinsipp og hovedstrategi for arbeidet med redusering av ulikheter i helse, styrke ledelse og bred medvirkning i helsefremmende arbeid, ha et livsløpsperspektiv, skape robuste samfunn og støttende miljøer, og arbeide gjennom partnerskap og jobbe etter «felles mål – delt ansvar». Kommunen er en del av WHO's norske nettverk «sunne kommuner», deltar der i flere nettverksgrupper.

Kommunen skal tilby forhold og muligheter som fremmer sunn livsstil og forebygger livsstilssykdommer gjennom økt bruk av lokale partnerskap og befolkningsbaserte tiltak. (...) Bevisst politikk, god planlegging og målrettet tilrettelegging bidrar i stor grad til en aktiv og sunn befolkning.

«Sunn by» rapport – DSK

Rådmann fremhever kommuneoverlegen som en kunnskapsrik person som ser de lange linjene i folkehelse med et holistisk syn, mener kommunelegen har bidratt til å fremme og løfte folkehelsearbeidet i kommunen. Kommunelegens brennende engasjement for folkehelse og fokus utover det medisinske og på årsaksfaktorer er spesielt og positivt for

folkehelsearbeidet. Under intervjuet med kommuneoverlege kommer det tydelig frem at personen har gode kunnskaper om hvordan internasjonalt folkehelsefokus startet på 70-tallet, og har god forståelse av folkehelse som felt.

Fagleder mener folkehelsesamarbeid med sektorer kan være personavhengige. Samarbeidet og kvaliteten på arbeidet avhenger av hvem de får kontakt med og får med i folkehelsegruppa. I planstrategien står det at kommunen som organisasjon og ikke sektorer alene har ansvaret for å fremme befolkningens helse. Folkehelsearbeidet skal være helhetlig og tverrsektorielt. Det står videre at folkehelsearbeid for kommunen er summen av iverksettingen og oppfølgingen av planer og strategier. Rådmann mener folkehelsegruppa er et viktig samarbeid for folkehelsearbeidet, medlemmene er effektive og har pågangsmot. Fagleder har ansvaret for folkehelsegruppa, folkehelserådgiver leder og koordinerer gruppa. Folkehelsegruppa er ei tverrfaglig administrativ gruppe sammensatt fra alle tjenesteområdene, spesielt fra stabsenhetene. Økonomi og organisasjon deltar ikke. Deltakerne sitter nær leder- og direktørnivå og har nødvendig mandat og myndighet til å representere tjenesteområdene slik at de kan ta beslutninger i fellesskap. Folkehelsegruppa er forankret i og har nødvendig autorisasjon fra rådmanns ledergruppe. Det tror fagleder er viktig.

Folkehelsegruppa skal i hovedsak jobbe med oversiktsarbeid. De skal også melde inn fokus og prioriterte innsatsområder til kommuneplan og overordna planverk, peke på tiltak ved avvik, utarbeide handlingsplaner, formidle kunnskap, hente informasjon til oversiktsarbeidet fra tjenesteområdene og se helheten. Folkehelsegruppa ser et behov for og har ambisjon om å formidle hvordan enhetenes arbeid bidrar til helhetlig folkehelsearbeid og hvordan tjenesteområdene kan benytte hverandres ressurser. Folkehelserådgiver fremhever viktigheten av samarbeid mellom kommune, innbyggere, næringsliv, organisasjoner, foreninger og andre eksterne.

Rådmann mener gruppa er viktig fordi den er tverrsektoriell og tjenesteområdene får utfordret hverandre, utvekslet erfaringer og får felles utfordringsbilde. Rådmann fremhever at kommunen har flinke folk som jobber på tvers og dette har påvirket det positive resultatet i folkehelsearbeidet. Kommuneplanlegger fremhever også folkehelsegruppa, og sier mer samarbeid er likt bedre folkehelsearbeid. Fagleder mener folkehelsegruppa er et veldig viktig samarbeid for folkehelsearbeidet fordi det inkluderer alle tjenesteområdene. Dette gir helhetlig og regelmessig folkehelsearbeid. Kommuneoverlege fremhever folkehelsegruppa som det etablerte samarbeidet rundt folkehelse. Folkehelserådgiver fremhever folkehelsegruppa som viktig for folkehelsearbeidet og utfordrende fordi ulike fagmiljøer sitter med sine primæroppgaver. Kommunen deltar i et interkommunalt samarbeid rundt miljørettet helsevern som er organisert i fylkets brann og redning. Samarbeidet dekker mange områder som har betydning for folkehelse.

Som tidligere nevnt deltar kommunen i WHO's nettverk for «sunne byer» og WHO's norske nettverk for «sunne kommuner». «Sunne kommuner» er et nettverk på 20-25 kommuner og fylkeskommuner. Nettverket møtes regelmessig for å jobbe med helsefremmende og forebyggende tiltak. I nettverkene utveksles erfaringer om blant annet tiltak, organisering og forankring.

I «sunn by» rapporten står det at alle tjenesteområdene bidrar til miljø og folkehelsearbeidet. Rapporten beskriver formålet med forum for «sunn by» likt som i intervjuene: erfaringsutveksling, informasjonsutveksling, kompetansebygging og å inspirere samfunnsaktører til nye samarbeid for bedre miljø og folkehelse. Forum for «sunn by» samler politikere, administrasjon, råd, frivillige lag og organisasjoner og næringsliv til tverrsektorielt samarbeid. Resultatenhetene i kommunen er godt representert i forumet. Samfunnsplan koordinerer forumet som ledes av fagleder. Samfunnsplan får sjelden innspill til saker fra deltakerne selv om det er et stort forum der inntil 25 aktører møtes, og paraplyorganisasjoner

deltar på vegne av flere. Fra kommunen deltar blant annet folkehelsegruppa, representanter fra formannskap og ordfører. Det diskuteres hvordan samfunnsaktørene kan løfte folkehelse opp på dagsorden. Fagleder tror deltakerne setter pris på forumet da de får møtt representanter fra forskjellige felt og diskutert felles problemstilling. Dermed skapes en tverrfaglig debatt. Fagleder mener forumet kan generere nye enkeltsamarbeid mellom aktører og er viktig for folkehelsearbeidet.

Så det er litt av det som er formålet med det forumet der, og det gir jo en mye bredere forståelse for hva dette med folkehelse egentlig er, og hvilken rolle jeg fra mitt ståsted kan ha i dette arbeidet. Hva det betyr det vi holder på med for samfunnet og for folkehelse. Fagleder for miljø og folkehelse – DSK

At det ikke er, tenker at det er viktig at folkehelse ikke er noe kommunen driver med, men det er på en måte noe som aktører, som samfunnsutviklere driver med da, og det er mange aktører som er ansvarlig for det å utvikle et samfunn, kommunen er en viktig aktør men vi kan ikke, vi kommer ikke i mål alene, vi er helt avhengige av samarbeid og ofte så er det på en måte bare vi som skal. Det er ikke vi som skal eie alt heller, ofte er det andre som skal eie prosjektene så skal vi rådgi heller.

Folkehelserådgiver – DSK

Kommunen har kun forum for «sunn by» som etablert samarbeid, men deltar i enkeltprosjekt med eksterne aktører om det gagnar folkehelsearbeidet.

Rådmannen nevner at fylkesmannen har arrangert erfaringskonferanser for å øke folkehelseengasjementet. Fylkeskommunen arrangerer «partnerskap for helse». Det er ikke et direkte samarbeid mellom kommunene, men skaper en arena for å møtes og bygge nettverk for utveksling av ideer og erfaringer. «Partnerskap for helse» blir beskrevet i «sunn by» rapporten. Partnerskapet krever at kommunen skal fremme folkehelsen med de oppgaver og virkemidler kommunen er tillagt, medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter, ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og over påvirkningsfaktorer for helsetilstanden. Oversikten skal være skriftlig og et grunnlag for

kommunens planstrategi og kommuneplanarbeid. Kommunen skal videre iverksette nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringene, gi informasjon, råd, veiledning om hva den enkelte kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom. Kommunen samarbeider med fylkeskommunalt ansatte i enkelt saker da de sitter med kunnskap på et mer overordnet nivå.

I «sunn by» rapporten presenteres næringsliv, frivillige lag og organisasjoner som betydningsfulle aktører for helse, trivsel og miljø. Rådmann mener kommunen samarbeider med lag og organisasjoner angående folkehelsearbeidet, men at samarbeidet med næringslivet er mindre etablert. Fagleder beskriver etablering av samarbeid med næringslivet som mer utfordrende enn med andre, men at samarbeid forekommer.

Folkehelserådgiver nevner levekår, oppvekst, barn og unge, og til dels skole og kultur som flinke med tverrfaglig samarbeid. Teknisk, park, friluftsliv, idrett og plan har ifølge folkehelserådgiver forbedringspotensial.

5.3 Oppsummering

Begge kommunene har folkehelsekoordinatorfunksjonene i utviklingsavdelingen. Med forskjellig detaljeringsgrad inkluderes folkehelseperspektivet i planverket. De har interne og eksterne samarbeid, dog i noe forskjellig dimensjon. Tverrfaglighet i folkehelsearbeidet verdsettes høyt. Begge kommunene har over lengre tid hatt et sterkt fokus på å skape en felles folkehelseforståelse i organisasjonen og å forankre perspektivet på alle nivå, og har i forskjellig grad lyktes med dette.

6.0 Diskusjon

I denne delen vil funnene fra intervjuene og dokumentanalysene bli diskutert med en organisasjonsteoretisk tilnærming, med et instrumentelt og kulturelt perspektiv. Funnene vil også bli sett i sammenheng med teori om tverrfaglig samarbeid og tidligere forskning.

Kommunenes organisasjonsoppbygging viser en hierarkisk oppbygging slik det instrumentelle perspektivet mener er hensiktsmessig i en organisasjonsstruktur (Christensen et al., 2004). Kommunene har ulike stillingsnivåer i forvaltningshierarkiet. Hierarkiet gjenspeiles også gjennom at begge kommuner har overordnet ansvar for folkehelse plassert på rådmannsnivå – det høyeste nivået i hierarkiet. Begge kommunene har rådmannsstab som styringsgruppe for folkehelsearbeidet. Her sitter direktører som de kalles i DSK og avdelingsledere som de kalles i DLK. Disse stillingene er alle plassert på hierarkisk stillingsnivå rett under rådmannen.

I følge instrumentelt perspektiv kan det å ha forskjellige stillingsnivåer være styrende for hvordan organisasjonens arbeid foregår og hvordan aktørene arbeider. Aktørene jobber etter føringer som organisasjonsstrukturen pålegger dem (Christensen et al., 2004; Lauvås & Lauvås, 2004; Hatch, 2001). I studien er det gjort intervjuer med aktører fra ulike stillingsnivåer og fra forskjellige etater. Kommuneoverlege er plassert i levekår i DSK og i helse/omsorg i DLK. Rådmann er plassert over sektornivå. Resterende informanter er plassert i kultur og byutvikling i samfunnsplan i DSK og i drift/utvikling i utviklingsavdelingen i DLK. At aktørene i organisasjonen påvirkes og disiplineres av hvilket stillingsnivå de jobber ved ser vi tegn på i begge kommunene. Informantene var beviste sin stillingsplassering, ansvar, arbeidsoppgaver og hvilke muligheter de hadde i stillingen. Under intervjuene fordelte de også ansvaret for folkehelsearbeidet på samme måte. Det kan tyde på at stillingenes ansvar er tydelig fordelt og formidlet. Dette stemmer overens med hvordan instrumentelt perspektiv

ser organisasjonen, der hierarkisk oppbygging regulerer stillinger og hvilke muligheter de har (Christensen et al, 2004; Lauvås & Lauvås, 2004; Hatch, 2001).

Ved å se på kommunene med et instrumentelt perspektiv går man ut i fra at alle aktører i organisasjonen og organisasjonen som helhet jobber formålsrasjonelt mot de politiske målene som er utarbeidet og vedtatt for folkehelsefeltet (Christensen et al., 2004). Under intervjuene hadde alle informantene en formening om hvilke fokus og satsningsområder kommunen deres jobber med i folkehelsearbeidet. Det som står i kommunenes planer og dokumenter stemmer overens med det informantene belyste som fokusområder. Alle informantene hevder de ansatte jobber mot klare folkehelsemål. Dette kan tyde på at de kommunale aktørene jobber formålsrasjonelt slik det instrumentelle perspektivet påpeker at aktører i organisasjoner gjør.

Et interessant funn fra intervjuene var at rådmennene i kommunene hadde overordnet oversikt over fokus og satsningsområdene i folkehelsearbeidet, men at det i begge kommunene var denne stillingen som hadde minst kontroll på målene for folkehelsearbeidet. Dette kan samsvare med organisasjonens hierarkiske oppbygging, og at nivåplassering legger forskjellige arbeidsoppgaver og føringer til forskjellige stillinger og nivåer (Christensen et al., 2004; Hatch, 2001). At rådmennene har overordnet oversikt over folkehelsearbeidet samsvarer med at de har det overordnede ansvaret i kommunen. Dette ansvaret har de tatt stilling til og ansvar for, men ikke i like stor grad til det daglige arbeidet med folkehelse. Det kan være en indikator på at kommunen ikke har en veldig utpreget sentralisering (Hatch, 2001). Ut fra den hierarkiske organisasjonsoppbyggingen og det nivået stillingen deres ligger på skal rådmennene ha det overordnede ansvaret og være en deltakende aktør i styringsgruppen for folkehelsearbeidet i kommunen. Derfor kan det være mer naturlig for rådmennene enn for andre informanter under et slikt intervju å svare på spørsmål om fokus og satsningsområder på et overordnet nivå.

I intervjuet med kommuneoverlege i DSK kom det frem at ikke alle syns kommunen jobber så formålsrasjonelt som det instrumentelle perspektivet mener organisasjoner gjør. Kommuneoverlegen synes ikke kommunen satser bevist gjennom hele organisasjonen på målene, men at det er opp til enkeltpersoner å bestemme hva de vil fokusere på. Dette kan diskuteres som om aktørene har egne, uformelle mål og samarbeid i folkehelsearbeidet. Om dette er tilfelle er folkehelsearbeidet avhengig av den enkelte aktørs engasjement (Lauvås & Lauvås, 2004). Kommuneoverlegen savner at det fra øverste nivå i kommunen prioriteres felles mål for hele organisasjonen med økonomiske virkemidler tilgjengelig (Aadland & Wergedahl, 2011). Dette kan betraktes som et motstridende funn til hvordan det instrumentelle perspektivet mener organisasjoner og aktører i organisasjonen til enhver tid jobber formålsrasjonelt mot de politiske målene som er satt på dagsordenen (Christensen et al., 2004). Kommuneoverlege mener samtidig mye av ansvaret for folkehelsearbeid ligger på regjeringnivå. Dette kan diskuteres som en form for ansvarsfraskrivelse. Det kan også være et uttrykk for at kommuneoverlege mener regjeringen legger mye føringer og begrensninger for det kommunale folkehelsearbeidet.

Kommunelegens inntrykk av lite folkehelsesatsning fra øverste hold kan knyttes til hvordan perspektivet ser på styring i organisasjoner. I følge perspektivet skal organisasjonens ledelse mestre både sosial og politisk kontroll samt at den skal kunne ta rasjonelle kalkulasjoner. Dersom ledelsen har bedre kontroll på de rasjonelle kalkulasjonene enn på sosial og politisk styring mener perspektivet de kan få vanskeligheter med å gjennomføre tiltak. Kanskje har kommunen opplevd denne utfordringen siden det ikke prioriteres økonomiske virkemidler, men prates positivt om og tiltak på feltet frontes (Christensen et al., 2004; Alvesson, 2002). Man kan også diskutere om toppledelsen prioriterer folkehelse så høyt som de gir inntrykk for siden kommuneoverlege opplever at det ikke prioriteres med økonomiske virkemidler. Her kan det diskuteres om mål-middel fokuset ikke er utpreget i

kommunens arbeid eller om det er folkehelsefeltet som opplever denne type utfordringer med sine langsiktige, noe generelle og sektorovergripende mål. Det må tas i betraktning at oppfatningen kommuneoverlegen hadde ikke kom frem under intervjuene med de andre informantene i DSK. Som motargument til kommuneoverlegens inntrykk formidlet rådmann at ledelsen ser utfordringen med dyktige og engasjerte fagfolk, mot et økonomisk rammeverk som ikke har rom til å inkludere alle faglige ønsker. Rådmann ønsker et godt folkehelsearbeid, og ønsker å bruke økonomiske virkemidler på arbeidet, men sier det må prioriteres i et innstrammet budsjett. Rådmannen påpeker at de prøver å møtes på midten når det gjelder de faglige ambisjonene og de økonomiske rammevilkårene.

Den formålsrasjonelle arbeidsmetoden det instrumentelle perspektivet fremhever kan også til en grad knyttes til kommunens planer og bruken av planene (Christensen et al., 2004). Kommunene jobber meget godt og strukturert for å få folkehelse inkludert i planene. I begge kommunene blir folkehelsekoordinator og folkehelserådgiver trukket frem som deltakende i planleggingsprosesser for å ivareta inkluderingen. Dette er positivt da tidligere forskning har avdekket at flertallet av norske kommuner ikke inkluderer folkehelsekoordinator eller kommuneoverlege i planleggingsprosessene (Schou et al., 2014). I DLK blir også kommuneplanlegger trukket frem som veldig opptatt av og flink til å inkludere folkehelse i planer. Kommuneplanlegger har jobbet for at planer skal brukes, ikke bare lages. Dette er med på å underbygge det formålsrasjonelle i perspektivet (Christensen et al., 2004). DLK får folkehelse inn i planene og jobber aktivt for å gjøre planene så konkrete og håndfaste som mulig. Slik mener aktørene planene blir enklere å følge, og man kan nå de politiske målene som er vedtatt for folkehelsearbeidet. Prosjektleder for kommuneplan i DSK har et nært informasjonssamarbeid med folkehelserådgiver, folkehelsegruppa og fagleder for å inkludere folkehelseperspektivet i kommuneplan. Inkludering av folkehelseperspektivet i begge

kommunenes planer er strukturert og planlagt med mål om å nå de politiske mål som er satt for folkehelsearbeidet.

Aktørene i DSK tror ikke kommuneplanens samfunnsdel og andre planer blir brukt slik de er tenkt. Folkehelserådgiver tror temaplaner blir brukt dersom kommuneplanens samfunnsdel blir brukt som styringsdokument. Folkehelserådgiver og prosjektleder for kommuneplan påpeker at de vil revidere samfunnsdelen slik at den blir mer konkret og strategisk, og dermed enklere å bruke som styringsdokument. Dette kan være et eksempel på hvordan de jobber formålsrasjonelt mot målet om å få flere aktører i kommunen til å jobbe aktivt med folkehelsearbeid. Får de et bedre styringsdokument vil de jobbe bedre for å nå målene for folkehelsearbeidet.

I DLK kommer det formålsrasjonelle godt frem ved at de i planstrategien påpeker viktigheten av politisk forankring av planer. Dette kan knyttes til arbeidet for å nå politiske mål i det formålsrasjonelle arbeidet det instrumentelle perspektivet påpeker (Christensen et al., 2004). Strategiplanen presiserer videre at kommuneplanen er det overordnede styringsdokumentet i kommunen. Kommuneplan skal være fremtidsrettet, oppfordre og tilrettelegge for utvikling gjennom mål og visjoner. I planene kommunen utvikler ligger alt til rette for at planer skal brukes på en god måte for å nå de politiske målene som er satt. Informantene bekrefter at kommunen er gode på å få planer brukt i praksis, spesielt kommuneplanens samfunnsdel. Samtidig er folkehelsekoordinator tydelig på at kommunen ikke er perfekt, også i denne kommunen blir planer brukt i forskjellig grad.

Slik situasjonen er i kommunene nå blir planene som utvikles for folkehelsearbeidet ifølge informantene brukt, men i forskjellig grad. Det kan være et utfordrende funn til den formålsrasjonelle arbeidsmetoden ved at kanskje ikke hele organisasjonen jobber fullt så formålsrasjonelt med folkehelsearbeidet som perspektivet formoder. Trolig tar ikke alle etater beslutninger på bakgrunn av hvordan det best kan tjene kommunens helhetlige

folkehelsearbeid. Dette kan være en indikator på at folkehelse som sektorovergripende arbeid som påvirker de fleste etater på et overordnet generelt nivå ikke blir hovedprioriteringen. Det sektorovergripende folkehelsearbeidet kan skape utfordringer rundt eierskapet til folkehelse. Alle etater har ansvar, men ingen eier arbeidet mer enn andre. Det kan derfor være utfordrende å inkludere det i planer og følge opp målene. Det kommer derimot frem under intervjuene med DSK at selv om de ikke tror alle planer blir brukt slik de er tenkt, tror de etater ubevisst bruker mye av kommuneplanens samfunnsdel ved at den blir operasjonalisert og indirekte brukt i etatenes planer.

Den varierende bruken av planer kan også skyldes at organisasjonene ikke har kommet helt i mål med å få felles syn på folkehelse og folkehelsearbeid i alle ledd. Dette fører oss over til å belyse organisasjonen med kulturperspektivet.

I intervjuene kom det frem at begge kommunene jobber aktivt for å skape et fellesskap rundt folkehelsearbeidet. I DLK forteller kommuneoverlege at de har jobbet med modellen «helsegryta». De har brukt modellen for å skape felles forståelse rundt forskjellen mellom forebyggende og helsefremmende arbeid, og for å poengtere hvor kommunen skal fokusere i folkehelsearbeidet. Informantene fremmer at folkehelsearbeid må utføres i alle nivå av organisasjonen, og ved å skape en felles forståelse vil de enklere kunne jobbe helhetlig og målrettet. Denne tankegangen stemmer overens med det kulturelle perspektivet som påpeker at fellesskapet en organisasjonskultur skaper kan være avgjørende for om organisasjonen når målene de har satt seg. Med felles definisjon av folkehelsearbeid, verdier og normer jobber organisasjonen mer helhetlig for å nå politisk vedtatte mål. Dersom de utvikler felles forståelse vil kommunen være en instrumentell organisasjon med institusjonelle trekk, og vil ifølge det kulturelle perspektivet være bedre mottatt i samfunnet enn en ren instrumentell organisasjon (Christensen et al., 2004; Bang, 2011; Hatch, 2001). Alle informantene i DLK opplever at folkehelseperspektivet er integrert i de fleste sektorer. Dette kan være en indikator

på at kommunen har utviklet en form for organisasjonskultur, gjennom nivået felles normer og verdier (Schein, 1987). Samt et fellesskap rundt folkehelsearbeidet, som ifølge det kulturelle perspektivet gjør at de har bedre forutsetninger for å jobbe helhetlig mot de politiske målene. Dette og kommunens hierarkiske oppbygging tyder på at de er en instrumentell organisasjon med institusjonelle trekk.

I DSK har de også hatt fokus på at alle nivåer og ledd i organisasjonen skal ha folkehelseperspektivet i arbeidet de gjør. Rådmann påpeker at det er viktig at folkehelseaktører i det praktiske har et likt forhold til folkehelsebegrepet. I likhet med DLK har DSK fokus på at de oppnår et bedre og mer helhetlig folkehelsearbeid om alle ledd og nivå i organisasjonen har den samme forståelsen for folkehelse og folkehelsearbeidet. Dette kan man diskutere som om de er ute etter å skape et folkehelsefelleskap som stemmer overens med det kulturelle perspektivet (Christensen et al., 2004). Folkehelserådgiver påpeker at folkehelsegruppa jobber aktivt for at alle etatene skal se sitt arbeid i sammenheng med andres, og se hvordan de sammen bidrar til et helhetlig folkehelsearbeid. Folkehelserådgiver tror om aktørene ser hvordan de jobber sammen vil dette påvirke helheten positivt. Dette kan sees på som samsvarende med det kulturelle perspektivet og dets syn på en organisasjon som er samkjørte angående perspektivet (Christensen et al., 2004).

Man kan diskutere om kommunene jobber mest aktivt i samsvar med det kulturelle perspektivet, men også at dette kan skyldes at de allerede har en veletablert og fungerende organisasjonsoppbygging som stemmer overens med det instrumentelle perspektivet. Organisasjonsoppbyggingen kan oppleves som innarbeidet, mens fokuset på fellesskap rundt folkehelsearbeid kanskje krever mer arbeid. De jobber parallelt med begge perspektiv men kommunene er kanskje kommet lengre med det strukturelle enn det kulturelle, dermed krever dette mindre av aktørene. Kan en velfungerende organisasjonsoppbygging og formålsrasjonelt arbeid være grunnlaget for et bra folkehelsearbeid som det instrumentelle perspektivet mener,

og det kulturelle perspektivet med fokus på fellesskap i organisasjonen være en videreutvikling av dette arbeid. Både den veletablerte og velfungerende organisasjonsoppbyggingen, og fokuset kommunene har på folkehelseperspektivet i organisasjonskulturen kan forklares ved å se på kommunens folkehelsehistorie.

Begge kommunene har en historie med folkehelsearbeid som går lengre tilbake enn etableringen av folkehelseloven. Kommuneoverlege i DLK påpeker at dagens folkehelseresultater ikke kan krediteres dagens folkehelsearbeid men gårsdagens. Kommunen var på nittitallet en MIK-kommune, en «helse i plan» kommune og jobbet med en helsevernsentral. Det resulterte i at en arbeidsgruppe allerede i 1994 påpekte at kommunen trengte en pådriverrolle for forebyggende arbeid plassert hos en person, sentralt og sektorovergripende. Konklusjonene deres stemmer alle overens med det instrumentelle perspektivets syn på organisering og ansvars plassering (Christensen et al., 2004). Siden arbeidet var sektorovergripende fikk rådmannen allerede da det overordnede ansvaret for folkehelse. Her kommer den hierarkiske oppbyggingen frem. Det kan også diskuteres som en start på et folkehelsefokus som kan ha resultert i dagens folkehelsefokus og folkehelsearbeid i kommunen, gjennom å oppnå felles verdier og normer (Schein, 1987). Kanskje var dette starten på fellesskapet rundt det sektorovergripende folkehelsearbeidet som er i tråd med det kulturelle perspektivet.

DSK har i likhet med DLK jobbet med folkehelsearbeid i flere år. Kommunen ble i 1991 medlem i «Sunne byer» nettverket, i sammenheng med en valgkamp. Her bekreftes igjen den formålsrettede arbeidsmetoden, da de jobber aktivt for å nå politiske mål. Etter et par år som selvstendig kontor ble «sunn by» tatt inn i kommuneorganisasjonen i 1998, de oppdaget at arbeidet med samfunnsutvikling burde lokaliseres der politikktutviklingen foregikk. Dette kan samsvare med at fysisk avstand er en utfordring for koordinering av samarbeid (Jacobsen, 2004). Det kan også knyttes til det formålsrasjonelle arbeidet mot å nå

politiske mål som det instrumentelle perspektivet fremmer (Christensen et al., 2004). Det kan også vurderes om den strukturelle kompleksiteten med en ekstern horisontal dimensjon i tillegg til de vanlige ble for krevende, kanskje grunnet kommunikasjonsmangel (Hatch, 2001). Etter denne perioden ble folkehelse mer og mer inkludert i kommunens planer.

Det at DLK har og har hatt et bra folkehelsearbeid i mange år krediterer både folkehelsekoordinator og rådmann kommuneoverlegen som har jobbet aktivt for å bedre folkehelsearbeidet. Det at kommuneoverlege har vært aktiv og betydningsfull for forankringen av folkehelsearbeidet kan vi diskutere som styringsformen det kulturelle perspektivet fremhever (Christensen et al., 2004). Det kan tenkes at kommuneoverlege har hatt stor påvirkning i organisasjonen fordi han er en sosial leder. Det kan også diskuteres om kommuneoverlegens stilling er plassert så høyt i den hierarkiske stillingsoppbyggingen, at påtrykk herfra vil ha både organisatorisk og kulturell myndighet og dermed store påvirkningsmuligheter. Organisasjonsteorien beskriver at det kan være enklere å ha den kulturelle ledelsen om man også sitter høyere hierarkisk (Alvesson, 2002; Christensen et al., 2004).

Også i DSK blir kommuneoverlege fremhevet som pådriver for at kommunen er kommet så langt med folkehelsearbeidet. Kommuneoverlegens langsiktige og helhetlige fokus på folkehelse poengteres som positivt for kommunens folkehelsearbeid. Fagleder er også pådriver for folkehelsearbeidet som er gjort i kommunen. Fagleder påpeker videre at det er tidligere sektorledere for helse og teknisk, som har motivert og inspirert nåværende fagleder og kommuneoverlege med sitt engasjement for folkehelsearbeid på tvers av sektorer. Med dette kan man diskutere om nåværende kommuneoverlege og fagleder er sosialisert inn med et engasjert syn på folkehelsearbeidet av tidligere sektorledere. Dette kan forklares med det kulturelle perspektivet og dets fokus på normer og verdier som synes gjennom aktørenes meninger og handlinger (Christensen et al., 2004; Glavin & Erdal, 2013; Schein, 1987).

Perspektivet fokuserer også på hva som integrerer medlemmene. Her kan man tenke at tidligere medlemmer har integrert nye medlemmer ved å spre sine oppfattelser av hva som er viktig i folkehelsearbeid videre til dem og derav etablert starten på et fellesskap rundt folkehelse (Christensen et al., 2004; Schein, 1987). Kanskje har de jobbet så lenge med folkehelse at perspektivet er integrert i de grunnleggende antakelsene deres (Schein, 1987).

Et folkehelsefellesskap fører diskusjonen videre til samarbeid i kommunene. Begge kommunene deltar i flere samarbeid rundt folkehelsearbeidet. I begge kommunene presenteres hovedsakelig interne samarbeid, interkommunale samarbeid og nettverkssamarbeid. I DLK deltar folkehelsekoordinator i et interkommunalt og regionalt samarbeid med flere folkehelsekoordinatorer. Samarbeidet har egen regional folkehelsekoordinator. Dette oppleves som et nettverk der de får faglig utbytte og utvikling. Dette kan være en arena der folkehelsekoordinatorene som jobber forholdsvis selvstendig i kommunene får mulighet til å møte kolleger fra andre kommuner, og får innspill fra likesinnede med samme arbeidsoppgaver. Dette kan skape en trygghet i folkehelsekoordinatorenes arbeidshverdag og skape et fellesskap mellom folkehelsekoordinatorene. Dette kan påvirke folkehelsearbeidet i kommunen og regionen positivt, og kan derav ha positiv påvirkning på folkehelseprofilens resultater. DSK deltar ikke i slikt samarbeid, men deltar i fylkeskommunens «partnerskap for helse». Det gjør også DLK. Partnerskapet er en arena der kommunene har mulighet til å bygge nettverk. Både folkehelsekoordinator i DLK og folkehelserådgiver i DSK verdsetter nettverksbygging og tror det er positivt for folkehelsearbeidet. Det at personer som jobber direkte og med myndighet rundt kommunenes folkehelsearbeid ser viktigheten og betydningen av nettverksbygging for å skape kapabilitetsutvikling i kommunene, kan gi større mulighet for positiv utvikling i folkehelsearbeidet.

Om vi fortsatt ser på organisasjonene med et kulturelt perspektiv vil det å jobbe tverrfaglig med folkehelsearbeidet muligens kunne bidra til et fellesskap rundt

folkehelsefeltet, da ansvaret ikke ligger kun til en etat eller stilling. Dette er begge kommunene opptatte av. DSK har valgt å ikke ha folkehelsekoordinator stilling. DLK har folkehelsekoordinator. Begge kommunene har allikevel valgt å plassere folkehelsekoordinator eller dens funksjoner høyt i stillingshierarkiet. Begge er plassert i en stabsenhet, ikke i en resultatenhet. Plasseringen kan kommunene ha valgt på grunn av at de i likhet med det instrumentelle perspektivet mener det i stillingshierarkiet ligger ansvars plassering (Christensen et al., 2004). Med denne ansvars plasseringen bør det også diskuteres om det skapes avstand til det faktiske arbeidet som påvirker resultatene i folkehelseprofilen. Det blir i intervjuene med DSK beskrevet at de ikke vil låse funksjonene til en stilling men vise at folkehelsearbeid og ansvaret det medfører skal fordeles utover hele organisasjonen. I intervjuene med DLK kommer flere av de samme meningene frem. De poengterer at folkehelsekoordinator har det overordnede ansvaret for folkehelsearbeidet, men at ansvaret må ligge på organisasjonen som helhet og at folkehelsearbeidet i praksis gjennomføres i alle sektorer.

Samtlige informanter i DLK opplever at kommunen er kommet godt i gang med arbeidet, eller allerede har folkehelseperspektivet gjennomgående i hele organisasjonen. Rådmann tror det kan være en av suksessfaktorene for godt folkehelsearbeid i kommunen. Her har de muligens klart å skape et fellesskap rundt folkehelseforståelsen og folkehelsearbeidet. Som nevnt før fokuseres det også i DSK på å få folkehelseperspektivet gjennomgående i hele organisasjonen. Rådmann påpeker at folkehelsearbeidet ikke nødvendigvis trenger å bli kalt folkehelsearbeid, men at arbeidet må gjøres. Dette samsvarer med synet kommunen har på folkehelsekoordinatorstillingen og hvordan de har fordelt dens funksjoner på flere stillinger i samfunnsplan. Det belyser også utfordringen med at ingen sektorer eier folkehelse mer enn andre. Mange utfører folkehelsearbeid men er kanskje ikke beviste på at det er folkehelsearbeid, og benevner det ikke som folkehelsearbeid.

Det å ha en folkehelsekoordinator er utbredt i norske kommuner (Riksrevisjonen, 2015). Det å plassere stillingen på et administrativt nivå vil ha positive effekter for etablering av samarbeid på tvers av sektorer, det kan man si begge kommunene i denne studien har oppnådd (Hagen et al., 2015). Ingen av kommunene har plassert stillingen eller funksjonene på rådmannsnivå. Kun et fåtall norske kommuner har valgt en slik plassering, 28% i 2014 (Riksrevisjonen, 2015). Derimot har begge kommunene plassert stillingen eller funksjonene i kommunens utviklingssektor. Folkehelserådgiver i DSK påpeker at når stillingene er plassert i stabsenhet slipper stillingene å tenke på å produsere daglige og synlige resultater. De kan konsentrere seg om å utvikle samfunnet og kommunens folkehelsearbeid med et langsiktig perspektiv. Kommuneoverlege i DSK er på det grunnlaget fornøyd med plasseringen av folkehelsearbeidet i samfunnsplan. I kultur og byutvikling jobber de på et overordnet nivå og det er i samfunnsplan de overordnede planene utvikles. Det er derfor en fin plassering for å inkludere folkehelse i kommunens planer. Kommuneoverlegen i DLK syns samarbeidet mellom plan og folkehelse har blitt bedre etter folkehelsekoordinator ble plassert i utviklingsavdelingen med planleggerne. Det kan diskuteres mot en av strategiene for å minske utfordringer ved koordinering, nemlig å redusere den fysiske avstanden mellom aktørene, i dette tilfelle plan og folkehelse. Det vil skape bedre informasjonsflyt som igjen øker sjansene for å gjennomføre en god koordinering (Jacobsen, 2004).

Begge kommunene har interne tverrfaglige samarbeid i folkehelsearbeidet. DLK har et formelt samarbeid kalt tverrfaglig forum (Glavin & Erdal, 2013; Knudsen, 2004). Her er alle sektorene i kommunen representert. Forumet er ikke kun for folkehelsearbeid men et organ der alle sektorer kan diskutere saker, få innspill og knytte sektorers arbeid sammen. Folkehelsekoordinator deltar i samarbeidet for å sørge for at folkehelseperspektivet blir ivaretatt i alle sektorer, og for å gi innspill om folkehelse i saker som skal i planprosess eller til politisk behandling. Alle informantene mener dette er det viktigste samarbeidet for

kommunens folkehelsearbeid, blant annet fordi et slikt samarbeid fører til at folkehelsesaker får innspill fra og drøftes mellom sektorene. I tillegg løftes folkehelsearbeidet inn på dagsorden. De mener også at fordi det er et tverrsektorielt samarbeid vil man skape fokus på folkehelse i alle sektorer, og det vil være en arena for å skape felles forståelse for folkehelse og folkehelsearbeid. Siden samarbeidet verdsettes av aktørene som det mest betydningsfulle for folkehelsearbeidet kan det diskuteres om dette har hatt en påvirkning på kommunens positive resultat i folkehelseprofilen om det er her noe av grunnlaget for helhetlig og godt folkehelsearbeid legges. Videre mener informantene at en felles forståelse vil videreformidles til politikerne gjennom saksgang. Med det kan samarbeidet være en grobunn for etableringen av den felles folkehelseforståelsen og fellesskapet det kulturelle perspektivet mener er viktig i en organisasjon (Christensen et al., 2004). Tverrfaglig forum har eksistert siden nittitallet, det kan derfor diskuteres om eksistensen til dette samarbeidet i så mange år har vært en betydningsfull faktor for at kommunen er kommet så langt i utviklingen av felles forståelse for folkehelse og folkehelsearbeid.

Et av hovedmålene ved etablering av tverrfaglig samarbeid er å skape læringsgevinster for deltakerne (Lauvås & Lauvås, 2004; Knudsen 2004). I tverrfaglige samarbeid vil det også utvikles fellesfaglighet (Glavin & Erdal, 2013). Det kan vi diskutere om DLK har utviklet når det gjelder folkehelsearbeidet. De har gjennom flere år fokusert på tverrfaglig folkehelsearbeid og samarbeider for å gjøre folkehelsearbeidet best mulig. De har med stor sannsynlighet lært av hverandres fagkunnskap og utviklet en bedre og felles forståelse for folkehelsearbeid, en fellesfaglighet (Glavin & Erdal, 2013; Lauvås & Lauvås, 2004; Willumsen, 2009). Samarbeidet oppfyller flere suksesskriterier for et godt tverrfaglig samarbeid. De har en engasjert ledelse, samarbeidet er forankret i planverket og ansvars plassering er tilstede. Det er også et behov for samarbeidet for å optimalisere folkehelsearbeidet, samkjøre kommunens arbeid og se hverandres ulikheter og verdien av

disse, og få brukt fagkunnskapene aktivt (Glavin & Erdal, 2013; Lauvås & Lauvås, 2004).

Dette kan være noen av grunnene til at kommunen er så fornøyd med samarbeidet for folkehelsearbeidet.

Kommunen har flere samarbeid rundt folkehelse men dette veier tyngst for folkehelsearbeidet ifølge informantene, og det er dette samarbeidet som nevnes med en gang spørsmål om samarbeid og folkehelse blir nevnt. De andre samarbeidene blir nevnt etter mer ettertanke. Det tyder på at DLK har mestret det tverrsektorielle samarbeidet og at deltakerne er fornøyde med samarbeidet. Dette er positivt for folkehelsearbeidet da det i Riksrevisjonen (2015) formidles at mange kommuner opplever etablering og koordinering av tverrsektorielle samarbeid for folkehelsearbeidet som utfordrende.

I DSK har de i likhet med DLK et formelt tverrfaglig samarbeid. I DSK kalles samarbeidet folkehelsegruppa (Glavin & Erdal, 2013; Knudsen, 2004). Her deltar representanter fra alle tjenesteområdene. Representantene sitter sentralt i sin sektor og har myndighet til å ta beslutninger, noe som trolig påvirker effektiviteten og påvirkningskraften til gruppa positivt. Det kan også påvirke følelsen aktørene har rundt samarbeidet og deres opplevelse av betydningen av samarbeidet (Jacobsen, 2004). Det at aktørene ser nødvendigheten av samarbeidet er en suksessfaktor (Glavin & Erdal, 2013; Knudsen, 2004). Alle informantene ser på folkehelsegruppa som veldig viktig for folkehelsearbeidet i kommunen. Den verdsettes på grunnlag av at den som et tverrsektorielt samarbeid skaper felles utfordringsbilde, og dermed forhåpentligvis mer helhetlig folkehelsearbeid. I likhet med tverrfaglig forum i DLK kan folkehelsegruppa diskuteres som en pådriver for å skape felles forståelse for folkehelse og folkehelsearbeid i kommunens sektorer slik det kulturelle perspektivet fremhever (Christensen et al., 2004). Det kan diskuteres om også folkehelsegruppa skaper fellesfaglighet ved å være et tverrsektorielt samarbeid (Glavin & Erdal, 2013). Folkehelserådgiver nevner at en utfordring med samarbeidet er at de forskjellige

fagmiljøene sitter med forskjellige primæroppgaver. Det kan indikere at aktørene ikke har mistet fagkunnskapene sine i den nye fellesfagligheten på grunn av krav om enighet på bekostning av tverrfagligheten som nevnes som en utfordring til tverrfaglig samarbeid (Glavin & Erdal, 2013; Lauvås & Lauvås, 2004; Willumsen, 2009).

Folkehelsegruppa har ifølge tidligere beskrevet teori gjort mange positive tiltak når det gjelder å unngå utfordringer i forhold til koordinering (Jacobsen, 2004). De har folkehelserådgiver som koordinerer mellom enhetene i samarbeidet og er et strukturelt bindeledd mellom sektorene, gruppa møtes jevnlig og har beslutningsmakt (Jacobsen, 2004). Koordineringsansvarlig leder, folkehelserådgiver, har beslutningsansvar. At folkehelserådgiver leder gruppa er i tråd med at kyndighet bør prioriteres over strukturell myndighet i ledelse av tverrfaglig samarbeid (Jacobsen, 2004; Lauvås & Lauvås, 2004). Folkehelserådgiver har kyndighet til å lede gruppa, men har også en grad av strukturell myndighet ved at stillingen er plassert i samfunnsplan og stabsenhet. Dette kan betraktes som en utgave av den kulturelle styringen. Kulturell styring utøves av personer som får myndighet av organisasjonens medlemmer på grunn av sin kunnskap og påvirkningskraft. De er ikke nødvendigvis plassert med strukturell myndighet, men kan dra nytte av formell myndighet (Christensen et al., 2004). Tverrfaglig samarbeid rundt folkehelsearbeidet er forankret i planstrategien, noe som er viktig for et suksessfullt tverrfaglig samarbeid (Glavin & Erdal, 2013).

Folkehelsegruppa ønsker å være en referansegruppe når sektorene skal utarbeide etatsplaner for å inkludere folkehelseperspektivet. De har avdekket et behov for å formidle hvordan etater og aktører bidrar til det helhetlige folkehelsearbeidet. Folkehelserådgiver mener organiseringen av folkehelsearbeidet er godt, men det mangler å sette fokus på at sektorer allerede utfører mye folkehelsearbeid, og at om de setter arbeidet i sammenheng med andre sektorers arbeid vil det helhetlige arbeidet blir bedre. Dette kan være en indikator på at

kommunen har et stykke igjen før de har folkehelseperspektivet gjennomsyret i hele organisasjonen og på alle nivå. Folkehelseråd giver støtter dette med uttalelsen om at kommunens brede tilnærming til folkehelse inntrådte fort og muligens ikke fikk inkludert alle organisasjonens medlemmer med en gang, samt at de trolig vil trenge en kommuneplanperiode til før perspektivet er optimalt integrert. Dette kan være en indikator på at kommunen ikke har fått folkehelseperspektivet forankret i medlemmenes grunnleggende antakelser. Det kan skyldes at medlemmene ikke har sett effekter av folkehelsearbeidet de har utført enda, da det er et langsiktig arbeid. Scheins (1987) modell sier nye verdier må vise seg verdifulle for å bli integrert i de grunnleggende antakelsene. Selv om perspektivet ikke er optimalt integrert i kommunen bør folkehelsegruppa som jobber med dette og verdsettes av alle informantene løftes frem og diskuteres som en mulig bidragsyter til at DSK har et positivt resultat på folkehelseprofilen. De jobber for å løfte folkehelseperspektivet og kan med likhet til tverrfaglig forum i DLK ha vært med å legge et grunnlag for og å ha etablert folkehelsearbeidet slik det utføres i dag.

DSK er gjennom «sunn by» og «sunne kommuner» deltakende i to nettverkssamarbeid rundt folkehelsearbeidet. I begge nettverkene utveksles erfaringer. I nettverket for «sunne kommuner» møtes kommuner og fylkeskommuner som jobber helsefremmende og forebyggende. Nettverket for «sunne byer» er et internasjonalt nettverk. Deltakelse i nettverkene er aktive tiltak for å øke kunnskapen rundt folkehelsearbeidet i kommunen og kan vise prioriteringen folkehelse har i kommunen. Prioriteringen kan ha en kobling til resultatene i folkehelseprofilen.

Videre har DSK et forum for «sunn by» i kommunens regi. Her møtes frivillige lag og organisasjoner, råd, næringsliv og representanter fra flere nivå i kommunen månedlig. Forumet er en arena for å skape bredere forståelse for folkehelse i lokalsamfunnet. Det er også en arena for å skape nye samarbeid mellom forskjellige samfunnsaktører, erfaringsutveksling,

ideutveksling og informasjonsutveksling mellom samfunnsaktørene. Frivillige lag og organisasjoner presenteres i rapport for «sunn by» som viktige samfunnsaktører. Dermed kan man si kommunen jobber for at aktører utenfor kommuneorganisasjonen også skal få forståelse for folkehelsearbeid og hvordan de kan være med å bidra. Selv om det ikke er et direkte samarbeid, men et forum for etablering av nye samarbeid kan det diskuteres om det også her skapes en form for fellesfaglighet rundt folkehelse, folkehelsearbeid, og hvordan de forskjellige samfunnsaktørene kan bidra til å løfte folkehelse inn på dagsordenen (Glavin & Erdal, 2013; Lauvås & Lauvås, 2004).

Styringsgruppen for arbeidet med «sunn by» består av toppledelsen og vi kan derfor påstå at arbeidet er forankret i ledelsen som er et suksesskriterium for tverrsektorielt samarbeid (Glavin & Erdal, 2013; Lauvås & Lauvås, 2004). Folkehelserådgiver presiserer at forumet er viktig for å videreformidle at folkehelse ikke bare er et kommunalt arbeid, men at det er arbeid for samfunnsutviklere. Dette viser at kommunen har et bredt folkehelseperspektiv. Kanskje kan disse eksterne samarbeidene vurderes som horisontal differensiering i folkehelsearbeidet (Hatch, 2001). Det kommer også frem under intervjuene med kommuneoverlege og fagleder der de presiserer at folkehelse er et bredt felt som ikke kan plasseres i helsesektoren. Kommuneoverlegen presenterer samfunnet som en bidragsyter for en mindre utfordrende hverdag for enkelte. Et slikt perspektiv har kommunen hatt siden starten av nittitallet. En kombinasjon av bredt perspektiv, tverrfaglige samarbeid, både internt og eksternt, og et langt tidsperspektiv kan være noen av grunnene til at kommunen gjør det bra i folkehelsearbeidet.

Representanter fra kommunene presiserer at det er viktig å samarbeide med frivillig sektor. I DLK mener informantene at det er god dialog med frivillig sektor, og kommunen har årlige møter med de frivillige der de får ytret sine ønsker. Kommunen jobber videre for at det ikke skal være vanskelig for frivillige å ta initiativ til folkehelse tiltak og støtter økonomisk om

de har mulighet. Dette viser at DLK har et bredt perspektiv på hvor og av hvem folkehelsearbeid kan utføres. De vil med økonomiske virkemidler skape et godt forhold og vise at de verdsetter frivilligheten. Begge kommunene beskriver samarbeid med næringslivet som utfordrende. Begge kommunene jobber aktivt for å ha et forhold til samfunnsaktørene utenfor kommuneorganisasjonen, noe som kan være en suksessfaktor for folkehelsearbeidet og resultatene i folkehelseprofilen. Innenfor å se dette som en suksessfaktor kan det også diskuteres om det å ha et månedlig forum slik DSK har oppnår mer enn å ha årlige møter med frivilligheten slik DLK har. Om kommunenes folkehelseprofil settes opp mot hverandre har DSK seks positive indikatorer mer enn DLK. Møter med frivilligheten for å fronte folkehelse kan altså være en positiv faktor for folkehelsearbeidet, men man må vurdere om hyppigheten på møtene også kan ha påvirkning på utfallet av samarbeidet.

Kommunenes fokus på tverrfaglige samarbeid er nå diskutert i det kulturelle perspektivet men vi kan også se fokuset på tverrfaglig samarbeid i et instrumentelt perspektiv. Tverrfaglige samarbeid utvikles ofte for bedre ressursutnyttelse og for å skape kapabilitetsutvikling i organisasjonen (Knudsen, 2004; Glavin & Erdal, 2013). Dette kan være samsvarende med den formålsrasjonelle arbeidsmetoden det instrumentelle perspektivet mener organisasjoner har (Christensen et al., 2004). De utvikler samarbeid for å nå de politiske målene satt for folkehelsearbeidet.

Når det gjelder fokuset kommunene har i folkehelsearbeidet kommer det fram i intervjuene med DLK at de i hovedsak har et befolkningsrettet folkehelsearbeid, men at de fokuserer ekstra på barn og unge, og utsatte grupper når det trengs. Folkehelsekoordinator mener kommunen har hatt fokus på fysiske forhold og fysisk aktivitet til nå. De ønsker nå å skape et fokus på sosiale helseforskjeller, og forhold rundt det psykiske og sosiale. At fokuset har vært på det fysiske bekreftes i kommunens planer, men de er samtidig opptatte av å skape møteplasser. Det kan være starten på et mer bevist fokus på de psykososiale forholdene i

folkehelsearbeidet. Folkehelsekoordinator mener det må en ny runde med bevisstgjøring til for å iverksette endringen som kreves for å få dette fokuset. Denne omstillingen stemmer overens med tidligere forskning som finner at kommuner omstiller til et mer helhetlig perspektiv i folkehelsearbeidet og tilhørende planverk (Riksrevisjonen, 2015; Schou et al., 2014). Kommunen jobber tydelig i henhold til folkehelseloven (2011) ved at de har oversikt over lokale utfordringer og jobber med disse i folkehelsearbeidet. I DLK må det jobbes spesielt med utfordringer knyttet til lavinntektsfamilier og deres barn. Kommunen har diskutert hvordan de kan gjøre barnas hverdag bedre, men har ikke iverksatt konkrete tiltak. Folkehelsekoordinator forteller at de må jobbe med bevisstgjøring på at aktører i kommunen vurderer hvordan saker påvirker målgruppen og de sosiale ulikhetene i kommunen.

DSK beskriver i intervjuene at de både har fokus på utsatte grupper når det trengs og befolkningsstrategier i folkehelsearbeidet. Også de fokuserer spesielt på barn og unge, og tidlig innsats. Rådmann påpeker at det er viktig med balanse i folkehelsearbeidet, ikke enten eller fokus. Både folkehelserådgiver og fagleder nevner sosial ulikhet som et fokusområde kommunen bør arbeide mer med. Folkehelserådgiver sier det nå er nevnt i kommuneplan, men på et veldig generelt nivå og dermed opp til de enkelte tjenesteområdene hva de vil gjøre med temaet. Fagleder mener det kan være utfordrende for kommunen å gjøre noe med utviklingen av nye tilfeller innen sosiale ulikheter. Slike ulikheter påvirkes i stor grad av næringsliv, arbeidsmarked og generell politikk. Fagleder mener kommunen allikevel må ha fokus på det de kan utrette av arbeid for å utjevne forskjellene. Dette bekrefter at også DSK er på vei mot en omstilling til et bredere folkehelsearbeid slik tidligere forskningen påpeker, jamfør kapittel 1.2 (Riksrevisjonen, 2015; Schou et al., 2014). I tillegg til å ta spesielt hensyn til sin unge befolkning har kommunen ifølge planstrategien et ekstra fokus på vanskeligstilte boligsøkende. Dette stemmer overens med de fokusområder som ble presentert under

intervjuene. Dermed ser vi også at DSK har et oversikts og folkehelsearbeid jamfør §5 folkehelseloven (2011).

Kommunene har gjennom intervjuene og dokumentene presentert et godt planlagt folkehelsearbeid. De har som diskutert tidligere en god prosess på å få folkehelseperspektivet inn i planprosessene. Begge kommunene har forankret folkehelsearbeidet i toppledelsen. I DLK presenteres viktigheten av politisk forankring i kommuneplanens samfunnsdel. I DSK påpeker fagleder at bevissthet i ledelse rundt deres ansvar angående folkehelse er meget viktig folkehelsearbeid. Rådmannen påpeker viktigheten av at folkehelse jobbes med på tvers, og at folkehelse forankres i planer og organisasjonen. Kanskje er forankringsfokus et suksessfaktor de har lik for godt resultat i folkehelseprofilen.

Tidligere forskning har avdekket oversiktsarbeidet, forankring av folkehelse i planverket og forankring på tvers av sektorer som utpregede barrierer for å utarbeide et systematisk folkehelsearbeid (Riksrevisjonen, 2015). Kommunene i studien har som diskutert tidligere forankret folkehelsearbeidet på tvers av sektorer på en god og utfyllende måte. Begge kommunene har utarbeidet et oversiktsarbeid over utfordringene og helsetilstanden i kommunen. DLK har laget et oversiktsdokument over helsetilstanden i kommunen. Dokumentet beskriver hvilke strategier og tiltak de har for forebyggende arbeid og for utfordringene. Oversiktsdokumentet brukes som bakgrunnsdokument i planstrategien jamfør folkehelseloven (2011). DSK har valgt å ikke ha et slikt oversiktsdokument, men har utarbeidet en egen helse- og miljøprofil med oversikt over helsestatus og arbeidet med å identifisere viktige faktorer som påvirker miljøet og folkehelsen i kommunen.

Når det gjelder forankring av folkehelse i planverket har begge kommunene gjort et godt arbeid. I DLK er utfordringer for kommunen, deriblant folkehelseutfordringer på overordnet nivå presentert. Rådmannen mener folkehelse er godt forankret og presentert i kommuneplan som er kommunens styringsdokument. Mål for å nå utfordringene er presentert

i planstrategien, målene kan indirekte tolkes som strategier. Folkehelse er et av hovedsatsningsområdene som presenteres i kommuneplanens samfunnsdel og folkehelseperspektivet ivaretas godt. Økonomiplanen er forankret i kommuneplanen, og har derav folkehelseperspektivet ivaretatt ved de overordnede målene og satsningene. I DSK mener rådmann det er politisk engasjement for folkehelse. Folkehelseperspektivet blir godt presentert i planstrategien og folkehelseutfordringene blir presentert på et overordnet nivå. Det å ha folkehelseutfordringene presentert i planstrategien er tildels utbredt i Norske kommuner. Det er derimot mindre utbredt å ha utfordringer, mål og strategier i kommuneplanen (Riksrevisjonen, 2015). Her har også DSK jobbet godt og folkehelse er godt forankret i kommuneplanens samfunnsdel. Utfordringer, mål og strategier presenteres nøye. DSK bruker som DLK samfunnsdelen som et styringsdokument, og det kan sees en videreføring av overordnende mål til økonomiplanen også her. Vi kan dermed anta at begge kommunen har inkludert og forankret folkehelse bedre i planverket enn mange andre kommuner i Norge. Dette kan i stor grad diskuteres som et suksesskriterium for folkehelsearbeidet deres, som kan ha påvirket folkehelseprofilens resultater.

Planarbeidet utarbeidet av kommunen står i samsvar med folkehelselovens (2011) § 5 om «oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen» og § 6 om «mål og planlegging». Kommunene har forskjellig detaljeringsgrad i planverket sitt, men begge inkluderer folkehelse i alle deler. Om detaljeringsgraden har påvirkning på kommunens utfall på folkehelseprofilen kan også diskuteres. DLK har færrest positive indikatorer og minst detaljeringsgrad, men er konsekvente i detaljeringsgraden. DSK har flest positive indikatorer og størst detaljeringsgrad jevnt over, men er ikke konsekvente i detaljeringsgraden. Ut fra dette kan man ledes til å tro at en høy detaljeringsgrad påvirker positivt på folkehelseprofilen, men i intervjuene kom det frem at DSK hadde revideringsplaner for planene for å få de mer oversiktlige. Det kan derfor diskuteres om planer med høy detaljeringsgrad er positivt, men at

det må balanseres med oversiktighet for å oppfattes positivt. Ut i fra arbeidet kommunene har gjort med å forankre folkehelse på tvers av sektorer, utvikle oversiktsarbeid og forankret folkehelse godt i planverket kan vi diskutere om begge kommunene har et systematisk folkehelsearbeid, da disse tre faktorene er de største barrierene for å utvikle systematisk folkehelsearbeid (Riksrevisjonen, 2015). Et systematisk folkehelsearbeid kan antas å ha positiv påvirkning på folkehelseprofilens resultater.

Som diskutert tidligere jobber begge kommunene bevisst for å øke bevisstheten rundt et felles folkehelseperspektiv og dermed forankre folkehelse i hele organisasjonen. Dette har begge kommuner jobbet langsiktig og bredt med. Det kan synes som begge kommuner har jobbet så godt at folkehelseperspektivet er godt forankret i organisasjonene, og at dette kan være en suksessfaktor de har til felles i organisasjonsarbeidet.

7.0 Avslutning

Denne studien har sett etter organisasjonsmessige likheter i to kommuner med positive resultater i folkehelseprofilen 2015. Flere aspekter er diskutert som mulige bidragsyttere til det positive resultatet men det er noen hovedpoeng som skiller seg ut. Begge kommunene har jobbet aktivt med folkehelse over en periode på ca. 20 år og har et langsiktig perspektiv. De har hatt engasjerte og kunnskapsrike personer som har jobbet aktivt for å spre folkehelseperspektivet i organisasjonen. Begge kommunene har oppnådd forankring av felles folkehelseperspektiv i organisasjonen, men har oppnådd ulike forankringsnivå. Begge har forankret folkehelse i planverket gjennom et systematisk folkehelsearbeid. Kommunene har lik plassering av folkehelsekoordinatorfunksjonene i stabsenhet i utviklingsavdeling med overblikk over det sektorovergripende arbeidet. Et av de mest belyste punktene de er like på er tverrfaglig samarbeid rundt folkehelsearbeidet. Her har kommunene noe forskjellig nivå og det må vurderes som en påvirkende faktor, men det kan synes som det å ha tverrfaglige samarbeid rundt folkehelsearbeidet er en viktig suksessfaktor.

Dette kan oppsummeres til at suksessfaktorene kan være at kommunene allerede har gjennomført et langsiktig folkehelsearbeid og fortsatt har det langsiktige perspektivet. De har fokus på å forankre folkehelseperspektivet i hele organisasjonen, som stemmer overens med det kulturelle perspektivet. De har en høy og sektorovergripende plassering av folkehelsefunksjonene som samsvarer med det instrumentelle perspektivet, og de fokuserer sterkt på tverrfaglig samarbeid for å løfte folkehelsearbeidet. Kommunene har dermed klart å balansere det instrumentelle arbeidet med det kulturelle fokuset i organisasjonen og oppnådd et godt folkehelsearbeid. At kommunene har disse kjennetegnene til felles kan muligens indikere at beskrevet og diskutert organisering kan være positivt for kommuners resultat i folkehelseprofilen.

Denne studien vil ha liten betydning for nasjonal politikk da den ikke kan generaliseres. Den har imidlertid bekreftet noen områder av tidligere forskning. Studien kan derfor understøtte disse til en viss grad, og dermed belyse viktigheten av plassering av folkehelsefunksjoner på et sektorovergripende nivå og et systematisk folkehelsearbeid. Med dette og de andre funnene kan denne studien forhåpentligvis inspirere kommuner som leter etter suksessfaktorer for organisering av folkehelsearbeidet sitt slik tidligere forskning har etterspurt.

Videre studier kan se på hvordan organiseringen påvirker effekten av det helsefremmede arbeidet i større grad enn dette studiet har gjort og om det dermed har påvirkning på resultatene i folkehelseprofilen. Videre forskning kan inkludere flere kommuner i studien for å se om likheten denne studien belyser kun gjelder for disse kommunene eller om de samme likhetene finnes i flere kommuner. Da vil man oppnå et større grunnlag for å dra konklusjoner. Videre forskning kan også inkludere resultatenheter for å se om forankringen av folkehelseperspektivet faktisk er nådd ut til alle nivå, da denne studien

kun snakket med aktører i stabsenhet. Fremtidige studier kan også fokusere mer på hva aktørene i kommunen mener mer utdypende om organiseringen og effekten av den.

Referanser

- Aadland, E. (2011). "Og eg ser på deg..." *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aadland, E.K., & Wergedahl, H. (2011). Virkemidler i folkehelsearbeidet. I N.C. Øverby, M. K. Torstveit, & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (s. 288- 300). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Alvesson, M. (2002). *Organisasjonskultur og ledelse*. Oslo: Abstrakt forlag
- Alvesson, M. (2013). *Understanding organizational culture* (2nd ed.). London: Sage Publications Ltd.
- Bang, H. (2011). *Organisasjonskultur* (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bryman, A. (2012). *Sosial research methods* (4th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P. G., & Røvik, K.A. (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Creswell, J.W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, & mixed methods approaches* (4th ed.) London: Sage Publications, Inc.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Duedahl, P., & Jacobsen, M.H. (2010). *Introduktion til dokumentanalyse*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Folkehelseinstituttet. (2016a, 15.02). Brukerveiledning for folkehelseprofiler for kommuner og bydeler. Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=96168>

Folkehelseinstituttet. (2016b, 09.02). Hent folkehelseprofil for kommune, fylke eller bydel.

Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=93946>

Folkehelseloven, LOV-2011-06-24-29. (2016).

Glavin, K., & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge i Kommune-Norge* (3 utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

Hagen, S., Helgesen, M., Torp, S., & Fosse, E. (2015). Health in all policies: a cross-sectional study of the public health coordinators` role in Norwegian municipalities. *Scandinavian journal of public health*, 43, 597-605. doi: 10.1177/1403494815585614

Hatch, M. J. (2001). *Organisasjonsteori. Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forlag.

Helgesen, M., & Hofstad, H. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse* (NIBR-rapport 2012:13).

Hentet fra <http://evaluering.nb.no/eval-utlevering/innhold/URN:NBN:no-nb-overfordokument-6865-Eval-0/pdf>

Helsedepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. (St.meld.nr. 16, 2002-2003). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet. (2014). *Samfunnsutvikling for god folkehelse* (IS-2203). Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/311/Samfunnsutvikling-for-god-folkehelse-IS-2203.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld.nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementenes servicesenter

- Jacobsen, D.I. (2004). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I P. Repstad (Red.). *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis* (utg 2., s. 75-112). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2 utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Knoff, R.H. (1985). Den vanskelige «samordningen» - noen grunntrekk for samarbeidspartnere i primærtjenesten. *Sosialt forum/sosiale arbeid*, (9), 130-133.
- Knudsen, H. (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I P.Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis* (utg 2., s. 19-70). Oslo: Universitetsforlaget.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology* (2 ed.). Thousand Oaks, Cali: Sage Publications Inc
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (3 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, E. (1994). Flerfaglig, tverrfaglig og fellesfaglig samarbeid i og med barnevernet. Ulike samarbeidsformers muligheter og begrensninger. *Norges barnevern, nr.1*, 4-9.
- Lauvås, K., & Lauvås P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lundman, B., & Graneheim, U.H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M, & Höglund-Nielsen. B (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159 – 172). Lund: Studentlitteratur.
- Ollila, E. (2011). Health in all policies: from rethoric to action. *Scandinavian journal of public health*, 39(suppl 6), 11-18. doi: 10.1177/1403494810379895

Ouff, S.M., Bergem, R., Aarflot, U., Hanche-Olsen, M., Vestby, G., & Helgesen, M.K.

(2010). *Partnerskap for folkehelse og helse i plan. Sluttrapport* (Rapport; 7). Hentet fra

http://www.nb.no/idtjeneste/URN:NBN:no-bibsys_brage_29377

Personopplysningsloven, LOV-2000-04-14-31. (2015).

Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlige folkehelsearbeid*

(Dokument 3:11 (2014-2015)). Hentet fra

<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2014-2015/OffentligFolkehelsearbeid.pdf>

Schein, E.D. (1987). *Organisasjonskultur- og ledelse. Er kulturendring mulig?* Oslo: Mercuri Libro Forlag.

Schou, A., Helgesen, M.K., & Hofstad, H. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på*

kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på

innvandrerrike kommuner (NIBR-rapport 2014:21). Hentet fra

<http://www.nibr.no/filer/2014-21.pdf>

Tallarek n e Grimm, M.J., Helgesen, M.K., & Fosse, E. (2013). Reducing social inequities in

health in Norway: concerted action at state and local levels?. *Health policy*, 113 (3),

228-235. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.09.019

Thaagard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (3 utg.).

Bergen: Fagbokforlaget.

Wharton, C. (2006). Document Analysis. I V. Jupp (Red.), *The SAGE dictionary of social*

research methods (s. 79-81). London: SAGE Publications Ltd.

Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. I E. Willumsen (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (s.16-30). Oslo: Universitetsforlaget.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Sunne kommuner – hva er oppskriften ”

Bakgrunn og formål

Formålet med denne masterstudien er å se om det kan identifiseres noen organisasjonsmessige kjennetegn ved kommuner som er definert som gode ved hjelp av folkehelseprofilene. Problemstillingen som skal analyseres er: «*Kan det identifiseres noen organisasjonsmessige kjennetegn ved kommuner som er definert som gode ved hjelp av folkehelseprofiler?*»

Organisasjonsmessige kjennetegn er i dette tilfellet hvordan kommunen har organisert folkehelsefeltet. Det vil for eksempel være hvor de har plassert ansvaret for feltet i forvaltningshierarkiet, om de har inkludert feltet i planene sine, hvilke samarbeid de har omkring feltet og hvem som deltar i disse, hvor de har fokuset i folkehelsearbeidet, og lignende.

Utvalget i studien er personer som innehar stillinger som jobber med/planlegger folkehelsefeltet i kommunene som defineres som gode. Folkehelsekoordinatorer, folkehelsearbeider/team kommuneoverleger, rådmenn, eventuelle mellomledere i den sektoren folkehelse er plassert kan være aktuelle stillinger.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Det vil gjennomføres individuelle intervju med en varighet på ca. 45-60 min. Tema for intervjuet vil være folkehelsearbeidet i kommunen. Hvordan de forskjellige stillingene deltar i planleggingen av og organisering av folkehelsearbeidet, og hvordan de opplever det helhetlige folkehelsearbeidet.

Det vil bli brukt båndopptaker under intervjuet.

Det vil i tillegg til intervjuene gjennomføres en dokumentanalyse av kommunens strategidokument, planstrategi og kommuneplanens samfunnsdel, og eventuelt andre dokumenter som kan være av interesse for å få en oversikt over folkehelsearbeidet i kommunen. Dette vil ikke kreve deltakelse av kommunene.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Personopplysninger vil kun være tilgjengelige for prosjektleder og veileder. Navn vil bli kodet om til «deltaker 1» eller lignende. Personopplysningene vil lagres atskilt fra øvrige data på egen ekstern harddisk. Deltakere skal ikke kunne kjennes igjen ved navn. Dersom alle deltakerne gir samtykke vil stillingene bli benevnt i publikasjonen, men det vil i tilfelle ikke opplyses hvilken kommune de jobber i. Samtykke til dette vil bli spurt om i etterkant av intervjuet, da deltakere vet hvilken informasjon de har delt.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.07.2015. Da vil alle personopplysninger og opptak fra intervjuene slettes.

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 Pia Kathrine Espnes Ohren på [93087689](tel:93087689) / pia_kathrine@hotmail.com eller veileder Eivind Skille på [62430054](tel:62430054) / Eivind.skille@hihm.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide		
Hovedspørsmål	Underspørsmål	Notater
Hvordan vil du beskrive organiseringen av det kommunale folkehelsearbeidet i kommunene din?	<ul style="list-style-type: none"> - Har dere folkehelsekoordinator/folkehelsesteam? - Hvem deltar i så fall i teamet? - Hvilke og hvor stor stilling har de forskjellige? - Vil du fortelle hvem som har ansvar for folkehelsearbeidet i praksis? - Hvor ligger folkehelse plassert på organisasjonsmessig administrasjonsnivå i kommunen? - Vil du fortelle hvordan kommunen har ivaretatt kravet fra folkehelseloven om å ha samfunnsmedisinske kunnskapen i kommunen? - Er det noe annet du tenker på angående organiseringen? 	
Vil du fortelle hvordan kommunen jobber for å inkludere folkehelse i planleggingsprosesser?	<ul style="list-style-type: none"> - Vennligst fortell om hvilke stillinger i kommunen som har ansvar for å inkludere folkehelse i planleggingen? - Når ble folkehelse prioritert i planer? 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Er folkehelse nevnt i arbeidsdokument? - Brukes aktuelle planer aktivt i det daglige folkehelsearbeidet? - (brukes de som arbeidsverktøy i folkehelsearbeidet?). - Vil du vennligst eksemplifisere dette? - Er det noe mer du vil si angående folkehelsearbeidet og planleggingsprosesser? 	
<p>Vil du så fortelle om hvilke samarbeid som er viktige for det kommunale folkehelsearbeidet i kommunen din, og hvorfor?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hvilke samarbeid fins innad i kommunen med tanke på folkehelsearbeidet? - Jobber kommunen mot folkehelsemål på tvers av sektorer? Kan du eksemplifisere dette? - Vil du fortelle om samarbeidene kommunen har med eksterne aktører og fortelle hvem disse eksterne aktørene er? (frivillige organisasjoner, bedrifter, idrettslag o.l) - Er det noe mer du vil si om samarbeidene for folkehelsearbeidet? 	

<p>Vil du fortelle om hvilke fokus og satsningsområder kommunen din har i folkehelsearbeidet sitt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan vil du beskrive fokuset i folkehelsearbeidet i kommunen? Er det spesielt fokus på spesielle målgrupper eller på hele befolkningen? - Vil du vennligst fortelle om de forskjellige satsningsområdene? - Er det noe mer du vil si om samarbeidene for folkehelsearbeidet? 	
<p>Avslutning</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Er det noe du vil tilføye når det gjelder kommunen din, organisering og folkehelsearbeid? Noe jeg ikke har spurt om og tenkt på, eller noe du vil tilføye det vi har snakket om. 	

Vedlegg 3: Oversiktskart over intervju i liten kommune

Kode	Kategori	Tema
FH – utviklingsavdeling Rådmannsstab Folkehelsekoordinator Smådriftsfordeler Rådmannsteam Plassering Kommuneoverlege Stillingsprosent Folkehelse i rådmannsstab Ansvar Rådmann Plassering	-Organisasjonens oppbygging -Rapportering til rådmannsteam -Overordnet ansvar for folkehelse - Ansvar for folkehelse	Praktisk organisering
Historie Gårdagens historie Helse i plan Frisklivssentralen Folkehelsegrunnlaget	Kommunens folkehelsehistorie	Historie
Personlige egenskaper Kommuneplanlegger	-FH-koordinators personlige egenskaper - Kommuneoverlegens personlige egenskaper -Kommuneplanleggers personlige egenskaper	Personligheter
Prioritere folkehelse Turtiltak Prioritet	- Utvikling av folkehelse i regionen - Kommunens folkehelseoppfordring til ansatte - prioritere folkehelse	Viktigheten av folkehelse
Miljøretta helsevern Interkommunalt Folkehelsearbeidsgruppe Frivillighet Næringslivet Fylkeskommunen Samarbeid Tverrfaglighet Tverrfaglig saksbehandlerforum	- Interkommunalt samarbeid - Samarbeid med eksterne aktører - Interkommunalt samarbeid - interkommunalt samarbeid - Samarbeid med eksterne aktører - Interne folkehelsesamarbeid - interne samarbeid - tverrsektorielt samarbeid - tverrfaglig samarbeid	Samarbeid

Viktig samarbeid Avdelingsledermøte SAFT-møte Tverrfaglig forum Frisklivssentralen	-tverrfaglig samarbeid -Tverrsektorielt samarbeid - interne samarbeid	
Folkehelse i kommunen	Kommunens folkehelseressurser	Kommunens folkehelseressurser
Ansvar for folkehelsearbeid Praktisk folkehelsearbeid Folkehelseperspektiv Folkehelse i rådmannsteam Ansvar	-Ansvar for oversikten i folkehelsearbeidet -Praktisk folkehelsearbeid -Folkehelse i rådmannsteam -Ansvar for folkehelse i praksis - praktisk folkehelsearbeid	Folkehelsearbeidet
- Ansvar for folkehelsearbeid - Prioriterer folkehelse Folkehelseperspektiv/tankegang i hele organisasjonen/alt vi gjør -Folkehelseplaner -Folkehelseperspektiv -Forståelse	Folkehelseperspektiv/tankegang i hele organisasjonen/alt vi gjør Folkehelseperspektivet i planer Folkehelse forståelse	Folkehelseperspektiv/tankegang i hele organisasjonen/alt vi gjør
Samfunnsmedisinsk kunnskap	Samfunnsmedisinsk kunnskap	Krav fra folkehelseloven
Folkehelse i planer Ansvar for folkehelse i planer Arbeidsdokument Arbeidsdokument Holdningsarbeid Planer Folkehelseperspektiv Planarbeid Folkehelse i plan Planer	-Kommuneplanenes samfunnsdel -Planprosesser -Ansvar for folkehelse i planer -Arbeidsdokument -Folkehelse i planer -Planer må brukes -Bruksgraden av planer -Kommuneplan -Planprosesser -Folkehelse i planer -Brukes planer -Folkehelse i planer -Inkludering av folkehelse i planer	Folkehelse i planer
-Satsningsområder Befolkningsrettet/målgruppert folkehelsearbeid -Befolkningsrettet -Barn og unge -Fokus og satsningsområder -folkehelsearbeid	Fokus og satsningsområder	Fokus og satsningsområder

-mobbing -sosiale helseforskjeller -lavinntektsfamilier - psykiske og sosiale forhold -Lavinntektsfamilier	-Utfordringer	
--	---------------	--

Vedlegg 4: Oversiktskart over dokumentanalyse i liten kommune

Kode	Kategori	Tema
Styringsdokument Ordforklaringer Folkehelseperspektiv Delplaner Overordnede mål Satsningsområder	Folkehelse i planer Kommuneplanens samfunnsdel Satsningsområder i kommuneplanens samfunnsdel	Folkehelse i planer
Mulig handlingsplan Planer Folkehelseperspektiv	Folkehelse i oversiktsarbeid Planer må brukes Folkehelse i økonomiplan	
Frivillighet Turmuligheter	Frivillige aktører i kommunen Kommunens folkehelseressurser	Kommunens folkehelseressurser
Samarbeid	Samarbeid med eksterne aktører	Samarbeid
Folkehelseperspektiv Oppvekstmiljø Kultur og fritid Helse og omsorg Folkehelse Sentrum Friluftsliv Trafikktrygghet Gangveier Tverrfaglig forståelse	Folkehelseperspektiv/tankegang i hele organisasjonen/alt vi gjør	Folkehelseperspektiv/tankegang i hele organisasjonen/alt vi gjør
Utfordring	Kommunens demografi	Kommunens demografi
Visjon	Kommunens visjon	Kommunens visjon
Folkehelsedefinisjon Folkehelsegoder Forebygging	Folkehelseperspektiv Kommunens folkehelseressurser Forebyggende arbeid	Folkehelsearbeid
Demografi (finn nytt ord)	Kommunens demografi	Kommunens demografi
Utfordringer Tannhelse Ernæring Tobakk Rusmiddel Fysisk aktivitet Helse og sykdom Overordnede tiltak Folkehelseperspektiv	Utfordringer Tannhelse Ernæring Tobakk Rusmiddel Fysisk aktivitet Helse og sykdom Overordnede tiltak Fokus og satsningsområder	Fokus og satsningsområder
Oversiktsdokument	Oversiktsdokument	Krav fra folkehelseloven
Økonomisk tilstand Sparetiltak	Kommunens økonomiske forhold	Kommuneøkonomien
Trafikktryggleik	Prioriterer folkehelse	Viktigheten av folkehelse

Vedlegg 5: Oversiktskart over intervju i stor kommune

Kode	Kategori	Tema
Historie Sunn by Organisering	Kommunens folkehelsehistorie Folkehelse inn i planer	Historie
Folkehelseforankring Folkehelseplassering Plassering av folkehelse Folkehelsekoordinator Stillingstittel Frisklivssentralen Ansvar for folkehelse Folkehelsearbeid Rådgiver innen folkehelsearbeid Samfunnsplan Folkehelse ledelse Folkehelsearbeidet Folkehelse rapportering Folkehelsegruppa/en Kommunelege Plassering av folkehelse	Folkehelse i rådmannsteam Organisasjonens oppbygging Rapportering til rådmannsteam/ledergruppe Folkehelsegruppa Organisasjonens oppbygging Praktisk organisering Plassering av folkehelse	Praktisk organisering
Kommuneplanens samfunnsdel Folkehelse i planer Folkehelsegruppa Folkehelsegruppa Prosjektleder for kommuneplan Kommuneplan Folkehelse i kommuneplan Folkehelse i plan Folkehelse i plan Folkehelse i planer Folkehelse i kommuneplan Økonomiplanen Kommuneplanens samfunnsdel Dybdeområde Folkehelseperspektiv Folkehelse i styringsdokument Arbeidsdokument Folkehelseprioritet	Kommuneplanens samfunnsdel Referansegruppe for fagplaner/temaplaner Ansvar for folkehelse i planer Folkehelse i planer Kommuneplanens samfunnsdel Folkehelse i planstrategi Folkehelse i styringsdokument	Folkehelse i planer

Prioritet i planer Kommuneplan Reguleringsplaner Folkehelse i plan Miljø og folkehelseprofil	Folkehelse i arbeidsdokument Folkehelse som en prioritet Eierskap til kommuneplan Folkehelseperspektiv Brukes planer Egen miljø- og folkehelseprofil	
Folkehelsearbeid Folkehelse i arbeidsdokument Arbeidsdokument Samfunnsperspektiv Ansvar for folkehelse Folkehelseperspektiv Folkehelsearbeidere Folkehelsearbeid Folkehelseprofilen	Praktisk folkehelsearbeid Folkehelse i arbeidsdokument Samfunnsperspektiv i folkehelsearbeidet Praktisk folkehelsearbeid Ansvar for oversikten i folkehelsearbeidet Ansvar for folkehelse Folkehelseperspektiv Folkehelsearbeidernes oppgaver Folkehelsearbeidet Kommunens demografi	Folkehelsearbeidet
Personlighet	Kommunelegens personlige egenskaper	Personligheter
Folkehelsefokus Prioritere folkehelse	Folkehelsefokus i kommunen Prioritere folkehelse	Viktigheten av folkehelsearbeid
Folkehelsearbeid Folkehelse i alt vi gjør Folkehelseperspektiv/tankegang i hele organisasjonen/alt vi gjør Folkehelseperspektiv Folkehelsekoordinator Folkehelseperspektiv Felles mål Formidling	Folkehelseperspektiv/tankegang i hele organisasjonen/alt vi gjør Folkehelseperspektivet i kommunen Felles mål i folkehelsearbeidet Formidling av folkehelse	Folkehelseperspektiv/tankegang i hele organisasjonen/alt vi gjør
Samarbeid Folkehelsegruppa Sunn By Erfaringskonferanser Plansamarbeid Miljøretta helsevern Samarbeid Samarbeid på plannivå Samarbeid	Tverrsektorielt samarbeid Interkommunalt samarbeid Samarbeid med eksterne aktører	Samarbeid

Vedlegg 6: Oversiktskart over dokumentanalyse i stor kommune

Kode	Kategori	Tema
Nasjonale forventninger Forankring i planer Forankring Regionalplan for folkehelse Sykkelbyen Visjon Dybdeområder Overordnede mål Samfunnsdelen Sjekkliste Miljø- og folkehelseprofil Folkehelseperspektiv	Folkehelse i planer Kommunens visjon Prioritere folkehelse i planer Kommunens overordnede mål Kommuneplanens samfunnsdel Folkehelse i arbeidsdokument Oversiktsarbeid/dokument Folkehelse i økonomiplan	Folkehelse i planer
Demografi	Kommunens demografi	Kommunens demografi
Frivillig sektor Turområder Sykkelveier Frivilligheten	Kommunens FH-ressurser Stor og aktiv frivillig sektor	Kommunens FH-ressurser
Fysisk tilrettelegging Folkehelseprinsipper Sunn by Helse 2020 Ledelse Sunne kommuner Folkehelseperspektiv Sunne byer nettverk Bymiljø Frivilligsentralen	Fysisk tilrettelegging i kommunen Folkehelsearbeidet Sunne byer nettverk Byens profil Praktisk folkehelsearbeid	Folkehelsearbeidet
Likeverdige livsvilkår Innsatsområder Nasjonale forventninger Et bærekraftig samfunn Likeverdig livsvilkår Målgrupper Hovedmål Visjon og hovedmål	Fokus og satsningsområder i planer Folkehelsearbeidets hovedmål 1 Folkehelsearbeidets hovedmål 2 Målgrupper i planstrategien Folkehelsearbeidets hovedmål Folkehelsearbeidets hovedmål	Fokus og satsningsområder i planer
Samsvar i planer folkehelseperspektivet	Folkehelseperspektiv/tankegang i hele organisasjonen/alt vi gjør	Folkehelseperspektiv/tankegang i hele organisasjonen/ alt vi gjør
Prioriterer folkehelse	Prioriterer folkehelse	Viktigheten av folkehelse
Organisering	Organisasjonens oppbygging Rapportering til rådmannsteam	Praktisk organisering

Folkehelsegruppa	Organisasjonens oppbygging	
Oversiktsarbeid Samarbeid Samarbeid Partnerskap for folkehelse Sunn by forum	Tverrsektorielt samarbeid Samarbeid med eksterne aktører Tverrfaglig samarbeid	Samarbeid
Økonomisk tilstand Innsparinger	Kommunens økonomiske forhold Folkehelse i innsparinger	Kommuneøkonomi

Vedlegg 7: NSD-godkjenning

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfages gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 321 884

Eivind Åsrum Skille
Institutt for idrett og aktiv livsstil Høgskolen i Hedmark, campus Elverum
Postboks 400
2418 ELVERUM

Vår dato: 10.11.2015

Vår ref: 45338 / 3 / ABS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.10.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45338	<i>Sunne kommuner - hva er oppskriften?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Eivind Åsrum Skille</i>
Student	<i>Pia Kathrine Espnes Ohren</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Andreas Bratshaug Stenersen

Kontaktperson: Andreas Bratshaug Stenersen tlf: 55 58 30 19

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Kopi: Pia Kathrine Espnes Ohren pia_kathrine@hotmail.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 45338

Formålet med prosjektet er å studere hvordan en kommune har organisert folkehelsefeltet. Det tas sikte på å besvare spørsmål om hvor kommunen har plassert ansvaret for folkehelsefeltet i forvaltningen, om det er inkludert i de kommunale planene, hvilket samarbeid de har på feltet og hvem som deltar i disse.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Hedmark sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Det oppgis at personopplysninger skal publiseres. Personvernombudet legger til grunn at det foreligger eksplisitt samtykke fra den enkelte til dette. Vi anbefaler at deltakerne gis anledning til å lese igjennom egne opplysninger og godkjenne disse før publisering.

Forventet prosjektslutt er 01.07.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Vedlegg 8: Litteratursøket
Jeg har brukt søkeord som

Norsk:

- Folkehelse
- Folkehelsearbeid
- Organisering
- Kommune
- Kommunalt folkehelsearbeid
- Kommuneplanlegging
- Samarbeid
- Tverrsektorielt samarbeid
- Norge

Engelsk:

- Local planning
- Public Health
- Planning
- Norway
- Municipalities
- Organization
- Cooperation

Jeg har søkt med disse ordene enkeltvis og sammen.

Jeg har gjort søkene mine i Oria og Google Scholar.

Det jeg har funnet mest kilder ved er å se på referanselisten til artikler etter interessante artikler, rapporter, bøker og lignende, for så å gjøre dette på nytt i de nye artiklene igjen, en versjon av snøballmetoden.