

«Folkehelse og samarbeid om helsefremmende oppgaver i kommunen»

Kristin Vikane



Masteroppgave i helsefremmende arbeid og helsepsykologi

HEMIL-senteret

Det psykologiske fakultet

Universitetet i Bergen

Vår 2021

Forord

Dette masterstudiet har vært en spennende reise hvor jeg har fått anledning til å fordype meg i et tema som jeg både opplever interessant og veldig relevant. På tross av pandemi med de begrensningene som har oppstått i løpet av studieperioden, er kunnskap ervervet og vennskap påbegynt. Mange, gode diskusjoner og samtaler har gitt inspirasjon og næring til en hverdag, som i denne perioden, ellers kanskje hadde vært veldig annerledes.

Takk til en engasjert arbeidsgruppe og til veileder Elisabeth, som med stødig og rolig hånd har navigert oss frem til et ferdig resultat. Dere har alle vært gode støttespillere i arbeidet med masteroppgaven, som med alle sine sider og innhold har medført tidvis panikk og mer enn en søvnløs natt. Takk til verdens beste husband, som det siste året har hørt mye om helsefremmende arbeid i kommunene og som over utallige måltider og på tur i all slags vær har diskutert, lyttet og gitt verdifulle innspill. Du er mitt beste helsefremmende tiltak!

I skrivende stund skinner sola og minner meg på at sommeren er rett rundt hjørnet. Oppgaven er klar for levering og ny jobb gir muligheter for å omsette læring til praksis.

Det gleder jeg meg til!

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
2	Bakgrunn	2
2.1	Plassering og avgrensing av oppgaven	3
2.2	Disposisjon av oppgaven	4
3	Teori	5
3.1	Helsefremmende arbeid	5
3.2	Samarbeid om helsefremmende oppgaver	7
3.2.1	Tverrsektorielt samarbeid	9
3.3	Lovgrunnlag for folkehelsearbeidet i kommunene	10
3.4	Økonomiske rammebetingelser for folkehelsearbeidet i kommunene	11
3.5	Kommunereform	11
3.6	Oppsummering	12
4	Litteraturgjennomgang	13
4.1	Søkestrategi	13
4.2	Bjørnafjorden kommune	15
4.3	Forskning	19
4.3.1	Folkehelsearbeid og helsefremmende oppgaver	19
4.3.2	Samarbeid om helsefremmende oppgaver	22
4.3.3	Folkehelsearbeidet i Norske kommuner	26
4.4	Oppsummering	29
4.5	Studiens relevans	29
4.6	Studiens forskningsspørsmål:	30
5	Metode	31
5.1	Vitenskapsteoretisk forankring	31
5.2	Forskningsdesign	32
5.3	Utvalg og rekruttering av informanter	33
5.3.1	Personvern og samtykke	34
5.4	Datainnsamling	34
5.4.1	Semistrukturerte intervju med intervjuguide	34
5.5	Transkribering	37
5.6	Gjennomgang av relevante kommunale dokumenter	37
5.7	Analyse av data	38
5.7.1	Tematisk nettverksanalyse	38

5.8	Vurdering av kvalitet	40
5.8.1	Forskerens rolle	41
5.8.2	Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet	41
5.8.3	Etiske og metodiske refleksjoner	43
6	Presentasjon av funn.....	44
6.1	Forståelse	44
6.2	Kunnskapsgrunnlag	47
6.2.1	Oversikt over befolkningens helse - folkehelse rapporten	47
6.2.2	Brukermedvirkning	48
6.2.3	Nasjonale statistikker, data og veiledere	49
6.3	Samarbeid om folkehelseoppgaver.....	50
6.4	Faktorer som påvirket samarbeidet.....	53
6.5	Effekter av samarbeidet	58
6.6	Oppsummering	60
7	Diskusjon.....	62
7.1	Input: forståelse, forankring, oversikt og ressurser	62
7.1.1	Forståelse.....	62
7.1.2	Forankring	64
7.1.3	Oversikt	65
7.1.4	Ressurser	67
7.2	Throughput : organisering, koordinerende funksjoner og kommunikasjon	68
7.2.1	Organisering	68
7.2.2	Stillinger med sektorovergripende oppgaver	71
7.2.3	Tverrsektorielle grupper	71
7.2.4	Kommunikasjon	73
7.3	Output - resultater av samarbeid.....	73
7.4	Pandemi	74
7.5	Begrensninger for oppgaven.....	75
8	Avslutning	76
8.1	Implikasjoner for videre forskning	77
9	Referanseliste	79

10	Vedlegg	88
10.1	Vedlegg 1 Vurdering fra NSD	88
10.2	Vedlegg 2 Informasjons - og samtykkeskjema	90
10.3	Vedlegg 3 Intervjuguide	92

Figuroversikt

Figur 1	SDH - modellen	6
Figur 2	Bergen Model of Collaborative Function,	8
Figur 3	Tilpasset modell for samarbeid, etter BMCF modellen i figur 2.....	9
Figur 4	Illustrasjon av det systematiske folkehelsearbeidet	11
Figur 5	Overordnet organisasjonskart for Bjørnafjorden kommune, 2021,	16

Tabelloversikt

Tabell 1	Eksempel på søk.....	13
Tabell 2	Eksempel på søk i Lovdata	14
Tabell 3	Eksempel på koding, utdrag fra materialet	39

Sammendrag

Det er skjedd en utvikling i kommunenes folkehelsearbeid etter at Folkehelseloven trådte i kraft i 2012. Loven vektlegger kommunenes helsefremmende oppgaver og spesielt ansvaret for å adressere faktorer som kan utjevne sosiale helseforskjeller. Selv om det foreligger forskning som indikerer at kommunene fremdeles har fokus på forebygging og legger ansvaret for dette til helsetjenesten, kan det samtidig se ut som at sektorer utenfor helsetjenestene i større grad involveres og forpliktes i helsefremmende arbeid. Dette arbeidet ivaretas innenfor den enkelte tjeneste og på tvers av tjenester og sektorer. Et viktig verktøy for å løse helsefremmende oppgaver er derfor samarbeid.

Intensjonen med denne undersøkelsen var å undersøke hvordan Bjørnafjorden arbeider med folkehelse og hvordan de har etablert samarbeid for å adressere faktorer som kan fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller. Studien benyttet kvalitativ metode med intervju av 8 ansatte som har ulik fagbakgrunn og organisatorisk plassering i kommunen. Disse dataene er supplert med en gjennomgang av sentrale, styrende dokumenter og planer for kommunen. Funn i undersøkelsen viser at kommunen har forankret folkehelse i sine planer og strategier og at dette arbeidet omfatter både forebygging og helsefremming. Samarbeid er valgt som kommunens viktigste verktøy for å nå ulike mål for virksomheten, også innenfor folkehelseområdet. Undersøkelsen indikerer at sammenstilling av begrepene sosial bærekraft og folkehelse kan medvirke til bredere involvering og forpliktelse på tvers av tjenester og sektorer utenfor helsetjenestene. Forankring, tydelig prioritering, organisatoriske strukturer, kultur og ressurser ble identifisert som viktige påvirkningsfaktorer for tverrsektorielt samarbeid.

Nøkkelord: Folkehelse, helsefremmende, utjevne helseforskjeller, tverrsektorielt samarbeid, kommune

Abstract

There has been a development in the municipalities' public health work since the Public Health Act came into force in 2012. The Act emphasizes the municipalities' healthpromoting tasks and especially the responsibility for addressing factors that can even out social health inequalities. Although there is research that indicates that the municipalities still focus on prevention and place the responsibility for this on the healthservice, it may also appear that sectors outside the health services are to a greater extent involved and committed to health promotion work. This work is handled within the individual service and across services and sectors. An important tool for solving healthpromoting tasks is collaboration.

The intention of this study was to investigate how Bjørnafjorden works with public health and how they have established cooperation to address factors that can promote health and even out social health inequalities. The study used a qualitative method with interviews of 8 employees who have different professional backgrounds and organizational positions in the municipality. These data are supplemented by a review of key, governing documents and plans for the municipality. Findings in the survey show that the municipality has anchored public health in its plans and strategies and that this work includes both prevention and health promotion. Cooperation has been chosen as the municipality's most important tool for achieving various goals for the business, also within the public health area. The survey indicates that the juxtaposition of the concepts of social sustainability and public health can contribute to broader involvement and commitment across services and sectors outside the health services. Anchoring, clear prioritization, organizational structures, culture and resources were identified as important influencing factors for cross-sectoral cooperation.

Keywords: Public health, health promotion, equalizing health inequalities, cross-sectoral cooperation, municipality

1 Introduksjon

Verdens helseorganisasjon, WHO, har gjennom forskning og internasjonale konferanser rettet fokus mot de sosioøkonomiske determinantenes innvirkning på helse (WHO, 2013a, 2018). Dette arbeidet har de siste 10 årene medvirket til en dreining at folkehelsearbeidet internasjonalt og i Norge (Green, Woodall, Cross & Tones, 2019, s. 20; Helgesen, Hofstad, Risan, Stang, Goth, Rønningen & Lorentzen, 2014, s. 9). Fra et sykdomsperspektiv på helse som vektlegger behandling og forebyggende tiltak for å redusere eller utsette utvikling av sykdom, knyttes helsefremmende arbeid i større grad til faktorer som fremmer helse og fordeling av disse faktorene i befolkningen (Naidoo & Wills, 2016, s. 65).

Ottawa charteret, som ble utarbeidet på den første internasjonale konferansen for helsefremming, definerer helsefremmende arbeid som «de prosesser som setter mennesker i stand til å ivareta og utvikle sin helse» (WHO, 1986). Charteret beskriver 5 satsningsområder for dette arbeidet:

- Å bygge en sunn helsepolitikk
- Å skape støttende miljø
- Å styrke lokalmiljøets muligheter for handling
- Å utvikle personlige ferdigheter og
- Å tilpasse helsetjenestene

I Folkehelsemeldingen «Gode liv i et trygt samfunn» (2019, s. 8) understrekes nasjonale, regionale og lokale myndigheters ansvar for å etablere og utvikle et folkehelsearbeid som legger til rette for at alle mennesker skal ha de samme mulighetene til å utvikle god helse og til å utjevne sosiale helseforskjeller. I Norge har kommunene ansvar for drift av en rekke offentlige tjenester; barnehager, skoler, utvikling av arbeidsplasser, boligplanlegging og helse- og omsorgstjenester som alle er viktige arenaer for folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s.12; WHO, 2018). Et særlig ansvar for det helsefremmende arbeidet er derfor lagt til kommunene, som gjennom sine ressurser og sin virksomhet har gode forutsetninger for å etablere tiltak, innenfor enkelt sektorer og på tvers av sektorer som kan bidra til å fremme helse og utjevne helseforskjeller for sine innbyggere (Folkehelseloven, 2012, § 4; Hansen, Helgesen & Vabo, 2018, s. 231).

Denne studien ønsker å undersøke folkehelsearbeidet i Bjørnafjorden kommune. Denne masteroppgaven retter særlig oppmerksomhet mot det helsefremmende arbeidet og det samarbeidet kommunen har etablert for å fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller.

2 Bakgrunn

WHO (1986) definerer helse som en menneskerettighet, en ressurs i hverdagen som skal være tilgjengelig for alle. Fred, et sted å bo, utdanning, mat, inntekt, stabile økosystem, bærekraftig utvikling og sosial rettferdighet er viktige forutsetninger for helse (WHO, 1986). Hele er et personlig ansvar, men i også et ansvar for myndighetene som skal ta ansvar for befolkningens helse gjennom adekvate helse- og sosiale tiltak (Axelsson & Axelsson, 2006; Holt, Waldorff & Tjørnhøj-Thomsen, 2018).

De siste tiårene har mange land i Europa hatt en klar forbedring i folkehelsen, likevel vedvarer store ulikheter i helsestatus mellom og innad i land, og forskjellene øker. (Fosse, Sherriff & Helgesen, 2019, s. 2). Norge beskrives som en velferdsstat med gode trygde og stønadsordninger med lik tilgang til utdanning og helsetjenester (Raphael, 2013, s. 7), samtidig øker de sosiale helseforskjellene også her (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 16). Det er i Norge, som i andre land, en sosial gradient hvor mennesker med lav sosioøkonomisk status lever kortere og har dårligere helse enn de med høyere sosioøkonomisk status (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007; Michael Marmot & Bell, 2016). Ulikhet i helse knyttes til omfattende og komplekse sosiale helse-determinanter som levekår, helse-relatert atferd, utdanning, arbeid og helsesystem, hvor mange kan påvirkes politisk (Fosse, et al., 2019, s. 2).

Selv om det lenge har vært kunnskap om de sosiale og økonomiske faktorenes innvirkning på helse og at det er et behov for å adressere disse for å utjevne sosialen helseforskjeller, har det vist seg vanskelig å etablere og forplikte den brede tverrsektorielle innsatsen som er nødvendig for å lykkes i dette arbeidet (Didrichsen, Schele & Little, 2015, s. 6). Folkehelsearbeidet har vært preget av et forebyggende fokus med tiltak rettet mot levevaner og risikofaktorer for sykdomsutvikling, hvor helsevesenet har hatt en sentral rolle i å etablere og drifte ulike (Didrichsen et al., 2015, s. 7; Fosse & Helgesen, 2020, s.399).

I Norge omfatter folkehelsearbeidet både forebyggende og helsefremmende oppgaver (Folkehelseloven, 2012, §3). Arbeidet er regulert i Folkehelseloven (2012) som gjenspeiler satsingsområdene i Ottowacharteret og vektlegger helsefremmende arbeid som adresserer sosioøkonomiske helsedeterminanter for å legge til rette for en samfunnsutvikling som skal fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller i Norge (Folkehelseloven, 2012, § 1; Fosse, et al., 2019, s. 2). Kommunene forventes å etablere brede befolkningsrettede tiltak som suppleres med mer målrettede tilbud til sårbare grupper for å fremme helse og utjevne sosiale

helseforskjeller i sitt helsefremmende arbeid (Dahl, et al., 2014, s. 14; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 55).

Folkehelseloven (2012, § 4) gir tydelige rammer for det lokale folkehelsearbeidet. Kommunene skal fremme helse gjennom lokal utvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting, utarbeide oversikt over positive og negative faktorer som påvirker helsen og medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt i all kommunal virksomhet og av eksterne aktører med virksomhet i kommunen (Folkehelseloven, 2012, §9 - §13). Helseutfordringer skal påvirkes gjennom en tverrsektoriell og nivåovergripende tilnærming (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 72). Dette er en felles målsetting for alle offentlige og private aktører og for frivillige lag og organisasjoner. Det er derfor viktig at det er en forståelse om at dette er felles målsettinger, og at man er avhengig av hverandres innsats for å nå målsetting om en utjevne og bærekraftig samfunnsutvikling (Helsedirektoratet, 2018a, s.35). Samarbeid er derfor en nøkkelfaktor for å lykkes i å etablere et bærekraftig helsefremmende arbeid som involverer alle sektorer innenfor offentlige og private virksomheter, ikke bare helsesektoren (WHO, 2008, s. 2).

Det er stor grad av selvstyre på regionalt og lokalt nivå i Norge (Kommuneloven, 1992, s., § 1) hvor kommunene i stor grad selv bestemmer hvordan de skal iverksette sentrale, politiske mål og strategier (Hansen, et al., 2018, s. 182) . Kommunens oppgave er slik sett å balansere nasjonale føringer og forventninger med lokale utfordringer, behov og muligheter og å sikre god kvalitet i dette arbeidet (Synnevåg, Amdam & Fosse, 2018, s. 68). Folkehelsemeldingen (2015, s. 18) viser til at et effektivt folkehelsearbeid med god kvalitet må bygge på kunnskap om helse og helseutfordringer. Det må derfor legges til rette for en mer systematisk utvikling og bruk av forskningsbasert kunnskap som kan bidra til å styrke kommunenes innsats innenfor folkehelseområdet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 18).

2.1 Plassering og avgrensning av oppgaven

Denne masteroppgaven er en del av prosjektet: «Folkehelsearbeidet i kommunene» (H3) som undersøker hvordan kommuner anvender tilgjengelig kunnskapsgrunnlag i sitt folkehelsearbeid. Prosjektet (H3) studerer formelle og uformelle organisasjonsstrukturer som er etablert for å løse folkehelseoppgaver i Bergen kommune og omliggende kommuner. Intensjonen med prosjektet er å utvikle indikatorer som kan benyttes for å videreutvikle

kommunenes folkehelsearbeid. Denne masteroppgaven undersøkte høsten 2020 og våren 2021 folkehelsearbeidet i Bjørnafjorden kommune, som er en av kommunene som deltar i prosjektet (H3). Masteroppgaven har hatt særlig fokus på det tverrsektorielle samarbeidet kommunen har etablert for å fremme helse og utjevne helseforskjeller for sine innbyggere

2.2 Disposisjon av oppgaven

Denne oppgaven består av 7 deler. Innledningsvis har jeg presentert bakgrunn for oppgavens problemstilling. I det neste kapittelet vil jeg gjøre rede for valg av teorigrunnlag som har påvirket prosessen med å planlegge, gjennomføre og drøfte funn i undersøkelsen. Deretter beskriver jeg i kapittel 3 Bjørnafjorden kommunes folkehelsearbeid slik det fremkommer i sentrale, styrende dokumenter før jeg går gjennom tidligere relevant forskning som har bidratt til mer oversikt på fagfeltet og plassering av oppgaven. Dette kapittelet avsluttes med oppgavens problemstilling. Videre gjør jeg rede for metodiske valg i kapittel 5 før jeg i kapittel 6 presenterer funn. I kapittel 7 drøftes funn relatert til teori og tidligere forskning. Oppgaven avsluttes med en oppsummering og konklusjon som inkluderer implikasjoner for videre forskning.

3 Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere noen utvalgte begreper og forståelsesrammer (modeller) som har vært viktige for arbeidet i denne undersøkelsen. Innledningsvis presenterer jeg begrepet helsefremmende arbeid. Videre gjør jeg rede for en samarbeidsmodell som har inspirert utarbeiding av en egen, modifisert modell for samarbeid som jeg har benyttet i arbeidet med denne undersøkelsen. Avslutningsvis beskriver jeg rammebetingelsene for det helsefremmende arbeidet i kommunen.

3.1 Helsefremmende arbeid

I det helsefremmende arbeidet forstås helse som en ressurs i hverdagen og innsatts rettes mot «de prosesser som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (WHO, 1986). Ifølge Naidoo & Wills (2016, s. 65) har WHO gjennom denne definisjonen bidratt til å flytte fokus bort fra behandling og forebygging av sykdom til at innsatts rettes mot å identifisere faktorer som fremmer helse og velvære i befolkningen og hvordan disse fordeles. Helse er i et slikt perspektiv både et sosialt produkt og et individuelt produkt, som ikke bare vurderes som en menneskerettighet, men også som en betydelig sosial investering for fellesskapet (Naidoo & Wills, 2016, s. 15).

Viktige prinsipper i helsefremmende arbeid er empowerment og equity. Empowerment handler om at mennesker skal ha reelle muligheter til å gjøre egne valg og ta kontroll over, i denne sammenhengen sin egen helse, både individuelt og sammen som gruppe eller lokalsamfunn (Nutbeam, 1998, s. 354). Begrepet equity har både en rettferdighetsdimensjon og en likhetsdefinisjon som viser til at god helse skal være mulig for alle uavhengig klasse, kjønn og etnisitet (Green et al., 2019, s. 288). De helsefremmende prosessene kjennetegnes derfor medvirkning og en «bottom up» tilnærming der individer, grupper og lokalsamfunn engasjeres for å definere, avgrense og løse ulike problemstillinger som påvirker befolkningens helse (Green, et al., 2019, s. 197; Laverack, 2017, s. 2). Kommunens helsefremmende arbeid innebærer vanligvis brede befolkningsrettede tiltak, ofte supplert av mer spesifikke og målrettede tiltak til mer sårbare grupper i regi av helsetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 12). Et sentralt mål i det helsefremmende arbeid er å utjevne sosiale helseforskjeller i befolkningen

Et helsefremmende perspektiv vektlegger de strukturelle, samfunnsmessige økonomiske og sosiale faktorene som påvirker den enkeltes muligheter for å ivareta og utvikle sin helse (Green, et al., 2019, s. 69-169; WHO, 1986). Jeg har valgt å bruke Whitehead og Dahlgren

SHD- modell, figur 1, til å illustrerer dette (Dahlgren & Whitehead, 1991,s. 13). Modellen viser ulike påvirkningsfaktorer for individets helse, fra biologiske faktorer, valg av levevaner, sosiale relasjoner, levekår, utdanning og arbeid til mer overordnede generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser. Mange av disse faktorene er utenfor den enkeltes rekkevidde, men har likevel direkte og indirekte innvirkning på utvikling av helse for individer og grupper i befolkningen.



Figur 1 SDH - modellen, Dahlgren & Whitehead,1991, s. 11

Dette er komplekse sammenhenger som ofte beskrives som «the causes of causes» (Dahl, et al., 2014, s. 227; Michael Marmot & Bell, 2016, s.238). Et eksempel på denne kompleksiteten er sammenhengen mellom helse og økonomi. God økonomi har en direkte innvirkning på helse fordi den gir mulighet til å kjøpe en god bolig, sunn mat, ferie og helsetjenester. Dårlig inntekt kan medføre dårlige boforhold, usunt kosthold og mindre tilgang til helsetjenester, men også mer stress og bekymring, følelse av mindreverdighet og isolasjon. Dette kan skyldes valg av yrke som igjen handler om utdanning som kan henge sammen med oppvekst forhold og sosial arv osv, osv. Dette er problemstillinger som er kontinuerlige og som ikke har en objektiv, riktig løsning, også beskrevet som «wicked problems (Fosse & Helgesen, 2020; Hofstad, 2013, s. 18).

Det foreligger systematiske og strukturelle forskjeller i tilgang til og fordeling av sosioøkonomiske helsedeterminanter, hvor oppvekst, utdanning, arbeid, inntekt og helsevaner

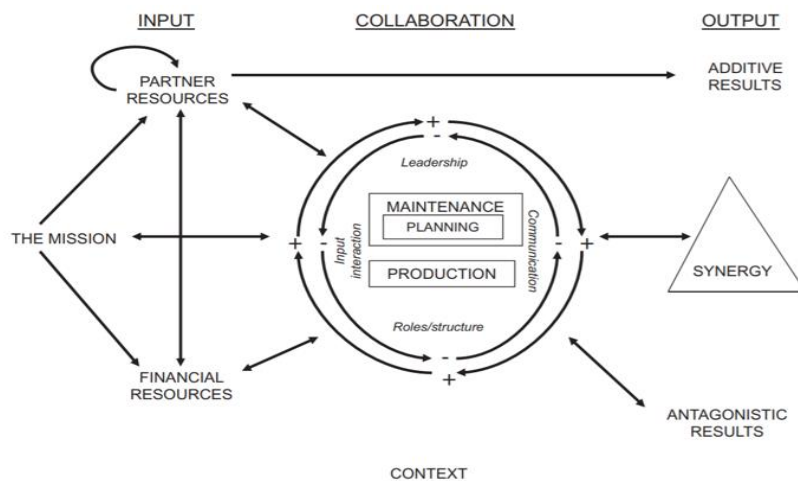
og samspillet mellom disse faktorene spiller en avgjørende rolle for utvikling av helse, livskvalitet og muligheter gjennom hele livsløpet (Dahl, et al., 2014, s. 38). Helse følger en sosial gradient hvor de som har lavest utdanning, lavest inntekt, og lav sosial status har dårligere helse enn de som har høy utdanning og høy inntekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 52; Marmot & Bell, 2016, s. 238). Selv om det er mangelfull kunnskap om årsakene til sosiale helseforskjeller og hvordan disse best bør håndteres (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 14), er det bred politisk enighet om å iverksette systematiske, langsiktige og befolkningsrettede strategier og tiltak som adresserer alle ledd i årsakskjeden (Dahl, et al., 2014; Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s. 4 og 8; Helsedirektoratet, 2017, s. 4). Hovedansvaret for dette arbeidet er i Norge lagt til kommunene (Folkehelseloven, 2012, § 2). Kommunene skal bruke alle sine sektorer for å fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller, ikke bare helsesektoren, og legge til rette for «Helse i alt vi gjør» i planlegging, implementering og drift av helsefremmende tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). For å lykkes i dette arbeidet er samarbeid mellom ulike aktører en nøkkelfaktor (WHO, 1986).

3.2 Samarbeid om helsefremmende oppgaver

Strategien «Helse i alt vi gjør» er viktig for å sette helse på agendaen også i tjenestene utenfor helsesektoren. Helsekonsekvenser skal vurderes systematisk i alle beslutninger og strategier på tvers av sektorer og tjenester på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå (WHO, 2013b, s. 1). Axelson & Axelson (2006, s.78) viser til en økende spesialisering innenfor offentlig virksomhet de siste 10 årene som har medvirket til en økende fragmentering av tjenestene. Dette har både funksjonelle og strukturelle aspekter og medvirker til utvikling av faglig spesialisering, ulike roller og oppgaver og ulike kulturer og holdninger som gir utfordringer når kommunene skal samordne og strukturere sine oppgaver, også innenfor folkehelse (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 77). I kommunene kommer dette gjerne til uttrykk i det som beskrives som «siloer»; avgrensede og spesialiserte tjenester som innenfor tildelt budsjett har ansvar for sine definerte og avgrensede kjerneoppgaver. Samtidig har kommunen er rekke oppgaver som ikke lar seg løse innenfor en enkelt sektor, for eksempel ulike tiltak som skal fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller. Måloppnåelse innenfor disse oppgavene forutsetter et systematisk og planlagt samarbeid lateralt og horisontalt i kommunen (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 79).

Samarbeid kan beskrives som en prosess som etableres og utvikles på bakgrunn av en rekke faktorer i den kommunale «settingen» The Bergen Model for Collaborativ Function, BMCF

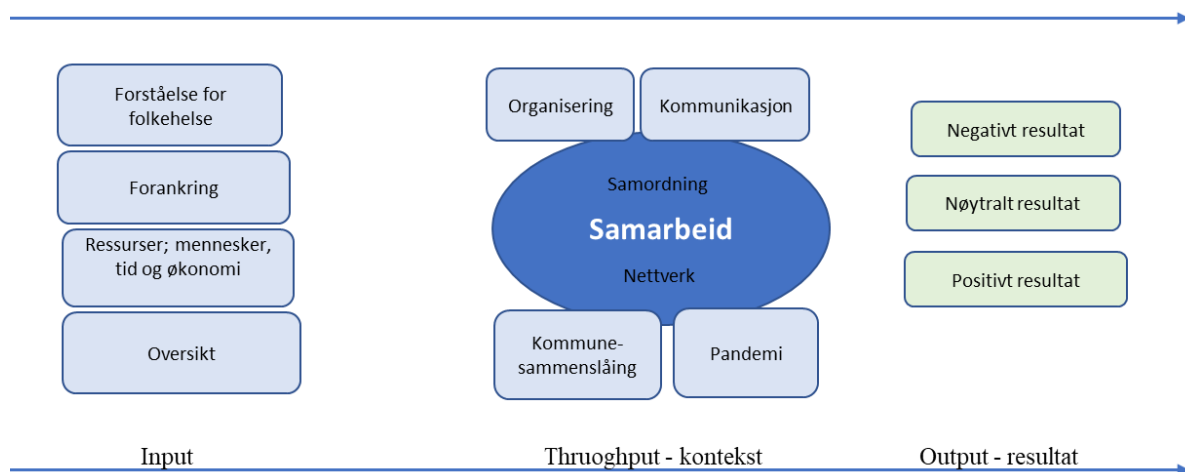
modellen, figur 2, er et strukturerende verktøy som systematisk belyser elementer og funksjonsdynamikk i samarbeid (Corbin, Chu, Carney, Donnelly & Clancy, 2017, s. 37) Modellen er benyttet for å undersøke ulike samarbeidsformer innenfor forskjellige fagområder i en rekke land, også i norske kommuner (Corbin, Jones & Barry, 2016; Corbin, Mittelmark & Lie, 2013).



Figur 2 Bergen Model of Collaborative Function, Corbin & Mittelmark, 2008, s. 369

Input i modellen omfatter elementer som oppdrag, mål, og ressurser i form av økonomi og personell, kompetanse, forpliktelser og fullmakter. Throughput beskriver samarbeidet i en kontekst. Kontekst består i hovedsak av fire elementer: hvordan input engasjeres/benyttes i samarbeidet, ledelse, roller/struktur og prosedyrer og kommunikasjon. Disse fire elementene vil interagere og medvirke positivt eller negativt til dynamiske og selvforsterkende prosesser (Corbin, et al., 2016, s. 6). En styrke for modellen er ifølge Corbin, et al. (2013, s. 52), at den i det som kalles output åpner opp for at samarbeid kan ha ulike resultat. Hensikt med tverrsektorielt samarbeid er i utgangspunktet synergier, hvor den enkelte part oppnår mer ved å samarbeide enn å håndtere oppgave (Corbin & Mittelmark, 2008, s. 21). Samtidig kan samarbeid av og til ikke gi ønsket effekt, men fremstå konfliktfylt, formålsløst og ressurskrevende. Corbin et al (2016, s. 22) mener samarbeid som ikke lykkes, gir forventet effekt, kan være lærerike erfaringer som har positiv innvirkning på samarbeid. Dette forutsetter fortløpende evalueringer av samarbeid for å kunne lære av erfaringene. BMCF modellen har sammen med Axelsson & Axelssons beskrivelser og fremstilling av samarbeid, bidratt til utdypende forståelse og temaer rundt samarbeid som er vektlagt i denne

undersøkelsen og til utvikling av en egen versjon av BMCF modellen som har bidratt til strukturering av dette masterprosjektet, figur 3.



Figur 3 Tilpasset modell for samarbeid, etter BMCF modellen i figur 2

Fremstilling og strukturering i denne oppgaven følger ikke modellen helt systematisk. Samarbeid er på mange måter en kontinuerlig og kompleks prosess som utvikles, tilpasses, stoppes og startes i ulike settinger og med ulike aktører. Elementene som kategoriseres i modellen kan overlape, eller plasseres annerledes utfra ulike situasjonsbeskrivelser. For eksempel kan et kunnskapsgrunnlag både være et utgangspunkt for å etablere samarbeid, men også være et positivt resultat av samarbeid. Dette er for eksempel tilfelle for Folkehelseoversikten som Bjørnafjorden kommune har utarbeidet. Jeg har med utgangspunkt i BMCF modellen beskrevet forståelse (av folkehelse og folkehelsearbeid), kunnskapsgrunnlag, ressurser og forankring som «input» ved etablering av samarbeid. Til Throughput, eller kontekst, har jeg valgt å kategorisere organisering, kommunesammenslåing, budsjett og pandemi som hver for seg og sammen, har hatt betydning for samarbeidet i kommunen det siste året. Resultat, eller output, av samarbeid vil i henhold til modellen være en konsekvens, eller et resultat av input og throughput.

3.2.1 Tverrsektorielt samarbeid

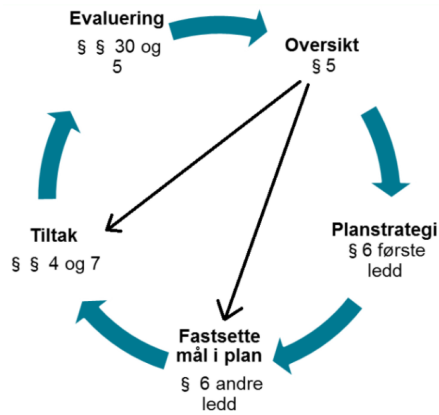
Chircorp, Bassett & Taylor (2014, s. 182) viser til at samarbeid beskrives med mange forskjellige synonymer og har ulik betydning i litteraturen, for eksempel intersektorielt samarbeid, partnerskap eller samhandling. I denne undersøkelsen har jeg valgt å bruke

begrepet tverrsektorielt samarbeid, som i rapporten «Bedre tverrfaglig innsats» (2018, s. 18) blir brukt om arbeid på tvers av kommunale etater, seksjoner og tjenester og på tvers av nivåer, for eksempel mellom forskjellige seksjoner i kommunen og politi eller private aktører og spesialisthelsetjeneste. Helgesen (2018, s. 38) viser til at dette arbeidet ofte er tverrfaglig fordi det er medarbeidere med profesjonell utdanning, for eksempel lærere, sykepleiere, økonomer og politi som samarbeider, slik det også var for informantene i denne undersøkelsen.

3.3 Lovgrunnlag for folkehelsearbeidet i kommunene

Kommunene har to roller i folkehelsearbeidet. De skal representere og implementere nasjonale lover, strategier og målsetninger, og samtidig være en selvstendig arena som ivaretar lokale behov og prioriteringer (Synnevåg, et al., 2018, s. 68). Det er en rekke lover som på ulike områder regulerer faktorer som er viktige for befolkningens helse. Eksempler på slike lover er vegtrafikkloven, forurensningsloven, opplæringsloven og lov om tobakksskade mfl. Det er samtidig tre lover som påvirker folkehelsearbeidet i kommunene spesielt. Folkehelseloven, Plan- og bygningsloven og kommuneloven gir rammebetingelser for kommunens planlegging og implementering av folkehelse tiltak.

Kommuneloven fremmer kommunalt og fylkeskommunalt selvstyre med et sterkt lokaldemokrati der innbyggere deltar aktivt (Kommuneloven, 1992, § 1). Formål med loven er å bidra til selvstendige, effektive, trygge og bærekraftige kommuner (§1). Folkehelseloven gir videre kommunene ansvar for å etablere et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid og å fremme befolkningens helse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt (§4). Kommunene skal legge til rette for medvirkning og samarbeid (§4) og ha nødvendig oversikt over befolkningens helsetilstand og positive og negative faktorer som påvirker denne (§5). (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 143). Denne oversikten skal være grunnlag for vurderinger og prioriteringer i kommunens beslutninger. Folkehelsearbeidet er derfor knyttet til arbeidet med kommunal planstrategi og til kommuneplaner (Folkehelseloven, 2012, § 6; Plan- og bygningsloven, 2008, kap. 11). Plan og bygningsloven skal sikre politisk forankring, lokalt eierskap og styring av folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2019a). og sikre bærekraftig utvikling på individ og samfunnsnivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 144). Lovverket gir rammebetingelsene for et systematisk folkehelsearbeid i kommunene med et tidsperspektiv som har basis i en kommunestyreperiode på fire år, som illustrert i figur 4.



Figur 4 Illustrasjon av det systematiske folkehelsearbeidet, hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/>

3.4 Økonomiske rammebetingelser for folkehelsearbeidet i kommunene

Folkehelsearbeidet blir i hovedsak finansiert over kommunens egne budsjetter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 144). Det er i tillegg etablert ulike tilskuddsordninger som kommunen kan søke og som har spesifikke temaer og søknadskrav som kommunens prosjekter må tilfredsstille. Regjeringen bevilget i 2015 midler som blant annet hadde som målsetting å sikre bedre sosial fordeling. Midlene ga kommunene mulighet til å innføre gratis kjernetid i barnehagene, stipendordninger i videregående skoler og økt lærlingtilskudd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s.182). Det er videre etablert et «program for folkehelsearbeid i kommunene» som er en nasjonal satsning for å støtte det lokale folkehelsearbeidet. Programmet skal fremme lokalt lokalt rusførebyggende arbeid og bidra til å integrere psykisk helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2019b). Tilskuddsordningene skal stimulere og styrke kommunens utviklingsarbeid og initiere iversettelse av ulike tiltak, men vil alltid bare være en liten del av kommunens samlede finansiering av folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 145)

3.5 Kommunereform

Kommunen i denne undersøkelsen er et resultat av kommunereformen der 119 tidligere kommuner ble slått sammen til 47 nye kommuner (Regjeringen.no, 2020). Ifølge regjeringen vil reformen sikre alle innbyggere i hele landet gode velferdstjenester gjennom likeverdige tjenester, helhetlig og bærekraftig samfunns- og næringsutvikling, bærekraftige og robuste kommuner og et styrket lokaldemokrati (Regjeringen, 2020). Kommunereformen har medført at det fra januar 2021 er 356 kommuner i Norge og er bakgrunnen for at Fusa og Os

kommune ble slått sammen til Bjørnafjorden kommune.

3.6 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg gjort rede for viktige prinsipper innenfor helsefremmende arbeid og presentert de sosiale helsedeterminantene som, sammen med den sosiale gradienten, er grunnlag for det samarbeidet som er nødvendig for å etablere og utvikle et folkehelsearbeid som inkluderer helsefremmende tiltak som skal utjevne sosiale helseforskjeller. Videre har jeg presentert en modell som skisserer påvirkningsfaktorer i samarbeidsprosesser og med bakgrunn i denne utarbeidet en modell som er tilpasset funn i denne undersøkelsen. Deretter har jeg kort gjort rede for tre sentrale lover som sammen skal sikre et strukturert og langsiktig folkehelsearbeid i Norge. Til slutt har jeg beskrevet økonomiske rammebetingelser og virkemidler som kommunen disponerer i sitt folkehelsearbeid.

4 Litteraturgjennomgang

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for litteratursøk og gjennomgang av litteratur som er gjort i arbeidet med denne undersøkelsen. Intensjonen har vært å få oversikt på fagfeltet, identifisere relevante temaer, diskusjoner og problemstillinger for å kunne presisere og plassere oppgaven i eksisterende forskning (Aveyard, 2014, s. 5 - 11; Grønmo, 2016, s. 83 - 85). Jeg begynner med å gjøre rede for min søkestrategi. Deretter beskriver jeg Bjørnafjorden kommune slik kommunen fremstår på bakgrunn av gjennomgang av lokale dokumenter og kommunens nettside. Videre gjør jeg rede for utdrag av forskning som er relatert til kommunalt folkehelsearbeid, helsefremmende oppgaver og samarbeid. Jeg avslutter kapittelet med å presentere denne undersøkelsens hensikt og forskningsspørsmål.

4.1 Søkestrategi

For å sikre relevans, kvalitet og struktur i litteratursøkene som ble gjennomført, drøftet vi innledningsvis aktuelle søkeord og eventuelle kriterier for utvalg av artikler i arbeidsgruppen. (Aveyard, 2014, s.83). Sentrale søkeord som ble valgt i innledende søk var: Folkehelse, fremme helse, sosial ulikhet, samarbeid og kommune. Flere søkeord kom til etter hvert som vi oppdaget kombinasjoner og overlappende begreper i artiklene vi fant. For eksempel ble samarbeid utvidet til: tverrsektorielt samarbeid og intersektorielt samarbeid m.fl. Vi gjennomførte søk i databaser som Medline, Idunn, Promed, ORIA og Google scholar. Artikler ble vurdert i henhold til forfatter, tittel, tema og fagfelle vurdering (Aveyard, Sharp & Woolliams, 2015, s. 29-43).

I figuren nedenfor vises noen eksempler på søkeord som ble benyttet og artikkelsøk som ble gjennomført.

Tabell 1 Eksempel på søk

Database/kilde: Cochrane Library
Dato for søk: 04.10.20.
Søkehistorikk/fremgangsmåte: "Health promotion" OR "Public health" AND Norway OR Norwegian* OR "Nordic countr*" OR Scandinavia
Antall treff: 76
Artikkelfunn til vurdering: <ol style="list-style-type: none">1) Policy interventions implemented through sporting organisations for promoting healthy behavior change2) Collaboration between local health and local government agencies for health improvement3) Strategies to improve the implementation of healthy eating, physical activity and obesity prevention policies, practices or programmes within childcare services4) Implementation strategies for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews
Antall inkluderte:

I tillegg til å få oversikt over relevant forskning, har oppgavens samfunnsvitenskapelige vinkling medført behov for å orientere seg og få oversikt over offentlige dokumenter, lover og retningslinjer på nasjonalt og lokalt nivå. Disse gir rammebetingelser for folkehelsearbeidet og de helsefremmende oppgavene i kommunene, som er tema i denne undersøkelsen. Det ble derfor gjennomført søk i offentlige kilder som regjeringen.no, LOVDATA.no, SSB.no, Helsedirektoratet og Bjørnafjorden. kommune.no med søkeord: Folkehelse, fremme helse, helsefremming og tverrsektorielt samarbeid. En oppdagelse i forbindelse med disse søkene var at søk på «helsefremmende» ga 71 treff i lovdata på tvers av 7 ulike departement. Dette indikerte at det helsefremmende arbeidet i utgangspunktet har bred, overordnet forankring på tvers av departementer og offentlige innsatsområder. Jeg har valgt å ikke lage en egen oversikt over resultatet av disse søkene, men heller vise til disse der det er aktuelt gjennom hele denne masteroppgaven.

Tabell 2 Eksempel på søk i Lovdata

SØK I LOVDATA 12.09.20	
SØK: Helsefremmende - 71 treff	
Forskrift til rammeplan for videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid.	Kunnskapsdepartementet
Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetj.	Helse- og omsorgsdepartementet
Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)	Arbeids- og sosialdepartementet
Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)	Helse- og omsorgsdepartementet
Lov om friluftslivet (friluftsløven)	Klima- og miljødepartementet
Lov om barnehager (barnehageloven)	Kunnskapsdepartementet
Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)	Helse- og omsorgsdepartementet
Lov om stillingsvern mv. for arbeidstakere på skip (skipsarbeidsloven)	Nærings- og fiskeridepartementet
Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger	Helse- og omsorgsdepartementet
Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)	Helse- og omsorgsdepartementet
Forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver	Kunnskapsdepartementet
Forskrift til rammeplan for en rekke utdanninger	Kunnskapsdepartementet
Forskrift om oversikt over folkehelsen	Helse- og omsorgsdepartementet
Rikspolitiske retningslinjer for barn og planlegging	Kommunal- og moderniseringsdepartemen

Jeg gjennomførte innledende søk sammen med en annen student som hadde sammenfallende problemstilling, men med ulik vinkling. Dette medvirket til at flere søkeord ble aktuelle og til flere og mer omfattende litteratursøk. I etterkant av søkene sammenstilte vi artikkeloversikter og gikk gjennom disse sammen før vi på bakgrunn av definerte kriterier valgte ut artikler som var aktuelle for våre respektive studieområder. Denne fremgangsmåten ga et bredere artikkeltilfang enn artikkelsøk gjennomført av en student alene ville gitt. Det er gjennom hele studieperioden gjennomført supplerende søk, spesielt i forbindelse med arbeidet med resultatkapittelet og diskusjonskapittelet.

4.2 Bjørnafjorden kommune

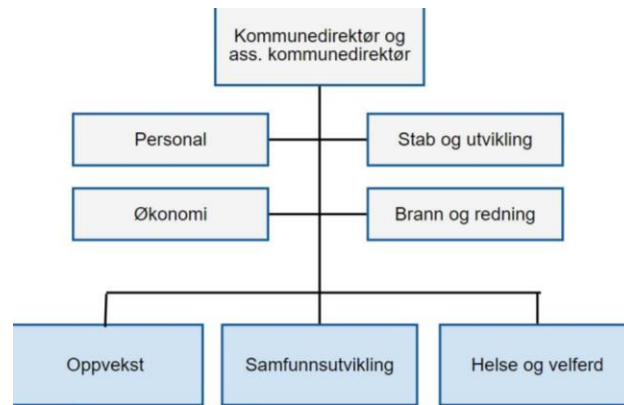
I dette avsnittet presenterer jeg informasjon som fremkom ved gjennomgang av Bjørnafjordens overordnede, styrende dokumenter. Dokumenter ble valgt ut på bakgrunn av innledende sonderinger i kommunens nettsider, anbefalinger fra kontaktperson i kommunen og innspill fra enkelte av informantene i forbindelse med intervju.

Bjørnafjorden ligger i Vestland fylke og er et resultat av sammenslåing av kommunene Fusa og Os i 2021. Målet med kommunereformen som medvirket til at 119 kommuner i Norge slo seg sammen til 47, var å legge til rette for gode og likeverdige tjenester og helhetlig og bærekraftig samfunns- og næringsutvikling i bærekraftige og økonomisk robuste kommuner preget av lokaldemokrati (Regjeringen.no, 2020).

Bjørnafjorden kommune ligger på hver sin side av Bjørnafjorden med fergeforbindelse. Kommunene er svært forskjellige geografisk og demografisk. Det samlede folketallet i den nye kommunen i 2021 er 25,863 hvor det i den minste tidligere kommunen bor 3975 mennesker. 14 % av disse bor i tettbygde strøk i motsetning til den største kommunen som har 21,888 innbyggere hvor av 87% bor i tettbygde strøk (Bjørnafjorden kommune, 2019b, s. 3).

Fusa og Os inngikk i 2016 en intensjonsavtale som skulle gi premisser for forberedelser til og bygging av nye Bjørnafjorden kommune. Avtalen vektla at kommunene i prosessarbeidet med sammenslåing, var likeverdige parter som gjennom samarbeid skulle utvikle gode og tilgjengelige tjenester med høy faglig kvalitet. Ved involvering og gode medvirkningsordninger ønsket kommunen å skape forutsigbare og trygge rammer for sine innbyggere. Visjonen for dette arbeidet var: «Saman for vekst og utvikling!» (Fusa og Os kommune, 2016, s. 5).

Kommunen er politisk styrt gjennom formannskapsmodellen med ordfører fra Arbeiderpartiet. Administrativt er kommunen organisert i tre seksjoner ledet av kommunalsjefer: Seksjon for oppvekst, Seksjon for samfunnsutvikling og seksjon for helse og velferd (Bjørnafjorden kommune, 2021a).



Figur 5 Overordnet organisasjonskart for Bjørnafjorden kommune, 2021,

hentet fra <https://bjornafjorden.kommune.no>

I *Seksjon for Samfunnsutvikling* ligger avdelingene Plan, Byggesak, Kart og oppmåling, Prosjekt, Eiendom drift, Samferdsel og VA, Kultur og Landbruk.

I *Seksjon for Helse og velferd* ligger avdelingene: Helsefremming og rehabilitering, NAV, forvaltning og koordinering, flyktninger og bosted, Tilrettelagte tjenester for barn og unge, Tilrettelagte tjenester for voksne, Psykisk helse og rustjenester, Legevakt og legetjenester og pleie og omsorg, inkludert bo- og behandlingstjenester og hjemmetjenestene i de to tidligere kommunene.

I *Seksjon for oppvekst* ligger avdelingene: Barnevernstjenesten, PPT, Forebyggende helsetjeneste, Kommunale Barnehager og skoler. Alle seksjonene har en fagstab for felles satsninger innenfor seksjonen organisert direkte til kommunalsjefen.

Kommunesammenslåingen har gitt Bjørnafjorden kommune et godt utgangspunkt for å etablere planer og strategier i hensiktsmessig rekkefølge. De utarbeidet først en planstrategi for deretter å lage kommuneplanen med samfunnsdel og påfølgende arealdel. Disse er styrende for delplaner, sektor- og temaplaner, strategier og handlingsplaner (Bjørnafjorden kommune, 2020b, s.3). I tråd med nasjonale føringer har kommunen valgt å forankre sin virksomhet i FN's bærekraftsmål (Regjeringen, 2019). Det er utarbeidet visjoner og overordnede mål for hver av seksjonene som har tilknytning til disse bærekraftsmålene (Bjørnafjorden kommune, 2020b, s. 5 - 6):

Helse og velferd: god helse og livskvalitet for alle, uansett alder (mål 3)

Oppvekst: God utdanning og livslang læring for alle (mål 4)

Samfunnsutvikling: Bærekraftige tettsteder og lokalsamfunn (mål 11)

På denne måten har Bjørnafjorden adressert en rekke faktorer, slik figur 1, SDH- modellen illustrerer, som påvirker befolkningens helse.

Kommunens planstrategi (2020, s. 6) understreker videre at måloppnåelse er avhengig av samarbeid internt i kommunen, på tvers av fag- og tjenesteområder, mellom administrasjon og politikere, med innbyggere, frivillige lag og organisasjoner, næringsliv og kulturliv. Samarbeid for å nå målene (bærekraftsmål 17) forutsetter i tillegg samarbeid utover kommunegrensene, med andre kommuner, regionale og nasjonale instanser og med ulike forskningsmiljøer. Samarbeid er nødvendig for å utvikle treffsikre helhetlige og fleksible tjenester og for å legge til rette for nytenkning og hensiktsmessig bruk av kompetanse og kapasitet (Bjørnafjorden kommune, 2020b, s. 22).

Kommunen viser til at det er en klar sammenheng mellom bærekraftsmålene og folkehelsearbeidet som skal gjøre kommunen til et trygt og godt sted å bo hvor alle innbyggerne har samme mulighet til å leve sunne liv (Bjørnafjorden kommune, 2020b, s. 8). Folkehelse beskrives for eksempel under strategiområde 3.4.4 i Strategidokumentet som et eget overordnet, helhetlig og systematisk arbeidsområde som skal gi grunnlag for alt planarbeid i kommunen (s. 9). Folkehelse skal videre være et tema innenfor alle tjenesteområder og et felles, tverrfaglig ansvar (s. 9). Samtidig er folkehelse, i kommunal planstrategi knyttet til helse og livskvalitet, med vekt på helse og omsorg, demens, rus og psykiatri (s. 22). Kosthold levevaner og fysisk aktivitet trekkes også frem. Bjørnafjorden knytter både helsefremmende arbeid og utjevning av sosiale helseforskjeller, forebygging og behandling til folkehelseoppgavene i den kommunale planstrategien.

Kommunesammenslåingen har gitt kommunen større fagmiljø, større kompetansebredde og flere muligheter for robust tjenesteproduksjon. Omstillingsprosjektet «Bjørnafjorden 22», digitalisering og Innolab (Bergen kommune, 2021) skal være viktige virkemidler i organisasjons- og tjenesteutviklingen. Samtidig forventer Staten en resultatgrad på 1,75% i kommunens økonomi. Dette innebærer at inntektene skal være høyere enn driftsutgiftene. For å nå dette målet, må kommunen spare ca 90 millioner årlig (Bjørnafjorden kommune, 2020b, s. 14). Et viktig virkemiddel for å kartlegge muligheter og utfordringer innenfor folkehelseområdet er en felles folkehelseoversikt. Denne oversikten vil være sentral i kommunens videre prioriteringer og planlegging innenfor tilgjengelige økonomiske rammer.

I den første folkehelseoversikten «Levekår og helse» 2019 har Bjørnafjorden kommune valgt å presentere tall og statistikker for hver av de sammenslåtte kommunene. Dette er gjort for å unngå å kamuflere lokale utfordringer som ifølge rapporten er vesentlige å kjenne til i planarbeid og politikkutforming (Bjørnafjorden kommune, 2019a, s.10). Videre er noen

punkter i oversikten (Bjørnafjorden kommune, 2019a, s. 10 - 13):

De fleste i kommunen lever gode liv. Samtidig er det i Bjørnafjorden som i samfunnet ellers økende forskjeller og utenforskap. Årsakene og utfordringene til dette er ulike, men knyttes til fattigdom og arbeidsledighet og lavinntektsfamilier, ensomhet og psykiske plager innenfor alle aldersgrupper. Geografiske avstander i den nye kommunen gir utfordringer til boligbygging, transportløsninger og servicefunksjoner. Barn og eldre er mindre mobile. For disse gruppene er nærmiljøet sentralt – friluftsliv, uteaktiviteter og møteplasser mellom mennesker.

Det er iverksatt flere tiltak for å koordinere oppgaver som går på tvers av seksjoner. De har blant annet opprettet en tverrfaglig folkehelsegruppe som har ansvar for utarbeiding og oppfølgingsarbeid med folkehelseoversikten (Bjørnafjorden kommune, 2019a, s. 9). De har tilsatt en SLT- koordinator som skal jobbe målrettet med tverrsektorielt samarbeid mellom kommunale etater og politiet, for å gi barn og unge rett hjelp til rett tid (Bjørnafjorden kommune, 2020c). SLT- koordinatoren har en rekke koordinerende oppgaver på bruker og systemnivå og sitter blant annet i en tverretattlig gruppe som jobber med barnefattigdom (Bjørnafjorden kommune, 2020a). Fusa hadde en 100% folkehelsekoordinator, som i den nye kommunen fungerer som en folkehelsekontakt i en mindre prosent stilling i tillegg til andre oppgaver.

Bjørnafjorden er opptatt av involvering og medvirkning for sine innbyggere og har blant annet opprettet ungdomsråd og elderråd for å sikre at målgruppene er orientert og har muligheter til å legge frem sine syn når det fattes beslutninger (Bjørnafjorden kommune, 2021b). Det er gjennomført spørreundersøkelser, for eksempel «Eldretråkk» og «Ungdomstråkk» i forbindelse med etablering av ulike tiltak for å fremme helse i befolkningen. Et slikt tilbud er Ung Arena (Bjørnafjorden kommune, 2021c). Dette er et gratis, lavterskeltilbud for ungdom mellom 13 og 20 år. Her kan ungdommene «henge» med hverandre eller snakke med voksne med taushetsplikt, for eksempel kan de treffe psykolog, helsesykepleier, ruskonsulent og representanter fra barnevern og nav.

2021 fikk Bjørnafjorden et tilskudd fra Helsedirektoratets program for folkehelsearbeid i kommunene på 3, 1 millioner kroner fordelt over 3 år. Prosjektet «VERD- SETT» skal styrke barns trivsel, trygghet, selvtillit og psykiske helse (Bjørnafjorden kommune, 2021d).

4.3 Forskning

Jeg innleder denne delen av kapittelet med å presentere internasjonal og nasjonal forskning som er relatert til folkehelsearbeid og helsefremmende oppgaver. Videre gjør jeg rede for utdrag av forskning som omhandler samarbeid innenfor folkehelseområdet, med vekt på samarbeid om helsefremmende oppgaver. Deretter presenterer jeg forskning som undersøker utvikling i folkehelsearbeidet i Norge siden folkehelseloven ble innført i 2012.

4.3.1 Folkehelsearbeid og helsefremmende oppgaver

Både internasjonalt og nasjonalt virker det å være bred enighet om at de fleste helse-determinantene ligger utenfor helsesektoren og at arbeidet for å utjevne sosiale helseforskjeller må sikres gjennom bidrag fra alle samfunns- og politiske sektorer (Dahlgren & Whitehead, 2007, s. 12; Tallarek Née Grimm, Helgesen & Fosse, 2013; WHO, 2008).

Helsefremmende tiltak må ha fokus på de underliggende strukturelle årsakene til sosiale helseforskjeller (Dahl, et al., 2014, s. 252; Helsedirektoratet, 2017, s. 4).

Didrichsen et al gjennomførte i 2015 en studie i Norge, Sverige og Danmark hvor de ønsket å kartlegge utvikling og erfaring med lokalt og regionalt arbeid for å utjevne sosiale helseforskjeller (Didrichsen, et al., 2015). De fant i denne studien at det å knytte utfordringer innenfor folkehelsearbeidet til en sosial gradient, åpnet en rekke muligheter for å iverksette tiltak som kan bedre helse i hele befolkningen (Didrichsen, et al., 2015, s. 41). Denne undersøkelsen og andre studier peker videre på at helsefremmende tiltak både bør være universelle og målrettede og adressere strukturer og systemer som påvirker fordeling av ressursene i samfunnet for å utjevne sosiale helseforskjeller (Dahl, et al., 2014; Fosse & Helgesen, 2020; Marmot & Bell, 2012).

I flere undersøkelser omtales problemstillinger knyttet til sosiale helseforskjeller som «Wicked problems» (Fosse & Helgesen, 2020; Hofstad, 2013). Dette er komplekse og sammensatte problemstillinger som reproduseres, ofte med nye former og varierende årsaksforhold, og som kan skape uenighet om hva som er riktige tiltak og derfor kan gjøre det vanskelig å identifisere hensiktsmessige og effektive strategier og tiltak over tid (Didrichsen et al., 2015). Didrichsen, et al (2015, s. 14) viste for eksempel til at arbeidsledighet ikke automatisk gir dårlig helse, men at arbeidsledighet i kombinasjon med bekymringer for økonomi, kanskje sammen med inaktivitet, usunt kosthold og tiltagende isolasjon fort kan få helsekonsekvenser. Muligheter på arbeidsmarkedet er samtidig knyttet til utdanning som igjen kan være knyttet til oppvekstforhold osv. Dette er problemstillinger som ikke kan løses av en

tjeneste alene og hvor det kan være utfordrende å vite hva som vil være riktig tiltak og hvordan og når det er hensiktsmessig å iverksette disse. Samtidig er dette er forhold som kan adresseres og endres (Didrichsen, et al., 2015, s. 14; M. Marmot & Bell, 2012, s. 10).

Fosse & Helgesen (2020, s. 401) viste på bakgrunn av en undersøkelse gjennomført i de nordiske landene til at strategier som har til hensikt å redusere helseforskjeller, har en tendens til å bli forenklet, «temmet», for å gjøre komplekse og sammensatte årsaksforhold mer håndterbare. Carey & Crammond (2015, s.1020) mente at en årsak til dette kan være at det nåværende kunnskapsgrunnlaget for politiske beslutninger og strategier er begrenset (smalt), velges selektivt og tolkes og at løsninger ofte er basert på forenklete, lineære beskrivelser av komplekse problemstillinger for å finne «en «sti gjennom et vanskelig landskap».

Nasjonale strategier og retningslinjer brukes i økende grad for å standardisere og systematisere det lokale folkehelsearbeidet og for å legge til rette for kunnskapsbasert praksis (Rod & Høybye, 2016, s. 692). WHO (2018, s. 12) fant i en undersøkelse gjennomført i en rekke Europeiske land, at god kommunikasjon og etablerte strukturer og systemer innenfor og mellom nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, er viktig for at nasjonale strategier og prioriteringer iverksettes hensiktsmessig og effektivt på lokalt nivå. Rod & Høybye (2016, s. 694) fant samtidig i sin undersøkelse av 4 danske kommuner, at nasjonale strategier og retningslinjer ofte førte til at kommunene prioriterte forebyggende arbeid med fokus på risikofaktorer fremfor helsefremmende tiltak, blant annet fordi dette arbeidet ble opplevd å være lettere å evaluere.

En tidligere undersøkelse i regi av WHO (2008, s. 7) viste at strategier som ble initiert på nasjonalt nivå med stort påtrykk og entusiasme «top down», ikke ble vellykket med mindre fagfolk og innbyggere på lokalt nivå ble trukket med i etablering og utvikling av samarbeid om ulike tiltak. Den samme undersøkelsen viste at samarbeid og intervensjoner som involverte innbyggere med gode lokale rammer, strategier og støtte, la til rette for at samarbeidet vedvarte over tid og tilpasset seg lokale utfordringer (WHO, 2008, s.7). Carey & Crammond (2015, s. 1024) fant i en oversiktsstudie som inkluderte 15 empiriske studier, at en god balanse mellom «top down» og «bottom up» tilnærming med god politisk og administrativ forankring, tydelig og fokusert ledelse og engasjerte, kompetente, medvirkende ansatte og innbyggere på «gateplan», økte sannsynlighet for å lykkes med helsefremmende intervensjoner. Et viktig prinsipp i «bottom up» tilnærming i helsefremmende arbeid er empowerment, prosesser som gjennom å øke kompetanse og påvirkning bidrar til større grad

av kontroll og autonomi (Braunack-Mayer & Louise, 2008, s. 6). Braunack-Mayer & Louise (2008, s. 6) påpeker at «bottom up» tilnærming reiser flere dilemmaer, blant annet kan det å velge spesifikke målgruppe utfordre prinsipp om universell utforming. Bred deltakelse og påvirkningsmuligheter for befolkningen kan videre komme i konflikt med de «profesjonelles fagkunnskap» og kan derfor gi utfordringer i «reell» medvirkning i helsefremmende intervensjoner (Holt et al. 2018, s. 8).

Både internasjonale og nasjonale studier peker på at helsevesenet i stor grad ender opp med å behandle befolkningens helseutfordringer uten å ha muligheten til å adressere «rotårsaken» til disse problemstillingene, som er forankret i sosiale og økonomiske forhold (Didrichsen, et al., 2015, s. 7; Fosse & Helgesen, 2020, s.399). Didrichsen et al (2015, s. 36) fant i sin undersøkelse to måter de skandinaviske landene organiserte sitt folkehelsearbeid. Den vanligste var å etablere en enhet innenfor helsetjenestene som fikk ansvar for utviklingsarbeid og som initierte samarbeid med andre sektorer ved behov for å løse folkehelseoppgaver. Den andre tilnærmingen var å etablere organisatoriske strukturer som sikret involvering og ansvarliggjøring for samarbeid om helsefremmende oppgaver på ulike nivå og i alle sektorer (Didrichsen, et al., 2015, s. 36). Begge tilnærmingene var representert i alle de skandinaviske landene. Den første måten ga et sterkt og synlig folkehelsearbeid i kommunen, men kunne samtidig medvirke til at andre tjenester enn Helsetjenestene, la seg «bakpå» og tenkte at folkehelse var helsetjenestenes ansvar (Didrichsen, et al., 2015, s. 36). WHO (2018, s. 9) fant i sin undersøkelse tre årsaker til at andre tjenester enn helse ble involvert i folkehelsearbeidet; problemstillingen kunne ikke løses av helsetjenesten på egen hånd, det var behov for mer samordning og helhet, eller det var behov for å styrke og mobilisere ressurser mot ulike helseutfordringer.

Holt, Tjørnhøj-Thomsen & Clavier (2017, s. 886) fant i en dansk undersøkelse at noen kommuner hadde gode resultater ved å la helsetjenestene gi tilbud innenfor en annen tjenestes «setting», for eksempel ulike aktivitetstilbud eller kostholdstiltak i skolen. Undersøkelsen problematiserer samtidig at slike kortvarige, vellykkede intervensjoner kan forsterke helsetjenestenes rolle i folke-helsearbeidet og derfor kan bidra til å korrumpere et langsiktig og strukturelt rettet helsefremmende arbeid som adressere bakenforliggende årsaker til helseforskjeller (Holt, et al., 2017). Flere andre undersøkelser indikerte videre at selv om de nordiske landene i økende grad benyttet universelle og målrettede tiltak, var det samtidig et økende fokus på individet og tiltak som rettes mot levevaner og forebygging (Fosse & Helgesen, 2020, s. 399).

De fleste undersøkelser som er presentert i dette avsnittet indikerer at dårlig helse i befolkningen ikke kan løses uten å adressere underliggende helsedeterminanter og at dette arbeidet må involvere tjenester og sektorer utenfor helsetjenestene. Et effektivt og bærekraftig folkehelsearbeid forutsetter samarbeid og strategier på tvers av sektorer for å adressere faktorer som kan bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller (Dahl, et al., 2014, s. 14; WHO, 2008, s. 2).

4.3.2 Samarbeid om helsefremmende oppgaver

«Helse i alt vi gjør» regnes som en gullstandard for folkehelsearbeid, hvor intersektorielt samarbeid vurderes å være en nøkkelfaktor for å fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller i befolkningen (Heimburg, et al., 2017, s. 60; WHO, 2017). Intersektorielt samarbeid er både et mål og et virkemiddel som ifølge Axelsson & Axelsson (2006, s. 80) legger til rette for en helhetlig tilnærming til folkehelsearbeidet. Forfatterne viser til en økende spesialisering innenfor offentlige virksomheter som har medvirket til fragmentering av tjenester. Dette er en utvikling som gjør det nødvendig med bedre integrering for å sikre nødvendig samordning og etablering av samarbeid for å adressere sosiale helseforskjeller (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 77-78).

Gjennom litteraturundersøkelsen kom det frem at forskning har undersøkt og funnet ulike former for samarbeid om å løse helseutfordringer i befolkningen. Type problemstillinger, mål og intensjoner var vanligvis styrende for type samarbeid som ble initiert og etablert, struktur og deltakelse. Chircop, et al. (2014) viser på bakgrunn av en litteraturgjennomgang av 64 artikler som alle omhandler ulike former for samarbeid, til at samarbeid har en rekke benevnelser. Samarbeid ble omtalt som partnerskap, teamwork, nettverksarbeid, cooperation, koalisjoner, strategiske allianser, integrering, multisektorielt arbeid, intersektorielt arbeid og samarbeid (Chircop, et al., 2014, s. 182). De fant videre at samarbeid ble beskrevet som; problemløsende, samlende, inkluderende, begrenser dobbelt arbeid, samlar ressurser, kostnadseffektiv, komplementerende (kompetanse), reflekterende, kreativt, respektfullt, ga felles forståelse, var forpliktende og solidarisk (s. 182). De viste samtidig til at maktbalanse, eierskap og styring av løsninger utfordret et effektivt og hensiktsmessig samarbeid og etterlyste mer forskning om hvordan tverrsektorielt samarbeid praktiseres og fungerer i daglig, praktisk arbeid (Chircop, et al., 2014, s. 187).

Det er flere undersøkelser som tyder på at kommuner som etablerer intersektorielt samarbeid vil være bedre i stand til å forbedre sentrale sosiale helsedeterminanter og på den måten bedre

befolkningens helse (Didrichsen et al., 2015; Hagen, Torp, Helgesen & Fosse, 2017, s. 986). Det er samtidig utfordringer knyttet til ulik forståelse av problemstillinger og kontekst og dilemmaer i forhold til hva slags kunnskapsgrunnlag som skal legges til grunn for planlegging og implementering av folkehelseiltak, spesielt samarbeid som adresserer sosial ulikhet (Synnevåg, et al., 2018, s. 984; Heimburg, et al., 2017, s. 68). Flere undersøkelser viste at det på tross stor enighet om at «Helse i alt vi gjør» og tverrsektorielt samarbeid er sentralt i arbeidet for å fremme helse og utjevne sosiale forskjeller, var det lite evaluering som underbygget dette (Heimburg, et al., 2017; Holt et al., 2018).

Holt, et al (2018, s. 11) fant i en kvalitativ undersøkelse med intervjuer og observasjoner i 10 Danske kommuner, at nasjonale strategier og målsettinger kan være tvetydige og oppleves motsetningsfulle innenfor ulike sektorer. Videre fant de at ulikheter i ansvar, oppgaver, mål og prioriteringer på tvers av tjenester og sektorer, kan bidra til ulike tolkninger og forventninger som gjør implementering av samarbeid om helsefremmende intervensjoner vanskelig (Holt, et al., 2018, s. 12). De konkluderte i undersøkelsen med at en overordnet strategi om «helse i alt vi gjør» i seg selv kan være en barriere for lokalt tverrsektorielt samarbeid og at dette i hovedsak skyldes en idealisering av samarbeid, usikkerhet knyttet til økonomiske resultater og spenninger mellom ulike krav og føringer innenfor og mellom de ulike tjenestene (Holt et al., 2018, s. 10).

Heimburg & Hakkebo (2017, s. 74) mente på bakgrunn av en undersøkelse av to kommuner i Norge, at den viktigste barrieren for å iverksette «Helse i alt vi gjør» var manglende forståelse av prosesser for utvikling av politikk og organisasjoner. De argumenterte for at det er behov for å utvikle mer kunnskap og styrke kompetanse som behøves for å oversette kunnskap til handling. De fant videre at felles indikatorer og mål, ansettelse av personer med sektorovergripende ansvar og «forhandlingsferdigheter», tverrsektorielle grupper og erfaringsutveksling var viktige faktorer som stimulerte til samarbeid om helsefremmende og sosialt utjevne oppgaver (Heimburg & Hakkebo, 2017, s. 75).

Chircop, et al. (2014, s. 8) pekte på at eksisterende strategier ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til disse faktorene og at utfordringer i samarbeid, ifølge deres undersøkelser, oppstår på grunn av ulik ideologi, verdier og holdninger, for eksempel mellom tjenester i offentlig sektor, privat sektor og frivillighet. De viste videre til at samarbeid ofte oppstår når en tjeneste ikke klarer å løse en oppgave alene og at dette kan oppstå (spontant) i det daglige arbeidet uten at fagfolk nødvendigvis kan påvirke hvem de samarbeider med (Chircop, et al., 2014, s.

4). De mener at mange modeller for samarbeid ikke synliggjør utfordringer relatert til underliggende verdier, teoretisk ståsted, holdninger og kultur som gjør det vanskelig å etablere et strukturert og langsiktig samarbeid (Chircop, et al., 2014, s. 6 -9). De etterlyste mer fokus på evaluering og det å hente frem «beste praksis» i planlegging og etablering av tverrsektorielt samarbeid (Chircop, Bassett & Taylor, 2014, s. 3). Disse forholdene ble også trukket frem i en global undersøkelse av tverrsektorielt samarbeid som WHO gjennomførte i 2008. I denne undersøkelsen ble organisering, silotenking, generell motstand, interessekonflikter, konkurranse om ressurser og politiske skifter identifisert som utfordringer for å etablere langsiktige og bærekraftige folkehelseiltak (WHO, 2008, s. 23).

McDaid & Wismar (2015, s. 327) peker på ulikheter knyttet til indikatorer og økonomi som gjør det utfordrende å etablere et tverrsektorielt samarbeid. De problematiser at helsefremmende arbeid i så stor grad er knyttet til helse og helsegevinster, når de fleste helsefremmende tiltak foregår utenfor helsesektoren med effekter som ikke direkte kan knyttes til helse, for eksempel innenfor skole og arbeidsliv. De mener derfor at det er viktig å fokusere på gevinster utover helse, som for eksempel bedre trivsel, læring og økt produktivitet, for å legge til rette for en bredere involvering og forpliktelse i det helsefremmende arbeidet (McDaid & Wismar, 2015, s. 328) . De argumenterer videre at budsjettering som følger kommunenes seksjoner og tjenester kan begrense vilje til å involvere seg i ressurskrevende samarbeid mellom seksjoner og tjenester. Slik de vurderer det, er det viktig å identifisere flest mulige kostnader og gevinster for de ulike sektorene, også utover helse og økonomi, for å kunne få et godt utgangspunkt for å diskutere og planlegge tverrsektorielt samarbeid, s. 331. De argumenterer for at budsjettering på tvers av seksjoner, med kommunens egne midler eller ved eksterne tilskudd, kan motivere til og initiere tverrsektorielt samarbeid (McDaid & Wismar, 2015, s. 334).

Disse forholdene ble også trukket frem i en større Europeisk undersøkelse i regi av WHO som undersøkte tverrsektorielt samarbeid i 2018. I denne undersøkelsen ble det pekt på at det er vanskelig å «bevise» at tverrsektorielt samarbeid er kostnadseffektivt, blant annet fordi det mangler tydelige og felles indikatorer som kan synliggjøre positive endringer som resultat av tverrsektorielt samarbeid (WHO, 2018, s. 23). Videre ble det også her understreket, at det er helt nødvendig å følge opp med tilstrekkelige ressurser i budsjetter for å sikre et langsiktig og forutsigbart tverrsektorielt samarbeid (WHO, 2018, s. 34). Rapporten anbefalte å utvikle felles indikatorer og etablere systemer og strukturer for å tilbakemelde på disse indikatorene

for å kunne evaluere, justere og planlegge utvikling og slik sett legge til rette for å utvikle gode rammeverk for et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid (WHO, 2018, s. 25).

Andre undersøkelser trakk frem terminologi og forståelse som faktorer som påvirker etablering og utvikling av tverrsektorielt samarbeid. Didrichsen, et al (2015, s. 41) argumenterte for at endringer og justeringer innenfor ulike sektorer må gjøres innenfor hver enkelt sektors premisser. Deres undersøkelse i de skandinaviske land indikerte at kommuner som benyttet begrepet sosial bærekraft i større grad oppnådde eierskap og forpliktelse på tvers av sektorer i arbeidet med å etablere universelle tiltak og strategier (Didrichsen, et al., 2015, s.41). Synnevåg, et al (2018) fant i en undersøkelse i tre norske kommuner at begrepene folkehelse og folkehelsearbeid kunne forsterke helsetjenestenes rolle og derfor kunne være barrierer for å implementere et tverrsektorielt folkehelsearbeid i kommunen. De fant at det kunne være hensiktsmessig å bruke alternativ terminologi, for eksempel levekår, for å involvere og forplikte på tvers av sektorer (Synnevåg, et al., 2018, s. 72). Hofstad & Bergsli (2017) mente på bakgrunn av en strategisk litteraturstudie at det er flere felles kjennetegn ved arbeid for å bedre folkehelse og øke sosial bærekraft. Begge begrepene er knyttet til å utvikle menneskelig potensial, rettferdig (lik) tilgang til ressurser og goder, sosial kapital og sosial «sammenheng», tilhørighet og medvirkning (Hofstad & Schou, 2017, s. 35). Deres undersøkelse viste at flere kommuner hadde valgt å se folkehelse i et større bærekraftsperspektiv og at begrepet sosial bærekraft bidro til at det var enklere å etablere et felles språk og en felles virkelighetsforståelse på tvers av tjenester og sektorer (Hofstd & Bergsli, 2017, s. 68).

Tre større undersøkelser gjennomført i Norge i viste til at mange kommuner benyttet tverrsektorielle grupper for å strukturere samarbeid mellom ulike seksjoner i kommunen (Helgesen, 2018, s. 100; Helgesen & Hofstad, 2012, s. 132). Axelsson & Axelsson (2006, s. 81) mener etablering av tverrsektorielle team er et viktig virkemiddel for å legge til rette for et helhetlig folkehelsearbeid. Disse gruppene er ofte sammensatt av personer fra ulike sektorer og avdelinger, med ulik fagbakgrunn som samarbeider for å utvikle tjenester for å fremme helse generelt eller i spesifikke målgrupper. Viktige suksessfaktorer er stabilitet, tillitt, respekt, felles forståelse, verdier og prioriteringer (Axelsson & Axelsson s.83). Forskning viste videre at vilje til samarbeid, ledelse, faglig kompetanse og tilstrekkelige menneskelige og finansielle ressurser er nødvendig for å lykkes i å etablere stabile og effektive tverrsektorielle grupper over tid (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 83; Helgesen, 2018, s. 100; Miller, 2016, s. 2). Selvstendige grupper der innbyggere også deltar og har reell påvirkning,

legger videre til rette for «bottom up» tilnærming i det helsefremmende samarbeidet (Axelsson & Axelssons s.83; WHO, 2008, s. 7).

Jeg har funnet mindre forskning knyttet til koordinerende stillinger eller funksjoner som skal legge til rette for mer tverrsektorielt samarbeid i kommunene. Corbin et al (2016, s. 19) mener det er viktig å ha personer i en organisasjoner med «boundary- spanning skills». Dette er ferdigheter som er nødvendig for å kunne forhandle hensiktsmessig og konstruktivt for å unngå konflikter når prosesser og samarbeid foregår i etablerte hierarkiske systemer med sterke profesjonsgrupper (Corbin et al., 2016, s.19). Folkehelsekoordinator er ikke en lovpålagt funksjoner for kommunene, men mange kommuner har likevel valgt å etablere slike funksjoner for å ha en tydelig ressurs som kan sette fokus på og koordinere folkehelsearbeidet i kommunen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 197).

4.3.3 Folkehelsearbeidet i Norske kommuner

Det er gjennomført en rekke nasjonale og internasjonale studier som har undersøkt folkehelsearbeidet i norske kommuner siden folkehelseloven trådte i kraft i 2012. Flere internasjonale undersøkelser mener Norge i stor grad har lyktes i å etablere et systematisk nasjonalt, regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Dette knyttes til at Norge har regulert folkehelsearbeidet i egen lov hvor det er et tydelig fokus på ansvar for å fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller og at det samtidig er etablert et rapporteringssystem hvor indikatorer på tvers av sektorer tilbakemeldes myndigheter lokalt og nasjonalt (Didrichsen et al., 2015, s. 8; WHO, 2018, s. 15).

Folkehelseloven har siden den ble innført i 2012 ifølge forskning medvirket til en bevisstgjøring og utvikling i det kommunale folkehelsearbeidet (Hofstad & Schou, 2017, s. 87). Høy grad av selvstyre i norske kommuner har samtidig medført til dels store forskjeller i folkehelsearbeidet mellom kommunene. Ulikhet i størrelse, geografiske forhold, ressurser og politisk og administrative organisering har medvirket til ytterligere forskjeller i kommunenes forutsetninger for å effektivt sentrale pålegg og håndtere lokale utfordringer (Didrichsen et al., 2015, s. 10; Hansen et al., 2018, s. 182). Didrichsen et al. (2015, s. 10) mener dette kan være en uheldig utvikling, samtidig gir det mulighet for forskning som kan sammenligne funn mellom kommuner og på bakgrunn av ulike funn, identifisere hva som «virker» eller ikke «virker, og på denne bakgrunn løfte frem «beste praksis».

By- og regionforskningsinstituttet, NIBR, har gjennomført en rekke undersøkelser av norske kommuner der fokus har vært folkehelsearbeid eller temaer som er relatert til folkehelse-

oppgaver, for eksempel samarbeidsmodeller om helsefremmende oppgaver, forebygging og målgrupper i det helsefremmende arbeidet (Helgesen, 2018; Helgesen & Hofstad, 2012; Helgesen, et al., 2014). Folkehelsemeldingen (2019, s. 17) viser til disse undersøkelsene når de presenterer folkehelsearbeidet i kommunene. På tross av at det foreligger store forskjeller, har kommunene i større grad enn tidligere har etablert et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. En stor andel av kommunene har folkehelse som mål i planstrategien og i kommuneplanens samfunnsdel, mens arealdelen av kommuneplanen i mindre grad integrerer folkehelse (Hofstad, 2018, s. 103). Nesten 90% av kommunene har utarbeidet oversikt over helsetilstanden i befolkningen og positive og negative faktorer som påvirker denne og bruker denne informasjonen som kunnskapsgrunnlag i arbeid med lokale planer og strategier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 17). En stor del av kommunene oppgir videre psykisk helse og sosiale forskjeller som største utfordringene for folkehelsen i sine kommuner, men få har iverksatt tiltak for å adressere disse problemområdene. Hagen, et al. (2018) fant at 82% kommunene vurderte at de er i stand til å redusere sosiale helseforskjeller og halvparten mente at boligforhold er en av de viktigste faktorene til ulikhet i helse og prioriterte utbedring av boligforhold i det helsefremmende arbeidet (Hagen, et al., 2017, s. 982). Undersøkelsen viste videre at størrelsen på kommunen og opplevelsen kommunen hadde av eget handlingsrom påvirket i hvor stor grad kommunen adresserte befolkningens levekår (Hagen, et al., 2017, s. 977). Folkehelsemeldingen problematiserer at det ikke er utviklet felles indikatorsett for kommunens helsefremmende arbeid, og at dette gjør det utfordrende å måle og evaluere kommunens innsats (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 17).

I 2014 viste rapporten «Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner», at kommunene arbeidet bredt og befolkningsrettet på universelle arenaer i kombinasjon med mer spesifikke og målrettede tiltak til sårbare grupper (Helgesen, et al., 2014, s. 12). Flere nasjonale helsefremmende tiltak var iverksatt, som for eksempel: «Bedre læringsmiljø» og «Helsefremmende skoler». Det var flere tiltak av sosial karakter og kommunen arbeidet i større grad for å utjevne sosiale helseforskjeller innenfor de fleste tjenesteområdene. Blant annet ble «fattigdomsmidler» benyttet for å øke deltakelse i fysisk aktivitet i barnefamilier med dårlig økonomi og det var etablert prosjekter i skolen for å forebygge «drop out» (Helgesen et al, 2014, s. 10). 316 kommuner oppga at de hadde etablert tverrsektorielle grupper hvor mange var dominert av helsetjenestene, for eksempel skolehelsetjenesten. De fleste av disse var etablert i oppvekstseksjonen (Helgesen, et al, 2014,

s. 16). I 2017 hadde de fleste kommunene i Norge etablert tverrsektorielle grupper som jobbet med folkehelse (Hofstad & Schou, 2017, s. 87).

Folkehelsekoordinatorene, som i 2011 stort sett var organisert til helsetjenestene i 10 – 100% stilling, var i 2014 i noe større grad organisert til stab hos rådmannen eller i andre tjenester utenfor helse. Denne organiseringen kunne medvirke til at folkehelse tema ble satt mer systematisk på agendaen (Helgesen, et al, 2014, s. 11). En senere undersøkelse av Hagen, et al (2018, s. 807) fant at for at folkehelsekoordinator skal lykkes i å redusere helseforskjeller, måtte de ha 100% stilling, ha tilgang på relevant informasjon og kompetanse, være organisert sentralt eller ha nødvendige fullmakter til å kunne koordinere ulike sektorer.

Helgesen, et al. (2014, s. 35) viste til at selv om de generelle, sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige faktorene, som illustrert i figur 1, er bestemmende for helsen og kan påvirkes politisk, er de fleste av disse faktorene utenfor kommunens rekkevidde og ansvarsområde. Det var også funn i deres undersøkelse som viste at nasjonale tilskudd kan gi kommunene mindre kontroll og styring av ulike folkehelse tiltak, fordi utlysningene ofte er temabasert og relatert til nasjonale prioriteringer og ikke nødvendigvis er knyttet til lokale utfordringer, (Helgesen, et al, 2014, s. 19). Andre undersøkelser viste til at nasjonale tilskudd kan medvirke til å styrke det forebyggende folkehelsearbeidet i kommunene ved at disse ressursene er knyttet til kampanjer som adresserer levevanetemaer som røykeslutt, kosthold og fysisk aktivitet (Elisabeth Fosse & Helgesen, 2017, s. 1).

En senere studie i regi av NIBR i 2017, undersøkte det tverrfaglige samarbeidet i Helsedirektoratets samarbeidskommuner relatert til BTI modellen, Bedre tverrfaglig innsats (Helgesen, 2018). Undersøkelsen konsentrerte seg primært om samarbeid rundt barn og unge, men identifiserte likevel faktorer som påvirker samarbeid, som samsvarer med tidligere beskrevet internasjonal forskning. Vilje til samarbeid, tillitt mellom profesjonsgrupper, kommunikasjon og gjensidig respekt bidrar til å forme tverrsektorielt samarbeid (Helgesen, 2018, s. 43). Funn i undersøkelsen indikerte videre at digitalisering kan være bra, fordi informasjon på denne måten kan «løftes» opp og gjøres mer tilgjengelig for samarbeidspartnere, brukergrupper og andre som har behov for informasjon (Helgesen, 2018, s. 20). Det ble videre understreket at digitale plattformer kan supplere fysiske møter, men at møteplasser alltid vil være en viktig kommunikasjonsarena for alle former for samarbeid (Helgesen, 2018, s. 20).

Synnevåg, et al. (2018, s. 987) fant i sin undersøkelse at selv om overordnede planer og strategier var viktig, var det avgjørende at disse ble spisset og konkretisert for å lykkes i å realisere disse i kommunens virksomhet. Funn i undersøkelsen tydet på at sammensatte problemstillinger med fordel kunne brytes ned i mer håndterlige delelementer og kommuniserer på en forståelig måte til den tjeneste eller sektor som fikk ansvar for å iverksette tiltak (Synnevåg, Amdam & Fosse, 2018, s. 988). Styring av arbeidet var tjent med en kombinasjon av instrumentelle virkemidler og etablering av treffpunkter hvor bidragsytere lateralt og horisontalt i organisasjonen kan møtes til dialog, med respekt, for å legge til rette for å etablere felles forståelse i det helsefremmende arbeidet (Synnevåg, et al., 2018, s. 989).

4.4 Oppsummering

Kommunene har i større grad enn tidligere forankret folkehelsearbeidet i planer og strategier, samtidig viser forskning at arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller er utfordrende, fordi disse problemstillingene er komplekse og sammensatte og ikke har en enkel, objektiv løsning. Forskning argumenterer for at arbeid som skal fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller i større grad må involvere sektorer utenfor helsetjenestene. Mange av kommunens utfordringer for å løse disse oppgavene knyttes til samarbeid. Hensiktsmessig tverrsektorielt samarbeid kan være utfordrende å initiere og utvikle på tvers av sektorer og tjenester, men er samtidig helt nødvendig for å legge til rette for et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Internasjonale og nasjonale undersøkelser har identifisert en rekke faktorer som påvirker folkehelsearbeid og tverrsektorielt samarbeid. Disse knyttes blant annet til forankring, organisering, strukturelle virkemidler, ressurser, kultur og holdninger.

Tidligere undersøkelser i norske kommuner indikerer at folkehelsearbeidet fremdeles er knyttet til helse og helsegevinster og at helsetjenestene ofte er en sentral aktør i dette arbeidet. Samtidig er det en utvikling i retning av at kommunene i større grad adresserer faktorer som kan utjevne sosiale helseforskjeller. Forskning viser til at det foreligger for lite kunnskap innenfor helsefremmende arbeid, for eksempel vet man for lite om hva som er de «riktige» tiltakene for kommunen å iverksette og om samarbeid alltid er det nøkkelverktøyet som skal til for å løse disse problemstillingene.

4.5 Studiens relevans

Forskning som er presentert i dette kapittels indikerer at det frem til 2018 fremdeles var et større fokus på forebyggende tiltak i kommunene enn på helsefremmende tiltak som

adresserte sosiale helseforskjeller. Undersøkelser peker på at helsevesenet har hatt en sentral rolle og at kommunene kan ha utfordringer med å engasjere tjenestene utenfor helsetjenestene i tverrsektorielt samarbeid. Kommunereformen har i samme periode medført sammenslåing av en rekke kommuner med forskjellig utgangspunkt.

Det fremstår derfor relevant å undersøke utvikling i kommunens folkehelsearbeid og hvordan kommunen nå samarbeider for å fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller. Min undersøkelse kan bidra med kunnskap om en utvalgt kommunes unike tilnærming til det helsefremmende, tverrsektorielt samarbeid og hvordan dette inngår i kommunens samlede folkehelsearbeid. Funn fra undersøkelsen kan ha overføringsverdi til andre kommuner og gi innsikt i hva som fungerer og hva som fungerer mindre godt. Dette kan bli benyttet som en del av kunnskapsgrunnlaget for videreutvikling av kommunale tjenester i det overordnede prosjektet «Folkehelsearbeidet i kommunene» (H3).

4.6 Studiens forskningsspørsmål:

I denne masteroppgaven er forskningsspørsmålet:

- Hvordan arbeider Bjørnafjorden kommune med folkehelseoppgaver og hvordan samarbeider kommunen om å fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller?

Underspørsmålene er:

- Hvordan forstår informantene begrepet folkehelse?
- Hvordan samarbeider kommunen om helsefremmende oppgaver?
- Hvilke faktorer påvirker det tverrsektorielle samarbeidet i kommunen?

Med utgangspunkt i studiens forskningsspørsmål vil jeg i det neste kapitlet gjøre rede for den metodiske fremgangsmåten som er benyttet for å besvare disse spørsmålene.

5 Metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for og diskutere det metodiske rammeverket for denne undersøkelsen. Jeg begynner med å presentere vitenskapsteoretisk forankring og studiens design. Videre beskriver jeg hvordan utvalg, datainnsamling og bearbeiding av data er gjennomført og hva som er gjort for å styrke undersøkelsens kvalitet og troverdighet. Jeg avslutter oppgaven med å presentere etiske og metodiske betraktninger og refleksjoner rundt min egen rolle som forsker. Før jeg avslutningsvis reflekterer rundt min egen rolle som forsker.

5.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Hvordan vi forstår verden er knyttet til tenkemåter og begrepssystemer som er gjeldende innenfor et fagområde i en gitt tidsperiode (epistemologi) og vil påvirke hvordan vi forstår og vurderer kunnskap og (Thomassen, 2006, s. 120). Det er derfor viktig å gjøre rede for undersøkelsens vitenskapsteoretiske forankring (Malterud, 2017, s. 185). Et relevant eksempel for denne oppgaven er hvordan en forstår helse. Helsebegrepet har en rekke ulike dimensjoner og ulik betydning for ulike mennesker og fagprofesjoner som vil påvirke forståelse, vurderinger og forslag til løsninger av ulike helserelaterte problemstillinger. For eksempel vil et reduksjonistisk perspektiv på helse tilsi en fragmentert tilnærming med fokus på enkeltstående faktorer som undersøkes hver for seg uten å vurdere flere faktorer og uten å trekke inn kontekst (Thomassen, 2006, s. 75). God helse vil i et slikt perspektiv kunne forstås utelukkende som fravær av sykdom.

I denne undersøkelsen forstås helse som et resultat av en rekke faktorer og som en subjektiv opplevelse i relasjon med kontekstuelle betingelser. Data som generes er basert på menneskers opplevelser, tolkninger og refleksjoner rundt det folkehelsearbeidet de er kjent med i kommunen. Dette er en tilnærming som samsvarer med et sosialkonstruktivistisk verdensbilde som vektlegger individets subjektive meninger og tolkninger. I henhold til dette perspektiv utvikles selvforståelse og forståelse av omgivelsene gjennom språklig interaksjon og påvirkes av sosial, kulturell og historisk kontekst (Creswell & Creswell, 2018, s. 7 og 89; Thomassen, 2006, s. 160 - 161).

Et sosialkonstruktivistisk perspektiv anerkjenner at det kan finnes flere og likeverdige opplevelser av en situasjon eller et fenomen (Ponterotto, 2005, s. 131). Dette vil være et sentralt perspektiv i denne undersøkelsen, som ikke har som intensjon å evaluere eller vurdere

folkehelsearbeidet i Bjørnafjorden kommune, men ønsker å kartlegge hvordan mennesker som er plassert på ulike områder i organisasjonen og med ulike roller opplever det samlede folkehelsearbeidet i kommunen fra sitt (flere) ståsted. Videre vil undersøkelsen ha et hermeneutisk preg fordi den i ulike faser av forsknings-prosessen aksepterer at data som utvikles er et resultat av tolkning og forforståelse, både hos deltakerne i studien og hos forskeren, meg. Dette beskriver Thomassen (2005, s. 91) som en hermeneutisk sirkel hvor forståelse utvikles gjennom stadig bevegelse mellom deelementer og helhet innenfor en forståelsessirkel, forforståelse og fordømmer i det vi prøver å forstå.

5.2 Forskningsdesign

Intensjonen i denne undersøkelsen var å beskrive folkehelsearbeidet i kommunen basert på ansattes opplevelse og erfaringer. Det var derfor naturlig å velge en kvalitativ tilnærming. I motsetning til kvantitativ metode som tar utgangspunkt i målbare størrelser tall, statistiske metoder og hypotesetesting (Creswell & Creswell, 2018, s.119), tar kvalitative metoder utgangspunkt i tekst for å utforske, oppdage og beskrive ulike fenomener slik de forstås og tolkes av enkeltindivider (Creswell & Creswell, 2018, s.181). Dette metodevalg samsvarer valg og begrunnelser som er gjort i hovedprosjektet, «Folkehelsearbeidet i kommunene» (H3).

Det finnes flere kvalitative metoder som alle kjennetegnes av at de er åpne og fleksible og kan kombineres for å styrke resultatet i en undersøkelse (Thagaard, 2018, s. 12). I denne undersøkelsen ble det valgt å gjennomføre semistrukturerte intervjuer. Kvalitativt intervju vurderes å være en hensiktsmessig metode for å få en dypere innsikt i ulike fenomener og er samtidig en effektiv og rask metode for å samle inn informasjon (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 20; Skovdal & Cornish, 2015, s. 56). Det ble i tillegg gjort en gjennomgang av relevante overordnede kommunale styringsdokumenter, handlingsplaner og informasjon som var tilgjengelig på Bjørnafjorden kommunes nettsider.

Kvalitative metoder blir kritisert fordi data er utviklet fra informanters forståelse og tolkninger og derfor ikke kan vurderes som sannhet eller «harde fakta» og slikt sett ikke er et godt grunnlag for kunnskapsbasert praksis (Green & Thorogood, 2018, s. 23). Green og Thorogood (2018, s. 23) problematiserer videre at forskeren i kvalitative undersøkelser er en del av sitt eget forskningsmateriale og vil påvirke utvikling av data med sin forforståelse og tolkninger. Denne kritikken av metoden tilbakevises av Malterud (2002, s. 2468) som mener kvalitative forskningsmetoder bygger på velkjente vitenskapsteoretiske forutsetninger for

systematisk og refleksiv kunnskapsutvikling. Dette forutsetter samtidig en systematisk og åpen prosess som er tilgjengelig for innsyn og utfordring og at resultater deles med sikte på overførbarhet (Malterud, 2002, s. 2469).

Ved oppstart av denne masteroppgaven ble det utarbeidet en prosjektplan for å legge til rette for god struktur og systematikk i gjennomføring av undersøkelsen (Skovdal & Cornish, 2015, s. 30). Det ble fortløpende ført «dagbok» logg som har bidratt til refleksjoner, ideer og tanker som har medvirket til justeringer og endringer underveis i prosessen, både i gjennomføring av intervjuer og i analysen av datamaterialet. Jeg vil i de videre avsnittene gi utdypende beskrivelser av forskningsprosessen for å legge til rette for at andre skal kunne følge de valg og vurderinger som er gjort i gjennomføring av denne studien (Malterud, 2018, s. 230)

5.3 Utvalg og rekruttering av informanter

Det ble i denne undersøkelsen gjort et strategiske utvalg, fordi det var viktig for undersøkelsen å rekruttere informanter og dokumenter som kunne belyse folkehelsearbeidet i kommunen og de problemstillingene som var valgt i de ulike masteroppgavene (Creswell & Creswell, 2018, s. 185). Inklusjonskriterier for utvelgelse av informanter ble diskutert i arbeidsgruppen og relatert til utvalg av informanter som var gjort i hovedprosjektet. Vi ønsket i utgangspunktet å intervjuer nøkkelinformanter, i disse undersøkelsene definert som avdelingsledere eller politikere i de respektive i kommunene.

Det var før undersøkelsen startet, opprettet kontakt med kommunen av veileder som en del av hovedprosjektet. Kontaktpersonen oppgave var å sikre tilgang til informanter som samsvarte med våre kriterier. Det ble utformet et informasjons- og samtykkeskjema til potensielle deltakere til undersøkelsen vi nå skulle gjennomføre i Bjørnafjorden kommune, vedlegg 2. Kontaktpersonen sendte informasjon om undersøkelsen og invitasjon til å delta som informant til deltakere i kommunens folkehelsegruppe. Fire deltakere takket ja. To invitasjoner ble avslått på bakgrunn av arbeidsoppgaver som var relatert til pandemi. Det ble videre sendt invitasjon til deltakelse til en tverrfaglig gruppe som jobbet med barnefattigdom i kommunen, hvor 4 takket ja til å delta.

Informantene i denne undersøkelsen er alle kvinner i alderen 30 – 60 år. De har ulik fagbakgrunn og representerer alle seksjonene i kommunen. Noen har jobbet i Fusa, andre i OS. De er organisatorisk plassert på ulike nivå i organisasjonen og har oppgaver innenfor planlegging, ledelse, struktur, samarbeid og brukerrettede tiltak og tjenester. Flere av

informantene har ansvar for flere typer oppgaver i sine stillinger, for eksempel jobber en informant med samarbeid på bruker og systemnivå og er samtidig delaktig i planarbeid. To av informantene hadde lederoppgaver. Denne variasjonen blant deltakerne ble vurdert å være en styrke for undersøkelsen.

5.3.1 Personvern og samtykke

Alle informantene fikk tilsendt et samtykkeskjema i forkant av intervjuene (vedlegg 2). I skjemaet ble det gitt informasjon om behandling og oppbevaring av personopplysninger og data som ble utviklet i intervjuene (Green & Thorogood, 2014, s. 70). Det ble samtidig informert om mulighetene for å trekke seg fra undersøkelsen. Det foreligger skriftlig og muntlig samtykke til deltakelse fra alle informantene.

5.4 Datainnsamling

Data til denne undersøkelsen ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervjuer, som ble planlagt og gjennomført av to studenter. Disse dataene ble supplert med informasjon fra et utvalg av kommunens overordnede styrende dokumenter og handlingsplaner. Sammenstilling av data fra to ulike kilder la til rette for å kunne utdype og forfølge funn som ble utviklet i forbindelse med intervjuene og i analysen. Dette var viktig for å kunne belyse studiens problemstilling fra flere sider og for å kunne identifisere nye perspektiver som kunne bli viktige i den samlede prosessen (Skovdal & Cornish, 2015, s. 43).

5.4.1 Semistrukturerte intervju med intervjuguide

Vi valgte semistrukturerte intervjuer for å kunne ha mulighet til en viss grad av struktur i samtalen med informantene. Dette sikret at noen utvalgte sentrale temaer ble belyst i løpet av intervjuet. Vi åpnet samtidig opp for at informanten kunne utdype de ulike temaene og, hvis de ønsket det, supplere med nye temaer og mer informasjon underveis (Green & Thorogood, 2018, s. 116; Thagaard, 2013, s. 95-98).

Intervjuguiden, vedlegg 3, som ble benyttet, ble utviklet på bakgrunn av drøftinger i arbeidsgruppen og vurdert i sammenheng med intervjuguiden som var utarbeidet i «Folkehelsearbeidet i kommunene» (H3). Det ble gjort noen tilpasninger i temaer for å sikre informasjon og data til begge masteroppgavene som skulle benytte det samme datagrunnlaget og samtidig sikre relevante data til hovedprosjektet. Vi var oppmerksom på at en svakhet ved å bruke en intervjuguide, kan være at forhåndsbestemte temaer og spørsmål kan virke styrende for intervjuet og for det etterfølgende analysen av dataene (Ponterotto, 2005, s. 127).

Vi utarbeidet derfor en rekke underspørsmål med åpen form for å invitere til en utfyllende og utdypende samtale, innenfor de rammene temaene i intervjuguiden ga. Informantene ble i tillegg oppfordret til å komme med egne innspill og utfyllende temaer gjennom helse intervjuet.

I forkant av intervjuene gjennomførte vi flere «øvingsintervjuer» for å teste ut spørsmål, disposisjon av intervjuet og for å få praktisk øvelse som intervjuer. Vi gjennomførte i tillegg et testintervju med kommuneoverlegen i Bergen hvor vi fikk mange, nyttige tilbakemeldinger. Disse erfaringene medførte at vi justerte intervjuguiden og fordelte oppgavene på en litt annen måte enn planlagt. For eksempel valgte vi å la en student lede intervjuet for å få en bedre flyt og for å gi en tydeligere regi i samtalen som kunne gi en bedre opplevelse for informanten. Medstudent skrev supplerende notater og fikk mulighet til å supplere underveis. Vi fordelte ledelse av intervjuene mellom oss.

Vi ønsket å legge til rette for en samtale som ivaretok informanten og ga rom for refleksjon, meninger og eventuelle beskrivelser av motsetninger og dilemmaer som kunne bidra til å gi oss viktig innsikt (Malterud, 2018, s. 135). Vi ønsket derfor å gjennomføre intervjuene «face to face» fordi vi mente dette i større grad kunne bidra til trygge rammer med mulighet til å etablere god kontakt og tillitt mellom informant og intervjuer enn et digitalt intervju. På grunn av Kovid - 19 ble det likevel til at alle intervjuene ble gjennomført digitalt. Dette ga oss noen tekniske utfordringer, for eksempel satt vi som studenter, på to ulike steder og varierende nettkvalitet påvirket tidvis både lyd og bilde. Samlet sett gikk dette likevel overraskende bra. Fordi digitale intervjuer gjorde at informantene kunne sitte hjemme eller på lokalt kontor og dermed spare tid til reise, medførte dette også at vi fikk gjennomført to intervjuer som vi ellers ikke hadde fått til.

Det planlagte fokusgruppeintervjuet ble på grunn av forfall, etter samtykke fra informant som kunne stille, endret til et individuelt intervju. Mulighetene i teams medførte at en informant som i utgangspunktet hadde tilbakemeldt at hun ikke kunne delta, likevel kom 10 minutter inn i intervjuet. Vi valgte i situasjonen, atter å ha konferert med begge informantene, å behandle dette som et individuelt intervju, hvor begge informantene fikk de samme spørsmålene. Situasjonen la samtidig til rette for felles refleksjon rundt noen problemstillinger, for eksempel opplevelse rundt samarbeid.

Alle intervjuene ble gjennomført høsten 2020 på Teams og varte fra 60 til 90 minutter. Samtalen ble tatt opp med en frittstående, digital opptaker. Opptak ble i henhold til søknad

NSD, vedlegg 1, lagt direkte over i skylagring, UiB og slettet på selve opptakeren, etter at intervjuet var ferdig.

Vi innledet intervjuene med å presentere studenter og informant og utfyllende praktisk informasjon rundt studien. Deretter spurte vi om samtykke til deltakelse og til bruk av opptaker. Vi opplevde at innledende «rot» som av og til oppsto på grunn av de tekniske løsningene, ofte førte til smil og latter og derfor i større grad enn å medføre stress, ble en «isbryter» som bidro til en avslappet stemning og en god start på intervjuet. Vi prøvde å unngå lukkede og ledende spørsmål og la vekt på å la informanten snakke og få pauser til å kunne reflektere mens vi lyttet. Der det var naturlig, stilte vi avklarende spørsmål og la inn korte oppsummeringer underveis for å legge til rette for dialog og mulighet å avklare og bekrefte meningsinnhold. Informantene ble innenfor hvert tema oppfordret til å utdype: «Er det noe mer du tenker er relevant?». Den som ledet intervjuet, trakk medstudent inn ved å stille direkte spørsmål eller ved å la medstudent bryte inn med avklarende eller utdypende spørsmål og kommentarer underveis i intervjuet.

Vi avsluttet intervjuene med en oppsummering sammen med informanten hvor vi blant annet spurte: «Er det noen temaer vi har glemt eller er det andre forhold du tenker er relevant i forhold til våre problemstillinger? Dette gjorde vi for å fange opp andre perspektiver og temaer som vi ikke hadde tenkt på. Vi spurte samtidig om hvordan de hadde opplevd intervjusituasjonen. Alle informantene ga utfyllende informasjon som gikk utover spørsmålene i intervjuguiden og tilbakemeldte at intervjusituasjonen hadde vært en god og meningsfull opplevelse. Flere av informantene valgte å sende supplerende informasjon på epost i etterkant av intervjuet. Dette var informasjon som bidro til mer innsikt, forståelse og kunnskap hos meg som forsker, men som ikke er blitt trukket direkte inn i analysen av data. Umiddelbart etter at intervjuene var ferdige evaluerte jeg og medstudent situasjonen, både samtalen, spørsmålene i intervjuguiden, hvordan intervjuet var blitt ledet og oppgavefordelingen mellom studentene. Vi oppdaget at det var fort både å snakke for mye og bli for ledende i spørsmålsstillingen. Disse erfaringene tok vi med oss i endringer som ble gjort i de påfølgende intervjuene. Gjennom hele intervjuprosessen noterte jeg tanker og refleksjoner, kroppsspråk og stemningsleie, stikkord og «huskelapper» i studiedagboken. Disse refleksjonsnotatene ble et nyttig bindeledd mellom intervjuene og den videre analysen (Malterud, 2018, s. 53-56).

5.5 Transkribering

Alle intervjuene ble transkribert rett etter gjennomføring, fire intervjuer per student. I forkant ble vi enige om tegnsetting og om å transkribere ordrett. For å sikre informantenes konfidensialitet ble navn, tittel og ordbruk som kunne medføre gjenkjenning endret i transkribering (Judith Green & Thorogood, 2018, s. 256). Vi gikk deretter nøye gjennom hverandres transkriberinger for å fange opp uoverensstemmelser mellom opptak og tekst. Transkriberingen fikk en muntlig form, med noen tilpasninger og rettskrivningsjusteringer for å få frem en lesbar betydning. For å gjøre transkriberingene enda mer lesbare, markerte vi tydelig aktuelle avsnitt med *intervjuer* og *informant*. Alle informantene fikk eget nummer for å sikre anonymitet samtidig som vi sikret sporbarhet og systematikk i den videre prosessen for eksempel *Informant 1*. Informantene som var med i samme intervju er kodet med *Informant 4-1* og *4-2*.

Tabell, «nøkkel», som koblet navn og informant nummer ble oppbevart i låsbart arkivskap uten tilknytning til datamaterialet. Transkriberingene ble lagret i UiB's skylagringstjeneste og ble videre benytte som datagrunnlag for to separate analyser og undersøkelser. Ved prosjektperiodens slutt, innlevering av masteroppgaven 3. juni, vil transkriberingene overføres til prosjektet «Folkehelsearbeidet i kommunene» (H3).

5.6 Gjennomgang av relevante kommunale dokumenter

I forbindelse med planlegging av undersøkelsen gikk jeg gjennom relevante kommunale overordnede strategi- og plandokumenter og kommunens nettsider. Intensjonen med dette var å få et generelt inntrykk av hvordan kommunen var organiserte og planla sin virksomhet. Jeg var særlig interessert i temaer som var knyttet til folkehelse, helsefremmende arbeid og utjevning av sosiale helseforskjeller. Dette arbeidet ga meg kontekstuell kunnskap og synliggjorde temaer og forhold som var aktuelle å utdype videre i intervjuene (Bowen, 2009, s. 29). Denne informasjonen ble senere sett i sammenheng med litteratur og funn som fremkom i intervjuene og har bidratt til perspektiv til analyse- og diskusjonskapittelet i denne oppgaven. Alle dokumentene som var aktuelle for denne undersøkelsen var tilgjengelig for allmennheten (Offentlighetsloven, 2006, § 4). Dette var lett tilgjengelige data, som var tilgjengelig på kommunens egen hjemmeside. Denne informasjonen er etablert uten min påvirkning og har derfor ikke de etiske begrensningene som andre felldata kan ha (Thagaard, 2018, s. 53).

5.7 Analyse av data

Grunnlaget for analysen i denne undersøkelsen var transkribering av 8 intervjuer, egne notater og oppsummeringer fra gjennomgang av relevante, lokale dokumenter. Jeg skal videre beskrive analyseprosessen og hvordan jeg organiserte, strukturerte og fikk frem mening i dette datagrunnlaget.

Analyse kan inndeles i to overordnede tilnæringsmetoder. I en deduktiv tilnærming utvikles tema og forståelse på bakgrunn av en teori eller en forutbestemt forståelse eller ramme. Dette kan for eksempel være en intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 224). I en induktiv tilnærming utvikles tema og forståelse fritt fra datamaterialet uten noen forutgående teoretiske antakelser og rammer (Green & Thorogood, 2018, s. 252). Denne analysen fikk innledningsvis et induktivt preg fordi intervjuguiden ble brukt som grunnlag for å grovsortere temaer og koder fra transkriberingene. Det ble samtidig gjennom hele analyseprosessen, gjennomført målrettede grep for å omstrukturere og reorganisere data flere ganger. Dette gjorde jeg for å legge til rette for en mer induktiv tilnærming som i større grad åpnet opp for å lete etter mønstre, sammenhenger og nye, utdypende tema som har vært relevante for denne oppgavens problemstilling. I dette arbeidet benyttet jeg tematisk nettverksanalyse.

5.7.1 Tematisk nettverksanalyse

Jeg valgte å bruke en tematisk nettverksanalyse for å bearbeide dataene mine. Tematisk analyse er ifølge Skovdal og Cornish (2017, s. 165) en av de mer benyttede strategiene for å analysere kvalitative data. Dette er en fleksibel og pragmatisk metode som ikke forutsetter føringer fra bestemte metodetradisjoner og som kan være nyttig å lære seg for uerfarne forskere (Malterud, 2018, s. 95). Teknikken gir praktiske prosedyrer for å gjennomføre en metodisk systematisering av tekstdata som legger til rette for en sensitiv, innsiktsfull og rik utforskning av teksters struktur og underliggende mønstre (Attride-Stirling, 2001, s. 385). Tematisk nettverksanalyse ble derfor vurdert å være en hensiktsmessig metode å benytte for meg som aldri tidligere har bearbeidet kvalitative data.

Jeg brukte gule lapper, word og excell i denne prosessen. I tråd med beskrivelser av fremgangsmåter jeg fant både hos Braun og Clark (2006), og mer detaljert hos Skovdal og Cornish (2017), gikk jeg inn i transkripsjoner, egne notater og lyttet gjentatte ganger til opptak for å gjøre meg godt kjent med dataene. Videre kodet jeg alle transkriberingene for så mange temaer og mønstre jeg kunne finne. Alle kodene ble skrevet ned på gule lapper og først organisert og tematisert i henhold til intervjuguiden. Etter hvert som jeg beveget meg frem og

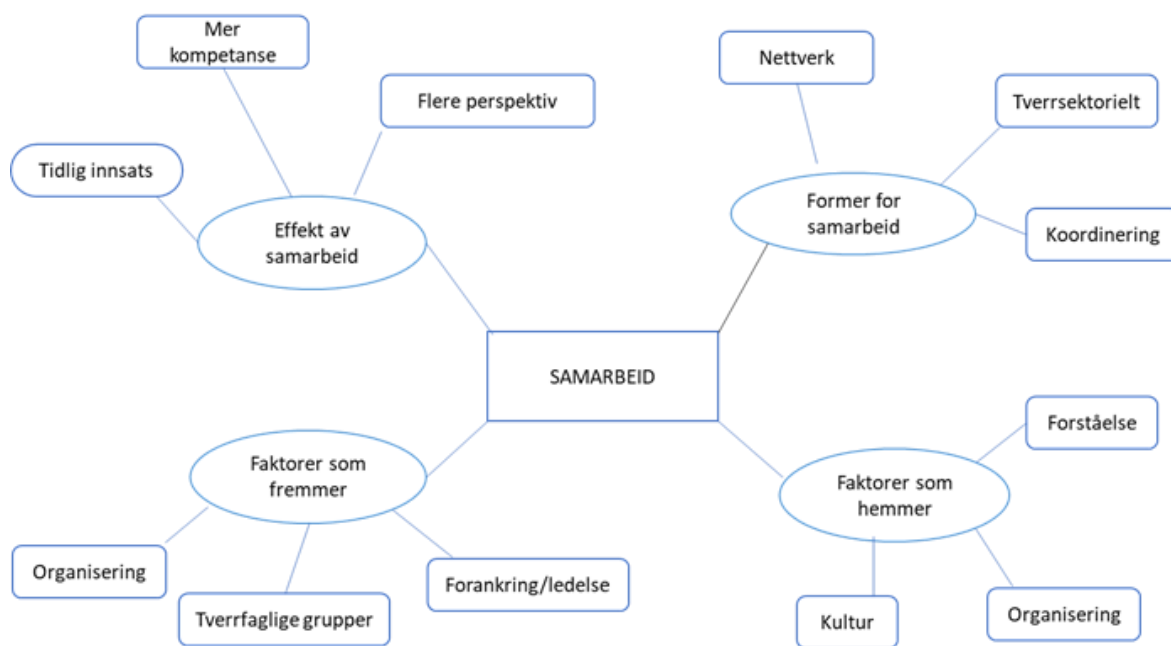
tilbake i datamaterialet, dukket det stadig opp nye koder og nye temaer samtidig som det etablerte seg både nye og overlappende mønstre og sammenhenger mellom kodene, eksempler i tabell 1. Analysen omfatter koder fra alle transkriberingene

Tabell 3 Eksempel på koding, utdrag fra materialet

Koder	Basistemaer	Organiserende tema
Vi sitter og jobber sammen i fattigdomsgruppa	Tverrsekt. Samarbeid	Former for samarbeid
Nettverk med de andre kommunene er veldig nyttig	Nettverk	
Det er for mye silotenking	Organisering	Faktorer som påvirket samarbeid
De er veldig uformelle der	Kultur	
Så kommer det opp flere ideer	Flere perspektiver	Gevinster ved samarbeid
Vi blir bedre sammen	Bedre kvalitet	

Koding og analyse ble en iterativ prosess med stadig tilbakevinnende blikk både på transkriberinger, nye gjennomganger av opptak og restrukturering av tankekart. De globale temaene som jeg etter hvert valgte å organisere og strukturere de ulike kodene rundt var: folkehelse, samarbeid og kommune, eksemplifisert med samarbeid i figur 6. I denne fasen hentet jeg frem sammendragene jeg hadde skrevet av de kommunale dokumentene og problemstillingen min i en begynnende analyse av dataene. Jeg fortsatte å notere tanker og refleksjoner som ble hentet frem i den videre bearbeidingen av dataene.

Ifølge Braun & Clarke (2006, s. 94) er en vanlig fallgrube i analyseprosessen at data ikke blir analysert, men bare blir en oppramsing av ulike temaer uten å gå utover dataenes spesifikke innhold. Det har vært viktig for meg at denne undersøkelsen ikke skal fremstå som en evaluering av Bjørnafjordens folkehelsearbeid og samarbeid om helsefremmende oppgaver. Intensjonen har vært å beskrive dette arbeidet slik det ble beskrevet av deltakerne i undersøkelsen, og som det fremkom i kommunens offentlige styrende dokumenter. Det har vært et bevisst valg, i minst mulig grad, å ikke tolke og validere funn. I stedet har jeg forsøkt å gjengi informantenes innspill og kommunens dokumenter slik de fremkommer og videre drøfte dette i lys av relevant forskning. Alle informantenes tilbakemeldinger er blitt kodet og er kommet med som en del av analysen.



Figur 6 Eksempel på tematisk nettverkskart, ikke fullstendig gjengivelse

For å sikre mest mulig korrekt gjengivelse og tolkning av data har informantene fått anledning til å lese og kommentere det ferdige resultatkapittelet for å styrke undersøkelsens reliabilitet (Green & Thorogood, 2014, s. 228).

5.8 Vurdering av kvalitet

Troverdighet og kvalitet i forskning kjennetegnes og styrkes av systematikk, åpenhet, pålitelighet, relevans, overførbarhet, refleksivitet og redelighet i alle ledd av en forskningsprosess (Skovdal & Cornish, 2015, s. 51). Data i kvalitative undersøkelser, som i denne studien, tar utgangspunkt i menneskers opplevelser, tanker og tolkninger som ikke er verifiserbare på samme måte som tall og målbare størrelser i kvantitativ forskning (Kvale 2015, s. 275). Derfor er dokumentasjon av forskerens forforståelse, kritiske blikk og refleksjoner rundt egen rolle, bruk av metoder, møte med informanter, tolkninger og analysearbeid spesielt viktig i kvalitativ forskning (Brinkmann & Kvale, 2005, s. 278). Jeg vil i de neste avsnittene gjøre rede for min egen rolle som forsker, før jeg beskriver hvordan jeg gjennom kritiske refleksjoner, forberedelser og samarbeid med medstudenter har forsøkt å imøtegå krav til reliabilitet, validitet og overførbarhet.

5.8.1 Forskerens rolle

Tolkning er sentralt i kvalitative studier. (Malterud, 2001, s. 483). Brinkmann & Kvale (2009, s. 108) understreker at det derfor er viktig å være bevisst på at forskerens forforståelse, verdier, personlige egenskaper, erfaring og faglig bakgrunn kan påvirke forskningsprosessen og resultatene av denne, for eksempel i spørsmålstilling i intervjusituasjonen og i bearbeiding av data. Vi opplevde for eksempel flere ganger i løpet av intervjuene, at den som stilte spørsmål preget deltakernes reaksjoner og refleksjoner og at vår forforståelse påvirket oppfølgingsspørsmål, tolkninger og tilbakemeldinger. I oppsummeringene etter intervjuene erfarte vi ved flere anledninger at vi hadde tolket utsagn og kroppsspråk forskjellig og at det var nyttig å diskutere dette før vi gjennomførte påfølgende intervjuer.

I arbeidet med denne undersøkelsen har jeg reflektert rundt hvordan alder, fagbakgrunn og arbeidserfaring har påvirket forforståelse og tolkninger og hvordan min referanseramme kan ha påvirket valg og prioriteringer i planlegging og gjennomføring av ulike deler av dette prosjektet (Skovdal & Cornish, 2015, s. 33). Jeg opplever selv at min voksne alder, fagbakgrunn som fysioterapeut og lange erfaring med forebyggende arbeid og samarbeidsprosjekter i en stor vestlandskommune i hovedsak har vært nyttig å ha med seg inn i prosessen. Samtidig har min referanseramme påvirket valg jeg har tatt og tolkninger og konklusjoner i ulike faser gjennom hele studieprosessen. Jeg opplever derfor at engasjerte diskusjoner og felles refleksjoner med medstudenter, arbeidsgruppen og veileder har vært viktig for å sikre flere perspektiver og nyanser i planlegging og gjennomføring av denne masteroppgaven. I arbeidet med denne rapporten har jeg forsøkt å gi utfyllende informasjon og begrunne valg slik at andre kan følge og forstå forskningsprosessen (Ryan, Coughlan & Cronin, 2007, s. 742).

5.8.2 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet

Reliabilitet knyttes i kvalitative studier til konsistens og troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 276). Ifølge Green & Thorogood (2014, s. 224) handler dette om sannsynligheten for at en lignende studie ville få frem lignende typer temaer. Denne undersøkelsen er basert på tolkninger både hos deltakere og meg som forsker, og har en pragmatisk og konstruktivistisk tilnærming som sannsynliggjør at en annen forsker med et annet perspektiv kunne ha bearbeidet data og konkludert annerledes enn det jeg har gjort. En måte som kan styrke undersøkelsens reliabilitet, er å beskrive og begrunne åpent og nøyaktig alle deler av forskningsprosessen (Thagaard, 2018, s. 181 - 182). Dette har jeg forsøkt å gjøre, for eksempel ved å være nøyaktig i transkriberingsprosessen og i beskrivelser og begrunnelser

gjennom hele denne rapporten. I tillegg understreker Thagaard (2013, s. 189) at det er viktig å reflektere fortløpende rundt mulige feilkilder i datamaterialet. I denne undersøkelsen har vi vært to studenter med ulike referanserammer som har planlagt og gjennomført datainnsamling. Vi har sammenstilt deler av kodingene og de tematiske nettverkene og fant der at vi i stor grad har trukket ut sammenfallende tema og mønstre. Dette kan ha bidratt til å styrke analysen og funn i begge masteroppgavene.

Validitet handler i stor grad om metoden som er valgt, egner seg til å undersøke det den skal undersøke (Kvale og Brinkman, 2015, s. 276). Jeg har tidligere i kapittelet begrunnet hvorfor jeg har valgt kvalitativ metode og beskrevet utførlig prosessen med å planlegge og gjennomføre studien. Validitet kan ytterligere styrkes ved at flere studier bekrefter hverandre (Thagaard, 2018, s. 181 - 182) og ved triangulering av data (Malterud, 2018, s. 200). Jeg har i kapittel 4, beskrevet relevante dokumenter og forskning for denne studiens problemstilling og i kapittel 7 drøftet funn i denne undersøkelsen i lys av denne litteraturen og den teoretiske forankringen som er beskrevet i kapittel 3. I undersøkelsen fremsto det flere temaer og mønstre på tvers av alle 8 intervjuer. Flere av disse ble i tillegg trukket frem i overordnede styrende dokumenter, for eksempel samarbeid og bruk av begrepet sosial bærekraft. I gjennomføring av intervjuer gjorde vi fortløpende oppsummeringer for å sjekke ut om vi hadde oppfattet informanten riktig, for eksempel ved å spørre: «Har jeg forstått deg rett ...?», «mener du med det at ...? Presentasjonen av resultater av analysen ble i tillegg sendt til informantene for at de skulle få mulighet til å kommentere. Disse tiltakene kan ha bidratt til å styrke undersøkelsens validitet.

Aveyard, et al. (2015, s. 60) viser til at kvalitative studier ikke er direkte generaliserbare, men ofte kan brukes av andre forskere med sammenfallende problemstillinger. Derfor mener Malterud (2017, s. 66) at overførbarhet kan være et mer hensiktsmessig begrep, men viser samtidig til at overførbarhet alltid vil ha sine begrensninger. Jeg har i denne studien undersøkt en kommune som nettopp har vært gjennom en sammenslåingsprosess. Funn i undersøkelsen kan derfor være mer overførbare til andre kommuner i samme situasjon. Geografiske og geografiske forhold, politisk ledelse og styresett er eksempler på andre aktuelle forhold som er viktige å vurdere med tanke på generaliserbarhet av funn fra denne undersøkelsen til andre kommuner. Der likevel rimelig å anta at indikatorer som utvikles i dette prosjektet kan ha nytteverdi i andre kommuner. Funn i denne masteroppgaven kan gi grunnlag for anbefalinger som kan bidra til utvikling av det tverrsektorielle samarbeidet kommunen etablerer for å fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller.

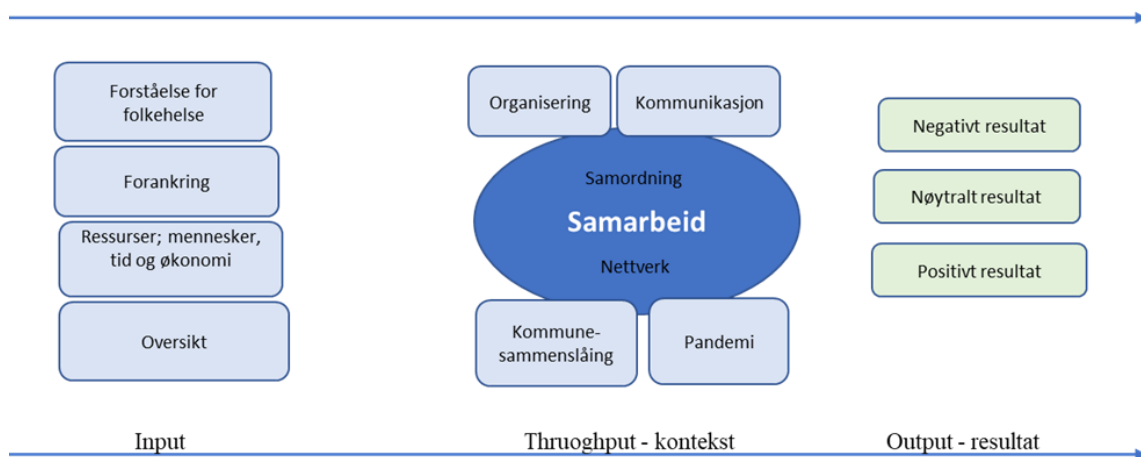
5.8.3 Etiske og metodiske refleksjoner

Forskning som involverer mennesker, skal ta særlige etiske hensyn og ha som et grunnleggende prinsipp å ivareta menneskene som deltar og behandle disse med respekt (Skovdal & Cornish, 2015, s. 94). Denne undersøkelsen er gjennomført i Norge og har vektlagt å være redelig og nøyaktig i alle ledd av forskningsprosessen slik det pålegges i innstilling til norske forskningsetiske retningslinjer (NESH, 2016). Jeg har påsett at studien er åpen (transparent), deltakelse frivillig og ikke på noen måte har skadet informantene eller kommunen (Skovdal & Cornish, 2015, s. 45). Prosjektskissen er gjennomgått og «godkjent» av NSD (NSD, 2019), vedlegg 1.

Denne undersøkelsen har hatt få informanter, 8 personer, som er rekruttert av lokal folkehelsekontakt. Sannsynlighet for gjenkjennelse øker i en liten kommune. Denne problemstillingen ble drøftet med informantene og flere tiltak gjennomført for å ivareta den enkeltes anonymitet, for eksempel ved å utelate tittel og fagbakgrunn i rapporten. Alle deltakere er i rapporten anonymisert og sitater kodet med nummer som beskrevet i punkt 5.5. Alle personopplysninger er oppbevart i henhold til person-opplysningsloven (Personopplysningsloven, 2018), separat fra transkriberinger. Ferdigstilt resultatkapittel ble sendt informantene for sitatsjekk og for kommentarer med tanke på fare for gjenkjennelse. Informantene ble skriftlig og muntlig informert om at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen hvis de ønsket det. Opptak av intervju på diktafon og originaldokumenter med personopplysninger ble slettet ved innlevering av masteroppgaven.

6 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil jeg presentere resultater og funn fra 8 intervjuer. Presentasjonen er disponert etter min modifiserte BMCF modell, men følger den ikke nøyaktig. Dette fordi en del av faktorer og temaer som ble løftet kunne organiseres til flere av modellens kategorier. For eksempel kan forståelse og kunnskapsgrunnlag både være et grunnlag og et premiss for samarbeid, men også være et resultat av samarbeid, både input og output i henhold til modellen. Dette gjelder flere av temaene som kom frem i analysen.



Figur 3 Tilpasset modell for samarbeid, etter BMCF modellen

Jeg avslutter kapittelet med en oppsummering hvor jeg presenterer temaene som vil bli trukket videre med inn i diskusjonskapittelet.

6.1 Forståelse

Gjennomgang av lokale dokumenter hadde vist at Bjørnafjorden kommune hadde valgt å prioritere 4 av FNs bærekraftsmål som styrende for sin virksomhet (Bjørnafjorden kommune, 2020b, s. 8). Folkehelse var knyttet til flere ulike delmål i dette arbeidet, blant annet til sosial bærekraft. På spørsmål om hvordan informantene forsto begrepet folkehelse, var det flere som umiddelbart relaterte folkehelse til sosial bærekraft. Dette var mest fremtredende hos de som hadde mer overordnede roller i organisasjonen eller var involvert i planarbeid. Det fremsto som disse var godt kjent med kommunens forankring av FNs bærekraftsmål og hadde reflekterte tanker rundt hvordan begrepsbruk, sosial bærekraft og folkehelse, kunne innvirke på tjenestenes folkehelsearbeid.

Vi har koblet planstrategien vår tett til FN's bærekraftsmål og disse er godt koblet til folkehelse [...] Vi tenker at tre av disse skal være våre mål på tvers, som alle skal jobbe med [...]». (Informant 1)

Vi spurte informantene som brukte begrepet sosial bærekraft, om de mente det hadde betydning hvilket begrep som ble benyttet, folkehelse eller sosial bærekraft, i kommunens planer og strategier. To av informantene, som ikke var tilknyttet seksjon for helse og velferd, mente at flere faggrupper og tjenester kanskje lettere ville identifisere seg til og føle ansvar for oppgaver som ble knyttet til sosial bærekraft. Begrepet sosial bærekraft kunne slik de så det, medvirke til en positiv nedtoning av den medisinske forståelsen av folkehelse og bidra til et mer helsefremmende fokus i alle tjenester, også utenfor helse og velferd. At folkehelse i hovedsak ble oppfattet som oppgaver for tjenestene utenfor helsesektoren, kom til uttrykk i eksempler på folkehelseiltak.

«[...] det (viser til folkehelse) har med trafikktrygghet å gjøre, det har med radonnivå i skoler og barnehager [...] med arealplanlegging og landbruk». (Informant 1)

«Det å sørge for at vi har god folkehelse i den nye kommunen handler om at vi har trygge skoleveier, at vi har god drikkevannsforsyning [...]at det finnes grønne områder hvor vi kan ha rekreasjon. At det finnes boliger av ulike typer for ulike husholdninger.» (Informant 7)

Folkehelse ble løftet som en primæroppgave for de ulike seksjonene, uavhengig av begrepsbruk.

«Alt dette. Det er ting som er primæroppgavene til de som driver disse aktivitetene. Vi trenger ikke sette merkelappen «folkehelse» på dette, for dette gjør de uansett på en måte. Samme hvilket begrep en bruker [...]». (Informant 7)

Vi fikk inntrykk av at helse var lite involvert i det informantene definerte som folkehelsearbeid.

«Jeg tror kanskje helse er det området som er minst engasjerte (viser til folkehelsearbeidet [...]) så er mitt inntrykk at det ikke er et gjennomgående fokus der på samme måte som på oppvekstfeltet [...] Også tror jeg at helse er mindre opptatt av og har mindre tradisjon for forebygging og forebyggende fokus». (Informant 5).

Dette inntrykket ble bekreftet av representantene fra helsetjenesten, som fra sitt ståsted i organisasjonen opplevde et veldig medisinsk rettet folkehelsearbeid.

«Vi holder oss veldig mot det medisinske. Det er ikke mye fokus på det friske [...]».

(Informant 2)

Kommunen hadde valgt å ikke lage en egen Folkehelseplan, men i stedet ha folkehelse som tydelige temaer under flere av strategimålene som ble utformet som grunnlag for kommuneplanen. Dette ble ifølge en informant valgt, for å legge til rette for at folkehelse skulle bli et grunnleggende premiss som gjennomsyret hele kommunens virksomhet.

«Vi har ikke laget en egen folkehelseplan, men har prøvd at folkehelse skal gjennomsyre alt annet planarbeid, og være et grunnleggende premiss [...] at man tar hensyn til dette her når man planlegger både fysisk planlegging og samfunnsplanlegging og at det er tverrfaglig, ikke noe som helse skal eie». (Informant 7)

Dette er en strategi som legger til rette for involvering av alle tjenesteområdene i folkehelsearbeidet. Samtidig kan det bidra til en fragmentering av folkehelsearbeidet som gjør det diffust og uoversiktlig.

«[...] folkehelse er briller som er inne i alt, i alle tjenester [...]». (Informant 2)

«Men så er det igjen; hva er folkehelse? Det er den evige diskusjonen, når rommer det nok?». (Informant 3)

Flere var usikre på om tydelig forankring av folkehelsearbeidet politisk og administrativt ble kommunisert nedover i organisasjonen og om det overordnede ledelsen i kommunen var kjent med det arbeidet som faktisk ble gjennomført ute i organisasjonen.

«Ja, vi driver med folkehelse, men hva betyr det? Det kreves forankring i ledelsen. Og de vet faktisk hva de snakker om. Men så må det gå fra gulvet og opp. Og hva mener vi da, med å si at vi skal ha et folkehelseperspektiv?». (Informant 2)

Flere av informantene løftet utfordringer med et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid fordi dette arbeidet var vanskelig å måle og evaluere og ble oppfattet sammensatt og, for noen, lite strukturert.

«Det er det som er vanskelig. Du kan ikke måle effekt. Hvordan skal du måle det? Hvordan skal du måle livskvalitet? Hvordan skal du måle økt helse? Du kan ikke måle det med hvor mange push ups du klarer. Du kan ikke måle det med at du er gått ned 5 kilo. Det er ikke det som måler helse [...]». (Informant 2)

«Politikerne ser gjerne ikke det store bildet i dette. [...] Det er så sammensatt. Så det er ikke på et punkt folkehelsearbeidet sviker, det er nesten systematisk nesten, opplever jeg».
(Informant 5)

Tydelig forankring i overordnede dokumenter, fokus og prioritering i planlegging, styring og ledelse, tilstrekkelig ressurser og ikke minst god kommunikasjon oppover, nedover og på tvers i organisasjonen, mente flere var helt sentralt for at kommunen skulle lykkes med å etablere et langsiktig og strukturert folkehelsearbeid.

6.2 Kunnskapsgrunnlag

Kommunen har vært opptatt av å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag for den nye kommunale planstrategien, som er styrende for arbeidet med å bygge en ny kommune i påvente av ferdigstilling av kommuneplan. Folkehelse rapporten er en, av flere kommunale rapporter, som sammen med regionale og nasjonale data og statistikker har bidratt til et slikt kunnskapsgrunnlag. Informantene trakk i tillegg frem brukermedvirkning, som de mente var helt sentralt for å utvikle tjenester i tråd med lokale muligheter og utfordringer. Det var samtidig ulike oppfatninger om hva som var relevant kunnskapsgrunnlag for den enkelte tjenesten, hvordan kunnskapsgrunnlaget ble utviklet og hva som manglet av kunnskap. Jeg skal videre presentere de mest sentrale temaene som kom frem i analysen relatert til kunnskapsgrunnlag.

6.2.1 Oversikt over befolkningens helse - folkehelse rapporten

Kommunen har i tråd med pålegg i Folkehelse loven utarbeidet en folkehelse oversikt. Fire av informantene hadde bidratt aktivt i arbeidet med oversikten. Det var likevel noe ulik opplevelse rundt innhold og hvordan oversikten kunne gi nyttig kunnskapsgrunnlag for folkehelse arbeidet innenfor og på tvers av tjenestene. På den ene siden ble det løftet at man var godt fornøyd med en effektiv, tverrfaglig prosess som hadde klart å ferdigstille et nyttig og informativt oversiktsdokument som kunne legges til rette for planlegging, beslutninger og kunnskapsbaserte tjenester. På den andre siden opplevde noen mindre nytteverdi fordi oversiktsdokumentet manglet tall som var relevante for oppgavene tjenesten skulle levere og at de uansett var avhengig av å få tilsendt nasjonale tall og data.

«Nå ble det litt mer statistikk på krefttilfeller og litt om prognose på befolkningsvekst. Det ble ikke helt som jeg så for meg. Så jeg sliter litt med å finne kunnskap i det, ny kunnskap.

Men, vi får jo tilsendt dokumenter fra staten med data om folkehelse som vi finner relevant i arbeidet vårt». (Informant 3)

Flere av informantene savnet mer lokale tall, her ble spesielt data relatert til yrkesaktive og eldre trukket frem. Vi opplevde et ønske om en mer systematisk datainnsamling og flere sa at de savnet en tydeligere strategi for hvordan dette arbeidet skulle foregå i fireårsperioden mellom hver gang det blir laget en folkehelseoversikt.

«Vi har ikke enda kommet godt i gang med å lage løpende oversikter, altså: hva skal vi følge med på. Vi følger med på ting gjennom at vi har data som kommer årlig, for eksempel knyttet til skolene våre, nasjonale data. Men vi har ikke systematisert det enda, sagt hva vi skal følge med på fortløpende. Hva som skal være med å utfylle i den 4 årige oversikten [...]». (Informant 7)

Kommunesammenslåingen hadde medført utfordringer ved utforming av et felles oversiktsdokument. Det var en bekymring fra flere av informantene om at data fra den minste kommunen ville «forsvinne» i den store sammenhengen.

«Vi vet jo at det er en del områder der det ikke er data, spesielt for den minste kommunen fordi vi var små. Det vil jo nå endre seg [...] for du skjuler en del utfordringer som er i den ene delen av kommunen fordi at tallene der er så små at de forsvinner i den store. Det var en grunn til at man mente at det var viktig å sette det opp som todelt i den siste folkehelseoversikten som ble laget i fjor. Men det er jo data som mangler som vi kunne hatt mer av [...] det er litt tynt på en del områder». (Informant 1)

6.2.2 Brukermedvirkning

Kommunen hadde gjennom sine plandokumenter et klart fokus på og en forventning om brukermedvirkning i (Bjørnafjorden kommune, 2019b, s. 6) og at det skulle etableres arenaer og tiltak som la til rette for ulike former for brukermedvirkning på ulike nivå i kommunen.

«Vi lytter med respekt – vi finner smarte løsninger – vi gjøre det vi sier – vi er inkluderende», (Informant.7).

Dette var et tema som tydelig engasjerte våre informanter, som samtidig i noe grad hadde ulike oppfatninger om hvordan dette arbeidet fungerte. Det kunne virke som at undersøkelser som er rettet mot innbyggerne generelt i prosesser med å etablere nye tilbud, for eksempel Ung Arena, ble gjennomført på en god måte. Dette eksempelet på brukermedvirkning kom frem i flere av intervjuene:

«[...] i utarbeiding av Ung Arena konseptet, der har ungdomsrådet vært aktivt involvert, også har det vært et eget ungdomsutvalg [...] som har kunne uttalt seg hele veien. Så der har i hvert fall det der (viser til brukermedvirkning) vært veldig sterkt i fokus».
(Informant 5)

Det ble også gjennomført andre typer brukerundersøkelser, som barnetråkk og eldretråkk, i forbindelse med utvikling av målgruppespesifikke tiltak og tilrettelagt for treffpunkter mellom ulike målgrupper og politikere for å gi innbyggerne en stemme.

«[...] hele kommunestyret var involvert i det arbeidet. Det er veldig viktig at det politiske nivået her er på under arbeidet, eller planarbeidet. Vi inviterte grupper, for eksempel nye landsmenn, for at de skulle fortelle politikerne hvordan det oppleves å være ny i kommunen, hva synes de er bra, hva savner de, hva synes de det bør gjøres noe med [...]».
(Informant 1)

Informantene som jobbet brukerrettet ga eksempler på systematisk brukerevaluering i form av spørreskjema, på deler av sine tiltak og tjenester.

Det ble samtidig understreket at brukerundersøkelser forplikter kommunen. Disse skaper forventninger og det oppleves uheldig, både fra ansatte og innbyggere, når prosjekter ikke gjennomføres som lovet eller forventet.

«[...] så sier vi: «kommunen ønsker å høre hva dere vil, vi skal tilrettelegge for dere» og så plutselig kommer det et kutt. Da ville de ikke betale de siste [...] så måtte vi bare avlyse hele prosjektet. Det er så ødeleggende!». (Informant 3)

En annen problemstilling som ble løftet, var brukermedvirkning i forbindelse med pasientrettede tilbud. Der representerte ofte en bruker eller pasient en større pasientgruppe i møte med flere, ofte overveldende mange fagfolk. Dette var situasjoner som kunne oppleves som vanskelige og uheldige både av pasienter og av fagfolk. Det var derfor spesielt viktig at denne formen for brukermedvirkning ble håndtert med ekstra varsomhet og respekt.

6.2.3 Nasjonale statistikker, data og veiledere

Folkehelseloven har gitt Statsforvalter (tidligere Fylkesmannen) råd - og veiledningsfunksjon for å sikre lokal gjennomføring av nasjonal politikk på folkehelseområdet (Folkehelseloven, 2012, § 21). I tillegg til ulike veiledere og data utarbeidet av Helsedirektoratet, kan kommunen hente ut data og rapporter fra en rekke nasjonale registre og fra SSB. Helsedirektoratet skal utvikle nasjonale normer og standarder som kommunen kan benytte i sitt folkehelsearbeid

(Folkehelseloven, 2012, § 24). Vi ønsket gjennom intervjuene å undersøke hvordan informantene opplevde at nasjonalt og regionalt arbeid bidro til utvikling av det lokale kunnskapsgrunnlaget som lå til grunn for folkehelsearbeidet.

Alle informantene hadde kjennskap til nasjonale veiledere og/eller tiltaksbeskrivelser som var relevante innenfor sine arbeidsområder. Det ble vist til flere oppfølgingstilbud i kommunen som var et direkte resultat av nasjonalt utarbeidede oppfølgingstiltak, for eksempel Frisklivssentralen, SLT koordinatorfunksjonen og funksjonen som koordinator for folkehelse (begge disse funksjonene utdypes senere i kapitlet). Nasjonale veilederne ble opplevd som nyttige fordi de sikret en standardisert utforming og kvalitet i ulike tilbud, uten at kommunen selv måtte bruke ressurser på utviklingsarbeid.

«[...] veiledere er vi veldig glad i, det blir veldig mye brukt, for det forenkler jo arbeidet vårt for ulike sektorer [...]». (Informant 7)

Flere av informantene mente at nasjonale føringer og krav var en viktig grunn til at folkehelsearbeidet var godt forankret i kommunen. Det ble også trukket frem at nasjonale pålegg, informasjon og data fra veiledere hadde bidratt til å opprettholde funksjoner og tiltak i perioder med nedskjæringer, spesielt for ikke lovpålagte oppgaver og tjenester.

«[...] nasjonale føringer [...] er en veldig viktig ting som gjør at du kan slå i bordet med det. Det er hjelp, det er absolutt en drahjelp tenker jeg, nasjonalt fokus det er viktig!» (Informant 1)

«[...] jeg er ikke en lovpålagt tjeneste [...] men jeg utfører lovpålagte oppgaver. Jeg har ramset opp [...] hvor det står i alle lovene. For min del er veilederen [...] kjempebra!» (Informant 2)

6.3 Samarbeid om folkehelseoppgaver

I kommunens planstrategi blir det understreket at måloppnåelse for kommunens virksomhet er avhengig av samarbeid internt i kommunen, på tvers av fag- og tjenestoområder, mellom administrasjon og politikkere, med innbyggere, frivillige lag og organisasjoner, næringsliv og kulturliv (Bjørnafjorden kommune, 2020b, s. 6) Videre skal det samarbeides utover kommunegrensene, med andre kommuner, regionale og nasjonale instanser og med ulike forskningsmiljøer (s. 6). Planlagt og strukturert samarbeid mellom seksjonene, tjenestene og

de ulike nivåene i organisasjonen var ifølge informantene, helt nødvendig for å få oversikt og legge til rette for god planlegging og ressursutnyttelse i den nye kommunens virksomhet.

Alle informantene i denne undersøkelsen hadde bred erfaring med samarbeid internt i egen tjeneste, på bruker og systemnivå. De fleste av informantene deltok i samarbeidsformer som en del av sine daglige oppgaver uten at det var avsatt ekstra ressurser til dette arbeidet. For en av informantene var samarbeid, koordinering og brukermedvirkning en hovedoppgave hvor det forelå en tydelig oppgavebeskrivelse og avsatte ressurser. Samarbeid ga mulighet til å bli bedre kjent og lære av hverandre, her ble både fagkunnskap og kunnskap om hverandres tjenester og tilbud trukket frem. I samarbeid med andre kom det frem flere perspektiver og innspill som samlet kunne bidra til bedre problemforståelse og løsninger enn det en enkelt tjeneste kunne få til alene.

"Det er jo kjempeviktig å vite [...] for vi sitter på veldig mye kunnskap og informasjon som vi kan dele og som gjør at hver enkelt av oss kan gjøre en bedre jobb». (Informant 4-1)

Vi fant at samarbeid ble etablert og gjennomført på ulike måter i kommunen. Ansatte i seksjon for oppvekst beskrev en systematisk **samordning/koordinering** av ulike tjenester for barn og familier for å sikre helhetlige tjenester over tid. Samarbeidet her var basert på at tjenestene hver for seg hadde nødvendig innhold og kvalitet, men ble samordnet og koordinert slik at brukere opplevde tilbud fra rett tjeneste, til rett tid og på rett sted. Eksempler som ble nevnt, var tverrfaglig samarbeid på tvers av tjenester som barnevern, nav og skole eller barnehage rundt barn, unge og familier. Dette var et samarbeid som ble vurdert nyttig der det fungerte og som vi forsto flere ønsket mer av og med flere bidragsytere. Her ble seksjon for helse og velferd nevnt som en aktuell samarbeidspartner. Denne tjenesten kunne oppleves som rigide og vanskelige å få tak i fordi en del av henvendelsesrutinene kunne fremstå som byråkratiske og tungvinte.

«Det tar så lang tid å samarbeide med de på helsesiden [...] for de er veldig sånn byråkratiske [...] vi må sende en ny forespørsel, også må de sende det formelt [...] så må hen sende det videre til kommunalsjefen, også må det ned igjen også må det ned igjen derfra igjen [...]» (Informant 5)

Vi fant flere eksempler på **samarbeid** mellom tjenester hvor tjenestene gikk aktivt sammen og bidro både med kompetanse og ressurser i form av ansatte og penger. Disse samarbeidende hadde, slik de ble beskrevet, tydelig brukerinvolvering både i planleggingsfase, i implementering og drift. Et eksempel var tiltaket Ung Arena som er et lavterskeltilbud som er

tilgjengelig for alle ungdommene i kommunen. Ung Arena ble etablert med stor grad av brukermedvirkning og ble av flere av informantene omtalt som et universelt tiltak med mulighet for mer målrettet tilnærming.

«[...] ung arena er jo et konsept som fins i flere kommuner, men både barnevern og nav har faste vakter der. Det er ikke ment som et hjelpetiltak, men det er jo på en måte det indirekte i og med at da vet ungdommene at vi er der og de kan ta kontakt på et enkelt nivå».
(Informant 4-2)

Et annet eksempel på samarbeid som ble beskrevet som universelt med mulighet for målrettet oppfølging, var et undervisningsopplegg i Videregående skole. Der gikk nav var inn og informerte om økonomitemaer til hele klasser, hvor det samtidig var mulighet for ungdommer å ta kontakt med ulike problemstillinger. Dette var en arena hvor kommunen hadde mulighet til å fange opp behov og eventuelt tilby videre hjelp og oppfølging.

«[...] vi har vært inne i videregående og hatt små kurs i forhold til gjeldrådgivning eller økonomisk rådgivning og da har ungdommer kommet i etterkant og satt ord på hvordan de opplever at det er hjemme. [...] det er klart at det er skam knyttet til dette».
(Informant 4-1)

Nettverk var en annen samarbeidsform som de fleste informantene hadde erfaring med. Vi fikk eksempler på etablerte nettverk både internt i kommunen og mellom kommuner og på regionalt og nasjonalt nivå. Nettverkssamlinger og kurs i regi av Statsforvalteren (fylkesmannen) ble trukket frem spesielt. De var relevante og ofte gratis og bidro ifølge alle informantene til kompetanseheving, inspirasjon og «batterilading» i hverdagen. Kurs og samlinger var samtidig arenaer hvor det var mulig å treffe folk, bli kjent og etablere nettverk. Dette ble løftet som ekstra viktig for de informantene som hadde funksjoner og oppgaver hvor de jobbet mye alene. For disse ga nettverkene mulighet til å utveksle erfaring med personer hadde tilsvarende funksjoner i andre kommuner. Dette mente flere hadde vært spesielt viktig i forbindelse med pandemien.

«De (viser til fylket) er flinke. For eksempel til å sette opp kursing og konferanser. Der har jeg ofte funnet inspirasjon [...] faglig påfyll og sånne: «husk å ikke glemme dette». Så får du den kicken til å sette i gang». (3)

«Jeg er med i et nettverk i regionen. Da kommer du tettere på og det hjelper veldig. I koronatiden i mars, hadde vi teams møter hvor vi snakket om de sårbare barna og unge. Hva

gjør vi? Da var jeg med på en chat og svarte på chat [...] hvis en kobler seg på nettverket rundt om, så får en gode tips og tanker». (6)

Vi fikk inntrykk av at alle seksjonene som var representert var involvert i ulike former for samarbeid, men at det var litt ulik oppfatning om hvordan dette samarbeidet fungerte. Seksjon for oppvekst ble trukket frem som et godt eksempel av flere av informantene. Samarbeidet på tvers av seksjonene var derimot mer utfordrende. For eksempel kunne seksjon for helse og velferd, som tidligere nevnt, bli opplevd som lukket og rigide. Flere av informantene ønsket et tettere samarbeid mellom seksjon for Samfunn og de andre seksjonene, blant annet for å kunne forankre viktige folkehelseiltak i den kommunale planleggingen.

Det er viktig å gjøre grep tidlig og sikre de i en plan. For med en gang det er planfestet, er det veldig vanskelig å endre på ting i kommunen. Jeg tror ikke alle i kommunen skjønner det [...]». (Informant 3)

6.4 Faktorer som påvirket samarbeidet

Organisering, struktur og lokalisering ble løftet som viktige faktorer som påvirket samarbeidet. Flere av informantene refererte til seksjonene i kommunen som «siloer» og at «silotenking» kunne medføre isolering og avgrensning av tjenester, kompetanse og budsjetter og derfor ble en barriere for samarbeid, god ressursutnyttelse og helhetlig tjenesteproduksjon. Samtidig var det noen som mente at «siloene» var et resultat av nødvendig spesialisering, skjerming og prioritering av tjenester. Det kunne derfor være mer hensiktsmessig å «stikke hull på siloene» for å legge til rette for bedre kommunikasjon og samarbeid. Vi opplevde at informantene var opptatt av at brukerne skulle ha et tilgjengelig og helhetlig tilbud fra kommunen og at samarbeid derfor var forventet og nødvendig.

«[...] vi er opptatt av å jobbe tverrfaglig. Vi snakker mye om å rive «siloene». Det er kanskje et feil begrep for det ligger mye spisskompetanse i siloene. Men det er noe med å få hull på siloene så vi jobber sammen og ikke ting faller mellom flere stoler. [...] det flaueste som kan skje, er hvis vi ut mot innbyggerne prøver å skyve oppgaver mellom ulike kommunale sektorer i stedet for å ta tak i det og koble på de som må kobles på for å finne en løsning. Det er helt likegyldig for innbyggerne hvem det er som jobber med ting». (Informant 7)

Fysisk plassering av ulike tjenester ble av flere opplevd som utfordrende. Noen tjenester opplevde sin lokalisering som bortgjemt og utilgjengelig både for samarbeidspartnere og ledelse. Dette mente de var spesielt utfordrende fordi de da var vanskelig tilgjengelig og lite

synlige for brukere og publikum. Lokalisering av tjenestene bidro til at det ble vanskelig å fange opp saker og temaer som en kunne bidra inn i proaktivt. Dette kunne samtidig medvirke til at tjenesten ikke ble invitert inn i samarbeid hvor dette var hensiktsmessig. Motsatt beskrev informanter som var samlokalisert med andre tjenester og ledelse, at dette var svært positivt og la til rette både for samarbeid og påvirkning.

«[...] man skulle hatt et sted eller hus som var synlig for alle innbyggerne. [...] ikke sitte inne i et kontor, gjemt inne i et hus som ingen har hørt om [...]». (Informant 2)

Vi sitter [...] nærme hverandre [...] og har møtepunkter flere ganger i uken [...]. Så jeg føler at vi kommer på banen og kan være med å påvirke [...]». (Informant 7)

SLT- koordinator funksjonen ble løftet som et godt eksempel på funksjon eller stilling som kommunen hadde etablert for å sikre systematisk og strukturert samarbeid på tvers av tjenester og sektorer. I seksjon for oppvekst hadde SLT – koordinatoren ansvar for koordinering av tjenester som var rettet mot sårbare barn, unge og familier både på system og brukernivå. Stillingen var plassert i kommunaldirektørens stab og innebar samarbeid både internt i kommunen og med eksterne aktører, for eksempel med politi.

«[...] jeg er på en måte bindeleddet i alle disse nivåene sånn at vi skal klare å jobbe tverrfaglig, tverretatlig og tverrsektorielt – samarbeide! Alle skal vite om de samme tingene. Hvis det skjer ting i kommunen som alle må sette inn støtet på, skal alle vite om det [...]». Informant (Informant 6)

Flere av informantene mente at en tilsvarende koordinerende funksjon var helt nødvendig for å sikre videre forankring og utvikling av folkehelsearbeidet i den nye kommunen.

«Det er viktig å ha en folkehelsekoordinator [...] som har fokus og trekker andre med. Kan være politisk eller organisert høyt oppe. Og at det er DET en jobber med. Ikke at en har en haug med hatter slik det er nå [...]». (Informant 2)

Folkehelsekoordinatorstillingen burde, slik de så det, ikke legges til helsetjenestene. Denne stillingen burde ha en overordnet organisering tett på politisk eller administrativ ledelse, alternativt være tilknyttet planavdelingen for å kunne bidra til forankring av ulike folkehelse tiltak i kommunens planarbeid.

«[...] vi var opptatt av [...] å få folkehelsekoordinator og at den ikke skulle ligge hos helse [...]». (Informant 1)

«[...] en stilling innenfor folkehelse burde kanskje ligge i planavdelingen eller samarbeide tett med planavdelingen [...]». (Informant 3)

I den nye kommunen var det videreført flere tverrfaglige og tverretatlige grupper som på ulike måter koordinerte og samarbeidet om folkehelseoppgaver på system og brukernivå. Mandatet til disse gruppene var forankret i mål og tiltak som var beskrevet i kommunens overordnede planstrategi. Eksempler på tverretatlige grupper var Folkehelsegruppa som hadde hatt hovedansvaret for å lage Folkehelse-rapporten i kommunen. Denne gruppa har deltakere fra alle seksjonene i kommunen. 4 av deltakerne i gruppen var informanter i denne undersøkelsen. Et annet eksempel var Barnefattigdomsgruppen som skulle jobbe med problemstillinger knyttet til barnefattigdom i kommunen og finne tiltak som bidro til å utjevne sosial ulikhet. Fire av informantene i denne studien var deltakere i denne gruppen. Mange av gevinstene som ble trukket frem med å ha etablerte tverrfaglige og tverretatlige grupper sammenfalt med tidligere nevnte gevinster med samarbeid generelt.

«Vi møter disse brukerne på forskjellige arenaer [...] og opplever de på forskjellige måter [...] alle har viktige innspill å komme med [...] Det er viktig å ha med alle perspektivene inn i arbeidet». (Informant 4-1)

En informant trakk frem behovet for å ha en overordnet tverrsektoriell gruppe som kunne bidra til at kommunen satte mer fokus på helsefremming og forebygging i stedet for å drive brannslukking, som vedkommende mente det ble gjort mye av i dag.

«[...] en viktig oppgave hadde vært en gruppe som klarte å se litt, ha hodet over vannet. Som kunne passe på å ha nok fokus på helsefremming og forebygging. [...] Det må til for å ikke bare drive brannslukking» (Sitatet er omskrevet for å anonymisere informant 2)

Noen av informantene var usikre på hvordan det tverrfaglige arbeidet i ulike grupper ville bli videreført i den nye kommunen.

«[...]vi har hatt mange forebyggende samarbeidsgrupper. [...] vi håper at de ikke forsvinner vekk [...] at man mister muligheten til å fange dem opp sammen, å jobbe sammen, til å få til varige løsninger som på lang sikt blir bra [...]». (Informant 4-2)

Kommunens utfordringer i forhold til økonomi og varslede innsparingstiltak mente flere av informantene ville påvirke samarbeidet og folkehelsearbeidet i kommunen. Noen var urolige fordi det var stillinger som ikke var direkte lovpålagte som var i faresonen. Dette var stillinger

og funksjoner som de mente var viktige for koordinering og oppfølging av lavterskeltilbud, hvor kutt ville gå utover sårbare grupper. De var usikre på hvordan disse oppgavene ville prioriteres hvis de ble overført til andre stillinger, personer, som ble forventet å løse dette i tillegg til sine kjerneoppgaver.

«[...]de tar vekk trygghetssykepleier, kreftkoordinator og ressursteam [...] det er de som hjelper de svakeste [...] de mister sine lavterskeltilbud som er gratis og lette å komme i kontakt med [...]». (Informant 2)

«[...] vi får jo sikkert noen avklaringer på hvordan vi skal jobbe videre...». (Informant 4-2)

Det ble knyttet forventninger til et arbeid med å konsekvensutrede disse tiltakene som kanskje kunne bidra til å skjerme ressursene som informantene mente var sentrale i folkehelsearbeidet.

«[...] kommer de i konflikt med ønske om å satse på helsefremming, forebygging, tidlig innsats, så har vi sagt det i konsekvensvurderingene slik at politikerne har med seg det som et beslutningsgrunnlag [...]». (Informant 7)

Andre uttrykket bekymring for at de økonomiske nedskjæringerville påvirke samarbeidsklimaet i kommunen. Flere viste til tidligere erfaringer hvor stramme økonomiske rammer hadde medført at tjenester ble mer innadvendte og vernet om egne ressurser og oppgaver og hadde blitt mindre villige til å delta i tverrsektorielle prosesser.

«Vi ser jo i alle sammenhenger at vi er litt spent på hvordan det her (viser til økonomiske nedskjæringer) gir utslag i organisasjonen, for man ser at når krybben er tom så bites hestene. Hvor lett blir det å få folk med på tverrsektorielt samarbeid for eksempel hvis folk blir enda mer travel med egne oppgaver, greier man på en måte å se litt ut av sin egen boks og prioritere det som er felles?». (Informant 7)

En del utfordringer rundt samarbeid hadde blitt forsterket gjennom sammenslåing av de to kommunene som ble beskrevet som «møte mellom to kulturer». Flere av informantene virket overrasket over hvor store forskjellene var mellom to så nærliggende kommuner som over år hadde hatt tette relasjoner. Det positive innsalget av den nye kommunen fra politisk og administrativ ledelse, hadde for noen av informantene blitt bekreftet. Den nye kommunen hadde flere ressurser og mer utfyllende kompetanse som gjennom samarbeid kunne bidra til å utvikle bedre tjenester. Samtidig var det utfordrende å få oversikt over nye tjenester og å bli

kjent med nye kollegaer. Den nye kommunen fremsto derfor for noen, som mer tungrodd og byråkratisk. Forhold som kunne medvirke til mindre samarbeid.

«[...] nå når vi er en større kommune, er det vanskeligere å få til tverrfaglig arbeid [...] for man er jo mer tungrodd, samtidig som du har mer folk [...]». (Informant 1)

«[...] man tenker at man har bodd ved siden av hverandre og at det ikke er to kulturer, men det er to veldig forskjellige kulturer [...] to måter å se tingene på, ulike makt systemer og ulike byråkratiske systemer [...]». (Informant 2)

I den minste kommunen hadde det før sammenslåingen vært tettere bånd mellom politisk og administrativ ledelse og til utøvende tjenester. Personer i ulike funksjoner hadde vært samlokalisert, eller tettere lokalisert, og flere av disse hadde ivaretatt flere funksjoner, «hatt flere hatter på». Kommunikasjonen mellom og på tvers av nivåene kunne ha et uformelt preg, hvor diskusjoner like gjerne kunne forekomme tilfeldig på gangen som i et formelt møte. En slik uformell modell ble oppfattet som mer effektiv (ting ble fortere «ordnet») og ansatte følte seg inkludert, sett og hørt både som tjeneste og i ulike diskusjoner og beslutninger.

Den store kommunen ble beskrevet som byråkratisk, og kanskje mer tungrodd. Denne organisasjonen hadde mer formaliserte strukturer og forventninger om at ansatte skulle benytte tjenestevei. I den nye kommunen med flere ansatte, flere tjenester og større avstander var den byråkratiske modellen valgt. Det var i møte mellom disse kulturene vi opplevde at det kunne oppstå utfordringer.

«[...] så er det andre samarbeidskulturer selvfølgelig, Fusa har vært en mindre kommune der alle kjenner hverandre, har [...] spist lunsj sammen, alle er på fornavn på en måte. De er mindre vant til å bruke de formelle kanalene [...] mens OS har vært mer byråkratisk kanskje [...] folk fra begge sider har vært nødt til å tilpasse seg [...] Så vi må bruke tid på å lage en ny felleskultur og nye kommunikasjonslinjer [...]». (Informant 5)

Flere av informantene mente at videreføring av uformell praksis fra den minste kommunen hvor ansatt hadde mange ulike roller og funksjoner, inn i en mer byråkratisk ny kommune, ga utfordringer i utviklingsarbeidet. Uformell tilnærming sikret ikke alltid nødvendig involvering og gode prosesser og kunne derfor skape usikkerhet, uro og komplisere samarbeid. Vi fikk samtidig inntrykk av at mindre forhold og tettere samarbeid og kommunikasjon i den minste kommunen, Fusa, hadde bidratt til at Folkehelsearbeidet der var kommet noe lengre og var bedre forankret enn i den store kommunen, Os. Dette mente flere

av informantene skyltes at de hadde hatt en 100% stilling folkehelsekoordinator som hadde arbeidet målrettet med folkehelsearbeid i flere år.

Utbruddet av Kovid-19 pandemi i mars 2020 medførte en rekke smitteverntiltak i kommunen som blant annet medførte stenging av etablerte møteplasser for innbyggere og ansatte. Flere mente det var positivt at kommunen i denne perioden hadde prioritert å holde åpent mye av tilbudet til barn og unge. Dette var viktig for å ivareta de som kanskje trenger tjenestene aller mest. Selv om en del av tilbudet var flyttet over på data, var det fremdeles mulig for noen sårbare grupper å oppsøke tilbud fysisk. Gjennom samarbeid ble det i tillegg vurdert å tilby digitale kurs. Et eksempel var samarbeidet som var etablert på Ung Arena, hvor det ble vurdert å tilby det digitale kurset «Tankevirus» for ungdom. Bruk av hjemmekontor og overgang til digitale møter og informasjonsformidling referert til som «lyndigitalisering».

«Vi har jo hos oss som i de fleste kommuner blitt lyn-digitalisert [...] det er jo ting som en vil ta med videre, at det ikke er så nøye hvor du sitter og jobber. Du kan jobbe med ting og være med i møter og jobbe tverrfaglig, selv om du sitter hjemme eller hvor du nå sitter». (Informant 1)

Selv om flere virket ganske lei av hjemmekontor og savnet kollegaer og samarbeid «face-to-face», ble det også nevnt flere positive konsekvenser. Digitale møter ble opplevd som mer strukturerte og gjorde det oftemulig for flere å delta fordi det ikke hadde betydning hvor en var plassert fysisk. Det var tidsbesparende fordi det ikke var nødvendig å forflytte seg til og fra møter. Noen mente dette var med å styrke det tverrfaglige arbeidet i en ellers travel hverdag. Samtidig var det vanskelig å legge til rette for uformell prat og idemyldring og flere opplevde at de mistet kontakt med folk og at kreativiteten var blitt borte.

6.5 Effekter av samarbeidet

Samarbeid kunne som tidligere nevnt bidra til flere perspektiver i ulike vurderinger som kunne resultere i bedre problemforståelse, problembeskrivelse og flere løsninger. Samarbeid både på bruker og systemnivå, kunne ifølge informantene, bidra til at sårbare grupper ble fanget opp tidligere, for eksempel ved en barnehage eller et idrettslag fanget opp behov og på avtalte måte formidlet disse til rett hjelpeinstans.

«Det er ikke nødvendigvis nav og barnevernet som ser [...] de utsatte, de er jo og i skole og i barnehage, de bruker fritidsaktiviteter [...] og idrettslag, det er mange som møter de». (Informant 4-1)

«Når en jobber tverrfaglig [...] får man vite tidlig om familier som er i risikozonen [...] disse samarbeidene vi har gjør at vi lett kan komme og være tilgjengelige for de som trenger den hjelpen [...] det er jo mange som møter de (viser til sårbare grupper)». (Informant 4-2)

Samarbeid bidro både til mangfold i tjenester og til tilgjengelighet og deltakelse for innbyggerne i kommunen. Informantene viste til flere eksempler på tilbud og tiltak, som gjennom samarbeid, hadde en rekke helsefremmende gevinster og som bidro til å utjevne sosiale helseforskjeller, se s. 51-52. Intensjonen med disse tiltakene var å legge til rette for relasjonsbygging, inkludering av sårbare grupper, deltakelse og reduserte ensomhet. Ulike arenaer kunne samtidig være plattformer for kommunen til å formidle viktig informasjon og ulike målgrupper kunne få kontakt med hjelpeapparatet uten å føle seg stigmatisert.

«I fjor hadde vi venneuken for å få med inkludering. Dette med å se alle. En hel uke der en hadde program [...] fra konsert til skravlekoppen [...] «pop up» møteplasser på kjøpesentrene og for ungdommene på bussholdeplassene. Jeg tenker at det er en del folkehelsearbeid som gjerne ikke blir kalt folkehelsearbeid, men som på en måte er det». (Informant 6)

I disse samarbeidene var det flere av informantene som trakk frem frivillige lag og organisasjoner, kirken og idrettslagene som viktige samarbeidspartnere for å utvikle ulike tilbud som var relevante, tilgjengelige gjerne på ettermiddagstid, synlige og tilpasset innbyggernes behov over tid, gjerne desentralisert i innbyggernes nærområder.

«[...] vi har erfaring allerede om at det ved fraværspromatikk og mobbing [...] at det å jobbe med fritid som arena og jobbe sammen, gjorde at vi fikk et mye bedre utfall enn hvis vi bare jobbet inn mot skolen». (Informant 7)

«[...] det er mye som skjer med frivilligheten eller med lag og organisasjoner [...] som er like viktig som at sosialtakstene er sånn eller sånn». (Informant 5)

Kommunen har etablert et tverrfaglig arbeidsverksted, «innolab» som er en arbeidsmetodikk for offentlige tjenester som ønsker å ta i bruk nye metoder for å samhandler på tvers av fagmiljøer og

«siloe» (Bergen kommune, 2021). Flere av informantene trakk frem at samarbeidet som ble initiert i dette samhandlingsforumet var svært nyttig og viktig for det helsefremmende arbeidet i kommunen.

«[...] vi har etablert noe som heter «Innolab» hvor vi har inne mange ulike temaer som en jobber med, blant annet [...] ungdommer som faller utenfor jobb og utdanning. Da tenker vi veldig bredt. Vi kan gjøre noe som kommune, men vi må ha med arbeidsgivere. Vi hadde for eksempel med en sjef fra Meny en gang. Vi har ofte med ledere i idretten. De har ansatte som jobber 100% som kan være tilgjengelige på dagtid til å være med på ting. Vi jobber med andre kommuner for å lære, utveksle erfaringer. Vi tenker bredt og vurderer hele tiden hvem vi skal ha med. Hvor ligger de gode ideene [...]?». (Informant 7)

Det ble ikke løftet direkte negative konsekvenser ved samarbeid, men flere av informantene var irritert over samarbeidende avdelinger som ikke møtte til avtaler, eller kom uforberedt eller ikke bidro i oppfølgingsarbeid. Det ble i tillegg påpekt at manglende eller varierende ledelse, prioriteringer og tilgang på ressurser, både i form av mennesker og penger, kunne gjøre det vanskelig å etablere et forutsigbart og langsiktig samarbeid mellom tjenester og seksjoner.

«[...] det er opp til enhetslederne hvor mye ressurser de er villig til å avgi på en måte [...]» (informant 5)

«Vi [...] fikk alle disse oppgavene oppå alle de andre oppgavene. Så det blir ikke prioritert og gitt tid [...]» (informant 2)

Samtlige av informantene, uavhengig om de hadde tilhørighet i den store eller lille kommunen, var opptatt av at det som hadde fungert godt både av tiltak, tjenester, organisering og samarbeid i begge de sammenslåtte kommunene, måtte videreføres som «beste praksis» i arbeidet med å bygge en ny kommune.

«[...] vi er jo i en spennende fase og vi har med en ny kommune mange muligheter til å begynne litt på ny frisk og prøve å få til gode ting [...] fra toppen når det gjelder plan og nedover, at man kan få for eksempel det med folkehelse til å gjennomsyre alt». (Informant 3)

6.6 Oppsummering

Funn i denne undersøkelsen viste at folkehelsearbeidet var godt forankret i Bjørnafjorden kommune både som tema i overordnede planer og strategier og hos de informantene som deltok i intervjuene. Noen av informantene mente kommunens valg om å knytte sin

virksomhet til FN' s bærekraftsmål og sammenstilling av begrepene sosial bærekraft og folkehelse, kunne medvirke til en bredere involvering og forpliktelse på tvers av tjenestene i det helsefremmende arbeidet. Videre indikerte funn at det var tillitt til at politisk og administrativ ledelse hadde forstått og arbeidet med folkehelse relaterte temaer. Samtidig var det usikkerhet knyttet til hvordan dette ble kommunisert oppover og nedover og på tvers i organisasjonen.

Det var bred erfaring med tverrsektorielt samarbeid, spesielt i oppvekst, som gjennom felles innsats på tvers av tjenestene hadde etablert ulike tiltak som skulle utjevne sosiale helseforskjeller. Flere mente helsetjenestene var vanskelige å engasjere i det helsefremmende arbeidet og ble både av egne ansatte og av andre tjenester oppfattet å være sykdomsorientert og mest involvert i forebyggende tilbud. De fleste informantene var opptatt av brukermedvirkning og at tiltak og tilbud skulle etableres i samråd med disse.

Undersøkelsen fant videre at faktorer som organisering, ledelse og ressurser ble løftet som sentrale påvirkningsfaktorer i det tverrsektorielle samarbeidet. Kommunesammenslåing og økonomiske utfordringer hadde på ulike måter hatt innvirkninger på samarbeidet, og var ifølge informantene, en utfordring for å etablere et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Det samme hadde pandemiutbruddet med påfølgende smitteverntiltak, som informantene mente både hadde økt de sosiale helseforskjellene og samtidig hadde utfordret konstruktiv og effektiv samarbeid på tvers av tjenester og sektorer.

Koordinerende funksjoner eller stillinger, som folkehelsekoordinator og SLT - koordinator ble løftet som viktige virkemidler for å etablere og drifte et systematisk helsefremmende arbeid i kommunen. Viktige forutsetninger for at disse funksjonene skulle være hensiktsmessige var stillingsstørrelse (helst 100%), overordnet plassering i organisasjonen og nødvendige fullmakter. Informantene hadde i tillegg god erfaring med arbeid i brukerrettede og system rettede tverrsektorielle grupper. De savnet samtidig flere overordnede, tverrsektorielle grupper i organisasjonen som kunne samordne og forplikte det samlede helsefremmende arbeidet i kommunen.

Funn i undersøkelsen som tas med videre til diskusjonsdelen av oppgaven:

- Forståelse, forankring og folkehelseoversikt
- Ressurser, organisering og stillinger med koordinerende funksjoner og tverrsektorielle grupper
- Resultat av samarbeid

7 Diskusjon

Intensjonen med denne studien var å undersøke hvordan Bjørnafjorden kommune arbeidet med folkehelseoppgaver og hvordan de samarbeidet for å fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller for sin befolkning. Videre ønsket jeg å identifisere faktorer som kunne virke fremmende og hemmende på samarbeidet. I dette kapittelet vil jeg drøfte funn i studien i relasjon til litteratur og teori det er gjort rede for i tidligere kapitler. Jeg har valgt å disponere dette kapittelet i henhold til den modifiserte BMCF modellen, figur 3. Begrunnelse for dette valget er den tette sammenhengen mellom helsefremmende arbeid og samarbeid, hvor mange av påvirkningsfaktorene som diskuteres videre vil være relevante både for kommunens folkehelsearbeid, et helsefremmende fokus og samarbeid for å løse disse oppgavene.

7.1 Input: forståelse, forankring, oversikt og ressurser

Input i samarbeidsmodellen defineres av Corbin et al (2013, s. 52) som personell, kompetanse, ressurser, oppdrag og mål og er faktorer i henhold til denne modellen grunnleggende premisser for etablering og gjennomføring av samarbeid. Menneskers forståelse er i tillegg en faktor som vil påvirke hvordan de oppfatter og tolker omgivelsene og kan derfor være et viktig premiss for hvordan de velger å involvere seg i samarbeid for å løse folkehelseoppgaver (Synnevåg, Amdam & Fosse, 2019, s. 5) Jeg har derfor valgt å kategorisere forståelse som «input». Tilsvarende har jeg valgt å legge oversikt, eksemplifisert med folkehelseoversikten, til «input», fordi denne er et viktig kunnskapsgrunnlag for kommunens folkehelsearbeid og samarbeid om helsefremmende oppgaver. Oversikten blir senere også trukket inn som et resultat av samarbeid.

7.1.1 Forståelse

Informantene i denne undersøkelsen var godt kjent med begrepet folkehelse og hadde reflektert rundt hva begrepet inneholdt og hvordan folkehelseperspektivet ble ivaretatt i sin virksomhet. De hadde alle forskjellig fagbakgrunn og var organisert i ulike tjenester og seksjoner i kommunen og hadde kanskje derfor ulike oppfatninger og tilbakemeldinger på hva de mente var folkehelsearbeid og hvilken rolle og ansvar egen tjeneste hadde i dette arbeidet. Disse forskjellene kan ifølge Axelsson & Axelsson (2006, s. 78) være et resultat av den fragmentering og spesialisering som skjer i offentlige virksomheter, som gir avgrensning av tjenester, profesjoner, arbeidsoppgaver og mål. På den ene siden kan en slik fragmentering føre til utvikling av ulik forståelse, tolkninger og forventninger mellom tjenestene som kan bli en barriere for kommunens mål om å etablere et samordnet, systematisk folkehelsearbeid (Holt, et al., 2018, s. 46). På den andre siden kan det gi muligheter, som flere av informantene

i denne undersøkelsen påpekte, til å få flere perspektiver på folkehelse-utfordringer som både kan gi en bedre problemforståelse og flere løsninger. Et helhetlig og samordnet folkehelsearbeid vil i stor grad være avhengig av at kommunen på ulike måter klarer å etablere en felles forståelse som grunnlag for samarbeid mellom tjenestene og at dette kommuniseres lateralt og horisontalt i organisasjon (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 79). Informantene i denne undersøkelsen mente felles forståelse var viktig i samarbeid og at kunnskap om hverandre gjennom ulike treffpunkter var sentralt for å løse oppgaver i fellesskap. Dette sammenfaller med funn i andre undersøkelser. For eksempel fant Synnevåg, et al (2018, s. 988 – 990) at en kombinasjon av instrumentelle virkemidler og etablering av treffpunkter hvor bidragsytere på alle nivå i organisasjonen kan møtes til dialog, kan legge til rette for å etablere felles forståelse i folkehelsearbeidet. Slike tiltak kan bidra til en felles terminologi og forståelse i folkehelsearbeidet. Dette mener Synnevåg, et al (2018, s. 69-70) er helt nødvendig fordi terminologi innen folkehelse ofte kan fremstå vag og uklar med fokus på helse og helsegevinster, og derfor ofte kan bli en barriere for det tverrsektorielle samarbeidet som er nødvendig for å løse helsefremmende oppgaver.

Det kan være utfordrende for kommunene å engasjere og forplikte hele organisasjonen i et tverrsektorielt folkehelsearbeid når det er helse og helsegevinster som vektlegges i planer og strategier og som ligger til grunn for ansattes forståelse av folkehelsearbeid. Bakgrunnen for dette kan være at kommunene tradisjonelt har hatt en tendens til å prioritere forebyggende oppgaver som sitt folkehelsearbeid. Fokus i dette arbeidet har vært målrettede tiltak som adresserer levevaner og risikofaktorer hos sårbare målgrupper i regi av helsetjenestene (Didrichsen, et al., 2015; Helgesen & Hofstad, 2012). Flere av informantene i denne undersøkelsen mente at kommunen ved å bruke begrepet sosial bærekraft i større grad enn folkehelse, kunne legge til rette for at flere sektorer og tjenester utenfor helsetjenestene ble involvert og forpliktet seg i helsefremmende oppgaver hvor målet var å utjevne sosiale helseforskjeller. Som illustrert i SDH-modellen, figur 1, er mange av de sosioøkonomiske determinantene kategorisert til oppvekst, utdanning, arbeid og levekår, barnehager, skoler og miljø. Disse tjenestene er helt sentrale for kommunens helsefremmende innsats, men har samtidig verken helse eller helsegevinster som mål og indikatorer for sin virksomhet. Helseeffekten ligger, som en av informantene i denne undersøkelsen påpekte, i at de når de mål som er satt for sin virksomhet. For eksempel vil alle elever som fullfører videregående skole ha flere muligheter for arbeid, inntekt og bedre helse gjennom hele livet (Dahl et al., 2014, s. 141; Didrichsen et al., 2015, s. 41).

For å ivareta sine helsefremmende oppgaver, er kommunene avhengige av å involvere, engasjere og forplikte tjenestene utenfor helsetjenestene. Didrichsen et al (2015, s. 41) mener at kommunene har større sannsynlighet for å lykkes med dette ved at endringer og utvikling blir gjennomført og forankret innenfor den enkelte tjeneste og på tjenestens egne premisser. En tilnærming til folkehelsearbeidet som løftet sosial bærekraft med universelle, befolkningsrettede tiltak, kan slik de ser det bidra til et eierskap på tvers av sektorer og i større grad forplikte andre sektorer enn helsetjenestene (Didrichsen, et al., 2015, s. 41). Dette synet støttes av Hofstad og Bergsli (2017, s. 87) som samtidig påpeker at det ikke nødvendigvis er hensiktsmessig å bytte ut folkehelsebegrepet med sosial bærekraft, men at det kan være en god strategi for kommunen å benytte begge begrepene i sine planer og strategier for å legge til rette for samarbeid som involverer alle kommunens seksjoner.

7.1.2 Forankring

Det ligger en nasjonal forventning om at kommunene skal knytte sin virksomhet til FN's bærekraftsmål. Både sosial bærekraft og folkehelse skal ha egne definerte mål og samtidig være et resultat av måloppnåelse innenfor andre strategiområder (Regjeringen, 2019). Helgesen et al (2014, s. 25) mener nasjonale planer, strategier og målsettinger er sentrale for å oppnå endringer i sosiale, økonomiske og miljømessige helsedeterminantene. Kommunens skal på den ene siden representere og implementere nasjonale strategier og målsettinger, på den andre siden skal de være en selvstendig arena som ivaretar lokale behov og prioriteringer (Synnevåg et al., 2018, s. 68). For å legge til rette for et systematisk og langsiktig lokalt folkehelsearbeid som illustrert i figur 4, må kommunen forankre folkehelse-arbeidet i overordnede planer og strategier og ha oversikt over lokale muligheter og utfordringer. Dette arbeidet skal ha fokus på samarbeid som fremmer helse og utjevner sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2012, § 4).

Bjørnafjorden kommunen har valgt å knytte sin virksomhet til tre av FN's bærekraftsmål. Overordnede planer og strategier bruker både begrepene folkehelse og sosial bærekraft i tekst som beskriver kommunens mål om å gjøre kommunen til et trygt og godt sted å bo hvor alle innbyggerne har samme mulighet til å leve sunne liv (Bjørnafjorden kommune, 2020b, s. 8). Kommunen har i sin planstrategi utarbeidet visjoner og mål på tvers av seksjoner og tjenester. De har for eksempel valgt «livskvalitet for alle» som en overordnet og tverrsektoriell visjon og legger samtidig inn en klar forventning om at seksjonene, også utenfor Helse- og velferdsseksjonen, skal ha et helsefremmende fokus. For eksempel er et strategimål i oppvekst

at; «Alle barn og unge skal ha gode oppvekstmiljø som 1) fremmar helse, trivsel og læring [...]» (Bjørnafjorden kommune, 2019b, s. 10).

Forskning viser til at de fleste utfordringene knyttet til sosiale helseforskjeller er sammensatte og komplekse, såkalte «Wicked problems» og ofte ikke kan løses innenfor den enkelte sektor. Kommuner som etablerer og forankrer intersektorielt samarbeid kan derfor være bedre i stand til å adressere sentrale sosiale helsedeterminanter og på den måten bedre befolkningens helse (Didrichsen, et al., 2015; Hagen et al., 2017, s. 986). Dette er kunnskap som Bjørnafjorden kommunen er kjent med og viser til i ulike dokumenter og planer. De har blant annet etablert samarbeid, FN's bærekraftsmål 17, som sitt viktigste verktøy for å nå mål for hele kommunens virksomhet (Bjørnafjorden kommune, 2020b, s.6). Kommunen har i tillegg utarbeidet folkehelseoversikten «Levekår og helse» og etablert ulike tverrfaglige grupper. Dette er ifølge forskning hensiktsmessige virkemidler for kommunens folkehelsearbeid og helsefremmende oppgaver (Fosse & Helgesen, 2017, s.4; Helgesen & Hofstad, 2012, s. 12).

7.1.3 Oversikt

Kommunene er gjennom folkehelselovens § 5, pålagt å utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og utfordringer og muligheter for utvikling av helse og velferd i sin kommune. Denne oversikten er et viktig utgangspunkt for et systematiske og langsiktige folkehelsearbeid som illustrert i figur 4, og skal være et grunnlag for vurderinger, prioriteringer og beslutninger som forankres i kommunens overordnede planer og strategier (Plan- og bygningsloven, 2008, kap. 11). Who (2018, s. 15) mener det er en styrke for det norske folkehelsearbeidet at det er en lovpålagt oppgave med tydelig fokus på helsefremming og samarbeid, og at det samtidig er pålegg om oversikt, planlegging og rapportering som gir feedbacksystemer som kan følges opp både på lokalt og nasjonalt nivå. Folkehelsearbeidet involverer som tidligere nevnt, en rekke aktører både i og utenfor kommunen som ikke har sammenfallende mål og indikatorer og som har behov for ulike tall og data for å kunne utvikle sin virksomhet. Det kan derfor være utfordrende for kommunene å utarbeide et oversiktsdokument som balanserer alle tjenestenes behov for kunnskapsgrunnlag og samtidig skal kunne gi et grunnlag for samarbeid på tvers av sektorer for å utvikle helsefremmende tiltak og tjenester.

I denne undersøkelsen var det flere av informantene som pekte på denne problemstillingen. På den ene siden mente de folkehelseoversikten var blitt et nyttig oversiktsdokument som kunne legges til grunn for kommunal planlegging og prioritering. På den andre siden opplevde andre at rapporten ikke var balansert og manglet tall som var relevante for oppgavene tjenesten de

representerte skulle levere. Dette ble blant annet knyttet til sammensetningen av folkehelsegruppen som var ansvarlig for utarbeiding av rapporten. Andre etterlyste flere lokale tall og trakk frem utfordringer rundt kommunesammenslåing og store forskjeller mellom kommunene som i et oversiktsdokument kunne bli «kamouflert» og kunne medvirke til å øke helseforskjellene i den nye kommunen. Flere påpekte at data og tall ofte ble presentert «hver for seg» og derfor ikke viste kompleksiteten i utfordringene informantene møtte i sin arbeidshverdag. Dette problematiseres også av Carey & Crammond (2015, s. 1020) som viser til at kunnskapsgrunnlag ofte vurderes å være for smalt, fordi tilgjengelig kunnskap velges selektiv og tolkes, og at løsninger ofte blir basert på forenklete, lineære beskrivelser av komplekse problemstillinger «wicked problems». Forfatterne understreker videre at selv om det kan være fornuftig å finne «stiene i landskapet», kan enkle løsninger utfordre etablering av kunnskapsbasert praksis i et systematisk og langsiktig helsefremmende arbeid (Carey & Friel, 2015, s. 1020).

Flere undersøkelser indikerer at folkehelseloven med tilhørende forskrift har medført et større fokus på kommunalt oversiktsarbeid (Hofstad & Schou, 2017, s. 87). Ca 90% av de norske kommunene utarbeider nå folkehelseoversikter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 17) og prosessene med å utvikle disse oversiktene ser ut til ha styrket bevissthet og handlekraft i kommunene til å adressere sosiale helseforskjeller (Hagen, et al., 2018, s. 807). Samtidig er det utfordrende for kommunene å få oversikt og å måle effekt av det arbeidet de allerede gjør for å kunne evaluere, justere og videreutvikle et langsiktig folkehelsearbeid, som illustrert i figur 4. Helgesen, et al (2014, s. 14) mener kommunene har kunnskap om og oversikt over lokale utfordringer, men at de samtidig har lite kunnskap om hvilke tiltak som kan benyttes for å løse ulike problemstillinger. Bjørnafjorden har som helt ny kommune bevisst valgt å benytte tall og data fra de to tidligere kommunene. De har samtidig gjennomført en intern prosess på tvers av seksjoner og tjenester for å utvikle og etablere mål og indikatorer som blant annet kan knyttes til folkehelse og sosial bærekraft. Folkehelsepolitisk rapport (2017, s. 40) understreker at det er behov for å videreutvikle og sikre gode data som kan si noe om status i kommunalt og regionalt folkehelsearbeid. Helsedirektoratet har en sentral rolle med å understøtte arbeid med å utvikle indikatorer som kan si noe om kommunens tverrsektorielle folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2018b, s. 40) og kan bli en viktig samarbeidspartner og støtte for Bjørnafjorden kommunen i dette arbeidet.

7.1.4 Ressurser

På tross av at kommunene lager planer og systemer for å overføre kunnskap til handling, opplever mange kommunale aktører at det er økonomi og rapporteringstall som styrer praksis, ikke mål og visjoner for et godt folkehelsearbeid (Synnevag, et al., 2018, s. 986). Finansielle ressurser påvirker etablering og gjennomføring av helsefremmende intervensjoner og kan ifølge Corbin & Mittelmark (2008, s. 367) samtidig påvirke mulighetene for å planlegge og etablere samarbeid som kan vedvare over tid.

Funn i denne undersøkelsen vist at det var en generell bekymring for den nye kommunens økonomiske situasjon og ressursfordeling ut til tjenestene. Denne bekymringen var spesielt knyttet til planlagte innsparingstiltak (Bjørnafjorden kommune, 2020b, s. 14) og forslag om å kutte i stillinger og tjenester, som flere av informantene mente var viktige for folkehelsearbeidet og koordinering av ulike helsefremmende oppgaver. Flere internasjonale og nasjonale undersøkelser peker på at de økonomiske betingelsene er sentrale for å kunne utvikle samarbeid om folkehelseoppgaver (Helgesen, 2018, s. 9; McDaid, 2015, s. 327). Langsiktig planlegging, som ofte er tilfelle i helsefremmende arbeid, blir i tillegg utfordret når kommunene planlegger økonomi og tildeler budsjetter fra år til år (WHO, 2018, s. 34).

Det er en forventning om at folkehelsearbeidet skal integreres i alle kommunenes sektorer og i hovedsak bli finansiert over kommunale budsjetter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 182). Det er samtidig etablert tilskuddsordninger som skal stimulere det praktiske folkehelsearbeidet i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 145). McDaid & Wismar (2015, s. 327) mener at eksterne finansieringsordninger ofte er sektorspesifikke med mål og rapporterings-ansvar innenfor enkelte sektorer og slik sett ikke stimulerer til tverrsektorielt samarbeid. Fosse og Helgesen (2017, s. 1) peker videre på at nasjonale tilskuddsmidler i stor grad er knyttet til forebygging og tiltak som skal fremme aktivitet, bedre kosthold og redusere risikoatferd for eksempel røyking. Eksterne tilskuddsmidler kan derfor ha bidratt til at kommunene i større grad har utviklet forebyggende tilbud i stedet for å adressere helsefremmende faktorer som utjevner sosiale helseforskjeller. De senere årene har Helsedirektoratet gjennom «program for folkehelsearbeid i kommunene» utlyst midler som i større grad er rettet mot lokale, helsefremmende prosjekter, for eksempel rettet mot større befolkningsgrupper som ungdom, innvandrere og eldre, se punkt 3.4.

Bjørnafjorden har i 2021 fått tildelt tilskudd fra Helsedirektoratets program for folkehelsearbeid i kommunene på 3, 1 millioner kroner fordelt over 3 år. Pengene skal gå til prosjektet

«VERD- SETT» som har som mål å styrke barns trivsel, trygghet, selvtillit og psykiske helse (Bjørnafjorden kommune, 2021d). Dette prosjektet kan være en god anledning for den nye kommunen til å etablere tverrsektorielt samarbeid som skal fremme helse. Skal prosjektet og samarbeidet som etableres ha mulighet for å bli langsiktig og forutsigbart, viser tidligere undersøkelser at det er viktig at kommunen følger dette opp i sine lokale budsjetter (WHO 2008, s. 25).

7.2 Throughput : organisering, koordinerende funksjoner og kommunikasjon

Corbin og Mittelmark (2008, s. 367) mener den viktigste ressursen i samarbeid er menneskene som deltar. Sammen med kunnskapsgrunnlag, forankring og finansielle ressurser utgjør disse faktorene viktige premisser for kommunens helsefremmende samarbeid. I henhold til BMCF modellen, vil kvalitet og utvikling videre være avhengige av hvordan inputfaktorene disponeres og den kontekst som gir rammebetingelsene for samarbeidet, throughput. Jeg vil videre diskutere et utvalg av funn i denne undersøkelsen som jeg i den modifiserte BMCF modell, figur 3, har valgt å kategorisere til throughput.

7.2.1 Organisering

Funn i denne undersøkelsen indikerer at organisering og strukturer som er etablert kan i kommunen være barrierer for å etablere samarbeid på tvers av seksjoner og tjenester. Bjørnafjorden kommune har valgt å organisere tjenestene til tre seksjoner, som vist i figur 6. Flere av informantene beskrev seksjoner og tjenester som «siloe» med avgrensede oppgaver, ansvar og budsjetter som gjorde det utfordrende å etablere det samarbeidet som de mente var nødvendig for et helhetlig folkehelsearbeid. Denne opplevelsen understøttes av forskning som antyder at kommunal organisering kanskje er den største barrieren for samarbeid (Fosse & Helgesen, 2017, s. 8). Ifølge Fosse & Helgesen (2017, s. 3) er kommunens organisering i «siloe» spesielt utfordrende ved planlegging, implementering og evaluering av for eksempel helsefremmende tiltak, som forutsetter strukturert og langsiktig samarbeid på tvers av ulike sektorer og tjenester.

Ulik forståelse og fagbakgrunn kan på den ene siden gi et bredere grunnlag for å utvikle gode helsefremmende intervensjoner. Samtidig kan ulikheter i ansvar, oppgaver og prioriteringer på tvers av tjenester og sektorer bidra til ulike tolkninger og forventninger som gjør implementering av helsefremmende intervensjoner vanskelig (Holt, et al., s. 46). Chircop, et al. (2014, s. 8) peker på at eksisterende strategier ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til disse faktorene, og at utfordringer i samarbeid ifølge deres undersøkelser, oppstår på grunn av ulik

ideologi, verdier og holdninger. WHO (2018, s. 23) mener fragmentering og spesialisering kan medvirke til interessekonflikter og generell motstand til å løse oppgaver som helt eller delvis faller utenfor enkelttjenester. Den samme rapporten viser til at etablerte strukturer i organisasjonen kan medvirke til kamp om ressurser og statusoppgaver, og trekker helsesektoren frem som den tjenesten som kan oppleves spesielt utfordrende som samarbeidspartner i lokalt folkehelsearbeid (WHO, 2018, s. 23), slik det også antydes i denne undersøkelsen.

Funn i denne undersøkelsen underbygger at helsesektoren kan oppleves som utfordrende å samarbeide med. Flere av informantene opplevde at helsetjenestene var vanskelige å få tak i og i liten grad var engasjert i kommunens helsefremmende arbeid. Dette ble indirekte bekreftet av informantene som arbeidet i helse, som beskrev folkehelsearbeidet som sykdomsorientert med tiltak som fokuserte på livsstilsendringer hos sårbare grupper. Undersøkelser i Skandinavia viser til at kommunene tidligere har etablert en enhet innenfor helsetjenestene som får ansvar for utviklingsarbeid og som initierer samarbeid med andre sektorer for å løse folkehelseoppgaver (Didrichsen et al., 2015, s. 36). Dette er en modell som kan gi et sterkt og synlig folkehelsearbeid, men som samtidig kan medvirke til at andre tjenester legger seg «bakpå» og tenker at helse er noe helsetjenesten eier og har ansvar for (Synnevag et al., 2018, s. 982). Undersøkelser Fosse & Helgesen (2017) har gjennomført, bekrefter at helsetjenestene har hatt en sentral rolle i det tradisjonelle folkehelsearbeidet i Norge. De påpeker samtidig på at helsefremmende arbeid forutsetter forankring og tiltak i alle kommunens sektorer og at dette utfordrer mange kommuners valg om å prioritere levevaner og livsstilsendringer i sitt folkehelsearbeid (Elisabeth Fosse & Helgesen, 2017, s. 4 og 8). Didrichsen et al (2015, s. 36) viser videre i sin undersøkelse til at flere kommuner hadde etablert organisatoriske strukturer som sikret tverrsektoriell involvering og samtidig som helse-tjenesten hadde blitt tildelt ansvar for spesifikke folkehelseoppgaver. Bjørnafjorden kommune beskriver i sine overordnede styrende dokumenter både strukturer som skal legge til rette for samarbeid på tvers av tjenester og seksjoner for å fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller (Bjørnafjorden kommune, 2020b) og et tydelig ansvar for oppgaver innenfor folkehelse som legges til seksjon for Helse og velferd (Bjørnafjorden kommune, 2020b, s. 23). Slik sett har den nye kommunen i planarbeidet skissert strukturelle virkemidler som ivaretar både det forebyggende og helsefremmendeoppgaver i sitt folkehelsearbeid..

Det var samtidig funn i denne studien som indikerte at kommunesammenslåing har

synliggjort ulikheter i organisatoriske strukturer mellom OS kommune og Fusa kommune som har utfordret samarbeidet. Informantene beskriver dette som «et møte mellom to ulike kulturer» hvor den store kommunen, Os, har vært mer byråkratisk, med tydelige og formelle organisatoriske strukturer, mens den minste kommunen, Fusa, har hatt en mer uformell struktur med kort vei mellom tjenester og nivåer. I sammenslåingsprosessen og arbeidet med å bygge den nye kommunen har disse forholdene blitt tydelige for informantene. Det ble for eksempel problematisert at uformelle strukturer kan medvirke til uryddige prosesser når det i en ny og større kommune forventes at for eksempel kommunikasjon skal følge tjenestevei. Samtidig mente flere at uformelle kontakter og «kort» vei mellom ulike nivåer, hvor ansatte ofte hadde flere oppgaver, bidro til effektive og raske prosesser. Flere av informantene mente kommunesammenslåingen hadde medvirket til et større fagmiljø med muligheter til å utvikle et rikere tilbud til kommunens innbyggere, men at den nye kommunen kunne oppleves uoversiktlig og vanskelig å orientere seg i.

Tidligere forskning påpeker at utfordringer i samarbeid kan oppstå på grunn av ulik ideologi, verdier og holdninger og at slike faktorer ikke i tilstrekkelig grad blir ivaretatt i planlegging og implementering av samarbeid (Chircop, et al., 2014, s. 8). Videre blir organisering, silotenking, generell motstand, interessekonflikter og konkurranse om ressurser identifisert som utfordringer for å etablere langsiktige og bærekraftige folkehelse tiltak (WHO, 2008, s. 23). Chircop, et al (2014, s. 4) viser til at mye samarbeid oppstår spontant i det daglige arbeidet når tjenester ikke klarer å løse pålagte oppgaver alene, og at dette medvirker til at fagfolk ikke kan påvirke hvem de samarbeider med. De mener videre at det er viktig at modeller for samarbeid synliggjør utfordringer relatert til underliggende verdier, teoretisk ståsted, holdninger og kultur som gjør det vanskelig å etablere et strukturert og langsiktig samarbeid (Chircop, et al., 2014, s. 3), slik BMCF – modellen i figur 2, gjør.

På bakgrunn av funn i denne undersøkelsen og litteratur som er gjengitt, kan det virke som siloer i hovedsak er en barriere for samarbeid, men samtidig har en funksjon for å sikre struktur og faglig kvalitet i kommunens tjenesteproduksjon. For å utnytte mulighetene i den nye kommunen, kan det derfor være viktig at kommunen har forståelse for at det er forskjeller i kultur og struktur mellom de tidligere kommunene og identifiserer potensielle felles utfordringer, muligheter og gevinster ved å samarbeide. Dette mener McDaid & Wismar (2015, s.335) er en forutsetning for å etablere og videreutvikle et samordnet og målrettet tverrsektorielt samarbeid. Forskning og erfaring viser videre at sektorovergrepene stillinger og tverrsektorielle grupper kan være viktige verktøy som kommunen kan etablere for å styrke

samarbeid på tvers av seksjoner og tjenester og med det bidra til det en informant beskrev som å «stikke hull på siloene» (Helgesen, 2018; Helgesen & Hofstad, 2012, s. 100; Corbin, et al., 2016, s. 19)

7.2.2 Stillinger med sektorovergripende oppgaver

Som illustrert i SDH – modellen, figur 1, og gjennom temaer som omhandler fragmentering av tjenester og etablering av sektorer i offentlige tjenester, er samordning og tverrsektorielt samarbeid en utfordring for kommunene. I denne undersøkelsen ble det vist til to sektorovergripende funksjoner som informantene mente hadde betydning for å etablere tverrsektorielt samarbeid. Den ene var folkehelsekoordinator som den minste av de sammenslåtte kommunene, Fusa, før sammenslåing hadde etablert i 100 % stilling. Ansatt i stillingen hadde ikke helsefaglig bakgrunn og kommunen hadde valgt å plassere stillingen administrativt høyt oppe i organisasjonen. Flere av informantene mente dette hadde medvirket til at den minste kommunen, slik de opplevde det, var kommet lenger i sitt folkehelsearbeid enn den store kommunen. Denne oppfatningen understøttes av Hagen et al (2018, s. 807) som argumenterer for at en folkehelsekoordinatorstilling har størst betydning for folkehelsearbeidet hvis det er en 100% stilling med sentral organisering, som har nødvendige fullmakt og er tilsatt av en person med nødvendig kompetanse og samarbeidsferdigheter. Hagen et als argumenter styrkes av funn i denne undersøkelsen knyttet til funksjonen SLT – koordinator. SLT- koordinatoren jobbet målrettet med tverrfaglig samarbeid mellom kommunale etater og politiet for å gi barn og unge rett hjelp til rett tid (Bjørnafjorden kommune, 2020c). Flere informanter i denne undersøkelsen mente SLT- koordinatoren var helt sentral for å etablere og videreføre et forutsigbart og langsiktig samarbeid rundt barn og unge. Dette knyttet de til at SLT - koordinatoren var tilsatt i full stilling og jobbet systematisk med samarbeid på system og brukernivå. Ifølge Corbin, et al (2016, s. 19) er koordinerende funksjoner og ansatte med det de referer til som «boundary- spanning» ferdigheter viktig for å kunne forhandle og skape kommunikasjon på tvers av seksjoner og opp og ned i organisasjonen. Koordinerende funksjoner kan, med riktige forutsetninger, derfor være et hensiktsmessig virkemiddel i arbeidet med å etablere tverrsektoriell samhandling i den nye kommunen

7.2.3 Tverrsektorielle grupper

Ifølge Axelsson & Axelsson (2006, s. 83) er tverrsektorielle grupper et vanlig virkemiddel innenfor folkehelsearbeid. Etablering av tverrfaglige grupper ser ut til å bidra til at

kommunene i større grad prioriterer levekår enn kommuner som ikke har etablert tverrsektorielle grupper (Hagen et al., 2017, s. 984). Disse gruppene er ofte sammensatt av personer fra ulike sektorer og avdelinger, vanligvis med ulik fagbakgrunn, som samarbeider for å utvikle helsefremmende tjenester (Axelsson & Axelsson, 2006, s. 81). Gjennom denne undersøkelsen ble jeg kjent med to ulike tverrsektorielle grupper som på tvers av sektorer og tjenester skulle bidra til utvikling av kommunens folkehelsearbeid.

Folkehelsegruppa hadde et særlig ansvar for å utarbeide folkehelse rapporten, mens «barnefattighetsgruppen» hadde oppgaver som var relatert til helsefremmende tiltak som skulle begrense barnefattigdom i kommunen. Begge gruppenes oppdrag var forankret i overordnede planer. Funn i denne undersøkelsen underbygger forskning som viser at tverrsektorielle grupper bidrar til mer tverrsektorielt samarbeid. Flere av informantene ga eksempler på tiltak som var et direkte resultat av arbeidet i disse gruppene (se mer under output) og ønsket flere slike grupper, gjerne på tvers av seksjonene og på et høyere nivå i organisasjonen.

Det ble samtidig problematisert at rammebetingelsene for de ulike medlemmene i de tverrsektorielle gruppene ofte var forskjellige og at prioriteringer fra leder, tid og ressurser påvirket mulighet for å bidra inn i gruppens arbeid. Miller (2016, s. 2) viser til at strukturelle, verdibaserte og kulturelle forhold kan gi utfordringer for arbeidet i tverrsektorielle og tverrfaglige grupper. Dette mener han i verste fall kan medvirke til kamp om oppgaver, ansvarsfraskrivelse eller til at saker faller mellom to stoler (Miller, 2016, s. 2). Helgesen (2018, s. 4) påpeker at deltakernes vilje til samarbeid, faglige kompetanse og tillitt til andre deltakere i gruppen, er grunnleggende faktorer for å skape profesjonell identitet knyttet til tverrsektorielt- og profesjonelt samarbeid.

Helgesen et al (2014, s. 100) mener en «helse i alt vi gjør» tilnærming betyr at kommunene bør etablere tverrsektorielle grupper. Axelsson & Axelsson (2006, s. 83) argumenterer videre at stabil deltakelse over tid, tillitt, respekt, kunnskap om hverandres tjenester og oppgaver og felles målforståelse og prioriteringer er viktige forutsetninger for at tverrsektorielle grupper skal lykkes i sitt arbeide. Selvstendige grupper der innbyggere også deltar og har reell påvirkning, legger videre til rette for «bottom up» tilnærming kan styrke det helsefremmende samarbeidet (Axelsson & Axelssons, s. 83).

7.2.4 Kommunikasjon

Som beskrevet i punkt 3.1, er helsefremmende arbeid ofte kjennetegnet av en «bottum up» tilnærming som involverer ansatte og innbyggere i etablering og drift av ulike tiltak. Funn i denne undersøkelsen indikerer at selv om informantene opplevde at folkehelsearbeidet og helsefremmende oppgaver var godt forankret og synlig i overordnede dokumenter og strategier, var det større usikkerhet rundt hvordan dette ble kommunisert nedover i organisasjonen og om tiltak og samarbeid som var etablert på brukernivå var kjent for ledelse og politikere. Carey & Crammond (2015) viser til at forpliktende god kommunikasjon mellom alle nivåer i organisasjonene er viktige suksessfaktorer for å etablere samarbeid horisontalt og lateralt i organisasjonen. Arbeidet bør, slik de ser det, omfatte alle involverte parter fra politikere, fagfolk og brukere/innbyggere og bygge på prosesser som balanserer både «top down» og «bottum up» tilnærming (Carey, et al., 2014, s. 1024). Dette kan være spesielt utfordrende i helsefremmende intervensjoner som ikke bare omfatter nasjonale, regionale og lokale myndigheter, men også forutsetter involvering og påvirkningsmuligheter for innbyggerne i kommunen. WHO (2008, s. 7) mener nasjonal styring er viktig, men risikerer å mislykkes, hvis ikke lokale forhold vurderes og aktuelle samarbeids-partnere har mulighet til å påvirke prosesser. De påpeker videre at samarbeid og intervensjoner som involverer innbyggere, gjerne ved at lager gode rammer for det lokale samarbeidet, har større sannsynlighet for å oppnå resultater (WHO, 2008, s. 7).

7.3 Output - resultater av samarbeid

I denne undersøkelsen fikk vi mange eksempler på fordeler ved samarbeid og ulike resultater som var oppnådd gjennom samarbeid mellom seksjoner og gjennom dialog og samarbeid med kommunens befolkning, gjerne i regi av frivillige lag og organisasjoner, se punkt 6.3.

Samarbeid er ifølge Axelson og Axelson (2006, s. 80-81) både et mål og et viktig virkemiddel, som kan gi organisasjoner, sektorer og tjenester anledning til å utforske forskjeller og muligheter og sammen komme frem til løsninger som hadde vært utenkelig å få til hver for seg. Corbin & Mittelmark (2008, s. 369) viser til at selv om intensjonen med samarbeid er at den enkelte part oppnår mer ved å samarbeide enn å håndtere en oppgave alene, er det ikke alltid dette lykkes. Samtidig argumenterer de for at samarbeid, selv når det ikke lykkes, kan være positivt, hvis prosessene forløpende evalueres for å kunne lære av disse erfaringene (Corbin & Mittelmark, 2008, s. 370). Som BMCF modellen i figur 2 illustrer, er det samtidig ikke alltid slik at samarbeid gir positive synergier. Samarbeid trenger ikke gi noen resultater, og kan i noen tilfeller ha negativ effekt på relasjoner og resultater (Corbin, et

al., 2013, s. 52-53). Carey, Crammond & Keast (2014, s. 9) mener på sin side at samarbeid i for stor grad løftes som en nøkkelfaktor, selv om det foreligger lite dokumentasjon på at samarbeid er en suksessfaktor i planlegging og implementering av ulike helsefremmende intervensjoner. Dette støttes av Chircorp et al (2014, s. 3) som mener det er behov for flere undersøkelser for å kartlegge beste praksis i det daglige, praktiske samarbeidet.

Selv om informantene i denne undersøkelse i hovedsak løftet samarbeid som et positivt virkemiddel med mange fordeler og gevinster, mente de samtidig at samarbeid kunne være en tidstyv og ikke alltid ga hensiktsmessige resultater. Flere var bekymret for at mindre ressurser og innsparinger kunne medføre at tjenestene i større grad vernet om egne ressurser og i mindre grad var villige til å inngå forpliktende samarbeid på tvers av tjenester og seksjoner. Andre mente at det å måle effekt av ulike helsefremmende tiltak var vanskelig og gjorde det utfordrende å evaluere folkehelsearbeidet, spesielt innsats på tvers av seksjoner og tjenester. Flere undersøkelser løfter denne problematikken og spesielt det sterke fokuset på helse og helsegevinster i folkehelsearbeidet (McDaid & Wismar, 2015, s. 328; WHO, 2018, s. 25). Dette kan medvirke til at effekter av helsefremmende intervensjoner ikke fanges opp. For eksempel kan helsefremmende intervensjoner i skoleklasser i regi av Frisklivssentraler som ønsker å øke aktivitet eller endre kosthold hos barn, mislykkes i den forstand at skolen ikke kan måle effekt i form av bedre helse. Tiltakene kan likevel ha hatt effekter som ikke fanges opp fordi de ikke måles. McDaid & Wismar (2015, s. 328) argumenterer derfor for at helsefremmende intervensjoner på tvers av sektorer bør fokusere mer på og måle effekt utover helse, for eksempel, bedre trivsel, læring og økt produktivitet. En slik tilnærming kan medvirke til å synliggjøre og anerkjenne at tjenestene utenfor helsesektoren er de viktigste arenaene i det helsefremmende arbeidet og at deres innsats er vesentlig for å utjevne sosiale helseforskjeller.

7.4 Pandemi

Det er vanskelig å gjennomføre en undersøkelse i denne perioden uten å komme inn på pandemi og konsekvenser av spredning av kovid-19. Dette opptok også våre informanter, som mente smitteverntiltak hadde medvirket til å øke sosiale forskjeller og at stengte møteplasser gjorde mennesker i alle aldre mer isolert og ensomme. Samtidig viste de til det de omtalte som «lyndigitalisering». De fleste møter ble nå gjennomført på digitale plattformer og kommunen oppdaterte fortløpende nettsider og kommuniserte i større grad enn tidligere med

sine innbyggere digitalt. Den positive effekten av en ellers negativt ladet smittesituasjon, kunne derfor være at ansatte lettere kunne delta på møter og at disse var mindre krevende og kommunen nådde flere innbyggere både med kurs og informasjon. Helgesen (2018, s. 20) argumenterer i sin undersøkelse av norske kommuner for at digitalisering kan være bra ved at det gjør prosesser og arbeid tilgjengelig for flere og i større grad muligheter til å gi lik informasjon ut til ansatte, befolkning og aktuelle målgrupper.

7.5 Begrensninger for oppgaven

Denne masteroppgaven ønsket å undersøke folkehelsearbeidet og samarbeid om helsefremmende oppgaver i en norsk kommune basert på 8 intervjuer og gjennomgang av utvalgte overordnede styrende dokumenter. Utvalget i denne undersøkelsen var strategisk. Jeg kan likevel ikke utelukke at andre informanter hadde gitt andre opplysninger og hadde hatt andre opplevelser og tolkninger av ulike temaer som ble belyst i intervjuene.

Helsefremmende intervensjoner handler i stor grad om involvering, medvirkning og muligheter til å påvirke. Det hadde derfor styrket denne undersøkelsen hvis jeg hadde intervjuet innbyggerne i kommunen for å høre hvordan de opplever det helsefremmende arbeidet. Tilsvarende hadde det vært nyttig å høre hvordan politikere og overordnet ledelse vurderte sitt ansvar og forpliktelse for å løse disse oppgavene. Dette fikk vi ikke til, fordi de politikerne som var aktuelle til å delta i undersøkelsen, var opptatt med oppgaver relatert til pandemi.

Valg av søkeord, databaser og kriterier for utvalg av artikler kan ha begrenset utvalget av litteratur. Samtidig har fortløpende dialog og utveksling av relevante artikler mellom veileder og medstudenter som alle har hatt noe ulik vinkling til samme problemstilling, bidratt til et bredere og mer innholdsrikt utvalg av litteratur.

Pågående pandemi med smitteverntiltak som medførte stenging av campus og digital undervisning, kan videre ha begrenset denne oppgaven. Gjennomføring av intervjuer på Teams ble en positiv opplevelse både for informanter og studenter og ga oss mulighet til å gjennomføre flere intervjuer enn planlagt. Samtidig kan vi ikke utelukke at vi hadde fått mer informasjon og annen informasjon i intervjuer gjennomført «face to – face». Tilsvarende kan mangel på daglig, fysisk kontakt med medstudenter, med mindre mulighet til å diskutere oppgaveprosjektet og få fortløpende tilbakemeldinger på refleksjoner, valg og formidling i tekst ha påvirket hvordan dette prosjektet forløp underveis og med det også det ferdige resultatet.

8 Avslutning

I denne undersøkelsen var forskningsspørsmålet:

- Hvordan arbeider Bjørnafjorden kommune med folkehelseoppgaver og hvordan samarbeider kommunen om å fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller?

Underspørsmålene var:

- Hvordan forstår informantene begrepet folkehelse?
- Hvordan samarbeider kommunen om helsefremmende oppgaver?
- Hvilke faktorer påvirker det tverrsektorielle samarbeidet i kommunen?

Jeg har i prosjektperioden gjennomført 8 intervjuer av ansatte i kommunen med ulike fagbakgrunn og plassering i organisasjonen og gått igjennom et utvalg av kommunens sentrale, overordnede planer og strategier. Funn fra disse undersøkelsene er videre drøftet på bakgrunn av teori og litteratur som er presentert i tidligere kapitler. Dette arbeidet er bakgrunn for følgende konklusjoner i denne masteroppgaven:

Funn i denne undersøkelsen indikerer at det har skjedd en endring i hvordan kommunene fokuserer på og implementerer helsefremmende arbeid. Fra et folkehelsearbeid som har vært preget av å vektlegge forebyggende tiltak, adresserer Bjørnafjorden kommune i 2020 i større grad helsefremmende faktorer og sosiale helseforskjeller og benytter samarbeid som verktøy for å identifisere, kartlegge og utarbeide relevante tiltak. I Bjørnafjorden kom det frem en tydelig forankring, forpliktelse og forventning om å jobbe systematisk og langsiktig med helsefremmende oppgaver som utjevner sosiale forskjeller både i planer og strategier og hos ansatte som deltok i undersøkelsen.

Bjørnafjorden kommune har knyttet sin virksomhet til FN,s bærekraftsmål i sine overordnede planer og strategier hvor de benytter både begrepet sosial bærekraft og folkehelse i beskrivelser av virksomhet som omfatter helsefremmende oppgaver. De har jobbet aktivt med å etablere mål og indikatorer innenfor alle tjenester og sektorer som reflekterer dette arbeidet. Sammenstilling mellom sosial bærekraft og folkehelse kan i henhold til denne undersøkelsen se ut til å være en hensiktsmessig strategi som legger til rette for et helhetlig, tverrsektorielt samarbeid som involverer og forplikter alle tjenestene i kommunens helsefremmende oppgaver.

I denne undersøkelsen kom det frem en rekke eksempler på ulike former for samarbeid som hadde bidratt til bedre problemforståelse, flere løsninger, økt motivasjon og utvikling av kompetanse. Tverrsektorielt samarbeid, hvor ulike innbyggergrupper hadde vært invitert til å delta, hadde medvirket til planlegging og etablering av universelle og målrettede tiltak som på ulike måter hadde bidratt til forbedring av helse og trivsel for kommunens innbyggere. Tverrsektorielt samarbeid hadde slik sett vært et viktig verktøy for at kommunen skal nå sin overordnede visjon om «Livskvalitet for alle» (Bjørnafjorden kommune, 2020b, s. 22).

Funn i undersøkelsen viste videre at menneskelige og finansielle ressurser, forankring i planer og strategier og strukturelle virkemidler var faktorer som påvirket samarbeidet både positivt og negativt. En særlig utfordring var knyttet til manglende indikatorer og mål på tvers av tjenester som gjorde det utfordrende å måle og evaluere tverrsektorielt samarbeid. I tillegg ble budsjettering, både at budsjetter ble fordelt per sektor og at budsjettperioden bare var for et år av gangen, oppfattet som en barriere for å etablere tverrsektorielt samarbeid over flere budsjettperioder.

Selv om samarbeid av mange regnes som en «gullstandard» for helsefremmende arbeid viste denne undersøkelsen, som annen forskning, at dette ikke alltid er tilfelle og at det er behov for mer kunnskap om når, hvordan og med hvem samarbeid er hensiktsmessig og hvilke faktorer som kan legge til rette for et forpliktende og strukturert tverrsektorielt samarbeid over lengre tid.

Bjørnafjorden kommune har i undersøkelsesperioden både vært igjennom en kommunesammenslåing, økonomiske nedskjæringer og utbrudd av en pandemi som har medført en rekke smittebegrensende tiltak. Alle disse hendelsene har påvirket kommunens virksomhet og preget også informantene. Denne perioden ble opplevd som utfordrende og vanskelig, og ble beskrevet som en stresstest både for befolkningen, ansatte og kommunens virksomhet. Samtidig ble disse forholdene løftet som en mulighet til å utfordre kreativitet, tålmodighet og utholdenhet og en god anledning til å prøve ut nye tiltak og tekniske løsninger.

8.1 Implikasjoner for videre forskning

Chircop, et al. (2014, s. 10) mener det finnes for lite forskning om hvordan tverrsektorielt samarbeid praktiseres og fungerer i det daglige arbeidet. Det er for lite kunnskap om hvilke faktorer som påvirker samarbeid og hva slags tverrsektorielt samarbeid som er hensiktsmessig

for å adressere faktorer som fremmer helse og utjevner sosiale helseforskjeller (Corbin et al., 2016, s. 24).

Denne undersøkelsen indikerer at det har skjedd en utvikling i retning av at kommunen som ble undersøkt i større grad fokuserer på helsefremmende arbeid og benytter tverrsektorielt samarbeid for å nå mål for disse oppgavene. Det er samtidig løftet temaer og problemstillinger hvor det er behov for mer kunnskap. Hvilke indikatorer kan bidra til å måle og evaluere tverrsektorielt samarbeid? Hvilke tiltak stimulerer hensiktsmessig samarbeid? Hvilke tverrsektorielle tiltak virker sosialt utjevne? Hva mener innbyggerne er nødvendige helsefremmende tiltak og hva slags mulighet har de til å påvirke og bidra til at kommunen utvikler slike tilbud?

Jeg har lyst til å avslutte denne masteroppgaven med å løfte samarbeid som et helt nødvendig verktøy for at kommunene skal lykkes i å løse helsefremmende oppgaver og utjevne sosiale helseforskjeller. Som informantene i denne undersøkelsen påpekte, gir samarbeid, som også inkluderer innbyggerne, flere perspektiver som kan gi bedre problemforståelse, rikere problembeskrivelse og flere og mer treffsikre løsninger på komplekse og sammensatte problemstillinger. Dette er viktige elementer i et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid i kommunene.

9 Referanseliste

- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (3rd ed. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- Aveyard, H., Sharp, P. & Woolliams, M. (2015). *A beginner's guide to critical thinking and writing in health and social care* (2. utg.). Maidenhead: Open University Press.
- Axelsson, R. & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75-88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>
- Bergen kommune. (2021, 05.03.21). Innovasjonssenteret Innolab. Hentet 14.05.21 fra <https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/naring-og-skatt/naring/innovasjon/innovasjonssenteret-innolab>
- Bjørnafjorden kommune. (2019a). *Levekår og helse i Bjørnafjorden, 2019 - 2022*. Hentet fra <https://bjornafjorden.kommune.no/politikk-og-organisasjon/styringsdokument/folkehelseoversikt-for-bjornafjorden-kommune-2019-22/>
- Bjørnafjorden kommune. (2019b). *Strategidokument : "Vi bygger Bjørnafjorden kommune"*. Hentet fra <https://bjornafjorden.kommune.no/politikk-og-organisasjon/styringsdokument/strategidokument-for-bjornafjorden-kommune/>
- Bjørnafjorden kommune. (2020a). *Barns levekår og barnefattigdom i Bjørnafjorden kommune*. Hentet 12.04.21 fra <https://innsyn.onacos.no/bjornafjorden/mote/wfdocument.ashx?journalpostid=2020043578&dokid=1407669&versjon=1&variant=A&>
- Bjørnafjorden kommune. (2020b). *Kommunal planstrategi 2020 - 2024*, . Hentet fra <https://bjornafjorden.kommune.no/politikk-og-organisasjon/styringsdokument/kommunal-planstrategi-for-bjornafjorden-kommune-2020-2024/>
- Bjørnafjorden kommune. (2020c). SLT- koordinator. Hentet 19.04.21 fra <https://bjornafjorden.kommune.no/helse-og-velferd/psykisk-helse-og-rustenester/slt-koordinator/>
- Bjørnafjorden kommune. (2021a). Bjørnafjorden.kommune.no. Hentet 18.04.2021 fra <https://bjornafjorden.kommune.no>

- Bjørnafjorden kommune. (2021b, 14.01.21). Politiske utval 2019-2023. Hentet 12.04.21 fra <https://bjornafjorden.kommune.no/politikk-og-organisasjon/politisk-organisering/politiske-utval-2019-2023/>
- Bjørnafjorden kommune. (2021c, 07.04.21). Ung Arena. Hentet 14.04.21 fra <https://bjornafjorden.kommune.no/kultur-idrett-og-fritid/ung-arena/>
- Bjørnafjorden kommune. (2021d, 28.01.21). Verd-sett: Bjørnafjorden kommune har fått midler til stort folkehelseprosjekt rettet mot barn og unge. Hentet 19.04.21 fra <https://bjornafjorden.kommune.no/aktuelt/siste-nytt/verd-sett-bjornafjorden-kommune-har-fatt-midler-til-stort-folkehelseprosjekt-retta-mot-barn-og-unge.26603.aspx>
- Bowen, G. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9, s. 22-40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braunack-Mayer, A. & Louise, J. (2008). The ethics of Community Empowerment: tensions in health promotion theory and practice. *Promotion & Education*, 15(3), 5-8. <https://doi.org/10.1177/1025382308095648>
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2005). Confronting the ethics of qualitative research. *Journal of constructivist psychology*, 18(2), 157-181. <https://doi.org/10.1080/10720530590914789>
- Carey, G. & Crammond, B. (2015). What Works in Joined-Up Government? An Evidence Synthesis. *International Journal of Public Administration*, 38(13-14), 1020-1029. <https://doi.org/10.1080/01900692.2014.982292>
- Carey, G., Crammond, B. & Keast, R. (2014). Creating change in government to address the social determinants of health: how can efforts be improved? *BMC Public Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1087>
- Carey, G. & Friel, S. (2015). Understanding the Role of Public Administration in Implementing Action on the Social Determinants of Health and Health Inequities. *Int J Health Policy Manag*, 4(12), 795-798. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.185>
- Chircop, A., Bassett, R. & Taylor, E. (2014). Evidence on how to practice intersectoral collaboration for health equity: a scoping review. *Critical Public Health*, 25(2), 178-191. <https://doi.org/10.1080/09581596.2014.887831>
- Corbin, J., Chu, M., Carney, J., Donnelly, S. & Clancy, A. (2017). Understanding Collaboration: A Formative Process Evaluation of a State-Funded School-University

- Partnership. *School-university partnerships*, 10(1), 35-45. Hentet fra <https://www-proquest-com.pva.uib.no/docview/2322045439?pq-origsite=primo>
- Corbin, J. H., Jones, J. & Barry, M. M. (2016). What makes intersectoral partnerships for health promotion work? a review of the international literature. *Health promotion international*. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw061>
- Corbin, J. H. & Mittelmark, M. B. (2008). Partnership lessons from the Global Programme for Health Promotion Effectiveness: a case study. *Health Promot Int*, 23(4), 365-371. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan029>
- Corbin, J. H., Mittelmark, M. B. & Lie, G. T. (2013). Mapping synergy and antagonism in North-South partnerships for health: a case study of the Tanzanian women's NGO KIWAKKUKI. *Health Promot Int*, 28(1), 51-60. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar092>
- Creswell, J. W. & Creswell, D. J. (2018). *Research design* (5. utg.). Los Angeles: SAGE Publications Ltd.
- Dahl, E., Bergsli, H. & Van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus. Hentet fra <https://fagarkivet-hioa.archive.knowledgearc.net/bitstream/handle/20.500.12199/738/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health, Background document to WHO – Strategy paper for Europe* Hentet fra http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/eq/li/eq_2007_Li_Dahlgren.pdf
- Didrichsen, F., Schele, C. E. & Little, I. G. (2015). *Tackling health inequalities locally: thescandinavian experience* (978-87-90233-45-7). København: University of Copenhagen. Hentet fra <https://www.sst.dk/-/media/Arrangementer/2015/Nordisk-konference-om-ulighed-i-sundhed/Tackling-Health-Inequalities-Locally-the-Scandinavian-Experience.ashx?la=da&hash=B125CBF00805C49CDA17E734E4C01960FF42B0D9>
- Folkehelseloven. (2012). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Fosse, E. & Helgesen, M. (2017). Advocating for Health Promotion Policy in Norway: The Role of the County Municipalities. *Societies (Basel, Switzerland)*, 7(2), 5. <https://doi.org/10.3390/soc7020005>

- Fosse, E. & Helgesen, M. K. (2020). Addressing the social determinants of health in the Nordic countries: wicked or tame problem? *Socialmedicinsk Tidsskrift*, (3), 393-404. Hentet fra <https://hiof.brage.unit.no/hiof-xmlui/handle/11250/2725454>
- Fosse, E., Sherriff, N. & Helgesen, M. (2019). Leveling the Social Gradient in Health at the Local Level: Applying the Gradient Equity Lens to Norwegian Local Public Health Policy. *International Journal of Health Services*, 49(3), 538-554. <https://doi.org/10.1177/0020731419842518>
- Fusa og Os kommune. (2016). *Intensjonsavtale for ny kommune*, . Hentet fra <https://bjornafjorden.kommune.no/politikk-og-organisasjon/styringsdokument/intensjonsavtalen-for-den-nye-bjornafjorden-kommune-2016/intensjonsavtalen-for-den-nye-bjornefjorden-kommune-2016/>
- Green, J. & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research* (3. utg.). Thousand Oaks, Calif.: SAGE.
- Green, J., Woodall, J., Cross, R. & Tones, K. (2019). *Health promotion : planning and strategies* (4.utg.) Jackie Green, Ruth Cross, James Woodall, Keith Tones; 4th edition. utg.). Los Angeles, Calif.: Sage.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hagen, S., Torp, S., Helgesen, M. & Fosse, E. (2017). Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health promotion international*, 32(6), 977. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw052>
- Hansen, G. S., Helgesen, M. K. & Vabo, S. I. (2018). *Politikk og demokrati, En innføring i stats- og kommunekunnskap* (4. utg.)Gyldendal Akademiske.
- Heimburg, D. v. & Hofstad, H. (2019). *Samskaping som samarbeids- og styringsform for kommunenes folkehelsearbeid: Hva vet vi? Hva er utfordrende? Og hvor går vi videre?* (1502-9794). By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet. Hentet fra <https://hdl.handle.net/20.500.12199/1328>
- Helgesen, M. (2018:16). *Bedre Tverrfaglig Innsats* (978-82-8309-257-8). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, NIBR. Hentet fra <file:///C:/Users/krist/Downloads/2018-16.pdf>
- Helgesen, M. & Hofstad, H. (2012:13). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse* (978-82-7071-935-8). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, NIBR. Hentet fra <https://evalueringsportalen.no/evaluering/regionalt-og-lokalt-folkehelsearbeid->

[ressurser-organisering-og-koordinering-en-baselineundersokelse/NIBR-rapport%20folkehelsearbeid.pdf/@@inline](https://oda.oslomet.no/oda-xmloi/handle/20.500.12199/5452)

- Helgesen, M., Hofstad, H., Risan, L., Stang, I., Goth, U. S., Rønningen, G. E. & Lorentzen, C. (2014:3). *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. (978-82-8309-013-0) Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. Hentet fra <https://oda.oslomet.no/oda-xmloi/handle/20.500.12199/5452>
- Helgesen, M. K., Fosse, E., Hagen, S., Dahl, E., Arntzen, A. & Giæver, Ø. (2017). Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(18_suppl), 77-82. <https://doi.org/10.1177/1403494817709412>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (St. Meld. 20 (2006-2007)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (Prop. 90 L (2010 - 2011)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-l-20102011/id638503/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter* (Meld. St. 19 (2014-2015)). Hentet fra <http://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *"Gode liv i et trygt samfunn"* (Meld.st.19 (2018-2019)). Regjeringen.no. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldingen, Gode i liv i et trygt samfunn* (Meld. St. 19 (2018- 2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Helsedirektoratet. (2017). *Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalte-tiltak-mot-sosial-ulikhet-i-helse/Anbefalte%20tiltak%20mot%20sosial%20ulikhet%20i%20helse.pdf>

- Helsedirektoratet. (2018a). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling* (IS-2748). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Folkehelsepolitisk rapport 2017* (IS-2698). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelsepolitisk-rapport/>
- Helsedirektoratet. (2019a). Folkehelsearbeid og planlegging etter plan- og bygningsloven. Hentet 30.03.21 fra www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid/mal-og-planlegging-i-folkehelsearbeidet/folkehelsearbeid-og-planlegging-etter-plan-og-bygningsloven
- Helsedirektoratet. (2019b). Program for folkehelsearbeid i kommunene. Hentet 20.05.21 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>
- Hofstad, H. (2013). *Håndtering av "Wicked problems" i kommunal planlegging* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo, Oslo.
- Hofstad, H. & Schou, A. (2017). Har samhandlingsreformen ført til mer oppmerksomhet på folkehelse i kommunene? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(1), 81-88. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-01-05> ER
- Hofstad, H. & Bergsli, H. (2017). *Folkehelse og sosial bærekraft* (978-82-8309-217-2). Hentet fra <https://www.statsforvalteren.no/contentassets/39fa0364feca496fa13f95e600525f1e/rapport-nibr---folkehelse-og-sosial-barekraft.pdf>
- Holt, D. H., Frohlich, K. L., Tjørnhøj-Thomsen, T. & Clavier, C. (2017). Intersectorality in Danish municipalities: corrupting the social determinants of health? *Health Promot Int*, 32(5), 881-890. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw020>
- Holt, D., Rod, M., Waldorff, S. & Tjarnhøj-Thomsen, T. (2018). Elusive implementation: an ethnographic study of intersectoral policymaking for health.(Report). *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2864-9>
- Holt, D. H., Waldorff, S. B., Tjørnhøj-Thomsen, T. & Rod, M. H. (2018). Ambiguous expectations for intersectoral action for health: a document analysis of the Danish case. *Critical Public Health*, 28(1), 35-47. <https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1288286>
- Kommuneloven. (1992). *Lov om kommuner og fylkeskommuner* (LOV-2018-06-22-83). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2018-06-22-83>

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Laverack, G. (2017). The Role of Health Promotion in Disease Outbreaks and Health Emergencies. *Societies*, 7(1), 2. <https://doi.org/10.3390/soc7010002>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning: forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift den Norske Lægeforening*, nr. 25(122), s. 2468 - 2472. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2002--2468-72.pdf>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Marmot, M. & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126, S4-S10. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>
- Marmot, M. & Bell, R. (2016). Social inequalities in health: a proper concern of epidemiology. *Annals of Epidemiology*, 26(4), 238-240. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2016.02.003>
- McDaid, D. & Wismar, M. (2015). Making an economic case for intersectoral action. *Promoting Health, Preventing Disease: The Economic Case*, (s. 340). Buckingham: Open University Press - McGraw-Hill. .
- Miller, R. (2016). Crossing the Cultural and Value Divide Between Health and Social Care. *Int J Integr Care*, 16(4), 1-10. <https://doi.org/10.5334/ijic.2534>
- Naidoo, J. & Wills, J. (2016). *Foundations for Health Promotion* (4. utg.). London: Elsevier.
- NESH. (2016). Ethiske retningslinjer, . Hentet 20.03.2020 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- NSD. (2019). Personverntjenester. Hentet fra https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349-364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Offentlighetsloven. (2006). Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (LOV-2006-05-19-16). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-05-19-16>
- Personopplysningsloven. (2018). Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>

- Plan- og bygningsloven. (2008). Lov om planlegging og byggesaksbehandling (LOV-2008-06-27-71). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative Research in Counseling Psychology: A Primer on Research Paradigms and Philosophy of Science. *Journal of counseling psychology*, 52(2), s.126-136. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.126>
- Raphael, D. (2013). Challenges to promoting health in the modern welfare state: The case of the Nordic nations. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(1), 7-17. <https://doi.org/10.1177/1403494813506522>
- Regjeringen. (2019). Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/vedtak-av-nasjonale-forventninger-til-regional-og-kommunal-planlegging/id2645335/>
- Regjeringen.no. (2020). Ny kommuner, kommunereformen. Hentet 09.03.2020 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/nye-kommuner/id2470015/>
- Rod, M. H. & Høybye, M. T. (2016). A case of standardization? Implementing health promotion guidelines in Denmark. *Health promotion international*, 31(3), 692-703. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav026>
- Ryan, F., Coughlan, M. & Cronin, P. (2007). Step-by-step guide to critiquing reasearch. Part 2: qualitativ research. *British Journal of Nursing*, 16(12), s. 38-43. <https://doi.org/doi.org/10.12968/bjon.2007.16.11.23681>
- Skovdal, M. & Cornish, F. (2015). *Qualitative research for development : a guide for practitioners* Rugby: Practical Action Publishing.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen, Handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*, (IS-1229). Oslo. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gradientutfordringen/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf/> /attachment/inline/8ea989b7-b958-477b-8cf4-6835ad07aa2a:88c350934287c7f6f234427989f7baa129f29f04/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf
- Synnevag, E. S., Amdam, R. & Fosse, E. (2018). Intersectoral Planning for Public Health: Dilemmas and Challenges.(Original Article). *International Journal of Health Policy and Management*, 7(11), 982. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.59>

- Synnevåg, E. S., Amdam, R. & Fosse, E. (2018). Public health terminology: Hindrance to a Health in All Policies approach? *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 68-73. <https://doi.org/10.1177/1403494817729921>
- Tallarek Née 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. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.019>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : En innføring i kvalitativ metode* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag* (1. utg.). Oslo: Gyldendal.
- WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO. (2008). *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 Country Case studies*. Hentet fra https://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_en.pdf
- WHO. (2013a). *The Helsinki statement on Health in All Policies*. Helsinki. Hentet fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf;jsessionid=5FBC92ED7BF82A8F616AA1A6C36E7D79?sequence=1
- WHO. (2018). *Multisectoral and intersectoral action for improved health and well-being for all: mapping of the WHO European Region Governance for a sustainable future: improving health and well-being for all (2018)*. Hentet fra <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2018/multisectoral-and-intersectoral-action-for-improved-health-and-well-being-for-all-mapping-of-the-who-european-region-governance-for-a-sustainable-future-improving-health-and-well-being-for-all-2018>

10 Vedlegg

10.1 Vedlegg 1 Vurdering fra NSD, hentet fra <https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/>

NSD sin vurdering

Prosjekttittel: «Samarbeid for å fremme helse», Referansenummer: 408347

Registrert: 25.08.2020 av Kristin Vikane - Kristin.Vikane@student.uib.no

Behandlingsansvarlig institusjon: Universitetet i Bergen / Det psykologiske fakultet / Hemil-senteret

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat): Elisabeth Fosse, elisabeth.fosse@uib.no, tlf: 55582758

Type prosjekt: Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student: Kristin Vikane, Kristin.Vikane1@gmail.com, tlf: 94530673

Prosjektperiode: 01.09.2020 - 30.06.2021

Status: 04.09.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 04.09.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om politisk oppfatning og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Zoom og Microsoft Teams er databehandlere i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Simon Gogl

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

10.2 Vedlegg 2 Informasjons - og samtykkeskjema

Folkehelsearbeid i kommunen

Tusen takk for at du tar deg tid til å delta i vår undersøkelse!

Dette skrivet inneholder informasjon om prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dataene som samles inn i dette intervjuet vil primært bli benyttet i to masteroppgaver, men vil i tillegg inngå som grunnlagsdata i det overordnede prosjektet Folkekommune, H3. Folkekommune, H3, er et pågående samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Bergen, Folkehelseinstituttet, NSD – Norsk senter for forskningsdata, Bergen kommune og 10 av Bergens omegnskommuner. En av prosjektets målsettinger er å undersøke hvilken kunnskap kommunene har om befolkningens helse og hvordan denne kunnskapen benyttes i folkehelsearbeidet. I den forbindelse ønsker vi å undersøke følgende problemstilling: Hvordan håndterer og opplever administrativt ansatte og politikere folkehelsearbeidet i kommunen, med særlig fokus på sosial ulikhet og tverrsektorielt samarbeid. Det vil bli gjennomført 6 – 7 intervjuer lokalt i kommunen høsten 2020.

Ansvarlig for forskningsprosjektet

Bergen kommune er prosjekteier og ansvarlig for hovedprosjektet Folkekommune, H3. UIB/HEMIL-senteret er ansvarlig for delprosjektene som inngår i hovedprosjektet og som denne masteroppgaven er en del av.

Praktisk informasjon

To studenter gjennomfører intervjuet som vil vare fra 45 – 60 minutter. Intervjuet blir tatt opp på båndopptaker. Grunnet covid-19 og fortløpende smitteverntiltak, kan det bli aktuelt å gjennomføre intervjuet via en elektronisk plattform. Ved bruk av zoom, teams eller skype benyttes manuell båndopptaker. Intervjuene blir ikke bli filmet.

Deltakelse i prosjektet er frivillig. Du kan når som helst trekke deg fra deltakelse uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil kun benytte opplysningene om deg til formålet vi har redegjort for i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Innsamlede data blir anonymisert ved at hver informant får et nummer. Nøkkel for å koble person og data vil bli oppbevart separat. Transkriberte, anonymiserte data overleveres hovedprosjektet ved

Elisabeth Fosse ved utgangen av masterprosjekt juni 2021. Personlige opplysninger og nøkkel slettes samtidig.

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvern-regelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, kan du ta kontakt med oss på prosjektets epostadresse folkehelse@outlook.com eller per telefon

- Masterstudent: Maren Helene Rinke Storetvedt: 47898789
- Masterstudent: Kristin Vikane: 94530673
- Prosjektansvarlig UiB: Elisabeth Fosse på e-post: elisabeth.fosse@uib.no eller telefon: 930 47 742
- Personvernombud UiB: Janecke Helene Veim på e-post Janecke.Veim@uib.no eller telefon 55 58 20 29
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Folkekommune, H3 og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at anonymiserte, transkriberte data benyttes i masterprosjektet
- at anonymiserte, transkriberte data overføres hovedprosjektet, Folkekommune, H3

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

10.3 Vedlegg 3 Intervjuguide

Intervjuguide

Intro

- Introduksjon med navn
- Tusen takk for at du tar deg tid til å bli intervjuet
- Opplyse om båndopptaker
- Samtykke
- Du har når som helst rett til å trekke deg
- Vi kommer til å ta notater underveis
- Det overordnede fokuset for intervjuet er sosial ulikhet og tverrsektorielt arbeid

1.) Bakgrunn

Kan du starte med å fortelle litt om deg selv, stillingen din, hvor lenge du har hatt stillingen,

- *hvor lenge du har jobbet i kommunen*
- *hva er utdanningsbakgrunnen din*
- *Hva er dine ansvarsområder og oppgaver?*

2.) Forståelse

Vi har fokus på Folkehelseloven i vår studie. En av intensjonene i folkehelseloven er å fremme befolkningens helse og jevne ut sosiale forskjeller.

- *Hvordan jobber kommunen med disse temaene?*
- *Hva slags ansvar har din avdeling/sektor?*
- *Hvilke målgrupper har dere i fokus?*
- *Er planene og tiltakene rettet mot utsatte målgrupper eller universelle? Eksempel? (Fremme, jevne ut sosiale forskjeller, universelle tiltak, gradient.)*
- *Hva mener du er de viktigste oppgavene i det kommunale folkehelsearbeidet?*
- *Har du noen tanker om forståelsen av folkehelsebegrepet i kommunen? (Er det en tydelig, felles forståelse eller forstås begrepet ulikt?)*

3.) Samarbeid

I kommunens strategiplan står det at «Vi tenker folkehelse og forebygging på alle tjenesteområder – og sikrer tverrfaglig fokus»

- *Hvordan foregår dette samarbeidet i kommunen?*
- *Hvem er kommunens viktigste samarbeidspartnere? Hvordan samarbeider dere*
- *Hvilke ressurser er satt av til samarbeidet (tid/budsjett)?*
- *Hvor forpliktende er dette samarbeidet?*
- *Hvordan opplever du at samarbeidet fungerer?*
- *Hvordan påvirker nasjonale ressurser og signaler arbeidet deres? (foreligger det tilstrekkelig støtte? (F.eks. veiledere, kurs, økonomi, nettsider, politiske signaler)*

4.) Kunnskapsgrunnlag

- *Hva slags kunnskapsgrunnlag benytter dere til å utvikle forslag til strategier og tiltak*
- *Hva slags kunnskap er det særlig behov for?*
- *Er det kunnskap som er vanskelig tilgjengelig i dag som ville være nyttig å ha?*

5.) Utarbeiding av planer og tiltak

- *Har du noen eksempler på hvordan dere jobber med utarbeiding av planer og tiltak i din sektor/avdeling?*
- *Kan du fortelle litt om hvordan dere tar hensyn til sosiale ulikheter i planleggingsprosessen? (Tilrettelagte tilbud)*
- *Hvilke hindringer kan påvirke mulighetene ulike grupper har til å benytte tiltak og tjenester? (Som for eksempel spesiell kunnskap eller ressurser som er ulikt fordelt i befolkningen?)*

6.) Barrierer og fasilitatorer

- *Hva tenker du fremmer arbeidet med folkehelse og sosial ulikhet i kommunen?*
- *Hva tenker du hemmer arbeidet med folkehelse og sosial ulikhet i kommunen?*

7.) Det har jo vært et spesielt år for kommunen både med kommunesammenslåing og korona-pandemien.

Kommunesammenslåing

- *Hvordan har kommunesammenslåingen påvirket det samlede folkehelsearbeidet?*

Korona

- *Hvordan har koronapandemien påvirker folkehelsearbeidet og måten dere arbeider på?*
 - *Sosial ulikhet*
 - *Tverrsektorielt*

Avslutningsvis er det noen temaer vi ikke har dekket som du tenker er relevant å få med?

Er det noe jeg har glemt Kristin/Maren?

Er det andre dokumenter du tenker er relevante for vår studie?