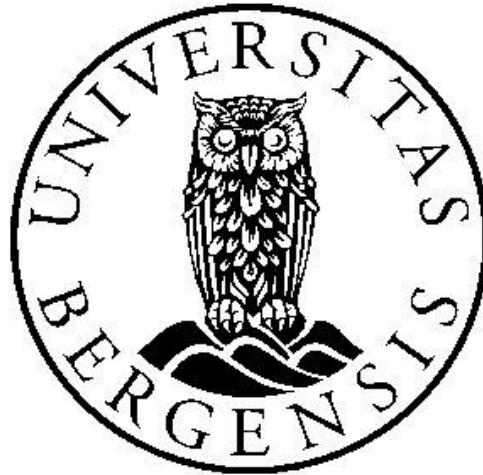


# Lokal innsats for utjevning av sosiale helseforskjeller

En kvalitativ studie av to kommuners arbeid med sosial ulikhet i helse



Masteroppgave

Masterprogram i helsefremmende arbeid og helsepsykologi

HEMIL-senteret

Det psykologiske fakultet

Universitetet i Bergen

Anja Bondevik Løtveit og Marianne Kirkevik Soltvedt

Våren 2023

## Forord

Som sykepleiere har vi erfaringer fra å jobbe med helse på individnivå. Gjennom masterstudiet har vi lært om hvordan samfunnet på ulike måter bidrar til å forme vår helse. Dette har vekket vår interesse og vårt engasjement og ligger til grunn for valg av tema. På bakgrunn av denne interessen og som resultat av noen tilfeldigheter fikk vi muligheten til å bidra inn i prosjektet «sosial bærekraft i folkehelsearbeidet» Det er vi veldig glad for. Prosessen med å skrive denne oppgaven har vært både lærerik og spennende.

Å være to om dette prosjektet har vært utrolig nyttig og hjelpsomt. Vi er glade for at vi har vært sammen om arbeidet gjennom utallige forkjølelser og nevrologiske sammenbrudd. Lange samtaler og diskusjoner som ikke angikk oppgaven i det hele tatt har også gjort at vi har holdt hodet over vann. Sammen har vi reist fylket på langs. I tillegg til ny kunnskap om kommuners arbeid med sosial ulikhet i helse har vi også sammen fått nye kulinariske opplevelser på lokale restauranter og verdifulle sightseeingopplevelser.

Vi har hatt mange gode støttespillere rundt oss i skriveprosessen. Først og fremst ønsker vi å takke alle våre informanter fra Sveio kommune og Kinn kommune. Vi har følt oss veldig velkommen på besøkene til kommunene, og de har bidratt med god informasjon og innsikt. Vi vil videre takke både familiemedlemmer, kjæreste og samboer, medstudenter og venner for god støtte, klemmer, omsorg, måltider og flere runder med korrekturlesing (selv de med en fulltidsjobb som nybakt mor). Vi ønsker også å takke vår veileder, professor emerita Elisabeth Fosse for mange gode samtaler, konstruktive tilbakemeldinger og til tider «cheerleader»-funksjon.

Marianne Kirkevik Soltvedt og Anja Bondevik Løtveit

Bergen, våren 2023

# Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Sammendrag.....	
Abstract.....	
<b>1.0 Introduksjon .....</b>	<b>1</b>
<i>1.1 Oppgavens oppbygging .....</i>	<i>4</i>
<b>2.0 Teoretisk rammeverk.....</b>	<b>5</b>
<i>2.1 Helse og helsefremmende arbeid.....</i>	<i>5</i>
<i>2.2 Påvirkningsfaktorer for helse.....</i>	<i>6</i>
<i>2.3 Sosial ulikhet i helse .....</i>	<i>8</i>
<i>2.4 Folkehelse i et helsefremmende perspektiv.....</i>	<i>10</i>
<i>2.4.1 Folkehelse sett i lys av sosial bærekraft .....</i>	<i>10</i>
<i>2.4.2 Folkehelseloven.....</i>	<i>11</i>
<i>2.5 Hvordan sikre «helse i alt vi gjør» .....</i>	<i>12</i>
<i>2.5.1 Tverrfaglig samarbeid, samordning og samlokalisering .....</i>	<i>13</i>
<i>2.5.2 Faktorer som kan påvirke samarbeidet .....</i>	<i>14</i>
<i>2.6 Oppsummering.....</i>	<i>17</i>
<b>3.0 Litteraturgjennomgang .....</b>	<b>18</b>
<i>3.1 Utviklingen av det lokale folkehelsearbeidet .....</i>	<i>19</i>
<i>3.1.1 Den systematiske tilnærmingen til folkehelsearbeidet.....</i>	<i>19</i>
<i>3.1.2 Kommuners tilnærming til sosial ulikhet i helse .....</i>	<i>21</i>
<i>3.1.3 Fremmende og hemmende faktorer i folkehelsearbeidet .....</i>	<i>23</i>
<i>3.1.4 Terminologi i folkehelse .....</i>	<i>25</i>
<i>3.1.5 Kunnskapsutvikling.....</i>	<i>26</i>
<i>3.1.6 Folkehelsekoordinator .....</i>	<i>27</i>
<i>3.2 Finansiering.....</i>	<i>29</i>
<i>3.3 Lokal tilnærming til «helse i alt vi gjør».....</i>	<i>30</i>
<i>3.3.1 Tverrfaglig samarbeid .....</i>	<i>31</i>
<i>3.4 Sammenfatning av forskning og forskningshull.....</i>	<i>33</i>

<b>4.0 Studiens hensikt og problemstilling.....</b>	<b>35</b>
<b>5.0 Metodologi .....</b>	<b>36</b>
5.1 Vitenskapsteoretisk forankring .....	36
5.2 Forskningsdesign.....	37
5.2.1 Kvalitativ tilnærming .....	37
5.2.2 Casestudie .....	37
5.2.3 Kvalitativt forskningsintervju .....	38
5.2.4 Utarbeiding av intervjuguide .....	39
5.3 Datainnsamling.....	39
5.3.1 Utvalg.....	40
5.3.2 Rekruttering.....	40
5.3.3 Forberedelser til intervju .....	41
5.3.4 Gjennomføring av intervju .....	42
5.4 Bearbeiding av datamaterialet.....	43
5.4.1 Oppbevaring av datamaterialet.....	43
5.4.2 Transkribering.....	44
5.4.3 Tematisk analyse .....	45
5.5 Kvalitet i forskningsprosessen .....	49
5.5.1 Gyldighet.....	49
5.5.2 Pålitelighet.....	50
5.5.3 Overførbarhet .....	50
5.5.4 Bekreftbarhet.....	50
5.5.5 Refleksivitet .....	51
5.6 Etikk i forskningsprosessen .....	51
5.6.1 Ethiske godkjenninger .....	52
5.6.2 Informert samtykke .....	52
5.6.3 Konfidensialitet .....	52
<b>6.0 Resultater .....</b>	<b>54</b>
6.1 Sveio kommune .....	54
6.2 Kinn kommune.....	55
6.3 Likheter og ulikheter mellom kommunene .....	56
6.4 Presentasjon av temaer.....	57
6.5 Sveio kommune .....	58
6.5.1 Kommunens tilnærming til folkehelsearbeidet .....	58
6.5.2 Økonomiske ressurser .....	64

6.5.3 Innsats for folkehelse og utjevning sosial ulikhet i helse .....	65
6.5.4 Tverrfaglig samarbeid .....	67
6.6 Kinn kommune .....	72
6.6.1 Kommunens tilnærming til folkehelsearbeidet .....	72
6.6.2 Økonomiske ressurser .....	78
6.6.3 Innsats for folkehelse og utjevning av sosial ulikhet i helse .....	79
6.6.4 Tverrfaglig samarbeid .....	83
6.7 Oppsummering av funn .....	87
<b>7.0 Diskusjon.....</b>	<b>89</b>
7.1 Hvordan forankre folkehelse og sosial ulikhet i det kommunale arbeidet .....	89
7.2 Økonomiske virkemidler .....	95
7.3 Lokal innsats for folkehelse og sosial ulikhet i helse .....	96
7.4 Hvordan få til gode samarbeid på tvers .....	99
7.5 Implikasjoner for helsefremmende arbeid .....	103
7.6 Forslag til videre forskning .....	103
7.7 Studiens styrker og begrensninger .....	104
7.7.1 Forskningsdesign .....	104
7.7.2 Utvalg .....	104
7.7.3 Forskerrollen .....	105
<b>8.0 Avslutning .....</b>	<b>106</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>108</b>
<b>Vedlegg 1 – Intervjuguide .....</b>	<b>122</b>
<b>Vedlegg 2 - Informasjonsskriv .....</b>	<b>124</b>
<b>Vedlegg 3 – Vurdering Norsk senter for forskningsdata .....</b>	<b>126</b>

## Sammendrag

Sosial ulikhet i helse utpekes som en vedvarende folkehelseutfordring og et samfunnsproblem. Samtidig er ulikhetene økende. Folkehelseloven pålegger kommunene et særskilt ansvar for folkehelsearbeidet, herunder utjevning av sosial ulikhet i helse. Årsakene til ulikhetene er komplekse. Utjevning fordrer innsats fra alle sektorer, samt samarbeid på tvers for å oppnå felles mål.

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan kommuner jobbet med sosial ulikhet i helse. Det ble særlig fokusert på hva kommunene vektla i arbeidet, hvilke virkemidler som var tilgjengelig, og hvordan kommunene samarbeidet på tvers av sektorer.

Studien er en casestudie av to kommuner. Det ble gjennomført til sammen 18 semi-strukturerte intervjuer med kommunalt ansatte fra ulike sektorer.

Resultatene viste at det systematiske folkehelsearbeidet var viktig i begge kommuner. Folkehelseansvaret lå forankret på administrativt nivå gjennom en folkehelsekoordinator eller folkehelseavdeling. I begge kommuner var folkehelseperspektivet inkludert i kommuneplanen. Sosial ulikhet i helse ble utpekt som et viktig innsatsområde i begge kommuners helseoversikter. Videre var det i begge kommuner eksempler på tiltak med helsefremmende og utjevnerende intensjoner. Selv om økonomi begrenset kommunenes handlingsrom ble det ansett som viktig at det ikke forhindret viktige tiltak. Det framkom i begge kommuner at tverrfaglig samarbeid var viktig, men tidvis utfordrende å få til i praksis. Blant faktorer som påvirket samarbeid var tid, ressurser og kjennskap til hverandre.

Kommunene har i økende grad systematisert folkehelsearbeidet og har en rekke virkemidler tilgjengelig i utjevnerarbeidet. Det er likevel viktig at de understøttes av regionale og nasjonale myndigheter.

Nøkkelord: Kommuner, sosial ulikhet i helse, sosiale helseforskjeller, folkehelse, helsefremmende arbeid, folkehelseloven, den sosiale gradienten, proporsjonal universalisme, helse i alt vi gjør, tverrsektorielt samarbeid, tverrfaglig samarbeid

## **Abstract**

Social health inequalities represent a persistent public health challenge, and the inequalities are increasing. The main responsibility for public health is given the municipalities through the Public Health Act, including minimizing inequalities. The reasons for these disparities are complex and requires attention from all sectors, as well as collaboration to achieve common goals.

The purpose of this study was to investigate municipalities efforts to minimize social health inequalities. We sought to understand what they emphasized in their work, which means were available, and how they collaborated across sectors. This is a case study of two municipalities. A total of 18 semi-structured interviews were conducted with municipal employees from various sectors.

Systematic public health work was considered important. One municipality had employed a public health coordinator while the other had established a public health department, both in the municipal administration. The public health perspective was anchored in the municipalities' masterplan. Social health inequalities was emphasized as an important area of effort in both municipalities' health overviews. Furthermore, the municipalities illustrated measures that had health promoting and equalizing intentions. Although finances limited the municipalities' room for action, it was considered important that it did not prevent important measures. Cross-sectoral collaboration was considered an important task, yet sometimes challenging to achieve. Factors influencing collaboration included time, resources and cross-sectoral acquaintance.

The municipalities' systematic public health efforts are increasing. Several means were available in the municipal efforts to combat social health inequalities. However, efforts need to be supported by regional and national authorities.

**Keywords:** Municipalities, social health inequalities, health inequities, public health, health promotion, public health act, the social gradient, proportional universalism, health in all policies, cross-sectoral collaboration

## 1.0 Introduksjon

Helsefremmende arbeid handler om å gjøre mennesker i stand til å ta kontroll over og å kunne påvirke sin egen helse (WHO, 1986). Det helsefremmende arbeidet retter et positivt og ressursorientert perspektiv på mennesker og helse (Mæland, 2016, s. 76). Helse ses i en bred forstand der samfunnet og miljøet rundt individet er store påvirkningsfaktorer (Mæland, 2016, s. 79). Dette vil si at til tross for at mennesker har et ansvar for seg selv, kan helse ses som et felles ansvar. Et viktig prinsipp i det helsefremmende arbeidet er derfor å bygge en god folkehelsepolitikk (Green et al., 2019, s. 22). Fordi helse påvirkes av bredere samfunnsmessige strukturer, er utjevning av sosial ulikhet i helse et viktig fokusområde i det helsefremmende folkehelsearbeidet. Sosial rettferdighet og rettferdig fordeling regnes som to viktige forutsetninger for god helse (WHO, 1986). Å jobbe for å utjevne sosiale ulikheter i helse kan dermed ses som sentrale i det helsefremmende arbeidet.

Den generelle folkehelsen i Europa har økt de siste tiårene og vi lever lengre og sunnere liv (Sherriff et al., 2014, s. 9). Til tross for dette ses det store forskjeller mellom helsetilstand blant ulike sosioøkonomiske grupper (Mackenbach et al., 2008, s. 2468). Forventet levealder har økt ujevnt både innad i land og mellom land, og skillet mellom de med god og dårlig helse øker (WHO, u.å.). Dette skillet er i stor grad sosialt betinget. Faktorer som arbeid, utdanning, inntekt, etnisitet og kjønn kan påvirke menneskers helse (WHO, 2018). Slike ulikheter i helsetilstand er sosialt betinget. Sosial ulikhet i helse representerer et tap både for samfunnet, familier og enkeltmennesker. De utgjør ikke bare et folkehelseproblem i den forstand at det totale helsepotensialet i befolkningen ikke kan nyttiggjøres, men er også et rettferdighetsproblem. Den ujevne fordelingen medfører at enkelte mennesker fratras livssjanser fordi helse er en forutsetning for å kunne leve det livet man selv ønsker (Dahl et al., 2014, s. 17). Helse har også blitt fastsatt som en menneskerett av FN (UN, 1948, s. 76).

En tidligere oppfatning om at Norge i stor grad var et land med rettferdig fordeling mellom befolkningsgrupper, førte til at helseulikheter lenge ikke var en politisk prioritet. Imidlertid ble det på nittitallet synliggjort at også her fordeler helsen seg ulikt mellom grupper (Fosse, 2012, s. 186-187). Til tross for at Norge i internasjonal sammenheng er et land med relativt små forskjeller, ses det også her tydelige trender på økte forskjeller mellom grupper i befolkningen (Goldblatt et al., 2023, s. 9; Meld. St. 13 (2018-2019), s. 6). Reduksjon av



sosiale ulikheter ble satt på den politiske agendaen i Norge i 1987 gjennom den nasjonale helseplanen *Helsepolitikken mot år 2000*, denne reflekterte WHO sine mål i strategien *Health for All 2000*. Denne fokuserte imidlertid kun på helsevesenets rolle (Diderichsen et al., 2015, s. 7). Senere strategier har i større grad vektlagt viktigheten av en bredere og mer systematisk innsats (St.meld. nr. 20 (2006-2007)). I 2023 løftes sosial ulikhet i helse fram som den viktigste prioriteringen i folkehelsearbeidet i Meld. St. 15: *Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseskilnader* (2022-2023, s. 14).

Ulikheter helse som er målt i forventet levealder har gradvis økt i løpet av de siste årene (Meld. St. 19 (2018-2019), s. 52). Fra 2022 har det vært en ekstra øking i renter og priser på strøm, drivstoff og dagligvarer, som viser at denne tematikken er høyst aktuell. Flere enn tidligere har økonomiske utfordringer, og dette bidrar også til å øke sosiale, økonomiske og helsemessige forskjeller (Meld. St. 15 (2022-2023), s. 9). De med høyere utdanning lever fem til seks år lenger enn de med kortest utdanning (Syse et al., 2022). Under koronapandemien hadde de med lav inntekt eller kortere utdanning større risiko for å bli smittet med covid-19 enn den delen av befolkningen med høyere utdanning eller lønn, i tillegg til at de opplevde alvorligere grad av sykdom (Syse et al., 2022). Mennesker som er uten arbeid, har lav inntekt eller lite utdanning, symptomer på psykisk sykdom, fysisk funksjonsnedsettelse, LGBTQ+ samfunnet, de som bor alene og de som utsettes for diskriminering eller sosial ekskludering rapporterer dårligere selvopplevd helse sammenlignet med resten av samfunnet (Goldblatt et al., 2023, s. 12).

Til tross for flere argumenter for å redusere sosial ulikhet i helse har det vist seg å være en utfordring, og det er karakterisert som et «wicked problem», et komplekst problem som av ulike årsaker anses som er svært vanskelig å løse (Helgesen & Fosse, 2020, s. 394). Samtidig foreligger det et politisk aspekt som medfører konflikt og uenighet om hvordan man skal tilnærme seg utfordringene (Helgesen & Fosse, 2020, s. 395). Mekanismene bak de sosiale ulikhetene er komplekse og krever handling fra flere aktører (Diderichsen et al., 2015, s. 6). Arbeid med utjevning av disse forskjellene fordrer en bevissthet rundt samfunnsmessige forhold som påvirker menneskers helse. Folkehelse er noe som i stor grad bør jobbes med gjennom bruk av virkemidler fra ulike sektorer (Riksrevisjonen, 2015, s. 7).

Norge er en velferdsstat der universalisme er et viktig prinsipp, og sentrale verdier er menneskeverd og likebehandling (NOU 2014: 12, s. 25). Formålet er at goder i stor grad

fordeles mellom innbyggerne. Dette innebærer blant annet at offentlige myndigheter sørger for helse- og velferdstjenester til befolkningen (Christensen & Berg, 2022). Norge er også et land med store geografiske avstander og en relativt desentralisert styringsmodell. Kommuner har en betydelig grad av autonomi i det offentlige systemet, og er ansvarlig for tjenester som grunnskole, barnehage, primærhelsetjeneste, vei, vann, avfall og energi (Vårdal et al., 2020). Samtidig har kommunene et særlig ansvar for oppfølging av folkehelsen. Dette innebærer blant annet å fremme helse, avdekke forhold som kan påvirke befolkningshelsen, forebygge sykdom og skade samt å bidra til utjevning av sosial ulikhet i helse (Folkehelseloven, 2011, §4). Det vil si at kommunen er svært viktig i arbeidet med å ivareta den lokale folkehelsen. Sosial ulikhet i helse varierer også mellom kommunene, og det er fem års forskjell i forventet levealder mellom de to mest ulike kommunene. Derfor må folkehelseinnsats tilpasses lokale forhold (Riksrevisjonen, 2015, s. 40).

Kommunene skal gjennom sine oppgaver og ved hjelp av tilgjengelige midler bidra til å fremme folkehelse (Folkehelseloven, 2011, §4). Riksrevisjonen la i 2015 fram en undersøkelse av det offentlige folkehelsearbeidet. Der ble det blant annet funnet at de fleste kommuner ikke hadde etablert et systematisk folkehelsearbeid. Det var ikke nok kunnskapsbasert, og det var heller ikke forankret tilstrekkelig i alle sektorer. Det ble konkludert med et behov for å styrke oppfølgingen av kommunenes arbeid med folkehelse (Riksrevisjonen, 2015, s. 8). En NIBR-rapport som ble publisert i 2017 viste en framgang i kommunenes systematiske folkehelsearbeid. Flere kommuner enn tidligere hadde laget helseoversikter og etablert samarbeid på tvers (Helgesen et al., 2017a).

FN har vedtatt bærekraftsmål som bygger på prinsipper om likhet og gjelder alle land, inkludert Norge. Disse målene dekker blant annet helse, utdanning, arbeid og likestilling (FN, 2023). Ifølge folkehelsemeldingen *Gode liv i eit trygt samfunn* (Meld. St. 19 (2018-2019), s. 8) er folkehelsearbeid et virkemiddel for å nå bærekraftsmålene. Samtidig kan det trekkes tydelige linjer mellom helsefremmende arbeid og det sosiale aspektet i bærekraft. Begge begrepene springer fra felles verdier og tanker, som sosial rettferdighet, menneskers behov i sentrum og felles innsats på tvers av sektorer og nivåer (Hofstad & Bergsli, 2017, s. 33). Norges forpliktelse til bærekraftsmålene vil ha konsekvenser for folkehelsearbeidet. På grunn av det brede synet på folkehelse og intensjonen om et tverrsektorielt ansvar vil de fleste målene være relevante for folkehelsen (Helsedirektoratet, 2018b, s. 15).

Oppgaven vår tar sikte på å undersøke arbeid med sosial ulikhet i helse. Folkehelseloven (2011) legger føringer for at mye av folkehelsearbeidet skal skje i kommunene. Derfor anser vi det som hensiktsmessig å undersøke det kommunale perspektivet. Folkehelsearbeidet er også noe som bør jobbes med på tvers av sektorer. Vi ønsker å belyse hvordan ansatte fra ulike sektorer ser både kommunen og sin egen rolle i dette arbeidet. Studien baserer seg på undersøkelser som vi har gjort i Sveio kommune og Kinn kommune.

## **1.1 Oppgavens oppbygging**

Denne oppgaven består av åtte deler. Vi har i det foregående presentert bakgrunn for valg av tema. Andre del vil ta for seg det teoretiske rammeverket for oppgaven. I tredje del vil vi gjøre rede for eksisterende forskning innenfor vårt tema. Dette bidrar til å synliggjøre mangler og hull og dermed tydeliggjør hva denne oppgaven kan bidra med. Fjerde del vil presentere hensikten med oppgaven med tilhørende problemstilling. Femte del vil gjøre rede for metodologiske valg og framgangsmåte i gjennomføringen av vår undersøkelse. I sjette del vil vi gi en kort presentasjon av kommunene og hvordan deres folkehelsearbeid er organisert, før vi presenterer funnene fra undersøkelsen vi gjennomførte. Videre vil sjuende del diskutere disse funnene i lys av teorien og litteraturen som allerede er presentert. Vi vil også diskutere studiens styrker og svakheter, samt reflektere over studiens implikasjoner for helsefremmende arbeid og forslag til videre forskning. Til slutt vil vi i åttende del gjøre en avsluttende oppsummering av oppgaven.

## 2.0 Teoretisk rammeverk

I denne delen av oppgaven vil vi presentere relevante begreper og teorier innenfor vårt valgte tema. Dette vil fungere som et rammeverk videre i oppgaven. Først vil vi gjøre rede for helsebegrepet i et helsefremmende perspektiv. Videre vil ulike påvirkningsfaktorer for helse i lys av helsedeterminantmodellen beskrives, fulgt av sosial ulikhet i helse og hva det innebærer og medfører. Videre vil vi presentere folkehelse sett i lys av helsefremmende arbeid og sosial bærekraft, etterfulgt av en redegjørelse av folkehelseloven. Til slutt vil vi gjøre rede for «helse i alt vi gjør» med fokus på tverrfaglig samarbeid.

### 2.1 Helse og helsefremmende arbeid

I vestlige land har synet på helse i stor grad vært dominert av en vestlig vitenskapelig medisinsk helsemodell. Denne modellen ser helse som fravær av sykdom og har dermed et negativt begrepsinnhold (Naidoo & Wills, 2016, s. 7). WHO definerte helse i sin konstitusjon (1948) som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (oversatt av Braut, 2022). Til tross for en mer helhetlig og positiv betydning har også denne definisjonen mottatt kritikk. Den gjør helse til en ønskedrøm og vil dermed ikke kunne være et realistisk mål (Green et al., 2019, s. 10; Mæland, 2016, s. 26). Den utopiske definisjonen på helse gjør på en måte alle syke (Braut, 2022). Til tross for denne kritikken har definisjonen flyttet fokuset fra et sykdomsperspektiv til et mer positivt velværeperspektiv, i tillegg til å anerkjenne det holistiske og flerdimensjonale aspektet ved helse (Green et al., 2019, s. 10). WHO sin forståelse av helse som ble utdypet i Ottawa-charteret kan karakteriseres som mer dynamisk:

for å nå en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, må et individ eller en gruppe være i stand til å identifisere og realisere mål, tilfredsstille behov, og endre eller mestre omgivelsene. Helse ses derfor som en ressurs i hverdagslivet og er ikke målet med livet. Helse er et positivt konsept som vektlegger sosiale og personlige ressurser i tillegg til fysiske evner. (WHO, 1986, s. 3, egen oversettelse)

Uansett hvordan man definerer helse har det en sentral verdi i menneskers liv. I det helsefremmende arbeidet må en derfor ha en forståelse for de ulike begrepsdefinisjonene og determinantene som ligger til grunn (Green et al., 2019, s. 10). Vi har i denne oppgaven valgt å ta utgangspunkt i den dynamiske forståelsen til WHO slik den er beskrevet i Ottawa-

charteret. Ved å se helse som en ressurs som kan bidra til å gjøre livet positivt og ikke som et uttalt mål i seg selv, kan man bidra til å legge til rette for at mennesker skal kunne leve gode og fullverdige liv.

Helsefremmende arbeid kan beskrives som den prosessen som setter mennesker i stand til å ta kontroll over faktorer som påvirker helsen (WHO, 1986, s. 4). Målet med helsefremmende arbeid er å gjøre individer og samfunn i stand til å ta kontroll over faktorer som kan påvirke helsen (Green et al., 2019, s. 3; Mæland, 2021, s. 81). Empowerment og like muligheter er sentrale begreper og mål i det helsefremmende arbeidet (Green et al., 2019, s. 3). Mæland (2021, s. 81) oversetter empowerment som å «vinne større makt og kontroll over».

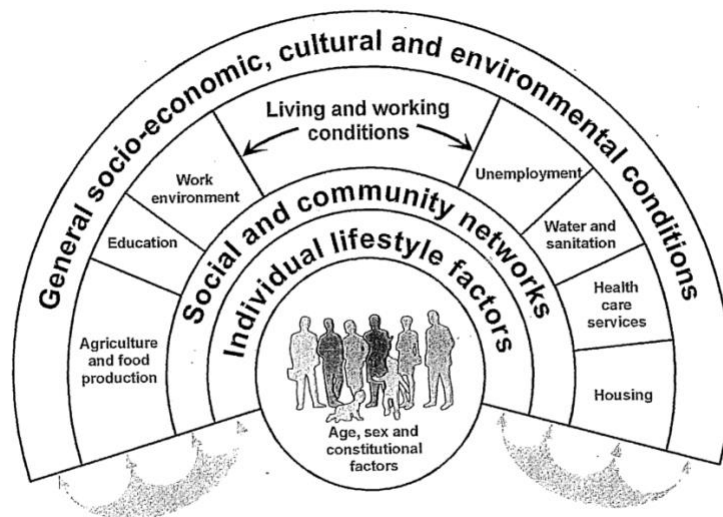
Empowerment for både individer og samfunn er sentralt for å kunne fremme helse (Marmot, 2015, s. 61). Dette innebærer et behov for kunnskap om faktorer som har innvirkning på helsen, og muligheten til å kunne påvirke beslutninger som kan ha konsekvenser for helse (Mæland, 2021, s. 81; WHO, 1986, s. 4). I et helsefremmende perspektiv ses mennesker som aktive samarbeidspartnere i vurdering og utarbeidelse av mål og strategier. Ved å redusere ekspertfokus og heller involvere de aktuelle gruppene, vil det også kunne skape følelse av tilhørighet, identitet og selvfølelse (Mæland, 2021, s. 81).

Samfunn, miljø, kultur, sosiale og individuelle forhold er faktorer som kan påvirke helseutvikling (Mæland, 2021, s. 17). Derfor retter det helsefremmende arbeidet seg mot både innsats for å bedre helseatferd og brede strukturer som skattepolitikk og boligutforming (Green et al., 2019). WHO (1986, s. 4) understreker at for å kunne forbedre helsen kreves det at grunnleggende forutsetninger som bolig, utdanning, bærekraftige ressurser og sosial rettferdighet er dekket. I et helsefremmende perspektiv kan dermed ikke helse sikres av kun helsesektoren. Koordinerte handlinger på tvers av nivåer og sektorer er nødvendig (Mæland, 2021, s. 81; WHO, 1986, s. 4). Lokalsamfunnet og det politiske arbeidet på alle nivåer står også sentralt i det helsefremmende arbeidet (Mæland, 2021, s. 17).

## **2.2 Påvirkningsfaktorer for helse**

Den brede og holistiske forståelsen av helse bidrar til å synliggjøre at flere faktorer i samfunnet på ulike måter påvirker folkehelsen og individuell helse. Derfor bør politiske strategier og tiltak baseres på en forståelse av hva de viktigste påvirkningsfaktorene for helse er (Dahlgren & Whitehead, 1991, s. 11). Disse faktorene inkluderer boforhold, arbeid og

skolegang, men også større forhold slik som økonomi, politikk og sosiale normer (WHO, u.å.). Helse-determinanter er faktorer som kan påvirke helse i positiv eller negativ forstand, og kan kategoriseres som positive helsefaktorer, beskyttende faktorer og risikofaktorer (Whitehead & Dahlgren, 2009, s. 27). I 1991 ble et bakgrunnsdokument for verdens helseorganisasjon kalt *Policies and strategies to promote social equity in health* publisert. I dette dokumentet skisserer Dahlgren og Whitehead en modell for helse-determinantene (Figur 1). Denne modellen vektlegger interaksjoner og viser hvordan de ulike determinantene påvirker hverandre. Generelle sosioøkonomiske strukturer har betydning for leve- og arbeidsvilkår og lokalsamfunn, og alle disse påvirker individuelle livsstilsvalg (Whitehead & Dahlgren, 2009, s. 27).



Figur 1: Helse-determinantmodellen, hentet fra Dahlgren & Whitehead, 1991

De fire lagene i modellen som omslutter individet bidrar til å tydeliggjøre fire ulike nivåer for politisk handling (Dahlgren & Whitehead, 1991, s. 12). Det øverste politiske nivået handler om å skape strukturelle og langsiktige endringer gjennom for eksempel skatteendringer, handel eller miljøavtaler mellom land. Dette er politiske beslutninger som i stor grad tas på nasjonalt og internasjonalt nivå (Dahlgren & Whitehead, 1991, s. 12). Neste nivå retter seg mot politikk som kan gi materielle eller samfunnsmessige forbedringer, som for eksempel et tilgjengelig helsevesen, utdanning og velferdstjenester. Dette politiske nivået involverer både nasjonale, regionale og lokale myndigheter. Tredje nivå viser til politiske tiltak rettet mot styrking av sosiale og samfunnsmessige forhold blant individer og familier. Det siste nivået handler om politikk rettet mot individuelle livsstilsfaktorer og atferdsendring (Dahlgren & Whitehead, 1991, s. 12). I denne oppgaven vil vi hovedsakelig fokusere på de faktorene der

kommunene har mulighet til å bidra og påvirke, slik som for eksempel utdanning, lokalsamfunn og helseatferd. Det er imidlertid viktig å se disse politiske nivåene i sammenheng med hverandre. Samordnet innsats gjennom samarbeid vertikalt i det politiske systemet anses som mye mer effektivt enn strategier som kun ses på ett nivå (Dahlgren & Whitehead, 1991, s. 13).

### **2.3 Sosial ulikhet i helse**

Helsedirektoratet (2018a) forklarer sosial ulikhet i helse som «systematiske forskjeller i helsetilstand og som følger sosiale og økonomiske kategorier (særlig yrke, utdanning og inntekt). Disse helseforskjellene er sosialt skapt og mulig å gjøre noe med». De systematiske forskjellene i helse kommer frem når ulike grupper i samfunnet sammenlignes (Syse et al., 2022). Sosiale ulikheter viser seg for nesten alle sykdommer og skader, og representerer dermed en stor folkehelseutfordring (Dahl et al., 2014, s. 68). Sosial ulikhet i helse er mulig å gjøre noe med, men årsakene er komplekse og sammensatte (Helsedirektoratet, 2018a). Fysiske og sosiale miljøfaktorer og livsstil påvirker helse på en relativt konkret måte. Mer strukturelle faktorer som inntekt, bolig og utdanning har mer komplekse og sammensatte årsaksforhold (Helsedirektoratet, 2018a). Helseatferd antas også å være delvis et resultat av hvor individer befinner seg på den sosioøkonomiske stigen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 14). Genetiske faktorer kan ses som forskjeller som kan føre til ulik helsetilstand. De er imidlertid ikke sosialt skapt og kan ikke endres av politisk vilje eller helsefremmende tiltak (Dahlgren & Whitehead, 1991, s. 11). Når ressurser fordeles ulikt i samfunnet på en slik måte som medfører at enkelte grupper opplever dårligere helse, kan det ses som en urettferdig fordeling (Dahl et al., 2014, s. 13).

Grupper med lang utdanning og høyere inntekt har statistisk sett bedre helse enn de med lavere utdanning og inntekt. På den sosioøkonomiske stigen vil altså helsen bli bedre for hvert trinn (Dahl et al., 2014, s. 13). De sosiale ulikhetene i helse danner en gradient i befolkningen, og Marmot (2015, s. 11) definerer denne koblingen mellom sosial posisjon og helse som den sosiale gradienten i helse. Det vil si at høyere rank på den sosiale stigen medfører statistisk sett bedre helse. Til tross for at hierarkier er uunngåelige mener Marmot (2015, s. 15) at med engasjert politisk vilje og sosial handling er det mulig å redusere gradienten.

Gjennom en rapport angående sosiale ulikheter i Storbritannia ble begrepet proporsjonal universalisme introdusert som en tilnærming for å utjevne den sosiale gradienten (Marmot et al., 2010). Dersom tiltak kun rettes mot de mest sårbare gruppene medfører dette at gruppene som står «i midten» på den sosioøkonomiske stigen blir utelukket. For å skape et rettferdig samfunn må dermed alle inkluderes, og de fleste tiltak bør være universelle. Samtidig bør innsatsen være proporsjonal med graden av ulempe hos befolkningen (Marmot et al., 2010, s. 16). Proporsjonal universalisme betyr i praksis universelle tiltak rettet mot alle. Samtidig suppleres det med tiltak som rettes mot utsatte grupper. Tiltak må også ta hensyn til underliggende årsaker til atferd eller hvordan ressursfordeling påvirker helse. Hvis ikke kan de bidra til å øke ulikhetene (Marmot et al., 2010, s. 86). Utpeking av utsatte grupper kan medføre stigmatisering. Derfor må også målrettede tiltak vurderes nøye for å unngå denne uheldige effekten (Dahl et al., 2014).

Som et ledd i arbeidet med folkehelsemeldingen (Meld. St. 15 (2022-2023)) ble det utarbeidet en rapport av Marmot og kollegaer. Rapporten undersøkte sosiale ulikheter i helse og dets determinanter i Norge. Rapporten er bygget på ni anbefalinger for utjevne politikk: En best mulig start på livet, gi alle mulighet til å ta kontroll over livene sine, et rettferdig arbeidsliv med godt arbeidsmiljø, en god levestandard, lokalsamfunn som er helsefremmende og bærekraftige, forsterket innsats for sykdomsforebygging, arbeid mot sosial ekskludering og dets konsekvenser, miljømessig bærekraft som samtidig sikrer rettferdig helsefordeling, samt et fokus rettet mot konsekvensene av covidpandemien og de økte levekostnadene (Goldblatt et al., 2023, s. 6-7).

De økonomiske, sosiale og psykiske forutsetningene man har gjennom oppveksten påvirker hvordan helsen utfolder seg i voksen alder. Altså vil oppvekstvilkår ha mye å si for hvordan sosial ulikhet utfolder seg hos den voksne befolkningen. Derfor bør tiltak for å utjevne sosial ulikhet i helse rette et ekstra fokus mot barn og unge (Mæland, 2021, s. 201). Ekstra innsats mot sosial ulikhet i helse hos barn og unge kan være en viktig helseinvestering, da barna kan påvirkes av de samlede ressursene til foreldre og familie. Skoler, barnehager og oppvekstmiljø er sentrale arenaer for motvirkning av sosial ulikhet i helse (Mæland, 2021, s. 201). Hvordan vilkår i oppveksten påvirker individer gjennom livet illustrerer også hvordan målsettinger for å utjevne sosial ulikhet i helse må ha en langsiktig tidshorisont.



## **2.4 Folkehelse i et helsefremmende perspektiv**

Folkehelsearbeid kan defineres som “bruk av vitenskap og erfaring for å forebygge sykdom, forlenge livet og fremme helse, ved organisert arbeid i samfunnet, offentlige og private organisasjoner, forsamlinger og enkeltindivider” (Nylenna et al., 2023). Det vil si at folkehelsearbeid bygger på både forebyggende og helsefremmende perspektiver.

Helsefremmende arbeid skiller seg fra det tidligere forebyggingsperspektivet. Forebygging bygger på en biomedisinsk modell, og har tradisjonelt vært rettet mot konkrete tiltak for å hindre sykdomsutvikling. Det helsefremmende perspektivet springer ut fra en sosial helsemodell, og retter fokus mot positive faktorer og ressurser som kan bedre helsen (Mæland, 2016, s. 17). Selv om de opptrer som motsetninger, blir grensene mellom forebygging og helsefremming mer og mer uklare. Folkehelsearbeid bygger altså på en kombinasjon av forebyggende og helsefremmende innsats. Det er denne kombinasjonen som ligger til grunn for “det nye folkehelsearbeidet” (Mæland, 2016, s. 15). Dette strekker seg forbi helsesektoren til andre områder i samfunnet, og favner både individer og samfunn (Mæland, 2016, s. 15). Vi vil i denne oppgaven hovedsakelig fokusere på de helsefremmende aspektene i folkehelsearbeidet og i mindre grad det sykdomsforebyggende forebyggingsperspektivet.

### ***2.4.1 Folkehelse sett i lys av sosial bærekraft***

På FNs generalforsamling i 2015 vedtok medlemslandene en ny visjon om bærekraftig utvikling innen 2030, og det ble identifisert 17 bærekraftsmål. Bærekraftsmålene representerer en felles arbeidsplan, hvor målsettingene er å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen år 2030 (FN, 2023). I 2016 ble den niende globale konferansen i helsefremmende arbeid holdt i Shanghai, og her ble helsefremmende arbeid posisjonert innen agendaen for en bærekraftig utvikling. Deklarasjonen anerkjenner at helse og velvære er sentrale for å kunne oppnå bærekraftsmålene, og plasserer helsefremmende arbeid sentralt i arbeidet med bærekraftig utvikling (WHO, 2016, s. 5). Omtrent alle bærekraftsmålene har altså betydning for folkehelse (Helsedirektoratet, 2018b). På denne måten kan det ses slik at bærekraft og folkehelse har gjensidig relevans for hverandre.

Bærekraft kjennetegnes av tre dimensjoner: den miljømessige, økonomiske og sosiale. Disse er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne fremme et bærekraftig samfunn. Tradisjonelt har det vært et større fokus på de miljømessige og økonomiske aspektene enn det sosiale

(Hofstad & Bergsli, 2017, s. 13). Imidlertid er det funnet klare likhetstrekk mellom folkehelse og sosial bærekraft. De bygger blant annet på noen felles prinsipper, som rettferdighet, livskvalitet og velvære (Hofstad & Bergsli, 2017). Noen av disse står også sterkt i sosial ulikhet i helse (Helsedirektoratet, 2018b, s. 14), som er en viktig del av det helsefremmende arbeidet og folkehelsearbeidet. Således kan de potensielt bidra til å understøtte hverandre, spesielt i det lokale folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2018b, s. 11). De er imidlertid ikke helt det samme. Sosial bærekraft handler også om at kommende generasjoner får dekket sine behov. Ivaretagelse av dagens samfunn må ikke gå på bekostning av deres muligheter (Zeiner, 2022, s. 14). I denne oppgaven forsøker vi å trekke noen grove linjer mellom bærekraft og folkehelsearbeidet i kommunene.

#### **2.4.2 Folkehelseloven**

Kommunene er sentrale aktører i folkehelsearbeidet. Folkehelseloven pålegger de å fremme helse innenfor de oppgavene de er tillagt, det vil si både gjennom utvikling av lokalsamfunnet, i all planlegging og gjennom tjenestene. Den er også myndigheters viktigste ressurs for politikktutforming som støtter det lokale folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2018b, s. 12). Formålet er å legge til rette for systematisk og langsiktig folkehelsearbeid i alle forvaltningsnivå og sektorer (Folkehelseloven, 2011, §1). Utjevning av sosial ulikhet i helse, «helse i alt vi gjør», bærekraftig utvikling, føre var og medvirkning er fem grunnprinsipper som loven bygger på (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

Folkehelseloven har en tett kobling med plan- og bygningsloven (2008), som har som formål å «fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner» (Plan- og bygningsloven, 2008, §1-1). Offentlige planer skal ifølge loven (§ 3-1) blant annet motvirke sosial ulikhet i helse og fremme folkehelsen. Kommuner er pålagt å ha en overordnet kommuneplan som inkluderer både en samfunnsdel og en arealdel (Plan- og bygningsloven, 2008, §11-1). Samfunnsdelen skal inneholde både utfordringer, mål og strategier som er langsiktige. De skal gjelde både for kommuneorganisasjonen og for hele lokalsamfunnet (Plan- og bygningsloven, 2008, §11-2). Vi har i denne oppgaven hatt størst fokus på kommuneplanens samfunnsdel, og vil videre oppgaven hovedsakelig kun omtale denne som kommuneplanen.

For å kunne gjennomføre et systematisk folkehelsearbeid skal kommunene ha oversikt over innbyggernes helsetilstand og faktorer som kan påvirke den (Folkehelseloven, 2011, §5).

Disse skal inkluderes i kommunenes planstrategi og dermed ligge som grunnlag for mål og strategier gjennom alle kommuneplaner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). I folkehelseloven (2011, §5) påpekes det at kommunene må ha et særlig fokus på hvordan utviklingstrekk kan påvirke sosiale ulikheter. Basert på folkehelseutfordringene som kommer fram i planstrategien til kommunene, skal kommunen iverksette tiltak som er nødvendig for å møte utfordringene som er beskrevet. Samtidig skal det tilrettelegges for at innbyggerne får den kunnskapen som trengs for å kunne forebygge sykdom og fremme helse (Folkehelseloven, 2011, §7). Medvirkning og samarbeid med frivillig sektor, andre myndigheter og virksomheter er også forhold kommunene skal ta hensyn til (Folkehelseloven, 2011, §4). Loven pålegger ikke kommunene å ha en folkehelsekoordinator, men i forslaget til lovvedtaket foreligger det en anbefaling om dette. Folkehelsekoordinatoren kan bidra til å sikre det systematiske folkehelsearbeidet og det tverrsektorielle samarbeidet (Prop. 90 L (2010-2011), s. 197).

## **2.5 Hvordan sikre «helse i alt vi gjør»**

Det finnes en nær kobling mellom enkelte samfunnsmessige og økonomiske forhold og hvordan helse fordeler seg i en befolkning (Marmot et al., 2010, s. 16). Tanken om at helse påvirkes av flere faktorer utenfor helsesektoren er et sentralt prinsipp i det helsefremmende arbeidet (Mæland, 2016, s. 79). Derfor er «helse i alt vi gjør» en lovende tilnærming, fordi den i større grad synliggjør ansvaret som ikke bare helsesektoren sitt og fremmer rettferdig helsefordeling (WHO, 2011 s. 2).

«Helse i alt vi gjør» bidrar til å synliggjøre et felles ansvar for helse. Fordi helse er bredt og komplekst og innebærer mange ulike faktorer er det også sentralt at helse blir tatt høyde for i alle sektorer og på alle nivåer hos offentlige myndigheter. Med mange politiske prioriteringer som må gjøres er det imidlertid ikke nødvendigvis slik at folkehelse og utjevning av sosiale ulikheter automatisk får fortrinnsrett over andre viktige temaer (WHO, 2014, s. 9). Løsninger som lønner seg for flere sektorer og samfunnet som helhet er derfor noe som en bør strebe etter (WHO, 2014, s. 9). En viktig forutsetning for å sikre denne tilnærmingen er koordinering og samarbeid på tvers av sektorer og nivåer i det offentlige. Vi vil i det følgende forklare ulike tilnærminger til samarbeid, og hva som må være til stede for at samarbeid skal fungere.

### **2.5.1 Tverrfaglig samarbeid, samordning og samlokalisering**

Samarbeid kan defineres som «samspill, kompaniskap og det å arbeide i lag» (Glavin & Erdal, 2018, s. 25). Hvordan samarbeid på tvers forstås og hvilke begreper som brukes varierer, og omtales ofte som enten tverrfaglig, tverretattlig, tverrsektorielt og tverrprofesjonelt (Glavin & Erdal, 2018, s. 24). I hovedsak dreier tverrfaglig samarbeid seg om ulike faggrupper og profesjoner som samarbeider om en felles utfordring eller mot et felles mål, og kan ansees som en arbeidsform eller metode. Vi tar utgangspunkt i begrepet tverrfaglig samarbeid som gjelder for samarbeid på tvers av sektorer, etater og profesjoner slik som Glavin og Erdal (2018, s. 24) forstår det. Samarbeid blir av disse forfatterne beskrevet i forbindelse med tjenester til barn og unge, eller samarbeid om tjenester på individ- og gruppenivå. Vi anser likevel noen av de teoretiske argumentene som relevante og overførbare til vår kontekst. Vi vil i det følgende gjøre rede for det teoretiske grunnlaget for samarbeid og faktorer som påvirker.

For å kunne utjevne sosial ulikhet i helse kreves det en samlet innsats fra flere aktører for å kunne redusere forskjellene som ligger bak de sosiale årsaksforholdene (Helsedirektoratet, 2018b, s. 35). Formålet med tverrfaglig samarbeid er å komplimentere og være synlige overfor hverandre (Glavin & Erdal, 2018, s. 29). Ved å utnytte kompetansen som inngår i samarbeidet og danne et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fagene kan man sikre større kvalitet i arbeidet (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 53). Dagens samfunn er kunnskapsspesialisert og sektordelt. Derfor er tverrfaglig samarbeid en nødvendighet for å sikre sammenheng og helhet (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 17).

Samarbeid og samordning er nærliggende begreper, og de brukes ofte om hverandre i litteraturen (Glavin & Erdal, 2018, s. 25). Imidlertid finnes det noen skiller mellom de to begrepene som vi anser som relevant å belyse. Formålet med samordning er at tiltakene sammen skal forsterke hverandre, og fungere bedre i lag enn hver for seg (Knoff 1985, gjengitt i Lauvås & Lauvås, 2004, s. 53). Samordning forekommer i hierarkiske organisasjoner og innebærer en styring fra topp og nedover. Samarbeid er mer avhengig av vilje og ønske om å samarbeide, slik man for eksempel kan se i profesjonelle nettverk (Axelsson & Axelsson, 2016, s. 252). Samordning har større sjanser for at samarbeidet kan være koordinert over tid fordi det ikke er like avhengig av enkeltpersoner (Christiansen & Nordahl, 1993, s. 17). Samarbeid krever at partene i større grad er nær hverandre over tid enn det man trenger i samordning (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 53). Formelle regler for

samordningen medfører at etater i større grad forpliktes til hverandre (Christiansen & Nordahl, 1993, s. 17). Samordning kan således ses som en mer systematisert og formalisert organisering enn det samarbeid alene er. Samordning handler også om å jobbe sammen mot en felles målgruppe ved satsing på felles tiltak eller prosjekter (Christiansen & Nordahl, 1993, s. 16).

I tillegg til samarbeid og samordning introduseres også begrepet samlokalisering. Dette innebærer at ulike tjenester plasseres i fysisk nærhet av hverandre, enten ved at de er i samme eller nærliggende lokaler. Ved å ha tjenester samlokalisert kan man skape samarbeid som fungerer bedre over organisatoriske grenser (Axelsson & Axelsson, 2016, s. 254).

### ***2.5.2 Faktorer som kan påvirke samarbeidet***

Det finnes flere gode grunner til å jobbe tverrfaglig. Imidlertid er det å få til gode samarbeid en utfordring. Planleggingsfasen kan være relativt enkelt, men å få samarbeidet til å fungere i praksis er ikke like lett (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 18). Det er viktig med en avklaring før man starter et samarbeid, der man setter et felles mål. På denne måten kan man potensielt hindre noen videre utfordringer (Glavin & Erdal, 2018, s. 33). Glavin og Erdal (2018, s. 29) påpeker at et tverrfaglig samarbeid må vedlikeholdes og evalueres. Videre har Glavin & Erdal (2018) presentert noen prinsipper og faktorer som kan påvirke samarbeid i positiv forstand.

En viktig forutsetning for samarbeid er politisk og administrativ forankring. Dette kan bidra til at samarbeidet ikke blir for avhengig av enkeltpersoner. Det er en fordel hvis hele kommunen bestemmer seg for en felles struktur for samarbeidet, som kan justeres eller endres ved behov (Glavin & Erdal, 2018, s. 25). For å gi samarbeidet i kommunene de beste betingelsene for å fungere godt bør samarbeid integreres i kommunens planer. Samtidig innebærer forankring i ledelsen et ansvar for at samarbeidet utvikles og støttes (Glavin & Erdal, 2018, s. 36). Samtidig må de ansatte få mulighet til å bidra og være ta aktiv del i samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018, s. 35).

Et av de viktigste prinsippene for tverrfaglig samarbeid er et felles verdigrunnlag (Glavin & Erdal, 2018, s. 36). Felles mål bidrar til å tydeliggjøre metoder og strategier for hvordan de best mulig kan oppnås (Glavin & Erdal, 2018, s. 43). Samtidig må det også foreligge vilje og evne til å samarbeide (Glavin & Erdal, 2018, s. 26). Et viktig mål med samarbeidet er å utvikle felles kunnskap og kompetanse (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 53). En felles forståelse

vil kunne gjøre det enklere å se nødvendigheten av samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018, s. 43). Videre er det viktig å ha respekt for hverandre. I alle samarbeid vil det være personer med ulike personligheter og ofte ulik fagbakgrunn. Det er derfor viktig at man tar hverandre på alvor og anerkjenner den enkeltes kompetanse og kunnskaper. Det er også nødvendig med tillit mellom de som skal samarbeide (Glavin & Erdal, 2018, s. 44). Åpenhet og redelighet i samarbeidet er viktig for å kunne ta opp saker som er konfliktfylte. Det å vise trygghet og ha evne til å lytte er grunnleggende aspekter for å kunne ha et samarbeid hvor det er mulig å ta opp ulike saker uten å være redd reaksjoner. Det er også viktig at det er rom for og tid til dette (Glavin & Erdal, 2018, s. 37-38).

I det tverrfaglige samarbeidet vil det være flere med ulik yrkesbakgrunn som har forskjellige forutsetninger. En avklaring av den enkeltes holdninger er nødvendig for å kunne forstå hva som ligger bak et standpunkt. De ulike profesjonene har sine lover og retningslinjer, og det vil kunne gi ulikheter i syn og holdninger (Glavin & Erdal, 2018, s. 36). Ved å anerkjenne hverandres forskjeller og se på disse som styrker inn i samarbeidet, vil det kunne være med å bidra til en felles utvikling av holdninger og verdier (Glavin & Erdal, 2018, s. 38). Glavin og Erdal (2018, s. 45) påpeker også viktigheten av å kjenne til hverandres tjenester og ha kunnskap om hverandres roller og ansvarsområder. For å kunne jobbe tverrfaglig må en både ha en sterk fagidentitet for å kunne vite hva en selv kan bidra med, samt ha kjennskap til hva andre kan bidra med inn i samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018, s. 27).

Kjennskap til andres fagområder kan gjøre det lettere å se at en kan ha bruk for hverandre (Glavin & Erdal, 2018, s. 45). Glavin og Erdal (2018, s. 43) påpeker at samarbeid bør oppleves som meningsfylt. En forutsetning for dette er at det blir opplevd som nyttig for den enkelte. Regelmessige møter og en klar ansvarsfordeling er faktorer som kan bidra til gode samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, s. 45). I det kommunale arbeidet er det imidlertid stor kultur for møtevirksomhet, og det kan hos de ansatte ses som unødvendig dersom det ikke oppleves at møtene resulterer i noe (Glavin & Erdal, 2018, s. 41). For at møtene ikke skal oppleves slik kan det hjelpe med faste strukturer og klare mål for møtene. I et tverrfaglig samarbeid er det viktig at samarbeidet ikke oppleves som uheldig for noen hvor det går utover de andre oppgavene. Dette gjelder ofte mindre tjenester. Det er viktig med et helhetlig perspektiv som inkluderer alles synspunkter og kompetanse (Glavin & Erdal, 2018, s. 41).

Det finnes flere potensielle barrierer som kan stå i veien for gode tverrfaglige samarbeid. Lauvås og Lauvås (2004, s. 21) hevder at utfordringer i samarbeidet skaper dårlig arbeidsmiljø for de ansatte. Imidlertid går det mest ut over tjenestemottakerne dersom det tverrfaglige samarbeidet ikke fungerer. Samarbeid som fungerer gir muligheter for at innbyggerne kan nyte godt av tjenestene (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 21). Hindringer og motstand i samarbeidet kan skyldes flere ting. Det kan være vegring for endringer eller usikkerhet i eget fag som kan gjøre det skremmende å bli «avslørt» av andre (Glavin & Erdal, 2018, s. 40). Det kan også handle om praktiske utfordringer, som å prioritere tid vekk fra sine egne kjerneoppgaver. Samarbeidet kan oppleves som ikke-produktivt på kort sikt, og usikkerheten på effekten over tid kan gjøre at det ikke blir prioritert over andre oppgaver (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 18).

Manglende kunnskap om og kjennskap til andre ansatte kan være faktorer som hindrer det tverrfaglige samarbeidet. Når man ikke kjenner til andres kompetanse kan det svekke tillit til dem (Glavin & Erdal, 2020, s. 41). Dersom det foreligger motstridende målsettinger eller oppgaver hos etatene kan det gjøre at samarbeidet blir vanskelig (Skare, 1996, s. 180). Samarbeid som er pålagt kan føre til motstand, spesielt dersom man ikke ser behovet selv. Muligheten for deltakelse og medbestemmelse vil kunne gi bedre forutsetninger inn i samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018, s. 41). Dersom de ansattes arbeidsmengde i tillegg er stor vil det kunne oppleves som at samarbeidet går ut over de daglige arbeidsoppgavene. Dersom enkelte ikke opplever at samarbeidet tilfører noe eller at det føles lite nyttig vil det også kunne hindre samarbeidet. Det er viktig at en føler at en får noe igjen for det en tilfører (Glavin & Erdal, 2018, s. 41).

Axelsson og Axelsson (2006, s. 83) hevder også at lover, reguleringer og administrative grenser kan fungere som strukturelle barrierer for samarbeid. Glavin og Erdal (2018, s. 24) hevder at det i flere kommuner er forsøkt å samle tjenester for å nå ut med bedre kvalitative tjenester til barn og unge. Formålet med dette er blant annet å få til bedre samarbeid gjennom felles ledelse og i noen tilfeller samlokalisering. En slik organisering kan potensielt også ha økonomiske fordeler. En utfordring kan imidlertid være motstand i de ulike enhetene eller avdelingene, fordi den enkelte avdeling og enhet sin selvstendighet påvirkes. Makt og styring blir overført til en felles enhet hvor beslutninger vil være forpliktende for alle. Ved slike omorganiseringer bør de ansatte involveres i prosessen. Dette kan bidra til å øke deres eierforhold til den nye organiseringen (Glavin & Erdal, 2018, s. 25).

## 2.6 Oppsummering

Helse kan ses som et bredt begrep som omfatter både fysiske, psykiske og sosiale og åndelige forhold. Derfor handler helsefremmende arbeid om innsats for å gjøre mennesker i stand til å ta kontroll over egen helse på flere arenaer. Ulikheter i helsetilstand som kommer av sosiale faktorer som økonomi, utdanning og boforhold kan ses som urettferdig. Et viktig ledd i det helsefremmende arbeidet er derfor utjevning av sosial ulikhet i helse. Vi har presentert helsedeterminantmodellen som illustrerer hvordan ulike nivåer i samfunnet påvirker helsetilstanden til individer. Helsefremmende arbeid er en sentral del av folkehelsearbeidet. På grunn av desentraliserte styringsforhold har kommunene en stor rolle i dette arbeidet. Folkehelseoven (2011) legger føringer for at kommunenes folkehelsearbeid skal være systematisk og langsiktig. Samtidig er det viktig med samordnet innsats både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Fordi folkehelsen påvirkes av flere ulike forhold i samfunnet er det nødvendig at alle sektorer og nivåer tar høyde for dette. Samkjøring og samarbeid på tvers av sektorer for å oppnå felles helsemål er derfor sentralt. Samtidig er det å få til slike samarbeid utfordrende. Flere faktorer kan bidra til å styrke tverrfaglig samarbeid, slik som forankring, felles verdigrunnlag og kjennskap til hverandres tjenester.

Teorien som er presentert i dette kapitlet vil bidra inn som et grunnlag når våre funn diskuteres senere i oppgaven. I neste kapittel vil vi gjøre rede for aktuell forskning som er gjort innenfor den tematikken vi undersøker i denne oppgaven.



### 3.0 Litteraturgjennomgang

Formålet med litteraturgjennomgangen er å kartlegge hvilken empiri og kunnskap som er publisert som omhandler vår tematikk. Vi vil i det følgende gjøre rede for fremgangsmåte for litteratursøk og hvordan vi innhentet litteraturen. Deretter vil vi presentere eksisterende litteratur som omhandler folkehelse og sosial ulikhet i helse på kommunalt nivå, samt hvilke mangler som finnes.

Vi startet med å definere inklusjons- og eksklusjonskriterier. Deretter laget vi en liste med søkeord på henholdsvis engelsk og norsk, som *social inequity*, *social inequality*, *social determinant*, *public health*, *municipalities*, *intersectoral collaboration*, *sosial ulikhet i helse*, *folkehelse*, *kommuner* og *tverrsektorielt samarbeid*. Vi gjorde søk i Medline, Psychinfo, Web of Science, Proquest, IDUNN, Oria og Google Scholar. Ord med flere mulige endinger ble søkt med trunkering [\*], sammensatt med AND og OR (OG og ELLER). Vi gjennomførte flere søk i databasene med ulike sammensetninger av våre søkeord. Søket ble begrenset til litteratur på norsk og engelsk, publisert etter 2012. Andre inklusjonskriterier var litteratur som handlet om sosial ulikhet eller folkehelsearbeid i offentlige organisasjoner (kommunale, regionale og nasjonale). Dersom det dukket opp artikler publisert før 2012 ble de vurdert etter relevans.

Gjennom søkeprosessen vurderte vi artiklene basert på tittel. De titlene som virket aktuell i henhold til våre inklusjonskriterier ble samlet opp, og sammendragene ble lest. Der sammendragene også ble vurdert som relevante ble artiklene skumlest i sin helhet. Her ble artikler som passet med våre kriterier lest gjennom flere ganger. Etter flere runder med gjennomlesing ble de artiklene vi anså som relevant inkludert, og vi skrev korte sammendrag av disse. Vi lette også gjennom referanselistene til aktuell litteratur og fant noen ekstra artikler der som også ble inkludert.

Litteraturen som er valgt ut består hovedsakelig av studier som handler om folkehelsearbeid i Skandinavia, men flere litteraturstudier inneholder forskning fra andre vestlige land. Disse landene har en organisatorisk struktur som ligner den norske og anses dermed som relevant. Litteraturen består hovedsakelig av kvantitativ og kvalitativ forskning, samt litteraturgjennomganger. Av artiklene inkludert som undersøker samarbeid på tvers av sektorer bruker de fleste en variant av begrepet tverrsektorielt samarbeid. Vi vil i denne

litteraturgjennomgangen omtale dette som tverrfaglig samarbeid, i tråd med valg av begrepsbruk som ble gjort i kapittel 2.0 *Teoretisk rammeverk*.

### **3.1 Utviklingen av det lokale folkehelsearbeidet**

Flere studier har undersøkt utviklingen i norske kommuner etter at folkehelseloven (2011) trådte i kraft. Andre internasjonale studier har kartlagt folkehelsearbeid på lokalt nivå. Vi vil i det følgende gjøre rede for denne forskningen. Den vil ta for seg tilnærming til folkehelsearbeidet i kommuneorganisasjonene, samt forståelse av og tilnærming til sosial ulikhet i helse.

#### ***3.1.1 Den systematiske tilnærmingen til folkehelsearbeidet***

Kommunene skal ifølge folkehelseloven legge til rette for et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid (Folkehelseloven, 2011). I Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid (2015, s. 8) kom det fram at nesten 60 % av kommunene ikke hadde inkludert folkehelseutfordringer i kommuneplanen. Samtidig manglet det samsvar mellom det som var ansett som viktige utfordringer og tiltakene som var satt i gang. For eksempel var det til tross for at flere anså sosial ulikhet som en utfordring kun et fåtall som hadde satt i gang tiltak med mål om utjevning. Hovedfunnene i undersøkelsen var at flere kommuner ikke hadde tilstrekkelig kunnskapsbasert, systematisk eller tverrfaglig forankret folkehelsearbeid (Riksrevisjonen, 2015, s. 8).

Lillefjell et al. (2018, s. 37) undersøkte hvordan kommunene fremmet systematisk, kunnskapsbasert og tverrsektorielt samarbeid rettet mot sosial ulikhet i helse. Forfatterne fant en enighet om at politisk forpliktelse til «helse i alt vi gjør» og samfunnsengasjement var sentralt. En felles forståelse av de kommunale utfordringene i folkehelsearbeidet var vesentlig. Videre var det viktig at folkehelse var forankret i kommunale planer. Dette var en forutsetning for at folkehelsearbeidet skulle bli et felles anliggende for sektorene, og dermed kunne fremme det tverrfaglige samarbeidet (Lillefjell et al., 2018, s. 41). Hofstad (2016, s. 571) undersøkte hvordan politisk lederskap og byråkratiske endringer kunne brukes til å styrke «helse i alt vi gjør». Bruk av planer var ansett som et tydelig virkemiddel i urban planlegging. En viktig forutsetning for at planlegging skulle fungere som et hjelpemiddel i folkehelsearbeidet var å få planene til å henge sammen. Ved å ha en klar og strategisk tilnærming i planarbeidet kunne det bidra til at de dro i samme retning. For å kunne integrere

det lokale folkehelsearbeidet i planleggingen var systematisering viktig. Politisk lederskap var en forutsetning for å få dette til (Hofstad, 2016, s. 572).

Etter at folkehelseloven trådte i kraft i 2012 har flere studier undersøkt hvordan kommunene har integrert folkehelsearbeidet. Fosse et al. (2018, s. 47) undersøkte hvordan folkehelselovens prinsipper ble implementert i kommunene. Det ble samlet inn data i 2011 og i 2014 gjennom intervjuer og landsdekkende spørreundersøkelser. Forfatterne fant en økning i bevissthet og kunnskap til innholdet i folkehelseloven, men at det varierte fra kommune til kommune. Videre hadde Fosse et al. (2019) gjort en videreføring med en spørreundersøkelse i 2017. Et økende antall kommuner hadde da rettet fokus mot betydningen av sosiale helsedeterminanter. De konkluderte dermed med at prinsippene i folkehelseloven i økende grad var integrert i kommunene fra 2011 til 2017 (Fosse et al., 2019, s. 539).

I forbindelse med implementeringen av folkehelseloven ble samhandlingsreformen introdusert. Formålet med denne var effektiv samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, samt å bidra til å skape lokalsamfunn som var helsefremmende. Hofstad og Schou (2017, s. 81) undersøkte hvordan kommunene som organisasjon forankret perspektivene som kom av samhandlingsreformen. Forfatterne pekte videre på tre virkemidler som ble sett som særskilt viktig for det kommunale folkehelsearbeidet: folkehelsens og planarbeidets kunnskapsgrunnlag, kommuneplanlegging og forsterking av det tverrfaglige samarbeidet (Hofstad & Schou, 2017, s. 86). Det ble også påpekt at samarbeid på tvers av offentlige og private arenaer var en viktig faktor i folkehelsearbeidet, og at halvparten av kommunene hadde økt samarbeid med frivillig sektor. Forfatterne konkluderte med at kommunene var i prosessen med å utvikle disse virkemidlene. Folkehelsearbeidet var mer systematisk, forankret i planarbeidet og hadde et større tverrfaglig fokus enn før oppstart av folkehelseloven og samhandlingsreformen (Hofstad & Schou, 2017, s. 87).

En overordnet prioritering av folkehelse og sosial ulikhet i helse var avhengig av at lederne i den kommunale administrasjonen hadde et tydelig delegert ansvar for å holde fokus (Hofstad, 2016, s. 572). Hofstad og Schou (2017, s. 85) hevdet at folkehelseloven i større grad gjorde folkehelse synlig på den politiske agendaen. Etter implementering av folkehelseloven hadde den kommunale administrasjonen i økende grad vært involvert i folkehelsearbeidet, der det tidligere var helsetjenestene som var hovedaktører (Fosse et al., 2018, s. 51; Hofstad &

Schou, 2017). Ettersom kommunene ble pålagt å inkludere folkehelse i kommuneplanen kunne dette ses som en naturlig utvikling (Fosse et al., 2018, s. 51).

Hagen et al. (2018) undersøkte sammenhengen mellom bruk av helseoversikter og folkehelsekoordinatorer og fordeling av ressurser mellom grupper i lokalsamfunnet (Hagen et al., 2018, s. 807). Nesten halvparten av kommunene rapporterte at de hadde styrket kompetansen på folkehelse (Hagen et al., 2018, s. 811). De kommunene som prioriterte å bygge folkehelsekompetanse hadde tre ganger så høy sannsynlighet for å prioritere tema sosial ulikhet (Hagen et al., 2018, s. 813).

### ***3.1.2 Kommuners tilnærming til sosial ulikhet i helse***

Folkehelseloven er tuftet på en forståelse av at folkehelsen påvirkes av de sosiale helsedeterminantene. Derfor er det sentralt at folkehelsearbeidet også rettes mot brede strukturer slik som levekår (Fosse et al., 2018, s. 49). Hagen et al. (2017, s. 977) undersøkte i hvilken grad levekår (økonomi, boforhold, arbeid og utdanning) ble inkludert i det lokale folkehelsearbeidet. Studien var basert på en landsdekkende tverrsnittsundersøkelse. Resultatene viste at 40 % av kommunene rapporterte levekår som en utfordring, og 48 % mente det var folkehelsearbeidets viktigste prioritering (Hagen et al., 2017, s. 982). De sistnevnte anså seg i tillegg som bedre rustet til å redusere helseulikheter enn de kommunene som ikke prioriterte levekår i like stor grad (Hagen et al., 2017, s. 983). Etablering av tverrfaglige arbeidsgrupper og interkommunale folkehelsesamarbeid ble sett som positivt i relasjon til prioritering av levekår i det kommunale folkehelsearbeidet (Hagen et al., 2017, s. 984). Det ble konkludert med at til tross for at de fleste kommunene mente at de var i stand til å redusere sosiale ulikheter i helse, var det færre enn halvparten som tok opp levekår som en del av sitt folkehelsearbeid. De kommunene som anså levekår som en viktig prioritering var i stor grad de samme som hadde etablert samarbeid på tvers av sektorer og kommuner (Hagen et al., 2017, s. 986).

Selv om temaer som bolig, arbeid og inntekt hadde et økende fokus i kommunene, fant Fosse et al. (2019, s. 545) at de var relativt lite prioritert blant de kommunene som ble undersøkt. Til tross for at flere kommuner hadde etablert tverrfaglige samarbeid, var det sjelden at for eksempel boligpolitikk ble diskutert i relasjon til sosial ulikhet i helse (Fosse et al., 2019, s. 550). Flere tiltak rettet mot marginaliserte grupper var satt i gang. Imidlertid fokuserte disse sjelden på boforhold. Til tross for at mange grunnårsaker også krever nasjonale tiltak har

kommunene myndighet via arealplan til å påvirke boligpolitikk og utvikle rekreasjonsområder (Fosse et al., 2019, s. 551).

Proporsjonal universalisme er en sentral tilnærming for å utjevne den sosiale gradienten. Eklund Karlsson et al. (2022) undersøkte hvorfor barnefattigdom var en utfordring i nordiske land til tross for omfattende velferdsordninger. Dette ble gjort gjennom en dokumentanalyse av nasjonale dokumenter (Eklund Karlsson et al., 2022, s. 3). Studien fant flere likheter mellom de nordiske landene. Flere hadde universelle ordninger som gratis oppfølging av gravide og grunnskole for alle barn. Forfatterne hevdet imidlertid at disse ordningene ikke kompenserte for barn og familier som var i risiko for å havne under fattigdomsgrensen. Et økt fokus på utjevning av sosiale ulikheter i kommunene med hovedvekt på målrettede tiltak, altså proporsjonal universalisme kunne være hensiktsmessig (Eklund Karlsson et al., 2022, s. 8).

Fosse et al. (2018, s. 49) fant at kommunene hadde en økende forståelse for folkehelse der sosial ulikhet i helse var sett på som en sentral utfordring. Imidlertid pekte forfatterne på at et stort fokus var rettet mot sårbare grupper, noe som kunne tyde på at kommunene ikke hadde en klar forståelse av den sosiale gradienten. Likevel var den foretrukne tilnærmingen universelle tiltak supplert med målrettede tiltak. Forfatterne mente dette kunne skyldes at Norge er en velferdsstat som i stor grad bygges på universelle tiltak (Fosse et al., 2018, s. 49). Lignende funn ble gjort av Fosse et al. (2019, s. 550). Der kom det fram at flere støttet ideen om universelle tiltak, men når ulikheter i helse ble diskutert havnet fokuset mest på sårbare grupper. Hofstad (2016, s. 571) hevdet at det være utfordrende å arbeide med konseptet sosial ulikhet i helse, og det kunne derfor være foretrukket å sette i gang tiltak rettet mot sårbare grupper i stedet for å tilnærme seg gradienten.

Handling rettet mot strukturelle forhold og levekår er sentralt i utjevning av sosial ulikhet i helse. Likevel viser forskning at lokale myndigheter har en tendens til å prioritere individuelle forhold og helseatferd i større grad. Fra spørreundersøkelsene i 2011 fant Fosse et al. (2018, s. 49) at kommunene rettet store deler av innsatsen mot helseatferd. Dette til tross for at nasjonale myndigheter la vekt på helsedeterminanter og tverrsektorielt samarbeid. Tallarek née Grimm et al. (2013, s. 230) undersøkte hvordan lokal folkehelseinnsats reflekterte nasjonale prioriteringer. De fant at kommunene i stor grad fokuserte på livsstilsfaktorer (Tallarek née Grimm et al., 2013, s. 230). Dette ble senere også funnet av Hofstad (2016, s.

571), som fant at helseforskningen retter seg mer mot helseatferd og kliniske problemstillinger i motsetning til sosiale helsedeterminanter. Hofstad (2016, s. 571) viste til en gradvis økt oppmerksomhet rundt folkehelse i kommuneplanlegging etter implementering av folkehelseloven. Imidlertid var det i byplanlegging en tendens til å velge tiltak som refereres til som «lavt hengende frukter», som for eksempel tilrettelegging for fysisk aktivitet.

Holt et al. (2017, s. 881) undersøkte tverrfaglig samarbeid i danske kommuner. Forfatterne pekte på at kommunene i hovedsak hadde fokus på helseatferd, mens årsaksforholdene til sosiale ulikheter ble oversett (Holt et al., 2017, s. 887). Forfatterne hevdet at å bruke konseptet helse som et argument for å øke samarbeid på tvers av sektorer forsterket denne trenden. Mer strukturelle forhold ble ignorert eller overlatt til sektorene som hadde hovedansvar for dette. Argumentet med at helse skulle integreres alle sektorer reduserte omfanget av intervensjoner som ble sett på som relevante. Det ble derfor i større grad fokusert på helseatferd (Holt et al., 2017, s. 887). Videre hevdet forfatterne at dette ikke betydde at kommunene ikke fokuserte på de strukturelle determinantene. Flere av disse som for eksempel utdanning, ble jobbet med uten at det ble sett i relasjon til helse (Holt et al., 2017, s. 888).

### ***3.1.3 Fremmende og hemmende faktorer i folkehelsearbeidet***

Flere studier trekker frem utfordringer i folkehelsearbeidet, men også hva som kan være gode forutsetninger for å lykkes. Weiss et al. (2016, s. 1) gjennomførte en litteraturstudie for å finne ut hvilken kunnskap som var tilgjengelig om utvikling og implementering av helsefremmende politikk på lokalt nivå. Studien inkluderte 51 artikler fra nordamerikanske land, Australia, New Zealand og flere europeiske land (Weiss et al., 2016, s. 5-8). Samarbeid om beslutninger ble ansett som det mest sentrale virkemiddelet for å oppnå folkehelsemålsettinger. Samtidig var felles mål og tillit ansett som viktig (Weiss et al., 2016, s. 4). Videre kunne ledere forbedre mulighetene til å påvirke folkehelsesatsingen i positiv retning når de konsekvent forpliktet seg til dette (Weiss et al., 2016, s. 9). Tilgang til personer med kunnskap og utdanning på folkehelseområdet var viktige tilretteleggere i arbeidet. Dersom implementering av tiltak ble planlagt med en langsiktig tidshorisont økte det sjansene for å lykkes (Weiss et al., 2016, s. 10).

Viktigheten av kunnskap om folkehelse ble trukket fram i studien til Synnevåg et al. (2018b, s. 982). Studien undersøkte hvordan tre norske kommuner implementerte «helse i alt vi gjør».

Deltakerne i studien vektla viktigheten av et flersidig kunnskapsgrunnlag, og flere mente at en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ kunnskap var nyttig for å kunne forme best mulig praksis (Synnevåg et al., 2018b, s. 986). Det var videre sentralt at kunnskap om folkehelse og prioriteringer ble inkludert i planarbeid og de administrative rutinene. Flere anerkjente viktigheten av å integrere folkehelsekunnskap i offentlige dokumenter. Samtidig ble det understreket at budsjett og statistikk ofte var førende for hvilken politikk som ble implementert i kommunene (Synnevåg et al., 2018b, s. 986).

Lillefjell et al. (2013) undersøkte styrker og svakheter i lokalt og regionalt folkehelsearbeid. En av de viktigste barrierene var manglende kompetanse på individnivå og i sammenheng med implementering, evaluering og politiske prosesser. Forfatterne fant en felles enighet om at forskning burde være sentralt i beslutningstaking. Imidlertid kunne andre verdigrunnlag som politikk, verdier, konkurrerende informasjonskilder, meninger og personlige erfaringer påvirke. Derfor var det ikke sikkert at forskning ble den kunnskapen som veide tyngst (Lillefjell et al., 2013, s. 775). Det å få politikere til å bruke forskningsbasert kunnskap i avgjørelser ble også sett som en utfordring (Lillefjell et al., 2013, s. 773). Deltakerne diskuterte om felles nasjonale retningslinjer kunne bidra til at de lokale prosessene med å gjøre kunnskap til praksis enklere (Lillefjell et al., 2013, s. 775).

Bekken et al. (2017) diskuterte i sin artikkel politikktutvikling for utjevning av sosial ulikhet i helse på kommunalt nivå. Forfatterne fant blant annet at nasjonale føringer var viktig for i hvilken grad den kommunale innsatsen ble ansett som effektiv (Bekken et al., 2017, s. 58). Nasjonale myndigheter sitter med virkemidler som er sentrale i innsatsen for utjevning av sosiale forskjeller fordi de kan påvirke grunnleggende årsaker til ulikhet. Således må det kommunale arbeidet støttes av nasjonal innsats for at det skal kunne ha effekt (Bekken et al., 2017, s. 58). Riksrevisjonens undersøkelse avdekket også at flere kommuner etterlyste bedre samkjøring av nasjonale myndigheter. En forankring på tvers av nasjonale sektorer kunne bidra til felles føringer som kunne formidles til kommunene (Riksrevisjonen, 2015, s. 77).

Helgesen et al. (2017b, s. 77) undersøkte hvilke forutsetninger og evner kommunene hadde for å utjevne sosiale ulikheter i helse. Forfatterne konkluderte med at det varierte fra kommune til kommune i hvilken grad de var i stand til å utjevne sosiale ulikheter. Men nasjonale og regionale ressurser kunne potensielt bidra til å holde innsatsen ved like dersom de bygget på de forutsetningene de hadde (Helgesen, et al., 2017b, s. 81). Samtidig hadde

kommunene stor frihet til å tilpasse politikken til sin egen kontekst. Eklund Karlsson et al. (2022) fant at dette i kombinasjon med begrensede ressurser kunne bidra til å øke de sosiale ulikhetene. Forfatterne hevdet at ujevn fordeling av ressurser til kommunene kunne være en pådriver for ulikhet, og anså det som nødvendig at nasjonale myndigheter i større grad understøttet kommunene i dette arbeidet (Eklund Karlsson et al., 2022, s. 8).

### ***3.1.4 Terminologi i folkehelse***

Noen studier har undersøkt hvordan begreper kan potensielt fremme eller hemme folkehelsearbeidet. Synnevåg et al. (2018a, s. 68) undersøkte hvordan folkehelse ble integrert som et tverrsektorielt ansvar i kommunene. Studien hadde fokus på folkehelsebegreper og hvordan disse ble overført fra nasjonale til kommunale kontekster (Synnevåg et al., 2018a, s. 69). Forfatterne fant at spesielle folkehelsebegrep kunne både hemme og fremme forståelse av «helse i alt vi gjør». Noen deltakere opplevde de som komplekse og diffuse, men det ble imidlertid formidlet at denne diffusiteten var nødvendig, fordi det fikk kommunene til å tilpasse dem til sin lokale kontekst (Synnevåg et al., 2018a, s. 70). Forfatterne fant at helsebegrepet kunne bli sett som en utfordring fordi det forhindret forståelsen for folkehelse var et felles ansvar på tvers av sektorer. Samtidig var det andre som mente at folkehelseterminologier kunne fremme denne forståelsen (Synnevåg et al., 2018a, s. 70). Noen stilte spørsmål ved bruken av disse begrepene fordi flere av oppgavene relatert til folkehelse allerede var ulike sektors ansvar uten at det ble referert til som folkehelsearbeid. Å referere til allerede etablerte kommunale aktiviteter som helsearbeid gav økt risiko for opplevelsen av «helseimperialisme» (Synnevåg et al., 2018a, s. 70). Forfatterne konkluderte med at tilpasninger av folkehelseterminologier kunne være både fordelaktig og nødvendige, så lenge ikke disse endringene gikk på akkord med de grunnleggende prinsippene i folkehelsesloven slik som kunnskap, ansvarsfordeling og en systematisk tilnærming (Synnevåg et al., 2018a, s. 73).

Scheele et al. (2018) undersøkte hvordan «helse i alt vi gjør» ble implementert i skandinaviske kommuner. Politisk forpliktelse til sosial ulikhet i helse kunne være utfordrende. En hovedutfordring var at konseptet med rettferdig helsefordeling kunne anses som mindre relaterbart for andre sektorer enn helsesektoren. Forfatterne antydte at en metode for å sikre bedre tilslutning på tvers av sektorer kunne være å introdusere en forståelse som var bredere og mer inkluderende, slik som for eksempel «sosial bærekraft» eller



«menneskerettigheter». De poengterte imidlertid at disse konseptene ikke var ment som en erstatning for fokuset på rettferdig helsefordeling (Scheele et al., 2018, s. 64).

Hofstad og Bergsli (2017) publiserte en NIBR-rapport som undersøkte sammenhengen mellom folkehelse og sosial bærekraft. Som et ledd i dette undersøkte forfatterne hvordan folkehelse ble jobbet med i kommunene (Hofstad & Bergsli, 2017, s. 67). Informantene fortalte om at kommunene de jobbet i brukte bærekraft som et overordnet begrep i folkehelsearbeidet. Dette bidro til å unngå utfordringen med at man forstod folkehelsearbeid som synonymt med helseatferd (Hofstad & Bergsli, 2017, s. 68). Bærekraftsbegrepet hadde også større evne til å engasjere politikere fordi det var attraktivt (Hofstad & Bergsli, 2017, s. 69).

### **3.1.5 Kunnskapsutvikling**

Kunnskap har blitt trukket frem i flere studier som en viktig forutsetning i folkehelsearbeidet. Bekken et al. (2017, s. 60) hevdet at dersom kommunene skal klare å ta ansvar for sosial ulikhet i helse trengs det bedre og mer relevante data på lokalt nivå. Dette ble også funnet av Scheele et al. (2018, s. 63), der informantene etterlyste forslag til tiltak og politikk som kunne tilpasses lokale forhold. Lillefjell et al (2013, s. 773) fant i sin studie mangel på kunnskap om hvilke faktorer som fremmer god helse i motsetning til sykdomsfremkallende faktorer, og forholdet mellom helseindikatorer og andre påvirkende faktorer (Lillefjell et al., 2013, s. 773). Det var også begrenset kunnskap om gode strategier for implementering av intervensjoner (Lillefjell et al., 2013, s. 773; Scheele et al., 2018, s. 63). Denne mangelen på kunnskap gjorde det utfordrende å finne grunnlag for finansiering (Scheele et al., 2018, s. 63).

Tallarek née Grimm et al. (2013, s. 231) hevdet at det til tross for bred enighet om at informasjon og kunnskap var sentralt for å fremme kompetanse og forståelse for de ulike nivåene av helse, var det å omgjøre kunnskap til praksis en utfordring. Bekken et al. (2017, s. 59) diskuterte at tiltak eller intervensjoner som ble iverksatt ikke ble tilstrekkelig evaluert. I Lillefjell et al. (2018, s. 41) sin studie var det en generell enighet om at for å oppnå en felles forståelse for kommunens utfordringer var det viktig å identifisere og analysere den best tilgjengelige kunnskapen. Kunnskapen burde komme fra flere hold enn helsesektoren, og inneholde både positive og negative faktorer for helse og reflektere innbyggernes faktiske behov (Lillefjell et al., 2018, s. 41).

Folkehelseloven pålegger kommunene å utvikle oversikt over forholdene som påvirker den lokale folkehelsen (Folkehelseloven, 2011, §5). Helseoversikter er også et sentralt verktøy for å sikre en tverrsektoriell forankring av det lokale folkehelsearbeidet (Hofstad, 2016, s. 568; Lillefjell et al., 2018, s. 41). Bekken et al. (2017, s. 58) pekte på at arbeidet med utvikling av helseoversikter var et relativt nytt ansvarsområde for kommunene. Utvikling av disse oversiktene krever et bredt kunnskapsgrunnlag fra ulike kilder (Hofstad, 2016, s. 569). Folkehelseinstituttet utvikler folkehelseprofiler til hver enkelt kommune som skal bidra til denne oversikten (Folkehelseloven, 2011, §25). Imidlertid opplevde flere at statistiske data fra nasjonale myndigheter var utfordrende å jobbe med fordi de var lite anvendelige (Hofstad, 2016, s. 570).

Nilsen og Feiring (2022, s. 1) undersøkte offentlig ansattes opplevelser av implementering av lokale folkehelseplaner i tre bydeler i Oslo kommune. Det å imøtekomme behovene til innbyggerne ble ansett som sentralt. Helseoversikter ble diskutert som et viktig verktøy for å få kunnskap om deres helsetilstand (Nilsen & Feiring, 2022, s. 5). Forskningslitteraturen viser at kommuner i økende grad har utviklet helseoversikter etter at folkehelseloven trådte i kraft (Fosse et al., 2018, s. 50; Fosse et al., 2019, s. 545; Hagen et al., 2018, s. 811), og en større andel enn tidligere brukte disse oversiktene som grunnlag for lokale prioriteringer i den kommunale planleggingen (Fosse et al., 2019, s. 549). Hagen et al. (2018, s. 813) fant i tillegg at kommuner som hadde utviklet oversikter hadde større sannsynlighet for å prioritere rettferdig fordeling enn kommuner som ikke hadde det. Forfatterne mente at dette kunne tyde på at selve prosessen med å utvikle helseoversikt kan bidra til forsterket oppmerksomhet og engasjement rundt den sosiale gradienten (Hagen et al., 2018, s. 813).

### ***3.1.6 Folkehelsekoordinator***

Bruk av folkehelsekoordinator kan bidra til å organisere kommunenes folkehelsearbeid (Helgesen et al., 2017b, s. 80). Samtidig er det et virkemiddel for å støtte en systematisk og samordnet tilnærming til det tverrfaglige samarbeidet (Prop. 90 L (2010-2011), s. 197). Folkehelsekoordinator er en stilling som flere kommuner har tatt i bruk de siste årene, og omfanget har økt etter implementeringen av folkehelseloven (Hagen et al., 2018, s. 810). Sentrale forutsetninger ved folkehelsekoordinatorens funksjon er at stillingsprosenten er tilstrekkelig høy og plassert sentralt i kommuneorganisasjonen (Fosse et al., 2018, s. 50; Helgesen et al., 2017b, s. 80; Hofstad, 2016, s. 572; Karlsen et al., 2022, s. 13). Disse

forutsetningene har innvirkning på hvordan folkehelsekoordinatorerne vurderer sin egen rolle og evne til å påvirke lokale avgjørelser og utarbeidelser (Karlsen et al., 2022, s. 13).

I forskningen var det funnet at folkehelsekoordinatorer flere steder var tilsatt i lave stillingsprosenter, og ofte i kombinasjon med andre stillinger i helsesektoren (Helgesen et al., 2017b, s. 80; Tallarek née Grimm et al., 2013, s. 231). Dette kunne potensielt hindre tverrfaglig samarbeid fordi prioriteringer i større grad ble rettet mot forhold i helsesektoren (Tallarek née Grimm et al., 2013, s. 233). Hensikten med at folkehelsekoordinatorerne kunne fungere som tilretteleggere for den tverrfaglige satsingen kunne utfordres når de var ansatt i lave stillingsprosenter (Fosse et al., 2018, s. 50). Dette vil si at det å ansette en folkehelsekoordinator ikke er tilstrekkelig. Stillingen bør være formet i en slik grad at den kan ha en reell påvirkning på implementeringen av det tverrfaglige folkehelsearbeidet (Karlsen et al., 2022, s.14).

Karlsen et al. (2022) gjennomførte en landsdekkende tverrsnittstudie blant folkehelsekoordinatorer i kommunene. Formålet var å undersøke hvordan det tverrfaglige samarbeidet bidro til å forankre sosial rettferdighet i politiske vedtak. Forfatterne fant at kommuner som brukte organisatoriske faktorer aktivt til å støtte det tverrfaglige arbeidet hadde større sannsynlighet for å kunne adressere sosiale helseulikheter. Dette innebar at folkehelsekoordinatorerne hadde tilstrekkelig store stillinger, plassering høyt i kommuneadministrasjonen og en klar rollebeskrivelse. De fant også en sammenheng mellom opplevd tverrfaglig arbeid og inkludering av folkehelse i budsjetter. Når folkehelsekoordinatorerne opplevde seg som tverrfaglige tilretteleggere var de i større grad i stand til å påvirke kommunens budsjett. Slik kunne de også påvirke politiske utfall (Karlsen et al., 2022, s. 13).

I studien til Hagen et al. (2018, s. 814) ble det funnet en negativ assosiasjon mellom ansettelse av folkehelsekoordinator etter implementering av folkehelseloven og rettferdig fordeling. Forfatterne diskuterte om det kunne tenkes at ansettelsen ble sett på som en handling som i seg selv skulle gi positive utslag. I så fall kunne organisering og beskrivelse av funksjonen til koordinatoren dermed bli nedprioritert (Hagen et al., 2018, s. 814). Bekken (2018) påpekte i en kommentar at utfordringer i relasjon til sosial ulikhet ofte adresseres i ulike sektorer. Hvis folkehelsekoordinatorer vektlegger helseperspektivet som argument for det tverrfaglige samarbeidet kan det bli dominerende foran perspektivet på sosiale ulikheter. Derfor hevdet

forfatteren at «helse i alt vi gjør» burde rette et større fokus mot de sosiale aspektene i det tverrfaglige arbeidet (Bekken, 2018, s. 1062). Holt (2018) argumenterte i sin kommentar også for at «helse i alt vi gjør» i stor grad fokuserer på helse. Dermed blir sektorenes egne bidrag for reduksjon av sosiale ulikheter oversett (Holt, 2018, s. 1163). Forfatteren viste også til andre mulige årsaker til den negative assosiasjonen. For eksempel var folkehelsekoordinatorens utdanning og erfaring relevant for i hvilken grad de klarte å mobilisere på tvers av sektorer (Holt, 2018, s. 1162).

### **3.2 Finansiering**

Finansiering av initiativer og tiltak ses som en viktig fasiliterende faktor for folkehelsearbeidet og implementering av “helse i alt vi gjør” i kommunene (Guglielmin et al., 2018; Van Vliet-Brown et al., 2018, s. 718; Weiss et al., 2016). De norske informantene i studien til Scheele et al. (2018) viste til at folkehelseloven gav dem en legitimitet i folkehelsearbeidet som ble ansett som viktig for argumentasjon for å få økonomiske midler (Scheele et al., 2018, s. 63).

Folkehelselovens legger såkalte myke føringer for kommunene, og de har en relativt stor grad av frihet til å gjøre egne politiske og økonomiske vurderinger (Fosse et al., 2019, s. 551). Med introduksjonen av denne loven ble ikke kommunene bevilget generell økonomisk finansiering. Økonomisk støtte er i stedet tilgjengelig gjennom prosjekter og andre tidsbegrensede finansieringer (Fosse et al., 2019, s. 551). Riksrevisjonen (2015, s. 51) fant at flere kommuner opplevde at valg av tiltak i kommunene baserte seg på tilskuddsmidlene som ble gitt fra fylkeskommunen og staten. Noen kommuner opplevde tilskuddsmidler som positivt da de bidro til økt satsing på folkehelse tiltak. Det var også lettere å videreføre det som hadde effekt. Samtidig samsvarte ikke alltid lengden på prosjektene med ønsket om å satse langsiktig. Videreføring når midlene var slutt var utfordrende (Riksrevisjonen, 2015, s. 51). Helgesen et al. (2017b, s. 80) hevdet at denne formen for finansiering var fragmentert og kunne begrense hvordan kommunene utviklet og implementerte lokal folkehelsepolitikk. Samtidig hadde den en ovenfra-ned tilnærming der nasjonale og regionale myndigheter la føringer for hva de anså som viktige prioriteringer. Andre tiltak kommunen ønsket å prioritere måtte de finne økonomiske midler til i eget budsjett (Helgesen et al., 2017b, s. 80).

Weiss et al. (2016) fant i sin litteraturstudie at økonomi ble regnet som en viktig forutsetning for å styrke det lokale folkehelsearbeidet. Begrensede midler kunne imidlertid medføre “konkurranse” om hva som skulle prioriteres. Noen av artiklene i litteraturgjennomgangen hevdet at når ressursene ble brukt for å oppnå felles mål, reduserte presset på midlene. Dermed ble de også opplevd som mer tilgjengelig (Weiss et al., 2016, s. 9). Tallarek née Grimm et al. (2013, s. 233) fant at generelle midler fra nasjonalt hold i varierende grad ble brukt til folkehelseinitiativer. De argumenterte for at midler som var øremerkede potensielt kunne bidra til å holde sosiale ulikheter på den politiske agendaen.

Pinto et al. (2015) gjennomførte en kvalitativ studie i tre regioner i Sverige, Canada og Australia. Formålet med studien var å undersøke hvordan økonomi påvirket «helse i alt vi gjør». En vurdering av økonomiske hensyn var sentral for å fremme tilnærmingen og øke oppslutningen til den (Pinto et al., 2015, s. 4). Samtidig ble utnyttelse av menneskelige ressurser ansett som sentralt i det tverrfaglige samarbeidet, og for enkelte var det viktigere enn økonomisk finansiering. Manglende økonomiske ressurser ble imidlertid ansett som begrensende for «helse i alt vi gjør» (Pinto et al., 2015, s. 5). Videre hevdet forfatterne at finansiering i seg selv hadde en symbolsk verdi. Manglende finansiering kunne signalisere at det ikke var et viktig område å prioritere. Dermed kunne mindre finansiering føre til at ansatte fokuserte mer på egne oppgaver og ikke var like åpne for å samarbeide på tvers. Finansiering gjennom prosjekter ble sett på som en utfordring fordi det begrenset tidshorisonten for arbeidet. Når finansieringen var slutt kunne engasjementet for arbeidet falle (Pinto et al., 2015, s. 5).

### **3.3 Lokal tilnærming til «helse i alt vi gjør»**

Van Vliet-Brown et al. (2018, s. 719) gjennomførte en litteraturstudie for å undersøke hvordan «helse i alt vi gjør» ble implementert i kommuner. Studien inkluderte litteratur fra Canada, USA og flere europeiske land (Van Vliet-Brown et al., 2018, s. 716). Funnene viste at kommunene var i tidlige stadier av implementering av «helse i alt vi gjør». Det var gjort en del forskning på nasjonalt nivå, men forfatterne etterlyste mer forskning fra kommunene.

Støtte og politisk forpliktelse fra nasjonale myndigheter er vesentlig for å øke prioriteringer til arbeid med sosial ulikhet i helse (Fosse et al., 2019, s. 51). En del strukturelle tiltak som for eksempel skatt, ligger på nasjonalt nivå. Derfor er samarbeid på tvers av sektorer på nasjonalt

nivå også viktig for å styrke kommunenes innsats (Holt et al., 2017, s. 887). Hofstad (2016, s. 572) hevder at politisk lederskap er en tilnærming som kan sikre koordinering og varighet i folkehelsearbeidet. En ulempe med dette er imidlertid at politiske fokus og trender endrer seg over tid. Men dersom politisk lederskap ble kombinert med en godt forankret strategi i den kommunale administrasjonen økte sannsynligheten for at tilnærmingen fungerte (Hofstad, 2016, s. 572). Deltakerne i studien til Scheele et al. (2018, s. 60), som omfattet de skandinaviske landene, opplevde imidlertid at reduksjon av helseulikheter var en utfordring til tross for at det var et politisk mål, fordi den politiske forpliktelsen ikke var tilstrekkelig.

Guglielmin et al. (2018, s. 284) gjennomførte en litteraturstudie for å undersøke hvordan «helse i alt vi gjør» ble implementert hos lokale myndigheter. Artikkelen inkluderte offentlige dokumenter og vitenskapelige artikler fra fjorten land, primært amerikanske og europeiske. En andel av artiklene beskrev en felles visjon av «helse i alt vi gjør» som sentralt, men utfordrende. En utfordring var at tilnærmingen kunne oppfattes som ekstraarbeid for ikke-helsesektorer, eller at ansatte fra disse sektorene opplevde at viktige utfordringer ble nedprioritert til fordel for helseutfordringer (Guglielmin et al., 2018, s. 287). Synnevåg et al. (2019, s. 1) undersøkte i hvilken grad «helse i alt vi gjør» ble sett på som en legitim tilnærming. Forfatterne tok utgangspunkt i normativ, regulativ, pragmatisk og kognitiv legitimitet. De fant blant annet at tverrfaglige tilnærminger potensielt kunne føre til konflikter mellom profesjoner. Ulike forståelser av ansvar, roller, verdier og normer kunne påvirke i hvilken grad det tverrsektorielle samarbeidet ble ansett som nyttig for den enkelte. Forfatterne konkluderte med at det var lettere å oppnå regulativ legitimitet i den forstand at det var forankret i et lovverk enn andre former for legitimitet (Synnevåg et al., 2019, s. 8).

### ***3.3.1 Tverrfaglig samarbeid***

Bruk av tverrfaglige arbeidsgrupper er et virkemiddel som kan bidra til å koordinere innsats for å oppnå kommunens folkehelsemål (Helgesen et al., 2017b, s. 81). Etter implementeringen av folkehelseloven har et økt antall norske kommuner etablert tverrfaglige arbeidsgrupper. Van Vliet-Brown et al. (2018, s. 718) viste til at samarbeid med bred representasjon og felles mål kunne være positive faktorer for implementering av «helse i alt vi gjør». Organisatoriske virkemidler som arbeidsgrupper med folkehelsekompetanse og inkludering av «helse i alt vi gjør» i planer var også viktige faktorer (Van Vliet-Brown et al., 2018, s. 718).

Holt et al. (2018) undersøkte hvordan danske kommuner organiserte det tverrfaglige folkehelsearbeidet. Kommunene hadde forsøkt flere ulike måter å organisere det på. Imidlertid ble det raskt endret når de ikke opplevde at organiseringene bidro til forankring slik det var tenkt (Holt et al., 2018, s. 50). Organisering av personer eller avdelinger med ansvar for folkehelse sentralt i kommunens administrasjon skulle bidra til å øke synlighet og mandat på tvers av sektorene. Imidlertid kunne dette medføre at medarbeiderne mistet den daglige kontakten med samarbeidspartnere, og at de dermed ble mindre synlige (Holt et al., 2018, s. 52). Tanken om at folkehelse skulle få en større autoritet sentralt i organisasjonen viste seg heller ikke å være riktig (Holt et al., 2018, s. 55). Forsøk med tverrfaglige samarbeidsgrupper fungerte også ofte dårlig, da det ble oppgitt at de manglet «driv» til å oppnå politiske mål (Holt et al., 2018, s. 53). Forfatterne konkluderte med at i stedet for å forsøke å omstrukturere grensene som finnes i alle kommuner, kunne det være mer hensiktsmessig å heller finne bedre metoder for å jobbe rundt de eksisterende grensene. For eksempel kunne dette være ved å anerkjenne den rollen de ulike sektorene hadde i folkehelsearbeidet (Holt et al., 2018, s. 56).

Larsen et al. (2014) undersøkte implementering av tverrfaglig folkehelsepolitikk i Danmark. Forfatterne fant at flere fremmede faktorer som politisk støtte, involvering av innbyggerne, samarbeid med lokale media, finansiering og samarbeid med forskningsmiljø kunne bidra til å styrke den tverrfaglige tilnærmingen. Implementering av tverrfaglig politikk medførte økt dialog mellom sektorene om felles saker fordi de hadde en møtearena. “Helse i alt vi gjør” i seg selv ble sett som fremmede fordi det gav samarbeidet et klart mandat (Larsen et al., 2014, s. 655). Samtidig identifiserte Larsen et al. (2014, s. 654) flere potensielle barrierer, som manglende politisk forpliktelse og eierskap til tilnærmingen. Vertikale strukturer var også en hindrende faktor for det tverrfaglige samarbeidet. De ulike sektorene hadde sine respektive lover og budsjetter å forholde seg til. Dette medførte at det ikke nødvendigvis ble opplevd som motiverende å samarbeide på tvers (Larsen et al., 2014, s. 654). Samtidig har de såkalte «siloene» en hensikt og funksjon. Offentlige myndigheters ansvarsområder er mange og komplekse. Ved å dele dem opp i sektorer blir det lettere å forholde seg til og utføre oppgavene på en god måte (Holt et al., 2018, s. 49). Måten å jobbe tverrsektorielt på kunne også bli opplevd som ekstra arbeid (Larsen et al., 2014, s. 654; Van Vliet-Brown et al, 2018, s. 718). Samtidig kunne prosessen med å skaffe finansiering på grunn av manglende øremerkede midler medføre frustrasjon (Larsen et al., 2014, s. 654).

I norske undersøkelser har ansatte med helsefaglig bakgrunn og helsesektoren i stor grad vært involvert i folkehelsearbeidet (Tallarek née Grimm et al., 2013, s. 231). Imidlertid har en økende andel inkludert aktører fra andre sektorer, samt fra den kommunale administrasjonen (Fosse et al., 2018, s. 50). Pålegget om å inkludere folkehelse på tvers av sektorer kunne bli oppfattet som en form for helsedominans (Synnevåg et al., 2018b, s. 987). Det ble ansett som viktig at det tverrfaglige samarbeidet ble sett på som et felles anliggende uten et dominerende helsevesen i ledelsen (Larsen et al., 2014, s. 655).

Fukkink & Laliatu (2020) gjennomførte en sammenstilling av tilgjengelig forskning som omhandlet tverrfaglige samarbeid rundt barn i lokalsamfunn. Formålet var å identifisere potensielle fremmere og hemmere for det tverrfaglige samarbeidet (Fukkink & Laliatu, 2020, s. 1). Kommunikasjon og tillit var blant viktige faktorer for det tverrfaglige samarbeidet (Fukkink & Laliatu, 2020, s. 4). Videre var samlokalisering og organisering av både formelle og uformelle fysiske møter ansett som positive faktorer for det tverrfaglige samarbeidet (Fukkink & Laliatu, 2020, s. 8). Selv om artikkelen undersøker samarbeid rundt barn spesifikt anser vi det som hensiktsmessig å inkludere denne i litteraturgjennomgangen da flere faktorer trolig kan overføres til folkehelsearbeid i kommuner.

### **3.4 Sammenfatning av forskning og forskningshull**

Som vist finnes det et bredt utvalg av studier som undersøker kommunenes forståelse av og tilnærming til folkehelsearbeidet. Flere har sett på hvordan det systematiske folkehelsearbeidet forankres i planarbeid og på tvers av sektorer. Samtidig etterlyses det kunnskap om hvilken politikk og hvilke tiltak som har effekt. Det er anerkjent at lokale behov og forhold varierer. Dermed må implementering av tiltak også tilpasses den enkelte kommune. Evaluering av tiltak kan dermed ses som essensielt for å vurdere hvilke aspekter av et tiltak som kan overføres til andre kommuner. Flere har også undersøkt hvordan kommunene integrerer organisatoriske virkemidler som planlegging og sentral forankring av folkehelse. Samtidig har kommunene stor autonomi, noe som åpner for variasjoner i implementering. Flere studier legger vekt på at begrenset økonomi kan være en barriere for folkehelsearbeidet. Demografi og andre forhold påvirker også hvordan kommunene prioriterer og organiserer tjenestene sine. Dermed vil det over tid være nyttig å undersøke utviklingen i det kommunale folkehelsearbeidet, og hva de har disponibelt til arbeidet. Flere studier trekker frem «helse i alt vi gjør» og tverrfaglig samarbeid som viktige virkemidler for det lokale



folkehelsearbeidet. Samtidig er det å få til gode samarbeid er en vedvarende utfordring. Derfor vil det være nyttig med ytterligere forskning på ulike metoder for å få samarbeid til å fungere på best mulig måte.

## 4.0 Studiens hensikt og problemstilling

Folkehelseloven (2011, §4) pålegger kommunene å integrere folkehelse i sitt arbeid med de virkemidler de har til rådighet. Med dette ligger det også føringer for arbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivå (Folkehelseloven 2011, §1). Dette forutsetter at kommunene har tilstrekkelig kunnskap og ressurser, samt gode virkemidler. Det lokale folkehelsearbeidet har blitt undersøkt etter implementering av folkehelseloven. Imidlertid kan det tenkes at man kan se en utvikling siden disse studiene ble gjort. Derfor vil funn gjort i dag potensielt kunne avdekke utviklingstrekk eller forhold som man ikke har sett tidligere. På den måten kan man potensielt trekke fram gode eksempler som kan nyttiggjøres av fylkeskommunen og andre kommuner.

Undersøkelse av kommuners arbeid med sosial ulikhet i helse er i tråd med program for folkehelsearbeid i kommunene sin tiårige (2017-2027) satsing hvor formålet blant annet er å bidra til et langsiktig og helsefremmende folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2019). I mars 2022 ble *Handlingsprogram for folkehelse Vestland (2022- 2025)* vedtatt hvor to av satsingsområdene er kunnskapsbasert folkehelsearbeid og utjevning av sosial ulikhet i helse. Forskjell i utdanningsnivå og forventet levealder har økt mer i Vestland enn i resten av Norge, og det er økende økonomiske ulikheter. Fylkeskommunen ønsker å bedre den systematiske måten sosiale ulikheter i helse arbeides med, og ønsker i tillegg å se på hvilke virkemidler som kan tas i bruk lokalt (Vestland Fylkeskommune, 2022, s. 10). Vår oppgave inngår HEMIL-instituttets oppdragsprosjekt fra Vestland fylkeskommune. Oppdragsprosjektet har som formål å undersøke temaet sosial bærekraft i folkehelsearbeidet, og undersøker også kommuners tilgjengelige virkemidler i arbeidet med utjevning av sosial ulikhet i helse. Med bakgrunn i dette formuleres følgende problemstilling med tilhørende spørsmål:

Hvordan jobber to vestlandskommuner med folkehelse med særlig vekt på utjevning av sosial ulikhet i helse?

Hvilke faktorer vektlegger kommunene i arbeidet med sosial ulikhet i helse?

Hvilke midler har kommunen til rådighet i arbeidet med å utjevne sosial ulikhet i helse?

Hvordan jobber kommunene på tvers av sektorer med utjevning av sosial ulikhet i helse?

## 5.0 Metodologi

Vi vil i det følgende presentere og gjøre rede for valg av metode. Først presenteres den vitenskapsteoretiske forankringen i vår oppgave og ulike strategiske metodologiske valg som er gjort. Videre vil vi beskrive og begrunne prosessen med innsamling og bearbeiding av datamateriale for denne studien. Til slutt gjør vi rede for kriterier som skal sikre at studien er av tilfredsstillende kvalitet samt etiske hensyn som tas i forskningsprosessen.

### 5.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Den vitenskapsteoretiske forankringen har betydning for hvilken informasjon vi søker, og danner grunnlag for den forståelsen som utvikles (Thagaard, 2018, s. 33). Det finnes flere ulike tilnærminger til samfunnsvitenskapelig forskning. En forklaring på dette er at de springer ut fra ulike filosofiske antakelser (Neuman, 2011, s. 93). De danner også grunnlaget for det vi kaller et paradigme. Et paradigme kan ses på som en tilnærming til og et rammeverk for vitenskapen. Paradigmer består av ulike syn og antagelser om den sosiale virkeligheten. Som følger av dette knyttes de til ulike teorier og metoder (Neuman, 2011, s. 96). Det finnes flere ulike paradigmer, og Neuman (2011, s. 94) beskriver tre sentrale: positivistisk, fortolkende og kritisk paradigme. Ofte er slike paradigmer implisitt i forskning (Punch, 2014, s. 14). Imidlertid kan åpenhet og bevissthet rundt egen forståelse og tolkning av hvordan den sosiale verdenen henger sammen gi en økt forståelse for valgene som tas (Neuman, 2011, s. 93).

Vi har i dette prosjektet valgt en forankring i det fortolkende paradigmet. Formålet med forskning innenfor dette paradigmet er å undersøke og utvikle en forståelse for det sosiale livet (Neuman, 2011, s. 104). I det fortolkende paradigmet skapes den sosiale virkeligheten av mennesker gjennom interaksjoner med andre mennesker (Neuman, 2011, s. 102-103). Dette medfører en forståelse av at flere virkeligheter er mulig (Neuman, 2011, s. 103). Målet er å lære om hvordan menneskene som studeres opplever hverdagen sin, og hva som ses som meningsfylt og viktig for dem (Neuman, 2011, s. 102). For å kunne oppnå en forståelse av den sosiale virkeligheten må den subjektive opplevelsen til andre mennesker undersøkes (Neuman, 2011, s. 104). Det stilles spørsmål om hva andre opplever som sant og relevant (Neuman, 2011, s. 103). Forskere innenfor det fortolkende paradigmet ønsker å lære hvordan verden fungerer ved å oppnå en dyptgående forståelse av andre mennesker (Neuman, 2011, s. 107). For å kunne oppnå en forståelse av den sosiale meningen er spesifikke kontekster og

meninger essensielt. Dermed må data som innhentes ses i lys av konteksten til paradigmet (Neuman, 2011, s. 106). Formålet med vår undersøkelse er å oppnå en dypere forståelse av hvordan to kommuner arbeider med sosial ulikhet i helse sett gjennom ansattes opplevelser og perspektiver. Forankring i det fortolkende paradigmet ligger til grunn for videre metodologiske valg som er gjort i forskningsprosessen.

## **5.2 Forskningsdesign**

Forskningsdesign er den faglige oppskriften på problemstillingens hvem, hva, hvor og hvordan. Det vil si at problemstillingen danner retningslinjene for hvilken metode, analyse og utvalg som er relevant for studien (Thagaard, 2018, s. 50). I det følgende vil vi presentere forskningsdesignet som brukes i studien.

### **5.2.1 Kvalitativ tilnærming**

Innenfor det fortolkende paradigmet regnes kvalitativ metode som den mest naturlige tilnærmingen til forskning (Neuman, 2011, s. 101). Kvalitativ forskning kan defineres helt enkelt som data som ikke kommer fra tall (Punch, 2014, s. 3). Det er en metode som forsøker å utforske og forstå andre menneskers opplevelse av et sosialt eller menneskelig problem i en gitt kontekst (Creswell & Creswell, 2018, s. 4). I kvalitativ metode er konteksten som undersøkes sentral for å forstå hvordan det påvirker menneskers handlinger og meninger (Yilmaz, 2013, s. 313). Kvalitativ metode innebærer ikke bare en beskrivelse av teksten. Den tolkes i tillegg på bakgrunn av den teoretiske bakgrunnen (Thagaard, 2018, s. 19). For å kunne undersøke hvordan kommunene arbeider med sosial ulikhet i helse og folkehelse, vurderte vi det som mest hensiktsmessig å anvende en kvalitativ metode. På denne måten kunne vi få frem deltakernes betraktninger og erfaringer innenfor feltet sitt.

### **5.2.2 Casestudie**

Det finnes flere ulike forskningsdesign innen kvalitativ metode, og hvilke design som velges vil påvirke hvilken tilnærming en har til forskningsprosessen (Creswell & Creswell, 2018, s. 11). Med bakgrunn i forskningsspørsmålene og valg av kvalitativ metode har vi vurdert det som hensiktsmessig å utføre dette som en casestudie. Det er imidlertid flere måter å definere en casestudie på (Creswell & Poth, 2018, s. 96). Vi velger å ta utgangspunkt i Creswell og Poth (2018) sin beskrivelse som presenteres i det følgende.

En casestudie innebærer å undersøke en eller flere caser innenfor gitte grenser (Creswell & Poth, 2018, s. 96). Casen undersøkes ved hjelp av detaljerte og dybdrike datainnsamlinger, og dataene hentes fra flere ulike kilder (Creswell & Poth, 2018, s. 96). En case må identifiseres og defineres. Det kan være alt fra et individ, en hendelse eller en organisasjon. Videre må de gitte parameterne eller grensene rundt casen defineres (Creswell & Poth, 2018, s. 97). Denne studien undersøker kommuners arbeid med sosial ulikhet i helse. Hvordan kommunen som organisasjon jobber med sosial ulikhet i helse utgjør grensene for casen. Et kjennetegn ved casestudier er gjennomføring av grundige undersøkelser fordi man ønsker å få en dyptgående forståelse. Derfor brukes det ofte flere ulike metoder for innsamling av informasjon, slik som intervjuer, observasjoner og dokumenter (Creswell & Poth, 2018, s. 98).

Det finnes flere ulike former for casestudier, og Creswell og Poth (2018, s. 99) refererer til de ulike typene som instrumentell, intern og kollektiv casestudie. I en kollektiv casestudie velger man to eller flere caser for å illustrere og undersøke problemstillingen. Ofte gjøres dette for å fremme ulike perspektiver på samme problemstilling. Thomas (2016, s. 173) fastslår at casestudier ikke er egnet for generalisering. Creswell og Poth (2018, s. 99) hevder imidlertid at hvis man skal generalisere, er den beste måten å velge caser som er godt egnet for det man ønsker å undersøke. I dette prosjektet er det valgt ut to kommuner som hver er en case. Formålet var å undersøke de to kommunenes arbeid med sosial ulikhet i helse for å få frem gode eksempler på hvordan kommunene jobber. Derfor kan denne studien ses som en kollektiv casestudie.

### ***5.2.3 Kvalitativt forskningsintervju***

Intervju er en nyttig og hyppig brukt metode for innsamling av data i samfunnsvitenskapelig forskning (Robson & McCartan, 2016, s. 280), og er det mest fremtredende verktøyet for datainnsamling i kvalitativ forskning (Punch, 2014, s. 144). Et intervju er en strukturert samtale med et spesielt formål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 22). Denne metoden søker å forstå hvordan deltakeren ser og opplever verden, og forstå betydningen av ulike erfaringer og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). Intervju er en nyttig metode for å avdekke andre menneskers oppfatninger, og hvordan deres virkelighet konstrueres (Punch, 2014, s. 144). Basert på det vitenskapsteoretiske utgangspunktet i denne studien kan kunnskapen som fremkommer av intervjuene ses på som produsert og konstruert mellom intervjueren og deltakeren i det sosiale samspillet. Denne konstruksjonen videreføres gjennom transkripsjon,

analyse og rapportering (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 76-77). Med bakgrunn i dette prosjektets formål ble individuelle intervjuer vurdert som mest hensiktsmessig for å få innblikk i hvordan de to kommunene arbeider med sosial ulikhet i helse. Dette som følge av at deltakerne var ansatt i ulike deler av kommunen. Ved individuelle intervjuer legger man i større grad til rette for at deltakerne selv kan utdype det de selv ønsker.

Intervjuer kan struktureres på ulike måter. Spørreundersøkelser begrenser svarmulighetene til et fåtall konkrete alternativer, mens ustrukturerte intervjuer tar mer form som en uformell og åpen samtale rundt et tema (Robson & McCartan, 2016, s. 284). I denne studien er semi-strukturerte intervjuer tatt i bruk. Dette innebærer at det ble utarbeidet en intervjuguide i forkant som legger føringer for hva samtalen skal handle om, men som likevel er åpen for uplanlagte spørsmål og utdypende svar (Robson & McCartan, 2016, s. 285). Denne formen gir en større fleksibilitet enn de strukturerte intervjuene, samtidig som det holder et fokus på temaet og sentrale spørsmål man ønsker å stille. Samtidig er det rom for ulike formuleringer av spørsmål og muligheter for å stille oppfølgingsspørsmål der en ønsker en utdypelse av temaet (Robson & McCartan, 2016, s. 290).

#### ***5.2.4 Utarbeiding av intervjuguide***

Basert på våre forskningsspørsmål og området vi ønsket å utforske, utarbeidet vi en intervjuguide i forkant av intervjuene (Vedlegg 1). Formålet var at denne skulle brukes som et hjelpemiddel og en sjekklister for de ulike områdene vi ønsket å gå inn på i løpet av samtalen med deltakerne (Robson & McCartan, 2016, s. 287). Før vi gikk i gang med prosjektet hadde vi utarbeidet en prosjektplan der vi hadde formulert forskningsspørsmål, og gjort undersøkelser av vårt tema. Det ble også hentet inspirasjon fra andre masteroppgaver som er skrevet om lignende temaer. I tillegg ble intervjuguiden diskutert med vår veileder, der vi fikk innspill og forslag til strukturering av guiden. Vi endte opp med seks hovedtema: “avdelingens arbeid”, “tverrsektorielt samarbeid”, “økonomiske ressurser”, “andre samarbeid” og “fremmere og hemmere”.

### **5.3 Datainnsamling**

Valgene som er beskrevet og begrunnet i det foregående danner grunnlaget for de videre valgene som ble gjort i henhold til datainnsamlingen. Vi vil i det følgende gjøre rede for denne prosessen.

### **5.3.1 Utvalg**

Innenfor kvalitativ forskning er strategisk utvelgning av deltakere nødvendig for å kunne oppnå en forståelse av det fenomenet som studeres. Dette innebærer å finne personer som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er relevante i forhold til forskningsspørsmålet (Thagaard, 2018, s. 54). For vårt formål ønsket vi å intervju ansatte som hadde kunnskap om det kommunale folkehelsearbeidet. Dette kunne bidra til å få frem de ansattes erfaringer, refleksjoner og opplevelse av hvordan kommunen arbeider med disse perspektivene.

Folkehelsearbeid skal etter folkehelseloven (2011) tas hensyn til i alle kommunale sektorer. Derfor ønsket vi å undersøke forståelsen til ansatte som hadde erfaring fra ulike sektorer og avdelinger på tvers i kommunene. Thagaard (2018, s. 55) trekker frem at dersom utvalget baserer seg på hva som er mest hensiktsmessig for forskningsspørsmålet vil ikke utvalget være representativt. Det vil si at når det rekrutteres personer med god innsikt innenfor tematikken betyr ikke det nødvendigvis at alle personer i kommunen har samme kunnskap. Dermed kan man i utgangspunktet ikke generalisere det til alle i kommunen. Imidlertid vil det i kvalitativ forskning ofte være et begrenset antall deltakere for å kunne foreta en dyptgående analyse av intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). Hvor mange deltakere som er nødvendig vil være avhengig av formålet med studien. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 148) inkluderer vanlige intervjuundersøkelser ofte mellom fem og 25 intervjuer. Hvor mange intervjuer som gjennomføres vil også være avhengig av hvor mye tid og ressurser som er tilgjengelig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148).

### **5.3.2 Rekruttering**

Vestland fylkeskommune er eier av prosjektet *sosial bærekraft i folkehelsearbeidet* som denne oppgaven var en del av. Derfor tok rekruttering av kommuner og deltakere utgangspunkt i fylkeskommunen. I samarbeid med sentrale aktører i prosjektet ble to kommuner valgt ut og kontaktet. Når kontakt mellom fylkeskommunen og kommunene var opprettet, og kommunene hadde sagt ja til å bli med på prosjektet, ble dette formidlet videre til oss via vår veileder. Da tok vi over og fortsatte den videre rekrutteringen. Både i Kinn kommune og Sveio kommune hadde vi en kontaktperson. Disse personene har fungert som “portvoktere”, det vil si personer som formelt gir forskere tilgang til feltet og informantene

man ønsker å intervju (Green & Thorogood, 2018, s. 91). Kontaktpersonene hadde posisjoner i kommunen som gjorde dem i stand til å bistå oss med rekruttering av informanter.

Vi hadde dialog med kontaktpersonene våre om hva vi ønsket undersøke og hvilke stillinger det var interessant for oss å intervju. Med disse ønskene som utgangspunkt ble relevante personer i kommunene identifisert og kontaktet av kontaktpersonene. De videreformidlet et informasjonsskriv om studien som vi hadde utarbeidet på forhånd. Skrivet gjorde rede for studiens formål, informantenes rettigheter og hvordan dataene skulle brukes og oppbevares, samt et samtykkeskjema (Vedlegg 2). Når deltakerne hadde samtykket til å bli med i studien fikk vi oppgitt kontaktinformasjonen deres. Vi fikk også bistand i begge kommunene med å planlegge intervjuene slik at de kunne gjennomføres over to dager. På denne måten kunne vi reise til deres kommunesentre og gjennomføre de fleste intervjuene fysisk. Det ble rekruttert sju deltakere i Sveio kommune og 11 deltakere i Kinn kommune, noe som resulterte i totalt 18 deltakere til studien. I Kinn kommune ble det ytret et sterkt ønske om å få tilsendt våre intervjuguider i forkant. Vi gjorde dette for å etterkomme deres ønsker, men ytret samtidig et forbehold om at intervjuguiden var vårt hjelpemiddel for å dekke alle temaene, og ikke en rigid "oppskrift" på intervjuet.

Om utvalget er tilstrekkelig kan vurderes ut fra hvorvidt vi mener at det er godt nok egnet til å utforske problemstillingen vår (Thagaard, 2018, s. 59). I vårt prosjekt undersøkte vi to ulike kommuner. Deltakere som var blitt rekruttert var ansatte i ulike stillinger og i ulike deler av kommunene. Vi vurderte at dette utvalget ville gi ulike perspektiver og opplevelser og derfor kunne svare på problemstillingen vår. Det var viktig at vi hadde tid til å gjennomføre en god analyse av datamaterialet vi fikk. Dette har bidratt til å begrense utvalget. Størrelsen av utvalget kan også vurderes ut fra et såkalt «metningspunkt». Det vil si at inkludering av flere deltakere ikke vil gi ytterligere forståelse av casen (Thagaard, 2018, s. 59). Etter gjennomførte intervjuer vurderte vi at antall deltakere var tilstrekkelig for å besvare vår problemstilling, og vi opplevde derfor et slags metningspunkt.

### ***5.3.3 Forberedelser til intervju***

I forkant av intervjuene som skulle gjøres i de respektive kommunene ble det gjennomført et prøveintervju med en ansatt i en annen kommune enn de som ble undersøkt. Ved å gjøre dette kunne vi teste ut intervjuguiden, samt øve oss på den faktiske intervjusituasjonen. På grunn av tidsmessige utfordringer (da prøveintervjuet skulle foregå et lite stykke unna vårt studiested)



var det en av oss som reiste ut og gjennomførte prøveintervjuet, mens den andre deltok via Teams. Derfor fikk kun en øvd på den faktiske intervjusituasjonen. En fordel vi opplevde ved å gjøre prøveintervju på denne måten var at den andre personen kunne observere og ta notater underveis. Begge diskuterte i etterkant hvordan det hadde gått og hvordan intervjuguiden fungerte. Det er en fordel om den som intervjues deler noen kvalifikasjoner med deltakerne som inkluderes i studien (Bryman, 2016, s. 261). Vår prøveinformant hadde en sentral administrativ rolle i helsesektoren. Vi diskuterte også med henne i etterkant og fikk tilbakemeldinger på hvordan hun hadde opplevd spørsmålene, flyten i intervjusamtalen og den generelle atmosfæren. Vi fikk konstruktive tilbakemeldinger som vi tok med oss i den videre forberedelsen av de faktiske intervjuene.

#### ***5.3.4 Gjennomføring av intervju***

I starten av desember 2022 ble det gjennomført intervjuer med sju deltakere i Sveio kommune. Tre ble gjennomført en dag, og fire neste dag. Alle intervjuene ble gjennomført på Sveio sitt kommunehus. På denne måten ble det kort vei for deltakerne til stedet der intervjuene skulle foregå. Videre ble det i midten av januar 2023 over to dager gjennomført åtte intervjuer i Kinn kommune. Fire intervjuer ble gjennomført en dag og fire påfølgende dag. Alle informantene hadde hovedkontor i Florø, og intervjuene ble gjort på deres kontorer eller nærliggende møterom. Ved å gjennomføre intervjuer på deltakernes «hjemmebane» i deres arbeidstid, kan det bidra til at de føler seg komfortable med situasjonen. I de to påfølgende ukene etter intervjuene i Kinn ble det gjennomført tre intervjuer via Teams. Dette ble gjort fordi tre av deltakerne ikke hadde mulighet til å gjennomføre intervjuet de dagene vi var i Florø. Digitale intervjuer medførte noen nye utfordringer. Vi mistet blant annet den uformelle atmosfæren som mer naturlig skjer ved fysisk møte, og småprat som ofte kan virke litt avvæpnende i situasjonen var ikke naturlig i samme grad. Det ble heller ikke like mye naturlig samspill som det ville vært når man kan lese hverandres kroppsspråk i sanntid, som når man fysisk er i samme rom.

Både i Sveio kommune og Kinn kommune ble det satt av en time til hvert intervju. Mellom intervjuene var det satt av minst 30 minutter. Dette gav oss mulighet til å fortsette intervjuene dersom deltakerne hadde mer å fortelle, eller om noe uforutsett førte til at de varte lenger enn det som var planlagt. Det gav oss også mulighet til å forberede oss til neste intervju. En av deltakerne i Kinn kommune hadde ikke anledning til å avsette en hel time, og derfor ble dette gjennomført med en litt kortere tidsramme. I forkant av dette intervjuet diskuterte vi sammen

hvilke spørsmål fra intervjuguiden vi skulle prioritere for å få best mulig datagrunnlag på den tiden som var disponibel. I Sveio kommune hadde intervjuene varighet på mellom 36 og 72 minutter. I Kinn kommune varte intervjuene mellom 39 og 83 minutter.

Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av lydopptak. Dette blir regnet som den vanligste måten å registrere et intervju på. På denne måten hadde vi mulighet til å konsentrere oss om selve intervjusituasjonen og dynamikken mellom oss og informantene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). I tillegg fanget båndopptakeren opp pauser, tonefall og ordvalg, som vi kunne gå tilbake og lytte til (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Dermed hadde vi en mer presis gjengivelse av intervjusituasjonen enn hvis vi for eksempel kun hadde tatt notater. Vi brukte to båndopptakere ved hvert intervju som en sikring, dersom noe uforutsett skulle skje med den ene. Det at vi var to intervjuere gav oss anledning til å veksle mellom roller. Vi byttet på å være den som hadde hovedansvar for gjennomføring av intervjuet. Den som ikke hadde hovedansvar fikk mulighet til å observere situasjonen og atmosfæren. Dermed bidro dette til å gi oss en dypere innsikt i konteksten intervjuene ble gjennomført i. I tillegg kunne den andre stille oppfølgingsspørsmål som bidro til økt innsikt i samtalen.

## **5.4 Bearbeiding av datamaterialet**

I denne delen vil vi ta for oss hvordan datamaterialet etter intervjuene har blitt behandlet, oppbevart og analysert.

### **5.4.1 Oppbevaring av datamaterialet**

Etter at intervjuene var gjennomført ble lydfilene overført til en ekstern harddisk for lagring. Informantene ble anonymisert ved at navnene deres ble erstattet med et nummer eller bokstav. Deltakerne fra Sveio kommune ble tildelt hvert sitt tall (1, 2, 3, 4...7), mens deltakerne fra Kinn kommune fikk bokstaver (A, B, C, D... K). Vi opprettet et dokument for hver kommune som viste hvilken kode som tilhørte hvilken deltaker. Disse dokumentene ble passordbeskyttet og lagret på en ekstern minnepenn. Når lydfilene var transkribert ble transkripsjonene oppbevart på våre personlige datamaskiner. Disse transkripsjonene inneholdt ikke personidentifiserende informasjon. Lydopptakene ble beholdt fram til funnene var analysert, presentert og godkjent av deltakerne (se kapittel 5.5.1 *Gyldighet*) og deretter slettet.

### **5.4.2 Transkribering**

Å transkribere betyr å omdanne fra en form til en annen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Transkribering er prosessen med å gjøre intervjusamtalen om til en skriftlig tekst, og det er denne som videre danner grunnlaget for analysen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204). Mye informasjon går tapt i transkripsjonene, fordi faktorer som stemmeleie og tempo for utfoldelse ikke kan leses gjennom dem (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Lite oppmerksomhet er tradisjonelt viet til transkripsjonsprosessen. Dette er imidlertid sentralt fordi det i seg selv er en fortolkningsprosess, og konstruksjonene underveis krever flere vurderinger og beslutninger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204).

Intervjuene ble transkribert i løpet av de påfølgende dagene etter gjennomføring av intervjuene. Vi delte arbeidet slik at vi transkriberte omtrent halvparten av intervjuene hver. Kvale og Brinkmann (2015, s. 207) anbefaler at det lages en transkripsjonsprosedyre slik at transkripsjonene er sammenlignbare. Vi ble på forhånd enig om hvordan vi skulle omsette lydfilene, slik at transkripsjonene ble gjennomført på likest mulig måte. Kvale og Brinkmann (2015, s. 303) påpeker at det gjennom transkriberingen er både viktig å fokusere på å beskytte deltakernes konfidensialitet, samtidig som intervjuene gjøres lesbare. Alle transkripsjonene ble oversatt til bokmål. Dette bidro til å anonymisere dialekter og eventuelle måter å ordlegge seg på som kunne være identifiserende for deltakerne. Samtalene ble transkribert ordrett i sin helhet med tilhørende pauser og ekstra ord slik som "eh". Vi ble enige om å utelukke muntlig respons fra oss som ble ytret samtidig som informantene fortalte, i form av «mhm» eller «ja», der vi ikke anså at disse tilføyde meningsinnhold til samtalen. Dette var for å skape en bedre flyt i teksten og gjøre det lettere å forstå meninger og ytringer i det som ble fortalt av informantene. For å sikre informantenes konfidensialitet ble opplysninger om personer og steder erstattet med en beskrivelse oppgitt i [klammer]. Latter og andre verbale- og nonverbale uttrykk som gestikuleringer ble skrevet i (parentes).

Når transkriberingen var gjennomført leste vi transkripsjonene den andre hadde produsert og kontrollerte dem mot lydopptakene. Vi endret eller tilføyde til transkripsjonen der vi merket at noe hadde blitt oversatt av den andre. Fortolkningsprosessene vil kunne påvirke meningsinnholdet i datamaterialet, som for eksempel hvor en setning starter, når det er pause og hvor man velger å sette punktum og komma (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211-212). En utfordring med at to personer transkriberer er at vår fortolkning av en samtale vil kunne være ulik. Dette kan utfordre transkripsjonens pålitelighet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211). Ved

å høre lydopptakene og lese transkripsjonene den andre hadde produsert, forsøkte vi å sikre at transkripsjonene ble en så nøyaktig gjengivelse av intervjusamtalene som mulig. Fra de sju intervjuene i Sveio kommune ble det transkribert 134 sider med datamateriale. Fra de 11 intervjuene i Kinn kommune var det 213 sider. Dette resulterte i totalt 347 sider med transkripsjon.

### ***5.4.3 Tematisk analyse***

Det finnes flere ulike måter å analysere intervjudata på. I denne oppgaven vil vi ta utgangspunkt i tematisk analyse slik som beskrevet i Braun og Clarke (2006). Formålet med en tematisk analyse er å identifisere, analysere og rapportere mønstre eller tema i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 79). Et tema kan beskrives som en samling av data med viktige fellestrekk. Samlet vil denne grupperingen av data kunne svare på forskningsspørsmålet (Johannessen et al., 2018, s. 279). Tematiseringen bidrar også til å holde orden og oversikt over dataene. Det kan også føre til at en oppdager nye sammenhenger i datamaterialet (Johannessen et al., 2018, s. 280). En fordel med en tematisk analyse er at den er fleksibel, og kan anvendes på tvers av teorier og filosofiske antakelser (Braun & Clarke, 2006, s. 78). Den er i tillegg godt egnet for studenter eller nye forskere (Braun & Clarke, 2006; Johannessen et al., 2018). I analysen kan forskeren tilnærme seg dataene enten ved å ta utgangspunkt i teori (teoribasert) eller følge dataene (datadrevet) uten å prøve å få dem til å passe inn i teori eller eksisterende rammer (Braun & Clarke, 2006, s. 83-84). Før vi startet analysen hadde vi allerede utarbeidet et teoretisk utgangspunkt med en problemstilling. Derfor ble analysen i stor grad teoribasert. Braun og Clarke (2006) beskriver en stegvis tematisk analyse som inneholder seks steg eller faser. Stegene er ikke statiske i en retning. Dette betyr at en beveger seg frem og tilbake mellom disse fasene gjennom analyseprosessen (Braun & Clarke, 2006, s. 86).

Vi anså det som hensiktsmessig å analysere datamaterialet fra de to kommunene separat. Dette gav oss mulighet til å identifisere perspektiver eller tilnærminger som var unik for en av kommunene. Intervjuene i Kinn kommune ble gjennomført før vi var ferdig med analysen av Sveio kommune. For å sikre at transkripsjonene i Kinn kommune ble så nøyaktig som mulig, transkriberte vi disse rett etter intervjuene var gjennomført. Deretter fortsatte vi med analysen av datamaterialet fra Sveio kommune. Når analysen var ferdig startet vi med analyse av Kinn kommunes data. Vi vil videre beskrive hvordan vi har analysert datamaterialet.

Steg en: gjøre seg kjent med datamaterialet

Formålet med den første fasen er å få oversikt over og bli kjent med datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 86). Fordi vi selv hadde gjennomført intervjuene, hadde vi kjennskap til datamaterialet i forkant av analysen. Dermed startet prosessen allerede ved datainnsamlingen. Etter intervjuene utvekslet vi førsteinntrykk og tanker rundt innholdet. Vi diskuterte hvilke poenger og mønstre vi opplevde gikk igjen hos flere informanter. Gjennom transkripsjonsprosessen gjorde vi oss bedre kjent med materialet (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Vi hørte på lydopptakene og leste gjennom transkripsjonene flere ganger og noterte ned foreløpige tanker og ideer som kunne være relevant videre.

Steg to: utvikling av koder

Denne fasen starter etter at forskeren har gått gjennom datamaterialet og notert ned foreløpige ideer. Med utgangspunkt i datamaterialet genereres det koder. Kodene lages ut fra segmenter i teksten som er interessante for forskeren (Braun & Clarke, 2006, s. 87), og handler om å “fremheve og sette ord på viktige poenger i dataene” (Johannessen et al., 2018, s. 284). Det finnes ulike digitale verktøy som kan brukes i denne prosessen. Vi valgte imidlertid å kode manuelt. Vi la transkripsjonene inn i Word-dokumenter, markerte segmenter og la inn kommentar med koden. Kodingen forsøkte vi å gjøre “datanær” ved at kodene i stor grad reflekterte innholdet i datamaterialet (Johannessen et al., 2018, s. 290).

Vi kodet de første to transkripsjonene sammen. Dette gjorde vi for å utarbeide en felles enighet om hvordan kodene skulle genereres. Deretter ble resten av transkripsjonene delt i to og vi kodet dem separat. Vi forsøkte å kode så mange potensielle mønstre som mulig for å ikke gå glipp av noe som kunne være interessant senere i prosessen (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Når vi var ferdig med å kode separat så vi gjennom og diskuterte alle kodene sammen. Noen av kodene ble revidert som følge av dette. På denne måten ble alle kodene kjent for begge og det var felles enighet om dem.

Steg tre: lete etter temaer

I denne fasen vil forskeren begynne å sortere kodene inn i potensielle tema. Dette gjøres ved å analysere kodene og vurdere hvordan de kan kombineres for å lage overordnede temaer eller undertema (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Alle kodene ble lagt inn i et felles dokument og sortert grovt etter spørsmålene i intervjuguiden for å få en oversikt. På dette stadiet hadde kodene fra hver transkripsjon sin egen farge (for eksempel: transkripsjon en = rød,

transkripsjon to = blå). Dette gjorde det lett for oss å finne tilbake til de originale utsagnene i transkripsjonene. Videre ble alle intervju spørsmålene fjernet fra dokumentet slik at bare kodene gjenstod. Deretter begynte prosessen med å se etter fellestrekk mellom kodene. Forskningsspørsmålet gir retning for tematiseringen. Hvordan man kategoriserer kodene vil derfor være avhengig hva man skal finne ut av (Johannessen et al., 2018, s. 295). Flere av temaene våre hadde likhetstrekk med både intervjuguide og forskningsspørsmål, mens andre temaer gav nye perspektiver. Enkelte koder kunne ikke plasseres etter de etablerte temaene, så de ble plassert nederst i dokumentet for koder som ikke ble kategorisert.

#### Steg fire: evaluere temaene

Forskeren vil i denne fasen revurdere og forbedre de foreløpige temaene. Her vil gjerne tema omorganiseres, slås sammen eller fjernes (Braun & Clarke, 2006, s. 91). Ved å ta utgangspunkt i forskningsspørsmålene gikk vi gjennom alle temaene med tilhørende koder. I denne prosessen ble det tydelig at flere overordnede temaer var overflødige. De ble derfor integrert i andre temaer. Vi så at enkelte koder ikke passet like godt under et tema som vi først hadde tenkt. Disse ble flyttet inn i mer passende temaer, og noen ble flyttet sammen med andre koder og nye temaer opprettet. Kodene som ikke var kategorisert ble stadig sjekket. Dette gjorde vi fordi vi gikk frem og tilbake i prosessen og ikke utelukket at de kunne passe inn i nye temaer. Flere undertema fremstod som veldig oppstykket, og ble slått sammen med andre eller fjernet. Ved slutten av dette steget hadde vi utarbeidet fire overordnede temaer som ble like for begge kommunene.

#### Steg fem: definere og navngi temaene

Her vil forskeren definere og forbedre temaene for å kunne identifisere hva som er essensen i hvert tema (Braun & Clarke, 2006, s. 92). Basert på alle kodene under hvert tema skrev vi oppsummeringer av temaene. Dette bidro til å synliggjøre og gi oss en bedre forståelse av hva de handlet om. Når vi hadde gjort dette ble det også tydeligere om det var behov for undertemaer og i hvilken grad de passet under hovedtemaene. Vi kategoriserte temaene slik at de følger gangen i forskningsspørsmålene våre. Fordi analysen i begge kommuner var drevet av samme forskningsspørsmål og samme teoretiske rammeverk, var hovedtemaene de samme. For å tydeliggjøre dette fikk hovedtemaene samme navn: *kommunens tilnærming til folkehelse og sosial ulikhet i helse, økonomiske ressurser, innsats for folkehelse og sosial ulikhet i helse og samarbeid*. To av hovedtemaene hadde imidlertid noen variasjoner i undertemaer, som vil presenteres i rapportering av studiens funn. Tabell 1 viser eksempel på analyse.

Tabell 1: Eksempel på analyse

	Tekstsegment	Kode	Tema
Sveio kommune	«...Det er folkehelse å tenke hele, ikke bare barn og unge. For barn og unge skal bli eldre de også en gang, men vi må favne dem hele løpet...»	Folkehelse er å tenke hele befolkningen	Kommunens tilnærming til folkehelse og sosial ulikhet i helse
Sveio kommune	«... innad i kommunen så tenker jeg at samarbeidet fungerer ganske bra. Det fungerer veldig greit. Og min opplevelse i alle fall er jo at samarbeid er noe som alle er bevisst på...»	Samarbeid fungerer bra	Samarbeid i kommunen (undertema)
Kinn kommune	«...altså det er ikke det som på en måte er uttalt, men ligger jo i bunnen av mye av det vi holder på med da...»	Sosial utjevning ligger i bunnen av mye kommunen holder på med	Kommunens tilnærming til folkehelse og sosial ulikhet i helse
Kinn kommune	«...Og da finner man gjerne årsak til at de ikke er med, og det kan være helt naturlige årsaker, men det kan og være økonomi, det kan være det med transport som er barriere...»	Nå ut for å finne årsak til manglende deltakelse	Hvordan nå ut til innbyggerne? (undertema)

#### Steg seks: skrive rapporten

Når funnene fra analysen gjengis er det viktig at den skrives på en måte som er logisk, konsis og interessant for leseren (Braun og Clarke, 2006, s. 93). Vi gikk litt frem og tilbake mellom de andre fasene for å gjøre små endringer i tematiseringen. Dette er naturlig del av prosessen ettersom fasene er tett knyttet opp mot hverandre (Johannessen et al., 2018, s. 301).

## **5.5 Kvalitet i forskningsprosessen**

Det finnes flere metoder og tilnærminger for å vurdere hvorvidt en studie er av kvalitet. Noen tar utgangspunkt i kvantitative kriterier, mens andre bruker kvalitative kriterier. Noen velger å kombinere kvalitative og kvantitative kriterier (Creswell & Poth, 2018, s. 254). Yilmaz (2013, s. 318) påpeker at bruken av kvantitative kriterier for å vurdere kvalitet i kvalitativ forskning kan være villedende. Ut fra de grunnleggende ulikhetene i den vitenskapsteoretiske forankringen bør kvalitativ forskning vurderes ut fra egne kriterier (Yilmaz, 2013, s. 319). Lincoln og Guba (1985, s. 290) trekker frem at det å sikre troverdighet er sentralt for å kunne fremme kvalitativ forskning som legitim forskning. For å kunne oppnå dette utarbeidet Lincoln og Guba (1985, s. 300) fire kvalitetskriterier som består av gyldighet, pålitelighet, overførbarhet og bekreftbarhet. Vi har tatt utgangspunkt i disse fire kriteriene når vi har vurdert oppgavens kvalitet. Vi vil i tillegg diskutere refleksivitet som et kriterium for å vurdere kvalitet.

### **5.5.1 Gyldighet**

Det at studiens funn fremstår som presise og sanne for både forskeren, deltakerne og leserne er med på å sikre gyldighet (Yilmaz, 2013, s. 31). «Member checking» er ifølge Lincoln og Guba (1985, s. 314) den mest sentrale metoden for å kunne oppnå gyldighet. Vi sendte de ferdige resultatene fra analysen til informantene. På denne måten kunne de selv undersøke om de opplevde at funnene stemte overens med deres virkelighet og eventuelt komme med innvendinger. Dette kan bidra til å sikre en mer nøyaktig fremstilling av funnene (Creswell & Creswell, 2018, s. 200). Triangulering kan også bidra til å sikre gyldighet i studien, og innebærer å bruke blant annet ulike metoder og data (Shenton, 2004, s. 65). Vi tok i bruk ulike dokumenter fra kommunene og brukte dem som et bakteppe for analysen. Dokumentene kunne bidra til å underbygge eller tydeliggjøre informantenes perspektiver. Dermed bidrar de til å øke sannsynligheten for at funnene stemmer overens med «virkeligheten». I tillegg kan det at vi snakket med informanter fra ulike sektorer og avdelinger også fungere som en triangulering (Shenton, 2004, s. 66). Dette fordi det bidrar til å gi et mer helhetlig bilde av kommunene.

En annen tilnærming er å diskutere funnene med andre, noe som Lincoln og Guba (1985) kaller for «peer debriefing». Dette innebærer å utforske og avdekke forutinntatte meninger, og kan bidra til at man ser resultatene i et annet perspektiv (Shenton, 2004, s. 67). Det at vi har



vært to studenter som skriver sammen har gitt oss denne muligheten. Studiens prosess og resultater har også blitt diskutert med andre medstudenter som har gitt nye perspektiver. Vår veileder har også bidratt med å diskutere funn og tolkninger.

### **5.5.2 Pålitelighet**

Pålitelighet handler om hvorvidt hele forskningsprosessen er forklart og gjort rede for (Yilmaz, 2013, s. 320). Lincoln og Guba (1985, s. 316) påpeker at gyldighet og pålitelighet henger tett sammen, og vil kunne styrkes av hverandre. Bruken av en «audit trail» som beskriver forskningsprosessen steg for steg gjør at leseren kan følge prosessen som kan bidra til å styrke pålitelighet (Shenton, 2004, s. 72). I studien har vi beskrevet og begrunnet hvordan data har blitt innhentet, bearbeidet og analysert. Dette vil kunne gjøre det mulig for leseren å vurdere forskningsprosessen og påliteligheten (Guba, 1981, s. 87). Ved å reflektere over de metodiske beslutningene synliggjøres utformingen av forskningsprosessen, og på denne måten blir den transparent. Dette kan gi leseren grunnlag for å kunne vurdere kvaliteten av studien (Thagaard, 2018, s. 200).

### **5.5.3 Overførbarhet**

Overførbarhet handler om i hvilken grad studiens funn kan overføres til andre lignende situasjoner (Yilmaz, 2013, s. 320). Overførbarhet kan argumenteres for ved å diskutere hvordan forståelsen som er oppnådd gjennom forskningsprosessen kan være relevant i en større sammenheng (Thagaard, 2018, s. 200). Funn fra kvalitative studier begrenser seg gjerne til spesifikke miljøer eller mennesker. Dermed vil det være umulig å konkludere med at funnene kan overføres (Shenton, 2004, s. 69). For å kunne gi leseren et grunnlag for å vurdere om det er overførbart til en annen situasjon, vil det være nødvendig å gi tilstrekkelig detaljerte beskrivelser av konteksten som undersøkes, såkalte «thick descriptions» (Lincoln & Guba, 1985, s. 316). I studien har vi forsøkt å gi tilstrekkelig informasjon om kommunene som er undersøkt for å kunne gi en mer helhetlig kontekst. Med dette kan leseren selv vurdere funnene, og om noen aspekter kan overføres til andre kommuner eller lignende settinger.

### **5.5.4 Bekreftbarhet**

I studien må det komme frem at funnene stammer fra data som er innhentet, og ikke fra egne meninger eller synsing (Shenton, 2004, s. 72). Dette vil være tilsvarende forsøk på å oppnå objektivitet i den kvalitative forskningen. Ved å anvende «audit trail» hvor

forskningsprosessen er stegvis forklart i detalj, kan en avdekke om funnene stemmer overens med de dataene som er innhentet (Lincoln & Guba, 1985, s. 323). Valg av metoder og tilnærminger må forklares og begrunnes, og hvordan disse valgene kan ha påvirket resultatene kan være med på å styrke bekræftbarhet (Shenton, 2004, s. 72). Ved å styrke studiens gyldighet og pålitelighet vil studiens bekræftbarhet også styrkes (Lincoln & Guba, 1985, s. 318).

### **5.5.5 Refleksivitet**

Creswell og Creswell (2018, s. 184) peker på viktigheten av at forskeren er bevisst både tidligere erfaringer og hvordan disse erfaringene former tolkningene. Innenfor det fortolkende paradigmet er ingen verdi bedre enn andre. Men de må gjøres kjent, og forskeren bør reflektere over egne personlige meninger og følelser (Neuman, 2011, s. 107). Ved å synliggjøre hvilke erfaringer og verdier vi tar med inn i studien vil leseren kunne forstå hvor vi posisjonerer oss (Creswell & Poth, 2018, s. 261). Vi har begge bakgrunn som helsefagarbeidere og sykepleiere. Med disse fagområdene har vi med oss perspektiver som tradisjonelt sett har fokusert på behandling og sykdomsforebygging. Samtidig hadde vi erfaring med en holistisk tilnærming til helse på individnivå. Gjennom masterutdanningen har vi tilegnet oss et mer ressursorientert perspektiv på hvordan en kan fremme helse på samfunnsnivå. Ingen av oss hadde kjennskap til konteksten som undersøkes i studien, altså hvordan kommuner arbeider med folkehelse før vi startet med masteroppgaven. Vi har derfor forsøkt så godt vi kan å legge vekk våre egne utgangspunkt i møtet med de ansattes perspektiver og erfaringer.

## **5.6 Etikk i forskningsprosessen**

Gjennom all forskning som involverer mennesker er det sentralt å reflektere og ta hensyn til etiske implikasjoner (Furseth & Everett, 2020, s. 144). Etikk handler om skillet mellom rett og galt (Punch, 2014, s. 38). Etiske prinsipper skapes av vide kulturelle verdier og er derfor ikke absolutte (Green & Thorogood, 2018, s. 107). Det finnes ingen klare regler for hva som er rett og galt, og hva som regnes som etisk praksis varierer gjennom ulike forskningsfelt (Green & Thorogood, 2018, s. 88). Derfor er det nødvendig å reflektere over hvilke potensielle etiske dilemmaer som kommer fram av det enkelte forskningsprosjekt, og hvordan man på best mulig måte kan håndtere dem.

### **5.6.1 Etiske godkjenninger**

Selv om etikk ikke har klare retningslinjer for hva som er god praksis, finnes det noen regulatoriske og juridiske rammer som skal sikre enkelte grunnprinsipper. For å ivareta personvern må prosjekt som behandler personopplysninger godkjennes av Norsk Senter for forskningsdata (NSD). Personopplysninger er opplysninger som kan knyttes direkte til en person, som navn eller fødselsnummer. Informantenes stemme regnes også som en personopplysning (NSD, u.å.). Bruk av lydopptak under intervju regnes dermed som behandling av personopplysninger. Vi meldte derfor prosjektet vårt til NSD i god tid før vi tok kontakt med intervjudeltakerne. I tråd med deres retningslinjer ble både informasjonsskrivet om prosjektet samt intervjuguiden vurdert (Vedlegg 3). Når dette var gjort ble prosjektet automatisk registrert i RETTE, som er Universitetet i Bergen sitt system for oversikt over alle prosjekter som behandler personopplysninger (UiB, 2022).

### **5.6.2 Informert samtykke**

Et sentralt etisk prinsipp i samfunnsvitenskapelig forskning handler om informert samtykke. Deltakerne skal være informert godt nok til at de er klar over hva det innebærer å delta i forskningsprosjektet. Dette skal bidra til at deltakere ikke føler seg tvunget til å delta i forskning de ikke ønsker å være med på eller ikke har innsikt i hva innebærer (Green & Thorogood, 2018, s. 89). Bruk av portvoktere har vært svært nyttig for å komme i kontakt med de deltakerne som potensielt har mye kunnskap og informasjon. Imidlertid er det også sentralt å se begge sider av bruk av portvoktere. De personene som innehar denne funksjonen har ofte en innflytelse i organisasjonen og blant personer som blir spurt. Det er viktig at vi som forskere streber å i størst mulig grad sikre at deltakelse er frivillig og ikke et «usynlig press» (selv om det ikke er portvokternes intensjon) til å si ja (Green & Thorogood, 2018, s. 91). Derfor er det viktig at informantene er tilstrekkelig informert om at deltagelse er frivillig (Furseth & Everett, 2020, s. 145). Deltakerne fikk i dette prosjektet tilsendt informasjon om studien i forkant av intervjuene. Før intervjuene startet forsikret vi oss om at de hadde hatt anledning til å lese gjennom informasjonsskrivet, og det ble gitt rom til å stille spørsmål. Det ble også signert skriftlig samtykke på at informasjonen var mottatt og forstått (Vedlegg 2).

### **5.6.3 Konfidensialitet**

Et annet viktig prinsipp for å sikre etisk forskning er konfidensialitet. Dette innebærer at personopplysninger oppbevares sikkert, samt at man anonymiserer i en slik grad at

enkelpersoner ikke kan gjenkjennes (Green & Thorogood, 2018, s. 92). Når funnene presenteres må dette prinsippet ivaretas (Thagaard, 2018, s. 205). I vår studie oppgis navn på kommunene. Dette er gjort fordi særtrekk ved kommunene skaper unike kontekster som er viktig for å forklare og diskutere våre funn. Dette medførte at vi måtte ta noen forbehold når vi rapporterte funnene. Begge kommunene var mellomstore, og noen stillinger eller yrkestitler var det et fåtall personer i kommunen som hadde. Vi valgte derfor å ikke oppgi dette eller andre egenskaper som kjønn og alder. I stedet presenterer vi hvilken sektor de jobbet i for å kunne gi leseren en innsikt i hvilke deler av kommuneorganisasjonen som er representert.

Ivaretagelse av anonymitet kan være utfordrende hvis deltakere er kjent med hverandre. I forkant av intervjuene i Sveio kommune ble e-post med informasjon om prosjektet sendt ut i en felles e-post til deltakerne, slik at de fikk kjennskap til hverandres deltakelse. I et slikt tilfelle er det en mulighet for at deltakerne kan gjenkjenne hverandre i dataene. Thagaard (2018, s. 206) trekker frem at i slike tilfeller er det viktig at deltakerne får lese gjennom og godkjenner funnene slik de skal presenteres. Deltakerne fikk tilsendt resultatene fra sin kommune med de sitatene som var valgt, samt hvilken informasjon som ble oppgitt om informantene. Dette gav dem mulighet for å gi tilbakemelding dersom noen følte at deres anonymitet ikke var tilstrekkelig ivaretatt. Ingen av informantene uttrykte imidlertid dette. Denne åpenheten kan bidra til å etablere en tillit mellom oss forskere og deltakerne, som er viktig for at deltakerne skal føle seg trygge på at informasjonen som hentes behandles på best mulig måte (Malterud, 2018, s. 212). Informasjon om informantene ble behandlet slik som beskrevet i kapittel 5.4.1 *Oppbevaring av datamaterialet*.

## 6.0 Resultater

Hensikten med vår studie var å undersøke hvordan to kommuner jobbet med sosial ulikhet i helse. Dette kapittelet vil presentere funnene fra analysen. På grunn av at analysen av intervjuene var teoridrevet, ligner strukturen i tematikken hverandre. Vi anser det likevel som hensiktsmessig å presentere resultatene fra de to kommunene hver for seg. Dette er for å gi en bedre oversikt over hvordan den enkelte kommune jobber, og synliggjøre variasjonene før de senere diskuteres sammen. Først vil funnene fra Sveio kommune introduseres, så funnene fra Kinn kommune. Sitatene som er valgt ut for å belyse resultatene har blitt “tilpasset” for leservennlighet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 308). Dette er gjort for eksempel ved å fjerne pauser, og fyllord som “eh” som ikke tilfører meningsinnhold. Vi vil i det følgende presentere de to kommunene som vi har undersøkt, gi en kort beskrivelse av hvordan de er bygget opp og hvordan folkehelsearbeidet er organisert og integrert i ulike plandokumenter. Dette er for å gi leseren rammer og en kontekst for resultatene.

### 6.1 Sveio kommune

Sveio kommune er en del av Vestland fylke og ligger lengst sør i det som tidligere var Hordaland. Nærmeste by er Haugesund, som ligger i Rogaland fylke (Thorsnæs, 2023). Kommunen dekker et areal på 224 kvadratkilometer, og hadde i 2022 et innbyggertall på 5775 personer. Kommunen ligger strategisk plassert «midt i leio». Det vil si at kommunen har lett tilkomst både via E39, som går gjennom kommunen, og via sjøveien (Vierdal, 2022). Kommunen har lite egen næring og mange innbyggere pendler til omegnskommuner for å jobbe (Sveio kommune, 2019a).

Sveio deler sine tjenesteområder inn i tre sektorer: helse og omsorg, oppvekst og teknisk sektor. De har i tillegg ansatt en folkehelsekoordinator. I kommuneplanens samfunnsdel (2011-2023) synliggjøres folkehelse som et viktig tema. Planens hovedfokusområder er innsats for oppvekst- og levekår, og å legge til rette for «sunne levevanar, fellesskap, likeverd, sjølvstende, tryggleik, berekraft og deltaking» (Sveio kommune, 2011). I Sveio kommunes kommende kommuneplan er folkehelseperspektivet godt integrert, som et av fem grunnleggende fokusområder som overordnet ligger til grunn for alle strategiske prioriteringer (Sveio kommune, personlig kommunikasjon, oktober 2022). Kommunen har også utarbeidet en helseoversikt. Denne ligger som et grunnlag for kommuneplanen. De to identifiserte

hovedutfordringene i kommunen er leseferdigheter i barneskolen og fysisk aktivitet i nærmiljøet (Sveio kommune, 2019a).

I 2022 og 2023 var det et pågående arbeid med en plan for forebygging for barn og unge. Bakgrunnen for denne planen var barnevernreformen som trådte i kraft i 2022. Denne ble også kalt en oppvekstreform (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, u.å.). Denne planen omfattet kartlegging og planlegging av universell, selektiv og indikert forebygging for barn og unge. Formålet var å sørge for tidlig innsats gjennom en helhetlig og tverrfaglig tilnærming til barn og unge (Sveio kommune, personlig kommunikasjon, oktober, 2022). Sveio kommunes plan for frivillig arbeid (2019b) har en tydelig forankring i folkehelseloven. I planen trekkes det frem at samarbeid med frivillig sektor skal bidra til å jevne ut sosial ulikhet i helse.

## **6.2 Kinn kommune**

Kinn kommune ligger i Vestland fylke, i den delen som tidligere var Sogn og Fjordane fylke (Askheim & Thorsnæs, 2021). Kommunen er et resultat av kommunereformen i 2020, og er slått sammen av det som tidligere var Flora og Vågsøy. Dette gjør Kinn til en noe unik kommune i den forstand at den er geografisk delt i to, med Bremanger kommune mellom seg. Kinn har to kommunesentre, et i Måløy og et i Florø, og det er 100 km mellom dem (Askheim et al., 2022). Til sammen dekker kommunen et areal på 763 kvadratkilometer. Mot slutten av 2022 hadde kommunen 17 179 innbyggere. Kinn er en kystkommune, som har mye næring rettet mot eksport av petroleum, maritime og marine næringer, i tillegg til fisk og oppdrett (Ulriksen, 2022).

Kinn kommune er organisert med tre hovedsektorer: helse og velferd, oppvekst og undervisning og samfunn, kultur og miljø (Kinn kommune, u.å.-c). Kommunen har strategiske innsatser rettet mot ulike utfordringer. Dette gjenspeiles blant annet i at de har mottatt pris for bosetting og integrering i 2022 (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2022), og Leve hele livet-prisen i 2020 for sitt arbeid med Leve hele livet-reformen (Helsedirektoratet, 2021). Kinn er også vertskommune for en interkommunal folkehelseavdeling, som i tillegg favner kommunene Askvoll, Bremanger, Stryn, Fjaler, Solund og Høyanger (Folkehelseavdelinga, u.å.). Folkehelseavdelingen er lokalisert under kommunedirektøren og ligger derfor ikke i en spesifikk sektor. Formålet med

folkehelseavdelingen er å styrke arbeidet med folkehelse, miljørettet helsevern og smittevern (Folkehelseavdelingen, u.å.). Innunder folkehelseavdelingen jobber blant annet to folkehelsekoordinatorer, og disse har kontor i hvert sitt kommunesenter.

Folkehelseavdelingen er ansvarlig for utarbeiding av kommunens helseoversikt. Sosial ulikhet i helse er trukket fram som kommunens hovedutfordring (Folkehelseoversikt, u.å.).

Kommuneplanen har et tydelig fokus på helsefremmende tjenester (Kinn kommune, 2020).

Samtidig har kommuneplanen et klart folkehelse- og sosialt bærekraftsperspektiv. Ved at kommuneplanen baseres på de tre bærekraftsdimensjonene (miljø, økonomi og sosialt), blir det sosiale aspektet ved folkehelse ivaretatt (Kinn kommune u.å.-b).

Kinn kommune er i gang med å utarbeide en handlingsplan for frivillighet. Herunder ligger flere oppdrag som har som hovedmål å bidra til helsefremmende tjenester. Blant disse oppdragene er “fremje møte mellom generasjoner” og “følge opp fritidserklæringa” (Kinn kommune, u.å.-a).

### **6.3 Likheter og ulikheter mellom kommunene**

Statistisk sentralbyrå kategoriserer mellomstore kommuner som de med innbyggertall mellom 5000 og 19 999 innbyggere (Kringlebotten & Langrøren, 2020, s. 24). Både Sveio kommune og Kinn kommune er således mellomstore kommuner. Imidlertid er Kinn kommune en vesentlig større kommune enn Sveio kommune, med omtrent tre ganger så mange innbyggere og større areal. Samtidig fører den geografiske todelingen til at Kinn har to kommunesentre. Sveio kommune har ikke en egen by. Mange innbyggere pendler til Haugesund eller andre nærliggende kommuner i forbindelse med jobb. Kinn kommune har på sin side to bykjerner og en del næring. Det er dermed en del som skiller disse to kommunene. Imidlertid opererer de innenfor samme lovverk, og de har det samme ansvaret overfor sine innbyggere. Kravet om et systematisk folkehelsearbeid etter folkehelseloven gjelder like mye for alle kommuner (Helgesen et al., 2017b, s. 81). Vi vil der det ses som hensiktsmessig trekke sammenligninger mellom funnene våre fra de to kommunene. Men de må ses i kontekst av de rammene de to ulike kommunene har. Det som fungerer for en kommune vil ikke nødvendigvis virke på samme måte i en annen kommune.

## 6.4 Presentasjon av temaer

Fordi den tematiske analysen av intervjuene var teoridrevet kunne de kategoriseres i fire overordnede temaer. Imidlertid var det variasjoner i hva informantene fra kommunene tok opp og snakket om. Derfor er noen undertemaer spesifikke for bare en av kommunene. Videre presenteres temaene og hva de inneholder.

Tabell 2: Oversikt over tematisering i Sveio og Kinn kommune.

Kommune	Sveio Kommune	Kinn Kommune
Hovedtema	Kommunens tilnærming til folkehelsearbeidet	Kommunens tilnærming til folkehelsearbeidet
Hovedtema	Økonomiske ressurser	Økonomiske ressurser
Hovedtema	Innsats for folkehelse og utjevning av sosial ulikhet i helse	Innsats for folkehelse og utjevning av sosial ulikhet i helse
<i>Undertema</i>		<i>Innsatsområder for å sikre inkludering og like muligheter</i>
<i>Undertema</i>		<i>Hvordan nå ut til innbyggerne</i>
Hovedtema	Tverrfaglig samarbeid	Tverrfaglig samarbeid
<i>Undertema</i>	<i>Samarbeid innad i kommunen</i>	<i>Kommunens tverrfaglige samarbeid</i>
<i>Undertema</i>	<i>Andre samarbeid</i>	
<i>Undertema</i>	<i>Faktorer som påvirker samarbeid</i>	<i>Faktorer som påvirker samarbeid</i>

Temaet «kommunens tilnærming til folkehelsearbeidet» vil ta for seg hvordan kommunen som organisasjon forstår og tilnærmer seg folkehelse og sosial ulikhet i helse. Hvordan de organiserer folkehelse og hva de anser som viktig vil tas opp. Temaet «økonomiske ressurser» vil presentere hvordan kommunene disponerer økonomiske ressurser til arbeidet med folkehelse og sosial ulikhet i helse, og hva de anser som viktig i forhold til dette. Temaet



«innsats for folkehelse og utjevning av sosial ulikhet i helse» handler om hvordan kommunene i praksis arbeider med innsatsområdene ut mot befolkningen. I Kinn kommune er dette temaet delt inn i «innsatsområder for å sikre inkludering og like muligheter» og «hvordan nå ut til innbyggerne». Sist vil temaet «tverrfaglig samarbeid» presentere hvordan kommunene organiserer det tverrfaglige samarbeidet og hvordan de opplever at det fungerer. I Sveio kommune er dette delt inn i undertemaene «samarbeid innad i kommunen», «andre samarbeid» og «faktorer som påvirker samarbeid». I Kinn kommune er temaet delt inn i «kommunens tverrfaglige samarbeid» og «faktorer som påvirker samarbeid».

## **6.5 Sveio kommune**

I Sveio kommune ble det rekruttert totalt sju deltakere som jobber i ulike etater innad i kommunen. To var ansatt i administrasjon, tre innenfor oppvekstsektoren, en innenfor helsesektoren, og en i teknisk sektor. Noen av de ansatte hadde også tidligere erfaringer fra andre kommunale etater enn det de arbeidet i nå, og kunne også bidra med innsikt derfra. Personen som har fungert som vår portvokter var også blant våre informanter. I det følgende vil resultatene fra Sveio kommune presenteres.

### **6.5.1 Kommunens tilnærming til folkehelsearbeidet**

Analysen viste en stor enighet blant deltakerne om at folkehelse og sosial ulikhet i helse var viktige temaer å jobbe med. Flere fortalte om at kommunen hadde en bred tilnærming til folkehelsearbeidet. Det kom fram at folkehelse var et område som ble jobbet med på ulike arenaer, og det ble opplevd at kommunen hadde flere gode tjenester og tilbud. Det ble også opplevd at de ansattes forståelse av folkehelsearbeidet hadde økt. Samtidig som det kom fram at flere så sin rolle i folkehelsearbeidet, ble det vektlagt at det fortsatt var en vei å gå.

*«...altså folk i ulike deler av kommunen er veldig åpne for disse perspektivene, mye mer enn de var før, men igjen altså fra der til at alle føler seg som folkehelsearbeidere er det et godt stykke, men det er klart at jeg opplever at flere og flere ser at det er sammenhenger her»  
(Informant 6)*

Ved spørsmål om sosial ulikhet i helse hadde deltakerne ulike tanker om hva dette innebar. Flere rettet et fokus mot viktigheten av å se de sårbare gruppene i samfunnet. For eksempel var inkludering av en økende flerkulturell befolkning ansett som viktig. Samtidig var det

viktig at kommunens tilbud favnet alle, og derfor var mange innsatsområder universelle. To av deltakerne trakk også fram helseatferd og fokus på fysisk aktivitet og kosthold som viktige områder. Dette reflekteres også i helseoversikten, der fysisk aktivitet legges frem som en hovedutfordring. Dette ses imidlertid i sammenheng med at bilveiene i liten grad er tilrettelagt for gående, og at mange barn må ha skoleskyss på grunn av farlig skolevei.

To deltakere viste til at det finnes klare sammenhenger mellom kommunens lovpålagte oppgaver og folkehelseperspektiver, og at ved å jobbe ut fra dem bidrar man inn i dette arbeidet. En hevdet at hvis man jobbet godt med generelle lovkrav kom man langt, fordi de i stor grad handlet om det samme hvis man så det med “folkehelsebriller”. Derfor ble kvalitet i de ordinære tjenestene ansett som viktige for folkehelsearbeidet og arbeidet med utjevning av sosiale helseforskjeller.

*«...Og hvis du går inn i alle forarbeidene til barnehageloven for eksempel, så er det veldig fokus på, altså samfunnsoppdraget er å utjevne sosiale forskjeller, og det ligger veldig i kjernen. Men du må på en måte vite om at det ligger bak, det er tanken og hensikten med loven og rammeplanen. Når du leser da med det blikket, så ser du på en måte at det gjennomsyrrer hele lovverket vårt og oppdraget. Så da må vi liksom sikre at det blir fulgt, og at det er kanskje den største jobben vi gjør...»*

*(Informant 3)*

Blant annet var det flere som tok opp oppvekstreformen og synliggjorde en rød tråd mellom arbeidet som gjøres med den og folkehelsearbeid. Det ble blant annet startet arbeid med en kommunal plan for forebygging hos barn og unge som et resultat av oppvekstreformen.

Kommunens fokus på forebygging ble også klart uttrykt av deltakerne, i tillegg til at det tydelig gjenspeiles i kommuneplanen. Folkehelse og forebygging ble ansett som viktig gjennom hele livsløpet til innbyggerne. For eksempel hadde de en lavterskel psykisk helsetjeneste som var tilgjengelig for alle innbyggerne. Noen deltakere fortalte om hvordan folkehelsearbeid måtte rettes mot alle aldersgrupper, og det var viktig å tenke på tvers av generasjoner. Demografiske endringer førte til at antall eldre økte, og det var utfordrende å sørge for gode helsetjenester hvis omsorgsnivået var høyt. Samtidig var det økonomisk gunstig å jobbe forebyggende inn mot eldre.

*«...Det er folkehelse å tenke hele, ikke bare barn og unge. For barn og unge skal bli eldre de også en gang, men vi må favne dem hele løpet...»*

*(Informant 1)*

Funnene våre pekte mot at tidlig innsats ble ansett som en sentral tilnærming til folkehelsearbeidet. Noen fortalte om at kommunen satset mye på tidlig innsats hos barn og unge for å løse utfordringer før de ble for store. Flere anså gjennomføring av videregående skole som sentralt i arbeidet med utjevning av sosial ulikhet i helse. Det å sikre et helhetlig tilbud til barn og unge ble opplevd som viktig, og barnehage og skole var derfor naturlige arenaer i kommunens folkehelsearbeid.

*«...å sikre videregående opplæring og utdanning [...] Vi må jo liksom tenke langt fram. Og se at den språkopplæringen som skjer i barnehagen er sykt viktig for det som skjer om femten år...»*

*(Informant 3)*

Psykisk helse hos barn og unge ble trukket fram som et fokusområde. Det ble også vist gjennom både etablerte tilbud i kommunen og prosjektsatsinger. Kommunen hadde flere prosjekter som siktet seg inn mot folkehelse og sosial ulikhet, og det ble fortalt at de søkte jevnlig på midler. «Lofтет» var nevnt av flere som et eksempel på prosjekt:

*«...Lofтет, som skal være et lavterskeltilbud for elevene på ungdomsskolen, det er jo alt i fra psykisk helse til fysisk helse, noen trenger en pause, noen trenger en samtale, ja så da har vi det tilbudet, at de kan gå opp der...»*

*(Informant 7)*

Prosjektet «Hallo!Adjø!» var nevnt som et annet eksempel på innsats for barn og unge. En av målsettingene var å skape et godt system for overgangen mellom barnehage og skole som skulle være likt for alle i kommunen. Ved å sikre gode overganger kunne dette prosjektet bidra til å sørge for en mer helhetlig ivaretagelse i oppveksten.

*«... hvis en får en god overgang så kan en forhindre at folk faller ut av skolen [...] for hvis folk faller ut av skolen så kan en jo bli, altså ufør, arbeidsledig, uføretrygdet og alt det der, så det er på en måte å se helheten i det en holder på med da.»*

*(Informant 5)*

Analysen viste at det opplevdes som viktig at kommunens arbeid med folkehelse og sosiale ulikheter var systematisk. Plassering av folkehelsekoordinator i 20 % stilling i rådmannens stab gjorde at den lå over sektorene. Denne organiseringen kunne bidra til at folkehelse ble tatt høyde for i planene. En deltaker fortalte at stillingens størrelse trolig var passelig i forhold til kommunens størrelse. Dette var også fordi den var fleksibel og dermed kunne tilpasses i tråd med “sesongbetont arbeid”, for eksempel ved utarbeiding av helseoversikt. Det kom også fram at folkehelseperspektivene i større grad var integrert i kommunens dokumenter og planer, og at det var et økt fokus på strukturering av folkehelsearbeidet i kommunen.

*«...både årsmeldingen og budsjettkommentarene skal ta innover seg at det som står i samfunnsdelen i kommuneplanen, der står det for eksempel dette med barnefattigdom og folkehelse, og de skal gjenspeile seg i alle de kommunale dokumentene vi har. Det har vi ikke vært veldig systematisk på tidligere, men de to siste årene så har vi begynt å bli det, så nå går det igjen faktisk i alle dokumentene våre»*

*(Informant 1)*

I kommuneplanens samfunnsdel er folkehelse og livsmestring valgt som et av fire overordnede fokusområder som skal tas høyde for gjennom hele planen. Dette kunne bidra til å bedre integrere disse perspektivene i kommunens arbeid. De overordnede fokusområdene var basert på FNs bærekraftsmål. En deltaker fortalte at til tross for at det var stort engasjement når planene ble laget, var det ikke alltid de ble tatt aktivt i bruk.

*«...så har vi nok enda et stykke å gå, vi er engasjert i planene når vi lager dem, men å si at vi bruker dem veldig aktivt hele tiden, det er nok en overdrivelse. Men, det er jo sånn at i det du jobber med det så har du fokuset. [...] Så det er et godt verktøy, men det er ikke et godt verktøy hvis du ikke lager de hensiktsmessige, det vil si kortfattede og konsise.»*

*(Informant 1)*

Det ble fortalt at kommunen hadde et økt fokus på det systematiske arbeidet og integrering i planene. Samtidig var det flere deltakere som hevdet at det var et forbedringspotensial og etterlyste en mer helhetlig strukturering.

*«Og det som jeg tror, vi har masse tiltak, alle bjuder på, og det er masse kompetanse og videreutdanning, og det står ikke på det. Men jeg tror kanskje at vi fremdeles jobber...ting blir ikke satt nok i system, og vi er ikke strukturert nok...»*

*(Informant 3)*

Videre ble det av flere ansett som viktig å holde et strategisk fokus på folkehelse over tid. Ved å holde et langtidsperspektiv kunne det i større grad bli integrert i praksis.

*«Det som jeg tenker er litt viktig også er jo at en må velge noe og så holde fokus på det. At vi ikke blir sånn som shopper, åå nå gjør vi det og nå gjør vi det, og så blir det veldig gøy gøy, og så er det over i et blaff. Jeg tror det er veldig viktig å velge noe som en holder fokus på over veldig lang tid.»*

*(Informant 3)*

Imidlertid var travelhet og andre prioriteringer faktorer som noen deltakere opplevde som barrierer for det langsiktige kommunale folkehelsearbeidet.

*«... Men jeg tenker jo at travelhet er jo i veien. De aller fleste avdelinger har liksom mer enn nok med fra dag til dag oppgaver, så det å stoppe opp og bruke tid på å tenke framover og langsiktig plan...»*

*(Informant 2)*

Flere deltakere la vekt på at en viktig forutsetning for å lykkes med folkehelsearbeidet var at det var forankret hos ledelsen. Dette innebar at ledere holdt det på agendaen ved å etterspørre og følge det opp. Samtidig var det viktig at de ansatte som jobbet på “gulvet” opplevde eierskap til arbeidet.

*«... det handler i bunn og grunn om at en må forankre ting på topp og ned ellers så får en ikke noe i endring»*

*(Informant 5)*

*«For det er jo noe med å forankre planene hos de som utfører jobben, altså vi kan jo lett skrive en plan her, men ingen eier den sant, utover oss selv»*

*(Informant 3)*

Noen deltakere opplevde at samarbeidet mellom administrasjonen og politikerne kunne være utfordrende i saker med motstridende ønsker. Dette kunne være fordi politikerne kunne ønske å satse på noe de “ville ha”. Et eksempel på dette var et ønske om en ny idrettshall til tross for at de hadde en som fortsatt hadde kapasitet. Noen deltakere hadde heller ønske om å nå ut til alle innbyggerne med mer tilgjengelige aktivitetsområder.

Funnene viste at kommunen brukte folkemøter og åpne høringer som virkemidler for å sikre innbyggermedvirkning i planprosessen. Noen uttalte imidlertid at de ønsker enda større grad av involvering, for eksempel i utarbeidelsen av helseoversikten. Videre ble det opplevd som viktig å se sammenhenger mellom lokale forhold og innhentet kunnskap. En deltaker trakk eksempelvis frem en kartlegging som ble gjort blant eldre angående boforhold.

*«...og så er det jo veldig mange som sier at de heller ønsker å leie når de er eldre, enn å eie. Så det også er jo ting som vi egentlig ikke visste på forhånd, såne ting som er greit å lære om da...»*

*(Informant 4)*

Det ble videre ansett som viktig at tiltak og innsatsområder reflekterte kommunens faktiske behov, altså hvilke behov innbyggerne hadde. Samtidig opplevde noen det som utfordrende å gjøre lokale tilpasninger på grunn av manglende kunnskap om interne helseforskjeller i kommunen. Imidlertid var dette en utfordring som var vanskelig å gjøre noe med, da kommunen var av liten størrelse og det kunne gå ut over personvern hensyn. Likevel viste flere av deltakerne til at kommunen satte i gang tiltak som var forankret i både nasjonal statistikk og lokale behov. «Språkkommuneprosjektet» ble trukket fram av flere informanter som et tidligere prosjekt.

*«...Språkkommuneprosjektet var jo en del av det, vi scoret fryktelig dårlig på leseferdigheter blant femteklassinger. Og det slår jo ut på all læring at de ikke kan lese, så vi jobbet mye med det, kom opp på et mye høyere nivå i løpet av de årene som nå har gått...»*

*(Informant 6)*

En deltaker påpekte at prosjekter kunne bidra til å sette fokus og holde ting på agendaen. Samtidig var det gode ordinære tjenester som ble ansett som det viktigste kommunene gjorde for folkehelse og utjevning av sosial ulikhet i helse.

*«Så det tenker jeg er den viktigste jobben, så kan en jo alltid ha noen sånne spesifikke prosjekter om det er knyttet til mat eller måltid. Men, det er jo ikke alltid det som kanskje velter lasset, jeg tror hvis vi har fokus på hovedoppdraget vårt og følger det og er tro mot det, så kommer vi godt på vei, men så har vi jo hatt, språkkommuneprosjekt for eksempel. Det er jo sånn som er med å sette et spesielt fokus som også selvfølgelig gjør at vi trekker i rett retning»*

*(Informant 3)*

### **6.5.2 Økonomiske ressurser**

Kommunen hadde organisert sitt folkehelsearbeid slik at tiltak skulle skje ute i driften. Derfor var det ikke satt av egne midler til folkehelse. Folkehelsekoordinatorens rolle var å legge til rette for dette samt å bidra til å søke på prosjektmidler når det var aktuelt. Til tross for at kommunen hadde begrenset økonomisk handlingsrom, var det flere deltakere som vektla viktigheten av å prioritere og forvalte økonomien på en hensiktsmessig måte. For eksempel var det satt av egne midler til inkludering av barn og unge i fritidsaktiviteter da det ble ansett som en viktig satsing. Således trengte ikke økonomi nødvendigvis å være en hindring for folkehelsearbeidet.

*«...For en må ikke bli helt blindet av, altså velte seg i det at man ikke har penger, en kan ikke dyrke det heller, for det handler jo litt om, hvordan bruker vi de pengene vi har, og hva tenker vi er gunstig. For vi har jo et rom likevel sant. Så jeg tror jo også hvis du jobber målrettet så får du til veldig mye selv om du nødvendigvis ikke har egne stillinger eller egne prosjekter på sånne spesifikke ting. Men en må være god på å se linkene mellom områdene og mellom tingene...»*

*(Informant 3)*

Deltakerne viste til at kommunen pålegges flere og flere oppgaver. Dermed ble det også lagt vekt på viktigheten av å skaffe oversikt og “rydde” slik at oppgaver som ikke lenger var like aktuelle kunne tas bort, og de kunne få samkjørt tjenestene. På denne måten kunne de oppnå bedre utnyttelse av de eksisterende ressursene.

*«Og så må vi også frigjøre tid. Vi får ikke nye stillinger. Og det er ikke alltid vi trenger nye stillinger heller, men vi må tenke, hvordan bruker vi de ressursene vi har? Og hva kan vi også slippe tak i? For vi får ikke mer penger. Tror det er viktig å ta de der ryddejobbene og...»*

*(Informant 3)*

Funnene viste at kommunen ved flere anledninger hadde hatt prosjekter som var driftet av tilskuddsmidler. En utfordring med denne ordningen kunne være å holde på innsatsen når prosjektet var slutt og midlene var brukt opp. Men det forelå imidlertid ønske om å videreføre prosjekter som de opplevde at hadde effekt.

*«...[prosjekt] blir driftet på prosjektmidler sånn at når de forsvinner så har vi jo en utfordring tenker jeg, men det er selvfølgelig ønskelig å fortsette med det så da må vi jo se på hvor vi kan hente de pengene fra, hvordan vi kan omstrukturere og flytte på folk»*

*(Informant 7)*

En annen deltaker fortalte om hvordan en pågående prosjektsatsing bevisst la opp til tiltak som ikke var for kostbare. På denne måten ble det lettere for kommunen å kunne videreføre innsatsen når prosjektet ble avsluttet.

### **6.5.3 Innsats for folkehelse og utjevning sosial ulikhet i helse**

Når deltakerne ble spurt om hvordan kommunen jobbet med folkehelse og sosial ulikhet i helse, viste de til flere universelle tiltak. Det ble opplevd som viktig at tilbud var tilgjengelig for alle. På denne måten ble de mindre stigmatiserende for de som hadde størst behov for det. Videre fortalte flere om prosjekter som rettet seg mot barn i barnehagen og skolen. Felles for disse prosjektene var at de handler om inkludering, mestring og å hindre frafall i skolen.

*«...der tenker vi i utgangspunktet hele kohorten fordi det er tilbud til alle, men det vil jo heldigvis da ikke være alle som har behov for å være på Loftet og få det tilbudet der for eksempel, [...] Men jeg tenker at tilgjengelighet, at det er en opplevd tilgjengelighet til disse tilbudene gjør at da er også terskelen lavere for dem som virkelig trenger dem. Det er mye mindre stigmatiserende hvis det er et universelt tilbud.»*

*(Informant 6)*



En deltaker fortalte om et fokus på å sikre at et generelt tiltak var tilgjengelig for dem som faktisk hadde behov.

*«...å ha en bevissthet rundt, for det er noe med disse generelle tiltakene. Treffer de dem de skal treffe? Ofte er det jo dem med mest ressurser likevel som benytter seg av de generelle tiltakene...»*

*(Informant 2)*

Det universelle perspektivet ble også synliggjort når noen deltakere fortalte om offentlige møteplasser og aktivitetsanlegg. Blant annet ble det trukket fram at i stedet for lekeplasser eller idrettshaller kunne det bygges inkluderende møteplasser og aktivitetsanlegg som var bedre egnet for bruk av hele befolkningen. En deltaker fortalte om hvordan hen mente at dagens utforming av rekreasjonsområder kunne tilpasses for en større demografi.

*«...vi må ikke snakke om lekeplasser lenger, vi må snakke om samlingsplasser. Der gamle gutter kan spille boccia i den ene enden av plassen, også kan fireåringene sitte på husken eller i sandkassen. Og så kan du til og med ha et bord der det er kjekt å drikke kaffe og, altså vi må tenke på tvers av generasjonene, og da tenker vi folkehelse.»*

*(Informant 6)*

Selv om mange tiltak var universelle, anerkjente flere deltakere viktigheten av å rette et ekstra fokus mot utsatte grupper. Nasjonalt bestemte behovsprøvde ordninger ble nevnt som utjevne tiltak, særlig for lavinntektsfamilier. Kommunen hadde i tillegg et ekstra fokus på å minske stigmatisering hos barn i ressursvake familier. Blant annet hadde de en satsing rettet mot inkludering av barn og unge i fritidsaktiviteter. Ordningen var gjort så enkel som mulig slik at de som har behov ikke trenger å søke for å få tilskudd.

*«...det er for å gi alle like muligheter, og så er det jo for mange likevel en bøyg å gjøre det. Og det er derfor vi åpnet for at andre kan gjøre det. For lærere og trenere de ser mye, og får gjerne innspill fra andre så det skal være veldig sånn lavterskel, så det er noe som er gjort for å jobbe i forhold til sosial ulikhet.»*

*(Informant 1)*

Innsatsen for å inkludere og hindre stigmatisering hos barn og unge strakk seg på tvers av ulike etater i kommunen. Barnevern og NAV ble også trukket fram som avdelinger som jobbet for å hindre stigmatisering hos ressursvake barn og unge. Et eksempel er hvordan barnevernet kjøpte bunad til en ungdom fordi alle andre hadde det.

*«Men er du den eneste i klassen her som ikke har bunad, så skiller du deg ut og det er ikke ønskelig. Så det er jo en sånn, sosial ulikhet som da blir litt sånn kulturbetinget. Så det har de med seg og kartlegger, så særlig ungdommer er jo der, for å henge med på en måte og være en del av samfunnet...»*

*(Informant 1)*

Frivilligsentralen i kommunen ble trukket frem som en viktig bidragsyter i folkehelsearbeidet. De hadde tilbud som var rettet mot den generelle befolkningen, og spesielt barn og unge. Blant annet driftet de «Skattkammeret», et lokalt utstyrlager som lånte ut diverse fritids- og sportsutstyr gratis. En deltaker fortalte at dette lageret var hyppig brukt og ikke bare av grupper som hadde økonomiske utfordringer. Hen mente det kunne handle om at samfunnet hadde et økt fokus på bærekraft, og at en positiv konsekvens av dette var mindre stigmatisering. Frivilligsentralen hadde også fritidstilbud til de som hadde økonomiske utfordringer for å sørge for at alle fikk mulighet til å for eksempel være med på ulike sommeraktiviteter.

*«...der føler jeg at vi utfyller hverandre, de har hatt spennende prosjekter, for eksempel drømmesommer for barn som da ikke nødvendigvis har råd til å reise til dyreparken, men også for andre, igjen, det skal ikke være stigmatiserende, også er det jo klart at vi kan nok bli enda bedre på systematisk samarbeid med andre lag og organisasjoner...»*

*(Informant 6)*

#### **6.5.4 Tverrfaglig samarbeid**

Temaet samarbeid handler om hvordan deltakerne samarbeidet med andre avdelinger og sektorer innad i kommunen. Det vil også belyse hvordan samarbeidet ble opplevd. Videre vil relevante samarbeid forbi kommunens organisatoriske grenser presenteres. Til slutt vil temaet vise ulike faktorer som opplevdes som positive eller negative for samarbeidet.

#### **6.5.4.1 Samarbeid innad i kommunen**

Folkehelseloven (2011) fordrer et godt samarbeid mellom de ulike sektorene. Det kan dermed ses som en viktig del av det kommunale folkehelsearbeidet. Informantene oppga flere eksempler på ulike nettverk og samarbeidsgrupper som foregikk på tvers av ulike sektorer. Det var bred enighet blant informantene om at det var viktig med samarbeid på tvers. Når de ble spurt om hvordan det tverrfaglige samarbeidet fungerte kom det imidlertid fram ulike syn på dette.

*«...innad i kommunen så tenker jeg at samarbeidet fungerer ganske bra. Det fungerer veldig greit. Og min opplevelse i alle fall er jo at samarbeid er noe som alle er bevisst på...»*

*(Informant 2)*

*«Det er så mange gode helsetilbud som og skal være forebyggende i kommunen, men vi er ikke så gode til å jobbe sammen, så vi vet ikke...det er ikke alle som vet hva som finnes og hvem som yter hva, så det er jo noe som vi på en måte jobber med å bli bedre på da.»*

*(Informant 5)*

*«... jeg synes egentlig ikke vi har det. Og det kunne vi egentlig helst hatt litt mer av. For det blir på en måte prosjektbasert, vil jeg si, jeg synes jo at vi er jo flinke på en måte til at vi henter inn de som passer inn til prosjektene i det forskjellige. Men sånn på generell basis så har vi ikke så mye sånn at vi jobber sammen utenom.»*

*(Informant 4)*

Flere informanter oppga at tverrfaglig samarbeid var et fokus, men at dette var et område til forbedring. Noen hevdet at samarbeidet fungerte bra på individnivå, og at det generelt sett var vilje og ønske om å samarbeide. Flere informanter fortalte at de opplevde samarbeidet innad i sektorene som godt med jevnlige møter. Det ble fortalt at det var lett å komme i kontakt med andre dersom det var behov. Samtidig var det noen som oppga at det var utfordrende å ha oversikt over de andre tjenestene og tilbudene i kommunen. Kommunen hadde flere og gode tjenester og tiltak, men manglet samordning. Dette kan tyde på at det ikke er etablert gode nok rutiner for å få det til å fungere på systemnivå.

*«...vi er voldsomt flinke tror jeg til å samarbeide på individnivået. Altså hvis lille Per i andre klasse sliter så har vi mange gode tilbud til både lille Per og til foreldrene til lille Per og alt*

*dette her, men det har kanskje og vært for mye ad hoc arbeid og det blir personavhengig [...] Så det å bygge mer robuste systemer for samarbeid.»*

*(Informant 6)*

Organisering av kommunens tjenester ble trukket frem av to informanter. Barneverntjenesten og helsestasjonen i kommunen lå under helse- og omsorgssektoren. Disse etatene hadde samme målgruppe som oppvekstsektoren, og et samarbeid på tvers med oppvekstsektoren ble derfor naturlig. Psykisk helsetjeneste hadde også et stort fokus på barn og unge, og hadde derfor også samarbeid med oppvekst, både på individnivå og systematisk nivå. Fokus på samarbeid ble av flere deltakere knyttet opp mot det pågående arbeidet med oppvekstreformen i kommunen. Det ble fortalt om økt fokus på å sikre samarbeidet mellom de ulike instansene som retter seg mot barn og unge. To deltakere fortalte om verktøyet «Bedre Tverrfaglig Innsats» (BTI) som et ledd for å sikre bedre tverrfaglig innsats for barn, unge og foreldre. BTI var noe kommunen allerede var i gang med, og det ble knyttet opp mot arbeidet med oppvekstreformen.

*«... det er jo et veldig fokus på tverrfaglig samarbeid og spesielt i forbindelse med oppvekstreformen, så jeg opplever jo at vi jobber ganske godt det med å få samlet alle fordi vi er jo mange som jobber både med og for de samme.»*

*(Informant 7)*

#### **6.5.4.2 Andre samarbeid**

I tillegg til samarbeid innad i kommunen kom det fram eksempler på samarbeid med andre aktører. På spørsmål om andre samarbeid ble frivillig sektor trukket fram. Kommunen sin frivilligsentral driftes av Kirkens Bymisjon. Flere informanter fortalte om godt samarbeid med frivillig sektor, men det var bred enighet om at samarbeidet kunne bli bedre systematisert. For eksempel ved å inkludere dem i utarbeidingen av kommunens helseoversikt. De var også invitert inn i arbeidet med oppvekstreformen. Flere informanter opplevde at frivillig sektor i kommunen var engasjert, og noen trakk fram hvordan de kunne spille hverandre gode. Hvordan samarbeid med frivillig sektor kunne bidra inn i arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter ble også fremhevet.

*«... og så har vi frivilligsentralen [...] fordi vi fanger jo opp en del ting som vi tenker kanskje at noen familier trenger hjelp til for eksempel, og det også ha et godt samarbeid med de som kan bidra i forhold til sosial utjevning da er jo kjempeviktig»*

*(Informant 7)*

Kommunen hadde flere interkommunale samarbeid og forum. En informant fortalte om et interkommunalt samarbeid rettet mot skole- og arbeidsliv som hadde fokus på at elever tok kvalifiserte utdanningsvalg til videregående opplæring og kunne bidra til bedre gjennomføring av videregående skole.

*«...Og det som er veldig gøy med det er at vi ser at vi begynner å få rimelige bra tall i forhold til gjennomføring i videregående skole, det tror jeg har sammenheng med at vi i fellesskap [...] sørger for at de gjør kvalifiserte valg når de skal søke videregående, og gjennomføring i videregående er et av de aller viktigste punktene i forhold til folkehelsearbeid...»*

*(Informant 6)*

#### **6.5.4.3 Faktorer som påvirker samarbeid**

Når informantene ble spurt om hvilke faktorer som fremmer det tverrfaglige samarbeidet kom det frem ulike synspunkter. Noen deltakere fortalte om at forankring hos ledelsen var viktig for å sikre samarbeid på tvers av avdelinger og sektorer. De fleste oppga at kjennskap til andre avdelinger og tjenestetilbud i kommunen var viktig for det kommunale samarbeidet.

*«... kjennskap til hverandre sine tjenester er jo egentlig ganske viktig, og hvis en ikke har det, hvis en ikke ser eller har forståelse for på hvilken måte en kan utfylle hverandre, så vil det være til hinder...»*

*(Informant 2)*

Kjennskap til hverandre og hvilke tjenester som var tilgjengelig gjorde også samkjøring av disse enklere. Dette innebar også en rolleforståelse og kjennskap til sitt eget ansvarsområde, samt en vilje og åpenhet for å samarbeide. Flere informanter la vekt på at bedre samkjøring kunne føre til mindre overlappende arbeid.

*«...så vi må informere hverandre og involvere hverandre, for det er jo de samme innbyggerne vi snakker om. Så vi må bli enda bedre på å komplimentere hverandre.»*

*(Informant 1)*

Flere informanter fortalte at kommunens størrelse kunne bidra til å gjøre kjennskap til hverandre lettere. Dette var både fordi det gjerne var få personer innad i avdelingene, og at det var geografisk kort avstand til de andre tjenestetilbudene.

*«...så er det litt fordelene med en liten kommune at veien er jo ikke så lang, ofte så er det kanskje flere instanser som sitter i samme bygg, eller så er det jo også ikke så mange personer som jobber i en avdeling, så da er det jo litt lavere terskel for å ta kontakt fordi en blir jo litt bedre kjent...»*

*(Informant 2)*

Til tross for dette opplevde en informant lite kjennskap til andre ansatte i kommunen, og opplevde at det var utfordrende å ha oversikt. Denne manglende kjennskapen kunne komme av relativt kort fartstid i kommunen. En informant oppga at naturlige møtepunkter også var viktige for samarbeid, som for eksempel felles kantine eller lignende arenaer for uformell kontakt. Samlokalisering av kontorer ble trukket fram som en faktor som kunne gjøre det lettere å ta kontakt med andre.

*«...selvfølgelig at det ikke er noen naturlige møtepunkter, og det handler jo og om, sånn som på kommunehuset så handler det litt om hvor en sitter, hvor er kontorene i forhold til hverandre...»*

*(Informant 5)*

Faste møtepunkter med en agenda ble vektlagt av en informant som en god forutsetning for samarbeid. Dette kunne også bidra til kjennskap til hverandres tjenester. Noen vektla at det var viktig å vurdere nytten av møtene slik at det ikke ble holdt møter bare for å holde møter.

Ved spørsmål om faktorer som hemmer samarbeid på tvers, ble manglende ressurser og frykt for sektorens eller avdelingens økonomi påpekt av en deltaker som potensielle barrierer for samarbeid. Tidspress og økende mengde arbeidsoppgaver var faktorer som kunne virke negativt inn. Dette kunne potensielt føre til at samarbeidet kunne oppleves som merarbeid.

*«...det som er hemmende er jo at en i sin hverdag, alle har dårlig tid og alle har det travelt. Og så glemmer en kanskje litt det perspektivet, at hvem gjør vi dette for? Sant at en får litt sånn, vi alle kanskje blir litt navlebeskuende da, og så, gud blir det merarbeid for meg?»*  
(Informant 3)

Samtidig kunne manglende delingskultur og silotenking også fungere som en barriere for samarbeid.

*«Nei, det er jo det at alle sitter på hver sin øy og ruger på sitt, og ikke deler, altså at en ikke har noe delingskultur og holder på sitt, og tenker at mitt område er akkurat her og så er ditt område er der, også kan vi si hei når vi går forbi...»*  
(Informant 5)

## **6.6 Kinn kommune**

I Kinn kommune ble det rekruttert totalt elleve informanter. Det var ansatte som jobbet administrativt innenfor kommunens tre hovedsektorer. To jobbet i helse og velferd, tre i oppvekst og undervisning, to innenfor samfunn, kultur og miljø, to i folkehelseavdelingen, og to jobbet på stabsnivå i kommuneadministrasjonen. Denne delen vil presentere funnene som ble gjort i Kinn kommune.

### **6.6.1 Kommunens tilnærming til folkehelsearbeidet**

Analysen viste at flere informanter opplevde et helhetsperspektiv på folkehelse og sosial ulikhet i helse i kommunen. Det var bred enighet om at dette var viktige fokusområder, og flere trakk frem at disse perspektivene var integrert i det kommunale arbeidet. En informant fortalte at folkehelse og sosial ulikhet lenge hadde vært prioritert i kommunen, og opplevde at de hadde høy faglig kompetanse på dette. Folkehelse var også et område som alle hadde et felles ansvar for. En fortalte om at det var et tverrfaglig anliggende, og en annen oppga at folkehelse skulle være implementert i hele den kommunale driften. Flere ga også uttrykk for at sosial ulikhet i helse lå til grunn for kommunens arbeid.

*«...altså det er ikke det som på en måte er uttalt, men ligger jo i bunnen av mye av det vi holder på med da...»*  
(Informant K)

Til tross for at informantene hadde ønske og forståelse for folkehelsearbeidet, ble det opplevd at det noen ganger kunne være utfordrende å gjøre planene om til handling. Faktorer som ble trukket fram for å fremme det kommunale folkehelsearbeidet var lederforankring, politisk initiativ og ressurser. Det ble også påpekt at det måtte prioriteres og holdes på agendaen. Det ble videre trukket fram av flere informanter at det var viktig å holde et langsiktig folkehelseperspektiv.

*«... det som jeg tenker er en viktig ting er jo at en har en sånn langsiktig tenkning på folkehelsearbeidet. At en er litt sånn tro mot det en diskuterer og så at en jobber med det over tid. For det er jo det det strategiske folkehelsearbeidet handler om, å ikke skvette fra den ene satsingen til den andre...»*

*(Informant G)*

Ved spørsmål om hvordan kommunen jobbet med folkehelse og sosial ulikhet i helse, pekte flere informanter på universelle og forebyggende tiltak. Her ble det trukket fram en del av kommunens ordinære tjenester, som for eksempel skole og barnehage. Skole og barnehage ble ansett som en viktig arena for utjevning av sosial ulikhet i helse ettersom alle barn er innom. Tidlig innsats og forebygging hos barn og unge ble trukket fram av flere deltakere, og skole og barnehage ble ansett som å være tjenester som var forebyggende i seg selv. Dermed ble en viktig del av kommunens folkehelsearbeid at kommunens ordinære tjenester fungerte godt.

*«...jeg tenker det å forebygge, og det å tenke universelle tiltak det er på en måte folkehelse nummer en, [...], altså det å ha en skole som fungerer, en barnehage som fungerer og inkluderer, tjenester i kommunen som fungerer på normalt vis før man begynner å finne noe indikert, det er det som virker best i hverdagen...»*

*(Informant K)*

En informant trakk fram at universelle tiltak hadde vært kommunens strategi i lengre tid. Forståelse for hvorfor det var viktig med universelle tiltak kom frem hos flere.

*«...i stedet for å ha fokus bare på en gruppe så prøver en å gjøre det bra for alle, der en løfter grunnlinjen også tar en med seg de svake gruppene når en løfter det opp...»*

*(Informant A)*



Det kom fram ulike synspunkter på hvorvidt de klarte å ha fokus på universelle tiltak. En informant opplevde at de var gode på det, mens en annen fortalte at de kun delvis klarte det. Flere opplevde at mye fokus ble rettet mot individuelle behov og enkeltsaker. Dette flyttet fokuset vekk fra den overordnede tenkningen på universelle tiltak. Noen opplevde at politiske perspektiver ikke alltid samsvarte med administrasjonens ønsker for folkehelsearbeidet. Dette gjaldt særlig for de beslutningene som ble tatt på politisk nivå som var basert på enkeltsaker. Dette kunne være en barriere for det brede og langsiktige folkehelsearbeidet.

*«...det er viktig å holde fanen høyt for langtidsperspektivet, og stå imot det at for eksempel politikere eller brukerorganisasjoner drar i en eller annen form for retning som ikke er i samme retning som langtidsperspektivet...»*

*(Informant A)*

Samtidig som det ble tilstrebet å fokusere på universelle tiltak, fortalte noen om viktigheten av å rette et ekstra fokus mot sårbare grupper. Disse perspektivene ble gjenspeilet ved at inkludering var en av kommunens hovedsatsinger. En informant fortalte eksempelvis om viktigheten av å sikre god språkopplæring for flerkulturelle elever for å unngå å lage parallellsamfunn. Det ble også påpekt at det var viktig at tilbud og tiltak ikke stigmatiserte sårbare grupper. Et eksempel som ble trukket fram var tilbud til grupper på skolen hvor det var ekstra fokus på helseatferd som søvn, ernæring og fysisk aktivitet.

*«...altså, mange ganger har vi lyst til å plukke ut sant, men der må vi være forsiktig for da begynner vi plutselig å stigmatisere folk, så det er noe med å finne den der gylne middelveien sånn at det skal oppleves okei.»*

*(Informant D)*

Intervjuene reflekterte en bred tilnærming til folkehelsearbeidet. En informant trakk imidlertid frem utfordringer med å ha oversikt over kommunens tiltak

*«...er nesten en heltidsjobb det å orientere seg sant, også for kommunen er stor og her er mylder av tiltak, også har man mange tiltak og virkemidler og program, og så er det å finne ut, ja virker det, sant, og hvem kan gjøre det. Så vi ser vel at vi har en stor verktøykasse, men det varierer hvor mye brukt den blir...»*

*(Informant J)*

Kommunens brede tilnærming til folkehelsearbeid ble også vist gjennom hvordan den hadde organisert det overordnede folkehelsearbeidet. Flere informanter trakk fram folkehelseavdelingen som en positiv faktor. Folkehelseavdelingen var interkommunal og hadde en rådgivende funksjon, og deltok i folkehelsearbeidet på et overordnet strategisk nivå. Avdelingen var organisert i kommunedirektørens stab, og en informant trakk fram at denne organiseringen førte til at folkehelse ble tverrfaglig og sektorovergripende.

Folkehelseavdelingen hadde to 50% folkehelsekoordinatorstillinger som var plassert i kommunesentrene Florø og Måløy. En deltaker fortalte at folkehelseavdelingens arbeid var å sikre at folkehelseperspektivet ble ivaretatt i kommunen. Det hadde blant annet blitt gjort ved å fremheve sosial ulikhet i helse i kommunens helseoversikt. Det ble fortalt at organiseringen av folkehelseavdelingen bidro i det tverrfaglige arbeidet, men dette kunne imidlertid medføre at avdelingen kunne bli glemt av sektorene.

*«...så er jo det en fordel fordi at det er lettere å jobbe tverrsektorielt, og på den andre siden så er det kanskje plassert under linjen slik at de som faktisk fatter beslutninger ikke alltid oppfatter, og ikke alltid tar hensyn til folkehelse fordi at det er ikke i beslutningsleddet da kan du si...»*

*(Informant F)*

Flere informanter opplevde at folkehelseperspektiver var inkludert og integrert i kommunens planer. Kommuneplanen var opplevd som viktig for å forankre folkehelsearbeidet.

*«Vi har bestemt at vi skal ikke ha en egen folkehelseplan, og det tror jeg er veldig lurt. Vår folkehelseplan heter samfunnsplanen. Så det er der vi prøver å legge disse store overordnede satsingene...»*

*(Informant G)*

En informant fortalte at det i temaplanene var fokus på universelle tiltak. Eksempelvis ble det fortalt at inkludering var et hovedsatsingsområde i oppvekstsektorens temaplan, og dette fokuset ble diskutert i forhold til den nye kommuneplanen. Ved å forankre folkehelseperspektivene i planene opplevde en informant et større helhetsperspektiv på

folkehelse og sosial ulikhet i helse. Selv om kommuneplanen favner hele kommunens drift, ble folkehelseperspektivet ansett som en naturlig del av den.

*«...vi setter jo oss ikke ned og sier at nå skal vi jobbe med akkurat de temaene her sant, det her inngår jo i en større helhet, og sånn at det er viktig, basert da blant annet på satsingen i kommuneplanen sin samfunnsdel [...] så oppdraget og oppgavene utgår jo derfra. Og den er jo et forsøk da på en sånn helhetlig tankegang fra kommunen, og det er viktig at ting er forankret der...»*

*(Informant C)*

Det var bred enighet om at det ble jobbet systematisk og tverrfaglig med planarbeid i kommunen. En informant fortalte at kommunen jobbet mye med planer. Flere la vekt på viktigheten av at planene hang sammen, og målet var å sikre en rød tråd fra kommuneplanen og ned på handlingsnivå. Imidlertid var det flere som opplevde det som utfordrende å omsette folkehelsearbeidet til konkrete tiltak, og dra planene ned til praksis. Det ble videre ansett som viktig å være tro mot de overordnede planene og ha en rød tråd gjennom organisasjonen.

*«...vi må ha en rød tråd, vi kan ikke bare, fordi av og til så ser vi at, å det hadde vært kjekt å ha gjort, og så skjærer en ut sånn til [...], vi har ikke råd til det, vi kan ikke det. Vi er nødt til å være tro mot de overordnede planene som ligger der...»*

*(Informant D)*

Ved spørsmål om bruk av FNs bærekraftsmål ytret informantene ulike meninger rundt nytten av å benytte dem i planarbeidet. Når det var snakk om bærekraftsmål var det flere som snakket om kildesortering og miljøperspektivet, og ikke økonomiske eller sosiale aspekter ved bærekraft. Mange hevdet at det var noe de allerede gjorde eller noe som ble ivaretatt uten at det var behov for å bruke målene i det hele tatt.

*«...og vi tenker ikke på at det er et bærekraftsmål, men vi jobber jo veldig mye med det likevel sant, [...] vi går ikke inn og sjekker om vi er i samsvar med de 17 målene, men veldig mye av det ligger naturlig til det vi har holdt på med uansett...»*

*(Informant C)*

Planleggingsverktøyet «Framsikt» ble av noen informanter trukket fram som et virkemiddel for å systematisere det kommunale planarbeidet. Dette verktøyet bidro til at de ulike planene hang bedre sammen. Det gav ifølge en informant en bedre formalisering av strukturene. Det ble fortalt at «Framsikt» gav en tiltro til at planene i større grad førte til faktiske tiltak.

*«...før i tiden når vi lagde planer så skrev vi dem i Word og så gjorde vi dem om til PDF, og så kopierte vi dem opp og så sendte vi de ut til politikerne, og så hadde de det som papir og så puttet vi de i en skuff...nå er det levende altså, levende og dynamisk...»*

*(Informant K)*

Helseoversikten ble brukt som grunnlag for planstrategi og i kommuneplanen. En informant fortalte for eksempel om hvordan inkludering hadde blitt et tema som resultat av kommunens egne analyser og vurdering av folkehelseutfordringer. Flere fortalte at kommunen brukte både statistikker og fakta hentet fra nasjonale undersøkelser, men også lokal kunnskap som ble hentet inn ved å snakke med ulike instanser. Dette var for å se om utfordringer som var representert i nasjonale tall stemte overens med hva som var opplevd.

*«...følge trendene og prøve å på en måte utforske det ved hjelp av lokalkunnskap og de utfordringene vi ser her da [...] Så vi prøver jo å innhente informasjonen der vi tenker det er naturlig å gjøre det da. Og så gjør vi en vurdering...»*

*(Informant G)*

Noen informanter ytret ønske om både mer forskningsbaserte og objektive folkehelsesdata. I tillegg trakk en informant fram at det var vanskelig å finne lokale data for mindre kommuner. Mangel på forskningsbaserte folkehelsesdata kunne ifølge en informant gjøre det utfordrende å argumentere for folkehelsesatsinger.

Viktigheten av å følge den røde tråden i folkehelsearbeidet kom også frem når informanter fortalte om prosjektarbeid. Flere fortalte at de forsøkte å tilpasse prosjektene til kommunens plan og brukte prosjektmidler til å styrke kommunens ordinære arbeid.

*«...også tilpasser vi prosjektet planen vår istedenfor å tilpasse planen vår til prosjektet, sånn at vi følger den røde tråden, så er ikke den helt rett, men de ulike prosjektene som vi søker om, de gir drivstoff eller brennkraft sånn at vi kan drive vår egen plan videre»*

*(Informant A)*

Ved å legge prosjektene nært kommunens planarbeid og styrke det ordinære opplevde flere at de i større grad kunne unngå utfordringer med å videreføre satsinger når prosjektmidlene var brukt opp.

*«...skal vi ha prosjekter så må det forankres i de allerede lovpålagte oppgavene så kan du på en måte styrke dem litt. Så når det ikke er mer midler så har du oppgavene og du har ressursene der, du må kanskje justere det ned litt, men det er ikke noe som forsvinner. Det er viktig altså.»*

*(Informant D)*

Statlige satsinger ligger ofte til grunn for hvilke prosjekter som får tilskudd. Noen informanter påpekte utfordringer med å kunne følge opp kommunens satsinger i prosjektarbeid fordi prosjektmidler ofte ble lyst ut med bestemte formål som ikke alltid samsvarte med kommunens plan. Dette ble opplevd som begrensende for det langsiktige folkehelsearbeidet i kommunen. Kommunens deltakelse i programarbeid for folkehelse ble imidlertid trukket fram som mer en mer konstruktiv tilnærming.

*«...og jeg tenker det er en positiv utvikling at de har sagt at nå skal dere få en større pott penger som dere skal få disponere til eget bruk ut fra deres behov over tid. Så det er en positiv ting for oss...»*

*(Informant G)*

### **6.6.2 Økonomiske ressurser**

Kommunen har organisert folkehelsearbeidet slik at folkehelseavdelingen har en rådgivende funksjon, mens tiltak skal skje i driften. Derfor er det ikke satt av ekstra økonomiske ressurser til folkehelsearbeid. Da det ble gitt tilskudd til ansettelse av folkehelsekoordinator hadde kommunen et ønske om å selv finansiere denne stillingen. Derfor ble tilskuddsmidlene spart i fond. Disse midlene kunne disponeres til å finansiere små prosjekter i kommunen. Imidlertid var det snart tomt for disse midlene. Flere informanter fortalte at kommunen var i en situasjon der de måtte kutte i budsjett. Samtidig ble det trukket fram at viktige prioriteringsområder ikke burde tas bort på grunn av budsjettkutt. For eksempel ble det lagt vekt på at å sikre fritidsaktivitet («fritidserklæringen») for alle barn var et område som ble satset på.

*«...der er det satt av og prioritert, i et budsjett som går nedover så går den oppover. Det er en helt bevisst satsing. Vi har økt opp stillingsprosent i forhold til det vi kaller frivillighetskoordinator som er en del av det her for å kunne satse på det. Så det er en bevissthet rundt noen områder her...»*

*(Informant C)*

Flere informanter la også vekt på viktigheten av å forvalte ressursene sine på en hensiktsmessig måte, og det var viktig å få mest mulig ut av de økonomiske ressursene som var tilgjengelig. Fokus på universelle tiltak som var bakt inn i den ordinære driften ble ansett som mer økonomisk besparende enn individfokuserte enkeltvedtak. Samtidig ble demografiske endringer sett på som en utfordring i kommunen. Det økende antallet eldre førte til at midler måtte prioriteres til eldreomsorg. Dette kunne gå på bekostning av andre grupper som for eksempel barn og unge. Disse utfordringene kunne også medføre at man mistet fokus på det langsiktige folkehelsearbeidet.

*«...Også eldrebølgen, vi kan på en måte ikke lukke øynene for at veldig mange av ressursene våre må gå dit, og samtidig så ønsker jo vi å lage best mulig forhold for barn og unge [...] er liksom to store sektorer som i utgangspunktet ønsker mest til sitt område, men vi skjønner jo at her må det skje en omfordeling...»*

*(Informant J)*

### **6.6.3 Innsats for folkehelse og utjevning av sosial ulikhet i helse**

Dette temaet viser hvordan kommunen jobbet med innsatsområder. Videre vil den belyse informantenes perspektiver på hvordan sikre medvirkning og at tiltakene skulle nå ut til alle som hadde behov for dem.

#### **6.6.3.1 Innsatsområder for å sikre inkludering og like muligheter**

Informantenes ønske om å fokusere på det universelle kom fram i tiltakene, og flere vektla like muligheter for alle. Blant annet hadde kommunen et lavterskel psykisk helsetilbud for alle voksne. Det hadde også vært en satsing på utarbeiding av turstier. Fysisk aktivitet, særlig hos barn og unge, var et viktig fokusområde. En informant fortalte om hvordan hen kunne begrunne at uteområder og stier var en bedre folkehelsesatsing enn idrettshaller. Det ble videre fortalt at det var utfordrende å få gehør for at idrettshaller var mindre helsefremmende

enn turstier, men at det var lettere å få gjennomslag for fordelene med universelle rekreasjonsområder. Frivilligsentralen bidro også med tilbud til barnefamilier som gratis kino og ferietilbud. Kommunens utstyrslager ble nevnt av to informanter. Utstyrslageret lånte ut utstyr til både sports- og friluftaktiviteter.

*«...og jeg håper jo at det blir sånn at alle kan gå der, ikke bare de som er på en måte sosialt vanskeligstilte fordi da blir det på en måte litt normalt, ikke så stigmatiserende...»*

*(Informant E)*

Et av kommunens store fokusområder var inkludering. Flere informanter fortalte om viktigheten av og måter de jobbet på for å hindre utenforskap. «Lev Vel» var en satsing som var et tett samarbeid mellom helse og velferd, samfunn, kultur og miljø, og frivillig sektor. Det var organisert slik at alle skulle ha mulighet til deltakelse i sosiale og kulturelle aktiviteter uavhengig av utgangspunkt. De jobbet på tre nivåer: universelt, gruppe og individnivå.

*«...vårt arbeid her går inn til de på de tre nivåene for å prøve å nå alle [...] i forhold til tiltakene våre så jobber vi jo med at de kulturarrangementene og tiltakene som er her i kommunen skal være åpne, de skal være godt informert, de skal være universelt utformet...»*

*(Informant H)*

De målrettede tiltakene innebar å få de med behov med på gruppeaktiviteter. De som ikke var i stand til eller ønsket det kunne få individuelle tiltak, som for eksempel besøksvenn. Dette ble organisert av en samfunnskoordinator, som kartla og kunne legge til rette for besøk av en frivillig. På denne måten hadde «Lev Vel» et tilbud til alle, enten de ville komme ut blant folk eller få folk hjem til seg. «Lev Vel» ble forklart som en satsing som både var universell og målrettet. Ved å ha åpne kulturarenaer og møteplasser skapte de et universelt tilbud som var for alle, men som kanskje først og fremst rettet seg mot alle eldre. En informant opplevde at tilbudet påvirket behovet for andre omsorgstjenester.

*«...vi merker jo en nedgang i presset på institusjonene [...] og det tror jeg er på grunn av alt vi har opprettet gjennom frivillighet sant, masse masse aktiviteter og tilbud på ettermiddag og kveld, vi tilbyr jo å komme å hente folk og ta de med ut sant, og vi har dette med besøksvenn der vi parer frivillige og en eldre som da får besøk, kan gjøre ting i lag...»*

*(Informant E)*

I tillegg til at informantene fremhevet en universell tilnærming kom det også fram eksempler på innsats rettet mot inkludering av sårbare grupper. En fortalte at kommunen hadde tilbud om frokost og samtaler til personer i LAR-behandling. Flere fortalte om fritidserklæringen, som var kommunens verktøy for å sikre at barn og unge fikk muligheten til å delta i fritidsaktiviteter uavhengig av foreldrenes økonomi, og dermed motvirke utenforskap.

*«...kostnadene med å være blant annet på idrettsanleggene våre begynner å bli så høy at det ekskluderer en del familier, og det er da den der fritidserklæringen kommer inn og er kjempeviktig for å motvirke det. Ideelt sett så burde det vært mye billigere å være med på aktivitet, alle mulige slags aktiviteter, men sånn er det ikke [...] altså det er en form for behovsprøvd ordning, den er ikke en generell ordning [...] spesielt de siste årene så er den kjempeviktig og kanskje det viktigste enkelttiltaket vårt...»*

*(Informant C)*

Fritidserklæringen er for øvrig nasjonal, men kommunen hadde sluttet seg til den og brukte den aktivt. Frivilligsentralen hadde ansvar for oppfølging av fritidserklæringen, og det var lagt opp til at utdeling av midler skjedde ubyråkratisk via de unges kontaktpersoner, slik som lærere eller trenere.

*«...Og det som lærerne sier for eksempel, det er at det er en veldig enkel, de spør ikke, dette er på en måte tillitsbasert, det er ingen lærer som vil gi en gratis fritidsaktivitet til noen som har bra med penger eller som de vet kan betale selv...»*

*(Informant I)*

Det kom også fram fra noen informanter at kommunen hadde en tverrfaglig tilnærming til det boligsosiale arbeidet. Det ble vist til at kommunen hadde flyktningmottak, og dermed hadde en del arbeid med bosetting. Her var det viktig å planlegge slik at ikke enkelte områder ble utsatt for belastninger som følge av dette. Ved å planlegge og tildele i samarbeid med andre sektorer opplevde de at dem som hadde behov for bistand til bosetting fikk bedre muligheter til å inkluderes i samfunnet.

*«...vi har liksom den tverrfaglige samhandlingen knyttet til utfordringer som vi ser kan oppstå, og for å unngå at kanskje alle blir samlet på en skole, men at de blir spredt litt ut og*



*at en har mulighet for å bli integrert og at en får en god bolig, for det og er viktig inn i denne sosiale ulikheten som en ser i samfunnet...»*

*(Informant B)*

### **6.6.3.2 Hvordan nå ut til innbyggerne**

Et viktig fokusområde for noen informanter var hvordan de skulle nå ut til befolkningen. Ønsket om å nå ut strakte seg fra et generelt ønske om å engasjere befolkningen i det kommunale planarbeidet til å finne de enkeltpersonene som kunne ha nytte av konkrete tilbud. Eksempler på hvordan dette ble løst var for eksempel et samarbeid mellom helsestasjon og frivilligsentralen der de gikk inn i tredje klasse og kartla hvor mange som var med i fritidsaktivitet og hvem som kunne ha behov for ekstra tilrettelegging for å delta på aktivitet. Informasjon om ulike aktiviteter og fritidserklæringen ble delt ut gjennom disse kartleggingene. Dette ble gjort i forbindelse med helsestasjonens ordinære arbeid i tredje klasse.

*«...Og da finner man gjerne årsak til at de ikke er med, og det kan være helt naturlige årsaker, men det kan og være økonomi, det kan være det med transport som er barriere [...] Så veldig gode tilbakemeldinger på det. Så den fritidserklæringen, gir jo vi ca. 220-230 barn i året en fritidsaktivitet som da blir gratis for dem...»*

*(Informant I)*

Et annet eksempel var i forbindelse med «Lev Vel». En informant fortalte om ulike metoder for å nå ut til innbyggerne. Det var for eksempel laget informasjonsvideo og lagt ut en del informasjon på nettet, og at å henvende seg med ønske om hjemmebesøk var enkelt. Det var laget brosjyrer som ble delt ut av både helsetjenester og fastleger. Det ble fortalt om tilbakemeldinger fra fastleger som opplevde «Lev Vel» som et verktøy de kunne anvende hos dem som sto i fare for ensomhet.

Flere informanter snakket om metoder for innbyggermedvirkning. Noen mente at høringer og folkemøter kunne bli lite konstruktive da det ofte var de samme personene som dukket opp og at noen av de kunne ha spesifikke temaer de ønsket å snakke om. Det var ikke nødvendigvis slik at alle hadde mulighet til å delta, da det var utfordrende å legge slike møter på en tid som passet alle grupper, som for eksempel barnefamilier. Noen informanter ytret behov for å tenke

medvirkning og dialog med innbyggerne på alternative arenaer, som for eksempel via nyere digitale løsninger eller workshops med grupper.

*«...så prøver vi å være mest mulig digital i dialogen med innbyggerne om det nå i forhold til innmelding og sånn, og bruke en hverdag som folk er kjent med [...] sist nå snakket vi om å lage en kanal via Tiktok ikke sant, det er litt sånn uvant da i byråkratiet, men jeg tror vi må bruke den type kanaler for å nå ungdommer, det har stor påvirkningskraft. Facebook har gått ut på dato, og hjemmesiden til kommunen er kanskje ikke så mange som av dem som har hørt om. Så det at vi må liksom forstå den biten der da...»*

*(Informant C)*

#### **6.6.4 Tverrfaglig samarbeid**

Denne delen tar for seg hvordan kommunen samarbeider på tvers av avdelinger og sektorer, samt hvordan de opplever dette. Videre presenteres faktorer som kunne påvirke samarbeidet i positiv eller negativ forstand.

##### **6.6.4.1 Kommunens tverrfaglige samarbeid**

Flere informanter anerkjente viktigheten av tverrfaglig samarbeid for å jobbe best mulig ut mot innbyggerne. Deltakerne oppga flere eksempler på faste arenaer for møter på tvers. Det var for eksempel både i helse og velferd, og oppvekst og utdanning faste nettverksmøter, og i planarbeidet ble alle sektorene invitert inn til møter. Noen informanter fortalte om tverrfaglig samarbeid rundt temaplaner, og at arbeidsgruppene i samarbeidet bidro til å oppnå en helhet.

*«...så når vi har jobbet i temaplan for oppvekst så har det sittet rektorer, folk fra helsestasjon, PPT [pedagogisk-psykologisk tjeneste], folkehelseavdelingen, andre helserelaterte tjenester i kommunen, fra planavdelingen, vi har liksom favna om hele, frivillig sektor har vært der. Kurs KF har vært involvert, de som har med asyl og flyktningmottak å gjøre. Det blir bredt sammensatt...»*

*(Informant B)*

Informantene hadde noe ulike opplevelser av hvordan det tverrfaglige samarbeidet i kommunen fungerte. En fortalte at kommunens og samfunnets største utfordring var å få til gode samarbeid. Flere trakk fram at kommunen nylig var sammenslått, og de var fremdeles i

en prosess hvor de skulle bli kjent med hverandre. En informant påpekte at det var behov for å finne nye arenaer for å bli kjent og bygge felles kompetanse. Noen mente at tjenestene samarbeidet bra, mens andre mente at det var rom for forbedring. Flere opplevde at samarbeid på noen arenaer fungerte bra og dårlig på andre.

*«...tror vi må være ærlig på det at vi har litt å gå på og få til enda bedre samarbeidsrutiner, for det blir ofte litt sånn at en sitter og jobber med ulike ting, og så glemmer en kanskje at en skal involvere andre og så kan vi fort sitte og holde på med nesten de samme tingene og glemme å involvere hverandre...»*

*(Informant G)*

*«...vi er jo en relativt liten kommune så det er klart vi kjenner hverandre litt på kryss og tvers, og har masse gode fagfolk som det er mulig å få hjelp og bistand hos, så vi har både et formelt system og vi har også et uformelt system som gjør at vi på en måte kan hente ut ressurser hos hverandre...»*

*(Informant J)*

Et eksempel som ble trukket fram var «Lev Vel». Satsingen var organisert for å legge til rette for tverrfaglig samarbeid. Teamet som jobbet med «Lev Vel» lå under helse og velferd, mens en av dens nærmeste samarbeidsparter var frivilligsentralen som lå under samfunn, kultur og miljø. Dette samarbeidet medførte at satsingen var bedre forankret både i helse og i kultur. En informant fortalte at omsorgstjenestene opplevde en større forpliktelse til å følge opp tiltak på sitt tjenestenivå fordi det lå organisert under samme sektor. Dette førte til en større forankring hos dem som arbeidet ute i tjenestene, som aktivt forsøkte å finne dem som hadde behov for tiltaket. De som jobbet i frivilligsentralen bidro med organisering av frivillige og kulturtilbud.

*«...dette er annerledes, det er strukturert, og det at vi har laget en struktur inne i helse. Ja, det er nå kanskje litt annerledes enn andre kommuner har.»*

*(Informant H)*

Det tverrfaglige samarbeidet i kommunen strakk seg også ut mot frivillige organisasjoner gjennom frivilligsentralen. Kommunen holdt faste møter for å avdekke behov hos innbyggerne og hvordan de kunne engasjere frivillige organisasjoner for å dekke disse. Et eksempel på dette var babygruppe for nybakte foreldre som ble driftet av en frivillig

organisasjon. En annet eksempel som gikk på tvers av sektorer var samarbeid mellom frivilligsentralen og skolehelsetjenesten i forhold til kartlegging av fritidsaktiviteter hos barn i tredje klasse.

*«...og så er det jo sånn at frivilligheten er jo fri og villig, sånn at man kan ikke pålegge, men vi kan snakke litt om hvilke behov som er i lokalsamfunnet og som oftest så kan de støtte det behovet alt etter som...»*

*(Informant I)*

Tverrfaglig samarbeid rettet mot barn og unge ble trukket fram av noen informanter. Kommunen var blant annet i gang med å implementere BTI. En informant fortalte at kommunen hadde organisert alle tjenester til barn og unge under oppvekstsektoren, og denne organiseringen kunne være med å gjøre samarbeidet mellom aktørene innad i sektoren lettere. En informant la vekt på viktigheten av å samarbeide for å ivareta en helhetlig tilnærming hos barn og unge. Fordi barn kun brukte halve dagen på skolen var det viktig å samhandle mer helhetlig om deres oppvekst. Dette inkluderte tverrfaglig innsats for å sikre meningsfulle aktiviteter på fritiden.

#### **6.6.4.2 Faktorer som påvirker samarbeid**

Flere informanter viste til forankring både i planarbeid og hos ledelsen som en faktor som var sentralt for godt samarbeid. En informant trakk fram at ledelsen måtte sette det på agendaen og etterspørre. Samarbeidet forankret i ledergruppen kunne gi en rød tråd, men det var viktig at ledelsen fulgte det opp. Forankring var ikke bare en fremmede faktor for samarbeid, men også for folkehelsearbeidet generelt.

*«...en viktig faktor det er at samarbeid og samhandling skal være forankret i ledelsen, altså at det er en kultur i den organisasjonen som vi jobber i fra ledelsen og helt ned i forhold til det å sette av tid til samhandling og samarbeid, det og skape felles møtearena, og det å rett og slett tvinge hverandre til å huske på hverandre...»*

*(Informant A)*

En informant gav et eksempel på at noen satsingsområder ble forankret i kommuneplanen før ansvaret for oppfølging var fordelt for å skape en felles enighet.

*«Altså jeg tror den kommuneplanen sin samfunnsdel og en felles forankring av den er viktig [...] [satsingsområde] er ikke organisert etter hvordan vi sånn ansvarsmessig er organisert i kommunen [...] og det er forankret i den samfunnsdelen helt uavhengig av hvem det er sitt ansvar, og så må vi etterpå finne ut av hvordan vi skal fordele ansvaret og oppgavene rundt det. Så det å forankre det der, det er på en måte stikkord nummer en for å få til det samarbeidet...»*

*(Informant C)*

Flere informanter mente at silotenking var en faktor som kunne være en barriere i det tverrfaglige samarbeidet. Denne tankegangen innebar å kun forholde seg til sitt eget lovverk og et ønske om å holde på sine egne ressurser.

*«...denne her silotenkingen som vi kanskje har litt for vane å ha med oss i ryggsekken sitter liksom i ryggmargen. Vi har et lovverk å forholde oss til sant, thats it. Men kravet som en har nå i forhold til å samhandle utfordrer oss litt på, hvordan kan vi faktisk se denne her muligheten for samhandling. Men ikke minst det at vi har en arena der vi kan møtes og bli kjent med hverandre og bygge felles kompetanse...»*

*(Informant B)*

Kjennskap til eget og andres arbeid og en felles forståelse ble fremhevet som faktorer som kunne fremme samarbeidet. Det ble påpekt at det måtte jobbes med samarbeidskulturen, og at det var viktig å se sin egen rolle i en større sammenheng.

*«...det at en blir kjent med hverandre sitt ansvar, bygge kompetanse i lag, jeg tror det er faktisk en veldig viktig faktor fordi det er veldig lett å være ekspert på noe [...] Så det å bli kjent med hverandre sine oppgaver og bygge kompetanse i lag sånn at en ser hvordan en kan utfylle hverandre...»*

*(Informant B)*

Samtidig ble et felles kunnskapsgrunnlag og rolleavklaring trukket fram som viktige faktorer. Kjennskap til eget profesjonsområde ble påpekt for å kunne se hva en selv kunne bidra med inn i samarbeidet. Strukturer rundt samarbeid og arenaer for møter ble ansett som viktige.

*«...En problemstilling om det er på systemnivå eller på individnivå, så har vi gjerne ulike tilnærminger fordi vi har ulike briller på oss, fordi vi har ulik erfaring og ulik fagbakgrunn, og personen. Alt spiller jo inn, så skal vi få til et samarbeid så må vi vite hvilket mandat vi har og så må vi ha en forventningsavklaring, rolleavklaring, og så må en se på hva jeg kan bidra med, ikke hva du kan bidra med, [...] hva er min oppgave her, det må ligge i bunn og det er ofte vi hopper over...»*

*(Informant D)*

Flere informanter fortalte om hvordan kommunen var i en situasjon med strammere økonomi, og at de opplevde å måtte kutte i budsjettene sine. Samtidig ble det opplevd at kommunen ble pålagt flere og flere oppgaver, noe som kunne medføre en travlere arbeidshverdag.

Økonomiske begrensninger og travelhet var faktorer som ble sett som hemmende for samarbeid på tvers i tillegg til det generelle folkehelsearbeidet. En fortalte om utfordringer med hvordan økonomien skulle prioriteres, da mange lovpålagte oppgaver var ressurskrevende.

*«...en kan jo se seg selv litt i kortene og, men jeg vil heller ikke gi vekk mine penger, jeg har ikke de. Så akkurat det er jo en hemmende faktor at vi har kanskje for lite penger, og vil vi ha de pengene til vårt arbeid i stedet for å tenke at innbyggerne er jo et felles ansvar»*

*(Informant E)*

Noen informanter vektla daglig kontakt som viktig for samarbeid. Samtidig var det noen avdelinger som ikke var lokalisert i samme bygg som sentrale samarbeidsparter.

*«...det gjør at du mister den uformelle arenaen, en må på en måte på besøk til hverandre, en må sette opp formelle møter og en mister den der, ah, det var en ting jeg skulle ha spurt deg om, når en møter hverandre i gangen, eller bare å stikke hodet inn, det er forskjell på det og prøve å finne ledig tid i kalenderen...»*

*(Informant A)*

## **6.7 Oppsummering av funn**

De fire temaene som er presentert viser ulike sider av kommunenes arbeid med folkehelse og sosial ulikhet i helse. Informantene fra begge kommunene var opptatt av at folkehelsearbeidet

skulle være systematisk. Dette ble blant annet vist gjennom hvordan perspektivene var forankret i planarbeidet, samt organisering av folkehelseansvaret gjennom en egen folkehelseavdeling eller folkehelsekoordinator ansatt sentralt i kommuneorganisasjonen. Samtidig anså alle informantene folkehelse som relevant for sitt arbeid. Hvordan de ulike sektorene kunne bidra samsvarte mye med hva som var deres samfunnsoppdrag. De ulike informantens forståelse reflekterte hvilken sektor de jobbet i, noe som pekte mot at folkehelse ble sett på som et felles ansvar. Alle enheter kunne bidra på ulike måter.

Funnene fra begge kommunene pekte mot at de hadde begrensede økonomiske midler, som medførte strenge prioriteringer. Likevel hadde både Kinn kommune og Sveio kommune prioritert inkluderingsmidler til fritidsaktiviteter i budsjettene. Det ble videre ansett som viktig at man disponerte ressurser på en hensiktsmessig måte for å oppnå best ressursutnyttelse. Funnene reflekterte at begge kommunene benyttet seg av ordninger for å søke om midler til prosjekter. Samtidig medførte dette noen utfordringer for å holde på langsiktige satsinger.

Resultatene viste at det jevnt over var viktig at tiltak og innsats skulle være til det beste for innbyggerne. Barn og unge ble trukket fram som en særlig viktig gruppe å jobbe for. Samtidig ble det rettet fokus mot innsats som inkluderte hele befolkningen. Samtidig reflekterte funnene fra begge kommunene områder der det tverrfaglige samarbeidet fungerte, og andre der det ikke fungerte. Felles for begge var en generell vilje til og ønske om å få til gode samarbeid. Det fremkom også eksempler på strukturering av tiltak som medførte gode tverrfaglige samarbeid. Videre ble flere viktige faktorer for samarbeid presentert, slik som tid, ressurser, økonomi, samlokalisering og personlige egenskaper som vilje og ønske.

## **7.0 Diskusjon**

Vi vil i det følgende diskutere studiens hovedfunn i lys av relevant teori og tidligere forskning som er gjort rede for i kapittel 3 og 4 i oppgaven. Diskusjonen har en lignende oppbygging som resultatene. Først vil vi diskutere hvordan det strukturelle og systematiske folkehelsearbeidet i kommuneorganisasjonen har fungert, og hva som kan være positive eller negative aspekter. Videre vil økonomiske virkemidler diskuteres i lys av kommunenes hovedutfordringer og muligheter. Hvordan kommunens arbeid ut mot innbyggerne med tanke på innsatsområder fungerer vil så diskuteres, fulgt av tverrfaglig samarbeid. Avslutningsvis vil vi diskutere hvilke implikasjoner denne studien kan ha for helsefremmende arbeid, forslag til videre forskning, og studiens styrker og svakheter.

### **7.1 Hvordan forankre folkehelse og sosial ulikhet i det kommunale arbeidet**

Folkehelseloven har bidratt til å gi folkehelsearbeidet en større legitimitet i kommunene (Hofstad & Schou, 2017; Scheele et al., 2018). Faktorer som kunnskapsgrunnlag, aktivisering av kommuneplanleggingen og styrking av det tverrfaglige arbeidet er sett på som sentrale virkemidler. Hofstad og Schou (2017) fant i sin studie at kommunene var i prosessen med å utvikle disse. Våre funn kan tyde på det samme, at kommunene aktivt har tatt i bruk slike strukturelle virkemidler slik intensjonen var i folkehelseloven. Dette kan indikere en positiv utvikling siden folkehelseloven trådte i kraft, og at den har bidratt til å bedre kommunenes systematiske folkehelsearbeid.

Riksrevisjonen (2015) fant at omtrent 60 % av kommunene ikke hadde diskutert utfordringer og laget strategier for utfordringer relatert til folkehelse i kommuneplanen. Våre funn viste at begge kommunene hadde inkludert folkehelseperspektivet i de overordnede planene sine. Integrering av disse perspektivene i planarbeidet bidrar trolig til en forankring av folkehelse som er forpliktende for alle kommunale sektorer (Lillefjell et al., 2018). Hofstad (2016) påpeker at planlegging kan fremme arbeidet med folkehelse og sosial ulikhet i helse dersom de ulike lokale planene knyttes tettere sammen. Kommuneplanen danner grunnlaget for hva som tas med i temaplanene i sektorene, og ved å integrere folkehelse i denne vil det kunne trekkes ned til de ulike tjenestene. På denne måten vil det kunne bidra til å sikre en rød tråd i planarbeidet. En tydelig strategisk tilnærming til planleggingen kan bidra til å sikre at alle planene samsvarer med hverandre og dermed drar i samme retning (Hofstad, 2016).



Felles mål som inkluderer en ansvarsfordeling er viktig for evnen og kapasiteten til å kunne drive et godt lokalt folkehelsearbeid (Weiss et al., 2016). Samtidig er lederskap en viktig faktor i politikktutvikling, og kan bidra til å øke kommunenes evne til å bedre folkehelsen (Weiss et al., 2016). Våre funn viste at administrasjonen i stor grad var involvert i folkehelsearbeidet på et strategisk og overordnet nivå. Dette samsvarer også med funnene gjort av Fosse et al. (2018), og kan ses som en naturlig utvikling siden inkludering av folkehelse i kommuneplanene er pålagt (Fosse et al., 2018). Denne administrative involveringen sammen med forankring i sentrale planer kan bidra til en økt enighet om målsettinger.

En annen forutsetning for å sørge for et langsiktig og godt koordinert folkehelsearbeid er politisk lederskap (Hofstad, 2016). Funnene i Kinn kommune viser at politiske prioriteringer og fokusområder kunne være skiftende og individfokusert. Manglende politisk forpliktelse til overordnede mål og satsinger ble sett på som en barriere for å holde en rød tråd i det langsiktige folkehelsearbeidet. Samtidig hadde kommunen flere satsinger og prioriteringer rettet mot sosial ulikhet i helse. En forklaring på dette kan være at satsingene er godt forankret i kommunens administrasjon, noe som sammen med politisk lederskap trolig øker sannsynligheten for å lykkes (Hofstad, 2016).

Etter implementeringen av folkehelseloven har et økende antall kommuner utviklet helseoversikter (Fosse et al., 2019; Hagen et al., 2018). Funnene våre viste at begge kommuner hadde brukt sine helseoversikter aktivt som kunnskapsgrunnlag for kommunenes planer. Begge hadde inkludert sosial ulikhet i helse i sine oversikter. I Kinn kommune var det regnet som en av kommunens hovedutfordringer. Prioritering av sosial ulikhet i helse i helseoversikten kan trolig bidra til å sette fokus. Dermed kan disse utfordringene havne høyere på den kommunale agendaen. Helseoversikter kan dermed potensielt bidra til å gi en felles forståelse av kommunens utfordringer. Utarbeiding av helseoversikter kan også ses på som et virkemiddel for å forankre folkehelsearbeidet på tvers av sektorer (Hofstad, 2016; Lillefjell et al., 2018). I Sveio kommune ble det av noen informanter etterlyst mer kunnskap om lokale forhold. Fordi sosiale ulikheter kan variere fra sted til sted vil også dette være kunnskap som er sentral for å tilpasse det kommunale folkehelsearbeidet (Bekken et al., 2017; Riksrevisjonen, 2015).

Kinn kommune holder folkehelse på agendaen ved å ha en interkommunal folkehelseavdeling som innehar en rådgivende funksjon. Samtidig har avdelingen ansvar for arbeid med kommunens helseoversikt, deltar i ulike tverrsektorielle nettverk og bidrar i utarbeiding av kommuneplanen og sektorenes temaplaner. I tillegg til god forankring av folkehelseperspektiver, har denne måten å organisere folkehelsearbeidet på trolig bidratt til en økt kompetanse på folkehelseområdet. Ved å gi folkehelseperspektiver som hovedoppgave legger man forholdene til rette for at de ansatte får muligheter til å tilegne seg relevant kunnskap. Kompetanse ble av Lillefjell et al. (2013) funnet som et sentralt virkemiddel i det kommunale folkehelsearbeidet. Hagen et al. (2018) fant at det var større sannsynlighet for at kommuner med styrket kompetanse prioriterte sosiale ulikheter. Dette samsvarer også med funnene gjort i Kinn kommune, der folkehelseavdelingen som hadde ansvar for utarbeiding av helseoversikten pekte på sosiale ulikheter i helse som sin hovedutfordring.

Samarbeid med frivillig sektor blir fremhevet i folkehelseloven (2011) som et virkemiddel for kommunenes innsats i folkehelsearbeidet. Flere kommuner hadde økt dette samarbeidet etter at loven trådte i kraft (Hofstad & Schou, 2017). Våre funn viste ulike strategier og tilnærminger til samarbeid med frivillig sektor, og begge kommunene anså det som viktig for folkehelsearbeidet. Sammen med frivillig sektor har kommunene langt flere tilbud rettet mot sosial ulikhet i helse enn det de kunne klart på egen hånd. Slik anses de som en viktig ressurs i folkehelsearbeidet. Slike samarbeid kan imidlertid ses på som sårbart da frivillig sektor ikke har juridiske forpliktelser til samarbeidet. Kinn kommunes metode for å fasilitere og koordinere frivillig innsats gjennom frivilligsentralen kan tenkes å være en støttende og mer bærekraftig inngang til frivillig sektor, da de frivillige gjennom sine egne organisasjoner blir godt ivaretatt. Dette kan ses på som en god metode for å tilrettelegge for samarbeid med frivillig sektor i tråd med folkehelselovens intensjon. Samarbeid med frivillig sektor er i begge kommuner forankret i en egen plan for frivillighet. Dette kan potensielt bidra til å gjøre samarbeidet med frivillige organisasjoner lettere og mer systematisk.

Kunnskap om hvilken effekt ulike tiltak har på befolkningen er et viktig virkemiddel, noe som ble etterlyst av informantene i Kinn kommune. Kunnskap om underliggende årsaker er viktig for at tiltak skal ha effekt i stedet for å øke sosiale ulikheter (Marmot et al., 2010). Begge kommunene argumenterte for at universelle rekreasjonsområder fremmet folkehelse i større grad enn idrettshaller. Økt satsing på dette kunne øke sosiale ulikheter fordi det begrenset hvor mange som hadde anledning til å delta. Å vite noe om hvilke tiltak som kan ha effekt er

en utfordring for mange kommuner, da forskning på dette i stor grad mangler (Scheele et al., 2018). Eksempelet med idrettshaller kan imidlertid peke mot en forståelse for hvordan underliggende forhold må tas hensyn til for å sørge for at folkehelseiltak ikke har motsatt effekt enn tenkt og medfører økte forskjeller. I begge kommunene ble det trukket frem at det kunne være utfordrende å legge frem argumenter for politikerne, særlig om det var i strid med deres visjoner og planer. I Kinn kommune ble det påpekt et behov for forskning på effekt og kostnadseffekt av tiltak, for å kunne understøtte råd og anbefalinger om folkehelseiltak.

Funnene i Kinn kommune viste til en frustrasjon over at statlige signaler og føringer ofte ble opplevd som fragmenterte og ikke nødvendigvis i tråd med deres lokale prioriteringer. Dette er også funnet blant annet av Riksrevisjonen (2015). Manglende samkjøring i nasjonal politikk kan være en barriere for det lokale folkehelsearbeidet. Nasjonal forpliktelse til folkehelsearbeidet og den sosiale gradienten er viktig for at den lokale innsatsen skal bli effektiv (Bekken et al., 2017). Sveio kommunes tilnærming til oppvekstreformen kan potensielt ses som en tilpasning rundt denne fragmenteringen. Ved å se hvordan folkehelseperspektivene i stor grad samsvarer med reformens mål og prioriteringer, blir de i større grad integrert i denne sektorens hovedoppgaver. Dette forutsetter imidlertid kompetanse og kunnskap som gjør de ansatte i stand til å se disse sammenhengene (Weiss et al., 2016). Meld. St. 15 (2022-2023) som også fremhever sosial ulikhet som folkehelsens største utfordring kan potensielt bidra til en nasjonal forankring og forpliktelse som kan bedre det lokale folkehelsearbeidet.

Funnene fra både Sveio kommune og Kinn kommune viste at folkehelse ble sett på som relevant for alle sektorene. Dette kan tyde på at de har en bred forståelse for helse og dens påvirkningsfaktorer (Dahlgren & Whitehead, 1991). Hagen et al. (2017) fant i sin forskning at det var mer sannsynlig at kommuner prioriterte levekår i det lokale folkehelsearbeidet når interkommunalt og tverrfaglig samarbeid var etablert. Begge kommunene i vår studie hadde i varierende grad oppnådd begge deler. I Kinn kommune var den tverrfaglige tilnærmingen til planarbeid samt en interkommunal folkehelseavdeling beskrevet. Dette er i samsvar med Hagen et al. (2017) sin forskning da kommunen i stor grad prioriterte levekår som utdanning og boligsosialt arbeid. Sveio kommune hadde også flere eksempler på tverrfaglige arbeidsgrupper og var en del av et interkommunalt samarbeid som jobbet for å bedre gjennomføring i videregående skole og hjelpe ungdommer til å ta gode yrkesvalg. Dette kan også ses som i samsvar med Hagen et al. (2017). Slike tiltak favner også mer strukturelle

determinanter enn for eksempel innsats som handler om å påvirke helseatferder (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Kommunenes ansvar for sine innbyggere er stort, og de ulike sektorene yter flere tjenester. Innsats mot sosial ulikhet er allerede til stede i stor grad, uten at det nødvendigvis kobles opp mot helse. For eksempel er utdanning en determinant med betydelig påvirkningskraft på menneskers helse (Dahlgren & Whitehead, 1991). Våre funn viste at begge kommunene var opptatt av å sikre kvalitet i de ordinære tjenestene. Holt (2018) og Bekken (2018) hevder at fokus på helseaspektet i sosial ulikhet i helse potensielt kan føre til en «nedgradering» av de strukturelle helsedeterminantene. Det å se sammenheng mellom dette mandatet og folkehelse medfører et mer helhetlig syn på hvordan helse skapes og vedlikeholdes av bredere faktorer. Anerkjennelse av at disse tjenestene er relevante i seg selv er også i tråd med helsefremmende arbeid og dets tradisjon med å inkludere samfunnsmessige og sosiale faktorer som påvirkning av helse (Green et al., 2019). Derfor vil det å sikre god kvalitet i lovpålagte tjenester utenfor helsesektoren kunne ha stor innvirkning på utjevning av sosial ulikhet i helse.

Manglende forpliktelse til det kommunale arbeidet med sosial ulikhet i helse har i forskning blitt funnet som en utfordring. Scheele et al. (2018) hevdet at det kunne skyldes at begrepet ikke var like relaterbart for alle sektorer. Videre kunne alternative begrepstilnæringer slik som sosial bærekraft ses som hensiktsmessig. Bruk av sosial bærekraft som begrep i stedet for folkehelse kan bidra til at man får en bredere tilnærming enn kun mot helseatferd (Hofstad & Bergsli, 2017). Både i Sveio kommune og i Kinn kommune var sosial ulikhet i helse i seg selv et område som ble ansett som relevant og et felles ansvar på tvers av faggrupper og sektorer. Dermed kan det tenkes at alternative begreper ikke er en nødvendighet her. Imidlertid kan det også tenkes at en slik begrepstilnærming kunne hatt en positiv effekt for å engasjere politiske beslutningstakere. Bærekraft kan ses som et attraktivt begrep som dermed er positivt for politikernes omdømme (Hofstad & Bergsli, 2017), og dermed noe som kan ses som viktig å satse på.

Bærekraftsmålene var integrert i begge kommunenes overordnede planer. I Kinn kommune lå de tre bærekraftsdimensjonene til grunn for valg av innsatsområder (Kinn kommune, u.å.-b). Når informantene i Kinn kommune ble spurt om bærekraftsmålene kom det fram at de i stor grad var integrert i kommunens arbeid, men ble i større grad sett i relasjon til klima. Miljøaspektet ved bærekraft er tradisjonelt viet mer oppmerksomhet enn det sosiale aspektet

(Helsedirektoratet, 2018b). Derfor er dette ikke et helt overraskende funn. Samtidig har alle bærekraftsmålene en eller annen form for relevans for folkehelse (Helsedirektoratet, 2018b). Det kan også trekkes noen sammenligninger mellom kommunenes innsats og konseptet sosial bærekraft. Flere av tiltakene og perspektivene som funnene viser er i overensstemmelse med de prinsippene som folkehelse og sosial bærekraft har til felles (Hofstad & Bergsli, 2017). Selv om ikke vi fant aktiv bruk av begrepet betyr det ikke at kommunen ikke handler i tråd med dets prinsipper.

Folkehelsekoordinatorer og tverrfaglige arbeidsgrupper er to organisatoriske virkemidler som understøtter kommunalt folkehelsearbeid (Helgesen et al., 2017b). Begge kommunene hadde ansatt folkehelsekoordinatorer og i varierende grad etablert samarbeid på tvers av sektorer. Begge kommunene hadde valgt å legge sine folkehelsekoordinatorer i stillinger som lå sentralt og dermed over sektorene. Dette er en positiv strategi i tråd med forskning som peker på at det er viktig for at folkehelsekoordinatoren skal ha best mulighet for å fasilitere det tverrfaglige samarbeidet (Helgesen et al., 2017b; Karlsen et al., 2022). Imidlertid fant vi i Kinn kommune at organiseringen av folkehelsekoordinator i en egen avdeling under kommunedirektøren blant annet medførte at de kunne bli “glemt” av sektorene de ønsket å samarbeide med. Holt et al. (2018) fant at organisering på administrativt nivå kunne medføre mindre synlighet for samarbeidspartnere, og at man dermed ikke hadde noen reell påvirkningskraft lenger ute i kommunene. Dette kan igjen resultere i dårligere evne til å fungere som en pådriver for det tverrfaglige folkehelsearbeidet.

Et overraskende funn i Sveio kommune var at en folkehelsekoordinator i 20 % stilling var opplevd som tilstrekkelig ut fra kommunens størrelse. Det er motstridende fra det som er funnet i forskningen om at høyere stillingsprosent var nødvendig for å kunne ha tilstrekkelig autoritet (Helgesen et al., 2017b). Det er imidlertid ikke presisert i forskningen noe om dette kan endre seg proporsjonalt med kommunens størrelse. Muligheten for å kunne jobbe mer “sesongbetont” med folkehelsesaker kan være en annen forklaring. Hvis koordinatoren kan øke folkehelseinnsatsen for eksempel når det skal utarbeides helseoversikt, og prioritere andre oppgaver i noen perioder kan dette kanskje oppleves som fleksibelt nok til at det fungerer. Samtidig er bruk av folkehelsekoordinator tenkt som en tilrettelegger for å forankre det langsiktige folkehelsearbeidet i kommunene (Helgesen et al., 2017b; Prop. 90 L (2010-2011)). Det kan tenkes at dersom disse perspektivene allerede er forankret på andre måter, for

eksempel gjennom planarbeidet, er ikke behovet like stort for en slik koordinator. Dermed kan det tenkes at det i slike situasjoner holder med mindre stillingsprosenter.

## **7.2 Økonomiske virkemidler**

Folkehelseloven (2011) legger til rette for at kommunene selv kan bestemme hvordan de vil organisere folkehelsearbeidet. Økonomisk støtte til folkehelsearbeid er tilgjengelig gjennom prosjektmidler som det kan søkes på. Denne formen for finansiering kan ses som positiv fordi den stimulerer til økt satsing på folkehelse. Samtidig kan slike finansierte prosjekter også gjøre det lettere å videreføre tiltak som har effekt (Riksrevisjonen, 2015). Det samsvarer med våre funn fra Sveio kommune. De hadde flere eksempler på prosjekter som var driftet på søkte midler. En utfordring med denne formen for finansiering er videreføring når prosjektet er ferdig, og å få tiltakene inn i den ordinære driften (Riksrevisjonen, 2015). Da kan det ses som hensiktsmessig at prosjektene har elementer som er lite kostbare, slik som vi fant i et pågående prosjektarbeid i Sveio kommune. Samtidig ble prosjekter sett på som et supplement til den ordinære driften.

Begrenset finansiering i form av prosjekttilskudd kan føre til en fragmentering av folkehelsearbeidet og begrense kommunenes implementering av folkehelsetiltak (Helgesen et al., 2017b; Riksrevisjonen, 2015). Samtidig kan det bidra til kortvarig handling fordi engasjementet for prosjektet kan falle når midlene er brukt opp (Pinto et al., 2015). Informantene i Kinn kommune opplevde utfordringer med å holde en langsiktig satsing på grunn av tilskudd til kortvarige prosjekter. Strategien kommunen hadde når det gjaldt finansierte prosjekter var å legge dem tett opp mot allerede etablerte tjenester og tilbud for å styrke dem. På denne måten kunne de unngå at tilbudet falt helt bort når prosjektmidlene tok slutt. Kommunen var opptatt av at prosjektarbeid skulle følge den overordnede planen, og opplevde utfordringer med at nasjonale og regionale myndigheter la føringer for fokusområder med øremerkede prosjektmidler. Funnene i Kinn kommune viste også et mål om at prosjekter skulle være tilskudd til kommunens ordinære drift. Ved at prosjekter blir en støtte til faste oppgaver kan det bidra til å styrke dem. På denne måten kan man potensielt støtte et langsiktig folkehelsearbeid.

Tilgang på økonomiske ressurser er en viktig faktor for det kommunale folkehelsearbeidet (Weiss et al., 2016). Imidlertid har kommunene mange lovpålagte oppgaver som er

ressurskrevende, og de står overfor strenge økonomiske prioriteringer. Folkehelsearbeid kan potensielt bli skadelidende under dette fordi synlige resultater oppnås først etter lang tid. Generelle midler blir i varierende grad brukt til folkehelsearbeid fordi de ikke er øremerket, og kan fordeles der kommunen anser behovet som størst (Tallarek née Grimm et al., 2013). Selv om lokale myndigheter har forståelse for viktigheten av folkehelsearbeid vil ofte budsjetter og statistikker bestemme hvilken politikk som innføres (Synnevåg et al., 2018b). Eklund Karlsson et al. (2022) hevder at en skjev ressursfordeling kan påvirke slik at de sosiale forskjellene kan øke. Flere av de universelle tjenestene som spiller inn i brede strukturer er allerede tillagt kommunen gjennom andre sektorer uten at de refereres til som folkehelse tiltak. Når økonomiske midler er begrenset og kommunen står i et spenn der tøffe prioriteringer må gjøres, kan det tenkes at tiltak som ikke er direkte lovpålagt nedprioriteres. Innsats for reduksjon av sosial ulikhet i helse angår imidlertid ikke bare kommuner. Det krever at nasjonale myndigheter understøtter kommunenes folkehelsearbeid i større grad (Eklund Karlsson et al., 2022).

### **7.3 Lokal innsats for folkehelse og sosial ulikhet i helse**

Innsats mot sosiale ulikheter må rettes mot den sosiale gradienten (Marmot et al., 2010; Meld. St. 15 (2022-2023)). Proporsjonal universalisme blir trukket frem som en metode som best løfter hele befolkningen i tillegg til å løfte sårbare grupper (Marmot et al., 2010). Begge kommunene har fokus på forebygging og tidlig innsats, og særlig skole og barnehage blir sett på som sentrale arenaer for utjevning av sosial ulikhet i helse. Flere av tiltakene i kommunen er universelle og lavterskel rettet inn mot barn og unge, slik som «Hallo!Adjø!» i Sveio kommune. Ved å utarbeide helhetlige systemer som skal bidra til en god overgang for alle barn i kommunen kan det ses på som et universelt tiltak som på sikt kan bidra til bedre gjennomføring i skolen. Utdanning er en viktig faktor for utjevning av sosial ulikhet i helse (Goldblatt et al., 2023).

I både Kinn kommune og Sveio kommune var det viktig å unngå at tiltak ble opplevd som stigmatiserende. Derfor var flere av dem universelle. For eksempel ble det i Kinn kommune ytret et ønske om at utstyrslageret skulle brukes av alle for å hindre at de som hadde mest bruk for det opplevde det som stigmatiserende. I Sveio kommune ble det trukket frem at et psykisk helsetilbud som var tilgjengelig for alle bidro til å redusere stigma for de som hadde størst behov for tjenesten. Målrettede tiltak kan potensielt bidra til stigmatisering fordi man

velger ut sårbare grupper (Dahl et al., 2014). Det kan tenkes at dette medfører at de som har mest behov for tiltakene ikke benytter seg av dem. Det vil dermed bidra til at de nederste samfunnsgruppene ikke løftes opp, og den sosiale gradienten ikke jevnes ut. Tjenester som kan benyttes av alle forhindrer at man peker ut en gruppe som svakere enn andre. Dette betyr ikke at man ikke skal ha målrettede tiltak. Men det er viktig å ta høyde for dette, og nøye planlegge gjennomføring av målrettede tiltak (Dahl et al., 2014).

Midler for inkludering av unge i fritidsaktiviteter var ansett som svært viktige enkelttiltak i både Kinn kommune og Sveio kommune. Inkludering kan ses i et sosialt bærekraftsperspektiv i den forstand at et rettferdig samfunn gir alle like muligheter (Hofstad & Bergsli, 2017). I henhold til helsedeterminantmodellen ses det at disse tiltakene retter seg inn mot lag som inkluderer sosiale nettverk og utdanning (Dahlgren & Whitehead, 1991). Dette er lag der kommuner har store muligheter til å påvirke. Samtidig er innsats rettet mot oppvekst sentralt for utjevning av sosial ulikhet i helse (Mæland, 2021).

Kommunene har sine lovpålagte tjenester som må prioriteres. Tiltak som går utover de ordinære tjenestene må kommunene selv tilpasse og prioritere basert på lokale behov (Eklund Karlsson et al., 2022). Det kan være utfordrende fordi budsjetter og prioriteringer kan føre til at de målrettede tiltakene varierer fra sted til sted. Dette kan bidra til å øke forskjellene (Eklund Karlsson et al., 2022), og potensielt forhindre det langsiktige folkehelsearbeidet. Både Kinn kommune og Sveio kommune hadde valgt å beholde inkluderingsmidler i sine budsjetter til tross for budsjettkutt og innstramminger i kommunene. Dette kan tyde på en forståelse av at disse midlene er viktige bidrag for å sikre et helhetlig tilbud til barn og unge. Dette kan også ses som et viktig supplement til universelle tjenester og på den måten bidra til å utjevne den sosiale gradienten.

Funnene fra begge kommunene reflekterte en tilnærming til folkehelsearbeidet som hadde både en helsefremmende og en forebyggende komponent. Mæland (2016) hevder at grensen mellom forebygging og helsefremming i folkehelsearbeidet viskes ut. Forebygging i kommunene handlet blant annet om å hindre frafall i skolene, altså å forebygge at elever droppet ut. Prosjekter som «Hallo!Adjø!» og «Lof tet» i Sveio kommune var prosjekter som bidro til dette. Slike forebyggende perspektiver kan også ses som i tråd med helsefremmende prinsipper. Innsatsen handlet om å gjøre innbyggerne i stand å gjennomføre skolen ved å



skape støttende og inkluderende rammer. Å legge til rette for at mennesker skal kunne oppnå sitt helsepotensial er helt sentralt i det helsefremmende arbeidet (WHO, 1986).

I begge kommunene var det rettet innsats mot eldre for å kunne tilrettelegge for en god alderdom. I Kinn kommune var «Lev Vel» organisert slik at de jobber både universelt og målrettet for å sørge for at alle i den eldre befolkningsgruppen har et reelt tilbud med tanke på sosialisering eller kultur. De ønsket å nå ut til alle eldre, men hadde et ekstra fokus på å nå ut til de som trengte det mest. Dette kan ses som i tråd med proporsjonal universalisme (Marmot et al., 2010). Innsats for å sette eldre i stand til å delta på sosiale eller kulturbetingede aktiviteter kan ses på som både forebyggende og helsefremmende. Ved å gjøre tilbudene mer tilgjengelige får alle mulighet til å delta.

Det helsefremmende perspektivet kan også reflekteres gjennom synet på ordinær innsats i kommunene. Helsefremmende arbeid kan ses i et samfunnsperspektiv i den forstand at det legges til rette for at innbyggerne kan oppnå best mulig helsepotensial. Innsats for å sikre utdanning for barn og unge er en form for tilrettelegging som har en helsefremmende komponent både fordi det bidrar til å utjevne sosial ulikhet i helse, men også fordi det setter individer i stand til å leve mer fullverdige og frie liv. Like muligheter er et sentralt prinsipp i det helsefremmende arbeidet (Green et al., 2019) og sosial bærekraft (Hofstad & Bergsli, 2017).

Funnene reflekterte at det var viktig med innbyggermedvirkning på ulike måter. Involvering av lokalsamfunnet er en forutsetning for å sørge for at tiltakene faktisk reflekterer lokale behov (Lillefjell et al., 2018). Samtidig var det viktig i Kinn kommune å finne alternative metoder for å nå ut til den delen av befolkningen som ikke deltok på tradisjonelle folkemøter. Det å involvere innbyggerne i planlegging og gjennomføring kan ses som en form for empowerment der individene får anledning til å bruke sin stemme og påvirke samfunnsutviklingen rundt seg (Green et al., 2019). Dette kan også ses i sammenheng med beskrivelse av helsefremmende arbeid som det som gjør mennesker “i stand til å ta kontroll over egne liv” (WHO, 1986).

## 7.4 Hvordan få til gode samarbeid på tvers

For å kunne fremme befolkningens helse og redusere sosial ulikhet i helse kreves det en samlet innsats fra flere sektorer (Folkehelseloven, 2011). I begge kommunene ble samarbeid ansett som viktig, samtidig som det medførte noen utfordringer. Axelsson og Axelsson (2006) trekker frem at de administrative grensene mellom sektorene kan fungere som strukturelle barrierer for samarbeid på tvers av sektorer. Dette kan skyldes at de ulike sektorene arbeider innenfor ulike lovverk, budsjetter og har ulike arbeidsverktøy (Axelsson & Axelsson, 2006). Dette var noe som ble trukket frem i både Kinn kommune og Sveio kommune som en mulig hindring for samarbeid med andre sektorer. Samarbeid innad i sektorene kan potensielt ses på som lettere fordi de administrative barrierene ikke er til stede i like stor grad.

I både Kinn kommune og Sveio kommune opplevdes samarbeid innad i samme sektor stort sett som godt. Dette kan potensielt skyldes at samarbeidet innad i sektorene delvis er mer samordnet. Samordning innebærer en felles satsing for samme målgruppe (Christiansen & Nordahl, 1993). Våre funn kan tyde på at Sveio kommune er i prosessen med å bedre samordning, særlig i arbeidet med barn og unge. Oppvekstreformen ble trukket frem som et eksempel på hvordan de skulle samarbeide bedre for den felles målgruppen. Dette kan være en måte å samordne de forebyggende tjenestene til barn og unge på som vil være forpliktende. I kommunen ligger tjenester til barn og unge under både oppvekstsektoren og helsesektoren, og oppvekstreformen fordrer til samarbeid på tvers av sektorer. I Kinn kommune derimot er alle tjenester til barn og unge organisert under samme sektor. Denne samordningen kan føre til mer og bedre samarbeid som igjen kan gi bedre kvalitative tjenester ut mot brukerne (Glavin & Erdal, 2018).

Vertikale skiller mellom sektorene, såkalte siloer ble oppgitt i Kinn kommune som en barriere for samarbeid. Dette er også funnet av Larsen et al. (2014). De vertikale skillene eksisterer imidlertid for en grunn, og kan ikke utelukkende ses som negative strukturer. Offentlig sektor sine oppgaver og ansvarsområder er omfattende og komplekse. For å forenkle dette arbeidet er for eksempel kommuner delt inn etter sektorer (Holt et al., 2018). Sektorene har sine primære ansvarsområder og oppgaver, og noen av disse kan også ses som sentrale i utjevning av sosial ulikhet i helse. For eksempel er utdanning, som er en av oppvekstsektorens hovedoppgaver er en sentral del av utjevningssinnsatsen (Holt et al., 2017).

Begge kommuner hadde etablert ulike former for samarbeid på tvers av sektorer. Dette kan ses som logisk fordi begge kommuner hadde forankret det tverrfaglige samarbeidet på flere måter. Forankring av tverrfaglig samarbeid i kommuneplanene er funnet som en fasiliterende faktor for implementering av samarbeid på tvers (Glavin & Erdal, 2018; Lillefjell et al., 2018; Van Vliet-Brown et al., 2018). Helseoversikter kan også bidra til å synliggjøre behovet for innsats fra flere sektorer, og dermed bidra til å forankre det tverrfaglige samarbeidet (Hofstad, 2016). Et annet virkemiddel for å forankre samarbeid er folkehelsekoordinatorer (Karlsen et al., 2022). Organisering av folkehelse via en slik person kan føre til en større sannsynlighet for å adressere sosial ulikhet i helse på en mer effektiv måte (Karlsen et al., 2022). Dette tyder på at begge kommunene har tatt i bruk flere organisatoriske virkemidler som kan bidra til å forankre det tverrfaglige samarbeidet.

Holt et al. (2017) fant at når helse ble brukt som et argument for samarbeid med andre sektorer medførte det ofte et snevert utvalg intervensjoner, som helseatferder. Dette ble delvis sett i begge kommunene, men samtidig anså flere sektorenes grunnoppgaver som viktige for helse. Eksempler på dette i våre funn var kommunenes boligsosiale arbeid og innsats for gjennomføring av skole. Holt et al. (2017) argumenterer også for at andre sektorer gjør mye for å utjevne sosial ulikhet i helse uten at det er uttalt eksplisitt, som for eksempel skolens mandat som er danning og utdanning.

Forskning har pekt på at helsesektoren har vært dominerende i folkehelsearbeidet (Tallarek née Grimm et al., 2013), men at en økende andel fra andre sektorer og administrasjonen har blitt involvert (Fosse et al., 2018). I begge kommunene ble folkehelsearbeidet ansett som et felles anliggende for hele kommunen hvor hver enkelt yrkesgruppe var en viktig brikke. Dette kan ha sammenheng med at folkehelsekoordinatorene har stillinger sentralt i kommuneadministrasjonen i begge kommuner, noe som forskning har vist at er en sentral forutsetning for koordinering av det kommunale folkehelsearbeidet (Helgesen et al., 2017b; Hofstad, 2016).

Guglielmin et al. (2018) fant at det å ha en felles visjon i etablering av samarbeid på tvers var sentralt. Forankring av folkehelseperspektiver i sentrale planer kan potensielt ses som en slik felles visjon. Det ble videre hevdet at en felles visjon kunne være utfordrende fordi det kunne oppfattes som ekstraarbeid for ikke-helsesektorer. Dette fant vi ikke i verken Sveio kommune eller Kinn kommune. Resultatene våre tydet på en felles forståelse for at samarbeid på tvers

av profesjoner, avdelinger og sektorer var et viktig virkemiddel for å sikre gode tiltak og tjenester til innbyggerne.

Både Sveio kommune og Kinn kommune identifiserte fremmende og hemmende faktorer for tverrfaglig samarbeid. Kjennskap til hverandre og hverandres tjenester var en viktig forutsetning for et godt samarbeid. Dette er en kjent faktor som kan fremme det tverrfaglige samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018). Kjennskap kan bidra til at man får vite om hvilke tjenester som ytes andre steder. Samtidig kan det senke barrierene for å ta kontakt. Videre var det å ha en rolle- og forventningsavklaring sett på som viktig. Dette kan bidra til å klargjøre hva som er hvem sitt ansvarsområde og hvem som kan bidra inn med hva (Glavin & Erdal, 2018). På denne måten kan sjansene øke for at samarbeidet mer effektivt. Både kjennskap og rolleavklaring kan bidra til at tjenestene blir mer samkjørte og i mindre grad overlapper hverandre.

Travelhet og mangel på økonomiske ressurser ble nevnt som potensielle hindringer for tverrfaglig samarbeid i begge kommunene. Travelhet kunne blant annet skyldes stor arbeidsmengde eller mangel på ressurser. Dette kan medføre at de ansatte må prioritere «dag til dag» oppgaver for å holde driften i gang i stedet for å løfte blikket for et langsiktig folkehelsearbeid. Travelhet i det ordinære arbeidet kan medføre at tverrfaglig samarbeid oppleves som ekstra arbeid (Larsen et al., 2014; Van Vliet-Brown et al., 2018). Travelhet kan føre til motstand for samarbeid da en kan føle det går utover de daglige oppgavene som skal gjøres (Glavin & Erdal, 2018). Videre er manglende økonomiske ressurser en hemmende faktor for tverrfaglig samarbeid (Larsen et al., 2014). Prioritering av budsjettene ble i begge kommunene sett på som en utfordring. Demografiske endringer medførte i tillegg at flere midler måtte gå til helse- og omsorgstjenester. Samtidig kan manglende ressurser også gi signaler om at samarbeid ikke er en viktig satsing. Således kan ansatte prioritere ned samarbeidet til fordel for andre oppgaver som er gitt økonomisk prioritet (Pinto et al., 2015).

Samlokalisering kan bidra til å skape samarbeid over de organisatoriske grensene (Axelsson & Axelsson, 2016). Samlokalisering av ulike kontorer og tjenester var sett som en fordel i Sveio kommune. Det var opplevd som en positiv faktor at kommunen var liten og at kjennskap til hverandre ble enklere. I Kinn kommune ble manglende samlokalisering av enkelte kontorer opplevd som en utfordring. De naturlige møtepunktene forsvant med spredte lokaler, og den uformelle og daglige kontakten forsvant. Disse funnene er i samsvar med

resultatene til Fukkink og Lalihatu (2020), som viste at samlokalisering var en faktor som fremmet samarbeid. Samlokalisering av alle tjenester som jobber med folkehelse er trolig praktisk umulig i mellomstore og store kommuner, fordi da må hele kommunen være samlokalisert. Holt et al. (2018) fant at der folkehelsefunksjonen var plassert sentralt i kommuneadministrasjonen for synlighet, ble de i mindre grad i stand til å bidra lokalt i sektorsamarbeid, fordi de ikke hadde kontakt med sine “naturlige” samarbeidsparter. Men det kan potensielt hjelpe at den avdelingen/koordinatoren som har hovedansvar for forankring av folkehelse er samlokalisert med beslutningstakerne. På denne måten kan personer som er sentrale i beslutningstaking ha uformelle arenaer for møter med de som har kompetanse og ansvar for folkehelsearbeidet. Dette kan potensielt også bidra til å forhindre at man blir “glemt” i beslutningsleddet, slik som funnene i Kinn kommune viste fordi de ikke tilhørte en sektor. I Sveio kommune var dette ikke et funn til tross for at folkehelsekoordinatoren var organisert sentralt. Dette kan potensielt forklares med at kommunen er liten og at folkehelsekoordinatoren dermed blir mer synlig.

Kommuneorganisasjoner er store og komplekst sammensatt. Derfor vil implementering av et systematisk folkehelsearbeid ta tid. Flere studier som har undersøkt kommuners arbeid med folkehelse etter at folkehelseloven trådte i kraft viser likevel til at kommunene er i utvikling. En økende andel utvikler helseoversikter (Fosse et al., 2018; Fosse et al., 2019; Hagen et al., 2018) og flere ansetter folkehelsekoordinatorene sentralt i kommuneorganisasjonen (Hagen et al., 2018). Samtidig er forståelsen for de strukturelle determinantene økende (Fosse et al., 2019). Til tross for at forskning viser at fokus retter seg mot sårbare grupper ved spørsmål om sosial ulikhet i helse, er universelle tiltak det foretrukne virkemiddelet (Fosse et al., 2019). Våre funn peker i samme retning og vitner om kommuner med en helhetlig forståelse og tilnærming til folkehelsearbeid. En økende grad av systematisering av dette arbeidet i kommunestrukturene gjenspeiles også. Viktigheten av tverrfaglig samarbeid er anerkjent i kommunene, men å få dette godt til i praksis vedvarer som en utfordring. Likevel finner vi gode eksempler på strukturering av samarbeid på tvers av sektorer. Således kan våre funn potensielt styrke tidligere forskning som viser at folkehelselovens prinsipper over tid i økende grad integreres i kommunene (Fosse et al., 2019).

## **7.5 Implikasjoner for helsefremmende arbeid**

Til tross for at levealderen i befolkningen er høyere enn noensinne, øker ulikhetene mellom sosioøkonomiske grupper (WHO, u.å.). Sosial ulikhet i helse har vært på den politiske agendaen i flere år, og har igjen i 2023 blitt løftet frem som den viktigste prioriteringen i folkehelsearbeidet gjennom folkehelsemeldingen (Meld. St. 15 (2022-2023)).

Folkehelseloven (2011) legger føringer for at mye av folkehelsearbeidet skal skje ute i kommunene. Vår studie viser at det foregår en økt implementering av folkehelselovens prinsipper i folkehelsearbeidet. Kommunene vi har undersøkt er kommet langt i den systematiske organiseringen av folkehelsearbeidet. Studien gir innsikt i faktorer som påvirker arbeidet, men også utfordringer knyttet til dette.

Flere etterlyste mer kunnskap, både forskningsbasert kunnskap om hvilke tiltak som fungerer, objektive folkehelsesdata og lokale data på sosial ulikhet i helse. Studien har identifisert noen gode eksempler på lokalt folkehelsearbeid, både gjennom tiltak, prosjektsatsinger og fokus på å sikre en god ordinær drift. Flere av tiltakene og innsatsområdene har både forebyggende og helsefremmende aspekter. Således kan studien bidra til en økt forståelse av hvordan kommuner kan bidra til å utjevne sosial ulikhet i helse. På grunn av kompleksiteten i årsaksforholdene til sosiale ulikheter kreves det en felles innsats fra alle kommunale sektorer (Diderichsen et al., 2015). Vi fant at folkehelsearbeidet var forankret i alle sektorer, og det ble ansett som et felles ansvar. Samtidig tyder funnene på at det er et forbedringspotensial for det tverrfaglige samarbeidet i kommunene, og særlig på tvers av sektorer. Vår studie kan utgjøre et lite bidrag til en økt forståelse for hva som trengs for å utvikle og vedlikeholde gode samarbeid. Dette er igjen en viktig forutsetning for å fremme helse og utjevne sosial ulikhet i helse.

## **7.6 Forslag til videre forskning**

Kunnskap om hvilken effekt ulike tiltak har er et viktig virkemiddel, og dette var noe som var etterlyst i kommunene. Kunnskap om underliggende årsaker er viktig for at tiltak skal ha effekt i stedet for å øke forskjellene. Videre forskning bør fokusere på intervensjoner, og evaluering av tiltak. Grundig kartlegging av hva som fungerer og hva som ikke fungerer i en kommune sammen med beskrivelse av den aktuelle konteksten kan bidra til å gi retning for andre kommuner.

Både tidligere forskning og vår studie baserer seg i stor grad på informanter med god kjennskap til folkehelseutfordringer i kommunene. Videre forskning bør også undersøke stemmen til de ansatte som jobber mer “på gulvet”. Dette kan potensielt avdekke nye perspektiver på hva som fungerer og hva som ikke fungerer med tanke på for eksempel tverrfaglig samarbeid, samt det å gjøre planer om til handling. Samtidig bør det forskes mer på hvordan bærekraft og folkehelse kan bygge på hverandre gjennom innsatsen for utjevning av sosial ulikhet i helse. Medvirkning er et sentralt prinsipp i det helsefremmende arbeidet. Videre er dagens samfunn stadig i endring med tanke på demografi og økt digitalisering. Forskning bør også fokusere på hvordan man i større grad kan sikre at alle sosioøkonomiske grupper har en stemme i kommuneplanleggingen i dagens samfunn.

## **7.7 Studiens styrker og begrensninger**

Vi vil videre diskutere noen faktorer som kan ha påvirket studien i positiv eller negativ forstand.

### **7.7.1 Forskningsdesign**

Denne studien tar utgangspunkt i en casestudie som har som formål å gi en dyptgående forståelse av en case. Studiens forskningsdesign kan ha begrensninger for studien. Creswell og Poth (2018, s. 102) påpeker at det kan være utfordringer med å ha flere caser i en casestudie. Undersøkelse av flere caser kan påvirkes av ressursbegrensninger, som kan føre til at man mister dybden i hver case (Creswell & Poth, 2018, s. 102). Ved et masterprosjekt som dette vil tiden være begrenset, men siden vi var to studenter som skrev sammen, vurderte vi sammen med veileder det som passende med to caser for å få bredde til oppgaven. Formålet med en casestudie er å få en dybdeforståelse av casen som undersøkes innenfor den gitte konteksten, og dette medfører at en ikke kan generalisere studiens funn (Creswell & Poth, 2018, s. 99). Imidlertid mener vi at våre funn vil kunne ha relevans for lignende kontekster, som andre kommuner. Ved å gi informasjon om den bredere konteksten rundt casen kan det bidra til å forstå funnene. Dette har vi gjort gjennom å forsøke å beskrive kommunene så godt som mulig, gjennom både geografi, organisering og planarbeid.

### **7.7.2 Utvalg**

Studiens utvalg vil kunne påvirke funnene våre. Vi har kun intervjuet et fåtall personer innenfor kommuneorganisasjonen, og deres meninger kan ikke generalisere andre ansattes meninger og refleksjoner. Ettersom dette masterprosjektet inngår i fylkeskommunens

prosjekt, fikk vi særlig god hjelp i rekrutteringsprosessen. Vi ønsket deltakere fra flere sektorer for å få fram ulike perspektiver, og fikk hjelp til dette av våre kontaktpersoner, som hadde god kjennskap til folkehelsearbeidet i kommunene. Samtidig vil bruk av portvoktere kunne ha en eller annen form for påvirkning på studien (Neuman, 2011, s. 430), for eksempel ved at de bidrar til å velge ut og rekruttere informanter. En styrke med denne studien er at vi opplevde at informantene hadde god kjennskap til området vi ønsket å undersøke. Informantenes arbeidsstillinger vil påvirke hvilke svar som gis. Siden informantene i Kinn kommune hovedsakelig hadde rådgivende funksjon eller lederansvar vil ikke funnene nødvendigvis reflektere opplevelsen til ansatte i kommunen som jobber «på gulvet». I Sveio kommune hadde vi intervjuer med ansatte fra flere sektorer som arbeidet på ulike nivå, men størsteparten arbeidet innenfor oppvekst. Dette kan også påvirke ha påvirket resultatene.

### ***7.7.3 Forskerrollen***

Ingen av oss har hatt erfaring med kvalitativ forskning tidligere, og det vi har lært er gjennom masterprogrammet. Dette er den første gangen vi har gjennomført kvalitative intervjuer og analyse bortsett fra gjennom et kortvarig prosjekt tidligere i masterutdanningen. Samtidig opplevde vi at erfaringene fra intervjuene i Sveio kommune gjorde oss tryggere i forskerrollen når vi gjennomførte intervjuene i Kinn kommune. Dette har medført at noen temaer (for eksempel om bærekraftsmål) ble spurt litt mer utdypende om i Kinn kommune. Dette kan medføre at det som vektlegges i funnene kan variere mellom de to kommunene. Våre begrensede erfaringer innenfor den kvalitative forskningen vil derfor kunne påvirke studien gjennom innhenting, bearbeiding og tolkning av dataene. Studiens data kan med andre ord påvirkes av våre personlige egenskaper, og hvordan dette ble oppfattet av informantene. I datainnsamlingen var vi utenforstående i kommunene vi undersøkte, og fremmed for informantene. Det var i tillegg et stort aldersspenn mellom oss og noen av informantene, og dette kan ha påvirket deres syn på oss og dermed hva de valgte å fortelle.



## 8.0 Avslutning

Folkehelseloven (2011) og folkehelsemeldingen (Meld. St. 15 (2022-2023)) reflekterer at kommuners arbeid med utjevning av sosial ulikhet i helse er dagsaktuell, og en av de viktigste folkehelseprioriteringene. Dette fordrer at kommunenes innsats er systematisert og samordnet. Vi har i denne studien ved hjelp av kvalitative intervjuer undersøkt hvordan Sveio kommune og Kinn kommune arbeidet med sosial ulikhet i helse.

I begge kommunene var folkehelse et tydelig integrert tema i kommuneplanene og i administrasjonens arbeid. Sosial ulikhet i helse var synliggjort i kommunenes helseoversikter, noe som tyder på at det ble ansett som en viktig prioritering. Ved å integrere disse perspektivene i sentrale planer kan det bli lettere å sikre en rød tråd gjennom kommuneorganisasjonen og ned på handlingsnivå. Begge kommunene hadde en tydelig forankring av folkehelseansvaret gjennom en koordinator eller en egen avdeling. Funksjoner som folkehelsekoordinator eller en folkehelseavdeling kan bidra til å synliggjøre tematikken og tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid i kommunen. Disse funnene samsvarer med forskning som peker på at kommunenes folkehelsearbeid i økende grad er systematisert.

Begge kommunene fremmet et ønske om at tjenestene skulle være til det beste for innbyggerne. Det var viktig med innsats rettet mot alle aldersgrupper, samtidig som det var rettet et særskilt fokus på barn og unge. Videre var kommunens generelle oppgaver en stor del av innsatsen for utjevning av sosial ulikhet i helse, og det ble sett som viktig å sørge for at de ordinære tjenestene var av kvalitet. Samtidig kunne prosjekter være et godt supplement når det fulgte kommuneplanens overordnede folkehelsemål. Dette peker på en forståelse av hvordan strukturelle forhold påvirker folkehelsen. Tiltak som ble satt i gang var basert på kunnskap om lokale forhold. På denne måten kunne de best mulig understøtte de lokale behovene. Til tross for trange budsjetter ble det ansett som viktig å disponere eksisterende ressurser på best mulig måte. Samtidig hadde begge kommuner valgt å beholde inkluderingsmidler fordi det var ansett som et viktig enkelttiltak. Begge kommunene hadde iverksatt ulike helsefremmende tiltak der noen var universelle mens andre var målrettede. Universelle tiltak ble sett som viktig for å unngå stigmatisering av sårbare grupper. Dette peker på at kommunene sin innsats er i tråd med proporsjonal universalisme. Slik kan kommunenes helsefremmende tiltak bidra til å jevne ut den sosiale gradienten.

Kommunene hadde en etablert forståelse for at folkehelse og sosial ulikhet i helse var et felles anliggende for hele kommunen. Det kom fram flere eksempler på etablerte tverrfaglige samarbeid. Samtidig hadde samarbeidsprosessen et kontinuerlig forbedringspotensial. Det ble trukket fram flere faktorer som kunne bidra til å enten fremme eller hemme samarbeid, slik som kjennskap til hverandres tjenester, rolleavklaring og en felles forankring. Funnene våre reflekterer at vilje og ønske om samarbeid må støttes av tilgjengelige ressurser og strukturer som legger til rette. Det er behov for mer forskning på hvordan dette kan gjøres på en god måte.

Våre funn kan altså tyde på at det kommunale folkehelsearbeidet i økende grad er systematisert og forankret sentralt i kommunene. Det foreligger en felles forståelse for at arbeid med utjevning av sosial ulikhet i helse krever en samlet innsats. Samtidig er det behov for politisk forpliktelse og en forståelse for at kommunene ikke kan gjøre jobben alene. Til tross for at mye av ansvaret ligger på kommunene er folkehelse et felles ansvar. Lover og folkehelsemeldinger viser at utjevning av sosial ulikhet i helse er sentralt i folkehelsearbeidet. Kommunenes innsats må støttes av nasjonale prioriteringer og økonomiske midler til å drive arbeidet etter folkehelselovens intensjon. Slik kan samarbeid og samkjøring med nasjonale myndigheter bidra til å fremme det lokale folkehelsearbeidet.

## Referanser

- Askheim, S., de Caprona, Y., Mæland, R. B. & Alkunne. (2022, 23. mars). Kinn. *Store norske leksikon*. <https://snl.no/Kinn>
- Askheim, S. & Thorsnæs, G. (2021, 15. februar). *Sogn og Fjordane: (tidligere fylke)*. Store norske leksikon. [https://snl.no/Sogn\\_og\\_Fjordane\\_-\\_tidligere\\_fylke](https://snl.no/Sogn_og_Fjordane_-_tidligere_fylke)
- Axelsson, R. & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75–88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>
- Axelsson, R. & Axelsson, S. B. (2016). Organisering av samverknan - modeller, svårigheter och muligheter. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid. Et samfunnsoppdrag*. (2 utg.). Universitetsforlaget.
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (u.å.). *Barnevernsreformen - en oppvekstreform*. <https://www.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/barnevernsreformen/>
- Bekken, W. (2018). Public health coordinator - how to promote focus on social inequality at a local level, and how should it be included in public health policies? Comment on "health promotion at local level in Norway: the use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups". *International Journal of Health Policy & Management*, 7(11), 1061-1063. <https://dx.doi.org/10.15171/ijhpm.2018.74>
- Bekken, W., Dahl, E. & Van Der Wel, K. (2017). Tackling health inequality at the local level: some critical reflections on the future of Norwegian policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(18), 56-61. <https://dx.doi.org/10.1177/1403494817701012>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braut, G. S. (2022, 16. februar). *Helse*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/helse>
- Bryman, A. (2016) *Social research methods*. (5.utg). Oxford University Press.

- Christensen, J. & Berg, O. T. (2022, 12. august). *Velferdsstat*. Store norske leksikon.  
<https://snl.no/velferdsstat>
- Christiansen, K. U. & Nordahl, T. (1993). *Tverretattlig samarbeid i utvikling: beskrivelse og evaluering av formalisert samarbeid mellom PP-tjenesten, barnevernet, helsetjenesten og skoler/barnehager i tre kommuner i Hedmark*. Kapére forlag.
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative & mixed methods approaches* (5. utg.). Sage.
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches* (4. utg.). Sage.
- Dahl, E., Bergsli, H. & Van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus.  
<https://hdl.handle.net/20.500.12199/738>
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe* (No. 2007: 14). Institute for Futures Studies. <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Diderichsen, F., Scheele, C. E. & Little, I. G. (2015). *Tackling Health Inequalities Locally: the Scandinavian Experience*. Københavns Universitet.
- Eklund Karlsson, L., Balkfors, A., Gunnarsdottir, H., Povlsen, L., Regber, S., Buch Mejsner, S., Leena Ikonen, A. & Fosse, E. (2022). Are universal measures sufficient in reducing child poverty in the Nordic countries? An analysis of policies and political commitments. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(7), 892-902.  
<https://doi.org/10.1177/14034948221109694>
- FN-sambandet. (2023, 04. april). *FNs bærekraftsmål*. <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>
- Folkehelseavdelinga. (u.å.). *Om folkehelseavdelinga*. <https://folkehelseavdelinga.no/om-folkehelseavdelinga/>

- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Folkehelseoversikt. (u.å.). *Kinn kommune – oppsummering av utfordringer i Kinn kommune*.  
[http://www.folkehelseoversikt.no/wiki/index.php/Kinn\\_kommune](http://www.folkehelseoversikt.no/wiki/index.php/Kinn_kommune)
- Fosse, E. (2012). *Norwegian experiences*. I D, Raphael (Red.), *Tackling health inequalities: lessons from the international experiences* (s. 185-207). Canadian Scholars press inc.
- Helgesen, M. K. & Fosse, E. (2020). Addressing the social determinants of health in the Nordic countries: wicked or tame problem? *Socialmedicinsk tidsskrift*, 393-404.  
<https://hdl.handle.net/10642/9910>
- Fosse, E., Helgesen, M. K., Hagen, S. & Torp, S. (2018). Addressing the social determinants of health at the local level: opportunities and challenges. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(20), 47-52. <https://dx.doi.org/10.1177/1403494817743896>
- Fosse, E., Sherriff, N. & Helgesen, M. (2019). Leveling the social gradient in health at the local level: applying the gradient equity lens to the Norwegian local public health policy. *International Journal of Health Services*, 49(3), 538-554.  
<https://doi.org/10.1177/0020731419842518>
- Fukkink, R. & Laliatu, E. S. (2020). A Realist Synthesis of Interprofessional Collaboration in the Early Years; Becoming Familiar with Other Professionals. *International Journal of Integrated Care*, 20(3), 1-13. <https://doi.org/10.5334/ijic.5482>
- Furseth, I. & Everett, E. L. (2020). *Masteroppgaven: hvordan begynne – og fullføre* (3.utg.). Universitetsforlaget.
- Glavin, K. & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i kommune-Norge* (4. utg.). Kommuneforlaget.

- Goldblatt, P., Castedo, A., Allen, J., Lionello, L. Bell, R., Marmot, M., von Heimburg, D. & Ness, O. (2023). *Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014 - executive summary*. Institute of health equity.  
<https://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/rapid-review-of-inequalities-in-health-and-wellbeing-in-norway-since-2014/read-executive-summary.pdf>
- Green, J. & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research* (4. utg.). Sage.
- Green, J., Tones, K., Cross, R., Woodall, J. (2019). *Health promotion: planning and strategies* (4. utg.). Sage.
- Guba, E. G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology*, 29(2), 75-91.  
<https://doi.org/10.1007/BF02766777>
- Guglielmin, M., Muntaner, C., O'Campo, P. & Shankardass, K. (2018). A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy*, 122(3), 284-292. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.005>
- Hagen, S., Torp, S., Helgesen, M. & Fosse, E. (2017). Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health Promotion International*, 32(6), 977-987. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw052>
- Hagen, S., Øvergård, K. I., Helgesen, M., Fosse, E. & Torp, S. (2018). Health promotion at local level in Norway: the use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups. *International Journal of Health Policy & Management*, 7(9), 807-817.  
<https://doi.org/http://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.22>
- Helgesen, M. K., Abebe, D. S. & Schou, A. (2017a). *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet: Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk* (NIBR/NOVA 2017). By- og regionforskningsinstituttet NIBR: Høgskolen i Oslo og Akershus. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene/Oppmerksomhet%20mot%20barn%20og%20unge%20i%20folkehelse>

arbeidet%20-  
%20Rapport%20NIBR%20NOVA%202017.pdf/\_/attachment/inline/6d05dd13-  
60dc-4c31-85d3-  
a665371c480c:fcdb263ce9eb4837fee657b0889d4406e2cd3b31/Oppmerksomhet%20-  
Omot%20barn%20og%20unge%20i%20folkehelsearbeidet%20-  
%20Rapport%20NIBR%20NOVA%202017.pdf

Helgesen, M. K., Fosse, E. & Hagen, S. (2017b). Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(18), 77-82.  
<https://doi.org/10.1177/1403494817709412>

Helsedirektoratet. (2018a, 30. august). *Sosial ulikhet påvirker helse: tiltak og råd*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad>

Helsedirektoratet. (2018b). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling: helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelse rapporten* (Rapport IS-2748).  
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/\\_/attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/_/attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf)

Helsedirektoratet. (2019, 12. april). *Program for folkehelsearbeid i kommunene*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>

Helsedirektoratet. (2021, 17. juni). *Leve hele livet- prisen*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/leve-hele-livet-kvalitetsreformen-for-eldre/leve-hele-livet-prisen>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, 1. juni). *Folkehelseloven*. Regjeringen.  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>

- Hofstad, H. (2016). The ambition of Health in All Policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change. *Health Policy*, 120(5), 567-575.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.001>
- Hofstad, H. & Bergsli, H. (2017). *Folkehelse og sosial bærekraft - en sammenligning og diskusjon av begrepsinnhold, målsettinger og praktiske tilnærminger* (NIBR-rapport: 2017:15). By- og regionforskningsinstituttet NIBR: Høgskolen i Oslo og Akershus.  
<https://www.statsforvalteren.no/contentassets/39fa0364feca496fa13f95e600525f1e/rapport-nibr---folkehelse-og-sosial-barekraft.pdf>
- 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>
- Holt, D. H. (2018). Rethinking the Theory of Change for Health in All Policies Comment on "Health Promotion at Local Level in Norway: The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups". *International Journal of Health Policy and Management*, 7(12), 1161–1164. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.96>
- Holt, D. H., Carey, G. & Rod, M. H. (2018). Time to dismiss the idea of a structural fix within government? An analysis of intersectoral action for health in Danish municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(22), 48-57.  
<https://dx.doi.org/10.1177/1403494818765705>
- Holt, D. H., Frohlich, K. L., Tjørnhøj-Thomsen, T. & Clavier, C. (2017). Intersectorality in Danish municipalities: corrupting the social determinants of health? *Health Promotion International*, 32(5), 881-890. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw020>
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (2022, 17. november). *Kinn kommune fikk Bosettings- og integreringsprisen*. <https://www.imdi.no/om-imdi/aktuelt-na/kinn-kommune-fikk-bosettings--og-integreringsprisen/>



- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttig verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Karlsen, T., Kiland, C., Kvåle, G. & Torjesen, D. O. (2022). 'Health in all policies' and the urge for coordination: The work of public health coordinators and their impact and influence in local public health policies: A cross-sectional study. *Societies*, 12(1), 1-17. <https://doi.org/10.3390/soc12010011>
- Kinn kommune. (2020). *Samfunnsdelen til kommuneplanen 2020-2032*.  
<https://pub.framsikt.net/plan/nyekinn/plan-samfunnsdelen/#/>
- Kinn kommune. (u.å.-a). *Handlingsplan for frivillighet - frivilligheita styrkar og utviklar Kinn kommune - KD sitt framlegg til vedtak*.  
<https://pub.framsikt.net/plan/nyekinn/plan-a29e928e-e36a-4058-8f45-90172c4382e5-25446/#/home>
- Kinn kommune. (u.å.-b). *Heilskapleg og berekraftig utvikling*.  
<https://pub.framsikt.net/plan/nyekinn/plan-samfunnsdelen/#/generic/summary/826dbe4e-2488-4eb1-aca9-931d3945a0cf>
- Kinn kommune. (u.å.-c). *Organisering, internkontroll og HMS*.  
[https://pub.framsikt.net/2023/nyekinn/bm-2023-kst\\_183\\_22\\_15122022/#/generic/summary/0c505081-dc50-46ad-8270-86547fc9b135-cn](https://pub.framsikt.net/2023/nyekinn/bm-2023-kst_183_22_15122022/#/generic/summary/0c505081-dc50-46ad-8270-86547fc9b135-cn)
- Kringlebotten, M. & Langørgen, A. (2020). *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2020* (Rapporter 2020/48). Statistisk sentralbyrå.  
[https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/439744](https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/_attachment/439744)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg). Gyldendal akademisk
- Larsen, M., Rantala, R., Koudenburg, O. A. & Gulis, G. (2014). Intersectoral action for health: The experience of a Danish municipality. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(7), 649–657. <https://doi.org/10.1177/1403494814544397>

- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: Perspektiv og strategi* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Lillefjell, M., Knudtsen, M. S., Wist, G. & Ihlebæk, C. (2013). From knowledge to action in public health management: experiences from a Norwegian context. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(8), 771-777.  
<https://dx.doi.org/10.1177/1403494813496600>
- Lillefjell, M., Magnus, E., Knudtsen, M. S., Wist, G., Horghagen, S., Espnes, G. A., Maass, R. & Anthun, K. S. (2018). Governance for public health and health equity: the Trøndelag model for public health work. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(22), 37-47. <https://doi.org/10.1177/1403494818765704>
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A.-J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468–2481.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMsa0707519>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Marmot, M. G. (2015). *The health gap: the challenge of an unequal world*. Bloomsbury.
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M. & Geddes, I. (2010). *Fair society, healthy lives: The Marmot review*. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010 (Rapport 2/2010).  
<https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>
- Meld. St. 13 (2018-2019). *Muligheter for alle: Fordeling og sosial bærekraft*. Finansdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/472d31ff815d4ce7909f5593bf7d79b8/no/pdfs/stm201820190013000dddpdfs.pdf>

- Meld. St. 15 (2022-2023). *Folkehelsemeldinga — Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>
- Meld. St. 19 (2018-2019). *Folkehelsemeldinga: Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/n-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2016). *Health Promotion* (4. utg.). Elsevier.
- Neuman, L. W. (2011). *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*. (7 utg.). Pearson
- Nilsen, H. M. & Feiring, E. (2022). Local public health projectification in practice: a qualitative study of facilitators and barriers to a public health plan implementation. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1-8.  
<https://doi.org/10.1177/14034948221080402k>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å). *Fyll ut meldeskjema for personopplysninger*.  
<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/>
- NOU 2014: 12. (2014). *Åpent og rettferdig – prioritering i helsetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/16a0834c9c3e43fab452ae1b6d8cd3f6/no/pdfs/nou201420140012000dddpdfs.pdf>
- Nylenna, M., Braut, G., S. & Thelle, D. S. (2023, 6. mars). *Folkehelse*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/folkehelse>

- Pinto, A. D., Molnar, A., Shankardass, K., O'Campo P. J. & Bayoumi, A. M. (2015). Economic considerations and health in all policies initiatives: evidence from interviews with key informants in Sweden, Quebec and South Australia. *BMC Public Health*, 15(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1350-0>
- Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling* (LOV-2008-06-27-71). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- Prop. 90 L (2010-2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/156cc635411248bda507c9411bdf4cd0/no/pdfs/prp201020110090000dddpdfs.pdf>
- Punch, K. F. (2014). *Introduction to social research: quantitative & qualitative approaches* (3.utg). Sage.
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid (Dokument 3:11 (2014-2015))*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2014-2015/offentligfolkehelsearbeid.pdf>
- Robson C. & McCartan K. (2016). *Real world research: a resource for users of social research methods in applied settings* (4. utg). Wiley.
- Scheele, C. E., Little, I., & Diderichsen, F. (2018). Governing health equity in Scandinavian municipalities: The inter-sectorial challenge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 57–67. <https://doi.org/10.1177/1403494816685538>
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>
- Sherriff, N., Gugglberger, L. & Davies, J. K. (2014). *Reducing Health Inequalities through Health Promotion and Structural Funds*. DOI: 10.13140/RG.2.1.2331.9441
- Skare, S. (1996). *Flerkulturelt barnevernsarbeid: En innføring* (2 utg.). Kommuneforlag
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen: Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gradientutfordringen/Gradientutfordring>

en%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf/\_/attachment/inline/8ea989b7-b958-477b-8cf4-6835ad07aa2a:88c350934287c7f6f234427989f7baa129f29f04/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf

St.meld. nr. 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-20-2006-2007-/id449531/>

St.meld. nr. 41 (1987-1988). *Helsepolitikken mot år 2000 – nasjonal helseplan*. Sosialdepartementet. [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1987-88&paid=3&wid=c&psid=DIVL568&s=False&pgid=c\\_0495](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1987-88&paid=3&wid=c&psid=DIVL568&s=False&pgid=c_0495)

Sveio kommune. (2011). *Kommuneplan for Sveio 2011-2023 – strategisk samfunnsdel*. [https://www.sveio.kommune.no/\\_f/p1/i92e02bee-de2d-426c-9341-ea6e5fe232b6/samfunnsdel\\_kommuneplan\\_1006.pdf](https://www.sveio.kommune.no/_f/p1/i92e02bee-de2d-426c-9341-ea6e5fe232b6/samfunnsdel_kommuneplan_1006.pdf)

Sveio kommune. (2019a). *Folkehelseoversikt for Sveio 2019 – vilje til vekst - ein god stad å bu*. [https://www.sveio.kommune.no/\\_f/ide89833e-4609-4e64-aa60-9ca387d52e2f/folkehelseoversikt-for-sveio-2019.pdf](https://www.sveio.kommune.no/_f/ide89833e-4609-4e64-aa60-9ca387d52e2f/folkehelseoversikt-for-sveio-2019.pdf)

Sveio kommune. (2019b). *Frivilligplan for Sveio kommune 2019-2023*. <https://www.sveio.kommune.no/politikk-administrasjon-og-innsyn/planar/andre-planar/frivilligplan-2019-2023/>

Synnevåg, E. S., Amdam, R. & Fosse, E. (2018a). 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>

Synnevåg, E. S., Amdam, R. & Fosse, E. (2018b). Intersectoral planning for public health: dilemmas and challenges. *International Journal of Health Policy & Management*, 7(11), 982-992. <https://dx.doi.org/10.15171/ijhpm.2018.59>

- Synnevåg, E. S., Amdam, R. & Fosse, E. (2019). Legitimising Inter-Sectoral Public Health Policies: A Challenge for Professional Identities? *International Journal of Integrated Care*, 19(4), 1-10. <http://doi.org/10.5334/ijic.4641>
- Syse, A., Grøholt, E. K., Madsen, C., Aarø, L. F., Strand, B. H. & Næss, Ø. E. (2022, 16. september). *Sosiale helseforskjeller i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/sosiale-helseforskjeller/>
- 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://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.019>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder*. (5 utg.). Fagbokforlaget.
- Thomas, G. (2016). *How to do your case study*. (2.utg). Sage.
- Thorsnæs, G. (2023, 18. april). *Sveio*. Store norske leksikon. <https://snl.no/Sveio>
- Ulriksen, H. (2022, 22. desember). *Om kommunen*. Kinn Kommune. <https://kinn.kommune.no/velkommen-til-kinn/om-kommunen>
- United Nations. (1948, 8. desember). *Universal declaration of human rights*. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/043/88/PDF/NR004388.pdf?OpenElement>
- Universitetet i Bergen (2022, 4. april). *RETTE – UiBs prosjektoversikt*. <https://www.uib.no/personvern/128207/rette-uibs-prosjektoversikt>
- Van Vliet-Brown, C. E., Shahram, S. & Oelke, N. D. (2018). Health in All Policies utilization by municipal governments: scoping review. *Health Promotion International*, 33(4), 713-722. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax008>
- Vestland fylkeskommune. (2022). *Handlingsprogram for folkehelse Vestland 2022-2025*. <https://www.vestlandfylke.no/globalassets/folkehelse/planar-folkehelse/vedteke--handlingsprogram-for-folkehelse-2020-2025.pdf>

- Vierdal, V. B. (2022, 16. november) *Sveio – midt i leio*. Sveio kommune.  
<https://www.sveio.kommune.no/om-sveio/sveio-midt-i-leio/>
- Vårdal, L., Overland, J. -A., Zakariassen, E. S. (2020, 10. mars). *Styringsnivåene*. NDLA.  
<https://ndla.no/nb/subject:1:470720f9-6b03-40cb-ab58-e3e130803578/topic:1:3d26f57e-a8c9-45e5-bc57-2d31df53f969/topic:1:27f37dfa-783e-4c3e-a52e-406ab0741b25/resource:2eee4f8d-67fb-4939-bc39-215c55346b7e>
- Weiss, D., Lillefjell, M. & Magnus, E. (2016). Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs - a scoping review at the local community level. *BMC Public Health*, 16(140), 1-15.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-2811-9>
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2009). *Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse: Utjevning av helseforskjeller del 2*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utjevning-av-helseforskjeller>
- World Health Organization. (1948, 7. april). *Constitution of the World health organization*.  
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion International*, 1(4). <https://doi.org/10.1093/heapro/1.4.405>
- World Health Organization. (2011, 21. oktober). *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. <https://www.who.int/publications/m/item/rio-political-declaration-on-social-determinants-of-health>
- World Health Organization. (2014, 23. april). *Health in all policies: Helsinki statement: Framework for country action*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908>
- World Health Organization. (2016, 21. November). *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-17.5>

- World Health Organization. (2018, 22. februar). *Health inequities and their causes*.  
<https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>
- World Health Organization. (u.å.). *Social determinants of health*. [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_3)
- Yilmaz, K. (2013). Comparison of Quantitative and Qualitative Research Traditions: epistemological, theoretical, and methodological differences. *European Journal of Education*, 48(2), 311-325. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ejed.12014>
- Zeiner, H. H. (2022). *Sosial bærekraft - en litteraturstudie* (NIBR-notat 2022:105). By- og regionforskningsinstituttet NIBR: OsloMet. <https://hdl.handle.net/11250/3015353>



# Vedlegg 1 – Intervjuguide

## Introduksjon

- Takk for deltakelse
- Introduksjon av studenter
- Informasjonsskriv + samtykke
- Informere om notater og båndopptaker
- Har du noen spørsmål før vi begynner?

## Bakgrunn

- Kan du fortelle litt om din stilling i kommunen?
  - Hvilken utdanningsbakgrunn har du?
  - Hvor lenge har du jobbet i kommunen?
  - Hva er dine oppgaver og ansvarsområder?

## Avdelingens arbeid

- Kan du fortelle litt om hvordan kommunen jobber med temaene folkehelse og sosial ulikhet i helse?
- Hvilken rolle har din avdeling innad i kommunen i arbeid med folkehelse og sosial ulikhet i helse?
- Hvem retter tiltakene som planlegges og iverksettes seg mot? Er de universelle eller rettet mot spesielle grupper?
  - Har dere noen spesielle målgrupper i fokus?
- Har du noen eksempler på hvordan dere jobber med utarbeiding av planer i din avdeling?
- Har du noen eksempler på hvordan dere jobber med utarbeiding av tiltak i sin avdeling?
  - Er noen planer eller tiltak basert på bærekraftsmålene?
- Hva er det viktigste din avdeling kan gjøre for å utjevne sosial ulikhet i helse?

## Tverrsektorielt arbeid

Folkehelseloven bygger blant annet på helse-alt-vi-gjør prinsippet. Denne tilnærmingen viser til at helse påvirkes av forhold utenfor helsesektoren, og at inkludering av helse i alle sektorer er sentralt for å fremme helse og redusere helseulikheter.

- Kan du fortelle om avdelingens samarbeid med andre avdelinger angående folkehelse og sosial ulikhet i helse, om dere har det? Hvor ofte og i hvilken grad? Og hva med?
  - Er det generelt samarbeid eller spesielle prosjekter?
  - Har dere jevnlig møter?
- Hvilke ressurser er satt av til samarbeidet?
- Hvor forpliktende er samarbeidet?
- Hvordan opplever du at samarbeidet fungerer?

- Hvordan påvirker nasjonale og regionale ressurser og signaler arbeidet deres?
- Hva tenker du er viktige faktorer for å kunne sikre et godt samarbeid på tvers av avdelinger?
- Hva tenker du er potensielle hemmende faktorer for å sikre et godt samarbeid på tvers av avdelinger?

### **Kunnskapsgrunnlag**

Folkehelseloven sier blant annet at kommunene skal ha oversikt over helsetilstanden i den lokale befolkningen og eventuelle faktorer som kan virke inn på denne

- Kan du si noe om hva kommunen bruker som grunnlag for å skaffe slik oversikt?
- Hva slags kunnskap er det særlig behov for?

### **Økonomiske ressurser**

- Kan du fortelle litt om hvordan økonomiske ressurser blir disponert til arbeid med folkehelse og sosial ulikhet i helse?
- Har dere noe samarbeid/avtaler med fylkeskommunen som har gitt ekstra midler til noen prosjekter/planer? Hvis ja, hva?
- Hvordan opplever du de økonomiske ressursene? Er det tilstrekkelig?

### **Andre samarbeid**

- Har kommunen noen måter å inkludere lokalbefolkningens synspunkter og behov i utarbeiding av planer og tiltak? Hvis ja, kan du fortelle litt om dette?
- Har kommunen samarbeid med frivillige organisasjoner eller andre tiltak som rettes mot folkehelse eller utjevning av sosial ulikhet i helse? Hvis ja, kan du fortelle litt mer om dette?
- Er det noen tiltak eller prosjekter som planlegges eller gjennomføres i samarbeid med nabokommuner eller andre kommuner? Hvis ja, kan du fortelle litt mer om dette?
- Er det noen tiltak eller prosjekter som planlegges eller gjennomføres i samarbeid med lokale eller andre bedrifter? Hvis ja, kan du fortelle litt mer om dette?
- Har kommunen noen andre sentrale samarbeidspartnere? Hvis ja, kan du fortelle litt mer om dette?

### **Hemmere og fremmere**

- Hva tenker du fremmer arbeidet med folkehelse og sosial ulikhet i kommunen?
- Hva tenker du hemmer arbeidet med folkehelse og sosial ulikhet i kommunen?
- Er det andre ting du kommer på som du tenker er viktig?

Tusen takk for din deltakelse!

## Vedlegg 2 - Informasjonsskriv

# Sosial bærekraft i folkehelsearbeidet

Takk for at du vil delta i forskningsprosjektet. Formålet er å undersøke hvordan kommuner arbeider med utjevning av sosial ulikhet i helse, med særskilt fokus på tverrsektorielt samarbeid og tilgjengelige virkemidler. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Folkehelseloven pålegger kommuner å integrere folkehelse i sitt arbeid med de virkemidler de har til rådighet. Med dette ligger det også føringer for arbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivå. For å kunne ivareta dette på en god måte er det nødvendig med kunnskaper om lokale forhold og utfordringer. Vi ønsker derfor å kartlegge hvordan kommunene arbeider med sosial ulikhet i helse, og hvilke virkemidler som er tilgjengelig. Intervjuet er en del av et masterprosjekt i Helsefremmende arbeid og helsepsykologi ved UiB.

Intervjuet blir utført med bakgrunn i følgende forskningsspørsmål:

Hvordan jobber to vestlandskommuner med utjevning av sosiale ulikheter i helse?

- Hvilke faktorer vektlegger kommunene i arbeidet med sosiale ulikheter i helse?
- Hvilke midler har kommunen til rådighet i arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse?
- Hvordan jobber kommuner på tvers av sektorer med utjevning av sosiale ulikheter i helse?

Prosjektet vårt tar sikte på å intervju ansatte fra ulike avdelinger i to kommuner i Vestland fylkeskommune.

### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet eies av Vestland Fylkeskommune, og HEMIL-instituttet ved UiB er ansvarlig for gjennomføringen. Prosjektleder er professor Elisabeth Fosse.

### Hva innebærer det for deg å delta?

Du blir spurt om å delta fordi du har en sentral rolle i din avdeling, og derfor har kunnskaper, tanker og meninger som vi mener kan være relevante for det vi ønsker å undersøke.

Deltagelse i prosjektet innebærer et intervju med oss to studenter som vil vare i ca 1 time. Intervjuet vil foregå i nærheten av ditt arbeidssted. Vi vil spørre om tema knyttet til kommunens og avdelingens organisering, tiltak for å utjevne sosial ulikhet i helse og tverrsektorielt samarbeid. Det vil tas lydopptak og notater gjennom samtalen.

### Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Personopplysninger som navn, kjønn og stilling vil ikke publiseres.

Vi studenter og vår veileder Elisabeth Fosse vil ha tilgang til intervjumaterialet.

### Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes i desember 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.

### Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiB ved HEMIL-instituttet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- HEMIL-instituttet ved professor Elisabeth Fosse, e-post: [elisabeth.fosse@uib.no](mailto:elisabeth.fosse@uib.no)
- Vårt personvernombud: Janecke Helene Veim, e-post: [personvernombud@uib.no](mailto:personvernombud@uib.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på e-post ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

(Forsker/veileder)

-----

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Kommuners arbeid med utjevning av sosiale ulikheter i helse - en undersøkelse av tverrsektorielt arbeid og tilgjengelige virkemidler?*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at det transkriberte intervjuet brukes i masterprosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3 – Vurdering Norsk senter for forskningsdata

Vurdering av behandling av personopplysninger

**Skriv ut**

**07.10.2022**

Referansenummer

**491046**

Vurderingstype

**Standard**

Dato

**07.10.2022**

Prosjekttittel

**Sosial bærekraft i folkehelsearbeidet - kommuners arbeid med utjevning av sosial ulikhet i helse**

Behandlingsansvarlig institusjon

**Universitetet i Bergen / Det psykologiske fakultet / Hemil-senteret**

Prosjektansvarlig

**Elisabeth Fosse**

Student

**Anja Bondevik Løtveit**

Prosjektperiode

**22.08.2022 - 19.12.2023**

Kategorier personopplysninger

**Alminnelige**

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 19.12.2023.

Meldeskjema

Kommentar

**OM VURDERINGEN**

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

## VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 19.12.2023.

## 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 og 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 samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

## PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester 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

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). 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

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

## MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss 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://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for->

personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos oss: Janniche Linde

Lykke til med prosjektet!