



Kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommuner

- Rapport fra delprosjekt av Folkekommune

HEMIL-Rapport 1/2024 - Universitetet i Bergen

Elisabeth Fosse og Olin Blaalid Oldeide

Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL)

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	0
1. Bakgrunn for prosjektet	1
1.2 Kunnskapskommunen	2
1.3 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommunene	2
2. Teoretisk utgangspunkt	2
2.1 Utjevning av sosiale helseforskjeller	3
2.2 Tverrsektorielt samarbeid på ulike nivå	3
2.3 Den norske velferdskommunen	4
2.4 Hvordan iverksetter kommunene folkehelseloven?	5
2.5 Kunnskap og ulike kunnskapsformer	5
3. Problemstilling og metode	7
4. Presentasjon av funn fra kommuner	9
4.1 Bergen kommune	9
Funn fra administrasjonen i Bergen kommune	10
Det helhetlige folkehelsearbeidet	10
Det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet	11
Funn fra politikere i Bergen kommune	16
Helhetlige tversektorielle folkehelsearbeidet	16
Kunnskapsbasert folkehelsepolitikk	19
Etat for barn og familie i Bergen kommune	20
Samarbeid og koordinering	21
4.2 Bjørnafjorden kommune	23
Kunnskapsgrunnlag for folkehelse	24
4.3 Alver kommune	25
Kunnskapsgrunnlag for folkehelse	26
5. Diskusjon	27
5.1 Helhetlig folkehelsearbeid	27
5.2 Kunnskap i folkehelsearbeidet: Hva finnes og hvordan brukes den?	28
5.3 Oppsummering og konklusjon	29
6. Masteroppgaver	32
7. Bakgrunnsdokumenter	33
8. Referanser	35

Fosse, E. og Oldeide, O. (2024) Kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommuner. HEMIL-rapport 1/2024. Institutt for helse, miljø og likeverd. Universitetet i Bergen. ISBN 978-82-7669-206-8 (PDF)

Kunnskapsbasert folkehelse i kommuner er en faglig rapport som bygger på funn fra et delprosjekt av innovasjonsprosjektet *Folkekommune*. Folkekommune er finansiert av Norges Forskningsråd og ledet av Bergen kommune. Rapporten bygger på casestudier av tre kommuner sitt arbeid med kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Funnene viser hvordan kommunal ledelse arbeider med overordnede utfordringer innen folkehelse som hvordan kommunene arbeider helhetlig og tverrsektorielt i folkehelsearbeidet. Rapporten har et særlig fokus på hvordan ulike typer kunnskap danner grunnlag for planlegging og prioritering i folkehelsearbeidet.

1. Bakgrunn for prosjektet

Prosjektet *Folkekommune* var finansiert av Norges forskningsråd som et innovasjonsprosjekt. Det ble ledet av Bergen kommune og bestod av tre delprosjekter:

H1: Infrastruktur for tilgang på helsedata fra kommunenes fagsystemer

H2: Utvikling av folkehelseindikatorer

H3: Hvordan tas kunnskapen i bruk i folkehelsearbeidet i kommunene?

Norsk senter for forskningsdata (NSD) hadde ansvaret for H1, Folkehelseinstituttet (FHI) hadde ansvaret for H2 og Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL) ved Universitetet i Bergen (UiB) hadde ansvaret for H3.

Hovedformålet med *Folkekommune* prosjektet var å gi forskere og kommunene mulighet til å ta i bruk produksjonsdata fra kommunenes helse- og omsorgstjenester til forskning og til styring på en enklere og mer effektiv måte. Målsetningen med prosjektet var å utvikle en innovativ modell for enkel tilgang til kvalitetssikrede rutinedata, med personvern integrert som en del av modellen. De tre forskningsmiljøene som var involvert i prosjektet hadde som mål å bidra til å utvikle gode forskningsbaserte folkehelseindikatorer. For Bergen kommune sin del var det et ønske og et mål om å utvikle bedre tiltak både basert på dataene direkte, på folkehelseindikatorerne og på forskning frambrakt fra dataene. På sikt er det forventet at resultatene fra prosjektet kan føre til bedre helse og livskvalitet i befolkningen, som igjen kan bidra til en bærekraftig utvikling i samfunnet. Prosjektet bestod av flere kommunale samarbeidspartnere som er organisert i kunnskapskommunen. I denne rapporten presenterer vi resultater fra delprosjekt H3.

1.2 Kunnskapskommunen.

Kunnskapskommunen deltok som kontraktspart i innovasjonsprosjektet *Folkekommune*. I Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest er ni kommuner og syv kunnskapsinstitusjoner med og finansierer samarbeidet. Kommunene som er med er Bergen, Alver, Askøy, Austrheim, Bjørnafjorden, Masfjorden, Osterøy, Vaksdal og Voss herad. Kunnskapsinstitusjonene som er med i samarbeidet er Universitetet i Bergen, Høgskolen på Vestlandet, NORCE, Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Folkehelseinstituttet og VID vitenskapelige høgskole. Kunnskapskommunen blir kalt for et klyngesamarbeid (KS, 2021). Kunnskapskommunen har som hovedmål ifølge KS (2021) å styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte tjenester til innbyggerne gjennom forskning, innovasjon og utdanning. Kunnskapskommunen er beskrevet som en samarbeidsarena for å få til god og samfunnsnyttig forskning, basert på kunnskapsbehov i helse- og omsorgstjenestene. Forskningsbasert innovasjon har som mål å sørge for smarte og effektive løsninger for innbyggerne og deres ulike behov.

1.3 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommunene

Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL) har ledet delprosjektet kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommunene. I dette arbeidet har vi studert kommunenes kunnskapsbehov for utvikling og implementering av folkehelsepolitikk. Vi har undersøkt tre kommuner og analysert hvordan de arbeider med folkehelse. Ifølge folkehelseloven er folkehelsearbeidet sektorovergripende og dermed et ansvar for alle kommunale sektorer (Helse- og omsorgs departementet, 2011). Folkehelsearbeidet skal også være kunnskapsbasert, og i dette delprosjektet har vi hatt særlig fokus på i hvilken utstrekning kommunenes folkehelsearbeid er basert på tilgjengelig kunnskap og hvilken type kunnskap dette er, for eksempel statistikk, forsknings- eller erfaringsbasert kunnskap. Vi har også undersøkt hvordan kommunene mener at kunnskapen kan brukes til å iverksette sektorovergripende folkehelsearbeid. I dette delprosjektet har vi brukt kvalitative data for å gi innsikt i hvilken kunnskap som danner grunnlaget for beslutninger om strategier og tiltak for å realisere kommunenes målsetninger i folkehelsearbeidet.

2. Teoretisk utgangspunkt

I 2012 fikk Norge en folkehelselov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), der en av hovedmålsettingene er å utjevne sosiale helseforskjeller gjennom å jevne ut den sosiale gradienten. I loven skisseres fem grunnprinsipper for folkehelsearbeidet:

1. Helse i alt vi gjør
2. Bærekraftig utvikling
3. Sosial rettferdighet i helse
4. Førre-var-prinsippet
5. Deltakelse

Realisering av målsetningene i loven skulle skje gjennom en «Helse i alt vi gjør»-tilnærming (WHO, 2013), det vil si et samarbeid mellom alle samfunnets sektorer. Kommunene har fått hovedansvaret for iverksettingen av loven. Folkehelseloven fastslår at lokalt og regionalt folkehelsearbeid skal være kunnskapsbasert, blant annet gjennom veiledning og råd til kommuner og fylkeskommuner (Helse- og omsorgs departementet, 2011).

2.1 Utjevning av sosiale helseforskjeller

Utjevning av sosiale helseforskjeller er et hovedmål for folkehelsepolitikken i Norge (Helse- og omsorgs departementet, 2011, St.meld 15, 2023). Hvordan man omtaler sosiale ulikheter har stor betydning for hvordan problemet defineres og også hvilke løsninger som foreslås. Forskningen om sosiale ulikheter i helse viser at ulikhetene danner en gradient gjennom befolkningen, der de med høyest utdanning og inntekt har best helse, enten den blir målt etter levealder, sykdomsbyrde eller subjektiv helse. Helsen blir gradvis dårligere jo lengre ned man beveger seg i de sosioøkonomiske gruppene. Dette betyr at den sosiale helsegradienten påvirker alle mennesker, og ikke bare de i de laveste sosioøkonomiske gruppene (WHO 2008, Marmot 2010). Å redusere den sosiale gradienten krever helhetlige strategier som påvirker alle samfunnslag. En målsetning om å utjevne den sosiale gradienten krever med andre ord et fornyet fokus på hva som skaper ulikhet og på de sosiale helsedeterminantene. Dette vil innebære en økt prioritering av velferdsstatens universelle ordninger. Det vil også kreve en bevissthet om fordelingspolitikk i mange sektorer av samfunnet, som skattepolitikk, arbeidsmarkedpolitikk og utdanningspolitikk. Denne forståelsen er også integrert i folkehelseloven og i Stortingsmeldingen fra 2023 ved at det er en tydelig målsetning om å utjevne den sosiale gradienten i helse.

2.2 Tverrsektorielt samarbeid på ulike nivå

Tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid er et mantra i mye av helse- og sosialpolitikken. Det gjelder både tjenestene og administrasjonen. Når det gjelder tjenestene, er det i økende grad behov for koordinering på tvers, fordi mange av innbyggernes behov vil være avhengig av innsats fra flere

kommunale sektorer. Som et ledd i å adressere fragmenterte tjenestetilbud, spesielt rette mot barn og unge, har det blitt gjennomført endringer i 14 velferdstjenester lover som inkluderer harmonisering og styrking av samarbeid (Prop. 100L, 2020-2021). I nasjonal veileder for Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier (2022) blir viktigheten av samarbeid tydeliggjort både på individ- og systemnivå. Systemnivået blir også vektlagt i folkehelsepolitikken, og «Helse i alt vi gjør»-prinsippet gir seg uttrykk i at det er kommunestyret som har hovedansvaret for folkehelsearbeidet. Anerkjennelsen av at helsens determinanter også ligger utenfor helsesektoren har ført til en økende forståelse for behovet for mer tverrsektorielt samarbeid (De Leeuw, 2017). I Norge er prinsippet om helse i alt vi gjør en av de fem prinsippene for folkehelseloven. Tidligere studier har funnet at prinsippene om helse i alt vi gjør er utfordrende å få til i praksis i kommuner. Blant annet pekes det på terminologien (Holt et al., 2018; Synnevåg et al., 2018a), utfordringer med å forankre samarbeid i planarbeid (Synnevåg et al., 2018b) og legitimiteten til konseptet (Synnevåg et al., 2019). De Leeuw (2017) oppmuntrer til å også å forstå hvordan kommunene er organisert for å forstå rammene for samarbeidet.

2.3 Den norske velferdskommunen

I den norske velferdsmodellen spiller kommunene en sentral rolle. Kommunene har ansvar for svært mange av velferdstjenestene, og de fleste har betydning når det gjelder å utjevne sosiale helseforskjeller. I folkehelseloven har kommunal planlegging en sentral plass, og kommunene pålegges å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen, inkludert sosiale determinanter og hvordan de fordeler seg i befolkningen. Kommunene skal lage et oversiktsdokument, og på grunnlag av dette skal det formuleres kommunal politikk og tiltak. For å kontrollere at kommunene følger opp loven, har Statsforvalteren ansvar for å føre tilsyn med kommuneplanen, bl.a. når det gjelder kommunens ansvar for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Hovedprinsippet for organisering av kommuneforvaltningen er fortsatt sektorisering, der områder som helse, sosial, teknisk og kultur er organisert som egne enheter. Imidlertid har mange kommuner etter hvert valgt organisasjonsmodeller der avdelinger har ansvar for bredere temaområder eller befolkningsgrupper, for eksempel en egen oppvekstavdeling. Selv om vi etter hvert kan finne en noe mer temabasert organisering også på regionalt og nasjonalt nivå, er sektorisering i all hovedsak fortsatt det bærende prinsippet.

Kommunene i Norge er delvis et nivå i den nasjonal-lokale styringskjeden, men de har også en selvstendig rolle som politisk enhet. Kommunene finansieres over statsbudsjettet og av egne

skatteinntekter. Den statlige finansieringen skjer i hovedsak gjennom rammetilskudd, som gjør at kommunen har stor frihet til å prioritere hvordan de vil bruke pengene.

Folkehelsearbeidet skal forankres i kommuneplanen, og kommunene skal utarbeide strategier og tiltak som kan bedre befolkningens helse og levekår. Det krever et kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Kommunene må ha gode, hensiktsmessige data for få den oversikten loven krever. Et slikt kunnskapssystem er en forutsetning for å beskrive folkehelseutfordringer og for å planlegge og gjennomføre nødvendige tiltak. Det er også et lovkrav at folkehelse skal være et ansvar for alle kommunens sektorer. Det er forsket noe på hvordan folkehelsearbeidet bør forankres i kommunene for å kunne møte dette kravet, og et sentralt funn er at det har vært viktig å ansette folkehelsekoordinatorer i kommunen (Hagen 2020).

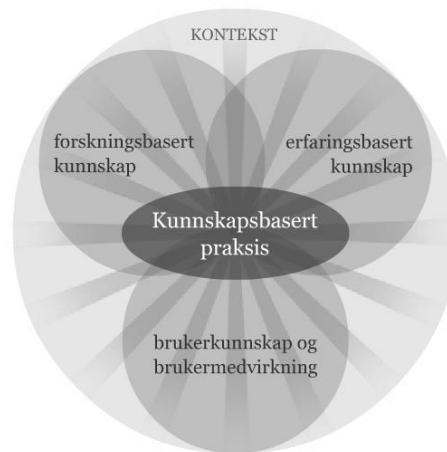
2.4 Hvordan iverksetter kommunene folkehelseloven?

Siden 2011 har det vært forsket på kommunenes rolle i iverksettingen av folkehelseloven, med særlig vekt på hvordan de utvikler tverrsektorielt samarbeid for å utjevne sosiale helseforskjeller. Hagen (2020) oppsummerer disse prosjektene og peker på at kommunene generelt sett har fått en økt forståelse for betydningen av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og et stort flertall mener også at kommunene har mulighet til å utjevne sosiale helseforskjeller. Hagen (2020) konkludere med at folkehelsearbeidet, slik det er formulert i loven og iverksatt i kommunene, synes etter hvert å ha blitt mer institusjonalisert i kommunen. Men fokuset til forskningen har i mindre grad vært dreid mot hvordan kommunene arbeider med kunnskap i det lokale folkehelsearbeidet.

2.5 Kunnskap og ulike kunnskapsformer

I denne rapporten har vi undersøkt i hvordan ansatte i administrasjonen og de folkevalgte beskriver at kommunenes folkehelsearbeid er basert på tilgjengelig kunnskap og hvilken type kunnskap dette er, for eksempel statistikk, forsknings- eller erfaringsbasert kunnskap. Vi undersøkte også hvordan kunnskapen kan brukes til å iverksette sektorovergrepene folkehelsearbeid i kommunene. Kunnskap har en sentral plass i kommuners folkehelsearbeid. Ifølge Riksrevisjonen av offentlige folkehelsearbeid (2015) kom det frem at til tross for godt folkehelsearbeid, så mangler kommuner kunnskap og informasjon om effektive tiltak. Kunnskap i folkehelsearbeidet kan sies å ha fulgt den evidensbaserte vendingen (Berg, 2020). Denne tradisjonen vokste frem blant annet av Cochrane (Shah, 2009) som kritiserte behandlingsmetoder innen helse for manglende effektivitet og etterlyste randomiserte kontrollerte studier for et mer effektivt helsesystem. En slik type kunnskapsforståelse kan beskrives som evidenshierarki der metaanalyser er den ypperste form for kunnskap og

tverrsnittstudier, enkeltsaker og bakgrunnsinformasjon befinner seg lavest i hierarkiet (Berg, 2020). Den forskningsbasert kunnskap inkluderer kunnskap posisjonert i ulike vitenskapelige paradigmer med ulike kvaliteter, men felles for alle er at de er preget av å være logisk oppbygd og ofte forankret i forskningslitteratur, innebærer systematisk innsamling og analyse av data og en vurdering av fagfeller (Punch, 2014). Ifølge Mæland (2015) har folkehelsearbeidet en bred samfunnsvitenskapelig tilnærming til kunnskap som inkluderer forskningsbasert-, erfaringsbasert-, og brukerbasert kunnskap. Ved å systematisk innhente ulike typer kunnskap for å ta en faglig avgjørelse vil det inngå som kunnskapsbasert praksis (Nortvedt, 2012). Modellen (Figur 1) viser samspillet mellom ulike kunnskapstyper innen fagområdet kunnskapsbasert praksis som er blitt en fremtredende modell i moderne velferdstjenester.



www.kunnskapsbasertpraksis.no

Figur 1. Kunnskapsbasert praksis illustrasjon, 2021 av Helsebiblioteket. (<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>).

Innen folkehelsefeltet har man tradisjonelt vært opptatt av vitenskap som medisinsk, klinisk og epidemiologisk kunnskap når man utvikler helsefremmende politikk og lokale intervensjoner (Williams et al., 1997). Det har blitt argumentert at dominansen av vitenskapelig kvantitativ kunnskap har bidratt til en vektlegging av levevaner i politikktutforming, på bekostning av politiske og sosioøkonomiske saker som fattigdom og miljø (Tesh, 1990; Raphael, 2000; Bryant, 2002).

Undersøkelser fra Norge har vist at de strukturelle og overordnede satsingene innen folkehelsearbeidet har en kunnskapsbasert profil med klare mål om kompetansesatsing og samhandling på tvers av etater og sektorer, men det blir etterlyst mer samarbeid med FoU sektoren for å kunne omsette gjeldene kunnskap til målrettede tiltak (Lillefjell et al., 2011). Bryant (2002) utformet et rammeverk for hvordan ulike former av kunnskap påvirker politikktutforming for folkehelse. I rammeverket skiller Bryant mellom 1) instrumentell kunnskap: ekspert kunnskap, ofte oppfattet som objektive og utvikler kunnskap gjennom kvantitative metoder 2) interaktiv eller brukerkunnskap: utviklet av mennesker med levd erfaringer og 3) kritisk kunnskap: kunnskap som

betrakter samfunnsstrukturenes rolle i å opprettholde ulikheter. Kritisk kunnskap tar på denne måte en normativ vurdering av rett eller galt og analyserer hva som kan gjøres for å bedre samfunnet for å heve livskvaliteten. Disse ulike kunnskapstypene er ofte isolert fra hverandre i politikktutforming (Bryant, 2002). Måten kunnskap blir brukt i folkehelse og helsefremmende politikktutvikling kan tenkes å avhenge av hvordan de ulike aktørene i politikktutforming vurderer kunnskap. Det er derfor viktig å forstå hvordan ulike typer kunnskap blir forstått av de som utformer politikken for å få innsikt i hvilken politikk som blir utformet. Rammeverket som Bryant har utviklet vil bli brukt for å tydeliggjøre de ulike kunnskapstypene som benyttes i kommuners folkehelsearbeid.

3. Problemstilling og metode

I dette delprosjektet studerer vi kommunenes kunnskapsbehov for utvikling og implementering av folkehelsepolitikk og hvordan kommunene bruker kunnskap for å utvikle politikk og tiltak innen folkehelsearbeidet. Vi har undersøkt følgende delproblemstillinger:

1. Hvordan jobber kommunene med det helhetlige, tverrsektorielle folkehelsearbeidet?
2. Hvilken kunnskap (statistikk, folkehelseprofiler, forskning, egen innsamlet kunnskap, annet) oppsøker og bruker informantene i planlegging, prioritering av innsatsområder, budsjettering og tjenesteorganisering?

Målsetningen for denne undersøkelsen var å beskrive folkehelsearbeidet i kommuner basert på ansatte, ledere og folkevalgtes opplevelse og erfaringer. Det var derfor naturlig å bruke en kvalitativ tilnærming. Studien i denne rapporten er utviklet som en *multiple case study analysis* (Stake, 2006) med formålet om å undersøke hvordan kommuner arbeider kunnskapsbasert om folkehelse i tre ulike kommuner.

Innenfor case studiedesignet benyttet vi flere kvalitative metoder som alle kjennetegnes av at de søker fortolkninger og kan kombineres for å gi sammensatte og rike funn (Denzin & Lincoln, 2018). Primært bygger analysen på funn fra semistrukturerte intervjuer med ansatte og administrativ og politisk ledelse i kommunene. Kvalitative intervju er en hensiktsmessig metode for å få en dypere innsikt i fenomener fra ulike perspektiv og er samtidig en effektiv metode for å samle inn informasjon (Kvale & Brinkmann, 2009). Vi har også studert relevante dokumenter, først og fremst plandokumenter. Dokumentene er brukt som bakgrunnsmateriale, men blir ikke analysert eksplisitt.

Følgende intervjuer har blitt gjennomført som en del av prosjektet:

- Intervjuer med 8 administrativt ansatte og ledere i Bergen kommune (2020)
- Intervjuer med 4 politisk ledelse (byrådsledere) (2022).

- Intervjuer med 15 administrativt ansatte og ledere i Alver og Bjørnafjorden kommuner (2021).
- Intervjuer med 10 ansatte i Etat for barn og familie, Bergen kommune (2022).

Intervjuene med administrativt ansatte og ledelse og politisk ledelse i Bergen kommune ble gjennomført av Fosse og Oldeide. Intervjuene ble transkribert og det transkriberte materialet ble analysert i samarbeid ved hjelp av tematisk analyse (Braun & Clark, 2006). Funnene er organisert i to overordnede temaer 1) helhetlig tversektorielt folkehelsearbeidet og 2) kunnskapsbasert folkehelsepolitikk. Studiene av Alver og Bjørnafjorden og Etat for barn og familie i Bergen kommune er gjennomført som masteroppgaver ved Institutt for helse, miljø og likeverd ved Universitetet i Bergen. Masteroppgavene har blitt levert til prosjektledelsen i Bergen kommune som delrapporter fra dette delprosjektet. I denne prosjektrapporten så oppsummerer vi nøkkelfunnene fra masteroppgavene. Oversikt over forfattere og tematikk står under punkt 7. Masteroppgaver. Masteroppgavene er også tilgjengelig i sin helhet i universitetets arkiv: www.bora.uib.no.

4. Presentasjon av funn fra kommuner

Bergen, Bjørnafjorden og Alver er en del av Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest. Funnene fra kommunene er presentert først ved å vise hvordan informantene beskriver det helhetlige folkehelsearbeidet og deretter funn som beskriver kunnskapens rolle for det lokale folkehelsearbeidet.

4.1 Bergen kommune

Bergen er en av få kommuner som har tatt i bruk en parlamentarisk styringsmodell, hvor makten fordeles mellom et bystyre og et byråd. Byrådene leder hver sin avdeling i kommunen. I den aktuelle kommunestyreperioden, det vil si fra 2019-2023, fantes følgende byrådsavdelinger i kommunen: Byrådsleders avdeling, Avdeling for finans, næring og eiendom, Avdeling for arbeid, sosial og bolig, Avdeling for kultur, mangfold og likestilling, Avdeling for klima, miljø og byutvikling, Avdeling for barnehage, skole og idrett, Avdeling for eldre, helse og frivillighet. Bystyret består av valgte representanter for de ulike partiene. Bystyret er Bergen kommunes øverste myndighet og ledes av ordfører. Bystyret består av 67 folkevalgte representanter, og i perioden 2019-2023 er 11 politiske partier representert. Alle byrådsavdelingene i kommunen har ansvar for å ivareta befolkningens helse og levekår. Hovedansvaret for folkehelse som fag- og politikkområde ligger likevel plassert under Byrådsavdeling for helse og omsorg. Det er denne avdelingen som også følger opp kommunens folkehelseplan og koordinerer folkehelsenettverket.

Bergen kommune etablerte høsten 2017 et internt folkehelsenettverk for å sikre samarbeid på tvers og at folkehelseperspektivet er med i alle kommunens sektorer. Folkehelsenettverket møtes månedlig og alle byrådsavdelingene er representert. Nettverket skal blant annet følge med på helsestatusen i befolkningen, og følge opp iverksettingen av folkehelseplanen. Vi har intervjuet åtte representanter fra alle byrådsavdelingene i Bergen kommune. Felles for dem er at de jobber med saksbehandling og forberedelse av saker som skal til politisk behandling. Noen har lederstillinger, andre har høyere administrative posisjoner. De fleste har relativt lang erfaring som ansatte i Bergen kommune, mens en var relativt nyansatt. De fleste var med i folkehelsenettverket i Bergen kommune.

Bergen kommune

Norges nest største by

Innbyggertall: ca. 290 000 (2023)

Styreform: Byparlamentarisme



Funn fra administrasjonen i Bergen kommune

Det helhetlige folkehelsearbeidet

Vi stilte spørsmål til informantene i alle avdelingene om hvordan de oppfattet avdelingens bidrag til folkehelsearbeidet. Naturlig nok jobber alle informantene med tema som er sentrale innen avdelingens ansvarsområde. Generelt sett er det en forståelse av det brede folkehelsearbeidet, selv om dette fortsatt er administrert i helseavdelingen i kommunen. Også i helseavdelingen er dette synet tydelig:

«Det som vi prøver å være veldig bevisst på, og det er nok skjedd også de senere årene, det er jo dette med at tidligere var det sånn at de som kom inn i våre tjenester, brukere for eksempel, de skulle få en totalomsorg fra oss. Vi skulle ta ansvar for alt. Det som det er blitt mye mer fokus på nå det er at vi kan noe som kan hjelpe mennesker i deres liv, og så må vi også snakke med andre i kommunen og andre steder for at de skal tilrettelegge for at denne personen, denne gruppen skal kunne fungere godt i samfunnet.» [B1]

Det virker å være en høy bevissthet i helseavdelingen om at folkehelsearbeidet skal være sektorovergipende.

«Vi skal jo forsøke å tenke folkehelseperspektivet inn i kommunale planer. Så vi har en agenda, eller et tema vi har med oss når vi lager kommunale planer for helsetjenesten og andre planer også; så er det først og fremst folkehelseperspektivet vi har med oss.» [B2]

Bergen kommune har produsert Levekårsundersøkelser i flere omganger. Ifølge informanter i helseavdelingen, er disse et viktig redskap inn i det kommunale planarbeidet:

«Vi forsøker jo å tenke hva andre kan gjøre også for å utjevne sosiale forskjeller. For eksempel skal det lages en kvalitetsutviklingsplan for skolene og da tenker vi hva vet vi nå, ut i fra de kartleggingene vi har gjort, som kan være nyttige for skolene å ha med i kvalitetsutviklingsplanen? Også når man skal lage kommuneplanens arealdel så tenker vi først og fremst folkehelse.» [B2]

Også i de andre avdelingene finner vi en bevissthet rundt temaet folkehelse. For eksempel har Byrådsavdeling for arbeid, sosial og bolig en etat for rus og psykisk helse. En av informantene reflekterer over hvordan folkehelseperspektivet kan inkluderes i dette arbeidet:

«Hvordan kan vi tilrettelegge for at folk mest mulig kan bli selvhjulpne og fungere? For noen av disse vil være syke, men det er jo store variasjoner, i forhold til rus og psykisk helse. Så noen vil være koblet på spesialisthelsetjenester, men alle bor i en kommune. Det er her vi

skal ivareta dem. Og det er der jeg tenker at folkehelsearbeidet kommer inn, for vi er faktisk en kommune som skal se en helhet. Ikke bare det som er en lidelse eller et sykdomsuttrykk.» [B3]

Også ansatte i Byrådsavdeling for Barnehage, skole, idrett er oppmerksom på folkehelseperspektivet i arbeidet sitt:

«Det som jeg håper er jo at vi utformer bygg som er gode møteplasser, at de er imøtekommende bygg som du kan stikke innom uten at du føler at du har noen tilhørighet fra før. Samme med nærmiljøanlegg: fotballbaner – at vi legger til rette at det kan være en plass å henge.» [B4]

Det framheves også at kommunen tar noen grep for å øke samarbeidet og integrering av virksomheten, i ulike avdelinger. Ett eksempel er plannettverket:

«Jeg er i sekretariatet til plan-nettverket, som er et eksempel på et nettverk som skal prøve å motvirke de uheldige tendensene i den sektoriserende modellen vi har. Og det går på å samordne og koordinere planarbeidene i avdelingene. Vi møtes med i hvert fall én representant fra hver avdeling, som sitter tett på kommunaldirektør i de enkelte byrådsavdelingene. Hvis jeg har en plan om, ja, "eldre og frivillighet" så kan andre byrådsavdelinger melde sine interesser eller sine behov, inn i planarbeidene.» [B5]

Den samme informanten påpeker også at folkehelsenettverket er et bidrag til å øke bevisstheten om betydningen av folkehelsearbeidet, men samtidig vil alltid primærfokuset være på oppgavene i den egne avdelingen:

«Det er klart, bare det at jeg sitter i et folkehelsenettverk, det øker jo eierskapet mitt til folkehelsefeltet. Og det sørger jo for at det sildrer folkehelse ut i min avdeling og de andre avdelingene. Men så er det klart at hver enhet, eller hver avdeling, sitter på sin portefølje og sine ressurser, menneskelige og økonomisk. Og de har oppdraget sitt og de har alle de oppgavene som skal løses.» [B5]

Det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet

Prosjektet *Folkekommune* har et særlig fokus på kunnskap; både hvordan de ulike avdelingene i kommunen bruker kunnskap i sitt arbeid, men også hva slags kunnskap de opplever er tilgjengelige for dem:

Alle informantene fortalte at de bruker ulike typer kunnskap i sitt daglige arbeid. Det gjelder både i utvikling av politikk og tiltak generelt og når de forbereder saker som skal behandles politisk. Dette inkluderer både forskning, statistikk og erfaringsbasert kunnskap:

«Det som er det letteste, og det merker jeg mye innenfor våre tjenester eller vårt område til vanlig, det er jo det at der hvor det finnes forskning, så er det veldig lett å bruke det mye. For det er lett tilgjengelig og da slipper du å argumentere veldig mye fordi at dette er det forsket på, her har man en sikker kunnskap om noe og da er det lett å bruke det.» [B1]

Den samme informanten tar også opp problemstillingen med å vurdere forskningens kvalitet og relevans, sett i lys av mer erfaringsbasert kunnskap:

«Men problemstillingen, mye i forhold til det vi jobber med, er jo at det er begrenset hvor mye forskning det er på de tingene som vi jobber med. Og det er klart t at derfor kommer vi ofte i den situasjonen at det er kanskje artikler, kanskje noen har skrevet om dette på en måte som gjør at vi er litt usikre på at "okey, dette kan virke tendensiøst, er dette godt nok fundert?" Vi har noe, men vi har ikke nok, gjerne. Og da kommer det fort inn dette med at du må også se på hvilke erfaringer det er som finnes innenfor dette området. Også egentlig historisk – hva har vi gjort før? Hvordan har dette vært løst tidligere? Og da tenker jeg det også er en viktig faktor. I dag er det et veldig fokus på å finne det som finnes av forskningsbasert kunnskap. Og det er nok mange som opplever det at den erfaringsbaserte kunnskapen blir mindre verdsatt også innenfor kommunal sektor.» [B1]

Videre framhever hen at det er behov for kunnskap fra ulike forskningstradisjoner:

«Altså, det er bra det er forskjellige metoder innenfor forskjellige vitenskaper. Jeg ser det er en utfordring innenfor helse- og omsorg at man i veldig stor grad støtter seg til naturvitenskapelige metoder. Det ser jeg litt som en fare. Jeg, personlig i hvert fall, tenker at det ikke er godt nok hvis du skal få et samfunn til å fungere.» [B1]

Det er også ulike tradisjoner- og behov- for å bruke forskning mellom de ulike avdelingene. Avdeling for klima, miljø og byutvikling har for eksempel behov for å hente inn ekstern kunnskap:

«Det som skjer hvis vi har kommuneplanen, da bruker vi jo også noen forskere og noen konsulenter og noen analyser av hvordan ulike tiltak virker inn på miljøet. Det er jo sånn at for eksempel UMB på Ås, de leverer jo en god del rapporter som våre fagfolk bruker, særlig de som har sine røtter der.» [B6]

Også i de andre avdelingene er forskningsbasert kunnskap viktig i planarbeidet:

«Ja, planer er jo veldig viktig på dette nivået i administrasjonen. Så det blir jo å kunne presentere så fersk kunnskap som mulig, det vi vet om dette i vårt lokalmiljø, kan du si. Og så, selvfølgelig forskning "hva andre har gjort og hva de har erfaring med". Og så vil det jo da bli en drøfting i forhold til tiltak. For der vil jo politikerne være inne.» [B3]

«Ja, vi finner det forskningsbaserte materialet vi har bruk for. Vi er eksperter på å finne det.» [B7]

Statistikk er selvfølgelig også viktig som bakgrunn for planer og utvikling av tiltak. En særlig viktig datakilde i Bergen har vært levekårsundersøkelsene:

«Vi delte inn kommunen i 51 områder basert på valgkretser, altså sammensetting av valgkretser. Altså grunnen til at vi valgte valgkretser er at Statistisk sentralbyrå har data fordelt på valgkretser. Det inkluderer også helsedata, de dataene ligger på det nivået da. Da kontaktet vi SSB og hørte om de kunne dele kommunen inn i disse områdene der og finne data.» [B2]

På spørsmål om kommunen selv hadde kompetanse til å bearbeide og analysere data, svarte informanten bekreftende på dette:

«Ja vi har det nå, ja. Vi har ikke hatt det tidligere. Men nå er det kommet. Kommunen har nå et statistikknettverk, et analysenettverk som ikke har vært i så mange år. Og en av de har tilgang til disse dataene, da. Og de har laget det som vi har i rapporten og pluss mye mer..» [B2]

Vi spurte også om hvordan denne kunnskapen ble brukt videre, om den faktisk blir brukt til å utvikle politikk og tiltak:

«Jeg har inntrykk av at det varierer litt mellom avdelingene i kommunen. Noen er mer bevisst på det enn andre. Jeg sitter her med Oppdrag for 2020 i den bydelsavdelingen som jeg er i, og der er ikke noe av dette nevnt. Så da spiller jeg tilbake igjen: "hva med dette?"» [B2]

Det er selvsagt også mye opparbeidet erfaringsbasert kunnskap internt i kommunen. Tidligere saker og dokumenter er t viktig, men også den erfaringen saksbehandlere og ledere selv har opparbeidet seg. Det er enighet blant informantene om at erfaringsbasert kunnskap også er viktig:

«Jeg tror ikke det er noen fare per i dag at den skal forsvinne. Poenget her er det at vi har relativt begrenset med forskning på de områdene vi jobber med. Og jeg opplever jo det at også akademia er mer bevisst på at det er en erfaringsbasert kunnskap som må til for å klare å gi et helt bilde av noe. Og vi, spesielt i kommunal sektor, vi skal jo forholde oss til mennesker som lever i en virkelighet som ikke er kontrollert på noen som helst måte. Jeg er

ikke så veldig redd for at den erfaringsbaserte kunnskapen skal bli uaktuell. Den er viktig, den er absolutt viktig. Det er det som redder oss.» [B1]

Den samme informanten ser likevel at det er en utvikling i retning av flere med akademisk bakgrunn blant de ansatte. Det vil også prege hvilken kunnskap de ettersøker:

«Det er litt sånn tidsskille nå fordi du har noen av de gamle fagfolkene som er sykepleiere, som er vernepleiere, som har en helsefagutdanning i bunn, og så har de utviklet seg til å bli personer som skriver politiske saker. Og så har du en annen gruppe som er mer de som kommer fra universitetet, som har en helt annen bakgrunn. Som helt naturlig går til forskningsdatabaser for å finne kunnskap. Vi står nok litt der med beina i to leire: at vi har én gruppe som fremdeles er mer erfaringsbasert og så har vi én gruppe med nytilsatte folk som skriver politiske saker, som er mer opptatt av å gå til databaser og finne kunnskap der.» [B1]

Også i de andre avdelingene brukes erfaringsbasert kunnskap sammen med andre typer kunnskap:

«Du kan si at sånn som kulturminner, der har vi jo en del kompetanse selv, for der har vi jo Byantikvaren. Og hvis Byantikvaren ikke har kapasitet, da er det jo oppdragsarbeid mellom etatene. Eller det er at Byantikvaren gir støtte til noen andre utredninger og så blir det til sammen et svar.» [B 6]

«I planarbeid er det jo veldig viktig å innhente kunnskap, først og fremste å lese seg opp på det som er av ny forskning og så mye ferskvare som mulig, ikke sant? Og så er det det å kunne samle erfaringene ute i våre egne tjenester, det kan være brukere, men også invitere inn fra andre samarbeidspartnere.» [B3]

«Jeg har jo bakgrunn fra skole i hundre år, så det at.. Jeg har jo snappet opp litt underveis, for å si det sånn. Og i forumet som vi har i nettverket når vi sitter sammen så utveksler vi erfaringer og meninger om de temaene vi har oppe, ut ifra våre ståsteder. Når helse har noe og de spør oss så kan vi svare i forhold til vårt. Og det gir jo en vekselvirkning i nettverket; alle hører alle, og alle kan ha synspunkter. Så det er en læringsbit for oss i nettverket også.» [B7]

Vi har også spurt informantene om hva slags kunnskap de særlig har behov for. Vi ønsket også å vite om de mente at noe kunnskap var vanskelig tilgjengelig for dem. Noen mente at det var vanskelig å finne relevant forskning. Et annet poeng som ble framhevet var at det ikke alltid er lett for saksbehandlere å tolke resultater og vurdere kvaliteten på forskning og statistikk:

«Jeg vil jo erfaringsmessig si at den forskningsbaserte kunnskapen ikke er veldig lett tilgjengelig. Jeg har jo vært med i prosessen der en skulle jobbe med folkehelseoversikten. Og ressursene det krever å bare lage statistikkgrunnlaget til folkehelseoversikten. Og så er det jo

da hvordan en tolker det og hva en ser etter. Jeg tror ikke det er så enkelt. Og så på en måte "vite hva man skal se etter".» [B4]

Denne informanten sier videre:

«Drømmen hadde vært en database der du kunne sortere ut de faktorene som du, på en måte, vil ha med; i forhold til levekårssone, befolkningsdata, framskriving av folketall.» [B4]

Bergen kommune har en ambisiøs forskningsstrategi og har mål om å være det de kaller en egen forskningsaktør. Dette innebærer at kommunen skal legge til rette for at medarbeiderne kan få tilgang til forskning. Det innebærer dessuten at de ansatte i kommunen har oversikt og forståelse for hvilken kunnskap de trenger og hvor de finner den. Med dette utgangspunktet spurte vi også informantene om hva som var deres viktigste kunnskapskilder når de skal forberede en sak eller være med å skrive en del av en plan eller lignende.

«Nei det vel alt jeg har erfart og lært gjennom et ganske langt liv i helsearbeid, både på legekontor og legevakt og arbeid på systemnivå. Så... Jeg tror nok at det er det som er hovedkunnskapsgrunnlaget.» [B8]

Denne informanten mener også at det er vanskelig å finne relevant forskning om helsefremmende tiltak:

«Jeg synes det ikke er så lett å finne. Det er jo noe med, i hvert fall sånn å forske på forebyggende eller helsefremmende tiltak, er vanskelig. Fordi at mange av tiltakene håper en skal ha en effekt på ganske lang sikt. Og hvordan skal en på en måte telle hvor mange som ikke er blitt sjuk fordi man har gjort et eller annet tiltak eller ikke blitt skadd eller...? Det er noe med å rigge studier som kan gi svar på effekt av intervensjoner. Det er mye vi gjør fordi vi tror det er bra.» [B8]

Noen av informantene stiller også spørsmålsteget ved kvalitet eten på data som samles inn i kommunen, for eksempel data fra helsestasjonene:

De dataene som er brukt er jo fra helsestasjonen og skolehelsetjenesten, fordi de når nesten alle barn. Og jeg tror nok at en kan lære to ting: det ene er hva man putter inn i journalen og bevissthet rundt det, altså om det man skriver i journalen. Altså: dataene blir jo ikke bedre enn det en legger inn. Og det andre er jo at man nok kan oppdage ting man ikke har visst før, da. Slik at det faktisk er annerledes at hvis man ser de dataene sammen med andre data. For eksempel man vet jo det at det er sosiale helseforskjeller og så det å kunne kjenne det igjen i helsestasjonsdataene også. [B2]

Vi ville gjerne også ha informantenes synspunkter på den videre behandlingen av saker de ulike avdelingene forbereder. Er for eksempel forskningsdata viktig for hvordan politikerne prioriterer? Og mener de at større tilgang til data om tjenestene og om brukere og pasienter vil påvirke politiske beslutninger?

«Jeg vil jo påstå at de politiske skillelinjene i utgangspunktet ikke er så veldig viktige, men det er et maktspill mellom ulike politiske partier. Står de utenfor så angriper de og kritiserer alt. Og det er ikke sånn som jeg opplever det at dette er bygget på en politisk ideologi eller noe, det er mer det at de skal kritisere, de skal opponere.» [B1]

«Det er nok litt både òg. Fordi at særlig politikere som ikke har tenkt så mye over det, de har nok en tendens til å tenke at folkehelse er noe som helse driver med.» [B8]

«Vi har i hvert fall hatt, jeg synes vi har byråd som er skrudd sammen i retning av å agere kunnskapsbasert, absolutt.» [B6]

«Det opplever jeg, absolutt. Men det er jo forskjellig, det er jo forskjellige konstellasjoner. Men det er litt ulikt: noen kommer opp og kan egentlig ingenting om feltet i det hele tatt. Men det opplever jeg at det er de ydmyke overfor. Da ønsker de virkelig hjelp. Og det er vår jobb å ikke sette våre politikere i forlegenhet på noen som helst måte. Så vi vil på en måte jobbe for å løfte. Og så kan du ha en annen politiker som har mye kunnskap om feltet, som kanskje har en spesiell interesse for feltet. Og da kan vår rolle bli litt mer tilbaketrukket for da vil han bruke politikken mye mer aktivt. Og det er jo ikke sikkert at vi er enige i hans politikk, men det er vi jo lojale ovenfor selvfølgelig.» [B3]

Funn fra politikere i Bergen kommune

Høsten 2022 gjennomførte vi intervju med fire byråder fra relevante byrådsavdelinger for folkehelsearbeidet. Det ble i perioden flere utskiftninger i den politiske sammensetningen av byråder. Da intervjuene ble gjennomført var Arbeiderpartiet i koalisjon med Miljøpartiet de Grønne, Venstre og Kristelig Folkeparti. Fire byråder fra ulike byrådsavdelinger relevant for folkehelsearbeidet deltok i intervjuene.

Helhetlige tversektorielle folkehelsearbeidet

Politikerne beskriver at folkehelsearbeidet krever en tverrsektoriell fremgangsmåte. De tydeliggjør at innbyggernes folkehelse påvirkes av flere kontekstuelle årsaker og derfor krever folkehelse aktivitet i flere politikkområder.

«Mitt forhold til begrepet folkehelse er jo at det å bygge en god by å være i. Og det blir jo litt sånn, folkehelse blir jo litt sånn menneskefokuset. Hvor mennesket blir i sentrum. Men i min jobb som jeg også har naturen i sentrum, og klima i sentrum og generasjonsperspektivet i sentrum.» -Byråd

“Det spørres jo alltid hvordan man definerer folkehelse og på en måte hvor bredt og smalt man ser på det, men jeg tenker at veldig mye av det vi gjør i denne byrådsavdelingen har med folkehelse å gjøre. Både det som går på kultur og frivillighet og gode opplevelser for befolkningen, enten det er å utøve kunst og kultur eller å oppleve det.» - Byråd

“Jeg opplever vi er flinkere til å snakke om folkehelse i et overordnet perspektiv (...). Når vi la frem den forrige folkehelse rapporten så var vi, var vi fire av byråder samme, både skolebyråd, sosialbyråd, kulturbyråd og helsebyråd var sammen og det var nettopp for å bidra til at også media skulle være med på å løfte dette som et sektorovergripende felt. Det husker jeg var en veldig kjekk dag der vi alle fikk lov til å snakke om å fokusere på hvor viktig kultur er for folkehelsen, hvor viktig skole, sosial, alle disse tingene er for folkehelsen.» - Byråd

Den sektorovergripende relevansen av folkehelsebegrepet var tydelig hos politikerne, men det ble poengtert at folkehelsearbeidet er utfordrende å prioritere høyt på den politiske dagsorden. Folkehelsepolitikk ble beskrevet som noe ullent, abstrakt og at det er viktig å operasjonalisere begrepet i praktisk politikk.

«Det er en litt ullen størrelse. Folkehelsegevinst til innbyggerne har en tendens til å slite i møte med, ikke slite, men det er vanskelig å stille opp mot enkeltskjebner innenfor, det kan være hva som helst det, det kan være rusomsorg eller sykehjems personale, flere sykepleiere eller sånn». - Byråd

«Det forebyggende arbeidet er langsiktig og vanskelig å måle effekten av sånn at det er jo en utfordring for det politiske systemet å sørge for at det blir en prioritet. Det er jo alltid den typen tiltak som er sårbare når man må kutte i ressurser eller prioritere noe foran noe annet. Det er jo alltid lettere å prioritere en krise eller noe som er veldig synlig.» -Byråd

“Det er klart at når det gjelder folkehelse generelt så er vi jo, vi politikere har jo en tendens til å være opptatt av noe som gir resultat. Helst i dag eller i hvert fall ikke lengre enn i morgen, mens folkehelse er langsiktig, det er, du må kanskje vente 10 år før du ser at effekten av det vi gjorde da det er wow sant.» - Byråd

«Man er avhengige av å konkretisere en overordnet visjon til et nivå som er litt mer sånn lettfattelig og håndgripelig, stort sett da. Jeg tror det er veldig få som vil krysse av for at jeg

valgte det partiet jeg stemte på fordi jeg er opptatt i sosiale forskjeller i helse. Det tror jeg blir litt abstrakt. Men jeg tror at det er en del av eller ja, det med å utjevne sosiale forskjeller er jo både del av helsepolitikken, men også sosial rettferdighetspolitikk som mange er opptatt av. Men ja, jeg tror ikke man kommer så langt med en sånn overskrift i seg selv, man må på en måte velge hva man skal fylle det med og ha gode eksempler.» Byråd

Politikerne påpeker i intervjuene at kommunen har en siloorganisering som er en utfordring for folkehelsearbeidet i kommunen. De peker på blant annet mindre kultur for samarbeid, organisering og begrepsbruk som barrierer for samarbeidet. Politikerne poengterer at det er ønskelig med mer tverrsektorielt samarbeid og nevner blant annet folkehelsenettverket og planutvalget som en viktig for å styrke samhandling:

«Folkehelsenettverket har personer i fra alle byrådsavdelinger som medlemmer, de jobber jo på byrådsnivå, så det har jo et ansvar for å samordne og sørge for at dette er et viktig tema inn i planarbeidet. Vi har også et eget planutvalg som har ansvar for at nettopp planene skal være sømløse eller at de henger sammen og at planverket vårt er godt integrert. Det er sikkert mer vi kunne gjort for å få dette enda bedre for vi ser jo det at vi har denne liksom silotenkningen er hele tiden ett sånn overhengende fare for at vi blir fokuserte på vårt og deres på en måte. Og da lykkes ikke vi i folkehelsearbeidet.» - Byråd

“Jeg tror det er felles for alle avdelingene i kommunen at man blir litt låst til sine primære mål og at det blir, selv om folkehelse er et felles mål, så er det på en måte man er satt til å ivareta noe primært da som du må løse først og så blir det neste på listen eller nedprioritert. Jeg tror heller det er det som utfordringene enn at det er på en måte noen som er lettere eller vanskeligere å samarbeide med.» - Byråd

«Altså for det første så er det ikke god nok samhandling mellom byrådsavdelingene. Så det er en kultur egentlig på sånn silo. Det er det i departementer, det er det her og så videre. Så det jobber vil ganske mye med.»- Byråd

Noen av politikerne berørte også betydningen av økonomiske rammer når det gjelder prioritering av folkehelsearbeidet.

“Ressurser påvirker mer enn signaler. Mitt inntrykk er at hvis man skal få kommunene til å gjøre noe så må du nesten fylle på med penger til det også eller i hvert fall ikke innføre lover som koster mer enn det kommunen har råd til, men kommer det øremerkede midler så får jo det umiddelbare konsekvenser.» - Byråd

“Overordnet skattepolitikk for eksempel rår vi ikke over. Så det er klart at det er noen faktorer med fattigdomsproblematikk som vi ikke styrer over og kan gjøre noe med. Men jeg

tror egentlig at min analyse vil være at kommunene har et veldig stort handlingsrom for vi kan alltid gjøre mer enn det vi har lovpålagt. Sånn at det er ikke noe som er til hinder for at kommunen går inn og forebygger mer eller jobber med å hjelpe flere ut i jobb eller informerer mer, altså kommuniserer mer om helserelaterte tiltak, men det er ressursituasjonen det står og faller ned på tenker jeg.» - Byråd

Kunnskapsbasert folkehelsepolitikk

Politikerne uttrykker at ulik kunnskap ligger til grunn for politiske vedtak. Spesielt fremhever de rollen til forskning som viktig og verdsatt i utforming av politikk. Noen av politikerne beskriver en frustrasjon over at politiske beslutninger blir tatt uten større kobling til forskning for eksempel gjennom kildehenvisninger.

“Vi har jo, på folkehelsefeltet så er det jo den obligatoriske folkehelse rapporteringen som er lovregulert, men på veldig mange andre områder og veldig mange andre planer vi skriver så har jo vi et stort handlingsrom i hvordan vi vil utarbeide det kunnskapsgrunnlaget. (...) jeg ble nok litt overrasket over hvor lite man bruker kildehenvisning i de delene av kommunale plandokumenter som skal oppsummere kunnskap da. Så jeg tror vi har et forbedringspotensial der.» - Byråd

Funnene tyder på at de ulike politikkområder har ulike erfaringer med forskningsbasert kunnskap. Helsebyråden uttrykker en frustrasjon over manglende tilgjengelig forskning på primærhelsetjenesten, mens byutviklingsbyråden uttrykker at det er ikke en mangel av kunnskap når man fatter beslutninger, men savner et større blikk på helheten.

“En av de tingene som har frustrert meg i mitt nå lange politiske liv er det at jeg har vært med på veldig mange synsevedtak. Vedtak som ikke er kunnskapsbasert fordi vi har hatt for lite forskning på primærhelsetjenesten for eksempel. Og det er ganske spesielt at fordelingen mellom forskningsmidler er 10 % på primærhelsetjeneste og 90 % på spesialisthelse» - Byråd

«Det er jo ikke mangel på kunnskap. Det er jo ikke mangel på utredninger. Det er nok. Det som hadde vært nyttig hadde nok vært i enda større grad tydeligere årsakssammenheng hvor du kan gå fra det konkrete til det generelle.» - Byråd

I møte mellom forskning og politikk så problematiserer flere av politikerne at kunnskap spiller en del av lokal politikktutforming. Det er også viktig for politikere å fremme sine politiske saker uten å være forankret i forskning, men også støtte seg på verdibasert politiske vurderinger.

«Så det er jo et evig dilemma det der med hvor godt og gjennomarbeidet og kvalitetssikret skal kunnskapen være før du tar en beslutning.» - Byråd

“jeg forstår at av og til må man absolutt ta politiske vedtak der du ikke har god og konkret eller nok forskning eller kunnskap bak. Og noen ganger ønsker vi politisk å gjøre ting som ikke nødvendigvis støttes av forskning og det må vi ha lov til, fordi det handler om det politiske skjønnet, og at både forskere og byråkrater har kanskje en litt annen inngang til ting enn vi har. Men sånn er det, og det kan man like eller ikke like, men sånn er nå demokratiet. Men jeg opplever at det at Bergen kommune har satt seg i førersetet på forskningsbaserte beslutninger.»- Byråd

Etat for barn og familie i Bergen kommune

Hensikten med dette delstudiet var å undersøke hvordan ansatte i Etat for barn og familie i Bergen kommune opplevde arbeidet med å fremme psykisk helse blant ungdom, med tverrfaglig samarbeid som hovedfokus. Studien vektla hvordan etatens tverrfaglige samarbeid fungerte, hvilke faktorer som fremmet og hemmet samarbeid, og hvordan dette påvirket tjenesteytelsen. Datamaterialet ble innhentet gjennom semi-strukturerte intervjuer med ti ansatte i Etat for barn og familie.

Etat for barn og familie er underordnet Byrådsavdeling for arbeid, sosial og bolig. Etaten tilbyr tjenester rettet mot barn, unge og deres familier (Bergen kommune, 2016). Etaten har ansvar for barnevernstjenesten og helsestasjon- og skolehelsetjenesten, som inkluderer helsestasjon for ungdom og svangerskapsomsorg. I tillegg styrer etaten Psykisk helse- og koordineringstjeneste for barn og unge (PHBU), Barnevernsvakten, Utekontakten og Oppfølgerenheten for vedtaksplichtige tiltak for psykisk syke barn og unge. Tjenestene er fordelt over fire byområder, som hver består av én barnevernstjeneste og én barne- og familietjeneste, samt byomfattende enheter. Et sentralt område av etatens virke er å sikre god koordinering av tjenester til barn og unge (Bergen kommune, 2016).

I 2016 ga etaten ut planen Bergens barn, byens fremtid, som er en felles ti-årsplan for barnevernet, helsestasjon- og skolehelsetjenesten og psykisk helsearbeid for barn og unge i Bergen (Bergen kommune, 2016). Planen skulle gi retning i utviklingen av et helhetlig tjenestetilbud til barn og unge. I planen blir det identifisert fire hovedsatsningsområder for etaten: Først og fremst skal etaten styrke deres helsefremmende og forebyggende arbeid ved å starte innsatsen tidlig og øke lavterskeltilbudene. Videre skal de arbeide for å forbedre samarbeidet mellom tjenestene og forhindre at de arbeider på hver sin kant. De ønsker også at barn og unges innspill skal påvirke utviklingen av tjenestetilbudet i større grad, og være sentrale samarbeidspartnere. Til slutt skal

etaten gjør det enklere å jobbe kunnskapsbasert for å sikre faglig kvalitet på arbeidet (Bergen kommune, 2016).

Et av hovedgrepene i planen var opprettelsen av ressursentre for barn og unge, kalt Barne- og familiehjelpen. Barne- og familiehjelpen skal fungere som en forlengelse av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og inkludere noen forebyggende tiltak som tidligere lå under barnevernstjenesten. Med andre ord skal tjenestene dreies mot større forebyggende kapasitet utenfor barnevernet og gjøre lavterskeltilbud mer tilgjengelig for barn og unge (Bergen kommune, 2016). Gjennom årene har Etat for barn og familie gjennomgått flere omorganiseringer. Den nyligste skjedde i 2018, da åtte byområder ble redusert til fire. I den forbindelse har det blitt igangsatt en samlokalisering av følgende tjenester i hvert byområde: barnevernstjenesten, skolehelsetjenesten, helsestasjon, helsestasjon for ungdom, barne- og familiehjelpen og ergo/fysioterapitjenester for barn og unge. Tjenestene skal samlokaliseres i det som omtales som "Familiens hus", med formål om å gi et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud til barn, unge og deres familier (Bergen kommune, 2016).

Samarbeid og koordinering

Funnene fra intervjuene med de ansatte i etat for barn og familie gjenspeilet en bevissthet rundt temaet psykisk helse og en anerkjennelse av det som en av deres viktigste satsningsområder. Samtidig kom det tydelig frem at etatens tjenester var spredt utover mange fagområder. Hva som vektlegges i arbeidet med psykisk helse var sprikende, men etaten samarbeidet for å gi ungdom et optimalt tilbud. Tverrfaglig samarbeid ble vurdert som nødvendig for å gi helhetlige tjenester til ungdom, men dette møtte barrierer slik som profesjonsgrensener og etatsinndelinger. Informantene mente at de viktigste forutsetninger for tverrfaglig samarbeid var kjennskap, felles samarbeidsplattformer, respekt, åpenhet og tillit, opplevd nytte og behov for samarbeid, og brukernes stemme.

For å fremme god psykisk helse blant ungdom mente informantene at det er viktig å treffe ungdommene med tjenestene etaten tilbyr. Informantene vektla ungdommenes behov for å ha uformelle og lett tilgjengelige tjenester hvor de har mulighet til å motta rask hjelp, og gjerne uten synlighet for andre ungdommer. De uttrykte også at ungdommene ønsket å knytte relasjoner til tjenesteyterne. For å styrke ungdoms psykiske helse ble forebyggende og helsefremmende innsats sett som essensielt. Informantene trakk frem tidlig innsats, lavterskeltilbud, selvhjelpsverktøy og innsats for å "normalisere" psykisk helse som nøkkelverktøy i dette arbeidet. Allikevel ble det tydelig at dagens tilbud er preget av tjenester som ikke er i stand til å møte etterspørselen, og som mangler kapasitet til å prioritere helsefremmende og forebyggende arbeid.

Funnene viste også et syn på tverrfaglig samarbeid som nødvendig i tjenesteytingen, og psykisk helsefremmende arbeid generelt. Tverrfaglig samarbeid var en satsning i etaten og fremstod som i stadig utvikling, noe som ble tydeliggjort gjennom en pågående samlokaliseringsprosess. Ifølge informantene ble kjennskap til hverandre og hverandres tjenester, felles arenaer for samarbeid, felles mål for samarbeid og utpreget respekt og åpenhet for andres kompetanse, vurdert som grunnleggende aspekter av velfungerende samarbeid. Brukernes egen påvirkning på tjenestene og rolle som samarbeidspartner ble også vektlagt.

De samlede funnene gir en indikasjon på hva ansatte i Etat for barn og familie opplever at ungdom trenger fra tjenester som skal fremme deres psykiske helse. Sentrale faktorer for å fremme psykisk helse med ungdom som målgruppe var: lett tilgjengelige tjenester hvor man får øyeblikkelig hjelp og kan knytte relasjoner til tjenesteytere, men samtidig ivaretar en grad av anonymitet. Flere av faktorene har også blitt identifisert som betydningsfulle i hvorvidt ungdom oppsøker hjelp eller ikke. Funnene kan derfor være en pekepinn på hvordan tjenester til ungdom burde utvikles, slik at de benytter seg av slike tjenester.

Da Bergen kommune samordnet barnevern og helsetjenester under Etat for barn og familie var målet å skape et mer helhetlig tilbud til barn og unge (Bergen kommune, 2016). Kommunen understreket at de ønsket å unngå et fragmentert tjenestetilbud, hvor aktørene jobbet hver for seg (Bergen kommune, 2016). Basert på funnene i denne studien, ser det ut til at samordningen har hatt en positiv effekt på samarbeidet mellom tjenestene, fordi barrierene mellom dem har blitt redusert. Det kan tyde på at samordningen har tilrettelagt for godt tverrfaglig samarbeid i etaten.

I kontrast opplevde informantene samarbeidet med aktører utenfor etaten, slik som skole, barnehage og spesialisthelsetjenestene, som mer krevende og preget av barrierer. Funnene viste at det var vanskeligere å ta kontakt med disse og at samarbeid møtte større motstand enn internt i etaten. Det kan skyldes at samordning med disse tjenestene har uteblitt. Til tross for samarbeidsvanskene, bør det bemerkes at studiens informanter trakk frem eksterne aktører som etatens viktigste samarbeidspartnere. Å sørge for at etatens samarbeid med disse fungerer godt er derfor noe som burde prioriteres for å sikre et godt tjenestetilbud.

I sum viser funnene at Bergen kommune har kommet et godt stykke på vei i deres ambisjoner om å skape helhetlige tjenester til barn og unge, gjennom tverrfaglig samarbeid og koordinering av tjenester i Etat for barn og familie. Samtidig er det en vei å gå før det psykisk helsefremmende arbeidet fungerer optimalt. Til tross for økt politisk prioritering og kommunal innsats på feltet, ser det ikke ut til å være nok tid og ressurser til å jobbe helsefremmende, velfungerende lavterskeltilbud opplever økonomiske kutt, og den strukturelle inndelingen i etater medfører noen utfordringer. Det

tyder på at det fortsatt gjenstår arbeid for å skape et kommunalt tjenestetilbud som styrker ungdoms psykiske helse i størst mulig grad.

4.2 Bjørnafjorden kommune

Administrativt er kommunen organisert i tre seksjoner ledet av kommunalsjefer: Seksjon for oppvekst, Seksjon for samfunnsutvikling og seksjon for helse og velferd.

Funn i undersøkelsen viser at kommunen har forankret folkehelse i sine planer og strategier, og at dette arbeidet omfatter både forebygging og helsefremming. Samarbeid er valgt som kommunens viktigste verktøy for å nå ulike mål for virksomheten, også innenfor folkehelseområdet. Undersøkelsen indikerer at sammenstilling av begrepene sosial bærekraft og folkehelse kan medvirke til bredere involvering og forpliktelse på tvers av tjenester og sektorer utenfor helsetjenestene. Forankring, tydelig prioritering, organisatoriske strukturer, kultur og ressurser ble identifisert som viktige påvirkningsfaktorer

for tverrsektorielt samarbeid. Kommunens planstrategi (2020, s. 6) understreker videre at måloppnåelse er avhengig av samarbeid internt i kommunen, på tvers av fag- og tjenesteområder, mellom administrasjon og politikere, med innbyggere, frivillige lag og organisasjoner, næringsliv og kulturliv. Kommunen viser også til at det er en klar sammenheng mellom bærekraftsmålene og folkehelsearbeidet som skal gjøre kommunen til et trygt og godt sted å bo hvor alle innbyggerne har samme mulighet til å leve sunne liv (Bjørnafjorden kommune, 2020, s. 8). Folkehelse beskrives for eksempel under strategiområde 3.4.4 i Strategidokumentet som et eget overordnet, helhetlig og systematisk arbeidsområde som skal gi grunnlag for alt planarbeid i kommunen (s. 9). Folkehelse skal videre være et tema innenfor alle 'tjenesteområder og et felles, tverrfaglig ansvar (s. 9).

Det er iverksatt flere tiltak for å koordinere oppgaver som går på tvers av seksjoner. De har blant annet opprettet en tverrfaglig folkehelsegruppe som har ansvar for utarbeiding og oppfølgingsarbeid med folkehelseoversikten (Bjørnafjorden kommune, 2019a, s. 9). Funn fra studien viste at folkehelsearbeidet var godt forankret i Bjørnafjorden kommune både som tema i overordnede planer og strategier og hos de informantene som deltok i intervjuene. Noen av informantene mente kommunens valg om å knytte sin virksomhet til FN' s bærekraftsmål og sammenstilling av begrepene

Bjørnafjorden kommune

Innbyggere: ca. 25 600 (pr. 2023)

Bjørnafjorden er et resultat av sammenslåing av kommunene Fusa og Os.

Styreform: Formannskapsmodellen.



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

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

Kommunesammenslåing og økonomiske utfordringer hadde på ulike måter hatt innvirkninger på samarbeidet, og var ifølge informantene, en utfordring for å etablere et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Det samme hadde pandemiutbruddet med påfølgende smitteverntiltak, som informantene mente både hadde økt de sosiale helseforskjellene og samtidig hadde utfordret konstruktivt og effektivt samarbeid på tvers av tjenester og sektorer. Koordinerende funksjoner eller stillinger, som folkehelsekoordinator og SLT - koordinator ble løftet som viktige virkemidler for å etablere og drifte et systematisk helsefremmende arbeid i kommunen. Viktige forutsetninger for at disse funksjonene skulle være hensiktsmessige var stillingsstørrelse (helst 100%), overordnet plassering i organisasjonen og nødvendige fullmakter. Informantene hadde i tillegg god erfaring med arbeid i brukerrettede og system rettede tverrsektorielle grupper. De savnet samtidig flere overordnede, tverrsektorielle grupper i organisasjonen som kunne samordne og forplikte det samlede helsefremmende arbeidet i kommunen.

Kunnskapsgrunnlag for folkehelse

I kommunens folkehelseoversikt presiseres det at det skal tilrettelegges for systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommunene. Informantene kunne vise til at kommunen benyttet ulike typer kunnskap som forskning og teoretisk kunnskap i form av veiledninger, lovverk og nasjonale ressurser, kunnskap om lokale forhold, og medvirkningskunnskap som seniortrakk og barnetrakk. Det var delte meninger om kvaliteten og nytteverdien av kunnskapsgrunnlaget som ble benyttet i kommunens folkehelsearbeid. Lovverk ble fremholdt som nyttige redskaper til å legitimere folkehelsearbeid, og var et prioritert kunnskapsgrunnlag i kommunen. Funnene tydet på at lovverk fremmet kunnskapsbasert folkehelsearbeid gjennom å stille krav til utarbeiding og bruk av

kunnskapsgrunnlag. Den nære forbindelsen mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven syntes å bidra til å fremme fokus på folkehelse og sosial ulikhet. Informantene benyttet lovverk i utarbeiding av planer og dokumenter. De ansattes uttalelser tydet på at det var utfordrende å oversette folkehelsekunnskap til praksis. Kommunen hadde etablert folkehelsesamarbeid på tvers, men informantene etterlyste tilstrekkelig prioritering av en koordinerende folkehelsestilling, som kunne holde folkehelsearbeidet sammen. Det var ulike meninger om kvaliteten og nytteverdien av lokal kunnskap. Flere av informantene mente at det lokale kunnskapsgrunnlaget var mangelfullt. For mye fokus på statistikk, lite kvalitative data, dårlige spørsmål og lite befolkningsgrunnlag i undersøkelser ble nevnt. Det forelå planer om å utvikle mer lokalt tilpassede, målbare folkehelseindikatorer i kommunen.

4.3 Alver kommune

For å realisere bærekraftmålene i Norge har kommunene en sentral rolle (Alver Kommune, 2020d), og Alver kommune anser disse som bærebjelken i planarbeidet (Alver Kommune, 2020). I økonomiplanen for 2021 – 2024 trekkes bærekraftmålene frem ved at de skal være «grunnleggende for hele Alver sin utvikling og skal være et fundament for hvordan Alver utvikler bærekraftige og attraktive tettsteder og lokalsamfunn» (Alver Kommune, 2020f). Studien viser at Alver anser at kommunene har en sentral rolle i å realisere bærekraftmålene i Norge og de anvender bærekraftmålene som bærebjelken i planarbeidet. I økonomiplan for 2021 – 2024 trekkes bærekraftmålene frem ved at de skal være grunnleggende for hele Alver sin utvikling og skal være et fundament for hvordan Alver utvikler bærekraftige og attraktive tettsteder og lokalsamfunn.

Bærekraftmålene retter seg blant annet mot mindre ulikheter, god helse og livskvalitet (FN-sambandet, 2021). På spørsmål om hva man legger i begrepet folkehelse og sosiale ulikheter viste alle informantene til at dette handler om samfunnsstrukturer.

Plan- og bygningsloven (2008) pålegger kommunen å sikre aktiv og bred medvirkning i planarbeidet. I intensjonsavtalen og planstrategien for kommunen viser man til et ønske om økt involvering fra

Alver kommune

Innbyggere: ca. 30 000 (pr. 2022)

Kommunen er et resultat av en kommunesammenslåing av de tidligere kommunene Lindås, Meland og Radøy.

Styreform: Formannskapsmodellen.



innbyggerne. Flere av respondentene viser til at en slik befolkningsmedvirkning er essensielt i folkehelsearbeidet. For å søke en aktiv og bred medvirkning i arbeidet ble det blant annet lagt til rette for digitalisert dialog med innbyggerne. Via en egen nettside kunne man komme med forslag til kategorier som kultur, sykkel, til fots og annet. Innspillene ble deretter samlet til en rapport som fungerte som støttedokument inn i det videre arbeidet med planen. På denne måten fikk politikerne innsikt i hva som var viktig for innbyggerne. Det vil åpnes for nye innspill når planene skal ut på høring slik at man kan komme med tilbakemeldinger før politikerne bestemmer seg (Alver Kommune, 2020b).

Kunnskapsgrunnlag for folkehelse

I utvikling av planer og tiltak baserer kommunen sine vurderinger på statistikk, analyser og lokalkunnskap. I 2019 ble det utformet et mulighets- og utfordringsdokument som kombinert med intensjonsavtalen fra 2016 og Strategi og styringsdokumentet vedtatt i desember 2019 fungerte som et viktig kunnskapsgrunnlag i planene for samfunnsutvikling. Alver har valgt en organisering med en egen plan og analyseavdeling under tjenesteområdet samfunnsutvikling. Ved å ha en egen plan og analyseavdeling, organisert under samfunnsutvikling, sikrer man at man til enhver tid har oppdaterte tall, samt kompetansen til å tolke dem. Denne kompetanse muliggjør tolkning av dataene, samt at datamaterialet til enhver tid er oppdatert. Tilgangen til egne ansatte som kan bidra med nyeste tallene og analysene kan bli ansett som litt luksus i en kommune, men fremheves som essensielt da det bidrar til et godt overblikk over kunnskapen om kommunen.

Resultatene fra studien viser en gjennomgående forståelse for betydningen av samfunnsmessige forhold for folkehelsen og sosiale ulikheter. Denne forståelsen gjorde seg gjeldende på tvers av sektorer og tjenesteområder. Ved å forankre arbeidet i plan- og bygningsloven fikk man flyttet fokuset fra at arbeidet var knyttet til helsesektoren til alle sektors ansvarsområde, men det å ha en egen avdeling, plan- og analyseavdeling, som har «hånden på rattet» samt innehar kompetansen til å se datamaterialet i sammenheng med annet kunnskapsgrunnlag og dermed ser helheten blir trukket frem som essensielt. I utformingen av planene til den nye Alver kommunen har man valgt å vektlegge at alle skal ha en stemme i hvordan utviklingen av kommunen blir. I den forbindelse iverksatte man et omfattende medvirkningsarbeid som resulterte i seks rapporter som ble overlevert politikerne som komplimenterende data til eksisterende kunnskapsgrunnlag. Funnene fra studien viser at Alver kommune hadde en helhetlig forståelse av folkehelse på tvers av tjenesteområder og sektorer. Resultatene i studiene tyder på at kommunen har tatt eierskap over folkehelsearbeidet som er tillagt dem gjennom loven.

5. Diskusjon

Denne studien har hatt som formål å undersøke kommunenes kunnskapsbehov for utvikling og implementering av folkehelsepolitikk og hvordan kommunene bruker kunnskap for å utvikle politikk og tiltak innen folkehelsearbeidet. I diskusjonen vil vi ta utgangspunkt i våre delproblemstillinger og diskutere funnene fra de tre kommunene i lys av dem:

1. Hvordan jobber kommunene med det helhetlige, tverrsektorielle folkehelsearbeidet?
2. Hvordan bruker ansatte i kommunene ulike typer kunnskap i sitt arbeid med folkehelse?

5.1 Helhetlig folkehelsearbeid

Resultatene fra de tre kommunene gir tydelig indikasjon på at folkehelse blir forstått som et tverrsektorielt politikkområde som inkluderer en forståelse av at helse blir skapt utenfor helsesektoren. Dette blir tydeliggjort i kommuneplaner og i konkrete tverrsektorielle satsinger som for eksempel områdesatsingen i Bergen kommune. På plannivå viser kommunene viktigheten av et helhetlig folkehelsearbeid; ett eksempel er Alver kommune sin bruk av begrepet sosial bærekraft som et gjennomgående nøkkelord. Dette følger en utvikling vi har sett over tid, og som har blitt beskrevet i tidligere forskning. Denne forskningen viser at målene fra folkehelseloven i økende grad blir implementert i kommunene (Hagen, 2020; Synnevåg, 2019).

En forståelse av at folkehelse blir skapt utenfor helsesektoren henger også sammen med et mål om å samarbeide tverrsektorielt. Dette kommer fram ved at planer blir utviklet på tvers av byrådsavdelinger i Bergen kommune. Likevel er det slik at planarbeidet er forankret i helseavdelingen. Analysen viser at det fremdeles er utfordrende å sikre eierskap til folkehelsearbeidet hos de andre sektorene i kommunen. Det er likevel tverrsektorielle arenaer som fungerer godt for å styrke det tverrsektorielle folkehelsearbeidet som for eksempel Bergen sitt folkehelsenettverk og plannettverk, samt analysestabene i Alver. I Bjørnafjorden blir folkehelsearbeidet beskrevet mer silo-preget, det tverrsektorielle samarbeidet skjer mye i form av prosjekter. Generelt for alle de tre kommunene er at det er et uttrykt ønske om å arbeide tverrsektorielt om folkehelse, men kommunene har forankret arbeidet på ulike måter. For Alver og Bjørnafjorden har bærekraftsmålene vært viktige for å tydeliggjør folkehelsearbeidet for alle samfunnssektorer.

I Bergen har vi også funn fra tjenestenivået, gjennom undersøkelsen fra Barne- og familieetaten. Funnene tyder på at det er utfordrende med tverrsektorielle samarbeid i tjenester. For å oppnå mer samarbeid, kreves det både samordning sentralt i Bergen kommune og Internt i Barne- og

familieetaten. Det krever også en videre utvikling av samarbeidskulturen innad i etaten. Dette stemmer med funn fra en tidligere studie i Bergen kommune om samarbeid for rusforebygging hvor det ble funnet at det var det var ulike syn på strukturer for samarbeid mellom ledere og rådgivere i den kommunale organisasjonen (Oldeide et al., 2019). Mens ledere opplevde at det var gode strukturer opplevde rådgivere manglende mandat for samarbeid (Oldeide et al., 2019).

Tjenestenivået ble ikke undersøkt i Alver og Bjørnafjorden, men funn fra ledelsenivået i tyder på at det også i disse kommunene var en utfordring å utvikle det tverrsektorielle samarbeidet i tjenestene.

5.2 Kunnskap i folkehelsearbeidet: Hva finnes og hvordan brukes den?

Deltakerne fra de tre kommunene beskriver at de bruker ulike former for kunnskap i det lokale folkehelsearbeidet. Både i utvikling av politikk og tiltak og til politisk behandling. Funnene fra studien tyder på at spesielt forskningsbasert kunnskap blir beskrevet som ønsket innen det politiske arbeidet innen folkehelse, mens den erfaringsbaserte kunnskapen blir mindre verdsatt. Både politikere og ledere beskriver viktigheten av forskningsbasert kunnskap for å ta gode politiske beslutninger. Dette er i tråd med eksisterende forskning som har vektlagt vitenskapelig kunnskap som medisinsk, klinisk og epidemiologisk kunnskap når man utvikler helsefremmende politikk og intervensjoner (Williams et al., 1997). Et poeng som ble løftet fram i Bergen kommune var at noen former for kunnskap kan være koblet til ulike generasjoner blant ansatte i forvaltningen. Generasjonsgapet innen kunnskapsforvaltning sikter til at de nye ansatte ofte kommer fra akademisk tradisjoner, i motsetning til tidligere generasjon som var for eksempel fagarbeidere. Den nyere generasjonen beskrives som å naturlig innhente kunnskap fra forskningsdatabaser, mens den eldre er mer opptatt av erfaringsbasert kunnskap.

Funnene fra Bergen kommune viser videre at de ulike forskningstradisjoner virker å ha tydeligere tilstedeværelse i ulike byrådsavdelinger. Helsebyråden uttrykker en frustrasjon over manglende tilgjengelig forskning på primærhelsetjenesten, mens byutviklingsbyråden uttrykker at det er ikke er en mangel på kunnskap når man fatter beslutninger, men savner forskning som adresserer mer kritisk underliggende maktstrukturer. I Bryant (2002) sitt rammeverk om hvordan ulike kunnskaper påvirker politikktutforming for folkehelse skilles det mellom 1) instrumentell kunnskap: ekspert kunnskap, ofte oppfattet som objektive og utvikler kunnskap gjennom kvantitative metoder 2) interaktiv eller brukerkunnskap: utviklet av mennesker med levd erfaringer og 3) kritisk kunnskap: kunnskap som betrakter samfunnsstrukturenes rolle i å opprettholde ulikheter. Kritisk kunnskap tar på denne måte en normativ vurdering av rett eller galt og analyserer hva som kan gjøres for å bedre samfunnet for å heve livskvaliteten. Funnene fra politikerne i Bergen kan vise at når man har mye

tilgjengelig instrumentell kunnskap så kan det også åpne opp behovet for kritisk kunnskap i politikktutforming. Politikerer i byrådsavdelingen for klima og miljø etterlyste for eksempel dyptgående maktanalyser i kunnskapsgrunnlaget. Bryant (2002) beskriver at de ulike kunnskapstypene ofte er isolert fra hverandre i politikktutforming. Funn fra denne studien tyder på at instrumentell kunnskap er prioritert innen folkehelsearbeidet, men at det er variasjon i hvilken grad man kan nyttiggjøre seg av denne kunnskapen innad i kommunen. Innen folkehelse beskrives det som utfordrende å finne relevant forskningsbasert kunnskap, og at det er tidkrevende å vurdere kvaliteten av forskningen. Spesielt blir det fremhevet at de er utfordrende å finne relevant forskning om helsefremmende tiltak. Det blir omtalt som viktig å utvikle studier «som kan gi svar på effekt av intervensjoner». Dette tyder på at folkehelsearbeidet er preget av den evidensbaserte vendingen. En utfordring innen folkehelse er da at folkehelseutfall, spesielt knyttet til levekår er vanskeligere å måle og kunnskapen blir derfor vanskeligere å nyttiggjøre seg av. Et faremoment med denne vendingen vil kunne være et ensidig fokus på forskningsbasert kunnskap og potensielt mindre rom for brukerkunnskap og kritisk kunnskap. Flere forskere argumenterer for at en konsekvens av dominansen av vitenskapelig kvantitativ kunnskap kan føre til en vektlegging av levevaner i politikktutforming, på bekostning av politiske og sosioøkonomiske saker som fattigdom og miljø (Tesh, 1990; Raphael, 2000; Bryant, 2002).

Funnene fra de tre kommunene viser at instrumentell kunnskap særlig knyttet til data om folkehelse er avgjørende i politikktutforming om folkehelse. For kommunene er det viktig både å ha gode indikatorer og data om folkehelse og gode evner til å gjennomføre analyser. Her blir levekårsundersøkelsen i Bergen fremhevet som viktige og også analyseavdelingen i Alver kommune. I Bjørnafjorden beskrives det som et mål å utvikle bedre målbare folkehelseindikator. I Bjørnafjorden retter man også oppmerksomhet mot at man savner mer kvalitative data. Dette kan tyde på at man ønsker mer av interaktiv eller brukerkunnskap ifølge Bryants (2002) rammeverk. Alver kommune har utviklet et omfattende medvirkningsarbeid som resulterte i seks rapporter som tjener som kunnskapsgrunnlag. Dette viser at interaktiv og brukerkunnskap tilsynelatende har ulik rolle i den lokale politikktutforming. Basert på funnene fra denne studien pekes det på en dominans av instrumentell kunnskap innen folkehelsearbeidet og mindre grad av bruker- og kritisk kunnskap.

5.3 Oppsummering og konklusjon

Generelt sett viser både denne undersøkelsen og annen forskning at det tverrsektorielle, helhetlige folkehelsearbeidet har fått fotfeste i kommunene. Forståelsen av at tema som sosial ulikhet i helse, bærekraft og oppvekstvilkår er sentrale i folkehelsearbeidet gjenspeiles i kommunenes planer og i forståelsen blant ansatte på ulike nivå i kommunene. Kommunene arbeider i økende grad med å

sette i verk målene i folkehelseloven. Likevel ser vi at det er vanskelig å endre den sektoriserende organiseringen av politikk og tjenester. Dette gjelder både når det gjelder Bergen kommune som har en parlamentarisk styringsmodell og Alver og Bjørnafjorden som har formannskapsmodellen. Dette henger selvsagt også sammen med forhold utenfor kommunene, den statlige forvaltningen er sektorisert, og de enkelte departementer og underliggende etater forholder seg i stor utstrekning til de sektorene de er formelt ansvarlig for å følge opp. Vi vil likevel konkludere med at folkehelsearbeidet har fått større oppmerksomhet i kommunene, sammen med erkjennelsen av betydningen av at ulike sektorer og avdelinger bidrar i arbeidet.

Når det gjelder bruk av kunnskap, er det viktig både i politikktutforming og iverksetting av politikken. Folkehelseloven slår fast at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert. De nasjonale myndighetene har lagt til rette for at kommunene skal få tilgang til statistikk om sin kommune, bl.a. gjennom utvikling av folkehelseprofilene. I tillegg er det forventet at saksbehandlere i de ulike avdelingene også kan finne fram til forskning og annen type kunnskap som er relevant for deres avdeling. I hvilken grad dette oppleves som lett eller vanskelig varierer, særlig i forhold til hva slags kunnskap som er lett tilgjengelig og hva slags kunnskap det er behov for. Folkehelsefeltet krever ulike typer kunnskap, både statistikk, kvantitativ og kvalitativ forskning, i tillegg til brukerkunnskap og kritisk kunnskap. Kunnskapens rolle i folkehelse og helsefremmende politikktutvikling kan avhenge av hvordan de ulike aktørene i politikktutforming vurderer kunnskap. Ved en overdreven vektlegging av instrumentell kunnskap og randomisert kontrollerte studier som en gullstandard står man i fare for å frembringe kunnskap som belyser bare deler av det komplekse saksfeltet. Tidligere forskning har vist en dreining mot å utforme politikk som adresserer levevaner på bekostning av politikk mot levekår. Det er derfor viktig å ha en forståelse av hvilke svar man kan få av instrumentell kunnskap og hvilke spørsmål som står ubesvart.

Funnene fra denne studien viser at instrumentell kunnskap særlig forskningsbasert kunnskap innen epidemiologiske tradisjoner som folkehelsestatistikk er vurdert som viktig i utvikling av politikk for folkehelse. Det er ulik grad av hvordan interaktiv eller brukerkunnskap blir beskrevet i den lokale politikktutforming, men funnene fra denne studien tyder på at det er mindre grad brukt. Kritisk kunnskap som blant annet kan inneholde underliggende maktanalyser blir beskrevet som savnet, men dette er innenfor en byrådsavdeling som beskrives å ha stor grad av tilgjengelig instrumentell kunnskap. Det er viktig å forstå hvordan ulike typer kunnskap blir forstått av de som utformer politikken for å få innsikt i hvilken politikk som blir utformet. Funnene i denne studien viser at det er noe variasjon mellom kommuner og innad i kommuner. Dette kan potensielt ha konsekvenser for samarbeidet på tvers for å fremme helse lokalt. Et viktig moment er at disse kunnskapstypene kan ha en mobiliserende kraft og kan representere et potensiale for å realisere økt medvirkning blant

befolkningen for å fremme folkehelsen. Ved at kommuner og forskingsmiljøer kan inngå i økt medforskning og aksjonsforskning sammen med innbyggere kan man både frembringe nye perspektiver og iverksette folkehelsepolitikk som er tilpasset de lokale rammene.

For å kunne jobbe aktivt med folkehelsepolitikk oppmuntrer Bryant (2002) til å undersøke hvilken kunnskapstradisjon som dominerer i politikktutforming for å kunne forstå barrierene med å utvikle helsefremmende politikk. Bryant oppmuntrer også til å fremheve rollen til bruker- og kritisk kunnskap for å skape større grad av medvirkning blant befolkningen. Dette kan derfor presenteres som et mulighetsrom for kommuner å styrke i det videre arbeidet.

6. Masteroppgaver

Maren Helene Rinke Storetvedt (2021) Sosial ulikhet i helse som tema i kommunalt folkehelsearbeid.

En kvalitativ studie om en kommunes tilnærming til folkehelsearbeid og sosial ulikhet.

Masteroppgave i helsefremmende arbeid og helsepsykologi. Institutt for helse, miljø og likverd, Det psykologiske fakultet. Universitetet i Bergen.

Kristin Vikane (2021). Folkehelse og samarbeid om helsefremmende oppgaver i kommunen».

Masteroppgave i helsefremmende arbeid og helsepsykologi. Institutt for helse, miljø og likverd, Det psykologiske fakultet. Universitetet i Bergen.

Solveig Lund (2021) Folkehelsearbeid i kommunen: «It takes a village» Samskape et sosialt bærekraftig lokalsamfunn. Masteroppgave i helsefremmende arbeid og helsepsykologi. Institutt for helse, miljø og likeverd, Det psykologiske fakultet. Universitetet i Bergen.

Vigdis Bøe (2021) Folkehelsearbeid i en norsk kommune. En kvalitativ studie av en kommunes arbeid med å utjevne sosiale forskjeller, utvikle tverrsektorielt samarbeid og involvere innbyggerne.

Masteroppgave i helsefremmende arbeid og helsepsykologi. Institutt for helse, miljø og likeverd, Det psykologiske fakultet. Universitetet i Bergen.

Malin Schrøen Johansen (2022) Tverrfaglig samarbeid for å styrke ungdoms psykiske helse. En kvalitativ studie av Etat for barn og familie, Bergen kommune. Masteroppgave i helsefremmende arbeid og helsepsykologi. Institutt for helse, miljø og likeverd, Det psykologiske fakultet, Universitet i Bergen

7. Bakgrunnsdokumenter

Alver Kommune. (2019). Moglegheits- og utfordringsdokument. Hentet fra <https://www.alver.kommune.no/SysSiteAssets/innhald/plan-bygg-og-eigedom/planstrategi/utfordringsnotat-planstrategi-for-alver-kommune-v09012020.pdf>

Alver Kommune. (2020a). Folkehelseoversikt for Alver. Hentet fra <https://www.alver.kommune.no/SysSiteAssets/innhald/plan-bygg-og-eigedom/overordna-planar/studier-og-analyser/2020.-folkehelseoversikt-for-alver..pdf>

Alver Kommune. (2020b). Har du meiningar om framtida? Hentet fra <https://www.alver.kommune.no/innhald/politikk-og-hoyringar/vartalver/>

Alver Kommune. (2020c). Ordførar og varaordførar. Hentet fra <https://www.alver.kommune.no/innhald/politikk-og-hoyringar/politikk/ordforar-og-varaordforar/>

Alver Kommune. (2020d). Planstrategi for Alver kommune 2020 - 2023.

Alver Kommune. (2020e). Politisk styringsstruktur og reglement. Hentet fra <https://www.alver.kommune.no/contentassets/eb2cbe0cf5a24cc68d1b850c6c33eb03/politisk-styringsstruktur-og-reglement-vedteke-20.02.2020.pdf>

Alver Kommune. (2020f). Økonomiplan for 2021 - 2024 Alver kommune. Hentet fra <https://www.alver.kommune.no/contentassets/bf8a958f92404b2db0289cb0ff7b4197/vedlegg-2.pdf>

Alver Kommune. (2021a). Fleire tusen innspel frå folk i Alver. Hentet fra <https://www.alver.kommune.no/aktuelt/nyheiter/fleire-tusen-innspel-fra-folk-i-alver/>

Alver Kommune. (2021b). Melding frå folket. Hentet fra https://www.alver.kommune.no/contentassets/e7c7184b130e4ec593f585476a06ef34/rapport-1_melding-fra-folket_innspel-til-samfunnsdelen_11-03-21.pdf

Alver kommune. (2021c). Mitt Alver. Hentet fra https://www.alver.kommune.no/contentassets/e7c7184b130e4ec593f585476a06ef34/rapport-4_mitt-alver_innspel-til-samfunnsdelen_11-03-21.pdf

Bergen kommune. (2015). Folkehelseplan for Bergen kommune 2015-2025. Aktiv by - friske bergensere. Hentet fra: <https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/folkehelse/om-folkehelsearbeid-i-bergen/folkehelseplan>

Bergen kommune. (2016). Bergens barn, byens fremtid. Plan for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, psykisk helsearbeid for barn og unge og barnevernet i Bergen 2016-2026. Hentet fra:

http://www3.bergen.kommune.no/BKSAK_filer/bksak/0/VEDLEGG/2016464436-6382215.pdf

Bjørnafjorden kommune. (2020). Kommunal planstrategi: Bjørnafjorden kommune 2020-2024. https://bjornafjorden.kommune.no/_f/p1/i5449e36e-ac6f-42e8-8ac4-4a8544c77b63/kommunal-planstrategi-bjornafjorden-kommune-2020-2024-hoyringsforslag-27102020.pdf

Bjørnafjorden kommune. (2020, 20. november). Vi treng alle eit digitalt løft.

<https://bjornafjorden.kommune.no/siste-nytt/vi-treng-alle-eit-digitalt-loft.25857.aspx>

Bjørnafjorden kommune. (2021, 30. april). Dette er Bjørnafjorden kommune.

<https://bjornafjorden.kommune.no/om-bjornafjorden/om-bjornafjorden-kommune/>

Bjørnafjorden Kommune. (u.å.). Levekår og helse i Bjørnafjorden kommune:

Folkehelseoversikt 2019-2022. <https://bjornafjorden.kommune.no/politikk-og-organisasjon/styringsdokument/folkehelseoversikt-for-bjornafjorden-kommune-2019-22/>

8. Referanser

- Berg, H. (2020). *Evidens og etikk: Hva er problemet med evidensbasert praksis i psykologi?* (1. utgave.). Fagbokforlaget
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bryant, T. (2002). Role of knowledge in public health and health promotion policy change. *Health Promotion International*, 17(1), 89–98. <https://doi.org/10.1093/heapro/17.1.89>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5th ed., pp. XX, 968). Sage.
- De Leeuw, E. (2017). Engagement of sectors other than health in integrated health governance, policy, and action. *Annual Review of Public Health*, 38(1), 329–349. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044309>
- 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(22suppl), 48–57. <https://doi.org/10.1177/1403494818765705>
- Hagen, S. (2020). "Helse i alt kommunen gjør?...": en undersøkelse av samvariasjoner mellom kommunale faktorer og norske kommuners bruk av folkehelsekoordinator, fokus på levekår og prioritering av fordelingshensyn blant sosioøkonomiske grupper. Universitetet i Bergen. [Doktoravhandling] <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/11250/2719108>
- Helsedirektoratet (2022) Nasjonal veileder om samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeid-om-tjenester-til-barn-unge-og-deres-familier>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Kommunal- og distriktsdepartementet (2008) *Lov om planlegging og byggesaksbehandling*. 27. juni 2008 nr. 71. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- Kommunenenes sentralforbund, 2021. Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest. <https://www.ks.no/fagomrader/forskning-og-utvikling-fou/forskning-og-utvikling/samarbeid->

mellom-kommuner-og-universitet/de-enkelte-samarbeidene/kunnskapskommunen-helse-omsorg-vest/

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utgave). Ad Notam Gyldendal AS.

Lillefjell, M., Knudtsen M, S., Wist, G. (2011) *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid - Kartlegging av kunnskapsgrunnlag, pågående satsinger samt forsknings- og kompetansebehov i folkehelsearbeidet lokalt og regionalt*. Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU. 2011/06.

<https://www.ntnu.edu/documents/1268773379/1270895582/Kunnskapsbasert+folkehelsearbeid>

Marmot, M.G. *Fair Society, Healthy Lives*. The Marmot Review, 2010.

<https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

Meld. St. 15 (2022 – 2023) Folkehelsemeldinga. *Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>

Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Universitetsforlaget

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L., & Reinar, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Akribe

Oldeide, O., Fosse, E., & Holsen, I. (2019). Collaboration for drug prevention: Is it possible in a “siloeed” governmental structure? *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(4), e1556-e1568. <https://doi.org/10.1002/hpm.2846>

Prop. 100L (2020-2021). *Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-100-l-20202021/id2838338/?ch=1>

Punch, K. F. (2014). *Introduction to social research: quantitative & qualitative approaches* (3rd ed., pp. XVI, 386). Sage

Raphael, D. (2000) The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International*, 15 (4), 355-367. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.4.355>

Riksrevisjonen, 2015. *Undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*. Dokument 3:11.

<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2014-2015/offentligfolkehelsearbeid.pdf>

Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis* (1. utgave). Guilford Press

Synnevåg, E.S., Amdam, R., Fosse, E. (201a). Public health terminology: Hindrance to a Health in All Policies approach? *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(0):68–73.

doi:10.1177/1403494817729921

Synnevåg, E.S., Amdam, R., Fosse, E. (2018b). Intersectoral Planning for Public Health:Dilemmas and Challenges. *International Journal of Health Policy and Management*,7(11):982–992.

doi:10.15171/ijhpm.2018.59

Synnevåg, E. (2019). *Planning for Public Health. Balancing top-down and bottom-up approaches in Norwegian municipalities*. Universitetet i Bergen. [Doktoravhandling].

Shah, H. M., & Chung, K. C. (2009). Archie Cochrane and his vision for evidence-based medicine. *Plastic and reconstructive surgery*, 124(3), 982–988.<https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181b03928>

Tesh, S (1990) *Hidden arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy*. Rutgers University Press.

Williams, G., Popay, J., Bissel, P. (1995) Public health risks in the material world: barriers to social movement in health. I Gabe, J. (ed.) *Medicine, health and Risk: Sociological approaches*. Blackwell

WHO. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organisation (WHO). <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

WHO. (2013). *The Helsinki statement on health in all policies*. WHO.

https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf

