



UNIVERSITETET I AGDER

Lokal iverksettelse av nasjonal folkehelsepolitikk

Lokale beslutningstagers forståelse av styringssignalene i nasjonal folkehelsepolitikk

MAJ-KRISTIN NYGÅRD

VEILEDER

Kiland, Charlotte

ME-516 Masteroppgave i folkehelsevitenskap

Universitetet i Agder, 2016

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for folkehelse, idrett og ernæring



Forord

Folkehelse og folkehelsearbeid har vært et interessefelt i mange år og et tema jeg har vært opptatt av gjennom mitt arbeid i frivillig og offentlig sektor, men også gjennom mitt engasjement i ulike aktiviteter i frivillige organisasjoner. Jeg har fulgt med i den nasjonale folkehelsepolitikken siden begynnelsen av 2000-tallet. Da jobbet jeg i frivillig sektor med idrett- og friluftsliv, og Stortingsmelding nr. 16 "Resept for et sunnere Norge" ble lest grundig for å se hva vi i frivillig sektor kunne bidra med i folkehelsearbeidet. I 2011 begynte jeg som folkehelsekoordinator i en kommune, altså året før folkehelseloven ble innført i 2012. Jeg har med andre ord fulgt med på den nasjonale folkehelsepolitikken i mange år, og fått muligheten til å oppleve utviklingen av folkehelsearbeidet både lokalt, regionalt og nasjonalt.

Jeg har alltid interessert meg for hvordan folkehelsepolitikken skulle bli iverksatt lokalt, ut fra et strategisk blikk på systemnivå. Gjennom denne studien hatt jeg nå fått muligheten til å gå i dybden og utforske de mekanismer som fremmer eventuelt hemmer en lokal oversettelse av nasjonal folkehelsepolitikk. Selv om denne masteroppgaven har vært krevende prosess, så sitter jeg tilbake med en stor tilfredsstillelse over å ha fått både ny og økt kunnskap og kompetanse på et særdeles interessant fagområde.

Jeg retter en stor takk til mine informanter i denne studien, som stilte velvillig opp i en travel hverdag. Selve intervjuene med engasjerte ordførere og rådmenn var en av de mest givende fasene i denne studien. Oppgaven hadde ikke kommet i havn uten konstruktive innspill fra min dyktige veileder Charlotte Kiland. Takk for faglige inspirasjon og stor tålmodighet.

Takk til alle gode venner som har kommet med oppmuntrende ord og gitt meg støtte underveis, spesielt nå i innspurten. Takk for den raushet dere har vist. Takk til min kjære familie, Herman, Iver og Per Bård, som har tålt at jeg nå i innspurten hverken har vært fysisk eller mentalt tilstede. Takk for den tålmodighet og omsorg dere har vist.

Sammendrag

Denne studien ser på lokal iverksetting av nasjonal folkehelsepolitikk.

Oppmerksomheten dreies mot tidlig fase i iverksettelsesprosessen, og fokuset rettes konkret mot hvordan de lokale beslutningstagerne forstår de nasjonale styringssignalene i folkehelsepolitikken.

Studien baseres på et kvalitativt design der case-studie benyttes som forskningsstrategi. Metoden for innhenting av data er kvalitativt forskningsintervju. Det strategiske utvalget av informanter består av ordførere og rådmenn fra syv kommuner som inngår i et regionråd med interkommunalt samarbeid.

Resultat og konklusjon:

Funnene i denne studien viser at de lokale beslutningstagerne oppfatter den nasjonale folkehelsepolitikken som uklar. Et viktig funn i studien er at beslutningstakerne i det interkommunale samarbeidet har utviklet en felles forståelse der HiAP tilnærmingen er sentral. Beslutningstagerne oppfatter at handlingsrommet for lokalt folkehelsearbeid er stort. Ordførere og rådmenn forstår derimot styringssignalene svært ulikt når det kommer til det lovpålagte ansvaret og roller i folkehelsearbeidet. Rådmenn fremhever at styringssignalene er blitt tydeliggjort gjennom intensjonene i folkehelseloven og de oppfatter den administrative og politiske ledelsen i kommunen som den viktigste aktøren for å iverksette nasjonal folkehelsepolitikk lokalt. Både rådmenn og ordførere hevder oversikt over helsetilstanden er et nyttig verktøy for kommunen for å kunne prioritere og målrette tiltakene i folkehelsearbeidet. Beslutningstagerne har i tillegg en lik problemforståelse hvor de peker på levekår og psykisk helse som de største folkehelseutfordringene. Denne forståelsen tyder på at regionen har kommet langt i å tenke påvirkningsfaktorer for god folkehelse.

Nøkkelord: folkehelse, folkehelsearbeid, nasjonal folkehelsepolitikk, styringssignaler, lokal iverksettelse, forståelse og oversettelse.

Summary

The purpose of this study is to investigate the local implementation of national public health policies. Attention focus on the early phase of the process of implementation, and exactly towards the local decisionmakers and how they understand the national public health policies.

The study are based on a quality design were case-study are used as a strategy of research. The methods used are quality research interview. The Mayors and the Chief Municipal Executive from seven collaborative Municipalities are the strategic selection who were interviewed.

The results end the conclusion of the study:

The results in this study shows that the local decision makers perceive the national public health policies as unclear. An important findings in the study is that the decisionmakers in the intermunicipal collaboration have developed a common perception and where HiAP are basic. The decisionmakers perceive the room of possibility as huge when it comes to the local public health work.

The Mayor and the Chief Municipal Executive have different understanding of the signal of steering in the national public health policies.

The Chief Municipal Executive denote that the steering signal are clarified through the public health act, and they perceive that the administrative and political management in the Municipal are the most important prosecutor to implement local public health work. Both The Mayor and the Chief Municipal Executive claims that the healthoverview are a useful tool make priorities and target the measures.

The decisionmakers have a equal understanding in what are the most important challenges in the public health in the region, this comes to living conditions and mentally health. This understanding shows that the region have a developed understanding in what impact the health.

Nøkkelord: public health, public health work, national public health policies, steeringsignals, local implementation, perceive and translation

1 Innholdsfortegnelse

1 Innledning	7
1.2 <i>Problemstilling</i>	12
2 Teori	13
2.1 <i>Teorien om de tre grunnpilarer</i>	13
2.1.1 Den regulative pilaren	14
2.1.2 Den normative pilaren	18
2.1.3 Den kulturell-kognitive pilaren	23
2.2 <i>Beslutningsteori</i>	24
2.2.1 Tvetydighetens fire områder	24
2.2.2 Garbage Can modellen	25
2.2.3 Beslutningsprosessen	25
2.3 <i>Wicked Problems</i>	26
2.4 <i>Oversettelsesteori</i>	28
2.4.1 Translasjonsteori	28
2.4.2 Translasjonsteoriens utgangspunkt	29
2.4.3 Kontekstualisering	29
2.4.4 Ulike modeller for oversettelse	29
2.4.5 Regler og mønstre for kontekstualisering	31
2.4.6 Translatørkompetanse	31
2.5 <i>Oppsummering teori</i>	33
3 Metode	34
3.1 <i>Vitenskapsteoretisk tilnærming</i>	34
3.2 <i>Valg av design og metode</i>	36
3.2.1 Begrunnelse for utvalg	37
3.2.2 Det kvalitative forskningsintervju	39
3.3 <i>Datainnsamlingsprosessen</i>	42
3.3.1 Lydopptak	42
3.4 <i>Analyseprosessen</i>	43
3.5 <i>Forskningsetiske overveielser</i>	45
3.6 <i>Kritiske sluttrefleksjoner</i>	47
4 Empiri – presentasjon av funn	50
4.1 <i>Forståelsen av nasjonal folkehelsepolitikk og prioritering av folkehelsearbeidet i kommunen</i>	50
4.1.1 Oppsummering	52
4.2 <i>Oppfatningen av kommunens handlingsrom og beskrivelse av de viktigste utfordringene for kommunene i å iverksette nasjonal folkehelsepolitikk lokalt</i>	53
4.2.1 Oppsummering	56
4.3 <i>Oppfatningen av de viktigste aktørene for kommunen i det lokale folkehelsearbeidet</i>	56
4.3.1 Oppsummering	58
4.4 <i>Beskrivelse av kommunens folkehelseutfordringer og de viktigste satsningene i lokalt folkehelsearbeid</i>	59
4.4.1 Oppsummering	62
4.5 <i>Beskrivelse av status i lokalt folkehelsearbeidet</i>	63
4.5.1 Oppsummering	68
4.6 <i>Arbeidet med folkehelse og prosessen med eventuelle kommunesammenslåinger</i>	69

4.6.1 Oppsummering	70
4.7 Hovedfunn empiri	71
5 Analyse	73
5.1 Oppfattelse av nasjonale styringssignaler sett i et institusjonelt perspektiv - de tre grunnpilarer	73
5.2 Oppfatningen av kommunens handlingsrom sett i et institusjonelt perspektiv - de tre grunnpilarer	75
5.3 Beslutningsteori – de viktigste aktørene i det lokale folkehelsearbeidet	77
5.4 Beskrivelse av kommunens folkehelseutfordringer - wicked problems	78
5.5 Beskrivelse av status i oversettelse av nasjonal folkehelsepolitikk til lokalt folkehelsearbeidet	82
6 Konklusjon	86
Litteraturliste	91
Vedleggsoversikt	98

1 Innledning

Tematikken i denne studien er lokal iverksetting av nasjonal folkehelsepolitikk.

Oppmerksomheten dreies mot tidlig fase i iverksettingsprosessen, og fokuset rettes konkret mot hvordan de nasjonale styringssignalene i folkehelsepolitikken blir forstått av lokale beslutningstagere. Men innføringen av Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) vedtatt i 2011 og iverksatt i 2012, har folkehelsearbeid fått økt oppmerksomhet de senere år. Norge har som det eneste landet i Europa og verden for øvrig innført egen folkehelselov, og vekker dermed internasjonal oppmerksomhet og anerkjennelse (Raphael, 2012). Det åpner et spesielt interessant «mulighetsvindu» for å undersøke hvordan styringssignalene nasjonalt mottas, forstås og oversettes i kommunesektoren.

Den norske folkehelsepolitikken er inspirert av føringene fra Verdens Helseorganisasjon (WHO) som i Ottawa 1986 arrangerte sin første internasjonale konferanse på "Health Promotion", primært som et svar på en global etterspørsel etter en ny retning i folkehelsearbeidet. Ottawa charteret bygger på WHO's mål om "Helse for alle" fra 1977 og Alma Ata erklæringen fra 1978 som stadfestet en eksisterende sosial ulikhet i helse både mellom og innad i land, og poengterer at dette er politisk, sosial og økonomisk uakseptabelt og derfor alle lands ansvar. Ottawa charteret identifiserte tverrsektorielt samarbeid og vektlegging av helse på alle politikkområder som sentrale faktorer for helsefremmende arbeid, samt oppnåelse av rettferdig fordeling av helse og god helse som en menneskerettighet (WHO, 1986). De nevnte forutsetningene har vært grunnlaget for WHO's videre utvikling av folkehelsepolitikken og benevnes som "Health in all Policies" (HiAP) (WHO, 1988). HiAP sees på en formålstjenlig tilnærming som kan bidra til at de ulike samfunnsområdene tilrettelegger for et mest mulig helsefremmende samfunn, og gir et rammeverk som muliggjør handling på alle politikkområder både på nasjonalt og lokalt nivå (WHO, 2013). Den europeiske union (EU) jobber tett med WHO i sin helsepolitikkutforming (www.eurora.eu/health). Reduksjon av sosial ulikhet i helse, håndtering av sosial eksklusjon og investeringer i helsefremmende programmer er sentrale arbeidsområder for EUs helsepolitikk. HiAP tilnærmingen gjenfinnes som viktig prinsipp i EUs helsestrategi "Together for health" (2008-2013) (www.ec.europa.eu). Sosial ulikhet i helse ble av WHO identifisert tidlig som et folkehelseproblem, og er nå sett på som en av de største folkehelseutfordringene globalt. Selv om det ser ut til å

være en felles problemforståelse på folkehelsefeltet internasjonalt, er det ikke gitt at utfordringen håndteres likt i de enkelte land. Vallgård (2008) har sammenlignet folkehelsepolitikken i Danmark, Sverige, England og Norge, og synliggjør at det er forskjell på hvordan landene forklarer og forstår sosial ulikhet, noe som påvirker politikken og løsningsforslagene. Vallgårdas analyse viser at sosial ulikhet i helse ikke er et enkelt problem å forstå, og at dette fører til ulik forståelse av både utfordringen og årsaksforholdene. Dette leder igjen til fundamental ulik politikk som gir ulik effekt (Vallgård, 2008, s.79). Raphael (2012) mener å ha indentifisert minst syv ulike årsaksforklaringer til sosial ulikhet i helse. Dette mener han belyser vanskeligheten med å sette inn hensiktsmessige tiltak for å utjevne sosial ulikhet i helse, da de ulike forklaringene påpeker ulike virkemidler (Raphael, 2012, s.13). De ulike lands tilnærminger til sosial ulikhet i helse blir påvirket av den økonomiske, politiske og sosiale strukturen i landet (Raphael, 2012, s.25).

Den norske befolkningen har fått betydelig bedre helse og økt levealder gjennom de siste hundre årene (Meld. St. 34 (2012-2013), s.23). Men nye utviklingstrekk i samfunnet gir andre helseutfordringer, spesielt fremheves en global trend med økt forekomst av sykdommer knyttet til livsstil og økt sosial ulikhet i helse (St.meld. nr.16 (2002-2003), s.6). Økt levealder fører til at flere eldre lever med kroniske lidelser (Meld. St. 34 (2012-2013), s.7). Dette medfører et ønske fra regjeringen om å utvikle en folkehelsepolitikk som møter nåtidens utfordringer (St.meld. nr.16 (2002-2003), s.6; Meld. St. 34 (2012-2013), s.7). I Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) blir dette kalt den "store helsepolitikken" og søkelyset rettes mot påvirkningsfaktorer som både forebygger og skaper helseproblemer. Siden faktorene ligger innenfor ulike sektorer og politikkområder, må folkehelsearbeidet av den grunn forankres i alle samfunnssektorer og sees på som et samfunnsansvar (St.meld. nr.16 (2002-2003), s.7).

Kommunene har fått økt ansvar for å oppfylle den statlige ambisjonen i folkehelsepolitikken om å forebygge mer og reparere mindre (St.meld. nr.47 (2008-2009), s.15). Et vesentlig poeng er kommunenes mulighet til å tenke helhetlig rundt forebygging og tidlig innsats, se sammenhengen mellom de samfunnsområder kommunene har ansvar for, samt gjennom tverrsektorielt arbeid ha muligheten for å sette inn tiltak tidlig spisset mot helseproblemenes grunnleggende årsaker (St.meld.

nr.47 (2008-2009), s.85). Den nasjonale folkehelsepolitikken lovreguleres gjennom revidering av Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) av 2008 og innføring av folkehelseloven i 2012, hvor kommunens ansvar tydeliggjøres i begge lovene.

Til tross for at den tverrsektorielle tilnærmingen i folkehelsepolitikken nå er lovpålagt, viser Riksrevisjonens gjennomgang av status for kommunenes arbeid med innføringen av folkehelseloven og flere empiriske studier at norske kommuner er kommet svært ulikt i gang med implementeringen av de nasjonale ambisjonene i folkehelsepolitikken. Helgesen og Hofstad (2012) gjennomførte en baselineundersøkelse høsten 2011 som viser at folkehelsearbeidet i kommunene fremstår som helseorientert hvor levevanefeltet med risikoreduserende tiltak er i fokus. Kommunene var i gang med å tenke påvirkningsperspektivet, men folkehelsearbeid gjennom kommunal planlegging og tverrsektorielt samarbeid har fortsatt et uutnyttet potensiale (Helgesen & Hofstad, 2012). En senere undersøkelse, (Helgesen, Hofstad, Risan, Stang, Rønningen, Lorentzen & Goth, 2014), viser at dette bildet har bedret seg. Over halvparten av kommunene har nå opprettet tverrsektorielle arbeidsgrupper, og folkehelsearbeidet jobbes mer med på strukturnivå gjennom inkludering i planarbeidet. Fortsatt favoriseres levevanefeltet, hvor temaer som rus, ernæring, fysisk aktivitet, tobakk, samt psykisk helse og sosiale møteplasser blir vurdert som de største utfordringene (Helgesen et al, 2014). Hovedfunnene i Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid er tydelig på at de fleste kommuner ikke har kommet særlig langt i etablering av systematisk folkehelsearbeid, arbeidet er ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert og har svak tverrsektoriell forankring (Riksrevisjonen, 2015). Undersøkelsen viser at 16 prosent av kommunene ikke har påbegynt arbeidet med å lage oversikt over innbyggernes helsetilstand og faktorer som påvirker denne. 59 prosent av kommunene er i gang med arbeidet. Om lag en firedel av kommunene har utarbeidet slik oversikt. Små kommuner har kommet noe kortere med oversiktsarbeidet enn større kommuner (Riksrevisjonen, 2015, s.8).

Det er så langt begrenset med studier som har sett på iverksetting av nasjonal folkehelsepolitikk. Noen av studiene konkluderer med at den nasjonale politikken er uklar og tvetydig, og at det derfor ligger en utfordring i å oversette politikken til lokale forhold i en kommune. Fosse (2012) påpeker flere barrierer som utfordrer iverksettingen av den overordnede politikken med det tverrsektorielle ansvaret; blant

annet utilstrekkelig forankring i involverte sektorer, koordinering og samarbeidsproblemer, utilstrekkelig ressurser, skifte i politikkprioriteringer og mangel på en felles forståelse av utfordringer og dertil operasjonalisering av nødvendig innsats. Tallarek nève Grimm et al (2013) og Fosse og Helgesen (2015) påpeker et gap mellom den nasjonale politikken og hvordan disse prioriteringene kommer til uttrykk på lokalt nivå i kommunene. Den norske tradisjonen med stor lokal autonomi, hvor staten ikke styrer den lokale politikken, gir rom for at nasjonale anbefalinger tilpasses ulikt på lokalt nivå (Tallarek nève Grimm et al, 2013, s.6). Kompleksiteten i nasjonal styring gir rom for forhandlinger og for at kommunene kan selv tolke og oversette politikk til det som passer deres egne prioriteringer og lokale kontekst (Helgesen & Hofstad, 2014). Hofstad (2012) har sett på lokal oversettelse av politikken knyttet til bærekraftig utvikling og folkehelse, og mener det er flere likhetstegn mellom de to områdene ettersom dette er komplekse sektorovergripende problemstillinger, og planlegging sees som et viktig verktøy. Begge politikkområdene har viktige visjoner for fremtidens samfunn, men siden satsningene har langsiktige og til dels u håndgripelige mål kan politikken fra statlig hold oppfattes som diffus og tvetydig. Utfordringer knyttet til folkehelse og bærekraftig utvikling fremstår som komplekse, sosiale problemer, som er vanskelig å både definere og finne riktige løsninger til. Myndighetene har heller ikke tydeliggjort hva som ligger i begrepene folkehelse og bærekraftig utvikling, og selve begrepene fremstår dermed som vage. Alt dette gir oversettelsesutfordringer til den lokale konteksten det skal handles innenfor (Hofstad, 2012; Hofstad, 2014).

Årsaksforklaringer til sykdom og død har fulgt to ulike retninger siden 1970-tallet, og har medført ulike nasjonale styringssignaler. Den ene retningen, betegnet som "den kollektive retningen" tilsier at det som påvirket helsen negativt var komplekse årsaksforhold der enkeltindividet ikke kunne lastes, men at påvirkningen lå i strukturelle og ytre faktorer (Kunitz, 1987; Strand & Næss, 2007, s.75). Helse blir sett på som et produkt av ulike samfunnsforhold. Dette medfører at det blir et politisk ansvar å fremme befolkningens helse gjennom formelle strukturer på systemnivå (Kiland, Kvåle & Torjesen, 2015). Den andre retningen som betegnes "den individuelle retningen", peker på at det er individet selv og den personlige livsstilen som er viktigst (Kunitz, 1987; Strand & Næss, 2007, s.75). Innenfor den individuelle retningen i folkehelsepolitikken blir helse fremstilt som et individuelt ansvar og produkt av egne

valg. Politikken innebærer å påvirke individene til å ta riktige valg og ansvaret ligger til hver enkelt (Kiland et al, 2015). De to ulike tilnærmingene i folkehelsepolitikken, den kollektive og individuelle, har blitt vektlagt ulikt fra melding til melding siste 15 årene (se f.eks. (St.meld. nr.16 (2002-2003); St.meld. nr.20 (2006-2007); Meld. St. 16 (2010-2011); Meld. St. 34 (2012-2013)). I stortingsmeldingene foreslås ulike virkemidler innenfor de to retningene. Virkemidler for å ivareta samfunnsansvaret ligger i planlegging, koordinering mellom sektorer og "helse i alt vi gjør" tilnærming, mens den individuelle retningen forsøkes løst gjennom livsstilsendring og individuell atferdsendring med etablering av frisklivssentral som hovedarena (Kiland et al, 2015).

De to ulike retningene gjenspeiler politiske motsetninger (Strand & Næss, 2007, s.75). At politiske motsetningene reflekteres gjennom uklare signaler i stortingsmeldinger, bekreftes gjennom en studie gjort av Vallgård (2007). Vallgård gjennomgikk de nordiske landenes stortingsmeldinger på folkehelsefeltet i perioden 2002 -2003, for å se på hvordan utfordringene ble identifisert, forklart og adressert i de enkelte land. Ved nærmere analyse av stortingsmeldingene som i utgangspunktet virker konsistente, fant Vallgård at de inneholdt flere motstridende og inkonsistente utsagn. Dette forklarer hun med at stortingsmeldinger er et resultat av kompromiss mellom ulike politiske standpunkt (Vallgård, 2007, s.207).

Ifølge folkehelseloven skal kommunene jobbe systematisk og kunnskapsbasert med folkehelse. Men kunnskapsgrunnlaget innen folkehelsefeltet er uklart, det tar lang tid å dokumentere effekter og vi vet for lite om hvilke tiltak som gir effekt. Vallgårdas gjennomgang av hvordan sosial ulikhet i helse blir forstått og håndtert i ulike land, er et godt eksempel på hva usikkert kunnskapsgrunnlag medfører (Vallgård, 2008). Nasjonalt har en poengtert denne utfordringen i stortingsmeldinger i lang tid. Allerede tidlig på 1990-tallet påpekes det i en stortingsmelding at årsaksforholdene til helseutfordringene er komplekse og mangeartede. Dette kan tilbakeføres til samfunnsmessige forhold, og det etterlyses behov for gode data, styrking av kunnskapsgrunnlaget og behov for å forske på virkemidlene (St.meld. nr.37 (1992-1993), s.6-10). Dette budskapet gjentas i senere stortingsmeldinger hvor hovedstrategier som nevnes er; styrking av kunnskapsgrunnlaget, kompetansebygging, utvikling av ny og bedre kunnskap om årsak og virkning og

effekten av iverksatte tiltak (St.meld. nr.16 (2002-2003), s.9; St.meld. nr.20 (2006-2007), s.7-9,82; Meld. St. 16 (2010-2011), s.43; Meld. St. 34 (2012-2013), s.18,143). Samhandlingsreformen vektlegger i tillegg betydningen av å veilede og informere kommunene i kostnadseffektive tiltak og tiltak som har samfunnsøkonomisk dokumentert effekt (St.meld. nr.47 (2008-2009), s.82).

Den nyere forskningen påpeker at den nasjonale folkehelsepolitikken er uklar, at de nasjonale styringssignalene er tvetydige og kunnskapsgrunnet er uklart. Gjennom folkehelseloven fra 2012, har det kommunale ansvaret for folkehelsepolitikken blitt mer tydelig. Dette gjør det interessant å studere iverksettelse av nasjonal folkehelsepolitikk på kommunalt nivå. I mye av forskningen har fokus vært rettet mot selve politikken og potensielle utfordringer med at folkehelse er et tvetydig politisk felt. Imidlertid har studiene i liten grad sett på hvordan de politiske styringssignalene på dette feltet faktisk forstås og oversettes på lokalt nivå. Det er nettopp dette som er utgangspunktet for denne studien.

1.2 Problemstilling

I denne studien undersøkes følgende problemstilling:

Hvordan forstår lokale beslutningstagere styringssignalene i den nasjonale folkehelsepolitikken?

For å besvare problemstillingen skal følgende forskningsspørsmål undersøkes:

- Hva definerer ordførere og rådmenn som de viktigste styringssignalene i den nasjonale folkehelsepolitikken?
- Hvordan oppfattes kommunens handlingsrom i arbeidet med å iverksette føringene i folkehelsepolitikken?
- Hvem defineres som de viktigste aktørene i det lokale folkehelsearbeidet?
- Hva defineres som kommunens viktigste folkehelseutfordringer og hvordan beskrives løsningene eller satsningene i det lokale folkehelsearbeidet?
- Hvordan beskriver ordførere og rådmenn status i kommunens folkehelsearbeid jamfør forpliktelsene i folkehelseloven?

2 Teori

2.1 Teorien om de tre grunnpilarer

Som teoretisk innramning og hjelp til å forstå lokale beslutningstageres forståelse av styringssignalene i den nasjonale folkehelsepolitikken, benyttes institusjonell teori gjennom rammeverket til Scott (2008) og teorien om de tre grunnpilarer. I et institusjonelt perspektiv fokuseres det på hensynet til legitimitet når lokale beslutningstageres forståelse av nasjonale styringssignaler på folkehelsefeltet skal forklares. Kommunenes omgivelser legger et press på kommunene. Scott (2008) er særlig opptatt av hvordan en organisasjons legitimitet henger sammen med omgivelsenes press i tre former eller pilarer; den første er den regulative pilaren som inkluderer statlige eller overstatlige lover og regler som kan pålegge kommunene bestemte oppgaver. Den andre pilaren handler om et normativt eller verdibasert press for hvilke organisasjonsformer og arbeidsmetoder som vurderes som gode og viktige. Eksempelvis hvordan verdier og normer på folkehelsefeltet kommer til uttrykk i stortingsmeldinger, nasjonale veileder etc. Til slutt den tredje såkalt kognitive pilaren, som innebærer at det eksisterer noen tatt-for-gitt oppfatninger av hvordan folkehelsearbeidet bør utformes og hvilke tiltak som bør igangsettes.

Scott mener dette er grunnpilarer som er de sentrale byggeklossene for en organisasjons struktur, de gir både elastisitet og rammer for institusjonens indre liv samtidig som de gir stabilitet og mening. De er gjensidig avhengig, de blir bevart og videreutviklet av menneskene og påvirket av de materielle ressursene i organisasjonen (Scott, 2008, s.49). Grunnpilarene fungerer som begrensende og regulerende på atferd, men skal også påvirke til ønskelig atferd.

Scott beskriver og utdyper de tre grunnpilarene med en analytisk tilnærming hvor han forsøker å identifisere elementenes ulike forutsetninger og mekanismer. I tabellen nedenfor stilles elementene skjematisk opp under de ulike grunnpilarene.

Fremstillingen har tatt utgangspunkt i Scott sin tabell, men innholdet er noe bearbeidet med større relevans for problemstillingen i denne studien.

Tabell 1 – Elementer i institusjonenes tre grunnpilarer, bearbeidet tabell etter Scott (Scott, 2008, s.51)

	Regulativ	Normative	Kulturell-kognitiv
Bakgrunn for legitimitet	Lovmessig pålagt	Moralsk regulert	Forståelig/gjenkjennelig/kulturelt støttet
Bakgrunn for system	Regulerende/ regler	Bindende, normative forventninger	Kulturell forståelse
Bakgrunn for samsvar	Hensiktsmessig/hensyn til egne interesser	Sosial forpliktelse	Tatt for gitt Felles forståelse
Mekanismer	Tvang	Normativ	Etterligning
Indikatorer	Regler/lover	Verdier og forventninger formidlet gjennom stortingsmeldinger og nasjonale veileder	Felles oppfatninger Felles handlingslogikk

I denne studien er det den regulative og normative pilaren som utgjør styringssignalene slik de kommer til uttrykk i folkehelsepolitikken på nasjonalt nivå, gjennom lov- og regelverket, stortingsmeldinger og i en nasjonal veileder. Den kulturell kognitive pilaren utgjør rammeverket for de lokale beslutningstagernes forståelse av de nasjonale styringssignalene.

2.1.1 Den regulative pilaren

Den regulative pilaren ser på hvordan atferden i institusjoner som eksempelvis en kommune, blir begrenset og regulert gjennom lov- og regelverk, overvåking og inspeksjoner, i tillegg til sanksjoner ved behov. Selv om en assosierer regulering med begrensinger og kanskje undertrykkelse, vil regulering også kunne styrke fremtidig sosial atferd i en ønsket og legitim retning. Det hender at maktsterke ledere nyttiggjør seg sanksjoner og trusler til å styre ansatte og pålegge dem sine egne meninger, men få ledere baserer seg på å styre kun gjennom regler. Det mest vanlige er forsøke å utvikle en felles forståelse gjennom regelverket. Scott mener derfor at den regulative og den normative pilaren er gjensidig forsterkende (Scott, 2008, s.52-53).

Med denne bakgrunnen mener Scott en kan se på statens rolle både som lovutformer, og at staten opererer som dommer og regelhåndhever (Scott, 2008, s.53). Men som

Scott påpeker videre, kan flere lover være både kontroversielle og tvetydige og vil av den grunn ikke gi klare føringer for håndtering eller etterlevelse. Lover vil da kunne fungere som en ramme, men vil være avhengig av normative og kognitive perspektiv for felles tolkning.

Nasjonale styringssignaler på folkehelsefeltet formidlet gjennom folkehelseloven og lovforskriften tilhører den regulative grunnpilaren. Samtidig gir folkehelseloven få klare føringer for hvordan kommunene skal håndtere eller etterleve lovverket. Overvåking, inspeksjon og eventuelle sanksjoner ivaretas av Fylkesmennenes rolle som tilsynsorgan overfor kommunene i folkehelsearbeidet.

Det forebyggende helsearbeidet får en fremtredende plass i lovutformingen i Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) iverksatt i 1984. Et uttalt formål i forarbeidet til loven var "*å skape et mer solid lovmessig fundament for det forebyggende helsearbeid*" (Heløe & Ånstad, 2007, s.1). Loven blir da også særdeles tydelig på helsetjenestens formål: *Kommunene skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold og søke å forebygge og behandle sykdom, skade og lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmenheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelse* (kommunehelsetjenesteloven, 1984, § 1-2).

Lovgivning koblet mot det forebyggende helsearbeid, er et gjentagende tema i stortingsmeldinger som omhandler folkehelse. I Stortingsmelding nr.37 (1992 – 1993) understrekes det at en vil se på hvorvidt lovgivningen fremmer eller hemmer lokalt forebyggende arbeid på tvers av sektorer (St.meld. nr.37 (1992-1992), s.12), og i Stortingsmelding nr.16 (2002 – 2003) vil regjeringen gå inn for at folkehelsehensyn skal fremheves i plan og bygningslovens formålsparagraf (St.meld. nr.16 (2002-2003), s.78). Samhandlingsreformen (2008-2009) slår fast at det så langt ikke fremkommer tydelig krav til kommunens forebyggingsinnsats i gjeldende lovverk, og en ønsker derfor en vurdering av regelverket i forhold til kommunens folkehelseansvar (St.meld. nr.47 (2008-2009), s.82). Som juridiske virkemidler for å følge opp politikken i samhandlingsreformen, innføres folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven i 2012.

Folkehelseloven gir en ramme for kunnskapsbasert og systematisk folkehelsearbeid, der hovedansvaret for å implementere folkehelsepolitikken er lagt til kommunene (folkehelseloven, 2012; Hagen, Helgesen, Torp & Fosse, 2015, s.1). Nå har både stat, fylkeskommuner og kommuner et lovfestet ansvar for folkehelsearbeidet (Meld. St. 34 (2012-2013), s.8). WHO's formulerte budskap med å redusere sosial ulikhet i helse gjennom HiAP tilnærming, er et fremtredende mål i folkehelseloven (Tallarek nève Grimm et al, 2013, s.2; Fosse & Helgesen, 2015, s.330).

Folkehelseloven tydeliggjør at den enkelte kommune har ansvar for å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller, og at dette er et tverrsektorielt arbeid hvor rådmannen har ansvar og ikke kommunehelsetjenesten som tidligere. Loven bygger på fem grunnleggende prinsipper: utjevning av sosiale helseforskjeller, «helse i alt vi gjør», bærekraftig utvikling, føre-var-prinsippet, og medvirkning (folkehelseloven, 2012). Helse- og omsorgstjenesteloven har en egen paragraf som fokuserer på helsefremmende og forebyggende arbeid (§3-3), og loven er tydelig på at helse- og omsorgstjenesten skal tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, samt at den skal bidra inn i kommunens folkehelsearbeid (helse- og omsorgstjenesteloven, 2012, § 3-3).

Kommunene har siden innføringen av kommunehelsetjenesteloven i 1984, vært pålagt å ha oversikt over helsetilstanden og faktorer som virker inn på helsetilstanden (kommunehelsetjenesteloven, 1984, § 1-4). Viktigheten og utfordringene med oversiktsarbeidet tas opp som tema i påfølgende stortingsmeldinger. I Stortingsmelding nr.37 (1992-1993) fremheves at det er behov for gode data som kan beskrive utviklingen i befolkningens helse, som igjen skal gi godt grunnlag for å målrette innsatsen for å bedre folkehelsen også for andre sektorer enn helsesektoren (St.meld. nr.37 (1992-1992), s.10). I Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) erkjennes at dersom kommunene skal følge opp pålegget i kommunehelsetjenesteloven om å ha oversikt over helsetilstanden, er det behov for at kommunene i større grad får veiledning og verktøy til å utarbeidede helseoversikten som både skal inneholde sammenstilling av objektiv statistikk samt kunnskap fra kommunens egne innbyggerne, og ikke minst hvordan denne kunnskapen kan formidles og

implementeres i kommunens planarbeid og beslutningsprosesser (St.meld. nr.16 (2002-2003), s.78). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller påpeker viktigheten av å utvikle indikatorsett som bidrar til å fange opp sosiale påvirkningsfaktorer og bomiljøkvalitet (St.meld. nr.20 (2006-2007), s.82).

Et sentralt poeng i Samhandlingsreformen (2008-2009), er at kommunene må bygge opp sin forebyggingskompetanse på systemnivå. Dette betyr å utvikle gode rutiner for å utarbeide oversikt over helsetilstanden og det sies å være grunnleggende skal kommunene kunne prioritere og gjennomføre effektive og målrettede tiltak (St.meld. nr.46 (2008-2009), s.83). Det påpekes at plan- og styringssystemet i kommunene er viktige verktøy for det lokale folkehelsearbeidet, men at så langt er dette for svakt integrert lokalt. Et nødvendig grunnlag for å få dette til er gode oversikter over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer. Det understrekes at det fortsatt er for liten kapasitet og kompetanse på feltet i kommunene (Meld. St. 16 (2010-2011), s.46). Et viktig strukturelt grep er å bedre kunnskapsgrunlaget gjennom å utvikle bedre systemer for oversikt over befolkningens helse (Meld. St. 34 (2012-2013), s.18,143).

Folkehelseloven følger opp lovkravet fra kommunehelsetjenesteloven, og det fremkommer tydelig i loven at kommunene er forpliktet til *"å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne."* Videre sier loven; *"Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller"* (Folkehelseloven, 2012, § 5). Folkehelseloven blir fulgt opp av Forskrift om oversikt over folkehelsen (2012), som spesifiserer oversiktens temaområder og er tydelig på krav til innhold. Helse- og omsorgstjenesteloven spesifiserer helse- og omsorgstjenestens plikt til bidra *"til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5"* (helse- og omsorgstjenesteloven, 2012, §3-3).

For å få til et godt tverrsektorielt samarbeid blir planlegging løftet som et sentralt tema og verktøy (St.meld. nr.16 (2002-2003), s.77). Siden folkehelsearbeidet så langt har

vært preget av vilkårlige prosjekter og tiltak, påpekes et behov for et mer systematisk og langsiktig folkehelsearbeid forankret i ordinær samfunnsplanleggingen (St.meld. nr.16 (2002-2003), s.8). *"En forutsetning for at folkehelse skal forankres politisk og administrativt i kommuner og fylkeskommuner er at folkehelse inngår i sentrale plan- og beslutningsprosesser"* (St.meld. nr.16 (2002-2003), s.77). Samfunns- og arealplanlegging blir også påpekt som sentral virkemiddel for å utjevne sosiale ulikhet i helse, og en vil sikre at sosial ulikhet i helse får en mer sentral plass i planregelverket og planverktøy (St.meld. nr.20 (2006-2007), s.7-9,82).

Ved revidering plan- og bygningsloven (PBL) i 2008, blir det helsefremmende arbeidet tydelig vektlagt i målformuleringen, hvor planer etter loven skal *"fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet"* (PBL, 2008, §3-1,f). Loven fastslår kommunenes ansvar for å fremme helse i all planlegging og planlegging sees på som et verktøy for å fremme helhet og samordning om oppgaveløsninger mellom de ulike sektorer.

For å følge opp planarbeid som et viktig tverrsektorielt verktøy og forutsetning for systematisk folkehelsearbeid, legger regjeringen frem en ny folkehelsemelding allerede våren 2015 i forkant av kommunevalget, med den argumentasjon at dette skal bidra til å sikre en god koordinering mellom nasjonal politikk og kommunale planprosesser (Meld. St. 19 (2014-2015), s.2).

For å etterse at kommunene følger opp forpliktelsene i folkehelseloven av 2012 med å utarbeide oversikt helsetilstanden, gjennomførte Statens helsetilsyn og fylkesmannen landsomfattende tilsyn i 2014. Tilsynet skal i tillegg bidra til at alle kommunens sektorer fremmer et kunnskapsbasert folkehelsearbeid (Helsetilsynet, 2015).

2.1.2 Den normative pilaren

Den normative pilaren belyser hvordan normer og verdier preger atferden i organisasjonen (Scott, 2008, s.54). Scott definerer verdier og normer på følgende måte: Verdier danner en standard for handling i en organisasjon, og er oppfatninger av som er ønsket og foretrukket atferd. Normer spesifiserer hvordan ting bør gjøres i en

organisasjon. De definerer hvilke midler som er legitime å benytte i måloppnåelsen. Normative systemer både begrenser og styrker sosial atferd, og de henspeiler både på rettigheter og ansvar, privilegier og plikter (Scott, 2008, s.54-55). Normer og verdier blir oppfattet ulikt. Noen kan være aktuelle for alle medlemmene i en organisasjon, mens andre igjen anerkjennes av en mindre gruppe. Dette henleder oppmerksomheten på roller, og hvordan enkelte grupper forventes følge enkelte verdier og normer (Scott, 2008, s.55).

Normer kan også vekke sterke følelser, som skam og vanære, men gode følelser som stolthet og ære når en føler en følger normene og verdiene. Typisk er at den normative pilaren medfører et sterkt sett av selvregulering. Slik sett vil den normative pilaren være viktig for et stabilt og selvregulerende atferd, basert på aksepterte sosial oppfatning og delte felles normer (Scott, 2008, s.55-56).

Ottawa charteret fra 1986 og senere erklæringer fra påfølgende WHO konferanser, har vært grunnleggende og normgivende for utviklingen av norsk folkehelsepolitikk. Raphael sammenligner Norge med flere europeiske land, og mener Norge er et av pionerlandene i Europa til å innføre normative føringer fra WHO i statlig styringssignaler (Raphael, 2012).

Regjeringen ønsker gjennom politiske program og stortingsmeldinger å presentere utfordringer, politisk standpunkt og deres intensjon om handling (Vallgård, 2008, s.73). I sin gjennomgang av stortingsmeldinger finner ikke Vallgård at meldingene inneholder spesifikke introduksjon til konkret handling eller tiltak, og hun mener at meldingene av den grunn kan sees på som agendasetting av mer symbolsk og normative art (Vallgård, 2007, s.206; Vallgård, 2008, s.73).

Stortingsmeldinger kan av den grunn sees på som et uttrykk for den rådende normative pilaren, og det er da interessant å se på hva som nettopp er blitt formidlet av folkehelsepolitiske standpunkt gjennom stortingsmeldingene siden begynnelsen av 1990-tallet.

Et nyttig utgangspunkt for å se på folkehelsepolitikken i Norge, er å se på endring av forståelsen for det forebyggende helsearbeid gjennom lovforarbeidet ved innføring av kommunehelsetjenesteloven i 1984. Kommunene får gjennom loven økt ansvar for

deler av helsepolitikken (Heløe & Ånstad, 2007, s.3), og som en følge av dette vektlegges nå andre og utvidete måter å forstå det forebyggende arbeidet. En ser betydningen av at ulike miljø- og samfunnsforhold påvirker helsetilstanden (Heløe & Ånstad, 2007, s.11). I denne perioden benyttes oftere folkehelsearbeid som benevnelse på det forebyggende helsearbeid, det sykdomsforebyggende perspektivet tones ned og en trekker inn et videre, samfunnsmessig fokus med et mer helsefremmende perspektiv (Heløe & Ånstad, 2007, s.3).

Det gjennomgående i Stortingsmelding nr. 37 (1992-1993) er at forventningene og tematikken fra Ottawa charteret tas med, forståelsen av helsebegrepet endrer seg og en begynner nå å fokusere mer på helsefremmende arbeid. En erkjenner at det ikke vil være nok å bare reparere oppståtte skader, men at en i større grad er nødt til å fremme helse og forebygge sykdom. Meldingen presiserer at dette bør være et satsningsområde i flere sektorer, og det kreves et bredt og tverrsektorielt samarbeid (St.meld. nr.37 (1992-1993), s.5-6). Følgende slås fast: "*Departementet finner det hensiktsmessig at helsefremmende arbeid brukes synonymt med det tverrsektorielle samarbeidet, hvor helse- og sosialsektoren er en av flere samarbeidende sektorer*" (St.meld. nr.37 (1992-1993), s.9).

Helt tydelig fremkommer det brede perspektivet i folkehelsepolitikken gjennom Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (St.meld. nr 20 (2006-2007)). Stortingsmeldingen påpeker spesielt at ulikhetene i helse henger sammen med forskjeller på flere samfunnsområder. Meldingen har som mål at alle samfunnssektorer tar ansvar for utjevning av sosiale helseforskjeller og påpeker behov for sektorovergripende verktøy (St.meld. nr.20 (2006-2007), s.7-9,82).

Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (Meld.St.16 (2010-2011)) presiserer at grunnlaget for et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid er lagt i folkehelseloven. Regjeringen vil styrke det tverrsektorielle folkehelsearbeidet (Meld. St.16 (2010-2011), s.15), og følge dette opp på tvers av sektorer både lokalt og regionalt. Ikke minst ved å få til en sterkere forankring på nasjonalt nivå gjennom å legge frem en nasjonal tverrdepartemental folkehelsestrategi (Meld. St.16 (2010-2011), s.41-43).

Folkehelsemeldingen, God helse – felles ansvar, (Meld. St. 34 (2012-2013)), målbærer tydelig HiAP tilnærmingen og presiserer at det rådende prinsipp er «helse i

alt vi gjør» basert på en forståelse av at de fleste samfunnsforhold påvirker folkehelsen. Regjeringen vil utvikle et bedre system for å følge opp folkehelsepolitikken på statlig hold med et mer forpliktende samarbeid mellom ulike departement og direktorat (Meld. St. 34 (2012-2013), s.11-12). Folkehelse skal prege samfunnsutviklingen gjennom felles, nasjonale mål. I tillegg skal en tverrdepartemental stortingsmelding på folkehelse legges frem hvert fjerde år (Meld. St. 34 (2012-2013), s.12).

Som forsøkt vist ovenfor har gjennomgåtte stortingsmeldinger fra 1992 hatt formuleringer som viser til den brede, kollektive tilnærmingen til folkehelsearbeidet. Likevel er levevanefeltet og de individuelle valgene viet stor oppmerksomhet i enkelte av meldingene. Selv om den daværende regjeringen gjennom Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) ønsket å løfte folkehelsearbeidet og forankre folkehelsearbeidet bedre i alle samfunnssektorer, blir dette en melding med fokus på levevaneområdet og individrettet livsstil. Resepten som gis for å møte utfordringene skisseres gjennom fire hovedstrategier, hvor to av strategiene fokuserer på levevanefeltet. En strategi poengterer at det skal tilrettelegges for at hver enkelt skal kunne ta ansvar for egen helse, og det fokuseres på fysisk aktivitet, sunt kosthold, tobakksbruk og kamp mot rusmisbruk (St.meld. nr.16 (2002-2003), s.9). En annen strategi påpeker at helsesektoren har et uutnyttet potensiale for å forebygge mer, særlig med fokus på livsstilpåvirkning (St.meld. nr.16 (2002-2003), s.9). I selve begrepsbruken i meldingen fokuseres det på sykdom ved bruk av begreper som "Resept for et sunnere Norge" og utfordringene som blir belyst som danner grunnlaget for meldingen blir omtalt som "diagnosen". Det sykdomsforebyggende perspektivet som tidligere ble tonet ned er gjennom begrepsbruken i denne meldingen blitt sentral. I kjølvannet av denne stortingsmeldingen innføres såkalt "grønn resept", hvor fastlegen kan gi resept til sine pasienter hvor fysisk aktivitet, kosthold- eller røykesluttkurs er medisinen (St.meld. nr.16 (2002-2003), s.92-92).

Samhandlingsreformen (St.meld. nr.47 (2008-2009) bygger på tre utfordringer; det er demografiutviklingen og endring i sykdomsbildet, en utvikling med betydelig økning i antall eldre og økning av sammensatte sykdomstilstander relatert til denne gruppen. I tillegg fremheves en stor økning av livstilsykdommer knyttet til folks levevaner og

helseatferd (St.meld. nr.47 (2008-2009), s.24). Meldingen har spesielt fokus på lærings- og mestringstilbud og egenbehandling (St.meld. nr.47 (2008-2009), s.66). Utfordringene som trekkes frem i Folkehelsemeldingen (Meld.St.34 (2012- 2013), er økning av livsstilssykdommer og sosiale helseforskjeller. En vesentlig endring av sykdomsbildet er at nåtidens sykdommer kan knyttes til levesett og utviklingstrekk (Meld. St. 34 (2012-2013), s.8).

Folkehelsepolitikken formidlet gjennom stortingsmeldingene har ulik vektlegging om helse er et individuelt ansvar eller om fremming av helse er et samfunnsansvar. I Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) fremheves det at hver enkelt har ansvar for sin egen helse. Samtidig fremheves lokalsamfunnets ansvar og de politiske valg som påvirker helsen, og som ligger utenfor enkeltindividets kontroll (St.meld. nr.16 (2002-2003), s.7). Det slås fast at sosial ulikhet i helse er et rettferdighetsproblem, at det vil være politisk og samfunnsmessig anliggende og ikke først og fremst et individuelt ansvar (St.meld. nr. 16 (2002-2003), s.47). I Stortingsmelding nr. 20 (2006-2007) forsterkes samfunnsansvaret gjennom å påpeke at årsaksforholdene til sosiale helseforskjeller er mange og komplekse, og at ulikheten skyldes ujevn fordeling av samfunnets ressurser og av faktorer utenfor enkeltindividets rekkevidde. Av den grunn mener regjeringen at samfunnet må ta større ansvar for befolkningens helse og at dette må være utgangspunkt for folkehelsearbeidet (St.meld. nr.20 (2006-2007), s.5).

Samhandlingsreformen (2008-2009) viser til det individuelle ansvaret, hvor det presiseres at en viktig del av helsepolitikken fremover vil være å gi informasjon og legge til rette for at hver enkelt tar ansvar for egen helse (St.meld. nr.47 (2008-2009), s.14-15). I senere meldinger blir samfunnsansvaret mer tydelig, hvor det vektlegges at det er samfunnets ansvar å sikre gode oppvekstsvilkår og å legge til rette for at hver enkelt kan ta sunne valg i barnehage, skole, fritid og på arbeidsplassen. Kommunen og lokalmiljøet er den viktigste arena for dette arbeidet (Meld. St. 16 (2010-2011), s. 8, 42-46). Helse fremheves som et individuelt ansvar, men det påpekes at hver enkelt sitt valg påvirkes av hvordan samfunnet er innrettet. Befolkningens helse er av den grunn avhengig av en samfunnsutvikling som legger til rette for gode levekår (Meld. St 34 (2012-2013), s.8).

2.1.3 Den kulturell-kognitive pilaren

Det sentrale i den kulturell-kognitive pilaren, er hvordan felles oppfatninger og forståelse utgjør den sosiale rammen for handlinger og hvor meningen blir dannet (Scott, 2008, s.57). Denne pilaren tar hensyn til den kognitive elementet hos mennesket, hvor vi lever i spennet mellom ekstern påvirkning og individuell respons. Påvirkningen formidles gjennom symboler som ord, handling og signaler, og disse symbolene bidrar til å opprettholde mening i en strøm av hendelser. Dette tilsier at atferd ikke isolert må forstås utfra objektive forhold, men vi må se på hvordan ytre påvirkning blir oppfattet subjektivt hos hver enkelt. Hvert individ vil kode informasjonen utfra sin egen forståelse, beholde, evaluere og eventuelt memorere ut fra hva som passer seg (Scott, 2008, s.57).

Scott mener det er viktig å påpeke at kulturelle oppfatninger kan variere, og at mennesker kan oppfatte situasjoner ulikt, både i forhold til hva som er og hvordan det burde være. Kultur-kognitive teoretikere mener at det ofte er samsvar i atferd, siden det eksisterer en dominerende felles oppfatningen, og dette medfører at atferd og handlinger følger rutiner fordi annen atferd er utenkelig. Handlinger blir tatt for gitt, og den grunnleggende oppfatningen er at "slik gjør vi det her hos oss" (Scott, 2008, s.58). Innen forebyggingsfeltet er den vanlige forståelsen at "forebygging lønner seg" (Heløe & Ånstad, 2007), en typisk oppfatning som inngår i den kulturell-kognitive pilaren.

Den kulturelle-kognitive pilaren fremhever hvordan både ansattes felles oppfatning i en organisasjon samt individuell forståelse blir vesentlig og utgjør en sosial ramme for handling, som igjen må sees i sammenheng med den regulative og normative pilaren. For å innhente informasjon om den kulturelle-kognitive pilaren, er det nødvendig å innhente data, og i denne studien gjøres det gjennom intervjuer med lokale beslutningstagere.

2.2 Beslutningsteori

Denne studien undersøker hvordan lokale beslutningstagere forstår styringssignalene i den nasjonale folkehelsepolitikken. I en iverksettingsprosess kan beslutningsprosessene lokalt sies å utgjøre første fase av denne prosessen. Innledningsvis er det blitt påpekt at flere studier viser til at folkehelsepolitikken oppfattes som uklar og tvetydig (Vallgård, 2007; Vallgård, 2008; Raphael, 2012; Hofstad, 2012; Hofstad, 2014; Kiland et al, 2015). March og Olsen (1979) har utviklet en modell for beslutningstaking når beslutningsprosessen i en organisasjon er preget av tvetydighet. Teorien kan forstås som motvekt til den mer rasjonelle forståelsen av beslutningsprosesser der aktørene antas å ha fullstendig oversikt over alternative mål og konsekvenser for de ulike handlinger. Argumentet deres er at de fleste organisasjoner er komplekse og preges av tvetydighet i beslutningsprosessene, enten fordi organisasjonene er unge eller fordi organisasjonenes omgivelser stadig endrer seg (March & Olsen, 1979, s.12). Utgangspunktet for dette teoretiske argumentet er empiriske studier som fremhever en tvetydighet i folkehelsepolitikken på nasjonalt nivå.

2.2.1 Tvetydighetens fire områder

Tvetydigheten kan sies å gjøre seg gjeldende på fire viktige områder. For det første er tvetydighet knyttet til intensjon. Med det menes at mange organisasjoner mangler tydelige mål og preges av inkonsistens. For det andre er tvetydighet knyttet til organisasjoners forståelse av sin egen plassering i en større kontekst, altså organisasjonens plassering i forhold til omverdenen. Det er vanskelig å se sammenhengen mellom organisasjonens handling og handlingenes konsekvenser, og både teknologi og omgivelsene er uklare. For det tredje er tvetydighet knyttet til organisasjonens historie. Historien blir ikke spesifisert, rekonstruert eller den kan bli mistolket. For det fjerde er tvetydigheten knyttet til organisasjonen og deltakelse i beslutningsprosesser, som kan være uklar og skiftende (March & Olsen, 1979, s.12).

All organizations confront elements of ambiguity in decision making. For some organizations ambiguity is a dominant condition. In particular, ambiguity is a major feature of decision making in most public and educational organizations; it seems to characterize a wide variety of organizations when they are young or when their environment are changing (March & Olsen, 1979, s.12).

2.2.2 Garbage Can modellen

Cohen, March og Olsen (1979) har utformet en beslutningsmodell kalt Garbage Can modellen, hvor beslutninger forklares som et resultat eller tolkning av ulike, relativt uavhengige strømninger i organisasjonen (Cohen et al, 1979, s.26). Det første er en strøm av problemer som opptar folk utenfor og innenfor organisasjonen, som krever oppmerksomhet, oppfattes ulikt, og ikke nødvendigvis blir løst selv om beslutning er tatt. Dernest flyter en strøm av løsninger. En løsning kan være noens produkt, men det påpekes at en ikke alltid vil finne løsningen før en har klart å formulere spørsmålet, og i noen organisasjoner kan ikke spørsmålet stilles før svaret er funnet. Deltagere i beslutningsprosesser vil alltid komme og gå og vil være den tredje strømmen.

Deltagere vil kontinuerlig bli stilt krav til deltakelse fra ulikt hold og vil ha begrenset energi og oppmerksomhet, samtidig som tilstedeværelse ett sted betyr fravær fra et annet. Til slutt forekommer det en strøm av beslutningsmuligheter, og det forventes at organisasjonene fatter beslutninger fortløpende (Cohen et al, 1979, s.27).

De nevnte strømningene er ikke fullstendig uavhengig av hverandre, de kan relateres til hverandre på ulike måter, selv om koblingen kan være tilfeldig. Strømningene er en måte å forstå hvordan beslutninger påvirkes av tidsmønsteret til problemene, valgene, løsningene og beslutningstagerne, av deltagerens tid og energi inn i prosessen og av sammenhengen mellom de ulike strømningene (Cohen et al, 1979, s.27)

2.2.3 Beslutningsprosessen

Beslutningsprosesser påvirkes av en ustrukturert strøm av problemer, løsninger, deltagere og alternative beslutninger. I Garbage Can modellen medfører dette at beslutninger tas på ulike måter; beslutninger tas uten kobling til problemene, løsninger gis før problemene oppstår, og beslutninger kobles til problemene helt til noen mer attraktive løsninger til problemet blir valgt uten at det medfører løsning på problemet (Cohen et al, 1979, s.33). I tillegg hevder de at problemer og løsninger kan være dekkoblet, at beslutningsprosessene ikke er koblet mot problemløsning (Cohen et al, 1979, s.35-36). Det Cohen et al argumenterer for er at når situasjonene er preget av stor tvetydighet blir det vanskelig å fatte rasjonelle beslutninger og dette medfører mer kaotiske og uoversiktlige beslutningsprosesser. De normative og kognitive elementene blir da desto viktigere (Cohen et al, 1979, s.34)

Tvetydigheten Cohen et al viser til, spesielt når de viser til strømmen av problemer som kan være utfordrende både å definere og finne løsninger til, kan sammenlignes med kjennetegnet på sosiale, komplekse problemer som Hofstad mener preger folkehelsearbeidet og politikken på bærekraftig utvikling (Hofstad, 2012, s.18-19).

2.3 Wicked Problems

Rittel og Webber (1973) belyser planleggingsutfordringen knyttet til samfunnsproblemer og vanskelighetene det medfører å benytte klassisk vitenskapelig tilnærming til sosiale problemer. Naturvitenskapen søker å finne svar på såkalte "tamme" eller "godartede" problemer, det vil si åpenbare, tydelige problemer som har en gitt løsning og hvor det er klart for alle når problemet er løst. Sosiale problemer er komplekse og mangler disse tydeliggjørende trekkene. Problemer benevnes wicked problems, siden problemene aldri vil kunne bli løst en gang for alle, og et løsningsforsøk kan både avsløre og skape et nytt problem (Rittel & Webber, 1973, s.160).

Det er flere kjennetegn på wicked problems. For å forstå og formulere problemet må en ha en ide om hvordan en vil håndtere og løse problemet, en må ha god oversikt over problemets kontekst og kjennskap til alle tenkelige løsninger. Dette er ikke mulig ved sosiale komplekse problemer, og av den grunn er defineringen av wicked problems selve problemet (Rittel & Webber, 1973, s.161). Siden sosiale problemer er komplekse uten et gitt slutt punkt, må de bli forsøkt løst gang på gang, og en kan bare kontinuerlig forsøke å gjøre løsningene bedre (Rittel & Webber, 1973, s.162). Løsningene til wicked problems er ikke rett eller galt, men heller bra eller mindre bra. Løsningene kan være mange, og ses gjerne ut fra ulike gruppers personlige syn, verdimesige eller politiske ståsted. De ulike gruppene vil velge den løsningen som er mest akseptabel for dem selv (Rittel & Webber, 1973, s.163). En kan heller ikke teste om løsningen var bra eller om den var den beste. Løsningen kan medføre uante og utilsiktede konsekvenser over tid, og den kan faktisk gi flere ulemper på andre områder enn den tenkte, ønskede løsningen. Ved tamme problemer kan en forsøke seg frem uten store uheldige konsekvenser, men dette kan en ikke ved wicked problems (Rittel & Webber, 1973, s.163). Alt en foretar seg som mulig løsning, er

irreversibelt og vil etterlater seg spor i lang fremtid. Forsøk på å korrigere kan medføre et nytt sett av uløselige dilemmaer (Rittel & Webber, 1973, s.163).

Ved sosiale problemer eksisterer ikke en uttømmende liste av mulige løsninger, og det må alltid vurderes hvilke løsninger som skal bli forsøkt implementert. Hvert problem er i tillegg unikt, de kan ikke avgrenses, og vil avhenge av konteksten der mange faktorer vil spille inn (Rittel & Webber, 1973, s.164). Et annet kjennetegn er at wicked problems kan vurderes å være symptomer på et annet problem, og selve problemet kan ligge på et overordnet nivå. Hvis tiltak settes inn på symptomet på et for lavt nivå, kan dette forverre problemet og medføre vanskeligheter med å håndtere det senere på et høyere og riktigere nivå (Rittel & Webber, 1973, s.165).

Alle folkehelseutfordringene er nødvendigvis ikke wicked problems, men sosial ulikhet i helse innehar mange av kjennetegnene på komplekse sosialt problemer, og er en utfordring som både er vanskelig å forstå og gi årsaksforklaring til (Vallgård, 2008; Raphael, 2012), og som gir ulik tilnærming påvirket av sosiale, økonomiske og politiske forhold (Raphael, 2012). WHO's svar på utfordringen med sosial ulikhet i helse, er gjennom HiAP tilnærmingen, en politikk som folkehelseloven er bygget på. HiAP medfører økt kompleksitet siden helse skal håndteres i alle politikkområder på tvers av sektorer både kommunalt, fylkeskommunalt og på statlig hold, i tillegg til frivillig og privat sektor. Rittel og Webber påpeker at vi er i en tid hvor selve samfunnsstrukturen endrer seg, hvor vårt samfunn blir mer og mer pluralistisk og heterogent, og det er økt individuell frihet. Det vil si at det blir flere meninger om rett og galt, mer mangfold i ideologi og grunnsyn og dette gir pluralistisk syn på mulige løsninger (Rittel & Webber, 1973, s.167). Med denne bakgrunnen kan det overordnede folkehelsearbeidet sees på som et wicked problem siden arbeidet skal krysse sektorer og forvaltningsnivå.

Planlegging er definert som et sentralt verktøy i folkehelsearbeidet. Ifølge Rittel og Webber kan en ikke håndtere wicked problems som om de er «tamme», og en kan heller ikke temme wicked problems for tidlig. Komplekse utfordringer har ikke en gitt løsning som kan inngå i planleggingen (Rittel & Webber, 1973, s.161). Dette utfordrer planleggingstanken som er sterkt betont innen folkehelsearbeidet, hvor kommunal

planlegging er grunnleggende for det systematiske folkehelsearbeidet som folkehelseloven legger opp til.

2.4 Oversettelsesteori

På 1980-90 tallet ble det utviklet en teori som betegner idè- og kunnskapsoverføring som en oversettelsesprosess (Røvik, 2007, s.11). Røvik har forsøkt å videreutvikle denne fransk-skandinaviske teorien, og ser nærmere på hvordan ideer spres mellom organisasjoner. Det som spres eller skal overføres fra en organisasjon til en annen, er hva han kaller ideer, praksis, oppskrifter og kunnskap (Røvik, 2007, s.11, 20). Han ser på selve oversettelsesprosessen, og hva som bidrar til eller hindrer en god overføring. Dette er teori og elementer som kan bidra til gi bedre forståelse til denne studien, der vi belyser oversettelsesprosessen når statlig folkehelsepolitikk skal forstås lokalt.

2.4.1 Translasjonsteori

For bedre å kunne forstå hva som foregår når ideer og kunnskap overføres mellom organisasjoner, har Røvik utviklet en teori han kaller translasjonsteori (Røvik, 2007, s.58). Han tar utgangspunkt i to prosesser, det han kaller for dekontekstualisering og kontekstualisering. Dekontekstualisering omhandler løsrivelse av en bestemt praksis som skal formes som en ide som kan formidles videre til andre kontekster.

Kontekstualisering er når ideer skal bearbeides og tilpasses en annen lokal kontekst (Røvik, 2007, s.59). I denne studien er det prosessen med kontekstuelisering gjennom en lokal bearbeidelse og tilpasning som er i fokus. Kontekstualisering betraktes i denne sammenheng som del av en tidlig fase i iverksettingsprosessen, på samme måte som beslutningsprosessen.

Det antas at en forutsetning og suksessfaktor for vekst og innovasjon, er ferdigheten en organisasjon har til både å identifisere og beherske gode overføringer av ideer og kunnskap til egen kontekst (Røvik, 2007, s.248).

2.4.2 Translasjonsteoriens utgangspunkt

Translasjonsteori, som opprinnelig har sitt utgangspunkt i språkoversettelse, etableres som akademisk disiplin fra slutten av 1970-tallet, og forankres som eget forskningsfelt fra tidlig 90-tallet. I løpet av denne perioden utvides fagfeltet betydelig og med radikal endring i forståelsen av hva som kan oversettes (Røvik, 2007, s.251-252). Kulturelle uttrykk som ideer og konsepter, inkluderes som enheter som kan oversettes (Røvik, 2007, s.253), og alle former for sosial kommunikasjon og ytringer (Røvik, 2007, s.254). Røvik mener det ligger en ubenyttet mulighet i å anvende translasjonsteori for å forstå overføring av organisasjonsideer (Røvik, 2007, s.254). Røvik har forsøkt å identifiseres mønstre i oversettelsen, som igjen kan defineres som spesifikke regler. Dette kan gi både muligheter og handlingsfrihet for oversetteren, men kan også bidra til begrensinger i oversettelsen (Røvik, 2007, s. 257).

2.4.3 Kontekstualisering

Kontekstualisering forsøker å beskrive hva som skjer når ideer, praksis og kunnskap skal overføres fra en bestemt kontekst til en ny organisatorisk kontekst. Denne studien betrakter kommunen som en slik ny organisatorisk kontekst. Den kommunale konteksten er et komplisert samspill av formelle strukturer, prosedyrer og rutiner, og av uformelle normer og uuttalt kultur. Den består av ansatte som har sin måte å løse oppgaver på, og den inkluderer bygningsmassen og den øvrige materielle struktur (Røvik, 2007, s.293). Røvik er opptatt av å beskrive og analysere hvordan ideene vil prege mottakende kontekst, i tillegg til hvordan den eksisterende konteksten vil farge de nye ideene. Ideene som skal oversettes kan være tydelige og konkrete, men de kan også være abstrakte og utydelige (Røvik, 2007, s.293).

2.4.4 Ulike modeller for oversettelse

Røvik prøver å se mønstre i hvordan ideer blir forsøkt oversatt og gitt et materielt innhold i ny sektor og organisasjon. Han presenterer en modell kalt den hierarkiske oversettelseskjeden, som har mange felles trekk med en rasjonell implementeringsprosess (Røvik, 2007, s.294). Slike prosesser er ofte top-down orienterte, hvor ledelsen vil og skal implementere nye ideer vertikalt nedover i linjene.

Det er samtidig ledelsen som forventes å ha løsninger på hva utfordringene er og hvordan problemene skal løses. Det vil være begrenset frihet til oversettelse, det vil si at ledelsen har klare meninger om hvordan det skal gjøres og av hvem (Røvik, 2007, s.294). Oversettelsen vil foregå på en stimulus-respons-basert måte, det vil si at en ide blir oversatt og konkretisert på ett nivå, og vil så bli sendt ned til neste nivå. I denne oversettelseskjeden vil abstrakte og ideer fremstå som mer tydelig og konkret etter hvert som de går nedover i hierarkiet, spesielt fordi de på hvert trinn blir oversatt lokalt og får et konkret innhold (Røvik, 2007, s.295).

Røvik henviser i tillegg til observasjoner som tilsier at oversettelser kan foregå på andre måter enn den hierarkiske oversettelseskjeden, og at det her utpeker seg fire hovedmønstre for alternative oversettelsesmåter (Røvik, 2007, s.295). Det ene er utviklingsarenaer, som er seminarer, kurs, fagdager for bestemte yrkesgrupper og profesjoner. Disse arenaer blir viktige siden det er her fagfolk plukker opp nye ideer og konsepter, og de vil da fungere som sentrale oversettelsesarenaer for deltagerne som samles om felles faginteresse (Røvik, 2007, s.296). I slike tilfeller vil det være fagfolkene som tar med nye ideer inn i organisasjonen. Ideene vil da komme "nedenfra", og ikke fra toppledelsen. Dette mener han skjer i stadig større grad siden moderne organisasjoner er kompetansebedrifter, hvor arbeidstagere jobber med kompetanse og fagutvikling og er motiverte til å tilegne seg nye ideer (Røvik, 2007, s. 297). Et annet mønster som tegner seg i forhold til oversettelse, er at ulike faggrupper kan få introdusert samme ide på sine respektive utviklingsarenaer, men ulikhetene i fagbakgrunn medfører ulik forståelse og vektlegging i oversettelsen. Dette kan føre til at en ide kan ha flere varianter av oversettelse inn i samme organisasjon. I den hierarkiske oversettelseskjeden, vil det i større grad versere en "riktig" versjon av en ide, altså den versjonen ledelsen går for (Røvik, 2007, s.297).

Den tredje observasjonen av oversettelse er at denne prosessen over tid forløper seg i et spiralliknende løp, hvor ideer sirkulerer i en stadig vekselvirkning mellom abstrakt og konkret form (Røvik, 2007, s.299). Den siste versjonen blir kalt soppmodellen, og forsøker å beskrive hvordan en ide kan utløses både samtidig og flere steder i organisasjonen uten at en kan påvise at det skjer som stimuli på en ytre påvirkning (Røvik, 2007, s.300).

2.4.5 Regler og mønstre for kontekstualisering

Videre har Røvik identifisert et sett av regler for kontekstualiseringen, som igjen deles inn i innskrivningsregler og overrettelses- og omformingsregler (Røvik, 2007, s.301). Innskrivningsreglene handler om hvordan ideene omformes og utstyres slik at de tilpasses den lokale konteksten. Dette gjøres gjennom lokalisering, ideene får da sin lokale referanse (Røvik, 2007, s.302), og gjennom tidsmarkering, hvor ideene blir skrevet inn i lokal tid (Røvik, 2007, s:303). Oversettelses- og omformingsreglene handler om hva som skjer med innholdet i selve oversettelsen og om det blir forandret. Dette beror på om oversetteren har eller tar seg stor frihet til å omforme innholdet, som igjen avhenger av om poenget er å oversette og gjengi fullstendig versjon eller om ideene bør bli brukt som en ramme og inspirasjonskilde for nye ideer (Røvik, 2007, s.306).

Ideer som forsøkes overført i ny organisasjonene, kan bli omformet på ulikt vis i oversettelsesprosessen. Dette kan foregå som ren kopiering, med ingen eller få endringer fra gammel til ny kontekst (Røvik, 2007, s.308). Motsatsen er en total omvandling av både form og innhold, slik at det utvikles en helt ny innovativ lokal variant (Røvik, 2007, s.315). Mellomting mellom disse to ytterlighetene er både addering og fratrekking i oversettelsesfasen. Ved addering blir elementer lagt til under oversettelsen. Dette kan være til hjelp og bidra til tydeliggjøre innholdet i tilfeller der dette er utydelig i originalversjonen. Ved fratrekking skjer det motsatte, at tydelig trekk ved originalversjonen nedtones eller gjøres mer generelle i oversettelsen (Røvik, 2007, s.312).

2.4.6 Translatørkompetanse

Det siste aktuelle elementet Røvik ser på er, er selve translatørkompetansen, evnen organisasjonene har til å oversette og lage gode oversettelser (Røvik, 2007, s.319). Røvik hevder at organisasjonenes oversettelseskompetanse er en oversett form for kompetanse som i liten grad har blitt identifisert, teoretisert og knapt nevnes i organisasjonsteorien. God translatørkompetanse kan ifølge Røvik bli en viktig strategisk ressurs i organisasjoner skal de lykkes med kunnskapsoverføringer (Røvik, 2007, s.319-323).

Røvik har forsøkt å definere hvilke kompetansekrav en kan og bør stille til en god translatør, og hevder at den gode oversetteren bør besitte flere typer kompetanser. Oversetteren må ha god kjennskap til det som skal oversettes, til selve oversettelsesprosessen, til konteksten det skal oversettes fra og den lokale konteksten det skal oversettes til (Røvik, 2007, s.325-326). Oversetteren bør dermed være flerkontekstuell, en kompetanse få besitter (Røvik, 2007, s.326).

Røvik hevder videre at oversetteren bør ha kompetanse både på dekontekstualisering og rekontekstualisering. Førstnevnte er evnen til å identifisere godt fungerende ideer i andre organisasjoner, for så å kunne overføre ideene i egen organisasjon. Ofte må organisasjoner forholde seg til abstrakte og populære oppskrifter som er kontekstuavhengige. Da vil translatørens oppgave bestå i å rekontekstualisere ideen, altså forsøk å relokalisere ideen til en bestemt kontekst eller til andre sammenlignbare organisasjoner (Røvik, 2007, s.327-328).

Ved innføring av nye ideer i en etablert organisasjon, blir ideene forsøkt introdusert i en kontekst bestående av mange aktører, rutiner, strukturer og normer, og hvor det allerede finnes en rekke andre sirkulerende intensjoner. I tillegg har organisasjonen en reformhistorie, en eksisterende erfaring fra tidligere forsøk på innføring av ideer (Røvik, 2007, s:328). Dette er elementer i den mottagende organisasjon som translatørens bør ha kjennskap til. Denne kompetansen kan presiseres i sorterings- og konfigurasjonskompetanse. Ved førstnevnte må translatøren kunne sortere ut overfor lederne hvilke ideer organisasjonen faktisk kan ha bruk for og eliminere unødvendige elementer i implementeringsforsøket, basert på kjennskap til organisasjonens kontekstinnhold og reformhistorie. Ved konfigurasjon, så må nye ideer forsøkes tilpasses eksisterende og tidligere innførte ideer og praksis i organisasjonen (Røvik, 2007, s.329).

Som belyst tidligere definerer spesielt WHO problemforståelsen internasjonalt og er kunnskapsleverandør innen det nasjonale folkehelsearbeidet. Nasjonalt har regjeringen gjennom lovverk og flere stortingsmeldinger forsøkt å formidle både politikk, men også i høy grad fagkunnskap, og sagt noe om hvordan de vil at de ulike forvaltningsorgan skal jobbe for å fremme god folkehelse. Ved å se nærmere på den

teoretiske tilnærmingen på translasjonsteori til Røvik, kan det bidra til å forstå hva som hemmer eller fremmer oversettelse av den statlige folkehelsepolitikken til lokale forhold.

Oversettelsesteori er interessant fordi den gir oss en beskrivelse av selve kontekstualiseringsprosessen og utdyper at oversettelse kan foregå på ulike måter. Den er bevisstgjørende da den peker på at det er en kompetanse i seg selv, evnen kommunene har til å oversette eller lage egne oversettelse tilpasset sitt eget lokale forhold. Oversettelsesteori gir oss i tillegg en dypere forståelse av koblingen mellom de ulike pilarene, at oversettelse i høy grad farges av den kulturelle-kognitive forståelse i kommunen samt at av de normative holdningene internt. Teorien kan til slutt gi oss et innblikk og teoretisk rammeverk for å forstå hvordan lokale beslutningstagere kontinuerlig må rekontekstualisere og dekontekstualisere ulike ideer til egen kommunal virkelighet.

2.5 Oppsummering teori

Institusjonell teori gjennom rammeverket til Scott (2008) benyttes i denne studien for å forstå de nasjonale styringssignalene i folkehelsepolitikken og mekanismer eller faktorer som påvirker lokale beslutningstagers forståelse av styringssignalene. Scott (2008) er særlig opptatt av hvordan en organisasjons legitimitet henger sammen med omgivelsenes press i tre former eller pilarer; den regulative pilaren som inkluderer statlige eller overstatlige lover og regler, den normative pilaren som handler om et normativt eller verdibasert press og den kognitive pilaren, som innebærer at det eksisterer noen tatt-for-gitt oppfatninger av hvordan folkehelsearbeidet bør utformes og hvilke tiltak som bør igangsettes.

Denne studien undersøker hvordan lokale beslutningstagere forstår styringssignalene i den nasjonale folkehelsepolitikken. March og Olsen (1979) har utviklet en modell for beslutningstaking i komplekse organisasjoner, som en motvekt til den mer rasjonelle forståelsen av beslutningsprosesser der aktørene antas å ha fullstendig oversikt over alternative mål og konsekvenser for de ulike handlinger. Flere studier viser at den nasjonale folkehelsepolitikken oppfattes som uklar og tvetydig, og folkehelsearbeidet er komplekst og skal iverksettes på tvers av sektorer og forvaltningsnivå.

Beslutningsteorien til March og Olsen (1979) skal benyttes som rammeverk for å forstå en tidlig fase i den lokale iverksettingsprosessen.

Flere folkehelseutfordringer kjennetegnes av komplekse, sosiale problemer som betegnes som wicked problems. Slike problemer er både vanskelig å definere og løse. Dette fremhever tvetydigheten på folkehelsefeltet.

Lokal iverksetting av nasjonal folkehelsepolitikk innebærer i en tidlig fase ikke bare beslutningsteori, men også kontekstualiseringsprosessen med fokus på oversettelse og bearbeiding av nasjonale styringssignaler på folkehelsefeltet til lokale forhold. Translasjonen i denne studien er avgrenset til forståelsen og oversettelsen av de statlige styringssignalene for bedre å forstå på hva som fremmer og eventuelt hemmer oversettelse av nasjonal folkehelsepolitikk til en lokal, kommunal kontekst.

3 Metode

3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Den vitenskapsteoretiske forankringen i kvalitativ metode er grunnleggende for hva forskeren søker informasjon om i sin studie, og vil i tillegg påvirke forståelsen forskeren utvikler i løpet av undersøkelsesprosessen (Thagaard, 2013, s.37). Den vitenskapsteoretiske tilnærmingen til denne studien er forankret i hermeneutikk. Sentralt i hermeneutikken er læren om fortolkning, både av tekster og folks handlinger. Utgangspunktet er at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomenet som studeres fortolkes gjennom å utforske et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart er innlysende (Kvale & Brinkmann, 2012, s.69; Thagaard, 2013, s.41). Et grunnleggende prinsipp i hermeneutikken er at vi forstår mening kun ut fra fenomenets kontekst på undersøkelsepunktet (Thagaard, 2013, s.41). Med andre ord er menneskets liv kontekstuellet. Det vil si at kunnskap tilegnet i en gitt situasjon, ikke nødvendigvis kan benyttes i en annen situasjon der konteksten er endret (Kvale & Brinkmann, 2012, s.73). Med henvisning til Patton (2002) fremhever Nilsson (2012, s.73) at hva noe betyr avhenger både av konteksten, eller den kulturelle settingen, der meningen ble skapt, og av den kulturelle konteksten der meningen blir fortolket. I dette kapitlet redegjør jeg derfor blant annet for utvalget av informanter og kontekst, det vil

si den spesifikke kommunale konteksten ordførerne og rådmennene som inngår i denne studien, er en del av.

Et annet viktig poeng i hermeneutikken er at meningsenheter forstås ut fra helheten (Thagaard, 2013, s.41). Den kontinuerlige vekslingen mellom meningsenheter og helhet kalles den hermeneutiske metode, og selve analyseprosessen blir av den grunn omtalt som den hermeneutiske spiral (Jacobsen, 2015, s.198). Denne måten å søke mening på har også vært utgangspunktet for å analysere datamaterialet i denne studien. Det innebærer at de transkriberte intervjuene har blitt lest, sammenliknet og fortolket ved å betrakte dem som en helhet. Dette ble gjort for å finne hovedinntrykk og hovedfunn, og se mer overordnede sammenhenger. Deretter har transkripsjonene blitt inndelt i temaer og kategorier, eller inndelt i ulike såkalte meningsenheter. Dermed har det vært mulig å gå dypere inn i datamaterialet, lete etter detaljer, nyanser, likheter, ulikheter, paradokser med mer. For deretter å lete etter mer overordnede sammenhenger og helhet i datamaterialet igjen, ved å forsøke å sette utsagnene og de individuelle fortolkningene fra de ulike informantene inn i en større forståelsesramme. Det nærmeste en kan komme virkeligheten gjennom denne tilnærmingen, er hvis flere av informantene har en relativ lik måte å oppfatte et tema på (Jacobsen, 2015, s.28).

Det er en åpenbar utfordring i analyse av kvalitative data at det ikke finnes klare fremgangsmåter for hvordan det empiriske materialet skal håndteres og analyseres. Samtidig er et viktig kjennetegn ved forskningen systematikk, hvor både innhenting, behandling og presentasjon av data gjøres på en systematisk måte (Jacobsen, 2015, s.16). Det innebærer at jeg som forsker må ha et reflektert forhold til alle metodiske beslutninger som må tas gjennom hele forskningsprosessen, som igjen gir et grunnlag for kvalitetsvurdering (Thagaard, 2013, s.15). Problemstillingen og forskningsspørsmålene som er stilt i denne studien må derfor sees i sammenheng med teoretisk ståsted. I tillegg må fremstillingen av de empiriske funnene og fortolkningen av disse sees i lys av min forforståelse; de valg som er gjort i det teoretiske rammeverket og de metodiske valg som ligger til grunn for datainnsamlingen og analyseprosessen.

3.2 Valg av design og metode

Denne studien baseres på et kvalitativt design der case-studie benyttes som forskningsstrategi. Hartley (2004, s.323-324) fremhever at case-studie er bedre egnet som en forskningsstrategi heller enn som en bestemt forskningsmetode. Dette begrunnes med at forskeren ofte benytter en rekke ulike metoder innenfor rammen av case-studien, eksempelvis dokumentstudier, intervjuer og direkte observasjon. Lijphardt (1971) argumenterer for å benytte case-studie når studien retter et intensivt fokus mot en rekke ulike aspekter ved et fenomen. I denne studien benytter jeg case-studie som forskningsstrategi for å studere fenomenet lokal fortolkning av nasjonal folkehelsepolitikk, mer presist; hvordan lokale beslutningstakere, ordførere og rådmenn, forstår styringssignaler i den nasjonale folkehelsepolitikken og hvordan de beskriver og forklarer tiltak som er gjort i de ulike kommunene. Dette gjør jeg gjennom å benytte et eksplorativt design. Formålet er da å fange inn mest mulig av den kompleksiteten som er mulig å få frem gjennom caset og enhetene som velges (Thagaard, 2013, s.56). Fordelen med case-studie som forskningsstrategi er at en får mulighet til å undersøke de få utvalgte enhetene mer grundig. Fokuset rettes mot ordførernes og rådmennenes opplevelser og subjektive virkelighet som viktige inntak til forståelse og forklaring av deres oppfatninger, handlinger og prosesser (Andersen, 2013, s.25). I denne studien er det nettopp det som er formålet. Ulempen ved å velge få enheter vil redusere overføringsverdien, ved at det blir vanskelig å generalisere fra en case til andre lignende caser (Jacobsen, 2015, s.100). Casestudier egner seg derfor ikke til å kartlegge det empiriske omfanget av et fenomen (Andersen, 2013, s.25). Det er heller ikke dette som er intensjonen med denne studien.

Et sentralt dilemma i kvalitative case-studier er balansen mellom på den ene siden å tilegne seg og håndtere mangfoldig og rik kunnskap som jeg som forsker får ta del i. På den andre siden er ønsket om en analytisk forenkling som gjør kunnskapen som tilegnes gjennom caset håndterbart. Et sentralt spørsmål å avklare da er «hva denne studien er et case av». I eksplorative studier trekkes dette gjerne frem som en utfordring. Andersen (2013) omtaler dette som å etablere en eksplisitt referanseramme for arbeidet. Med innføringen av folkehelseloven i 2012 er kommunenes ansvar for folkehelsearbeidet betydelig styrket. Det er derfor interessant å undersøke hvordan de viktigste beslutningstakerne på lokalt nivå forstår de nasjonale styringssignalene i

folkehelsepolitikken og hvordan dette ansvaret blir forvaltet i de kommunene de er en del av. I denne studien er det derfor en kommunal kontekst som er utgangspunktet, der 7 kommuner inngår i et såkalt interkommunalt samarbeid og er del av et felles regionråd. Det er her viktig å presisere at det er de 7 kommunene som utgjør studiens kontekst, mens det selve studien er en case av ordførernes og rådmennenes forståelse av de nasjonale styringssignalene i folkehelsepolitikken.

3.2.1 Begrunnelse for utvalg

I kvalitative studier velger vi deltakere strategisk, det vil si at vi definerer informanter ut fra funksjon eller egenskaper som er viktig og særdeles relevant ut fra undersøkelsens problemstilling (Thagaard, 2013, s.60). I denne studien består det strategiske utvalget av rådmenn og ordførere ettersom disse utgjør øverste administrative og politiske ledelse i kommunen, og gjennom folkehelseloven (2012) har fått et særlig ansvar for å iverksette folkehelsearbeidet på kommunalt nivå og forankre folkehelse i overordnede kommunale planer. Rådmenn og ordførere er i tillegg eliter, siden de er ledere i innflytelsesrike posisjoner i den kommunale forvaltningen (Kvale & Brinkmann, 2012, s.322). De kan sees på som såkalte nøkkelinformanter fordi de er ressurssterke, velinformerte personer som innehar informasjon og kunnskap spesielt viktig for å belyse forskningens tematikk (Yin, 2014). Begrunnelsen for valg av eliter som nøkkelinformanter er relatert til at de trolig besitter informasjon og innsikt som kan bidra til mer samlende beskrivelser og tolkninger (Kumar et al, 1993, s.1634). Eliter er ressurssterke aktører som kan bidra til å kaste lys over beslutningsprosesser og oversettelsesprosesser, særlig fordi de besitter viktig kunnskap om hendelser, situasjoner og relasjoner som ikke er allment kjent (Andersen, 2006, s.281). I denne studien vil intervjuene med disse nøkkelinformantene kunne kategoriseres som eliteintervjuer (Aberbach & Rockman, 2002).

Kommunene som er inkludert i denne studien og som utgjør studiens kontekst og rekrutteringsgrunnlag av informanter, utgjør et felles bo- og arbeidsmarked innen samme region. Kommunene er av ulik størrelse, og kan defineres som både små, mellomstor og stor kommune. Regionen har hatt interkommunalt samarbeid i 20 år, hvor hensikten med samarbeidet er å utvikle kommunene og sikre innbyggerne et best

mulig tjenestetilbud. Ordførerne utgjør regionrådets styre og møtes 7-8 ganger i året. Rådmannsutvalget møtes månedlig, samt at de deltar på styremøtene. I tillegg møtes kommunenes formannskap til fellesmøter to ganger i året. Samarbeidet er ellers organisert i nettverk rundt aktuelle tema som helse, folkehelse, oppvekst, teknisk, næring, krimforebygging, økonomi, arbeidsgiver m.m., hvor det jobbes både på strategisk nivå med erfaringsutveksling og kompetanseoppbygging, men også mer konkret samarbeid i prosjekter hvor tiltaksutforming og -utprøving er sentral.

Folkehelsenettverket har eksistert som nettverk siden 2004, de første årene med fokus på levevanefeltet og samarbeid om tiltak primært rundt «aktivitet på resept», røykesluttkurs og kostholdskurs. Som en konsekvens av innføringen av folkehelseloven i 2012 endret folkehelsenettverket sin rolle og oppgaver for å kunne bli en arena som jobber med folkehelsearbeid på et strategisk nivå. Nettverket skal nå være en felles arena for å drøfte prosesser rundt oppfølging av folkehelseloven og kunnskapsheving og erfaringsutveksling i de samarbeidende kommunene.

Folkehelsenettverket møtes omlag fire ganger i året.

Kommunene i dette regionrådet tilhører en landsdel som har særlige utfordringer knyttet til levekår og sosial ulikhet i helse. Dette er derfor temaer som er viet mye oppmerksomhet i regionen, både på politisk og administrativt nivå i kommunene og fylkeskommunene. En rapport publisert i 1993, «Surt liv på det blide Sørland», dokumenterte betydelige levekårsutfordringer i regionen (Røed, 1994). Rapporten ble utarbeidet etter initiativ av Kommunenes Sentralforbund (KS), fylkeslegene og trygdedirektørene i de to fylkene, som utgangspunkt for ønsket om et samarbeid om helse og forebygging i landsdelen. Fortsatt viser de nasjonale folkehelseprofilene fra Folkehelseinstituttet at kommunene i regionen scorer dårlig på en rekke levekårsindikatorer sammenliknet med andre regioner i Norge (Folkehelseinstituttet, 2016). Med utgangspunkt i problemstillingen er det derfor særlig interessant å studere politiske og administrative beslutningstakere fra nettopp denne regionen. Utvalget av kommuner antas å være særlig relevant nettopp fordi kommunene er del av det samme regionrådet og interkommunale samarbeidet, der strategiske diskusjoner rundt levekårsproblematikk og sosial ulikhet i helse står sentralt. Dette er temaer som særlig berøres av arbeidet med å iverksette folkehelseloven.

Utvalget i denne studien består derfor av rådmenn og ordførere i de syv kommunene. En ordfører måtte melde forfall på kort varsel. Totalt 13 intervjuer er dermed gjennomført.

3.2.2 Det kvalitative forskningsintervju

Metoden for innhenting av data i denne studien er det kvalitative forskningsintervju (Kvale & Brinkmann, 2012). Datamaterialet er basert på forholdsvis få informanter der fokuset rettes mot hva den enkelte informant legger av mening i ulike fenomen. Under disse forutsetningene vil det individuelle intervjuet egne seg best (Jacobsen, 2015, s.147). Det kvalitative forskningsintervju er spesielt velegnet når formålet er å avdekke de refleksjoner og forståelser informantene har om temaet som undersøkes (Kvale & Brinkmann, 2012, s.21,132; Thagaard, 2013, s.12-13).

Kvalitative forskningsintervju gir mange fordeler da det gir nærhet til intervjupersonene og den er basert på åpenhet og få føringer, slik at en i størst mulig grad kan høre hva intervjupersonene selv er opptatt av og de får mulighet til å utdype svarene (Jacobsen, 2015, s.129). Ulempene er blant annet at det er en ressurskrevende metode hvor både selve intervjuet og transkriberingen tar mye tid. I tillegg vil et kvalitativt forskningsintervju med eliter kreve at intervjueren besitter betydelig informasjon om temaet som undersøkes i forkant av intervjuet ettersom kvalitative forskningsintervju med eliter innebærer en mer aktiv form for intervjuing (Andersen 2006). Ettersom denne studien baserer seg på relativt få informanter, er ikke resultatene mulige å generalisere til større populasjoner. Datatilfanget ved kvalitativ metode blir omfattende og det kan bli utfordrende å tolke og finne mening i materialet, og fortolkningen vil kunne bli farget av forskernes forforståelse og kunnskap (Jacobsen, 2015 s.131).

Et annet moment en skal være oppmerksom på ved kvalitativt intervju er maktforholdet som oppstår i intervjuet. Kvale og Brinkmann (2012) hevder at ethvert forskningsintervju er en profesjonell samtale som medfører et asymmetrisk maktforhold mellom informant og intervjuer, hvor sistnevnte har vitenskapelig kompetanse og bestemmer både tema, spørsmålsformuleringene og er den som avslutter intervjuet og har monopol på fortolkning av intervjuet. Dette elementet må anerkjennes og håndteres fornuftig i kunnskapsproduksjonen (Kvale & Brinkmann,

2012, s.52). Thagaard (2013) nyanserer dette ved å hevde at intervjuer blir mindre preget av asymmetri når intervjuet er preget av god dialoger hvor intervjupersonene selv har mer kontroll over hva som formidles, og når de er vant med å snakke for seg, formidle og argumentere for sine synspunkter (Thagaard, 2013, s.96). I denne studien intervjuer jeg elitepersoner, politiske og administrative ledere som vanligvis har betydelig makt og som er vant til aktivt å argumentere for å forsvare egne roller og handlinger. I intervju med elitepersoner kan derfor det asymmetriske maktforholdet bli utlignet (Kvale & Brinkmann, 2012, s.158). Et annet aspekt ved eliteintervju, er at veltalenheten til elitene eller informantene kan medføre at intervjuet blir asymmetrisk i informantens favør, og at forsker mister kontroll over intervjusituasjonen. Dette argumenterer for at forskeren nettopp i disse intervjuene bør innta en initiativrik og aktive rolle (Andersen, 2006, s.282). Men dette krever også at den som intervjuer besitter betydelig kjennskap til temaet det skal snakkes om, og behersker språk og terminologi som kan bidra til større grad av symmetri i intervjurelasjonen med eliter (Kvale & Brinkmann, 2012, s.159). Det at jeg selv har stilling som folkehelserådgiver i en kommune og arbeider med tematikken som studeres antas å ha vært en fordel i intervjuene. Jacobsen nevner mulig intervju effekt som en svak side ved kvalitativ forskning. Det vi ser at intervjuers tilstedeværelse kan påvirke resultatet (Jacobsen, 2015, s.173). Jeg vil mene intervju effekten svekkes i intervju med elitepersoner. I intervju er det viktig at forskeren klarer å skille mellom fakta eller det som tas for gitt og informantenes vurderinger, samt hva man med rimelighet kan spørre om og få informerte og pålitelige svar om (Johnson, 2002, s.116). Det er derfor ikke slik at informantenes synspunkter og argumenter uten videre betraktes som sanne, representative eller rimelige. Jeg har derfor etter beste evne forsøkt å foreta kritiske vurderinger av observasjoner og tolkninger slik de kommer frem i intervjuene.

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide, (se vedlegg 1), til hjelp for å strukturere et intervjuforløp (Kvale & Brinkmann, 2012, s.143). Jeg grupperte spørsmålene tematisk slik at jeg under intervjuet hadde oversikt over hvilken tematikk de enkelte spørsmål sorterte under. Hovedtemaene jeg spurte om var hvordan ordførere og rådmenn oppfatter som de viktigste styringssignalene i den nasjonale folkehelsepolitikken, hvordan de oppfatter kommunens handlingsrom i folkehelsearbeidet og hvem de så på som de viktigste aktørene i det lokale

folkehelsearbeidet. Videre ønsket jeg å snakke med informantene om hvordan de oppfattet status i kommunenes folkehelsearbeid i henhold til forpliktelsene i folkehelseloven. Et sentralt tema var også å be dem beskrive og reflektere rundt det de oppfattet som kommunenes største eller viktigste folkehelseutfordringer og hva de oppfattet som de viktigste satsningene eller tiltakene i folkehelsearbeidet i kommunen. Intervjuene ble gjennomført på en delvis strukturert måte, hvor jeg forholdt meg til intervjuguidens spørsmål, men hvor det var rom for å stille oppfølgingsspørsmål og endre rekkefølge på spørsmålene slik at jeg i størst mulig grad kunne forholde meg til utsagnene til intervjupersonene å gå videre på tematikken i deres beskrivelser.

Fordelen med intervjuguide med en delvis strukturell tilnærming, hvor alle informantene blir stilt de samme spørsmålene med de samme temaene, er at temaene blir sammenlignbare (Thagaard, 2013, s.98). Jeg benyttet oppfølgende spørsmål i intervjuene, da dette ga meg mulighet til å la informantene utdype og gi fylldigere beskrivelser til forskningsspørsmålet (Kvale & Brinkmann, 2012, s.151).

Ulempen med fylldig intervjuguide er at en kan bli altfor fokusert på at en skal gjennomføre alle spørsmålene, slik at en ikke tar seg tid til oppfølgende spørsmål og utforske temaene informantene beskriver. Særlig kan dette være en ulempe ved eliteintervju, siden dette er velinformerte personer med gode artikuleringsevner som kan ha betydningsfulle bidrag inn mot forskningens hovedtema (Andersen, 2006, s.281-282). Andersen argumenterer også for at en som forsker bør innta en mer aktiv holdning i intervju med elitepersoner, enn hva som ellers er ideal i litteraturen om det kvalitative intervju. Dette for å kunne prøve ut egne forutsetninger, men også for å utdype elitepersonenes egne beskrivelser og vurderinger (Andersen, 2006, s.280). For å utøve en slik aktiv intervjuerrolle, påpeker også Andersen betydningen av forskerens forkunnskap, hvor faglig innsikt vil klargjøre forventninger og gi en god referanseramme for intervjuet som gjøre forsker kompatibel til å utfordre og følge opp utsagn underveis i intervjuet (Andersen, 2006, s.286). I tillegg benyttet jeg intervjuene til å validere eller undersøke tidligere informanternes utsagn og forståelser. Intervjuguiden inneholdt 19 spørsmål, hvorav ett av de 19 ble kun stilt til ordførerne. Dette var et spørsmål som gikk direkte på politikerrollen. Intervjuene varte mellom 30 og 60 minutter.

3.3 Datainnsamlingsprosessen

Informantene ble forespurt om deltakelse i undersøkelsen gjennom forespørsel på e-post. Informantene responderte raskt, og intervjuavtalene kom derfor på plass i løpet av relativ kort tid. Bare ved et par tilfeller måtte jeg sende en purring eller påminnelse om forespørselen om intervju. Når dato for intervju var fastlagt sendte jeg ut informasjonsskriv med utfyllende informasjon om selve undersøkelsen, (se vedlegg 2), samt skjema for informert samtykke, (se vedlegg 3).

I korrespondansen om avtaler for intervjuene avtalte vi at intervjuene skulle gjennomføres på arbeidsplassen til den enkelte informant. Ved gjennomføring av intervju er det av betydning å vurdere rammene rundt intervjuet, hvor intervjuet skal gjennomføres. Rammene påvirker undersøkelsens reliabilitet (Jacobsen, 2015, s.201; Thagaard 2013, s.110). De fleste intervjuene ble gjennomført på informantenes egne kontorer. Kun et intervju ble av praktiske hensyn og kobling mot annen møtevirksomhet holdt på et nøytralt, men kjent område for vedkommende. Intervjuene ble gjennomført i perioden februar til mars 2015.

3.3.1 Lydopptak

I alle intervjuene ble det gjort lydopptak. Dette hadde informantene blitt forespurt om i forkant av intervjuene. I informasjonsskrivet om informert samtykke som ble sendt ut i forkant av intervjuene ble det redegjort for ønsket om lydopptak av intervjuet, hvordan opptakene skulle oppbevares og benyttes under prosjektet og i etterkant av prosjektets slutt, (se vedlegg 3). På selve intervjuet ble denne informasjonen gjentatt og informantene ble spurt om de hadde noen innvendinger mot opptak og om de hadde andre spørsmål. Samtlige informanter godkjente lydopptak og skrev under på samtykkeerklæringen.

Lydopptakene ble gjennomført ved bruk av personlige mobil. Opptakene ble kodet og lagret på pc med brukernavn og personlig passord. Lydopptakene har ikke vært tilgjengelige for andre enn meg. Ettersom jeg selv stod for transkriberingen av alle lydopptakene, er det heller ingen andre som har hørt på lydopptakene av intervjuene. De transkriberte intervjuene ble også kodet og lagret på samme pc.

3.4 Analyseprosessen

Kvalitativ forskning innebærer at en som regel sitter igjen med stor mengde data. Dette var også tilfellet i denne studien, hvor alle lydopptakene fra de 13 intervjuene ble transkribert i sin fulle lengde. Dette utgjorde til sammen 105 sider (med 11 font). Utskrifter av hele intervjuene gjorde arbeidet med analysen mer oversiktlig. I tillegg bidrar det til at tolkningsarbeidet blir mer transparent og etterprøvable (Jacobsen, 2015, s.202). En viktig del av analysen er transkriberingen, og en fordel med at jeg selv transkriberte alle intervjuene er at jeg ble bedre kjent med materialet. Ifølge Thagaard starter analyseprosessen allerede i intervjusituasjonen og i prosessen med å transkribere dataene (Thagaard, 2013, s.120). Dette handler om at man allerede under intervjuet danner seg noen inntrykk og formeningar om hva som skal legges vekt og hvilke data som er særlig viktige og interessante for å besvare problemstillingen. Denne forforståelsen vil man som forsker dra med seg i det videre arbeidet med analyseprosessen.

Et stort datamateriale krever reduksjon av omfang og kompleksitet. Noe av det første jeg gjorde var å forsøke å forenkle og strukturere datamengden (Jacobsen, 2015, s.197). Som nevnt tidligere er det en utfordring at det foreligger få klare fremgangsmåter for analyse av kvalitative data. I denne studien har jeg støttet meg på det Thagaard (2013) og Jacobsen (2015) betegner som temasentrert tilnærming, hvor temaene i intervjuguiden danner utgangspunktet for analysen (Thagaard, 2013, s.157). En fordel med denne tilnærmingen er at jeg kunne gå i dybden på de samme temaene i hvert enkelt intervju. Når datamaterialet ble delt opp og inndelt i de ulike temaene startet prosessen med å kategorisere meningsinnholdet ytterligere. Samme prosedyre ble gjennomført for alle intervjuene. Til slutt kunne jeg da sammenligne informasjon fra alle deltakerne om det samme temaet og de samme kategoriene. Dette ga meg en god innsikt og dybdeforståelse i søken etter sammenhenger og mønstre i datamaterialet. Thagaard (2013, s.181) bruker betegnelsen kategoribasert analyse på denne arbeidsmetodikken, som består av koding av data, klassifisering i kategorier og prosessen fra kategorisering til identifisering av mønstre. Innledningsvis var det hensiktsmessig å lese gjennom alle intervjuene i sin helhet for å få overblikk og for å danne en helhetlig forståelse av datamaterialet jeg besatt. Dette var et viktig

grunnlag for å kunne lete etter mer overordnede sammenhenger senere i analyseprosessen (Thagaard, 2013, s.158). Deretter lagde jeg en matrise for hvert spørsmål i intervjuguiden, en rad for hver kommune og en kolonne for ordfører og en kolonne for rådmann, (se vedlegg 4). På denne måten fortettet jeg meningsinnholdet, forsøkte å redusere kompleksiteten og forsøkte å strukturere dataene (Jacobsen, 2013, s.197). Jeg gikk gjennom intervjuene flere ganger, og vekslet mellom å fokusere på temaer, spørsmål og underkategorier, for deretter lese intervjuet i sin helhet. På denne måten jobbet jeg med analyseprosessen som i den hermeneutiske sirkel, hvor jeg har vekslet mellom overblikk og helhet til deler, meningskategorier og meningsenheter tilbake til helheten (Jacobsen, 2015, s.198). I denne fasen begynte jeg å markere utsagn som fremhevet gode poenger som senere kunne brukes til sitater.

Spørsmålene i intervjuguiden var i utgangspunktet sortert under tema, og disse ble kategoriene jeg i denne delen av analysen jobbet ut fra. "*Kategoriene betegnes med begreper som gjenspeiler sentrale temaer i prosjektet.*" og "*Kategoriene bidrar til at forskeren lettere kan identifisere sentrale temaer og mønstre i teksten.*"(Thagaard, 2013, s. 159-160). Under denne bearbeidingen av dataene ser jeg mønstre i materialet som gjør at jeg endrer kategoriene underveis, og kategoriene blir nå sortert under hovedtema som knyttes opp mot forskningsspørsmålene. Den måten å jobbe på mener Thagaard er en styrke fordi det viser at forskeren reflekterer underveis i bearbeidingen av materialet (Thagaard, 2013, s.160). Denne delen av analysen utgjør den deskriptive delen, hvor empirien presenteres (kapittel fire). Men denne fasen er likevel ikke fri for tolkning, siden både min forforståelse og teoretiske bakgrunn påvirker mine valg i forhold til fremgangsmåte i analyseprosessen og i utvalget av de empiriske funn som presenteres. Siste fase av analyseprosessen var den fortolkende delen av analysen, hvor jeg har anlagt en deduktiv tilnærming, og fortolket datamaterialet opp mot det teoretiske rammeverket som er utgangspunkt for studien (kapittel fem).

3.5 Forskningsetiske overveielser

Siden samfunnsvitenskapelige undersøkelser vil medføre konsekvenser, har forsker plikt til å gjennomgå etiske vurderinger både i forkant av en undersøkelse og underveis i forskningsprosessen. I denne vurderinger må det sees på hvordan forskningen kan påvirke dem det forskes på, hvordan forskningen senere kan bli brukt og hvilke konsekvenser forskningen kan ha for samfunnet (Jacobsen, 2015, s.45). I forkant av og underveis i denne studien ble en rekke etiske vurderinger diskutert, avveid og avklart. Slike etiske vurderinger og spørsmål påvirker alle valg gjennom hele forskningsperioden (Jacobsen, 2015, s.45).

Studien ble først meldt til Fakultetets Etiske komite ved Universitetet i Agder. Deretter ble studien meldt til personvernet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), (se vedlegg nr 5). Studien ble meldt med prosjektstart 01.12.14 og prosjektslutt 30.05.15. Det er søkt til NSD om utvidelse av prosjektperiode. Datainnsamlingen ble basert på NSD sine retningslinjer for krav om informert samtykke.

I forkant av intervjuene fikk informantene tilsendt et samtykke skjema, (se vedlegg 3). Skjemaet inneholdt bakgrunnsinformasjon om hensikten med undersøkelsen og hovedtema i intervjuet. Informantene ble orientert om konsekvenser av deltakelse i undersøkelsen, hvordan intervjuet skulle bli gjennomført, at det ville bli tatt lydopptak, hvordan data ville bli behandlet og oppbevart, og at de hadde rett til innsyn og mulighet til korrigerende av data. Det ble gitt informasjon om at det var frivillig å delta i studien, og at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi grunn for dette. Samtykkeerklæringen ble underskrevet i begynnelsen av selve intervjuet. I en kvalitativ studie som dette vil det alltid være en fare for at omfattende informasjon om prosjektet i forkant av undersøkelsen kan påvirke intervjupersonenes utsagn og holdning i intervjuet, samt hindre den fleksibilitet som kvalitative studier har (Thagaard, 2013, s.26). Jeg benyttet derfor veiledende mal fra NSD når skjemaet skulle utformes. Et sentralt aspekt i de etiske overveielserne i denne studien er informantenes krav til privatliv og hensynet til anonymisering av data. I en kvalitativ case-studie som denne som baserer datainnsamlingen på intervjuer med politiske og administrative ledere i kommuner vil det ikke være mulig å sikre full anonymitet. Case-studie som forskningsstrategi krever at konteksten redegjøres for. Dermed kommer det tydelig

frem i studien hvilken landsdel kommunene er valgt ut i. Ordførere og rådmenn innehar unike posisjoner i kommunene og vil dermed være mulige å identifisere. I den grad det har vært mulig å ivareta hensynet til anonymisering i studien, er dette gjort på en slik måte at det ikke er presentert direkte personidentifiserende opplysninger til sitatene. Dette er forutsetninger som ble avveid i tråd med Fakultetets etiske komite, NSD og med informantene selv. Et annet dilemma knyttet til hensynet om anonymisering er at kravet om anonymitet forhindrer kravet om at presentasjon av resultater skal være etterprøvbare (Thagaard, 2013, s.29). Imidlertid kan kravet til anonymitet da gis forrang (Fangen, 2010, s.161). Lydopptak og transkribering av intervjuene er blitt kodet og lagret på passordbeskyttet pc. I omtale av case med utvalgte kommuner, har jeg valgt å ikke navngi eksakte kommuner, og det eksakte regionrådet de er en del av, kun landsdel. I gjengivelse av sitater, har utsagn som kan identifisere kommuner eller sted blitt fjernet.

Jacobsen (2015, s.51) presiserer at man i den grad det er mulig skal forsøke å gjengi resultater fullstendig og i riktig sammenheng. Dette er i praksis vanskelig å oppnå, sitater vil alltid bli tatt ut av sin sammenheng. Det jeg har forsøkt å etterstrebe, er å presentere data som er tro mot den sammenheng det ble uttalt i og at sitatene ikke tillegges en annen betydning enn hva informanten har ment (Jacobsen, 2015, s.52). Et annet aspekt ved dette forholdet er den makt som ligger i fortolkningen, at intervjueren med sin kompetanse kan tillegge informantene en annen mening (Kvale & Brinkmann, 2012, s.225). Essensielt her er å være klar over den forskjell som ligger i talespråk kontra det skriftlige språket. Ordrett oversettelse fra tale publisert i skriftlig språk kan medføre gjengivelse av usammenhengende setninger, som kan fornærme informanten og medføre uetisk stigmatisering (Kvale & Brinkmann, 2012, s.91,195). I slike tilfeller har jeg gjort en nøysom omskriving, for å styrke kvaliteten uten å endre meningsinnhold (Kvale & Brinkmann, 2012, s.195).

3.6 Kritiske sluttrefleksjoner

I de foregående delkapitlene har jeg fortløpende diskutert fordeler og ulemper ved de metodiske valgene som er foretatt i denne studien. Jeg vil videre belyse noen kritiske vurderinger rundt de metodiske valg jeg har foretatt i denne studien, og hvordan disse kan tenkes å påvirke undersøkelsens validitet og reliabilitet i denne studien. Ved innsamling av empiri, uansett metode, stilles det krav til at empirien må være valid og reliabel (Jacobsen, 2015, s.16). Når empirien er valid er den gyldig og relevant og den gir svar på det vi faktisk spør om, og sier noe om metoden egner seg til å undersøke det vi er ute etter. At resultatene er reliable betyr at de er pålitelig og troverdig, at resultatene er til å stole på og hvorvidt de kan fremstilles senere av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2012, s.118, 250; Jacobsen, 2015, s.17). Validitet deles opp i intern og ekstern validitet. Intern validitet er gyldigheten i vår konklusjon, om vi har belegg i våre data for vår slutning. Ekstern validitet sier noe om et funn kan generaliseres, om det kan overføres til andre sammenhenger (Jacobsen, 2015, s.17). Validitet og reliabilitet vil prege alle fasene i intervjuundersøkelsen, og av den grunn vil den systematiske tilnærmingen med kritiske spørsmål fungere som kvalitetskontroll til alle valg i hele forskningsprosessen (Jacobsen, 2015, s.17; Kvale & Brinkmann, 2012, s.254). I all forskning stilles det krav til at metodevalgene er transparente, det vil si at de kan etterprøves. Siden kvalitativ metode fortsatt er i en utviklingsfase, blir det ved dette metodevalget spesielt viktig å gjøre grundig rede for fremgangsmåten i hele undersøkelsesprosessen, fra datainnsamling til analyse og tolkning av resultater (Thagaard, 2013, s.11). Aberbach og Berry (2002) påpeker at den beste metoden i intervju med elitepersoner er åpent intervju uten rigid intervjuguide formulert på forhånd. Argumentet deres er at eliter er personer som er velartikulerte, reflekterte og kunnskapsrike. Metoden gir rom for å gå i dybden av spørsmålene, noe som igjen maksimerer validiteten. Ved gjennomgang av de empiriske funnene ser jeg i deler av det transkriberte materialet at det enkelte steder kan være vanskelig å forstå hva informantene faktisk mener eller formidler i sine beskrivelse og refleksjoner. I ettertid ser jeg at deres utsagn kunne blitt gjort mer eksplisitte om jeg hadde stilt flere oppklarende oppfølgingsspørsmål eller inntatt en enda mer aktiv intervjuerrolle.

I kvalitative forskningsintervju innhenter intervjueren kunnskap, og betraktes av den grunn som selve forskningsverktøyet, hvor en da blir avhengig av intervjuerens kvalifikasjoner (Kvale & Brinkmann, 2012, s.176-180). "*Kvaliteten på de produserte data i et kvalitativt intervju avhenger av kvaliteten på intervjuerens ferdigheter og kunnskap om tema*" (Kvale & Brinkmann, 2012, s.99). Intervjueren bør ha oversikt over metodologiske muligheter og være god på menneskelig samspill (Kvale & Brinkmann, 2012, s.35). I forskningsintervjuet bygges kunnskap i samhandlingen mellom intervjuer og intervjuperson, som medfører at annen kunnskap kan produseres med andre mennesker (Kvale & Brinkmann, 2012, s.51). Både forsker og intervjuperson påvirker forskningsprosessen, og forsker må være bevisst den påvirkning forskers tilstedeværelse har for intervjupersonen (Thagaard, 2013, s.19). Det stilles her store krav til forskeren som sees på som forskningsverktøy. Jeg gjennom undersøkelsen vært ydmyk og forsøkt å være bevisst de aspekter som må tas hensyn til ved meg som forskningsverktøy.

Analyse og fortolkning av data fra empirien kan gi viktige metodologiske utfordringer i den kvalitative metode (Thagaard, 2013, s.11). Jeg har tidligere fremhevet hvor avgjørende forskerens vitenskapsteoretiske ståsted er for hva en søker informasjon om, samt hvordan dette igjen fortolkes. Den teoretiske bakgrunnen til forsker er en del av forskers forforståelse, men enkelte deler av forforståelsen er mer ubevisst, som verdier, holdninger, erfaringer og tidligere kunnskap (Nilssen, 2013, s.68). Forforståelsen er nødvendig siden den gir oss ideer tidlig i forskningen hva vi ønsker å finne mer ut av, den gir oss en retning (Nilssen, 2012, s.68). Den hermeneutiske tilnærmingen tillates et fortolkingsmangfold, noe som avviker kravet om utvetydighet, at en tekst kun har én betydning. Forskerens analyse er avhengig av de spørsmål vedkommende stiller, og gjennom ulike perspektiver stilles forskjellige spørsmål som vil gi hver sin fortolkning og konklusjoner (Kvale & Brinkmann, 2012, s.218-219). Dette belyser viktigheten av at forsker har forhåndskunnskap til tema det forskes på, men det utfordrer samtidig forsker på sin rolle, og om fortolkning av materialet kan skje forutsetningsløst med stor nærheten til forskningsfeltet.

Jeg forsker på eget fagområde, siden denne studien omhandler folkehelsepolitikk og jeg har jobbet som rådgiver folkehelse på kommunalt nivå siste 5-6 år. Det vil si at jeg

kan til dels fylle kravet om forhåndskunnskap til tematikken, men jeg har i tillegg et veldig nært forhold til forskningsfeltet. I følge Repstad (2007) kan det være problematisk å forske på eget felt siden en kan få personlige interesser i forskningen og det kan bli utfordrende å oppnå tilstrekkelig akademisk distanse. Hvis en i tillegg kjenner aktørene en intervjuer, som i mitt tilfelle hvor jeg har god kjennskap til tre av aktørene, kan det være en fare for at jeg som forsker velger side og vil drive med selvsensur, siden jeg ikke vil sette noen av aktørene i ufordelaktig lys da dette er aktører jeg i etterkant vil møte eller skal samarbeide med (Repstad, 2007, s.38). Andre ulemper med å forske på eget fagfelt er at forskeren ikke i så stor grad vil undre seg over funn, men heller ta ting for gitt siden en er så godt kjent med miljøet og arbeidsmåter. I tillegg kan det medføre at en oppfører seg som ekspert, og istedenfor å gi presise beskrivelser av informantenes utsagn, heller mot å gi vurderinger av utsagnene. En kan i tillegg gå glipp av viktig informasjon, fordi informantene kan ved enkelte intervju si, at "dette vet du like godt som meg", eller "dette vet du mer om enn meg" (Repstad, 2007, s.68). Hvilket jeg opplevde i et par av intervjuene. Men Repstad mener videre at forskning på eget fagfelt kan gi god motivasjon og utholdenhet i krevende forskning og av den grunn er en god fordel, men en må hele tiden vær kritisk nok slik at forskningen ikke blir et festskrift, men forblir kritisk forskning (Repstad, 2007, s.58).

Ulempen er at mitt engasjement i fagfeltet medfører at jeg har antagelse og meninger om tema som vil farge min forskning, spesielt ubevisst styre min analyse og fortolkning av empirien. Det jeg registrerer kan være det jeg forventer å se, og en ikke-åpen holdning kan medføre at jeg overser viktige, belysende momenter i forskningen (Jacobsen, 2015, s.57). Dette kan aktivt motvirkes ved å hele tiden stille spørsmål i analyseprosessen som fremtvinger nye ideer og ulike perspektiver (Nilssen, 2012, s.102) og ved å skape åpenhet rundt fortolkningsprosessen som gjør den transparent og etterprøvbar (Nilssen, 2012, s.41-42). *"Derfor er det viktig at forskeren både beskriver atferdsmønstre og sin fortolkning av den setting hun eller han studere"* (Thaagard, 2013, s.43). Jeg har i den grad det har vært mulig, bestrebet meg på å være åpen og formulert eksplisitt mine valg, spørsmål og argumenter i fortolkningen av materialet. I tillegg har jeg forsøkt å beskrive alt hva jeg har gjort i alle faser av

forskningsprosessen. Dette for at studien skal være mest mulig transparent, slik at undersøkelsen kan testes og etterprøves av andre.

4 Empiri – presentasjon av funn

I dette kapittelet presenteres resultatene fra intervjuene med rådmenn og ordførere. De empiriske funnene presenteres opp mot temaene i forskningsspørsmålene som søkes besvart, og tilsvarer kategoriene som beskrevet i kapittel 3.4.

4.1 Forståelsen av nasjonal folkehelsepolitikk og prioritering av folkehelsearbeidet i kommunen

Hvordan den nasjonale folkehelsepolitikken blir forstått og om den er tydelig for de lokale beslutningstagerne er ett av de mest sentrale forskningsspørsmålene i denne studien, siden selve problemstillingen er hvordan lokale beslutningstagere forstår den nasjonale folkehelsepolitikken.

Kun en ordfører er krystallklar på at politikken er tydelig:

Ja det synes jeg det er. Jeg er fornøyd med den nasjonale politikken, men jeg.. det hjelper ikke, vi kan prate og prate og prate...og det hjelper ingenting hvis vi ikke kan få folk med oss (Ordfører 4).

Flere rådmenn fremhever at de oppfatter styringssignalene som tydelige gjennom intensjonen med folkehelseloven, hvor kommunene er pålagt å ha oversikt over helsetilstanden og hvor folkehelseutfordringene skal legges til grunn for planlegging og budsjettarbeid. Rådmennene sin oppfatning av den nasjonale folkehelsepolitikken skiller seg fra ordførernes forståelse av folkehelsepolitikken ved at flere av rådmennene hevder de har forståelse for de overordnede, generelle føringene i folkehelsepolitikken. De viser til at kommunene skal jobbe med å utjevne helseforskjeller og ta vare på folkehelsen i befolkningen ved å stimulere til gode relasjoner, sunnere livsstil, forebygge livsstilssykdommer og iverksette helsefremmende aktiviteter:

Egentlig så vil jeg si ja på det. For vi skal jobbe for å utjevne helseforskjeller i befolkningen, og ta vare på folkehelse. Vi skal stimulere til sunn livsstil, ivareta

helse og sunne relasjoner, og vi skal forebygge livsstilssykdommene. Og så skal vi bruke virkemiddelapparatet til dette. Sånn at jeg føler at den nasjonale politikken i forhold til hva en ønsker å oppnå, er klart (Rådmann 3).

Flere rådmenn syns derimot at staten er utydelig på hvilke tiltak som bør iverksettes i folkehelsearbeidet, slik en rådmann utdyper:

Men igjen så blir det... føringene legger veldig opp til hvordan man skal utforme planverket og følge opp det og så videre, så hva som er den nasjonale politikken i forhold til tiltak og stimulere til tiltak, ... jeg vet ikke.. jeg er kanskje litt usikker på det (Rådmann 3).

En rådmann mener staten nå stiller enda større krav til kommunen gjennom forpliktelsene i folkehelseloven, men savner at staten finansierer folkehelsearbeidet:

Ja jeg har lest loven og jeg skjønner intensjonen med loven. Men jeg syns ikke staten selv kommuniserer det best. Iallfall syns jeg ikke de finansierer det nok. For meg virker det som vi har fått en ny oppgave, det er keiserens nye klær i en litt annen utforming som stiller enda større krav til kommunen.... Men du kan ikke innføre en masse nye begreper og be organisasjoner endre seg hvis du ikke sørger for at det følger penger med (Rådmann 4).

To rådmenn og tre ordførere fra fire ulike kommuner her helt klar på at de oppfatter den nasjonale folkehelsepolitikken som utydelig:

Nei, når du spør så er det vel litt utydelig. Det er jo en egen evne til at man overlater de praktiske tiltakene til, altså regjering og storting, de påpeker utfordringene, og utfordrer kommunene. Men jeg oppfatter til tider at noe mer tydelighet fra staten hadde ikke skadet (Rådmann 7).

Flere av informantene, både rådmenn og ordførere er heller nølende når de skal fortelle hvordan de oppfatter de nasjonale styringssignalene:

Jeg kunne sikkert lese meg til det. Men jeg tror ikke jeg, jeg tror ikke det er klare føringer. . Jeg tror dette er, jeg tror ikke vi er i den retningen i dette landet ennå, at vi har en klar linje på hva som er folkehelse. Vi snakker om folkehelse, og vi vil veldig gjerne komme der, men vi har egentlig ingen strategi sånn gjennomgående og sømløs gjennom alle ting. Vi gjør så mye rare ting på veien. Som gjør at dette med folkehelse forsvinner litt i dette (Ordfører 2.)

Ja, nei. Jeg har aldri lest noen av de dokumentene. Så jeg aner ikke hva, men hvis jeg skulle ha lest de... men jeg føler at hvis du er sånn noenlunde interessert i hva som foregår her i verden, så føler jeg at de fleste får med seg hva som rører seg. Så jeg vil jo si ja, for jeg tenker at det handler egentlig om alt. Så jeg tror egentlig at den erkjennelsen at dette er sektorovergripende, og at dette går inn i alle fagområder, som man har blitt tydeligere og tydeligere på,

det er vel kanskje det, ... og også på statlig nivå har blitt tydelige og tydeligere. Men jeg vil ikke kunne sitte og si at det og det er satsningsområdene til staten, det vil jeg ikke kunne si (Rådmann 5).

Til tross for at den nasjonale folkehelsepolitikken ikke oppfattes så tydelig, så fremhever alle rådmennene at folkehelsearbeidet er et viktig satsningsområde i kommunen. De utdyper dette med at folkehelsearbeidet er sektorovergripende og henger sammen med det meste av kommunens øvrige arbeid og vil derfor være grunnleggende for en samlet helhetstenkning i kommunen:

Kommunene blir viktigere og viktigere. Grunnen til det er at mye skal gjøres i kommunen, og alt henger sammen med alt. Så mitt poeng er ikke å vekte folkehelse opp mot noe som helst, mitt poeng er at folkehelse er en del av den samlede helhetstenkningen i kommunen (Rådmann 3).

Vi kan ikke lykkes i det hele tatt som kommune å utføre tjenester i fremtiden hvis vi ikke har en, hva vi kaller det, en bevisst holdning til folkehelse. Og jeg tror at en del av årsaken at kommunen er konstant underfinansiert, vi bruker de pengene vi har feil fordi vi vet for lite, vi tror vi vet, men vi vet ikke (Rådmann 4). Jeg tenker at den er den aller viktigste. Det handler om folks liv og helse, og alle tjenestene i kommunen har med det å gjøre. Det er virkelig på tide at det ble mer forpliktende (Rådmann 2.)

To av ordførerne fremhever folkehelsearbeidet som viktig og grunnleggende satsning i kommunen. Tre av ordførerne hevder det er vanskelig å sette denne satsningen opp mot annet arbeid i kommunen, men to av dem mener allikevel at folkehelsearbeidet omfatter alle sektorene og av den grunn bør være en integrert del av kommunens øvrig arbeid:

Med det brede folkehelseperspektivet så er dette det viktigste. Hvis vi ikke gjør noe nå, så vil bare problemene og utfordringene og ja, alt vil jo bare eskalere (Ordfører 1).

Hmm. Ja og sette tjenestene opp mot hverandre. Alt er nesten like viktig. Det er jo velferdstilbud til folk... For det handler jo om å skape trivsel, og at folk synes det er greit å bo her, og greit å leve sine liv, både på fritid og jobbsammenheng. Så jeg synes det er vanskelig å sette det ene opp mot det andre, gode skoler er jo viktig, gode barnehager er viktig, gode helse- og omsorgstjenester er også viktig. Jeg synes det er vanskelig å sette opp mot hverandre, men de er viktige alle sammen (Ordfører 3).

4.1.1 Oppsummering

De nasjonale styringssignalene i folkehelsepolitikken oppfattes ikke som tydelige, hverken for ordførere eller rådmenn. Kun en ordfører hevder styringssignalene er

tydelig. Flere rådmenn oppfatter at styringssignalene er tydeliggjort gjennom intensjonene i folkehelseloven, men de er usikre på statens politikk i forhold til felles strategi, satsningsområder og tiltak i folkehelsepolitikken. Til tross for uklare styringssignaler i den nasjonale folkehelsepolitikken, oppfattes folkehelsearbeidet som en viktig satsning i kommunene. Folkehelsearbeidet sees på som sektorovergripende og et tema som berører de fleste andre fagområder i kommunen og av den grunn vurderes folkehelsearbeidet som grunnleggende for en helhetlig tenkning i kommunen. Av samme grunn kan heller ikke folkehelsearbeidet settes opp mot andre satsninger i kommunen. Særlig rådmennene har denne oppfatningen av viktigheten av folkehelsesatsningen. Noen av ordførerne uttaler at de synes det er vanskelig å sette folkehelsearbeidet opp mot andre satsninger i kommunen, men hevder allikevel at folkehelsearbeidet er en integrert del av kommunens øvrige arbeid.

4.2 Oppfatningen av kommunens handlingsrom og beskrivelse av de viktigste utfordringene for kommunene i å iverksette nasjonal folkehelsepolitikk lokalt

Selv om de fleste av rådmennene og ordførerne mener at økonomi er en begrensning i iverksettelsen av folkehelsearbeidet i kommunen, er både ordførere og rådmenn samstemte på at handlingsrommet er veldig stort. Dette oppfattes som positivt, og at kommunen derfor har mange muligheter. En rådmann og tre ordførere i fire ulike kommuner forklarer dette med at folkehelsearbeidet har fått økt fokus:

Jeg tror at hvis du hadde spurt noen av de som er direkte inn i det så ville de ha sagt at de ville ha mer midler. Men så tenker jeg at det er mange muligheter her. Det er mer fokus rett og slett på det. Fokus inn, at man rett og slett tilrettelegger slik at det blir fokus inn i barnehage og skole, voksen og i arbeidslivet (Ordfører 5).

To rådmenn og en ordfører hevder at handlingsrommet er stort fordi det dreier seg mye om informasjon og opplysning, samt kunnskap, kompetanse og holdning blant de ansatte:

Jeg oppfatter at vi har jo handlingsrom, men at vi må sette det i et system. Den praksisen vi har må vi sette i et system, som har et veldig klart fokus. Og så tenker jeg det vi egentlig mangler er den utviklingen av nye praksisen. Det å løfte alle på et nivå kompetansemessig. For vi skal jo håndtere driften i tillegg (Rådmann 2).

Hvis vi tenker tradisjonelt at vi må ha en egen finansiering til dette, så er det utrolig lite. Men hvis du tenker kunnskap, kompetanse, holdning blant de

ansatte, så er det jo formidabelt. Så det avhenger helt av hvordan vi som toppledere i denne organisasjonen agerer i forhold til det (Rådmann 7).

En ordfører presiserer at handlingsrommet er stort hvis en ser på muligheten som ligger i et tverrsektorielt samarbeid og god koordinering av folkehelsearbeidet:

Det økonomiske handlingsrommet vil alltid være en utfordring, men det er det i alt det vi holder på med. Men vi har et handlingsrom, vi kan spille på hverandre, vi kan tenke alle sektorene koordinert, vi kan tenke. Altså hvis folkehelse er fokus innenfor alle sektorene, så har vi bare muligheter. Det gjelder bare å få koordinert det på en god måte (Ordfører 4).

Når rådmenn og ordførere skal karakterisere de største utfordringene for kommunene i iverksettingen av folkehelsepolitikken nevnes utfordringer med å tilstrebe felles fokus, kompetanse og holdning blant de ansatte på folkehelsearbeidet. Dette er mange av de samme forklaringene oppgitt som mulighetene i opplevd kommunalt handlingsrom i folkehelsearbeidet. Både rådmenn og ordførere påpeker at økonomien er en utfordring og de ønsker seg blant annet ressurser til en dedikert stilling i folkehelsearbeidet og økonomi til blant annet fysisk tilrettelegging og andre folkehelse tiltak.

Både rådmenn og ordførere er vel så opptatt av at utfordringen for kommunene for å kunne iverksette nasjonal folkehelsepolitikk, vil være evnen kommunene vil ha til å opprettholde fokus på folkehelseperspektivet i den daglige kommunale driften.

Ordførere og rådmenn presiseres at dette handler om bevisstgjøring av folkehelsearbeidet i alle ledd i organisasjonen slik at en oppnår felles fokus og felles holdning hos alle ansatte til folkehelsearbeidet:

For kommunen så vil jeg si at det er faktisk å klare og ha fokus på ting når ting er utredet, at det ikke bare blir laget planer, og at en ikke husker hvilken skuff en har lagt den, men at man faktisk klarer å gjennomføre det å ta det opp regelmessig. Og vi må minne på, har vi gjort det og det, slik at det blir som en del av den daglige driften (Rådmann 1).

Og så viser det seg det, at i det øyeblikket du klarer å få mange nok til å tenke samme tanken, så løser mange ting seg opp etter det. Utfordringen er nok å få alle til å gå i den samme retning for å si det sånn. Det tror jeg nok er noe av det viktigste (Ordfører 2).

Rådmenn er videre opptatt av iverksettelse av folkehelsepolitikken handler om hvordan kommunen organiserer og koordinerer ressursene i folkehelsearbeidet. En rådmann er bekymret for at kommunene ikke har tiltaksapparat som faktisk virker:

Det er en sånn tosidighet, en skal ikke være blind for at vi bruker jo masse ressurser, og de ressursene vi bruker kunne vi absolutt brukt på en bedre måte. Så det er jo det jeg virkelig håper at det arbeidet vårt skal nå bidra til at vi nå greier å koordinere de ressursene vi bruker mye bedre. Så det er klart at der ligger det absolutt et stort ansvar på kommunene å få til det. Men samtidig er det sånn at når vi skal gjøre, begge deler, vi skal reparere, samtidig som vi skal prøve å få til forebygging, så kunne det har vært lurt hvis staten virkelig ville få til noe, at man liksom hadde gitt noen ressurser for å få til et ordentlig trøkk (Rådmann 5).

Til tross for at Kommunenes Sentralforbund og Helsedirektoratet har i en årrekke tilbudt et fullfinansiert kompetansehevingsprogram «Helse og omsorg i plan» ved fem utdanningsinstitusjoner i landet er dette etter- og videreutdanningstilbudet fortsatt ukjent for en noen av informantene. En rådmann er opptatt av at kommunene ikke har fått noen form for opplæring eller kompetanseheving til å gjøre jobben med å iverksette folkehelsepolitikken:

Jeg tenker sammenhengen mellom oppdraget og muligheten til å gjøre den jobben. Og at man ikke har satt en læringsvirksomhet i system (Rådmann 2).

En ordfører mener den største utfordringen er å få med hele befolkningen siden vedkommende understreker at det er så stort skille i befolkningen.

Nei det er å få med hele alle. Fordi du har så stort skille, så har du de det er helt naturlig for, de som har fått det inn med morsmelka, og som alltid har dette som fokus. Og så har du en stor masse som du må jobbe med, og som du kan lykkes veldig med. Og så har du en del som du nesten ikke vet skal få med (Ordfører 4).

En annen ordfører er spesielt opptatt av kommunene må ha noe å styre etter:

Den største utfordringen nå tenker jeg er å få laget et godt verktøy som gjør at vi har noe å styre etter. (..) Det er den eneste måten vi kan gå inn å se om ting blir gjort. Og om det har effekt. Så hvis vi ikke har en god plan og et godt styringsverktøy, så kan vi ikke kontrollere noe som helst (Ordfører 5).

Ordføreren utdyper videre at styringsverktøy er grunnleggende for at politikere kan få muligheten til å etterspørre. Med styringsverktøy mener ordføreren en plan, som bør utarbeides først for å vise hovedutfordringer innen blant annet forebyggende arbeid,

eldreomsorg og ungdomshelse, slik at prioriteringer og tiltak kan målrettes etter spesifiserte utfordringer. Politikerer ser gjerne at det blir fremlagt årlige rapporter som beskriver tiltak og kvalitet på tjenesten med en vurdering av om innsatsen virker.

4.2.1 Oppsummering

Handlingsrommet i det lokale folkehelsearbeidet betegnes som stort og sees på som en mulighet, både av rådmenn og ordførere. Forklaringen som gis er at folkehelsearbeidet har fått økt fokus, og det som gir muligheter er at det dreier seg om informasjon, kunnskap, kompetanse og holdning til folkehelsearbeidet blant de ansatte. Selv om økonomi nevnes som en utfordring for kommunene i arbeidet med å iverksette folkehelsearbeidet, vektlegges vel så mye viktigheten av å bygge god kompetanse og utvikle felles holdning blant ansatte på folkehelseområdet. Det ligger store muligheter til å iverksette folkehelsepolitikken, hvis kommunen evner å holde fokus på folkehelsearbeidet i alle sektorene og i tillegg koordinerer arbeidet på en god måte.

4.3 Oppfatningen av de viktigste aktørene for kommunen i det lokale folkehelsearbeidet

Ni av informantene, to ordførere og alle syv rådmennene, vektlegger særlig toppledelsen som den viktigste aktøren for å få iverksette nasjonale føringer på folkehelsefeltet lokalt. Fire av rådmennene og en av ordførerne presiserer at med toppledelsen menes den politisk og administrativ ledelse. Flere rådmenn fremhever at en ledelse som er tydelig både i forhold til prioritering av og i sin holdning til folkehelsearbeidet er en forutsetning for iverksetting av folkehelsearbeidet:

Det må jo være toppen, rådmann, ordfører, det politiske miljøet. De som er komiteledere. Når det kommer signaler fra toppen av en kommune, så tror jeg det blir mer lyttet til nedover i organisasjonen. Så ja, jeg tenker toppledelsen er det viktigste (Ordfører 3).

Nei, jeg er ikke i tvil om at toppledelsen må mene noe med det. Og ha fokus på det. Men det jeg tenker er at det handler mye om å få en forståelse i hele organisasjonen, og det er noe av det som er viktig med den jobben vi gjør nå er at det blir noe i organisasjonen som alle er opptatt av og har et bevisst forhold til. Om du da jobber på teknisk eller hvor du enn jobber. Så ledelsen må være

tydelig, men så må man også sikre at hele organisasjonen er med, når en tenker på kommunen (Rådmann 5).

Tre rådmenn og den siste ordføreren henviser til den politiske ledelse som den viktigste aktøren. En rådmann mener politikerne må vise vilje til budsjettprioritering, mens en annen rådmann forklarer politikernes viktighet på grunn av kommunens styringssystem:

Mener politikerne er ekstremt viktig siden vi har det styringssystemet vi har. Det betyr at de er nødt til å planlegge mer enn sin egen valgperiode (Rådmann 4).

To ordførere nevner barnehagen som den viktigste arenaen for iverksettelse av lokalt folkehelsearbeid, og en ordfører mener idrettsforbundet er den viktigste aktøren i dette arbeidet:

Det starter i barnehagen. Det er kjempeviktig å starte der. Der lærer man alt fra å spise, kosthold, til aktivitet. Selv om barna ikke oppfatter det som noe forebyggende, så lærer de å bli glad i ting. Og så går det videre opp gjennom skole (Ordfører 5).

Foruten at toppledelsen oppfattes som den viktigste aktøren, nevner rådmennene flere aktører som viktige i iverksettelse av lokalt folkehelsearbeid; innbyggerne, velforeninger, foreldrerådets arbeidsutvalg ved skolene (FAU), fastlegen og kommunelegen. En ordfører nevner folkehelsekoordinatoren som en av de viktigste funksjonen for å få folkehelsearbeidet implementert i hele organisasjonen.

Rådmennene fremhever at kompetanse og faglig kvalitet i alle kommunale tjenester er viktig, og at det er forståelse for folkehelsearbeidet i hele organisasjonen. Av viktige arenaer nevner også rådmenn skole og barnehage.

Selv om rådmennene gjennomgående hevder at folkehelsearbeidet er en viktig satsning i kommunen, så er det mer variabelt i hvor stor grad folkehelse, forebygging og helsefremming som tema er politisk prioritert. I enkelte kommuner viser det seg å være stor ulikhet i oppfatningene mellom rådmann og ordfører i samme kommune om den politiske prioriteringen av folkehelse temaet. I en kommune hevder rådmannen at det er variabelt i hvor stor grad folkehelse temaet er politisk prioritert, mens ordføreren i samme kommune mener at samme tema er veldig godt prioritert politisk.

I de fleste kommunene har rådmann og ordfører lik oppfatning av den politiske prioriteringen av folkehelse, forebygging og helsefremming som tema. I en kommune

understreker både rådmann og ordfører at folkehelse som begrep ikke er forankret godt og dypt hos politikerne som forbinder folkehelse med toppturer og lignende ting. Ordføreren i denne kommunen forteller:

Det har nok ikke vært så veldig prioritert. Det tror jeg jeg kan si med en gang. Rett og slett for når du tenker kommunen her, det er liksom ikke, så er politikerne opptatt av at det skal være,... at denne dugnadsånden skal leve videre.. og at vi skal være med å hjelpe og trykke litt på idrettslaga slik at de kan kjøre disse løypene. Det er der vi er (Ordfører 2).

I en annen kommune er rådmann og ordfører enige i at temaene folkehelse, forebygging og helsefremming ikke er politisk prioritert. Rådmannen forteller at politikerne er informert om at det jobbes med folkehelse i kommunen, men vedkommende tror ikke at politikerne fullt ut forstår hva folkehelsearbeidet innebærer. Ordføreren forteller følgende om i hvilken grad folkehelsearbeidet er politisk prioritert:

Ikke nok. Det har blitt pratet om, men jeg tror ikke det er nok. For det som alltid er et problem i kommunen, det er å få fokus på de sakene som ikke er populære. Altså så dessverre, så er altfor mange politikere overfladisk opptatt av det som er populære ting. Det er klart at det er ikke alltid så populært å gå inn i folkehelse, inn i det som er litt vondt og vanskelig (Ordfører 4).

Den andre ytterligheten gjenspeiles i to av de andre kommunene hvor folkehelse som tema er godt forankret gjennom kommuneplanen som er tydelig på folkehelse, og hvor politikerne har etterlyst folkehelsesatsning. Slik som i denne kommunene hvor rådmannen understreker følgende om den politiske prioriteringen av folkehelsearbeidet:

Det er det. Åpenbart. Bystyret er jo ofte mer forutseende enn oss. (..) Og bystyret var også veldig tidlig opptatt av folkehelseperspektivet. Ofte ligger de i forkant og utfordrer organisasjonen hele vegen (Rådmann 7).

I denne kommunen ligger politikerne gjentatte ganger i forkant av administrasjonen og dette medfører for eksempel politiske vedtak som legger konkrete føringer på at folkehelse som tema skal inkluderes ved revisjon av fremtidige planer.

4.3.1 Oppsummering

Toppledelsen blir definert som den viktigste aktøren for å iverksette folkehelsepolitikken, dette er alle syv rådmennene og to ordførere særlig tydelig på. En

tydelig ledelse som er klar i sine prioritering og holdning til folkehelsearbeidet nevnes som en forutsetning for iverksetting av folkehelsearbeidet. Politikerne er viktig på grunn av kommunenes styringssystem, og siden de må vise vilje til prioritering av folkehelsearbeidet i budsjett.

Det er stor variasjon i kommunene i hvor stor grad folkehelse, forebygging og helsefremming er politisk prioritert, fra solid politisk forankring i enkelte kommuner hvor politikerne etterspør, til andre kommuner hvor ordførere og rådmenn hevder det gjenstår et arbeid for å bevisstgjøre og skape forståelse av hva folkehelsearbeidet er hos politikerne.

4.4 Beskrivelse av kommunens folkehelseutfordringer og de viktigste satsningene i lokalt folkehelsearbeid

Av folkehelseutfordringer trekker seks av rådmennene frem levekårsutfordringer som de største utfordringene. Rådmennene har her en felles problemforståelse og forklarer dette tema mer eksplisitt med følgende utfordringer; barnefattigdom, uføretrygdete, lav utdanning, lave inntektsgrupper, likestilling, rusmisbruk og barnevern. I tre av disse kommunene fremhever også ordførerne levekårsutfordringene som de største utfordringene, men de utdyper ikke tema i den grad som rådmennene gjorde. En ordfører kommenterer fattigdomsproblematikken opp mot tema, mens en annen nevner unge uføre og at mange er på sosialstønad.

Psykisk helse blir i tillegg nevnt som en av de største folkehelseutfordringene i fire av kommunene, men kun i en av kommunene blir psykisk helse sett på som hovedutfordring både av ordføreren og av rådmannen. I de tre andre kommunene er det to ordførere og en rådmann som mener dette er hovedutfordringen. En ordfører mener fysisk inaktivitet er den største folkehelseutfordringen. Rådmannen i samme kommune har uttrykt at de største folkehelseutfordringene er psykisk helse og levekår. En ordfører og en rådmann som representerer hver sin kommune, er bekymret over at det er et tydelig skille i forhold til hvem som har fokus på fysisk aktivitet og godt kosthold:

Og jeg mener å registrere at det er et tydelig skille, det er klasseskille i vår kommune. Det er tydelig skille på de som har gode og trygge rammer rundt seg som er fysisk aktiv, og som er opptatt av kosthold og som er opptatt av å leve

sunt, i forhold til de i vår kommune som jeg synes det er veldig interessant å følge utviklingen på, som er 3. og 4 .generasjon typiske sosial klienter. Og de kan jeg se bare på veg ned her nå, så kan jeg se noen av de stå utenfor NAV kontoret eller et legekantor og røyke for livet. Og de er veldig usunne og i veldig lite bevegelse. Det som er den store utfordringen med bredden i befolkningen (Ordfører 4).

Til tross for at de fleste av rådmennene og halvparten av ordførerne har en noenlunde lik oppfatning av de største folkehelseutfordringene i kommunen, er det veldig ulikt hva kommunene har av hovedsatsninger. Fem av kommunene viser til satsninger og programmer som de har hatt over flere år, og som svarer på kommunens levekårsutfordringer. Dette er satsninger i skole og barnehage, prosjekter rettet mot psykisk helse i skolen og satsning som går på å øke kompetanse blant ansatte i hele kommunen. Ordførerne i tre kommuner fremhever at de viktigste tiltakene er henholdsvis kosthold i skolen, tursti/turmuligheter og idrettsanlegg. Dette samsvarer ikke helt med hva de har nevnt som største utfordringene, som går på psykisk helse og levekårsutfordringer.

To rådmenn fremhever at de har satsninger som svarer på oversiktsbildet. En rådmann er veldig tydelig på at det å få jobbet ut et skikkelig oversiktsbilde, er faktisk den viktigste satsningen.

For det handler om at hvis du skal utjevne helseforskjeller i befolkningen din, så må du kjenne befolkningen din. Og så må du ha et klart bilde av hvilke påvirkningsfaktorer som gjelder, og så må du ha en oversikt i sin fulle bredde av hvilke tiltak som faktisk virker (Rådmann 3).

Alle informantene poengterer at det er en åpenbar kobling mellom levekårsperspektivet og folkehelsearbeidet i kommunen, noe som fremkommer i tillegg tydelig siden levekårsutfordringer blir nevnt hyppigst som de største folkehelseutfordringene. Dette var et tema som avstedkom stort engasjement hos flere, spesielt to ordførere og to rådmenn i tre ulike kommuner, og de utdypet tema uoppfordret. Disse beslutningstagerne mener dårlige levekår må erkjennes som et problem i landsdelen, men istedenfor å benytte begrepet levekår som favner så bredt, burde en målrette og spesifisere utfordringene i større grad. I tillegg hevder de at landsdelen burde bli bedre til å fremheve det som fungerer:

Altså sånn at vi har noen samfunnsutfordringer vi må ta på alvor, men ikke legge det i en svær sekkepost som nesten er uhåndgripelig. Det kan bli en sovepute (Rådmann 2).

I stedet for å bruke den sekkeposten levekår, så kunne vi heller adressert utfordringene mer spesifikt. F.eks i den planen her, så har vi det helt konkret; De viktigste funnene i undersøkelsen (Ungdata), viser psykisk uhelse i ungdomsgruppen, spesielt blant jenter (Ordfører 7).

En av ordførerne hevder at landsdelen ennå ikke er i kjernen av problemstillingen rundt dårlige levekår, og at landsdelen ikke har kommet så langt at en kan se årsaker til utfordringen:

Altså det med levekår på Sørlandet, og det har jeg nesten lyst til å skrive bok om. Vi snakker egentlig ikke om det, vi er liksom ikke i kjernen av problemstillingen.(..) For å finne anstedet til dårlige levekår, ... den har vi ikke, ...enten vil vi ikke finne den eller så leter vi på feil plass. Vi gjør det ennå (Rådmann 2).

Det er ulik kjennskap til kommunens frisklivssentral både blant ordførere og rådmenn, og flere har av den grunn ikke utdypende mening om frisklivssentralen. Av ordførerne er det to som ikke kjenner til frisklivssentralen. En ordfører har stor tro på tilbudet, men mener en må sørge for å få med riktig målgruppe, slik at det ikke blir et tilbud for de som allerede har tilbud nok. En annen ordfører forteller at ressursen i frisklivssentralen er liten, og at den ikke henger godt nok sammen med øvrig satsning i kommunen. Av rådmennene er det en som ikke kjenner til frisklivssentralen da vedkommende er forholdsvis ny i stillingen, mens blant de andre rådmennene er det stor variasjon i oppfatningene av frisklivstilbudet. En rådmann hevder frisklivssentral er viktig og at den kan være nødvendig for noen, opplysende for andre og sosial for andre igjen. En rådmann reflekterer over hva kommunen egentlig skal ta ansvar for, og vedkommende har tro på tilbudet hvis det stimulerer til at hver enkelt tar ansvar, men er skeptisk hvis tilbudet virker passiviserende. Vedkommende har heller ikke sett forskning som kan vise til resultater som sier tiltakene i frisklivssentralen har effekt. En annen rådmann er også usikker på effekt, og mener at det er viktig med en bredere tilnærming i folkehelsearbeidet og at frisklivssentralen ikke kan være eneste satsningen. En annen refleksjon om frisklivssentralen, er en rådmann som mener det kan være andre måter å jobbe på i kommunen og vedkommende har mer tro på å bygge et samfunn hvor den type aktiviteter går av seg selv uten at kommunen må bygge opp tjenester rundt problematikken. Siste rådmannen har en mer aktiv tilnærming til frisklivssentralen, og

mener det er viktig med den type fyrstårn for å utvikle og få erfaring med tilbudet. Så kan kommunen på lang sikt vurdere om aktiviteten bør overlates til frivillig sektor.

4.4.1 Oppsummering

De største folkehelseutfordringene som trekkes frem er først og fremst knyttet til faktorer som representerer de bakenforliggende faktorene for folks helse. Det er ikke utfordringer knyttet til livsstil og helseatferd ordførerne og rådmennene fremhever som de største utfordringene. Utfordringsbildet som beskrives i de ulike kommunene både av rådmenn og ordførere er først og fremst utfordringer knyttet til levekår og psykisk helse. Kun en ordfører nevner ikke levekår og psykisk helse som utfordring, men mener Kols og fysisk inaktivitet er den største utfordringen.

Til tross for at de fleste informantene skisserer et relativt entydig bilde av hva de oppfatter som de største folkehelseutfordringene, så er det interessant at tiltakene eller hovedsatsningene for å løse disse utfordringene er veldig ulike i de forskjellige kommunene. De fleste informantene svarer at de har satsninger som er ment å møte særlig levekårsutfordringene. Dette er satsninger som benevnes som tidlig innsats, trygg tidlig inn og kvalifisert for fremtiden, og barnehage og skole er arenaer for programmene. En rådmann er veldig tydelig på at utarbeiding av helseoversikten er den viktigste satsningen for øyeblikket, slik at kommunen kan få et klart bilde av utfordringene i kommunen og påvirkningsfaktorene for å møte utfordringene. Enkelte informanter nevner satsninger som ikke samsvarer med det de har tegnet som de største utfordringene, det kan være at psykisk helse blir nevnt som kommunens største utfordring, mens idrettsanlegg blir skissert som den viktigste satsningen, eller at unge uføre og at mange går på sosial hjelp er utfordringen, mens turstier og turmuligheter er den viktigste satsningen.

Alle kommunene har frisklivssentral, men ordførere og rådmenn har ulik kjennskap til om kommunen har frisklivssentral og det varierer om de kjenner godt til tilbudet i frisklivssentralen. Informantene har ulik oppfatning om det faglige innholdet i frisklivssentralen og effekten av tiltakene som gis, siden de ikke har sett forskning som kan vise til effekt av aktiviteten i frisklivssentralen. En rådmann er i tvil om kommunen i

det hele tatt skal ivareta et slikt tjenestetilbud, og om det kan være andre måter å bygge opp et lokalsamfunn hvor denne aktiviteten kan gå av seg selv uten å være en kommunal tjeneste.

4.5 Beskrivelse av status i lokalt folkehelsearbeidet

Folkehelseloven fra 2012 er tydelig på forpliktelsene kommunene har til å utarbeide oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Oversikten skal ligge til grunn for drøftinger av kommunens folkehelseutfordringer og skal inngå som et av grunnlagene i kommunens planstrategi som plan- og bygningsloven forplikter kommunene til å utarbeide hvert fjerde år (plan- og bygningsloven 2008). For å imøtekomme helseutfordringene skal kommunen utarbeide mål og strategier for det videre arbeid som skal nedfelles i kommunale planer, og kommunen har plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte de fremkomne folkehelseutfordringer (folkehelseloven, 2012).

Alle kommunene var i gang med utarbeidelse av oversikt over helsetilstanden, og alle ordførere og rådmenn mente en slik oversikt er viktig og at det er nødvendig for å ha noe å styre etter. Flere rådmenn og ordførere hevder at en slik oversikt ville gjøre det lettere å prioritere og sette inn riktige tiltak:

Det jeg håper er at når oversiktsbildet kommer så gir det meg mulighet til å treffe strategiske tiltak (Rådmann 4).

Nei jeg tror det er kjempeviktig og få det på plass. Jeg har veldig tro på at vi må vite hvor vi er, hvis vi skal ha noen formeninge om hvilken retning vi skal bevege oss. Hvor er det faktisk mest prekært å sette inn et støt. Sånn sett når man skal lage en plan, så må det være på bakgrunn av den analysen man gjør (Rådmann 5).

En ordfører påpeker hvor viktig en oversikt over helsetilstanden kan være for politikerne:

Hvis vi ikke har oversikt over hva som faktisk er de reelle problemene, så tror jeg kanskje vi politikere er veldig flink til, spesielt oss, det med å synse, det å tro, så er det sikkert ikke de samme utfordringene hos oss, så begynner vi med tiltak og medisin som kanskje ikke fungerer hos oss (Ordfører 1.)

En rådmann mener at utarbeidelse av oversikt over helsetilstanden er den viktigste satsningen i kommunen. En annen rådmann mente utarbeidelse av oversikt er vegen

å gå, men erkjente at de selv ikke hadde kommet langt nok i dette arbeidet i sin kommune.

I fire av kommunene er både rådmenn og ordførere tydelige på at folkehelseperspektivet gjenfinnes i kommuneplanens samfunnsdel, men det er ulikt i hvor stor grad. Disse kommunene har jobbet godt med folkehelse temaet ved siste rullering av samfunnsdelen slik at folkehelse er blitt en viktig del av kommuneplanen og en ordfører mener at folkehelseperspektivet har hovedfokus i kommuneplanens samfunnsdel. Ordfører og rådmann i en annen kommune forteller at folkehelseperspektivet stadig fremtrer mer tydelig i kommuneplanens samfunnsdel, spesielt ved siste rullering for tre år tilbake.

Spesielt rådmenn påpeker at folkehelseperspektivet ikke er systematisk inne i øvrige planer i kommunen, selv om de andre planene inneholder elementer og henvisninger til folkehelse tema. To rådmenn nevner muligheten kommende planstrategi vil gi i forhold til å jobbe med folkehelse temaet mer systematisk:

Ja altså som sagt, vi begynte nå med en kommuneplan hvor vi har det som satsningsområde men vi har ennå ikke tatt det inn systematisk. Vi må gjøre en sånn, i neste planstrategi, ... de planene som politikerne ønsker å rullere, de kan vi da få folkehelseperspektivet inn.(...) At vi sier at dette er folkehelseperspektivet, og vi har klar definert det og vi vet hva det innebærer. Der er vi ikke ennå (Rådmann 2).

En ordfører påpeker hvordan rullering av kommuneplanens samfunnsdel ga en politisk forankring og bevisstgjøring av folkehelsearbeidet:

Vi jobbet veldig mye med folkehelse når vi rullerte samfunnsdelen. Så jeg syns det er noe som i alle fall er forankret veldig godt i det politiske. Og da ble det tatt ut i alle enhetene og der ble det jobbet mye med dette, for å komme med innspill til oss. Og så opplever jeg at det ble en bevisstgjøring om at folkehelse er ikke bare helse (Ordfører 1).

En ordfører forteller at temaet folkehelse ikke har vært på dagsorden i kommunen før i den senere tid:

Men folkehelse er til nå, nå har jeg drevet lokalpolitikk i så mange år, men folkehelse har jo egentlig ikke vært sånn tema i det hele tatt. Spesielt ikke på sånn landkommune som dette, det med aktivitet har aldri vært et problem. Men nå innhenter den delen av samfunnet oss også (Ordfører 2.)

Fire ordførere er tydelig på at folkehelse tiltak er forankret i økonomiplanen og gjenfinnes gjennom de tiltak som er igangsatt. To av rådmennene fra de samme kommunene som to av de omtalte ordførerne, er tydelige på at folkehelse tiltak ikke er forankret i økonomiplanen. Samtidig poengterer rådmennene at folkehelse gjenfinnes som en del av diskusjonen i planarbeidet siden det er et fagområde som henger sammen med så mange andre tjenesteområder:

Ikke. Veldig lite. Når jeg seier det så er det fordi jeg sier at det er den tverrsektorielle biten er der ikke ordentlig ennå. Men det er klart at mye av det vi gjør på helse er folkehelse relatert. Mye av det vi gjør på skole og barnehage er folkehelse relatert, så sånn sett har vi jo det. Men vi har jo ikke satt det i sentrum når vi tenker løsning (Rådmann 4).

En rådmann hevder folkehelse skal være forankret i oppgavene sektorene er satt til å løse, og vedkommende benevner folkehelse som en kvalitet i de ordinære tjenestene:

Det skal være forankret både finansielt og tiltaksmessig i de oppgavene som sektorene har og som direktørene skal leverer på. Så det er ikke sånn at vi sitter å diskuterer folkehelse som en egen tjeneste som skal få så mye ressurser til disposisjon. Det ligger, holdt jeg på å si, som en del av kvaliteten i de ordinære tjenestene (Rådmann 7).

To rådmenn belyser utfordringen med definere hva folkehelse er:

Det er en del av diskusjonen som sagt. Og dette er jo et område som nesten toucher inn på alt du driver med. Så derfor er det vanskelig å si, gjør det eller gjør det ikke det. Hva er folkehelse tiltak egentlig? Det kan jo være så mangt. Så det kommer litt an på hvordan man definerer spørsmålet egentlig (Rådmann 5.)

Politikerne ble utfordret på om de ivaretok det tverrsektorielle perspektivet og de ble bedt om å fortelle på hvilken måte de sammen med administrasjonen kunne fremme et tettere tverrsektorielt samarbeid. Alle fem ordførerne som fikk denne utfordringen, mener folkehelse arbeidet er tverrsektorielt siden alle sektorer og enheter er involvert. Ordførerne påpeker at folkehelse jobbes med nedover i linja og det er forankret i toppledelsen som igjen medfører politisk forankring. En kommune har ukentlige temamøter som er initiert politisk, hvor informasjon om blant annet planer, stortingsmeldinger, lover, forskrifter blir utvekslet og politikerne kan i tillegg etterspørre. En annen ordfører er opptatt av nytten av det tverrfaglige arbeidet og eksemplifiserer som følger:

Men det er jo veldig interessant, det å få det tverrsektorielle inn i dette folkehelse perspektivet. Hvordan kan vi få til å benytte hverandre? Igjen, for noen uker siden hørte jeg jo at lekeplasser i barnehager, er lite egnet for barn å

bruke. De er flate, de er ikke aktive, de må ut i naturen.Men for å få det til, så må de som jobber i barnehagen være trygge på det der ute. Og da må du kanskje ha inn andre faggrupper, til å blande seg inn i dette. Så det er jo veldig viktig at du river ned siloene (Ordfører 2).

Problemstillingen hvor mye ansvar samfunnet versus enkeltindividet bør ta for sin egen helse blir fremhevet som et vanskelig spørsmål. Utgangspunktet for tre rådmenn og alle fem ordførerne som svarte på dette spørsmålet, var at hver enkelt må ta ansvar for egen helse, men flere påpekte at samfunnet kan tilrettelegge og bistå dem som ikke klarer det selv. En rådmann understreker at en ikke kan bygge et samfunn hvor enkeltmenneskene venter på at samfunnet skal gjøre oppgavene for dem. Rådmennene påpeker i større grad enn ordførerne det samfunnsansvaret og samfunnsoppdraget kommunene har for å fremme befolkningens helse. To rådmenn hevder at på enkelte områder har det offentlige gått for langt i tilretteleggingen og faren da er å umyndiggjøre innbyggerne. Samfunnet bør i større grad tenke helsefremmende og heller spørre innbyggerne om "hva er det du kan?", og så heller dytte litt om det er behov.

Politisk så er det klart at samfunnet har et ansvar, men det er helt klart at vi må legge mer ansvar over på den enkelte. Hvis vi i fremtida skal klare å opprettholde det velferdssamfunnet som vi har, så må altså hver enkeltindivid skjønne at de har ansvar, ikke bare for egen helse, men for eget liv. Vi er kommet litt der at vi lener oss litt for mye på staten (Ordfører 1).

I utgangspunktet så mener jeg at det skulle være nok, men den opplæring som er i dag som de fleste får med seg. Tenker barnehage, skole og videregående skole. Det holder for en, men vi ser at kommunen allikevel må ta et ansvar (Ordfører 4).

Jeg tror ikke vi klarer å få til et tilfredsstillende folkehelse i fremtiden uten at den enkelte pålegges et betydelig ansvar (Rådmann 4).

Jeg tenker at samfunnet bør se på det som samfunnsøkonomisk viktig jobb, og prøve å forebygge mer. Altså hjelpe innbyggerne til å forebygge mer. Det offentlige har virkemiddelapparat. Så jeg tenker at det er et samfunnsoppdrag som er svært, svært viktig (Rådmann 3).

Planlegging og kommunens plan- og styringssystemet påpekes som viktige verktøy for kommunenes folkehelsearbeid, spesielt for å få til et godt tverrsektorielt samarbeid (St.meld. nr.16 (2002-2003); St.meld. nr.20 (2006-2007); Meld. St.16 (2010-2011); Meld. St.19 (2014-2015)). Et nødvendig grunnlag for planarbeid er at kommunene har gode oversikter over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer (Meld. St.16 (2010-2011)), og regjeringen påpeker allerede i Stortingsmelding nr.16 (2002-2003), at skal

kommunene kunne følge opp forpliktelsene om oversikt over helsetilstanden satt i kommunehelsetjenesteloven fra 1984, så er det avgjørende at kommunene får veiledning og verktøy til å utarbeide en slik oversikt (St.meld. nr.16 (2002-2003)). Folkehelseinstituttet har hvert år siden 2012 utarbeidet folkehelseprofil for alle landets kommuner, "Folkehelseprofilene inneholder nøkkeltall knyttet til befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom. Temaene er valgt ut fra et forebyggingsmulighetene og kjente folkehelseutfordringer, men innholdet i hvert enkelt temaområde vil også være et resultat av hva som er tilgjengelig statistikk for kommuner, bydeler og fylker." (www.fhi.no). Andre verktøy for kommunene i lokalt folkehelsearbeid vil blant annet være forskrifter og veiledere.

I halvparten av kommunene er det fire ordførere og to rådmenn som ikke er kjent med at kommunene har fått verktøy for å implementere folkehelsepolitikken. Det som nevnes av de som kjenner til verktøyene er folkehelseloven, kartlegging og statistikk. En rådmann er tydelig på at det er for dårlig kvalitet på det som har kommet gjennom folkehelseprofilen. I tillegg savner vedkommende at staten selv jobber mer helsefremmende med å dyktiggjøre kommunene i folkehelsearbeidet ved å gi kommunene bedre verktøy.

Det er veldig amatør det vi har fått tenker jeg. Det er for dårlig kvalitet, for prematurt egentlig. Da tenker jeg på at folkehelseprofilen er en god tanke, men jeg syns ikke det er bra nok. En skulle hatt en sånn, om det er forskningsrapport som tar alle ting i seg, hva er det som fungerer og hva er det som ikke fungerer. Og så tenke hvor kan man starte? Så det å dyktiggjøre kommunene, altså å ta mye mer ansvar for å dyktiggjøre kommunene istedenfor å sette mange sånne krav. For det er jo regelstyring de holder på med og straff. Jeg opplever ikke at de er helsefremmende i sin praksis. De går ikke foran med et godt eksempel (Rådmann 2).

Spesielt rådmenn savner ressurser i form av økonomi for å iverksette folkehelsepolitikken.

Nå gå jo verktøyene mye på at staten rigger et, ja, forteller hvordan plan- og bygningsloven og folkehelseloven skal virke, inn mot de kommunale planprosessene, og det er viktig. Pluss at staten også rigger tilsynsapparatet i forhold til å føre tilsyn på folkehelse, at man ser at man faktisk tar tak i loven ved at man tar tak i og får oversiktsbildet, som grunnlag for planprosessene, så det syns jeg ser ut til å fungere. Men man ser ikke igjen pengene fordi de går til den behandelende delen. Så det er det jeg føler også her kommer til å bli rådmennenes problem. Det å kunne få midler til å gjøre jobben (Rådmann 3).

Når det gjelder hvordan kommunene har organisert sitt folkehelsearbeid, så har seks av kommunene en folkehelsekoordinator, og den siste kommunen jobber med å opprette en slik type stilling. Fem av kommunene hadde folkehelsekoordinatoren organisert i helsesektoren/-avdelingen. I de to andre kommunene var koordinatorfunksjonen plassert i samfunnssektor/-enhet. En ordfører uttrykker misnøye med organiseringen, siden det tok altfor lang tid med utarbeidelse av oversikt over helsetilstanden som skal ligge til grunn for videre planarbeid:

Men bakgrunnen for at jeg ikke er fornøyd er fordi jeg mener at denne meldinga, den planen en hadde lagt, skulle ligge i bunn for de prioriteringene som en gjorde. Både i forhold til forebyggende arbeid, men også i forhold til annen planlegging. Akkurat på dette området er jeg utålmodig, fordi det er jo veldig mye penger vi bruker på helse. Og da syns jeg det er viktig at vi setter inn de rette tiltakene og ikke bare gjør det vi har gjort før (Ordfører 5).

To rådmenn påpeker spesielt at folkehelse skal være en integrert del av kommunens ordinære virksomhet. Tre av ordførerne presiserer at folkehelse blir mer og mer viktig fremover, og en ordfører mener folkehelsearbeidet har vært et undervurdert tema i lang tid.

4.5.1 Oppsummering

Det empiriske materialet viser at alle kommunene er i gang med å utarbeide oversikt over helsetilstanden, og både rådmenn og ordførere ser arbeidet med helseoversikten som et nyttig verktøy for å prioritere, styre og treffe på tiltak. Kommunene har kommet ulikt i dette arbeidet og det jobbes med videreutvikling og kvalitetsforbedring av oversikt over helsetilstanden. I fire av kommunene gjenfinnes ifølge rådmenn og ordførere folkehelseperspektivet i kommuneplanens samfunnsdelen. Fire ordførere er tydelig på at folkehelse tiltak er forankret i økonomiplanen og kommer til uttrykk gjennom de tiltak som er igangsatt. De andre rådmennene og ordførerne er litt i tvil om hvor tydelig folkehelse tiltak fremkommer i økonomiplanen, men de hevder folkehelse gjenfinnes som en del av diskusjonen siden temaet henger sammen med andre oppgaver kommunen er satt til å løse. De fleste sier det gjenstår en systematisk jobbing inn i planarbeidet før folkehelse tema er forankret i øvrige planer. To rådmenn belyste i denne sammenhengen utfordringen som ligger i å definere hva folkehelsebegrepet inneholder.

Kun politikerne ble utfordret på om de som politikere ivaretar det tverrsektorielle perspektivet, og alle ordførerne hevdet folkehelsearbeidet i kommunene var tverrsektorielt siden alle sektorer og enheter i kommunen er involvert.

Alle ordførerne og tre av rådmennene mener at helse er et individuelt ansvar, men flere påpeker at samfunnet må tilrettelegge og bistå dem som har behov for støtte. Rådmennene påpeker i større grad enn ordførerne det samfunnsansvaret og samfunnsoppdrag kommunene har for å fremme befolkningens helse.

I halvparten av kommunene er det fire ordførere og to rådmenn som ikke kjenner til at kommune har fått verktøy til å implementere folkehelsepolitikken, det som nevnes av de som kjenner til verktøyene er folkehelseloven, kartlegging og statistikk.

4.6 Arbeidet med folkehelse og prosessen med eventuelle kommunesammenslåinger

I perioden intervjuene ble gjennomført, stod kommunene midt oppe i en prosess med kommunereform og utredninger om eventuelle kommunesammenslåinger.

Kommunene har siden forrige kommunereform for 50 år siden, fått betydelig mer ansvar for velferdsoppgaver og flere av oppgavene løses gjennom interkommunalt samarbeid. Regjeringen igangsatte i 2014 en kommunereform, for å se på muligheten for kommunesammenslåinger som vil gi større og mer robuste kommuner slik at kommunene kan bli bedre rustet til å løse nye oppgaver og møte fremtidige utfordringer. Reformen varer frem til stortingsbehandling innen utgangen av 2017 (www.regjeringen.no). Det var av den grunn naturlig å spørre om fordeler og ulemper knyttet til folkehelsearbeidet ved en eventuell kommunesammenslåing, og om de hadde noen tanker om hvordan en eventuell sammenslåing ville fremme eller hemme kommunenes handlingsrom i folkehelsearbeidet.

Både rådmenn og ordførere så flere fordeler med større kommuner i forhold til folkehelsearbeidet. Fordelene som ble trukket frem var spesielt at det ville føre til større og sterkere fagmiljøer med det de definerte som en «mer riktig kompetanse», som ville sikre økt faglighet og kvalitet i folkehelsearbeidet. En overordnet oppfatning blant informantene var et en samlet kompetanse ville gjøre kommunene mindre sårbare som kompetansemiljø.

Av ulemper som blir nevnt av både ordførere og rådmenn er faren for mer spesialisering, alt vil ta lengre tid og det blir utfordrende å implementere satsning og tiltak. En kan i tillegg miste nærhet og tilhørighet og spesielt når det gjelder folkehelse kan det være viktig å beholde lokal tilhørighet. Spesielt i de mindre kommunene nevner rådmenn og ordførere at i forhold til levekårsutfordringene er nærhet viktig. Informantene i de små kommunene hevder det er lettere å ha oversikt over befolkningen i mindre miljøer. Det er mer gjennomsluttig på godt og vondt, men innbyggerne kan ikke gjemme seg bort og de blir i større grad stilt krav til. En ordfører er opptatt av ulempen ved en større kommune kan være at terskelen for å søke om hjelp av tjenesteapparatet vil bli høyere og vanskeligere for dem som allerede er utenfor.

Flere rådmenn og ordførere hevder større kommuner vil fremme handlingsrommet for folkehelsearbeidet. Det økonomiske handlingsrommet vil bli større og generelt vil det være fremmende fordi en får økt kompetanse og større avstand til problemene vil gi større grad av objektivitet og gjøre det lettere å prioritere. En vil få muligheten til å få koordinert ressursene på en helt annen måte. Små og mellomstore kommuner er for små til å ha komplett fagmiljø, og en er avhengig av interkommunalt nettverksarbeid og at de store kommunene drar.

Det er spesielt rådmenn og ordførere i de små kommunene som mener større kommuner vil hemme handlingsrommet siden et sentralt samlet folkehelsearbeid vil skape større avstand til utfordringene og en vil muligens ikke se de enkelte problemer ute i distriktet. En ordfører i en liten kommune stiller spørsmål til hva som vil bli sentralt styrt for kommunen, og hvilken mulighet kommunen vil da ha for å iverksette folkehelsearbeidet. Vedkommende mener politisk makt er sentral, og at en kan miste politisk råderett ved større kommuner.

4.6.1 Oppsummering

De fleste rådmenn og ordførere ser både fordeler og ulemper med større kommuner når det gjelder folkehelsearbeidet. Av fordeler nevnes spesielt at større kommuner ville føre til større og sterkere fagmiljøer som ville sikre bedre kvalitet i folkehelsearbeidet. Ulempene som ble trukket frem var faren for spesialisering og at en ville miste lokal

tilhørighet og nærhet som ble fremhevet som spesielt viktig i folkehelsearbeidet. Flere rådmenn og ordførere hevdet at større kommuner vil fremme handlingsrommet for folkehelsearbeidet, spesielt siden det økonomiske faglige handlingsrommet ville bli større. Rådmenn og ordførere fra de små kommunene påpekte at større kommuner vil hemme handlingsrommet siden et sentralt samlet folkehelsearbeid vil skape større avstand både til utfordringene og mulige løsninger ute i distriktet.

Ordførere og rådmenn er samstemt i argumentasjonen av fordeler og ulemper, og dette tyder på en felles forståelse av fordeler og ulemper i folkehelsearbeidet ved en eventuell kommunesammenslåing. Det er kun et fåtall som bare ser fordeler eller bare ser ulemper.

4.7 Hovedfunn empiri

Hovedfunnene i denne studien viser at rådmenn og ordførere oppfatter de nasjonale styringssignalene i folkehelsepolitikken som uklare. Til tross for uklare styringssignaler oppfattes folkehelsearbeidet som en av de viktigste innsatsområdene i kommunene. Folkehelsearbeidet sees på som et sektorovergripende arbeid og folkehelseperspektivet oppfattes som grunnleggende premiss i kommunens helhetlige tenkning om oppgaveutførelse i alle sektorer. Både ordførerne og rådmennene beskriver et relativt entydig utfordringsbilde i kommunene. Det innebærer at de har noenlunde lik oppfatning av hva som er de største folkehelseutfordringene i kommunen. Det er utfordringer knyttet til levekår og psykisk helse som er gjennomgangstemaer de trekker frem. Av levekårsutfordringer nevnes spesielt barnefattigdom, andelen uføretrygdede, lavt utdanningsnivå, andelen innbyggere med lavt inntektsnivå, likestilling og forholdsvis stort omfang av rusmisbruk. Informantene oppfatter handlingsrommet til å drive folkehelsearbeidet i kommunene som stort, noe som de ser positivt på.

Toppledelsen i kommunen, den politiske og administrative ledelse, blir sett på som de viktigste aktørene til å iverksette nasjonal folkehelsepolitikk lokalt. De største utfordringene i forhold til å iverksette lokalt folkehelsearbeid relateres til kunnskap, kompetanse og holdninger hos de ansatte for hva folkehelsearbeidet innebærer. De nevner "de ansatte", men ingen presiserer nærmere om det er de selv de mener selv om de har definert toppledelsen som viktigste aktør.

Regjeringen har gjennom stortingsmeldinger nevnt plan- og styringssystemet i kommunen som verktøy i tverrsektorielt folkehelsearbeid, samt statistikk som verktøy for å kunne utarbeide oversikt over helsetilstanden. Kommunene mener selv de har fått få verktøy til å iverksette folkehelsearbeidet lokalt, og det som nevnes av verktøy av beslutningstagerne er folkehelselov, kartlegging og statistikk. I halvparten av kommunene kjenner ikke ordførere og rådmenn til at kommunene har fått verktøy. Rådmenn og ordfører savner økonomiske insentiver spesifikt avsatt til folkehelsearbeidet.

Empirien viser flere overraskende funn. Både ordførere og rådmenn ser på folkehelsearbeidet som viktig og fundamentalt for helhetstenkningen i kommunen, siden folkehelsearbeidet er sektorovergripende og henger sammen med de andre fagområdene i kommunen. De er veldig tydelig på at toppledelsen er den viktigste aktøren. De definerer handlingsrommet for folkehelsearbeidet i kommunene som veldig stort og de mener at utfordringene i hovedsak handler om holdninger og kompetanse hos de ansatte. Det er i tillegg overraskende at de på dette tidspunktet er så tydelig på at helseoversikten er et så godt verktøy for å prioritere, planlegge og styre etter. Dette fordi flere kommuner har kommet kort nettopp i dette arbeidet, og dette er i tillegg et område som regjeringen presiserer må utvikles. At de nasjonale styringssignalene i folkehelsepolitikken oppfattes av ordførere og rådmenn som uklare er som forventet ut fra funn fra tidligere forskning.

Det er en gjennomgående felles forståelse hos både ordførere og rådmenn i mange av forskningsspørsmålene. Dette er ikke overraskende og kan forventes spesielt siden dette er et interkommunalt samarbeide som har eksistert i 20 år, ordførerne og rådmennene i disse kommunene møtes jevnlig flere ganger i året til utdypende diskusjoner på de fleste av kommunens tjenesteområder.

Et overraskende funn er at sosial ulikhet i helse ikke blir mer vektlagt. Sosial ulikhet i helse er et av hovedformålene i folkehelseloven, og er i tillegg fremhevet i plan- og byggingen. Kun en rådmann bruker begrepet når vedkommende redegjør for viktigheten av helseoversikt er nettopp for å kjenne til befolkningen for å vite hvordan en skal kunne utjevne helseforskjeller. For øvrig er det ellers bare en rådmann og en ordfører som nevner dette temaet eksplisitt i spørsmålet om folkehelseutfordringer i

kommunen. De er opptatt av et klasseskille i befolkningen og er bekymret over at dette skille i befolkningen stadig blir større.

5 Analyse

5.1 Oppfattelse av nasjonale styringssignaler sett i et institusjonelt perspektiv - de tre grunnpilarer

De empiriske funnene i denne studien viser at rådmenn og ordførere oppfatter de nasjonale styringssignalene i folkehelsepolitikken som utydelig. Dette kan sees i sammenheng med funn fra tidligere forskning som viser til at den nasjonale folkehelsepolitikken fremstår som tvetydig og uklar (Hofstad, 2012; Kiland et al, 2015; Vallgård, 2007). Hofstad mener folkehelse kan sees på som komplekse problemstillinger med langsiktige, uhåndterlige mål som vanskelig lar seg definere. Dette kan medføre at politikken fra statlig hold blir utydelig og diffus (Hofstad, 2012). Vallgård forklarer tvetydigheten med at nasjonal folkehelsepolitikk formidlet gjennom stortingsmeldinger ofte er et resultat av kompromiss mellom ulike politiske standpunkt, og av den grunn kan politikken fremstå som motstridende og inkonsistent (Vallgård, 2007). Kiland et al viser hvordan skiftende spor i folkehelsepolitikken de siste 15 årene kombinert med ulike og til dels motstridende satsninger i Helsedirektoratet på folkehelsefeltet underbygger en tvetydighet nasjonalt som kan utfordre forståelsen lokalt. Dermed velger kommunene frisklivssatsninger som enkleste tilnærming i det lokale folkehelsearbeidet. Funnene i denne studien bygger dermed opp under tidligere empiri, men viser samtidig at lokale beslutningstakere fortolker de nasjonale styringssignalene ulikt. Når folkehelseloven i stor grad fungerer som en ramme for det lokale folkehelsearbeidet og det legges opp til betydelig lokalt selvstyre i det kommunale folkehelsearbeidet, åpnes mulighetsrommet i enda større grad for lokale forståelser og fortolkninger.

Flere rådmenn fremhever at de oppfatter at styringssignalene er tydeliggjort gjennom intensjonene i folkehelseloven; kommunene skal jobbe mer forebyggende og helsefremmende, befolkningens helse skal fremmes og sosial helseforskjeller i

befolkningen skal utjevnes. Kommunene er videre pålagt å ha oversikt over helsetilstanden, og drøftinger av utfordringsbildet skal legges til grunn for utarbeidelse av mål og strategier som skal innarbeides i kommunens planer (Folkehelseloven, 2012). Kun en ordførere nevner folkehelseloven som grunnleggende for kommunens folkehelsearbeid. Ut fra empirien ser det ikke ut til at intensjonen med folkehelseloven er så sterkt forankret hos ordførerne. Scott sitt teoretiske argument om den regulative pilar innebærer nettopp hvordan lov- og regelverk benyttes for å skape en felles forståelse av et felt (Scott, 2008). Uttalelsene til rådmennene underbygger argumentet til Scott om at lovverket ikke bare lovregulerer folkehelse som myndighets- og tjenesteutøvelse, men bidrar til å skape en felles forståelse for innholdet i selve folkehelsepolitikken. Hvordan folkehelsepolitikken oppfattes av beslutningstagerne, kommer innunder den normative pilaren. Uttalelsene til rådmennene understreker Scott sitt argument om at den regulative og normative pilaren gjensidig forsterker hverandre (Scott, 2008).

Flere av de samme rådmennene som sier de oppfatter styringssignalene tydeliggjort gjennom folkehelseloven, hevder at de er usikre på statens politikk i forhold til konkrete og praktiske tiltak i folkehelsearbeidet. Ingen av ordførerne nevner det med tiltak. Det er naturlig at lokale beslutningstagerer ikke gjenfinner konkrete tiltak i statens politikk, all den tid regjeringen selv gjennom stortingsmeldinger har belyst utfordringene knyttet til usikkert kunnskapsgrunnlag på folkehelsefeltet og manglende kunnskap om effekt av tiltak (Meld. St. 34 (2012-2013)). Selv om regjeringen gjennom stortingsmeldinger ønsker både å presentere politikk men også intensjon om handling, gjenfinner ikke Vallgård konkrete tiltak i sin gjennomgang av stortingsmeldinger, og hevder at stortingsmeldinger må sees på som agendasetting av mer symbolsk og normativ art (Vallgård, 2007; Vallgård, 2008).

Folkehelsearbeidet sees på som sektorovergripende og et tema som berører de fleste andre fagområder i kommunen og av den grunn vurderes folkehelsearbeidet som en viktig satsning og grunnleggende for en helhetlig tenkning i kommunen. Dette er oppfatningen hos alle rådmennene og hovedtyngden av ordførerne. Denne tenkningen er helt i samsvar med HiAP tilnærmingen, "Health in all Policies", poengtert i Ottowacharteret i 1986, som vektla helse på alle politikkområder og tverrsektorielt samarbeid som avgjørende for helsefremmende arbeid. En tilnærming Norge har

videreført gjennom senere stortingsmeldinger og lovfestet som fremtredende mål i plan- og bygningsloven fra 2008 og folkehelseloven fra 2012. Sentralt i den normative pilaren er verdiene i en organisasjon, oppfatningen av ønsket og foretrukket atferd (Scott, 2008). De empiriske funnene tyder på at HiAP tilnærmingen kan sees på som en grunnleggende oppfatning hos alle rådmennene og hovedtyngden av ordførerne, og utgjør dermed en sentral verdi eller norm blant beslutningstagerne i det lokale folkehelsearbeidet. Dette er et overraskende funn da styringssignalene oppfattes som så uklare. En mulig forklaring kan være interaksjonen mellom beslutningstagerne i det interkommunale samarbeidet. Ordførere og rådmenn møtes flere ganger i året på ulike møteplasser, og dette samarbeidet i seg selv kan se ut til skape en felles forståelse slik som oppfatningen av HiAP. Det ser med andre ord ut til at det interkommunale samarbeidet på folkehelse kompenserer for nasjonale tvetydige styringssignaler på feltet.

5.2 Oppfatningen av kommunens handlingsrom sett i et institusjonelt perspektiv - de tre grunnpilarer

Den nasjonale folkehelsepolitikken blir av de lokale beslutningstagerne sett på som utydelig, men både rådmenn og ordførere ser på handlingsrommet for kommunene i å iverksette den nasjonale folkehelsepolitikken som stort, og som en god mulighet. Dette kan forstås på ulike måter. Rådmenn og ordførere har påpekt at de syns det er uklart hva staten signaliserer som satsningsområde i folkehelsepolitikken og de er usikre på den nasjonale politikken hva gjelder konkrete tiltak som bør iverksettes. Helgesen og Hofstad (2014) påpeker at kompleksiteten og tvetydigheten i nasjonal folkehelsepolitikk gir rom for både forhandlinger og for at kommunene selv kan tolke og oversette nasjonal politikk og tilpasse politikken til lokal kontekst og egne prioriteringer (Helgesen & Hofstad, 2014). Denne antagelsen forsterkes gjennom Tallarek nève Grimm et al (2013) som påpeker et gap mellom nasjonal folkehelsepolitikk og hva som prioriteres på kommunalt nivå. Tallarek nève Grimm et al (2013) forklarer dette med den norske tradisjonen hvor staten i liten grad styrer den lokale politikken, og dette medfører stor lokal autonomi som igjen gir muligheter for kommunene til å tilpasse nasjonale anbefalinger ulikt lokalt (Tallarek nève Grimm et al, 2013). Ingen av ordførerne eller rådmennene har nevnt eksplisitt at liten grad av statlig styring gir stort handlingsrom. Utydelig nasjonal folkehelsepolitikk kombinert med stort

kommunal selvstyre gir rom for lokal oversettelse av politikken tilpasset kommunale prioriteringer, og dette kan bidra til at beslutningstagerne oppfatter handlingsrommet som stort i lokalt folkehelsearbeid.

Både rådmenn og ordførere nevner flere ganger at mangel på øremerket finansiering av folkehelsearbeidet i kommunene medfører en utfordring for kommunene i arbeidet med å iverksette folkehelsepolitikken. Beslutningstagerne peker på at kommunene har fått økt ansvar for å forebygge sykdom og fremme befolkningens helse, men at kommunene parallelt må ivareta eksisterende oppgaver som går på behandling og omsorg. Beslutningstagerne savner at staten øremerker finansiering til det forebyggende arbeidet, og de hevder at med økte ressurser kunne kommunene fått mulighet til å få større fokus på det helsefremmende arbeidet og systematisert folkehelsearbeidet bedre.

Selv om rådmenn og ordførere nevner de utfordringer som ligger i begrenset økonomi i forhold til å iverksette folkehelsepolitikken, oppfatter jeg dem som relativt raske til å se andre muligheter. Folkehelse som tema har de senere år fått økt fokus gjennom stortingsmeldinger og innføring av folkehelseloven, og det økte fokuset fremhever beslutningstagerne som en stor mulighet i iverksettingen av folkehelsepolitikken. Beslutningstagerne hevder muligheten ligger i å øke kunnskapen og kompetansen om folkehelsearbeidet i kommunen. De påpeker videre muligheten som ligger i å skape en felles, positiv holdning til folkehelsearbeidet i kommunen og skape en felles forståelse av hva folkehelsearbeidet innebærer. Det er litt utydelig i empirien hvem de eksakt mener dette er viktig for siden informantene benevner målgruppen ulikt som "de ansatte", "folk" og "alle".

Rådmenn og ordførere argumentere da for mulighetene som ligger i den kulturell-kognitive pilaren, hvor et viktig element er hvordan felles oppfatninger og forståelse utgjør en viktig ramme for handling i en organisasjon (Scott, 2008). Scott hevder i sin teori at i organisasjoner hvor det eksisterer en felles dominerende oppfatning og forståelse, der vil handling følge rutiner fordi annen atferd oppfattes som utenkelig (Scott, 2008).

Fosse (2012) peker på flere potensielle barrierer for kommunene i arbeidet med å iverksette den nasjonale folkehelsepolitikken gjennom tverrsektorielt samarbeid. Fosse nevner blant annet utilstrekkelig forankring i involverte sektorer, utilfredsstillende koordinering og samarbeidsutfordringer mellom sektorene, og mangel på felles forståelse av utfordringene kommunen står ovenfor. Et interessant funn i denne studien er at ordførere og rådmenn trekker frem disse elementene som muligheter i det lokale folkehelsearbeidet, ikke som potensielle barrierer slik Fosse poengterer. Funnene i denne undersøkelsen viser at HiAP tilnærmingen kan sees på som en grunnleggende oppfatning hos beslutningstagerne, der de selv fremhever elementene i HiAP tilnærmingen som mulighet; arbeidet med helse i alle politikkområder og betydningen av tverrsektorielt samarbeid gitt at samarbeidet på området er godt koordinert.

5.3 Beslutningsteori – de viktigste aktørene i det lokale folkehelsearbeidet

Rådmannens ansvar for folkehelsearbeidet er blitt tydeliggjort gjennom folkehelseloven. I lovens ordlyd presiseres det at ansvaret for kommunens arbeid med å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller legges til kommunens ansvar som sådan og ikke lengre er definert inn under kommunehelsetjenestens ansvarsområde som tidligere (folkehelseloven, 2012). Gjennom folkehelseloven har rådmannen det overordnede ansvaret for kommunens folkehelsearbeid. Av den grunn er det ikke overraskende at nettopp rådmenn påpeker at toppledelsen er den viktigste aktøren for kommunen for å få iverksatt nasjonal folkehelsepolitikk. En ledelse som har en bevisst og positiv innstilling til folkehelsearbeidet, som tydeliggjør hva folkehelsearbeidet innebærer for organisasjonen og er klar i sine prioriteringer folkehelsearbeidet, nevnes som en forutsetning for iverksetting av folkehelsearbeidet. Dette tyder på at rådmennene er sitt ansvar bevisst. Det er heller ingen rådmenn som påpeker at kommunehelsetjenesten har ansvar for folkehelsearbeidet, eller at det er noen andre sektorer som har mer ansvar enn andre. Dette tyder på at intensjonen med folkehelseloven og ansvars plasseringen er oppfattet som tydelig og klar blant rådmennene i denne studien.

Jamfør folkehelseloven er et systematisk folkehelsearbeid kjennetegnet av et bredt, tverrsektorielt arbeid som er forankret i politiske vedtak og planverk. Folkehelseloven har med andre ord i seg et krav om politisk forankring i kommunene, hvor det politiske ansvaret for folkehelsearbeidet dermed er forsterket. Det er imidlertid bare to av fem ordførere som mener at det politikerne, ordfører og rådmann som er de viktigste aktørene kommunalt for å implementere nasjonale føringer på folkehelsefeltet lokalt. De tre andre ordførerne nevner at de viktigste aktørene er helse- og omsorgssektoren, idrettsforbundet og viktige arenaer som barnehage og skole. Med andre ord forstår ordførerne styringssignalene svært ulikt når det kommer til det lovpålagte ansvaret og roller i folkehelsearbeidet.

Disse funnene kan settes opp mot funnene som forteller at det er stor variasjon i kommunene i hvor stor grad folkehelse, forebygging og helsefremming er politisk prioritert. Funnene viser at i enkelte kommuner har folkehelsearbeidet en solid politisk forankring, mens i andre kommuner hevder både rådmenn og ordførere at folkehelsearbeidet har svak politisk forankring. Empirien viser i tillegg at i de to kommunene hvor både rådmenn og ordførere sier at folkehelsearbeidet som tema er politisk prioritert, i de samme to kommunene hevder ordførerne toppledelsen i kommunen er den viktigste aktøren for å iverksette folkehelsepolitikken. Dette forsterker bare sammenhengen mellom oppfattelse av det lovpålagte ansvaret og forståelsen av roller i folkehelsearbeidet.

5.4 Beskrivelse av kommunens folkehelseutfordringer - wicked problems

De største folkehelseutfordringene som trekkes frem i kommunene er utfordringer knyttet til levekår og psykisk helse, altså faktorer som representerer de bakenforliggende faktorer for folks helse. Dette er i tråd med den nasjonale folkehelsepolitikken hvor det er blitt tydeliggjort at en ønsker å se på påvirkningsfaktorene, både de faktorene som forebygger og de faktorene som skaper helseproblemer (St.mld. nr.16 (2002-2003)). Tidligere nasjonale undersøkelser har vist at levevanetemaene som rus, ernæring, fysisk aktivitet, tobakk, samt psykisk helse og sosiale møteplasser blir vurdert som de største utfordringene (Helgesen et al, 2014). Dette er imidlertid ikke tilfelle for kommunene i denne undersøkelsen hvor utfordringer knyttet til livsstil og helseatferd ikke blir fremhevet som de største utfordringene. Dette

tyder på at regionen har kommet langt i å tenke påvirkningsfaktorer for god folkehelse, og at kommunene i denne regionen vektlegger den kollektive retningen, som forklarer at de negative påvirkningsfaktorene for helse ligger i strukturelle faktorer (Kunitz, 1987; Strand & Næss, 2007). Helt siden 1993 med rapporten «Surt liv på det blide Sørland» har levekår blitt definert som sentral utfordring for regionen, og de 4-årige levekårsundersøkelsene gjennomført av SSB har vist at regionen har hatt de største levekårsutfordringene sammenliknet med andre regioner i Norge. Med andre ord har politiske og administrative beslutningstakere i kommunene i regionen jobbet i en årrekke med å sette levekårsutfordringer på den politiske dagsordenen. Det kan bidra til å forstå hvorfor levekår defineres som største folkehelseutfordring i denne undersøkelsen.

Empirien viser at informantene skisserer folkehelsesatsninger eller tiltak i kommunene som ikke svarer til hva de samme informantene trekker frem som de største folkehelseutfordringene. Informantene trekker frem psykisk helse og levekårsutfordringer som de største utfordringene, men nevner kosthold i skolen, tursti/turmulighetene og idrettsanlegg som de viktigste tiltakene. Noe av dette kan forstås ut fra at det som fremheves som de største folkehelseutfordringene, som levekår, er det vi har kalt komplekse, sosiale problemer, benevnt wicked problems. Rittel og Webber (1973) hevder at definering av wicked problems er selve problemet, og løsningene til wicked problems vil være mange, og problemene vil ikke la seg løse en gang for alle (Rittel & Webber, 1973). De største folkehelseutfordringene påpekt i kommunene er levekår og psykisk helse. Dette er store, sosiale problemer som er problematisk å definere, og medfører komplekse årsaksforhold som ikke er lett identifiserbar. Dette kan forklare misforholdet mellom påpekte folkehelseutfordringer og de skisserte satsningene i kommunen.

Flere informanter mente at levekår var et dårlig begrep å bruke, siden det ble brukt som et samlebegrep for flere komplekse problemstillinger og sammensatte samfunnsutfordringer som ble oppfattet som uoversiktlig og u håndterlig for kommunene. Det er det samme som Hofstad (2012) poengterer, når hun sammenligner klima og folkehelse og hevder at begge er komplekse problemstillinger som har langsiktige og til dels u håndgripelige mål som av den grunn kan sees på som

wicked problems (Hofstad, 2012). En av informantene var tydelig på at regionen ikke har funnet "arnestedet" til dårlig levekår som vedkommende definerte det, og mener at regionen hverken retter søkelyset på rett sted i forhold til å finne årsakene, eller at en ikke ønsket å finne årsakene. Dette er interessant refleksjon, spesielt siden regionen har store utfordringer knyttet til levekår og dette har vært en kjent utfordring siden begynnelsen av 1990-tallet. Uttalelsen til informanten kan sees i sammenheng med hva Rittel og Webber (1973) hevder, når de mener at løsninger på wicked problems gjerne sees ut fra ulike grupper personlige syn og politiske ståsted, og gruppene velger den løsningen som er mest akseptabel for dem selv (Rittel & Webber, 1973). Alt dette kan forklare at tiltak eller hovedsatsninger for å løse folkehelseutfordringene i kommunene blir skissert veldig ulikt, til tross for at de fleste informantene skisserer et relativt entydig bilde av hva de oppfatter som de største folkehelseutfordringene.

Toppledelsen i kommunene, politikere, ordførere og rådmenn, blir identifisert som den viktigste aktøren for å iverksette nasjonal folkehelsepolitikk lokalt. Hvilke rammer har toppledelsen for beslutningstaking når det gjelder iverksetting av nasjonal folkehelsepolitikk lokalt?

March og Olsen (1979) ser på beslutningsprosesser i komplekse organisasjoner preget av tvetydighet, og der aktørene mangler en fullstendig oversikt over alternative mål og konsekvenser for handling. Nasjonal folkehelsepolitikk oppfattes av de lokale beslutningstagerne som uklar, preget av inkonsistent og mangel på tydelig mål, og ifølge March og Olsen (1979) utfordrer dette kommunenes mulighet til å sammenheng mellom kommunens handling og handlingens konsekvenser. I tillegg kan deler av folkehelsearbeidet forstås som komplekse, sosiale problemer, hvor problemene vanskelig lar seg definere og ingen gitte løsninger foreligger. To ordførere fremhever nettopp utfordringen med mangel på mål. Den ene ordføreren vektlegger administrasjonens ansvar for å utarbeide planer slik at politikerne får noe å styre etter. En annen ordfører kommenterer at plan- og styringssystem kan være spesielt viktig for politikerne, hvor vedkommende hevder at nettopp politikerne har lett for synse i forkant av en beslutning.

Cohen et al (1979) sin Garbage Can modell forklarer beslutninger som tolkning av ulike strømninger i organisasjonen, hvor det kontinuerlig flyter en ustrukturert strøm av problemer, løsninger, deltagere og alternative beslutninger. Denne modellen har mange likhetstrekk med utfordringene i beslutningsprosessene i iverksettelse av folkehelsepolitikken. Deler av folkehelsearbeidet gjenkjennes som komplekse problemer, som vanskelig lar seg definere og av den grunn bli oppfattet ulikt. Som både Cohen et al (1979) og Rittel og Webber (1973) poengterer blir ikke problemet nødvendigvis løst, selv om beslutningen er tatt. Cohen et al hevder i sin beslutningsteori at en ikke alltid vil finne løsningen før en har klart å formulere spørsmålet, noe som Rittel og Webber (1973) poengterer er samme utfordring med wicked problems. I Garbage Can modellen vises det videre til at beslutninger tas uten kobling til problemene. Dette viser de empiriske funnene i denne studien, der de folkehelsesatsninger eller tiltak som løftes frem i noen av kommunene, ikke samsvarer med hva som defineres som de viktigste folkehelseutfordringer.

Ifølge Cohen et al (1979) kan noen beslutninger bli koblet til problemene helt til noen mer attraktive løsningene til problemet blir valgt, uten at dette medfører løsning på problemet. Som en av ordførerne poengterer så har politikere enkelte ganger en tendens til å fokusere på populære saker, og at de derfor unngår utfordrende, tyngre saker. Vedkommende hevder dette kan være årsak til at enkelte utfordringer i folkehelsearbeid blir valgt bort, eller ikke får politisk fokus, siden det kan innebære upopulære politiske avgjørelser.

Cohen et al (1979) problematiserer i tillegg tvetydigheten knyttet til deltakelse i beslutningsprosesser. Folkehelsearbeidet er et komplekst fagområde som skal jobbes med på tvers av sektorer, men også på tvers av ulike forvaltningsnivå, samt i samspill med frivillige og private aktører. Dette kan medføre en uoversiktlig beslutningsdeltagelse og komplisere beslutningsprosessen. Deltagerne i beslutningsprosessen har gjerne krav på seg fra ulikt hold om deltakelse i beslutninger, noe som kan medføre begrenset energi og oppmerksomhet. Tilstedeværelse et sted kan bety fravær fra en annen beslutningsprosess (March & Olsen, 1979). Dette påpekes i denne studien, hvor flere informanter påpeker at utfordringene i lokal iverksettelse av folkehelsepolitikken vil være at deltagerne klarer å

holde fokus og oppmerksomhet på folkehelsearbeidet. En rådmann fremhever at politikerne er viktige aktører i lokalt folkehelsearbeid nettopp på grunn av den norske styringsformen med lokaldemokrati. Men vedkommende poengterer viktigheten av at politikerne planlegger lenger enn sin egen fire-årige valgperiode, slik at beslutninger kan bli langsiktig og forutsigbar uavhengig av enkeltpolitikeres deltakelse.

Cohen et al (1979) argumenterer for at beslutningsprosesser preget av stor tvetydighet forverrer beslutningsprosessene, og de hevder at de kognitive og normative elementene blir da desto viktigere. Funnene i denne studien viser at det råder en felles problemforståelse og en felles oppfatning av viktigheten av folkehelsearbeidet. Videre tyder funnene at HiAP tilnærmingen kan sees på som en grunnleggende oppfatning hos alle rådmennene og hovedtyngden av ordførerne, og utgjør en sentral norm blant beslutningstagerne i det lokale folkehelsearbeidet. Dette er kognitive og normative elementer som da kan bidra til å forsterke beslutningsprosessene i kommunene.

5.5 Beskrivelse av status i oversettelse av nasjonal folkehelsepolitikk til lokalt folkehelsearbeidet

Beslutningstakernes beskrivelse av status for det lokale folkehelsearbeidet i kommunene som er innlemmet i denne undersøkelsen, viser hvor langt de oppfatter at kommunene er kommet i selve oversettelsen av nasjonal folkehelsepolitikk til lokalt nivå. Det empiriske materialet viser at alle kommunene er i gang med å utarbeide oversikt over helsetilstanden. Kommunene har siden innføringen av kommunehelsetjenesteloven i 1984 vært pålagt å ha oversikt over helsetilstanden, som skal gi kommunene et godt grunnlag for å målrette innsatsen i alle sektorer for å bedre folkehelsen (St.meld. nr.37 (1992-1993)). Dette har vært et poeng i stortingsmeldinger siden 1993, og gode data og oversiktsbilde poengteres å være grunnleggende skal kommunene kunne prioritere og gjennomføre effektive og målrettede tiltak (Meld. St. 16 (2010-2011))⁹. Plikten til å utarbeide en slik oversikt ble videreført i folkehelseloven som et tverrsektorielt ansvar. Dette budskapet er helt i samsvar med hva beslutningstagerne selv sier om viktigheten av oversikt over helsetilstanden, hvor de selv hevder at arbeidet med helseoversikten er et nyttig verktøy for å prioritere, styre og treffe på tiltak. Kommunene har kommet ulikt i

arbeidet med å utarbeide oversikt over helsetilstanden og enkelte kommuner mener de har kommet for kort og at de må jobbe med videreutvikling og kvalitetsforbedring av oversikt over helsetilstanden. Dette henger godt sammen med de nasjonale signalene hvor det påpekes at det stadig jobbes med å øke kunnskapsgrunnlaget og utvikle bedre rutiner for oversikt over befolkningens helse (Meld. St. 34 (2012-2013)).

For å få til en god politisk og administrativ forankring og godt tverrsektorielt samarbeid i folkehelsearbeidet blir planlegging løftet som et sentralt tema og verktøy (St.meld. nr.16 (2002-2003)). Ved revidering av plan- og bygningsloven i 2008, blir det helsefremmende arbeidet tydelig vektlagt i målformuleringen, og planlegging slås fast som viktig verktøy i folkehelseloven (2012). Således er bruk av planlegging som verktøy i folkehelsearbeidet et sentralt element i den regulative pilaren. Kun halvparten av kommunene er tydelig på at folkehelseperspektivet gjenfinnes i kommuneplanens samfunnsdel. De fleste informantene mener det gjenstår en systematisk jobbing før folkehelse som tema blir å finne i kommunens øvrige planer. For at plan- og styringssystemet i kommunen skal kunne bli viktige verktøy i kommunene for det lokale folkehelsearbeidet, er det nødvendig at kommunene har gode oversikter over helsetilstanden (Meld. St. 23 (2012-2013)). Som et resultat av at kommunene har kommet ulikt i arbeidet med å utarbeide oversikt over helsetilstanden, har kommunene også kommet ulikt med tanke på å få inn folkehelseiltak i kommunens planer. Det som utfordrer planleggingstanken i folkehelsearbeidet, er at enkelte tema innen folkehelse er komplekse, sosiale problemer som vanskelig lar seg definere og ikke har en gitt løsning. Rittel og Webber (1973) hevder at en ikke kan håndtere wicked problems som "tamme" problemer og av den grunn vil ikke komplekse problemer ha gitte løsninger som lett kan inngå i planleggingen (Rittel & Webber, 1973). Dette poengterer noen rådmenn når de påpeker vanskeligheten med å definere folkehelse slik at det kan gjenfinnes som konkret tiltak i kommunens planer.

Helse i alle politikkområder og tverrsektorielt samarbeid har siden Ottowacharteret i 1986 vært sentrale prinsipper i det helsefremmende arbeid, og tatt opp som bærende norm i stortingsmeldinger i Norge, og siden slått fast i plan- og bygningsloven (2008) og folkehelseloven (2012). Politikerne hevder i denne undersøkelsen at folkehelsearbeidet i kommunene er tverrsektorielt hvor alle sektorer og enheter er

involvert. Dette kan tyde på at kommunene i denne regionen har kommet langt i en tverrsektoriell forståelse og innretningen av folkehelsearbeidet, og mye lengre enn hva Riksrevisjonen stadfestet i 2015, hvor de påpeker at folkehelsearbeidet i norske kommuner hadde en svak tverrsektoriell forankring (Riksrevisjonen, 2015).

Som pekt på i gjennomgangen av stortingsmeldinger, så har man i folkehelsepolitikken de senere år vektlagt ulikt i stortingsmeldingene om helse er et individuelt ansvar eller om det er samfunnets ansvar å fremme befolkningens helse. Ansvarlig forvaltningsnivå ble først stadfestet gjennom innføringen av folkehelseloven av 2012. Siden folkehelsepolitikken ikke har vært gjennomgående konsekvent i sin politikkformidling, er det ikke unaturlig at vi gjenfinner ulikt syn hos ordførere og rådmenn, og at dette er en problemstilling de syns er vanskelig å ha en klar mening om. Det som kan sees på som påfallende, er den vektlegging alle ordførerne og flere rådmann har på at helse er et individuelt ansvar. Dette sett i lys av at de definerer levekårsutfordringer og psykisk helse som de største folkehelseutfordringene, utfordringer som krever at en ser på bakenforliggende faktorer på systemnivå. Rådmennene påpeker i større grad enn ordførerne det samfunnsansvaret og samfunnsoppdrag kommunene har for å fremme befolkningens helse. Dette kan igjen henspille på hva vi tidligere har påpekt at folkehelsearbeidet og intensjonen med folkehelseloven i sterkere grad er forankret hos rådmennene enn ordførerne, og hvor da rådmennene i større grad er bevisst folkehelseloven krav om at kommunen som forvaltningsnivå har hovedansvaret for å fremme befolkningens helse (Folkehelseloven, 2012).

Det er liten kjennskap blant informantene til at kommunene har fått verktøy til å iverksette folkehelsepolitikken. Noen få nevner folkehelseloven, kartlegging og statistikk. Regjeringen har gjennom stortingsmeldinger påpekt spesifikt at plan- og styringssystem er verktøy for kommunene, samt statistikk for å kunne utarbeide oversikt over helsetilstanden. Informantene var heller ikke tydelige på hva de ønsket seg av verktøy. Det som er de mest konkrete verktøyene kommunene så langt har fått fra staten, er lokale folkehelseprofiler utarbeidet årlig av Folkehelseinstituttet, samt nasjonal veileder til hjelp i arbeidet med å utarbeide oversikt over helsetilstanden (Helsedirektoratet, 2013).

Tidligere studier peker på at et sentralt element i folkehelsearbeidet er evnen kommunene har til å oversette nasjonal folkehelsepolitikk til lokale forhold og en kommunal kontekst, og hvor uklare styringssignaler gir både utfordringer og muligheter i oversettelsen (Hofstad, 2012; Tallrik Née Grimm et al 2013; Hofstad, 2014; Kiland et al, 2015). Selv om funnene i denne studien tyder på at kommunene på enkelte områder har kommet langt i sin oversettelse av nasjonal folkehelsepolitikk, er det interessant å se på hva som fremmer eventuelt hemmer oversettelse av nasjonal styringssignaler til kommunal kontekst. Røvik (2007) har sett på ulike modeller for oversettelse, hvor den ene modellen sammenlignes med en rasjonell implementeringsmodell hvor prosessen beskrives som top-down orientert. Denne modellen passer til funn i denne studien, hvor beslutningstagerne hevder toppledelsen er den viktigste aktøren for iverksettelse av folkehelsepolitikken. En top-down modell er en hierarkisk oversettelseskjede, hvor ledelsen vil og skal iverksette nasjonal folkehelsepolitikk vertikalt nedover i linjene. Informantene i denne studien påpeker nettopp at tydelig ledelse er avgjørende for hvordan folkehelsearbeidet blir oppfattet og prioritert nedover i organisasjonen.

Røvik (2007) beskriver videre hva som skjer når ideer skal overføres til ny kommunal kontekst, som består av et komplekst samspill av formelle strukturer, rutiner, prosedyrer, samt av mer uformelle normer og kultur. Røvik (2007) mener det er en vekselvirkning mellom hvordan de nye ideer vil prege mottakende kommune, men også hvordan eksisterende kommune vil farge de ideer som skal oversettes. Røvik poengterer også at ideer kan være tydelig og konkret, eller utydelig og abstrakt (Røvik 2007). I denne studien undersøkes hvordan uklare styringssignaler i folkehelsepolitikken oversettes til en kompleks kommunal virkelighet, hvor politikken skal oversettes på tvers av sektorer til ulike faggrupper, og hvor ulik fagbakgrunn medfører ulik forståelse og vektlegging i selve oversettelsen. Dette kan igjen medføre flere varianter av oversettelsen. I en hierarkisk oversettelseskjede vil i det i større grad versere en felles variant i oversettelsens første fasen hvis ledelsen har klare meninger om hvordan oversettelsen skal foregå og av hvem (Røvik, 2007). Dette bygger opp under viktigheten av at det er toppledelsen i kommunen som har det overordnede ansvaret for å oversette nasjonal folkehelsepolitikk.

Den evne kommunene vil ha til å oversette og lage gode oversettelser, kaller Røvik (2007) for translatørkompetanse. Folkehelseloven er tydelig på at folkehelsearbeidet er rådmannens ansvar, samt at et systematisk folkehelsearbeid skal forankres i politiske vedtak og planverk som igjen forsterker det politiske ansvaret for folkehelsearbeidet. Dermed kan vi si at translatøren i kommunen er rådmannen, med den politiske ledelsen som viktig forankringspunkt. Den gode oversetter bør ifølge Røvik (2007) besitte flere typer kompetanse. For det første bør oversetteren ha god kunnskap til det som skal oversettes, som i denne studien er nasjonal folkehelsepolitikken. Der viser empirien at beslutningstagerne oppfatter styringssignalene som uklare, men funnene viser samtidig at flere rådmenn har god kjennskap til intensjonen i folkehelseloven, den regulative pilaren. Videre sier Røvik at oversetteren bør ha kjennskap til selve oversettelsesprosessen og til konteksten det skal oversettes fra. Disse elementene har ikke denne studien undersøkt, men derimot skal oversetteren ha god kjennskap til den lokale konteksten det skal oversettes til. Der vil rådmannen besitte god translatørkompetanse i forhold til å ha kjennskap til egen kommune.

Røvik (2007) belyser videre hvordan den mottakende kontekst består av etablerte rutiner, strukturer og mange aktører med en reformhistorie fra tidligere forsøk på oversettelse av ideer. Rådmann med lang fartstid i kommunen, vil være en sentral aktør nettopp til å ha den type oversikt og forståelse. Oversetteren bør i tillegg kunne håndtere både dekontekstualisering, som er evnen til å identifisere god fungerende ideer i andre kommuner eller forvaltningsorgan, og rekontekstualisering, som er evnen til å bearbeide og tilpasse abstrakte ideer til sin egen kommune. Denne gjennomgangen av de ulike translatørkompetansene, understreker betydningen av at rådmannen tar et overordnet ansvar for oversettelsen av nasjonal folkehelsepolitikk.

6 Konklusjon

Funnene i denne studien viser at de lokale beslutningstagerne oppfatter den nasjonale folkehelsepolitikken som uklar. Et viktig funn i studien er at beslutningstagerne i det interkommunale samarbeidet har utviklet en felles forståelse der HiAP tilnærmingen er sentral. Beslutningstagerne oppfatter at handlingsrommet for lokalt folkehelsearbeid er

stort. Ordførere og rådmenn forstår derimot styringssignalene svært ulikt når det kommer til det lovpålagte ansvaret og roller i folkehelsearbeidet. Rådmenn fremhever at styringssignalene er blitt tydeliggjort gjennom intensjonene i folkehelseloven og de oppfatter den administrative og politiske ledelsen i kommunen som den viktigste aktøren for å iverksette nasjonal folkehelsepolitikk lokalt. Både rådmenn og ordførere hevder oversikt over helsetilstanden er et nyttig verktøy for kommunen for å kunne prioritere og målrette tiltakene i folkehelsearbeidet. Beslutningstagerne har i tillegg en lik problemforståelse hvor de peker på levekår og psykisk helse som de største folkehelseutfordringene. Denne forståelsen tyder på at regionen har kommet langt i å tenke påvirkningsfaktorer for god folkehelse.

Det første hovedfunnet i studien viser at til tross for at den nasjonale folkehelsepolitikken oppfattes utydelig, viser de empiriske funnene at HiAP tilnærmingen har festet seg som en grunnleggende oppfatning hos alle rådmenn og hovedtyngden av ordførerne. En mulig forklaring er interaksjonen mellom beslutningstagerne i det interkommunale samarbeidet, og at dette samarbeidet med jevnlig møtearenaer i seg selv skaper en felles forståelse og en felles oppfatning som funnene viser vedrørende HiAP tilnærmingen. Det ser med andre ord ut til at det interkommunale samarbeidet på folkehelse kompenserer for nasjonale tvetydige styringssignaler på feltet. Det er et meget interessant funn. Dermed gis perspektivet til Scott betydelig forklaringskraft, særlig når det gjelder den kognitive pilaren. Men HiAP tilnærmingen kan også oppfattes ha fått en så solid forankring, at den kan sies å utgjøre en sentral norm eller verdi blant beslutningstagerne i det lokale folkehelsearbeidet. Dette viser at den kognitive og normative pilaren forsterker hverandre. Folkehelsearbeidet oppfattes som en av de viktigste innsatsområdene i kommunen. Flere rådmenn fremhever at de oppfatter styringssignalene er blitt tydeliggjort gjennom intensjonene i folkehelseloven. Folkehelseloven ser ikke ut til å være så godt forankret hos ordførerne. Rådmenn er usikre på statens politikk når det gjelder konkrete og praktiske tiltak i folkehelsearbeidet.

Det andre hovedfunnet i studien er at rådmenn og ordførere ser på handlingsrommet for kommunene med å iverksette den nasjonale folkehelsepolitikken som stort. Beslutningstagerne hevder at økt oppmerksomhet om folkehelsearbeidet nasjonalt de senere år, gir større muligheter lokalt i arbeidet med å iverksette nasjonal

folkehelsepolitikk. Flere beslutningstagerer trekker frem elementene i HiAP tilnærmingen som en mulighet i lokalt folkehelsearbeid; de påpeker muligheten som ligger i et økt folkehelsefokus på alle politikkområder og muligheten et tverrsektorielt samarbeid gir, gitt at det er godt koordinert. Rådmenn og ordførere peker videre på muligheten som ligger i å øke kunnskapen og kompetansen om folkehelsearbeidet i kommunen, og viktigheten av å skape en felles forståelse og positiv holdning til folkehelsearbeidet.

Det tredje hovedfunnet er at rådmennene oppfatter den administrative og politiske ledelsen i kommunen som den viktigste aktøren for å iverksette nasjonal folkehelsepolitikk lokalt. Dette tyder på at intensjonen med folkehelseloven og ansvars plasseringen er oppfattet som tydelig og klar blant rådmennene i denne studien. Ordførerne oppfatter derimot styringssignalene svært ulikt når det kommer til det lovpålagte ansvaret og roller i folkehelsearbeidet. Empirien viser i tillegg at det er stor variasjon i kommunene i hvor stor grad folkehelse, forebygging og helsefremming som tema er politisk prioritert.

Et fjerde hovedfunn er at beslutningstagerne har en lik problemforståelse for hva de ser på som de største folkehelseutfordringene. Utfordringene som trekkes frem i kommunene er knyttet til levekår og psykisk helse, faktorer som representerer de bakenforliggende faktorer for folks helse. Dette tyder på at regionen har kommet langt i å tenke påvirkningsfaktorer for god folkehelse. Levekår og psykisk helse kan sees på som store, sosiale problemer som er problematisk å definere og medfører komplekse årsaksforhold som ikke er lett identifiserbar. Problemene har ingen gitte løsninger, løsningene til problemene kan være mange og problemene lar seg ikke løse en gang for alle. Dette kan forklare at enkelte informanter skisserer folkehelsesatsninger som ikke svarer til hva de trekker frem som de største folkehelseutfordringene.

Det femte hovedfunnet er at kommunene har kommet ulikt i arbeidet med å utarbeide oversikt over helsetilstanden jamfør forpliktelsen i folkehelseloven (2012), men både rådmenn og ordførere hevder oversikt over helsetilstanden er et nyttig verktøy for kommunen for å kunne prioritere og målrette tiltakene i folkehelsearbeidet. Kun i halvparten av kommunene gjenfinnes folkehelseperspektivet i kommuneplanens samfunnsdel, og de fleste informanter mener det gjenstår en systematisk jobbing før

folkehelse som tema blir å finne i kommunens øvrige planer. Det er lite kjennskap til hva kommunene har fått av verktøy til å iverksette nasjonal folkehelsepolitikk.

Til slutt må det påpekes som overraskende at sosial ulikhet i helse ikke blir mer vektlagt som tema, siden sosial ulikhet i helse er et av hovedformålene i folkehelseloven og i tillegg er fremhevet i plan- og byggingen. Det er kun noen få beslutningstagerer som nevner dette temaet eksplisitt i spørsmålet om folkehelseutfordringer i kommunen, hvor de tar opp bekymringen rundt et økende classeskille i befolkningen.

Den nasjonale folkehelsepolitikken er utydelig, og en del av folkehelseutfordringene kan sees på som sosiale, komplekse problemstillinger som vanskelig lar seg definere og løse. Folkehelsefeltet er komplekst hvor fagområdet skal jobbes med på tvers av sektorer og forvaltningsnivå, som i tillegg medfører uoversiktlig strøm av problemer, løsninger, deltakelse og alternative beslutninger i beslutningsprosessen. Dette utfordrer beslutningsprosessen i lokalt folkehelsearbeid og kan også bidra til å forklare hvorfor beslutningstagerne ikke har en tydelig mål-middel relasjon knyttet til det de beskriver som problem og løsning. Forståelsen av HiAP gjenspeiler ikke kommunenes satsninger og status i folkehelsearbeidet. Dermed gis perspektivene i til March og Olsen (1979) stor forklaringskraft.

Tidligere studier har pekt på at sentralt i folkehelsearbeidet er evnen kommunen har til å oversette nasjonal folkehelsepolitikk til lokale forhold. Med utgangspunkt i Røvik (2008) sin translasjonsteori, kan den administrative og politisk ledelse fremheves som viktig strategisk ressurs for god oversettelse av nasjonal folkehelsepolitikk.

Beslutningstagerne besitter mange av de translatorkompetansene Røvik påpeker er avgjørende for gode oversettelser. Denne studien ser på hvordan nasjonal folkehelsepolitikk blir forstått lokalt, og har sett på mekanismer i selve oversettelsesprosessen. Jeg mener dette er overførbart til andre politikkområder. Denne studien har ikke gått i dybden av oversettelsesprosessen, og Røvik hevder organisasjonenes oversettelseskompetanse er en oversett form for kompetanse. Jeg tenker dette er et interessant felt som kunne ha blitt belyst nærmere i videre forskning.

Avslutningsvis vil jeg påpeke momentet som tyder på at til tross for uklare styringssignaler, så kan interaksjonen i det interkommunale samarbeidet forklare den felles oppfatningen beslutningstagerne har av HiAP tilnærmingen. For å belyse denne tematikken nærmere, ser jeg at jeg med fordel kunne innlemmet teori om samstyring og nettverksteori for å få en bedre analyse og forståelse av betydningen av den interkommunale konteksten disse beslutningstagerne er endel av.

Litteraturliste

- Aberbach, J. D. & Rockman, B. A. (2002). Conducting and Coding Elite Interviews. *PS: Political Science and Politics*, 35(4), 673-676.
- Andersen, S. S. (2006). Aktiv informantintervjuing. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 22(3), 278-298.
- Andersen, S. S. (2013). *Casestudier. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Berry, J.M. (2002). Validity and Reliability Issues in Elite Interviewing. *PS: Political Science and Politics*, 35(4), 679-682.
- Cohen, M.D., March, J.G. & Olsen, J.P. (1979). People, Problems, Solutions and the Ambiguity of Relevance. I J.G. March & J.P. Olsen (Red.), *Ambiguity and Choice in Organizations*. (s. 24-37). Bergen: Universitetsforlaget.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet (2016). Folkehelseprofil Aust-Agder og Vest-Agder. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/helse/folkehelseprofil/>
- Folkehelseloven. 2012. *Lov om folkehelsearbeid*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven>
- Forskrift om oversikt over folkehelsen. (2012). *Forskrift om oversikt over folkehelsen*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692/KAPITTEL_1
- Fosse, E. (2012). "Norwegian Experiences" I D. Raphael (Red) *Tackling Health Inequalities: Lessons from International Experiences* (s. 185-207). Toronto: Canadian Scholars` Press Inc.

Fosse, E. & Helgesen, M.K. (2015). How can local governments level the social gradient in health among families with children? The case of Norway. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 6(2), 328-346.

Hagen, S., Helgesen, M., Torp, S. & Fosse, E. (2015). Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1-9.

Hartley, J. (2004). Case Study Research. I C. Cassell & G. Symon (Red), *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research* (s.323-333). London: Sage Publications.

Helgesen, M.K. & Hofstad, H. (2012). Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse. *NIBR-rapport 2012:13*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Helgesen, M. K., & Hofstad, H. (2014). Determinants in Norwegian local government health promotion – Institutional perspectives. In J. J. Kronenfeld (Ed.), *Research on the sociology of health care. Technology, communication, disparities and government options in health and health care services*, 32 (s. 143–180). Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited.

Helgesen, M.K., Hofstad, H., Risan, L.C., Stang, I., Rønningen, G.E., Lorentzen, C. & Goth, U.S. (2014). Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner. *NIBR-rapport 2014:3*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Helsedirektoratet (2013). *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. IS-2110. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgstjenesteloven. 2012. *Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven>

Helsetilsynet (2015). *Med blick for bedre folkehelse. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2014 med arbeidet i kommunane med løpande oversikt over helsetilstanden til befolkninga og påverknadsfaktorar etter folkehelseloven.* Rapport fra Helsetilsynet 4/2015. Oslo: Statens helsetilsyn.

Heløe, L. A. & Ånstad, H. (2007). Striden om kommunehelse (tjeneste)loven: Hvor ble det av forebyggingen? *Michael* 4(4), 567-590.

Hofstad, H. (2013). *Håndtering av "wicked problems" i kommunal planlegging – lokal oversettelse av målsettingene om bærekraftig utvikling og bedre folkehelse i ulike planleggingspraksiser.* Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for statsvitenskap.

Hofstad, H. (2014). Lokalt folkehelsearbeid – status, utfordringer og anbefalinger. Vedlegg til "Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. Oslo: Helsedirektoratet.

Jacobsen, D.I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsviten-skapelig metode.* Oslo: Cappelen Damm AS.

Johnson, J.M. (2002). "In-depth interviewing". I J.F. Gubrium & J.A. Holstein (Red), *Handbook of interview research.* London: Sage Publications.

Kiland, C., Kvåle, G. & Torjesen, D.O. (2015). The Ideas and Implementation of Public Health Policies: The Norwegian Case, I Ferlie, E., Boch Waldorff, S., Reff Pedersen, A., Fitzgerald, L. & Lewis, P.G (Eds.) *Managing Change: From Health Policy to Practice* (s.9-25). London: Palgrave Macmillan UK

Kommunehelsetjenesteloven (1984). *Lov om helsetjenesten i kommunene.* (Loven er opphevet. Kun tilgjengelig i Lovdata PRO.)

- Kumar, N., Stern, L.W. & Anderson, J.C. (1993). Conducting interorganizational research using key informants. *The academy of management journal*, 36(6),1633–1651.
- Kunitz, S. (1987). Explanations and ideologies of mortality patterns. *Population and development review*, 13(3), 379-408.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lijphardt, A. (1971). Comparative politics and the comparative method. *American Political Science Review*, (65), 682 – 693.
- March, J.G. & Olsen, J.P. (1979). *Ambiguity and Choice in Organizations*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 16 (2010-2011). *Nasjonalt helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 34 (2012–2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Plan- og bygningsloven – pbl. (2009). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71?q=plan%20og%20byggningsloven>

- Raphael, D. (2012). *Tackling Health Inequalities: Lessons from International Experiences*. Toronto: Canadian Scholars`Press Inc.
- Repstad, P. (2007). Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder I samfunnsfag. Oslo: Universitetsforlaget.
- Riksrevisjonen (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*. Dokument 3:11 (2014-2015). Oslo: Riksrevisjonen.
- Rittel, H. W. J. & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences* (4), 55-169. Amsterdam: Elsevier Scientific Publishing Company.
- Røed, H. (1994). *"Surt liv på det blide Sørland" – Helse og levekår i Agderfylkene*. November 1993. Kristiansand: Kommunenes Sentralforbund.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Scott, W. R. (2008). *Institutions and Organizations. Ideas and Interests*. Los Angeles, CA: Sage Publications.
- Sosial – og helsedirektoratet (2005). *Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. IS-1229. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- St.meld. nr.37 (1992-1993). *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo: Sosialdepartementet.
- St.meld. nr.16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet.

St.meld. nr.20 (2006-2007). *Nasjonale strategier for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

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

Strand, B.H. & Næss, Ø. (2007). Forskning på sosial ulikhet i helse i Norge i Ragnhild R. Bore (red) *På liv og død – Helsestatistikk i 150 år*. Historisk helsestatistikk. Oslo: SSB, 74-88.

Tallarek nève 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), 228-235.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vallgård, S. (2007). Review Article: Public health policies: A Scandinavian model? *Scandinavian Journal of Public Health*, (35), 205-211.

Vallgård, S. (2008). Social inequality in health: Dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health Policy* (85), 71 - 82.

WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986. Geneva: World Health Organisation.

WHO (1988). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*. Second International Conference on Health Promotion. Adelaide 5-9 April 1988. Geneva: World Health Organisation

WHO (2013). *Helsinki Statement on Health in All Policies*. The 8th Global Conference

on Health Promotion. Helsinki: World Health Organisation

Yin, R. K. (2014). *Case Study Research. Design and Methods*. Los Angeles: SAGE Publications.

Vedleggsoversikt

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informantene

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

Vedlegg 4: Matrise; eksempel på meningsinnhold fra intervjuene

Vedlegg 5: Melding til Personvernet for forskning

VEDLEGG 1 Intervjuguide

Organisering/ satsning

1. Hvordan er folkehelsearbeidet organisert i din kommune?

Folkehelseutfordringer, satsninger, planarbeid, prioritering

2. Hva oppfatter du som de største folkehelseutfordringene i din kommune?
3. Kan du beskrive de viktigste folkehelsesatsningene i din kommune?
4. Hvor viktig er folkehelsearbeidet sammenliknet med andre satsninger i kommunen?
5. I hvor stor grad har kommunen utarbeidet oversikt over helsetilstanden, jamfør folkehelseovens paragraf 5?
6. I hvor stor grad er folkehelse, forebygging og helsefremming som tema politisk prioritert?
7. I hvor stor grad er folkehelse tiltak forankret i kommunale planer etter plan- og bygningsloven?
8. I hvor stor grad er folkehelse tiltak forankret i kommunens økonomiplan?
9. *(Stilles kun til ordførere)*
I ny folkehelselov er det stort fokus på tverrsektorielt samarbeid. Mener dere som politikere at dere ivaretar det tverrsektorielle perspektivet, og på hvilken måte?
Hvordan kan dere som sammen med administrasjonen fremme et tettere tverrsektorielt samarbeid?
10. På Sørlandet spesielt har levekårsutfordringer vært fokusert – vil du karakterisere levekårsperspektivet en del av folkehelsearbeidet i kommunen? Evt hvordan?
11. a) Hvordan reflekterer du rundt problemstillingen hvor mye ansvar samfunnet versus enkeltindividet bør ta for sin egen helse?
b) Hvordan kan kommunen tilrettelegge for dette?
12. Ifølge tidligere undersøkelser, så ser frisklivssentralene ut til å være en dominerende satsning i kommunens folkehelsearbeid så langt.
Hva har dere tenkt rundt Frisklivssentral i din kommune?

Nasjonale føringer / handlingsrom

13. Er det tydelig for deg hva som er den nasjonale politikken på dette feltet?
Hvordan forstår du de nasjonale føringene og signalene på folkehelsefeltet?

14. Hva tenker du om *verktøyene* kommunene har fått for å iverksette folkehelsepolitikken – fungerer det, er det tydelig nok?
15. Hva vil du karakterisere som de største *utfordringene* for kommunen i iverksettingen av folkehelsepolitikken?
16. Hvem mener du er de viktigste *aktørene* for å få iverksette nasjonale føringer på folkehelsefeltet i din kommune?
17. Hvordan opplever du handlingsrommet / mulighetene til kommunene i folkehelsearbeidet?

Kommunesammenslåing

18. Vi er midt inne i en kommunereform, som kan bety endringer i kommunestrukturen.
Hvordan tenker du om folkehelsearbeidet i dette?
Hva vil være fordelene og hva vil være ulempene knyttet til folkehelsearbeidet ved en kommunesammenslåing?
19. Hva vil skje med mulighetsrommet / handlingsrommet ved evt større kommuner?
På hvilken måte? Vil det være hemmende eller fremmende?

Avslutning

20. Ytterligere kommentarer på tema jeg ikke har spurt om, eller som du vil utdype.

VEDLEGG 2

Informasjonsskriv til informantene

Maj-Kristin Nygård
Masterstudent Universitet i Agder

13.mars 2015

Kartlegging av folkehelsearbeidet i kommunene i knutepunkt Sørlandet

Takk for at du har svart ja til å delta i denne kartleggingen.

De siste årene har folkehelsepolitikken hatt en dreining fra sykdomsforebygging og helserelatert atferd til et sterkere fokus på påvirkningsfaktorer med vektlegging av sosial ulikhet i helse, bakenforliggende årsaker og fokus på levekår. Dette fremkommer tydelig i revidert plan- og bygningslov gjeldende fra juni fra 2009 og ny folkehelselov gjeldende fra januar 2012, hvor lovenes formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, blant annet gjennom utjevning av sosiale helseforskjeller. Lovene skal bidra til å mobilisere tverrsektoriell ansvar, og bidra til bedre forankring av folkehelsearbeidet i kommunens politiske og administrative ledelse, i alle sektorer og i ordinære plan- og styringssystemer.

Nasjonalt er det blitt gjennomført to kartlegginger de senere år som har sett på hvordan folkehelsearbeidet blir organisert ute i kommunene både før iverksetting av folkehelseloven (NIBR 2012:13) og en oppfølgende runde en tid etter at loven trådte i kraft (NIBR 2014:3).

Som en oppfølging av nasjonale kartlegginger, vil jeg i denne undersøkelsen se på hvordan folkehelsearbeidet er organisert og forstått lokalt, og hva som peker seg ut som de viktigste og prioriterte satsningsområdene.

I denne sammenheng ønsker jeg å intervjuer rådmenn og ordfører fra alle kommunene i knutepunkt Sørlandet.

Intervjuene vil foregå i perioden februar – mars 2015, og vil vare maks en time.

Undersøkelsen gjennomføres som en del av masteroppgaven i folkehelsevitenskap ved Universitetet i Agder.

Vedlagt følger en samtykkeerklæring, som skal undertegnes på selve intervjuet.

Med vennlig hilsen

Maj-Kristin Nygård

VEDLEGG 3

Samtykkeerklæring

1) Hva skjer med informasjonen om deg (informanten):

Data vil fortløpende bli lagret på personlig område på pc og en back up disk, hvor personlig passord behøves for å komme inn. Alle data vil bli slettet umiddelbart etter at oppgaven er ferdigstilt.

2) Utlevering av materiale og opplysninger til andre:

Data og opplysninger i denne studien vil ikke bli gitt ut til andre, og materiale som blir innsamlet vil ikke bli utlevert.

3) Oppbevaring og dato for sletting av data:

Data vil bli slettet minimum ett år etter at intervju er gjennomført, mars 2016.

4) Samtykke

Hvis du sier ja til å delta i studien, gir du også ditt samtykke til at opplysninger som fremkommer i intervju kan bli sitert og gjengitt i oppgaven. Alle opplysninger vil bli anonymisert.

5) Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg:

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

6) Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektleder/ kontaktperson (se under).

7) Lydopptak:

Det samtykkes til at samtalen/intervjuet blir gjennomført med lydopptak.

8) Navn, telefonnummer og e-mailadresse til leder for undersøkelsen og veileder:

Prosjektleder: Maj-Kristin Nygård, MajNyg@lillesand.kommune.no , mobil 469 16 829

Veileder: Charlotte Kiland, charlotte.kiland@uia.no , mobil 958 11 942

Samtykke til deltakelse i undersøkelsen:

Jeg bekrefter å ha fått og forstått informasjon om studien.

Jeg er villig til å delta i undersøkelsen:

Dato: _____ Signert av

prosjektdeltaker: _____

VEDLEGG 4 - Matrise; eksempel på meningsinnhold fra intervjuene

	Hva oppfatter du som de største folkehelseutfordringene	
K1	Utdannelsesnivået. sosiale utfordringer barnefattigdom uføretrygdede flyktninger fysisk fostring kollektiv transport radon	Psykisk helse -spes lave skoleresultater Levekårsutfordringer -ift fattigdomsproblematikk
K2	Psykisk helse (medisinbruk) Flere uføre vanlige levekårsutfordringene -lav utdanning (KOLS og andre lungesykdom)	KOLS og sånne ting Få mennesker til å være mer i bevegelse, gjøre mer fysiske ting Er på en måte tidlig innsats
K3	Levekårsutfordringer, større her enn i kystkommune -lavere utdanning -lavere inntektsgrupper Innvandrere, mange -risiko for levekårsutfordringer Livsstilssykdom – høyere enn de andre	Unge uføre sosialhjelp
K4	Bibelhistorie? -likestilling -misbruk og rus holdning til ungdom ift uføre barnevern – økte kostnader	Levekår Klasseskille er tydelig - ift fys akt og kosthold 3.+4-generasjons sosialklienter Utfordringen er å få med bredden i befolkningen
K5	Jeg tror det er psykisk helse. Kjempeproblem bl de unge (K.lege opptatt av de klassiske tingene, røyk+alkohol) men jeg tror psykisk helse er størst pga rusmisbruk (annet?) inaktivitet todeling i samfunnet	Ser vi har utf ift barn – unge og eldre. Har behov for oversikten, plan å styre etter
K6	Levekårsutfordringer; (generelt store, gml industrisamf) -mange uføre -mange på sosialhjelp -barnevern -lavt utdanningsnivå	
K7	Fh går på innbyggernes levekår og livskvalitet, fra vugge til grav. Utf vil jo variere; -vold i heimen -fysisk aktivitet -ensomhet blant eldre -psykisk og fysisk helse	Psykisk helse (for snill ungdom? – ref ungdomsundersøkelser)

VEDLEGG 5



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	Les mer om hva personopplysninger . NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet.
Annet, spesifiser hvilke		
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke		NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Les mer om nettbaserte spørreskjema .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre). Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjektittel		
Prosjektittel	Helse i plan - kommunens arbeid med folkehelse i kommunale planprosesser	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Agder	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen.
Avdeling/Fakultet	Fakultet for helse- og idrettsvitenskap	
Institutt	Institutt for folkehelse, idrett og ernæring	
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Charlotte	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Kiland	
Stilling	Universitetslektor	Daglig ansvarlig og student må i utgangspunktet være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har eksternt veileder, kanbiveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig.
Telefon	38141689	
Mobil	95811942	Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
E-post	charlotte.kiland@uia.no	
Alternativ e-post		NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Arbeidssted	Universitet i Agder	

Adresse (arb.)	Gimlemoen 25	
Postnr./sted (arb.sted)	4630 Kristiansand	
5. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja ● Nei ○	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	Maj-Kristin	
Etternavn	Nygård	
Telefon	46916829	
Mobil		
E-post	MajNyg@lillesand.kommune.no	
Alternativ e-post		
Privatadresse	Furulia 12	
Postnr./sted (privatadr.)	4622 Kristiansand	
Type oppgave	<input type="radio"/> Masteroppgave <input type="radio"/> Bacheloroppgave <input type="radio"/> Semesteroppgave <input type="radio"/> Annet	
6. Formålet med prosjektet		
Formål	Denne studien vil se på hvordan folkehelseperspektivet blir ivare tatt i det kommunale plansystemet i to utvalgte kommuner, og vil spesielt fokusere på hvordan sosial ulikhet ivaretas og fremkommer i kommunenes plansystemet. Det vil spesifikt sett på medvirkningsperspektivet.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.
7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?		
Kryss av for utvalg	<input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre	
Beskriv utvalg/deltakere	Jeg planlegger å gjennomføre intervju med kommunenes rådmenn, kommunalsjefer, kommunelege, planansvarlig, folkehelsekoordinator, evt ansvarlig for medvirkning i kommunene.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.
Rekruttering/trekking	Utvalget av informanter er valgt pga deres rolle i planarbeidet og funksjon i kommunen.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk.
Førstegangskontakt	Undetegnete vil ta kontakt med folkhelserådgiver i de respektive kommuner, og avtale nærmere.	Beskriv hvordan kontakt med utvalget blir opprettet og av hvem. Les mer om dette på temasidene .
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer barn på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	maks 10 stk	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja ○ Nei ●	Les mer om sensitive opplysninger .

Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse .
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/internet <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata (medisinske journaler)	<p>Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).</p> <p>NBI! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes.</p> <p>Les mer om registerstudier her.</p> <p>Dersom du skal anvende registerdata, må variabeliste lastes opp under pkt. 15</p>
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger		
9. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	<p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer her.</p> <p>Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.</p> <p>Last ned en veiledende mal her.</p> <p>NBI! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.</p>
Samtykker utvalget til deltakelse?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Flere utvalg, ikke samtykke fra alle	<p>For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert.</p> <p>Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke.</p> <p>Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.</p>
10. Informasjonssikkerhet		
Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	<input type="checkbox"/> På server i virksomhetens nettverk <input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> Privat datamaskin <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon) <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p> <p>Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>NBI! Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver.</p> <p>Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepenne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.</p>
Annen registreringsmetode beskriv		

Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Datamaskinen er beskyttet emd brukernavn og passord.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbar rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler (ekstern aktør)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraktsreguleres.
Hvis ja, hvilken		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm.
Hvis ja, beskriv?		Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig. Vi anbefaler for ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten.
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?		
Utleveres/deles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	<input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Andre institusjoner <input type="radio"/> Institusjoner i andre land	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole.
Hvis ja, hvilken	Ja, det er blitt søkt FEK på Uia, fakultetes etiske komite. Har fått godkjenning der.	
12. Periode for behandling av personopplysninger		
Prosjektstart	01.12.2014	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter.
Planlagt dato for prosjektslutt	30.05.2015	Prosjektslutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (bakgrunnsopplysninger) <input type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	NB! Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. Les mer om anonymisering.
13. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Studentoppgave, krever ikke finansiering	
14. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		