

## **Kommunal autonomi og statlig styring av folkehelsearbeidet**

Hvilke kommunale og statlige faktorer anser folkehelsekoordinatorer som viktige for gjennomslag i kommunalt folkehelsearbeid?

ANDREA HEIMVIK LIED

VEILEDER

Førstemanuensis Tor-Ivar Karlsen

ME-516 Masteroppgave i folkehelsevitenskap

**Universitetet i Agder, 2020**

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for ernæring og folkehelse

## Forord

Høsten 2018 tok jeg et veivalg for å endre arbeidsfelt fra en behandlende til en forebyggende tilnærming til helse. Som sykepleier startet jeg på masterstudium i folkehelsevitenskap og dette har vært et av mine bedre valg.

Første foreleser gav studentene en pangstart på studiet, med et høstsemester fylt med glødende og engasjerende forelesninger. Det var vanskelig å ikke bli inspirert i norsk folkehelsepolitikk. Dessverre var ikke alt positivt, noe som skapte frustrasjon og fortvilelse. Folkehelsearbeidet har gode intensjoner og kan berike samfunnet i vidt omfang, om politikere og landets statlige og kommunale styringsmakter prioriterer det. Forelesningene handlet om hvordan folkehelsekoordinatorer skal være en ressurs for folkehelsearbeidet, men forskning viste at utilstrekkelige arbeids- og organisasjonsvilkår hindret dette.

Når tilbudet om å forske på folkehelsekoordinatorenes arbeids- og organisasjonsvilkår stod på trappene januar 2019, var jeg ikke vanskelig å be. Denne motivasjonen har holdt seg gående fra høsten 2018 til denne våren 2020. Studiet har fått meg til å innse at jeg selv har beveget meg fra nederste del av gradientstigen og oppover, og at jeg derfor har mulighet til å gi egne barn et annet startpunkt enn hva jeg selv hadde. Jeg ønsker at hvert barn, samfunnets framtidige ressurser, skal starte så høyt oppe på gradientstigen som mulig og derfor er folkehelsearbeidet så viktig. Men for at folkehelsearbeid skal prioriteres trenger det forkjempere – og i løpet av to år er jeg blitt en av dem.

Derfor ønsker jeg å rette en stor takk til Charlotte Kiland for forelesninger som gav engasjement og utvidet samfunnsforståelse. Videre vil jeg takke Universitet i Agder, med min veileder i spissen, førsteamanuensis Tor- Ivar Karlsen, for invitasjonen til deltakelse som forskningsassistent i FLINK 2019-prosjektet. Takk til mine forskningskollegaer for et godt og hyggelig samarbeid.

Under ledelse av Karlsen har dette vært en enestående mulighet i et viktig forskningsstudium. Jeg vil alltid være takknemlig for den trofaste oppmuntringen og klokskapen som har fulgt veiledningen underveis.

## Sammendrag

*Bakgrunn:* I 2012 ble Lov om folkehelsearbeid innført, med målsetning om å utjevne sosiale ulikheter i helse. For at dette arbeidet skal være effektivt må det være systematisk. Det systematiske folkehelsearbeidet starter med en grundig utarbeiding av kommunale utfordringer i det såkalte «oversiktsdokumentet». Gjennom tidligere stortingsmeldinger er det anbefalt at en folkehelsekoordinator skal lede et slikt kommunalt folkehelsearbeid og samtidig etablere en tverrsektoriell tilnærming til folkehelsearbeid. Forskning har imidlertid vist at dette arbeidet er variert fra kommune til kommune. I flere kommuner oppfylles ikke intensjonene i folkehelseloven, noe som er satt i sammenheng med koordinatorenes arbeids- og organisasjonsvilkår. Lave stillingsprosent og organisatorisk plassering på underordnet nivå er årsaker til manglende gjennomslagskraft hos flere koordinatører. Dette får følger for gjennomføringen av de retningslinjer som er satt for folkehelsearbeidet gjennom folkehelseloven og dermed kvaliteten på folkehelsearbeidet. Dette kan være årsaker til at sosiale helseforskjeller vedvarer framfor å minimeres. Derfor er det interessant å avdekke hva folkehelsekoordinatorer selv opplever som viktig for gjennomslag i folkehelsearbeidet og finne mulige forklaringer på dette.

*Metode:* Data fra en tversnittundersøkelse gjennomført i 2019 hvor alle kommuner var inkludert. Deskriptiv statistikk samt bi- og multivariate logistiske regresjonsanalyser ble gjennomført.

*Resultater:* De kommunale faktorene ble rangert som de viktigste faktorene for gjennomslagskraft i kommunalt folkehelsearbeid. Spesielt viktig var forankring hos rådmannen (67 %), forankring i politisk ledelse (60 %) samt forankring hos øvrig administrativ toppledelse (58 %). Mindre viktig var forankring i kommunalt vedtatte planer (50 %) og forankring i utøvende tjenester (37 %). Blant de statlige faktorene var tildeling av stimuleringsmidler rangert som viktigst (30 %), deretter sterkere regulering i lowerket (12 %) og tilsyn fra fylkesmannen (8 %).

*Konklusjon:* Denne studien antyder at kommunal forankring hos toppledelsen er avgjørende for koordinatorenes opplevelse av gjennomslag i kommunalt folkehelsearbeid. Mangelfullt gjennomslag for koordinatorene kan skyldes mangelfull forankring av folkehelse i kommunal toppledelse.

**Nøkkelord:** Folkehelse, folkehelsekoordinator, Lov om folkehelselov, Helsefremmende arbeid, HIAP, tverrsektorielt samarbeid, Norge

## Abstract

**Background:** In 2012, the Public Health Act was introduced, with one of the foremost objectives of equalizing social inequalities in health. For this work to be efficient, it must be systematic. The systematic public health work starts with a thorough preparation of municipal challenges in the so-called "overview document". Through previous parliamentary reports, it is recommended that a public health coordinator should lead such a municipal public health work and at the same time establish a cross-sectoral approach to public health work. However, research has shown that this work is insufficient, which is linked to the coordinators' working and organizational conditions. Low percentage rates and organizational placement at a subordinate level are reasons for the lack of impact of several coordinators. This will have consequences for the implementation of the guidelines set for public health work through the Public Health Act and thus the quality of public health work. This may be the reason why social health inequalities (in Norway) persist rather than being minimized. Therefore, it is interesting to discover what public health coordinators themselves perceive as important for impact in public health work and find possible explanations for this.

**Methods:** Data from a cross-sectional survey conducted in 2019 in which all municipalities were included (N = 264). Descriptive statistics as well as bi- and multivariate logistic regression analyses were performed.

**Results:** The municipal factors were ranked as the most important factors for the impact of municipal public health work. Particularly important were anchoring with the councilor (67%), anchoring in political leadership (60%) and anchoring with other top management (58%). Less important were anchoring in municipal plans (50%) and anchoring in executive services (37%). Among the state factors, allocation of stimulants was ranked most important (30%), then stronger regulation in the legislation (12%) and supervision by the county governor (8%).

**Conclusion:** This study suggests that municipal anchoring of top management is crucial for the coordinators' experience of breakthroughs in municipal public health work. Defective impact of the coordinators may be due to a lack of anchoring of public health in municipal top management.

**Keywords:** Public Health, Public Health Coordinator, Norwegian Public Health Act, Health Promotion, HIAP, inter-sectorial collaboration, Norway

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	2
Sammendrag .....	3
Abstract .....	4
1.0 Innledning .....	7
1.1 Problemstilling .....	13
2.0 Metode .....	15
2.1 Utvikling av spørreskjema .....	15
2.2 Datainnsamling .....	15
2.3 Etiske godkjenninger .....	16
2.4 Svarprosent.....	16
2.5 Statistisk metode .....	17
3.0 Teori.....	19
3.1 Instrumentell tilnærming.....	20
3.2 Institusjonell tilnærming.....	21
3.2.1 Kulturperspektivet .....	21
3.2.2 Myteperspektivet.....	22
3.3 Statlig og kommunal styring .....	23
4.0 Resultater.....	26
4.1 Deskriptive data om respondentene .....	26
4.2 Gjennomslag i kommunens folkehelsearbeid .....	28
4.3 Assosiasjoner mellom uavhengige variabler og statlige stimuleringsmidler .....	29
4.4 Assosiasjoner mellom uavhengige variabler og tilsyn fra fylkesmannen.....	30
4.5 Assosiasjoner mellom uavhengige variabler og sterkere regulering i lovverket .....	30
5.0 Drøfting.....	31
5.1 Hovedfunn 1: Kommunal forankring viktigere enn statlig drahjelp.....	32
5.1.1 Kommunalt selvstyre .....	32
5.1.2 Generalistkommuneprinsippet .....	33
5.1.3 Organisasjonstilhørighet og organisasjonskultur .....	34
5.1.4 utfordringer .....	36
5.2 Hovedfunn 2: Forankring i kommunal toppledelse.....	37
5.2.1 Hvordan oppnår koordinatorene gjennomslag? .....	37
5.2.2 Kommuneledelsens forankring av folkehelse .....	40
5.3 Hovedfunn 3: Større skepsis til strenge statlige virkemidler .....	41
5.3.1 Opplevs de statlige faktorene som ressurser? .....	42

5.3.2	Hvor inngripende er de statlige faktorene?.....	43
5.3.3	Statlig forankring av folkehelse.....	46
5.4	Hvor viktig er gjennomslag for koordinatorene? .....	48
5.5	Styrker og svakheter ved studien .....	50
5.6	Oppsummering .....	50
6.0	Konklusjon .....	53

Referanser

Vedleggsoversikt

## 1.0 Innledning

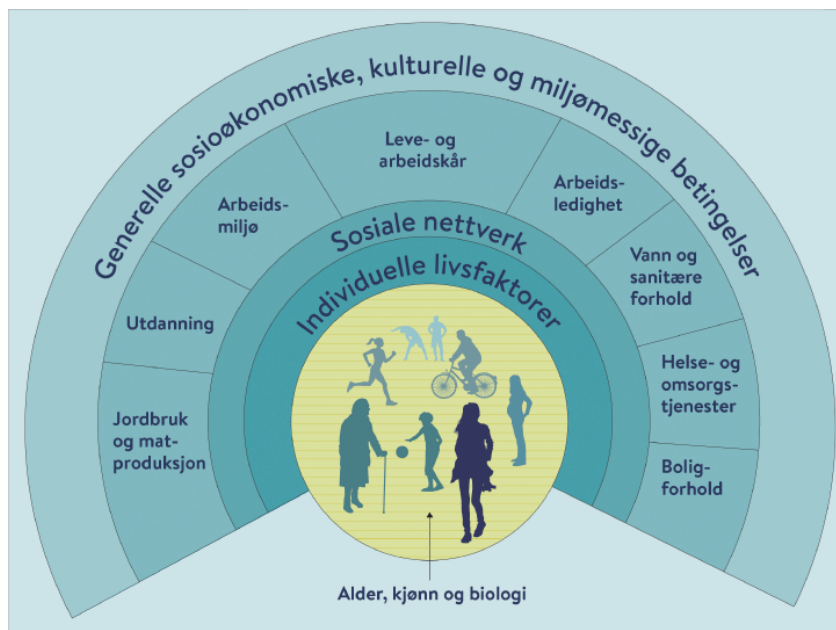
Historien viser at folkehelse alltid vil ha forbedringspotensial. Etter hvert som gamle mål oppnås, vil folkehelsearbeidet ha nye mål å jobbe mot. På denne måten er folkehelsearbeid et kontinuerlig pågående arbeid. Historien viser samtidig at statlig involvering har vært grunnleggende for at folkehelsen forbedres. Typisk folkehelseproblematikk på 1800-tallet var kloakk i gatene og smitterisiko ved sykdomsutbrudd, som resulterte i høy spedbarnsdødelighet og en levealder rundt 40 år (Nordhagen, Grøholt, Graff-Iversen, & Major, 2014). Staten innførte nytt regelverk som angikk folkehelse, deriblant lov om vaksinasjon, skolelover, fabrikktilsynslov, bygningslov og tuberkuloselov (Schjønsby, 2001). Disse bidro til at folkehelsen sakte, men sikkert bedret seg blant norske innbyggere utover 1900-tallet (Nordhagen et al., 2014). På 1970-tallet startet oljeindustrien og Norge opplevde kraftig økonomisk vekst (ibid.). Dermed begynte velferdsstaten å ta ny form og tilbydde stadig flere statlige helsetilbud (ibid.). Forventet levealder doblet seg fra 40 til 80 år i løpet av to århundrer (ibid.) og i 2013 var Norge på førsteplass i FNs levekårsindeks (United Nations).

I dag har Norge en annen folkehelseproblematikk enn på 1800-tallet. Av de mest fremtredende problemene finner man de ikke-smittsomme sykdommene som diabetes, hjerte- og karsykdommer, overvekt, kols og kreft (Dahl, Bergsli, & Wel, 2014; Krokstad & Knudtsen, 2011). Verdens Helseorganisasjon har satt opp ni mål for å bekjempe disse såkalte «livsstilssykdommene» innen 2025 (World Health Organization, 2020b), hvilket Norge har forpliktet seg til og utarbeidet egen planstrategi for (Folkehelseinstituttet, 2020; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Allerede i 2018-2019 hadde Norge oppnådd målet om å redusere tidlige dødsfall (>70 år) som følge av de ikke-smittsomme sykdommene (Grotdal, 2017). Videre har seks av ni mål foreløpig positiv status, mens utviklingen av inaktivitet, fedme og diabetes er henholdsvis uforandret og faretruende (ibid.)

Et annet stort folkehelseproblem er *sosial ulikhet i helse*, der yrke, utdannings- og lønnsnivå har sammenheng med helseproblemer og levetid (Folkehelseinstituttet, 2018; Kravdal, 2017; Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Sosial ulikhet i helse danner en gradient, der helsa blir bedre for hvert trinn opp på den sosioøkonomiske stigen (Dahl et al., 2014). Dette betyr at høyere utdanning og inntekt gir færre helseproblemer og flere leveår. Til tross for at Norge er en velferdsstat og oppnår høy score på FNs levekårsindeks, viser sosiale helseforskjeller å eskalere framfor å minimeres, på lik linje som i andre nordiske og egalitære industriland (Dahl et al., 2014).

Lov om folkehelsearbeid (2012) § 3 definerer folkehelse som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning». Folkehelsearbeid er «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen». Norge ble internasjonal pioner innen folkehelse ved å innføre verdens første folkehelselov. Tidligere hadde folkehelse kun vært tatt inn i andre lover. Folkehelseloven bygger på Samhandlingsreformen fra 2008, som gav helsetjenesten ny retning ved å forebygge med tidlig innsats framfor å behandle på grunn av sen innsats (Helse- og omsorgsdepartementet). En forebyggende tilnærming vil være samfunnsøkonomisk for staten på lang sikt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Ved å innføre egen lov for folkehelse ble temaet satt på dagsorden og løftet i den politiske diskusjonen. Loven har som mål å bedre befolkningens folkehelse og er grunnlagt på fem byggesteiner som skal bidra til dette: 1) Utjevne sosiale helseforskjeller, 2) «Helse i alt vi gjør», 3) Bærekraftig utvikling, 4) Føre-var-prinsipp og 5) Medvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

WHO definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (2020a). Stortingsmeldingen «Folkehelsemeldingen» omtaler livskvalitet som



Figur 1. Helse-determinanter etter modell av Whitehead og Dahlgren, 1991.

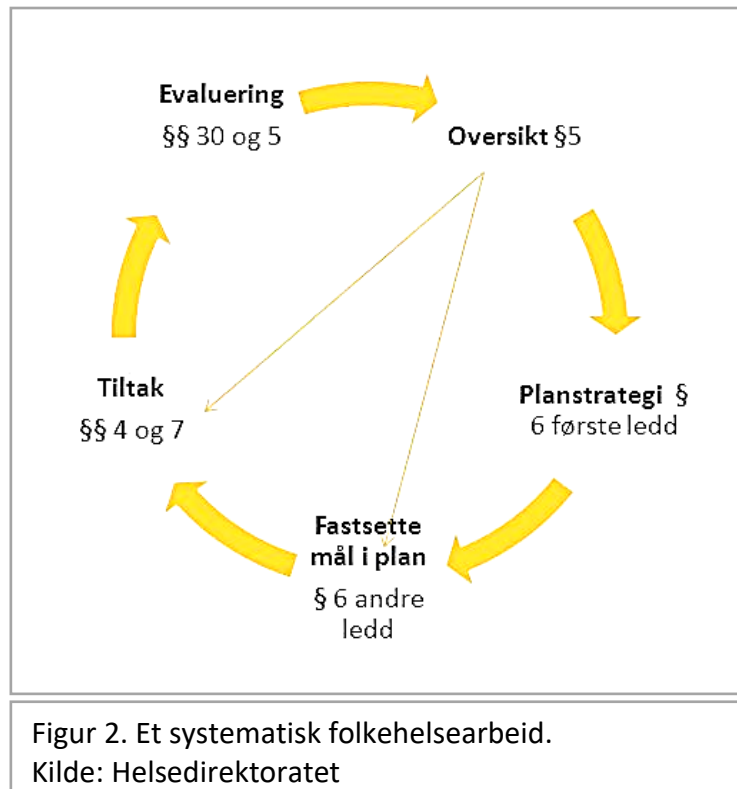
et vesentlig parameter i helsebegrepet og folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Whitehead og Dahlgren (1991) sin sosiale helsemodell (Figur 1) illustrerer determinanter på ulike nivå som påvirker helse-tilstanden. Determinantene spenner fra individuelle faktorer som ikke lar seg påvirke, via livsstilsfaktorer, sosiale faktorer og

samfunnsnettverk, til generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige forhold på strukturelt nivå. Dette viser at folkehelsearbeidet er altomfattende og krever kunnskap fra mangfoldige fag og sektorer (Nordisk folkehelsekonferanse, 2014). Martyn (2004) og Kickbusch (2015) har vært kritiske til modellen da de mener den ikke tar hensyn til politikk som en helse-determinant. Da den første internasjonale



konferansen om helsefremming fant sted i Canada i 1986 (World Health Organization, 1986), ble folkehelse satt i klar sammenheng med utøvende politikk i «Ottawa Charter for Health Promotion». I Trondheimserklæringen vedtatt i 2014 påpeker også nordiske land folkehelsens utvikling i nær forbindelse med politikk (Nordisk folkehelsekonferanse, 2014). «Helse i alt vi gjør», forkortet HIAP («Health in All Policies»), representerer en tilnærming til offentlig politikk der enhver beslutning i enhver sektor skal ta hensyn til helsemessige konsekvenser og unngå skadelige helseeffekter for å forbedre hele befolkningens helse (World Health Organization, 2013). Dette krever at det samarbeides på tvers av sektorer og regjeringsnivåer (Hofstad, 2011). Trondheimserklæringen fastslår at stat, fylkeskommuner og kommuner har ansvar for folkehelsepolitikken, men at de vil bruke ulike virkemidler i arbeidet (Nordisk folkehelsekonferanse, 2014). Det er ikke uvanlig at folkehelsearbeid feiltolkes til å kun gjelde helsetjenesten (Karlsen, 2017) og tendensen har vært at ansatte knyttet til helsesektoren får hovedansvaret for folkehelsearbeidet (M. K. Helgesen & Hofstad, 2012). I Ottawa-charteret påpekes det derimot eksplisitt at helsetjenesten ikke er alene om ansvaret for folkehelse (World Health Organization, 1986). Statsviteren Aaron Wildavsky presenterer i sin 10 - 90-regel at 90 % av folkehelsearbeidet ligger i andre sektorer enn helsetjenesten (Smith, 2013). For, som folkehelseloven § 3 definerer, handler folkehelsearbeid om «å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel» (2012). Slike helsedeterminanter er blant annet jordbruk, trafikksikkerhet, drikkevann, sanitærforhold, barnehage- og skoletilbud, byutvikling, bygningsarbeid og sosialt arbeid som flyktningsarbeid og frivillighet.

Folkehelsearbeid er med andre ord svært komplekst. For at arbeidet skal være effektivt må det være systematisk og langsiktig (Helsedirektoratet, 2018b). Folkehelseloven legger til rette for dette i §5 (2012), der kommunene pålegges å utarbeide det såkalte *oversiktsdokumentet*. Basert på statistikk og annen informasjon fra fylkeskommunen og statlige helsemyndigheter utarbeides en oversikt over befolkningens helsetilstand og hvilke positive og negative faktorer som påvirker den (Folkehelseloven, 2012; Helsedirektoratet, 2017). Her kartlegges befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosiale miljø, skader og ulykker samt helsetilstand (Karlsen, 2017). Gjennom § 6 kobles folkehelseloven (2012) til Lov om planlegging og byggesaksbehandling som knytter oversiktsdokumentet til den kommunale planstrategien i § 10-1 (*Plan- og bygningsloven*, 2008). Her skal oversiktsdokumentet være grunnlaget for kommunens samlede planarbeid, hvor de basert på utfordringene i dokumentet skal fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet inn i kommuneplaner. Hvert år skal kommunens handlingsdel revideres (§11-1) og hvert fjerde år skal planstrategien, og dermed også oversiktsdokumentet, utarbeides på nytt (§10-1) (*Plan- og bygningsloven*, 2008). En evaluering av mål, strategi og resultat er nødvendig for at folkehelsearbeidet



skal videreutvikles i riktig retning. Et systematisk folkehelsearbeid kjennetegnes ved at oversiktsdokumentet implementeres i det kommunale planarbeidet etter de fem fasene anbefalt av Helse- og omsorgsdepartementet (Figur 2) (2011a). Desto større systematikk i folkehelsearbeidet, desto større effekt vil arbeidet ha (ibid.). Derfor må sektorer utenom helsesektoren ha forståelse for folkehelsearbeid og betydningen av iverksatte tiltak (Helsedirektoratet, 2018b). Et systematisk folkehelsearbeid krever derfor en *tverrsektoriell tilnærming* til folkehelse, hvilket forklarer hvorfor denne står som én av folkehelseovens fem byggesteiner (Folkehelseoven, 2012). Alle kommuner er anbefalt å ansette en folkehelsekoordinator for å tilrettelegge samarbeid og koordinering på tvers av alle sektorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

Et utvalg nedsatt av regjeringen i 1997 skulle utrede hvordan kommunalt folkehelsearbeid kunne styrkes (Hofstad & Vestby, 2009). Her ble *folkehelsekoordinatoren* for første gang lansert som et eksempel på hvordan kommunene kunne organisere folkehelsearbeidet (Hofstad & Vestby, 2009; NOU 1998: 18). Ideen innebar at folkehelsekoordinatoren skulle markere feltets tyngde og bidra til sektorovergripende koordinering fra et sete i rådmannens stab (Hofstad & Vestby, 2009). Siden kom det flere stortingsmeldinger med statlige anbefalinger til kommunene om å opprette en folkehelsekoordinator

til å lede det lokale folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002, 2008; Torjesen & Vabo, 2014).

Opprettelsen av folkehelsekoordinatorstillinger skulle være frivillig (Hofstad & Vestby, 2009). En undersøkelse utført i 2014 viste at det allerede fantes folkehelsekoordinatorer i to tredjedeler av kommunene da folkehelseloven kom i 2012 og at dette økte ytterligere i årene etter folkehelseloven (M. Helgesen & Hofstad, 2014; Schou, Helgesen, & Hofstad, 2014). Det er nærliggende å reise spørsmål ved om denne oppslutningen skyldtes kommunenes engasjement for folkehelsearbeidet eller de økonomiske stimuleringsmidler fra fylkeskommunen som hele 92 % av kommunene mottok i 2011 (Schou et al., 2014). Forskning viste at folkehelsekoordinatorenes stillingsprosent ofte var svært lave, gjerne bare 10-20 % (M. K. Helgesen & Hofstad, 2012). Folkehelseloven gav folkehelsekoordinatorene en utvidet rolle i tverrsektoriell helseplanlegging, som nå skulle sammenføres med øvrig fysisk og miljømessig planlegging (Torjesen & Vabo, 2014). Likeledes bidro loven til myndiggjøring av folkehelsekoordinatorene med utvidet ansvar og økt rolleforståelse fra overordnede (Lyshol, 2016).

Folkehelsekoordinatorenes funksjon er å virke som «lim» i lokalt folkehelsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002). Hensikten med å ansette en folkehelsekoordinator er at dette skal gi positive utslag for kommunens folkehelsearbeid og innbyggernes folkehelse. Sammenlagt skal de kommunale forbedringene bidra i de nasjonale målsettingene, blant annet om å redusere sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2012). Det hevdes at kommuner med folkehelsekoordinator blant annet har økt tverrsektoriell forståelse for viktigheten av folkehelsearbeid og at dette arbeidet preger den kommunale organisasjonen i større grad enn i kommuner uten folkehelsekoordinator (Løset & Veenstra, 2015; Schou, 2016). Der de har en folkehelsekoordinator fremtrer folkehelsearbeidet ofte som mer strategisk forankret (Rønnevik, 2018) og med en sterkere implementering av tanken om «helse i all politikk» (HIAP) (Hagen, Helgesen, Torp, & Fosse, 2015).

Forskning har pekt på at arbeids- og organisasjonsvilkår er utslagsgivende for en vellykket folkehelsekoordinatorstilling (Hagen, Helgesen, Torp, & Fosse, 2015; M. Helgesen & Hofstad, 2014). Dette innebærer at folkehelsekoordinatoren har en klar stillingsbeskrivelse, høy stillingsprosent, organisatorisk plassering i rådmannens stab og faglig kompetanse innen folkehelse (Hagen, Øvergård, Helgesen, Fosse, & Torp, 2018; M. Helgesen & Hofstad, 2014). Disse forholdene er svært varierende for folkehelsekoordinatorer fra kommune til kommune, noe som også gir utslag for kommunenes folkehelsearbeid (Hagen et al., 2015; Hagen et al., 2018). Riksrevisjonen fant i 2015 at et fåtall kommuner hadde etablert et systematisk folkehelsearbeid og at arbeidet var basert på utilstrekkelig

kunnskap. Rapporten konkluderte videre at folkehelsearbeidet ikke var tilfredsstillende forankret i sektorer utenfor helse og at det var behov for å styrke oppfølgingen av kommunalt folkehelsearbeid. Kommunene oppgir vanskeligheter med å etterkomme folkehelsearbeidet fordi de nasjonale styringssignalene oppfattes som tvetydige samtidig som fagfeltet er bredt og det er usikre kunnskaper om hvilke tiltak som er effektive (Kiland, Kvåle, & Torjesen, 2015). Lav implementering av tverrsektoriell tilnærming kommer av mangel på ressurser i form av økonomi og kompetanse, samarbeids- og koordineringsproblemer samt vage mål og prioriteringer (Fosse, 2012; Hofstad, 2016).

Til tross for gode hensikter ved ansettelse av folkehelsekoordinatoren, viste en studie gjort i 2018 at kommuner med folkehelsekoordinatorene hadde nesten fire ganger mindre sannsynlighet for å arbeide med utjevning av sosiale ulikheter i helse enn kommuner uten folkehelsekoordinatorene (Hagen et al.). Slike funn er foruroligende med tanke på folkehelsekoordinatorens formål og folkehelseovens målsetting. Forskingen argumenterer imidlertid for at årsaken bak funnene er mangel på de gode arbeids- og organisasjonsvilkår nevnt ovenfor. Hagen et al (2018) peker på følgende forklaringer:

1. *Folkehelsekoordinatorene har få føringer i sin stillingsbeskrivelse (S Hagen et al., 2018)*. Dette kan gi tvetydige arbeidsoppgaver samt føre til at folkehelsekoordinatorene i de ulike kommunene jobber svært ulikt (S Hagen et al., 2018).
2. *Folkehelsekoordinatorene har ofte lave stillingsprosenter (Hagen et al., 2015; Hagen et al., 2018)*; gjennomsnittet i 2014 var en 35 % stilling (Sjursen, Hovland, & Tveit, 2015). Flere kommuner har tilbudt folkehelsekoordinatorene lave stillingsprosenter; Hagen et al (2015) fant for eksempel at 22 % var ansatt i fulltidsstillinger. Folkehelsearbeidet er bredt med mange arbeidsoppgaver og kan bli vanskelig å gjennomføre tilfredsstillende med lave stillinger (Hagen et al., 2015; Hagen et al., 2018). Studier har påpekt at en folkehelsekoordinator bør ha minst 70 % stilling for å ha tilfredsstillende innflytelse (M. K. Helgesen, Fosse, & Hagen, 2017) og det er funnet signifikant korrelasjon mellom gjennomføringen av et systematisk folkehelsearbeid og folkehelsekoordinatorene i 90 % stilling (Schou, 2016).
3. *Folkehelsekoordinatorene er ofte plassert på sektornivå, oftest i helsesektoren (Hagen et al., 2018)*. Hagen et al (2015) fant at 28% av folkehelsekoordinatorene var plassert i rådmannens stab, altså på nivå med beslutningstakere der de har påvirkningskraft over planleggings- og beslutningsprosessen. For å ha gjennomslagskraft er det anbefalt at folkehelsekoordinatorene er plassert høyt i den administrative beslutningskjeden (Hagen et al., 2015; M. K. Helgesen et al., 2017; Hofstad & Vestby, 2009). I studien til Hagen et al. (2015) var 46 % av folkehelsekoordinatorene, etter eldre tradisjon (Tallarek, Helgesen, & Fosse, 2013), plassert i

helsesektoren (Hagen et al., 2015). Fosse (2012) og Riksrevisjonen (2015) konstaterer at folkehelsearbeidet og implementeringen med HIAP har mangelfull forankring i kommunene.

4. *Det kreves ingen spesifikk kompetanse for å bli folkehelsekoordinator* (Hagen et al., 2018), hvilket også presiseres i folkehelselovens proposisjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

På tross av funnene om at kommuner uten folkehelsekoordinator har et større fokus på sosial ulikhet, mener forskerne at folkehelseloven og ansettelsen av folkehelsekoordinatorer jevnt over har bidratt til å systematisere og forbedre folkehelsearbeidet (Hagen et al., 2018). Det er imidlertid fortsatt lite kunnskap om hvordan folkehelsekoordinatorene selv opplever sin innflytelse og hvilken betydning de opplever at statlige og kommunale virkemidler har for dette. Anses virkemidlene positive eller negative og hvordan forklares dette? Svarene folkehelsekoordinatorene gir kan si noe om hvilke virkemidler som kan forbedre deres funksjon. Disse funnene er av interesse for staten som lovgiver og kommunene som arbeidsgivere. Forskingen har gitt resultater som kan motivere til å endre lovgivning om folkehelse samt bruken av kommunale og statlige føringer for folkehelsekoordinatorene.

## 1.1 Problemstilling

Denne studien undersøker følgende problemstilling:

*I hvilken grad anser folkehelsekoordinatorene kommunal forankring og statlige virkemidler som viktige for gjennomslag for kommunalt folkehelsearbeid?*

Denne problemstillingen fører inn på tematikk som peker på forankring i folkehelse som en forutsetning for folkehelsearbeidet. I denne forbindelse er det naturlig å gå nærmere inn på hvordan folkehelse er forankret på statlig og kommunalt nivå, og hvordan folkehelse er forankret hos folkehelsekoordinatorene selv, herunder deres faglige kompetanse.

Det brukes ulike betegnelser for folkehelsekoordinatorer i landets kommuner. For å forenkle dette begrepet omtales studiens deltakere som koordinatorer i store deler av oppgaven. Likeledes vil jeg kunne referere til rådmann, politisk ledelse og øvrig administrativ toppledelse under ett begrep i betegnelsen «toppleidelsen»/ «ledelsen». I tillegg henvises det til kommunale og statlige *faktorer*, hentet

fra formuleringen i spørreskjemaets spørsmål nummer 51<sup>1</sup>. Slike faktorer kan omtales i flertall eller gjelder en av følgende spesifiserte faktorer:

Kommunale:

- Forankring hos politisk ledelse
- Forankring hos rådmannen
- Forankring hos øvrig administrativ toppledelse
- Forankring i utøvende tjenester
- Forankring i kommunalt vedtatte planer

Statlige:

- Tildeling av statlige stimuleringsmidler
- Tilsyn av fylkesmannen
- Sterkere regulering i lovverket

---

<sup>1</sup> Vedlegg 1.

## 2.0 Metode

Denne studien er en del av et forskningsprosjekt ved Universitetet i Agder der seks forskningsassistenter som tar masterstudium i folkehelsevitenskap høsten 2018 deltar.

### 2.1 Utvikling av spørreskjema

Utgangspunktet for forskningsprosjektet er forskningsfunn fra tidligere studier, rapporter og utredninger. Det kan her særlig pekes på en prosjektstudie fra 2014 hvor folkehelsekoordinatorer i 128 kommuner deltok, avdekker arbeids- og organisasjonsvilkår for folkehelsekoordinatorer samt faktorer som påvirker deres opplevelse av innflytelse på folkehelsearbeidet (Sjursen et al., 2015). Her er det signifikante assosiasjoner mellom opplevd innflytelse og hyppigheten av dialog med administrativ og politisk toppledelse der eksempelvis koordinatorer som er organisert under rådmannen finner organiseringen mer hensiktsmessig enn dem som er organisert innen helse-/omsorgsektoren. Studien er en tverrsnittundersøkelse utsendt til alle folkehelsekoordinatorer eller folkehelseansvarlige i de norske kommunene.

Fra januar til mai 2019 ble spørreskjemaet utviklet. Noen spørsmål fra de nevnte studiene ble videreført, samtidig som nye spørsmål relevante for forskningsgruppas problemstillinger ble lagt til. Det er inkludert noen åpne spørsmål for å få utvidet informasjon på enkelte områder. Et spørreskjema på 65 spørsmål ble pretestet av 10 fylkeskommunalt ansatte folkehelsekoordinatorer, for så å gjennomgå revisjon der fem spørsmål ble fjernet.

Det er interessant å få forståelse for hva folkehelsekoordinatorene oppfatter som viktig for å få gjennomslag for folkehelsearbeid i kommunen. For å få svar på dette ble oppgavens forskningsspørsmål følgende: «I hvilken grad er følgende faktorer etter din mening, viktig for å få gjennomslag for folkehelsearbeidet i kommunen?»<sup>2</sup>. Her fulgte åtte svaralternativer, der fem gjaldt kommunale faktorer og tre gjaldt statlige faktorer. Hvert svaralternativ kunne rangeres på en Likert-skala fra 0-5, fra «0=ikke i det hele tatt» til «5=i svært stor grad».

### 2.2 Datainnsamling

Fra januar til mars 2019 ble offentlige epostadresser til respondentene innhentet. 27. mai ble det endelige utkastet sendt til N=388 folkehelsekoordinatorer/folkehelseansvarlige. Til de øvrige 40

---

<sup>2</sup> Variabel 51 i vedlegg 1.

kommunene hvor det manglet direkte epostadresse ble undersøkelsen sendt til kommunenes postmottak. På bakgrunn av tilbakemeldinger fra respondentene endret antallet respondenter seg underveis, da enkelte hadde fravær på grunn av sykdom, permisjon, fratredelse eller lignende. Respondentene fikk to purringer på e-post, 04. og 20. juni, før de mottok telefonpurringer i august. Undersøkelsen stod åpen over sommerferien og ble avsluttet 04. september.

## 2.3 Etiske godkjenninger

Etisk godkjenning ble innhentet fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)<sup>3</sup> og Fakultetets etiske komité (FEK)<sup>4</sup> til å foreta undersøkelsen før utsendelse av spørreskjema. Forskningsprosjektet FLINK har referansenummer 19/03858-2 fra FEK. Spørreskjemaet er utviklet i SurveyXact™, som er et web-basert system for spørreundersøkelser (Ramboll, 2020). Rambøll Management Consulting som driver SurveyXact™, sikrer personvernet etter lovverket og har i tillegg en egen avtale med UiA i henhold til personopplysningsloven og personopplysningsforskriften (Ramboll, u.å.; Universitetet i Agder, 2020)<sup>5</sup>. Før respondentene kunne starte undersøkelsen måtte de bekrefte et samtykkeskjema<sup>6</sup>.

## 2.4 Svarprosent

Tabell 1a. Svar med henhold til kommunestørrelse i folketall

	Antall svar	Antall kommuner	Svarprosent
<2000	47	95	49,5
2000-4999	69	125	55,2
5000-9999	54	89	60,7
10000-19999	44	54	81,5
20000-29999	20	27	74,1
30000-49999	16	16	100,0
>5000	14	15	93,3
Totalt	264	421	62,7

Undersøkelsen ble sendt ut til 428 kommuner. Etter purrerunder var det kommet inn svar fra 256 respondenter, hvilket gir svarprosent på 61,0. Denne svarprosenten kan være misvisende da den tar utgangspunkt i kommuneantallet fra 2018, som var 428 kommuner. Siden har flere kommuner arbeidet

<sup>3</sup> Vedlegg 2.

<sup>4</sup> Vedlegg 3.

<sup>5</sup> Vedlegg 4.

<sup>6</sup> Side 2 i vedlegg 1.



for sammenslåing og fra januar 2020 skulle 119 kommuner slås sammen til 47. Vi har fått svar fra 41 av 47 antatte samarbeidskommuner. Med utgangspunkt i kommuneantallet for 2020, som er 356 kommuner, gir dette en svarprosent på 71,9. Undersøkelsens eksakte svarprosent er av denne grunn usikker, men ligger et sted mellom 61,0 og 71,9. Som tabell 1a viser er svarprosenten lavest i kommuner med lavest folketall, særlig i kommuner med under 5000 innbyggere. Likeledes er det lavest svarprosent i de minst sentrale kommunene.

Tabell 1b. Svar i henhold til kommunesentralitet

	Antall svar	Antall kommuner	Svarprosent
Mest sentrale kommuner	6	6	100,0
Nest-mest sentrale kommuner	21	23	91,3
Mellomsentrale kommuner type 1	48	64	75,0
Mellomsentrale kommuner type 2	69	90	76,7
Nest-minst sentrale kommuner	69	113	61,1
Minst sentrale	51	125	40,8
<b>Totalt</b>	<b>264</b>	<b>421</b>	<b>62,7</b>

## 2.5 Statistisk metode

Det kom inn 264 svar der data fra disse ble overført til statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics v. 25. Alle data ble rettet for eventuelle feil og grenseverdi for statistisk signifikans ble satt til p-verdi <0,05.

Uavhengige variabler ble delt inn i tre kategorier, henholdsvis a) personlige karakteristika, b) arbeids- og organisasjonsvilkår og c) kontekstuelle forhold. Informasjon om personlige karakteristika og arbeids- og organisasjonsvilkår ble hentet ut fra spørreskjemaet, mens de kontekstuelle variabler er hentet fra SSB (2019) og koblet til datasettet gjennom kommunenummer. Kommunestørrelse ble delt inn i syv kategorier (tabell 1a) og kommunesentralitet ble delt inn i seks kategorier (tabell 1b) etter SSBs sentralitetsindeks (SSB, 2017).

Der data var normalfordelt ved kategoriske uavhengige variabler med to kategorier ble uavhengig t-test gjennomført og signifikans-verdien funnet ved bruk av Mann Whitney U. Skjevfordelte data med en kategorisk uavhengig variabel med minst to verdier ble testet med variansanalyse (ANOVA) og p-verdien ble funnet enten med Kruskal Wallis eller Pearson korrelasjon, avhengig av normal- eller skjevfordeling ved de avhengige variablene.

Avhengig av variabelenes målenivå er data oppgitt med enten gjennomsnitt og standardavvik eller antall og prosent, funnet gjennom frekvensanalyse. Det er gjort deskriptive analyser av koordinatorenes vurdering av kommunale og statlige faktorer for å få gjennomslag i kommunalt folkehelsearbeid. Svaralternativene ble utformet som Likert-skala fra «Ikke i det hele tatt» til «I svært stor grad, som hadde numerisk verdi fra 1 til 6. Disse ble omgjort til prosent der verdi 1 = 0%, 2 = 20%, 3=40%, 4=60%, 5= 80%, og 6=100%.

### 3.0 Teori

Å styre handler om å fatte beslutninger, gjennomføre disse i praksis og på den måten påvirke eller endre samfunnet bevisst og planmessig (Røiseland & Vabo, 2016). I Norge finnes offentlig styring som statlig og kommunal styring, samt styring gjennom marked og sivilsamfunn (ibid.). Det er ikke uvanlig at styring ofte baseres på en blanding av disse styringsformene (ibid.). Det stilles imidlertid klare forventninger til at den offentlige sektoren tar styringsansvar ved eventuelle samfunnsproblemer (ibid.).

En organisasjon er «et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål» (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Offentlige organisasjoner styres av statlige eller lokale myndigheter og ledes av folkevalgte representanter (ibid.). Organisasjoner har mål som beskriver ønsket framtidig tilstand (Etzioni, 1982) og utarbeider ofte planstrategier for å realisere målene (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Felles visjoner skaper tydeligere arbeidsfokus og ressursprioriteringer, samhold og motivasjon, men forskning har vanskeligheter med å påvise sammenhenger mellom mål, planstrategi og suksess (ibid.). En årsak til dette kan være at politiske mål ofte konstrueres gjennom forhandlinger og kompromisser, som gjør dem mer til *symbolske mål* framfor retningslinjer for reelle handlinger (ibid.). Det er spesielt vanskelig å måle formåls- og kostnadseffektivitet av offentlige tjenester (ibid.). Mål forskyves gjerne også fordi spesialister eller sektorer er for innsnevret i eget fagfelt til å se arbeidet i et større helhetsbilde, såkalt «silotenkning» (ibid.). Scott (1987) referer Barnards forsøk på å forsone to motstridende ideer: Mål blir pålagt ovenfra og ned, mens måloppnåelsen avhenger av villig etterlevelse nedenfra og opp (ibid.). Med dette bestrider han at makt og autoritet kun kommer fra øvre hold, men at autoriteten til syvende og sist avhenger av valideringen av svaret fra de som er underlagt den (ibid.). Perspektiver fra organisasjonsteoretisk tilnærming til offentlig politikk legger til grunn at myndigheter påvirkes av organisasjonstilhørighet i tanker og handlinger, noe som gir utslag for politikken som føres (Christensen, Lægreid, Roness, & Røvik, 2013). En organisasjonsstruktur innehar rolleforventninger som er veiledende for hvem som gjør hva og hvordan oppgaver gjøres (ibid.). Det er likevel ikke gitt at pålegg ovenfra nødvendigvis følges (ibid.). Dersom slike normer er nedfelt i reglement og stillingsinstrukser snakker man om formelle normer (ibid.). Uformelle normer internaliseres av etablerte tradisjoner og erfaringer eller forestillinger om omgivelsenes forventninger (ibid.). Normene har ulik bakgrunn og virkemåte, men de skaper etter hvert en *organisasjonskultur* (ibid.). En organisasjonskultur og dens medlemmer vil ha et dynamisk forhold der de påvirker hverandre gjensidig. Som regel blandes organisasjonsstruktur og organisasjonskultur sammen og påvirker hverandre gjensidig (ibid.).

Resultatene fra denne studien diskuteres ut fra strukturell-instrumentell og institusjonell tilnærming til organisasjoner. Disse skiller seg fra hverandre i oppfatningen om hvorfor organisasjonsmedlemmene handler som de gjør, hva politikk dreier seg om og synet på endring (Christensen et al., 2013). Christensen m. fl (2013) skriver at disponible ressurser, samordning av ressurser og organiseringen av offentlig sektor har innflytelse på den offentlige politikken påvirking på samfunnet. Deltakernes utøvelse påvirkes av de begrensninger og muligheter organisasjonen setter (ibid). Ved skiftende krav fra omgivelsene eller fra skiftende politisk ledelse er omstilling i offentlige organisasjoner sjelden enkel og uproblematisk (ibid). De institusjonelle faktorene omhandler kulturelle tradisjoner, etablerte regler og verdier som legger bindinger på offentlige organisasjoners beslutninger (ibid). Den instrumentelle tilnærmingen tar ikke høyde for dette og er derfor ikke tilstrekkelig i forståelsen av det politiske innholdet (ibid). Politisk innhold forstås gjerne best der tilnærmingene ses i et samspill der de utfyller hverandre (ibid).

### 3.1 Instrumentell tilnærming

Instrumentell tilnærming betrakter en organisasjon som et verktøy eller instrument for lederne, der formelle normer er virkemidler for å nå oppsatte mål (Christensen et al., 2013). Man har en formalisert struktur som fastslår en autoritets- og arbeidsfordeling, der autoriteten har makt til å vedta forandringer og belønne eller sanksjonere enkelte typer atferder (Brunsson & Olsen, 1990; Christensen et al., 2013).

Styring er å ta beslutninger og iverksette disse, slik at kapasiteten utnyttes med søkelys på bestemte mål, noe som begrenser handlingsfriheten til medarbeiderne (Christensen et al., 2013). Tilnærmingen anses altså for å være *formålsrasjonell*: organisasjonen og dens medlemmer utfører oppgaver som er rasjonelle for å nå målet (ibid.). Da blir alle tilgjengelige alternativer vurdert ut fra deres antatte konsekvenser og man tar et viljestyrt valg som man tror gir ønskede effekter i henhold til oppsatte mål. Framtidige endringer er likeledes rasjonelle valg av lederne for bedre effektivitet og måloppnåelse (ibid.). Her forklares organisasjonsmedlemmenes handlinger ut fra en *konsekvenslogikk*, der ønskede framtidige konsekvenser styrer iverksettende handlinger. Ønskede mål gis utenfra eller fra ledere og politikken blir virkemidler for å nå målene (ibid.). Alle endringer er rasjonelle tilpasninger til nye mål, styringssignaler eller skiftende ytre krav (ibid.). Beslutningstaking skjer etter overveiling av flere alternativer der man velger det beste alternativet, såkalt *maksimering* (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Jacobsen og Thorsvik (2019) påpeker at ingen mennesker ser det totale utfallet av alle alternative løsninger, med dets mulige konsekvenser og måloppnåelser. Mennesket har derfor *begrenset*

*rasjonalitet*. Dette forklarer en *satisfiserende* beslutningsatferd der man vurderer flere valgalternativer, men velger et som er «godt nok» (ibid.).

Det instrumentelle perspektivet deler seg i to ulike varianter; en *hierarkisk orientert variant* og en *forhandlingsvariant* (Christensen et al., 2013). Ved en hierarkisk orientert variant står ledernes kontroll og analytisk-rasjonelle kalkulasjon sentralt, basert på kunnskapsbaserte mål-middel-sammenhenger. I en forhandlingsvariant derimot, står interessehevding, kompromisser og forhandlinger mellom organisasjoner og eksterne aktører sentralt. Slike aktører kan være samarbeidspartnere, politikere eller aktører som skal bistå organisasjonen, som ofte har motstridende interesser. Uansett hvilken variant det er snakk om, så har instrumentell tilnærming oftest regler som er rettet mot fremtiden (ibid.).

## 3.2 Institusjonell tilnærming

En institusjonell tilnærming til organisasjoner deler seg inn i to perspektiver; kulturperspektivet og myteperspektivet (Christensen et al., 2013). Her baseres organisasjonsmedlemmenes handlinger på en logikk om det passende, enten ut fra gode erfaringer fra fortiden (kulturperspektivet) eller innen organisasjonens akseptable handlingsmiljø (myteperspektivet). Mål utvikles gradvis og internt, slik at politikken handler om å finne mening og mål (ibid.). Endringer skjer langsomt gjennom gradvise tilpasninger eller ved radikale brudd (ibid.). Dette perspektivet har ofte regler som er rettet mot fortiden (ibid.).

### 3.2.1 Kulturperspektivet

Organisasjonskulturen i et kulturperspektiv etableres og forandres gjennom et *indre press* der organisasjonsmedlemmer har uformelle normer og verdier som blir relevante for organisasjonen (Christensen et al., 2013). Slike verdier kan komme av medlemmets utdanning, profesjon eller sosiale bakgrunn og kan bidra til samhandling og etablering av nye kulturelle normer (ibid.). Organisasjonskulturen kan også endres ved et *ytre press* fra aktører i det nære handlingsmiljøet, som man er avhengige av for ressurser eller tjenesteleveranser (ibid.). Her er det som regel de i overordnet posisjon som får påvirkningskraft i bestemte retninger. Det finnes også påstander om at organisasjonskulturer kan designes og manipuleres av et politisk eller administrativt lederskap, noe som gir nye styringsmuligheter (ibid.).

Sentralt i organisasjonskulturen er resonnetet om *sti-avhengighet*, som går ut på at de kulturelle normene og verdiene som eksisterer i oppstarten av en ny organisasjon, naturlig vil prege den i videre utvikling (Christensen et al., 2013). Dette er fordi de målene som etableres fra oppstarten vil være vanskelige å endre selv om omgivelser og kontekster endres (ibid.). Ledere innen institusjonaliserte organisasjoner skal utvikle og beskytte de etablerte, uformelle normer og verdier, samtidig som de skal bidra til endring (ibid.).

Fordeler med institusjonaliserte organisasjonskulturer er at de kan øke det offentlige legitimitet ved å utføre handlinger som er allment akseptert og oppleves som positive (Christensen et al., 2013). Videre kan en klar misjon gi interne effekter som ressursbesparing og smidighet på grunn av likt tankesett blant medlemmene (ibid.). Kritikken mot institusjonelle trekk peker på en innadvendt og rigid kultur, som ikke er tilpasningsdyktig mot omgivelsene og derfor kan oppfattes som udemokratiske (ibid.).

### 3.2.2 Myteperspektivet

Et myteperspektiv representerer en organisasjon som påvirkes av institusjonelle omgivelser og dermed virker inn på organisasjonens utforming på bakgrunn av sosialt skapte normer, såkalte *myter* (Christensen et al., 2013). Slike verdier gjør organisasjoner mer like, men det er ikke uvanlig at myter fungerer mer som et glansbilde utad enn at de er forankret i organisasjonens ideologi (ibid.). Tidsriktig framskritt og fornyelse er vesentlig for å sikre legitimitet, men nye moter kan føre til stadige omstillinger og redusert effektivitet (ibid.).

Man snakker gjerne om utbredte oppskrifter for organisasjoners formelle strukturer, teknologier og ideologi, såkalte «rasjonaliserte myter» (Christensen et al., 2013). At myten er rasjonalisert innebærer en *tro* om at organisasjonsoppskriften er vitenskapelig begrunnet og hensiktsmessig, noe som fører til institusjonalisering der oppskriften ses på som tidsriktig og effektiv (ibid.). Det skilles mellom tre begrunnelser for hvorfor organisasjoner adopterer slike rasjonaliserte myter inn i virksomheten. Dette kan være *tvangsmessig adoptering* gjennom lov og forskrifter, *normativ basert adoptering* der ulike profesjoner enes om like normer og kunnskaper eller *mimetisk adoptering* hvor andres suksess inspirerer til etterlikning (ibid.). Her er fenomenet *isomorfi* sentralt, hvor organisasjoner blir stadig mer lik hverandre basert på antakelser om rasjonalitet og fornuft, såkalt *rasjonalitetsstandarder* (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Dette kan forklares av *institusjonaliserte oppskrifter* som universelle standarder som passer for alle virksomheter (ibid.). Det finnes tre teorier om hvordan denne adopteringen gjennomføres (Christensen et al., 2013). Ved ferdigutviklede konsepter med velprøvde verktøy som

raskt kan iverksettes og gi positive virkninger forekommer en *rask tilkopling*. Motsatt oppstår *frastøting* når iverksettingen av adopteringen opphører fordi den ikke passer inn i organisasjonens kompleksitet eller verdigrunnlag. Gjennom *frikobling* kan organisasjoner likevel adoptere utilstrekkelige konsepter for å oppnå ekstern legitimitet uten at konseptet blir styrende for virksomheten.

### 3.3 Statlig og kommunal styring

Ansvar for befolkningens folkehelse ligger hos staten, fylkene og kommunene som bruker ulike virkemidler i dette arbeidet (Nordisk folkehelsekonferanse, 2014). Folkehelseloven er et rettslig virkemiddel fra staten som pålegger kommunene et betydelig ansvar for folkehelsearbeidet (Folkehelseloven, 2012). Kommunene har en folkevalgt politisk ledelse som styrer innenfor et geografisk område og for sine innbyggere innen rammer for nasjonale mål (Kjellberg, Hansen, & Edland, 1984; Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). De er på det laveste nivået i Norges styringssystem, men står for mesteparten av offentlig forvaltning og tjenesteproduksjon (Fimreite & Grindheim, 2007). Store deler av det kommunale arbeidet er oppgaver lovpålagt fra Stortinget som det gis statlige økonomiske midler til (Fimreite & Grindheim, 2007; Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). Denne statlige styringen skjer hovedsakelig gjennom rammevedtak, framfor detaljstyring, som gir frihet til å tilpasse kommunal oppgaveløsning med lokale forhold (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016).

På samme måte sikrer kommuneloven at kommunene er selvstendige og innehar en viss mengde frihet til å organisere virksomheten sin etter eget behov (Kommuneloven, 1992). Det kommunale selvstyret representerer fire verdier: frihet, deltakelse, effektivitet og likhet (Fimreite & Grindheim, 2007). Kommunene skal være frie til å organisere sin egen virksomhet i størst mulig grad. Slik ivaretas kommunenes egenverdi og handlingsrom som gir lokal autonomi, høy brukermedvirkning og effektiv styring. Hver kommune har ulike utfordringer og ressurser og lokaldemokratisk styring kan derfor gi velferdsgevinster, mens stram statlig styring kan samlet sett gi velferdstap (Kjellberg et al., 1984; Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016).

Alle kommuner er underlagt *generalistkommuneprinsippet*, som handler om at alle kommunene er lovpålagt de samme oppgaver, har likt finansieringssystem og like rammer for organisering og styring (Aars, Christensen, Egeberg, & Lægreid, 2014; Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). Dette skal sikre likeverdige tjenester for alle Norges innbyggere uansett hvilken kommune de er bosatt i (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). Kommunale tjenestetilbud fordeler seg ganske

jevnt utover landet der staten opptrer sterkt regulerende, mens det kan være store forskjeller på områder der kommunene er gitt større selvstyre (Fimreite & Grindheim, 2007). Likeledes er det større forskjeller i tjenesteinnsatsen der kommunal tjenesteproduksjon er mer fristilt (ibid.).

Selv om statlig styring av kommunene bør begrenses mest mulig, finnes det viktige begrunnelser for at staten i noen tilfeller bør bruke sterke statlige styringsmidler (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). Dette gjelder ved rettssikkerhet, nasjonaløkonomiske mål, liv og helse samt ved hensyn til miljø og bærekraftig utvikling. Samtidig kan internasjonale forpliktelser føre til statlig overstyring (ibid.). Før bruk av statlige styringsvirkemidler tas i bruk skal imidlertid gode avveininger mellom nasjonal regulering og kommunal handlefrihet synliggjøres (ibid.).

Staten har mulighet til å styre folkehelsearbeidet i kommunene i den retning de ønsker. Trondheimserklæringen (Nordisk folkehelsekonferanse, 2014) poengterer at «en koordinert stat kan gjennom strategisk styring, regulering og lovgivning aktivt skape gode forutsetninger for helse og trivsel, nasjonalt, regionalt og lokalt». Det finnes tre sentrale former for statlig styring med ulik grad av styrke. (Fimreite & Grindheim, 2007; Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). Dette er juridiske, økonomiske og pedagogiske styringsvirkemidler (ibid.). Styringsverktøyene gir staten kontroll med kommunesektoren og er en fordel for rask måloppnåelse på spesielle områder (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016).

De sterkeste styringsmidlene staten har overfor kommunene er de juridiske virkemidlene (Fimreite & Grindheim, 2007; Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). Dette er lover, reguleringer og rundskriv som legger føringer for kommunal virksomhet (ibid.). Eksempelvis ble plan og bygningsloven (*Plan- og bygningsloven*, 2008) revidert i 2009 for å bedre ivareta nasjonale interesser ved kommunal og regional planlegging (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). Likeledes er folkehelseloven et rettslig virkemiddel for regulering av kommunalt ansvar for et forebyggende helsearbeid (Løset & Veenstra, 2015). Regelverkene får ofte en rettighetsorientering, som betyr at de pålegger kommunene rettslige forpliktelser hvorav kommunene er bundet til å tilby bestemte ytelser (Fimreite & Grindheim, 2007). Historisk gjennomgang viser at det stadig etableres nytt lovverk for å bedre folkehelsearbeidet. Samtidig styrer ikke regler alltid handlinger: endringer i regler fører ikke alltid til endringer i handlinger (Scott, 1987). For å etterprøve kommunenes etterlevelse av de juridiske virkemidlene har derfor fylkesmenn tilsynsplikt og kan overprøve og sanksjonere ved eventuelle avvik (Fimreite & Grindheim, 2007). I noen tilfeller skal slike tilsyn være uanmeldte, men som oftest er kommunene informert om tilsynene og alle tilsynsrapporter skal offentliggjøres (Fimreite & Grindheim,



2007; Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). Lovbrudd fører ofte til strenge sanksjoner og derfor fungerer de juridiske virkemidlene som overordnede og effektive for å skape forandring i samfunnsutvikling og holdninger (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016).

Videre kan staten styre kommunene gjennom økonomiske virkemidler (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). Hovedsakelig finansieres kommunene gjennom rammefinansiering som inneholder skatteinntekter fra innbyggerne og rammetilskudd fra staten (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). Staten kan i tillegg bevilge øremerkede tilskudd for å finansiere et fastsatt formål (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016), en ordning som er blitt mer framtrødende siden sent på 80-tallet (Fimreite & Grindheim, 2007).

Den tredje, og mildeste, statlige styringsformen er pedagogiske virkemidler, hvor staten iverksetter ulike tiltak for å øke kommunens kompetanse og bidra til kvalitetsheving av kommunale tjenester og forvaltning (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). Slike tiltak kan være skriftlige veiledere, utviklingsprogrammer, kurs eller etterutdanning i kommunesektoren (ibid.). Tilsynsmennenes rolle skal, i tillegg til å føre tilsyn, ha en pedagogisk funksjon ved å medvirke til læring, informasjonsspredning og kvalitetsforbedring av arbeidet utført i kommunene (ibid.).

## 4.0 Resultater

### 4.1 Deskriptive data om respondentene

Tabell 2a og 2b gir en oversikt over de uavhengige variablene knyttet til studiens deltakere. Dette inkluderer karakteristika ved koordinatorene samt deres arbeids- og organisasjonsvilkår. Funnene viser at flesteparten er kvinner (80,6 %) med en gjennomsnittsalder på 46 år (SD 11 år). 69 % har høgskole- eller universitetsutdannelse mer enn tre år og den samlede utdanningslengden viser et gjennomsnitt på 6,5 år. 8 % startet i jobben som nyutdannet, mens 14 % har tidligere arbeidserfaring fra andre kommuner, fylkeskommuner eller privat sektor.

Tabell 2a. Personlige karakteristika ved kommunale folkehelseansvarlige (n = 264)

Kvinner, n (%)	166 (80,6)
Alder, gj.sn (SD)	46,2 (11,1)
Utdanning, n (%)	
Høgskole/universitet, til og med 3 år	20 (7,6)
Høgskole/universitet, mer enn 3 år	182 (69,0)
Samlet års utdanning, gj.sn (SD)	6,5 (2,9)
Arbeidserfaring, n (%)	
Startet som nyutdannet	22 (8,3)
Arbeidserfaring fra andre kommuner	37 (14,0)
Arbeidserfaring fra fylkeskommunen	37 (14,0)
Arbeidserfaring fra statlig sektor	27 (10,2)
Arbeidserfaring fra privat sektor	37 (14,0)

Folkehelsekoordinatorene har gjennomsnittlig stillingsprosent på 42 % (SD 35%), mens deres faktiske stillingsprosent utgjør gjennomsnittlig 48 % (SD 33,6%) (tabell 2b). Deltakerne har vært ansatt i kommunen i gjennomsnittlige 14 år (SD 10 år). 106 deltakere (41 %) har koordinatorstillingen som sin hovedstilling og det er opprettet stillingsbeskrivelse i 91 tilfeller (35 %). Deltakerne er jevnt fordelt i stillingsnivå, fra leder (23 %), spesialrådgiver/spesialkonsulent (21,7 %), konsulent (20,9 %) og annet (34 %). I kategorien «annet» oppgir de ulike stillinger som blant annet rådgiver (n = 42), fysioterapeut (n = 8) og kommuneoverlege (n = 4). De fleste som oppgir seg selv som rådgiver har stillingsbenevnelsen folkehelsekoordinator. Videre er det omtrent like mange som er plassert under rådmannen (27 %) som under leder i omsorg/helse (25 %). 39 % er i dialog med rådmannen månedlig, mens 63 % oppgir kontakt

med rådmannen månedlig eller oftere. 36 % oppgir kontakt med rådmannen sjeldnere enn månedlig. Folkehelse er omtalt i stor grad i flere av kommunenes planer, hvorav 62 % i kommunens samfunnsdel, 23 % i økonomiplan/budsjett, 42 % innen helse- og omsorgsplaner, 41 % innen kultur- og idrettsplaner og 34 % innen skole- og oppvekstplaner. 145 kommuner (68 %) hadde opprettet tverrsektorielle arbeidsgrupper innen folkehelsearbeidet. Av arbeidsoppgaver oppgir koordinatorene å bruke mest tid på planarbeid og tverrfaglig koordinering og mindre tid på å initiere og utføre tiltak, kunnskapsformidling og saksbehandling. Videre opplevde de store forventninger fra andre om å være henholdsvis tilrettelegger for praktiske folkehelse tiltak (47 %), strategisk og tverrsektoriell planlegger (39 %) og generell saksbehandler (15 %). Flesteparten opplevde sin egen innflytelse på folkehelsearbeidet i stor (41 %) eller noen (37 %) grad, mens 15 % opplevde egen innflytelse i svært stor grad og 5 % opplevde egen innflytelse i liten grad.

Tabell 2b. Arbeids- og organisatoriske forhold for kommunale folkehelsekoordinatorer (n = 264)

Stillingsprosent avsatt til folkehelse, gj.sn (SD)	42 (35,1)
Faktisk stillingsprosent til folkehelse, gj.sn (SD)	48 (33,6)
Antall år ansatt i kommunen, gj.sn (SD)	14 (10,0)
FHK som hovedstilling, n (%)	106 (41,4)
Stillingsbeskrivelse opprettet, n (%)	91 (35,4)
Stillingsnivå, n (%)	
Leder	59 (23,2)
Spesialrådgiver/Spesialkonsulent	55 (21,7)
Konsulent	53 (20,9)
Annet	87 (34,3)
Nærmeste leder, n (%)	
Rådmannen	72 (27,3)
Leder plan	22 (8,3)
Leder omsorg/helse	52 (25,0)
Leder oppvekst/skole	11 (4,2)
Annen leder, angi her	79 (33,5)
Kontakthypighet med rådmann, n (%)	
Daglig	6 (2,9)
Ukentlig	42 (20,4)
Månedlig	82 (39,8)
Sjeldnere enn månedlig	68 (33,0)
Aldri	8 (3,9)
Folkehelse omtalt i stor/svært stor grad i	
Kommuneplanens samfunnsdel, n (%)	132 (62,6)
Økonomiplan/budsjett, n (%)	50 (23,9)
Sektorplan på helse og/eller omsorgsområdet, n (%)	85 (41,3)

Sektorplan på kultur og/eller idrettsområdet, n (%)	85 (41,5)
Sektorplan på skole og/eller oppvekstområdet	70 (34,1)
Andre planer, n (%)	39 (21,1)
Tverrsektorielle arbeidsgrupper opprettet, n (%)	145 (68,4)
Hva brukes det tid på	
Tverrfaglig koordinering, gj.sn (SD)	18 (14,3)
Planarbeid, gj.sn (SD)	22 (19,7)
Saksbehandling, gj.sn (SD)	11 (13,1)
Kunnskapsformidling/Informasjonsarbeid, gj.sn (SD)	12 (9,9)
Initiere og utføre tiltak, gj.sn (SD)	14 (12,8)
Store forventninger fra andre om å være	
Strategisk og tverrsektoriell planlegger, n (%)	86 (39,1)
Tilrettelegger for praktiske folkehelse tiltak, n (%)	103 (47,5)
Generell saksbehandler, n (%)	34 (15,6)
Egenopplevd innflytelse, n (%)	
I liten grad	11 (5,4)
I noen grad	76 (37,1)
I stor grad	84 (41,0)
I svært stor grad	31 (15,1)

## 4.2 Gjennomslag i kommunens folkehelsearbeid

Tabell 3 gir oversikt over deltakernes vurdering av ulike kommunale forankringspunkt og statlige virkemidler som viktige for å få gjennomslag for kommunalt folkehelsearbeid. Alle de kommunale faktorene rangeres høyere enn de statlige faktorene. Av de kommunale faktorene oppfattes forankring i politisk ledelse (60,7 %), forankring hos rådmannen (67,5 %), forankring hos øvrig administrativ toppledelse (58,8 %) og forankring i kommunalt vedtatte planer (50,0 %) som viktig *i svært stor grad*, mens forankring i utøvende tjenester oppleves viktig *i stor grad* (48,3 %). Blant de statlige virkemidlene oppleves tildeling av statlige stimuleringsmidler som viktig *i stor grad* (33,0 %), mens tilsyn fra

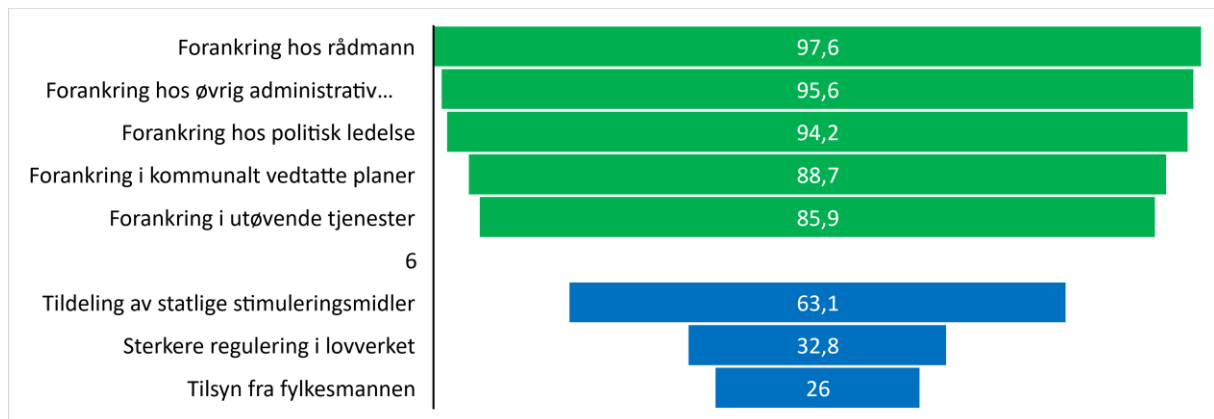
Tabell 3. De folkehelseansvarliges vurdering av kommunale og statlige faktorer for å få gjennomslag i kommunen

		Ikke i det hele tatt	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Kommunale faktorer	Forankring i politisk ledelse		0,5	0,5	4,9	33,5	<b>60,7</b>
	Forankring hos rådmannen				2,4	30,1	<b>67,5</b>
	Forankring hos øvrig administrativ toppledelse			0,5	3,9	37,1	<b>58,5</b>
	Forankring i utøvende tjenester			1,0	13,2	<b>48,3</b>	37,6
	Forankring i kommunalt vedtatte planer			1,0	10,3	38,7	<b>50,0</b>
Statlige faktorer	Tildeling av statlige stimuleringsmidler	0,5	2,0	3,9	30,5	<b>33,0</b>	30,0
	Tilsyn fra fylkesmannen	3,0	8,5	21,0	<b>41,5</b>	18,0	8,0
	Sterkere regulering i lovverket	2,0	5,1	21,2	<b>38,9</b>	20,2	12,6

fylkesmannen (41,5 %) og sterkere regulering i lovverket (38,9 %) anses som viktig *i noen grad*.

Blant de statlige virkemidlene er det også oppgitt svar som angir disse som ikke viktige i det hele tatt, i motsetning til de kommunale forankringspunktene hvor ingen har svart dette. Likeledes finnes det flere svar som angir statlige faktorer som viktige i svært liten grad eller i liten grad, mens det er svært få slike svar angående kommunale faktorer. Den viktigste kommunale faktoren for opplevelsen av gjennomslag er forankring hos rådmannen (67 %), mens den viktigste statlige faktoren er tildeling av stimuleringsmidler (30 %).

Figur 3. Folkehelsekoordinatorenes vurdering av viktige faktorer for gjennomslag



Ved sammenslåing av svarkategoriene «I stor grad» og «I svært stor grad», mener respondentene forankring hos rådmannen, øvrig administrativ ledelse og politisk ledelse oppleves som svært viktig for 94,2 % til 97,6 % (figur 3). 63,1 % opplever tildeling av statlige stimuleringsmidler som svært viktig og dette er den viktigste blant de statlige faktorene. Sterkere regulering i lovverket er viktig for en tredjedel av respondentene, mens tilsyn fra fylkesmannen anses som svært viktig for en fjerdedel.

#### 4.3 Assosiasjoner mellom uavhengige variabler og statlige stimuleringsmidler

Bivariat analyse<sup>7</sup> mellom uavhengige variabler og statlige stimuleringsmidler viser at kvinner opplever statlige stimuleringsmidler som mer viktige for gjennomslag for folkehelsearbeid i kommunen enn menn. De yngste og eldste deltakerne er mer opptatt av statlige stimuleringsmidler samt de med sosialfaglig/samfunnsvitenskapelig eller pedagogisk utdanning. De med arbeidserfaring fra andre

<sup>7</sup> Vedlegg 6, 7 og 8.

kommuner eller statlig sektor opplever dette mindre viktig enn dem med erfaring fra fylkeskommunen, privat sektor eller dem som er nyutdannet. Kommuner med nedgang i totalt folketall og nedgang i folketall for dem over 80 år fra 2009 til 2018 synes statlige stimuleringsmidler er en viktigere faktor for gjennomslag enn de kommunene med oppgang.

#### 4.4 Assosiasjoner mellom uavhengige variabler og tilsyn fra fylkesmannen

Videre bivariat analyse<sup>8</sup> viser at de med arbeidserfaring fra privat sektor anser tilsyn fra fylkesmannen som mindre viktig enn dem med arbeidserfaring fra andre kommuner, fylkeskommunen, statlig sektor eller dem som var nyutdannet. Dem som var plassert under leder i planavdelingen syntes dette var mer viktig enn dem plassert under øvrige ledere. De deltakerne som opplevde sin innflytelse i liten grad var mer opptatt av tilsyn fra fylkesmannen enn dem med større opplevelse av innflytelse. Videre var tilsyn fra fylkesmannen viktigere for de kommuner med nedgang i folketall for >80 år fra 2009-2018.

#### 4.5 Assosiasjoner mellom uavhengige variabler og sterkere regulering i lovverket

Bivariat analyse<sup>9</sup> viser assosiasjoner mellom kjønn og viktigheten av sterkere regulering gjennom lovverk for gjennomslag for folkehelsearbeid i kommunene. Kvinner syntes dette var viktigere enn menn. De med lengst samlet utdanning syntes dette var mindre viktig enn dem med kortere utdanning. Deltakere med stillingsprosent mellom 50 og 75 sa at dette var viktigere enn de øvrige stillingsgruppene. Deltakere med stilling som leder oppgav sterkere regulering i lovverket som mindre viktig enn deltakere som hadde stillinger under ledernivå. Likeledes var dette mindre viktig for de som var plassert under rådmannen, 56,1% (SD 18,8). Deltakere som var plassert under leder av planavdelingen anga høyest grad av viktighet, 70,0% (SD 30,3). Desto mindre folkehelse var omtalt i økonomiske planer eller budsjett var sterkere regulering desto viktigere. Kontekstuelle variabler viste assosiasjoner mellom den avhengige variabelen og kommunens folketall ved at viktigheten var størst i kommunene med >50 000 innbyggere.

---

<sup>8</sup> Vedlegg 5, 6 og 7.

<sup>9</sup> Vedlegg 5, 6 og 7.

## 5.0 Drøfting

Historien viser at folkehelse er et kontinuerlig pågående arbeid som alltid vil ha forbedringspotensialer og der statlig involvering er grunnleggende for forbedringsarbeidet. Nasjonale myndigheter ønsker at en stadig større andel av befolkningen skal oppnå bedre helse og lengre levetid. I dag har Norge også mål om å redusere de sosiale helseforskjellene som eksisterer i landet, men som stadig øker (Folkehelseinstituttet, 2018). Folkehelsekoordinatorens rolle skal være et middel for å nå dette målet og er anbefalt som et av de sterkeste midlene for tverrsektorielt arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002, 2011b). Hvis koordinatorene skal bære et slikt ansvar bør de oppleve å få gjennomslag for folkehelsearbeidet i kommunene. Denne studien har sett på hvilke faktorer koordinatorene opplever som viktige for å få gjennomslag for kommunalt folkehelsearbeid og har følgende hovedfunn:

1. Første hovedfunn viser at folkehelseansvarlige anså kommunal forankring som mer viktig enn statlig drahjelp for å få gjennomslag for folkehelsearbeid i kommunene.
2. Andre hovedfunn viser at forankring i kommunenes toppledelse er spesielt viktig for gjennomslag. Forankring i planverk og utøvende tjenester ble vurdert som mindre viktig enn ledelsesforankring.
3. Det tredje hovedfunnet viser at folkehelsekoordinatorene hadde en større skepsis til strenge statlige virkemidler som sterkere lovregulering og tilsyn, enn til milde virkemidler som statlige stimuleringsmidler.

Funnene vitner om skepsis til statlig innblanding og en grunnleggende kommunal forankring som står sterkt blant koordinatorene. For å finne forklaringer på dette er det nærliggende å se nærmere på det kommunale selvstyret hvor kommunenes ulike sammensetninger gir variasjoner for hvordan folkehelsearbeidet utføres fra kommune til kommune. Her er det vesentlig å belyse koordinatorenes organisatoriske lojalitet ved å se nærmere på organisasjonstilhørighet, organisasjonskultur og stiafhengighet samt de internaliserte normene som finnes i kommuneorganisasjonen. I tillegg er kommunenes organisering utslagsgivende for maktforhold og koordinatorenes innflytelse. Her er spesielt koordinatorens arbeids- og organisasjonsvilkår av avgjørende betydning for koordinatorens legitimitet og gjennomslagskraft. Videre vil de statlige virkemidlene studeres gjennomgående for å se på hvilken betydning disse har for koordinatorenes opplevelse av gjennomslag. Vesentlig for både det kommunale og statlige folkehelsearbeidet er en forankring av folkehelse innad i organisasjonen og dette er en del av gjennomgangen. Med dette som utgangspunkt er det også naturlig å komme inn på folkehelsekoordinatorenes egen forankring i folkehelsearbeid og hva som kan være utslagsgivende for

denne forankringen. Til sammen utgjør alle punktene et grunnlag for hvilke faktorer koordinatorene anser som viktige for gjennomslag i kommunalt folkehelsearbeid. Dette kan indikere hvorvidt folkehelsearbeidet er tilfredsstillende i forhold til de retningslinjene som er satt i folkehelseloven. Dette igjen har stor betydning for om de nasjonale folkehelsemålene nås eller ikke.

## 5.1 Hovedfunn 1: Kommunal forankring viktigere enn statlig drahjelp

### 5.1.1 Kommunalt selvstyre

Studiens funn vitner om en sterk kommunal forankring blant koordinatorene, noe som kan forklares ut fra kraften i det kommunale selvstyret. Kommunesektoren ved KS beskriver et ideal der stat og kommune er likeverdige partnere, noe skiftende regjeringer har hatt målsettinger om å oppnå (KS, 2020). Det kommunale selvstyret er formelt blitt styrket de seneste årene, etter Stortinget grunnlovsfestet norske kommuners rett til selvstyre i 2016 (NOU 2016:4) og ga kommunene rett til å gå til sak mot vedtak fattet av fylkesmannen i 2018 (Kommuneloven).

Kommuneloven sikrer kommunene selvstendighet og lokal autonomi (1992). Skiftende regjeringer har hatt mål om reduksjon i detaljstyring overfor kommunene og kommunene har fått styrket sin posisjon de siste årene (Kommuneloven, 2018). Tross dette er det fremdeles sterk hierarkisk styring på flere felt (KS, 2020). Det kommunale selvstyret kan forklare hvorfor de statlige faktorene ble ansett som mindre attraktive enn de kommunale faktorene for gjennomslag i kommunalt folkehelsearbeid. I dag ligger den sterkeste statlige føringen i folkehelselovens fem byggesteiner og dets mål om å redusere helseforskjeller basert på en tverrsektoriell tilnærming (2012). Staten har større påvirkningskraft enn de benytter. Eksempelvis er store deler av folkehelseloven fremstilt med lovpålegg framfor rettighetsorientering og stiller dermed mildere rettskrav til kommunene (Fimreite & Grindheim, 2007). Ved å innføre en lov med få detaljerte retningslinjer ivaretar staten kommunenes autonomi til å styre folkehelsearbeidet etter lokale forhold, noe som gir muligheter for bred oppgaveløsning etter egne behov (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2012). Dette er fordelaktig for kommunene da de har ulike betingelser for folkehelsearbeid basert på demografi, sentralitet, økonomi og ressurser. Hensikten med slik kommunal råderett er å dekke lokale behov mer effektivt enn hva statlig detaljstyrt folkehelsearbeid antakelig hadde gjort (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2012).

Første hovedfunn kan relateres til koordinatorenes opplevelse av de kommunale og statlige faktorene som formålsrasjonelle for gjennomslag i folkehelsearbeidet. Dette henger sammen med hvilke mål som er i fokus og hvilken arbeidsstrategi kommunen og staten jobber etter. Gjennom arbeidet med



oversiktsdokumentet tillater folkehelseloven ulike målsettinger blant kommunene, ettersom arbeidet prioriteres ut fra kommunale utfordringer og tilgjengelige ressurser. Disse målene vil kunne være ulike fra kommune til kommune, men også annerledes fra de statlige målene. Med ulike statlige og kommunale mål er det naturlig at også strategien blir annerledes. Koordinatorenes strategiske arbeid for nå oppsatte kommunale mål foregår hovedsakelig innad i kommunesektoren. Derfor vil de kommunale faktorene være mer framtrædende i koordinatorenes lokale arbeid enn de statlige faktorene. Koordinatorenes arbeidshverdag handler om å påvirke den politiske ledelsen, rådmannen og den øvrige administrative toppledelsen, få folkehelsearbeid inn i kommunalplanen og få gjennomført tiltak i de utøvende tjenestene. Tildeling av statlige stimuleringsmidler, tilsyn fra fylkesmannen og sterkere regulering i lovverket er ikke synlig framtrædende i koordinatorens arbeidshverdag på samme måte, noe som kan forklare hvorfor disse ble rangert lavest.

### 5.1.2 Generalistkommuneprinsippet

Ut fra idealet om kommunalt selvstyre og kommunenes ulike ressursmessige sammensetninger kan kommunene ha ulike strategier for folkehelsearbeidet og variasjoner i koordinatorenes arbeids- og organisasjonsvilkår. Som i tidligere studier (Hagen et al., 2015; Hagen et al., 2018; M. Helgesen & Hofstad, 2014; Riksrevisjonen, 2015), understøtter denne studien slike kommunale variasjoner. Generalistkommuneprinsippet skal sikre like rammer for organisering og styring (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016), men denne studien finner ulike organisatoriske betingelser for folkehelsekoordinatorene. Noen av koordinatorene har en organisasjonsplassering på høyt nivå som trolig styrker koordinatorens innflytelseskraft horisontalt og vertikalt. Noen kommuner har valgt å ansette folkehelsekoordinatorene i 100 % stilling med stillingsbeskrivelse, mens andre har koordinatorene i eksempelvis 20 % stilling kombinert med annen stilling.

Råderett over koordinatorenes arbeids- og organisasjonsvilkår er en fordel for kommunen og folkehelsearbeidet avhenger av kommunestyrets bestemmelser og vedtak. Flere kommuner har vedgått at det er vanskelig å prioritere forebyggende folkehelsearbeid når det krever ressursinnsats i forkant av eventuell synlig effekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Fimreite og Grindheim (2007) poengterer større forskjeller i ressursinnsatsen der kommunene er fristilt statlige føringer, en innstilling denne studien bekrefter. På den andre siden kan koordinatorenes lave stillingsprosent si mer om kommunale ressurser framfor kommunal innsats i folkehelsearbeidet. Dette er et argument for at statlig finansiering av folkehelsekoordinator-stillinger kan være en fordel for å sikre like organisatoriske betingelser mellom kommuner.

Ulike organisatoriske betingelser blant folkehelsekoordinatorene kan føre til et skjevt folkehelsearbeid i landet. Slike ulikheter kan hevdes å gå på tvers av Generalistkommuneprinsippet som skal sikre alle innbyggere rett til likestilte kommunale tjenester (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). Samtidig går dette på tvers av verdisetningen om likhet i det kommunale selvstyret, en verdi som er blitt mer dominerende etter hvert som kommunene er gitt større ansvar for produksjon av velferdstjenester (Fimreite & Grindheim, 2007).

Å hevde at ulike organisatoriske betingelser blant folkehelsekoordinatorer gir utslag for ulike folkehelsetjenester blant kommuner, innebærer en tankegang om at en folkehelsekoordinator har positiv effekt på folkehelsearbeidet. Dette kan antas på bakgrunn av stillingsoppnevningens formål og forskning nevnt tidligere i oppgaven. Funnene til Hagen et al. (2018) får fram viktigheten av arbeids- og organisasjonsvilkår for folkehelsekoordinatorene. Her blir det vist at utilstrekkelige/knappe betingelser ga negative utslag for koordinatorenes arbeidsutførelse. Økte øremerkede midler til folkehelsearbeid kan være en måte for staten å opprettholde folkehelsetjenester innen generalistkommuneprinsippet og for kommunene å styrke idealet om likhet i tjenesteproduksjon. Øremerkede midler kan imidlertid også bidra til økte inntektsforskjeller mellom kommuner, da tilskuddene ofte krever medfinansiering fra kommunene (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016).

### 5.1.3 Organisasjonstilhørighet og organisasjonskultur

Første hovedfunn kan også belyses ut fra koordinatorenes følelse av *organisasjonstilhørighet*, som handler om koordinatorens identifisering med og engasjement for kommunal organisasjon (Mowday, Steers, & Porter, 1979). Koordinatorens arbeidsgiver, arbeidsplass og nærmeste samarbeidspartnere er innad i kommuneorganisasjonen og knytter på denne måten sterkere bånd enn koordinatoren gjør til statlig organisasjon. Arbeidere som identifiserer seg med organisasjonen de jobber i har økt lojalitet og forpliktelse overfor arbeidsplassen sin (Cole & Bruch, 2006). Staten kan på denne måten oppleves som et adskilt og distansert maktorgan som gir oppgaver uten å involvere seg i tett samarbeid. Prop. 90 L påpeker at kommunale og statlige folkehelse tiltak er adskilte og at organisasjonene i stor grad opererer uavhengig av hverandre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

Organisasjonstilhørighet er sterkt knyttet til organisasjonskulturen i kommunen. Kommunenes selvstyre kan styrke kommunene som interne organisasjoner og gi en stødig organisasjonskultur der lojaliteten innad står sterkt (Christensen et al., 2013). En god organisasjonskultur kan gi medlemmene trygghet i organisasjonens struktur der medlemmenes arbeidsoppgaver og forventninger er flettet smidig sammen gjennom flere års utvikling og samarbeid. Er organisasjonskulturen sterk er det naturlig at

tilhørigheten og lojaliteten til kommunen også er sterk (Jacobsen & Thorsvik, 2019). En slik kultur formes av lokale verdier og her er kommunens stivhengighet framtrepende (ibid.).

Med en sterk organisasjonskultur og kommunalt selvstyre vil kommunen trolig ha sterk tro på egne ferdigheter og at de skal klare å «rydde i eget hus». I dette kan det også ligge en skepsis til innblanding fra ytre hold og selvstyrets verdi om frihet kommer klart fram (Fimreite & Grindheim, 2007). Tildeling av statlige stimuleringsmidler var den statlige faktoren som ble rangert som viktigst for gjennomslag for folkehelsearbeidet i kommunene. Dette er blant de mildeste statlige virkemiddelene og innebærer samtidig minst statlig innblanding i kommunalt arbeid. Høy rangering her kan anses som naturlig, men kan samtidig avsløre et underliggende ønske om kommunal autonomi, identitet med egen kommune og tro på egne ressurser. De statlige faktorene kan gi kommunene forpliktelser og står da i kontrast til den friheten kommunene ønsker. Stimuleringsmidler fra staten er eksempelvis et styringsverktøy der staten oppnår kontroll med kommunesektoren (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). Øremerkede midler gir dessuten kommunene administrativt merarbeid med utarbeiding av søknader og rapportskrivning. Siden 2004 har Helsedirektoratet tildelt stimuleringsmidler til folkehelsekoordinatorfunksjonen, der støtten går via fylkene til kommunene (Hofstad & Vestby, 2009). Helgesen og Fosse (2017) påpeker nettopp hvordan et innfløkt offentlig finansieringsystem krever proaktive fylkeskommuner for å ikke bli ineffektivt.

Baruch (1998) påpeker at organisasjonstilhørighet går i to retninger og at de ansattes organisasjonstilhørighet er et resultat av organisasjonens egen tilhørighet til sine ansatte. Er kommuneorganisasjonen uengasjert i folkehelsearbeidet kan koordinatoren oppleve dette demotiverende og det kan senke dennes grad av tilhørighet og lojalitet til kommunen. Ut fra dette kan man tenke seg at de statlige faktorene for gjennomslag ville vært rangert som viktigere enn hva denne studien fant. Med Baruch sitt synspunkt er det nærliggende å stille spørsmål ved *kommuneledelsens* organisasjonstilhørighet ettersom den står i en mellomposisjon der den skal svare til statlige myndigheter samtidig som den skal ivareta kommuneorganisasjonens ønsker og behov. Hvis koordinatoren opplever støtte fra kommuneledelsen vil dette kunne innebære tettere samarbeid, inkludering og forankring av folkehelsefremmende prinsipper. Om ledelsens mål er å tilfredsstille statlige myndigheter kan folkehelsearbeidet bli en konstruksjon av symbolske mål for å sikre kommunene legitimitet. Ledelsen kan da være mer opptatt av å framheve sin virksomhet overfor statlige myndigheter ved å oppfylle mål som er pålagt ovenfra, enn av å forankre ideologien i organisasjonens struktur. Typiske konsekvenser av dette kan være ansettelse av folkehelsekoordinator i lav stillingsprosent: utarbeidelse av oversiktsdokumentet der flere av leddene forbigås; oversiktsdokumentet revideres ikke årlig; oversiktsdokumentet blir ikke benyttet i utarbeidelsen av ny

kommunal planstrategi. Med slike overfladiske løsninger svarer kommunen til myndighetenes formelle mål, den framstår som en kapabel kommune og svarer til de formelle normene som er forventet av dem.

Slike snarveier kan også være en løsning for kommunene om de ikke oppfatter myndighetenes folkehelsepolitikk som rasjonaliserte myter. Da har ikke kommuneledelsen tro på folkehelsepolitikken som hensiktsmessig og adopterer kun mytene inn i virksomheten på grunn av tvangsmessig adoptering. Kommuneledelsens lojalitet kan fortsatt ligge hos sine ansatte, men den utilstrekkelige gjennomføringen av folkehelseiltakene vil resultere i redusert effektivitet. Et effektivt folkehelsearbeid i kommunene må utføres på bakgrunn av en reell tro på verdi av måloppnåelsene.

#### 5.1.4 utfordringer

Folkehelseloven kom med nye føringer for hvordan arbeidet i kommunene skulle organiseres, noe som kan oppleves utfordrende for en godt innarbeidet organisasjonskultur. Det er pekt på at kommunene opplever de statlige retningslinjene som tvetydige (Kiland et al., 2015) og at fagfeltet har mangelfull forskningsbasert kunnskap (Riksrevisjonen, 2015). Dette kan forsterke en institusjonell organisasjonstilnærming der mål utvikles gradvis og endringer skjer langsomt (Christensen et al., 2013). Her ligger en mulig forklaring på hvorfor de fleste kommuner ikke hadde etablert et systematisk folkehelsearbeid tre år etter folkehelseloven trådte i kraft (Riksrevisjonen, 2015). I slike situasjoner bør kommuneledelsen være tydelige på at organisasjonen som helhet skal gå i en ny retning. Dette er essensielt om de nye retningslinjene bryter med organisasjonens sti-avhengighet, da en organisasjonskultur ses på som en integrerende del i offentlige organisasjoners fellesskap (Christensen et al., 2013). Indre forhold og indre press er førende for internaliseringene som gjøres i en organisasjon, slik at ledelsen kan være avhengig av medlemmenes aksept for å unngå splittelse (ibid.). På denne måten kan organisasjonskulturen bidra til å enten fremme eller hemme folkehelse som tilnærming i den ellers formelle strukturen (Christensen et al., 2013).

Organisasjonens medlemmer er i et dynamisk forhold med organisasjonskulturen, der påvirkning skjer gjensidig (ibid). Her demonstreres Barnards (1938; Scott, 1987) tankegang om hvem som faktisk besitter makt. Staten gir kommunene nye mål, men kommuneledelsens etterlevelse er ikke gitt. Ledelsens avgjørelse på dette kan, spesielt i institusjonell organisasjonstilnærming, påvirkes av organisasjonens medlemmer, der organisasjonens etablerte tradisjoner står sterkt.

Det finnes som regel kun én folkehelsekoordinator i hver kommune, noe som kan bidra til en følelse av utenforskap innad i kommuneorganisasjonen. Studiens funn vitner om at flertallet av koordinatorene har organisatoriske forhold som går på tvers av statlige anbefalinger (NOU 1998: 18, 1998). Disse betingelsene gir en annen organisasjonsstruktur enn hva som ble eksemplifisert for et bedre kommunalt folkehelsearbeid i 1998. Her var forslaget at koordinatoren satt på overordnet nivå i rådmannens stab. Når kommunene ikke følger statlige anbefalinger vedrørende organisasjonsstruktur vil plasseringen av koordinatorene på underordnet nivå kunne integreres i organisasjonskulturen ettersom disse vil påvirke hverandre gjensidig (Christensen et al., 2013). Desto lenger koordinatorene forblir på dette nivået, vil det kunne bidra til å vanskeliggjøre en endring til overordnet nivå.

Negative arbeids- og organisasjonsvilkår for koordinatoren kan påvirke koordinatorens lojalitet overfor egen kommuneorganisasjon. Hvis koordinatoren i tillegg ser nabokommuner som prioriterer folkehelsearbeidet høyere enn sin egen kommune eller i veiledning fra fylkeskommuner får bekreftet kommuneledelsens prioritering av folkehelsearbeidet som utilstrekkelig, kan dette svekke koordinatorens organisasjonstilhørighet og tillit til egen kommune. Videre kan koordinatorens utdanning ha betydning for en styrket eller svekket tilhørighet til kommunen, avhengig av kommunens vurdering av profesjonens verdi. Koordinatoren kan ha sterk identitet til egen profesjon og først og fremst tilhørighet rettet mot eget fagfelt. Koordinatorer med folkehelsefaglig utdanning kan ha et stødigere faglig grunnlag for iverksetting av tiltak, hvilket kan gjøre det lettere å få gjennomslag for dette arbeidet.

## 5.2 Hovedfunn 2: Forankring i kommunal toppledelse

### 5.2.1 Hvordan oppnår koordinatorene gjennomslag?

Studios funn viste at forankring hos rådmann, øvrig administrativ toppledelse og politisk ledelse hadde en viktighet mellom 94,2 % og 97,6%, som var høyere enn rangeringen for forankring i kommunalt vedtatte planer (88,7%) og forankring i utøvende tjenester (85,9%). For å forstå hvorfor koordinatorene rangerte disse kommunale faktorene høyest, er det naturlig å belyse hvilke faktorer som er avgjørende for koordinatorens mulighet for gjennomslag. Dette kan forklares på bakgrunn av kommunens *organisasjonsstruktur* og hvilke faktorer i kommuneorganisasjon som gir autoritet og innflytelse. Kommuner har en formalisert, hierarkisk organisasjonsstruktur der organisering er utslagsgivende for maktforhold (Christensen et al., 2013). Weber (2009) kaller dette en byråkratisk organisasjonsform som består av hierarki, arbeidsdeling og rutiner. I hierarkiet finnes ulike vertikale nivåer der de som er overordnet har rett til å styre de underordnede (ibid.). Organisasjonsformen gir en klar arbeidsdeling til

enheter og posisjoner der rutiner sikrer klarhet i hvem som gjør hva (ibid.). Rådmannen er øverste leder for kommunens administrasjon (Fimreite & Grindheim, 2007). Ved lanseringen av folkehelsekoordinatorstillingen ble koordinatorene anbefalt å sitte på samme nivå som rådmannen og dermed i posisjon som skulle sikre sektorovergrepene til nærhet til folkehelse (NOU 1998: 18). Rådmannen med administrativ og politisk ledelse har makt til å styre retning og prioriteringer. Jacobsen og Thorsvik (2019) forklarer makt som *påvirkning til egen fordel*. I dette ligger det at koordinatorens arbeids- og organisasjonsvilkår vil være av avgjørende betydning for innflytelse og gjennomslagskraft.

Forskning viser at de som arbeider i ulike hierarkiske nivåer i organisasjoner kan ha ulike forståelser av organisasjonens identitet, fremtidige mål og strategier (Corley, 2004). I kommuner kan dette bety ulik forståelse av folkehelsearbeid blant politisk ledelse, rådmann, administrativ toppledelse, folkehelsekoordinator og kommunenes øvrige ansatte. For å påvirke kommuneorganisasjonens identitet, målsetting og målstrategi bør koordinatoren derfor være organisert nærmest mulig ledelsen. Det er ikke gitt at rådmannen eller den administrative og politiske ledelsen følger lovpålagte rammer for folkehelsearbeidet (Christensen et al., 2013). Dette ble blant annet tydeliggjort i Riksrevisjonens rapport fra 2015 som konkluderte med at de fleste kommuner ikke hadde etablert et systematisk folkehelsearbeid. Det finnes forskning som støtter antakelsen om manglende prioritering blant kommuneledelsene i Norge. Fosse (2012), Sjursland, Hovland og Tveit (2015), Hofstad (2016) og Hagen et al (2015; 2018) har alle gjort studier som viser mangelfullt folkehelsearbeid som følge av at kommuner ikke følger statlige føringer for arbeidet. Her vises betydningen av forankring av folkehelse blant øverste ledelse.

Ettersom rådmannen har det overordnede ansvaret for planlegging og gjennomføring av folkehelsearbeidet (Folkehelseoven, 2012) er det viktig for koordinator å være i tett samarbeid med denne. Tidligere forskning støtter en organisatorisk plassering direkte under rådmannen som en strategi for økt innflytelse (Hagen et al., 2018). Denne studien viser at koordinatorenes organisatoriske plassering fremdeles er svært variert. Funnene viser en manglende enhetlig forståelse av hvor koordinatoren hører hjemme i det organisatoriske kartet. Under en tredjedel hadde rådmannen som nærmeste leder, mens en fjerdedel hadde nærmeste leder innen helse- og omsorgssektoren. Øvrige koordinatorene var plassert i planavdelingen (8,3 %), oppvekst- og skolesektoren (4,2 %) eller andre sektorer (33,5 %).

Videre var det også stor variasjon i koordinatorenes kontakthypighet med rådmannen. Under en fjerdedel hadde daglig eller ukentlig kontakt, to av fem hadde månedlig kontakt, mens en tredjedel hadde kontakt sjeldnere enn månedlig. 3,9 % aldri hadde kontakt med rådmannen. Slike funn viser at i

flere kommuner arbeider rådmann og koordinator adskilt, i motsetning til hva som anbefales i tidligere forskning (Hagen et al., 2018). Med et komplekst fagfelt der det mangler tydelige styringssignaler og forskningsbasert kunnskap rundt virkning av tiltak, kan kommunale målsettinger bli vage. Tvetydig målsetting kan forklare hvorfor kommunene har ulike eller fraværende strategier for koordinatorenes arbeidsbetingelser. Koordinatorenes ulike organisatoriske forhold gir et bilde av rotete og usammenhengende folkehelsevisjoner på tvers av kommunene. Etter mytologisk organisasjonstilnærming kan dette vitne om tvangsmessig adoptering av rasjonaliserte myter der gjennomføringen skjer etter frikobling i stedet for rask tilkobling (Christensen et al., 2013). Det vil si at kommuneorganisasjonen adopterer deler av folkehelsevisjonene for å oppnå ekstern legitimitet uten at dette blir styrende for virksomhetens faktiske arbeid. En frikobling kan føre til en frastøtende gjennomføring, der de rasjonaliserte mytene til slutt opphører fordi de ikke passer inn i organisasjonen. Dette er imidlertid lite sannsynlig ettersom mytene adopteres tvangsmessig gjennom lover og forskrifter. Om kommuneorganisasjoner har en rask tilkobling til folkehelsearbeidet, ville dette kunne inspirert andre kommuner til imitasjon, slik at folkehelsearbeidet i andre kommuner vil implementeres gjennom en mimetisk adoptering, i tillegg til den tvangsmessige adopteringen. Dette vil kunne framskynde folkehelsearbeidet rundt om i kommuner og bidra til fenomenet isomorfi. Da vil folkehelse kunne bli en rasjonalitetsstandard som anses som rasjonell og fornuftig (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Dette vil kunne påvirke stadig flere kommuner til å iverksette folkehelsearbeid ettersom organisasjonene vil tendere mot å stadig bli mer like (ibid.).

En av koordinatorens hovedoppgaver er å skape et tverrsektorielt samarbeid om folkehelse. For å oppnå legitimitet og autoritet er koordinatorens organisatoriske plassering viktig. Omtrent en fjerdedel oppgir at de har en lederstilling og om lag en fjerdedel er plassert under rådmannen. Ut fra disse tallene kan man anta at flere koordinatører ikke har den gjennomslagskraften de kunne hatt. Det å lede en gruppe bør innebære myndighet til å pålegge gruppemedlemmene arbeidsoppgaver og å koordinere innsatsen i gruppen. Det kan være vanskelig å lede en gruppe om koordinatoren er på samme organisatoriske nivå som resten av gruppen. Studien viste at to tredjedeler av kommunene hadde opprettet tverrsektorielle arbeidsgrupper, noe som tydeliggjør at koordinatorenes tverrsektorielle arbeid fremdeles er ufullstendig. Til tross for høy oppslutning av tverrsektorielle arbeidsgrupper, så anga koordinatorene i gjennomsnitt å ukentlig bruke under en femtedel av sin stilling på tverrfaglig koordinering. Samtidig var det flere som rapporterte forventninger om å være en praktisk tilrettelegger enn å være en strategisk planlegger. Dette sier noe om hvorvidt kommuneorganisasjonens medlemmer har forstått koordinatorens rolle. Koordinatoren selv kan tydeliggjøre rollen sin, men dette ansvaret ligger først og fremst hos toppledelsen. At det fremdeles finnes uklare forventninger til koordinatorrollen kan oppfattes som nok et tegn på ufullstendig engasjement for folkehelsearbeidet fra

kommuneorganisasjonens øverste ledelse. Dette er funn som viser hvordan styringen i ledelsen er avgjørende for å løfte fram folkehelsearbeidet i egen kommuneorganisasjon. Norsk institutt for by- og regionforskning har poengtert at «deltakelse i tverrsektorielle arbeidsgrupper er en relevant indikator på at det tverrsektorielle samarbeidet på folkehelsefeltet er prioritert» (M. Helgesen, Abebe, & Schou, 2017). Mange kommuner har klart å iverksette tverrsektorielle arbeidsgrupper, men denne studien viser at timene brukt på tverrsektorielt arbeid i virkeligheten er relativt liten. Med dette kan man stille spørsmål ved om folkehelsearbeidet er et glansbilde eller integrert i kommuneorganisasjonens ideologi. Fylkesmenn kan kontrollere om kommuneorganisasjonene har tverrsektorielle arbeidsgrupper, men det er ikke like lett å kontrollere om det tverrsektorielle arbeidet er forankret innad i kommunen. Opprettelsen av tverrsektorielle arbeidsgrupper kan på den måte være en måte for kommuneorganisasjonen å oppnå legitimitet, uten at det krever store omveltninger innad i organisasjonen.

### 5.2.2 Kommuneledelsens forankring av folkehelse

Kommuner har en sterk formalisert struktur (Christensen et al., 2013). I et instrumentelt perspektiv vil folkehelsearbeidet styres etter de beslutninger som toppledelsen iverksetter (ibid.). Derfor vil forankring av folkehelse i toppledelsen være av avgjørende betydning for det kommunale folkehelsearbeidet. Toppledelsens styring vil være veiledende for handlingsfriheten til medarbeiderne (ibid.), inkludert koordinatoren og dennes mulighet for gjennomslag. Hvis ledelsen har et stort fokus på folkehelse i alt kommunalt arbeid vil folkehelsearbeidet baseres på maksimering der flere alternativer vurderes før det beste alternativet velges (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Med svekket forankring vil mulighetene for å ta mindre gode beslutninger rundt folkehelsearbeidet være mer sannsynlig. Dette vil igjen ha følger for kvaliteten på folkehelsearbeidet som utføres og hvilke effekter man oppnår. Forankring av folkehelse hos kommuneledelsen vil være avgjørende for arbeidet og forklarer hvorfor koordinatorene rangerer forankring hos rådmann, politisk og administrativ toppledelse som viktigst for å få gjennomslag for folkehelsearbeidet.

Prop 90 L peker på kommunene som en stor tilrettelegger for forebyggende folkehelsearbeid, mens staten, gjennom statlig folketrygd og spesialisthelsetjenesten, høster de største økonomiske gevinstene av dette arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). En slik ubalanse der kommunene står med lav økonomisk inntjening av folkehelsearbeidet innen kommunal sektor kan redusere prioritering hos den kommunale ledelsen. Samtidig er folkehelsearbeid ofte av langsiktig karakter, hvilket innebærer at kost-nytteeffekten ikke er målbar i en kort tidshorisont. Økonomiske insitamenter vil derfor kunne være



negative for kommunene på kort sikt, men positive på lang sikt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Kommuner med lite ressurser kan bekymre seg for å investere i folkehelsefremmende tiltak. (ibid.). Dette kan feilaktig gi inntrykk av en kommunal motvilje mot folkehelsearbeid, selv om dette ikke stemmer.

At mange kommuner, syv år etter at folkehelseloven ble introdusert, ikke har folkehelse solid forankret i kommuneorganisasjonen kan forstås fra et institusjonelt perspektiv. En implementering av folkehelse i kommuneorganisasjonen vil utvikles gradvis. I et kulturperspektiv vil koordinatorens utdanning innen folkehelse kunne øke det indre presset for forankring av folkehelse, øke dens verdi i organisasjonen og etter hvert endre organisasjonskulturen. I et myteperspektiv kan forankringen av folkehelse i kommuneorganisasjonen fungere som et glansbilde utad for å sikre organisasjonen legitimitet framfor at forankringen faktisk er innad i kommuneorganisasjonens ideologi. Studien fant at tre femdel oppga at folkehelse var omtalt i kommuneplanens samfunnsdel. Videre oppgav imidlertid under en fjerdedel at folkehelse ble omtalt i økonomiplan og budsjett.

Skal folkehelsearbeidet være effektivt må det være systematisk (Helsedirektoratet, 2018b), noe som krever forankring i kommuneorganisasjonen. Når denne forankringen er mangelfull, kan dette være en indikator på at effektiviteten i det folkehelsearbeidet som samlet gjøres på kommunalt sektornivå er lav. Ut fra et institusjonelt perspektiv er det nærliggende å anta at en solid forankring av folkehelse i kommuneorganisasjonene vil ta flere år, noe som betyr ytterligere år med lite effektivt kommunalt folkehelsearbeid. Til tross for dette finnes det kommuner der folkehelse står sterkt i organisasjonen og der et systematisk og målrettet arbeidet utføres. Disse kommunene kan bidra til isomorfi og mimetisk adoptering av folkehelsearbeidet, som etter hvert vil kunne øke effektiviteten i folkehelsearbeidet i andre kommuner.

### 5.3 Hovedfunn 3: Større skepsis til strenge statlige virkemidler

Denne studien viser at mange koordinatorene hadde en skepsis til statlig innblanding i kommunalt folkehelsearbeid. De oppga den statlige innblanding som mindre attraktiv desto strengere den var.

I et instrumentelt perspektiv kan man forstå staten som en organisasjon med mål for framtiden med tilhørende strategier for måloppnåelse. Her er strategier innført i formelle normer med ulik hardhet, noe som kan få utslag for etterlevelsen av de ulike strategiene (Christensen et al., 2013). Folkehelseloven har et klart mål om å utjevne sosiale helseforskjeller (2012). Strategien for dette er

gjennom et tverrsektorielt og systematisk folkehelsearbeid i kommunene (2012). Målene er utviklet gjennom internasjonale forpliktelser (jf. Ottawa-charteret og Trondheimserklæringen), men også fra selvstendige fremtidsønsker som skal være bærekraftige for norsk samfunnsutvikling. Formelle normer som folkehelseoven og stortingsmeldinger om folkehelsearbeid er virkemidler for å nå følgende nasjonale mål fra 2013:

1. Norge skal være blant de tre landene i verden med høyest levealder.
2. Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel.
3. Skape et samfunn som fremmer helse for hele befolkningen og reduserer sosiale helseforskjeller (Helsedirektoratet, 2018a).

Norges tre hovedmål skal oppnås som et samlet resultatet av alle kommuners og alle folkehelseansvarliges arbeid. Dette gjøres gjennom kravet om et systematisk folkehelsearbeid. Kommunene oppfører egne mål i oversiktdokumentet som blir delmål for de nasjonale målene. Likeledes vil de ha egne planstrategier. Egne kommunale mål og strategier kan føre til ulike visjoner både mellom stat og kommune, men også mellom kommuneorganisasjonene. På denne måten kan kommunalt arbeidsfokus distansere seg fra de nasjonale målene, så vel som fra de statlige strategiene.

### 5.3.1 Opplevs de statlige faktorene som ressurser?

Stat og kommune har ulike forutsetninger for hvilke folkehelsestrategier de kan iverksette ettersom de har ulik myndighet. Mens staten har myndighet til å utføre både strenge og milde tiltak, må kommunene gjennomføre tiltak innen statlige rammer og i en mildere grad enn staten. Derfor er statlig arbeid i større grad preget av harde og strukturelle tiltak som skal nå hele befolkningen, mens kommunalt arbeid oftere er preget av milde, målrettede tiltak på selektivt eller indikativt nivå (KS & Kommunesektorens organisasjon, 2020). De statlige styringsverktøyene gir rask måloppnåelse (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016) og sammenliknet med kommunene har staten langt bedre forutsetninger for å kunne iverksette effektive tiltak for hele befolkningen.

Hvorvidt statlige styringsmuligheter oppleves som ressurser har også sammenheng med hvor kraftfulle de anses å være. De statlige faktorene kan rangeres lavt fordi koordinatorene ikke opplever dem som kraftfulle nok. Som man ser av de statlige virkemidlene er de utslagsgivende for at det eksisterer folkehelsekoordinatorstillinger i kommuneorganisasjoner i dag (jf. Meld. St 16 og Meld St. 47). Stortingsmeldinger oppfordret til folkehelsekoordinatorstillinger og stimuleringsmidler finansierte noe av arbeidet, men dette førte likevel ikke til omfattende endringer. Her ser man hvordan mål som

pålegges ovenfra og ned er avhengig av etterlevelse nedenfra, slik Barnards tankegang reflekterte (Scott, 1987). Mange folkehelsekoordinatorer fikk i tillegg andre tillingstitler, noe som kan oppleves lite anerkjennende. Dette vil kunne hindre en enhetlig forståelse av yrkesrollen og minske koordinatorens legitimitet. Dessuten hadde flere koordinatorer svært lave stillingsprosent (M. K. Helgesen & Hofstad, 2012), noe som viser at de statlige faktorene ikke hadde stor innflytelse for arbeids- og organisasjonsvilkårene til folkehelsekoordinatorerne. Hvorvidt de statlige faktorene oppleves som ressurser kan også ha sammenheng med at de oppleves som for inngripende. Da kan statlige virkemidler gå på bekostning av kommunenes frihet til å styre etter lokale forhold eller gjøre arbeidet ineffektivt fordi kommunene ikke kan konsentrere seg om det de mener er viktigst.

Folkehelseloven setter klare målsettinger, noe som kan ses på som en måte for staten å kontrollere kommunenes folkehelsearbeid. Fylkesmenn skal kontrollere at kommunenes folkehelsearbeid innfrir de pliktene som er satt for dette arbeidet. Hvis fylkesmennene ikke har noe å utsette på kommunene, kan dette tyde på at folkehelselovens føringer er tilstrekkelige. Muligens er det behov for å kreve mer av kommunene og med det også fjerne noe av deres autonomi. Potensielt kan noen av suksesskriteriene for folkehelsearbeidet, som tettere forhold til rådmenn, høy stillingsprosent og tverrsektorielt arbeid, innlemmes i folkehelseloven. Dette er drastiske tiltak, men muligens nødvendige når man ser på hva som er Norges mål med folkehelseloven. Slik lovgiver har formulert det er *reduksjon i helseforskjeller* et prinsipp for folkehelsearbeidet. Folkehelse rapporten fra 2018 viser at den sosiale gradienten vedvarer og eskalerer (Folkehelseinstituttet, 2018). Dette er tilsvarende i andre skandinaviske land som alle har gått inn for å redusere helseforskjeller gjennom Trondheimserklæringen og Ottawa-charteret. Dette nordiske paradokset, «the nordic puzzle» (Mackenbach, 2012) gir grunnlag for spørsmål vedrørende hva som skaper et effektivt folkehelsearbeid og herunder konsekvensene av å distansere seg fra folkehelselovens mål framfor å nærme seg dem. Konsekvensene av manglende lovoppfyllelse vil være sykdom og lidelse hos enkeltmennesker samt økte samfunnskostnader (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

### 5.3.2 Hvor inngripende er de statlige faktorene?

Hvor kraftfulle de statlige virkemidlene synes å være kan ha sammenheng med hvor inngående og tydelige de utformer seg. Tidligere forskningsfunn påpeker at nasjonale retningslinjer oppfattes som tvetydige og uklare (M. K. Helgesen & Hofstad, 2012; Kiland et al., 2015). Allerede i 2011 påpekte høringsinstanser at folkehelselovens lovutkast hadde utydelige anvisninger og ikke skilte seg fra den daværende forvaltningspraksisen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). En diffus politikk kan

svekke de statlige virkemidlenes kraft, da det gir rom for ulike tolkninger og forståelser på tvers av kommuneorganisasjonene. Det kan fremstå motsetningsfylt at sterkere regulering i lovverket, den faktoren som i litteraturen beskrives som den mest virkningsfulle (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016), rangeres av koordinatorene som nest minst viktig. Dette kan henge sammen med koordinatorenes opplevelse av de statlige faktorene som enten lite inngripende eller for inngripende.

På flere områder viser statlige virkemidler å være kraftfulle. Utarbeiding av oversiktsdokumentet er eksempelvis en lovpålagt oppgave fra staten som har fått stor betydning for kommunenes folkehelsearbeid etter 2012. Likeledes viser studien en kraftig økning i ansettelser av folkehelsekoordinatorer etter folkehelseovens ikrafttredelse. Tidligere forskningsfunn har hevdet at det allerede fantes koordinatorene i to tredjedeler av kommunene da folkehelseoven kom (M. Helgesen & Hofstad, 2014), mens våre data viser at 47,9 % av kommunene hadde koordinator i 2011, 63,7 % i 2012 og 71,6 % i 2013. Studienes ulike funn kan skyldes at den første studien ble sendt til kommunenes rådmenn, mens denne studien ble sendt direkte til koordinatorene. Etersom det er koordinatorenes arbeids- og organisasjonsvilkår som er i fokus er det en fordel at spørreskjemaet sendes direkte til koordinatorene, for å gi større troverdighet til studiens funn. Tidligere funn som argumenterer for bred koordinatoroppfølging i kommunene før folkehelseoven kan forklares ved at kommunene ble oppfordret om å tilsette folkehelsekoordinatorer gjennom stortingsmeldinger flere år før folkehelseoven trådte i kraft (jf. Meld. St. 16 og Meld. St. 47).

Stillingstittelen «folkehelsekoordinator» eller «koordinator» nevnes ikke i folkehelseoven, hvilket påpekes selv i lovens høringsnotat (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b), noe som tilsier at ansettelser av folkehelsekoordinatorer etter folkehelseoven ikke nødvendigvis burde økt. Imidlertid er loven tydelig på en tverrsektoriell tilnærming, som er en av de viktigste arbeidsoppgavene koordinatorene har (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002), slik at man implisitt kan lese «folkehelsekoordinator» der loven nevner tverrsektoriell tilnærming. Hadde loven derimot eksplisitt nevnt folkehelsekoordinatorer som en nødvendig brikke i folkehelsearbeidet, kunne rangeringen av «sterkere regulering i lovverket» muligens vært høyere. Slik det er i dag kan det framstå som vilkårlig hvorvidt kommunene inkluderer folkehelsekoordinatorer i folkehelsearbeidet og om de ser på koordinatoren som en naturlig del i denne prosessen.

Tydelige styringssignaler basert på kunnskap kan føre til en rask tilkobling av folkehelsearbeid og -strategier (Christensen et al., 2013), men Kiland, Kvåle og Torjesen (2015) påpeker at tvetydige

nasjonale styringssignaler gjør at kommunene opplever folkehelsearbeidet som vanskelig å jobbe med. Mangel på forskningsbasert kunnskap rundt folkehelsearbeid vanskeliggjør arbeidsfeltet. Videre er det manglende kunnskap om tiltakenes effektivitet, som kan gjøre det vanskelig for kommunene å jobbe formålsrasjonelt. Forholdet mellom tiltak og effekt innen forebyggende arbeid er vanskelig å måle fordi årsakssammenhengene er svært sammensatte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Uten kunnskapsbaserte mål-middel-sammenhenger vil også ledelsens analytisk-rasjonelle kalkulasjon være fraværende eller bygget på antakelser. I utarbeidingen av planstrategi og kommuneplan vil dette påvirke hvilke mål og tiltak som fastsettes. Hofstad (2016) beskriver at nettopp vage mål og prioriteringer gir utfordringer for folkehelsearbeidet.

Fordi det finnes forskningsbasert kunnskap om suksessfulle arbeids- og organisasjonsvilkår for koordinatorene har statlige myndigheter mulighet til å klargjøre retningslinjene for disse betingelsene. Dette vil samtidig kunne redusere oppfattelsen av styringssignalene som tvetydige. Retningslinjer for koordinatorenes arbeids- og organisasjonsvilkår vil kunne oppfattes som en inngripen i det kommunale selvstyre, men staten kan argumentere for dette gjennom generalistkommuneprinsippets føring om lik organisasjonsstruktur i kommunene og like folkehelsestjenester (Aars et al., 2014; Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). Dette vil også kunne forsvares fordi det gjelder innbyggernes liv og helse, miljø og bærekraftig utvikling (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). Det er grunn til å tro at koordinatorenes varierende arbeids- og organisasjonsvilkår går på bekostning av koordinatorenes arbeidsutførelse og hensikt. Å endre koordinatorenes arbeids- og organisasjonsvilkår gjennom juridiske virkemidler kan samtidig være forholdsvis enkelt å måle effekter av og kan danne grunnlag for videre forskning.

Dersom staten skulle pålagt kommuner å ansette folkehelsekoordinatorer ville det vært inngripende i kommunenes rett til selvstyre og i folkehelselovens høringsnotat uttalte flere høringsinstanser at folkehelsekoordinator som en lovpålagt funksjon var uønsket (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Dette ville trolig vært en bekostning spesielt for de små kommunene og deres ressurser, der koordinatorene i gjennomsnitt har lavere stillingsprosent enn i de større kommunene. I tillegg mottok kommunene økonomiske stimuleringsmidler for folkehelsearbeid før folkehelseloven kom, noe som kan være forklaringen på kommunenes ansettelser av koordinatorer, så vel som de juridiske oppfordringene.

I henhold til folkehelselovens § 32 (2012) skal Statens helsetilsyn ha et overordnet faglig tilsyn med å kontrollere at kommunalt folkehelsearbeid overholder lovbestemte plikter (Helsedirektoratet, 2016),

hvorunder fylkesmenn etter § 31 driver tilsyn med kommunene (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). Dette er et inngripende styrings- og kontrollvirkemiddel som iverksettes der en risiko- og sårbarhetsanalyse har vurdert sannsynligheten for at loven brytes og konsekvensene av dette (ibid.). Dermed påvirkes kommunenes handlingsrom og deres politikk vil kunne fokusere på å bestå tilsynskontrollene. Her fører staten en instrumentell organisasjonstilnærming ovenfor kommunene der de kan sanksjonere mot kommunene ved eventuelle avvik (Christensen et al., 2013).

Tilsyn fra fylkesmenn skal samtidig sikre rettssikkerhet for innbyggerne (Hesledirektoratet, 2016). Det er utfordrende å måle effekter av tilsyn, spesielt innen forebyggende arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). I Prop. 90 L (2011b) uttrykte Helsetilsynet bekymring for om tilsynsordningen var tilstrekkelige ettersom folkehelseloven i stor grad vektlegger lokale utfordringer og er basert på skjønn. Ulike tolkninger av folkehelseloven på tvers av kommunene balansert mot det kommunale selvstyret vil videre kunne vanskeliggjøre utførelsen av tilsyn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b), hvilket innebærer at staten ikke kan overprøve kommunenes forvaltningsskjønn så lenge kommunene opererer innenfor lovens rammer (Kommunal- & moderniseringsdepartementet, 2016). På bakgrunn av kommunenes skjønnsutøvelse og manglende faglige retningslinjer begrunner derfor Helsetilsynet med at flere av bestemmelsene de har tilsyn med ikke egner seg for tilsyn (Statens helsetilsyn, 2018).

Helsetilsynet ønsker å videreutvikle tilsynsordningen, hvilket kan indikere at den ikke fungerer optimalt og kan derfor forklare hvorfor koordinatorene rangerer denne som lite viktig. Folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) legger til rette for at tilsyn gjennomføres minst en gang i løpet av den fireårige planperioden med oversiktsdokumentet. Hvis tilsynskontrollene er utført etter disse retningslinjene betyr det at tilsyn utføres sjelden, noe som gjør at tilsyn framstår som en sjelden inngripende faktor og videre kan gi inntrykk av å være lite betydningsfull for gjennomslag. Eksempelvis ble det utført til sammen 29 tilsyn med kommunepliktene innen folkehelse i 2015 (Direktoratet for forvaltning og IKT, 2016). Det kan også tenkes at de 36,9 % av koordinatorene som har vært ansatt i koordinatorstillingen i mindre enn fire år aldri har opplevd tilsyn av folkehelsearbeidet.

### 5.3.3 Statlig forankring av folkehelse

Norske myndigheter har vist stor handlekraft i folkehelsearbeidet ved bruk av sterke statlige virkemidler. Ved bruk av folkehelseloven som juridisk virkemiddel har staten vist forpliktelse og gjennomføringsevne. At regjeringen også oppnevnte sin første folkehelseminister i 2018 (NTB, Birkeland, & Uleberg) er et

sterkt signal om hvilket fokus staten ønsker for framtidig arbeid. Ved inngrep på statlig nivå blir det lettere å oppnå mål som landet har forpliktet seg til i internasjonale avtaler, som FNs bærekraftsmål og WHO's mål om 25 % reduksjon av for tidlig død som følge av ikke-immune livsstilssykdommer.

Etter nye regjeringssamarbeid vinteren 2020 forsvant derimot folkehelseminister-posten og ble innlemmet i helsedepartementet i stedet (Kalveland). Dette er et uheldig styringssignal som kan svekke folkehelse som sektorovergripende fagfelt, en posisjon som i utgangspunktet er svak. At folkehelsen innlemmes under *helsedepartementet* kan potensielt bremse folkehelsearbeidets utvikling mot en HIAP-tilnærming. Staten har prøvd å innlemme folkehelse som et tverrsektorielt arbeid og distansere folkehelse fra helseperspektivet i flere år. Når folkehelsen faller innunder helsedepartementet kan dette føre til at helseperspektivet på folkehelse igjen blir mer framtrødende i kommunene og man kan undre seg over statens forankring i synet på folkehelse som et tverrsektorielt fagfelt. Folkehelselovens byggestein om HIAP-tilnærming skal distansere folkehelse fra et helsefaglig område, men selv i lovens høringsnotat påpekes et samfunnsmedisinsk fokus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

Regjeringens tilbaketrekking av folkehelseministerposten er et eksempel på hvordan politiske omprioriteringer utfordrer folkehelsearbeidet, slik Fosse (2012) påpeker. Samtidig kan det være et uttrykk for at folkehelsearbeidet er symbolske mål som følge av politiske forhandlinger og kompromisser (Jacobsen & Thorsvik, 2019), ettersom ministerposten ikke var viktig nok til å bli stående. Sammenlagt kan dette indikere at folkehelse ikke er grunnfestet i statlig styring.

Holdningene og viljen som finnes i kommunenes toppledelse kan tenkes å være nært knyttet til de holdningene og den viljen som vises fra statlig hold. På samme måte som innad i kommuneorganisasjonen, har staten styringsrett overfor kommunene. Internasjonalt fokus på folkehelse fungerer som ytre påvirkning. Samtidig styres myndighetene av en konsekvenslogikk der ønske om en bedre nasjonal folkehelse får myndighetene til å innføre en lov om folkehelsearbeid. Denne pålegger kommunene å utføre oppgaver for å nå målene i folkehelseloven. Etter innføring av ny lov og nye kommuneoppgaver er det derimot vesentlig at staten følger opp iverksatte oppgaver og viser lojalitet til folkehelsearbeidet. Her vil den statlige forankringen være avgjørende for om kommuneledelsene oppfatter folkehelse som et viktig arbeidsområde og for deres forankring av folkehelse. Med dette perspektivet kan man, med bakgrunn i tidligere forskningsfunn som avdekker lav implementering av folkehelse i kommunene (Riksrevisjonen, 2015), spekulere i om dette tyder på at den statlige forankringen av folkehelse også er utilstrekkelig. Hvis den statlige ledelsen krever forankring av

folkehelse i all politikk, men ikke kan vise til gjennomgående forankring i egen organisasjon, er en forgreining av utilstrekkelig forankring i kommuneorganisasjonene forståelig.

En mangelfull forankring av folkehelse i statlig organisasjon kan forstås ut fra myteperspektivet innen institusjonell organisasjonstilnærming. Her kan myter gjennom internasjonale forpliktelser og konferanser skape press rundt folkehelsearbeid. På denne måten kan folkehelseloven være en taktisk strategi for at Norge skal oppnå legitimitet på folkehelsefeltet og motta anerkjennelse fra andre land. Etter myteperspektivet vil derimot slike myter ofte fungere mer som et glansbilde utad enn reell forankring i den norske stats politikk og arbeid. Dette kan ha sammenheng med et statlig folkehelsearbeid der målene er av mer symbolsk karakter enn av reelle retningslinjer, som henger sammen med den norske forvaltningsstrukturen som ofte består av samarbeidsregjeringer. Politikken er ofte et resultat av kompromisser og forhandlinger der ulike visjoner blant partier skaper tvetydige arbeidsfokus og planstrategier. Folkehelseloven ble utarbeidet av en Stoltenberg-regjering, mens en Solberg-regjering har styrt siden 2013 (Regjeringen, 2020). Dette kan få betydning for oppfølgingen av folkehelselovens intensjon. Fosse (2012) påpeker hvordan endringer i politiske ledelser og prioriteringer utfordrer folkehelsearbeidet og implementeringen av tverrsektoriell tilnærming. Utskiftninger mellom parti på høyre eller venstre fløy i det politiske landskap kan gi skiftende prioriteringer for folkehelsearbeidet (Fosse et al., 2017). På samme måte som ved regjeringsskifter, vil politiske utskiftninger også være et problem i kommuneorganisasjoner.

#### 5.4 Hvor viktig er gjennomslag for koordinatorene?

Til slutt berøres en tematikk om hvor viktig det er for koordinatorene å oppleve gjennomslag i kommunalt folkehelsearbeid, noe som kan peke på deres engasjement for folkehelsearbeidet. Dette henger sammen med deres utdanning, legitimitet og personlighet.

Ovenfor ble det presentert funn som kan indikere at kommunale sektormedlemmer kan ha forventninger til folkehelsekoordinatoren som går på tvers av stillingens primære rolle. Det er ikke urimelig å forestille seg at også rådmannen, kommuneledelsen og koordinatoren selv kan ha uklare forventninger til koordinatorrollen. Som beskrevet over oppga kun en tredjedel å ha stillingsbeskrivelse, noe som må tenkes å være utslagsgivende for hvilke forventninger som stilles. Uten stillingsbeskrivelse og rolleforventninger kan det være vanskelig for koordinatorene å vite hva de skal gjøre, hvorfor de skal gjøre det og hvordan de skal gjøre det. Slike uklare føringer kan ha innvirkning på koordinatorenes engasjement for arbeidet og påvirke arbeidsutførelsen.



Som studien viste har koordinatorene svært ulik utdanningsbakgrunn. Bred variasjon i denne variabelen kan ses i sammenheng med at det folkehelsefaglige utdanningstilbudet fremdeles var i utvikling da folkehelseloven trådte i kraft (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). I Prop. 90 L ble det ikke stilt krav til spesifikk fagkompetanse, noe også KS stilte seg støttede til (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Av de 71,2 % av koordinatorene som hadde annen utdanning enn folkehelserelatert utdanning, kan dette forklares ut fra manglende utdanningstilbud innen folkehelse i årene før de tiltrådte stillingen sin.

Utgangspunkt i koordinatorstillingen ut fra andre fagfelt enn folkehelse kan forklare hvorfor koordinatorene selv kan ha uklare forventninger til sin egen rolle. Under svarkategorien «Folkehelse», som fikk 28,8 % oppslutning, fantes i tillegg alternativene «friluftsliv» og «idrett», noe som betyr at det opprinnelige tallet for koordinatører med utdanning innen folkehelse antakelig er enda lavere. Dette kan tyde på at flere av koordinatorene har manglende kompetanse rundt folkehelse og hvordan dette arbeidet best utføres. Videre uttalelser fra forarbeidene til folkehelseloven sier at loven eksplisitt bør stille fagkompetanse som et krav for å utføre et folkehelsearbeid etter lovens intensjon, ettersom erfaringer viser at manglende folkehelsefaglig kompetanse er negativt for arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

Til tross for oppfordringer om krav til folkehelsefaglig kompetanse i folkehelselovens forarbeider, ble loven iverksatt uten dette, begrunnet i regelverk om kommunalt selvstyre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). I stedet ble ansvaret for ansettelse av nødvendig kompetanse lagt på rådmannen som administrativ leder (ibid). Helse- og omsorgsdepartementet forsvarte den profesjonsnøytrale tilnærmingen med fagfeltets tverrsektorielle kompleksitet, som innebærer at folkehelsearbeidet er avhengig av kunnskap innen flere ulike fagfelt og sektorer (ibid). De fremhever samtidig at helseoversikten må være faglig fundert for at kommunene skal kunne ivareta sitt ansvar (for folkehelsearbeidet).

Koordinatorer med folkehelserelatert utdanning vil antakelig kunne tydeliggjøre hva rollen sin innebærer og hvorfor den er viktig. Da vil organisasjonen formes av koordinatorens utdanning gjennom et indre press slik det er beskrevet i kulturperspektivet innen institusjonell organisasjonstilnærming (Christensen et al., 2013). Siden organisasjoner er et sosialt system (Jacobsen & Thorsvik, 2019) som samhandler og påvirkes av hverandre vil koordinatorens utdanning kunne etablere nye kulturelle normer (Christensen et al., 2013) og hindre «silotenkning» innen de ulike sektorene (Jacobsen & Thorsvik, 2019). Et vesentlig poeng for koordinatorene er å påvirke rådmannen, som man kan anta ikke innehar folkehelserelatert utdanning basert på fagfeltets nylige studietilbud. Dette understreker

betydningen av koordinatorens faglige tyngde. Samtidig vil koordinatorenes personlige karakter kunne være vel så fremtredende som utdanning og ha betydning for gjennomslag.

## 5.5 Styrker og svakheter ved studien

Designet brukt i studien er en tverrsnittsundersøkelse, noe som gjør at man ikke kan trekke slutninger om årsak og virkning. Hadde studien vært gjennomført på et annet tidspunkt kunne dette gitt andre resultater. Studiens styrke ligger i en svarprosent mellom 60 og 70, som kan oppfattes som akseptabel for denne type populasjonsundersøkelser.

Undersøkelsen ble utsendt til de med ansvar for kommunalt folkehelsearbeid, slik at besvarelsene kan antas å være troverdige. Ved telefonpurring kom det imidlertid fram at flere følte seg ukomfortabel med å besvare spørreundersøkelsen fordi folkehelsestillingen ikke var deres hovedstilling og de oppga manglende kjennskap til det kommunale folkehelsearbeidet. Dette kan påvirke funnenes reliabilitet og validitet.

Forskningsassistene ringte til de som ikke hadde deltatt og oppfordret dem til å delta, noe som kan ses på som påtrengende og pressende. Purrerundene førte imidlertid til en svarprosent som gjorde at vi i større grad kan generalisere funnene. Representativiteten er imidlertid mer usikker i de minste og desentrale kommunene ettersom svarprosenten var lavere her.

En svakhet ved spørsmål 51 i spørreundersøkelse, som problemstillingen dreies rundt, var å ikke inkludere pedagogiske virkemidler blant de statlige faktorene. Denne studien så kun på tilsynsmannens juridiske rolle som tilsynsmyndighet. Det hadde vært interessant å vite hvor viktig koordinatorene oppfattet de pedagogiske virkemidlene fra statens side. Å inkludere pedagogiske virkemidler kunne samtidig bekreftet eller avkreftet sammenhengen om større skepsis til strenge statlige virkemidler.

## 5.6 Oppsummering

Stat og kommune kan påvirke folkehelsekoordinatorenes gjennomslagsevne i kommunalt folkehelsearbeid på ulike måter. Folkehelsekoordinatorene opplever de kommunale og statlige faktorene av ulik betydning for denne gjennomslagskraften.

Det første hovedfunnet viste at folkehelsekoordinatorene anså kommunal forankring som mer viktig enn statlig drahjelp for å få gjennomslag for folkehelsearbeid i kommunene. Forklaringer på dette kan finnes i verdigrunnlaget til det kommunale selvstyret, der frihet, deltakelse, effektivitet og likhet er fremtredende (Fimreite & Grindheim, 2007). Folkehelseloven (2012) kommer med få konkrete føringer, hvilket ivaretar den kommunale autonomien. Dette er positivt ettersom kommuner har ulike utfordringer og ressurser og står med mulighet til å dekke lokale behov effektivt. Dette kan imidlertid gå på tvers av generalistkommuneprinsippet som skal sikre like rammer for organisering og styring samt sikre at innbyggere har like tjenester på tvers av kommuner. Det kommunale selvstyret bidrar til en sterk organisasjonskultur innad i kommunen og det er nærliggende å anta at koordinatorens organisasjonstilhørighet til kommunen er en forklarende årsak på studiens første hovedfunn.

Det andre hovedfunnet viser at forankring i kommunens toppledelse er spesielt viktig for gjennomslag. Forankring i planverk og utøvende tjenester ble vurdert som mindre viktig enn ledelsesforankring. Dette kan ha sammenheng med at kommunenes toppledelse er dem det er viktigst å påvirke for innflytelse, ettersom dette er posisjoner høyt oppe i en hierarkisk organisasjonsstruktur. Studien viser imidlertid at kommunene har ulike strategier for koordinatorenes arbeids- og organisasjonsvilkår, med betingelser som går på tvers av statlige anbefalinger og tidligere forskningsfunns anbefalinger (Hagen et al., 2018; NOU 1998: 18, 1998). Koordinatorenes arbeids- og organisasjonsvilkår er underlagt den politiske ledelsen. Samtidig kommer det frem at koordinatorenes kontakthypighet med rådmannen er svært variert. Dette henviser tilbake på den forankring av folkehelse som finnes i kommunenes toppledelse og er av avgjørende karakter for det folkehelsearbeidet kommunene fører.

Det tredje hovedfunnet viser at folkehelsekoordinatorene hadde en større skepsis til strenge statlige virkemidler som sterkere lovregulering og tilsyn, enn til milde virkemidler som statlige stimuleringsmidler. Dette kan henge sammen med hvor inngripende de statlige virkemidlene oppleves. Styringssignalene har blitt omtalt som tvetydige samtidig som det er mangelfull forskning på hvilke tiltak som er effektive å iverksette. Til sammen bidrar dette til målsettinger som oppleves som vage (Hofstad, 2016). De juridiske virkemidlene har gitt synlige endringer i form av opprettelser av flere folkehelsekoordinatorstillinger etter folkehelselovens ikrafttredelse samt økende utarbeidelse av oversiktsdokumentet i kommunene. Tilsyn fra fylkesmannen er imidlertid blitt betegnet som lite optimal, ettersom folkehelseloven åpner for ulike tolkninger og det kommunale selvstyret legger til rette for utførelse etter skjønn.

Norge har iverksatt en rekke tiltak som viser stor handlekraft for at folkehelse skal prioriteres i norsk politikk. Imidlertid viser politiske omprioriteringer å utfordre arbeidet, hvilket kan tyde på at også staten synes det er utfordrende å iverksette tiltak før avkastningen kommer. Regjeringssamarbeid vil utfordre folkehelse som prioritet, hvilket kan antyde at folkehelse ikke er bredt nok forankret på statlig nivå. Mangelfull forankring av folkehelse på statlig nivå vil naturlig kunne forgreine seg til kommunalt nivå.

Videre kan manglende kommunal forankring kunne forgreines videre til kommuneorganisasjonens medlemmer og da også folkehelsekoordinatorene selv. Studien viser funn som kan indikere at det er uklare forventninger til koordinatorrollen, noe som kan forsterkes hos den tredjedelen som står uten stillingsbeskrivelse. Samtidig har tre fjerdedeler bakgrunn uten folkehelsefaglig utdanning, noe som kan ha betydning for koordinatorenes legitimitet og da også gjennomslagskraft.

## 6.0 Konklusjon

Historien viser at folkehelsearbeidet er et pågående arbeid som aldri ender. Norges mål er blant annet reduksjon av sosiale ulikheter i helse og tverrsektoriell tilnærming i arbeidsutførelsen (Folkehelseoven, 2012). Det er innført en rekke statlige retningslinjer av ulik tyngde, fra anbefalinger til juridiske lovkrav. Folkehelsekoordinatorer er et middel på vei mot målet, men denne stillingen krever innflytelse for å påvirke folkehelsearbeidet i riktig retning. Derfor er det vesentlig å studere hvilke statlige og kommunale faktorer folkehelsekoordinatorer oppfatter som viktig for å få gjennomslag i kommunalt folkehelsearbeid.

Funnene i denne studien taler for at forankring hos den politiske og administrative ledelsen oppleves som essensiell for koordinatorerens gjennomslagskraft. Dette forsterker tidligere funn som viser at folkehelsekoordinatorerens organisatoriske plassering er av vesentlig karakter for innflytelse (Hagen et al., 2018; M. K. Helgesen & Hofstad, 2012). Resultatene viste at forankring i kommuneorganisasjonen ble rangert som viktigere for gjennomslag i kommunalt folkehelsearbeid enn statlig styring. Spesielt viktig var forankring i øverste ledelse, blant henholdsvis rådmannen, politisk ledelse og øvrig administrativ toppledelse. Forankring i kommunalt vedtatte planer og i utøvende tjenester var rangert minst viktig. Blant statlige virkemidler ble tildeling av statlige stimuleringsmidler rangert som viktigere enn tilsyn og lovreguleringer. Gjennomgående ble de milde statlige virkemidlene ansett som viktigere enn de strenge statlige virkemidlene.

Koordinatorer oppgir alle de kommunale faktorene som viktigere enn statlige faktorer, noe som bekrefter at forankring i hele kommuneorganisasjonen er viktig. Det er grunn til å anta at koordinatorerens gjennomslagskraft i folkehelsearbeidet vil følge som en naturlig konsekvens dersom statlige retningslinjer og anbefalinger for arbeidet oppfylles. Studien viser imidlertid at flere kommuner ikke legger forholdene til rette for å sikre koordinatorerens gjennomslagskraft. Gjennom studiens funn viser koordinatorer forståelse for at ansvaret for optimale forhold for gjennomslag ligger hos kommuneledelsen.

Forklaringer på funnene kan ses ut fra både instrumentelle og institusjonelle trekk ved kommuneorganisasjonene. Innen instrumentelt perspektiv står de formaliserte, hierarkiske trekkene sterkt med autoritets- og arbeidsfordeling (Christensen et al., 2013). Her forklares forankring hos kommuneledelsen som vesentlig ettersom de besitter autoritativ myndighet. Samtidig er koordinatorer underlagt en sterk institusjonell ramme der det kommunale selvstyret står sterkt med verdier om frihet og selvstendighet (Fimreite & Grindheim, 2007). En sterk organisasjonskultur vil kunne styrke

koordinatorens tilhørighet og lojaliteten til kommunen (ibid.). Dette kan forklare hvorfor koordinatorene oppfattet forankring i lokal politisk og administrativ toppledelse som viktigst for gjennomslag i kommunalt folkehelsearbeid.

De statlige virkemidlene oppleves som mindre sentrale ressurser for gjennomslagskraft. Disse funnene kan henge sammen med at dette er områder som i liten grad synliggjøres i arbeidshverdagen og som koordinatorene har liten anledning til å påvirke. De kan oppfattes som for svake til å ha vesentlig effekt på folkehelsearbeidet eller som for inngripende på det kommunale selvstyret. Det de mildeste statlige virkemidlene koordinatorene oppgir som av størst betydning for deres opplevelse av gjennomslagskraft i kommunalt folkehelsearbeid.

Resultatene i studien støtter tidligere forskningsfunn og kan derfor ses på som en bekreftelse på at folkehelsearbeidet fremdeles trenger å styrkes. Funnene inspirerer til å se videre på hvilke strukturelle grep som kan tas for å ytterligere fremme Norges posisjon som en ledende nasjon innen folkehelsearbeid.

Referanser

- Aars, J., Christensen, T., Egeberg, M., & Lægreid, P. (2014). *Forvaltning og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Barnard, C. I. (1938). *The Functions of the Executive*. Cambridge: Mass: Harvard University Press (1948). *Organisations and Management*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Baruch, Y. (1998). The rise and fall of organizational commitment. *Human Systems Management, 17*, 135-143.
- Brunsson, N., & Olsen, J. P. (1990). Kan organisasjonsformer velges? In *Notat 90/6*. Bergen: Norsk senter for forskning i ledelse, organisasjon og styring.
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P. G., & Røvik, K. A. (2013). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (2. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Cole, M. S., & Bruch, H. (2006). Organizational identity strength, identification and commitment and their relationships to turnover intention: does organizational hierarchy matter? *Journal of Organizational Behaviour, 27*, 585-605.
- Corley, K. G. (2004). Defined by out strategy or our culture?: hierarchical differences in perceptions of organizational identity and change. *Human Relations, 57*, 1145-1177.
- Creswell, J. (2009). *Research design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (3 ed.). the United States of America: SAGE Publications, Inc.
- Dahl, E., Bergsli, H., & Wel, K. v. d. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt (Hovedrapport)*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus Retrieved from <https://fagarkivet-hioa.archive.knowledgearc.net/bitstream/handle/20.500.12199/738/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
- Direktoratet for forvaltning og IKT. (2016). *Statens tilsyn med kommunene. Organisering, omfang, nytte og forbedringsmuligheter* (ISSN 1890-6583). Retrieved from
- Etzioni, A. (1982). *Moderne organisasjoner*. Oslo: Tanum.
- Fimreite, A. L., & Grindheim, J. E. (2007). *Offentlig forvaltning* (2. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2018). Folkehelse rapporten: Sosiale helseforskjeller i Norge.
- Folkehelseinstituttet. (2020). Har nådd målet om 25 prosent færre dødsfall. Retrieved from <https://www.fhi.no/nyheter/2020/har-nadd-malet-om-25-prosent-farre-dodsfall/>
- Lov om folkehelsearbeid, LOV-2011-06-24-29 C.F.R. (2012).
- Fosse, E. (2012). Norwegian Experiences. In D. Raphael (Ed.), *Tackling Health Inequalities: Lessons from International Experiences* (1 ed., pp. 185-207). Toronto, Ontario: Canadian Scholars' Press Inc.
- Fosse, E., Helgesen, M., & Hagen, S. (2017). Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health, 45*, 77-82. doi:10.1177/1403494817709412
- Grottdal, S. (2017). Lover ikke videreføring av NCD-strategien. Retrieved from <https://www.diabetes.no/nyheter/nyheter-2017/lover-ikke-videreforing-av-ncd-strategien/>

- Hagen, S., Helgesen, M., Torp, S., & Fosse, E. (2015). Health in all policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*(43), 597-605. doi:10.1177/1403494815585614
- Hagen, S., Øvergård, K. I., Helgesen, M., Fosse, E., & Torp, S. (2018). Health Promotion at Local Level in Norway: The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(9), 807-817. doi:<http://dx.doi.org/10.15171/ijhpm.2018.22>
- Helgesen, M., Abebe, D. S., & Schou, A. (2017). *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk*. Retrieved from Oslo:
- Helgesen, M., & Hofstad, H. (2014). Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse. *Norsk institutt for by- og regionforskning Oslo*.
- Helgesen, M. K., Fosse, E., & Hagen, S. (2017). Capacity to reduce inequities in Health in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45, 77-82. doi:10.1177/1403494817709412
- Helgesen, M. K., & Hofstad, H. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse*. Oslo: NIBR Retrieved from <http://evaluering.nb.no/eval-utlevering/innhold/URN:NBN:no-nb-overfordokument-6865-Eval-0/pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2002). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. (St. meld. nr. 16 (2002-2003)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/?ch=1>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen; Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (Meld. St. nr. 47 (2008-2009)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a). *Ikraftsetting av lov om om folkehelse-arbeid (Folkehelse-loven)*. (Rundskriv 1-6/2011). Retrieved from [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-fha/rundskriv16\\_2011ny.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-fha/rundskriv16_2011ny.pdf).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). *Prop. 90 L(2010-2011) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)*. (Prop. 90 L(2010-2011)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-l-20102011/id638503/?ch=1>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar*. (Meld. St. 34 (2012-2013)). [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no) Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?ch=1>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *NCD-strategi 2013-2017*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd-strategi-060913.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter*. (Meld. St. 19 (2014-2015)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>.



- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Regelverk på folkehelseområdet. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/regelverk-pa-folkehelseområdet/id2527744/>
- Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for kommunenes tilsyn med miljørettet helsevern. Regelverk, metodikk og saksbehandling*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2017). Systematisk folkehelsearbeid. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/systematisk-folkehelsearbeid>
- Helsedirektoratet. (2018a). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling: Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken*. (IS-2748). Retrieved from [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/\\_attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/_attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf)
- Helsedirektoratet. (2018b). *Folkehelsepolitisk rapport 2017* (IS-2698). Retrieved from Oslo: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelsepolitisk-rapport/Folkehelsepolitisk%20rapport%202017.pdf/\\_attachment/inline/4510fa5e-942c-4dcd-b169-2160d54687b8:3f359de7447af72b37c030572afe69919d0871ca/Folkehelsepolitisk%20Orapport%202017.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelsepolitisk-rapport/Folkehelsepolitisk%20rapport%202017.pdf/_attachment/inline/4510fa5e-942c-4dcd-b169-2160d54687b8:3f359de7447af72b37c030572afe69919d0871ca/Folkehelsepolitisk%20Orapport%202017.pdf)
- Hofstad, H. (2011). Healthy Urban Planning: Ambitions, Practices and Prospects in a Norwegian Context. *Planning Theory & Practice*, 12(3), 387-406. doi:10.1080/14649357.2011.617498
- Hofstad, H. (2016). The ambition of Health in All Policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change. *Health Policy*, May(5), 567-575. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.001>
- Hofstad, H., & Vestby, G. (2009). *Lokalt folkehelsearbeid: underveisevaluering av Helse i plan og Partnerskap for folkehelse*. (NIBR-notat: 102). Retrieved from Oslo:
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kalveland, J. (2020). Tilbake som helse- og omsorgsminister. *Dagens medisin*. Retrieved from <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/01/24/fortsetter-som-helseminister/>
- Karlsen, T.-I. (2017). Folkehelseplanlegging i kommunene - Idehefte om helseoversikter og planstrategi. In. Oslo: KS.
- Kickbush, I. (2015). The political determinants of health - 10 years on. *British Medical Journal*, 350. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.h81>
- Kiland, C., Kvåle, G., & Torjesen, D. (2015). The Ideas and Implementation of Public Health Policies: The Norwegian Case. In S. Waldorff, A. Pedersen, L. Fitzgerald, & E. Ferlie (Eds.), *Organizational Behaviour in Health Care: Managing Change - From Health Policy to Practice* (1 ed., pp. 9-25). UK: PALGRAVE MACMILLAN.
- Kjellberg, F., Hansen, T., & Edland, Å. (1984). *Det kommunale hamskiftet: Reformer, verdier og deltakelse* (2. ed.). Oslo/Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag !S.
- Kommunal-, & moderniseringsdepartementet, o. (2016). *Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner med retningslinjer for utforming av lover og forskrifter rettet mot kommunesektoren*. Retrieved from

- [https://www.regjeringen.no/contentassets/c7f4729ba2744851b6e55d373be7f802/h-2382\\_elektronisk.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/c7f4729ba2744851b6e55d373be7f802/h-2382_elektronisk.pdf).
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2012). *Stat og kommune - styring og samspel*. (Meld. St. 12 (2011-2012) ). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-12-20112012/id671829/?ch=1>.
- Kommuneloven. (1992). *Lov om kommuner og fylkeskommuner*. (LOV-1992-09-25-107). Retrieved from <https://lovdata.no/lov/1992-09-25-107>.
- Kommuneloven. (2018). *Kommuneloven*. (LOV-2018-06-22-83). [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no) Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2018-06-22-83>.
- Kravdal, Ø. (2017). Large and Growing Social Inequality in Mortality in Norway: The Combined Importance of Marital Status and Own and Spouse's Education. *Population and Development Review*, 43(4), 645-665.
- Krokstad, S., & Knudtsen, M. (2011). *Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag. HUNT 1 (1984-86) - HUNT 2 (1995-97) HUNT 3 (2006-08)* (ISBN 978-82-91725-08-6). Retrieved from Levanger: <https://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf>
- KS. (2020). Lokalt demokrati og kommunalt selvstyre. Visjon eller virkelighet?
- KS, & Kommunesektorens organisasjon. (2020). Tiltaksarbeidet. Retrieved from <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/folkehelse/verktoykasse-for-strategisk-folkehelsearbeid/tiltaksarbeidet/>
- Lyshol, H. (2016). Folkehelsekoordinatorer og folkehelseloven i Norge. *Skandinavisk tidsskrift for yrker og profesjoner i utvikling*, 1. doi:<https://doi.org/10.7577/sjvd.1796>
- Løset, G., & Veenstra, M. (2015). Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Forebyggende helsearbeid i kommunene. *Velferdsforskningsinstituttet NOVA*, 6.
- Mackenbach, J. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science and Medicine*, 75, 761-769.
- Martyn, C. (2004). Commentary: Politics as a determinant of health. *British Medical Journal*, 329, 1432. doi:What can we do about inequalities in health
- Mowday, R. T., Steers, R. M., & Porter, L. M. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14, 244-247.
- Nordhagen, R., Grøholt, E. K., Graff-Iversen, S., & Major, E. (2014). *Folkehelse rapporten: Folkehelse i Norge 1814-2014*. Folkehelseinstituttet Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/folkehelse-i-historien/folkehelse-i-norge-1814---2014/>.
- Nordisk folkehelsekonferanse. (2014). *Trondheimserklæringen*. Retrieved from <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjbI9S358vnAhXQD5oKHSC1CvoQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Ffysio.no%2Fcontent%2Fdownload%2F5182%2F131121%2Fversion%2F1%2Ffile%2FTrondheimserkl%25C3%25A6ringen.pdf&usg=AOvVaw1PNhB9OZK3S6UqWKUWM303>.
- NOU 1998: 18. (1998). *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/7208dd51a36340a6b4e7401d6854f603/no/pdfa/nou199819980018000dddpdfa.pdf>.
- NOU 2016:4. (2016). *Ny kommunelov*. [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no).

- NTB, Birkeland, M. B., & Uleberg, O.-I. R. (2018). Åse Michaelsen utnevnt som Norges første eldre- og folkehelseminister. *Fædrelandsvennen*. Retrieved from <https://www.fvn.no/nyheter/lokalt/i/1k7yvK/Ase-Michaelsen-utnevnt-som-Norges-forste-eldre--og-folkehelseminister>
- Pallant, J. (2016). *SPSS Survival Manual*: Open University Press.
- Plan- og bygningsloven. (LOV-2008-06-27-71). (2008). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2008-06-27-71>.
- Ramboll, S. b. (2020). Kort om SurveyXact. Retrieved from <https://www.surveyxact.no/>
- Ramboll, S. b. (u.å.). Datasikkerhet. Retrieved from <https://www.surveyxact.no/produkt/sikkerhet/>
- Regjeringen. (2020). Søk i regjeringer siden 1814. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/tidligere-regjeringer-og-historie/sok-i-regjeringer-siden-1814/id2578015/>
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid (2014-2015)*. (Dokument 3:11). Retrieved from <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/documents/2014-2015/offentligfolkehelsearbeid.pdf>.
- Røiseland, A., & Vabo, S. I. (2016). *Styring og samstyring - governance på norsk* (2. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønnevik, A. H. (2018, 07.10.18.). En hyllest til mellomromsleiderne. Blog Retrieved from <https://www.dagensmedisin.no/blogger/dag-helge-ronnevik/2018/10/07/en-hyllest-til-mellomromsleiderne/>
- Schjønsby, H. P. (2001). Innføringen av sunnhetsloven i 1860. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 01(121), 80-81.
- Schou, A. (2016). *Prosjekt 229628: Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør*. Oslo: Forskningsrådet, HSN/NIBR.
- Schou, A., Helgesen, M., & Hofstad, H. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner*. (ISBN: 978-82-8309-043-7). Oslo: Norsk institutt for by-og regionforskning (NIBR).
- Scott, W. R. (1987). *Organisations: rational, natural, and open systems* (2. ed.). New Jersey: Prentice/Hall International, Inc.
- Sjursen, K., Hovland, K., & Tveit, G. (2015). Organisering av folkehelsearbeid i kommunene. *Plan*, 47, 76.
- Smith, A. (2013). Helselovgivning i forandring - 29 år med Kommunehelsetjenesteloven. *Michael Journal*(10), 119-122.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen*. Oslo Retrieved from [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gradientutfordringen/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf/\\_attachent/inline/8ea989b7-b958-477b-8cf4-6835ad07aa2a:88c350934287c7f6f234427989f7baa129f29f04/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gradientutfordringen/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf/_attachent/inline/8ea989b7-b958-477b-8cf4-6835ad07aa2a:88c350934287c7f6f234427989f7baa129f29f04/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf).
- SSB. (2017). Ny sentralitetsindeks for kommunene. Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/ny-sentralitetsindeks-for-kommunene>
- SSB. (2019). <https://www.ssb.no/befolkning>.

- Statens helsetilsyn. (2018). *Ramme- og policydokument for tilsyn med folkehelseloven*. Retrieved from [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/ramme\\_policy\\_folkehelseloven\\_internserien3\\_2018.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/ramme_policy_folkehelseloven_internserien3_2018.pdf).
- Tallarek, M. n. G., Helgesen, M., & Fosse, E. (2013). Reducing social inequities in health in Norway: concerted action at state and local levels? *Health Policy*, 113, 228-235. doi:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.019>
- Torjesen, D. O., & Vabø, S. I. (2014). Samhandlingsreformen - virkemidler for koordinering. In M. Vabø & S. I. Vabø (Eds.), *Velferdens organisering* (pp. 138-157). Oslo: Universitetsforlaget.
- United Nations. (2013). *Human Development Report*. (ISBN 978-92-1-126340-4). United Nations Development Programme (UNDP) Retrieved from [http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/14/hdr2013\\_en\\_complete.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/14/hdr2013_en_complete.pdf).
- Universitetet i Agder. (2020). Datasikkerhet. Retrieved from <https://www.uia.no/bibliotek/forskning-og-publisering2/surveyxact>
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). What can we do about inequalities in health? *The Lancet*, 338, 1059-1063. doi:[https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)91911-D](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)91911-D)
- World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization. (2013). *Health in All Policies: Helsinki Statement - Framework for Country Action*. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908\\_eng.pdf;jsessionid=EC0360E46CD319FC71EDE271F73B0339?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf;jsessionid=EC0360E46CD319FC71EDE271F73B0339?sequence=1).
- World Health Organization. (2020a). Constitution. Retrieved from <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- World Health Organization. (2020b). Noncommunicable diseases: Campaign for action - meeting the NCD targets. Know the NCD targets. Retrieved from <https://www.who.int/beat-ncds/take-action/targets/en/>

## Vedleggsoversikt

Vedlegg 1: Spørreskjema

Vedlegg 2: Etisk godkjenning NSD

Vedlegg 3: Etisk godkjenning FEK

Vedlegg 4: Avtale UiA og Rambøll

Vedlegg 5: Tabell 4a

Vedlegg 6: Tabell 4b

Vedlegg 7: Tabell 4c

## Vedlegg 1: Spørreskjema



### **Kjære folkehelsekoordinator eller deg som har det praktiske ansvaret for kommunens folkehelsearbeid**

Vi har tatt kontakt med folkehelsekoordinator i fylkeskommunen (i noen tilfeller folkehelseansvarlig hos fylkesmannen) som har oppgitt at du er deres kontaktperson for kommunen når det gjelder folkehelsarbeid.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor hensikten er å kartlegge suksessfaktorer for lokalt folkehelsearbeid.

Formålet med dette forskningsprosjektet er å kartlegge status for det kommunale folkehelsearbeidet slik det framstår i 2019. I denne undersøkelsen vil vi be alle norske folkehelsekoordinatorer/ansvarlige for folkehelsearbeidet om å redegjøre for viktige elementer knyttet til den praktiske utførelsen av arbeidet. Dette omfatter både forhold knyttet til den enkelte folkehelsekoordinator, organisering, kontaktmønster og arbeidets art.

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene nevnt over. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Resultater vil kun bli presentert i aggregert form og ingen enkeltpersoner eller kommuner vil kunne gjenkjennes i det publiserte materialet.

Ved å trykke på lenken under vil du kunne laste ned informasjonsskriv/samtykkeinformasjon og en kort prosjektskisse for undersøkelsen.

Lenke til informasjonsskriv og prosjektskisse  
Med vennlig hilsen  
Tor-Ivar Karlsen, Prosjektansvarlig

## **SAMTYKKE**

**Vi kan bare behandle svar fra deg dersom du aktivt samtykker til å delta i denne undersøkelsen. Vi viser til informasjonsskrivet som du kan laste ned fra denne lenken: [Lenke til informasjonsskriv og prosjektskisse](#)**

**Jeg vil delta i denne undersøkelsen.**

Ja

(1)



Kommunenavn **Kommnavn**

(Skriv navnet på din kommune under her)

---

**Vi vil gjerne åpne med noen bakgrunnsspørsmål om stillingen din.**

Hvor lenge har du vært ansatt i kommunen? **V1\_år**

(Angi antall år)

---

Utgjør arbeidet ditt med folkehelse din hovedstilling i kommunen? **V2\_hoved**

- (1)  Ja
- (2)  Nei

På hvilket nivå er hovedstillingen din? **V3\_nivås**

- (1)  Leder
- (2)  Spesialrådgiver/spesialkonsulent
- (4)  Konsulent
- (5)  Annet, angi hvilket nivå 

---



Hvilken stillingsbenevnelse har du (i ditt arbeid med folkehelse)? V4\_still

---

Hvor stor prosentdel av stillingen din er formelt avsatt til arbeid med folkehelse?

(Angi prosent) V5\_stpro

---

Hvor stor prosentdel av stillingen anslår du at du faktisk bruker til arbeid med folkehelse?

(Angi prosent) V6\_prosentfolkeh

---

Er det utarbeidet en egen stillingsbeskrivelse/mandat for ditt arbeid med folkehelse? V7\_stillbeskr

(1)  Ja

(2)  Nei

Hvor lenge har kommunen hatt stilling/funksjon som folkehelsekoordinator eller folkehelseansvarlig?

(Angi årstallet denne stillingen eller funksjonen ble opprettet, ÅÅÅÅ) V8\_FH\_antår

---

Har du eventuelle kommentarer til spørsmålet over? V8\_kommentar

---

---

---

---

---

**Nå kommer det spørsmål om din arbeidsbakgrunn.**

Har du hatt andre funksjoner i kommuneorganisasjonen før du begynte å arbeide med folkehelse? V9\_andrefunksj

- (1)  Ja
- (2)  Nei

Dersom Ja, hvor mange år har du vært ansatt i kommunen totalt sett?  
(Angi antall år) V10\_antår\_komm

\_\_\_\_\_

Dersom Nei, har du arbeidserfaring fra andre stillinger? V11\_arberfaring  
(Flere kryss er mulig)

- (1)  Nei, startet som nyutdannet
- (2)  Ja, fra andre kommuner
- (3)  Ja, fra fylkeskommunen
- (4)  Ja, fra statlig sektor
- (5)  Ja, fra privat sektor

**Her følger det noen spørsmål om organisering og prioritering av folkehelsearbeidet i din kommune.**

Hvilket politisk utvalg/komité har hovedansvar for folkehelsesaker?

(Dersom det er flere, velg det som du oppfatter som det viktigste) V12\_polutvalg

- (1)  Helse/sosial
- (2)  Skole/oppvekst
- (3)  Idrett/kultur
- (4)  Tekniske saker
- (5)  Formannskapet
- (6)  Andre, angi hvilket \_\_\_\_\_

Hvilket folkehelseområde har høyest politisk prioritering? V13\_pol\_prio

- (0)  Befolkningssammensetning
- (1)  Oppvekst- og levekårsforhold
- (2)  Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- (3)  Skader og ulykker
- (4)  Helserelatert atferd
- (5)  Helsetilstand
- (6)  Det er ingen prioriterte områder

Hvilket hovedområde oppfatter du som det viktigste? V14\_egenprio

- (0)  Befolkningssammensetning
- (1)  Oppvekst- og levekårsforhold
- (2)  Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- (3)  Skader og ulykker
- (4)  Helserelatert atferd
- (5)  Helsetilstand
- (6)  Ingen av disse

Hvilken aldersgruppe opplever du som høyest politisk prioritert i kommunen?

[Rangér fra mest viktig (øverst) til minst viktig (nederst)] (V15\_prio barn til eldre)

	1	2	3	4	5
Barn (0-16 år)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Ungdom (17-23 år)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Voksne (24-66 år)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Yngre eldre (68-75 år)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Eldre (> 75 år)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Er rettferdig fordeling av ressurser prioritert i den politiske prosessen? V16\_rettferdig

- (1)  Ja
- (2)  Nei
- (3)  Vet ikke

Er rettferdig fordeling av ressurser prioritert i det lokale

folkehelsearbeidet? V17\_rettferd\_prio

- (1)  Ja
- (2)  Nei
- (3)  Vet ikke

Hvem er din nærmeste leder? V18\_nærm\_leder

- (1)  Rådmannen
- (2)  Leder plan
- (3)  Leder kultur
- (4)  Leder omsorg
- (5)  Leder helse
- (6)  Leder oppvekst/skole
- (7)  Leder teknisk
- (8)  Annen leder, angi her \_\_\_\_\_

Vennligst angi hvor i kommunen du er organisatorisk plassert.

(Skriv inn i feltet under) V19\_orgplass

---



---



---

Folkehelsearbeid er mangfoldig. Hvor hensiktsmessig oppfatter du din organisatoriske plassering i forhold til det følgende **V20\_org\_hensikt pol til gjslag**

Kryss av for grad av hensiktsmessighet

	<b>Svært liten</b>	<b>Liten</b>	<b>Middels</b>	<b>Stor</b>	<b>Svært stor</b>
Å oppnå dialog med politikere	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Å oppnå dialog med rådmannen	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Å oppnå dialog med etatsledere/resultatenhetsledere	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Å bygge faglige nettverk internt i kommunen	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Å bygge faglige nettverk med samarbeidspartnere utenfor kommunen	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Å få gjennomført folkehelsetiltak	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Å oppnå reelt tverrsektorielt samarbeid	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Å få gjennomslagskraft i planarbeidet	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Alt i alt, i hvilken grad opplever du den organisatoriske plasseringen som hensiktsmessig i forhold til å nå fram med folkehelsearbeidet i kommunen? **V21\_org\_total**

(1)  Svært liten

- (3)  Liten
- (4)  Middels
- (2)  Stor
- (5)  Svært stor

**Vi vil gjerne forstå hva norske folkehelsekoordinatorer selv oppfatter som sin rolle. Vi vil derfor stille noen spørsmål som er knyttet til forventninger til denne posisjonen.**

Hva er viktig for deg for å lykkes i ditt arbeid med folkehelse?

(Sett gjerne flere kryss) **V22\_lykkes**

- (0)  Å arbeide konkret med brukere og tiltak
- (1)  Å påvirke kommunens administrative ledelse
- (2)  Å påvirke opinionen gjennom media
- (3)  Å legge faglige premisser inn i konkret saksbehandling
- (4)  Å påvirke politikere
- (5)  Å bygge faglige nettverk
- (6)  Å sørge for at andre gjør tiltakene riktig

I en typisk arbeidsuke denne våren, hvor mye av din tid i prosent benytter du som folkehelsekoordinator på følgende oppgaver? **V23**

Angi ca. prosent av din stilling til følgende oppgavene

Tverrfaglig koordinering	—
Planarbeid	—
Saksbehandling	—
Kunnskapsformidling/informasjonsarbeid	—
Initiere og utføre tiltak	—

Hvilke av arbeidsoppgavene skulle du ønske du brukte mer/mindre tid på? **V24**

	Mindre tid	Som nå	Mer tid
Tverrfaglig koordinering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Planarbeid	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Saksbehandling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Kunnskapsformidling/informasjonsarbeid	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Initiere og utføre tiltak	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>

I hvilken grad opplever du forventninger fra andre i kommunen om å være en: **V25**

	<b>Ikke i det hele</b>	<b>I svært liten grad</b>	<b>I liten grad</b>	<b>I noen grad</b>	<b>I stor grad</b>	<b>I svært stor grad</b>
Strategisk og tverrsektoriell planlegger	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Tilrettelegger for praktiske folkehelseiltak	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Generell saksbehandler	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Jfr, forrige spørsmål. I hvilken grad synes du selv at det er viktig å være en: **V26**

	<b>Ikke i det hele</b>	<b>I svært liten grad</b>	<b>I liten grad</b>	<b>I noen grad</b>	<b>I stor grad</b>	<b>I svært stor grad</b>
Strategisk og tverrsektoriell planlegger	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Tilrettelegger for praktiske folkehelseiltak	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Generell saksbehandler	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>



**Vi er svært interesserte i å lære mer om hvilke tiltak som er viktigst i forhold til a) barn og ungdom, b) voksne og c) eldre.**

**Nå følger to spørsmål knyttet til dette.**

(Spørsmålene er omfattende, men det er viktig at du tar deg tid til å vurdere disse)

I hvilken aldersgruppe er de følgende utfordringer mest relevant (i din kommune)? **V27**

	Barn og ungdom (0-18 år)	Voksne (19-66 år)	Eldre (over 67 år)
Psykiske helseplager	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Rus	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Bolig og boligsosiale forhold	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Ernæring	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Fattigdom	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Arbeidsledighet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Ensomhet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Oppvekstmiljø	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Integrering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Fysiske helseplager	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Inaktivitet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Mobbing	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Skader og ulykker	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Ikke-smittsomme sykdommer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>

I hvilken grad ønsker du å prioritere disse utfordringene i din kommune? **V28**

	Kryss av					
	Ikke i det hele	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Psykiske helseplager	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Rus	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

	Kryss av					
	<b>Ikke i det</b>	<b>I svært</b>	<b>I liten</b>	<b>I noen</b>	<b>I stor</b>	<b>I svært</b>
	<b>hele</b>	<b>liten grad</b>	<b>grad</b>	<b>grad</b>	<b>grad</b>	<b>stor grad</b>
Bolig og boligsosiale forhold	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Ernæring	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Fattigdom	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Arbeidsledighet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Ensomhet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Oppvekstmiljø	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Integrering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Fysiske helseplager	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Inaktivitet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Mobbing	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Skader og ulykker	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Ikke-smittsomme sykdommer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Folkehelsearbeid kan også oppfattes som planarbeid. Vi vil derfor spørre deg om noen faktorer i tilknytning til dette.**

I hvilken grad er folkehelsearbeid omtalt i følgende kommunale planer? **V29**

	Jeg vet ikke	Ikke i det hele	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Kommuneplanens samfunnsdel	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Økonomiplan/budsjett	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Sektorplan på helse og/eller omsorgsområdet	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Sektorplan på kultur og/eller idrettsområdet	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Sektorplan på skole og/eller oppvekstområdet	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Andre planer	(0) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

På hvilke måter er du som folkehelsekoordinator involvert i kommunens planarbeid?

Vi sikter her til planarbeid som berører folkehelse i vid forstand. **V30\_involv**

(Sett gjerne flere kryss)

- (1)  Leder
- (2)  Koordinator
- (3)  Medlem av arbeids-/prosjektgruppe
- (4)  Høringsgiver
- (5)  Annen involvering
- (6)  Ikke involvert i det hele tatt

Har kommunen utarbeidet en egen oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, jfr

folkehelselovens § 5? **V31\_oversikt**

- (1)  Ja
- (2)  Nei
- (3)  Under utarbeiding

Dersom helseoversikten er under utarbeiding, når forventes den ferdigstilt? **V32\_ferdig**

(Angi kun årstall, ÅÅÅÅ)

---

Dersom ja, når ble denne ferdigstilt første gang? **V33\_ferd\_først**

(Angi kun årstall, ÅÅÅÅ)

---

Er helseoversikten tilgjengelig på kommunens nettsider? **V34\_overs\_web**

- (1)  Ja
- (2)  Nei

I hvilken grad har kommunen benyttet den nasjonale veilederen i utarbeidelsen av helseoversiktsdokumentet? **V35\_overs\_veiled**

- (1)  Ikke i det hele
- (2)  I svært liten grad
- (3)  I liten grad
- (4)  I noen grad
- (5)  I stor grad
- (6)  I svært stor grad

Hvilke utfordringer har vært de største i utarbeidelsen av helseoversiktene? **V36\_utfordr**

(Skriv gjerne noen ord om de største utfordringene)

---

---

Har kommunen benyttet eksterne konsulenter i utarbeidelsen av helseoversikten? **V37\_konsulent**

- (1)  Ja
- (2)  Nei

I hvilken grad har du fått bistand fra fylkeskommunen i utarbeidelsen av helseoversikten? **V38\_bist\_fylke**

- (1)  Ikke i det hele
- (2)  I svært liten grad
- (3)  I liten grad
- (4)  I noen grad
- (5)  I stor grad
- (6)  I svært stor grad

Har kommunen samarbeidet med andre kommuner om utarbeidelse av helseoversikten? **V39\_sam\_andrek**

- (1)  Ja
- (2)  Nei

Skal oversikten revideres i løpet av 2019/2020? **V40\_overs\_revid**

- (1)  Ja
- (2)  Nei
- (3)  Vet ikke

I forhold til kommunevalget i 2019, vil helseoversikten bli drøftet i forhold til kommunal planstrategi som forutsatt i folkehelseovens § 6? **V41\_overs\_planstr**

- (1)  Ja

- (2)  Nei
- (3)  Vet ikke

Dersom nei, hva er etter din mening årsaken til at kommunen ikke vil benytte oversiktsdokumentet i arbeidet med ny planstrategi? **V42\_planstr**

(Sett gjerne flere kryss)

- (1)  Manglende personalressurser
- (2)  Manglende økonomiske ressurser
- (3)  Manglende kompetanse
- (4)  Manglende fokus
- (5)  Annet \_\_\_\_\_

*(Fra spm om folkehelseoversikt)* Dersom nei, hva er grunnen til at kommunen ikke har utarbeidet slik oversikt? **V43\_ikke\_oversikt**

(Sett gjerne flere kryss)

- (1)  Manglende personalressurser
- (5)  Manglende økonomiske ressurser
- (2)  Manglende kompetanse
- (3)  Manglende fokus
- (4)  Annet \_\_\_\_\_

Har kommunen nedsatt egne tverrsektorielle arbeidsgrupper/fora for folkehelsearbeid? **V44\_gruppe**

- (1)  Ja
- (2)  Nei

Dersom Nei, hva er grunnen til at kommunen ikke har en slik tverrsektoriell gruppe?

(Sett gjerne flere kryss) **V45\_ikkegr\_hvfor**

- (1)  Manglende ressurser
- (2)  Manglende kompetanse
- (3)  Manglende fokus
- (4)  Annet \_\_\_\_\_

Dersom Ja, hvor ofte møtes gruppen? **V46\_grupp\_pr\_år**

(Ca. antall ganger pr. år)

\_\_\_\_\_

I hvilken grad opplever du at deltakerne generelt prioriterer å møte i de tverrsektorielle gruppene? **V47\_gr\_prio**

- (1)  Ikke i det hele
- (2)  I svært liten grad
- (3)  I liten grad
- (4)  I noen grad
- (5)  I stor grad
- (6)  I svært stor grad

Hva vil du si er hovedfokus i de tverrsektorielle arbeidsgruppene? **V48\_gr\_fokus**

(Sett gjerne flere kryss)

- (1)  Plan-/oversiktsarbeid
- (2)  Kunnskapsdeling og informasjon
- (3)  Idémyldring
- (4)  Planlegging av tiltak
- (5)  Annet, angi hva \_\_\_\_\_

**Folkehelsearbeid handler også om å sikre innflytelse på utviklingen i kommunen.**

Hvor ofte er du i dialog (muntlig/skriftlig) med følgende kommunale aktører i forbindelse med folkehelsearbeidet? **V49**

	Daglig	Ukentlig	Månedlig	Sjeldnere enn månedlig	Aldri
Ordfører	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Andre sentrale politikere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Mindre sentrale politikere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Rådmannen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Kommunalsjefer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Etats-/enhetsledere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Kommunelege	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Egen leder	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>



Hvor ofte er du i dialog (muntlig/skriftlig) med følgende eksterne aktører i forbindelse med folkehelsearbeidet? **V50**

	Daglig	Ukentlig	Månedlig	Sjeldnere enn månedlig	Aldri
Frivillig sektor	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Folkehelsekoordinator i fylkeskommunen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Folkehelsekoordinator i andre kommuner	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Enkeltpersoner eller grupper i befolkningen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Næringslivet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Media	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

I hvilken grad er følgende faktorer etter din mening, viktig for å få gjennomslag for folkehelsearbeidet i kommunen? **V51**

	Ikke i det hele	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Forankring i politisk ledelse	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Forankring hos rådmannen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Forankring hos øvrig administrativ toppledelse	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Forankring i utøvende tjenester	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Forankring i kommunalt vedtatte planer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Tildeling av statlige stimuleringsmidler	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Tilsyn fra fylkesmannen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Sterkere regulering i lovverket	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Hvilke av disse stillingsrelaterte faktorene er viktigst for å få gjennomslag for folkehelsearbeidet i kommunen? **V52**

(Sett musepekeren over kategoriene og dra de i prioritert rekkefølge.)

	1	2	3
Organisatorisk plassering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Fysisk kontorplassering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
Stillingsbeskrivelse	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>

Hvor stor innflytelse opplever du å ha på kommunens folkehelsesatsning? **V53\_innflyt**

- (1)  Ikke i det hele
- (2)  I svært liten grad
- (3)  I liten grad
- (4)  I noen grad
- (5)  I stor grad
- (6)  I svært stor grad

Slik du ser på det nå, tror du at du vil være i din nåværende stilling som folkehelseansvarlig/-koordinator om 2 år? **V54\_om\_2\_år**

- (2)  Svært lite sannsynlig
- (3)  Lite sannsynlig
- (4)  Kanskje
- (5)  Sannsynlig
- (6)  Svært sannsynlig

**Helt til slutt kommer det noen spørsmål om deg selv.**

Kjønn **V55\_kjønn**

- (0)  Kvinne
- (1)  Mann

Alder (angi alder i år) **V56\_alder**

—

Utdanningsnivå **V57\_utd\_nivå**

- (1)  Grunnskole
- (2)  Videregående utdanning
- (3)  Høgskole/universitet, til og med 3 år
- (4)  Høgskole/universitet, mer enn 3 år

Hvilken type hovedutdanning har du? **V58\_typ\_hutd**

Angi utdanning(er)

---

---

---

Antall år samlet utdanning utover videregående skole (totalt kurs, utdanning, videreutdanning med mer)

(Slå sammen evt. deltidsutdanninger til hele år) **V59\_tot\_ant\_år**

\_\_\_\_\_

Angi brutto årslønn (før skatt) i hel stilling. **V60\_lønn**

(Angi i kroner)

\_\_\_\_\_

**Tusen takk for at du har fylt ut spørreskjemaet.**

**Første presentasjon av resultatene vil komme under Folkehelsekonferansen høsten 2019.**

**Trykk [avslutt] for å lagre.**

Vedlegg 2: Etisk godkjenning NSD

23.5.2019

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Folkehelsearbeid i norske kommuner, 2019

### Referansenummer

902924

### Registrert

01.05.2019 av Tor-Ivar Karlsen - tor-ivar.karlsen@uia.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Tor-Ivar Karlsen, tor-ivar.karlsen@uia.no, tlf: 90060536

### Type prosjekt

Forskerprosjekt

### Prosjektperiode

20.05.2019 - 31.12.2030

### Status

20.05.2019 - Vurdert

### Vurdering (1)

---

#### 20.05.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er

dokumentert i meldeskjemaet den 20.05.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5c779ddd-bf20-4516-98f1-b1892b756250>  
23.5.2019

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

1/2

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2030.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om ogsamtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte ogberettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante ognødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for åoppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Rambøll AS og SurveyXact er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentsen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 3: Etisk godkjenning FEK

Andrea Heimvik  
Lied

Besøksadresse:  
Universitetsveien 25  
Kristiansand

Rer. 19/03858

Tidspunkt for godkjenning: : 27/05/2019

### **Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - FLINK 2019**

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

Godkjent under forutsetning av at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden.

Hilsen

Forskningsetisk komiteFakultet for helse - og idrettsvitenskapUniversitetet i Agder

**UNIVERSITETET I AGDER**

KRISTIANSAND

TELEFON 38 14 10 00

ORG. NR 970 546 200 MVA – [post@uia.no](mailto:post@uia.no) -

[www.uia.no](http://www.uia.no)

FAKTLJRAADRESSE: POSTBOKS 422 4604

UNIVERSITETET I AGDER.

FAKTLJRAMOTTAK

POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO



Vedlegg 4: Avtale UiA og Rambøll

# **Avtale — databehandleravtale etter personopplysningsloven**

Les veilederen på [www.datatilsynet.no/databehandler](http://www.datatilsynet.no/databehandler)

Databehandleravtale

I henhold til personopplysningslovens 13, jf. 15 og personopplysningsforskriftens kapittel 2.

mellom

**Universitetet i Agder (UiA)**

(org.nr: 970 546 200)

behandlingsansvarlig

og

**Rambøll Management Consulting AS**

(org.nr: 987 886 609)

databehandler

## 1 Avtalens hensikt

Avtalens hensikt er å regulere rettigheter og plikter etter Lov av 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) og forskrift av 15. desember 2000 nr. 1265 (personopplysningsforskriften). Avtalen skal sikre at personopplysninger om de registrerte ikke brukes urettmessig eller kommer uberettigede i hende.

Avtalen regulerer databehandlers bruk av personopplysninger på vegne av den behandlingsansvarlige, herunder innsamling, registrering, sammenstilling, lagring, utlevering eller kombinasjoner av disse.

## 2. Formål

Universitetet i Agder har inngått avtale med Rambøll Management Consulting AS om bruk av elektronisk spørreskjemaverktøy.

Formålet med denne avtalen er å sikre at opplysninger om ansatte på Universitetet i Agder eller andre (personopplysninger) som databehandler i forbindelse med oppfyllelsen av avtaler mellom partene måtte samle inn, registrere, lagre, sammenstille eller bearbeide ikke brukes urettmessig eller på annen måte kommer uberettigede i hende.

Personopplysninger skal bare behandles i den grad det er nødvendig for oppfyllelsen av avtaleforholdet mellom partene.

## 3. Databehandlers plikter

Databehandler plikter å gi behandlingsansvarlig tilgang til sin sikkerhetsdokumentasjon, og bistå, slik at behandlingsansvarlig kan ivareta sitt eget ansvar etter lov og forskrift.

Behandlingsansvarlig har, med mindre annet er avtale eller følger av lov, rett til tilgang til og innsyn i personopplysningene som behandles og systemene som benyttes til dette formål. Databehandler plikter å gi nødvendig bistand til dette.

Databehandler har taushetsplikt om dokumentasjon og personopplysninger som vedkommende får tilgang til iht. denne avtalen. Denne bestemmelsen gjelder også etter avtalens opphør.

## 4. Bruk av underleverandør

Dersom databehandler benytter seg av underleverandør eller andre som ikke normalt er ansatt hos databehandler skal dette avtales skriftlig med behandlingsansvarlige før behandlingen av personopplysninger starter.

Samtlige som på vegne av databehandler utfører oppdrag der bruk av de aktuelle personopplysningene inngår, skal være kjent med databehandlers avtalemessige og lovmessige forpliktelser og oppfylle vilkårene etter disse.

## 5. Sikkerhet

Databehandler skal oppfylle de krav til sikkerhetstiltak som stilles etter personopplysningsloven og personopplysningsforskriften, herunder særlig personopplysningslovens 13 — 15 med forskrifter. Databehandler skal dokumentere rutiner og andre tiltak for å oppfylle disse kravene. Dokumentasjonen skal være tilgjengelig på behandlingsansvarliges forespørsel.

Databehandler skal blant annet sørge for at personopplysninger bare er tilgjengelige for personer som har et tjenstlig behov for det i forbindelse med oppfyllelsen av avtaleforholdet

mellom partene. Databehandler skal videre sørge for at personopplysninger ikke endres uautorisert eller utilsiktet.

Avviksmelding (eksempelvis at personopplysninger uautorisert blir utlevert) etter personopplysningsforslaiftens 5 2-6 skal skje ved at databehandler melder avviket til behandlingsansvarlig. Behandlingsansvarlig har ansvaret for at avviksmelding sendes Datatilsynet.

#### 6. Sikkerhetsrevisjoner

Databehandler skal gjennomføre sikkerhetsrevisjoner jevnlig for systemer og lignende som brukes til oppfyllelsen av avtaleforholdet mellom partene.

#### 7. Avtalens varighet

Avtalen gjelder så lenge databehandler behandler personopplysninger på vegne av behandlingsansvarlig.

Ved brudd på denne avtale eller personopplysningsloven kan behandlingsansvarlig pålegge databehandler å stoppe den videre behandlingen av opplysningene med øyeblikkelig virkning

#### 8. Ved opphør

Ved opphør av denne avtalen, kan behandlingsansvarlig selv trekke ut alle relevante data fra databehandlers systemer.

Deretter sørger databehandler for at slette eller forsvarlig destruere alle dokumenter, data, disketter, cd-er mv, som inneholder opplysninger som omfattes av avtalen. Dette gjelder også for eventuelle sikkerhetskopier.

Databehandler skal skriftlig dokumentere at sletting og eller destruksjon er foretatt i henhold til avtalen innen rimelig tid etter avtalens opphør.

#### 9. Meddelelser

Meddelelser etter denne avtalen skal sendes skriftlig til: Universitetet i Agder, ved Assisterende Universitetetsdirektør, Seunn Smith-Tønneéén.

#### 10. Lovvalg og verneting

Avtalen er underlagt norsk rett og partene vedtar Oslo tingrett som verneting. Dette gjelder også etter opphør av avtalen.

Denne avtale er i 2 — to eksemplarer, hvorav partene har hvert sitt.

Oslo, 11. august 2011.



.....  
Behandlingsansvarlig

(Underskrift)

Assisterende Universitetsdirektør

Universitetet i Agder

Seunn Smith-Tønnegen

Databehandler



.....  
(Underskrift)

Salgsdirektør

Rambøll Management Consulting

Ole Dalvang

Management Co

## Vedlegg 5: Tabell 4a

Tabell 4a. Bivariat analyse av uavhengige variabler (personlige karakteristika) mot avhengige variabler

Uavhengige variabler	Statlige stimuleringsmidler			Tilsyn fra fylkesmannen			Sterkere regulering i lovverk			
	gj.snitt	(SD)	p-verdi	gj.snitt	(SD)	p-verdi	gj.snitt	(SD)	p-verdi	
Personlige karakteristika	Kjønn									
	Kvinner	78,5	(19,0)		59,4	(22,0)		64,6	(21,0)	
	Menn	70,5	(21,2)	<b>0,030</b>	51,0	(25,6)	0,089	51,0	(27,0)	<b>0,002</b>
	Alder									
	< 39 år	79,3	(18,8)		61,4	(18,7)		64,0	(20,8)	
	40-55 år	73,0	(20,4)		56,6	(22,2)		60,9	(24,6)	
	>56 år	80,0	(20,2)	<b>0,037</b>	54,2	(28,0)	0,100	59,6	(22,2)	0,308
	Utdanning									0,996
	Helsefaglig (syke-/vernepleier/fysio-/ergoterapeut/lege)	75,2	(18,5)	0,083	55,2	(22,5)	0,273	61,5	(21,0)	0,536
	Friluftsliv/idrett/folkehelse	76,8	(23,2)	0,731	57,1	(23,5)	0,631	66,0	(25,9)	0,074
	Sosialfaglig/samfunnsvitenskapelig/pedagogisk	86,4	(16,0)	<b>0,014</b>	60,8	(22,7)	0,436	58,3	(21,2)	0,204
	Økonomiske/plan/administrative studier	76,8	(18,0)	0,761	65,3	(22,0)	0,211	56,7	(25,0)	0,451
	Samlet års utdanning									
	< 3 år	75,0	(21,1)		65,0	(19,3)		60,0	(29,5)	
	4-5 år	80,8	(18,2)		64,1	(20,8)		64,9	(23,6)	
	6-10 år	76,1	(20,8)		54,2	(24,6)		60,9	(22,2)	
	>11 år	68,9	(22,6)	0,777	53,3	(20,0)	0,150	48,9	(17,6)	<b>0,018</b>
	Arbeidserfaring									
	Startet som nyutdannet	77,8	(18,0)	0,916	60,0	(19,4)	0,761	60,7	(18,2)	0,334
	Arbeidserfaring fra andre kommuner	69,3	(17,2)	<b>0,027</b>	52,7	(22,6)	0,343	63,3	(25,2)	0,233
	Arbeidserfaring fra fylkeskommunen	86,7	(23,1)	0,808	60,0	(40,0)	0,891	66,7	(41,6)	0,208
	Arbeidserfaring fra statlig sektor	69,6	(20,0)	<b>0,031</b>	58,3	(19,2)	0,867	60,9	(20,4)	0,961
	Arbeidserfaring fra privat sektor	75,5	(20,4)	0,736	48,2	(20,2)	<b>0,018</b>	56,3	(25,6)	0,211

## Vedlegg 6: Tabell 4b

Tabell 4b. Bivariat analyse av uavhengige variabler (organisatoriske forhold) mot avhengige variabler

Uavhengige variabler	Statlige stimuleringsmidler			Tilsyn fra fylkesmannen			Sterkere regulering i lovverk		
	gj.snitt	(SD)	p-verdi	gj.snitt	(SD)	p-verdi	gj.snitt	(SD)	p-verdi
Stillingsprosent avsatt til folkehelse									
<25 %	77,3	(19,3)		60,5	(22,2)		57,8	(21,9)	
26-50 %	76,5	(20,7)		56,4	(24,3)		62,4	(24,3)	
51-75 %	64,0	(29,7)		60,0	(28,3)		80,0	(24,5)	
>76 %	79,2	(19,6)	0,643	53,9	(22,4)	0,138	65,4	(22,1)	<b>0,053</b>
Antall år ansatt									
<5 år	75,6	(21,3)		59,7	(19,2)		60,8	(24,1)	
6-10 år	75,6	(20,3)		52,2	(26,3)		60,0	(22,9)	
>11 år	79,4	(18,7)	0,573	58,4	(24,8)	0,655	63,3	(23,0)	0,550
FHK som hovedstilling									
Ja	80,3	(17,9)		59,7	(22,4)		64,8	(23,1)	
Nei	74,6	(20,9)	0,441	55,9	(23,2)	0,247	59,5	(22,5)	0,052
Stillingsbeskrivelse opprettet									
Ja	80,2	(17,9)		59,7	(22,4)		64,9	(23,2)	
Nei	74,6	(20,9)	0,094	55,9	(23,2)	0,391	60,0	(22,5)	0,165
Stillingsnivå									
Leder	75,7	(19,5)	0,687	52,4	(25,7)	0,139	54,6	(23,2)	<b>0,030</b>
Spesialrådgiver/Spesialkonsulent	76,7	(20,4)	0,990	59,5	(22,6)	0,424	63,4	(21,9)	0,536
Konsulent	79,0	(20,5)	0,323	58,5	(25,8)	0,582	65,4	(25,7)	0,148
Annet	75,8	(20,0)	0,622	58,1	(19,5)	0,906	62,2	(21,1)	0,931
Nærmeste leder									

Organisatoriske forhold

Rådmannen	76,1 (15,3)	0,474	55,9 (19,4)	0,399	56,1 (18,8)	<b>0,034</b>
Leder plan	83,2 (19,2)	0,130	70,6 (21,4)	<b>0,021</b>	72,9 (21,1)	<b>0,045</b>
Leder kultur	78,7 (23,3)	0,548	54,3 (27,7)	0,467	60,0 (24,8)	0,964
Leder omsorg/helse	78,2 (17,2)	0,824	60,5 (16,4)	0,239	64,1 (18,1)	0,439
Leder oppvekst/skole	80,0 (28,3)	0,360	54,0 (32,7)	0,608	62,2 (29,1)	0,973
Leder teknisk	66,7 (30,1)	0,340	56,7 (26,6)	0,822	70,0 (30,3)	0,335
Annen leder	73,9 (22,9)	0,359	53,7 (27,0)	0,344	61,2 (27,3)	0,864
Kontakthypighet med rådmannen						
Daglig	80,0 (20,0)		55,0 (10,0)		75,0 (10,0)	
Ukentlig	82,0 (16,8)		61,5 (21,9)		61,5 (22,8)	
Månedlig	74,3 (21,6)		57,0 (22,7)		62,3 (23,2)	
Sjeldnere enn månedlig	75,2 (19,4)		55,5 (23,6)		60,0 (23,0)	
Aldri	80,0 (21,4)	0,350	68,6 (15,7)	0,755	65,7 (25,1)	0,619
Folkehelse omtalt i økonomiske planer/budsjett						
Jeg vet ikke	76,7 (20,6)		56,7 (7,8)		58,3 (18,0)	
I liten grad	79,3 (18,7)		64,1 (23,3)		66,6 (23,8)	
I noen grad	75,0 (21,9)		55,2 (21,5)		62,6 (22,9)	
I stor grad	77,1 (18,7)	0,716	53,9 (25,6)	0,053	54,6 (20,9)	<b>0,047</b>
Tverrsektorielle arbeidsgrupper opprettet						
Ja	78,1 (18,1)		59,1 (22,3)		63,0 (21,4)	
Nei	73,9 (23,4)	0,497	53,8 (23,9)	0,266	58,8 (25,5)	0,439
Hva brukes det tid på						
Tverrfaglig koordinering	76,2 (19,9)	0,712	57,9 (21,8)	0,492	61,1 (22,5)	0,494
Planarbeid	76,4 (20,4)	0,622	58,2 (21,7)	0,981	61,6 (22,7)	0,413
Saksbehandling	75,6 (20,7)	0,250	56,9 (22,0)	0,961	61,3 (22,2)	0,947
Kunnskapsformidling/Informasjonsarbeid	76,2 (20,0)	0,170	58,1 (21,5)	0,440	61,9 (22,5)	0,078
Initiere og utføre tiltak	75,5 (20,0)	0,395	57,5 (21,7)	0,166	62,1 (22,6)	0,173
Forveninger fra andre						
Strategisk og tverrsektoriell planlegger	76,5 (20,1)	0,119	58,6 (21,8)	0,691	62,3 (22,5)	0,156

Tilrettelegger for praktiske folkehelseiltak	76,5 (20,2)	0,760	58,8 (21,3)	0,668	62,2 (22,5)	0,478
Generell saksbehandler	76,7 (19,8)	0,312	58,6 (21,6)	0,912	62,5 (22,4)	0,186
Egenopplevd innflytelse						
I liten grad	82,9 (82,9)		66,2 (15,0)		66,2 (17,1)	
I noen grad	76,4 (17,7)		62,5 (22,8)		61,7 (22,9)	
I svært stor grad	76,1 (21,8)	0,435	53,5 (22,9)	<b>0,003</b>	61,1 (23,5)	0,540



## Vedlegg 7: Tabell 4c

Tabell 4c. Bivariat analyse av uavhengige variabler (kontekstuelle forhold) mot avhengige variabler

Uavhengige variabler	Statlige stimuleringsmidler			Tilsyn fra fylkesmannen			Sterkere regulering i lovverk			
	gj.snitt	(SD)	p-verdi	gj.snitt	(SD)	p-verdi	gj.snitt	(SD)	p-verdi	
Kontekstuelle forhold	Kommunenes folketall									
	<2000	81,4	(15,1)		64,8	(16,6)		64,8	(21,8)	
	2000 - 4999	79,2	(17,3)		54,7	(19,9)		59,6	(17,3)	
	5000 - 9999	78,6	(17,9)		60,0	(19,2)		65,0	(24,3)	
	10 000 - 19 999	71,1	(24,0)		55,1	(26,4)		53,0	(23,7)	
	20 000 - 29 999	67,4	(25,1)		45,3	(26,5)		64,2	(26,3)	
	30 000 - 49 999	72,3	(19,2)		58,7	(28,8)		60,0	(24,5)	
	>50 000	86,2	(18,9)	0,090	66,2	(27,5)	0,169	75,0	(24,3)	<b>0,040</b>
	Sentralitet									
	Mest sentrale kommuner	80,0	(14,1)		48,0	(30,3)		72,0	(26,8)	
	Nest-mest sentrale kommuner	74,7	(27,4)		56,8	(27,7)		57,8	(26,5)	
	Mellomsentrale type 1	73,5	(21,7)		57,4	(27,4)		63,3	(24,7)	
	Mellomsentrale type 2	75,4	(17,7)		55,1	(22,5)		57,5	(20,4)	
	Nest-minst sentrale kommuner	80,4	(20,7)		59,1	(21,4)		65,9	(24,2)	
	Minst sentrale kommuner	78,8	(16,5)	0,534	61,2	(14,9)	0,827	61,9	(19,3)	0,572
	Kommuneøkonomisk forbruk									
	Nedgang	77,4	(18,4)		55,5	(21,1)		60,0	(26,8)	
Oppgang	76,7	(20,9)	0,996	58,5	(22,7)	0,417	61,7	(22,5)	0,866	
Endring i folketall 2009-2018										
Nedgang i folketall	82,1	(17,3)		61,7	(19,5)		61,7	(24,3)		

Oppgang i folketall	75,0 (19,9) <b>0,029</b>	57,0 (23,7) 0,292	62,5 (22,0) 0,945
Endring i folketall 0-17 år 2009-2018			
Nedgang i folketall	77,7 (18,8)	56,4 (20,5)	62,2 (22,6)
Oppgang i folketall	75,2 (22,0) 0,575	58,6 (26,1) 0,463	61,4 (23,5) 0,797
Endring i folketall >80 år 2009-2018			
Nedgang i folketall	81,7 (16,7)	61,6 (19,6)	63,8 (22,3)
Oppgang i folketall	71,1 (21,4) <b>0,000</b>	52,5 (25,4) <b>0,008</b>	59,3 (23,5) 0,176
Andel eldre i kommunene			
<3 %	80,0 (16,3)	60,0 (23,1)	62,0 (14,8)
4-6 %	76,8 (19,9)	55,3 (23,2)	59,8 (23,0)
>7 %	80,0 (16,3) 0,276	62,5 (19,1) 0,534	63,8 (24,5) 0,852

