

## Folkehelsearbeid i norske kommuner

Hvilket folkehelseområde har høyest politisk prioritet i kommunene, og hvilke faktorer påvirker den politiske prioriteringen av dette området?

SOFIE ØYGARDEN OLSEN

VEILEDER

Tor-Ivar Karlsen

**Universitetet i Agder, 2020**

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap  
Institutt for ernæring og folkehelse

Master

# Forord

Tusen takk for fem fine år ved Universitetet i Agder. Det har vært fem spennende og lærerike år, særlig det siste året med masteroppgaven. Arbeidet med masteroppgaven har vært en intens, krevende og lang prosess, men jeg har lært utrolig mye. Gjennom dette arbeidet har jeg fått muligheten til å gå i dybden og utforske hvilke faktorer som påvirker den politiske prioriteringen av folkehelse i kommunene. Selv om temaet i denne oppgaven er omfattende, har det gitt meg muligheten til å opparbeide mye kunnskap og erfaringer innfor et spennende felt.

Jeg må også takke alle informantene i studien. Uten deres personlige erfaringer og kunnskap hadde det aldri blitt den samme oppgaven. Takk for at dere satt av tid i en ellers travel hverdag.

Videre vil jeg gjerne takke min kunnskapsrike veileder, førsteamanuensis Tor-Ivar Karlsen. Han har bidratt med god faglig inspirasjon, motiverende veiledning og konkrete tilbakemeldinger.

Til slutt takk til mine gode venner og familie som har gitt meg oppmuntrende ord og støtte undervegs, spesielt nå i innspurten.

# Sammendrag

I prosessen med å planlegge masterprosjektet var vi flere studenter som var interessert i å kartlegge folkehelsekoordinatorenes arbeids- og organisasjonsvilkår i kommunen. Vi opprettet derfor prosjektet: «Folkehelsearbeid i norske kommuner-2019» (FLINK-2019). Prosjektet har en kvantitativ tilnærming i form av en tverrsnittstudie, og ble gjennomført ved hjelp av et spørreskjema som ble sendt til folkehelsekoordinatorene i kommunene.

Hensikten med denne masteroppgaven er å kartlegge hvilket folkehelseområde som har høyest politisk prioritet i kommunene og hvilke faktorer som påvirker den politiske prioriteringen av dette området. Da nesten hver fjerde kommune ikke har noen spesifikke politiske prioriterte folkehelseområder vil jeg også undersøke hvilke faktorer som kjennetegner disse kommunene.

Det folkehelseområdet som har høyest politisk prioritet i kommunene, er oppvekst og levekårsforhold. Dette området blir også sett på som det viktigste av folkehelsekoordinatorene. Resultatene viser at folkehelsekoordinatoren fungerer som en viktig policy-entreprenør, og er med på å styre hvilket folkehelseområde som blir politisk prioritert. Dersom folkehelsekoordinatoren prioriterer oppvekst- og levekårsforhold er det større sannsynlighet for at dette området blir politisk prioritert. Men folkehelsekoordinatorens betydning påvirkes av stillingsprosent og hvor fornøyd de er med den organisatoriske plasseringen. I kommuner som ikke har noen prioriterte områder har folkehelsekoordinatoren en lavere stillingsprosent og er mer misfornøyd med den organisatoriske plasseringen. Folkehelsekoordinatorens betydning blir også påvirket av rådmannen. Resultatene viser at kommuner som prioriterer oppvekst og levekår oftere er i kontakt med rådmannen, mens kommuner som ikke har noen prioriterte områder har mindre kontakt med vedkommende. Resultater slår også fast at dersom man ønsker å få et område politisk prioritert er man avhengig av å få dette området omtalt i det kommunale planarbeidet og spesielt økonomiplanen. Kommuner som ikke har noen prioriterte områder, har i mindre grad fått folkehelse inn i det kommunale planverket.

Nøkkelord: folkehelse, agendasetting, nasjonal folkehelsepolitikk, kommuneplanlegging og systematisk folkehelsearbeid

# Abstract

In the process of planning the master project, we were several students who were interested in mapping the working and organizational conditions of the public health coordinators in the municipality. Therefore, we created the project: «Public health work in Norwegian municipalities-2019» (FLINK-2019). The project has a quantitative approach in the form of a cross-sectional study, and the survey was sent to the public health coordinators in the municipalities.

The purpose of this study is to map which area of public health has the highest political priority and which factors influence the political prioritization of this area. The study will also look at the factors that affect municipalities to not have any priority public health areas. As the results showed that almost every fourth municipality has no political priority areas of public health.

Growth and living conditions are the public health area that has the highest political priority and is perceived as the most important area by the public health coordinators. The results show that the public health coordinator is an important policy-entrepreneur and contributes to set the political agenda. However, the importance of the public health coordinator is influenced by the percentage they have devoted to public health work and how satisfied they are with the organizational position. In municipalities that have no priority areas, the public health coordinator has a lower job percentage and is more dissatisfied with the organizational position. The importance of the health coordinator is also influenced by the councilor. The results show that municipalities that prioritize growth and living conditions often are more in contact with the councilor, while municipalities that have no priority areas have less contact with him. The results show that if one wants to get an area on the political agenda, one must depend on having that area discussed in the municipal planning work and especially the financial plan.

Keywords: public health, agenda, national public health policies, municipal planning, and systematic public health-work

# Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	7
1.1 Utviklingen i folkehelsearbeidet .....	7
1.2 Folkehelse i dag.....	8
1.3 Styringssignaler for folkehelsearbeidet .....	10
1.4 Folkehelse i planlegging .....	11
1.5 Bakgrunn for valgt tema .....	13
2. Problemstilling .....	16
2.1 Avgrensning .....	16
3. Metode .....	18
3.1 Kvantitativ metode .....	18
3.2 Hovedundersøkelsen .....	18
3.3 Populasjon og svarprosent .....	20
3.4 Forskningsetiske overveielser.....	22
3.5 Validitet og reliabilitet .....	23
3.6 Variabler i analysen .....	24
3.6.1 Uavhengige variabler .....	25
3.7 Analyse av datamaterialet .....	26
3.7.1 Statistiske analyser.....	26
4. Teori .....	29
4.1 Den politiske beslutningsprosessen .....	29
4.2 Kingdons flerstrømsmodell .....	30
4.2.1 Problem-strømmen.....	31
4.2.2 Policy-strømmen .....	32
4.2.3 Politikk-strømmen.....	34
4.2.4 Mulighetsvinduet .....	35
5. Empiri - presentasjon av funn .....	36
5.1 Hvem har svart på studien? .....	36
5.2 Hvilket folkehelseområde er høyest politisk prioritert? .....	37
5.3 Hvilke faktorer påvirker kommunene til å sette oppvekstvilkår og levekårsforhold på den politiske agendaen? .....	37
5.3.1 Hvilken betydning har folkehelsekoordinatoren for den politiske prioriteringen av oppvekstvilkår og levekårsforhold .....	38
5.3.2 Hvilken betydning har de organisatoriske forholdene for den politiske prioriteringen av oppvekstvilkår og levekårsforhold .....	38
5.3.3 Hvilken betydning har det kommunale planarbeidet for den politiske prioriteringen av oppvekstvilkår og levekårsforhold .....	40
5.3.4 Hvilken betydning har de kontekstuelle forholdene til kommunen for den politiske prioriteringen av oppvekstvilkår og levekårsforhold .....	40

5.3.5 Hvilke variabler har størst påvirkningskraft på den politiske prioriteringen av oppvekstvilkår og levekårsforhold?.....	41
5.3.6 Resultater fra regresjonsanalysen.....	42
5.4 Hvilke faktorer påvirker kommunene til å ikke ha noen prioriterte politiske folkehelseområder? .....	44
5.4.1 Hvilken betydning har folkehelsekoordinatoren på hvorvidt kommunen har valgt et politisk prioritert område .....	44
5.4.2 Hvilken betydning har de organisatoriske forholdene på hvorvidt kommunen har valgt et politisk prioritert folkehelseområde .....	44
5.4.3 Hvilken betydning har det kommunale planarbeidet på hvorvidt kommunen har valgt et politisk prioritert område .....	45
5.4.4 Hvilken betydning har de kontekstuelle faktorene på hvorvidt kommunen har valgt et politisk prioritert område? .....	46
5.4.5 Hvilke variabler har størst betydning for hvorvidt kommunen har valgt et prioritert folkehelseområde? .....	47
5.4.6 Resultater fra regresjonsanalysen.....	47
5.5 Hovedfunn.....	49
6. Diskusjon.....	51
6.1 Drøfting av empiriske funn opp mot teoretisk rammeverk.....	51
6.1.1 Problem-strømmens betydning .....	51
6.1.2 Policy-strømmens betydning.....	53
6.1.3 Politikk-strømmens betydning .....	60
6.1.4 Oppsummering.....	62
6.2 Metodisk diskusjon .....	63
7. Konklusjon og veien videre.....	66
Referanseliste: .....	70
Vedlegg:.....	79

# 1. Innledning

Nærmest alle rapporter knyttet til folkehelse konkluderer med at folkehelsen i Norge er god. Sett i forhold til de økonomiske utfordringene som rammer store deler av Europa, og ikke minst til situasjoner i andre deler av verden, er vi som nasjon svært privilegerte. Norge ligger på toppen av FNs levekårsindeks og har en av verdens sunneste befolkning (Helsedirektoratet, 2014). I 2017 var forventet levealder 84,3 år for kvinner og 80,9 år for menn. Dette er blant de høyeste i verden (Folkehelseinstituttet, 2018, s.10). Norge er også blant de landene som bruker mest ressurser på helsetjenester i forhold til folketallet. Men en god helsetjeneste krever riktig prioritering. De medisinske og politiske valgmulighetene blir stadig større. Derfor blir tydelig prioritering i folkehelsearbeidet stadig viktigere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Selv i et rikt land som Norge vil det være umulig å imøtekomme alle ønsker om behandling og tiltak. Den viktigste arenaen for folkehelsearbeidet er der folk bor. Av den grunn er kommunene særlig av interesse. Derfor er det nødvendig at kommunestyre og folkehelsekoordinator klarer å prioritere de viktigste folkehelsesakene.

## 1.1 Utviklingen i folkehelsearbeidet

Norge har i lang tid arbeidet for et demokratisk samfunn hvor ressurser og muligheter blir rettferdig fordelt og innbyggerne kan forme livene sine ut ifra egne ønsker og ambisjoner (Helsedirektoratet, 2014). Folkehelse har lenge vært på den politiske agendaen i Norge. I 1929 ble Statens institutt for folkehelse grunnlagt, men ideen om et offentlig ansvar som fokuserte på befolkningens helse og forebyggende helsetiltak går enda lenger tilbake (Folkehelseinstituttet, 2014). På 1800-tallet var folketallet litt under 1 million, perioden var preget av fattigdom, befolkningsvekst og dårlig ernæring. Gjennomsnittsalderen var ca. 40 år, og spedbarnsdødeligheten var høy (Folkehelseinstituttet, 2014). Sykdomsbildet var dominert av infeksjoner og epidemier, og man så et stort skille mellom de fattige og rike (Folkehelseinstituttet, 2014). På slutten av 1800-tallet oppdaget man mikrober. Dette åpnet for mer forebyggende tiltak. Folkehelsearbeidet handlet i stor grad om å hindre spredning av infeksjoner og generelt hygienearbeid (Folkehelseinstituttet, 2014). Sunnhetsloven ble vedtatt i 1860, og er utgangspunktet til dagens folkehelselov (Schjønby, 2001). Loven skulle sikre at kommunene hadde en sunnhetskommissjon, som var ledet av en statlig ansatt distriktslege. Kommissjonens hovedoppgave var å forebygge sykdom, identifisere faktorer som påvirket helsen og igangsette tiltak knyttet til utfordringene (Schjønby, 2001). En av målsettingene

ved denne loven var å sikre bedre helse og en sterkere befolkning, og dermed oppnå en økonomisk utvikling i Norge (Moseng, 2003).

Levekårene bedret seg langsomt utover 1900-tallet. I løpet av 100 år gikk Norge fra å være et fattig land til å bli en velstående og rik nasjon, og folkehelsen fikk et stort løft. Dette skyldtes blant annet bedre hygiene og levekår i tillegg til medisinsk utvikling. Flere vaksiner ble utviklet og etter hvert også antibiotika. Karl Evang var Norges helsedirektør i perioden 1938–1972. Takket være hans markante personlighet og spesielle lederstil ble han en avgjørende rolle i oppbyggingen av det norske helsevesenet (Andersen & Elvebakken, 2017). Evang ønsket at helsetilbudet i Norge skulle oppnå høy medisinsk standard og nå hele befolkningen, uansett inntekt, status og bosted. Det meste skulle etter planen finansieres gjennom en omfattende folketrygd (Nordby, 2009). Evang mente at leger var best egnet til å lede folkehelsearbeidet. De skulle planlegge og administrere det offentlige helsevesenet, lede det forebyggende arbeidet og drive helseopplysning. Myndighetenes oppgave var å heve levestandarden ved hjelp av helsefremmende tiltak, gjennomføre helsekontroller og innhente helsestatistikk (Nordby, 2009). Norge opplevde en sterk velstandsvekst i denne perioden, men dette skapte samtidig nye utfordringer. God økonomi gjorde det mulig å kjøpe tobakk, ferdigmat, godteri og søt drikke, noe man tidligere ikke hadde hatt tilgang til eller råd til å kjøpe. Mange fikk også mer stillesittende arbeid og biler, som førte til at aktivitetsnivået gikk ned (Folkehelseinstituttet, 2014). Dette førte til en endring av sykdomsbildet. Kroniske sykdommer og ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft, KOLS og diabetes overtok for infeksjonssykdommene. Ved årtusenskiftet kom det nye behandlingsmuligheter, og informasjon om forebygging reduserte dødeligheten av hjerte- og karsykdommer. Folkehelsearbeidet handlet på den tiden i stor grad om mosjon, ernæring, røykestopp og annet frisklivsarbeid (Folkehelseinstituttet, 2014).

## 1.2 Folkehelse i dag

Selv om helsen til befolkningen blir bedre og bedre, ser man helseulikheter i det sosioøkonomiske hierarkiet. Det er gruppene øverst i den sosiale rangstigen som har den beste utviklingen. Til tross for økt levestandard i hele befolkningen, er det de med lang utdanning og god økonomi som har den beste helsen (Folkehelseinstituttet, 2014). I dag ser vi at kvinner og menn med lengst utdanning lever 5-6 år lengre og har bedre helse enn de som



har lavere utdanning. Det er også færre som røyker og er overvektige i gruppen med lang utdanning (Folkehelseinstituttet, 2018, s.44). Det er også helseforskjeller i alle aldersgrupper. Personer på den laveste sosiale rangstigen opplever mer spedbarnsdødelighet, lavere fødselsvekt og høyere risiko for tidlig fødsel (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014). Ungdommer fra hjem med høy sosioøkonomisk status rapporterer oftere om høyere livskvalitet, bedre helse og mindre psykiske plager enn ungdommer fra hjem med lav sosioøkonomisk status (Bakken, Frøyland & Sletten, 2016).

Temaet sosial ulikhet i helse kom for alvor på helsepolitiske dagsordenen med stortingsmelding nr.16 «Resept for et sunnere Norge». Med denne stortingsmeldingen ønsket regjeringen å gi folkehelsearbeidet et løft. Målet var å utvikle et sunnere Norge, med en politikk som bidro til flere leveår med god helse i hele befolkningen, og reduserte helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002). Samtidig viser forskning at flere forebyggende tiltak som tiltak mot røykeslutt og mediekampanjer virker best på de som allerede er ressurssterke. Dette gjelder spesielt tiltak som forsøker å endre atferden til en person. Enkelte folkehelse tiltak kan i verste fall øke ulikhetene i helse (Lorenc, Petticrew, Welch & Tugwell, 2013). Informasjonskampanjer som går ut til alle, med det samme budskapet vil lettere bli nyttiggjort av personer i høyere sosiale lag. Velger politikerne å prioritere problemer som går på «røttene» av problemet, vil dette trolig ikke være en utfordring (Dahl et al., 2014). I februar 2007 la Helse- og omsorgsdepartementet frem «Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller». Denne stortingsmelding satt klare føringer for arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Strategien beskriver ansvarsfordelingen for de ulike satsingsområdene, og hvilke virkemidler som skal tas i bruk for å redusere helseforskjellene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Sosiale ulikheter og barnefattigdom er komplekse folkehelseutfordringer som går på tvers av nivå-, sektor- og departement grenser, og berører store deler av befolkningen. Derfor må man sikre en helhetlig tjeneste med bedre samhandling og mer koordinert innsats. Samhandlingsreformen kom som et resultat av dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Samhandlingsreformen satte søkelyset på en sterkere horisontal og vertikal koordinering i forvaltningen, et mer helhetlige tilbud og bedre samarbeid mellom ulike tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

### 1.3 Styrings signaler for folkehelsearbeidet

Folkehelseloven (FHL) kom i 2011 som en del av samhandlingsreformen. Den er i dag det viktigste styringssignalet for folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Folkehelseloven definerer folkehelsearbeidet som:

«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» (Folkehelseloven, 2011, §3-b).

Det kommunale folkehelsearbeidet reguleres av folkehelseloven. Loven skal gjøre folkehelsearbeidet mer kunnskapsbasert, strukturert og langsiktig. Folkehelseloven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer befolkningens helse og utjevner sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2012). Loven legger til rette for at folkehelsearbeidet blir en langsiktig og systematisk prosess, samtidig som den bidrar til politisk forankring. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse og trivsel, forebygge sykdom, skader og lidelse, beskytte mot helsetrusler, og sikre en rettferdig fordeling av faktorer som påvirker helsen (Folkehelseloven, 2012, §3). Kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter har ansvar for folkehelsearbeidet, og loven inkluderer alle forvaltningsnivåer. Folkehelseloven legger til rette for bedre samarbeid mellom forvaltningsnivåene og på tvers av sektorene. Loven presiserer også at ansvaret for folkehelsearbeid skal flyttes fra kommunens helsetjeneste og ut til alle samfunnssektorene og sees på som et samfunnsansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Et systematisk folkehelsearbeid forutsetter at kommunene har oversikt over helsetilstanden til befolkningen og de positive og negative faktorene som påvirker helsen (Folkehelseloven, 2012, §5). Kommunen skal være spesielt oppmerksom på faktorer som skaper eller opprettholder sosiale ulikheter eller helseforskjeller. Ut ifra disse opplysningene skal kommunen lage et oversiktsdokument som danner grunnlaget for det videre arbeidet med kommunens planstrategi (Folkehelseloven, 2012, §5). Planstrategien skal inneholde overordnede mål i forhold til folkehelsearbeidet, og kommunens folkehelseutfordringer skal være grunnlaget for strategien. Kommunens folkehelsemål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven (Folkehelseloven, 2011, §6). Når planstrategien er utarbeidet skal den danne grunnlaget for den politiske

agendaen, og kommunen må iverksette folkehelseiltak som møter kommunens folkehelseutfordringer (Folkehelseloven, 2011, §7).

## 1.4 Folkehelse i planlegging

Kommunestyret er det øverste politiske styringsorganet i kommunene, og har myndighet til å avgjøre hvilke saker kommunen skal prioritere (Hansen, 2019). Den politiske agendaen i kommunen blir satt ved at personer i og utenfor kommunestyret vurderer hvilke problemer de ser på som mest alvorlige. Kommuneadministrasjonen er en egen stab av faste ansatte personer og ledes av rådmannen. Rådmannen skal fastsette beslutningsgrunnlaget for det politiske vedtaket, og skal på den måten ivareta folkehelsearbeidet. Rådmannsfunksjonen er derfor en sentral aktør i det kommunale folkehelsearbeidet. På rådmannsnivå er kjennetegnet på godt folkehelsearbeid at: det er folkehelse i alt rådmannen gjør (Lund, 2012). Rådmannen eller den som har delegert myndighet, er også i møter med alle folkevalgte organer, og har derfor stor betydning for den politiske prioriteringen og agendasettingen i kommunen (Christensen, Egeberg, Læg Reid & Aars, 2016). Administrasjonens oppgave er å forberede og iverksette det politikerne vedtar, både lokalt og nasjonalt (Hansen, 2019). Hvordan folkehelsearbeidet er organisert, påvirkes av hvor i kommuneorganisasjonen folkehelsekoordinatoren er plassert (Hagen, Helgesen, Torp & Fosse, 2015). Hvor folkehelsekoordinatoren er plassert varierer fra kommune til kommune, for eksempel er flere plassert i helsesektoren, kultursektoren og sektor for skole og oppvekst. For at koordinatoren skal oppleve innflytelse viser forskning at koordinatoren bør plasseres høyt i kommuneorganisasjonen i nærheten av lokale beslutningstakere, helst rådmannens stab. Da vil påvirkningskraften til koordinatoren øke og han vil få mer gjennomslag i politikken (Hagen et al., 2015).

Rådmannen/administrasjonen/folkehelsekoordinatoren skal utarbeide et forslag til kommuneplanen, som inneholder overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet (Plan- og bygningsloven, 2008, §11). De skal ta utgangspunkt i oversiktsdokumentet fra folkehelseloven §5 og planlegge hvordan de vil møte kommunens utfordringer. Alle kommuner har en kommuneplan, og det er kommunestyret som vedtar planen (Helsedirektoratet, 2019). Kommuneplanen er en omfattende samling av ulike planer, og består av en samfunnsdel med handlingsdel, arealdel og eventuelle kommunedelplaner for utvalgte områder/temaer som kommunen selv bestemmer (Helsedirektoratet, 2019).

Handlingsdelen skal presentere hvordan kommuneplanen skal følges opp, og hvordan ressurser skal prioriteres (Plan- og bygningsloven, 2008, §11). Handlingsdelen skal være realistisk og beskrive hvordan planleggings- og samarbeidsoppgaver skal foregår, samt konkretisere tiltak innenfor kommunens økonomiske rammer (Helsedirektoratet, 2019). Økonomiplanen til kommunen kan inngå i handlingsdelen, og flere kommuner samkjører kommuneplanens handlingsdel og økonomiplanen (Helsedirektoratet, 2019). I kommuneplanens samfunnsdel videreutvikles arbeidet som er gjort i planstrategien og man velger ut prioriterte satsingsområder. Utarbeidelsen av en god samfunnsdel og handlingsdel er viktig for å sikre helhetlig planlegging og samfunnsutvikling i folkehelsearbeidet. Samfunnsdelen og handlingsdelen er ved siden av økonomiplanen de viktigste styringsdokumentene for kommunestyret (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016). Prioriterte innsatsområder i samfunnsdelen kan for eksempel være knyttet til oppvekstforhold, helse- og sosialtjenesten eller lokal samfunnsutvikling. Dette er innsatsområder som ofte vil være svært relevante og komme høyt opp på den politiske agendaen. Innsatsområder som oppvekstforhold, vil gjerne omfatte flere tjenesteområder som for eksempel barnehage, skole og fritid. Da kan det være behov for å planlegge innenfor hvert tjenesteområde, og i tverrsektorielle arbeidsgrupper. Områder som prioriteres av politikerne vil være nevnt i kommuneplanens handlingsdel.

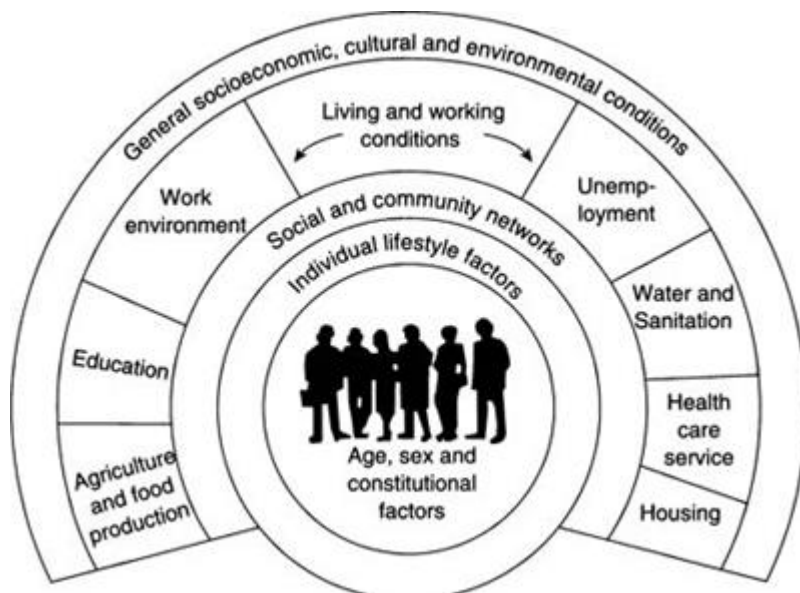
Folkehelseloven stiller krav til at alle kommuner skal gjennomføre et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. Helseoversikten til kommunen skal lage grunnlag for kommunens planer, og dermed sørger for en mer helhetlig forankring i kommuneorganisasjonen. Flere studier viser derimot at det er stor variasjon i hvilken grad kommunene klarer å gjennomføre dette (Fosse, Helgesen, Hagen & Torp, 2018; Hagen et al., 2015; Hagen, Øvergård, Helgesen, Fosse & Torp, 2018). Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid fra 2015 viste at folkehelse var i varierende grad nevnt i de kommunale planene. Nær 60% av kommunene hadde ikke drøftet folkehelseutfordringene eller presentert mål og strategier for folkehelsearbeidet i kommuneplanen (Riksrevisjonen, 2015, s.75). I en studie av Hofstad i 2018 ble plansjefene i norske kommuner spurt i hvilken grad de tar hensyn til folkehelse i planleggingen. Ca. halvparten av de spurte vurderte/svarte at de ivaretok dette i stor/svært stor grad (Hofstad, 2018). Samtidig viste undersøkelsen at målet om å redusere sosiale helseforskjeller var i langt mindre grad ivare tatt (Hofstad, 2018). Riksrevisjonens undersøkelse viste også at mange kommuner hadde iverksatt flest tiltak rettet mot levevaner, selv om dette ikke samsvarte med de største utfordringene i kommunen. For

eksempel var det 42% av kommunene som mente at levekår og sosial ulikhet var de største folkehelseutfordringene, men det var bare 15% som hadde iverksatt flest tiltak på dette området (Riksrevisjonen, 2015, s.8). Manglende tiltak rettet mot sosial ulikhet kan ha sammenheng med at flere kommuner opplever at det er mer krevende å iverksette tiltak som skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Det er også manglende kunnskap om hvilke tiltak som er effektive, særlig rettet mot utjevningen av sosial ulikhet i helse (Riksrevisjonen, 2015).

## 1.5 Bakgrunn for valgt tema

Etter at folkehelseloven trådte i kraft i 2012 fremheves betydningen av å arbeide med de bakenforliggende faktorene for helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Helsen vår er et resultat av individuelle forhold og levevaner. Den påvirkes av strukturelle forhold i samfunnet som for eksempel befolkningssammensetning, oppvekst og levekårsforhold, sosiale miljø, helsetilstanden til befolkningen og tilgang til helsetjenester. Slike bakenforliggende faktorer omtales ofte som sosiale helsedeterminanter (Dahl et al., 2014). Skjev fordeling av positive og negative helsedeterminantene fører til sosial ulikhet i helse. Sosiale ulikheter er problematisk på mange måter, i første rekke er det et rettferdighetsproblem. Personer i lavere sosial rang frarøves livssjanser, med både dårligere levekår, lave inntekter og mer utslitende jobber. De opplever også mer sykdom og har lavere levealder (Dahl et al., 2014). For å oppnå rettferdig fordeling av helsen må man identifisere og arbeide med disse determinantene.

En måte å fremstille determinantene på er ved hjelp av Dahlgren og Whitehead (1991) sin sosiale helse-årsaksmodell. I 1991 utarbeidet Dahlgren og Whitehead en sosial helsedeterminant modell som viser utvalgte påvirkningsfaktorer som har betydning for helsen vår (figur 1). Påvirkningsfaktorene fremstilles i en årsakskjede som starter med egenskaper hos enkeltmennesker og ut til generelle samfunnsforhold (Dahlgren & Whitehead, 1991). Denne modellen blir brukt som bakgrunn for analysene av datamaterialet i masteroppgaven, da den legger vekt på interaksjoner mellom helsedeterminantene.



**Figur 1** Påvirkningsfaktorer for helse (Dahlgren & Whitehead, 1991)

Figur 1 viser hvordan individuelle, - og miljømessige faktorer henger sammen og påvirker helsen til den enkelte. I kjernen av modellen er de personlige egenskapene: kjønn, alder, etnisk gruppe og arvelige faktorer. Disse determinantene kan i liten grad påvirkes. Videre i modellen kommer de individuelle livsstilsfaktorer, det vil si atferd som røyking, alkoholbruk og fysisk aktivitet. Deretter kommer sosiale nettverk og samfunns nettverk (familie, venner og større sosiale kretser). I de ytterste ringene i modellen er generelle samfunnsforhold, bo- og arbeidsforhold, tilgang til bolig, utdanning og velferdstjenester og generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige forhold. Dette er sosiale, økonomiske og kulturelle forhold som er mulig å påvirke politisk, dersom det blir politisk prioritert (Mæland, 2010). Fordelingen av helsedeterminanter styres i stor grad av politiske beslutningsprosesser, men politikerne tar ikke beslutninger i et vakuum. De samarbeider med fagfolk, administrasjonen og andre ikke-valgte aktører som også har innflytelse på beslutningsprosessene (Klausen, Arnesen, Christensen, Folkestad, Hanssen, Winsvold & Aars, 2013). Dersom politikerne ignorerer de helsedeterminantene som har størst påvirkning på befolkningen, ignorerer de også et av det viktigste rettferdighets problemene vi står overfor (Wilkinson & Marmot, 2003).

Det er de sosiale samfunnsstrukturene som har størst påvirkningskraft på helsen vår, og ikke de livsstilsvalgene enkeltmennesket selv står for (Marmot, 2010; Raphael, 2012). Helsen vår er et produkt av ulike samfunnsforhold. Det betyr at det er et politisk ansvar å fremme befolkningens helse, gjennom formell struktur på systemnivå (Kiland, Kvåle & Torjesen,

2015). Derfor er det spesielt viktig at de riktige sakene blir politisk prioritert. Selv om helsesektoren i flere år har hatt høy prioritet og økt i omfang og vekst, krever en god helsetjeneste riktig prioritering. De medisinske valgmulighetene blir stadig større, og ny kunnskap, teknologi og behandling gjør det mulig å gi et stadig bedre tilbud. Tydelig prioritering i planarbeidet er med på å skape et godt, rettferdig, likeverdig, effektivt og forutsigbart system, som bidrar til å skape tillit i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Helsesektoren må likevel konkurrere med andre sektorer om ressurser og arbeidskraft. Selv i et rikt land som Norge vil det være umulig å imøtekomme alle ønsker om behandling, tiltak, bruk av kostbar teknologi osv. Et av målene med denne studien er derfor å kartlegge hvilket folkehelseområde som har høyest politisk prioritet i kommunene, samt hvilket folkehelseområde folkehelsekoordinatorerne oppfatter som det viktigste.

De siste årene har det vært en utvikling i folkehelsearbeidet, hvor det er blitt mer fokus på å få folkehelse inn i planarbeidet og på tverrsektorielle samarbeid. Vi ser at folkehelsepolitikken kommer mer til uttrykk gjennom lover, stortingsmeldinger og strategier (Helsedirektoratet, 2012). Målet er at politikken skal utvikle et samfunn som bidrar til at hele befolkningen får flere leveår med god helse og trivsel, og dermed reduseres de sosiale helseforskjellene (Helsedirektoratet, 2014). En av hovedutfordringene med denne målsettingen er at det fortsatt er store forskjeller i hvor lenge hver enkelt kan forvente å leve med god helse, og disse forskjellene er ikke tilfeldige. Sosial ulikhet i helse er fortsatt en av våre største utfordringer som samfunn. Det er en utfordring som krever at man tar tak i årsakene, og underliggende årsaker, istedenfor å reparere i ettertid (Helsedirektoratet, 2014). Til tross for økt oppmerksomhet ser vi at de sosiale forskjellene i levealder øker. Forskjellene i Norge er større enn i mange andre europeiske land, og mellom kommunene varierer forventet levealder fra 10–12 år for menn og 8-10 år for kvinner (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 46). Hvorfor er det slik at kommunen du bor i kan bestemme hvor gammel du blir? Folkehelsen er et resultat av flere komplekse faktorer og det kan derfor være vanskelig å finne sikre sammenhenger (Dahlgren & Whitehead, 2007). I denne studien ønsker jeg derfor å kartlegge hvilke faktorer eller forhold som påvirker den politiske prioriteringen i kommunene.

## 2. Problemstilling

Målet med denne studien er å kartlegge hvilket folkehelseområde som har høyest politisk prioritet i kommunene, samt hvilket område folkehelsekoordinatoren opplever som det viktigste. Da det er interessant å sammenligne den politiske prioriteringen mot koordinatorens prioritering. Det er også lite forskningsbasert kunnskap om hvilke faktorer/forhold som påvirker hva slags folkehelseområde som blir politisk prioritert. Derfor vil denne studien undersøke hvilke faktorer som påvirker kommunene til å prioritere det folkehelseområdet som er høyest politisk prioritert, og faktorer som påvirker kommunene til ikke å ha noen prioriterte folkehelseområder.

For å undersøke hvorfor kommunene prioriterer ulikt er påvirkningsfaktorene begrenset til: forskjellige trekk ved kommunen, folkehelsekoordinatorens betydning, organisasjonskulturen og det kommunale planverket. Studien er en tverrsnittstudie som har blitt sendt ut til folkehelseansvarlig i kommunene i Norge. Den tar derfor utgangspunkt i deres svar og oppfatning. Jeg legger derfor til grunn at koordinatorene kjenner til den politiske stemningen, og kan vurdere hva det vil si at et område er politisk prioritert. De folkehelseansvarlige kan også ha ulike stillingstitler og arbeidsoppgaver, men videre i oppgaven vil de folkehelseansvarlige bli omtalt som folkehelsekoordinatorene.

Studien har følgende problemstilling:

***«Hvilket folkehelseområde har høyest politisk prioritet i kommunene, og hvilke faktorer påvirker den politiske prioriteringen av dette området?»***

### 2.1 Avgrensning

I problemstillingen refereres det til folkehelseområde. I teorien er dette et vidt begrep og kan handle om flere ulike områder. For å kunne måle dette begrepet blir folkehelseområdene avgrenset til syv områder, inspirert av Folkehelseloven 2012 - "Forskrift om oversikt over folkehelsen". Disse syv områdene er: befolkningssammensetning, oppvekst og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helse relatert atferd og helsetilstand.

Befolkningssammensetning handler om den generelle informasjonen om befolkningen, for eksempel antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, andel av enslige, fordelingen av



etniske grupper eller flyttemønster (Folkehelseloven, 2011, §3). Kommuner som prioriterer oppvekst og levekårsforhold er interessert i områder knyttet til økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold og utdanningsforhold (Folkehelseloven, 2011, §3). Levekår handler om samspillet mellom individuelle faktorer, ressurser og muligheter den enkelte har til å realisere disse, på arenaer som for eksempel skole og arbeid (Folkehelseloven, 2011, §3). Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø handler for eksempel om drikkevannskvalitet, luftkvalitet, nærmiljø, oversikt over infeksjonsepidemiologiske forhold, tilgang til friområder og friluftsområder, kulturtilbud eller sosiale møteplasser (Folkehelseloven, 2011, §3). Helserelatert atferd er knyttet til atferd som påvirker helsen vår. Fysisk aktivitet, ernæring, bruk av tobakk og rusmidler er eksempler på helserelatert atferd (Folkehelseloven, 2011, §3). Skader og ulykker handler om befolkningens risikoatferd, som kan gi utslag i skader og ulykker (Folkehelseloven, 2011, §3). De som prioriterer helsetilstand, vil være opptatt av informasjon om forekomsten av sykdommer som kan forebygges. Det vil si sykdommer som hjerte- karsykdommer, type 2-diabetes, kreft, kroniske smerter og belastningssykdommer, karies og psykiske lidelser.

## 3. Metode

I dette kapitlet presenteres gjennomføringen og fremgangsmåten til prosjektet, samt alle metodiske valg og vurderinger som ble gjort underveis. Det innebærer utdyping av valgt forskningsmetode, beskrivelse av studien, utvalget, planleggingen og gjennomføring av datainnsamling, etiske overveielser, statistiske analyser og hvordan studiens kvalitet er forsøkt sikret ved gjennomgang av reliabilitet og validitet. Det empiriske utgangspunktet for denne studien er basert på tidligere undersøkelser knyttet til folkehelse. I prosessen med å planlegge masterprosjektet var vi flere studenter som var interessert i å kartlegge folkehelsekoordinatorenes arbeids- og organisasjonsvilkår. I samarbeid med førsteamanuensis Tor-Ivar Karlsen opprettet vi derfor prosjektet FLINK-2019. Prosjektet har en kvantitativ tilnærming i form av en tverrsnittstudie. Prosjektet ble gjennomført ved hjelp av et spørreskjema (vedlegg 1) som ble sendt til folkehelsekoordinatorene i kommunene.

### 3.1 Kvantitativ metode

Hovedfokuset i kvantitativ forskning er bredde, systematikk, presisjon og målbare data. Metoden brukes for å kartlegge hyppigheten/ omfanget av et fenomen, eller dersom man ønsker å påvise en sammenhenger mellom to eller flere variabler (Bryman, 2016). I kvantitative metoder har man avstand til fenomenet som skal undersøkes, og det er ofte grupper eller populasjoner som undersøkes. Denne metoden ble valgt da den gjør det mulig å generalisere resultatene. Det betyr at man kan overføre resultatene fra studien til alle kommunene i landet som har en folkehelsekoordinator. Det er i denne studien valgt en kvantitativ metode med survey som datainnsamlingsmetode. I et surveydesign vil det foreligge en samling av strukturerte spørsmål som er rettet mot en bestemt populasjon, på et bestemt tidspunkt (Lund & Haugen, 2006). Spørsmålene til denne studien handlet om prioriteringer i kommunen, og kommunens folkehelsekoordinatorer var populasjonen. Fordelen med et surveydesign er at man kan innhente informasjon fra mange informanter med beskjedne ressurser. Resultatene blir også enklere å presentere ved hjelp av statistikk (Lund & Haugen, 2006).

### 3.2 Hovedundersøkelsen

Prosjektgruppen ble etablert høsten 2018. For å få kjennskap til feltet startet arbeidet med å systematisk gjennomgå tidligere undersøkelser, rapporter og utredninger knyttet til folkehelse og organiseringen av norsk kommunalt folkehelsearbeid. I løpet av denne fasen startet også

arbeidet med å utvikle spørsmål. Basert på tidligere forskningsspørsmål og resultater ble det utviklet en spørsmålsbank. Spørsmålene ble deretter vurdert og justert. Da spørreskjemaet var ferdig utviklet besto det av 65 spørsmål, som dekket ulike sider knyttet til organisasjons- og arbeidsforhold til norske folkehelsekoordinatorer. For denne oppgaven var det spørsmålene: *“Hvilket folkehelseområde har høyest politisk prioritering?”* og *“Hvilket folkehelseområde oppfatter du som det viktigste?”* som dannet grunnlaget for de videre analysene. Disse spørsmålene var lukket, det vil si at informantene svarte med å velge mellom flere forhåndsbestemte alternativer (befolkningssammensetning, oppvekst og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd, helsetilstand og det er ingen prioriterte områder). Dette ble vurdert på forhånd for å gjøre det videre analysearbeidet enklere, og man kan tildele svaralternativene en numerisk verdi som kan analyseres statistisk. Et lukket design gjør det også mindre arbeidskrevende for informanten. Det er dermed mer sannsynlig at de svarer på spørsmålene (Lund & Haugen, 2006).

I løpet av januar-mars 2019 ble det samlet inn epostadresser til folkehelsekoordinatorer i kommunen. Dette ble primært gjort gjennom kontakt med folkehelsekoordinatorer i fylkeskommunene. Det ble også gjort søk på nett og direkte telefonkontakt med enkeltkommuner. Gjennom dette arbeidet fant vi 388 unike folkehelsekoordinatorer blant de 427 kommunene (Oslo kommune ble utelatt fra undersøkelsen da den ikke er sammenliknbar med andre kommuner, på grunn av de spesielle forhold knyttet til denne hovedstadskommunen). Til de resterende kommunene sendte vi undersøkelsen til kommunens postmottak.

Vi valgte å teste spørreskjemaet blant 10 fylkeskommunalt ansatte folkehelsekoordinatorer, og mottok svar fra alle innen svarfristen 10.05.2019. Pretesten ga nyttige tilbakemeldinger på deler av skjemaet der spørsmålene hadde en uklar formulering eller enkeltord burde endres. Enkelte av spørsmålene fikk etter dette en annen ordlyd slik at de ikke skulle misforstås og 5 spørsmål ble fjernet. Når endelig spørreskjema var ferdigstilt ble det framstilt for vurdering av Norsk senter for forskningsdata (NSD) og godkjenning derfra ble mottatt 20.05.2019 (vedlegg 2). Samtidig mottok vi også godkjenning fra fakultetets etiske komité (FEK) (vedlegg 3). Spørreskjemaet ble lagt inn i survey-systemet SurveyXact<sup>(TM)</sup> som universitetet i Agder har egen databehandleravtale med (vedlegg 4).

I systemet SurveyXact<sup>(TM)</sup> ble alle registrerte epostadresser (n=427) lagt inn. I en epostmelding ble det redegjort for bakgrunnen for undersøkelsen. For å kunne besvare undersøkelsen ble det lagt inn en obligatorisk lenke til samtykkeskjema som måtte bekreftes før utfyllingen av selve undersøkelsen kunne påbegynnes. Samtykkeskjema og spørreskjema ligger vedlagt (vedlegg 5 og vedlegg 1). Første utsending av undersøkelsen ble gjort 27.05.2019, med to epostbaserte påminnelser 04.06.2019 og 20.06.2019. Alle som ikke hadde svart i løpet av august fikk også en telefonpåminnelse. Undersøkelsen ble avsluttet 04.09.2019.

### 3.3 Populasjon og svarprosent

Populasjonen ble valgt ut strategisk, basert på undersøkelsens problemstilling. I studien består det strategiske utvalget av folkehelsekoordinatorerne i kommunen.

Folkehelsekoordinatorerne ble valgt fordi de har en viktig funksjon med tanke på å implementere folkehelsearbeidet på kommunalt nivå. På flere områder kan de fungere som nøkkelinformanter, fordi de er ressurssterke og velinformerte med informasjon og kunnskap som er spesielt viktig for denne studien.

Målet var at studien skulle bli sendt til alle kommuner som har en folkehelsekoordinator, for å få et representativt utvalg. Utvalget ville da bestå av folkehelsekoordinatorer fra kommuner med ulikt økonomisk grunnlag, kommunestørrelse, antall innbyggere og hvor langt de har kommet med folkehelsearbeidet. En høy svarprosent vil føre til en bedre database og dermed en mer representativ og valid studie (Lund & Haugen, 2006). Undersøkelsen ble sendt ut til 427 kommuner, da Oslo ikke var med. Vi fikk til sammen 263 svar fra ulike kommuner. Før kommunereformen var det 428 kommuner i landet (Kommunereformen, 2020). Tar man utgangspunkt i det antallet vil det gi en svarprosent på 61%. Denne spørreundersøkelsen ble sendt ut vår/sommer 2019. Fra januar 2020 skal 119 kommuner slås sammen til 47 nye. Av de 47 kommunene fikk vi svar fra 41. Vi legger til grunn at disse kommunene har etablert et samarbeid omkring mange kommunale områder, herunder folkehelse, dette bekreftet også flere over telefon. Tar man utgangspunkt i dette tallet, altså 356 kommuner, har vi en svarprosent på 72%.

Det eneste inklusjonskriteriet for deltakerne i studien var at de måtte ha ansvar for folkehelse i kommunen. Dette betyr at det ikke er sikkert vi nådde ut til den personen som har hovedansvaret for folkehelse i kommunen, da personen kan ha vært på ferie, permisjon eller

lignende. Det var heller ikke noen eksklusjonskriterier i utvelgelsesprosessen ut over dette. Det betyr at bakgrunn og utdanning variere mye, samt stillingsprosent, fulltid, deltid og prosjektstilling. Man så også en tendens i at antall innbyggere i kommunen påvirket hvorvidt folkehelsekoordinatoren svarte på undersøkelsen. Dette er vist i Tabell 1.

**Tabell 1** Svarprosent ut fra antall innbyggere i kommunen.

<b>Innbyggere</b>	<b>Antall svar</b>	<b>Antall kommuner</b>	<b>Svarprosent</b>
< 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
> 50000	14	15	93,3
<b>Totalt</b>	<b>264</b>	<b>421</b>	<b>62,7</b>

Tabell 1 viser at folkehelsekoordinatorer fra kommuner med høyt antall innbyggere i større grad har svart på undersøkelsen. I kommuner med under 2000 innbyggere er det under 50% som har svart. Mens store kommuner med over 50 000 innbyggere er svarprosenten på 93%.

Analysearbeidet viste også at sentralitetsindeksen til kommunen påvirket hvem som svarte på undersøkelsen. Dette er vist i tabell 2.

**Tabell 2** Svarprosent ut fra sentralitet i landet.

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

<sup>1</sup>Sentralitetsindeksen er basert antall arbeidsplasser og servicefunksjoner i kommunen, og reisetid til disse fra alle bebodde grunnkretser i kommunen.

Tabell 2 viser at folkehelsekoordinatorer fra sentrale kommunene i større grad har svart på undersøkelsen. Av de mest sentrale er svarprosenten på 100%, mens de minst sentrale ligger på 41%.

### 3.4 Forskningsetiske overveielser

I forskning er det etiske regler og retningslinjer som må følges. Dette innebærer blant annet at arbeidet skal gjennomføres på en måte som ivaretar grunnleggende menneskerettigheter og menneskeverd (Lund & Haugen, 2006). Mer konkret innebærer dette krav om å sikre frihet og selvbestemmelse, sikre integritet, beskytte mot skader og urimelig belastning og verne privatlivet til informantene (Lund & Haugen, 2006). Forskeren har plikt til å gjennomgå etiske vurderinger, både før undersøkelsen og underveis i forskningsprosessen (Jacobsen, 2015). Man må vurdere hvordan forskningen påvirker forskningsobjektet, hvordan forskningen kan påvirke samfunnet og hvordan forskningen kan bli brukt senere (Jacobsen, 2015). Før studien ble sendt ut og underveis i forskningsprosessen ble flere etiske vurderinger diskutert, avveid og avklart. Denne gjennomgangen påvirket også flere valg i forsikringsperioden. Arbeidet har underveis fulgt de etiske retningslinjene innenfor kvantitativ forskning, og resultatene presenteres på en ærlig måte, med sanne verdier.

I denne studien var informantene folkehelsekoordinatorene i kommunen, de etiske utfordringer ble dermed begrenset. Det som derimot kan være en etisk vurdering er at noen kommuner er små og med få innbyggere, og dersom en kommune for eksempel har dårlige boforhold og en høy grad av barnefattigdom, kan dette føre til stigma om det kommer frem i offentlige dokumenter. Dette kan begrense innflytting til kommunen, og være med på å opprettholde problemet. I denne studien er man i midlertidig mer opptatt av å se på det store bildet, og vurderer derfor å se bort ifra denne utfordringen. Resultatene publiseres også på en måte som bevarer informantenes og kommunens anonymitet.

Deltakelsen kunne også oppleves negativt, ved at koordinatorene kunne få følelsen av at de gjør en dårlig jobb, og at de ikke får i gang det ønskelige folkehelsearbeidet. Deltakerne fikk informasjon om at deres bidrag var betydningsfullt for resultatet, og at det var deres personlige meninger og oppfatninger som var av betydning for prosjektet. Deltakerne fikk også informasjon om hvordan dataene senere skulle benyttes, hvem som har tilgang til dataen og hva som skjer med dataen senere.

FLINK-2019 ble meldt inn og godkjent av personvernombudet for forskning, NSD (vedlegg 2). Studien er også meldt inn til FEK (fakultetets etikkomite) (vedlegg 3). Som nevnt, var deltakelsen i FLINK-2019 frivillig, noe informantene fikk informasjon om. Det ble informert om at man til enhver tid hadde mulighet for å avslutte undersøkelsen, eller unnlate å svare på enkelte spørsmål. Datamaterialet ble behandlet konfidensielt, som innebærer at innsamlet data ikke blir videreformidlet til andre. Dette gjelder også etter at datainnsamlingen og resultater fra studien er publisert.

### 3.5 Validitet og reliabilitet

For å vurdere resultatene og målingene i kvantitative studier er det to sentrale kriterier som må oppfylles, studien må være reliabel og valid (Polit & Beck, 2014). Alle forskningsprosjekt ønsker å ha så høy validitet og reliabilitet som mulig. Hvordan man former undersøkelsen bestemmer ofte om man kan stole på resultatene.

Validitet eller gyldighet sier noe om i hvilken grad man kan trekke gyldige konklusjoner ut ifra studien (Creswell, 2014). Man må undersøke om valgte metoder virkelig måler de begrepene den har til hensikt å måle, og at de innsamlede dataene er relevante for problemstillingen (Polit & Beck, 2014). Det finns flere kriterier for å vurdere validiteten til forskningsdesignet. Man må vurdere: statistisk konklusjonsvaliditet, intern validitet, ekstern validitet og begrepsvaliditet (Shadish, Cook & Campbell, 2002). Statistisk konklusjonsvaliditet sier noe om hvorvidt sammenhengen mellom to variabler er tilfeldig. Man ønsker å påvise en sammenheng som skyldes reelle effekter, og ikke et resultat av tilfeldigheter (Skog, 2004). For å sjekke statistisk konklusjonsvaliditet ble det testet at det var en empirisk sammenheng mellom de uavhengige og avhengige variablene. Da vil man trekke riktige konklusjoner knyttet til korrelasjonen mellom variablene i analysen (Shadish et al., 2002). Et stort utvalg vil også styrke studiens statistiske konklusjonsvaliditet. I et stort utvalg vil ikke variasjon i en observasjonsenhet påvirke funnene i like stor grad. Intern validitet handler om kausalitetsforholdet mellom variablene. Er de uavhengige variablene den virkelige årsaksfaktoren til den avhengige variabelen (Shadish et al., 2002). For å styrke den interne validiteten må man eliminere feilkilder/bias i studien (Skog, 2004). Pretesten vil være med på å styrke studiens validitet. Ekstern validitet sier noe om studiens evne til å generalisere resultatene, altså i hvor stor grad resultatene kan generaliseres til andre kommuner/miljøer (Polit & Beck, 2014). Den eksterne validiteten sier noe om hvorvidt

utvalget virkelig er representativt for populasjonen. I denne studien styrkes den eksterne validiteten med et stort utvalg og at studien er sendt ut til flere ulike kommunetyper. Basert på svarprosent og de ulike kommunestørrelsene kan man vurdere at vi hadde fått de samme resultatene om studien hadde blitt gjennomført på nytt. Begrepsvaliditet eller definisjonsvaliditet er den overordnede formen for validitet. Dette kriteriet handler om relasjonen mellom det generelle fenomenet som skal forskes på og de konkrete dataene (Skog, 2004). Det vil si hvorvidt man faktisk måler det teoretiske begrepet som er ønskelig å måle.

Samtidig er det viktig å være presis og nøyaktig i selve målingen, for å sikre høy grad av reliabilitet. Det vil si at målingene faktisk måler det de skal (Creswell, 2014). Reliabilitet handler om hvordan målingene er utført, målingenes nøyaktighet og fravær av tilfeldige målefeil (Hellevik, 2002). Ved å sikre reliabilitet i studien gjør man den reproducerbar, det betyr at man vil få de samme resultatene dersom målingen gjentas med identiske forhold (Polit & Beck, 2014). Derfor er det helt avgjørende å lage et godt spørreskjema. Spørsmålene må være tydelig formulert, og tilpasset informant gruppen (Lund & Haugen, 2006). I kvantitative studier vurderes reliabilitet ut ifra tre kriterier: stabilitet, indre konsistens og ekvivalens (Polit & Beck, 2014). Stabilitet betyr at måleinstrumentet får de samme resultatene på to uavhengige målinger, samsvar mellom resultatene betyr god stabilitet og dermed vil spørreskjemaet ha høy reliabilitet (Polit & Beck, 2014). Indre konsistens innebærer at spørreskjemaet faktisk klarer å måle de egenskapene man er interessert i å måle. Ekvivalens betyr at flere uavhengige observatører må være enige i hvordan man scorer på instrumentet og leser ut resultatene. Dersom man er enige i dette, kan man anta at målefeilene er minimert (Polit & Beck, 2014). Å sjekke for ekvivalens er ikke nødvendig i denne studien.

### 3.6 Variabler i analysen

Datagrunnlaget i denne studien er hentet fra FLINK-2019. Men flere av de uavhengige variablene beskriver trekk ved kommunen og har blitt hentet fra statistisk sentralbyrå. Disse verdiene har blitt omkodet og lagt inn i analyseprogrammet. Dataene som er inkludert i datasettet er hovedsakelig på kommunenivå, og baserer seg på gjennomsnitt og reelle tall fra kommunene. I det følgende avsnittet beskrives kort de variablene som har blitt inkludert i analysene. Problemstillingen i denne studien er todelt, den første delen er konkret og man kartlegger hvilket folkehelseområde som har høyest politisk prioritet i kommunene. Den



andre delen av problemstillingen tar utgangspunkt i den første, og de avhengige variablene blir derfor: *politisk prioritering av oppvekst og levekårsforhold og ingen prioriterte politiske områder.*

### 3.6.1 Uavhengige variabler

For å belyse de uavhengige variablene er det tatt utgangspunkt i fire ulike kategorier.

Disse kategoriene vil være en del av det videre analysearbeidet. Kategoriene er:

folkehelsekoordinatorens betydning, organisatoriske forhold, kommunalt planarbeid og kontekstuelle forhold. Innenfor hver kategori vil det være en rekke uavhengige variabler som er relevante for å besvare problemstillingen.

I kategorien folkehelsekoordinatorens betydning er: kjønn, antall år samlet utdanning og om koordinatoren prioriterer oppvekstvilkår og levekårsforhold tatt med. Disse variablene er hentet fra FLINK-2019.

Kategorien organisatoriske forhold består av spørsmålene: «*Hvor stor prosentdel av stillingen din er formelt avsatt til arbeid med folkehelse?*», «*I hvilken grad opplever du den organisatoriske plasseringen som hensiktsmessig i forhold til å nå fram med folkehelsearbeidet i kommunen?*», «*Har kommunen nedsatt egne tverrsektorielle arbeidsgrupper/fora for folkehelsearbeid?*» og «*Hvor lenge har kommunen hatt stilling/funksjon som folkehelsekoordinator eller folkehelseansvarlig?*». Disse spørsmålene ble brukt som de var. De resterende spørsmål i denne kategorien ble omkodet så bare variablene som var interessante for denne oppgaven ble valgt ut. Spørsmål 12- «*Hvilket politisk utvalg/komité har hovedansvar for folkehelsesaker?*» ble omkodet til en dikotom variabel som bare undersøkte de politiske utvalget: skole/oppvekst. Spørsmål 18- «*Hvem er din nærmeste leder?*» ble omkodet til to dikotome variabler med rådmann som nærmeste leder og leder oppvekst/skole. Spørsmål 13- «*Hvilken aldersgruppe opplever du som høyest politisk prioritert i kommunen?*» ble omkodet til barn er høyest politisk prioritert ja/nei. I spørsmål 31- «*Har kommunen utarbeidet en egen oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, jfr folkehelseovens §5?*» ble alle som hadde svart “under utarbeidelse” tatt bort for å få et tydeligere skille. Spørsmål 49- «*Hvor ofte er du i dialog (muntlig/skriftlig) med følgende kommunale aktører i forbindelse med folkehelsearbeidet?*» ble omkodet til bare å se på dialog med rådmannen og dialog med kommunelegen.

Kategorien kommunalt planarbeid tok for seg spørsmål 29- «I hvilken grad er folkehelsearbeid omtalt i følgende kommunale planer?». Spørsmålet ble omkodet til tre nye variabler: folkehelse omtalt i økonomiplan/budsjett, folkehelse omtalt i sektorplan skole/oppvekst og folkehelse omtalt i sektorplan helse/omsorg. I dette spørsmålet var det også mulig å svare vet ikke, for å få frem et tydeligere resultat ble de som hadde svart dette tatt bort.

Kontekstuelle forhold består av variablene: folketall, sentralitetsindeks 0-1000<sup>1</sup>, prosentandel personer under 15 år, prosentandel personer over 65 år, prosentandel personer over 80 år, prosentandel innvandrere og personer med innvandrerbakgrunn i kommunen, barn i husholdninger med lavinntekt<sup>2</sup>, boforhold<sup>3</sup>, prosent sosialhjelpsmottakere med sosialhjelp som viktigste kilde til livsopphold, gjennomsnitt lovbrudd per 1000 innbyggere, landsdeler: nord til sør og frie inntekter per innbygger. Da deltakerne gjennomførte FLINK-2019 skrev de inn kommunenummeret, og ut fra det tallet ble kommunenummeret koblet til registerdata fra SSB.

### 3.7 Analyse av datamaterialet

Tallene fra studien vil alene sjeldent gi mye informasjon, derfor er tolkningsarbeidet ofte den største utfordringen i kvantitative undersøkelser (Harboe, 2006). I vurderingen av datamaterialet kjenner man til begrensningene i metoden. Man er da klar over svakhetene ved gjennomføringen. Denne informasjonen må tas med i tolkningen av resultatene (Dalland, 2014). Hva slags analyse som anvendes, vil være avhengig av studiens formål og problemstilling (Lund & Haugen, 2006).

#### 3.7.1 Statistiske analyser

I dette avsnittet presenteres ulike statistiske analyser som er brukt for å besvare problemstillingen. Analysene ble gjennomført med statistikkprogrammet IBM SPSS versjon 25. Signifikansnivået ble satt til  $p < 0,05$  (Eikemo & Clausen, 2012). I resultatdelen vil også verdier med signifikantnivå mellom 0,05 og 0,10 kommenteres da disse verdiene kan indikere tendensen i resultatene og hvilket bilde man kan se. Før analysene av det innsamlede

---

<sup>1</sup> Sentralitetsindeks: 0 er minst sentral og 1000 mest sentral. Sentralitetsindeksen er basert antall arbeidsplasser og servicefunksjoner i kommunen, og reisetid til disse fra alle bebodde grunnkretser i kommunen.

<sup>2</sup> Prosentandel barn som bor i husholdninger med lavinntekt (EU-skala), etter fylkeskommunale grenser

<sup>3</sup> prosentandel som bor trangt, få rom og kvm

datamaterialet ble utført, ble det gjort en deskriptiv analyse av elementene i spørreskjemaet. Dette for å få en oversikt over distribusjonen og skjevheter i datamaterialet, spesielt de åpne spørsmålene ble grundig gjennomgått. Da det måtte kontrolleres for ekstremverdier eller åpenbare feil svar. All deskriptiv data presenteres med frekvens/antall og prosent (%), gjennomsnitt (M) og standardavvik (SD), avhengig av datas beskaffenhet. Normalfordeling av kontinuerlige variabler ble vurdert ved gjennomgang av histogram, Q-Q-plot og gjennomsnitt-median differanse. For å sammenlikne to grupper mot hverandre ble det gjort tre ulike tester: kji-kvadrattest på dikotome variabler, independent sample t-test på normalfordelte kontinuerlige variabler og Mann-Whitney U-tester på ikke-normalfordelte kontinuerlige variabler.

### Hierarkisk multippel regresjonsanalyse

Det er flere faktorer som påvirker hva slags folkehelseområde som havner på den politiske agendaen i kommunen, det ble derfor benyttet hierarkisk multippel lineær regresjonsanalyse. Hensikten med regresjonsanalysene er å belyse hvordan de uavhengige variablene påvirker a) prioritering/ikke prioritering av oppvekst og levekårsforhold og b) prioritering/ingen prioriterte områder, samt å korrigere for at bakenforliggende faktorer ikke gir opphav til spuriøsitet. De avhengige variablene er dikotome, og vanligvis velger man da en logistisk regresjonsanalyse. Ved bruk a lineær regresjon kan man i større grad isolere effekten til en og en variabel, samtidig som man kan ta med flere variabler og se alle variablene i sammenheng. Lineær regresjonsanalyse er også valgt da det er en mer realistisk modell, fordi i den virkelige verden påvirkes som regel prediksjonene av mer enn en variabel (Hair, Black, Babin & Anderson, 2010). En lineær regresjonsmodell beskriver statistiske sammenhenger, men ikke nødvendigvis årsakssammenhenger. De statistiske argumentene mot bruk av lineær regresjon med en binæravhengig variabel er ikke lengre så klare (Hellevik, 2007). Resultatene for lineære og logistiske analyser ser ut til å være nesten identisk, selv med små utvalg og skjevfordeling i avhengige variabler (Hellevik, 2007).

En hierarkisk lineær regresjonsanalyse er en statistisk metode som prøver å forklare variasjonen i den avhengige variabelen som en funksjon av forandringer i et sett med uavhengige variabler. I en hierarkisk regresjon legges flere og flere uavhengige variabler inn i modellen i sekvensielle trinn (blokker). Man er interessert i å se om det å legge inn flere variabler i hvert trinn leder til en økt prediktiv verdi for modellen som helhet. Denne testen brukes for å vurdere i hvilken grad uavhengige variabler som tilhører samme blokk, til

sammen forklarer variasjonen i den avhengige variabelen, og hvor mye den enkelte variabelen bidrar. I denne studien ble de uavhengige variablene kategorisert i fire ulike blokker (folkehelsekoordinatorens betydning, organisatoriske forhold, folkehelse i planverk og kontekstuelle forhold).

Det er flere forutsetninger som må oppfylles ved en lineær regresjonsmodell. Det skal være en lineær sammenheng mellom variablene. De uavhengige variablene skal også være ukorrigert med restleddet, og sjekkes for utliggere (Skog, 2004). To uønskede situasjoner kan oppstå i denne sammenheng. Den ene er at det er for høy korrelasjon mellom to variabler. Dette kalles for multikollinearitet. Den andre situasjonen er at variabler ikke har kollinearitet i det hele tatt. Det må være noe kollinearitet for at en sammenheng kan finne sted (Pallant, 2007). Multiplert lineær regresjon forutsetter at utvalget er av en viss størrelse. Det er ikke ideelt å bruke denne analysen på et lite utvalg da det blir vanskelig å generalisere funnene. Man kan heller ikke ha med ubegrenset uavhengige variabler. Ofte sier man at det skal være minst 15 respondenter per uavhengig variabel (Eikemo & Clausen, 2012). En av utfordringene i analysearbeidet er at flere av deltakerne ikke har svart på alle spørsmålene, derfor ble missing-values behandlet med pairwise deletion (Eikemo & Clausen, 2012).

Resultatene fra den hierarkiske regresjonsanalysen presenteres som forklart varians ( $r^2$ ) og justert forklart varians. Forklart varians er en indikasjon for andelen av variansen i den avhengige variabelen som kan forklares av modellen som helhet. Dess flere uavhengige variabler i en regresjonsmodell, dess høyere blir som regel den forklarte variansen av modellen. Derfor presenteres også justert forklart varians som måler det samme, men er justert for antallet uavhengige variabler i modellen (Eikemo & Clausen, 2012).

I resultatdelen presenterer også verdier fra regresjonsanalysen per uavhengig variabel, ustandardisert-, - og standardisert regresjonskoeffisienter. Standardisert regresjonskoeffisient vil si at når uavhengig variabel endres med ett standardavvik, endres utfallet med (B) standardavvik i snitt (Ghauri & Grønhaug, 2010). Fortegnet (det vil si minus eller pluss) viser om samvariasjon mellom de to variablene er positive eller negative. Størrelsen på tallet sier noe om hvor sterk sammenhengen er. Regresjonskoeffisienten kan variere fra -1 til +1 (Eikemo & Clausen, 2012).

## 4. Teori

I dette kapitlet introduseres teorien som styrer hele forskningen. Teorien bidrar til å forme retningen på forskningen og typen spørsmål som stilles (Creswell, 2014). Tema i denne oppgaven er hvilke faktorer som påvirker den politiske prioriteringen av folkehelse i kommunen, og hva som kan forklare ulik prioritering mellom kommunene. I dette kapitlet presenteres derfor oppgavens agendasettingsteoretiske rammeverk. Denne teorien er med på å forklare hvorfor bestemte folkehelseområder blir politisk prioritert. For dypere forståelse vil dette kapitlet gå gjennom noen konsepter knyttet til agendasetting og “flerstrømsmodellen” utviklet av Kingdon (1994).

### 4.1 Den politiske beslutningsprosessen

Offentlig politikk handler i stor grad om hvordan samfunnet organiseres, og det er de folkevalgte representantene i kommunen og på stortinget som står for utformingen av denne politikken (Howlett, Ramesh, & Perl, 2009). For å få en sak opp til vurdering av politikerne, må man først få saken oppført på den politiske agendaen. For å få en sak fra ide til realisering må man gjennom en lang prosess. Denne prosessen omtales ofte som beslutningsprosessen, og består av fem faser: agendasetting, policy-formulering, beslutningstaking, implementering og evaluering (Howlett et al., 2009). Agendasetting er den første fasen av syklusen. Fasen handler om å hvilke problemer personer i og utenfor kommunestyret ser på som alvorlige. Agendasettingsprosessen beskrives som en pågående konkurranse blant talsmenn. De ønsker å øke oppmerksomheten fra media, offentligheten og politikere knyttet til deres interesseområde. Agendasetting handler om hvordan et problem blir identifisert og anerkjent av myndighetene. Denne fasen er dermed med på å begrense antall saker som har mulighet til å bli politisk prioritert (Kingdon, 2003). Ut fra Kingdons beskrivelse av agenda, kan agenda også defineres som politisk prioritering. Dersom en sak får oppmerksomhet og er på dagsorden, vil den være politisk prioritert. Motsatt er det svært lite sannsynlig at saker som ikke er på agendaen, prioriteres. Den neste fasen i beslutningsprosessen er policy-formuleringen. Den fasen handler om å finne mulige løsninger på problemet. Videre i beslutningstakingen velger man ut løsningen som er sannsynlige å få gjennomført. Implementering av policyer styrer hvordan avgjørelsen eller tiltaket blir satt i verk. Til slutt evalueres prosessen og de nye tiltakene (Howlett et al., 2009). Det er i de første tre fasene av beslutningsprosessen man avgjør hvilket område som skal bli politisk prioritert. Kingdon mente at for å forstå agendasetting og politiske endringer, er koblingen mellom disse tre

nøkkelen (Kingdon, 2003). De tre første fasene er derfor viktigste med tanke på problemstillingen i denne oppgaven. Når de tre fasene møtes mener Kingdon at en sak eller et problem transformeres til konkret politikk. For å få et problem til å bli politisk prioritert er man derfor avhengig av å få det på agendaen (Howlett et al., 2009). For å få en bestemt sak på den politiske agendaen krever derfor tid og hardt arbeid (Kingdon, 2003).

Cohen, March og Olsen (1972) utviklet et perspektiv som Kingdon baserer sin agenda settings modell på, Garbage Can-modellen. De mener at problemer, muligheter og løsninger flyter rundt i en "søppelbøtte" og ved tilfeldigheter kan de "feste seg til hverandre". De observerte et trekk ved beslutninger kalt "oversight and flight" (Cohen, March og Olsen, 1972). Det innebærer at flere viktige beslutninger i organisasjoner enten tas for raskt eller dvelles ved for lenge. Resultatet blir ofte det samme. Man behandler kun symptomene og det egentlige problemet blir ikke løst. Kingdon forklarer agendasetting ved hjelp av en modifisert variant av garbage can-modellen, "flerstrømsmodellen". Den involverer tre strømninger: problemer, løsninger og politikk. Problem-strømmen velger ut problemene som får myndighetens oppmerksomhet, og den kan føre til at enkelte saker kommer høyere eller lavere på agendaen. I Policy-strømmen undersøkes problemene og man foreslår løsninger på problemet. Noen løsningsforslag blir tatt med videre i prosessen, mens andre blir avvist. Den politiske-strømmen er mer handlingsbasert, og påvirkes av beslutningstakere, interessegrupper, valgresultater og politisk eller administrativ omorganisering. De ulike prosessene kan både skape utfordringer og bidra til drivkraft i agendasettingen (Kingdon, 2003). At disse tre strømmene samkjører på et bestemt tidspunkt er ikke gitt, det er dette Kingdon beskriver som "mulighetsvinduet". Dersom mulighetsvinduet oppstår kan man få en politisk sak på agendaen og det kan føre til en løsning på et problem (Howlett et al., 2009). Mulighetsvinduet kan åpnes av seg selv ved eksterne hendelser, eller av såkalte policy-entreprenører som driver kampanjer for sine saker.

## 4.2 Kingdons flerstrømsmodell

For å forklare hvilke faktorer som fører til ulik politisk prioritering i folkehelsearbeidet, vil Kingdons flerstrømsmodell være utgangspunktet. Flerstrømsmodellen kan brukes som et hjelpemiddel for å forklare de rutinemessige og ikke-rutinemessige beslutningene i et politisk-administrativt system (Kingdon, 2003). De ulike strømmene kan ses på som «sosiale strømmer» som flyter parallelt i samfunnet. Dersom strømmene kobles sammen på samme

tid, øker sannsynligheten for å få gjennomslag i et politisk vedtak (Kingdon, 2003). Dette delkapittelet utdyper de ulike delene av flerstrømsmodellen, henholdsvis problemstrømmen, policys-strømmen, politikk-strømmen og mulighetsvinduet.

#### 4.2.1 Problem-strømmen

Problem-strømmen handler om saker, utfordringer og problemer som myndighetene og innbyggerne vil gjøre noe med. Men hva et problem er, er ikke alltid like åpenbart. Kingdon skiller mellom en tilstand og et problem. En tilstand blir først et problem når man vil, og kan gjøre noe med det (Kingdon, 2003). Dersom det regner ute er det en tilstand, som ikke kan gjøres noe med. At man ikke har en paraply, kan derimot betraktes som et problem, og man kan velge å gjøre noe med det. Hva som blir definert som et problem er avhengig av øyet som ser. For at en utfordring skal betraktes som et politisk problem er det avhengig av hvordan politikerne oppfatter tilstanden på. En tilstand kan utvikles til et problem dersom det oppstår ulikheter mellom politiske tilstander og kommunens verdier, eller om man sammenligner seg med andre kommuner og oppdager forskjeller på den måten (Kingdon, 2003). I folkehelsepolitikken er det sannsynlig at det er ulike oppfatninger av hva som er tilstander og hva som er problemer. For eksempel kan oppvekst og levekårsforhold både betraktes som et problem og en tilstand. Dette feltet omfatter blant annet boforhold, andelen med høy- og lav inntekt, sykefravær, uføretrygdede og frafall fra videregående skole. Dette er utfordringer som krever mye ressurser dersom man skal få til en endring. Dersom kommunen ikke har kapasitet til å gjøre noe med disse utfordringene er det sannsynlig at de ser på disse utfordringene som en tilstand. Problem-strømmen kan betraktes som ett problem-press kommunene står overfor. Problem-presset i kommunene varierer i omfanget og problemenes kompleksitet. For at et problem skal klatre oppover på den politiske agendaen er det avhengig av oppmerksomhet knyttet til dette området. Folkehelseområder kan risikere å måtte konkurrere med andre helsesaker om den politiske oppmerksomheten. Kingdon presenterer tre måter et problem kan få oppmerksomhet på: ved å observere indikatorer og endringer i statistikken (eks. arbeidsledighet), ved viktige hendelser eller kritiske situasjoner og ved tilbakemeldinger på tidligere iverksatte politiske programmer. Men de ulike måtene vil sjeldent alene være nok til å skape oppmerksomhet til et problem (Kingdon, 2003).

Budsjetter er også en viktig del av problem-strømmen. Budsjettprosessen kan både hemme og fremme saker på den politiske agendaen. Løsninger som krever for mye ressurser og penger, vil hemme problemet med å nå opp på beslutningsagendaen. Kommunens økonomi vil derfor

påvirke beslutningsagendaen, og styre hvilke saker og tiltak kommunen kan sette i gang. Tiltak knyttet til folkehelseutfordringer er ofte komplekse og ressurskrevende og det kan derfor være en av årsakene til at de blir nedprioritert.

#### 4.2.2 Policy-strømmen

Det er flere faktorer som må være til stede for at en sak blir definert som et problem, og blir ansett som så viktig at den faktisk fører til politisk handling. Det er langt større sannsynlighet at et problem blir politisk prioritert dersom det finnes en tilgjengelig og ønskelig løsning (Kingdon, 2003). I denne fasen analyseres problemene. Fagpersoner, politikere, folkehelsekoordinatorer og forskere utarbeider forslag til nye policyer og løsninger. Det er en pågående prosess hvor ideer møtes, kolliderer eller smelter inn i hverandre (Kingdon, 2003). I kommunene vil det være forskjellige kombinasjoner av problemer og løsningsforslag. Policy-strømmen forklarer hvorfor noen ideer og løsninger blir valgt ut og andre ikke. Utviklingen av ideer og løsningsforslag er en prosess som gjennomføres av spesialister og fagpersoner innen et politisk område. I denne fasen kan også tverrsektorielle arbeidsgrupper opprettes, for å finne en løsning som passer for flere. Fagpersonene i et policyområde kan teste ut ideene sine ved blant annet å skrive artikler, delta på høringer og bidra til lovforslag (Kingdon, 2003). Spesialistene som arbeider med å fremme sine forslag kalles policy-entreprenører. De ønsker å øke den politiske og offentlige oppmerksomheten knyttet til deres ide og forslag (Kingdon, 2003). På den måten dannes grunnlaget for at deres favorittforslag kan komme opp på beslutningsagendaen ved en senere anledning. I forhold til folkehelsearbeidet vil folkehelsekoordinatorene ofte være den viktigste policy-entreprenøren.

Utformingen av løsningsforslag trenger ikke nødvendigvis å motiveres av en kjent utfordring. Politikere jobber gjerne med ideer som gir dem anledning til å markere seg politisk (Kingdon, 2003). Selv om et problem er pressende vil ikke det være nok til at problemet havner på beslutningsagendaen. Det må være et tilgjengelig løsningsalternativ (Kingdon, 2003). Denne fasen kan starte med et mylder av ideer og problemer, men etter en grundig gjennomgang vil man ende opp med en kort liste med utvalgte alternativer. For at løsningsforslaget skal havne på beslutningsagendaen er man avhengig av en ressurssterk policy-entreprenør som promoterer problemet (Kingdon, 2003). Men for at en ide skal komme på agendaen, må det ikke nødvendigvis være en helt ny ide. Ved å presentere den på en ny måte eller i en ny innpakning kan oppmerksomheten endres. Formuleringen av ideen og tilknytningen til samfunnet kan også endre måten ideen blir oppfattet på. For at løsningsforslaget skal være



aktuelt og ønskelig er det noen kriterier som bør ligge til grunn: A) Det må være teknisk og politisk gjennomførbart, B) forenlig med verdier og C) ligge på et akseptabelt kostnadsnivå.

### Teknisk og politisk gjennomførbarhet

For at løsningsforslaget skal bli vurdert seriøst må det betraktes som både teknisk og politisk gjennomførbart. Hvordan forslaget skal gjennomføres bør være grundig gjennomtenkt, og det må gjerne være klart til å settes fort i verk (Kingdon, 2003). Dersom et forslag ser ut til å bli vanskelig å implementere, vil det sannsynligvis ikke nå opp til beslutningsagendaen (Zahariadis, 2003). De viktigste kriteriene er hvorvidt forslaget er mulig å praktisk gjennomføre og at man er relativt sikker på at tiltaket vil fungere etter hensikten. Man ser ofte på hvor god koblingen mellom løsning og problem er. Selv om forslaget er gjennomarbeidet og klart til implementering, kan politiske hindringer komme i veien. Forslag kan være vanskelig å gjennomføre politisk, og tyngden av politiske kostnader må da vurderes.

### Verdimessige forslag

De løsningsforslagene som overlever policy-strømmen bør gå overens med de universelle verdisyne. Spesialistene må utvikle forslag som blir godtatt av både politikerne og befolkningen (Kingdon, 2003). Enkelte handlinger kan kollidere med lokale koder for oppførsel. At et tiltak gir gode resultater betyr ikke nødvendigvis at det er akseptabelt (Rochefort & Cobb, 1993).

### Akseptabelt kostnadsnivå

Det siste kriteriet til løsningsalternativ er at kostnadene ikke blir urimelige. Dersom forslaget ikke er finansielt akseptabelt, er sjansen stor for at interessen til forslaget forsvinner (Kingdon, 2003). Derfor kan organisering av budsjettprosessen og kommunens økonomi styre løsningsalternativene. Er det nok ressurser til å gjennomføre det som må gjøres? Koster tiltak A mer eller mindre enn tiltak B? Hvor mye koster tiltak A, versus kostnadene ved å ikke handle? Dette er kjente økonomiske hensyn som må vurderes (Rochefort & Cobb, 1993). I denne oppgaven vil det være interessant å undersøke om det økonomiske planarbeidet påvirker den politiske prioriteringen. Utarbeidelsen av et budsjett der folkehelse prioriteres, kan være et løsningsforslag på folkehelseproblemene. En samlet administrativ ledelse kan også ha en positiv innvirkning på prioriteringen, ved at man legger til rette for at løsningsforslag på folkehelseproblemer diskuteres i budsjettprosessen. Man kan også anta at kommuner med god økonomi har mer ressurser til folkehelsearbeidet enn kommuner med

dårlig økonomi. Derfor kan man anta at kommuner med god økonomi prioriterer folkehelse mer og bruker mer ressurser på folkehelse.

### 4.2.3 Politikk-strømmen

Politikk-strømmen har på mange måter den viktigste agendasettende egenskapen og består i stor grad av politisk aktivitet. I denne strømmen finner problemene og løsningene feste og igangsettes. Denne strømmen styres blant annet av valgresultater, politikerne og administrasjonen. Hvilket politisk parti som styrer i kommunen, bestemmer i stor grad hvilke vedtak som settes i verk. I Kingdons modell består den politiske strømmen av tre faktorer: den nasjonale politiske stemningen, organiserte politiske krefter og regjeringen og styresmakter.

Den nasjonale politiske stemningen kan påvirke de lokale politikernes handlinger og holdninger, og dermed sørge for at noen temaer løftes, mens andre glemmes. De nasjonale holdningene vil også påvirke de lokale holdningene, og dermed styre hvilke ideer som kan utvikles (Kingdon, 2003). Politikere vurderer signaler blant annet fra nasjonale, regionale og lokale møter, sosiale medier, uttalelser fra interesseorganisasjoner, artikler i aviser og delegasjoner eller individer som oppsøker dem (Kingdon, 2003). Dette handler paradoksalt nok ikke om hvordan den faktiske nasjonale stemningen subjektivt sett er, men hvordan politikernes oppfatter den. Trender er vanskelige å påvirke, likevel kan man med målrettede og organiserte kampanjer prøve å forsterke saken i en bestemt retning (Kingdon, 2003).

Politikken utvikles i dialog med politikere fra ulike ideologiske partier, interesseorganisasjoner, media, befolkningen og fagpersoner. Hva stemningen i denne gruppen er, kan derfor være vanskelig å tolke (Kingdon, 2003). Interesseorganisasjoner har i lang tid gitt faglige råd og forslag til hvordan politikken best bør organiseres. Dersom alle interesseorganisasjoner i et politikkområde peker i samme retning, er det god grunn for politikerne å gå i nettopp den retningen. At flere er enige, betyr ikke nødvendigvis at politikerne vil følge dem, men politikerne får en indikasjon på hvor store de politiske kostnadene eller gevinstene ved å fremme et bestemt løsningsalternativ kan bli (Kingdon, 2003).

Til slutt vil kommunen og styresmakter avgjøre hvordan problemer og løsninger henger sammen, og styrer den politiske agendaen (Kingdon, 2003). Et kommunevalg vil påvirke den politiske agendaen, da nye ideologier kommer inn. Utskiftningen av politikere i stortinget og kommunen, eller i administrasjonen bidrar til at nye saker kan komme på agendaen, eller bli nedprioritert (Kingdon, 2003). Folkehelsearbeidet er en langsiktig prosess, og kan derfor bli ødelagt av politiske skifter, både nasjonalt og lokalt.

#### 4.2.4 Mulighetsvinduet

Dersom disse tre strømmene samkjører på et bestemt tidspunkt, oppstår mulighetsvinduet. Da kan man få en sak på den politiske agendaen og en løsning på et problem (Howlett et al., 2009). De ulike strømmene flyter uavhengig av hverandre, men når de krysses oppstår mulighetsvinduet. Det betyr at et problem blir anerkjent, et løsningsforslag er tilgjengelig og det politiske miljøet tillater en endring, samtidig som det ikke er noen begrensinger for handling. Mulighetsvinduet er bare åpent i kort tid, og i denne perioden ligger forholdene til rette for å få en bestemt sak på agendaen (Kingdon, 1994). Store endringer i offentlig politikk er ofte et resultat av mulighetsvinduet. Årsaken til at vinduet åpnes kan være på grunn av politiske endringer, utskiftning av regjering, endret mening hos innbyggerne eller fordi nye problemer stjeler oppmerksomheten. Hendelser kan også åpne vinduet, ved såkalte "focusing events", naturkatastrofer, terrorangrep og andre nasjonale kriser (Kingdon, 2003). Når vinduet er åpent er det policy-entreprenørenes oppgave å gripe sjansen og fremme sine hjertesaker, selv om dette krever tid, ressurser, energi, omdømme, og ofte penger.

## 5. Empiri - presentasjon av funn

I dette kapittelet presenteres resultatene fra de statistiske analysene. Hvert underkapittel tar for seg en av problemstillingene eller deler av den, og relevante variabler belyses. I kapittelet presenteres flere tabeller som skal gjøre det enklere for leseren å forstå resultatene. Som nevnt tidligere i oppgaven er folkehelse et komplekst område og blir påvirket av mange ulike forhold. Det vil derfor være vanskelig å kartlegge alle variablene som kan påvirke prioriteringen av dette område. I denne studien er det derfor valgt ut variabler basert på tidligere forskning og resultater. Flere variabler ble også fjernet underveis i analysearbeidet da de ikke viste noen signifikante sammenhenger. Masterprosjektet har hatt en todelt problemstilling: Hvilket folkehelseområde har høyest politisk prioritet i kommunene? Og hvilke faktorer påvirker den politiske prioriteringen av dette området? Først vil det kort gjøres rede for hvem som har svart på studien, deretter vil resultatene fra de bivariante analysene presenteres og til slutt resultatene fra de lineære regresjonsanalysene.

### 5.1 Hvem har svart på studien?

I denne studien er det en person som svarer på vegne av hele kommunen. Om dette er den personen som har mest kunnskap på dette feltet vet vi ikke. Fordi det ikke var noen eksklusjonskriterier i utvelgelsesprosessen ut over at deltakerne måtte ha ansvar for folkehelse i kommunen. Det betyr at bakgrunn og utdanning variere mye, samt stillingsprosent, fulltid, deltid og prosjektstilling. I denne studien var 81% kvinner og 19% menn. Gjennomsnittsalderen var på 46 år, med en spredning fra 23-67 år. Med tanke på utdanning hadde 19% utdanning innenfor fysioterapi, ergoterapi, idrett og friluftsliv, 5% innenfor samfunnsvitenskap, statsvitenskap og sosiologi, 16% innenfor folkehelse og helsefremmende, 15% innenfor sykepleie, helse, vernepleie, 5% var leger og 5% innenfor barnehagelærer, familie, adjunkt og lærer. 11% svarte de hadde utdanning innenfor et annet felt og 25% svarte ikke på dette. Med tanke på stillingsprosent svarte 41% at folkehelsearbeidet utgjorde hovedstilling. Gjennomsnittlig var stillingsprosenten på 42,4% og bare 19% hadde en 100% stilling. Interessant er det at analysene også viser at stillingsprosenten øker i takt med innbyggertallet i kommunene. I kommuner med mindre enn 2000 innbyggere er gjennomsnittlig stillingsstørrelse 23%, mens i kommuner med over 50000 innbyggere er den 76% ( $p < 0,001$ ).

## 5.2 Hvilket folkehelseområde er høyest politisk prioritert?

I tabell 3 ser man hvilket folkehelseområde som har høyest politisk prioritet, og hvilket område folkehelsekoordinatorene mener er viktigst. Kolonnen «Politisk prioritering» viser hvilke folkehelseområder som blir politisk prioritert. Kolonnen «Koordinatorers prioritering» viser hvilke folkehelseområder koordinatorene prioriterer. De viktigste resultatene er fremhevet med tykk skrift.

**Tabell 3** Politisk prioriterte folkehelseområder og koordinatorers prioritering.

	<b>Politisk prioritering</b>	<b>Koordinatorers prioritering</b>
	N (%)	N (%)
Befolknings sammensetning	7 (3,0)	6 (2,5)
Oppvekst- og levekårsforhold	<b>145 (61,4)</b>	<b>200 (82,6)</b>
Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	6 (2,5)	12 (5,0)
Skader og ulykker	4 (1,7)	1 (0,4)
Helserelatert atferd	11 (4,7)	17 (7,0)
Helsetilstand	6 (2,5)	4 (1,7)
Det er ingen prioriterte områder	<b>57 (24,2)</b>	<b>2 (0,8)</b>

Tabell 3 viser at det er lite variasjon i hvilke folkehelseområder som er høyest politisk prioritet. Det er to svar som skiller seg ut fra resten, oppvekst- og levekårsforhold og ingen prioriterte områder. Det er 61% av folkehelsekoordinatorene som mener at oppvekst- og levekårsforhold er høyest politisk prioritert. Samtidig er det 24% som mener at det ikke er noen politiske prioriterte områder. På koordinatorers side er det 83% som mener at oppvekst- og levekårsforhold er det viktigste folkehelseområdet. Disse resultatene var grunnlaget for det videre analysearbeidet, studien har derfor tatt utgangspunkt i oppvekst og levekårsområdet og ingen prioriterte områder.

## 5.3 Hvilke faktorer påvirker kommunene til å sette oppvekstsvilkår og levekårsforhold på den politiske agendaen?

Det er av betydning å kartlegge om det er folkehelsekoordinatoren som er premissleverandøren når det gjelder å sette den politiske agendaen på folkehelseområdet, eller om det er enkelte kjennetegn ved kommunen, organisasjonskulturen eller planarbeidet som kan forklare hvorfor noen kommuner prioriterer oppvekst- og levekårsforhold mer enn andre. Før analysearbeidet startet var det flere hypoteser som dannet grunnlaget for utvelgelsen av variabler, for eksempel forventes det at jo høyere innbyggertall kommunene

har, desto mer vil de prioritere folkehelse. Selv om man kan forvente at det er en større kamp om dagsorden i store kommuner, vil store fagmiljøer og en stor befolkning kunne føre til sterkere prioritering av folkehelse. I det følgende avsnittene presenteres mulige forklaringer på hva som kan være årsaken til ulik prioritering av folkehelse i kommunene.

### 5.3.1 Hvilken betydning har folkehelsekoordinatoren for den politiske prioriteringen av oppvekstvilkår og levekårsforhold

Tabell 4 viser hvilken betydning folkehelsekoordinatoren har for den politiske prioriteringen av oppvekst og levekårsforhold. Kolonnen «Prioriterer» viser de kommunene som prioriterer oppvekst og levekårsforhold. Kolonnen «Ikke prioritert» viser til kommuner som ikke prioriterer dette området. Signifikante verdier er fremhevet med tykk skrift.

**Tabell 4** Assosiasjonen mellom folkehelsekoordinatoren og den politiske prioriteringen av oppvekstvilkår og levekårsforhold.

Folkehelsekoordinatorens betydning	Oppvekstvilkår og levekårsforhold		P-verdi
	Prioriterer	Ikke prioritert	
Kjønn:			
Kvinne, N (%)	99 (60,7)	64 (39,3)	0,362
Mann, N (%)	27 (69,2)	12 (30,8)	
Antal år samlet utdanning (Gjennomsnitt, SD)	6,4 (2,6)	6,6 (3,5)	0,690
Koordinator prioriterer oppvekstvilkår og levekårsforhold:			
Prioriterer, N (%)	130 (66)	67 (34)	<b>0,002</b>
Prioriterer ikke, N (%)	15 (38,5)	24 (61,5)	

Utifra tabell 4 ser man at i forhold til de personlige forholdene til folkehelsekoordinatoren er det bare koordinatorens prioritering av oppvekst og levekår som er signifikant forskjell mellom kommuner som prioriterer oppvekst og levekår og kommuner som ikke gjør det. Dersom koordinatoren prioriterer dette område er det større sannsynlighet for at kommunen også prioriterer dette området. I forhold til kjønn og antal år samlet utdanning er det ingen signifikant forskjell.

### 5.3.2 Hvilken betydning har de organisatoriske forholdene for den politiske prioriteringen av oppvekstvilkår og levekårsforhold

Tabell 5 viser hvordan de organisatoriske forholdene til folkehelsekoordinatoren påvirker den politiske prioriteringen av oppvekst og levekårsforhold.

**Tabell 5** Assosiasjonen mellom organisatoriske forhold og den politiske prioriteringen av oppvekstsvilkår og levekårsforhold.

Organisatoriske forhold	Oppvekstsvilkår og levekårsforhold		
	Prioriterer	Ikke prioritert	P-verdi
Politisk utvalg (hovedansvar for folkehelse)			
Skole/oppvekst, N (%)	11 (64,7)	6 (35,3)	>0,99
Annet, N (%)	134 (61,2)	85 (38,8)	
Prosent avsatt til folkehelse (Gjennomsnitt,SD)	47,3 (36,2)	36,1 (31,5)	<b>0,017</b>
Org plassering iht. nå frem med folkehelsarbeidet (Gjennomsnitt,SD) <sup>1</sup>	3,8 (1)	3,2 (1,2)	<b>&lt;0,001</b>
Tverrsektorielle arbeidsgrupper/fora			
Ja, N (%)	88 (62,4)	53 (37,6)	>0,99
Nei, N (%)	42 (62,7)	25 (37,3)	
Nærmeste leder:			
Rådmann N (%)	47 (65,3)	25 (34,7)	0,469
Annet N (%)	98 (59,8)	66 (40,2)	
Nærmeste leder:			
Leder oppvekst/skole, N (%)	137 (60,9)	88 (39,1)	0,537
Annet, N (%)	8 (72,7)	3 (27,3)	
Antall år med fh-koordinator (Gjennomsnitt, SD)	8,2 (4,7)	7 (4,4)	0,061
Barn er høyest politisk prioritert (Gjennomsnitt, SD) <sup>2</sup>	1,5 (0,9)	1,7 (1,1)	<b>0,018</b>
Utarbeidet helseoversikt (Gjennomsnitt, SD)			
Ja N (%)	130 (63,1)	76 (36,9)	0,151
Nei N (%)	1 (25)	3 (75)	
Dialog - Rådmannen (Gjennomsnitt,SD) <sup>3</sup>	3 (0,9)	3,3 (0,8)	<b>0,015</b>
Dialog - Kommunelege (Gjennomsnitt,SD) <sup>3</sup>	3,2 (1,04)	3,3 (1,1)	0,262

1: Organisatorisk plassering: 1=svært liten, 5=svært stor

2: Barn er høyest prioritert: 1=høyest prioritert, 5= minst prioritert

3: Dialog rådmann/Kommunelege: 1= daglig, 2=ukentlig, 3=månedlig, 4= skjeldnere enn månedlig 5=aldri

I forhold til de organisatoriske forholdene ser man at i kommuner som prioriterer oppvekst og levekår har folkehelsekoordinatoren høyere prosent avsatt til folkehelsarbeidet. I de kommunene som prioriterer oppvekst og levekår har folkehelsekoordinatoren i gjennomsnitt en stillingsprosent på 47%. I kommuner som ikke prioriterer dette området ligger stillingsprosenten på 36%. I kommuner som prioriterer oppvekst og levekår er også folkehelsekoordinatoren mer fornøyd med den organisatoriske plasseringen med tanke på å nå frem med folkehelsarbeidet. De kommunene som prioriterer oppvekst og levekår prioriterer også barn i større grad enn de kommunene som ikke prioriterer dette området. Resultatene viser også at de som prioriterer oppvekst og levekår er oftere i kontakt med rådmannen. De som prioriterer oppvekst og levekår er i gjennomsnitt månedlig i kontakt med rådmannen, mens de som ikke prioriterer dette ligger mellom månedlig og sjeldnere enn månedlig.

### 5.3.3 Hvilken betydning har det kommunale planarbeidet for den politiske prioriteringen av oppvekstsvilkår og levekårsforhold

Tabell 6 viser hvordan det kommunale planarbeidet påvirker den politiske prioriteringen av oppvekstsvilkår og levekårsforhold.

**Tabell 6** Assosiasjonen mellom kommunalt planarbeid og den politiske prioriteringen av oppvekstsvilkår og levekårsforhold.

Kommunalt planarbeid	Oppvekstsvilkår og levekårsforhold		
	Prioriterer	Ikke prioritert	P-verdi
Folkehelse omtalt -økonomiplan/budsjett (Gjennomsnitt,SD) <sup>1</sup>	3,9 (1,4)	2,9 (1,5)	<0,001
Folkehelse omtalt - Sektorplan skole og/eller oppvekst (Gjennomsnitt,SD)	3,9 (1,6)	2,8 (1,9)	<0,001
Folkehelse omtalt - Sektorplan helse og/eller omsorg (Gjennomsnitt,SD) <sup>1</sup>	4,1 (1,6)	3,4 (1,7)	0,008

1: I hvilken grad er folkehelsearbeid omtalt i følgende kommunale planer:

1=Ikke i det hele tatt, 2=I svært liten grad, 3=I liten grad, 4=I noen grad, 5=I stor grad, 6=I svært stor grad

Tabell 6 viser at de kommunene som prioriterer oppvekst og levekår har i større grad fått folkehelse inn i de kommunale planene. De kommunene som ikke prioriterer dette område har i mindre grad fått folkehelse inn i disse planene. De som prioriterer oppvekst og levekår har svart at folkehelse er i noen grad nevnt i disse planene, mens de som ikke prioriterer dette område har svart at folkehelse er i liten grad nevnt i disse planene.

### 5.3.4 Hvilken betydning har de kontekstuelle forholdene til kommunen for den politiske prioriteringen av oppvekstsvilkår og levekårsforhold

Tabell 7 viser hvilke trekk ved kommunen som påvirker den politiske prioriteringen av oppvekstsvilkår og levekårsforhold.



**Tabell 7** Assosiasjonen mellom kontekstuelle forhold og den politiske prioriteringen av oppvekstvilkår og levekårsforhold.

Kontekstuelle forhold	Oppvekstvilkår og levekårsforhold		
	Prioriterer	Ikke prioritert	P-verdi
Folketall (Gjennomsnitt,SD)	16622 (32029)	10597 (16002)	0,097
Sentralitetsindeks 0-1000 (Gjennomsnitt,SD) <sup>1</sup>	729,5 (387,3)	651,9 (135)	0,067
Prosentandel personer under 15 år (Gjennomsnitt,SD)	18,4 (2,4)	18,0 (2,6)	0,245
Prosentandel personer over 65 år (Gjennomsnitt,SD)	20,1 (3,9)	21,1 (4)	<b>0,046</b>
Prosentandel personer over 80 år (Gjennomsnitt,SD)	5,1 (1,3)	5,4 (1,5)	0,110
Prosentandel innvandrere og personer med innvandrerbakgrunn (Gjennomsnitt,SD)	11,0 (3,6)	10,7 (3,4)	0,490
Barn i husholdninger med lavinntekt- etter fylkeskommunale grenser (Gjennomsnitt,SD)	7,9 (1,3)	7,9 (1,2)	0,927
Boforhold: prosentandel som bor trangt, få rom og kvm. (Gjennomsnitt,SD)	5,4 (2,3)	4,8 (1,9)	0,281
Prosent sosialhjelpsmottakere med sosialhjelp- som viktigste kilde til livsopphold (Gjennomsnitt,SD)	1,0 (0,4)	1,0 (0,4)	0,703
Gjennomsnitt lovbrudd per 1000 innbyggere (Gjennomsnitt,SD)	43,8 (17,8)	42,4 (16,2)	0,541
Landsdeler, nord til sør (Gjennomsnitt,SD) <sup>2</sup>	2,4 (1,6)	3,0 (1,3)	0,284
Frie inntekter per innb (Gjennomsnitt,SD)	60017,3 (10415,4)	64054,66 (13605,5)	<b>0,017</b>

1: sentralitetsindeks: 0=minst sentrale, 1000= mest sentrale

2: Landsdeler: 1= Nordnorge, 2=Trøndelag, 3=Vestlandet, 4=Østlandet, 5=Sørlandet

I forhold til de kontekstuelle forholdene viser tabell 7 at det er en signifikant forskjell mellom prosentandelen med personer over 65 år i kommunene som prioriterer oppvekst og levekår og de som ikke gjør det. De som prioriterer oppvekst og levekår har en lavere prosentandel med eldre. Resultatene viser også at kommuner som ikke prioriterer oppvekst og levekår har mer frie inntekter per innbygger, enn de kommunene som prioriterer dette område. Man ser også en tendens til at kommuner som prioriterer oppvekst og levekår har flere innbyggere og er mer sentrale enn kommuner som ikke prioriterer dette område.

### 5.3.5 Hvilke variabler har størst påvirkningskraft på den politiske prioriteringen av oppvekstvilkår og levekårsforhold?

Tabell 8 viser hvilke variabler som er valgt ut fra de bivariate analysen, og skal tas med videre i regresjonsanalysen.

**Tabell 8** Variabler i analysen.

Kategorier:	Variabler
Folkehelsekoordinatorens betydning	Egen prioritering av oppvekst og levekår
Organisatoriske forhold	Dialog - rådmannen, prosent avsatt til folkehelse, org. plassering nå frem med folkehelsearbeidet, prioriterer barn (0-16 år)
Kommunalt planarbeid	Folkehelse omtalt i: sektorplan helse/ omsorg, økonomiplan/budsjett, sektorplan skole/ oppvekst
Kontekstuelle forhold	Folketall, frie inntekter per innbygger, prosentandel innvandrere, prosentandel personer over 65 år

Variablene ble valgt ut basert på signifikantnivået. Noen variabler ble under analysearbeidet fjernet da det oppsto multikollinearitet mellom flere variabler. Ved høy multikollinearitet vil det bli vanskelig å skille variablenes effekter fra hverandre, da de forstyrret de andre variablene.

### 5.3.6 Resultater fra regresjonsanalysen

Tabell 9 viser påvirkningskraften til folkehelsekoordinatoren, de organisatoriske forholdene, det kommunale planarbeidet og de kontekstuelle forholdene i forhold til hvorvidt kommunen prioriterer oppvekst og levekår.

**Tabell 9** Viser påvirkningskraften til de ulike kategoriene i forhold til hvorvidt kommunen prioriterer/ikke prioriterer oppvekst og levekår.

Kategorier	$R^2$ (Forklart varians)	$R^2$ (Justert forklart varians)	Endring i justert varians	P-verdi
Folkehelsekoordinatorens prioritering	0,004	0,038	0,044	<b>0,007</b>
Organisatoriske forhold	0,118	0,090	0,074	<b>0,013</b>
Kommunalt planarbeid	0,196	0,154	0,078	<b>0,003</b>
Kontekstuelle forhold	0,205	0,141	0,009	0,799

Tabell 9 viser hvor mye hver blokk av variabler påvirker forklart varians og endring av forklart varians. Forklart varians er et mål på hvor god regresjonsmodellen er, og varierer fra 0-1 (Eikemo & Clausen, 2012). Den indikerer hvor mange prosent endring av den avhengige variabelen som kan forklares ved hjelp av blokkene i modellen (Eikemo & Clausen, 2012). Folkehelsekoordinatorens prioritering, organisatoriske forhold og kommunalt planarbeid er alene og sammen signifikant assosiert med politisk prioritering av oppvekst og levekårsforhold. Variablene i de ulike kategoriene har svært ulike målenivå, derfor rapporteres justert forklart varians til fordel for forklart varians. Folkehelsekoordinatorens prioritering forklarer totalt 4% av variansen til hvorvidt kommunen prioriterer oppvekst og levekår. De organisatoriske forholdene forklarer totalt 9% av variansen. Det kommunale planarbeidet står for 15% av variansen.

Tabell 9 viser også at folkehelsekoordinatorens prioritering av oppvekst og levekår har en signifikant statistisk effekt på hvorvidt politikerne prioriterer det samme området. Når organisatoriske forhold introduseres, økes forklaringskraften enda mer. Når man i tillegg, i tredje trinn, introduserer planarbeidet, økes forklaringskraften ytterligere. Introduksjon av kontekstuelle variabler har ikke signifikant betydning for modellens forklaringskraft. Endring av justert varians forteller oss hvor mye mer den neste blokken av uavhengige variabler

tilfører modellen (Eikemo & Clausen, 2012). Når organisatoriske forhold og planarbeid legges til i modellen øker endringen i justerte forklarte variansen fra 0,044 til 0,078, noe som er statistisk signifikant. Når de kontekstuelle forholdene tas med, øker den justerte forklarte variansen bare minimalt.

Tabell 10 gjengir regresjonsanalysen, og viser hvilke variabler som har størst betydning for den politiske prioriteringen av oppvekst og levekår.

**Tabell 10** Relevante forklaringsvariabler i en samlet regresjonsmodell med prioritering av oppvekst og levekår som avhengig variabel.

	Ustandarisert koeffisient	Standarisert koeffisient	P-verdi
Egen prioritering av oppvekst og levekår	0,228	0,178	<b>0,021</b>
Dialog - Rådmannen	-0,031	-0,056	0,526
Prosent avsatt til folkehelse	0,001	0,059	0,465
Prioriterer barn (0-16 år)	-0,023	-0,047	0,535
Org plassering nå fram med folkehelsearbeidet	0,031	0,071	0,409
Folkehelse omtalt i økonomiplan/budsjett	0,140	0,325	<b>0,002</b>
Folkehelse omtalt i sektorplan helse og/eller omsorg	-0,049	-0,100	0,333
Folkehelse omtalt i sektorplan skole og/eller oppvekst	0,043	0,081	0,375
Folketall	<-0,001	0,035	0,685
Frie inntekter per innbygger	<-0,001	-0,041	0,685
Prosentandel Innvandrere	0,010	0,074	0,392
Prosentandel personer over 65 år	0,001	0,004	0,966

Ser man på den isolerte effekten til variablene, er det koordinatorens egen prioritering av oppvekst og levekår og hvorvidt folkehelse er omtalt i økonomiplanen som utpeker seg som variabelen med størst betydning på kommunens prioritering av oppvekst og levekår. I forhold til økonomiplanen ser man at dersom folkehelse omtales med ett standardavvik mer i økonomiplanen vil utfallet i snitt endres med 0,33 standardavvik. Det betyr at dersom folkehelse omtales mer i økonomiplanen til kommunen øker sannsynligheten for at kommunen prioriterer oppvekst og levekår. Resultatene viser at koordinatorens egen prioritering av oppvekst og levekår også har betydning for kommunens prioritering av dette området. Dersom folkehelsekoordinatoren prioriterer dette området med ett standardavvik mer, vil utfallet i snitt endres med 0,18 standardavvik. Det betyr at dersom folkehelsekoordinatoren prioriterer dette området mer er det større sannsynlighet for at det også blir politisk prioritert.

## 5.4 Hvilke faktorer påvirker kommunene til å ikke ha noen prioriterte politiske folkehelseområder?

Det er også interessant å kartlegge hvorvidt folkehelsekoordinatoren påvirker kommunene til å velge et politisk prioritert folkehelseområde. Eller om det er enkelte kjennetegn ved kommunen, organisasjonskulturen eller planarbeidet som kan forklare hvorfor noen kommuner ikke har noen politisk prioriterte folkehelseområder.

### 5.4.1 Hvilken betydning har folkehelsekoordinatoren på hvorvidt kommunen har valgt et politisk prioritert område

Tabell 11 viser hvilken betydning folkehelsekoordinatoren har i forhold til hvorvidt kommunen har valgt et politisk prioritert område. Kolonnen «Ingen prioriterte områder» viser de kommunene som ikke har noen prioriterte politiske folkehelseområder. Kolonnen «Valgt et prioritert område» viser til kommuner som har valgt et politisk prioritert folkehelseområde.

**Tabell 11** Assosiasjonen mellom folkehelsekoordinators betydning og hvorvidt kommunen har valgt et prioritert område.

Folkehelsekoordinatorens betydning	Ingen politisk prioriterte områder		P-verdi
	Ingen prioriterte områder	Valgt et prioriterte område	
Kjønn:			
Kvinne, N (%)	38 (23,3)	125 (76,7)	
Mann, N (%)	9 (23,1)	30 (76,9)	>0,99
Antal år samlet utdanning (Gjennomsnitt, SD)	6,2 (3,5)	6,6 (2,8)	0,4
Koordinator prioriterer oppvekstvilkår og levekårsforhold:			
Prioriterer, N (%)	48 (24,4)	149 (75,6)	
Prioriterer ikke, N (%)	9 (23,1)	30,0 (76,9)	>0,99

I forhold til folkehelsekoordinatorens betydning viser tabell 11 at det ikke er en signifikant forskjell mellom kommuner som har valgt et prioritert folkehelseområde og de som ikke har gjort det.

### 5.4.2 Hvilken betydning har de organisatoriske forholdene på hvorvidt kommunen har valgt et politisk prioritert folkehelseområde

Tabell 12 viser hvorvidt de organisatoriske forholdene til folkehelsekoordinatoren påvirker kommunene til å prioritere et folkehelseområde.

**Tabell 12** Assosiasjonen mellom organisatoriske forhold og hvorvidt kommunen har valgt et prioritert område.

Organisatoriske forhold	Ingen politisk prioriterte områder		P-verdi
	Ingen prioriterte områder	Valgt et prioriterte område	
Politisk utvalg (hovedansvar for folkehelse):			
Skole/oppvekst, N (%)	6 (35,3)	11 (64,7)	0,254
Annet, N (%)	51 (23,3)	168 (76,7)	
Prosent avsatt til folkehelse (Gjennomsnitt,SD)	29,6 (26,2)	47,2 (36,2)	<b>&lt;0,001</b>
Org plassering iht. nå frem med folkehelsarbeidet (Gjennomsnitt,SD) <sup>1</sup>	3,0 (1,2)	3,7 (1)	<b>&lt;0,001</b>
Tverrsektorielle arbeidsgrupper/fora			
Ja, N (%)	31 (22)	110 (78)	0,601
Nei, N (%)	17 (25,4)	50 (74,6)	
Nærmeste leder:			
Rådmann N (%)	16 (22,2)	56 (77,8)	0,742
Annet N (%)	41 (25)	123 (75)	
Nærmeste leder:			
Leder oppvekst/skole, N (%)	1 (9,1)	10 (90,9)	0,469
Annet, N (%)	56 (24,9)	169 (75,1)	
Antall år med fh-koordinator (Gjennomsnitt, SD)	6,8 (4,2)	8 (4,7)	0,167
Barn er høyest politisk prioritert (Gjennomsnitt, SD) <sup>2</sup>	1,7 (1,1)	1,6 (1)	0,493
Utarbeidet helseoversikt (Gjennomsnitt, SD)			
Ja N (%)	46 (22,3)	160 (77,7)	<b>0,04</b>
Nei N (%)	1 (25)	3 (75)	
Dialog - Rådmannen (Gjennomsnitt,SD) <sup>3</sup>	3,4 (0,8)	3,1 (0,8)	<b>0,025</b>
Dialog - Kommunelege (Gjennomsnitt,SD) <sup>3</sup>	3,4 (1,1)	3,2 (1,1)	0,121

1: Organisatorisk plassering: 1=svært liten, 5=svært stor

2: Barn er høyest prioritert: 1=høyest prioritert, 5= minst prioritert

3: Dialog rådmann/Kommunelege: 1= daglig, 2=ukentlig, 3=månedlig, 4= skjeldnere enn månedlig 5=aldri

I forhold til de organisatoriske forholdene ser man i likhet til tabell 5 at de som har valgt et politisk prioriterert folkehelseområde har høyere prosent avsatt til folkehelsarbeidet, enn de som ikke har noen prioriterte områder. De som har valgt et politisk prioritert område er også mer fornøyd med den organisatoriske plasseringen med tanke på å nå frem med folkehelsarbeidet. De kommunene som har valgt et prioritert område har også i større grad utarbeidet en helseoversikt. Tabell 12 viser også at de som har valgt et prioritert område oftere er i kontakt med rådmannen. De som har valgt et prioritert område er i gjennomsnitt månendtlig i kontakt med rådmannen, mens de som ikke har valgt et område ligger mellom månendlig og skjeldnere enn månendlig.

### 5.4.3 Hvilken betydning har det kommunale planarbeidet på hvorvidt kommunen har valgt et politisk prioritert område

Tabell 13 viser hvordan det kommunale planarbeidet påvirker hvorvidt kommunen har valgt et politisk prioritert område

**Tabell 13** Assosiasjonen mellom kommunalt planarbeid og hvorvidt kommunen har valgt et prioritert område.

Kommunalt planarbeid	Ingen politisk prioriterte områder		P-verdi
	Ingen prioriterte områder	Valgt et prioriterte område	
Folkehelse omtalt -økonomiplan/budsjett (Gjennomsnitt,SD) <sup>1</sup>	2,6 (1,4)	3,9 (1,4)	<0,001
Folkehelse omtalt - Sektorplan skole og/eller oppvekst (Gjennomsnitt,SD) <sup>1</sup>	2,6 (2)	3,8 (1,7)	<0,001
Folkehelse omtalt - Sektorplan helse og/eller omsorg (Gjennomsnitt,SD) <sup>1</sup>	2,6 (2)	3,8 (1,7)	<0,001

1: I hvilken grad er folkehelsearbeid omtalt i følgende kommunale planer:

1=Ikke i det hele tatt, 2=I svært liten grad, 3=I liten grad, 4=I noen grad, 5=I stor grad, 6=I svært stor grad

I tabell 13 ser man det samme mønsteret som i tabell 6. De kommunene som har valgt et prioritert område har i større grad fått folkehelse inn i økonomiplanen/budsjettet, sektorplanen skole og/eller oppvekst og sektorplanen helse og omsorg. De kommunene som ikke har noen prioriterte områder har i mindre grad fått folkehelse inn i disse planene. De som har valgt et prioritert område har svart at folkehelse er i noen grad nevnt i disse planene, mens de som ikke har noen prioriterte områder har svart at folkehelse er i svært liten til liten grad nevnt i disse planene.

#### 5.4.4 Hvilken betydning har de kontekstuelle faktorene på hvorvidt kommunen har valgt et politisk prioritert område?

Tabell 14 viser hvilke trekk ved kommunen som påvirker kommunene til å ha et politisk prioritert folkehelseområde.

**Tabell 14** Assosiasjonen mellom kontekstuelle forhold og hvorvidt kommunen har valgt et prioritert område.

Kontekstuelle forhold	Ingen politisk prioriterte områder		P-verdi
	Ingen prioriterte områder	Valgt et prioriterte område	
Folketall (Gjennomsnitt,SD)	8653 (11810)	16097 (30223)	<b>0,007</b>
Sentralitetsindeks 0-1000 (Gjennomsnitt,SD) <sup>1</sup>	645,1 (130,9)	716,9 (354,6)	0,136
Prosentandel personer under 15 år (Gjennomsnitt,SD)	18,2 (2,5)	18,3 (2,4)	0,724
Prosentandel personer over 65 år (Gjennomsnitt,SD)	21,2 (4)	20,2 (3,9)	0,096
Prosentandel personer over 80 år (Gjennomsnitt,SD)	5,4 (1,5)	5,1 (1,4)	0,286
Prosentandel innvandrere og personer med innvandrerbakgrunn (Gjennomsnitt,SD)	10,1 (2,6)	11,1 (3,7)	<b>0,032</b>
Barn i husholdninger med lavinntekt- etter fylkeskommunale grenser (Gjennomsnitt,SD)	7,9 (1,1)	7,9 (1,3)	0,791
Boforhold: prosentandel som bor trangt, få rom og kvm. (Gjennomsnitt,SD)	4,0 (0,7)	5,5 (2,3)	<0,001
Prosent sosialhjelpsmottakere med sosialhjelp- som viktigste kilde til livsopphold (Gjennomsnitt,SD)	1,0 (0,4)	1,0 (0,4)	0,534
Gjennomsnitt lovbrudd per 1000 innbyggere (Gjennomsnitt,SD)	43,0 (16,4)	43,3 (17,5)	0,886
Landsdeler, nord til sør (Gjennomsnitt,SD) <sup>2</sup>	3,1 (1,2)	2,9 (1,3)	0,402
Frie inntekter per innb (Gjennomsnitt,SD)	64552,3 (13911,9)	60625,7 (11038,1)	0,055

1: sentralitetsindeks: 0= minst sentrale, 1000= mest sentrale

2: Landsdeler: 1= Nordnorge, 2=Trøndelag, 3=Vestlandet, 4=Østlandet, 5=Sørlandet

I forhold til de kontekstuelle forholdene ser man at kommuner med færre innbyggere har i mindre grad valgt et prioritert område. Mens kommuner med flere innbyggere oftere velger et prioritert område. Tabell 14 viser også at kommuner med høyere andel innvandrere og personer med innvandrerbakgrunn har i større grad valgt et prioritert område. Resultatene viser også at det er en signifikant forskjell i boforhold. De kommunene som har valgt et prioritert område har høyere prosentandel personer som bor trangt, med få rom og på få kvadratmeter.

#### 5.4.5 Hvilke variabler har størst betydning for hvorvidt kommunen har valgt et prioritert folkehelseområde?

Tabell 15 viser hvilke variabler som er valgt ut fra de bivariante analysen, og skal tas med videre i regresjonsanalysen.

**Tabell 15** Variabler i analysen

Kategorier	Variabler
Organisatoriske forhold	Dialog - rådmannen, prosent avsatt til folkehelse, org. plassering nå frem med folkehelsearbeidet, prioriterer barn (0-16 år)
Kommunalt planarbeid	Folkehelse omtalt i: sektorplan helse/ omsorg, økonomiplan/budsjett, sektorplan skole/ oppvekst
Kontekstuelle forhold	Folketall, frie inntekter per innbygger, prosentandel innvandrere, prosentandel personer over 65 år

Variablene ble valgt ut basert på signifikantnivået. Noen variabler ble under analysearbeidet fjernet da det oppsto multikollinearitet mellom flere variabler. I denne delen er ikke blokken påvirkningskraften til folkehelsekoordinatoren tatt med. Fordi den bivariante analysen viste at dersom koordinatoren prioritert oppvekst og levekår var det ingen signifikant sammenheng mellom hvorvidt kommunen hadde valgt et prioritert området. Det var også bare to personer som hadde svart at de ikke prioriterte noen av de utvalgte områdene i undersøkelsen.

#### 5.4.6 Resultater fra regresjonsanalysen

Tabell 16 viser påvirkningskraften til de organisatoriske forholdene, det kommunale planarbeidet og de kontekstuelle forholdene i forhold til hvorvidt kommunen har valgt et politisk prioritert folkehelseområde.

**Tabell 16** Viser påvirkningskraften til de ulike kategoriene i forhold til hvorvidt kommunen har valgt et prioritert område/ ingen prioriterte folkehelseområder.

Kategorier	$R^2$ (Forklart varians)	$R^2$ (Justert forklart varians)	Endring i justert varians	P-verdi
Organisatoriske forhold	0,120	0,098	0,120	<b>&lt;0,001</b>
Kommunalt planarbeid	0,191	0,154	0,071	<b>0,005</b>
Kontekstuelle forhold	0,215	0,157	0,024	0,341

Tabell 16 viser hvor mye hver blokk av variabler påvirker forklart varians og endring av forklart varians. Organisatoriske forhold og kommunalt planarbeid er alene og sammen signifikant assosiert med hvorvidt kommunen har valgt et prioritert område. I denne forklaringen rapporteres også justert forklart varians til fordel for forklart varians. De organisatoriske forholdene forklarer totalt 10% av variansen i hvorvidt kommunene har valgt et prioritert område. Det kommunale planarbeidet forklarer totalt 15% av variansen. De organisatoriske forholdene har en signifikant statistisk effekt på hvorvidt politikerne har valgt et prioritert folkehelseområde. Når det kommunale planarbeidet legges til økes forklaringskraften enda mer. Introduksjon av kontekstuelle variabler har ikke signifikant betydning for modellens forklaringskraft.

Tabell 17 gjengir regresjonsanalysen, og viser hvilke variabler som har størst betydning for hvorvidt kommunene har valgt et politisk prioritert folkehelseområde.

**Tabell 17** Relevante forklaringsvariabler i en samlet regresjonsmodell med ingen prioriterte folkehelseområder som avhengig variabel.

	Ustandarisert koeffisient	Standarisert koeffisient	P-verdi
Dialog - Rådmannen	0,009	0,019	0,828
Prosent avsatt til folkehelse	-0,002	-0,164	<b>0,042</b>
Prioriterer barn (0-16 år)	-0,014	-0,032	0,674
Org plassering nå fram med folkehelsearbeidet	-0,066	-0,170	<b>0,046</b>
Folkehelse omtalt i økonomiplan/budsjett	-0,131	-0,346	<b>0,001</b>
Folkehelse omtalt i sektorplan helse og/eller omsorg	0,036	0,083	0,413
Folkehelse omtalt i sektorplan skole og/eller oppvekst	0,001	0,002	0,978
Folketall	<-0,001	-0,016	0,849
Frie inntekter per innbygger	<-0,001	0,061	0,535
Prosentandel Innvandrere	-0,020	-0,170	<b>0,047</b>
Prosentandel personer over 65 år	-0,009	-0,079	0,443

Tabell 17 viser at forklaringsvariablene stillingsprosent, den organisatoriske plasseringen, hvorvidt folkehelse er omtalt i økonomiplanen og prosentandel innvandrere hadde signifikante korrelasjoner med hvorvidt kommunen har valgt et prioriterte områder. Den



standardiserte koeffisienten viser i likhet med tabell 10 at det er økonomiplanen som har størst betydning. Dersom folkehelse omtales med ett standardavvik mer i økonomiplanen vil utfallet i snitt endres med -0,35 standardavvik. Det betyr at dersom folkehelse omtales mer i økonomiplanen reduseres sannsynligheten for at kommunen ikke har noen prioriterte folkehelseområder. Den standardiserte koeffisienten viser også at dersom prosent avsatt til folkehelse øker med ett standardavvik vil utfallet i snitt endres med -0,16 standardavvik. Det betyr at dersom man øker stillingsprosenten vil man redusere sannsynligheten for at kommunen ikke har noen prioriterte folkehelseområder. Resultatene viser også at dersom folkehelsekoordinatoren blir mer fornøyd med den organisatoriske plasseringen reduseres sannsynligheten for at kommunen ikke har noen politiske prioriterte områder. Tabellen viser også at dess flere innvandrere det er i kommunen, øker sannsynligheten for at kommunen velger et prioritert området.

## 5.5 Hovedfunn

Resultatene viser at det er overraskende lite spredning i hvilket område som er høyest politisk prioritert. Det er 61% av folkehelsekoordinatorene som mener at oppvekst og levekår er det området som har høyest politisk prioritet. Hele 83% av folkehelsekoordinatorene mener at dette er det viktigste folkehelseområdet. Samtidig er det 24% som mener at det ikke er noen politiske prioriterte folkehelseområder i kommunene.

Resultatene viser et mønster, ved at funnene fra oppvekst og levekår samsvarer med funnene i ingen prioriterte områder, og på den måten forsterkes resultatene. De viktigste faktorene som styrer den politiske prioriteringen av oppvekst og levekår og ingen prioriterte områder er koordinatorens oppfatning og prioritering, hvor stor stillingsprosent som er satt av til folkehelsearbeidet, hvorvidt de er fornøyde med den organisatoriske plasseringen og i hvilken grad kommunene har fått folkehelse inn i det kommunale planverket og spesielt økonomiplanen.

De som prioriterer oppvekst og levekår har en høyere stillingsprosent satt av til folkehelsearbeidet, enn de som ikke prioriterer dette området. Samtidig ser man også at de kommunene som har valgt et politisk prioritert folkehelseområde har en koordinator i høyere stillingsprosent enn de kommunene som ikke har noen prioriterte områder. De som prioriterer oppvekst og levekår og de som har valgt et prioritert folkehelseområde er også mer fornøyd

med den organisatoriske plasseringen med tanke på å nå frem med folkehelsearbeidet. Resultatene viser at de som prioriterer oppvekst og har valgt et politisk prioritert område er oftere i kontakt med rådmannen. De som prioriterer oppvekst og levekår og har valgt et politisk prioritert område har også i større grad fått folkehelse inn i økonomiplanen/ budsjettet, sektorplanen skole og/eller oppvekst og sektorplanen helse og omsorg. Kommunene som ikke har et prioritert folkehelseområde, har i mindre grad fått folkehelse inn i disse planene.

De kontekstuelle forholdene i kommunene har i mindre grad betydning for hva som blir prioritert, men man ser et mønster i resultatene. Kommuner som prioriterer oppvekst og levekår og har valgt et politisk prioritert folkehelseområde er sentrale kommuner med flere innbyggere. Kommuner som ikke prioriterer dette området og ikke har valgt et prioritert område er distriktskommuner med færre innbyggere og med høyere andel eldre mennesker.

## 6. Diskusjon

I dette kapittelet besvares problemstillingen ved å drøfte resultatene fra analysen opp mot Kingdons agendasettingsteoretiske rammeverk. Hensikten med denne oppgaven var å kartlegge hvilket folkehelseområde som har høyest politisk prioritet og hvilke faktorer som påvirker den politiske prioriteringen av dette området. Hensikten med å diskutere funnene i studien er så man kan fortolke resultatene opp mot teorien og tidligere forskning. Resultatene fra studiene er delt opp etter tema, og underbygges ved hjelp av litteratur og fagartikler. Diskusjonskapittelet er delt i to deler, en generell diskusjon og en metodisk diskusjon. I den generelle diskusjonen vil studiens problemstilling og funn bli diskutert opp mot teori og forskning knyttet til agendasetting. I den metodiske diskusjonen diskuteres styrker og svakheter ved denne studien.

### 6.1 Drøfting av empiriske funn opp mot teoretisk rammeverk

FLINK-2019 fikk en svarprosent som ligger mellom 61-72%. Denne svarprosenten er vurdert som god nok til å kunne generalisere resultatene til kommuner som har en folkehelsekoordinator. Dette kapittelet er strukturert slik at funnene presenteres kronologisk etter det teoretiske rammeverket. Målet med dette er at leseren skal få innsikt i hvilke faktorer som fungerer og hvordan de blir påvirket i de ulike fasene i agendasettingsprosessen.

#### 6.1.1 Problem-strømmens betydning

I folkehelsearbeidet er den politiske problemforståelsen styrt av folkehelseloven. For at kommunene skal drive et systematisk folkehelsearbeid er de avhengig av å ha oversikt over helsetilstanden til befolkningen. Folkehelseloven (2012) satte tydelige føringer til hva som forventes av kommunen i forhold til folkehelsearbeidet. Loven krever at kommunene må iverksette tiltak som samsvarer med de største folkehelseutfordringene i kommunen. Dette innebærer at kommunen vurderer hvilke satsingsområder som skal bli politisk prioritert. Innenfor de rammene kommunen arbeider i, må de vurdere egen kapasitet, ressursbruk og hva som gir best resultat (Folkehelseloven, 2012). Ut ifra disse vurderingene må kommunen foreta en skjønsmessig vurdering og velge hvilke satsingsområder som skal prioriteres. Med bakgrunn i dette er problem-strømmen med på å sikre det kommunale selvstyret. Kommunene og innbyggerne har rett til å påvirke de lokale beslutningene og sette den politiske agendaen ut ifra det de ser på som de største utfordringene i kommunen. Fordi den nasjonale folkehelsepolitikken er så kompleks og tvetydig, får kommunene mulighet til å

tolke og oversette den nasjonale politikken. De kan dermed tilpasse politikken til lokal kontekst og egne prioriteringer (Helgesen & Hofstad, 2014). Budsjetter er også en viktig del av problem-strømmen. Budsjettprosessen kan både hemme og fremme saker på den politiske agendaen. Løsninger som krever for mye ressurser og penger, vil hemme problemet med å nå opp på beslutningsagendaen. Kommunens økonomi styre dermed hvilke saker og tiltak som blir politisk prioritert.

Empirien i denne studien viser at det er overraskende lite spredning i hvilket område som er høyest politisk prioritert. 61% av folkehelsekoordinatorerne mener at oppvekst- og levekårsforhold er høyest politisk prioritert. Dette er ett komplekst folkehelseområde, og omfatter blant annet økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold og utdanningsforhold. En mulig årsak til at dette området er høyest politisk prioritert er nettopp fordi det er så komplekst og omfattende. Dermed vil flere faktorer og forhold havne inn under dette folkehelseområdet. Samtidig er det også blitt mer fokus på å arbeide med de bakenforliggende faktorene, i tillegg til å nå ut til den yngre generasjonen (Hofstad et al., 2015). Det første funnet viser at 83% av folkehelsekoordinatorerne mener at oppvekst- og levekårsforhold er det viktigste folkehelseområdet. Med tanke på at 61% mener at dette område er høyest politisk prioritert, ser det ut som folkehelsekoordinatoren fungerer som en av premissleverandørene for å sette viktige folkehelseområder på den politiske agendaen. Resultatene viser også at 24% av folkehelsekoordinatorerne mener at det ikke er noen politiske prioriterte folkehelseområder. Fordi dette er en tverrsnittstudie, har ikke koordinatorerne hatt mulighet til å utdype dette. Dermed vet man ikke om de mener at alle områdene prioriteres i like stor grad, eller om det faktisk ikke er noen prioriterte folkehelseområder.

Man kan også diskutere hva koordinatorerne legger i begrepet «politisk prioriterte områder». I spørreskjemaet er det ingen spørsmål som handler om hvorvidt de konkrete folkehelseområdene er nevnt i for eksempel handlingsdelen eller økonomiplanen til kommunen. Det er bare et spørsmål om hvorvidt generelt folkehelsearbeid er nevnt i ulike planer. Dermed vet man ikke hva folkehelsekoordinatoren legger i at et område er politisk prioritert. Det betyr at i verste fall kan det bare være økt politisk bevissthet knyttet til dette området. Eventuelt kan det bety at området er behandlet i kommunestyret eller at det er iverksatt tiltak knyttet til dette område.

## Utfordringer knyttet til problem-strømmen

Folkehelsearbeidet preges av komplekse problemer som er vanskelige å definere.

Problemene kan derfor bli oppfattet ulikt i kommunene. Kingdon (2003) og Head & Alford (2015) poengterer at selv om en beslutning er tatt, betyr ikke det at problemet blir løst. Man vil sjeldent finne en god løsning på et problem, dersom man ikke har klart å formulere et spørsmål. Når et problem krysser tradisjonelle fag- og sektorgrenser, forvaltningsnivåer og geografiske grenser omtales det ofte som «wicked problems» (Head & Alford, 2015). Når kommunen står ovenfor slike utfordringer, viser forskning at kommunen ofte tar beslutninger uten at det er en kobling til problemene (Helgesen et al., 2017). I folkehelsepolitikken er det ulike oppfatninger av hva som er en tilstand og hva som er et problem. For at en utfordring skal betraktes som et politisk problem er det avhengig av hvordan politikerne oppfatter tilstanden på. En tilstand blir først et politisk problem når man vil, og kan, gjøre noe med det (Kingdon, 2003). Dette er en stor utfordring i folkehelsearbeidet, da mange kommuner ser problemet, men av ulike årsaker ikke klarer å gjøre noe med det og dermed havner ikke problemet på den politiske agendaen.

For at et problem skal klatre oppover på den politiske agendaen er det avhengig av oppmerksomhet knyttet til dette området. Det betyr at viktige problemer og utfordringer i kommunen ikke får muligheten til å havne på den politiske agendaen fordi de ikke får nok oppmerksomhet. Årsakene til dette kan være mange. Det kan for eksempel være andre hendelser som trekker medias oppmerksomhet og på den måten også innbyggernes oppmerksomhet. Man er også avhengig av en ressurssterk policy-entreprenør som promoterer problemet for at det skal bli politisk prioritert. Dersom folkehelsekoordinatoren ikke setter viktige folkehelseutfordringer som sine kjernesaker vil heller ikke kommunen gjøre det. I forhold til problem-strømmen vil de fleste politikerne anerkjenne at oppvekst- og levekårsutfordringer er viktige utfordringer som vi må ta tak i. Men å finne et løsningsforslag som havner innenfor kommunens økonomiske rammer er nok den største utfordringen. Det kan være en av årsakene til at viktige folkehelseområder ikke blir politisk prioritert.

### 6.1.2 Policy-strømmens betydning

I policy-strømmen er man opptatt av hvordan løsningsforslaget presenteres. I kommunene vil det være individuelle problemer og løsningsforslag. Utformingen av løsningsforslag trenger ikke nødvendigvis å motiveres av kjente utfordringer. Politikere jobber gjerne med ideer som gir dem anledning til å markere seg politisk. Selv om et problem er kjent blant politikerne er

ikke det nok til at problemet blir politisk prioritert. For å få politikernes oppmerksomhet må det også finnes et godt utarbeidet løsningsalternativ. I de følgende avsnittene vil fire spørsmål knyttet til den politiske prioriteringen besvares. A) Hvilken betydning har folkehelsekoordinatoren på den politiske prioriteringen? B) Hvilken betydning har de organisatoriske forholdene for den politiske prioriteringen? C) Hvilken betydning har det at folkehelse er omtalt i det kommunale planverket? Og D) Hvilken betydning har de kontekstuelle forholdene for den politiske prioriteringen?

### Hvilken betydning har folkehelsekoordinatoren på den politiske prioriteringen?

Folkehelsekoordinatoren skal være en pådriver for folkehelsearbeidet, legge til rette for tversektorielle arbeidsgrupper og være delaktig i kommuneplanleggingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Folkehelsekoordinatorene arbeider med å fremme sine løsningsforslag og å øke den politiske og offentlige oppmerksomheten knyttet til deres ide og forslag. På den måten dannes grunnlaget for at deres favorittforslag kan komme opp på beslutningsagendaen ved en senere anledning. For at løsningsforslag knyttet til oppvekst og levekår skal havne på beslutningsagendaen er man avhengig av en ressurssterk policy-entreprenør som promoterer problemet. Folkehelsekoordinatoren er med på å utarbeide nye policyer og løsningsforslag. Utviklingen av ideer og løsningsforslag er en prosess som gjennomføres av folkehelsekoordinatoren og andre fagpersoner innen et politisk område. Folkehelsekoordinatorene må utvikle forslag som blir godtatt av både politikerne og befolkningen. For at kommunene skal fremme folkehelse med de virkemidlene de har tilgjengelig, bør folkehelsearbeidet være sentralt forankret på øverste nivå (Hagen et al., 2018; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Tidligere forskning på denne stillingen har vært omstridt. På den ene side viser forskningen at kommunens sjanse til å drive tverrsektorielle samarbeid er mye høyere dersom de har ansatt en folkehelsekoordinator (Hagen et al., 2015). På den andre siden viser forskning fra Hagen et al. (2018) at kommuner som hadde ansatt en folkehelsekoordinator etter at folkehelseloven ble innført, var nesten fire ganger mindre sannsynlige til å prioritere rettferdig fordeling i sine folkehelse tiltak, sammenliknet med kommuner som ikke hadde en koordinatorer (Hagen et al., 2018). Dette funnet begrunnes med at kommunene ofte så seg fornøyd med å ha ansatt en folkehelsekoordinator og at koordinatoren ofte hadde en lav stillingsprosent. I denne studien er det også forsket på koordinatorens betydning. Resultatene viser at dersom folkehelsekoordinatoren prioriterer oppvekst- og levekårsforhold er det større sannsynlighet

for at dette området blir politisk prioritert. Dersom folkehelsekoordinatoren ikke prioriterer oppvekst og levekår, vil sannsynligvis ikke kommunen heller gjøre det.

Folkehelsekoordinatoren fungerer dermed som en viktig policy-entreprenør.

Hvilken betydning har de organisatoriske forholdene til folkehelsekoordinatoren for den politiske prioriteringen?

Folkehelsearbeidet er komplekst og ressurskrevende. Dette kan i noen tilfeller være en av årsakene til at arbeidet blir nedprioritert. Policy-strømmen er arbeidskrevende og tar tid, da man ofte starter med et mylder av ideer og problemer, og må gjøre en grundig gjennomgang for å ende opp med en kort liste med utvalgte alternativer. Folkehelsekoordinatorer som har en høyere stillingsprosent vil ha bedre tid til å arbeide med disse utfordringene.

Stillingsprosenten vil også påvirke koordinatorens muligheter til å implementere helsefremmende tiltak og organisere tverrsektorielle arbeidsgrupper (Tallarek nee Grimm et al., 2013). Folkehelsekoordinatoren vil også være mer til stede i de politiske beslutningsprosessene og oftere være i kontakt med sentrale aktører. Tidligere forskning har vist at dersom folkehelsekoordinatoren er plassert langt fra beslutningsnivået i kommuneorganisasjonen er det vanskeligere å få til tverrsektorielle samarbeid og en HIAP (Helse i all politikk)-tankegang (Tallarek nee Grimm et al., 2013). En slik plassering blir dermed sett på som ineffektiv i forhold til folkehelsearbeidet, da koordinatoren ofte må henvende seg til sin avdelingsleder, for så å mulig nå ut til de andre sektorene. For at koordinatoren skal oppleve autoritet viser forskning at ved å plassere koordinatoren høyt i kommuneorganisasjonen i nærheten av lokale beslutningstakere, helst i rådmannens stab, vil koordinatoren oppleve mer innflytelse og få mer gjennomslag for tiltakene (Hagen et al., 2015). I den kommunale forvaltningen er rådmannen den øverste administrative lederen. Han har ansvaret for å etterse at administrasjonen styres i forhold til gjeldene lover/forskrifter og de forutsetninger som kommunestyret har satt. Rådmannen er dermed ansvarlige for utføringen av folkehelsearbeidet, og skal rapportere om eventuelle avvik og manglende samsvar mellom utfordringsbildet og tiltakene (Lund, 2012). Rådmannen er også i møter med alle folkevalgte organer, og har derfor stor betydning for den politiske prioriteringen (Christensen et al., 2016).

Empirien i denne studien har vist at folkehelsekoordinatoren har en betydning for den politiske prioriteringen, men betydningen påvirkes av stillingsprosent og hvor fornøyd de er med den organisatoriske plasseringen. Dersom folkehelsekoordinatoren har en høyere stillingsprosent og er mer fornøyd med den organisatoriske plasseringen vil koordinatoren få større gjennomslagskraft når det kommer til å sette den politiske agendaen. Dersom koordinatoren har høyere stillingsprosent, kan det føre til bedre tid til å arbeide med de oppgavene han vil prioritere. Den organisatoriske plasseringen vil sannsynligvis også påvirke hvor ofte koordinatoren er i kontakt med rådmannen. Dersom koordinatoren får mer kontakt med rådmannen, vil det føre til at påvirkningskraften til koordinatoren øker. Da det er rådmannen som har det overordnede ansvaret for kommunens folkehelsearbeid. Er rådmannen positiv innstilling til folkehelsearbeidet og tydelig i sine prioriteringer, blir det lettere å få iverksatt folkehelsearbeidet. Rådmannen har også ansvar for å få satsingsområder knyttet til folkehelse inni i det kommunale planverket.

På den andre siden kan den økte prioriteringen av folkehelse like gjerne skyldes at politikerne prioriterer dette. Dersom politikerne prioriterer folkehelse vil hele kommuneadministrasjonen vær mer opptatt av folkehelse, og dette kan være årsaken til at de har valgt å ansette en folkehelsekoordinator i en høy stillingsprosent. Da dette er en tverrsnittstudie kan man ikke forklare hva som har ført til hva.

**Hvilken betydning har det at folkehelse er omtalt i det kommunale planverket?**

Prioriterte satsingsområder i kommunen vil være omtalt i kommuneplanene. Folkehelseloven stiller krav til gjennomføringen av det kommunale folkehelsearbeidet. Det skal være systematisk og langsiktig, og helseoversikten til kommunen skal danne grunnlaget for kommunens videre planarbeid. Planstrategien kan føre til at folkehelsearbeidet blir politisk forankret, og havner på et overordnet sektornivå. Flere studier viser derimot at det er stor variasjon i hvilken grad kommunene har klart å bruke helseoversikten i kommuneplanleggingen (Fosse et al., 2018; Hagen et al.,2015). Kommuner som har utviklet en helseoversikt, har dobbelt så stor sannsynlighet for å prioritere rettferdig fordeling i de politiske beslutningene sammenlignet med kommuner som ikke hadde utviklet denne oversikten (Hagen et al., 2018). Dersom kommunene ikke har oppdatert kommuneplanen i henhold til helseoversikten kan det være en av årsakene til at de ikke klarer å ta tak i de lokale utfordringene. Resultatene i denne studien viser at dersom kommunen har utarbeidet



en helseoversikt er det større sannsynlighet for at de har valgt et prioritert folkehelseområde. Kommunens overordnende planer og strategier er derfor et viktig bidrag i den lokale samfunnsutviklingen.

Tiltak knyttet til folkehelseutfordringer er ofte komplekse og ressurskrevende. For at et løsningsforslag skal bli vurdert seriøst må det betraktes som både teknisk og politisk gjennomførbart, og kostnadene må ikke bli urimelige. Dersom forslaget ikke er finansielt akseptabelt, er sjansen stor for at interessen til forslaget forsvinner. Derfor kan organisering av budsjettprosessen og kommunens økonomi styre løsningsalternativene i folkehelsearbeidet. I denne studien ser man at det å få folkehelse inn i planarbeidet har stor betydning for hvilket område som havner på den politiske agendaen. Resultatene viser at den faktoren som har størst betydning på hva slags folkehelseområde som blir politisk prioritert er økonomiplanen. Dersom et folkehelseområde er blitt omtalt i økonomiplanen vil det også være politisk prioritert. Folkehelsekoordinatoren har derfor en viktig oppgave når det gjelder å skaffe seg samarbeidspartnere og øke oppmerksomheten til de områdene han vil ha inn i planen. Resultatene viser at de som prioriterer oppvekst og levekår og har valgt et politisk prioritert område i større grad har fått folkehelse inn i økonomiplanen/budsjettet, sektorplanen skole og/eller oppvekst, sektorplanen helse og omsorg. De kommunene som ikke har et prioritert område, har i mindre grad fått folkehelse inn i disse planene. Å utarbeide et budsjett der folkehelse prioriteres, kan være et løsningsforslag på folkehelseproblemer.

### Hvilken betydning har de kontekstuelle forholdene for den politiske prioriteringen?

Etter å ha vurdert betydningen av folkehelsekoordinatoren, de organisatoriske forholdene og det kommunale planarbeidet, blir det siste steget å se på de kontekstuelle forholdene i kommunen. De kontekstuelle forklaringsfaktorene tar utgangspunkt i hvilke trekk ved kommunen som kan være med på å påvirke hvilket folkehelseområde som blir prioritert. En av hypotesene i denne studien var at de kontekstuelle forholdene ville danne grunnlaget til kommunens satsingsområder. Da trekk og karakteristikker i befolkningen sier noe om hvilke utfordringer kommunen står ovenfor. De kontekstuelle forholdene påvirker omgivelsene og generelle livsbetingelser til innbyggerne, ofte uten at de vet om det selv. Fra januar 2020 ble kommunereformen iverksatt. Denne reformen påvirker den lokale folkehelsepolitikken. Formålet med reformen er å skape bedre fagmiljøer og bedre kompetanse ved å lage større

kommuner (Kommunereformen, 2020). Regjeringa fremhevet også at store kommuner har et større planfaglig miljø, noe som kan ha betydning for kapasiteten til å inkludere folkehelse i planarbeidet (Kommunereformen, 2020). Det har vært mye diskusjon knyttet til denne reformen, og mange kommuner var imot reformen. I denne studien viser resultatene at i kommuner med flere innbyggere har folkehelsekoordinatoren en høyere stillingsprosent. Stillingsprosenten fordelt på antall innbyggere vil ikke nødvendigvis være større. Men i mindre kommuner er det større sannsynlighet for at denne stillingen vil drukne bort. Da de både har lavere stillingsprosent og ofte kombinerte stillinger. Tidligere studier viser også at mindre kommuner har kommet kortere i gang med oversiktsarbeidet enn større kommuner (Hofstad et al., 2015). En mulig årsak til dette kan være at små kommuner både har dårligere kapasitet og ressurser til å gjøre arbeidet, og mindre kompetanse med tanke på hvordan arbeidet skal utføres.

Denne studien viser at de kontekstuelle forholdene til kommunene har i mindre grad betydning for hva som blir politisk prioritert. Dette funnet er ganske overraskende da man skulle tro at forholdene i kommunen legger grunnlaget for hvilket område som skal prioriteres. Resultatene viser at de som prioriterer oppvekst og levekår har en lavere prosentandel med eldre. Dette kan tyde på at kommuner med flere over 65 år satser mer på denne aldersgruppen. Resultatene viser også at de frie inntektene til kommunene vil påvirke den politiske prioriteringen. De kommunene som har mer frie inntekter per innbygger, vil i mindre grad prioritere oppvekst og levekår. En ting som er verdt å bemerke seg i forhold til dette funnet er at det bare er de frie inntektene som er tatt med, og ikke kommunens samlede inntekt. Dette funnet kan være tilfeldig, eller så kan det se ut som resurssterke kommuner har mindre utfordringer knyttet til oppvekst og levekårsforhold. I forhold til ingen prioriterte områder ser man at kommuner med færre innbyggere har i mindre grad valgt et prioritert område. Mens kommuner med flere innbyggere oftere velger et prioritert område. Dette funnet kan forsterke resultatene knyttet til stillingsprosent, da kommuner med færre innbyggere har en folkehelsekoordinator i en mindre stillingsprosent. Analysen viser også at kommuner med høyere andel med innvandrere og personer med innvandrerbakgrunn har i større grad valgt et prioritert område. Denne sammenhengen kan være spuriøs, fordi mange av kommunene med høy konsentrasjon av innvandrere er sentrale og ligger i Oslo-området (Høydal, 2013). Dermed kan det være sentraliteten og innbyggertallet til kommunene som gjør dette funnet signifikant. Eller så kan det tyde på at kommuner med flere innvandrere har integrering på agendaen, og prioriterer dermed dette området. Boforhold har også en

signifikant påvirkning på hvorvidt kommunen har valgt et prioritert område. De kommunene som har valgt et prioritert område har høyere prosentandel personer som bor trangt, med få rom og på få kvadratmetertrangt.

### Utfordringer knyttet til policy-strømmen

En stor del av folkehelsepolitikken preges av «wicked problems». Slike komplekse problemer står ovenfor ulike utfordringer, blant annet knyttet til problemforståelsen og løsningsalternativet (Head & Alford, 2015). For å få et bestemt folkehelseområde på agendaen kreves derfor gode løsningsforslag. Dette er en av hovedutfordringene til folkehelsekoordinatorne. I forhold til politikktutforming er det et økende press på at tiltakene må være evidensbasert. En av hovedutfordringene til folkehelsekoordinatorne er at flere er usikre på hvilke tiltak og virkemidler som kan brukes til å bedre lokale folkehelseutfordringer og spesielt utjevningen av sosiale helseforskjeller (Fosse et al., 2018; Riksrevisjonen, 2015). Flere kommuner opplever det derfor enklere å sette i gang tiltak mot levevaner (fysisk aktivitet, rus, ernæring og tobakk), da de tiltakene har en mer direkte påvirkning på helsen, i motsetning til tiltak som er mer rettet mot de bakenforliggende helsedeterminantene. Denne trenden har man tidligere sett særlig i de mindre kommunene (Helgesen & Hofstad, 2012; Riksrevisjonen, 2015). Disse utfordringene kan være mulige forklaringsfaktorer for hvorfor folkehelsekoordinatoren ikke klarer å sette den politiske agendaen.

For at løsningsforslaget skal bli vurdert seriøst må det betraktes som både teknisk og politisk gjennomførbart. Hvordan forslaget skal gjennomføres bør være grundig gjennomtenkt, og det må gjerne være klart til å settes fort i verk. Dersom et forslag ser ut til å bli vanskelig å implementere, vil det sannsynligvis ikke nå opp til beslutningsagendaen (Zahariadis, 2003). Man må også være relativt sikker på at tiltaket vil fungere etter hensikten. Ofte ser man på hvor god koblingen mellom løsning og problemet er. I forhold til tiltak knyttet til oppvekst og levekår er det manglende forskning på hvilke løsninger som fungerer best. Kommuner avventer derfor med å innføre tiltak fordi tiltakene er for kostbare dersom de ikke gir ønsket effekt. Dersom forslaget ikke er finansielt akseptabelt, er sjansen stor for at interessen til forslaget forsvinner. Derfor styrer organisering av budsjettprosessen og kommunens økonomi løsningsalternativene i folkehelsearbeidet.

Lokalt selvstyre er heller ikke alltid like enkelt å forholde seg til. Tidligere har rådmenn og ordførere gitt uttrykk for at de opplever det som uklart hva staten signaliserer som satsningsområder i folkehelsepolitikken (Hofstad, 2014). De er også usikre på hva den nasjonale politikken sier i forhold til konkrete tiltak som skal iverksettes (Hofstad, 2014). Det er også en stor spredning i hvordan kommunene forstår folkehelsepolitikken og justerer de lokale tilpasningene (Kiland et al., 2015). Kommunen opplever de nasjonale styringssignalene som diffuse og uklare, samtidig som kunnskapsgrunnlaget knyttet til effektive tiltak oppfattes som usikkert (Kiland et al., 2015). Derfor kan det være vanskelig å iverksette tiltak knyttet til folkehelsearbeidet. På den andre siden vil kompleksitet og tvetydighet i den nasjonale folkehelsepolitikken gi kommunene muligheter til å tilpasse politikken til de lokale utfordringene (Helgesen & Hofstad, 2014).

### 6.1.3 Politikk-strømmens betydning

Politikk-strømmen styres blant annet av valgresultater, politikerne og administrasjonen. Hvilket politisk parti som styrer i kommunen, påvirker hvilke vedtak som settes i verk og hvilke områder som prioriteres. Den nasjonale politikken påvirker også de lokale politikernes handlinger og holdninger. De er dermed med på å løfte enkelte saker, mens andre glemmes. Dersom flere interesseorganisasjoner i et politikkområde peker i samme retning, er det god grunn for politikerne å gå i nettopp den retningen. At flere er enige, betyr ikke nødvendigvis at politikerne vil følge dem, men politikerne får en indikasjon på hvor store de politiske kostnadene eller gevinstene blir ved å fremme et bestemt løsningsalternativ (Kingdon, 2003). Det kommunale planarbeidet blir styrt av politikk-strømmen. Fordi de politiske partiene som styrer i kommunen bestemmer hvilke vedtak som settes i verk. Planarbeidet styres derfor av valgresultater, politikerne og administrasjonen. Utskiftningen av politikere på stortinget og i kommunen bidrar til at nye saker kan bli politisk prioritert, eller bli nedprioritert i det kommunale planarbeidet.

### Utfordringer knyttet til politikk-strømmen

Norge har et demokrati. Det vil si at innbyggerne i Norge velger hvem som skal styre landet. I Norge er det stortingsvalg hvert fjerde år og kommunevalg hvert fjerde år. Det betyr at hvert andre år kan kommunen risikere å måtte endre den politiske retningen i folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeidet er en langsiktig prosess, og kan derfor bli ødelagt av politiske skifter, både nasjonalt og lokalt (Helsedirektoratet, 2014). Utskiftningen av politikere på stortinget, i kommunen, eller utskiftinger i administrasjonen, kan føre til at saker som nå er prioritert kan

sener bli nedprioritert eller at tilskuddsordninger fjernes. Derfor er det viktig at politikerne blir enige og planlegger lenger enn sin egen fireårige valgperiode, slik at beslutninger kan bli langsiktige og forutsigbare uavhengig av hvilket parti som styrer (Helsedirektoratet, 2014). Selv om et problem er pressende fra interesseorganisasjoner og fagpersoner, betyr ikke det at politikerne vil følge dem. Politikere har muligheten til å fokusere på populære saker, som får mye medieoppmerksomhet. På den måten får partiet mye oppmerksomhet, men løsningene gir ofte kortvarige resultater (Helsedirektoratet, 2014). Dermed unngår de utfordrende og tyngre saker. Dette kan være årsaken til at enkelte utfordringer i folkehelsearbeid blir nedprioritert.

Folkehelsepolitikken er også et komplekst fagområde med både horisontal og vertikal nivådeling. Det vil si at arbeidet går på tvers av sektorene, forvaltningsnivåer og frivillige og private aktører (Axelsson & Axelsson, 2006). Dette kan føre til en mer sårbar og uforutsigbar organisasjon, med uoversiktlig beslutningsdeltagelse og kompliserte beslutningsprosesser. Dette kan være en av årsakene til at viktige folkehelsesaker ikke blir politisk prioritert i kommunen. Folkehelsearbeidet er også komplisert og foregår ved både horisontalimplementering og vertikalimplementering. Det betyr at kommunene må samarbeide med ulike partnere og på ulike nivå for å klare å løse folkehelseproblemene (Axelsson & Axelsson, 2006). Dersom kommunen samarbeider med private aktører eller frivillige organisasjoner vil de ha ulike målsetninger. En privat aktør vil ofte tenke på profitt, og hvor mye han sitter igjen med etter investert kapital. Kommunen er opptatt av å sikre ett bedre tjenestetilbud. Frivillige organisasjoner er ofte opptatt av enkeltsaker, og ikke helheten slik som kommunen (Røiseland & Vabo, 2016). Kommunen må derfor være forsiktig med hvordan de styrer aktørene. Dersom det blir for mye overstyring, ved at kommunen bestemmer for mye, bruker makt eller kommando kan de risikere at noen parter trekker seg. Men dersom kommunen understyrer kan de risikere at det ikke blir noe fremgang i arbeidet og at prosjektet til slutt avsluttes. Frivillig arbeid er også uforutsigbart, da de som jobber der ikke er bundet opp til arbeidet. Kommunen vil være avhengig av samarbeid da ulike aktører stiller med ulike ressurser, lokalkunnskap, kompetanse eller finansiering (Røiseland & Vabo, 2016). Det er også blitt mer fokus på tverrsektorielt arbeid. Det vil si arbeid som kan gå på tvers av sektorene. Dette kan for eksempel være samarbeid mellom skole, barnehage og psykisk helse. Dette er et viktig samarbeid og har stor betydning for utviklingen i folkehelsearbeidet. En utfordring med denne arbeidsformen er at arbeidet er tverrsektorielt og ikke fagspesialisert (Axelsson & Axelsson, 2006). Det betyr at samarbeidspartnerne ikke

nødvendigvis har god nok kompetanse på det utfordrende feltet. Selv om de ser problemene er det ikke sikkert de vet hvordan de skal løses. Mange stiller seg derfor spørrende til denne formen for samarbeid (Axelsson & Axelsson, 2006).

#### 6.1.4 Oppsummering

Flerstrømsmodellen presenterer ulike årsaker til hvorfor et problem blir politisk prioritert og hvorfor det ikke gjøre det. Modellen tar høyde for flere ulike elementer som er til stede når man setter den politiske agendaen. Problem-strømmen er med på å sikre det kommunale selvstyret. Kommunene og innbyggerne har rett til å påvirke de lokale beslutningene og sette den politiske agendaen ut ifra det de ser på som de største utfordringene i kommunen.

Dersom forholdne ligger til rette kan folkehelsekoordinatoren ha stor betydning for hvilke områder som kommer gjennom problem-strømmen. Men den viktigste faktoren i denne fasen er hvorvidt kommunen har et budsjett som gjør det mulig å gjennomføre løsningsalternativet. Policy-strømmen handler om å utarbeide gode løsningsforslag og hvordan løsningsforslagene presenteres. I denne fasen vil den politiske administrasjonen og politikerne kjempe om oppmerksomheten til sine hjertesaker. Selv om et problem er kjent vil ikke det være nok til at problemet havner på beslutningsagendaen. Resultatene i denne oppgaven har vist at dersom folkehelsekoordinatoren prioriterer oppvekst- og levekårsforhold er det større sannsynlighet for at det området blir politisk prioritert. Folkehelsekoordinatoren fungerer dermed som en viktig policy-entreprenør og er med på å sette den politiske agendaen. Men folkehelsekoordinatorens betydning påvirkes av stillingsprosent og hvor fornøyd de er med den organisatoriske plasseringen. Dersom disse faktorene er til stede har koordinatoren et godt grunnlag for å utarbeide gode løsningsalternativer, og har dermed bedre muligheter for å få sine hjertesaker politisk prioritert. Men folkehelsekoordinatorens funksjon er ikke ubetinget, for å få gjennomslag i politikken går veien via rådmannen. Rådmannen må med på laget for å få satsingsområdet inn i kommuneplanen. Folkehelsekoordinatoren har derfor en viktig oppgave når det gjelder å skaffe seg samarbeidspartnere og øke oppmerksomheten til de områdene han vil ha inn i planen. En av hovedutfordringene i policy-strømmen er knyttet til problemforståelsen og løsningsalternativet. I forhold til politikkkutforming er det et økende press på at tiltakene må være evidensbasert. Og tidligere forskning viser at flere folkehelsekoordinatorer er usikre på hvilke tiltak og virkemidler som kan brukes til å bedre lokale folkehelseutfordringer og spesielt utjevning av sosiale helseforskjeller. Politikkk-strømmen styrer også det kommunale planarbeidet, ved at det politiske partiet som styrer i kommunen, påvirker hvilke vedtak som settes i verk. Planarbeidet styres derfor også av

valgresultater, politikerne og administrasjonen. Utskiftningen av politikere på stortinget og i kommunen bidrar til at nye saker kan komme på agendaen, eller bli nedprioritert i det kommunale planarbeidet.

## 6.2 Metodisk diskusjon

Alle studier inneholder svakheter og begrensninger som vil svekke muligheten til å trekke gyldige slutninger. Valg av riktig design, metode og prosedyre vil føre til at forskningen kan bidra til ny kunnskap. I dette kapitlet vil det redegjøres for styrker og svakheter som kan være av betydning for denne studien. Det viktigste spørsmålet man må stille seg for å vurdere studiens forskningsdesign er om dette designet er den beste metoden får å få svar på problemstillingen, og om denne metoden er den mest valide og reliable (Polit & Beck, 2014).

Masteroppgaven er basert på en tverrsnittstudie som har brukt spørreskjema som metode. Et spørreskjema er raskt å gjennomføre og lite krevende for forsøkspersonen og kostnadene ved bruk er lave. Et spørreskjema kan også inkludere deltakere fra ulike områder, i dette tilfellet ønsket man å nå ut til alle kommunene i landet. Metoden er derfor med på å sikre et representativt utvalg (Magnus & Bakketeig, 2013). En tverrsnittstudie beskriver et eller flere fenomener, på et gitt tidspunkt. Fordelen med designet er at det kan si noe om størrelsen og prevalensen til de ulike folkehelseområdene. Dette designet er også egnet til å se på assosiasjoner mellom variabler, og teste statistiske sammenhenger mellom variablene. Noe som i denne oppgaven var sentralt da målet er å se om de uavhengige variablene påvirker prioriteringen av oppvekst og levekår og ingen prioriterte områder. Tverrsnittstudier brukes også ofte dersom man ønsker å generalisere resultatene (Halvorsen, 2008). Denne studien brukte standardiserte målemetoder. Det er derfor enkelt å gjennomføre undersøkelsen ved en senere anledning, om ønskelig. I dette designet unngår man også flere etiske utfordringer. Denne metoden vil for eksempel være med på å ivareta deltakernes anonymitet, og være mindre belastende å gjennomføre (Polit & Beck, 2014).

Ulempen med en tverrsnittstudie er at metoden bare sier noe om assosiasjoner mellom variabler, ikke noe om kausalitet. Metoden gir et øyeblikksbilde, og man kan dermed ikke si noe om det som har skjedd før eller det som vil skje senere, da den tidsmessige rekkefølgen for hendelsene er ukjent. Man kan dermed ikke påvise årsakssammenhenger mellom uavhengig- og avhengig variabel (Polit & Beck, 2014). En av grunnene til dette er at den

tidsmessige rekkefølgen for politiske handlinger er ukjent. Dermed kan det ikke konstateres at det er koordinatoren som faktisk har betydning for den politiske prioriteringen. Det kan også være underliggende faktorer som er skyldige i tilsynelatende sammenhenger som det ikke kan kontrolleres for i samme grad som ved eksperimentelle design. Derfor er det vanskelig å si noe sikkert om hvilke faktorer som styrer den politiske agendaen.

Tverrsnittsundersøkelsen kan derimot danne grunnlag for fremtidige eksperimenter, med mål om å etablere bevis for kausale sammenhenger.

Utvalgsstørrelsen ble mindre enn hva som først var tenkt. I kvantitative studier er det alltid en forutsetning å ha et høyt antall respondenter for at man skal generalisere resultatene (Shadish et al., 2002). Siden spørreskjemaet ble sendt ut elektronisk på epost, var det aldri en avtale mellom oss og informantene. Dette kan ha vært med på å svekke svarprosenten. Mange av epostlistene var heller ikke oppdaterte og flere av de oppgitte kontaktene hadde ikke ansvaret for folkehelse i kommunene. Lengden på spørreskjemaet ble også lengre enn hva som var planlagt. Skjemaet besto av 60 spørsmål som skulle besvare, dette kan også ha påvirket deltakelsen. Lange og omfattende spørreskjema kan oppleves som tidkrevende og uoverkommelig for folkehelsekoordinatorene, og dermed være en barriere for deltakelsen. Totalt besto utvalget i denne studien av 263 respondenter, noe som gir en svarprosent mellom 61-72% og kan anses som relativt høyt. Et ønskelig mål for studien er at resultatene kan generaliseres. For å vurdere om resultatene er generaliserbare er det flere faktorer som må tas hensyn til, blant annet: utvalgets relevans, reliabilitet, validitet, representativitet og svarprosent i ulike grupper (Polit & Beck, 2014). I dette tilfellet betyr det å vurdere om utvalget i denne studien er representativt for hele landet. Ut ifra disse faktorene kan man vurdere at resultatene er generaliserbare til norske kommuner som har en folkehelsekoordinator.

En tverrsnittstudie er også utsatt for ulike bias, det vil si tilfeldige eller systematiske feil. Informasjonsbias er en type systematisk feil det er viktig å være bevisst på når resultatene er basert på selvrapporing. Informasjonsfeil beskrives som tendensen deltakerne har til å presentere et ønskelig bilde av seg selv eller arbeidet de gjør (Magnus & Bakketeig, 2013). Problemet med informasjonsbias kan være spesielt fremtredende i selvrapporing av blant annet kompetanse (Van de Mortel, 2008). Koordinatorene kan ha svart uærlig for å fremstille seg selv og/eller kommunen i et bedre lys, eller for å svare det som blir ansett som sosialt akseptert. Dermed kan det være muligheter for systematisk bias som følge av



informasjonsfeil i dette arbeidet, men det er flere måter å motvirke dette på. Metoden som ble brukt i denne studien var å forsikre deltakerne om at deres svar var helt anonyme og at ingen svar var riktige eller feil. I tillegg ble de oppmuntret til å svare så ærlig som mulig. For å unngå at de personlige forholdene til koordinatoren skulle påvirke svarene kom spørsmål knyttet til kjønn, alder og utdanning helt på slutten av undersøkelsen.

Det kan også være underliggende faktorer som er skyldig i tilsynelatende sammenhenger som det ikke kan kontrolleres for i samme grad som ved eksperimentelle design. Innenfor kvantitativ forskning finnes det ulike metoder for å unngå bias, en slik metode er å kontrollere for konfunderende variabler (Polit & Beck, 2014). En konfunderende faktor er en variabel som er assosiert med påvirkningsfaktoren og utfallet til studien. Ved å kontrollere for andre variabler, minsker sjansen for at den sammenhengen som vises i resultatene skyldes en konfunderende variabel (Polit & Beck, 2014).

Et elektronisk spørreskjema vil også gi rom for elektroniske feil og trykk feil. Informantene kan også misforstå spørsmålene (Lund & Haugen, 2006). I et intervju har informanten mulighet til å få hjelp til å forstå spørsmål som er uklare, denne metoden gir ikke rom for dette. Dersom man oppdager feil ved spørreskjemaet eller ønsker å endre på noe etter at det er sendt ut har man ikke mulighet til det i denne metoden. Deltakerne får heller ikke muligheten til å utdype et tema eller spørsmål. Ved bruk av kvalitative metoder har man mulighet til å justere spørsmålene ut ifra det respondenten svarer. Denne muligheten har man ikke her. Noen kan også mene at spørsmålene er for generelle og at de ikke åpner for individuelle svar. Man er derfor avhengig av god planlegging, og bør bestemme seg for hvordan man vil analysere resultatene før undersøkelsen sendes ut (Harboe, 2006). Derfor ble det gjennomført en pretest for å fange eventuelle misforståelser, feil eller mangler ved undersøkelsen. I ettertid ser jeg at det er en definisjon som gjerne skulle vært mer konkretisert i studien, nemlig «politisk prioritert». Hva som menes med at noe er politisk prioritert skulle vært mer konkretisert.

## 7. Konklusjon og veien videre

Tidligere var det infeksjonssykdommer og livsstilssykdommer som sto på folkehelseagendaen. I dag er det mer fokus på de bakenforliggende faktorene. Resultatene viser at det er overraskende lite spredning i hvilket folkehelseområde som er høyest politisk prioritert blant landets kommuner. Det første funnet viser at *oppvekst og levekårsforhold* er det folkehelseområdet som er høyest politisk prioritert. Oppvekst og levekårsforhold er også det området som er mest prioritert av folkehelsekoordinatorene. Det var 61% av folkehelsekoordinatorene som mente at oppvekst og levekår var høyest politisk prioritert, og hele 83% av folkehelsekoordinatorene mente at oppvekst- og levekårsforhold var det viktigste folkehelseområdet. Et overraskende funn var at nesten hver fjerde kommune ikke har noen politiske prioriterte folkehelseområder.

Resultatene viser at den politiske prioriteringen av oppvekst og levekårsforhold er i hovedsak påvirket av folkehelsekoordinatorens egen prioritering, organisatoriske forhold og hvorvidt folkehelse er innarbeidet i det kommunale planverket. Ser man på den isolerte effekten til en og en variabel, er det folkehelsekoordinatorens egen prioritering og hvorvidt folkehelse er omtalt i økonomiplanen som har størst påvirkningskraft. Dersom politikerne omtaler folkehelse mer i økonomiplanen vil sannsynligheten for at oppvekst og levekår prioriteres øke. I forhold til folkehelsekoordinatorens betydning, viser resultatene at dersom folkehelsekoordinatoren prioriterer dette området er det større sannsynlighet for at det også blir politisk prioritert. Sammenlikner man variablene er det økonomiplanen som har størst påvirkningskraft.

Manglende politisk prioritering av folkehelseområder synes å være mest påvirket av organisatoriske forhold og hvorvidt folkehelse er innarbeidet i det kommunale planverket. Ser man på den isolerte effekten til hver enkelt variabel, er det stillingsprosenten til folkehelsekoordinatoren, den organisatoriske plasseringen og hvorvidt folkehelse er omtalt i økonomiplanen som har størst betydning. Dersom stillingsprosenten til folkehelsekoordinatoren øker vil man redusere sjansen for at kommunen ikke har noen prioriterte områder. Hvis folkehelsekoordinatoren blir mer fornøyd med den organisatoriske plasseringen, reduseres også sannsynligheten for at kommunen ikke har noen politiske prioriterte områder. Dersom folkehelse omtales mer i økonomiplanen vil sannsynligheten for

at kommunen ikke har noen prioriterte områder reduseres. Sammenlikner man variablene er det i likhet med oppvekst og levekår økonomiplanen som har størst betydning.

Resultatene fra denne studien viser at de viktigste faktorer som styrer hva slags folkehelseområde som blir politisk prioritert i kommunene er koordinatorens oppfatning og prioritering, hvor stor prosentandel de har satt av til folkehelsearbeidet, hvorvidt de er fornøyde med den organisatoriske plasseringen, hvor ofte de er i kontakt med rådmannen og i hvilken grad kommunene har fått folkehelse inn i kommuneplanene og spesielt økonomiplanen. Et litt overraskende resultat er at de kontekstuelle forholdene hadde så liten betydning for hvilket folkehelseområde som blir prioritert, da det er disse forholdene som sier noe om hvilke utfordringer kommunen står ovenfor.

Resultatene viser at folkehelsekoordinatoren fungerer som en viktig policy-entreprenør, og er med på å styre den politiske agendaen. Dersom folkehelsekoordinatoren prioriterer oppvekst- og levekårsforhold er det større sannsynlighet for at dette området blir politisk prioritert. Men folkehelsekoordinatorens betydning påvirkes av stillingsprosent og hvor fornøyd de er med den organisatoriske plasseringen. I kommuner som ikke har noen prioriterte områder har folkehelsekoordinatoren en lavere stillingsprosent og er mer misfornøyd med den organisatoriske plasseringen. En av hovedutfordringen i folkehelsearbeidet er knyttet til problemforståelsen og løsningsalternativene. Tidligere forskning viser at flere folkehelsekoordinatorer er usikre på hvilke tiltak og virkemidler som kan brukes for å bedre lokale folkehelseutfordringer og spesielt utjevning av sosiale helseforskjeller. Disse utfordringene vil være med på å styre den politiske agendaen. Dersom folkehelsekoordinatoren har en høyere stillingsprosent, vil han ha bedre tid til å utarbeide gode policyer og tiltak. Dersom folkehelsekoordinatoren i tillegg får en mer sentral organisatorisk plassering, vil han oppleve mer innflytelse og det vil bli lettere å implementere tiltakene.

Folkehelsekoordinatorens betydning blir påvirket av rådmannen. For å få en sak politisk prioritert går veien via rådmannen. Rådmannen må med på laget for å få satsingsområdet inn i kommuneplanen. Resultatene viser at i kommuner som prioriterer oppvekst og levekår er folkehelsekoordinatoren oftere i kontakt med rådmannen. Kommuner som ikke har noen prioriterte folkehelseområder har koordinatoren mindre kontakt med rådmannen. Dersom

koordinatoren får mer kontakt med rådmannen, vil det føre til at påvirkningskraften til koordinatoren øker. Noe som igjen kan føre til at flere folkehelsesaker blir politisk prioritert.

Dersom man ønsker å få et folkehelseområde politisk prioritert er man avhengig av å få dette området omtalt i det kommunale planverket og spesielt økonomiplanen. Derfor bør kommunene legge til rette for at løsningsforslag på folkehelseproblemer diskuteres i budsjettprosessen. Resultatene viser at kommuner som ikke har noen prioriterte folkehelseområder, har i mindre grad fått folkehelse inn i disse planene. Økonomiplanen er altså med på å styre hvilket folkehelseområde som blir politisk prioritert. Dersom et område er omtalt i denne planen, vil det bli politisk prioritert. Men økonomiplanen og budsjettet til kommunen er også det største hinderet i folkehelsearbeidet. Da flere tiltak er både tidkrevende, komplekse og derfor kostbare. Dersom et løsningsforslag ikke er finansielt akseptabelt, er sjansen stor for at interessen til forslaget forsvinner. Derfor styrer organiseringen av budsjettprosessen og kommunens økonomi løsningsalternativene i folkehelsearbeidet.

Selv om de kontekstuelle forholdene til kommunene har mindre betydning for hvilket folkehelseområde som blir politisk prioritert, er det et mønster i resultatene. Det er sentrale kommuner med flere innbyggere som prioriterer oppvekst og levekår og har valgt et prioritert område. Kommuner som ikke prioriterer dette området og ikke har valgt et prioritert område er distriktskommuner med færre innbyggere og med høyere andel eldre mennesker.

Empirien i denne studien viser dermed et klart mønster da funnene fra oppvekst og levekår samsvarer med funnene blant kommunene som ikke hadde noen prioriterte områder, og på den måten forsterkes resultatene. Resultatene går også overens med hva tidligere forskning knyttet til folkehelsearbeidet har vist. Dersom man videreutvikler dette arbeidet, kan man finne flere interessante observasjoner knyttet til det politiske systemet i kommunene. Slik jeg ser det, kan denne studien være en start på å forklare hvilke faktorer som styrer den politiske beslutningsagendaen knyttet til folkehelse i kommunen. Studien viser at det er en sammenheng mellom flere av de avhengige variablene og de uavhengige variablene, men det trengs mer forskning for å forklare hva som fører til hva, og hva slags praktiske konsekvenser denne sammenhengen kan ha. Jeg mener at videre studier burde fokusere på sammenhengen mellom agendasetting, koordinatorens stilling, plassering og meninger, det kommunale

planverket og rådmannsstillingen. Det burde forskes på hvorvidt disse faktorene kan påvirke den politiske prioriteringen av sentrale folkehelseområder.

## Referanseliste:

- Andresen, A. & Elvbakken, K.T. (2017). Karl Evang og mødrehygienesaken. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 33 (2). DOI: 10.18261/issn.1504-2936-2017-02-03
- APA (2011). *Publication manual of the American Psychological Association*, 6th ed.-APA, Washington, DC
- Axelsson, R. & Axelsson, S.B. (2006) *Integration and collaboration in public health—a conceptual framework*. *International Journal of Health Planning and Management*. Vol. 21 (1), p. 75–88. DOI: 10.1002/hpm.826
- Bakken, A., Frøyland, L.R., & Sletten, M A. (2016) *Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdata-undersøkelsene?* (NOVA rapport 3/16). Oslo: NOVA.
- Birkland, T A. (2005). *An Introduction to the Policy Process. Theories, Concepts, and Models of Public Policy Making*. (2. utg.) New York: M.E. Sharpe Inc
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods* (5. utg.). New York: Oxford University Press.
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P. & Aars, J. (2016). *Forvaltning og politikk* (4. utgave. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Cohen, M D., March, J G. & Olsen, J P. (1972). «A garbage Can Model of Organizational Choice», *Administrative Science Quarterly* 17 1 :1-25.
- Cohen, M D., March, J G. & Olsen, J P (1979). «People, Problems, Solutions and the Ambiguity of Relevance» i James G. March & Johan P. Olsen (red). *Ambiguity and Choice in Organizations*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cozby, P. C., & Bates, S. (2015). *Methods in Behavioral Research*. New York: McGraw-Hill

- Creswell, J.W. (2014). *Research design Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4.utg).London: Sage publications
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. A. (2014) *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt (Hovedrapport)*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.  
Hentet fra:  
<https://fagarkivethioa.archive.knowledgearc.net/bitstream/handle/20.500.12199/738/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier 2007:14. Stockholm: Institutet för Framtidsstudie
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eikemo T. A. & Clausen T.H. (2012). Kvantitativ analyse med SPSS (utg. 2). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Folkehelse rapporten 2014 Helsetilstanden i Norge* (ISSN: 1503-1403) Hentet fra  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/folkehelse rapporten-2014-pdf.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelse rapporten* (ISSN: 978-82-8082-942-9 Utgave 2) Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/>
- Folkehelseloven. (2011) Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

- Fosse, E., Helgesen, M. K., Hagen, S. & Torp, S. (2018). Addressing the social determinants of health at the local level: Opportunities and challenges, 46(20\_suppl), 47-52. <https://doi.org/10.1177/1403494817743896>
- Ghauri, P. & Grønhaug, K. (2010). *Research Methods in Business Studies* (4. utg.). Harlow, England: Pearson Education Limited.
- Hair, J. F. J., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis – A global perspective* (7 utg.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- 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, 43(6), 597- 605. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.22>
- Halvorsen K. (2008). Å forske på samfunnet (utg.5). Oslo: Cappelen Forlag
- Hansen, T. (2019, 26. juli) Kommunestyret. Hentet fra <https://snl.no/kommunestyre>
- Harboe, T (2006). *Indføring I samfundsvidenskabelig metode*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Head, B. W. & Alford, J. (2015) Wicked Problems: Implications for Public Management. *Administration & Society*, Vol. 47(6) 711–739. DOI: 10.1177/0095399713481601
- Helgesen, M.K., Fosse, E. & Hagen, S. (2017). Capacity to reduce inequalities in health in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2017; 45 (18):77-82



- Helgesen, M. K. & Hofstad, H. (2012). Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering, 1-190. Hentet fra <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/filer/2012-13.pdf>
- Helgesen, M. K., & Hofstad, H. (2014). Determinants in Norwegian local government health promotion – Institutional perspectives. In J. J. Kronenfeld (Ed.), *Research on the sociology of health care. Technology, communication, disparities and government options in health and health care services*. Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited.
- Hellevik. (2007). Linear versus logistic regression when the dependent variable is a dichotomy. *Springer Science+ Business Media S.A.* 43:59–74. DOI 10.1007/s11135-007-9077-3
- Helsedirektoratet (2014) Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. Rapport nr. 2203
- Helsedirektoratet (2016) Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og stillesitting. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>
- Helsedirektoratet (2017). Folkehelsepolitisk rapport 2017. Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. 2/2018. IS-2698
- Helsedirektoratet (2019) Folkehelseloven § 6 Mål og planlegging, andre ledd. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid/mal-og-planlegging-i-folkehelsearbeidet/6-mal-og-planlegging-andre-ledd>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. (St.meld. nr. 16 (2002-2003)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/sec1>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. (St.meld. nr. 20 (2006-2007)) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-20-2006-2007-/id449531/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (St.meld. nr.47 (2008-2009)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012–2013). *Folkehelsemeldingen - God helse - felles ansvar*. (Meld. St.34 (2012–2013)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014-2015) *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter*. (Meld. St. 19 (2014-2015)) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste— Melding om prioritering*, (Meld. St. 34 (2015–2016)) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>
- Hofstad, H. (2014). Lokalt folkehelsearbeid – status, utfordringer og anbefalinger. Vedlegg til ”Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hofstad, H. (2018): «Folkehelse – proaktivt grep i PBL 2018, hva er status ti år etter?», kapittel 13 i Hanssen, G.S og Aarsæther, N. (red), *Plan- og bygningsloven – en lov for vår tid?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Hofstad, H., Lid, S., Schou, A. & Vedeld, T. (2015) *Lokal oversikt over folkehelsen – muligheter og utfordringer*. NIBR-report 2015:13 Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.

- Howlett, M, Ramesh, M & Perl, A (2009). *Studying Public Policy: Policy Cycles & Policy Subsystems* (3.utg). Don Mills: Oxford University Press
- Høydal, E. (2013, 30 april). Innvandrere i bygd og by. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/innvandrere-i-bygd-og-by>
- Jacobsen, D.I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Kiland, C., Kvåle, G. & Torjesen, D.O. (2015). *The Ideas and Implementation of Public Health Policies: The Norwegian Case*, I Waldorff, S.B, Pedersen, A.R.,
- Fitzgerald, L. & Ferlie, E. *Managing Change: From Health Policy to Practice*. London: Palgrave Macmillan UK
- Kingdon, J W. (1994). «Agendas, Ideas and Policy Change» (kap. 11) i Dodd, Lawrence C. og Calvin Jillson. *New Perspectives on American Politics* . Washington: CQ Press
- Kingdon, J W. (2003). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. (2. utg.) New York: Longman
- Klausen, J E., Arnesen, S., Christensen, D A., Folkestad B., Hanssen G S., Winsvold M. & Aars J. (2013). *Medvirkning med virkning? Innbyggermedvirkning i den kommunale beslutningsprosessen* (NIBR/Uni Rokkansenteret) Hentet fra: <https://www.ks.no/contentassets/0880c768a7af4f239a17c24500264bc5/Samarbeidsrapport-NIBR-UniRokkansenteret-2013-web.pdf>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2016). *Berekraftige byar og sterke distrikt*. (Meld. St. 18 2016–2017). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-20162017/id2539348/>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2017). *Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*. (Prop. 46 L 2017–2018). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-46-l-20172018/id2593519/?ch=5>

Kommunereformen. (03.01.2020). Fakta om kommunereformen. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommunerogregioner/kommunereform/kommunereform/id2548377/>

Lindblom, C E. (1959). «The Science of 'Muddling Through'», *Public Administration Review* 19:79-88.

Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. *What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews*. *J Epidemiol Community Health* 2013; 67(2):190-3.

Lund, T & Haugen, L. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub as

Marmot, M. (2010). *The Marmot review: Fair society, healthy lives*. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London: University College London Institute of Health Equity.

Magnus P. & Bakketeig L. B. (2013). *Epidemiologi* (utg.4). Oslo: Gyldendal forlag

Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto: York University School of Health Policy and Management

Moseng, O.G. *Ansaret for undersåttenes helse (1603-1850)*. Universitetsforlaget 2003.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid*. Folkehelsearbeid i teori og praksis. Oslo: Universitetsforlaget.

- Nordby, T. (2009). Helsedirektør Evangs planer for velferdsstaten. *Michael Journal*, 2009(6),331–7. Hentet fra <http://www.michaeljournal.no/i/2009/09/Helsedirekt%C3%B8r-Evangs-planer-for-velferdsstaten>
- Pallant, J. (2007) *SPSS survival manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows* (3.utg.) New York: McGraw Hill Open University Press
- Plan- og bygningsloven. (2008). Lov om planlegging og byggesaksbehandling (LOV-2008-06-27-71). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common Method Biases in Behavioral Research: A Critical Review of the Literature and Recommended Remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903. doi: 10.1037/0021-9010.88.5.879
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (8th ed., International ed.). China: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins
- Raphael, D. (Red.). (2012). *Tackling Health Inequalities. Lessons from International Experiences*. Toronto: Canadian Scholars' Press. ISBN 9781551304120.
- Riksrevisjonen (2015). Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid. Dokument 3:11 (2014-2015). Oslo: Riksrevisjonen.
- Rocheft, D A. & Cobb, R W (1993). «Problem Definition, Agenda Access, and Policy Choice», *Policy Studies Journal* 21 1:56.69.
- Røiseland, A. & Vabo, S (2016). *Styring og samstyring. Governance på norsk*.2016. Bergen: Fagbokforlaget. ISBN: 978-82-450-1056-5.

- Schjønsby, H.P. (2001) Innføringen av sunnhetsloven i 1860. *Tidsskriftet den norske legeforening*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2001/01/merkesteiner-i-norsk-medisin/innforingen-av-sunnhetsloven-i-1860>
- Shadish, W. E., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and QuasiExperimental Designs for Generalized Causal Inference*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Tallarek nee Grimm, M. J., Helgesen, M. K. & Fosse, E. (2013). Reducing social inequities in health in Norway: concerted action at state and local levels? *Health Policy*, 113(3), 228-235. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.019>
- Thomas, J. R., Silverman, S. J., & Nelson, J. K. (2005). *Research methods in physical activity* (5th ed.). Champaign, Ill: Human Kinetics.
- Van de Mortel, T. F. (2008). Faking it: Social desirability response bias in selfreport research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 40-48.
- Zahariadis, N. (2003). *Ambiguity and Choice in Public Policy: Political Decision Making in Modern Democracies*. Washington DC: Georgetown University Press.
- Zikmund, William G., Babin, Barry J., Carr, Jon C., & Griffin, M., (2010). *Business Research Methods* Mason, Ohio: South-Western Cengage learning.
- Wilkinson, R.G. and Marmot, M.G. (2003) *Social Determinants of Health The Solid Facts* World Health Organization.

# Vedlegg:

## Vedlegg 1. Spørreskjema

### 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

(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?

(Angi antall år)

---

Utgjør arbeidet ditt med folkehelse din hovedstilling i kommunen?

(1)  Ja

(2)  Nei

På hvilket nivå er hovedstillingen din?

(1)  Leder

(2)  Spesialrådgiver/spesialkonsulent

- (4)  Konsulent
- (5)  Annet, angi hvilket nivå \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Hvor stor prosentdel av stillingen din er formelt avsatt til arbeid med folkehelse?  
(Angi prosent)

\_\_\_\_\_

Hvor stor prosentdel av stillingen anslår du at du faktisk bruker til arbeid med folkehelse?  
(Angi prosent)

\_\_\_\_\_

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

- (1)  Ja
- (2)  Nei

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

(Angi årstallet denne stillingen eller funksjonen ble opprettet, ÅÅÅÅ)

\_\_\_\_\_

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?

- (1)  Ja
- (2)  Nei

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

\_\_\_\_\_

Dersom Nei, har du arbeidserfaring fra andre stillinger?

(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)

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

Hvilket folkehelseområde har høyest politisk prioritering?

- (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?

- (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)]

	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?

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

Er rettferdig fordeling av ressurser prioritert i det lokale folkehelsearbeidet?

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

Hvem er din nærmeste 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)

---

---

---

---

---

Folkehelsearbeid er mangfoldig. Hvor hensiktsmessig oppfatter du din organisatoriske plassering i forhold til det følgende

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"/>

Kryss av for grad av hensiktsmessighet

	Svært liten	Liten	Middels	Stor	Svært stor
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 folkehelseiltak	(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?

- (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)

- (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?

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?

	<b>Mindre tid</b>	<b>Som nå</b>	<b>Mer tid</b>
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:

	<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:

	<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)?

	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?

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"/>
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"/>

Kryss av

	<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>
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?

	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.

(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?

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

Dersom helseoversikten er under utarbeiding, når forventes den ferdigstilt?

(Angi kun årstall, ÅÅÅÅ)

\_\_\_\_\_

Dersom ja, når ble denne ferdigstilt første gang?

(Angi kun årstall, ÅÅÅÅ)

\_\_\_\_\_

Er helseoversikten tilgjengelig på kommunens nettsider?

- (1)  Ja
- (2)  Nei

I hvilken grad har kommunen benyttet den nasjonale veilederen i utarbeidelsen av helseoversiktsdokumentet?

- (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?  
(Skriv gjerne noen ord om de største utfordringene)

---

---

---

---

---

Har kommunen benyttet eksterne konsulenter i utarbeidelsen av helseoversikten?

- (1)  Ja
- (2)  Nei

I hvilken grad har du fått bistand fra fylkeskommunen i utarbeidelsen av helseoversikten?

- (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?

- (1)  Ja
- (2)  Nei

Skal oversikten revideres i løpet av 2019/2020?

- (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 folkehelselovens §6?

- (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?

(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?

(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?

- (1)  Ja
- (2)  Nei

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

(Sett gjerne flere kryss)

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

Dersom Ja, hvor ofte møtes gruppen?

(Ca. antall ganger pr. år)

\_\_\_\_\_

I hvilken grad opplever du at deltakerne generelt prioriterer å møte i de tverrsektorielle gruppene?

- (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?

(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?

	<b>Daglig</b>	<b>Ukentlig</b>	<b>Månedlig</b>	<b>Sjeldnere enn månedlig</b>	<b>Aldri</b>
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?

	<b>Daglig</b>	<b>Ukentlig</b>	<b>Månedlig</b>	<b>Sjeldnere enn månedlig</b>	<b>Aldri</b>
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?

	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?

(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?

- (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?

- (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

- (0)  Kvinne  
(1)  Mann

Alder (angi alder i år)

—

Utdanningsnivå

- (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?

Angi utdanning(er)

---

---

---

---

---

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

(Slå sammen evt. deltidsutdanninger til hele år)

—

Angi brutto årslønn (før skatt) i hel stilling.

(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. Godkjenning fra NSD

23.5.2019Meldeskjema for behandling av personopplysninger

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

### **NSD sin vurdering**

#### **Prosjektittel**

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-b1892b7562501/2> 23.5.2019Meldeskjema for behandling av personopplysninger

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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

NSD vurderer at informasjonen 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 Wincentzen  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5c779ddd-bf20-4516-98f1-b1892b7562502/2>

## Vedlegg 3. Godkjenning fra FEK

Tor-Ivar Karlsen

Besøksadresse:  
Universitetsveien 25  
Kristiansand

Ref: 19/03857

Tidspunkt for godkjenning: : 27/05/2019

### **Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Folkehelsearbeid i norske kommuner 2019 (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**  
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND  
TELEFON 38 14 10 00  
ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no -  
[www.uia.no](http://www.uia.no)

FAKTURAADRESSE:  
UNIVERSITETET I AGDER,  
FAKTURAMOTTAK  
POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

## Vedlegg 4. Databehandleravtale

# 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 databehandlerens 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 personopplysningsforslaitens 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 databehandlerens 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-Tønneén.

## 10. Lovvalg og vernetting

Avtalen er underlagt norsk rett og partene vedtar Oslo tingrett som vernetting. 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-Tønne

Databehandler (Underskrift)

Salgsdirektør

Rambøll Management Consulting

Ole Dalvang

Management Co



## Vedlegg 5. Informasjonsskriv



### **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 folkehelsearbeid.

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