

Status for norske kommuners arbeid med oversikt i 2019

ME-516 Masteroppgave i folkehelsevitenskap

SANNE ØRNES

VEILEDER

Tor-Ivar Karlsen

Universitetet i Agder, 2020

Fakultet for helse og idrettsvitenskap

Institutt for ernæring og folkehelse

Forord

Etter fem år som student ved Universitetet i Agder med utdanning innen ernæring og folkehelse er endelig masteroppgaven i folkehelsevitenskap ferdig. Jeg ser tilbake på årene som en utrolig spennende og lærerik studietid. Å kombinere masterstudiet med jobb har ført til at årene har vært krevende, men jeg har da ytterligere grunn til å være stolt og takknemlig for at mastergraden endelig er gjennomført. Det siste året har bestått av et stort spekter av følelser, fra mestring og glede til frustrasjon og sinne. Det har vært utrolig lærerikt å være med på et forskningsprosjekt fra start til slutt, god lærdom jeg tar med meg videre. De siste månedene har vært spesielt utfordrende, jeg hadde aldri trodd at jeg skulle levere masteroppgaven min midt i en pandemi!

Jeg ønsker å takke min dyktige veileder Tor-Ivar Karlsen for all hjelp gjennom prosessen. Takk for god tålmodighet, gode tilbakemeldinger, og veiledning gjennom den kvantitative jungelen. Tusen takk, du har gitt meg mer tid og tålmodighet enn jeg kunne forvente.

Jeg vil takke kjæresten min som alltid støtter meg og er der for meg når jeg trenger det. Uten din støtte og tro på meg hadde ikke dette vært mulig. Jeg ønsker også å takke min familie, som har vært stor støtte gjennom hele studietiden. Det siste året har vært tøft for oss, og jeg ser frem til å kunne se dere igjen. Takk til Hilde Bastigkeit, som har lest korrektur for oppgaven og for gode ønsker gjennom studietiden.

Til sist vil jeg takke forskergruppen for godt samarbeid gjennom prosjektet, tusen takk!

Kristiansand

Mai 2020



Sanne Ørnes

Sammendrag

Tittel: Status for norske kommunes arbeid med oversikt i 2019

Bakgrunn og hensikt: Folkehelseloven pålegger alle landets kommuner å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Tidligere undersøkelser viser at oversiktsarbeidet ikke tilfredsstillende i paragraf 5 i folkehelseloven. Undersøkelsene viser også at det er forskjeller i kommunestørrelse når det kommer til oversikt. Studien undersøker hvor langt norske kommuner er kommet i oversiktsarbeidet, og om forskjellene i kommunestørrelse fremdeles vedkommer.

Problemstilling: *Hva er status for oversiktsarbeidet i 2019, og i hvilken grad har kommunestørrelse og sentralitet betydning for arbeidet med oversikt?*

Metode: Studien er gjennomført med kvantitativt tverrsnittdesign. Datainnsamlingen ble gjennomført i 2019 som en del av forskningsprosjektet FLINK 2019. Utvalget i studien bestod av 428 kommunale folkehelsekoordinatorer i Norge. Det ble gjennomført frekvensanalyser for deskriptive data og bivariate assosiasjoner er undersøkt ved hjelp av testene Mann-Whitney U-test, Kruskal-Wallis-test og beregning av Spearmans korrelasjonskoeffisient.

Resultater: 83,7 prosent av norske kommuner har utviklet oversikt over helsetilstand. Det ble vist signifikant forskjell mellom sentralitet og første gang oversikten ble ferdigstilt og tilgjengelig på kommunens nettside. Det ble også vist signifikant forskjell i kommunestørrelse og utarbeidelse av helseoversikt, når oversikten ble ferdigstilt første gang, tverrsektoriell arbeidsgruppe, tilgjengelig kommunens nettside, samarbeid med andre kommuner, revidering av oversikt og drøftet oversikt i forhold til kommunal planstrategi.

Konklusjon: Norske kommuner er kommet langt i arbeidet med oversikt. De fleste kommuner har per 2019 utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Det er fremdeles forskjeller i kommunestørrelse og sentralitet. Det burde settes inn tiltak for å hjelpe de små usentrale kommunene med oversiktsarbeidet.

Antall ord: 22691

Nøkkelord: Norske kommuner, lokalt folkehelsearbeid, oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, folkehelsekoordinator, samstyring, helse i alt vi gjør, folkehelseloven

Summary

Title: Status of the Norwegian municipality's work with overview in 2019

Background and purpose: The Public Health Act requires all municipalities in the country to have an overview of health status and factors of influence. Previous surveys show that the review work does not satisfy section 5 of the Public Health Act. The surveys also show that there are differences in municipality size when it comes to overview. The study examines how far Norwegian municipalities have come with the overview work, and whether the differences in municipality size still apply.

Research question: *What is the status of the overview work in 2019, and to what extent does the size and centrality of the municipality influence the work on the overview?*

Method: The study was conducted with quantitative cross-sectional design. The data collection was carried out in 2019 as part of the FLINK 2019 research project. The sample in the study consisted of 428 municipal public health coordinators in Norway. Frequency analyses for descriptive data and bivariate associations were performed using the Mann-Whitney U-test, Kruskal Wallis Test and Spearman's correlation coefficient.

Results: 83,7 percent of Norwegian municipalities have developed an overview of health status. Significant difference was shown between centrality and the first time the overview was completed and available on the municipality's website. Significant difference was also shown in municipality size and preparation of health overview, when the overview was first completed, cross-sectoral working group, accessible municipality's website, collaboration with other municipalities, revision of overview and discussed overview in relation to municipal plan strategy.

Conclusion: Norwegian municipalities have come a long way in the work on overview. Most municipalities have per 2019 prepared an overview of health status and influences. There are still differences in municipality size and centrality. Measures should be put in place to help the small central municipalities with their work with overview.

Number of words: 22691

Keywords: Norwegian municipalities, local public health work, overview of health status and influencing factors, public health coordinator, governance, health in all policies, Public Health Act

Figuroversikt

Figur 1 Det systematiske folkehelsearbeidet.....	s.19
Figur 2 Sammenheng mellom kjerneutfordringene.....	s.30
Figur 3 Antall kommuner som utviklet oversikt, etter årstall.....	s.52
Figur 4 Ferdigstilling av folkehelseoversikt, kommunestørrelse (folketall).....	s.55
Figur 5 Ferdigstilling av folkehelseoversikt, sentralitet.....	s.58

Tabelloversikt

Tabell 1 Svar inndelt i fylkeskommuner.....	s.42
Tabell 2 Svar inndelt i kommunestørrelse	s.43
Tabell 3 Svar inndelt i sentralitet.....	s.43
Tabell 4 Variabler.....	s.45
Tabell 5. Sentralitetsnivåer med verdier, antall kommuner, antall innbyggere og andel av lavest innbyggere (prosent). 1.1.2017 med kommunegrenser for 1.1. 2018.....	s.47
Tabell 6 Deskriptiv statistikk.....	s.51
Tabell 7 Status oversiktsarbeid inndelt i kommunestørrelse (folketall)	s.53
Tabell 8 Faktorer i lokalt folkehelsearbeid inndelt i sentralitet.....	s.56

Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
Summary	4
Figuroversikt	5
Tabelloversikt.....	5
1.0 INTRODUKSJON	8
1.1 Nasjonalt folkehelsearbeid	8
1.1.1 Helse og folkehelse	8
1.1.2 Nasjonale føringer.....	9
1.2 Lokalt folkehelsearbeid	14
1.2.1 Oversiktsarbeidet	15
1.2.2 Tidligere undersøkelser og forskning	21
1.3 Problemstilling.....	26
2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER.....	27
2.1 Kjerneutfordringer i det lokale folkehelsearbeidet.....	27
2.1.1 Oversettelsesutfordringen	27
2.1.2 Samfunnsutviklingsutfordringen.....	28
2.1.3 Samstyringsutfordringen.....	29
2.2 Samstyring og governance.....	30
2.3 Kommune-Norge	32
2.3.1 Perspektiver på Kommune-Norge.....	33
2.4 Borgereffektivitet og systemkapasitet	35
2.4.1 Tjenesteytingparadokset og nærhetseffekten	36
3.0 METODE	39
3.1 Forskningsprosjektet FLINK 2019	39
3.2 Gjennomføring av datainnsamling	40
3.2.1 Utvikling av spørreskjema	40
3.2.2 Datainnsamling	41
3.3 Svarprosent	41
3.4 Statistisk metode.....	44
3.4.1 Variabler	44
3.4.2 Statistiske analyser.....	46
3.5 Forskningsetiske vurderinger	48
3.5.1 Etisk godkjenning	48

3.5.2 Informert samtykke	49
3.5.3 Oppbevaring av data	49
4.0 RESULTATER	51
5.0 DRØFTING.....	59
5.1 Positiv utvikling.....	59
5.2 De minste er de siste	66
5.3 Studiens styrker og svakheter	74
6.0 KONKLUSJON	76
LITTERATUR	
VEDLEGG 1. NSD godkjenning	
VEDLEGG 2. FEK godkjenning	
VEDLEGG 3. Databehandleravtale	
VEDLEGG 4. Samtykkeskjema og spørreskjema	

1.0 INTRODUKSJON

Tematikken i denne studien er norske kommuner sitt arbeid med det systematiske og kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet. Mer konkret rettes fokuset mot arbeidet med oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer. I dette kapittelet blir det først presentert hva som ligger i begrepene helse og folkehelse. Deretter presenteres føringene for folkehelsearbeidet de siste 20 årene. Etter dette beskrives hva som ligger i arbeidet med oversikt, hvordan dokumentet skal forankres og det langsiktige folkehelsearbeidet. Tidligere undersøkelser og studier blir presentert for å vise hvordan arbeidet med oversikt har utviklet seg over tid og betydningen av folkehelsekoordinatorstillingen i det lokale folkehelsearbeidet. Til slutt i kapittelet presenteres problemstillingen for studien.

1.1 Nasjonalt folkehelsearbeid

Selv om folkehelsearbeidet nasjonalt i hovedsak drives frem av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, er kommunen det viktigste nivået for organisert forebyggende helsearbeid i Norge. Selv om nasjonale myndigheter har det overordnede ansvaret for folkehelsen, er det først og fremst på det lokale nivået at folkehelsearbeidet skal settes ut i handling (Mæland, 2019, s. 212). Den moderne «velferdskommunen» har ansvaret for en lang rekke oppgaver som krever mangfold av kompetanse, kommunen er planmyndighet, samfunnsutvikler og tjenesteyter (Mæland, 2019, s. 212). I tillegg til primærhelsetjenesten har kommunene ansvaret for blant annet areal- og samfunnsplanlegging, miljøvern, barnehager og grunnutdanning, kultur og idrett og sosiale tjenester (Mæland, 2019, s. 212). Alle disse områdene er av betydning for folkehelsen, derfor er det nødvendig å betrakte folkehelsearbeidet som et politisk ansvar for kommunen med alle sine etater (Mæland, 2019, s. 212). Siden det er en utbredt oppfatning at «helse» hører inn under helseetaten, er det ikke alltid like enkelt å få andre etater til å engasjere seg i forebygging (Mæland, 2019, s. 212). Samarbeid på tvers av sektorene er krevende, men kan vise seg å være givende for alle parter (Mæland, 2019, s. 212).

1.1.1 Helse og folkehelse

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerte i 1948 helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» (WHO, 1948). Helse har også andre aspekter som mestring, trivsel og livskvalitet. Peter F. Hjort

definerte helse slik: «helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav» (Mæland, 2019, s. 26). Folkehelse defineres som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» (Folkehelseloven, 2012, § 3). Folkehelseloven definerer folkehelsearbeid 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, 2012, § 3). Folkehelsearbeid utøves innen sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Sykdomsforebyggende arbeid har som mål å forhindre eller utsette sykdom hos friske individer, hindre at sykdom kommer tilbake eller utvikler seg, eller minske følger sykdommen får for funksjon og livskvalitet (Mæland, 2019, s. 16). Innen sykdomsforebygging arbeider man gjennom et påvirkningsperspektiv, og retter oppmerksomheten mot de bakenforliggende faktorene og risikofaktorene som påvirker helsen og fordelingen av helsen i befolkningen (Hofstad & Helgesen, 2012, s. 26). Innen påvirkningsperspektivet omtales faktorer som kalles helsedeterminanter. Helsefremmende arbeid går ut på å styrke og fremme befolkningens helse, og vektlegger ressurser for helse og livskvalitet (Mæland, 2019, s. 76). I Ottawa-charteret defineres helsefremmende arbeid som «prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse. For å nå frem til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, må et individ eller gruppe være i stand til å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov, og endre eller mestre sitt miljø» (Mæland, 2019, s. 77).

1.1.2 Nasjonale føringer

Folkehelsearbeidet i Norge har historisk sett vært fordelt på ulike myndigheter, institusjoner og organisasjoner. Blant annet ga kommunehelsetjenesteloven i paragraf 1.4a siden 1987 kommunene ansvar for å lage oversikt over helsetilstanden (Hofstad & Helgesen, 2012, s. 81). De siste 20 årene har det foregått en opprusting av folkehelsepolitikken. Gjennom stortingsmeldinger, tiltak og lovverk arbeides det for å gjøre folkehelsearbeidet systematisk, kunnskapsbasert og langsiktig.

Stortingsmelding 16 *Resept for et sunnere Norge* fra 2003 rettet oppmerksomheten mot folkehelsearbeidet i Norge (Helsedepartementet, 2003, s. 5). I meldingen ble det satt søkelys på sunne livsstilsvalg og å skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse gjennom tiltak knyttet til fysisk aktivitet, tobakk, kosthold og rus. Stortingsmeldingen ønsket å legge frem strategier for den kommende tiårsperioden og gi folkehelsearbeidet et løft.

Strategier (eller resepter) som ble igangsatt var for eksempel partnerskap for folkehelse, som skulle gi folkehelse sterkere lokal og demokratisk forankring (Helsedepartementet, 2003, s. 9). Det ble også satt søkelys på sosial ulikhet i helse, og på bakgrunn av dette ble det iverksatt et utredningsarbeid i Helsedirektoratet. Handlingsplanen *Gradientutfordringen* ble publisert i 2005. Denne handlingsplanen presenterte kunnskap om status og utvikling i tillegg til mål og strategier for videre arbeid med sosial ulikhet i helse. Gradientutfordringen avdekket at helseulikhetene i Norge var større enn vi trodde tidligere, og økende (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 7). Som svar på dette kom stortingsmelding 20, *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*, i 2007. Denne stortingsmeldingen presenterte en bred og langsiktig strategi for å redusere sosiale helseforskjeller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s. 8). Strategien omfattet seks politikk- og målområder, som var å redusere økonomiske forskjeller mellom grupper i befolkningen, trygge oppvekstvilkår og like muligheter til utvikling, inkluderende arbeidsliv og sunne arbeidsmiljøer, redusere sosiale forskjeller i helseatferd, likeverdige helse- og omsorgstjenester, og å bedre levekår for de vanskeligstilte. Helsedirektoratet fikk ansvar for å jevnlig rapportere hvilken innsats på nasjonalt nivå som bidro til reduserte sosiale helseforskjeller (Mæland, 2019, s. 208).

Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) ble revidert i 2008. For å styrke og tydeliggjøre den offentlige samfunnsplanleggingen ble det iverksatt en ny plandel i loven (Mæland, 2019, s. 150). Plan- og bygningsloven har som formål å fremme bærekraftig utvikling for den enkelte, samfunnet og fremtidige generasjoner (Plan- og bygningsloven, 2008, § 1-1). Hensynet til befolkningens helse skal ivaretas i kommunenes og fylkeskommunenes planlegging. Siden 2008 har det å bedre folkehelse og reduksjon av sosiale helseforskjeller vært et mål for planleggingen; planer skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale forskjeller (Plan- og bygningsloven, 2008, § 3-1). I et folkehelseperspektiv er de nye elementene paragraf 10-1 og 7-1 viktige. Disse elementene pålegger kommuner og fylkeskommuner å utarbeide kommunal og regional planstrategi minst en gang hver valgperiode og vedta denne senest ett år etter kommunens konstituering.

Stortingsmelding 47 *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, også omtalt som *Samhandlingsreformen*, ble publisert i 2009. Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, og evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13). Denne stortingsmeldingen skulle sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som svarte på pasientenes behov for koordinerte tjenester, som

igjen svarte på de store samfunnsøkonomiske utfordringene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 14). Innenfor folkehelse satt Samhandlingsreformen fokus på å styrke forebyggingsarbeidet. Helseutfordringene understreket behovet for en tverrsektoriell og nivåovergripende tilnærming, og for å fremme helse var hovedstrategien å påvirke forutsetningene for levekår og helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 72). Samhandlingsreformen la til grunn at kommunehelsetjenesteloven i utgangspunktet var en god lov for folkehelsearbeid og helsefremmende- og forebyggende arbeid, men at en del viktige områder ikke (eller i uklar grad) var regulert, og pekte på at det var et behov for en gjennomgang av kommunenes folkehelseansvar i regelverket (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 35-36). Det skulle skje en dreining mot å forebygge «uhelse» fremfor å reparere sykdom, dette blir omtalt som *venstreforskyvingen*, og betydde at helsesektoren skulle bli mer oppmerksom på det faktum at vilkårene for det gode liv og god helse ble lagt utenfor helsesektoren (Higdem, 2015).

Folkehelseloven kom som en konsekvens av Samhandlingsreformen og har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2012, § 1). Loven fastsetter ansvar i alle sektorer og på alle forvaltningsnivåer, og fastsetter krav til virksomheter om forhold med betydning for befolkningens helse- miljørettet helsevern (Regjeringen, 2019). Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter iverksetter tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte, og legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid (Folkehelseloven, 2012, § 1). Alle kommuner har ansvar for å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen (Folkehelseloven, 2012, § 4). Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene, og gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak fremme folkehelsen innen de oppgaver og virkemidler de er tillagt (Folkehelseloven, 2012, § 20). Statlige myndigheter skal vurdere konsekvenser for befolkningens helse, og fylkesmannen skal bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet i tillegg til å være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid på regionalt og lokalt nivå, gjennom råd og veiledning (Folkehelseloven, 2012, §§ 22 23). Helsedirektoratet skal gi råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet til kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og statlige institusjoner (Folkehelseloven, 2012, §

24). Helsedirektoratet skal også følge med på forhold som påvirker folkehelsen, bidra til å iverksette nasjonal politikk og være en pådriver for det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet gjennom blant annet utvikling av nasjonale normer og standarder (Folkehelseloven, 2012, § 24). Folkehelseinstituttet skal overvåke utviklingen av folkehelsen, utarbeide oversikt over helsetilstand, utføre helseanalyser og drive forskning på folkehelseområdet (Folkehelseloven, 2012, § 25).

Det har frem til nå blitt publisert tre folkehelsemeldinger. Den første folkehelsemeldingen (stortingsmelding 34) *God helse – felles ansvar* ble utgitt i 2013. Stortingsmeldingen presenterte en strategi for å utvikle en folkehelsepolitikk tilpasset tiden, og styrke det forebyggende arbeidet i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 17). Det ble presentert tre mål for folkehelsearbeidet. Det første målet er at Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder, mål nummer to er at befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller, mål nummer tre er at vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 17). For å nå disse målene ble det presentert tiltak på områder som helsefremmende samfunn, helse gjennom livsløpet, forebygging i helse- og omsorgstjenesten, kunnskapsbasert folkehelsearbeid, sterkere virkemidler i folkehelsepolitikken og nasjonalt system for å følge opp folkehelsepolitikken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 17). Den andre folkehelsemeldingen ble publisert i 2015. Stortingsmelding 19 *Mestring og muligheter* satte et sterkere fokus på helse som individualiserte valg, og erkjente betydningen av en bred forankring i folkehelsepolitikken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 10). Psykisk helse, helsevennlige valg, aktive eldre og ensomhet ble presentert som nye innsatsområder i folkehelsepolitikken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 5). Den nyeste folkehelsemeldingen *Gode liv i et trygt samfunn* ble publisert i 2019, og skulle gjennomføre tiltak på områder som tidlig innsats blant barn og unge, forebygge ensomhet, mindre sosial ulikhet i helse, innsats for et trygt og helsefremmende samfunn, gode levevaner og helsevennlige valg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 19).

Folkehelseloven bygger på fem prinsipper for folkehelsearbeidet, disse presenteres blant annet i forslaget til vedtak om folkehelseloven (Prop. 90 L 2010-2011). Prinsippene er en rettesnor for utvikling av ny lovgiving og annet regelverk, og tolkning av lover og regler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 47). De fem prinsippene for folkehelsearbeid er utjevne sosiale helseforskjeller, bærekraftig utvikling, føre var, medvirkning og helse i alt vi

gjør.

Sosiale ulikheter i helse er en utfordring som berører hele samfunnet, og har konsekvenser for politikktutforming på alle nivåer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 14-15). Å *utjevne sosiale helseforskjeller* har vært en gjenganger blant annet i Gradientutfordringen og Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, og selve formålet i folkehelseloven er å bidra til en samfunnsutvikling som utjevner sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2012, § 1).

Helsen fordeler seg ulikt mellom sosiale grupper i befolkningen, og det er mange faktorer som er med på å skape og opprettholde disse forskjellene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 14).

Bærekraftig utvikling handler om å tilrettelegge for en samfunnsutvikling som sikrer grunnleggende behov over tid, og å satse på folkehelsearbeid er en grunnleggende investering for et bedre liv og et bærekraftig samfunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 15).

Verdenskommisjonen for miljø og utvikling fra 1987 definerte bærekraftig utvikling som «en utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 49).

Bærekraft er i utgangspunktet et systemisk begrep, og beskrives gjerne ut ifra tre dimensjoner som er gjensidig avhengig av hverandre; økonomi, miljø og sosiale forhold (Helsedirektoratet, 2017, s. 7). De tre dimensjonene må være i balanse for å skape en holdbar fremtid (Helsedirektoratet, 2017, s. 7). Forebyggende arbeid bidrar til å legge større vekt på de kommende generasjoner sine behov, og en større likhet mellom generasjonene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 15).

Når det fastsettes normer og standarder i folkehelsearbeidet skal dette bygge på *føre-var-prinsippet* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 15). Når man skal iverksette tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom, er det i mange tilfeller knyttet opp mot en viss usikkerhet, og for at tiltakene ikke skal eksponere mottakerne for eventuell helserisiko må man være føre var. Prinsippet forutsetter ikke at risikoen skal være lik null, men akseptabel (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 15). Risikoen for uønskede bivirkninger er som oftest lav i forebyggende helsearbeid, men kostnader og andre hensyn kan være motargumenter (Mæland, 2019, s. 23).

Medvirkning i folkehelsearbeidet gjør at alle skal ha mulighet til å bidra med sine synspunkter i utarbeidelse av folkehelsearbeidet, gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltakelse. Et begrep som ofte brukes om individer og lokalmiljøets makt til å påvirke beslutninger i helsefremmende arbeid er «empowerment» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 16). Folkehelseloven knytter kommunenes folkehelsearbeid til bestemmelse om medvirkning i

plan- og bygningsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 16). Det skal legges til rette for medvirkning for enhver som fremmer planforslag, og kommunene har et særlig ansvar for å sikre aktiv medvirkning fra grupper som krever spesiell tilrettelegging (som barn og unge) (Plan- og bygningsloven, 2008, § 5-1). Folkehelseloven pålegger kommunene å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor, i tillegg til å medvirke til at helsemessige hensyn ivaretas av myndigheter og virksomheter (Folkehelseloven, 2012, § 4).

Folkehelseloven tilsier også at medvirkning skal skje gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltakelse i planlegging (Folkehelseloven, 2012, § 4).

Helse i alt vi gjør er selve kjernen i folkehelsearbeidet og skal bidra til at befolkningens helse blir ivaretatt på tvers av sektorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 15). Prinsippet legger til grunn for en samfunnsorientert forståelse av helse, som innebærer en vektlegging av at helse formes av positive og negative påvirkningsfaktorer (Hofstad, 2018, s. 4) Ansvaret om folkehelse er da ikke kun tillagt helsesektoren, men alle sektorer og forvaltningsnivåer, og hensynet til helse må ivaretas når samfunnets sektorer utformer mål, prioriterer og utviklet tiltak (Hofstad, 2018, s. 4).

1.2 Lokalt folkehelsearbeid

Norske kommuner har ansvar for å fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, gjennom lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting (Folkehelseloven, 2012, § 4). Det er rådmannen som skal bidra til at kommunestyret følger lov- og forskriftsverket, og det er rådmannen som er ansvarlig for kommunens totale folkehelsearbeid (Karlsen, 2017, s. 19). Folkehelseloven ønsker også å skape nødvendig endring på tvers av sektorer, dette fører til at det lokale folkehelsearbeidet krever god koordinering. Til dette arbeidet er det mange kommuner som har opprettet en folkehelsekoordinatorstilling for å styrke det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og for å styrke den politiske forankringen. Det er mange navn på denne stillingen (for eksempel folkehelserådgiver, folkehelsekoordinator eller folkehelseansvarlig), men i denne oppgaven blir stillingen omtalt som folkehelsekoordinator. Det å ha en folkehelsekoordinator er ingen lovpålagt oppgave. Regjeringen nedsatte i 1997 et utvalg som utredet en styrking av folkehelsearbeidet i kommunene i (Hofstad & Vestby, 2009, s. 16). I denne utredningen lanserte utvalget ideen om å ansette en folkehelsekoordinator i rådmannens stab som kunne markere feltets tyngde og det sektorovergripende i folkehelsearbeidet (Hofstad & Vestby, 2009, s. 16). Forslaget om folkehelsekoordinatorstillingen ble fulgt opp i stortingsmelding 16

i omtale om partnerskapsmodellen (Helsedepartementet, 2003, s. 76).

Folkehelsekoordinatorstillingen ble beskrevet som «lim» i det lokale folkehelsearbeidet, og hen kunne bidra til å utløse lokalt engasjement, gi drahjelp til lokale aktiviteter og tverrsektorielt arbeid, og koordinere ulike aktørers innsats (Helsedepartementet, 2003, s. 76). Helsedirektoratet bevilget fylkeskommunene (som skulle fordele videre til kommunene) stimuleringsmidler til folkehelsekoordinatorfunksjon og lokale tiltak (Hofstad & Vestby, 2009, s. 10). I 2004 ble det tildelt 10 millioner kroner, og i 2009 var beløpet steget til 32,7 millioner kroner (Hofstad & Vestby, 2009, s. 10). Stillingen folkehelsekoordinator skal bidra til å bedre samordning og øke kommunens administrative kapasitet til å drive folkehelsearbeid (Hofstad & Vestby, 2009, s. 17). I senere tid er disse midlene ikke lenger til stede, og kommunene får ikke lenger stimuleringsmidler til å ha en folkehelsekoordinator. Dette er på grunn av at stimuleringsmidler til partnerskap for folkehelse ble opphørt som følge av at folkehelsearbeidet er blitt en lovpålagt oppgave for de ulike forvaltningsnivåene (Helsedirektoratet, 2014, s. 105). Folkehelsekoordinatoren sine oppgaver skal være på samfunns- og befolkningsnivå, og kan arbeide ut ifra områder som oversikt over folkehelsen, mål, strategier og planlegging, og tverrsektorielt samarbeid (Helsedirektoratet, 2013, s. 105).

1.2.1 Oversiktsarbeidet

På lokalt nivå skal kommunene gjennom paragraf 5 i folkehelseloven ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne (Folkehelseloven, 2012, § 5). Før folkehelseloven var det også pålagt å ha oversikt over befolkningen, i kommunehelsetjenesteloven av 1987 § 1.4a (Hofstad & Helgesen, 2012, s. 81). Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal tjene to hovedformål (Helsedirektoratet, 2013, s. 7). Det første er at oversikten skal være grunnlag for beslutninger i folkehelsearbeidet som utøves «fra dag til dag», som i forbindelse med utforming av tiltak og tilsyn etter miljørettet helsevern eller revisjon av planer utenom det fireårige planløpet etter plan- og bygningsloven (Helsedirektoratet, 2013, s. 7). Beslutninger kan også dreie seg om å gå grundigere inn i et område som peker seg ut som særlig utfordrende eller positivt (Helsedirektoratet, 2013, s. 7). Det andre hovedformålet er at oversikten skal utgjøre grunnlaget for beslutninger i forbindelse med langsiktig planlegging av folkehelsearbeidet, knyttet opp mot prosessene i plan- og bygningsloven (Helsedirektoratet, 2013, s. 7). Oversiktsarbeidet kan forstås som et langsiktig utviklingsarbeid som gradvis utvider bredden og dybden i kunnskapsgrunnlaget (Hofstad, 2018, s. 14)

Med *oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer* menes oversikt over helse på befolkningsnivå og de positive og negative faktorer som kan virke inn på helsen til befolkningen og grupper i området (Helsedirektoratet, 2013, s. 7). *Helsetilstand* er befolkningens helse og måles ved hjelp av ulike indikatorer (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3).

Risikofaktorer måles med indikatorer som forebyggbare sykdommer, trivsel og mestringsressurser, eller mer indirekte mål som sykefravær. Forekomst av forebyggbare sykdommer er for eksempel psykiske lidelser, hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, kreft, kroniske smerter og belastningssykdommer, karies og ulykkesskader. Utbredte risikofaktorer er for eksempel luftveissykdommer, fysisk inaktivitet og overvekt. Det er også nødvendig å ha informasjon om positive forhold, som trivsel, ressurser, mestring og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2013, s. 7-8). Positive og negative påvirkningsfaktorer dekker forhold som virker inn på helsen, og er ofte knyttet til samfunnsforhold, levekår og miljø (Helsedirektoratet, 2013, s. 7-8).

Folkehelseloven stiller krav til hva oversikten skal baseres på som et minimum. Oversikten skal blant annet baseres på opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig, kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene og kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse (Folkehelseloven, 2012, § 5). Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene blant annet ved å gjøre opplysninger tilgjengelig (Folkehelseloven, 2012, § 20). Fylkeskommunen kan også bistå med analysekunnskap for de kommunene som ikke har tilstrekkelig kompetanse på dette selv (Hofstad, 2018, s. 24). Folkehelseinstituttet skal gjøre tilgjengelig opplysninger basert på blant annet statistikk fra sentrale helseregistre, gi råd, veiledning og informasjon (Folkehelseloven, 2012, § 25). *Forskrift om oversikt over folkehelsen* utfyller folkehelseloven sine bestemmelser om oversiktsarbeid, og angir innholdet om hva nødvendig oversikt innebærer, og hva oversikten skal inneholde (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3). Oversikten skal inneholde opplysninger og vurderinger av befolkningssammensetning, oppvekst og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3).

Befolkningssammensetning er grunnlagsdata om befolkningen, og er viktig for å kunne tolke de øvrige opplysningene i oversikten (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3).

Disse dataene omhandler blant annet antall innbyggere, alders- og kjønnsfordeling, sivilstatus, etnisitet og flyttemønster (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3). *Oppvekst og levekårsforhold* er blant annet økonomiske vilkår, bo, arbeids- og utdanningsforhold (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3). Økonomiske forhold inkluderer inntekt og forskjeller i inntekt. Sykefravær, uføretrygd og tilknytning til arbeidslivet er forhold tilknyttet til arbeidslivet (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3). Forhold innenfor utdanning knyttes til hvor mange som har høyere utdanning, og andel som faller fra i videregående skole (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3). Levekår er samspillet mellom individuelle faktorer og ressurser og muligheten man har til å realisere disse på for eksempel skole og arbeid (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3). *Fysisk, biologisk og kjemisk miljø* (og sosialt miljø) kan ses i sammenheng med *miljørettet helsevern*. Miljørettet helsevern er de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på folkehelsen (Folkehelseloven, 2012, § 8). Eksempler på disse faktorene er kvalitet på drikkevann og luft, nærmiljø, tilgang til fri- og friluftsområder og sykkelvei (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3). *Sosialt miljø* innebærer data om hvor mange som blant annet deltar i organisasjoner, valg, benytter seg av kulturtilbud og sosiale møteplasser (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3). *Helserelatert atferd* innebærer faktorer som har innvirkning på helseutfall, for eksempel fysisk aktivitet, kosthold, bruk av tobakk og rusmidler (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3). Helseatferd omfatter også risikofaktorer som kan gi utslag i skader og ulykker (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3).

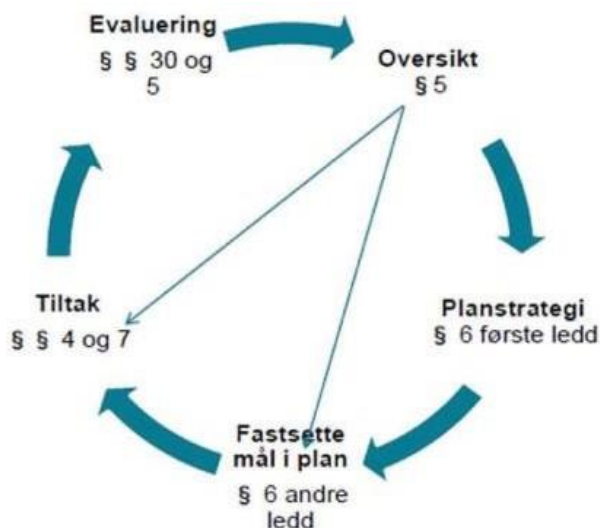
Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen og *vurdere konsekvenser og årsaksforhold* (Folkehelseloven, 2012, § 5). Vurdering av konsekvenser kan blant annet inngå i å bedømme hvor viktige forhold eller utfordringer antas å være. De kan for eksempel være beregninger av vunnet eller tapte leveår i god helse eller sosioøkonomiske kostnader eller gevinster over tid. (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3). Når man skal vurdere årsaksforhold, vurderer man hvorfor et forhold har oppstått og hvilke bakenforliggende forhold har ført til at situasjoner avdekkes (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3). Dette danner grunnlag for å sette inn tiltak mot årsakene til forholdet istedenfor å håndtere symptomene (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3). Årsakssammenhenger er ofte sammensatte og har flere årsaker, utfordringer innen folkehelse kan relateres til flere ledd i årsakskjeden (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3).

Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2012, § 5). Kunnskap på overordnet nivå kan gi indikasjoner på om kommunen har en spesiell utfordring eller mulighet, og da kan det være nødvendig å hente inn mer kunnskap og foreta en nærmere vurdering. Kommunen skal være særlig oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3).

Helsedirektoratets veileder anbefaler 63 undertema til de fem overordnede områdene (Karlsen, 2017, s. 12). Det er mye data kommunene skal samle inn og analysere. Kommunen kan utvikle et hoveddokument, og deretter en kortversjon som blant annet inneholder de største folkehelseutfordringene kommunen har, og tiltak som skal iverksettes på bakgrunn av disse utfordringene. Kortversjonen kan få større gjennomslag blant politikere og administrasjonen. Dette var også en del av prosjektet *Helse og omsorg i plan*, en seksårig satsing (2011-2017) med mål om å styrke kommunenes planleggingskompetanse knyttet til implementering av samhandlingsreformen, som inkluderte etablering av kommunenettverk for å teste ut metoder for å gjennomføre det systematiske folkehelsearbeidet (Karlsen, 2017, s. 7).

Kommunene skal ha løpende oversikt for å kunne ivareta oppgavene sine etter loven på en forsvarlig måte (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 4). Et samlet oversiktsdokumentet skal utarbeides hvert fjerde år, og skal ligge til grunn for det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 5). Når dokumentet skal utformes hvert fjerde år, vil utviklingstrekk i kommunen komme klarere frem, og det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet styrkes. Oversikten burde bygge på det løpende oversiktsarbeidet, men oversiktsdokumentet forutsetter systematisk og grundig informasjonshenting (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 5). At folkehelsearbeidet er kunnskapsbasert innebærer at det bygger på faglig anerkjente metoder, som innebærer at arbeidet bygger på kunnskap om de faktiske ressursene og folkehelseutfordringene på lokalt nivå (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 1). Det systematiske folkehelsearbeidet innebærer at kommunene definerer sine ressurser og folkehelseutfordringer gjennom oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og skal inngå som grunnlag for planlegging etter plan- og bygningsloven og som grunnlag for tiltak (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 1). For å nå målet om en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og reduserer sosiale helseforskjeller, er det nødvendig med god

oversikt (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 1). Arbeidet skal foregå planmessig, og ikke tilfeldig (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 1). Kjernen i det systematiske folkehelsearbeidet vises i figur 1.



Figur 1. Det systematiske folkehelsearbeidet (Schou, Helgesen & Hofstad, 2014, s. 26)

Figur 1 viser en sirkel som viser det fireårige kretsløpet som følger rulleringen av kommuneplanen i løpet av hver valgperiode (Schou et al., 2014, s. 26). Pilene fra «oversikt» til «fastsette mål i plan» og «tiltak» indikerer det løpende oversiktsarbeidet, med å knytte sammen oversikt, planlegging og tiltak (Schou et al., 2014, s. 26). Det systematiske folkehelsearbeidet er en strategi som bidrar til å tydeliggjøre koblingen mellom folkehelsearbeid og kommuneplanlegging som er etablert i plan- og bygningsloven (Schou et al., 2014, s. 26).

Kommunen skal utvikle et oversiktsdokument med oversikt over helsetilstand og påvirkninger etter lovparagraf 5 i folkehelseloven. Dokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningslovens paragraf 10-1 (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 5). Paragraf 6 i folkehelseloven tilsier at oversikten skal være grunnlag for kommunene sin planstrategi (Folkehelseloven, 2012, § 6). Drøftingen av helseutfordringene skal være grunnlag for lokale og regionale planstrategier som vedtas i kommunestyrene og fylkestingene etter plan- og bygningsloven (Plan- og bygningsloven, 2008, § 10-1). På bakgrunn av dette skal det fastsettes mål og strategier som kommunen står overfor (som kommer frem i oversikten) (Folkehelseloven, 2012, § 6). Helseutfordringene skal danne grunnlaget for kommunens mål og strategier. Tiltak skal iverksettes for å møte de

lokale og regionale utfordringene, etter paragraf 7 i folkehelseloven (Helsedirektoratet, 2014, s. 19-20). Til slutt skal tiltakene evalueres gjennom kommunens internkontrollsystem (etter paragraf 30 i folkehelseloven). Det vesentlige i denne prosessen er at folkehelsearbeidet ikke skal være drevet gjennom tilfeldige tiltak, men at tiltakene som settes i gang er begrunnet med utgangspunkt i helseoversikt og dokumenterte utfordringer i den enkelte kommune. Tiltakene skal være i samsvar med både nasjonale føringer på folkehelsefeltet og i tråd med kommunale planer og strategier. På denne måten vil kommunen arbeide systematisk, kunnskapsbasert og langsiktig. Løpende oversikt er nødvendig for alle fasene av folkehelsearbeidet (planlegging, iverksetting av tiltak og evaluering) (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 4).

Folkehelseloven blir videre koblet opp mot plan- og bygningsloven. Etter drøfting av planstrategi (paragraf 10-1 i plan- og bygningsloven) skal (med utfordringsbildet som grunnlag) det videreføres i planprogrammet (paragraf 11-13 i Plan- og bygningsloven) (Kommunetorget). Planprogrammet angir formålet med planarbeidet i kommunen, og bygger på vedtak i kommunestyret om hvilke planer kommunen har behov for videre (Kommunetorget). På bakgrunn av dette skal det utvikles en kommuneplan som inneholder en samfunnsdel med handlingsdel (paragraf 11-1 i Plan- og bygningsloven), en arealdel (paragraf 11-5 i Plan- og bygningsloven) og en kommunedelplan (Kommunetorget).

Det er satt i gang ulike programmer for å blant annet hjelpe kommunene med å arbeide kunnskapsbasert, systematisk og langsiktig. *Helse og omsorg i plan* var et etter- og videreutdanningsprogram som var en oppfølging av stortingsmelding 16 (Hofstad & Bergsli, 2016, s. 21). Hovedmålsettingen for prosjektet var å styrke folkehelsen med å forankre ulike folkehelse tiltak (kommunale og regionale) ved bruk av plan- og bygningsloven som verktøy, og å utvikle og tilrettelegge for oppbygging av plan- og prosesskompetanse i helsesektoren (Hofstad & Bergsli, 2016, s. 21). Helse i plan startet opp i 2006 og ble avsluttet i 2010, to år før folkehelseloven ble iverksatt (Hofstad & Bergsli, 2016, s. 21).

Program for folkehelsearbeid i kommunene er en tiårig satsing (2017-2027), der barn og unge er en prioritert målgruppe (Hofstad, 2018, s. 6). Igjennom denne satsingen skal man integrere psykisk helse og rus som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet (Hofstad, 2018, s. 6). Dette var også fokuset som ble fremstilt i de nyeste folkehelsemeldingene.

Utviklingsarbeidet skal utføres i samsvar med det systematiske folkehelsearbeidet, der kommunene selv skal utvikle metoder og tiltak, i tillegg til å opprette samarbeid mellom ulike aktører, for å skape et helsefremmende lokalsamfunn (Hofstad, 2018, s. 6)

1.2.2 Tidligere undersøkelser og forskning

Det har blitt gjennomført ulike kartlegginger innen lokalt folkehelsearbeid. Rett før folkehelseloven trådte i kraft ble det gjennomført en undersøkelse av status i det regionale og lokale folkehelsearbeidet. Undersøkelsen skulle danne en baseline for fremtidige undersøkelser av utviklingen i lokalt og regionalt folkehelsearbeid (Hofstad & Helgesen, 2012, s. 1). Det var 249 kommuner som svarte på hele undersøkelsen og 374 kommuner svarte på deler av den (Hofstad & Helgesen, 2012, s. 34). Det kom frem i denne undersøkelsen at 19 prosent av kommunene hadde utviklet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (Hofstad & Helgesen, 2012, s. 83). Det var da 71 prosent av kommunene som ikke hadde utviklet oversikt, og 11 prosent av kommunene visste ikke om de hadde oversikt (Hofstad & Helgesen, 2012, s. 81). Det var 303 kommuner som svarte på spørsmålet om oversikt (Hofstad & Helgesen, 2012, s. 81). Svaralternativene ble formulert «Ja, vi har utarbeidet en slik oversikt», «Nei, vi har ikke utviklet slik oversikt», «Vet ikke» (Hofstad & Helgesen, 2012, s. 155). 61 prosent av kommunene opplevde at det var et stort behov for kunnskap, 19 prosent opplevde et middels behov for kunnskap (Hofstad & Helgesen, 2012, s. 83). I 2013 publiserte Helsedirektoratet den nasjonale veilederen «*God oversikt – en forutsetning for god folkehelse*», som inneholdt råd og anbefalinger og skulle fungere som et pedagogisk hjelpemiddel i det lokale og regionale oversiktsarbeidet (Helsedirektoratet, 2013, s. 5).

I 2014 ble det gjennomført en ny undersøkelse av status i det lokale og regionale folkehelsearbeidet. Denne undersøkelsen så på effekten av samhandlingsreformen på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør (Schou et al., 2014, s. 1). Undersøkelsen fant ut at det var 38 prosent av kommunene som hadde oversikt over helsetilstanden (Schou et al., 2014, s. 41). 11 prosent av kommunene svarte at de ikke hadde utviklet oversikt, og 48 prosent var i ferd med å utvikle oversikten (Schou et al., 2014, s. 41-42). Det var 285 kommuner som svarte på spørsmålet om oversikt (Schou et al., 2014, s. 41-42). Svaralternativene i 2014-undersøkelsen i spørsmålet om oversikt var «Ja», «Nei», «Vi er i ferd med å starte opp dette arbeidet», og «Vet ikke» (Schou et al., 2014, s. 8, vedlegg 2). 62 prosent av kommunene hadde tverrsektorielle arbeidsgrupper (Schou et al., 2014, s. 49). 18 prosent av kommunene hadde ikke, og 18 prosent av kommunene svarte at de var i ferd med å utvikle tverrsektorielle arbeidsgrupper.

Riksrevisjonen gjennomførte en undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid i 2015. Denne undersøkelsen hadde fire hovedfunn; de fleste kommunene hadde enda ikke etablert et systematisk folkehelsearbeid, arbeidet med folkehelse og folkehelseiltak var ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert, folkehelsearbeidet var ikke godt nok forankret i sektorer utenfor helse og det var behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet (Riksrevisjonen, 2015, s. 8). Det var 78 prosent av Norges kommuner som svarte på undersøkelsen, i tillegg til 13 av 15 bydeler i Oslo (Riksrevisjonen, 2015, s. 29). 24 prosent av kommunene hadde utviklet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (Riksrevisjonen, 2015, s. 41). 59 prosent av kommunene hadde delvis utarbeidet oversikt, 16 prosent av kommunene svarte nei, og 2 prosent visste ikke (Riksrevisjonen, 2015, s. 41). Undersøkelsen fra 2015 fant også ut at oversiktsarbeidet var kommet noe kortere i små kommuner enn i mellomstore og store kommuner (Riksrevisjonen, 2015, s. 42). Det var 21 prosent av de små kommunene, 28 prosent av de mellomstore kommunene og 33 prosent av de største kommunene som hadde utviklet oversikt (Riksrevisjonen, 2015, s. 42). Andelen som svarte at de ikke hadde begynt å utarbeide oversikt var noe større i de mindre kommunene enn i de store kommunene (Riksrevisjonen, 2015, s. 42). Kommunestørrelse ble i denne undersøkelsen inndelt i tre grupper (under 10 000, mellom 10 001 og 30 000, og mer enn 30 001) (Riksrevisjonen, 2015, s. 42). De vanligste årsakene til at kommunene ikke hadde kommet i gang med oversiktsarbeidet var manglende personell og/eller kompetanse, og var i hovedsak en utfordring for de små kommunene (Riksrevisjonen, 2015, s. 45). Et fylkesmannsembete uttrykket at det bare var de store kommunene som hadde store nok fagmiljøer til å kunne lykkes med å innfri kravene i folkehelseloven (Riksrevisjonen, 2015, s. 45). Det var 86 prosent av kommunene som brukte informasjon fra Helsedirektoratet til å utvikle oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (Riksrevisjonen, 2015, s. 61). 63 prosent av kommunene oppga at de benyttet veilederen (God oversikt) i oversiktsarbeidet (Riksrevisjonen, 2015, s. 61). 15 prosent av kommune oppga at veilederen kom for sent for deres arbeid med oversikt, og 9 prosent kjente ikke til veilederen på undersøkelsestidspunktet (Riksrevisjonen, 2015, s. 61). 59 prosent av kommunene oppga at de hadde etablert et systematisk tverrsektorielt samarbeid om folkehelse, altså opprettet tverrsektoriell arbeidsgruppe (Riksrevisjonen, 2015, s. 52). 71 prosent av kommunene hadde drøftet folkehelseutfordringene i planstrategien (Riksrevisjonen, 2015, s. 46). Siden planstrategien skulle foreligge kort tid etter folkehelseloven trådte i kraft, var det mange av kommunene som i tilfeller hadde utarbeidet planstrategien før arbeidet med oversikt ble iverksatt og ferdigstilt (Riksrevisjonen, 2015, s. 46).

Det har blitt publisert ulike studier som ser på kommunenes evne til å redusere sosiale helseforskjeller og implementering av prinsippet helse i alt vi gjør, og mange av studiene bygger på data fra 2011- og 2014-undersøkelsene som omtales ovenfor. Hagen, Helgesen, Torp og Fosse publiserte i 2015 en tversnittstudie av folkehelsekoordinatorens rolle i norske kommuner (Hagen, Helgesen & Fosse, 2015, s. 597). Dette var den første studien som undersøkte norske kommuners ansettelse og bruk av folkehelsekoordinator (Hagen et al., 2015, s. 604). Studien så på implementeringen av politikk for å jevne ut den sosiale helsegradienten på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå i Norge (Hagen et al., 2015, s. 597). Resultatene fra studien var at 76 prosent av norske kommuner ansatte en folkehelsekoordinator i perioden rett før folkehelseloven trådte i kraft (Hagen et al., 2015, s. 597). Folkehelsekoordinatorene hadde ulik stillingsprosent og lokalisering, 22 prosent var ansatt på heltid og 28 prosent var plassert i rådmannens stab (Hagen et al., 2015, s. 597). Folkehelsekoordinatorene som var plassert nærmere kommuneledelsen hadde mer tverrsektorielt samarbeid innen folkehelse (Hagen et al., 2015, s. 604). Studien foreslo at kommunenes implementering av helse i all politikk var forbundet med bruk av folkehelsekoordinatorer i Norge, men ingen faktorer ble relatert til kommunestruktur (Hagen et al., 2015, s. 597).

Helgesen, Fosse og Hagen publiserte en studie i 2017, bestående av litteraturstudie av artikler og rapporter fra 2011 og 2014. Studien undersøkte kommunenes kapasitet til å redusere sosiale ulikheter i helse og hvordan kapasiteten ble bygget opp og opprettholdt (Helgesen, Fosse & Hagen, 2017, s. 77). Konseptet med kapasitet (kapasitetskonseptet) for folkehelse er flerdimensjonalt, og litteraturgjennomgangen indikerer at de følgende dimensjonene er viktige forutsetninger for å bygge kapasitet: styring og ledelse, økonomiske ressurser, partnerskap, organisasjonsstrukturer, arbeidsstyrke og kompetanse, og kunnskapsutvikling (Helgesen et al., 2017, s. 78). *Styring og ledelse* viser til evnen og viljen alle forvaltningsnivåer har til å utvikle og iverksette effektiv folkehelsepolitikk og statens reguleringsverktøy av lover som rammer den lokale implementeringen av folkehelsepolitikk (Helgesen et al., 2017, s. 77-80).

Kommuner implementerer tverrsektorielle arbeidsgrupper og stillingen folkehelsekoordinator for å koordinere folkehelsepolitikk og tiltak (Helgesen et al., 2017, s. 77). *Økonomiske ressurser* ser man blant annet ved iverksettingen av folkehelseloven, da fylkeskommunene fikk økonomiske midler til å øke kompetanse innen folkehelse og rådgiving (Helgesen et al., 2017, s. 80). Finansiering av prosjekter er mulig hvis handlingene samsvarer med nasjonal eller regional politikk, fordi nasjonale og regionale myndigheter definerer hvilke tema og

tiltak kommunen bør prioritere (Helgesen et al., 2017, s. 80). Men kommunen må finne økonomiske løsninger innenfor sitt eksisterende budsjett når de skal iverksette tiltak nedenfra-opp (Helgesen et al., 2017, s. 80). *Partnerskap* samler forskjellige aktører og strukturer, og etableres horisontalt og vertikalt (Helgesen et al., 2017, s. 80). I 2014 ble det observert at fylkeskommunene utviklet regional folkehelsepolitikk, og noen etablerte målrettede prosjekter for at kommunen skulle være med (Helgesen et al., 2017, s. 80). Kommunenes muligheter for å inngå i frivillige partnerskap med fylkeskommunene var ikke likt fordelt. Det var ofte de mest proaktive kommunene som søkte seg inn i prosjektsamarbeid med fylkeskommunene. *Organisasjonsstrukturer* kjennetegnes av hvordan kommunen er organisert for å kunne koordinere politikk for å oppnå folkehelsemål (Helgesen et al., 2017, s. 80). I denne artikkelen identifiseres det to måter for å nå dette målet; tverrsektorielle arbeidsgrupper og ansettelse av folkehelsekoordinator (Helgesen et al., 2017, s. 80). Å ansette folkehelsekoordinatoren i helsesektoren vil definere verdiene og institusjonelle logikker og vil påvirke kapasiteten til å finne løsninger på den tverrovergående utfordringen med å redusere ulikheter i helse (Helgesen et al., 2017, s. 80-81). Hvis folkehelsekoordinatorstillingen var plassert høyt i den administrative kommandokjeden kan det gi dem den nødvendig autoriteten de trenger for å oppnå folkehelsemål (Helgesen et al., 2017, s. 81). *Arbeidsstyrke og kompetanse* refererer til folkehelsekoordinatoren. Det er en forventning om samarbeid gjennom koordinerte tverrsektorielle grupper for å oppnå folkehelsemålene (Helgesen et al., 2017, s. 81). Når koordinatoren er ansatt i høyere stillinger, øker deres bidrag i planprosesser og oversiktsarbeid (Helgesen et al., 2017, s. 81). Kommuner som ansatte koordinator i 90 prosent stilling eller mer (i 2014) brukte oversikten som grunnlag for prioritering av planstrategi og arealplan, og politiske beslutninger som er relevant for politikkområdene som har folkehelseutfordringer (Helgesen et al., 2017, s. 81). For å sikre folkehelsekoordinatoren myndighet for handlingsrom, må hen ha over 70 i stillingsprosent (Helgesen et al., 2017, s. 81). *Kunnskapsbygging* refererer til forbedring av kunnskapsgrunnlaget, altså oversikten (Helgesen et al., 2017, s. 81). For å kunne redusere helseforskjeller må kommunene erkjenne sine utfordringer innen levekår for så å utvikle politikk og tiltak for å kunne møte dem, men det var uklart hvordan oversikten bidro til dette (Helgesen et al., 2017, s. 81). Analysene fra studien indikerte at kapasiteten til å samle inn lokale data og utvikle oversikt ikke var tilstrekkelig utviklet eller at kommunene ikke hadde kapasitet til å analysere eller bruke dem (Helgesen et al., 2017, s. 81). Artikkelen konkluderte med at kapasiteten til å redusere helseforskjeller varierte mellom kommunene (Helgesen et al., 2017, s. 77). Hvis kommunene bygget på forutsetningene de kontrollerte, etablerte tverrsektorielle arbeidsgrupper og ansatte

folkehelsekoordinatorer i autorative posisjoner, iverksette nasjonale samstyringsverktøy og opprettholdt regionale ressurser, kunne kommunene opprettholde kapasiteten (Helgesen et al., 2017, s. 77). For å sikre kommunal kapasitet burde styringsnivåene anses som likeverdige partnere i utvikling av politikk for å kunne redusere helseulikhetene (Helgesen et al., 2017, s. 82).

Mange av disse studiene er en del av SODEMIFA-prosjektet (Addressing the social determinants of health. Multilevel governance of policies at families with children), som undersøker hvordan helsefremmende politikk adresserer sosiale helseforskjeller i Norge (Hagen, Øvergård, Helgesen, Fosse & Torp, 2018, s. 808). Blant annet var baselineundersøkelsen fra 2012 spesielt utviklet for dette prosjektet. En nyere studie, publisert i 2018 av Hagen, Øvergård, Helgesen, Foss og Torp, var også en del av SODEMIFA-prosjektet (Hagen et al., 2018, s. 808). Denne studien så på bruken av folkehelsekoordinator og helseoversikt for å promotere rettferdig fordeling blant sosiale grupper (Hagen et al., 2018, s. 807). Studien ble basert på data fra 2011 og 2014 (Hagen et al., 2018, s. 809). Studien fant ut at 38 prosent av kommunene generelt vurderte rettferdig fordeling blant sosiale grupper i lokal politikktutforming, og 70 prosent vurderte rettferdig fordeling i sine lokale helsefremmende tiltak (Hagen et al., 2018, s. 807). Å utvikle oversikt etter folkehelseloven trådte i kraft, var positivt assosiert med rettferdig fordeling i politiske beslutninger, sammenlignet med kommuner som ikke hadde utviklet oversikt (Hagen et al., 2018, s. 807). Men, ansettelse av folkehelsekoordinator etter implementeringen var negativt assosiert med rettferdig fordeling i helsefremmende tiltak, sammenlignet med kommunen uten koordinator (Hagen et al., 2018, s. 807). Studien konkluderte med at utvikling av helseoversikt kunne bidra til prioritering av rettferdig fordeling blant sosiale grupper med hensyn til de sosiale helsedeterminantene på lokalt nivå (Hagen et al., 2018, s. 807).

1.3 Problemstilling

Det er behov for mer forskning knyttet til kommunalt folkehelsearbeid. Problemstillingen i denne studien er som følger;

Hva er status for oversiktsarbeidet i 2019, og i hvilken grad har kommunestørrelse og sentralitet betydning for arbeidet med oversikt?

I denne oppgaven forskes det på kommunestørrelse i forbindelse med oversikten. Det kan være problematisk å skille mellom store og små kommuner. Kommunestørrelse kan defineres på ulike måter, for eksempel befolkning, areal eller befolkningstetthet. I denne studien defineres kommunestørrelse som folketall, og deles inn i ulike grupperinger med befolkning. Det blir også inkludert sentralitet, for å se på forhold knyttet til geografisk beliggenhet i forhold til tettsteder av ulik størrelse.

2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER

I dette kapittelet blir det presentert ulike teoretiske perspektiver. Blant disse presenteres ulike utfordringer innen det lokale folkehelsearbeidet, som er utviklet av Hege Hofstad.

Perspektivet om samstyring handlet om samarbeid innenfor det kommunale folkehelsearbeidet for å nå lovkravene. Det er ulike definisjoner av samstyring, men denne studien tar utgangspunkt i Røyseland og Vabo, i tillegg til litteratur om governance, som er det internasjonale begrepet for samstyring. Det blir presentert ulike perspektiver på Kommune-Norge og forklart status for 2019. For å knytte funn opp mot teori knyttet til en «kommuneteori», blir det benyttet Dahl og Tufte sin teori om systemkapasitet og borgereffektivitet. Til slutt blir det presentert en teori av Jacobsen og Holtskog om tjenesteytingsparadokset og nærhetseffekten som knyttes sammen med Dahl og Tufte sin teori.

2.1 Kjerneutfordringer i det lokale folkehelsearbeidet

Hege Hofstad har gjennom ulike artikler og rapporter løftet frem tre kjerneutfordringer som fremmer og hemmer lokalt folkehelsearbeid. Disse utfordringene har fått navnene oversettelsesutfordringen, samfunnsutviklingsutfordringen og samstyringsutfordringen.

2.1.1 Oversettelsesutfordringen

Begrepet *oversettelse* betyr å skape en forståelse for hva som innebærer i styringssignalene på helse, folkehelse og planlegging (Hofstad & Bergsli, 2016, s. 7). Verdiene de er tuftet på, implikasjonene av dem og identifisere hvilke styringssignaler som er relevante i hva den lokale konteksten skal oversettes til (Hofstad & Bergsli, 2016, s. 7). Altså, hvordan integrere folkehelsemål i planleggingen. *Oversettelsesutfordringen* går ut på at det må legges grunnlag for utvikling av nye måter å organisere og forstå de nasjonale målene og ambisjonene (Hofstad & Bergsli, 2016, s. 31). Håndteringen av folkehelsekravene kan ses på som en oversettelsesprosess der diffuse og tvetydige nasjonale ambisjoner, statistiske resultater skal tilpasses lokal kontekst (Hofstad, 2014, s. 125). Folkehelsearbeidet kan gjøres håndterbart gjennom å innføre nye måter å forstå og organisere aktiviteten på (Hofstad, 2014, s. 125). Det viktigste virkemiddelet i folkehelsepolitikken sin verktøykasse og kommuniseringen av den brede folkehelsepolitikken (Hofstad, 2014, s. 125). Kommunene trenger tid til å forstå og gjennomføre kravene i lovverket, samtidig som det nasjonale fokuset på folkehelsearbeidet opprettholdes (Hofstad, 2014, s. 125).. Oversettelsesprosessene som setter i verk farges av

styringskultur, kapasitet, kompetanse og eksisterende organisering (Hofstad, 2014, s. 125). For å kunne prioritere arbeidet er det nødvendig at man anerkjenner det komplekse i utfordringen. Det systematiske folkehelsearbeidet står her helt sentralt. Det kan være en utfordring å finne løsninger for å oppnå et akseptabelt nivå for arbeidet med oversikt slik som folkehelseloven paragraf 5 og 6 tilsier, med de ressursene kommunen har. Kommuniseringsen av den brede folkehelsepolitikken er det sterkeste virkemiddelet. Innen folkehelsepolitikken er venstreforskyvingen viktig, og det er viktig at kommunene støtter opp venstreforskyvingen gjennom strukturelle grep. (Hofstad, 2014, s. 125).

2.1.2 Samfunnsutviklingsutfordringen

Innen *samfunnsutviklingsutfordringen* kan man trekke inn de fem prinsippene for folkehelse: medvirkning, utjevning av sosiale helseforskjeller, bærekraftig utvikling, føre var-prinsippet og helse i alt vi gjør. Samfunnsutvikling handler om langsiktige prosesser med mål om å samordne innsats på tvers av sektorer, angi strategisk retning og mobilisere til deltakelse (Hofstad & Bergsli, 2016, s. 7). Folkehelse handler om å skape gode lokalsamfunn der folk ønsker å bo, arbeide og oppholde seg. Folkehelse er en form for samfunnsutvikling, og skal også være langsiktig. Påvirkningsperspektivet i folkehelsepolitikken retter oppmerksomheten på helsedeterminantene, de bakenforliggende faktorene som påvirker økonomiske og sosiale faktorer som påvirker helse og fordelingen av helse i befolkningen (Hofstad & Bergsli, 2016, s. 32). Å redusere de sosiale helseforskjellene tar tid, og da må man planlegge og arbeide langsiktig. Å prioritere det langsiktige folkehelsearbeidet kan være en utfordring når det er «branner som må slukkes». Kortsiktige hensyn vil ofte trumfe de langsiktige og trekke tid og oppmerksomhet fra samfunnsutviklingsoppgavene (Hofstad & Bergsli, 2016, s. 32).

Utfordringene i kommunen kan være innen mangel i økonomiske ressurser og/ eller kompetanse.

I den nye Plan- og bygningsloven kom folkehelse også inn på planleggingsarenaen (Hofstad, 2014, s. 127). Plan- og bygningsloven har som formål å fremme bærekraftig utvikling til det beste for den enkelte, samfunnet og fremtidige generasjoner (Plan- og bygningsloven, 2008, § 1), og deler folkehelse i ambisjonen om gode lokalsamfunn. Det er viktig å løfte folkehelse opp på den lokale agendaen. Lokal planlegging skal arbeide med langsiktige utviklingsmuligheter, diskutere strategiske valg knyttet til samfunnsutvikling og ta stilling til langsiktige mål, utfordringer og strategier (Hofstad & Bergsli, 2016, s. 32).

Samfunnsutviklingsutfordringen går ut på at det langsiktige fornuftige skal ligge til grunn for

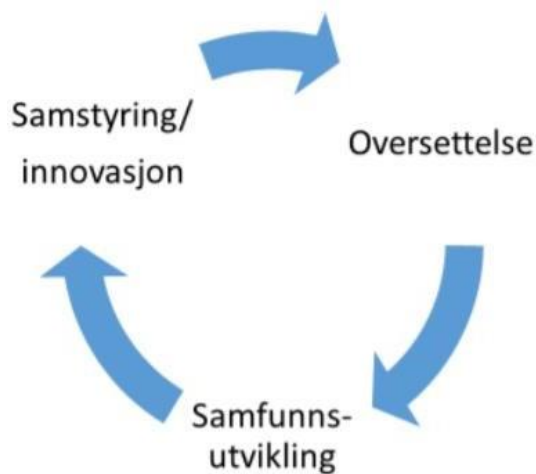
strategier og målsettinger, i tillegg til å holde seg til strategiene over tid (Hofstad & Bergsli, 2016, s. 33). Samfunnsutviklingsutfordringen retter seg spesielt mot politikere og administrativ ledelse i kommunene. Politikere vedtar strategier og planer, administrasjonen arbeider dem fram og iverksetter dem (Hofstad, 2015). Det politiske folkehelseansvaret ligger til formannskap/byråd, og administrativt ligger folkehelseansvaret til rådmann, som folkehelseoven og tilsyn tydeliggjør (Hofstad, 2015). Den største utfordringen ligger i å forankre folkehelse politisk, og det er vanskelig med samfunnsutvikling i tråd med et bredt folkehelsearbeid når det ikke er nok politisk støtte (Hofstad, 2015).

2.1.3 Samstyringsutfordringen

Samstyringsutfordringen blir også kalt samstyring- og innovasjonsutfordringen. Folkehelse skal etableres på tvers av den kommunale organisasjonen, og trekker inn aktører utenfor det offentlige apparatet i planleggingen (Hofstad, 2014, s. 128). Dette kalles samstyring og utfordrer tradisjonell problemløsning og går utenfor organisasjonsmønster (Hofstad, 2015). Samstyring skal skje på tvers av sektorer, og inkludere lokalsamfunnet. I tankemønster, organisering og ønskede politiske resultater er folkehelsearbeid en form for offentlig innovasjon som har mål om å skape innovative praksiser, tjenester og samarbeidsformer som kan bidra til en bedre håndtering av folkehelseutfordringene (Hofstad, 2014, s. 128). Offentlig innovasjon trekker frem kommunepolitikeren og administrativ ledelse i kommunen som to viktige aktører (Hofstad, 2014, s. 128). Politikere er sentrale når store forandringer skal skapes, gjennom å løfte frem visjoner som skal være styrende for forandringene (Hofstad, 2014, s. 128). De er bærere av kunnskap og kompetanse, de skal fange opp hva som oppfattes som samfunnsutfordringer lokalt, og fange opp meninger og holdninger om hvordan utfordringene kan håndteres og omgjøres til innovasjoner som lokalsamfunnet kan ta i bruk (Hofstad, 2014, s. 128-129). Administrative ledere kan bidra til å skape en kultur for innovasjon der det er rom for å foreslå og prøve ut nye ideer og praksiser, og kan spille rollen som mellommann med å organisere prosessen i ulike faser, bygge tillit og løse uoverensstemmelser mellom ulike aktører (Hofstad, 2014, s. 128). En viktig utfordring å ta til etterretning er finansiering. De som finansierer prosjekter og kommunene må finne gode løsninger på hvordan man sikrer at gode prosjekter videreføres til ordinær drift, og hvordan det systematiske folkehelsearbeidet kobles opp mot prosjektfinansieringen (Hofstad, 2014, s. 129). Kommunene må passe på at prosjekter de får støtte til, faktisk er i tråd med utfordringene som kommer frem i oversiktsarbeidet. I utgangspunktet er politikere i kraft av

sitt overordnede ansvar for alle deler av kommunens virksomhet også i en unik posisjon til å redusere betydningen av *silo-organisasjoner* i kommunal virksomhet (Hofstad, 2014, s. 129). De ulike enhetene arbeider innenfor hver sin silo. Gjennom samstyring arbeider man på tvers av sektorer, oppgaver og organisatoriske grenser. Et åpent perspektiv av samstyring inkluderer aktører utenfor kommunen, som for eksempel frivilligheten eller private aktører. Et lukket perspektiv på samstyring finner sted mellom ulike offentlige enheter på statlig eller kommunalt nivå. I siloene finner vi stort sett både fagfolk og politikere. Både politikere og administrative ledere vil ha behov for redskaper som bevisstgjør dem om innovativ tenking og praksis (Hofstad, 2014, s. 129).

Oversettelsen må ligge til grunn for at de to andre prosessene skal komme i gang (Hofstad & Bergsli, 2016, s. 80). Samfunnsutvikling og samstyring vil bringe inn nye forståelser og oversettelser slik at det blir en gjentakende prosess (figur 2) (Hofstad & Bergsli, 2016, s. 80). Disse tre perspektivene peker på utfordringer innen det systematiske, langsiktige og tverrsektorielle folkehelsearbeidet.



Figur 2. Sammenhengen mellom kjerneutfordringene (Hofstad & Bergsli, 2016, s. 80).

2.2 Samstyring og governance

Samstyring defineres (i boken til Røyseland og Vabo) som «den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlig og/eller private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening» (Røyseland & Vabo, 2016, s. 21). Samstyring illustrerer dermed at ulike aktører samarbeider, og at dette samarbeidet har relevans for offentlig styring (Røyseland & Vabo, 2016, s. 21). Det er ingen enkel og avgrensbar teori om samstyring, men en rekke

teoritradisjoner som kan knyttes til samstyring (organisasjonsteori, nettverk, regimer og partnerskap) (Røyseland & Vabo, 2016, s. 23). Empirisk kommer samstyring til uttrykk som organiserte aktiviteter og ulike former for organisert samhandling (Røyseland & Vabo, 2016, s. 27). Definisjonen av samstyring blir i internasjonal litteratur fremstilt som kjernen i *governance*. Governance er et styringskonsept som peker på opprettelsen av nye strukturer som et resultat av samspillet mellom ulike aktører, og retter oppmerksomheten mot maktfordelingen (Amdam, 2011, s. 32). Statlige og ikke-statlige organisasjoner samarbeider om ny planlegging og implementering av strukturer basert på partnerskap mellom offentlig, privat og frivillig sektor, og mellom nasjonalt, regionalt og lokalt nivå (Amdam, 2011, s. 32). Kjernen i governance er at offentlig politikk utvikles og iverksettes gjennom strukturer som er annerledes enn de klassiske, som bygger på hierarki og har et over- og underordningsforhold mellom aktører, også kalt top-down (Røyseland & Vabo, 2016, s. 21-22). Samstyring omfatter horisontale og vertikale relasjoner. Nasjonal og lokal politikk utøves gjennom flernivåstyring, og få saker kan avgjøres lokalt uten at nasjonale styremakter har et ord med i saken (Baldersheim & Smith, 2011, s. 12). Flernivåstyring (på engelsk multilevel-governance) er vertikal samstyring. Vertikal samstyring vil si at oppgaver og ansvar er delt mellom styringsnivåene, og styringsnivåene er avhengig av samarbeid (nasjonalt, regionalt og lokalt) (Røyseland & Vabo, 2016, s. 22). Horisontal samstyring foregår mellom organisasjoner (offentlige, semioffentlige og ikke-offentlige) (Røyseland & Vabo, 2016, s. 22). Samstyring i lokalpolitikk kan ses på ulike måter (Røyseland & Vabo, 2016, s. 28).

Det er tre hovedaspekter av samstyring. Det første aspektet er at aktørene er gjensidig avhengig av hverandre, partene ønsker å oppnå noe som de kun kan få til hvis de jobber sammen i fellesskap (Røyseland & Vabo, 2016, s. 22). Ulike aktører bringer inn ulike ressurser, for eksempel penger, ekspertise eller lokalkunnskap (Røyseland & Vabo, 2016, s. 22). Gjennom å bringe disse ressursene sammen vil de ulike aktørene få til mer i fellesskap enn de får til hver for seg (Røyseland & Vabo, 2016, s. 22). Det andre aspektet er måten beslutninger fattes på (Røyseland & Vabo, 2016, s. 22). Aktørene er gjensidig avhengig av hverandre, og da vil ikke bruk av makt i for eksempel form av kommandoer fungere særlig effektivt (Røyseland & Vabo, 2016, s. 22). Samstyring må basere seg på drøftinger eller forhandlinger, og finner sted i den grad aktørene klarer å diskutere seg frem til løsninger som alle kan slutte seg til (Røyseland & Vabo, 2016, s. 23). Vanligvis styrer det offentlige gjennom lover og regler, men når man styrer gjennom samstyring, støtter man seg på myke styringsmidler og ledelse (Røyseland & Vabo, 2016, s. 23). Den indirekte styringen må støtte

opp under koordineringsprosessene mellom aktørene, men utfallet av prosessene kan i liten grad styres direkte (Røyseland & Vabo, 2016, s. 23). Det tredje aspektet presenterer forsøk på å få til noe, en planlagt og målorientert aktivitet (Røyseland & Vabo, 2016, s. 23). At aktiviteten er målrettet, henger sammen med at samstyring involverer alminnelige organisasjonsprosesser, med at mål må fastsettes, virkemidler må velges, strategier må utformes, og aktiviteter må koordineres (Røyseland & Vabo, 2016, s. 23).

2.3 Kommune-Norge

Denne studien tar utgangspunkt i det lokale nivået, nemlig kommunene. Staten og fylkeskommunene er også relevante, siden folkehelsearbeid er et ansvar for alle forvaltningsnivåer. Forvaltningsnivået i Norge deles inn i stat, fylkeskommune og kommune. Det lokale selvstyret har en sterk tradisjon i Norge. Hvert av forvaltningsnivåene utgjør egne politiske enheter og administrative forvaltningsorgan som skal iverksette politikk. Makt- og oppgavefordelingen mellom de ulike forvaltningsnivåene er et gjennomgående, og stadig tilbakevendende politisk tema (Christensen, Egeberg, Læg Reid & Aars, 2014, s. 16). Formålet med kommuneloven er å fremme det kommunale og fylkeskommunale selvstyret og legge nødvendige rammer for det (Kommuneloven, 2018, § 1-1). Kommuneloven skal legge til rette for det lokale folkestyret og et sterkt representativt lokaldemokrati med aktiv innbyggerdeltakelse – altså medvirkning (Kommuneloven, 2018, § 1-1). Kommuneloven skal tilrettelegge for at kommuner og fylkeskommuner kan yte tjenester og drive samfunnsutvikling til beste for innbyggerne, i tillegg til å tilrettelegge for kommunenes og fylkeskommunenes utøvelse av offentlig myndighet, og bidra til at kommuner og fylkeskommuner er effektive, tillitsskapende og bærekraftige (Kommuneloven, 2018, § 1-1). I Norge er det totalt 358 kommuner per 1. januar 2020 (Lian, 2019). Norge er et langstrakt land med store forskjeller i størrelse, sentralitet, økonomisk situasjon og lederskap. De minste kommunene er små. For eksempel har Norges minste kommune, Utsira, under 200 innbyggere og Oslo, Norges største kommune, har nesten 700 000 innbyggere (SSB). I 2019 hadde rundt 95 kommuner under 2000 innbyggere, og rundt 15 kommuner hadde over 50 000 innbyggere. I 2019 var det 428 kommuner i Norge. Det er ulikheter i antall kommuner i Norge i 2019 og 2020 på grunn av kommunereformen. Kommunereformen som har som mål at gjennom færre og større kommuner, vil kommunene få gode og likeverdige tjenester, sterkere lokaldemokrati, bærekraftige og økonomisk robuste kommuner, og helhetlig og bærekraftig samfunns- og næringsutvikling (Regjeringen, 2020). Kommunereformen blir også

referert til som kommunesammenslåingen.

2.3.1 Perspektiver på Kommune-Norge

Vi kan se på Norges kommuner gjennom ulike perspektiver, og hvert perspektiv setter søkelys på et avgrenset kjennetegn ved det vi kaller en kommune (Jacobsen, 2009, s. 11). De ulike perspektivene som presenteres i denne studien er kommunen som tjenesteprodusent, som politisk arena, som territorium og som en integrert del av den nasjonale politikken.

Vi kan dele de kommunale oppgavene inn i tre hovedgrupper: tjenesteytende funksjoner, forvaltningsoppgaver og samfunnsutvikling (Christensen et al., 2014, s. 145). Tjenesteytende funksjoner er kommunens velferdsoppgaver som utgjør det viktigste kommunale ansvarsfeltet, og tekniske tjenester (Christensen et al., 2014, s. 145). Innenfor velferdsoppgaver er utdannelse, oppvekst og helse og omsorg de viktigste budsjettpostene (Christensen et al., 2014, s. 145). Forvaltningsoppgaver er eksempelvis byggesaker eller sosialstøtte (Christensen et al., 2014, s. 145). Under samfunnsutvikling inngår oppgaver som tettstedsutvikling, næringsutvikling og planlegging av arealbruk (Christensen et al., 2014, s. 145). I perspektivet om kommunen som *tjenesteprodusent* står begrep som etterspørsel, organisering, produktivitet og effektivitet sentralt (Jacobsen, 2009, s. 12). Kommunene skal være de enhetene som distribuerer skattebetalernes penger, og det står da sentralt hvordan kommunen forvalter penger og organiserer tjenesteproduksjonen på best mulig måte (Jacobsen, 2009, s. 12). Kommunen er stort sett produsenter av tjenester, og tjenesteytere i kommunen er for eksempel lærere, sykepleiere, ingeniører m.m. (Jacobsen, 2009, s. 48). Det offentlige skal tilby et sett av tjenester (skolehjelp, sosial omsorg, vedlikeholde veier), og dette skal i stor grad være gratis for de som trenger dem (Jacobsen, 2009, s. 12). Tjenestene skal finansieres indirekte gjennom skatter og avgifter (Jacobsen, 2009, s. 12). Kommunene har utviklet seg til å ha ansvar for en rekke av velferdsstatens viktigste oppgaver, og kommunene er velferdsstatens viktigste tjenesteproduserende organisasjon. (Jacobsen, 2009, s. 48). Enkelte sier da at vi lever mer i velferdskommuner enn velferdsstat (Jacobsen, 2009, s. 12).

Den norske kommunen er organisert etter generalistkommuneprinsippet (Jacobsen, 2009, s. 86). Samtlige norske kommuner, uavhengig av størrelse og antall innbyggere, skal tilby samme spekter av tjenester med (i prinsipp) samme kvalitet (Jacobsen, 2009, s. 86). En kommune med 500 innbyggere skal kunne tilby like gode undervisningstjenester, helsetjenester og renovasjonstjenester som en kommune med 50 000 innbyggere (Jacobsen,

2009, s. 86). Det kan være vanskelig for kommuner å yte så gode tjenester som de ønsker, da kan de inngå interkommunalt samarbeid (Jacobsen, 2009, s. 88). Interkommunalt samarbeid går ut på at to eller flere kommuner inngår i et forpliktende samarbeid om tjenesteyting eller andre kommunale oppgaver (Jacobsen, 2009, s. 88). Kapittel 17 i kommuneloven, om interkommunalt samarbeid, tilsier at interkommunalt samarbeid skal foregå gjennom et interkommunalt politisk råd, kommunalt oppgavefellesskap, vertskommunesamarbeid, interkommunalt selskap, aksjeselskap eller samvirkeforetak, en forening eller på en annen måte som det er rettslig adgang til (Kommuneloven, 2018, § 17-1). Perspektivet om kommunen som *politisk arena* og som en *integrert del av nasjonal politikk* er knyttet tett opp mot hverandre. Politikk handler om fordeling av goder og byrder (Jacobsen, 2009, s. 94). Norge er organisert som et representativt demokrati, og alle over 18 år kan stemme (Jacobsen, 2009, s. 13). På nasjonalt nivå stemmer man på representanter til Stortinget, og på lokalt nivå stemmer man på representanter til kommunestyret (Jacobsen, 2009, s. 13). Alle kommuner har en pågående kamp om knappe ressurser, der politiske partier står opp mot hverandre og administrasjonen, enkeltindivider og organisasjoner i kommunene ønsker å få oppfylt sine ønsker (Jacobsen, 2009, s. 13). Nasjonal valgkamp dreier mye om hvilket parti som kan levere de beste løsningene på områder kommunene har hovedansvar for (Baldersheim & Smith, 2011, s. 12). Politiske og byråkratiske karrierer kan stå og falle på at samspeillet mellom stat og kommune fungerer bra (Baldersheim & Smith, 2011, s. 12). Kommunene er en del av det nasjonale politiske styringssystemet, og alt som skjer i den norske offentlige sektoren er nasjonal politikk (Jacobsen, 2009, s. 13). Kommuner er i mange tilfeller opprettet for å være i stand til å kunne utføre oppgaver på vegne av staten (Jacobsen, 2009, s. 13). Kommunene har en reell frihet fra nasjonale myndigheter. Et av de mest omdiskuterte politiske temaene i Norge er balansen mellom det å være en del av et nasjonalt styringssystem og det å være en autonom enhet (Jacobsen, 2009, s. 13-14). Norske kommuner nyter en relativt høy grad av autonomi fra sentral styring (Christensen et al., 2014, s. 141). Autonomi dreier seg om lokale aktørers mulighet til å gjøre selvstendige prioriteringer i typen av og standarden på tjenestene som tilbys lokalt (Christensen et al., 2014, s. 141). Autonomi påvirkes av formelle og legale forhold, hvorvidt oppgavene er obligatoriske eller frivillige, belønnings- og sanksjonspraksis og den finansielle styringen (Christensen et al., 2014, s. 141). Det er viktig for statlige styresmakter å ha kontroll med kommunene når kommunene blir statsbærende institusjoner (Baldersheim & Smith, 2011, s. 12). Perspektivet om kommunen som et *territorium*, omtales heretter som *geografisk avgrenset område*. Kommunen fremstiller der mennesket bor og arbeider (Jacobsen, 2009, s. 12).

Folketallet i en kommune bestemmes av antall fødte i forhold til antall døde og antall innflyttere i forhold til utflyttere (Jacobsen, 2009, s. 27). Innflyttere kan komme fra andre kommuner eller fra andre land (Jacobsen, 2009, s. 27). Det er to klare trender i flyttingen i Norge; det skjer en flytting av mennesker fra nord til sør og det skjer en flytting inn til byene, og de største byene (Jacobsen, 2009, s. 29). Dette kan vi kalle en sentralisering i Norge, og sentraliseringen skaper spesielle utfordringer for kommunene som opplever vekst, og for kommunene som opplever tap eller nedgang (Jacobsen, 2009, s. 29). De som opplever fraflytting kan få utfordringer knyttet til eksempelvis å opprettholde gode skoletilbud, eller aldrende befolkning som i liten grad gir kommunen skatteinntekter (Jacobsen, 2009, s. 29). Tilflytting kan skape utfordringer med tanke på å skaffe boliger og skoletilbud til alle, og økning i trafikk. Det er da viktig at tjenesteyting, forhold til staten og politiske forhold til kommunen formes av disse forholdene (Jacobsen, 2009, s. 29). Det er en klar tendens til at befolkningsveksten kommer i de store kommunene, mens de minste mister mennesker (Jacobsen, 2009, s. 28). En kommune med lang kystlinje har en annen etterspørsel etter næringsarealer enn innlandskommunene, og slike forhold bestemmer hva som står øverst på den lokale, politiske agendaen (Jacobsen, 2009, s. 44). Beliggenhet med tilhørende befolkning og næringsliv vil også i stor grad påvirke forholdet mellom staten og det lokale (Jacobsen, 2009, s. 45). Noen kommuner er sentrale for å opprettholde spredt bosetting og vil få tilskudd knyttet til distriktpolitikk, i andre kommuner vil fraflytting være et problem, som også må håndteres gjennom ulike statlige ordninger og tilskudd (Jacobsen, 2009, s. 45). Kommunene er velferdsstaten i funksjon i tillegg til politiske institusjoner som kan ses på som et uttrykk for folkeviljen innen et geografisk område (Fimreite & Grindheim, 2007, s. 117). De har selvstendig ansvar for å regulere sin virksomhet og realisere de offentlige goder innbyggerne måtte ønske (Fimreite & Grindheim, 2007, s. 117).

2.4 Borgereffektivitet og systemkapasitet

Denne oppgaven kan knyttes opp mot Dahl og Tufte sin teori fra 1973, og Jacobsen og Holtskog fra 2013. Disse teoriene ses på i sammenheng med hvordan kommunestørrelse og sentralitet påvirker arbeidet med oversiktsarbeidet i kommunene. Dahl og Tufte mente at det ideelle demokratiske systemet er et som tilfredsstillende i det minste følgende to kriterier om borgereffektivitet og systemkapasitet (Baldersheim & Smith, 2011, s. 76).

Begrepet *borgereffektivitet* omhandler det lokale demokratiet, og borgernes mulighet for politisk deltakelse og innflytelse (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 408). Borgereffektiviteten vil

øke jo mindre kommunen er (befolkningsmessig) med at små enheter er mer åpne for et direkte valgengasjement i beslutningsprosessene (Baldersheim & Smith, 2011, s. 76). Dette vil si at i små kommuner med mindre folketall vil borgere ha mer innflytelse i politiske beslutninger, og i større kommuner med høyere folketall vil befolkningen ha mindre innflytelse i politiske beslutninger.

Begrepet *systemkapasitet* handler om lokalsamfunnets evne til å løse konkrete problemer, og kunne tilby borgerne varer og tjenester på en kvalitativ god og kostnadseffektiv måte (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 408). Systemkapasitet handler også om hvordan de politiske enhetene er i stand til å tilfredsstille borgernes kollektive preferanser eller behov (Baldersheim & Smith, 2011, s. 76). Systemkapasitet henger også sammen med kommunestørrelse, ved at jo større kommunen (politisk enhet) er desto større kapasitet har kommunen (Baldersheim & Smith, 2011, s. 76). De finansielle forholdene spiller også inn (Baldersheim & Smith, 2011, s. 76). En kommune med solid inntektsgrunnlag vil ha større kapasitet til å imøtekomme krav fra velgere enn «fattigere» kommuner (Baldersheim & Smith, 2011, s. 76).

Borgereffektivitet og systemkapasitet fremstilles som en dikotomi, forholdene vil stå i konflikt med hverandre (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 411). Større kommuner vil ha høyere systemkapasitet og lavere borgereffektivitet. Mindre kommuner vil ha lavere systemkapasitet og høyere borgereffektivitet.

2.4.1 Tjenesteytingparadokset og nærhetseffekten

Jacobsen og Holtskog trekker frem et paradoks mellom kommunestørrelse og tjenesteyting, som fikk navnet *tjenesteytingsparadokset*. Paradokset henvendes til korrelasjonen mellom kommunestørrelse og subjektive og objektive mål på systemkapasitet (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 409). Eksempler på objektive mål kan være kommuners mulighet til å utnytte stordriftsfordeler, og å rekruttere og holde på høyt kvalifisert personale (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 409). Eksempel på subjektive mål kan være innbyggernes fornøydhet med tjenestetilbud i kommunen (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 410). Løsningen på paradokset knytter Jacobsen og Holtskog til *nærhetseffekten*. De argumenterer for at små kommuner sin nærhet til innbyggere kan betraktes som en systemkapasitet som kan kompensere for manglende ressurser (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 410). At de som bestemmer, fordeler og yter tjenestene kjenner sine mottakere (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 410). Små kommuner kan ha lettere for å dekke ønsker og behov blant innbyggerne, være mer lydhøre og fleksible i

forhold til endringer blant innbyggerne (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 410-411). Små kommuner vil yte bedre service enn store kommuner på grunn av mindre forhold og mer personlig kjennskap og kontakt mellom bruker og tjenesteyter (kommune) (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 408-409). Nærhet knyttes først og fremst til borgereffektivitet (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 411). Innen borgereffektivitet er det en antakelse om at det vil foreligge en negativ korrelasjon mellom størrelse og demokrati, der demokratiet vil fungere bedre i små enheter enn store (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 411). Dahl og Tufte argumenterer også for at det vil være en positiv korrelasjon mellom størrelse og systemkapasitet, med at større systemer vil ha større ressurser og da yte bedre tjenester (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 411). Størrelse vil åpne opp for stordriftsfordeler, som fører til spesialiserte tjenester og at enkeltmennesker kan fordype seg og spesialisere seg i sitt fagområde (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 411). Tilnærmingen med at borgereffektivitet og systemkapasitet går på bekostning av hverandre, fordi det i liten grad kan være et klart skille mellom politikk, og administrasjon og tjenesteyting (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 411-412). Politikk, administrasjon og tjenesteyting henger sammen. Tjenesteyting kan betraktes som en kjede av beslutninger fra overordnet politisk nivå, som går gjennom et administrativt nivå som foretar fordeling av konkrete tjenester, til operativt nivå som gir ytelse til enkeltindivider (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 412). Tjenestekvalitet avhenger av beslutningene som foretas på disse nivåene, og nærhetseffekten vil være positiv på alle tre områder (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 412). På politisk nivå blir det hele tiden foretatt prioriteringer mellom eller innenfor tjenesteområder (for eksempel hvor mye penger som skal til skolene), og nærheten mellom innbyggerne og politiske representanter fører til informasjon mellom preferanser blant innbyggerne, og kan da føre til mer presise og treffsikre prioriteringer (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 412). På administrativt nivå er beslutninger knyttet til hvordan fordeling av tjeneste foretas (for eksempel hvem som skal få plass på sykehjem) (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 412). Det er større sannsynlighet for at innbyggere har lettere tilgang til administrativt nivå i små kommuner med nærhet og bekjentskap, og da større sannsynlighet for at den som mottar henvendelsen fra en innbygger har kjennskap til denne og da deres behov (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 412). Da har man større sannsynlighet for å komme i kontakt med riktig person eller enhet (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 412). Små systemer fører til større nærhet til de som arbeider i systemet (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 412-413). På operativt nivå kan nærhet deles inn i to grupper (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 413). Den første er større sannsynlighet for at tjenesteyter og mottaker kjenner hverandre, den andre er at det er færre personer å forholde seg til (motsatt fra større kommuner) (Jacobsen & Holtskog, 2013, s.

413). Det blir da argumentert *mot* Dahl og Tufte sin teori om borgereffektivitet og systemkapasitet, med at små kommuner kan ha en høyere systemkapasitet enn store hvis et systems evne til å yte gode tjenester er en viktig systemkapasitet.

3.0 METODE

I dette kapitlet blir det presentert hvilket forskningsprosjekt dataene som er brukt kommer fra. Dette forskningsprosjektet var jeg selv en del av. Som en følge av dette vil jeg presentere gjennomføring av datainnsamlingen, fra utvikling av spørreskjema, innsamling av kontaktinformasjon, og innsamling av datamaterialet. Etter dette presenteres svarprosent for prosjektet gjennom tekst og tabeller. Deretter presenteres de statistiske metoder som ble brukt for å svare på problemstillingen. Til slutt presenteres de forskningsetiske vurderinger som ble tatt gjennom prosjektet.

3.1 Forskningsprosjektet FLINK 2019

Denne studien er en del av det samfunnsvitenskapelige forskningsprosjektet *Folkehelsearbeid i norske kommuner 2019* (FLINK 2019). FLINK 2019 hadde blant annet som formål å kartlegge status for det kommunale folkehelsearbeidet slik det fremstod i 2019. Alle norske folkehelsekoordinatorer ble bedt om å redegjøre for viktige elementer knyttet til den praktiske utførelsen av deres arbeid. Det er utført flere slike undersøkelser tidligere, men det var per 2019 uklart hvor mange kommuner som hadde gjennomført oversiktsarbeidet, og hvor mange kommuner som hadde forankret oversikten, eller som planla å gjøre det i etterkant av kommunestyrevalget i 2019. Det var også uklart hvilke roller kommunale folkehelsekoordinatorer selv ønsket å spille, og hvilke forventninger folkehelsekoordinatorene møtes med av kommunen, frivillig sektor og av folkevalgte. Hensikten med forskningsprosjektet var å kartlegge disse uklare områdene og beskrive suksessfaktorer og variasjon mellom ulike kommunegrupper med hensyn til disse suksessfaktorene for lokalt folkehelsearbeid.

Forskningsprosjektet FLINK 2019 brukte en kvantitativ forskningsstrategi. Hensikten med å benytte kvantitativ metode er å samle inn informasjon som lett kan systematiseres og som kan legges inn på datamaskiner i standardisert form slik at man kan analysere mange enheter samlet (Jacobsen, 2016, s. 251). Kvantitative studier baserer seg på at kategorisering og presisering av sentrale begreper gjøres før undersøkelsen kan gjennomføres, slik at man kan lage en effektiv statistisk analyse der man kan trekke inn mange enheter (Jacobsen, 2016, s. 251). Forskningsdesignet som benyttes i studien er tverrsnittundersøkelse.

Tverrsnittundersøkelser ser på data fra ett bestemt tidspunkt eller en avgrenset og kort periode, og gir et øyeblikksbilde av fenomenet vi studerer (Johannessen, Tuft &

Christoffersen, 2019, s. 70). Denne undersøkelsen kan ses i sammenheng med tidsseriedata, siden den bygger på tidligere undersøkelser med samme tema. Tidsserieundersøkelser undersøker samme tema på ulike tidspunkt (Johannessen et al., 2019, s. 71). FLINK 2019 ble gjennomført i perioden mai til september 2019. Den bygger ikke direkte på de andre undersøkelsene, og er derfor ikke en longitudinell undersøkelse. NIBR-rapporter fra 2011 og 2014 omhandlet samme tematikk som gjør at man til en viss grad kan bruke resultater fra disse rapportene for å vurdere endringene i folkehelsearbeidet i norske kommuner, over tid (Schou et al., 2014, s. 7).

3.2 Gjennomføring av datainnsamling

3.2.1 Utvikling av spørreskjema

Prosjektgruppen ble etablert høsten 2018. Det ble systematisk gjennomgått tidligere undersøkelser, rapporter og utredninger. Gjennom høsten 2018 og vinteren 2019 ble det gjennomført samlinger angående prosjektet, og studentene utformet hver sin projektskisse med ulike tema som de ville undersøke innenfor forskningsprosjektet. Ut ifra dette startet utforming av spørreskjema januar 2019. Vi startet med å utvikle spørsmål til spørreskjema. Selve undersøkelsen ble opprettet 8. januar. Spørreskjemaet ble utviklet i systemet SurveyXact™ som Universitetet i Agder har databehandleravtale med (vedlegg 3). Gjennom jevnlig møter i løpet av månedene januar til mai møttes studentene og veileder i gruppeveiledninger for å arbeide med spørsmål til spørreskjemaet. Studentene tilførte tematiske spørsmål med relevans til sine individuelle oppgaver. Studentene diskuterte ulike formuleringer til hverandre sine spørsmål og samarbeidet også om en del spørsmål. Det ble brukt tid til å finslipe spørsmål og svaralternativer for å unngå misforståelser eller feiltolkninger. Utarbeidelsen av spørreskjemaet foregikk frem til 10. mai. Spørreskjema bestod da av 65 spørsmål. Det ble gjennomført en pretest som ble sendt til et utvalg på 10 fylkeskommunalt ansatte folkehelsekoordinatorer, med svarfrist 10. mai. Etterpå ble det gjennomført en revisjon på bakgrunn av respons på pretesten. Enkelte spørsmålsformuleringene ble justert og fem spørsmål ble fjernet. Til slutt endte vi opp med et spørreskjema på til sammen 60 spørsmål. Det endelige spørreskjemaet er vedlagt (vedlegg 4).

3.2.2 Datainnsamling

Kontaktinformasjon til respondentene ble innhentet fra januar til mars 2019. Studentene innhentet e-postadressene til respondentene gjennom først å kontakte fylkeskommunene for å høre om de hadde kontaktinformasjonen til folkehelsekoordinatorene i deres fylke.

Fylkeskommunene som hadde kontaktinformasjonen til folkehelsekoordinatorene i sine fylker, ga denne informasjonen til studentene. Det var ikke alle fylkeskommunene som hadde en slik liste. Da måtte studentene selv gå inn til hver kommunes hjemmeside og innhente denne informasjonen. Ikke alle hadde informasjonen tilgjengelig, vi måtte da ringe til kommunene for å få kontaktinformasjonen vi trengte.

I Norge var det totalt 428 kommuner på tidspunktet data ble samlet inn. Utvalget og populasjonen for undersøkelsen var 428 folkehelsekoordinatorer. Vi fikk til sammen innhentet informasjon og utsendt endelig spørreskjema til 388 unike folkehelsekoordinatorer blant de 428 kommunene. For de øvrige kommunene ble spørreskjemaet sendt til kommunenes postmottak. Spørreskjemaet ble første gang utsendt 27. mai. 4. juni ble det sendt ut en automatisk purring til 300 respondenter, og en andre purring ble utsendt 20. juni (n=241). Det ble gjennomført telefonpurring i løpet av august og september. Selve undersøkelsen var åpen gjennom sommeren. Det ble en revisjon i enkelte kontakter på grunn av sykdom og permisjon. Gjennom telefonpurringene fikk vi tilbakemelding om diverse sykemeldinger eller permisjoner, og vi fikk da andre respondenter å kontakte. Undersøkelsen ble lukket 4. september 2019.

3.3 Svarprosent

Det ble mottatt svar fra totalt 264 kommuner. Hvis vi ser på dette i forhold til norske kommuner per 2019, var det totalt 428 kommuner i Norge. Går man ut ifra 428 kommuner er svarprosent 61. På grunn av kommunesammenslåingen var antallet norske kommuner fra 1.1.2020, 356. Noen kommuner var allerede i gang med kommunesammenslåing da spørreskjemaer ble utsendt, dette har konsekvenser for svarprosenten i studien. Av de 47 kommunene som skal slås sammen mottok vi svar fra 41 av disse. På grunnlag av dette kan vi ikke være helt sikre på den endelige svarprosenten, som ligger et sted mellom 61 % og 71.9 %. Vi hadde mange spørsmål i vår undersøkelse. Grunnen til dette var at vi var mange studenter med forskjellige innfallsvinkler og problemstillinger, da ble det mange temaer og da mange spørsmål. Lengden på spørreskjemaet kan ha konsekvenser for svarprosent. Nedenfor

ser man nærmere på respondentene, gjennom inndeling i svarprosent i kommuner og fylker. I tillegg presenteres de innsamlede svarene inndelt i folketall og sentralitet.

Tabell 1. Svar inndelt i fylkeskommuner

	Antall svar	Antall kommuner	Svarprosent
Østfold	13	18	72,2
Akershus	18	22	81,8
Hedmark	8	22	36,4
Oppland	13	26	50,0
Buskerud	13	21	61,9
Vestfold	7	9	77,8
Telemark	17	18	94,4
Aust- Agder	12	15	80,0
Vest- Agder	10	15	66,7
Rogaland	18	26	69,2
Hordaland	25	33	75,8
Sogn og Fjordane	13	26	50,0
Møre og Romsdal	7	35	20,0
Nordland	29	44	65,9
Troms	14	24	58,3
Finnmark	10	19	52,6
Trøndelag	37	48	77,1
Totalt	264	421	62,7

Tabell 1 viser svar inndelt i fylkeskommuner. Tabellen inneholder 17 fylkeskommuner. Fylket med høyest svarprosent var Telemark med 94.4 prosent. Fylket med lavest svarprosent var Møre og Romsdal med kun 20 prosent. En konsekvens av dette kan være at kommuner i Møre og Romsdal fylke blir underrepresentert i studien, og kommuner i Telemark fylke blir overrepresentert.

Tabell 2. Svar inndelt i kommunestørrelse

	Antall svar	Antall kommuner	Svarprosent
< 2000	47	95	49,5
2000-4999	69	125	55,2
5000-9999	54	89	60,7
10000-19999	44	54	81,5
20000-29999	20	27	74,1
30000-49999	16	16	100,0
> 50 000	14	15	93,3
Totalt	264	421	62,7

I tabell 2 ser man at høyere folketall i kommunene tilsvarer høyere svarprosent. Av kommuner med under 2 000 innbyggere hadde under 50 prosent av kommunene svart på undersøkelsen. I denne kategorien var det totalt 95 kommuner, og bare 47 av disse kommunene hadde svart på undersøkelsen. Det var flest kommuner (125 stk) som hadde 2 000-4 999 innbyggere, og av disse var det 55,2 prosent av kommunene som har svart på undersøkelsen. Alle kommunene som hadde 30 000-49 999 innbyggere svarte på undersøkelsen (totalt 16 kommuner).

Tabell 3. Svar inndelt i sentralitet

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

Tabell 3 viser at de mest sentrale kommunene har en svarprosent på 100 prosent. Det var seks kommuner som inngikk i gruppen mest sentrale. De minst sentrale kommunene hadde en svarprosent på 40,8 prosent. Det var tydelig at de mer sentrale kommunene hadde høyere svarprosent enn de mindre sentrale kommunene. Det var en stigende svarprosent etter kommunenes sentralitet.

3.4 Statistisk metode

3.4.1 Variabler

Spørreskjemaet ble utviklet av forskningsgruppen. Undersøkelsen ble delt inn i flere deler, hvorav den første delen bestod av bakgrunnsspørsmål om deres stilling. Den andre delen bestod av spørsmål om arbeidsbakgrunn. Den tredje delen omhandlet organisering og prioritering av folkehelsearbeidet i kommunen. Del fire handlet om hva folkehelsekoordinatorene oppfattet som sin rolle, og forventninger til sin posisjon. Den femte delen handlet om hvilke tiltak som var mest viktig i kommunen i forhold til barn, ungdom, voksne eller eldre. Del seks handlet om faktorer knyttet til planarbeid og innflytelse på utviklingen i kommunen. Den syvende og siste delen inneholdt spørsmål om respondentene. For å svare på min problemstilling ble det brukt spørsmål fra del seks, faktorer knyttet til planarbeid og innflytelse på utviklingen i kommunen. Spørsmålene (variablene) med verdi som ble benyttet presenteres nedenfor i tabell 4.

Tabell 4. Variabler

Variabelnummer	Variabel	Verdi
31	Har kommunen utarbeidet en egen oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, jfr. folkehelseovens § 5?	Ja, nei, under utarbeiding
32	Dersom helseoversikten er under utarbeiding, når forventes den ferdigstilt?	Årstall ¹
33	Dersom ja, når ble denne ferdigstilt første gang?	Årstall ¹
34	Er helseoversikten tilgjengelig på kommunens nettsider?	Ja, nei
35	I hvilken grad har kommunen benyttet den nasjonale veilederen i utarbeidelsen av helseoversiktsdokumentet?	Ordinal skala, 1-6 (1=ikke i det hele, 6=i svært stor grad) ²
37	Har kommunen benyttet eksterne konsulenter i utarbeidelsen av helseoversikten?.	Ja, nei
38	I hvilken grad har du fått bistand fra fylkeskommunen i utarbeidelsen av helseoversikten?	Ordinal skala, 1-6 (1=ikke i det hele, 6=i svært stor grad) ²
39	Har kommunen samarbeidet med andre kommuner i utarbeidelse av helseoversikten?	Ja, nei
40	Skal oversikten revideres i løpet av 2019/2020?	Ja, nei, vet ikke
41	I forhold til kommunevalget i 2019, vil helseoversikten bli drøftet i forhold til kommunal planstrategi som forutsatt i folkehelseovens § 6?	Ja, nei, vet ikke
44	Har kommunen nedsatt egne tverrsektorielle arbeidsgrupper/fora for folkehelsearbeid?	Ja, nei

¹ Noen få skrev inn antall år når/siden den blir/ble ferdigstilt.

² I tabellform er disse slått sammen til tre kategorier. I analysen er originale verdier benyttet (disse verdiene er slått sammen til tre kategorier).

3.4.2 Statistiske analyser

Alle analysene i denne studien ble gjennomført med statistikkprogrammet IBM SPSS versjon 25. Data ble overført til SPSS direkte fra SurveyXact™. Grenseverdi for statistisk signifikans ble satt til $p < 0,05$, og blir merket med uthevet skrift i tabellene. For å markere mulige tendenser i datamaterialet er også p-verdier mellom 0,05 og 0,10 kommentert. Tendens blir markert med kursiv i tabellene. Data presenteres som antall (N) og prosent (%) eller median og 25-75 % kvartil.

3.4.2.1 Deskriptiv statistikk

For å finne antall og prosent (deskriptive data) ble det gjennomført frekvensanalyse for variablene 31, 34, 37, 39, 40, 41 og 44. Variabel 35 (nasjonal veileder) og 38 (bistand fra fylkeskommunen) ble rekodet fra 6 grupper til tre grupper (i liten grad, noen grad, i stor grad). Deretter ble det kjørt frekvensanalyse på de rekodede variablene for å finne ut antall og prosent. Variabel 32 (forventes ferdigstilt) og 33 (ferdigstilt første gang) er variabler på skalanivå, og det ble kjørt frekvensanalyse for å finne median og 25-75 % kvartil. Variabel 33 (ferdigstilt første gang) ble senere rekodet for å se hvor mange kommuner som ferdigstilte oversikten for første gang inndelt i årstall (gruppert) (<2012=1, 2013-2015=2, >2016=3). Variabel 34, 37, 39 og 41 var naturlig dikotomvariabler. Variablene 31, 40 og 41 ble i tabell 6 brukt som originale variabler, men ble endret til dikotom for analysene gjennomført i tabell 7 og 8. Variablene ble endret til dikotomiene ja, nei / under utarbeiding og ja, nei / vet ikke.

3.4.2.2 Folketall og sentralitet

Registerdata fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) på folketall og sentralitet ble koblet til vår database med kommunenummer som identifikator. Folketall er av SSB registrert per 1.1.2019. *Sentralitetsindikator* er gradert fra 0-1000 der lavere verdier angir minst sentrale kommuner. SSB angir også sentralitet som en seksgradert skala (tabell 5). *Sentralitet* er et analytisk begrep som brukes når man skal forstå og forklare regionale mønstre. Sentralitet handler om avstand, altså hvor lett eller vanskelig tilgangen til det meste av det man har bruk for i hverdagen som arbeidsplass, skole, helsetjenester, butikker eller kulturtilbud m.m. (SSB, 2017, s. 6). Beregning av sentralitetsindeksen er basert på reisetid til arbeidsplasser (antall arbeidsplasser de som bor i den enkelte grunnkrets kan nå med bil i løpet av 90 minutter) og servicefunksjoner (hvor mange ulike servicefunksjoner de som bor i den enkelte grunnkrets kan nå med bil i løpet av 90 minutter) fra alle bebodde grunnkretser (SSB, 2017, s. 4).

Tabell 5. Sentralitetsnivåer med verdier, antall kommuner, antall innbyggere og andel av lavest innbyggere (prosent). 1.1.2017 med kommunegrenser for 1.1. 2018 (SSB, 2017, s. 22).

Gruppe	Intervall	Antall kommuner	Antall innbyggere	Andel av innbyggere
Nivå 1: Mest sentrale kommuner	930-1000	7	1.028.323	19,6
Nivå 2: Nest-mest sentrale kommuner	870-929	23	1.207.202	23,0
Nivå 3: Mellomsentrale kommuner 1	770-869	64	1.425.313	27,1
Nivå 4: Mellomsentrale kommuner 2	650-769	90	862.188	16,4
Nivå 5: Nest-minst sentrale kommuner	550-649	113	491.726	9,4
Nivå 6: Minst sentrale kommuner	0-549	125	243.565	4,6

I tabell 5 er sentralitetsindeksen delt inn i seks sentralitetsnivåer. Antall innbyggere i gruppene er et viktig kriterium for inndelingen, og utgangspunktet er en normalfordeling etter befolkning med flest innbyggere i de midterste gruppene (SSB, 2017, s. 21). Det er færre innbyggere i de minst sentrale enn i de mest sentrale gruppene, de minst sentrale kommunene er en stor gruppe med mange kommuner med få innbyggere i hver (SSB, 2017, s. 21).

Gruppene er inndelt slik at analysene kan gjennomføres slik at det ikke blir grupper med for få innbyggere og analysene blir usikre på grunn av for små verdier (SSB, 2017, s. 21). Tabell 5 viser at nivå 6 nesten har 30 prosent av kommunene, og i underkant av 5 prosent av landets innbyggere befinner seg i denne gruppen (SSB, 2017, s. 22).

For å lette den *tabellariske* fremstillingen ble folketallvariabelen rekodet fra syv kategorier til fire kategorier (1- <2000 innbyggere, 2- 2000-4999 innbyggere, 3- 5000-1999 innbyggere, 4- >20000 innbyggere). På samme måte ble sentralitetsvariabelen rekodet fra seks kategorier til tre kategorier (1- mest sentrale kommuner, 2- mellom-sentrale kommuner, 3- minst sentrale kommuner). Statistiske analyser ble gjennomført via de originale verdiene for folketall og sentralitetsindeks 0-1000. Normalfordeling ble vurdert ut fra differansen mellom median/gjennomsnitt og visuell vurdering av histogram. Vi fant at variablene ikke var tilfredsstillende normalfordelt og det ble anvendt ikke-parametriske tester i den statistiske bearbeidingen av data. Man bruker ikke-parametriske tester når man har data som måles på nominalnivå og ordinalnivå (kategoriske og rangordnede), når man har mindre utvalg og når dataene ikke når opp til kravene for parametriske tester (dataene er skjevfordelt) (Pallant, 2016, s. 214). Ikke-parametriske tester er mindre følsomme enn parametriske, og benyttes primært når man sammenligner grupper (Pallant, 2016, s. 214-215).

Mann-Whitney U-test er en ikke-parametrisk test som ser på forskjeller mellom to uavhengige grupper på kontinuerlig målenivå, og sammenligner medianverdiene i de to utvalgene (Pallant, 2016, s. 230). Denne analysen ble brukt på variablene som var originalt dikotom (34, 37, 39 og 44) og variabler som ble omgjort til dikotom (31, 40 og 41). I tillegg ble Mann-Whitney U-test brukt til å analysere variabel 32.

Kruskal-Wallis-test (også kalt Kruskal-Wallis H Test) er en ikke-parametrisk test som benyttes når man skal sammenligne kontinuerlige variabler med tre eller flere grupper (Pallant, 2016, s. 236). Kruskal-Wallis-testen ligner på Mann Whitney U-testen. Ved Mann Whitney U sammenlignes to grupper, men ved Kruskal-Wallis benyttes tre eller flere grupper. Kruskal-Wallis-test ble brukt for å se på ordinalvariabel mot skalavariabel, og ble benyttet til variablene 35 og 38.

Korrelasjon mellom skjevfordelte variabler ble beregnet gjennom *Spearman's korrelasjonskoeffisient*. Dette var relevant for variabel 33. Spearman's korrelasjonskoeffisient ble brukt for å se på bivariat samvariasjon mellom skjevfordelte variabler (Bjørndal & Hofoss, 2012, s. 123).

3.5 Forskningsetiske vurderinger

Forskning må underordne seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer (Johannessen et al., 2019, s. 83). Samfunnsvitenskapelige undersøkelser fører til konsekvenser både for de som undersøker og de som blir undersøkt (Jacobsen, 2016, s. 45). På grunn av dette er det viktig at forskere i forkant og underveis gjennomgår hvilke etiske konsekvenser som kan komme av undersøkelsen (Jacobsen, 2016, s. 45).

3.5.1 Etisk godkjenning

Det ble sendt søknad til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), for FLINK 20109 som et forskningsprosjekt ved Universitetet i Agder 01.05.2019. NSD vurderte prosjektet og det ble godkjent 20.05.2019 (referansenummer 902924). NSD vurderte at behandlingen av personopplysninger i prosjektet var i samsvar med personvernlovgivingen. Prosjektperioden ble satt fra 20.05.2019 til 31.12.2030 (se vedlegg nummer 1). Det ble også sendt søknad for denne studien til Fakultetets Etiske komité ved Universitetet i Agder (FEK). Studien ble godkjent 27.05.2019 (se vedlegg nummer 2).

3.5.2 Informert samtykke

Personopplysningsloven stiller krav til samtykke (Johannessen et al., 2019, s. 90). Samtykket skal være en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra den opplysningene gjelder, om at vedkommende godtar behandling av opplysninger om seg selv (Johannessen et al., 2019, s. 90). Alle respondentene måtte samtykke før de kunne gå videre til undersøkelsen. Samtykket ble gitt elektronisk. Kravet om informert samtykke skal være basert på at den som blir undersøkt vet hva det å delta kan medføre (Jacobsen, 2016, s. 47). Informasjon om dette ble formidlet gjennom informasjonsskriv og prosjektskisse som ble vedlagt i invitasjonen. Prosjektskissen inneholdt hvem som var ansvarlig forsker og prosjektleder, hvilke forskningsarbeidere som var en del av undersøkelsen, bakgrunn for studien, metode, hvordan data ville bli oppbevart og hvordan resultatene av studien ville bli formidlet. Kravet om informert samtykke inneholder fire hovedkomponenter: kompetanse, frivillighet, full informasjon og forståelse (Jacobsen, 2016, s. 47). I denne undersøkelsen skulle vi se på status for arbeids- og organisasjonsbetingelser hos folkehelsekoordinatorer i norske kommuner. Vi la grunn til at alle respondentene ville ha samtykkekompetanse. Det kan være at noen har blitt presset fra øvre hold til å gjennomføre undersøkelsen, men det var mulig å trekke sitt samtykke. Samtykke kunne trekkes tilbake ved å kontakte førsteamanuensis Tor-Ivar Karlsen gjennom telefon eller e-post. Hvis de registrerte ønsket å få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv, kunne de kontakte førsteamanuensis Tor-Ivar Karlsen via telefon eller e-post. På første side av spørreundersøkelsen blir det opplyst at opplysningene vil bli behandlet konfidensielt i samsvar med personregelverket, og at ingen enkeltpersoner eller kommuner ville gjenkjennes i det publiserte materialet. Respondentene ble bedt om å angi kommunenavn, som igjen ble koblet til åpne registerdata (SSB) knyttet til kommunestørrelse, sentralitet, økonomi mv, for å koble sammen grupper av kommuner med liknende kjennetegn (kommunestørrelse, kommuneøkonomi, sentralitet mv.). Personopplysninger ble ikke oppbevart atskilt fra øvrige data. Det ble ikke behandlet personopplysninger om tredjepersoner. Opplysninger som ville kunne identifisere en person var kommunenavn.

3.5.3 Oppbevaring av data

Det ble informert om oppbevaring av data i infoskrivet og prosjektskissen til forskningsprosjektet FLINK 2019. Opplysningene ble behandlet gjennom maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon og mobile enheter tilhørende behandlingsansvarlig institusjon og eksternt tjeneste eller nettverk (databehandler). Rambøll AS eier tjenesten

SurveyXact™, som var databehandler. SurveyXact™ hadde tilgang til opplysningene, sammen med prosjektansvarlig og studentene i forskningsprosjektet. Det foreligger egen databehandleravtale mellom Universitetet i Agder og Rambøll. Databehandleravtalen er vedlagt (vedlegg 3). SurveyXact™ via Rambøll skulle håndtere undersøkelsen etter protokoll angitt i databehandleravtalen. Når datainnsamlingen ble avsluttet, ble datafilen lastet ned til Universitetet i Agder sin server. Etter nedlasting ble datafilen som var lagret i server hos SurveyXact™/Rambøll slettet. Oppbevaring av datafil ved UiA følger universitetets ordinære sikkerhets- og krypteringsprotokoller. Tekniske og fysiske tiltak som sikret personopplysninger var at opplysningene ble kryptert under forsendelse, opplysningene ble kryptert under lagring, adgangsbegrensning og andre sikkerhetstiltak som automatisk tastelås på bærbar PC. Det var kun førsteamanuensis Tor-Ivar Karlsen og mastergradsstudentene som fikk tilgang til datamaterialet. Når mastergradsstudentene har ferdigstilt og fått vurdert sine masteroppgaver (ventelig juni 2020) vil studentene slette sine kopier av datafilen. Etter dette er det kun førsteamanuensis Tor-Ivar Karlsen som har tilgang til datafilen. Datafilen vil bli lagret frem til 2030.

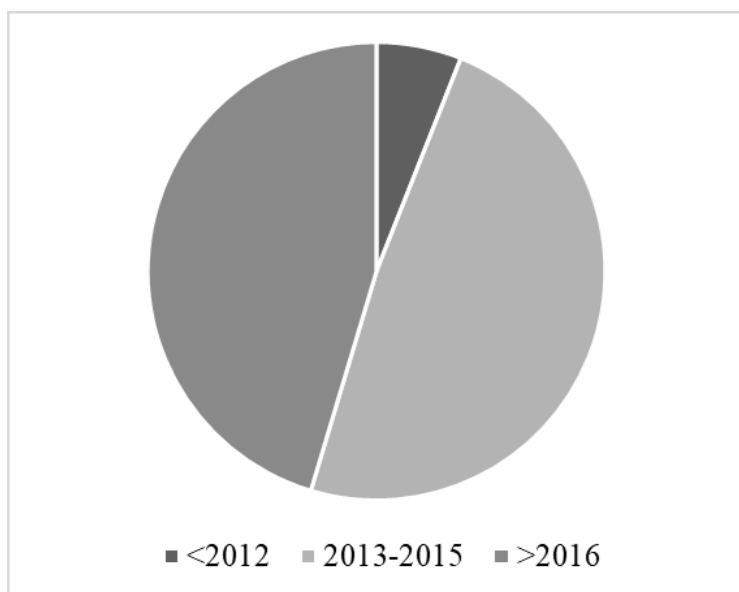
4.0 RESULTATER

I dette kapittelet presenteres resultatene fra analysene som ble gjennomført. Resultatene presenteres gjennom tabeller og tilhørende tekst.

Tabell 6. Deskriptiv statistikk.

		N (%)
Utarbeidet helseoversikt		
	Ja	180 (83,7)
	Nei	4 (1,9)
	Under utarbeiding	31 (14,4)
Når ferdigstilt første gang, Median (25-75%)		2015 (2014, 2016)
Under utarbeiding: Når ferdigstilt, Median (25-75%)		2019 (2019, 2020)
Tverrsektoriell arbeidsgruppe		
	Ja	145 (68,4)
	Nei	67 (31,6)
Tilgjengelig kommunens nettside		
	Ja	146 (72,6)
	Nei	55 (27,4)
Benyttet nasjonal veileder		
	Liten grad	10 (4,9)
	Noen grad	48 (23,5)
	Stor grad	146 (71,6)
Eksterne konsulenter		
	Ja	13 (6,4)
	Nei	189 (93,6)
Bistand fra fylkeskommunen		
	Liten grad	70 (35,0)
	Noen grad	87 (43,5)
	Stor grad	43 (21,5)
Samarbeid med andre kommuner		
	Ja	81 (40,1)
	Nei	121 (59,9)
Revideres 2019/2020		
	Ja	165 (80,5)
	Nei	25 (12,2)
	Vet ikke	15 (7,3)
Drøftet i forhold til kommunal planstrategi		
	Ja	150 (72,1)
	Nei	6 (2,9)
	Vet ikke	52 (25,0)

83,7 prosent av kommunene svarte at de hadde utviklet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. 14,4 prosent av kommunene svarte at oversikten var under utarbeiding, av dem skulle de fleste være ferdig med å utvikle oversikten i 2019 eller i 2020. Nesten 70 prosent av kommunene som hadde opprettet tverrsektoriell arbeidsgruppe eller fora for folkehelsearbeid. Litt over 70 prosent av kommunene hadde oversikten tilgjengelig på kommunen sin nettside. Den nasjonale veilederen fra helsedirektoratet ble brukt i noen til stor grad av 95,1 prosent av kommunene. Det var 6,4 prosent av kommunene som benyttet seg av eksterne konsulenter ved utarbeidelsen av oversikten. 65 prosent av kommunene fikk bistand av fylkeskommunen i noen til stor grad i utarbeidelse av oversikten. 40,1 prosent av kommunene samarbeidet med andre kommuner ved utarbeidelsen av oversikten. Det var 80,5 prosent av kommunene som skulle revidere oversikten i 2019/2020. 72,1 prosent skulle drøfte oversikten i forhold til kommunal planstrategi.



Figur 3. Antall kommuner som utviklet oversikt, etter årstall

Figur 3 viser at kun 11 kommuner hadde ferdigstilt helseoversikten før eller i løpet av 2012. Mellom 2013 og 2015 var det 89 kommuner som ferdigstilte oversikten, og etter 2016 var det 83 kommuner som utviklet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for første gang.

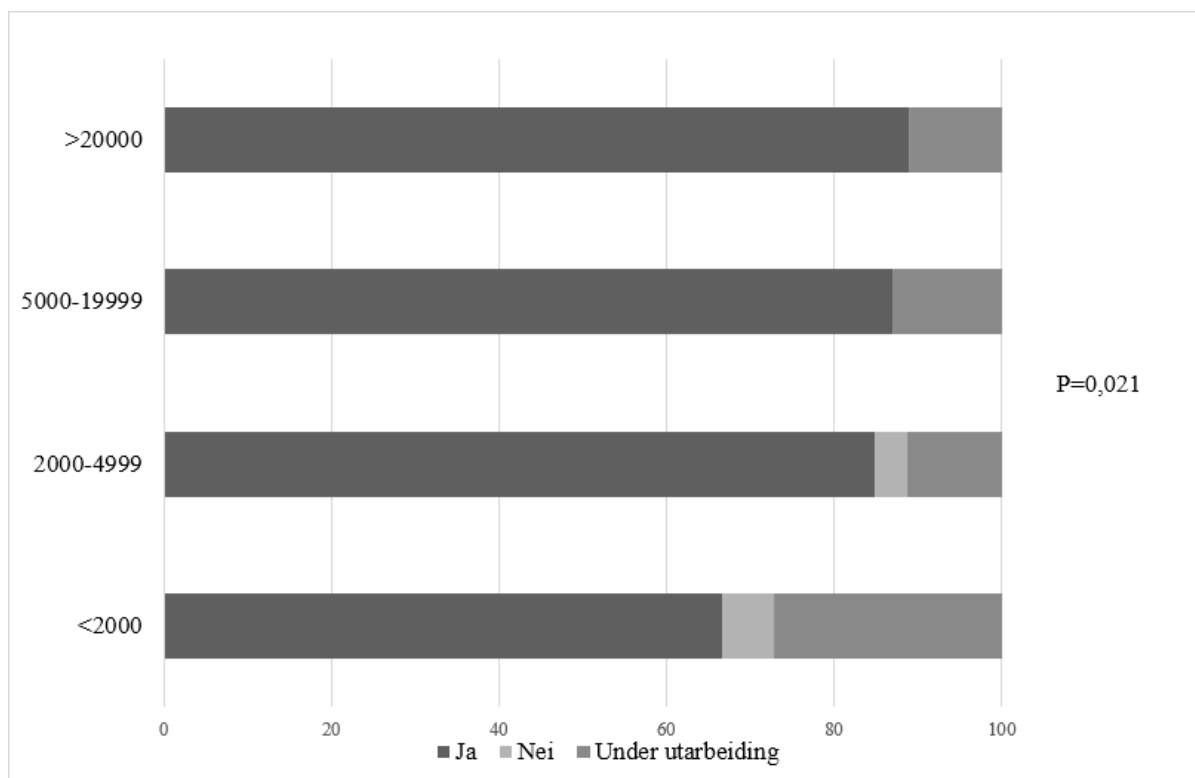
Tabell 7. Status oversiktsarbeid inndelt i kommunestørrelse (folketall)

		<2000 N (%)	2000-4999 N (%)	5000-19999 N (%)	>20000 N (%)	p-verdi
Utarbeidet helseoversikt						0,021
	Ja	22 (66,7)	45 (84,9)	73 (86,9)	40 (88,9)	
	Nei/ under utarbeiding	11 (33,3)	8 (15,1)	11 (13,1)	5 (11,1)	
Når ferdigstilt første gang, Median		2015	2016	2015	2015	0,008¹
	25 %	2014	2015	2015	2013	
	75 %	2016	2016	2016	2016	
Under utarbeiding: Når ferdigstilt, Median		2019	2019	2019	2019	0,611 ²
	25 %	2019	2019	2019	2019	
	75 %	2020	2020	2020	2019	
Tverrsektoriell arbeidsgruppe						0,020
	Ja	15 (45,5)	36 (69,2)	62 (75,6)	32 (71,1)	
	Nei	18 (54,5)	16 (30,8)	20 (24,4)	13 (28,9)	
Tilgjengelig kommunens nettside						0,000
	Ja	13 (46,4)	34 (69,4)	64 (49,0)	35 (84,4)	
	Nei	15 (53,6)	15 (30,6)	17 (21,0)	8 (18,6)	
Benyttet nasjonal veileder						0,632
	Liten grad	1 (3,4)	3 (6,0)	4 (5,0)	2 (4,4)	
	Noen grad	6 (20,7)	14 (28,0)	23 (28,7)	5 (11,1)	
	Stor grad	22 (75,9)	33 (66,0)	53 (66,3)	38 (84,4)	
Eksterne konsulenter						0,975
	Ja	1 (3,3)	3 (6,4)	6 (7,6)	3 (6,8)	
	Nei	29 (96,7)	46 (93,9)	73 (92,4)	41 (93,2)	
Bistand fra fylkeskommunen						0,977
	Liten grad	8 (25,8)	21 (43,8)	24 (31,2)	17 (38,6)	
	Noen grad	16 (51,6)	15 (31,3)	36 (46,8)	20 (45,5)	
	Stor grad	7 (22,6)	12 (25,0)	17 (22,1)	7 (15,9)	
Samarbeid med andre kommuner						0,002
	Ja	18 (60,0)	50 (40,8)	32 (40,5)	11 (25,0)	
	Nei	12 (40,0)	29 (59,2)	47 (59,5)	33 (75,0)	
Revideres 2019/2020						0,017
	Ja	20 (64,5)	38 (77,6)	70 (86,4)	37 (84,1)	
	Nei/ vet ikke	11 (35,5)	11 (22,4)	11 (13,6)	7 (15,9)	
Drøftet i forhold til kommunal planstrategi						0,018
	Ja	19 (61,3)	37 (74,0)	56 (68,3)	38 (84,4)	
	Nei/ vet ikke	12 (38,7)	13 (26,0)	26 (31,7)	7 (15,6)	

¹ Omregnet i antall år fra 2019. Spearmans korrelasjonskoeffisient = 0,196

² Respondentene anga enten at de ville bli ferdig i 2019 eller 2020. P-verdi for Mann-Whitney U-test er oppgitt.

Det var en gjennomgående økning av antall kommuner som hadde utviklet oversikt etter kommunestørrelse. Det var flere små kommuner som ikke hadde utviklet oversiktsdokumentet eller som utarbeidet oversikten for første gang. Det var flere kommuner som hadde utarbeidet tverrsektoriell arbeidsgruppe i de større kommunene enn i de mindre kommunene. Det var flere av de mer befolkede kommunene som hadde helseoversikten tilgjengelig på kommunen sin nettside enn de mindre befolkede kommunene. De mindre befolkede kommunene samarbeidet mer med andre kommuner enn de større kommunene. Det var flere større kommuner som oppga at oversikten skulle revideres i 2019/2020, enn mindre kommuner. Flere større kommuner drøftet oversikten i forhold til kommunal planstrategi enn mindre. Det var en klar tendens til at de største kommunene var tidligst ut i utarbeidelse av oversikt (50 % presenil viser <2012= 10 536 innbyggere, 2013-2016= 8609 innbyggere, >2016= 6114 innbyggere).



Figur 4. Ferdigstilling av folkehelseoversikt, kommunestørrelse (folketall) (N=215).

Av de 33 kommunene med under 2 000 innbyggere var det 66,7 prosent som svarte at de hadde utarbeidet oversikt, 6,1 prosent som svarte at de ikke hadde utviklet oversikt og 27,3 prosent som svarte at oversikten var under utarbeidelse. Av de 53 kommunene med mellom 2 000 og 4 999 innbyggere svarte 84,9 prosent at de hadde utviklet oversikt, 3,8 prosent svarte at de ikke hadde utarbeidet og 11,3 prosent svarte at oversikten var under utarbeiding. Blant kommunene med mellom 5 000 og 19 999 innbyggere (84 kommuner) var det 86,9 prosent som svarte at de hadde utarbeidet oversikt og 13,1 prosent som svarte at oversikten var under utarbeidelse. Av de 45 kommunene som hadde innbyggertall over 20 000 var det 88,9 prosent av kommunene som svarte at de hadde utarbeidet oversikt og 11,1 prosent som svarte at oversikten var under utarbeiding. Blant kommunene med over 5000 innbyggere var det ingen av kommunene som svarte at de ikke hadde utarbeidet oversikt.

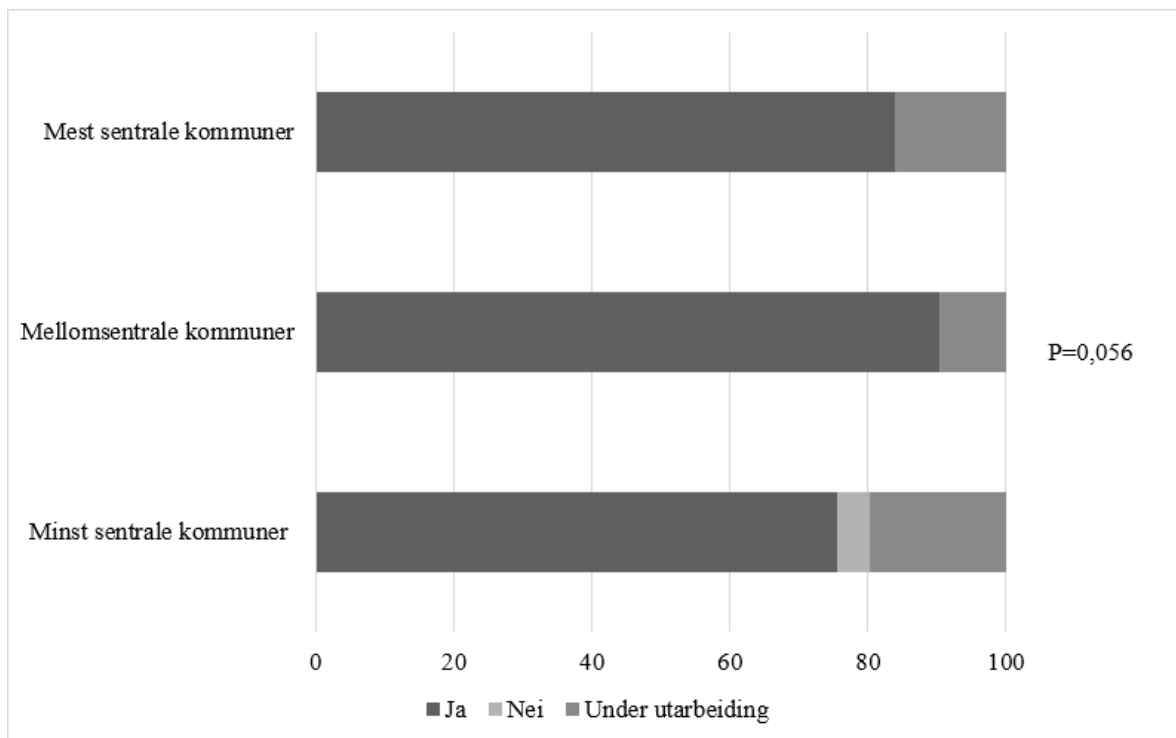
Tabell 8. Faktorer i lokalt folkehelsearbeid inndelt i sentralitet

		Minst sentrale kommuner N (%)	Mellomsentrale kommuner N (%)	Mest sentrale kommuner N (%)	p-verdi
Utarbeidet helseoversikt					0,056
	Ja	65 (75,6)	94 (90,4)	21 (84,0)	
	Nei/ under utarbeiding	21 (24,4)	10 (9,6)	4 (16,0)	
Når ferdigstilt første gang, Median		2016	2015	2015	0,002¹
	25 %	2015	2014	2014	
	75 %	2016	2016	2016	
Under utarbeiding: Når ferdigstilt, Median		2019	2019	2019	0,539 ²
	25 %	2019	2019	2019	
	75 %	2020	2020	2019	
Tverrsektoriell arbeidsgruppe					0,069
	Ja	54 (62,8)	73 (71,6)	18 (75,0)	
	Nei	32 (37,2)	29 (28,4)	6 (25,0)	
Tilgjengelig kommunens nettside					0,030
	Ja	50 (64,9)	76 (76,0)	20 (83,3)	
	Nei	27 (35,1)	24 (24,0)	4 (16,7)	
Benyttet nasjonal veileder					0,842
	Liten grad	4 (4,9)	4 (4,1)	2 (8,0)	
	Noen grad	19 (23,5)	23 (23,5)	6 (24,0)	
	Stor grad	58 (71,6)	71 (72,4)	17 (68,0)	
Eksterne konsulenter					0,142
	Ja	5 (6,2)	4 (4,1)	4 (17,4)	
	Nei	76 (93,8)	94 (95,9)	19 (82,6)	
Bistand fra fylkeskommunen					0,946
	Liten grad	29 (35,8)	35 (36,8)	6 (25,0)	
	Noen grad	33 (40,7)	42 (44,2)	12 (50,0)	
	Stor grad	19 (23,5)	18 (18,9)	6 (25,0)	
Samarbeid med andre kommuner					0,087
	Ja	36 (44,4)	38 (39,2)	7 (29,2)	
	Nei	45 (55,6)	59 (60,8)	17 (70,8)	
Revideres 2019/2020					0,104
	Ja	62 (76,5)	84 (83,2)	19 (82,6)	
	Nei/ vet ikke	19 (23,5)	17 (16,8)	4 (17,4)	
Drøftet i forhold til kommunal planstrategi					0,280
	Ja	57 (69,5)	73 (71,6)	20 (83,3)	
	Nei /vet ikke	25 (30,5)	29 (28,4)	4 (16,7)	

¹ Omregnet i antall år fra 2019. Spearmans korrelasjonskoeffisient = 0,223

² Respondentene anga enten at de ville bli ferdig i 2019 eller 2020. P-verdi for Mann-Whitney U-test er oppgitt.

De mest sentrale kommunene hadde flest tverrsektorielle arbeidsgrupper, og var den gruppen som i størst grad hadde drøftet oversikten i forhold til kommunal planstrategi. Det var også i denne gruppen der var flest kommuner som hadde oversikten tilgjengelig på kommunens nettside. De mellomsentrale kommunene var den gruppen der flest kommuner hadde utarbeidet helseoversikt. Det var flest mellomstore kommuner som hadde benyttet den nasjonale veilederen i stor grad, og som skulle revidere oversikten i 2019/2020. Det var færrest av de mellomstore kommunene som hadde benyttet eksterne konsulenter i arbeidet med oversikten. De minst sentrale kommunene hadde færrest tverrsektorielle arbeidsgrupper, det var færre kommuner som hadde utarbeidet oversikt og som hadde oversikten tilgjengelig på kommunen sin nettside. Det var også flest kommuner i denne gruppen som samarbeidet med andre kommuner i arbeidet med oversikt, og det var flest i denne gruppen som var i ferd med å utvikle oversikt eller ikke har utviklet oversikt. Det var en tendens til at de minst sentrale kommunene i mindre grad enn de større, mer sentrale kommunene ikke hadde opprettet tverrsektorielle arbeidsgrupper, og heller ikke utarbeidet oversikt. Det er også en tendens til at mindre kommuner samarbeidet mer med andre kommuner i utarbeidelsen av oversikt, enn større kommuner. Det var ingen klar tendens mellom sentralindeks og hvilket årstall oversikten ble utarbeidet for første gang (50 % persentil viser at før 2012 var sentralindeksen 700, mellom 2013 og 2015 var sentralindeksen 705, og etter 2016 var sentralindeksen 668).



Figur 5. Ferdigstilling av folkehelseoversikt, sentralitet (N=215).

Figur 5 viser at de minst sentrale kommunene (86 kommuner) var den eneste av sentralitetskategoriene der kommunene svarte nei på spørsmålet om kommunen hadde utviklet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Det var 4,7 prosent av de minst sentrale kommunene som svarte nei. 75,6 prosent av kommunene som svarte ja i spørsmålet om oversikt og 19,8 prosent av kommunene som svarte at oversikten var under utarbeiding. I kategorien mellomsentrale kommuner var det 104 kommuner. I denne gruppen var det flest kommuner som hadde utviklet oversikt, hele 90,4 prosent. 9,6 prosent av de mellomsentrale kommunene svarte at oversikten var under utarbeiding. Av de mest sentrale kommunene (25 kommuner) svarte 84 prosent at de hadde utviklet oversikt, og 16 prosent svarte at oversikten var under utarbeiding.

5.0 DRØFTING

De fleste kommunene hadde utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. To av tre kommuner hadde opprettet en tverrsektoriell arbeidsgruppe. Tre av fire kommuner hadde oversiktsdokumentet tilgjengelig på kommunenes nettside. Tre av fire kommuner brukte den nasjonale veilederen i utarbeidelsen av helseoversiktsdokumentet. En av ti kommuner benyttet seg av eksterne konsulenter ved utarbeidelsen av oversikten. To av tre kommuner fikk bistand av fylkeskommunen i utarbeidelsen av helseoversikten. To av fem kommuner samarbeidet med andre kommuner i utarbeidelsen av oversikten. Fire av fem kommuner skulle revidere oversikten i 2019/2020. Tre av fire kommuner skulle drøfte oversikten opp mot den kommunale planstrategien i forhold til kommunevalget. Det var store forskjeller i kommunestørrelse og sentralitet for det lokale oversiktsarbeidet.

5.1 Positiv utvikling

Oversettelsesutfordringen retter seg mot kommunene sin kapasitet til å forstå og oversette de nasjonale føringene til lokal kontekst. Paragraf 5 i folkehelseloven pålegger alle Norges kommuner å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne (Folkehelseloven, 2012, § 5). Kommunene trenger god oversikt for å kunne utvikle og gjennomføre effektive tiltak. Oversikten skal bygge på opplysninger som statlige myndigheter og fylkeskommunene gjør tilgjengelig i tillegg til opplysninger fra kommunale helse- og omsorgstjenester, og kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse (Folkehelseloven, 2012, § 5). Oversiktsarbeidet kan forstås som et langsiktig utviklingsarbeid som gradvis utvider bredden og dybden i kunnskapsgrunnlaget (Hofstad, 2018, s. 14).

Forskrift om oversikt over folkehelsearbeid skal legge til rette for et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 1). At folkehelsearbeidet drives systematisk innebærer at kommunene utvikler oversikt, og ut ifra denne definerer sine ressurser og utfordringer innen folkehelse (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 1). At folkehelsearbeidet er kunnskapsbasert innebærer at det bygger på faglig anerkjente metoder, som innebærer at arbeidet bygger på kunnskap om de faktiske ressurser og folkehelseutfordringer på lokalt nivå (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 1). For å hjelpe med arbeidet har det også blitt publisert en veileder fra Helsedirektoratet.

Forutsetningene for å bygge opp kommunen sin kapasitet blir delt inn i ulike dimensjoner, og for å bygge kunnskap er det oversikten som presenteres som grunnlaget (Helgesen et al., 2017, s. 77). Kommunen må erkjenne sine utfordringer, utvikle politikk og iverksette tiltak for å minske sine utfordringer innen levekår (Helgesen et al., 2017, s. 81). Analysene fra studien indikerte at kapasiteten til å samle inn lokale data og lage oversikt ikke var tilstrekkelig utviklet, eller at kommunene ikke hadde kapasitet til å analysere eller bruke dem (Helgesen et al., 2017, s. 81). Denne studien bygger på data fra 2011 og 2014, det er da interessant for videre forskning å se hvordan kapasiteten til kommunene for å redusere sosiale helseforskjeller er i senere tid. Stillingsprosenten til folkehelsekoordinatoren har vært en forutsetning for gjennomføring og videreføring av oversikten. 2017-studien viste at kommunene som ansatte en folkehelsekoordinator i 90 prosent stilling eller mer, brukte oversikten som grunnlag for prioritering av planstrategi og arealplan, og politiske beslutninger som var relevant for politikkområdene som hadde folkehelseutfordringer (Helgesen et al., 2017, s. 81). Studien fra 2018 så på hvordan bruken av oversikt og folkehelsekoordinator for å promotere rettferdig fordeling blant sosiale grupper (Hagen et al., 2018, s. 807). Studien fant ut at hvis kommunene utviklet oversikt, kunne dette bidra til å prioritere rettferdig fordeling blant sosiale grupper (Hagen et al., 2018, s. 807).

De tidligere undersøkelsene på oversikt viste at det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet ikke var tilstrekkelig. I 2011 var det kun 19 prosent av kommunene som hadde oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (Hofstad & Helgesen, 2012, s. 83). 2012-undersøkelsen ble gjennomført før folkehelseloven trådte i kraft, men kommunene har tidligere vært pålagt å ha en oversikt over helsetilstanden siden 1987 gjennom kommunehelsetjenesteloven (Hofstad & Helgesen, 2012, s. 81). Undersøkelsen fra 2014 fant ut at antall kommuner som hadde utviklet oversikt var 38 prosent (Schou et al., 2014, s. 41). Riksrevisjonen sin undersøkelse fra 2015 viste at 24 prosent av kommunene hadde utviklet oversikt (Riksrevisjonen, 2015, s. 41). Det var 84 prosent av kommunene i 2019-undersøkelsen som svarte at de hadde utviklet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Utviklingen viser at kommunen har blitt flinkere til å oversette styringssignalene for oversiktsarbeidet, og har gjennomført første del av det systematiske folkehelsearbeidet. Det var 84 prosent av kommunene som i 2019 som hadde utviklet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Dette vil si at mange flere kommuner har et godt kunnskapsgrunnlag for videre arbeid med planlegging. Men der er fremdeles rundt 16 prosent av kommunene som ikke følger lovkravet om oversikt.

Kommunene som svarte «Ja» på spørsmålet om de hadde utviklet oversikt, ble videre spurt om når oversikten ble ferdigstilt for første gang. Det var 11 kommuner som hadde ferdigstilt oversikten før eller i løpet av 2012. 89 kommuner hadde ferdigstilt oversikten mellom 2013 og 2015, og etter 2016 var det 83 kommuner som ferdigstilte oversikten for første gang. Fra baselineundersøkelsen var det hele 71 prosent av kommunene som svarte at de ikke hadde laget oversikt over helsetilstand ved inngangen av 2012 (Hofstad & Helgesen, 2012, s. 81). Undersøkelsen fra 2014 viste at 11 prosent av kommunene svarte nei til spørsmålet om de hadde utviklet oversikt (Schou et al., 2014, s. 42), og fra Riksrevisjonen sin undersøkelse var det 16 prosent som svarte nei (Riksrevisjonen, 2015, s. 41). Det var bare 4 kommuner i 2019-undersøkelsen som svarte at de ikke hadde utviklet oversikt. Gjennom de ulike undersøkelsene har måten man formulerer svaralternativene endret seg. 2011-undersøkelsen spurte kun ja/ nei, 2014-undersøkelsen inkluderte «i ferd med å utvikle» og 2015-undersøkelsen inkluderte «delvis utviklet». Nesten 50 prosent av kommunene svarte i 2014 at de var i ferd med å utvikle oversikten (Schou et al., 2014, s. 42). I 2015 svarte 59 prosent av kommunene at oversikten var delvis utviklet (Riksrevisjonen, 2015, s. 42). I denne undersøkelsen ble det også inkludert «under utarbeidelse» som svaralternativ i spørsmålet om kommunen hadde utviklet oversikt, og 14 prosent av kommunene valgte dette svaralternativet. De fleste kommunene som svarte at oversikten var under utarbeidelse skulle ferdigstille den i 2019 eller 2020. Det er da å forvente at enda flere kommuner i løpet av 2020 vil ha utviklet oversikt og oppfylle lovkravet om oversikt. Funn fra Riksrevisjonen sin undersøkelse samsvarer med våre funn. Når vi setter sammen tallene fra riksrevisjonen sin undersøkelse sine svar på «delvis» og «ja», blir dette til sammen 83 prosent, som er tilnærma lik andel kommuner som hadde utviklet oversikt i 2019.

Retningslinjene for oversiktsarbeidet legger opp til et omfattende arbeid. Helsedirektoratet er blant de statlige helsemyndighetene som skal være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid gjennom blant annet utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid (Folkehelseloven, 2012, § 24). De skal gi kommunene råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet (Folkehelseloven, 2012, § 24). Funn fra 2011-undersøkelsen viste at 61 prosent av kommunene mente at det var et stort behov for kunnskap, og 19 prosent mente at det var middels behov for kunnskap (Hofstad & Helgesen, 2012, s. 83). For å hjelpe kommunene med å utvikle oversikt ble det i 2013 publisert en veileder av Helsedirektoratet, som skulle fungere som et pedagogisk hjelpemiddel for kommunene. (Helsedirektoratet, 2013, s. 5). Veilederen ga kommunene kunnskap om hvordan data kunne

innhentes og organiseres på kommunalt nivå. Riksrevisjonens rapport viste at ca. 86 prosent av kommunene brukte informasjon fra Helsedirektoratet i oversiktsarbeidet, og 63 prosent av kommunene rapporterte å ha benyttet den nasjonale veilederen (Riksrevisjonen, 2015, s. 60-61). På denne tiden var veilederen relativt ny, og 15 prosent av kommunene mente at veilederen kom for sent for deres arbeid (Riksrevisjonen, 2015, s. 61). Nå har veilederen vært tilgjengelig for kommunene i noen år. Over 95 prosent av kommunene rapporterte i 2019 at de benyttet den nasjonale veilederen i noen til stor grad. Kun 5 prosent av kommunene benyttet veilederen i liten grad. Helsedirektoratet skal være pådriver for det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet i tillegg til å gi råd og veiledning (Folkehelseloven, 2012, § 24). Vi kan se på bruken av veileder som et eksempel på flernivåstyring, med at Helsedirektoratet (som er en del av de statlige helsemyndighetene) samstyrer kommunene gjennom veilederen. Dette fører til at kommunene får en større mulighet til å oversette føringene om oversikt. Kommunene benytter seg av veilederen, og har da større mulighet til å oversette de statlige føringene, som var et problem som fremstilles i oversettelsesutfordringen.

En annen form for flernivåstyring som pålegges av folkehelseloven er samarbeidet mellom det regionale og lokale nivået. Folkehelseloven tydeliggjør fylkeskommunens rolle som understøttere av kommunenes folkehelsearbeid, blant annet gjennom å gjøre tilgjengelig opplysninger (Folkehelseloven, 2012, § 20). Oversiktsdokumentet skal blant annet inneholde opplysninger som statlige myndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig.

Fylkeskommunen bringer inn ressurser som kommunen ikke har, blant annet innen ekspertise eller kunnskap. Fylkeskommunene kan for eksempel bidra med analysekunnskap i oversiktsarbeidet (Hofstad, 2018, s. 24). På denne måten kan fylkeskommunen og kommunen få til mer i fellesskap enn hver for seg, som Røyseland og Vabo påpeker er et aspekt av samstyring (Røyseland & Vabo, 2016, s. 22). Det var i 2019 65 prosent av kommunene som oppga å få bistand av fylkeskommunen i noen til stor grad ved utviklingen av oversiktsdokumentet. I et tverrsektorielt perspektiv er man avhengig av at kommuner, fylkeskommuner, frivillig sektor og markedsaktører samarbeider (Hofstad & Helgesen, 2012, s. 31). Fylkeskommunen skal også være pådriver for å samordne folkehelsearbeidet i fylket blant annet gjennom partnerskap (Folkehelseloven, 2012, § 20). Historisk har partnerskap mellom fylkeskommuner og kommuner bidratt med finansiering av folkehelsekoordinatoren (Hofstad, 2018, s. 26). Etter stortingsmelding 16 ble det opprettet horisontale og vertikale partnerskap på folkehelseområdet, blant annet regionalt partnerskap. Det var fra disse partnerskapene at de økonomiske midlene til å ansette folkehelsekoordinator kom gjennom

(Hofstad & Helgesen, 2012, s. 112). Fylkeskommunen delfinansierte da folkehelsekoordinatorstillingen gjennom partnerskap for folkehelse, denne finansieringen er nå oppløst siden prosjektet er over.

I folkehelsearbeidet er det et mål å få så mange som mulig til å samarbeide (Mæland, 2019, s. 139). Samhandlingsreformen viste til at helseutfordringene understreket behovet for en tverrsektoriell og nivåovergripende tilnærming (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 72). Folkehelseloven ønsket å skape nødvendig endring på tvers av sektorer. Dette fører til at det lokale folkehelsearbeidet krever god koordinering. For å koordinere på tvers av sektorer er det mange kommuner som har ansatt en folkehelsekoordinatorstilling.

Folkehelsekoordinatoren kan bidra til det tverrsektorielle arbeidet, samt å koordinere ulike aktørers innsats (Helsedepartementet, 2003, s. 76). Oppgavene til folkehelsekoordinatoren skal være på samfunns- og befolkningsnivå, og kan arbeide ut ifra områder som oversikt over folkehelsen, mål, strategier og planlegging, og tverrsektorielt samarbeid (Helsedirektoratet, 2013, s. 105). Når folkehelsekoordinatoren ble plassert nærmere kommuneledelsen, var det mer tverrsektorielt samarbeid innen folkehelse (Hagen et al., 2015, s. 604). Innen kapasitetskonseptet knyttes tverrsektorielt arbeid opp mot styring og ledelse, organisasjonsstruktur, arbeidsstyrke og kompetanse. For å nå mål for folkehelsearbeid identifiserer 2017-artikkelen to måter: tverrsektorielle arbeidsgrupper og ansettelse av folkehelsekoordinator (Helgesen et al., 2017, s. 81). Hvis kommunene blant annet etablerte tverrsektorielle arbeidsgrupper og ansatte folkehelsekoordinator i autorative posisjoner, ville kommunene opprettholde sin kapasitet (Helgesen et al., 2017, s. 82). Studien til Helgesen, Fosse og Hagen fra 2017 fant ut at hvis kommunene blant annet opprettet tverrsektorielle arbeidsgrupper, ville de ha større forutsetninger for å redusere helseulikheter (Helgesen et al., 2017, s. 77).

I det systematiske folkehelsearbeidet er det viktig med samarbeid. Kunnskap skal samles inn fra ulike sektorer, dataene skal analyseres, det skal planlegges tiltak, det skal inn i kommunal planstrategi, det skal opp på den politiske agendaen. Disse prosessene er viktige for å kunne utvikle oversiktsdokumentet som skal forankres i den langsiktige planleggingen, og som være grunnlag for tiltak. Samstyringsutfordringen knyttes opp mot det tverrsektorielle arbeidet, og samstyringen i organisasjonen. Folkehelsearbeidet krever sektorovergripende tiltak, og folkehelseloven gjør det klart at folkehelsearbeid er et tverrsektorielt ansvar. Prinsippet om helse i alt vi gjør ligger til grunn for en samfunnsorientert forståelse av helse, og innebærer vektlegging av at helsen formes av positive og negative påvirkningsfaktorer. Tverrsektorielle

grupper for folkehelse fungerer som en kobling mellom folkehelseoversikten og kommunal planlegging, og spiller en stor rolle i det systematiske folkehelsearbeidet. Blant annet krever oversiktsarbeidet innsats som må samordnes horisontalt og vertikalt. Tverrsektorielt arbeid er en viktig faktor for å heve den samlede kompetansen og kapasiteten i folkehelsearbeidet.

I 2014 var det 62 prosent av kommunene som hadde tverrsektorielle arbeidsgrupper (Schou et al., 2014, s. 49). I underkant av en femtedel av kommunene hadde ikke, og like mange av kommunene svarte at de var i ferd med å utvikle tverrsektorielle arbeidsgrupper. Fra Riksrevisjonen sin undersøkelse var det 59 prosent av kommunene som oppga at de hadde etablert et systematisk tverrsektorielt samarbeid om folkehelse (Riksrevisjonen, 2015, s. 52). 2019-undersøkelsen fant ut at det var 68 prosent av kommunene som hadde nedsatt egne tverrsektorielle arbeidsgrupper eller fora for folkehelsearbeid. Det er en økning i det tverrsektorielle kommunale folkehelsearbeidet. Det var likevel (i 2019) 32 prosent av kommunene som ikke hadde tverrsektorielle arbeidsgrupper. Dette kan tyde på at det er mange folkehelsekoordinatorer som arbeider med folkehelse som enmannsarbeid, da er det et stykke igjen å gå når det kommer til å opprette tverrsektorielle arbeidsgrupper i kommunene. Når samstyring ikke finner sted kan dette oppfattes som en form for siloorganisering, at de ulike enhetene arbeider innenfor hver sin silo. Gjennom samstyring arbeider man på tvers av sektorer, oppgaver og organisatoriske grenser, og tverrsektorielle arbeidsgrupper er et eksempel på horisontalt samarbeid. Et åpent perspektiv av samstyring inkluderer aktører utenfor kommunen, som for eksempel frivilligheten eller private aktører. Et lukket perspektiv på samstyring finner sted mellom ulike offentlige enheter på statlig eller kommunalt nivå.

Det var ikke mange som benyttet seg av eksterne konsulenter ved utarbeidelsen av oversikten i 2019. Vi fant at 6 prosent av kommunene benyttet seg av eksterne konsulenter. Dette kan være kommuner som ikke har tid eller kompetanse til å gjøre dette arbeidet selv. I 2019 var det 40 prosent av kommunene som svarte at de samarbeidet med andre kommuner i utarbeidelsen av oversikten. Interkommunalt samarbeid, eller samarbeid med andre kommuner, er gunstig når man ikke har mulighet til å gjennomføre arbeidet alene. Det kan tenke seg at kommuner har innført et interkommunalt samarbeid om oversikten, og da slår sammen sine ressurser og kompetanse i arbeidet. I 2019 var det noen kommuner som var i en kommunesammenslåingsprosess. Man kan anta at noen av kommunene som samarbeidet om utarbeidelse av oversikten var i en kommunesammenslåingsprosess, og da skulle utarbeide en kommuneplan sammen. På denne måten ville kommunene ha et kunnskapsbasert grunnlag for tiltak idet de ble en ny kommune.

Helseoversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunen sin planstrategi (Folkehelseloven, 2012, § 6). Innen arbeidet med planstrategi skal kommunen drøfte sine folkehelseutfordringer (Folkehelseloven, 2012, § 6). På bakgrunn av drøftingen skal kommunen fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet, som er egnet til å møte utfordringene kommunen står ovenfor (Folkehelseloven, 2012, § 6). Dette er en del av det systematiske folkehelsearbeidet.

I 2015 var det 71 prosent av kommunene som drøftet folkehelseutfordringer i planstrategien (Riksrevisjonen, 2015, s. 46). I 2019 var det 72 prosent av kommunene som svarte ja på spørsmålet om oversikten ville bli drøftet i planstrategien. Oversettelsesutfordringen er knyttet til det systematiske folkehelsearbeidet. Oversikten skal ikke bare utarbeides, den skal også brukes som grunnlag for kommunens langsiktige folkehelsearbeid. Våre funn viser at 84 prosent av kommunene har utviklet oversikt og 72 prosent av kommunene skulle drøfte oversikten i forhold til kommunal planstrategi. Dette kan tyde på at mange kommuner nå har større kunnskapsgrunnlag og klarer å oversette de nasjonale føringene inn i sin kommune. Det var kommunevalg i 2019, dette vil da være en faktor for antall i både utarbeidelse av oversikt, og drøfting av oversikten i planstrategien.

Folkehelse blir forankret politisk gjennom den kommunale drøftingen, som vil være i tråd med god samfunnsutvikling (Hofstad, 2015). I forskrift om oversikt stilles det krav om at det skal utarbeides et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 5). De som allerede hadde utviklet et oversiktsdokument vil ha et utgangspunkt for de senere oversiktsdokumentene med tanke på utforming. Når kommunen skal utarbeide oversiktsdokument hvert fjerde år vil utviklingstrekk komme klarere frem (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 5). I 2019 var det kommunevalg, de som hadde utviklet dokumentet fra før ville da revidere dokumentet i 2019/2020. Oversikten skal forankres i kommunens planlegging og bør da være klar til høsten i valgåret. Oversikten skal være ferdig til man starter med arbeidet med planstrategien. 81 prosent av kommunene oppga at oversikten skulle revideres i 2019/ 2020, 7 prosent visste ikke og 12 prosent av kommunene skulle ikke.

Forskrift om oversikt over befolkningens helsetilstand tilsier at oversiktsdokumentet skal være allment tilgjengelig slik at frivillige organisasjoner og befolkningen får tilgang til informasjon som grunnlag for å medvirke i beslutningsprosesser av betydning for folkehelse (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 8). Å tilgjengeliggjøre oversikten vil legge til rette for medvirkning gjennom å gjøre kunnskapen kjent. Det var totalt 73 prosent av

kommunene som oppga at de hadde oversiktsdokumentet tilgjengelig for befolkningen. Det vil si at det var over en fjerdedel som ikke fulgte forskriften om at oversikten skal være tilgjengelig. I et samstyringsperspektiv kan dette være problematisk for mulighet for medvirkning i forhold til oversikten. Når det systematiske folkehelsearbeidet skal arbeides ut ifra en syklus, er det viktig at befolkningen i kommunen kan være med å medvirke på grunnlag av de utfordringene som kommer frem i oversikten og de utfordringene som befolkningen selv trekker frem.

5.2 De minste er de siste

Det er store forskjeller i Norges kommuner innen størrelse, folketall, sentralitet og geografisk utforming. Alle kommunene skal likevel oppfylle lovkravene som tas opp i denne studien. Kommuneloven skal tilrettelegge for at kommuner og fylkeskommuner kan yte tjenester og drive samfunnsutvikling til beste for innbyggerne (Kommuneloven, 2018, § 1-1). Loven skal også legge til rette for kommunenes og fylkeskommunenes utøvelse av offentlig myndighet, bidra til at kommuner og fylkeskommuner er effektive, tillitsskapende og bærekraftige (Kommuneloven, 2018, § 1-1). Folkehelseloven har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2012, § 1). Prinsippet om «helse i alt vi gjør» legger til grunn for en samfunnsorientert forståelse av helse, som innebærer en vektlegging av at helse formes av positive og negative påvirkningsfaktorer (Hofstad, 2018, s. 4). Folkehelseloven tillegger kommunene ansvar om å fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting (Folkehelseloven, 2012, § 4). Plan- og bygningsloven har som formål å fremme bærekraftig utvikling og reduksjon av sosiale helseforskjeller skal være et mål for lokal planlegging (Plan- og bygningsloven, 2008, § 3-1). Sosiale ulikheter i helse er en utfordring som berører hele samfunnet, og har konsekvenser for politikktutforming på alle nivåer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 14-15). Dette vil si at sosiale ulikheter i helse også er en utfordring som berører det lokale nivået, kommunene. Folkehelsearbeid er en investering for et bedre liv og et bærekraftig samfunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 15). Bærekraft beskrives gjerne ut ifra tre dimensjoner (økonomi, miljø og sosiale forhold) som er gjensidig avhengig av hverandre og må være i balanse for å skape en holdbar fremtid (Helsedirektoratet, 2017, s. 7).

Systemkapasitet handler også om hvordan kommunene er i stand til å tilfredsstillte borgernes kollektive preferanser eller behov (Baldersheim & Smith, 2011, s. 76). Jo større kommunen (politisk enhet) er, desto større kapasitet har kommunen (Baldersheim & Smith, 2011, s. 76). Begrepet borgereffektivitet beskriver det lokale demokratiet, og borgernes mulighet for politisk deltakelse og innflytelse (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 408). I små kommuner med mindre folketall vil borgere ha mer innflytelse i politiske beslutninger, og i større kommuner med høyere folketall vil befolkningen ha mindre innflytelse i politiske beslutninger. Noen av de 428 kommunene var allerede i gang med kommunesammenslåing etter kommunereformen. Ved gjennomføringen av kommunereformen blir det færre og større kommuner (Regjeringen, 2020). Da er det naturlig å tenke at når kommunen blir større vil kommunen ha større finansielt grunnlag, og vil da få høyere systemkapasitet. Ifølge Dahl og Tufte sin teori vil kommunene som har høy borgereffekt ha en lav systemkapasitet, og omvendt (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 411).

Generalistkommuneprinsippet tilsier at alle kommuner har ansvar for å tilby samme tjenester (Jacobsen, 2009, s. 86). I praksis vil tjenesteyting og kommunestørrelse være i et paradoks, der store kommuner vil kunne tilby flere tjenester for sine innbyggere enn små (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 410). En større kommune vil ha flere ansatte, i større stillingsprosenter, i flere avdelinger. Tidligere studier har vist at dette også er tilfellet når det kommer til folkehelsekoordinator-stillingen. Blant annet foreslo tverrsnittstudien fra 2015 at bruken av folkehelsekoordinatorer var forbundet med at kommunens implementering av helse i all politikk (Hagen et al., 2015, s. 597). Folkehelsekoordinatorene hadde ulik stillingsstørrelse og lokalisering, og de koordinatorene som var plassert nærmere kommuneledelsen hadde større tverrsektorielt samarbeid for folkehelse (Hagen et al., 2015, s. 604). Kapasitetskonseptet viste at kapasiteten til å redusere helseforskjeller varierte mellom kommunene, men hvis kommunene ansatte folkehelsekoordinatorer i autorative stillinger kunne kapasiteten opprettholdes (Helgesen et al., 2017, s. 77). For å sikre myndighet for handlingsrom måtte folkehelsekoordinatoren ha over 70 prosent stilling (Helgesen et al., 2017, s. 81). Kommunene som hadde folkehelsekoordinator med minst 90 prosent stilling brukte oversikten som grunnlag for å prioritere planstrategi, arealplan og politiske beslutninger innen folkehelse (Helgesen et al., 2017, s. 81). Studien fra 2018 fant ut at ansettelse av folkehelsekoordinator etter implementeringen var negativt assosiert med rettferdig fordeling i helsefremmende tiltak, sammenlignet med kommunen uten koordinator (Hagen et al., 2018, s. 807).

Riksrevisjonen sin undersøkelse fra 2015 fant ut at oversiktsarbeidet hadde kommet noe kortere i små kommuner enn i mellomstore og store kommuner (Riksrevisjonen, 2015, s. 42). I små kommuner var det 21 prosent av kommunene, i mellomstore kommuner var det 28 prosent av kommunene og blant de store kommunene var det 33 prosent som hadde utviklet oversikt (Riksrevisjonen, 2015, s. 42). Andel som svarte at de ikke hadde begynt å utarbeide oversikt var i 2015 noe større i mindre kommuner enn i store kommuner (Riksrevisjonen, 2015, s. 42). I 2019 var det en gjennomgående økning av antall kommuner som hadde utviklet helseoversikt etter kommunestørrelse. Det var 67 prosent av de minste kommunene som hadde utviklet oversikt, og 89 prosent av de største kommunene. Forskjellene var signifikant for kommunestørrelse, men ikke sentralitet. Det var flest mellomsentrale kommuner som hadde utarbeidet oversikt. Det var 90 prosent av de mellomsentrale kommunene som hadde utviklet oversikt, og 84 prosent av de mest sentrale kommunene som hadde utviklet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Funn fra denne studien viser (som tidligere) at de minste kommunene ligger lenger bak enn de større når det kommer til å utarbeide oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Det var også forskjeller innen hvor mange kommuner som var i prosessen med å utarbeide oversikten (27 prosent av de minste kommunene og 11 av de største kommunene, 20 prosent av de minst sentrale og 16 prosent av de mest sentrale kommunene). Det var signifikante forskjeller for både kommunestørrelse og sentralitet for «når oversikten ble ferdigstilt første gang». Av de kommunene som hadde utviklet oversikt, var de største kommunene tidligst ute. En fjerdedel av de største kommunene var allerede i 2013 ferdig med å utvikle oversikt. Der var kun i gruppene av kommuner med befolkning under 5 000 at det var kommuner som svarte nei på spørsmålet om de hadde utarbeidet oversikt. Det var flere små kommuner som ikke hadde utviklet oversiktsdokumentet eller som utarbeidet den for første gang. Det ble ikke påvist signifikans innen hverken kommunestørrelse eller sentralitet for «når oversikten skal utarbeides første gang» for de som svarte at oversikten var under utarbeiding. Kommunene svarte i at de ville utvikle dokumentet i løpet av løpet av 2019 og 2020 (både sentralitet og kommunestørrelse), som er lovende. Det er interessant for videre forskning å se om tallene som kom frem i denne undersøkelsen var korrekte. Det var også en klar tendens til at de største kommunene var tidligst ut i utarbeidelse av oversikt, men det var ingen klar tendens mellom sentralindeks og hvilket årstall oversikten ble utarbeidet for først gang. Teorien om systemkapasitet knyttes til kommunestørrelse med at større kommuner vil kunne yte bedre tjenester for sine innbyggere på grunn av de har mer ressurser (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 408). Da vil de mindre kommunene ha vanskeligere for å oppfylle prinsippet om generalistkommune, siden de vil ha

mindre ressurser til å kunne oppfylle innbyggernes tilgang på tjenester. Resultatene fra denne studien om kommunene har utviklet oversiktsdokument følger teorien om systemkapasitet. De større kommunene vil ha større sannsynlighet for å utvikle oversiktsdokument.

Ansvar for folkehelse er tillagt alle sektorer og forvaltningsnivåer, og hensynet til helse må ivaretas når samfunnets sektorer utformer mål, prioriterer og utvikler tiltak (Hofstad, 2018, s. 4). Prinsippet om «helse i alt vi gjør» skal bidra til at befolkningens helse blir ivaretatt på tvers av sektorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 15). Folkehelsekoordinatoren kan bidra til det tverrsektorielle arbeidet, samt å koordinere ulike aktørers innsats (Helsedepartementet, 2003, s. 76). I studien fra 2017 ble det identifisert to måter for å nå folkehelsemål: tverrsektorielle arbeidsgrupper og ansettelse av folkehelsekoordinator (Helgesen et al., 2017, s. 80). Studien til Hagen et al. fra 2015 viste at kommuner der folkehelsekoordinatorene var plassert nærmere kommuneledelsen hadde mer tverrsektorielt samarbeid innen folkehelse (Hagen et al., 2015, s. 604). I 2019 var de flere større kommuner som hadde etablert tverrsektorielle arbeidsgrupper. Nesten halvparten av de minste kommunene etablert tverrsektorielle arbeidsgrupper. For de største kommunene var det over 70 prosent. Men det var blant de nest største kommunene at flest kommuner hadde opprettet tverrsektorielle arbeidsgrupper. Innen sentralitet var det blant de mest sentrale kommunene, at flest kommuner hadde opprettet tverrsektorielle arbeidsgrupper. Blant de minst sentrale kommunene var det færre som hadde opprettet dem. Forskjellene var signifikant innen kommunestørrelse, men ikke sentralitet. Det var en tendens at de minst sentrale kommunene i større grad enn de mer sentrale kommunene ikke hadde opprettet tverrsektorielle arbeidsgrupper.

Nærhetseffekten fra Jacobsen og Holtskog knyttes opp mot Dahl og Tufte's teori om borgereffektivitet (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 410). Små kommuner vil ha et lavere innbyggertall, og ifølge teorien vil det føre til at innbyggerne vil medvirke mer i prosessene, og ha en større stemme i hvordan kommunen går rundt. Men det kan tenkes at det vil fungere motsatt, som med tjenesteyting og systemkapasitet. På et kommunenivå vil større kommuner ha større ressurser, flere ansatte og flere høyere utdannede ansatte som kan yte bedre tjenester. Dette kan gjerne føre til at de større kommunene er flinkere til å arbeide tverrsektorielt, og ha folkehelsearbeidere med utdanning som oppfyller kriteriene for å arbeide med kommunens folkehelse. Resultatene fra spørsmålet om tverrsektorielle arbeidsgrupper støtter opp om teorien om systemkapasitet. De større kommunene hadde antageligvis større ressurser og kapasitet til et tverrsektorielt folkehelsearbeid.

Medvirkning kan knyttes opp mot både folkehelseloven og plan- og bygningsloven. Å ha oversikten tilgjengelig for befolkningen har tidligere i oppgaven blitt knyttet opp mot prinsippet om medvirkning som betyr at alle skal ha mulighet til å bidra med sine synspunkter i utarbeidelse av folkehelsearbeidet. Vi kan også knytte medvirkning opp mot teorien om borgereffektivitet. Borgereffektivitet handler om borgernes mulighet for politisk deltakelse og innflytelse, og øker jo mindre befolkningen i kommunen er (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 408). Altså at små enheter er mer åpne for direkte valgengasjement. Men når befolkningen i kommunen ikke får tilgang til oversikten, vil de ikke få dokumentet som grunnlag for medvirkning. I paragraf 4 i folkehelseloven står det at «Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor» (Folkehelseloven, 2012, § 4). Også i plan- og bygningsloven er det lagt opp til medvirkning, i et eget kapittel (kapittel 5, Medvirkning i planleggingen). Som en konsekvens av manglende grunnlag til medvirkning kan kommunen gå glipp av mange gode tiltak som kan hjelpe til med å redusere de sosiale helseforskjellene kommunen har, i tillegg til å påvirke de negative påvirkningsfaktorene. At oversikten var tilgjengelig på kommunens nettside var signifikant for både sentralitet og kommunestørrelse. Hvis man ser på kommunestørrelse var det under halvparten av de minste kommunene (og de nest største kommunene) som hadde oversikten tilgjengelig på kommunens nettside. Det var 84 prosent av de største kommunene som hadde oversikten tilgjengelig for befolkningen på kommunen sin nettside, og da tilgjengelig for befolkningen.

Helsedirektoratet skal blant annet følge med på forhold som påvirker folkehelsen, bidra til å iverksette nasjonal politikk og være en pådriver for det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet gjennom blant annet utvikling av nasjonale normer og standarder (Folkehelseloven, 2012, § 24). Den nasjonale veilederen ble publisert av Helsedirektoratet ett år etter at folkehelseloven trådte i kraft. Det var ikke signifikante forskjeller i verken kommunestørrelse eller sentralitet når det kom til hvilke kommuner som hadde benyttet den nasjonale veilederen i ulik grad. Flest av de største kommunene benyttet den nasjonale veilederen i stor grad. Godt over halvparten av kommunene svarte at de benyttet den nasjonale veilederen i stor grad. Innen sentralitet svarte de minst sentrale kommunene at de benyttet veilederen i større grad enn mest de sentrale kommunene, men mindre grad enn de mellomsentrale. Flest av de mellomsentrale benyttet seg av den nasjonale veilederen i stor grad. Det var heller ingen signifikante

forskjeller mellom kommunestørrelse eller sentralitet og bruk av eksterne konsulenter ved utarbeidelsen av oversikten.

Innen kommunestørrelse var det få kommuner som benyttet seg av eksterne konsulenter ved utarbeidelse av oversikten, og antallet var under 10 prosent. Men innen sentralitet var det oppimot 20 prosent av de største kommunene som benyttet seg av eksterne konsulenter. Siden vi ikke har spurt om hvorfor kommunene har benyttet seg av eksterne konsulenter kan man ikke trekke konklusjoner. Men det er kun snakk om seks kommuner som har svart ja (kommunestørrelse). Innen sentralitet var det de mest sentrale kommunene som i størst prosent oppga å bruke eksterne konsulenter, men her også få kommuner, nærmere sagt fire stykker.

Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene blant annet ved å gjøre opplysninger tilgjengelig (Folkehelseloven, 2012, § 20). Det var maks en fjerdedel av kommunene som oppga at de fikk bistand av fylkeskommunen i stor grad, innen både kommunestørrelse og sentralitet. I noen grad var det opp imot halvparten, i liten grad var det rundt en tredjedel. Det var ingen signifikante forskjeller innen kommunestørrelse eller sentralitet på variabelen om kommunene fikk bistand av fylkeskommunen i utarbeidelsen av oversikten.

Kommunen skal yte og produsere tjenester for innbyggerne. Når kommunen ikke klarer å oppfylle krav som stilles, kan de inngå interkommunale samarbeid. Om samarbeidet omfattes av reglene om offentlige anskaffelser vurderes ut fra reglene om offentlige anskaffelser (Kommuneloven, 2018, § 17-1). utfordringene til generalistkommuneprinsippet knyttes til geografi, befolkning og kommunestruktur. Disse utfordringene kan forklare økningen til interkommunalt samarbeid. Vi spurte i vårt spørreskjema om kommunene samarbeidet med andre kommuner når det kom til å utarbeide oversiktdokumentet. Å samarbeide med andre kommuner er en form for interkommunalt samarbeid. På denne måten kan kommunene slå sammen sine ressurser for å utvikle oversiktsdokumentet. I sammenheng med kommunesammenslåingen var det kommuner som hadde arbeidet sammen om oversiktsarbeidet som skal slås sammen ved årsskiftet til 2020. Det kan være noen av kommunene som har arbeidet sammen om oversiktsarbeidet siden de skal bli en kommune, og da ha en oversikt som skal ligge til grunnlag i den nye kommunen sin kommuneplan. Kommuner og fylkeskommuner kan utføre felles oppgaver gjennom et interkommunalt samarbeid (Jacobsen, 2009, s. 88). Et interkommunalt samarbeid skal foregå gjennom et

interkommunalt politisk råd, kommunalt oppgavefellesskap, vertskommunesamarbeid, interkommunale selskap, aksjeselskap eller samvirkeforetak, en forening eller på en annen måte som det er rettslig adgang til (Kommuneloven, 2018, § 17-1).

Det var signifikante forskjeller i kommunestørrelse og samarbeid med andre kommuner, men ikke innen sentralitet. Det var flere små kommuner som samarbeidet med andre kommuner i forbindelse med utarbeidelse av oversikten. Det var en tendens mellom sentralitet og samarbeid mellom kommuner i utarbeidelse av oversikt. Helgesen et al 2017 finner en sterk positiv effekt av samarbeid internt i kommunen og interkommunalt samarbeid mellom kommunene (Helgesen et al., 2017, s. s.985). Når kommunene ikke kan yte de tjenestene som generalistkommuneprinsippet krever, er interkommunalt samarbeid en løsning på dette. Man kan da øke systemkapasiteten på tvers av kommuner gjennom samarbeid. Vi har to tydelige utviklingstrekk i norske kommuner (Jacobsen, 2009, s. 29). Det første er at det er betydelig flytting fra nord til sør, det andre er at det er betydelig flytting til byene (Jacobsen, 2009, s. 29). Dette fører til at det blir større befolkning i Sør-Norge enn i Nord-Norge, og at det blir større befolkning i byene (Jacobsen, 2009, s. 29). Dette kan vi kalle en sentralisering i Norge, og sentraliseringen skaper spesielle utfordringer for kommunene som opplever vekst, og for kommunene som opplever tap eller nedgang (Jacobsen, 2009, s. 29). De store kommunene blir større, får større økonomiske ressurser, noe som igjen kan føre til at det blir satt av mer midler til for eksempel folkehelsekoordinator og tverrsektorielt arbeid.

Når man ser på perspektivet om Kommune-Norge som en integrert del av nasjonal politikk, blir det foretatt valg på lokalt og nasjonalt nivå av ulike politiske partier hvert fjerde år. Disse 4 årene knyttes også opp mot oversiktsdokumentet, og gjennomføringen av det systematiske oversiktsarbeidet. For å kunne planlegge god samfunnsutvikling må man grunne det i rett kunnskap. Kommunens helsetilstand skal være grunnlaget for lokal planlegging. Hvilke tiltak som iverksettes skal bunne i hvilke utfordringer kommunen har. Pengene som forvaltes av kommunene må brukes for å bedre kommunens helsetilstand, og da utjevne sosiale helseforskjeller. Som en del av det systematiske folkehelsearbeidet skal oversikten være grunnlaget for kommunen sin planstrategi (Folkehelseloven, 2012, § 6). Dokumentet skal være ferdig til oppstarten av arbeidet med planstrategien (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 5). Drøftingen av helseutfordringene skal være grunnlag for lokale planstrategier som vedtas i kommunestyrene etter plan- og bygningsloven (Plan- og bygningsloven, 2008, § 10-1). Det var flere av de større kommunene som skulle drøfte oversikten i forhold til kommunal planstrategi enn de mindre kommunene. Forskjellene

varsignifikant innen kommunestørrelse, men ikke sentralitet. Det var flere større kommuner som oppga at oversikten skulle revideres i 2019/2020 enn mindre kommuner. Innen kommunestørrelse var funnene signifikant. Det var ganske like svar på om kommunen skulle revidere oversikten i 2019/2020, og om kommunen skulle drøfte oversikten i forhold til kommunal planstrategi, bortsett fra de nest største kommunene. Innen sentralitet var det flest mellomsentrale kommuner som skulle revidere oversikten i 2019/2020. På sentralitet var funnene ikke signifikante. På politisk nivå skal det hele tiden gjøres prioriteringer innenfor tjenesteområder (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 412). På administrativt nivå skal det hele tiden foretas beslutninger om fordelingen av tjenestene som er valgt på politisk nivå (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 412). Det kan være at på administrativt nivå (der folkehelsekoordinatoren er), vil folkehelsekoordinatoren revidere oversikten, men hen vil ikke få det opp på den politiske agendaen, hos de som skal drøfte oversikten. Å revidere oversikten kan ses i sammenheng med kommunevalget som fant sted høsten 2019. Deltakelse i valg knyttet til teorien om borgereffektivitet og systemkapasitet (Jacobsen & Holtskog, 2013, s. 408). Når det er kommunevalg skal det som sagt utvikles en ny kommuneplan. På bakgrunn av kommuneplanen skal oversikten over kommunens helsetilstand ligge til grunn. Folkehelseloven ble iverksatt i 2012, og veilederen for oversiktsarbeidet ble publisert i 2013. Helse og omsorg i plan sitt prosjekt ble gjennomført i perioden 2012-2017, og folkehelsesatsingen ble satt i gang i 2017 og skal foregå frem til 2027. Det er iverksatt ulike prosjekter, lover og dokumenter som skal løfte folkehelsearbeidet. Gjennom de siste 10 årene spesielt er det utviklet tiltak for de ulike forvaltningsnivåene som skal hjelpe kommunene med å oppfylle lovkravene, i folkehelseloven og plan- og bygningsloven. Det er små tall som skal til for å gjøre analysene signifikant. I sentralitet har variablene «samarbeid med andre kommuner» en p-verdi på 0,087, «tverrsektoriell arbeidsgruppe» p-verdi på 0,069 og «utarbeidet oversikt» har en p-verdi på 0,056. Det skal små endringer til før analysene blir signifikante. Hvis det hadde vært en større svarprosent på spørreskjemaet og da flere enheter, ville kanskje disse variablene vært signifikante. Tendensene viser fremdeles at de minste og minst sentrale kommunene henger etter. De største og mest sentrale kommunene er kommet lenger enn de minste. Folkehelsetiltakene som er iverksatt kan ha hjulpet de større kommunene mer enn de minste, med at de større kommunene har mer ressurser og større kompetanse til å motta og gjennomføre de statlige føringene.

5.3 Studiens styrker og svakheter

Denne studien benyttet kvantitativ metode. Det er mange undersøkelser på lokalt folkehelsearbeid som gjennomføres ved hjelp av kvalitativ metode, og vil undersøke mer i dybden ved få kommuner. Det er viktig å gjennomføre kvantitative undersøkelser på det lokale folkehelsearbeidet i tillegg. Ved hjelp av et kvantitativt spørreskjema fikk vi muligheten til å undersøke så mange kommuner i Norge som mulig. På bakgrunn av data vi samlet inn kunne vi følge utviklingen som har foregått på oversiktsarbeidet. Ved å bruke tverrsnitt som undersøkelsesdesign, får man gjennomført en undersøkelse kostnadseffektivt, man når frem til mange enheter og får en presis beskrivelse av et fenomen på et gitt tidspunkt (Jacobsen, 2016, s. 108-109). Problemstillingen i denne oppgaven var å beskrive et fenomen på ett visst tidspunkt, og da var det rett å bruke tverrsnitt som undersøkelsesdesign.

Det anbefales å gjennomføre en prestudie, som sendes til respondenter som har de samme egenskapene som respondentene som skal fylle ut spørreskjemaet (Johannessen et al., 2019, s. 274-275). Det ble gjennomført en pretest av et utvalg ansatte i fylkeskommuner. Dette er en styrke siden vi fikk tilbakemelding fra kompetente folkehelsekoordinatorer, og input på hva vi kunne endre før undersøkelsen ble utsendt.

I tidligere undersøkelser har spørreskjemaene blitt sendt til postmottak til kommunene, og stilet til rådmann med ønsker om å videresende til folkehelsearbeider (Hofstad & Helgesen, 2012, s. 33). Forskergruppen i denne undersøkelsen kontaktet fylkeskommunene og kommunene for å få tilgang til kontaktinformasjonen til informantene. På denne måten kunne vi sende undersøkelsen direkte til folkehelsekoordinatorene. Vi sendte ut elektronisk spørreskjema til 388 unike e-postadresser som vi samlet inn. Til de respondentene vi ikke fikk samlet inn e-postadressene til, ble spørreskjemaet sendt til kommunens postmottak (n=40). Det var da mange av folkehelsekoordinatorene som fikk spørreskjemaet direkte. Det var en antakelse om at vi ville få en høyere svarprosent gjennom å legge så mye arbeid i innsamling av kontaktinformasjon.

Det ble satt i gang tiltak for å øke svarprosenten. For å prøve å øke antall svar ble det foretatt purringer gjennom e-post og telefon. Purrerunder er ikke et mirakelmiddel, og kan ende opp som mas (Jacobsen, 2016, s. 309).

Det var en utfordring å regne ut svarprosent på grunn av kommunesammenslåingen. Det er viktig med en god svarprosent for å ha et godt nok grunnlag for analyse. 50 prosent regnes som en bra svarrespons, men det kan være problemer med å kunne generalisere resultater fra utvalget til en populasjon (Johannessen et al., 2019, s. 245). I denne undersøkelsen ligger svarprosenten på mellom 61 og 71,9 prosent. I metodetabellene benyttes svarprosent 62,7 for

å beskrive respondentene. Det var store forskjeller i svarprosent innad i fylker, sentralitet og folketall, og noen kommuner kan bli overrepresentert.

De teoretiske perspektivene som ble benyttet i studien, var samstyring, kjerneutfordringer for lokalt folkehelsearbeid, borgereffektivitet og systemkapasitet, nærhetseffekten og tjenesteytingsparadokset. Samstyring har tidligere vært benyttet som perspektiv innen folkehelse, og denne studien bruker samme perspektiv som 2012-undersøkelsen av samstyring, nemlig fra Røyseland og Vabo (Hofstad & Helgesen, 2012, s. 30).

Kjerneutfordringene ble benyttet som perspektiv for å se utviklingen på hva som var utfordringer for 5+ år tilbake, i forhold til status for 2019. Begrepene borgereffektivitet og systemkapasitet, nærhetseffekten og tjenesteytingsparadokset kobles opp mot kommunestørrelse og sentralitet. Dette er ikke teoretiske perspektiver jeg har vært innom tidligere i min utdanning innen folkehelse, men jeg fikk en innføring i statsvitenskap. Valg av teoretiske perspektiver kan være en svakhet, men jeg tror at jeg har valgt rett perspektiver for å svare på min problemstilling.

Jeg fikk være en del av et forskningsprosjekt fra start til slutt. Dette førte til at jeg fikk være med på hver del av prosjektet, i fra innsamling av informanter, utvikling av spørreskjema og analyse av dataene. I tillegg fikk jeg være med på Folkehelsekonferansen der veileder presenterte studien. På denne måten fikk jeg god kjennskap til hele prosessen gjennom forskningsprosjektet. Dette vil jeg si er en styrke, siden mange studenter kun bruker tall fra allerede gjennomførte undersøkelser, og ikke får samme erfaring.

6.0 KONKLUSJON

Problemstilling for denne studien var som følger: *Hva er status for oversiktsarbeidet i 2019, og i hvilken grad har kommunestørrelse og sentralitet betydning for arbeidet med oversikt?*

Status for oversiktsarbeidet i 2019 er at fire av fem kommuner har utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, tre av fire kommuner bruker den nasjonale veilederen i utarbeidelsen av helseoversiktsdokumentet, to av tre kommuner har nedsatt egne tverrsektorielle arbeidsgrupper for folkehelsearbeid, tre av fire kommuner har oversikten tilgjengelig på kommunens nettsider, en av ti kommuner benytter seg av eksterne konsulenter ved utarbeidelsen av oversikten, to av tre kommuner rapporterer at de får bistand av fylkeskommunen i utarbeidelsen av helseoversikten, to av fem kommuner samarbeider med andre kommuner i utarbeidelsen av oversikten, fire av fem kommuner skal revidere oversikten i 2019/2020, og tre av fire kommuner skal drøfte oversikten opp mot den kommunale planstrategien i forhold til kommunevalget.

Samfunnsutviklingsutfordringen handler om de langsiktige prosessene som innebærer blant annet tverrsektorielt samarbeid, legge opp til medvirkning og angi strategisk retning. Vi ser at flere kommuner utarbeider oversikt enn tidligere. Vertikale samarbeid ser ut til å fungere, gjennom bistand fra nasjonale helsemyndigheter. Det er en del samarbeid mellom fylkeskommunen og kommunen ved utarbeidelsen av oversikten. De horisontale samarbeidene kommunene imellom er til stede, men det er kun førti prosent av kommunene som samarbeider om utarbeidelse av oversikten. Dette er til hjelp for de kommunene som skal slå seg sammen, eller for de kommunene som ikke har tilstrekkelig kompetanse selv.

Horisontale samarbeid gjennom tverrsektorielle samarbeid har økt, men det er fremdeles mange kommuner som sier at de ikke har opprettet tverrsektorielle arbeidsgrupper. Det er mange kommuner som legger opp til medvirkning gjennom å tilgjengeliggjøre oversikten for befolkningen på kommunen sin nettside, og drøfte oversikten i forhold til kommunal planstrategi. Studien viser at antall kommuner som har utviklet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer har økt i betydelig grad. Det kommunale oversiktsarbeidet har blitt mer systematisert og kunnskapsbasert, og det er nå et større kunnskapsgrunnlag for den videre kommunale planleggingen.

Kommunestørrelse og sentralitet har en betydning for oversiktsarbeidet. Det var de største kommunene som lå best an i å utvikle oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Større kommuner hadde flere tverrsektorielle arbeidsgrupper. Det var flere større kommuner

som hadde oversikten tilgjengelig for befolkningen, gjennom å ha oversikten tilgjengelig på kommunens nettside. De store kommunene benyttet seg mest av statlige føringer gjennom å bruke den nasjonale veilederen i størst grad. Det var flere store kommuner som skulle drøfte oversikten i forhold til kommunal planstrategi, og revidere oversikten i 2019/2020. Det var en tendens til at de minst sentrale kommunene i mindre grad enn de større, mer sentrale kommunene ikke hadde opprettet tverrsektorielle arbeidsgrupper, og heller ikke utarbeidet oversikt. Det var også en tendens til at mindre kommuner samarbeidet mer med andre kommuner i utarbeidelsen av oversikt enn større kommuner. De mest sentrale kommunene var den gruppen som i størst grad har drøftet oversikten i forhold til kommunal planstrategi. Innen gruppa med de minst sentrale kommunene er det færre kommuner som har utarbeidet oversikt og som har oversikten tilgjengelig på kommunens nettside. Teorien om nærhetseffekten som en løsning på paradokset mellom tjenesteyting og systemkapasitet ble ikke funnet i denne studien. Det vi kan relatere til teorien om nærhet vil være samarbeid mellom kommunene. Det var flest av de små kommunene som samarbeidet med andre kommuner for å utarbeide oversikten. Borgereffektivitet blir i denne oppgaven knyttet opp mot medvirkning, og hvordan kommunene legger opp til medvirkning gjennom å publisere oversikten på kommunens nettside. Borgereffektivitet og systemkapasitet blir beskrevet som motpoler, at den ene vil gå på bekostning av den andre. Det er teorien om systemkapasitet som kommer sterkest frem gjennom funnene fra denne studien.

Denne studien har funnet ut at statlig drahjelp i form av veilederen ser ut til å fungere, men det må settes inn tiltak for å hjelpe de mindre og mest usentrale kommunene. Fylkeskommunen må trolig mer på banen. De har gitt bistand, men kanskje ikke der det gjelder mest. Fylkesmannen bør gjennomføre mer tilsyn. Det burde bli gitt kommunale intensiver til de kommunene som trenger det. De minste kommunene sliter mest. Det er her det må settes inn tiltak.

Videre forskning kan gjennomføres for å se hvordan kommunene ligger an til å oppfylle lovkravet innen folkehelse i årene fremover. I tillegg burde det forskes mer på kommunestørrelse i forhold til folkehelsearbeidet, siden denne studien viser at de minste kommunene sliter mest.

LITTERATUR

- Amdam, R. (2011). *Planning in Health Promotion Work An empowerment model*. New York: Routledge.
- Baldersheim, H. & Smith, E. (2011). *Lokalt demokrati uten kommunalt selvstyre?* Oslo: Abstrakt Forlag.
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2012). *Statistikk for helse og sosialfagene* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P. & Aars, J. (2014). *Forvaltning og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fimreite, A. L. & Grindheim, J. E. (2007). *Offentlig forvaltning* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Folkehelseloven. (2012). Lov om folkehelsearbeid Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om oversikt over folkehelsen. (2012). *Forskrift om oversikt over folkehelsen* (FOR-2012-06-28-692). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692>
- Hagen, S., Helgesen, M., K & Fosse, E. (2015). Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(6), 597-605. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1403494815585614>
- Hagen, S., Øvergård, K. I., Helgesen, M., K, 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>
- Helgesen, M., K, Fosse, E. & Hagen, S. (2017). Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(18). <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1403494817709412>
- Helsedepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge Folkehelsepolitikken* (St.meld. nr. 16 (2002–2003)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013). *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer* (IS-2110).

- Helsedirektoratet. (2014). *Samfunnsutvikling for god folkehelse* (IS-2203). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsutvikling-for-god-folkehelse/Samfunnsutvikling%20for%20god%20folkehelse.pdf/_attachment/inline/7bfe0795-9370-4fbf-af77-8be0e9b9d62f:79fbdd582d69872f95ecad2fetc3159c6dfed46a/Samfunnsutvikling%20for%20god%20folkehelse.pdf
- Helsedirektoratet. (2017). *Folkehelsepolitisk rapport 2017- Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet* (IS-2698). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelsepolitisk-rapport/Folkehelsepolitisk%20rapport%202017.pdf/_attachment/inline/4510fa5e-942c-4dcd-b169-2160d54687b8:3f359de7447af72b37c030572afe69919d0871ca/Folkehelsepolitisk%20rapport%202017.pdf
- Higdem, U. (2015). Møtet mellom helse og plan. *Plan*, 47(3-04), 4-9. ER. Hentet fra http://www.idunn.no/plan/2015/03-04/moetet_mellom_helse_og_plan
- Hofstad, H. (2014). *Lokalt folkehelsearbeid – status, utfordringer og anbefalinger* (Rapport 1S 2204). Vedlegg 1 i Helsedirektoratet (2014). *Samfunnsutvikling for god folkehelse*.
- Hofstad, H. (2015). Plan- og bygningsloven som verktøy i folkehelsearbeidet: Ambisiøst eller urealistisk? *Plan*, 47(3-04), 10-14. Hentet fra <http://www.idunn.no/plan/2015/03-04/plan-og-bygningsloven-som-verktoey-i-folkehelsearbeidet-am>
- Hofstad, H. (2018). *Hva er viktige faktorer for lokal utøvelse av folkehelseoppdraget, og hvordan kan folkehelsemyndighetene støtte opp?* Oslo.
- Hofstad, H. & Bergsli, H. (2016). *Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan: Status og ringvirkninger 2012-2015* (2016:9). Oslo.
- Hofstad, H. & Helgesen, M., K. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid Ressurser, organisering og koordinering En baselineundersøkelse* (NIBR-rapport 2012:13). Hentet fra <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/filer/2012-13.pdf>
- Hofstad, H. & Vestby, G., M. (2009). *Lokalt folkehelsearbeid Underveisevaluering av Helse i Plan og Partnerskap for folkehelse* (NOTAT 2009:102). Hentet fra <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/2009-102.pdf>
- Jacobsen, D. I. (2009). *Perspektiver på Kommune-Norge – en innføring i kommunalkunnskap*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Jacobsen, D. I. (2016). *Hvordan gjennomføre undersøkelser* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Jacobsen, D. I. & Holtskog, K. H. S. (2013). Nærhetseffekten – kommunal service, kommunestørrelse og ny teknologi. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54(4), 407-436
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2019). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Karlsen, T.-I. (2017). Folkehelseplanlegging i kommunene- Idéhefte om helseoversikter og planstrategi. Hentet fra <http://www.bfk.no/Documents/BFK/Folkehelse/Rapporter/Folkehelseplanlegging%20i%20kommunene.pdf>
- Kommuneloven. (2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner* (LOV-2018-06-22-83). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83>
- Kommunetorget. Hvordan koble folkehelse og planlegging. Hentet fra <http://www.kommunetorget.no/Temaomrader/Folkehelse/Hva-er-folkehelse/Folkehelse-og-plan/>
- Lian, E. (2019). Noen fakta om nye kommuner fra 2020. Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/demokrati-og-styring/kommunereform/noen-fakta-om-nye-kommuner-fra-2020/>
- Mæland, J. G. (2019). *Forebyggende helsearbeid Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (St.meld. nr. 20 (2006–2007)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* (Prop. 90 L (2010-2011)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/156cc635411248bda507c9411bdf4cd0/no/pdfs/prp201020110090000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar* (Meld. St. 34 (2012–2013)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen Mestring og muligheter* (Meld. St. 19 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldinga Gode liv i eit trygt samfunn* (Meld. St. 19 (2018 –2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nno/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>

Pallant, J. (2016). *SPSS Survival manual* (6. utg.). Birkshire Open University Press McGraw-Hill.

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>

Regjeringen. (2019). Folkehelseloven. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>

Regjeringen. (2020). Fakta om kommunereformen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/kommunereform/id2548377/>

Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget AS. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2014-2015/offentligfolkehelsearbeid.pdf>

Røyseland, A. & Vabo, S. I. (2016). *Styring og samstyring- governance på norsk* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Schou, A., Helgesen, M., K & Hofstad, H. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner* (NIBR-rapport 2014:21). Hentet fra <https://docplayer.me/422783-Samhandlingsreformens-effekt-pa-kommunen-som-helsefremmende-og-sykdomsforebyggende-aktor.html>

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen*. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gradientutfordringen/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf/attachment/inline/8ea989b7-b958-477b-8cf4-6835ad07aa2a:88c350934287c7f6f234427989f7baa129f29f04/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf>

SSB. Fakta om befolkningen. Hentet fra

<https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>

SSB. (2017). *Ny sentralitetsindeks for kommunene*. Hentet fra

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/330194?ts=15fdd63c098>

WHO. (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946*.

VEDLEGG 1. NSD godkjenning

23.5.2019

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Folkehelsearbeid i norske kommuner, 2019

Referansenummer

902924

Registrert

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

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

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

Type prosjekt

Forskerprosjekt

Prosjektperiode

20.05.2019 - 31.12.2030

Status

20.05.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

20.05.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 20.05.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

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 Wincentsen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

VEDLEGG 2. FEK godkjenning



Sanne Ørnes

Ref: 19/03866

Tidspunkt for godkjenning: : 27/05/2019

Besøksadresse:
Universitetsveien 25
Kristiansand

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Folkehelsearbeid i norske kommuner 2019

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

Kommentar fra godkjenner:

Søknaden godkjennes 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

FAKTURAADRESSE:

UNIVERSITETET I AGDER,

FAKTURAMOTTAK

POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

VEDLEGG 3. Databehandleravtale

Avtale - databehandleravtale etter personopplysningsloven

Les veilederen på www.datatilsynet.no/databehand1er

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

i. Avtalens hensikt

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

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

2. Formål

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

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 avtalen 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 personopplysningsforskriftens § 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. Avtolens vafighet

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 oppher

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

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

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

9. Meddelelsef

Meddelelser etter denne avtalen skal sendes skriftlig til: Universitetet i Agdei, ved Assisterende UniversitetetsdirektØr, Seunn Smith-TØnnelen.

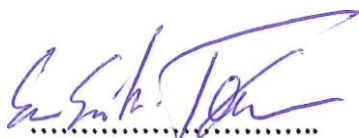
i0. Lowolg og verneting

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

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

Oslo, 11. august 2011.

Behandlingsansvarlig



(Underskrift)

Assisterende Universitetsdirektør

Universitetet i Agder

Seunn Smith-Tønnesen

Databehandler



(Underskrift)

Salgsdirektør

Rambøll Management Consulting

Ole Dalvang

VEDLEGG 4. Samtykkeskjema og spørreskjema



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

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

SAMTYKKE

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

Jeg vil delta i denne undersøkelsen.

Ja

(1)

Kommunenavn **Kommnavn**

(Skriv navnet på din kommune under her)

Vi vil gjerne åpne med noen bakgrunnsspørsmål om stillingen din.

Hvor lenge har du vært ansatt i kommunen? **V1_år**

(Angi antall år)

Utgjør arbeidet ditt med folkehelse din hovedstilling i kommunen? **V2_hoved**

- (1) Ja
- (2) Nei

På hvilket nivå er hovedstillingen din? **V3_nivås**

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

Hvilken stillingsbenevnelse har du (i ditt arbeid med folkehelse)? V4_still

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

(Angi prosent) V5_stpro

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

(Angi prosent) V6_prosentfolkeh

Er det utarbeidet en egen stillingsbeskrivelse/mandat for ditt arbeid med folkehelse? V7_stillbeskr

(1) Ja

(2) Nei

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

(Angi årstallet denne stillingen eller funksjonen ble opprettet, ÅÅÅÅ) V8_FH_antår

Har du eventuelle kommentarer til spørsmålet over? V8_kommentar

Nå kommer det spørsmål om din arbeidsbakgrunn.

Har du hatt andre funksjoner i kommuneorganisasjonen før du begynte å arbeide med folkehelse? V9_andrefunksj

- (1) Ja
(2) Nei

Dersom Ja, hvor mange år har du vært ansatt i kommunen totalt sett?
(Angi antall år) V10_antår_komm

—

Dersom Nei, har du arbeidserfaring fra andre stillinger? V11_arberfaring
(Flere kryss er mulig)

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

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

Hvilket politisk utvalg/komité har hovedansvar for folkehelsesaker?

(Dersom det er flere, velg det som du oppfatter som det viktigste) V12_polutvalg

- (1) Helse/sosial
- (2) Skole/oppvekst
- (3) Idrett/kultur
- (4) Tekniske saker
- (5) Formannskapet
- (6) Andre, angihvilket _____

Hvilket folkehelseomr de har høyest politisk prioritering? V13_pol_prio

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

Hvilket hovedområde oppfatter du som det viktigste? V14_egenprio

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

Hvilken aldersgruppe opplever du som høyest politisk prioritert i kommunen?

[Rangér fra mest viktig (øverst) til minst viktig (nederst)] (V15_prio barn til eldre)

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

Er rettferdig fordeling av ressurser prioritert i den politiske prosessen? V16_rettferdig

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

Er rettferdig fordeling av ressurser prioritert i det lokale

folkehelsearbeidet? V17_rettferd_prio

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

Hvem er din nærmeste leder? V18_nærm_leder

- (1) Rådmannen
- (2) Leder plan
- (3) Leder kultur
- (4) Leder omsorg
- (5) Leder helse
- (6) Leder oppvekst/skole

(7) Leder teknisk

(8) Annen leder, angi her _____

Vennligst angi hvor i kommunen du er organisatorisk plassert.

(Skriv inn i feltet under) V19_orgplass

Folkehelsearbeid er mangfoldig. Hvor hensiktsmessig oppfatter du din organisatoriske plassering i forhold til det følgende **V20_org_hensikt pol til gjslag**

Kryss av for grad av hensiktsmessighet

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

Alt i alt, i hvilken grad opplever du den organisatoriske plasseringen som hensiktsmessig i forhold til å nå fram med folkehelsearbeidet i kommunen? **V21_org_total**

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

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

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

(Sett gjerne flere kryss) **V22_lykkes**

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

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

Angi ca. prosent av din stilling til følgende oppgavene

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

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

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

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

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

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

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

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

Nå følger to spørsmål knyttet til dette.

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

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

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

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

Kryss av

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

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

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

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

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

Vi sikter her til planarbeid som berører folkehelse i vid forstand. **V30_involv**

(Sett gjerne flere kryss)

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

Har kommunen utarbeidet en egen oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, jfr folkehelselovens §5? **V31_oversikt**

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

Dersom helseoversikten er under utarbeiding, når forventes den ferdigstilt? **V32_ferdig**
(Angi kun årstall, ÅÅÅÅ)

Dersom ja, når ble denne ferdigstilt første gang? **V33_ferd_først**
(Angi kun årstall, ÅÅÅÅ)

Er helseoversikten tilgjengelig på kommunens nettsider? **V34_overs_web**

- (1) Ja
- (2) Nei

I hvilken grad har kommunen benyttet den nasjonale veilederen i utarbeidelsen av helseoversiktsdokumentet? **V35_overs_veiled**

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

Hvilke utfordringer har vært de største i utarbeidelsen av helseoversiktene? **V36_utfordr**

(Skriv gjerne noen ord om de største utfordringene)

Har kommunen benyttet eksterne konsulenter i utarbeidelsen av

helseoversikten? **V37_konsulent**

- (1) Ja
(2) Nei

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

helseoversikten? **V38_bist_fylke**

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

Har kommunen samarbeidet med andre kommuner om utarbeidelse av

helseoversikten? **V39_sam_andrek**

- (1) Ja
(2) Nei

Skal oversikten revideres i løpet av 2019/2020? **V40_overs_revid**

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

I forhold til kommunevalget i 2019, vil helseoversikten bli drøftet i forhold til kommunal planstrategi som forutsatt i folkehelseovens §6? **V41_overs_planstr**

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

Dersom nei, hva er etter din mening årsaken til at kommunen ikke vil benytte oversiktsdokumentet i arbeidet med ny planstrategi? **V42_planstr**

(Sett gjerne flere kryss)

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

(Fra spm om folkehelseoversikt) Dersom nei, hva er grunnen til at kommunen ikke har utarbeidet slik oversikt? **V43_ikke_oversikt**

(Sett gjerne flere kryss)

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

Har kommunen nedsatt egne tverrsektorielle arbeidsgrupper/fora for folkehelsearbeid? **V44_gruppe**

- (1) Ja
(2) Nei

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

(Sett gjerne flere kryss) **V45_ikkegr_hvfor**

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

Dersom Ja, hvor ofte møtes gruppen? **V46_grupp_pr_år**

(Ca. antall ganger pr. år)

I hvilken grad opplever du at deltakerne generelt prioriterer å møte i de tverrsektorielle gruppene? **V47_gr_prio**

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

Hva vil du si er hovedfokus i de tverrsektorielle arbeidsgruppene? **V48_gr_fokus**

(Sett gjerne flere kryss)

- (1) Plan-/oversiktsarbeid

(2) Kunnskapsdeling og informasjon

(3) Idémyldring

(4) Planlegging av tiltak

(5) Annet, angi hva _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hvor stor innflytelse opplever du å ha på kommunens folkehelsesatsning? **V53_innflyt**

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

Slik du ser på det nå, tror du at du vil være i din nåværende stilling som folkehelseansvarlig/-koordinator om 2 år? **V54_om_2_år**

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

Helt til slutt kommer det noen spørsmål om deg selv.

Kjønn **V55_kjønn**

- (0) Kvinne
- (1) Mann

Alder (angi alder i år) **V56_alder**

—

Utdanningsnivå **V57_utd_nivå**

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

Hvilken type hovedutdanning har du? **V58_typ_hutd**

Angi utdanning(er)

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

(Slå sammen evt. deltidsutdanninger til hele år) **V59_tot_ant_år**

Angi brutto årslønn (før skatt) i hel stilling. **V60_lønn**

(Angi i kroner)

Tusen takk for at du har fylt ut spørreskjemaet.

Første presentasjon av resultatene vil komme under Folkehelsekonferansen høsten 2019.

Trykk [avslutt] for å lagre.