

Agendasetting i en kommunal kontekst

En studie av hvordan folkehelsekoordinatorer arbeider for å få
Innflytelse over folkehelsepolitikken på kommunalt nivå

SIV AURORA PEDERSEN

VEILEDER

Charlotte Kiland

Universitetet i Agder, 2022

Fakultet for Samfunnsvitenskap

Institutt for Statsvitenskap og ledelsesfag

Førord

Denne masteroppgaven har gitt meg en stor mulighet til kunne fordype meg i en så kompleks problematikk og spennende tema som det agendasetting og folkehelsepolitikk er. Det å kunne fordype seg på en slikt nivå har vært svært interessant. Arbeidet med oppgaven har i hovedsak vært lærerikt og morsomt, men også tidvis krevende. I den forbindelse er det flere jeg ønsker å rette en takk til.

Først og fremst vil jeg takke min veileder Charlotte Kiland for svært gode faglige tilbakemeldinger og oppmuntringer gjennom hele prosessen. Din tilstedeværelse og kloke ord har vært avgjørende for oppgaven.

Det må også rettes en stor takk til alle informanter som hadde mulighet til å stille til intervju i en ellers travel hverdag, og særlig i den tiden vi har vært i nå. Gjennomførelsen av intervjuene har vært en svært givende del av arbeidet, da informantene hadde mange gode tanker og refleksjoner knyttet til arbeidet og problematikken.

Til slutt vil jeg takke familien som har stilt opp, og som har støttet meg gjennom hele arbeidet med denne oppgaven.

25. mai 2022

Siv Aurora Pedersen

Sammendrag

Det er gjort flere studier på folkehelsepolitikk og på organisering og koordinering av kommunalt folkehelsearbeid etter at folkehelseloven kom i 2012. Flere av studiene tar for seg folkehelsekoordinatoren sin rolle og funksjon, og poengterer samtidig mangelen på kunnskap om hvordan denne funksjonen utøves for å løfte viktige folkehelsepolitiske saker på agendaen og dermed få innflytelse på politikken som vedtas. Ambisjonen med denne studien er å øke kunnskapen nettopp om folkehelsekoordinatorenes arbeid med komplekse folkehelseutfordringer som sosial ulikhet i helse, og hvordan disse arbeider med agendasetting og innflytelse i en lokalpolitisk setting når slike saker står på spill.

Studien er en eksplorativ case studie som tar for seg to relativt store bykommuner som har særlige utfordringer knyttet til levekår og sosial ulikhet i helse når man ser på nøkkeltall fra de nasjonale folkehelseprofilene. Datamaterialet er basert på intervjuer med folkehelsekoordinatorer, andre administrativt ansatte og politiske representanter.

Resultatene fra studien viser at folkehelsekoordinatorene velger ulike tilnærminger i agendasetting. I den ene kommunen samarbeider folkehelsekoordinatoren aktivt med eksterne aktører, slik som frivillige organisasjoner og lokale medier for å skaffe oppmerksomhet rundt saker og dermed skape et eksternt press på politikerne. I den andre kommunen opptrer folkehelsekoordinatoren mer som en intern fasilitator for å tilrettelegge for samarbeid på tvers av fagsektorer internt i kommunen, og for å øke bevisstheten og kunnskapen hos både politikere og administrativt ansatte. Funnene viser at sosial ulikhet i helse oppfattes som svært kompleks og uhandterlig samfunnsutfordring, og at det er krevende å få dette som sak på den politiske agendaen. Likevel viser funnene at folkehelsekoordinatorene til dels har lyktes med å sette sosial ulikhet i helse på agendaen. Politikerne i kommunene mener tematikken er viktig, men kompleksiteten og særlig den langsiktige tilnærmingen sosial ulikhet i helse forutsetter er et hinder for aktivt å prioritere tematikken, og relateres gjerne til en krevende kommuneøkonomi. Når det er vanskelig å spore effekter av tiltak blir det utfordrende å prioritere politisk.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	6
1.1 Presentasjon av tema	6
1.2 Problemstilling	8
1.3 Tidligere forskning på feltet	8
2. Teori	11
2.1 Wicked problems	11
2.2 Agendasetting.....	13
2.2.1 Kingdon sin teori om agendasetting.....	14
2.2.1.1 Mulighetsvinduer.....	17
2.3 Agendasetting i lys av ulike styringsformer.....	18
2.3.1 Agendasetting i lys av hierarki	18
2.3.2 Agendasetting i lys av mål- og resultatstyring.....	19
2.3.3 Agendasetting i lys av samstyring og nettverk	19
2.4. Folkehelsekoordinatoren som boundary spanner.....	21
2.5 Administrasjonens innflytelse i norske kommuner.....	22
2.6 Forsknings spørsmål.....	22
3. Metode	23
3.1 Valg av casestudie som forskningsdesign.....	23
3.1.1 Eksplorativt case studie design.....	24
3.2 Begrunnelse for utvalg av case kommuner.....	24
3.2.1 Utvelgelse av kommuner.....	24
3.2.2 Utvelgelse av informanter.....	25
3.3 Datainnsamlingsmetode.....	27
3.3.1 Intervju som datainnsamlingsmetode.....	27
3.3.2 Innsamling av dokumentdata.....	28
3.4 Analysestrategi.....	29
3.4.1 Transkribering av intervjudata.....	29
3.4.2 Tematisk innholdsanalyse av data	29
3.5 Hensyn til validitet og reliabilitet	29
3.5.1 Validitet	29
3.5.2 Reliabilitet.....	30
3.6 Etiske hensyn og overveielser.....	30
4. Presentasjon av resultater	31
4.1 Organisering av kommunen og folkehelsearbeidet.....	31
Kommune A.....	31
Kommune B.....	34
4.2 Koordinering og samarbeid internt og eksternt.....	36
Kommune A.....	36
Kommune B.....	37
4.3 Innflytelse og agendasetting i beslutningsprosesser og kontakt mellom administrasjon og politikere	38
Kommune A.....	38
Kommune B.....	40
4.4 Innflytelse og agendasetting; sosial ulikhet i helse.....	41
Kommune A.....	41
Kommune B.....	43

4.5 Oppsummering av hovedfunn.....	44
5. Drøfting av funn.....	45
5.1 Sosial ulikhet i helse som wicked problem	45
5.2 Kingdon agendasetting- i lys av kommunene	47
5.2.1 De tre strømmene.....	47
5.2.4 Folkehelsekoordinatorene som policy entreprenør gjennom bruk av mulighetsvinduer	50
5.3 De ulike styringsprinsippene i lys av agendasetting	52
5.3.1. Tradisjonell styring.....	52
5.3.2 Mål og resultatstyring	53
5.3.3. Samstyring	54
5.3.4 Folkehelekoordinatoren som boundary spanner	54
5.4 Agendasetting under ulike organisatoriske settinger.....	55
6. Konklusjon.....	57
6.1 Folkehelsekoordinatorens arbeid med agendasetting og innflytelse.....	57
6.2 Politikernes oppfattelse av folkehelsekoordinatorene.....	58
Sluttrefleksjoner og veien videre	58
Litteraturliste.....	60
Vedlegg.....	65
Vedlegg 1 Uttalelse fra NSD.....	65
Vedlegg 2.....	67
Informasjonsskriv.....	67
Vedlegg 3.....	71
Intervjuguide.....	71

1. Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Tematikken i denne studien omhandler agendasetting i en kommunal kontekst. Fokuset er rettet mot folkehelse som politikkfelt. Dette politikkfeltet er særlig interessant fordi folkehelse er et politikkfelt som omhandler samfunnsutfordringer som kan beskrives som komplekse eller såkalt «wicked». Dette innebærer at disse samfunnsutfordringene ikke kan løses av én aktør alene, men forutsetter en håndtering som fører til at man må krysse tradisjonelle forvaltningsgrenser og faggrenser (Head & Alford, 2015, s. 719). Spørsmålet er hvordan saker preget av stor kompleksitet og tvetydighet preger agendasetting på kommunalt nivå. Dette komplekse og sammensatte politikkfeltet forutsetter en organisering og koordinering av innsats som er særlig interessant i en kommunal forvaltning preget av «silotenkning» og tradisjonelle og fragmenterte sektorer/ faggrenser og politikkfelt. Disse *wicked problems* kan ikke kan løses i siloene, men tvinger den kommunale sektoren til å tenke nytt gjennom en bredere og mer helhetlig tilnærming til komplekse samfunnsutfordringer. Dette aktualiserer behovet for koordinering både horisontalt og vertikalt mellom forvaltningsnivåer. Et eksempel på slike komplekse samfunnsutfordringer er sosial ulikhet i helse, som i den norske folkehelseloven fremheves som en av de største utfordringene kommunene nå må håndtere. Denne kompleksiteten gjør at det trolig vil være flere som forsøker å påvirke den politiske agendaen. Denne oppgaven tar utgangspunkt i folkehelseloven sin definisjon av folkehelsearbeidet:

«samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygge 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, § 3b).

«Health in All Policies» heretter forkortet HiAP er en sentral tilnærming til folkehelsefeltet. HiAP kan defineres som «an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health implications of decisions, seeks synergies, and avoid harmful impacts in order to improve population health and health equity» (Vliet- Brown, Shahram & Oelke, 2017, s.714). Hovedpoenget med HiAP er å innlemme helsehensyn inn i alle politikkområder, og dermed å få folkehelse inn i alle ledd av politikktutforming. Sosial ulikhet i helse løses ikke i helsesektoren alene gjennom tiltak rettet inn mot helsetjenesten, men forutsetter en tverrsektoriell innsats. HiAP tilnærmingen handler derfor om å få

folkehelserelaterte saker ut av helse- siloen, da komplekse folkehelseutfordringer innbefatter tiltak i en rekke andre sektorer enn kun helsesektoren (Hagen, Øvergård, Helgesen, Fosse & Torp, s. 2; Karlsen, Kiland, Kvåle & Torjesen, s.2). Fordi folkehelsepolitiske saker som sosial ulikhet i helse kan forstås som et *wicked problem* forventes dermed en såkalt «whole-of-government» tilnærming. Dette innebærer koordinering både horisontalt og vertikalt på tvers av ulike sektorer og forvaltningsnivåer (Christensen, Egeberg, Lægreid & Aars, 2016, s. 165).

Norge ansees som et foregangsland i å anerkjenne HiAP tilnærmingen i folkehelsearbeidet, da Norge gjennom folkehelseloven politisk forankret HiAP som grunnleggende tilnærming for arbeidet med sosial ulikhet i helse (Hagen et al, 2018, s.2; Karlsen et al, 2022, s.2). Som en konsekvens av folkehelseloven valgte mange kommuner å ansette en eller flere folkehelsekoordinatorer. Folkehelsekoordinatoren jobber med samarbeid og tverrfaglig koordinering, og det er også anbefalt at folkehelsekoordinatoren sørger for å delta aktivt i ulike deler av beslutningsprosesser og planprosesser i kommunene (Hagen et al, 2018, s. 2). Dersom folkehelsepolitiske saker skal formuleres på en hensiktsmessig måte og vedtak skal kunne implementeres er man avhengige av at de som har kunnskap om teamet bidrar i beslutningsprosesser. Det er derfor viktig at aktører med et særlig ansvar for folkehelsesaker deltar aktivt i ulike former for politikktutvikling (Béland & Kapabally, 2018, s. 369). Til tross for at folkehelsekoordinatorer spiller en sentral rolle i folkehelsearbeidet kommer det frem fra tidligere forskning at folkehelsekoordinatorer ofte er ansatt i små stillingsprosenter, og langt fra der beslutningene tas (Hagen et al, 2018, s.2). Dette stiller viktige spørsmål knyttet til agendasetting for folkehelsepolitikken.

Generalistkommuneprinsippet underbygger at alle kommunene skal kunne tilby like tjenester til sine innbyggere uavhengige av kommunestørrelse, geografisk beliggenhet og økonomi (Regjeringen, 2014). Likevel er det nærliggende å anta at mulighetsrommet for å påvirke politikktutvikling og få innflytelse over den politiske dagsordenen vil variere ut fra organisatorisk størrelse. Dette fremheves i artikkelen «Size and democracy» av Dahl og Tufte (1973) De kategoriserer demokratiet inn i blant annet to kategorier: borgereffektivitet og systemkapasitet. Borgereffektivitet omfatter hvilke muligheter borgerne har til å påvirke, mens systemkapasitet handler om kvaliteten ulike tjenester kan gis innbyggerne. For eksempel finner Dahl og Tufte finner at det er høyere valgdeltagelse i mindre kommuner, og dermed større deltagelsesmuligheter (Grill, 1974, s.340). Dette tyder på at mens det i større kommuner kan være mer uoversiktlig som følge av flere involverte aktører og arenaer, vil det

kunne være motsatt i mindre kommuner. Spørsmålet er dermed om det i mindre kommuner kan være lettere å løfte saker på dagsordenen og bidra inn i beslutningsprosessen. I små kommuner vil en kunne anta at aktører med ansvar for folkehelsearbeidet i større grad vet hvor «skoen trykker», da det er enklere å ha oversikt over utfordringsbildet ved at man er tett på innbyggerne. Det bidrar til at man enklere kan se løsninger (Vliet- Brown, Shahram & Oelke, 2017, s.714). Motsatt vil man i større kommuner kunne anta at utfordringsbildet er mer krevende å ha oversikt over, avstanden til særlig berørte innbyggergrupper er større og tiltak og løsninger kan være mer krevende å få gjennomslag for. På den måten kan agendasetting i større kommuner bli mer utfordrende enn i små kommuner. Formålet med denne studien er derfor å øke kunnskapen om agendasetting og koordinering i to bykommuner.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen som skal undersøkes i denne studien er:

Hvordan arbeider folkehelsekoordinatorer for å få innflytelse over folkehelsepolitikken på kommunalt nivå, og løfte sosial ulikhet i helse på agendaen?

Studien avgrenses til en bestemt kontekst; store sentrale bykommuner der folkehelseutfordringer knyttet til sosial ulikhet og helse, og levekårsutfordringer, er særlig store slik det fremkommer av de nasjonale folkehelseprofilene og ulike indikatorer til Folkehelseinstituttet. I store bykommuner er det naturlig å anta at flere aktører søker innflytelse og makt over dagsordenen, der mulighetene for å løfte saker opp på den politiske agendaen kan være særlig krevende. Det er derfor interessant å undersøke hvordan folkehelsekoordinatorer arbeider med å utøve innflytelse over folkehelsepolitikken innenfor en slik kontekst. Ytterligere begrunnelse for valg av casekommuner gjøres rede for i metodekapittelet.

1.3 Tidligere forskning på feltet

Det er gjort flere interessante og relevante tidligere studier av folkehelsekoordinatoren sin rolle og funksjon i kommunene. Som det vil bli presentert i følgende delkapittel er det kommet viktige bidrag om kunnskap på organisering av folkehelsearbeidet og hvordan folkehelsekoordinatorrollen fungerer i en kommunal kontekst. Det finnes imidlertid færre studier på hvordan folkehelsekoordinatoren jobber med å få innflytelse og gjennomslag for

folkehelsepolitiske saker, særlig i arbeidet med mer komplekse samfunnsutfordringer som sosial ulikhet i helse.

Hege Hofstad (2006) har publisert en studie som ser på politisk lederskap og byråkratisk endring knyttet til folkehelse. Gjennom sin studie forklarer Hofstad at selv om det i Norge er lokalpolitikere som tar beslutningene, inngår også kommunaldirektøren i det politiske lederskapet. Knyttet til HiAP er det derfor det politiske lederskapet som er ansvarlige for å sette mål, planer og retninger for folkehelse. Som Hofstad selv påpeker er det kommunedirektør som har det daglige ansvaret for folkehelse, men er en stor pådriver for hvordan folkehelsepolitikken skal formes lokalt, selv om lokalpolitikere er de som bestemmer. Det kommer frem i folkehelseloven at kommunen skal ha oversikt egen folkehelsesituasjon, men studien til Hofstad peker imidlertid på at selv om flere kommuner har etter folkehelseloven har fått god oversikt, er det fortsatt kommuner som streber etter å få god oversikt. Det Hofstad peker på som interessant knyttet til dette er at man kan selv plukke ut den informasjonen man selv ønsker å basere de politiske beslutningene på. Videre viser studiene Hofstad har gjort at kommunene ofte velger de *lavest hengende fruktene* når det kommer til folkehelsepolitiske saker (Hofstad, 2006, ss.567-574).

Hofstad påpeker også at det har skjedd endringer i den byråkratiske strukturen i kommunene da over 85 % av kommunene i Norge har valgt å ansette en folkehelsekoordinator. Studier Hofstad referer til har imidlertid vist at i 45% av disse kommunene er prosentvis arbeid folkehelsekoordinatoren bruker på folkehelsearbeid mindre enn 50%. I tillegg viser studier at folkehelsekoordinatoren plassert langt nede i organisasjonskartet gir ineffektivitet knyttet til folkehelsesaker. Dette på bakgrunn av at folkehelsekoordinatoren må søke legitimitet for å kunne samarbeide tverrsektorielt. Oppsummert sier studien til Hofstad: At den organisatoriske plasseringen av folkehelseansvarlig er utilstrekkelig. Det mangler en evne til å forvalte kompetansen i organisasjonen og manglende kapasitet til å jobbe tverrsektorielt. Det er usikkerhet knyttet til dokumenter som skal gi et overblikk over helsesituasjoner. I tillegg er det for udefinerte mål i kommuneplanene knyttet til feltet. Det er også stor usikkerhet i hvordan sosial ulikhet i helse skal løses da problemet er svært komplekst og dermed vanskelig å gi en god løsning på (Hofstad, 2006, ss.567-574).

Karlsen, Kiland, Kvåle og Torjesen (2022) har gjennomført en studie på faktorer som henger sammen med grad av tverrsektoriell innsats i kommunene og hvordan aktører med ansvar for

folkehelsearbeidet klarer å skaffe seg innflytelse for å løfte sosial ulikhet i helse på dagsorden og få gjennomslag for dette i de kommunale budsjettene. Funnene viser at faktorer knyttet til trekk ved den kommunale konteksten og demografiske trekk ved folkehelsekoordinatorerne ikke har signifikante funn. Det er først og fremst organisatoriske trekk som kombinasjonen av størrelsen på folkehelsekoordinatorstillingen, og hvor i organisasjonshierarkiet folkehelsekoordinatoren er plassert som ser ut til å ha størst betydning. Jo større stillingsprosent og jo høyere folkehelsekoordinatoren er plassert i organisasjonshierarkiet, dess større gjennomslagskraft. Studien konkluderte med at folkehelsekoordinatorerne kan ha en stor rolle når det kommer til å påvirke folkehelserelaterte saker. Hvor stor denne påvirkningen er kommer an på størrelsen på folkehelsekoordinatorstillingen og hvor i organisasjonen folkehelsekoordinatoren er plassert. Dette har med hvordan folkehelsekoordinatoren kan arbeide for å skaffe seg innflytelse inn i budsjettprosessene i organisasjonen. Gjennom tverrsektoriell tilnærming kan folkehelsekoordinatoren påvirke viktige politiske budsjettprosesser og plandokumenter. I tillegg viser det seg at å forankre folkehelsepolitiske saker inn i kommunale strategi og plandokumenter gir en større mulighet for å få gjennomslag for satsning og prioriteringer på sosial ulikhet i helse (Karlsen et al, 2022, ss. 1-14).

Hagen, Øvergård, Helgesen, Fosse og Torp sin studie ser på kommunale endringer begrunnet i HiAP, der ansettelse av folkehelsekoordinator inngår. Resultatene viser at siden folkehelseloven kom i 2012 har kommunene økt antall HiAP verktøy, blant annet ved å ansette en folkehelsekoordinator og jobbe med helseoversikter i kommunene. Imidlertid viser «Public Health Act» (PHA), som fokuser på sosial ulikhet i helse at tallene i kommunene som har ansatt en folkehelsekoordinator har det hatt en liten økning, men PHA i kommuner med helse oversikt har den økt signifikant. Hagen et al fant også ut at det er en rettferdig fordeling av helse mellom sosiale grupper har et stort fokus i kommunene, men ikke et like stort fokus i politikktutvikling i kommunene. I tillegg viser studien at det er to og en halv ganger så stor sannsynlighet for at de prioriterer en rettferdig fordeling av folkehelsesaker politisk, dersom kommunen har utarbeidet en helseoversikt, kontra de kommunene som ikke har helseoversikt (Hagen et al, 2018, ss.807-815).

Carey og Friel i sin artikkel ser på hvordan rollen Public administration (PA) eller offentlig administrasjon kan spille knyttet til implementering av politikk, for å jobbe med å bedre sosial ulikhet i helse. Som flere andre tidligere artikler, poengterer Carey og Friel viktigheten av at

mesteparten av at folkehelsesaker, som ulikhet i helse foregår utenfor helsesektoren. De legger vekt på «boundary spanning», som aktører for å samle mennesker tverrsektorielt, og dermed knytte ideer og mennesker sammen. De legger også vekt på at når utfordringene stadig blir mer komplekse, går man over til en New public governance (NPG) på norsk samstyrings tilnærming. En slik tilnærming gjør at man gjennom nettverk kan løse komplekse problemer. Som igjen har ført til spørsmål om hvordan man skal organisere offentlig administrasjon som tar høyde for mer kommunikasjon, ansvar og bærekraftige resultater (Carey & Friel, 2015, ss.795-797).

Tidligere forskning viser derfor at det er gjort mange studier på folkehelsekoordinatoren ut ifra en organisatorisk setting, og implementeringen av folkehelse inn i norske kommuner. Ut ifra dette ser det ut til at fokuset på folkehelsekoordinatører knyttet til agendasetting i kommuner, er det mindre studier på. Det foreligger dermed et kunnskapsgap i folkehelsepolitikken knyttet til denne tematikken. Dette er også noe Béland og Kapabally påpeker i sin artikkel (Béland & Kapabally, 2018, s. 371).

2. Teori

Teorien vil belyse ulike relevante teorier knyttet til faktorer som kan forklare folkehelsekoordinatorenes innflytelse og påvirkning på det politiske landskapet på et lokalt nivå knyttet til folkehelsepolitiske saker som sosial ulikhet i helse.

2.1 Wicked problems

Wicked problems er ofte betegnelsen på problemer som er store, komplekse og uforutsigbare. (Head & Alford, 2015, s. 712). Ackoff (1974), gjengitt i Head og Alford beskriver *wicked problems* som:

«every problem interacts with other problems and therefor part of a system of interrelated problems, a system of problems... I choose to call such a system a mess.» (Head & Alford, 2015, s. 713).

Første gang begrepet ble tatt i bruk var av Rittel and Webber (1973) som argumenterte for at det ikke er mulig å gi en entydig definisjon av *wicked problems*, og at dette er komplekse problemer som hverken har en åpenbar årsak eller en entydig løsning. I følge Head og Alford

(2015) er det sjelden en konkret løsning på *wicked problemer*. Det handler om hvordan man håndterer problemene, snarere enn å løse dem. Det finnes dermed ingen enkel løsning på problemet, derav *wicked problem*. Hvert *wicked problem* er unikt, og det vil være vanskelig å lære av tidligere feil i tillegg til at det er svært vanskelig å finne en løsning på problemene, dersom man går for en løsning kan ikke denne på ett senere tidspunkt heller trekkes tilbake. I tillegg henger *wicked problems* sammen med en rekke faktorer og sammenhenger. Det er derfor vanskelig å finne en standard for å håndtere problemet, blant annet fordi et *wicked problem* kan være et «symptom» på andre problemer. Kunnskapen mellom årsak og virkning kan dermed sees som usikker, og løsningene på slike komplekse samfunnsutfordringer er så krevende å finne frem til (Head & Alford, 2015, s. 714).

Williams beskriver *wicked problems* som ett nøste, da problemene vikler seg inn i andre problemer og dermed skaper et stort nett av komplekse problemer. Det at disse problemene sjeldent kommer alene, og blir skapt av hverandre gjør at det vil være vanskelig å identifisere årsakene. *Wicked problems* er også tildels uoverkommelige og er derfor umulig å løse helt. *Wicked problems* kan heller ikke tenkes som en lineær sammenheng, som består av et startpunkt og sluttunkt (ett utfall) (Williams, 2002, s. 104). *Wicked problems* krever derfor at man tenker mer kreativt og nytt for å forholde seg til den formen for utfordringer (Williams, 2002. s.111).

De utfordringene folkehelsepolitiske saker innehar gjør at de i mange tilfeller kan sees på som *wicked problems*. Dette gjelder ikke alle folkehelsesaker gitt definisjonen i innledningen, men utfordringene man møter knyttet til sosial ulikhet i helse vil være et eksempel på *wicked problems*. Som nevnt tidligere er *wicked problems* svært komplekse og krevende og prøve å løse. Det vil derfor være naturlig å tenke at *wicked problems*, slik som sosial ulikhet i helse vil være svært vanskelig å få på dagsorden. I tillegg er ofte offentlig sektor preget av sterkt hierarki, der hver sektor driver med sine prosesser, uten å samarbeide på tvers. Dette er også kjent som silotekning. Tradisjonelt hierarki er derfor ikke designet for å løse *wicked problems*, som ofte krever koordinering og samarbeid på tvers av fagsektorer og nivåer for å oppnå en god løsning (Head & Alford, 2015, ss. 719-725).

2.2 Agendasetting

Public policy er et teoretisk kompleks felt, som ser på hvordan ulike beslutninger tas i samfunnet, og hvordan det påvirker samfunnet. Svært forenklet kan man si at public policy-making er prosessen der man ser på sammenhengen fra ulike problemer i samfunnet til hvordan det ender opp som politikk. Lasswell (1956) var blant de første som gjennom sitt arbeid simplifiserte denne komplekse prosessen ved å bryte policy prosessen ned i mindre enheter. Disse enhetene utgjør navnet «the policy circle», oversatt til policy sirkelen (Howlett, Ramesh & Perl 2009, s. 10).

Knyttet til problemstillingen i denne studien vil fokuset i denne teoridelen være på første fasen i policy sirkelen, agendasetting. Agendasetting er dermed i den kritiske fasen der mye av det som vil prege politikk bildet blir avgjort (Howlett et al, 2009, s. 92).

Hovedspørsmålene knyttet til agendasetting er hvorfor noen sosiale problemer får stor oppmerksomhet av myndighetene, mens andre sosiale problemer blir ignorert. Agendasetting handler derfor om å prøve å forstå hvordan sosiale problemer får oppmerksomhet og anerkjennelse av myndighetene (Howlett et al, 2009, ss.92-93).

Kingdon gir følgende definisjon av agendasetting:

«The agenda, as I conceive of it, is the list of subjects or problems to which governmental officials, and people outside of government closely associated with those officials, are paying some serious attention at any given time» (Kingdon, 2003, s. 3).

I en kommunal kontekst innebærer dette at agendasetting handler om at sosiale problemer må få anerkjennelse av lokale myndigheter. Det betyr ikke at problemet uten videre blir adressert og forsøkt løst. Men av alle problemene lokale myndigheter kunne tatt tak i, har dette problemet blitt valgt ut. Problemet har gått fra å være noe man har vært opptatt av individuelt eller har snakket mer uoffisielt om, til å bli ett offentlig problem (Howlett et al, 2009, s.92-93).

Cobb og Elder (1972) deler agendasetting inn i to typer agendaer, den systematiske, og den institusjonelle agendaen. Den systematiske agendaen ansees som uformell og handler om

problemer det er ønskelig å få på agendaen. Dette kan være individer eller deler av samfunnet som diskuterer saker som påvirker samfunnet, slik som sosial ulikhet i helse. Det er her et ønske om at disse problemene blir fanget opp, og får offentlig oppmerksomhet. En svært liten andel av disse problemene inntar den institusjonelle agendaen, det vil si den formelle agendaen. Dette skjer ved at myndighetene mener dette er et problem som må løses, og dermed oppnår offentlig oppmerksomhet. Den systematiske agendaen kan derfor ansees som diskusjonen, mens handlingen er den institusjonelle (Howlett et al, 2009, s.101).

I dag er sosial ulikhet i helse en tematikk som får stadig sterkere oppmerksomhet, både nasjonalt og internasjonalt. I mediene, i politiske debatter, og nå særlig i de siste valgkampene i Norge. WHO har løftet det opp som en fanesak siste 10-15 årene, samt i forskningsmiljøer (Kvåle et al, 2020, s.150) Med det er usikkert om sosial ulikhet i helse er en sak som når den formelle agendaen på kommunalt nivå.

2.2.1 Kingdon sin teori om agendasetting

Kingdon begynte sitt arbeid med agendasetting på midten av 1980-tallet, der arbeidet ble sett på som banebrytende (Howlett et al, 2009, s.92). Teorien til Kingdon er den dag i dag fortsatt et av de mest brukte agendasettingsteoriene (Rawat & Morris, 2016). Kingdon var som flere opptatt av å finne svar på hvorfor noen problemer kom på dagsorden, og fikk mye oppmerksomhet fra myndighetene, mens andre ikke (Béland, 2015). Inspirert av den tidligere «garbage can» -modellen, (Béland, 2015; Rawat & Morris, 2016) begynte han sitt arbeid ved å se på politiske tilfeller i det amerikanske systemet (Béland, 2015). Dette arbeidet resulterte i et analytisk rammeverk som baserer seg på at ulike aktører innenfor eller utenfor styringsmaktene prøver å påvirke agendaen, disse aktørene har fått navnet policy entreprenører. Policy entreprenører benytter såkalte policy vinduer for å sette sine saker på dagsorden (Howlett et al, 2009, s.103). Rammeverket til Kingdon legger derfor vekt på enkeltindividets rolle som policy entreprenør, og timing gjennom å utnytte mulighetsvinduer som oppstår og koblingen av disse (Béland, 2015). Kingdon argumenterer for en flerstrømsmodell for å forstå agendasetting. Han presenterer tre parallelle variabler eller strømmer som er uavhengige av hverandre; problemstrømmen, policy strømmen og politikkstrømmen (Kingdon, 2003, ss.86-87).

Problemstrømmen. Denne strømmen ser på hvilke problemer som ender opp med å kunne få myndighetens interesse, og dermed ha mulighet til å komme på agendaen. Hvordan problemer

kan få interesse fra myndighetene skjer på ulike måter. Det kan skje ved at et problem, gjennom ulike indikatorer som forklarer at det er et problem fatter interesse for myndighetene. Når man ser på en indikator vil de som fatter beslutninger kunne vurdere ved å se på omfanget av problemet, og om det er en endring i problemet. Problemet kan bli adressert av myndighetene dersom det er endringer i den statlige tilstanden (Kingdon, 2003, ss.90-92). Problemer kan også få oppmerksomhet gjennom ulike hendelser som kriser, mektige symboler, eller personlige forhold til ulike policy aktører. Dette alene gir imidlertid ikke oppmerksomhet. Disse problemene må kombineres eller kobles med et problem som allerede eksisterer, eller et annet problem som ligner, vil det være større sannsynlighet for å få det på agendaen (Kingdon, 2003, s.94-98). En tredje måte for problemer å få oppmerksomhet er igjennom ulike former for tilbakemeldinger. Dette kan være problemer som et resultat av at implementeringen ikke er bra, eller nye problemer som er skapt i lys av myndighetenes planer (Kingdon, 2003, s.100-101). Problemene kan også fort forsvinne fra agendaen etter de har fått oppmerksomhet. Dette gjennom at myndighetene kan tro at de har løst problemet, eller at problemet rett og slett falmer (Kingdon, 2003, s.113). Problemer blir anerkjent og definert som problemer når det er bred enighet at situasjonen må endres (Kingdon, 2003, s.109).

I policy strømmen vil ulike ideer, drøftinger, alternativer og forslag flyte sammen i det Kingdon beskriver som en slags suppe (Kingdon, 2003, s.117). De blir tatt opp på agendaen dersom de blir sett på som en løsning til et problem som allerede eksisterer (Kingdon, 2003, s.172). Samfunnet er delt inn i ulike policy samfunn med eksperter på sitt respektive område (Kingdon, 2003, s.117). De ulike ekspertene undersøker problemer, og ulike ideer og løsninger. På bakgrunn av dette foreslår de løsninger på problemene (Howlett et al, 2009, s.103). Disse ekspertene har flere ideer og forslag de har jobbet seg igjennom til de står igjen med et fåtall som kan vurderes. Imidlertid bruker myndighetene lang tid på å ta til seg en ny ide (Kingdon, 2003, s. 143). For at en ide skal «overleve» er det visse kriterier som stilles. Kriteriene går blant annet på funksjonalitet, og aksept i det politiske miljøet. Det er viktig at ideene er godt gjennomtenkt i henhold til hvorvidt de fungerer eller ikke, for å bli akseptert når det presenteres for politikerne (Kingdon, 2003, s.131). I denne strømmen spiller policy entreprenører en sentral rolle (Kingdon, 2003, s.122).

Kingdon forklarer at policy entreprenører kan både være innenfor og utenfor det politiske landskapet. Det innebærer at de kan være folkevalgte, eller i administrative posisjoner. De kan også være innenfor organisasjonen, eller utenfor organisasjonen. De kan også opptre som

interessegrupper. Det som er spesielt med policy entreprenører er som Kingdon beskriver en vilje til å satse store ressurser for å få sin ide på agendaen til politikerne (Kingdon, 2003, s.122-123). Rollen til en policy entreprenør beskrives som en «problemløser». Oppgaven er derfor å se løsninger og problemer samlet. Kingdon beskriver det som: «they become advocates for solutions and look for current problems to which to attach their per solution» (Kingdon, 2003, s.123). Policy entreprenører gjør mer enn å «pushe» på egne løsninger til problemene. En av nøkkelrollene policy entreprenørene har er å koble sammen de ulike strømmene når et policy vindu åpner seg. Det er derfor vesentlig at policy entreprenørene tidligere har «soften up» for å kunne utnytte vinduet som kommer (Kingdon, 2003, ss.178-181). «soften up» innebærer å klargjøre politikere eller politiske samfunnet for ideer og forslagene som kommer. Det handler om å bygge opp en toleranse og aksept for ideer (Kingdon, 2003, s.128). Disse vinduene åpnes og lukkes ettersom dynamikken i samfunnet endres (Howlett et al, 2009, s.103).

De viktige ferdighetene en policy entreprenør innehar er en forståelse for å koble ulike problemer sammen, forståelse for politikk og dermed kunne utnytte «policy vinduer» (Williams, 2002 s. 110). Policy entreprenør er også gode på å analysere, gi informasjon, utforme av årsaker og forklaringer til problemer, og er ofte involvert i beslutningsprosesser (Williams, 2012, s. 54). I dette teoretiske rammeverket kan folkehelsekoordinatoren sees på som en policy entreprenør knyttet til folkehelsefeltet, som arbeider opp mot det politiske og administrative i kommunen for å få folkehelsepolitiske saker på dagsorden.

Politikkstrømmen er den tredje og siste strømmen. Denne strømmen er uavhengige av de to overnevnte. Strømmen er sammensatt av nasjonale svingninger, ulike interessegrupper, valgresultater, eller endringer i regjeringen. Dette har stor innflytelse i hva som er på dagsorden. Svingningene i det nasjonale humøret er det flere som mener de kan merke gjennom adferden til politikere, eller hva de hører fra politikerne (Kingdon, 2003, ss.145-149). Gjennom at ulike interessegrupper samler seg i en retning, vil dette være et viktig verktøy for å få myndighetene i den retningen (Kingdon, 2003, s.150). En annen komponent i denne strømmen er endringer innad i det politiske miljøet, eller administrasjonene tett på det politiske miljøet. Da kan agendaen endre seg (Kingdon, 2003, s.153). Agendaen kan også endre seg gjennom ulike lovverk (Kingdon, 2003, s.163).

Kingdon forklarer at: «problems or politics by themselves can structure the governmental agenda. But the probability for an item rising on the decision agenda is dramatically increased if all three streams- problems, policies, and politics- are joined» (Kingdon, 2003, s.178). Selv om disse tre strømmene i utgangspunktet er uavhengige av hverandre, er det essensielt at de tre strømmene kobles sammen dersom man skal oppnå innflytelse over dagsorden (Kingdon, 2003, s.178). Dette gjelder helt frem til et visst punkt, da de tre strømmene kobles sammen. Dette skjer gjennom disse mulighetsvinduene, eller når policy entreprenører kobler disse sammen gjennom problemløsning og muligheter (Béland, 2015). Kingdon forklarer prosessen da de tre strømmene møtes som «The separate streams of problems, policies and politics come together at certain critical times. Solutions become joined to problems, and both of them are connected to favorable political forces» (Howlett et al, 2009, s.104).

2.2.1.1 Mulighetsvinduer

Kingdon forklarer mulighetsvinduer som «The policy window is an opportunity for advocates of proposals to push their pet solutions, or to push attention to their special problems» (Kingdon, 2003, s.165). Mulighetsvinduene kan være dersom det skjer en form for krise, eller ved store omstillinger i det politiske landskapet (Béland & Katapally, 2018, ss.369- 793). Mulighetsvinduene åpnes gjerne av kriser, skandaler, ulykker, fokushendelser, eller tilstedeværelse av policy entreprenører. Mulighetsvinduer kan også åpnes av valg eller endringer i budsjett eller rulleringer (Howlett et al, 2009, s.104) Når Mulighetsvinduene åpnes er det viktig å unytte vinduene, da de bare åpne en liten stund. Når vinduet åpnes vil de tre strømmene kunne kobles sammen (Kingdon, 2003, s.166).

Når mulighetsvinduene dukker opp, må policy entreprenørene være klare for å fronte sitt felt, eller forslå en løsning. For at disse ideene skal virke, er det to ting som må til. Det første er at problemet må være kollektivt, altså et problem som bør løses for samfunnets beste. Det andre er å komme med en løsning. Da kan policy entreprenøren samle flere der de felles blir enige om en løsning på problemet (Béland & Katapally, 2018, ss.369- 793).

Basert på Kingdon sine mulighetsvinduer navngir Howlett et al fire typer mulighetsvinduer; Det første er Routinized politikk vinduer. Her er det forutsigbart når vinduene åpnes, og de åpnes gjerne med bakgrunn i faste rutiner og prosedyrer, for eksempel innad i organisasjonen. *Discretionary politikk vinduer* er det andre. Disse vinduene åpnes ikke like forutsigbart, og

kan åpnes med bakgrunn i enkelte politikeres adferd. Dette vinduet er derfor mer skjønnsmessig. Det tredje vinduet er *Spillover problem vinduet*. Her kan andre relevante problemer flytte seg til et vindu som allerede er åpnet. Det fjerde og siste vinduet er *random problem vinduer*. Dette vinduet åpnes dersom en uventet hendelse, for eksempel en krise eller uventet hendelse dukker opp (Howlett et al, 2009, s.105). Med bakgrunn i disse fire typer mulighetsvinduer, blir det viktig å undersøke hvilke av disse som fremstår sentrale i denne studien. Herunder hvilke mulighetsvinduer folkehelsekoordinatorene benytter for å løfte saker på agendaen i kommunene.

Som tidligere nevnt har teoriene til Kingdon har i lang tid spilt en nøkkelrolle i agendasettingsteori (Cairney & Jones, 2015). Teoretiske modeller får imidlertid også kritikk, og agendasettingsteorien til Kingdon er intet unntak. Kritikken går ut på at man ikke kan legge til grunn at det må skje en uforutsett hendelse for at man skal få saker på dagsorden og snakke om agendasetting. I tillegg fører ofte handlinger i politisk sektor til en form for «treghet», noe Kingdon ignorerer. I tillegg vil mulighetsvinduene som Kingdon operer med, kunne være lukket i flere år av gangen (Howlett et al, 2009, s.105). Kritikken har også blitt rettet mot at den første strømmen problemstrømmen ikke får nok oppmerksomhet, sammenlignet med policy strømmen (Knaggård, 2015).

2.3 Agendasetting i lys av ulike styringsformer

2.3.1 Agendasetting i lys av hierarki

Offentlig administrasjon eller Public administration (PA) er styringsformen som har dominert gjennom en svært lang periode. Offentlig administrasjon er den styringsformen vi kjenner som det klassiske byråkratiet. Byråkratiet og lovgivning blir vektlagt i denne formen for styring. Denne styringsformen har klare linjer og grenser. Det er dermed klare grenser mellom offentlig og privat og politikk og administrasjon. Fordi det klassiske hierarkiet består av klare linjer, er det også klare linjer mellom utforming og iverksetting av politikken (Røiseland & Vabo, 2016, ss.18-19).

PA innehar en stram hierarkisk struktur, der det styres gjennom et ovenfra- ned perspektiv. Det vil her være aktuelt å se på policy entreprenører knyttet til agendasetting i et tradisjonelt styringsregime. En antagelse vil kunne være at policy entreprenørene er å finne internt i organisasjonen, men ikke nødvendigvis på rådmannsnivå. Policy entreprenørene må benytte

og se når mulighetsvinduene åpnes. Derfor er det også en antagelse om at dersom folkehelsekoordinatoren skal få innflytelse må det skje gjennom å opptre som en policy entreprenør

2.3.2 Agendasetting i lys av mål- og resultatstyring

Rundt 1970-tallet ble det mer fokus på offentlig og privat sektor ikke er grunnleggende annerledes, heller tvert imot. Dermed kan offentlig og private sektorer se til hverandre og kopiere hverandres organisering, modeller og styring. Denne formen for styring fikk sitt store gjennombrudd på 1980-1990-tallet og fikk navnet New Public Management (NPM), oversatt til mål- og resultatstyring. Denne styringsformen førte til at offentlig sektor tok mye av det grunnleggende fra privat sektor og integrerte dette i offentlige sektorer. Som et resultat av dette har flere offentlige etater blitt fristilt. Dette formen for regimestyring gjør at politikerne setter målene, også er ansvarlige for å nå målene gitt til offentlige virksomheter. Dette førte til at mange offentlige virksomheter ble svært spesialiserte og desentraliserte (Røiseland & Vabo, 2016, ss.19-20).

I en styringsform med fokus på mål og resultatstyring, vil styringen foregår mer nedenfra enn vi finner i PA, fordi mye styres gjennom brukermakt. (Røiseland & Vabo, 2016, ss.19-20). Dette gjør at for agendasettingen kreves det også her, i likhet med PA en policy entreprenør som kan se og unytte mulighetsvinduer. Det er en antagelse at med bakgrunn i styringsformen som gjelder i mål og resultatstyring vil policy entreprenørene både kunne befinne seg intern i organisasjonen, men også eksternt. For eksempel gjennom aktører som har relevante ressurser knyttet til relevant problemstilling. Derfor vil en aktør som folkehelsekoordinatoren i et slikt styringsregime utøve innflytelse gjennom rollen som policy entreprenør.

2.3.3 Agendasetting i lys av samstyring og nettverk

På 1990-tallet ble det presentert New Public Governance (NPG) som styringsregime, heretter oversatt til samstyring. Denne formen for styring erstatter ikke offentlig politikk eller mål og resultatsstyring, men opptrer som et supplement til de to overnevnte. Samstyring kan defineres som «den ikke-hierarkiske prosessen hvor offentlige og/eller private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening» (Røiseland & Vabo, 2016, s.21). Samstyring- tilnærmingen legger stort fokus på koordinering, hvor *whole- of-government* et sentralt begrep (Røiseland & Vabo, 2016, s.20). Fokuset i en samstyring tilnærming er å

arbeide horisontalt og vertikalt mellom sektorer og styringsnivåer, og på tvers av organisasjoner. Dette for å unngå fragmentering der ulike områder kommer i konflikter. Målet er å ha en «sømløs» tilnærming der ulike tjenester og interesser går sammen for å finne de beste løsningene, og håndtere problemet for at innbyggerne skal få best mulige tjenester. Samfunnet skal med det fremstå mer som en helhet en som fragmenterte siloer (Røiseland & Vabo, 2016, s.21).

Denne koordineringen og samarbeidet vil i en samstyring-tilnærming gå på samarbeid og koordinering på tvers av forvaltningsnivå og sektorer. I denne styringsformen vil det avhengige av form for samarbeid kunne ansettes egne stillinger med fokus på horisontal og vertikal koordinering. Boundary spanneren som har en koordinerende rolle er et eksempel på en form for stilling som samsvarer godt med et styringsregime knyttet til samstyring (Williams, 2012, s. 31).

Nettverk er sentralt i samstyring-tilnærmingen, og kan beskrives som «promoting the mutual adjustment of the behavior of actors with diverse objectives and ambitions with regard to tackling problems within a given framework of interorganizational relationship» (Williams, 2002, s. 108). Nettverk innebærer med det ulike aktører fra det offentlige, private og frivillige går sammen i et gjensidig avhengige forhold der de leverer offentlig politikk (Williams, 2012, ss.95-96). En av nettverkene sin «hovedoppgave» er å bryte ned siloene. På den måten opptrer nettverk som en brobygger mellom ulike organisasjoner (Williams, 2002, ss. 108-110). Formålet med å danne nettverk er å kunne dele informasjon, og være i stand til å påvirke agendaen. Ofte inngår en boundary spanner i nettverk som forstår de sosiale konstruksjonene til andre aktører, og dermed vet hvem man bør samarbeide med og hvem som bør inngå i nettverket (Williams, 2002, s. 108 -110).

Innad i nettverk er det imidlertid stilt spørsmålstegn om nettverk kan føre til for tette bånd, og dermed at informasjonsdeling gir en form for blindhet på noen områder. En annen utfordring som er diskutert, er om nettverket gjør seg for avhengige av enkeltpersoner. Skulle enkeltpersonene/nøkkelpersonene slutter, eller det oppstår personkonflikter vil dette kunne få store konsekvenser for nettverket (Williams, 2002, s. 118).

2.4.Folkehelsekoordinatoren som boundary spanner

Boundary spanners innebærer at man kan «trenge gjennom» og infiltrere ulike grenser, og dermed krysse grenser, bygge broer eller viske ut de tydelige grensene ulike organisasjoner har. Boundary spanning gjør seg gjeldene på tre områder; i ytterkantene av organisasjonene der en «membran» tillater at informasjon går både inn og ut av denne membranen. Når det er overlappning mellom byråer der det inngår koordinerte aktiviteter. Når det oppstår forhold på nye områder der man deler ressurser og beslutningstaking (Williams, 2012, s. 31).

Boundary spanning er de individuelle aktørene som tar del i aktivitetene knyttet til boundary spanner. Dette vil være individer som er ansatt for å ha jobbe tverrsektorielt på ulike nivåer. Aktører som er ansatt i slike jobber er det få, og kan være lokalisert i ulike deler av organisasjonen. En folkehelsekoordinator er et eksempel på en bouandry spanning. Ulike ledere kan også inneha en bouandry spanning rolle gjennom å delta på bouandry spanning aktiviteter som en del av sin jobb. Denne typen er det betraktelig flere av. Fordi man står ovenfor store komplekse politiske områder i samfunnet, krever det at flere inntar slike roller. Ofte har boundary spanning i offentlig sektor en koordinerende rolle, med spesialkompetanse på feltet (Williams, 2012, ss.32-33).

Bouandry spanning har flere roller de må fylle. De har en «reticulist role» som er definert som «individuals who are especially sensitive to and silled to bridging interests, professions and organizations» (Williams, 2012, s. 39). I tillegg har de en formidler rolle der de skal fungere som formidlere og operere som agenter eller voktere. Da bouandry spanners skal jobbe tverrsektoriell og dermed med aktører med svært ulike bakgrunner er en viktig del av oppgaven deres å passe på at man oppnår tillit (Williams, 2012, s. 42). En annen rolle boundary spanning har er rollen som koordinator. Mye av arbeidet til bounadry spanning er knyttet til koordinering, samarbeid og organisering. Her er logistikk viktig, da mange aktører skal involveres i ulike prosesser. Dette betyr at aktørene må behandles likt når det kommer til informasjonsdeling, beslutningsprosesser og kommunikasjon (Williams, 2012, s. 52-53). Den siste rollen er Bouandry spanning som entreprenør. På bakgrunn av *wicked problems* må boundary spanners opptre som entreprenører i den forstand at de må være kreative, og ha nye ideer til hvordan man se løsninger, og visualisere potensial knyttet til hvorfor man skal samarbeide (Williams, 2012, s. 53).

2.5 Administrasjonens innflytelse i norske kommuner

I norske kommuner har den kommunale administrasjonen mulighet for å utøve betydelig innflytelse over kommunalpolitikken. Selv om idealet er at administrasjonen skal drives nøytralt og objektivt (Weber, 1971), har administrasjonen stor mulighet for å utøve innflytelse ettersom det politiske nivået er avhengig av den kommunale administrasjonens kompetanse når politikkenes innhold skal vedtas. Selv om administrasjonen i utgangspunktet har en nøytral rolle som utfører av politiske vedtak, så fungerer det gjerne på en slik måte at administrasjonen har påvirkningsmuligheter og innflytelse i form av agendasetting, saksutredning og iverksetting av politiske vedtak (Jacobsen 2007; Bjørnå 2021).

Jacobsen poengterer at administrasjonen har en utredende rolle og skal forberede ulike saksutredninger. På den måten gir det administrasjonen premissmakt og mulighet til å påvirke dagsorden. Dermed kan administrasjonen ta opp spesielle saker, og oppnå innflytelse over politikken i kommunene. I tillegg vil administrasjon gjennom iverksetting få stor konkretiseringsmakt. Kommunepolitikere opplever at administrasjonen i noen tilfeller har større innflytelse på politikken og hva som skjer, enn det lokalpolitikkerne selv har. I tillegg opplever de en utvikling der stadig mer beslutningsmyndighet delegeres fra folkevalgte forsamlings til administrasjonen, kommunale selskaper og foretak (Jacobsen, 2021, ss.160-162). Jacobsen (2007) finner at den kommunale administrasjonens innflytelse er størst øverst i det kommunale organisasjonshierarkiet, og forklarer dette blant annet med tett interaksjon og samarbeid mellom administrativ og politisk ledelse. Ut fra dette funnet er spørsmålet da om folkehelsekoordinatorer som er organisert inn i rådmannens stab har større agendasettingsmakt og flere muligheter for å utøve innflytelse over den politiske dagsordenen enn folkehelsekoordinatorer som er plassert på lavere nivå i organisasjonen.

2.6 Forskningsspørsmål

Med bakgrunn i teorien presentert ovenfor er det flere interessante forskningsspørsmål som er relevante å reise; Hvor i organisasjonshierarkiet er folkehelsekoordinatorer plassert, og hvem er deres nærmeste samarbeidspartnere? Hvilken prioritet har sosial ulikhet i helse? Hvilke aktører er det folkehelsekoordinatorer oppfatter som viktige alliansepartnere? Hvilke arenaer oppsøker de og oppfatter de som de viktigste arenaene å delta på? Hvordan forstår de sin egen rolle i arbeidet med å sette sosial ulikhet i helse på dagsorden? Hvordan opplever de folkevalgte kontakten med administrasjonen og folkehelsekoordinatorer? Hvordan oppfattes

sosial ulikhet i helse som politisk sak, får saken oppmerksomhet og blir den prioritert? Hvilke faktorer fremstår som avgjørende for at sosial ulikhet i helse skal få prioritet?

3. Metode

For å undersøke hvordan folkehelsekoordinatorer arbeider for å få innflytelse over folkehelsepolitikken på kommunalt nivå, med fokus på sosial ulikhet i helse vil det i denne delen av oppgaven gjøres rede for fremgangen som er benyttet for å svare ut problemstillingen.

3.1 Valg av casestudie som forskningsdesign

Denne studien baserer seg på en kvalitativ casestudiedesign, der data hentet fra individuelle intervju er benyttet som hovedkilde for selve datainnsamlingen. I casestudier er man særlig opptatt av sammenhengen mellom konteksten og fenomenet man undersøker (Yin, 2009, s. 18). Yin definerer det slik;

« [...] a contemporary phenomenon in depth and within its real- life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident» (Yin, 2009, s.18).

Casestudier defineres gjerne som intensive kvalitative studier av en eller noen få undersøkelsesenheter (Gerring, 2007, s.20; Johanssen, Tufte & Christoffersen, 2021, s. 206). Case er ofte førstevalget dersom det er *hvorfor* eller *hvordan* spørsmål skal besvares (Andersen, 2013, s.25). På bakgrunn av dette antas casestudie som design å være en hensiktsmessig tilnærming i denne studien. Denne casestudien tar for seg to norske bykommuner, der den bestemte kommunale konteksten antas å være særlig relevant for fenomenet som undersøkes; hvordan folkehelsekoordinatorer jobber med å utøve innflytelse over folkehelsepolitikken i disse to kommunene, hvordan de går frem for å få bestemte saker opp på dagsordenen, hvem de samarbeider med for å utøve innflytelse over agendaen og for å få gjennomslagskraft for saker de mener er særlig viktige innenfor folkehelsefeltet.

Casestudie som forskningsdesign har midlertid fått kritikk. Det har vært stor diskusjon rundt hvorvidt casestudier er å anse som en god vitenskapelig metode. Forskere som kritiserer case som metode, tenker metode som utelukkende knyttet til statistisk representativitet. Som Andersen påpeker er casestudier ment for å forklare prosesser og gi en forståelse av

fenomener. Casestudier handler derfor ikke om statistisk representativitet. Casestudier går mer i retning av representativitet knyttet til analyse eller teori (Andersen, 2013, ss. 25- 31).

3.1.1 Eksplorativt case studie design

Denne studien benytter eksplorativt case studie som design (Thagaard, 2013, s.16). Formålet med et eksplorativt design er i følge Thagaard «en målsetting med denne type studier kan være å utvikle en analytisk basert forståelse av sosiale fenomener» (Thagaard, 2013, s.16). Eksplorative undersøkelser blir av Ringdal forklart av ordet «eksplorere» som innebærer det å oppdage noe. Ringdal forklarer derfor at undersøkelser som er eksplorerende innebærer å stille spørsmål, og se på ulike caser det er forsket lite på (Rindal, 2018, s.517). Denne formen for casestudie er derfor egnet der man skal studere fenomen det er gjort lite studier av tidligere (Thagaard, 2013, s.16).

To kommuner er inkludert i studien. Det skal ikke gjøres en komparativ studie av de to kommunene, men det er valgt to kommuner for å få større tilfang av empiri. Det finnes et begrenset antall studier relatert til hvordan folkehelsekoordinatoren jobber for å få folkehelserelaterte saker på dagsorden. Denne studien vil derfor undersøke dette ytterligere.

3.2 Begrunnelse for utvalg av case kommuner

3.2.1 Utvelgelse av kommuner

Studien ser på to ulike bykommuner, dette for å få større tilfang av empiri. Kommunene skal derfor ikke sammenlignes og det vil ikke gjøres en komparativ studie. Det er en antagelse om at i bykommuner er det ansatt en eller flere folkehelsekoordinatorer. Det på bakgrunn av at kommuner av en viss størrelse antas å ha et større fagmiljø. I tillegg vil bykommuner kunne rekruttere personale med større kjennskap til fagområdet, dette sannsynliggjør at rekrutteringen der informanter har god kjennskap til problemstillingen er større. Dermed antas det at informanter fra bykommuner vil kunne gi informative og gode svar under intervjuet. Det er også naturlig å tenke at i større kommuner er det flere som ønsker innflytelse over dagsorden, som fører til at det er svært krevende å få sine saker på dagsorden.

De to utvalgte kommunene er begge å anse som bykommuner etter definisjonen fra tidligere kommunelov (Kommuneloven, 1992, §3). Tall fra 2021 viser at kommune A har ca 40 000 innbyggere (SSB, u.åa) og Kommune B ca 20 000 innbyggere (SSB, u.åb). De to case kommunene benyttet i studien har begge ansatt en folkehelsekoordinator, da oppgaven ønsker

å fokusere på aktører med koordinerende roller, og hvordan de jobber for å skaffe seg innflytelse over dagsorden, og dermed sette folkehelsepolitiske saker på dagsorden. Folkehelsekoordinatorrollen er essensielt i det arbeidet og dermed også denne oppgaven. Kommunene har begge en formannskapsmodell, og tilnærmet lik politisk koalisjon, i dette tilfelle har begge kommunene Arbeiderpartiet som dominerer. Ved å velge kommuner som har formannskapsmodell og tilnærmet lik politisk koalisjon vil disse faktorene holdes konstante, og dermed vil fokuset kunne være mer på hvordan folkehelsekoordinatoren jobber for å få innflytelse inn i politikken. Videre er det tatt utgangspunkt i Folkehelseinstituttets folkehelseprofil i utvelgelsen av kommuner. Begge de valgte kommunene scorer i sin helhet signifikant dårligere på svært mange parametere gitt i folkehelseprofilen for 2022 sammenlignet med andre kommuner i Norge, og står derfor ovenfor liknende helseutfordringer når det kommer til sosial ulikhet i helse og levekår. Begge kommunene ligger også godt under gjennomsnittet på parametere knyttet til oppvekst og levekår. (Folkehelseinstituttet, 2022a; Folkehelseinstituttet, 2022b) På bakgrunn av dette er det naturlig å tenke at disse kommunene har et særlig fokus på dette, og dermed at det vil være mye interessant data å hente.

3.2.2 Utvelgelse av informanter

For å gi et mer helhetlig bilde av hvordan folkehelse fungerer i kommunen, ble det forsøkt å rekruttere både politikere og ansatte i administrasjonen. Rekrutteringen av informanter tok utgangspunkt i en strategisk utvelgelsesprosess, der jeg ønsket et tilnærmet likt utvalg i begge kommuner. Jeg ønsket å rekruttere folkehelsekoordinatorene, andre sentrale aktører i den kommunale administrasjonen og representanter fra politisk majoritet (posisjon) og opposisjon. Denne studien er basert på et begrenset omfang informanter. Det totale utvalget er 12 informanter, med seks informanter i hver kommune. I tillegg kan folkehelsekoordinatorene i de to kommunene beskrives som såkalte nøkkelinformanter (Halvorsen, 2014, s.266), som antas å ha særlig relevans for fenomenet som undersøkes i denne studien. Utvalget er jevnt fordelt mellom de to casekommunene. I hver kommune er det intervjuet fire fra administrasjonen, deriblant folkehelsekoordinator, og to politikere; en fra politisk posisjon og en fra opposisjon for å få et nyansert bilde. Imidlertid har det vært krevende å få aksess til informanter i datainnsamlingsprosessen.

Rekrutteringen begynte med folkehelsekoordinatorene i de ulike kommune, der de ble forespurt hvem de jobber tettest med. Dette gav meg informasjon for videre kontakt av

sentrale informanter. I kommune B er derfor to informanter rekruttert gjennom snøballmetoden (Halvorsen, 2014, s.164). De andre administrative informantene i kommune A og B er kontaktet ved at de enten har blitt nevnt som mer sentrale informanter enn de jeg først kontaktet, eller gjennom sentrale dokumenter funnet på kommunene sine nettsider, fordi de har en svært sentral rolle i den kommunale organiseringen.

De politiske informantene var det svært vanskelig å få tak i. I begynnelsen av rekrutteringsprosessen var det ønskelig å få informanter fra relevante politiske komiteer eller gruppeledere, da en fra majoriteten og en fra opposisjonen i hver kommune. Dette viste seg å være svært krevende å få til. Det står mange ubesvarte henvendelser, og fokuset havnet derfor over på å få en politiker fra posisjon og en fra opposisjon fra hver kommune, uavhengige om personen var leder for komité, eller satt i kommunestyret/bystyret. Dette har resultert i at informantene har blitt skjevt fordelt og at utvalget ikke er likt i de to kommunene. Informantene intervjuet er gjengitt i Tabell 1 under.

Tabell 1. Oversikt informanter

Informanter	Kommune A	Kommune B
Administrasjon	Folkehelsekoordinator, stab Helse og levekår	Folkehelsekoordinator, rådmannens stab, samfunnsutvikling
	Assisterende kommunalsjef samfunnsutvikling	Kommunalleder, avdeling for samfunnsutvikling
	Leder bedre tverrfaglig innstas	Helsekonsulent, miljørettet helsevern, helse og sosial administrasjonen
	Beredskapskoordinator	Rådgiver, kulturadministrasjonen
Politiker opposisjon	Politiker, leder komité helse, Sosialistisk Venstreparti,	Politiker, kommunestyret, Høyre

Politiker posisjon	Politiker, gruppeleder kommune A, Arbeiderpartiet,	Politiker, gruppeleder kommune B, Sosialistisk Venstreparti
---------------------------	--	---

3.3 Datainnsamlingsmetode

3.3.1 Intervju som datainnsamlingsmetode

Intervju som innsamlingsmetode er godt egnet dersom man ønsker å få frem informantenes erfaringer og oppfatninger. Intervjuer gir en større frihet enn strukturert spørreskjema, og dermed gir større muligheter for informanten til å selv komme med innspill om hva som kan være relevant, og dermed er det en svært egnet metode dersom man ønsker å se på fenomener (Johanssen, Tuft & Christoffersen, 2016, s. 145). For å innhente informasjon om hvordan folkehelsearbeidet koordineres i de to utvalgte kommunene, og for å få informasjon om hvordan sentrale aktører som folkehelsekoordinatoren jobber for å få innflytelse over folkehelsepolitikken, vil det være mest egnet å bruke intervju som innsamlingsmetode. Dette kan være informasjon som vil kunne være vanskelig å innhente gjennom dokumenter. Derfor er det i denne studien intervjudata som er det sentrale datagrunnlaget for å se hvordan folkehelsekoordinatoren og eventuelt andre sentrale aktører jobber for å få folkehelsepolitiske saker på dagsorden.

Formålet med den type intervju er å få en bred forståelse for fenomenet eller for å beskrive et fenomen (Johanssen et al, 2016, s. 145). Det er benyttet semi-strukturerte intervjuer som primær innsamlingsmetode. Semi strukturerte intervjuer er vanlig i casestudier, og er en mellomting mellom strukturerte og ustrukturerte intervjuer. Forut for intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide. Den ble strukturert i fem teoretisk relevante temaer som; styring og organisering, koordinering og samarbeid, Arbeidet med innflytelse, forankring og gjennomslagskraft, kompetanse, og folkehelsepolitiske satsninger. Under hvert tema utarbeidet jeg spørsmål med utgangspunkt i det jeg teoretisk var interessert i å undersøke. Intervjuguiden besto av totalt 29 spørsmål se Vedlegg 3. En slik semi-strukturert intervjuguide bidro til at jeg hadde en viss struktur på samtalen, og at intervjuet dekket opp temaer jeg antok var særlig relevante. Samtidig ga intervjuguiden meg mulighet til å bevege meg fritt mellom spørsmålene (Johanssen et al, 2021, s. 108).

På bakgrunn av den pågående koronasituasjonen ble alle intervjuene avholdt digitalt over Teams. Fordelen med å avholde intervjuene digitalt var knyttet til tidsaspektet, dersom man skulle reist og intervjuet informantene ville dette tatt mye lenger tid. Med tanke på tiden som er til rådighet var det derfor en fordel at intervjuene ble holdt digitalt på grunn av pandemien. Det finner imidlertid flere ulemper ved å ikke kunne intervjuene informantene ansikt til ansikt i de ulike kommunene. Dersom koronasituasjonen hadde tillatt å reise rundt å snakke med informantene i kommune ville man kunne benyttet uformell observasjon og supplert intervjuene med dette. I tillegg ville det vært lettere å tolke kroppsspråk til informantene (Ringdal, 2018, s. 245). Det er imidlertid lettere å kunne tolke deler av kroppsspråket når videosamtale blir benyttet fremfor rent telefonintervju. Det var imidlertid et fåtall av informantene som ikke hadde kameraet på under intervjuet, da faller denne muligheten bort.

Intervjuene hadde en varighet på om lag 60 minutter, og for de fleste var det greit med tid. Ikke alle spørsmålene ble stilt i alle intervjuene. En del av intervjuguiden var rettet mot administrasjonen, og var derfor vanskelig for politikerne og gi gode svar på, og tilfeller der det ikke var aktuelt å stille akkurat det spørsmålet, da informanten ikke hadde noe kunnskap om akkurat det. I tillegg hadde mange informanter mye relevant informasjon på hvert spørsmål, og dermed ble det ikke tid til å stille alle og måtte prioritere spørsmålene. Det var også flere tilfeller der de besvare spørsmålene i andre spørsmål. Det har også blitt stilt oppklarende spørsmål eller oppfølgingsspørsmål utenom det som står i intervjuguiden, dersom det har vært behov for det. Det ble også gjort lydopptak av alle intervjuene, der informantene helt i starten av intervjuet gav samtykke til at lyden kunne tas opp. Alle intervjuene ble avholdt en til en. Den formen for intervju gjør at man får detaljerte beskrivelser og refleksjoner som er godt egnet når man skal se på et fenomen (Johanssen et al, 2016, s. 145).

3.3.2 Innsamling av dokumentdata

For å supplere intervjuene ble det også benyttet sekundær data, i form av kommunale dokumenter fra de to ulike kommunene (Ringdal, 2018, s.118-119). Dokumentene som er av interesse er ulike politiske dokumenter fra de to ulike kommunene, som involverer folkehelsepolitiske saker, knyttet om mot blant annet sosial ulikhet i helse. Dette vil gi verdifull informasjon og kan brukes opp mot det informantene gir av informasjon under intervjuene for å sjekke om informasjonen stemmer med det som er oppgitt i plandokumentene. I tillegg kan eventuelt kommunale dokumenter avdekke informasjon som

ikke ble gitt under gjennomførelsen av intervjuene. I gjennomførelsen av intervjuene ble det nevnt flere relevante politiske dokumenter, det er derfor blitt brukt disse dokumentene i ettertid for å kunne bekrefte, avkrefte eller supplere det ulike informanter har sagt i intervjuene. Dokumentene ligger åpnet på hjemmesiden til de to ulike kommunene, og er hentet derifra.

3.4 Analysestrategi

3.4.1 Transkribering av intervjudata

I følge Thagaard starter analyseprosessen allerede i organiseringen av datamateriale (Thagaard, 2018, s. 151). I en kvalitativ casestudie som baserer seg på intervjudata, innebærer dette at analyseprosessen starter allerede i transkriberingen av selve intervjudataene.

Intervjuene ble transkribert manuelt og fortløpende etter at intervjuene ble gjennomført.

Transkriberingen tok utgangspunkt i lydopptakene, og ble skrevet i full lengde med bakgrunn i dette. Under transkriberingen ble også svært relevante utsagn tydelig markert for å enkelt finne tilbake til disse når analysen skulle skrives, da disse vil kunne benyttes som sitater.

Transkriberingen er fullt skrevet ut tematisk ved hjelp av intervjuguiden som mal. Dette førte til at alle sidene med intervju ble svært ordrike, der hver transkriberte intervju havnet på ca 10 sider. Transkriberingen er organisert ved at hver informant har sitt dokument.

3.4.2 Tematisk innholdsanalyse av data

Studien vil basere seg på en deduktiv analysetilnærming (Ringdal, 2018, ss.253-254; Halvorsen, 2014, s.24). Dette på bakgrunn av at det allerede i utviklingen av intervjuguiden er tatt noen klare teoretiske avgrensninger. Dette er også gjort i analysen av intervjuene, der det også har blitt tatt utgangspunkt i teoretisk relevante temaer og kategorier, og organisert datamaterialet og intervjuguiden rundt dette.

3.5 Hensyn til validitet og reliabilitet

3.5.1 Validitet

Innen validitet skilles det mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet (troverdighet) ser på om vi «måler vi det vi tror vi måler?» (Johanssen et al, 2021, s. 256). Der man vektlegger sammenhengen mellom «fenomenet som undersøkes, og de dataene som er samlet inn» (Johanssen et al, 2021, s. 256). Ekstern validitet (overførbarhet): Ser på om «resultatet fra et forskningsprosjekt overføres til liknede fenomener?» (Johanssen et al, 2021, s. 257) Ofte blir

det i kvalitative oppgaver brukt «overføring av kunnskap i stedet for generalisering» (Johanssen et al, 2021, s. 257).

Knyttet til intern validitet er det i metoden gitt detaljert informasjon om utvelgelsesprosessen, intervjuene og transkriberingen. Både når det gjelder de to utvalgte kommunene og informantene i de utvalgte kommunene (Johanssen et al, 2021, s. 257). Knyttet til ekstern validitet vil studien til en viss grad være overførbart til lignende fenomener, eller som det er et tilskudd for gjennomførelse av lignende studier ved en senere anledning. Da det er et eksplorerende casesdesign vil resultater gitt her, kunne brukes i andre tilsvarende studier senere. Det er i metodekapitlet og analysestrategidelen gitt detaljerte beskrivelser av hva som er gjort i undersøkelsen, og fremgangsmåter som er benyttet. Dermed vil det enklere kunne avgjøres om studien kan overføres til andre studier (Johanssen et al, 2021, s. 256-257).

3.5.2 Reliabilitet

«Reliabilitet handlar om kor vidt ei undersøking er pålitelig» (Bukve, 2021, s. 104). På bakgrunn av at datainnsamlingen i kvalitative studier ikke er like målbare som kvantitative studier er reliabiliteten i kvalitative studier i vesentlig større grad vanskelig å teste. Det vil derfor være svært vanskelig for andre å gjøre samme studiene på nøyaktig samme måte (Grønmo, 2004, ss.248-249). På bakgrunn av disse forskjellene er det diskutert om reliabiliteten ikke relevant i kvalitative studier (Grønmo, 2004, ss.248-249). Det er imidlertid mulig å til en viss grad måle reliabiliteten i kvalitative studier ved å gi detaljerte og åpne beskrivelser av hva som er gjort gjennom forskningsprosessen (Johanssen et al, 2021, s. 256). For å styrke reliabiliteten gjennom denne studien er det gjengitt detaljerte beskrivelser av hva som er gjort (Johanssen et al, 2021, s. 256).

3.6 Etske hensyn og overveielser

Studien er meldt inn og godkjent av NSD, se Vedlegg 1. På bakgrunn av dette er studien basert på retningslinjene fra NSD. Ved forespørsel om deltagelse i studien fikk alle informantene et informasjonsskriv, informasjonsskrivet innebærer kort informasjon om studien, hvem som har tilgang til dataene, personvernopplysninger og hvor lenge dataene vil bli beholdt, se Vedlegg 2. Studien er derfor basert på informert samtykke fra alle deltagerne (Thagaard, 2018, ss.22-23). Kommunene og informantene er i denne studien være anonymisert da informasjon som kan identifisere enkeltpersoner eller som på andre måter kan

føres tilbake til enkeltpersoner skal anonymiseres (Johanssen, Tufte & Christoffersen, 2021, s. 91). Dette på bakgrunn av at enkelte stillinger er svært sentrale for oppgaven, og dersom kommunene ikke hadde vært anonymisert ville det vært enkelt å identifisere flere av informantene i studien. Kommunene vil på bakgrunn av dette bli tiltalt som «kommune A» og «kommune B», og informantene i studien vil bli tiltalt med stillingstittel og kommune.

4. Presentasjon av resultater

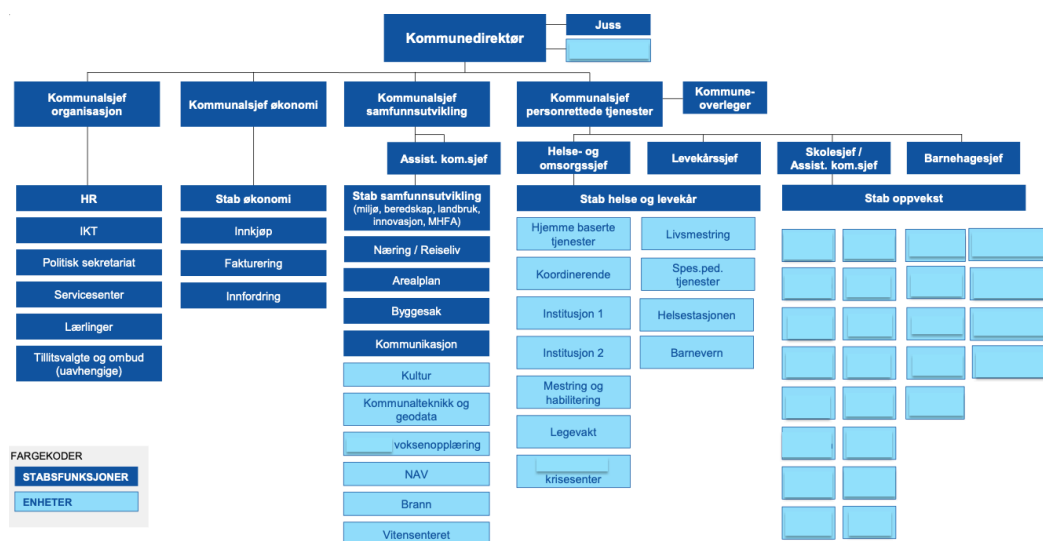
I denne delen vil det bli presentert funn gjort etter intervjuene i de to bykommunene. Det som blir presentert vil være relevant for problemstillingen for studien. Resultatene er strukturert ved at funnene i kommune A og B blir systematisk etter hverandre for hvert enkelt tema. Det poengteres at formålet med denne studien er å undersøke muligheten folkehelsekoordinatorene har for drive agendasetting i en kommunal kontekst. Selv om et komparativt studiedesign, og sammenligning av kommune A og B kunne vært av interesse, er ikke dette dekket av omfanget i denne studien.

4.1 Organisering av kommunen og folkehelsearbeidet.

Kommune A

For å kunne se på innflytelse og agendasetting i de to ulike kommunene, er det viktig å ha bakgrunnsinformasjon om organiseringen av de to ulike kommunene og hvordan folkehelsearbeidet er organisert. Administrasjonen i kommune A er organisert etter følgende organisasjonskart presisert i Figur 1. I denne kommunen er folkehelsekoordinatoren plassert i stab helse og levekår. Stillingstittlen er seniorrådgiver helse og levekår, der folkehelsekoordinatoren inngår i denne. Det er ikke konkretisert i selve stillingsinstruksen hvor mange prosent som er folkehelsekoordinator, men stillingen består av 10% barn og unges representant og resten av stillingen er tverrsektoriell og går på folkehelsearbeid. Både informantene fra administrasjonen og politikerne hadde god oversikt over hvem folkehelsekoordinatoren var, og hvor vedkomne var plassert. Folkehelsekoordinatoren tillegger også at det er svært viktig å være plassert nært kommunedirektør for å kunne påvirke politisk. Folkehelsekoordinatoren i Kommune A forklarer at:

«Jeg er den eneste i min stab som har et tverrsektorielt fokus. Så alle andre i min stab tenker helse og omsorgstjenester, mens jeg jobber mye på andre steder. Det er forskjellen på meg og mine kollegaer» (Folkehelsekoordinator, kommune A)



Figur 1: «Organisasjonskart kommune A» (Kommune A, 2021)

Kommune A er politisk organisert gjennom komitémodell. Tilhengere av en slik modell mener den gir mer rom for partipolitikken lokalt. Dette gjennom at komitémodellen legger opp til at komiteene har en saksforberedende rolle, og dermed ikke fattet egne beslutninger. I en komitémodell fattes beslutningene kun i kommunestyret (NOU 2006:7, s.134-136) i kommune A sitt tilfelle, bystyret. Gruppeleder Arbeiderpartiet i kommune A forklarer komitémodellen som:

«jeg tror den modellen vi faktisk har bidratt til at vi er litt mindre sektorisert enn andre norske kommuner på vår størrelse. Så det har gjort det litt lettere å ha en helhetlig tilnærming til folkehelse i vår kommune, enn kanskje i andre kommuner» (Gruppeleder AP, kommune A)

Videre er posisjonen i kommune A per dags dato Arbeiderpartiet, Kristelig folkeparti, venstre og Senterpartiet, der Arbeiderpartiet sitter med ordfører. (Kommune A, 2022)

Folkehelsearbeidet i Kommune A er organisert gjennom tverrfaglig samarbeid. Folkehelsekoordinatoren jobber kunnskapsbasert og har en kunnskapstilnærming til folkehelsearbeidet. Dette gjennom å følge med på, og innhente relevant statistikk knyttet til folkehelsearbeidet. Denne statistikken skal presenteres til blant annet ledergruppen og politikerne. Folkehelsekoordinatoren presterer også relevant statistikk i tverrsektorielle grupper. Et eksempel folkehelsekoordinatoren trakk frem var å presentere statistikk knyttet til

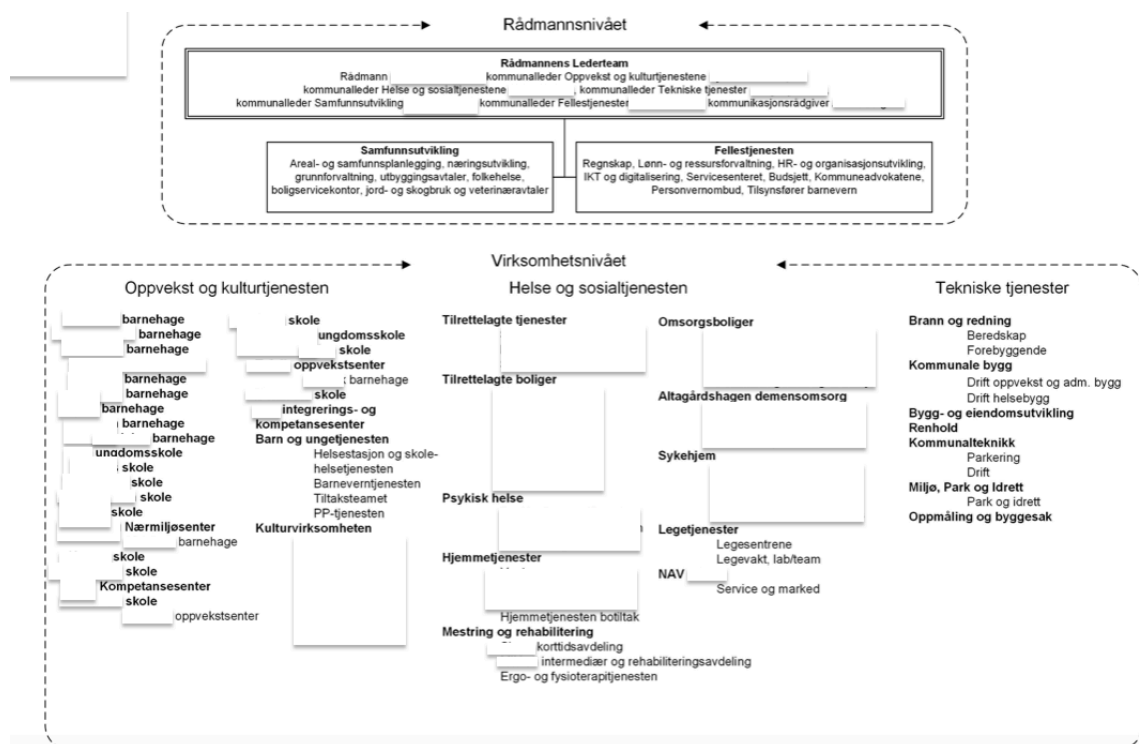
seksuell trakassering, når HR jobbet med inkluderende arbeidsliv. Folkehelsearbeidet er ikke lenger organisert gjennom en egen folkehelsegruppe, da tidligere folkehelsegruppe møttes uten å ha formål. Folkehelsekoordinatoren påpeker at dersom man skal møtes, må det ha et formål. I kommune A er det tatt ett bevisst valg om å ikke bruke begrepet folkehelse, begrunnet i at folkehelse skal inn i alt de gjør, dermed inn i alle sektorer i kommunen. Begrep som levekår, og bærekraftige helsetjenester går igjen som «synonymer» til folkehelse begrepet. Folkehelsekoordinatoren formulerer følgende:

«Du kan ikke peke på å si hva er folkehelsearbeidet i kommune A. Det er kunnskapsgrunnlaget, samfunnsdelen og arealdel. Som vi jobber hardt for at skal være innfiltrert i hverandre» (Folkehelsekoordinator, kommune A)

Med bakgrunn i dette ser ikke ut til at kommune A har en egen folkehelsepolitisk strategi forankret politisk. Flertallet av informantene ga uttrykk for at det ikke er en egen folkehelsestrategi politisk, men at folkehelse inngår i svært mange andre dokumenter forankret politisk. For å trekke frem de mest sentrale, og som ble eksemplifisert i intervjuene inngår folkehelse blant annet i kommuneplandokumentene, som en egen *kommunedelplan* og *utviklingsnotat 2020*. Til tross for dette var det imidlertid en informant som mente det var forankret en folkehelsestrategi politisk. Det var også et fåtall informanter som var usikre. Usikkerheten kan være begrunnet i hva man legger i begrepet folkehelsestrategi, da folkehelse som begrep bevisst ikke blir brukt i kommune A. Det blir imidlertid i kommune A også poengtert av hovedvekten av informanter at politisk forankring er viktig når det kommer til arbeid knyttet til folkehelse.

Dessuten påpeker leder for komité helse i kommune A at begrepet folkehelse er vanskelig å få tak på. Vedkomne forklarer det som «Samtidig så har vi det ikke under huden, det er min opplevelse» (Leder komité helse, kommune A) Som informanten selv påpekte er det greit å nevne at vedkomne ble valgt inn ved sist valgt og at vedkomnes svar kan være preget å kun ha vært folkevalgt i en kort periode og under pandemi. Politikeren opplevde også at folkehelsekoordinatoren i denne perioden har sittet med mye oppgaver knyttet til pandemiarbeid.

Kommune B



Figur 2: «Organisasjonskart kommune B» (Kommune B, 2022)

Kommune B er organisert administrativt etter følgende organisasjonskart, presentert i Figur 2. Der folkehelsekoordinatoren i kommune B er plassert på rådmannsnivå, avdeling for samfunnsutvikling, men er underlagt kommunalsjef samfunnsutvikling. Der er stillingen er 100% knyttet til folkehelsearbeid. Det er tydelig at alle informantene visste godt at det var en folkehelsekoordinator stilling i kommunen, der flertallet av informantene også visste hvor i organisasjonen vedkomne var plassert. Flere av informantene poengterte viktigheten av folkehelsekoordinatorens plassering for utøvelse av folkehelsearbeidet. Det ble også poengtert av folkehelsekoordinatoren at kommunedirektøren ikke ville ha folkehelsekoordinatoren i stab helse, med den begrunnelse at jobben ville gå til repareringen fremfor forebygging. Folkehelsekoordinatoren påpeker selv at plasseringen hans i kommunen er viktig:

«Nøkkelfaktoren er å sitte i rådmannens stab. Da er du nært han som er oppdatert på mye forskjellig» (Folkehelsekoordinator, kommune B)

Plasseringen av folkehelsekoordinatoren ble poengtert av flere informanter, der en folkevalgt sier følgende:

«Jo lenger vekk fra rådmannen du havner jo tøffere blir det å nå gjennom med folkehelsearbeidet i kommunen» (lokalpolitiker Høyre, Kommune B).

Kommune B er politisk organisert gjennom en hovedutvalgsmode. I en hovedutvalgsmode er formannskapet svært sentralt. Det er organisert hierarkisk ved at ulike utvalg er plassert i en mellomposisjon fra sektorene i kommunen og kommunestyret. En slik mode blir kritisert da ansvarliggjøring av politikerne blir vanskelig. (NOU 2006:7, s.134-136) Partiene som sitter i posisjon i kommune B per dags dato er Arbeiderpartiet, Senterpartiet og sosialistisk venstreparti, der Arbeiderpartiet har ordfører (Kommune B, u.å)

Folkehelsearbeidet i kommune B er organisert gjennom en stor tverrsektoriell folkehelsegruppe og et tverrsektorielt folkehelseutvalg som er en mindre gruppe.

Folkehelsegruppen, som i utgangspunktet består av en representant fra hvert tjenesteområde møtes 4-5 ganger i året, og folkehelseutvalget møttes hyppig. Folkehelseutvalget foregår i flere uformelle former, med lavterskel for å ta kontakt med hverandre når behovet melder seg. Denne gruppen ansees som støttespillere/rådgivere til folkehelsekoordinatoren.

Folkehelsekoordinatoren beskriver dette som en veldig god måte å jobbe på da man kan spille hverandre gode, og at man har et forum som binder det sammen. I tillegg er folkehelsekoordinatoren innom 1-2 ganger i året fast for å orientere politikerne om status og mulige tiltak vedkomne ønsker gjøre. Jobben til folkehelsekoordinatoren er mye basert på å formidle statistikk og kunnskap rundt folkehelse.

Kommune B har folkehelsestrategi forankret politisk. Det er *grunnlagsdokumentet*, som inneholder relevant statistikk og kunnskap rundt folkehelse i kommunen. Det andre er *utfordringsdokumentet* som inneholder de indikatorene folkehelsegruppen anser som de viktigste utfordringene akkurat nå, og har i dette dokumentet formulert hovedutfordringer som kommune skal satse på. Det siste er *målsetting- og strateger dokumentet* som handler om hvordan man skal se på hovedutfordringene uten at det foreslås konkrete tiltak.

(Grunnlagsdokumentet, 2019, s.7-8) Disse tre dokumentene utgjør folkehelsestrategien, og er grunnsteinen i arbeidet med folkehelse i kommune B. Dette er i tillegg til andre politiske dokumenter som omfatter folkehelserelaterte saker som *kommuneplan samfunnsdel*. Spørsmål om hvorvidt det var viktig å ha folkehelsepolitiske dokumenter forankret politisk, svarte flertallet av informantene at det er viktig, men først og fremst knyttet til økonomi og budsjett. En annen informant påpeker at det i teorien skal være viktig, men usikker på hvor viktig den

er i realiteten når budsjett skal vedtas for eksempel. Kommunalsjef samfunnsutvikling kommune B forklarer:

«Også bruker vi folkehelseokumentene som viktig informasjonskilde til den overordnede planleggingen vi gjør i kommuneplan samfunnsdel og arealdel, og i budsjett og økonomi» (kommunalsjef samfunnsutvikling, kommune B)

Kommune B har fem fokusområder, der de har fokus på ett av gangen i tre måneder. De fem fokusområdene er i *utfordringsdokumentet* og er; barnefattigdom, oppvekst og læringsmiljø, inaktivitet, psykisk helse, og vold og overgrep i nære relasjoner (Målsetting og strategier dokument, 2019, s. 1).

4.2 Koordinering og samarbeid internt og eksternt

Kommune A

Hovedvekten av informantene beskrev at samarbeidet internt i kommunen fungerte bra. Det største tverrfaglige grepet som ble tatt forklarer folkehelsekoordinatoren var i 2013 etter folkehelseloven kom. Da ble det satt ned en stor tverrsektoriell arbeidsgruppe bestående av nåværende folkehelsekoordinator, ansatte, politikere og næringsliv. Målet med denne gruppen var å lage et dokument for å bedre levekårene i kommunen frem til 2023. Dette samarbeidet snudde holdningene til tverrfaglig samarbeid. Kommunen har også tatt i bruk bedre tverrfaglig innsats (BTI). Et annet eksempel Folkehelsekoordinatoren trekker frem knyttet til tverrfaglig innstas er når Ungdata statistikken kommer. Da er det en tverrfaglig gruppe som drøfter funn og hvor fokuset skal legges. Et annet eksempel folkehelsekoordinatoren trekker frem er handlingsplan mot fattigdom. Arbeidet med handlingsplan mot fattigdom er en tverrsektoriell gruppe bestående av to ansatte fra NAV, BTI, innsats barn og unge, kultur, og folkehelsekoordinatoren som prosjektleder. Dette var et pilotprosjekt der de brukte en annen kommunes modell på tilsvarende prosjekt. Da var det jevnlig møter i arbeidsgrupper og de var innom med orienteringer for politikerne. Det er også i kommunen gjort flere omorganiseringen den siste tiden, en informant mener dette har styrket det tverrfaglige samarbeidet, mens en annen synes dette har blitt «rot» og vanskelig å forholde seg til alle omorganiseringene.

Folkehelsekoordinatoren forklarer at jobben innebærer å jobbe tverrfaglig både internt i organisasjonen og eksternt med samarbeidsaktører. Internt i kommunen vektlegger

folkehelsekoordinatoren at vedkomne jobber tettst med kollegaer i egen stab, stab helse. Da folkehelsekoordinatoren har mye ansvar for statistikk, blir hen ofte med i tverrfaglige team med HR i kommunen, knyttet til likestilt arbeidsliv. Eksternt jobber folkehelsekoordinatoren mye regionalt også. Kommunen har et samarbeidsorgan der de frivillige organisasjonene kan dele sine saker. Der får folkehelsekoordinatoren ett innblikk i hva som er det viktigste i kommunen akkurat nå, vedkomne anser derfor kontakten med frivillige organisasjoner som den viktigste arenaen. Folkehelsekoordinatoren påpeker imidlertid at fordi det jobbes så tverrfaglig i kommunen, samarbeider hen med svært mange aktører og andre ansatte i kommunen hele tiden. Så og si alle informantene i kommune A trekker frem frivillige aktører, særlig Kirknes bymisjon og frivillighetssentralen som svært viktige samarbeidspartnere. NAV er også en samarbeidspartner som blir trukket frem av flere.

Kommune B

Informantene i kommune B beskriver at organiseringen av folkehelsearbeidet fungerer alt fra veldig bra, til helt ok. Det er imidlertid ingen av informantene som synes det fungerer dårlig. Det blir av kommunalsjefen påpekt at det som fungerer bra er at det er en egen stilling i kommunen som bare jobber med det, og som gjennom folkehelsegruppen gjør en god jobb. Det blir av helsekonsulenten påpekt at

«I utgangspunktet på papirer skal det fungere bra, men opplever at det er behov for litt mer struktur» (Helsekonsulent, kommune B)

Det blir påpekt at fokuset på folkehelse har blitt større med årene, og at på tvers av fagsektorene er det lavterskel for å ta kontakt dersom man har behov for det.

Folkehelsekoordinatoren i kommune B opplever selv at organiseringen varierer veldig fra hvem man organiserer seg med, da det ikke er alle som er like samarbeidsvillige. Vedkomne påpeker at det er vanskelig å få flere i administrasjonen til å tenke at folkehelse relaterte saker også angår deres felt. Blant de som sitter i de ulike folkehelsegruppene fungerer samarbeidet godt. Det er flere som oppfatter organiseringen av folkehelsearbeidet givende.

Folkehelsekoordinatoren understreker viktigheten av samarbeid når det kommer til folkehelsearbeid. Vedkomne påpeker at man som folkehelsekoordinator må ta kontakt med folk og være uredd for å snakke og skape forbindelser med andre. Folkehelsekoordinatoren beskriver det nærest som en markedsførende eller salgsrolle en folkehelsekoordinator må ha

for å «selge» folkehelsepolitiske saker til ulike aktører, og på den måten skape allianser.

Folkehelsekoordinatoren påpeker viktigheten av å ha folk med seg. Vedkomne forklarer:

«Eller så må man jo invitere politikerne sånn som de folkehersedokumentene, viktig å koble de på heltidspolitikere alltid invitert, oppdatert. Dersom de ikke er oppdatert blir de ofte skeptiske. Alt å tjene på å bygge allianser» (Folkehelsekoordinator, kommune B)

Folkehelsekoordinatoren i kommune B påpeker at utenom samarbeidet internt i kommunen gjennom folkehelseutvalget er frivillige organisasjoner en svært viktig samarbeidspartner, deriblant frivillighetssentralen og idrettslag. I tillegg bruker folkehelsekoordinatoren lokale medier som aviser og radio for å dele informasjon, samtidig som det kan brukes for å se hva innbyggerne er opptatt av. Det blir også påpekt at det er viktig med bekjentskaper når det skal jobbes med folkehelse. Folkehelsekoordinatoren forklarer at:

«Må kjenne folkene i kommunen, og tørre å være litt fremoverlent da får man mye gjort» (Folkehelsekoordinator, kommune B)

Folkehelsekoordinatoren blir av kommunalsjef samfunnsutvikling beskrevet som et «propell» som er overalt, og jobber mye eksternt.

4.3 Innflytelse og agendasetting i beslutningsprosesser og kontakt mellom administrasjon og politikere

Kommune A

Hovedvekten av informantene fra administrasjonen i kommune A forklarer at i oppstartfasen av beslutningsprosesser er innflytelsen størst. Folkehelsekoordinatoren forklarer innflytelsen i planprosesser som:

«I oppstart, når vi begynner å drøfte hva som er viktig, eller kanskje også snakker om forbedringspotensialet, hva kunne vi gjort bedre sist. Så den drøftingen for å ha mitt fagperspektiv på agendaen så synes jeg ofte har mye jeg skulle sagt. Og da får jeg ofte en rolle også» (Folkehelsekoordinator, kommune A)

I tillegg til beslutningsprosessene forklarer folkehelsekoordinatoren at vedkomne utøver innflytelse og påvirkning gjennom flere kanaler. Det første er mulighet til å utøve innflytelse gjennom saker «bestilt» av politikerne, eller når folkehelsekoordinatoren skal inn å orientere

om folkehelserelaterte saker, eller statistikk i komiteer. Disse to mulighetene gjør at folkehelsekoordinatoren for det første kan selektere hvor fokuset skal legges gjennom presentasjonen, og for det andre «fargelegge» politikerne i ønsket retning.

Folkehelsekoordinatoren poengterer også vedkomne sitter som barnas representant i kommuneplanutvalget, med uttalelsesrett. Det er her viktig å påpeke at det ikke er i folkehelserollen, men på grunn av at barn og unges interesser inngår i folkehelse, velger folkehelsekoordinatoren og nevne dette som en arena for innflytelse og påvirkning.

Informantene fra administrasjonen forklarer at kontakten mellom administrasjonen og folkevalgte er i høy grad formell. Folkehelsekoordinatoren forklarer det som at:

«politikere går ikke til oss og jeg går ikke til de for å spre det glade budskap uten at det er en bestilling» (Folkehelsekoordinator, kommune A)

Politikerne i kommune A forklarer det samme, der de tillegger at kontakten er god, men at det i hovedsak er kommunaldirektør og kommunalsjefer de har tette kontakt med. Til tross for dette forklarer også leder komité helse at «det har jo også vært en utfordring da at det har blitt lagt opp til at vi skal ha en veldig hierarkisk måte å tilnærme oss administrasjonen» (Leder komité helse SV, kommune A)

Kontakten med selve folkehelsekoordinatoren forklarer Gruppeleder for Arbeiderpartiet i kommune A som:

«Jeg møter jo også folkehelsekoordinator det er ikke en person jeg møter daglig, men når vi har fokus på kartlegging så er jo det en person som kommer innom i komité for eksempel» (Gruppeleder Arbeiderpartiet, kommune A)

Når det er kommet til kontakten og samarbeidet videre med administrasjonen har de to politikerne ulike tilnærminger. Leder komité helse poengterer at folkehelsearbeidet oppleves vanskelig å få godt tak på, da ulike helsesaker går i ulike komiteer, og at det dermed er vanskelig å få helhetlig oversikt. Leder komité helse mener dermed at «siloene» hemmer folkehelsearbeidet. Dette får hen støtte av fra beredskapskoordinator (og BIT), som trekker «siloer» frem som en av hindringene i folkehelsearbeidet.

Til tross for dette har gruppeleder AP kommune A en helt annen oppfatning. Der vedkomne påpeker at grunnet valg av organisering er deres kommune mindre sektorisert enn andre

tilsvarende kommuner av samme størrelse. Flere i administrasjonen poengter også at det er tatt flere grep for å prøve å bryte ned «siloene» i kommunen. Videre forklarer leder komité helse at de folkevalgte ikke snakker sammen seg i mellom. Dette kan også være en faktor for at folkehelse er vanskelig å få tak på.

Dersom politikerne lurer på noe opplever vedkomne at det går tjenestevei, det vil si at dersom de lurer på noe knyttet folkehelse, tas det først opp på komitémøte, også tas det videre. Da er det ofte kommunalsjef Helse, eller kommunedirektør som svarer ut. Vedkomne forklarer også at folkehelsekoordinator ofte er innom for å lytte til politiske debatter. Leder komité helse opplever at informasjonen de får av folkehelsearbeidet kommer gjennom orienteringer, nyhetsbrev og organisasjonen som samler de frivillige organisasjonene. Politikeren opplever at tilgangen på informasjon er god.

Kommune B

I kommune B var det bred enighet blant samtlige informanter om at innflytelsen er størst i oppstartsfasen av beslutningsprosessene. Folkehelsekoordinatoren opplever at man kan utøve innflytelse i en tidlig fase av prosessene. Disse overordnede dokumentene slik som kommuneplanen oppleves som et knutepunkt tverrfaglig. Når det bli gjennomført større prosjekter, som kommuneplan blir man spurt hva man tenker. Flere andre informanter i administrasjonen som ble intervjuet mente selv de ikke hadde den store innflytelsen politisk, og i beslutningsprosesser at de i starten av planarbeidet- altså i en tidlig fase har mest mulig innflytelse i beslutningsprosesser. Det blir også av en annen informant beskrevet:

«Før planarbeidet starter opp bidrar mest mulig inn der får inn våre synspunkter, om det er en reguleringsplan eller om det er endring av samfunnsdel eller arealplan så tidlig som mulig». (helsekonsulent, kommune B)

Folkehelsekoordinatoren utøver konsekvent innflytelse og påvirkning gjennom flere kanaler. Det første er da en viktig del av folkehelsekoordinator stillingen handler om statistikk, kan folkehelsekoordinatoren selv vektlegge fokuspunktene i presentasjonen sin. Dette er presentasjoner som oftest holdes for administrasjonen, men politikerne kan også høre på. Det andre som folkehelsekoordinatoren trekker frem, er at vedkomne bruker lokal media mye for innflytelse og påvirkning. Der det oppstår et gjensidig forhold med folkehelsekoordinatoren og media. Eksempelvis når psykisk helse var et fokuspunkt, kunne folkehelsekoordinatoren få media til å lage saker med lærere, eller fotballtrenere, og fagfolk som kommunepsykolog og

lærer. Før vedkomne selv gjennomførte et intervju med media og presentere statistikk på området. Tredje er folkehelsekoordinatoren tilskuer i politiske møter, eksempelvis dersom folkehelse relaterte saker skal diskuteres. Dette begrunner folkehelsekoordinatoren i et ønske om å ta opp signaler om hva politikerne er opptatt av, og hva som er aktuelt. Fjerde er andre medier folkehelsekoordinatoren bruker er sosiale medier, kommunens hjemmeside og skrive egne artikler for å få innflytelse og påvirke agendaen. Bruk av media for å utøve innflytelse får støtte av helsekonsulent i kommune B. I tillegg er ofte folkehelsekoordinatoren i kommune B tilskuer i flere politiske møter, som omhandler folkehelse for å høre interessen rundt temaet.

Samarbeidet mellom administrasjon og politikk i kommune B er i stor grad formell kontakt der møtet med folkehelsekoordinator er gjennom orienteringer for politikerne. Politikerne har mest kontakt med kommunaledere og kommunaldirektør. Til tross for dette kan det i noen tilfeller være uformell kontakt der politikerne kan gå direkte til folkehelsekoordinator med spørsmål.

4.4 Innflytelse og agendasetting; sosial ulikhet i helse

Kommune A

I kommune A mener de fleste informantene at det var «innsatstrappen» som var det største folkehelsepolitiske satsningen. Innsatstrappen er delt inn i flere trappetrinn der nederste trappetrinn er hverdagen, og jo høyere opp i trappen du kommer, jo mer inngripende tiltak er det. Dette er et tverrkommunalt tiltak.

Fokus på sosial ulikhet i helse i kommune A ansees av informantene som stort, da kommunen ligger i et område med store levekårsutfordringer, må denne tematikken ha fokus. Den politiske viljen til å satse på dette, ble av informantene sett på som stor. En informant poengterte imidlertid at det var litt personavhengige hvor stort fokuset var.

Folkehelsekoordinatoren poengter at fokuset og aksepten rundt problematikken ble større etter at de delte kommunen inn i levekårssoner, fordi rykter ble til fakta gjennom statistikk. At fokuset på sosial ulikhet er stort ser vi gjennom politiske dokumenter som *Kommunedelplan, Handlings- og økonomiplan 2022-2025*, og *Utviklingsnotat 2020*. De politiske dokumentene inneholder alle sosial ulikhet i helse, eller inneholder spesifikt levekårsutfordringene i kommune A.

Til tross for at det av informantene er enighet om at fokuset på sosial ulikhet i helse er stort, forklarte leder for komité helse, som representerer SV at de gikk ut av posisjonen med bakgrunn i en sak knyttet til sosial ulikhet i helse. Saken dreide seg om at kommunen valgte å fjerne et tiltak på individnivå knyttet til de dårligst stilte i kommunen. På bakgrunn av dette mener derfor leder komité helse at fokuset ikke er stort nok i kommune A.

I tillegg ble det av samtlige informanter knyttet på økonomiaspektet knyttet til sosial ulikhet i helse. Dette går på at økonomien setter en stopper for å arbeide med dette, da kommune A har dårlig økonomi, og ser på økonomi som det største hindret i arbeidet med folkehelse generelt, og dermed sosial ulikhet i helse. Gruppeleder AP, kommune A forklarer at

«viljen er stor, men evnen til å gjøre noe med levekårsutfordringer er jo da begrenset av økonomien» (Gruppeleder AP, kommune A)

Videre føler gruppeleder AP kommune A at det er viktig å poengtere:

«Men kommuneøkonomien er ikke til hindrer for at vi ikke gjør noe, fordi jeg mener vi gjør noe, ta steg hele veien. Men som sagt skulle ønske vi kunne litt drahjelp siden noen kommuner har begrenset levekårsutfordringer mens andre har betydelige» (Gruppeleder AP, kommune A)

Det at gruppeleder AP ønsker drahjelp er det flere i kommune A som påpeker. Begge politikerne samt leder BTI fremmet et ønske om hjelp fra statlig hold når det kommer til folkehelse generelt. Der gruppeleder AP, konkretiserer det eksplisitt opp mot sosial ulikhet i helse. Dette blir begrunnet i at kommune A ligger i et område som scorer dårlig på parametere på sosial ulikhet i helse, som innebærer at utfordringene ligger utenfor hva den enkelte kommune kan løse. Blant disse informantene blir det fremmet ønske om sterke verktøy for å klare utfordringene. Dette gjennom hjelp med en langsiktig satsning, eller øremerkede økonomisk midler.

Det var også noen som kommenterte at folkehelsearbeidet har fått større fokus, og at fokuset på forebygging er svært viktig. Det blir imidlertid poengtert av to at det er vanskelig å prioritere den forebyggende delen. Av gruppeleder AP ble det sagt at:

«Så på en måte jeg tenker det har utviklet seg en ganske stor forståelse for at forebygging er bedre enn reparasjon. Men samtidig er dilemmaet, når ser vi resultater

av forebygging? Det er veldig vanskelig å dokumentere et resultat» (Gruppeleder AP, kommune A).

Kommune B

Kommune B har fem fokusområder de skal jobbe med, som også av de fleste informantene ble sett på som den viktigste folkehelsesatsningen i kommunen.

Informantene i kommune B var tydelige på at sosial ulikhet i helse har et fokus hos dem, og det er en vilje politisk og administrativt til å satse på sosial ulikhet i helse, men personavhengig i det politiske landskapet hvor stort fokus det er. Folkehelsekoordinatoren beskriver sosial ulikhet i helse som en «overordnet ulldott» som alltid er der. Som det ble påpekt, vil sosial helse inngå i noen av de fem fokusområdene kommunen har, som barnefattigdom. Til tross for dette blir det av en politiker ikke blir prioritert i det hele tatt, og legger til et ønske om at politikerne var strenge nok til å prioritere det. Sosial ulikhet i helse er imidlertid også nevnt i de tre dokumentene som utgjør folkehelsestrategien. I tillegg er det nevnt som en av strategiene knyttet til barnefattigdom i *mål og strategidokumentet*. Der det konkret står at strategien går ut på å minske ulikheter (Målsettinger og strategier dokumentet, 2019, s. 21).

Til tross for at fokuset i kommunen er stort, er det flere faktorer som blir nevnt som beskriver vanskeligheten av temaet. Det første er at kommunen har ulike lavterskeltilbud og tilskuddsordninger for de med dårligst råd, men det er stigma rundt å benytte seg av disse. Det andre som påpekes er at sosial ulikhet i helse av flere informanter som svært komplekst. Det blir beskrevet som et område som er vanskelig å jobbe med, der en informant beskriver folkehelse i sin helhet som

«det blir nok for kompleks for de fleste å se helheten i det arbeidet kommune skal levere, også for oss politikere» (politiker, Høyre, kommune B)

Derav sosial ulikhet i helse bli påpekt som den tøffeste og vanskeligste delen av folkehelsearbeidet. Det blir i kommune B påpekt av politikeren fra høyre et ønske om økonomiske styringssignaler fra staten, for å gjøre det lettere å arbeide med folkehelsesaker generelt.

Med bakgrunn i kompleksiteten blir det påpekt at det er vanskelig å måle, og dermed at det ikke blir prioritert blant politikerne. Et annet poeng flere informanter nevner er at fordi det krever langsiktige satsninger, blir det også prioritert bort. Ut ifra intervjuene ser det også ut til at økonomi er en avgjørende faktor for at det ikke blir prioritert.

4.5 Oppsummering av hovedfunn

Resultatet av intervjuene gjennomført i kommune A og kommune B viser at i kommune A har vist at folkehelsekoordinatoren er plassert i stab helse, og i kommune B er folkehelsekoordinatoren plassert i stab samfunnsutvikling. I både kommune A og kommune B var folkehelsekoordinatorene samt flere tydelige på at plasseringen er essensiell for arbeidet en folkehelsekoordinator skal utføre. I kommune A og kommune B jobbet folkehelsekoordinatorene svært tverrsektorielt både internt og eksternt. Begge folkehelsekoordinatorene så på frivilligheten i kommunen som en svært viktig samarbeidspartner. Folkehelsekoordinatoren i kommune B har et eget folkehelseutvalg, samt en folkehelsegruppe som det jobbes svært tett med. I kommune A jobber folkehelsekoordinatoren tverrsektorielt «der er behov». I kommune A er det tatt et bevisst valg om å ikke bruke begrepet folkehelse. Uten sammenligning er det svært interessant å se at kommunene har valgt å løse organiseringen av folkehelsearbeidet svært ulikt.

Både i kommune A og kommune B var informantene tydelig på at i beslutningsprosesser, eller planprosesser har man størst innflytelse i en tidlig fase av prosessen. Begge folkehelsekoordinatorene mener de har mye de skulle sagt i en slik startfase av prosessene. Utover dette utøver folkehelsekoordinatorene i kommunene innflytelse innad i kommunene gjennom mange av de samme kanalene. Begge folkehelsekoordinatorene ser på orienteringer for lederlaget eller politikere som en viktig måte å utøve innflytelse på. Gjennom disse presentasjonene kan folkehelsekoordinatorene selv velge hvor fokuset skal legges, og på den måten påvirke retningen og meningene til lederne eller politikerne. Folkehelsekoordinatoren i kommune A påpeker også at gjennom skriving av politiske saker, har man også påvirkningsmuligheter. Folkehelsekoordinatoren i kommune B gikk imidlertid også utenfor organisasjonen for å utøve innflytelse, og brukte media aktivt for å fronte ønskede folkehelsepolitiske saker. Vedkomne beskriver også folkehelsekoordinator rollen som en «markedsfører» eller «selger» som må selge inn folkehelse. Hverken i kommune A eller kommune B var folkehelsekoordinatoren ofte innom det politiske miljøet. Politikerne i begge

kommunene hadde mest kontakt med kommunalsjefene og kommunaldirektør.

Folkehelsekoordinatoren i kommune B påpeker imidlertid at vedkomne ofte synliggjør seg i politiske debatter som omhandler folkehelse ved å være til stede for å høre hva de er opptatt av.

Fokuset på sosial ulikhet i helse beskriver hovedvekten av alle informanter i både kommune A og kommune B som at det er et fokus. Hvor stort fokuset er varierte mellom informanter, men hovedvekten i begge kommunene mente det var en vilje til å satse på sosial ulikhet i helse. Det som var et ønske fra et fåtall informanter både i kommune A, og nevnt i kommune B var statlige midler. Der det kom opp ulike forslag til hvordan det var ønsket at staten skulle bidra generelt knyttet til folkehelse, og i noen tilfeller nevnt knyttet til sosial ulikhet i helse. I kommune A forklarer folkehelsekoordinatoren at fokuset på sosial ulikhet i helse har blitt større etter de fikk statistikk på levekårene i kommunen. Kommune A bruker også levekår nesten som et synonym til folkehelsebegrepet. Både i kommune A og kommune B finner vi sosial ulikhet i helse nevnt i flere politiske dokumenter. Samtlige informanter i kommune A og B vektla økonomi som grunnen til at det rent faktisk ikke blir prioritert. Det ser derfor ut til at flertallet i både kommune A og B mener det er en vilje, men likevel blir det ikke prioritert når pengene skal fordeles.

5. Drøfting av funn

Formålet i denne studien var å se på hvordan folkehelsekoordinatoren utøver innflytelse over folkehelsepolitiske saker, og løfte sosial ulikhet i helse på agendaen. Gjennom inklusjon av to bykommuner, og intervju av totalt 12 antall personer fra politisk og administrativ side har studien samlet informasjon om organisering, samarbeid, innflytelse og påvirkning i to bykommuner.

5.1 Sosial ulikhet i helse som wicked problem

En antagelse var at kompleksiteten relatert til sosial ulikhet i helse gjør det vanskeligere å få tematikken på agendaen, og dermed er å anse som et *wicked problem* gjør det vanskeligere å få problemet på agendaen (Head & Alford 2015, s.713). Resultatene fra intervjuene gjort i kommune A viser at kompleksitet *wicked problems* gir er svært gjeldende. Det blir påpekt en vilje til å satse på problemet, men at økonomi setter en stoppe for at de får satt inn tiltak. Samtlige informanter i kommune A etterlyste også statlig hjelp for å kunne løse problemet.

Gruppeleder AP påpeker at kommunen ligger i en region som scorer dårlig på parametere som gjelder sosial ulikhet i helse, dermed ligger mye utenfor hva kommunen klarer alene. Imidlertid brukes levekår ofte som begrep, og noe det legges stort fokus på skal vi tro folkehelsekoordinatoren. Folkehelsekoordinatoren poengterer også at viljen til å satse på sosial ulikhet i helse ble større gjennom konkret statistikk som kunne vise til problemene. Det blir imidlertid poengtert at man ikke kan se til forskning alene for å løse et *wicked problem* (Head & Alford, 2015, s.723). «Health in all politics»- tilnærmingen som nevnes i (Hagen et al, 2018,s.2; Karlsen et al, 2022, s.2). ser man resultatet av i kommune A, da de har hatt som mål å infiltrere folkehelse i alt de gjør, og innbakt i kulturen, ved å bevisst ikke bruke begrepet folkehelse. Til tross for at flertallet mener det er fokus på sosial ulikhet i helse, forklarer leder komité helse, som representerer SV at de gikk ut av opposisjon da et tiltak knyttet til barnefattigdom ble fjernet. Med bakgrunn i dette mener SV i kommune A at det ikke har nok fokus. Videre er hen enig i at det ikke blir prioritert økonomisk, da det går på beksoning av det lovpålagte de må sette av penger til.

I kommune B viser resultatene at kompleksiteten med sosial ulikhet i helse kommer tydelig frem. Samtlige informanter mener det er en vilje til å satse på sosial ulikhet i helse. Det viser seg imidlertid at når pengene skal fordeles blir ikke sosial ulikhet i helse prioritert. Kommune B har iverksatt tiltak som lavterskeltilbud som ulike tilskuddsordninger Dette stemmer overens med det Hofstad påpeker, ved at det fokuseres på *lavt hengende frukter* (Hofstad, 2016, s.571). Et annet poeng som blir trukket frem i kommune B er en innrømmelse om at sosial ulikhet i helse er for vanskelig, og at det blir for komplekst å håndtere. Og beskriver det som det vanskeligste innenfor folkehelsepolitikken. I tillegg blir det av en informant poengtert at politikerne burde prioritere det. En informant vektlegger også at helse; som gamlehjems og legetjenester kommer høyt opp på prioriteringslisten, mens det forebyggende arbeidet som folkehelse er, kommer langt ned på listen. Det blir imidlertid påpekt av flere informanter at det er en forståelse i kommunen om at folkehelse går mye på det forebyggende arbeidet.

Rådgiver kultur i kommune B beskrev at mange av folkehelseiltakene, inkludert sosial ulikhet i helse handler om langsiktig satsning. Og at det kan være begrunnelsen for at det er vanskelig å prioritere det. Da det er vanskelig å se konkrete resultater av langsiktig satsning. I tillegg til at flere folkehelseiltak vil kunne være vanskelig å gjøre målbare. Dette begrunner vedkomne med at det ikke blir prioritert. Politiker SV poengterer at lavterskeltilbud er det ofte bred enighet om og blir vedtatt, når det kommer til generelle folkehelseiltak. Det er flere

informanter som poengterer at kommunen har lavterskeltilbud både knyttet til folkehelse generelt, men også konkret sosial ulikhet i helse. Med bakgrunn i dette kan det igjen argumenteres for at kommunen fokuserer på *lavt hengende frukter* (Hofstad, 2016, s.571). Med bakgrunn i dette, og som flere informanter påpeker er ikke sosial ulikhet et eget satsningsområde, men fordi det ligger som en «overordnet ulldott» som folkehelsekoordinatoren beskriver det som inngår det i flere av kommunens satsningsområder. I mål og strategi dokumentet om barnefattigdom som er et av satsningsområdene, er sosial ulikhet i helse konkret nevnt.

Resultatene viser at i begge kommunene kommer kompleksiteten tydelig frem. Hovedvekten av alle informantene vektlegger at det foreligger en vilje til å satse på det, og at det er iverksatt tiltak, men at det ikke får større prioritet grunnet kommuneøkonomi. Det blir derfor nevnt av et fåtall informanter i de to kommunene ulike måter der staten kan bidra for å sørge for at det blir prioritert. Det tydelige kompleksitet sosial ulikhet i helse har, som vises gjennom funnene er i tråd med det Head og Alford påpeker (Head & Alford, 2015, s. 713).

5.2 Kingdom agendasetting- i lys av kommunene

5.2.1 De tre strømmene

Det er ulike elementer gjennom studien som kan knyttes opp mot den enkelte strøm, som problemstrømmen. Kingdom forklarer at en situasjon blir først sett på som et problem når det blir adressert at det må forsøkes løst. (Kingdom, 2003, s. 109). Både fra nasjonalt og internasjonalt hold er folkehelse, som problem blitt adressert, dette gjennom retningslinjer og lovverk. Etter at folkehelseloven kom i 2012, har kommunene fått mye av ansvaret knyttet til folkehelse. Folkehelseloven er tydelig på hvordan folkehelseproblematikken skal forsøkes løst. Innad i folkehelsefeltet, gir også folkehelseloven tydelige signaler på sosial ulikhet i helse, og at dette skal ha et fokus (Folkehelseloven, 2012, §3). Det ser ut til at begge kommunene gjennom plandokumenter og politisk forankring har gitt uttrykk for at både administrasjonen og politikerne er klar over problematikken rundt folkehelsepolitikk og ikke minst sosial ulikhet i helse. Det blir poengtert av samtlige informanter i kommune A at kommunen i sin helhet scorer dårlig sammenlignet med landsgjennomsnittet på indikatorer på sosial ulikhet i helse, og at fokuset derfor burde være veldig stort i kommune A, men at det er vanskelig å se resultater av dette. I kommune B har sosial ulikhet i helse stort fokus. Det forklares av folkehelsekoordinatoren at det alltid er noe som ligger overordnet. Der flere av

fokusområdene delvis kan inngå i sosial ulikhet i helse. Til tross for at det i kommune A og kommune B er enighet om å satse på sosial ulikhet i helse, blir det av ulike grunner ikke prioritert. Her ser vi det Head og Alford påpeker ved at «wickedness» i sosial ulikhet i helse kommer frem (Head & Alford, 2015, s. 719-725).

I tillegg til dette, er Kingdon i problemstrømmen opptatt av budsjett og økonomi. Budsjett og økonomi betegner Kingdon som et «spesial problem». Økonomi er et problem i seg selv som kan påvirke om problemene kommer på agendaen eller ikke. Økonomi kan påvirke særlig politikerne, men også ulike byråkrater om hvorvidt problemet blir satset på eller ikke. Kingdon forklarer derfor at noen problemer, av økonomiske grunner aldri kommer på agendaen (Kingdon, 2003, ss.105-107). I kommune A påpekte begge politikerne at økonomien stod til hinder for å satse på sosial ulikhet i helse. Informantene var jevnt over enige om at det lå en vilje til å satse på sosial ulikhet i helse, men at tiltakene automatisk ble begrenset av økonomi. Gruppeleder AP, kommune A forklarte at de gjorde mye for sosial ulikhet i helse, men at kommuneøkonomien hindrer de å gjøre mer. Leder BTI etterlyser mer kostnadsfrie tiltak. Samt at leder BTI og politikerne savner mer styring og økonomisk hjelp fra statlig hold for å generelt jobbe med folkehelse. For eksempel ønsker leder komité helse øremerkede midler for å jobbe konkret med dette. I kommune B er også økonomi en av forklaringene til at sosial ulikhet i ikke får større fokus. Både i form av at det ikke er så konkret at man bevilger penger til det, og at kommunen har for dårlig økonomi til å satse på dette. Også her blir det poengtert av samtlige informanter at viljen til å satse i hovedsak er der, men stoppes av økonomi.

Når det gjelder elementer fra policy strømmen kan det argumenteres for at flere av de folkehelsekoordinatorene er i kontakt med gjennom tverrfaglig samarbeid jobber i det Kingdon beskriver som policy samfunn, som er spesialister som jobber sammen innenfor et felt (Kingdon, 2003, s.117). Det vil si at mange i kommunesektor jobber i såkalte policy samfunn, der de jobber i siloer. Her påpeker Kingdon fragmentering som et problem. (Kingdon, 2003, s.119). Det kan derfor diskuteres om de ulike policy samfunnene komme sammen og høre hverandres forslag og ideer før de sammen kan diskutere og presentere for politikerne. Dette gjelder blant annet når folkehelsekoordinatoren i kommune A samarbeidet om en handlingsplan mot fattigdom. Her kommer boundary spanner rollen inn, som sørger for tverrfaglige samarbeidet. I kommune B ble det også tverrsektorielt i folkehelsegruppen og

folkehelseutvalget. I disse gruppene kan de derfor sammen diskutere og komme frem til de beste ideene og presentere.

Policy entreprenørene beskrives som viktige aktører i policy strømmen og mulighetsvinduer som blir diskutert senere. Policy entreprenører kan befinne seg både innenfor og utenfor organisasjonen (Kingdon, 2003, s. 122-123). Dette indikerer måten folkehelsekoordinatoren i kommune B jobber. Selv om folkehelsekoordinatoren har en boundary spanner rolle innad i kommunen, og gjennom ulike kanaler innad prøver å påvirke agendaen. Driver folkehelsekoordinatoren i kommune B aktivt prøver å påvirke agendaen utenfra i tillegg. Gjennom sitt samarbeid med media for å rette fokuset på ønsket tematikk innen folkehelse.

Når det gjelder den tredje strømmen Kingdon presenterer, så handler politikstrømmen om sammenheng med omstillinger og endringer i sturkuter (Kingdon, 2003, s.145). I en kommunal setting vil dette kunne skje ved kommunevalg. Selv om det ikke blir endring i posisjonen, vil det kunne bli endringer blant hvilke folkevalgte som skal sitte for neste periode. I tillegg vil store endringer i administrasjonen, som omorganiseringer og endringer i ledersjiktet være relevant her. Det ser imidlertid ut som at i kommune A ble det et politisk skifte da SV som tidligere satt i posisjon, valgte å bryte ut av samarbeidet. Dette skjedde på bakgrunn av et tiltak som gikk på å fjerne det SV så på som et viktig tiltak mot de med dårligst råd i kommunen. Dette er et tiltak som går på sosial ulikhet i helse, der leder komité helse, som SV politiker mener fokuset ikke er bra nok. Det kan her argumenteres for at et uforutsigbart vindu ble åpnet. Gjennom intervjuene gjort i kommune A ble det ikke nevnt spesifikt om dette vinduet ble benyttet. I tillegg har det i kommune A den siste tiden vært preget av omstillinger, som begge politikerne påpeker. Leder komité helse, kommune A beskriver at omstillinger har gjort det vanskeligere å få tak på folkehelse og sosial ulikhet i helse. Disse store endringene i administrasjonen kan ha gitt rom for at uforutsigbare vinduer kan ha åpnet seg i løpet av kort tid.

Dersom folkehelsekoordinatorene kun kan bedrive agendasetting dersom de tre strømmene er koblet sammen slik som Kingdon presenterer, blir agendasetting på lokalt nivå svært vanskelig. Det ser derfor ut til at de tre strømmene ikke samsvarer med funn i denne oppgaven.

5.2.4 Folkehelsekoordinatorene som policy entreprenør gjennom bruk av mulighetsvinduer

Informantene i begge kommunene er tydelige på at i beslutningsprosesser har de størst innflytelse i startfasen av beslutningsprosessene. Da det i starten av prosesser blir drøftet og diskutert hvor fokuset skulle legges de neste årene. Folkehelsekoordinatoren forklarer

«Så den drøftingen for å ha mitt fagperspektiv på agendaen så synes jeg ofte har mye jeg skulle sagt. Og da får jeg ofte en rolle også, litt fordi jeg sier hvordan jeg mener vi burde gjøre det.» (Folkehelsekoordinator, kommune A)

Folkehelsekoordinatoren i kommune B vektlegger også viktigheten av å bidra inn i beslutningsprosesser: «Nå skal vi i gang med kommuneplan- samfunnsdel. Kommuneplanen det skal gjøres noe der, da er det de grunnleggende tingene som skal styre kommunen så det er et knutepunkt» (Folkehelsekoordinator, kommune B)

I en kommunal kontekst er kommuneplandokumentene en forutsigbar hendelse som skal jobbes med. Disse plandokumentene som av samtidige informanter i begge kommunene ble nevnt som arenaer der det ble utøvd innflytelse, er dette en forutsigbar hendelse som skjer med kommunevalg hvert 4 år. Man kan derfor si at dette er et forutsigbart vindu som åpnes, eller *Routinized* politikk vindu (Howlett et al, 2009, s.105). Folkehelsekoordinatoren forklarer også at når statistikk relatert til folkehelse publiseres, orienterer vedkomne om dette. Dette er også noe som kommer fast, og er dermed også et forutsigbart vindu. Ut ifra disse resultatene benytter folkehelsekoordinatoren i kommune A seg hovedsakelig av forutsigbare vinduer. Det er derfor viktig at folkehelsekoordinatoren er klar til å fronte hvilke folkehelsepolitiske saker som skal satses på i neste kommuneplan. Gjennom orienteringene folkehelsekoordinatoren i kommune A har, kan det argumenteres for at en god måte å utøve innflytelse på som Jacobsen påpeker er politikerne avhengige av kompetansen til administrasjonen for å fatte beslutninger (Jacobsen, 2021, ss.160-162). Ved å «fargelegge» politikerne som folkehelsekoordinatoren trekker frem som en av måtene vedkomne prøver å utøve innflytelse på, vil det være en mulighet til å få premissmakt og konkretiseringsmakt som Jacobsen peker på (Jacobsen, 2021, ss.160-162). I tillegg forklarer folkehelsekoordinatoren at når det skal skrives politiske saker, så opplever vedkomne stor innflytelse.

Folkehelsekoordinatorene vil gjennom orienteringer kunne påvirke både lederlaget i organisasjonen, og politikerne avhengige av hvem presentasjonen holdes for. Ved å holde presentasjoner for lederlaget, kan det argumenteres for at man gjennom lederen kan utøve

politisk påvirkning. Ved alle anledningene folkehelsekoordinator i kommune A har nevnt, vil dette ansees som det Howlett et al beskriver som forutsigbare vinduer (Howlett et al, 2009, s.105).

Det blir også poengtert av samtlige informanter at den direkte kontakten politikeren har med folkehelsekoordinator er minimal.

I kommune B svarte hovedvekten at å utøve innflytelse i beslutningsprosesser er størst i en oppstartsfase av beslutningsprosessene. Dette er som Howlett et al argumenterer for et forutsigbart vindu (Howlett et al, 2009, s.105). Folkehelsekoordinatoren i kommune B utøver i likhet med kommune A innflytelse gjennom orienteringer holdt for administrasjonen og politikere. Dette kan sees på som konkretiseringsmakt da folkehelsekoordinatoren selv kan velge statistikken vedkomne legger mest vekt på (Jacobsen, 2021, ss.160-162).

Folkehelsekoordinator i kommune B synliggjør seg også i politiske debatter ved å høre på hva politikere tenker er aktuelt.

Det kan imidlertid argumenteres for at folkehelsekoordinatoren i kommune B også går mer i retning entreprenør da hen ofte snakket om å «selge inn» folkehelse til potensielle samarbeidsaktører (Kingdon, 2003, ss.122-123). I tillegg er folkehelsekoordinatoren i kommune B aktivt utenfor organisasjonen for å søke innflytelse på politikere i kommunen. En aktør folkehelsekoordinatoren i kommune B samarbeidet mye med er lokal media. Selv om folkehelsekoordinatoren i kommune B bruker media som agendasetter, har det imidlertid blitt argumentert at media ikke har så mye agendasettingsmakt som først antatt. Mediene har likevel en effekt på agendaen gjennom å være formidlere, ta opp ideer som allerede eksisterer og påvirke meningene til innbyggerne (Kingdon, 2003, ss.57-61). Folkehelsekoordinatoren i kommune B benyttet media ofte for å prøve å påvirke agendaen for folkehelsepolitiske saker og gi sakene oppmerksomhet. Folkehelsekoordinatoren forklarer at dette forholdet er gjensidig, både fordi vedkomne ønsker å få folkehelse relaterte saker i lokal media, og fordi media er interessert i hva kommunen holder på med.

I tillegg er folkehelsekoordinatoren i kommune B opptatt av å formidle folkehelsepolitiske saker gjennom sosiale medier og kommunens hjemmeside. Vedkomne er også opptatt av å synliggjøre seg gjennom å være tilskuer i politiske debatter og beskriver jobben sin som en markeds selgende rolle der man må selge inn folkehelse til potensielle samarbeidsaktører. Egenskapene Kingdon beskriver en policy entreprenør bør innha, passer hvordan

folkehelsekoordinatoren i kommune B operer. (Kingdon, 2003, ss.180-181). Videre forklarer folkehelsekoordinatoren at man må like å snakke med folk og selge seg inn. Med bakgrunn i dette kan det argumenteres for at folkehelsekoordinatoren i kommune B opptrer som policy entreprenør. Williams argumenterer for at boundary spanners er utmerket i arbeidet som å opptre som policy entreprenør, gjennom boundary spanners rolle som å bygge samarbeid og allianser (Williams, 2002, s. 56).

I kommune A nevner både folkehelsekoordinatoren selv, og leder komité helse at under covid-19 pandemien har folkehelsekoordinatoren arbeidet mye med smittesporing. Det kan derfor argumenteres at i dette tilfelle har en krise lukket vinduet, da fokuset blir tatt bort fra arbeidet knyttet til folkehelse (Howlett et al., 2009, s.104). Til tross for at flere av elementene i teorien til Kingdon får støtte i denne studien. Er det imidlertid bare deler av teorien som får full støtte. Strømmene til Kingdon kan til dels sees i lys av funnene, men hovedvekten av Kingdon sin teori som får støtte i denne studien er policy entreprenører og mulighetsvinduer. Det ser også ut til folkehelsekoordinatorene, klarer å utøve innflytelse uten at det nødvendigvis oppstår en uforutsett hendelse. Denne studien gir dermed støtte til noe av kritikken Kingdon har fått på dette området (Howlett et al, 2009, s.105).

5.3 De ulike styringsprinsippene i lys av agendasetting

5.3.1. Tradisjonell styring

Gjennom intervjuene gjort i kommunene indikerer det ut ifra resultatene at i begge kommunene er det det klassiske byråkratiet som dominerer (Røiseland & Vabo, 2016, s.16). Begrunnelsen for dette er at flertallet av informantene i begge kommunene vektla viktigheten av å ha folkehelsepolitiske saker forankret politisk. Det blir blant annet i kommune B nevnt at dette er svært viktig både når det kommer til økonomi, men også fordi det er grunnsteinen i folkehelsearbeidet. Dette blir også nevnt i kommune A, at politikerne må være oppdatert for å få ting gjort. Dette er også i samsvar ved at flere politiske dokumenter i begge kommunene tar opp folkehelsesaker, og sosial ulikhet i helse. Et annet moment som drar kommunene i retning av hierarki, illustreres gjennom kontakten mellom administrasjonen og politikerne. I begge kommunene indikerer intervjuene at kontakten mellom administrasjonen og politikerne er formell. Politikerne i begge kommunene gav inntrykk av at folkehelsekoordinatoren ikke var en person de ser ofte, og at hovedvekten av kontakten politikerne hadde med administrasjonen var gjennom kommunalledere eller kommunaldirektør.

I kommune A forklarer folkehelsekoordinator at kontakten med politikerne foregår på «bestilling». I kommune B ser det imidlertid ut som det i en større grad kan være uformell kontakt. Hovedvekten er formell, men folkehelsekoordinatoren i kommune B nevner at dersom en politiker lurer på noe kan de ta direkte kontakt med folkehelsekoordinatoren. Det fremheves at dette sjeldent finner sted.

Resultatene fra intervjuene indikerer at innflytelsen folkehelsekoordinatorene utøver er i høy grad gjennom «bestillingene» og orienteringene fra politikerne der folkehelsekoordinatorene selv vektlegger hvor fokusområdet skal legges. Dette er i tråd med det Jacobsen (2021) påpeker, ved at denne formen for innflytelse skjer innenfor det tradisjonelle hierarkiet (Røisland & Vabo, 2016, s.16). Det ser derfor ut til at folkehelsekoordinatorene, med flere, har et tradisjonelt syn på innflytelse. Til tross for dette utøver folkehelsekoordinatoren innflytelse i større grad utenfor kommunen enn det folkehelsekoordinatoren i kommune A gjør.

5.3.2 Mål og resultatstyring

Resultatene indikerer at politikerne har et fokus mer over på resultat og målstyring. Det ble gjennom intervjuene pekt på både av administrasjonen og politikerne at det er viktig å ha et forebyggende fokus når det kommer til folkehelsearbeidet. I kommune B ble det presisert at når en folkehelsekoordinator skulle ansettes var det en bevisst handling og plassere vedkomne i stab samfunn nettopp for å unngå at folkehelsekoordinatoren skulle jobbe reparerende fremfor forebyggende. Samtlige informanter både fra politikken og administrasjonen trakk selv frem viktigheten av å jobbe forebyggende med folkehelsearbeidet. Til tross for dette ser det ut i begge kommunene som om det blir prioritert reparerende fremfor forebyggende helse. I kommune A ble det nevnt en legekriser blant annet som fikk høyere prioritert. Tiltakene knyttet til folkehelse er også «raske resultater» det blir nevnt i begge kommunene at politikerne er har interesse for tall og statistikk, som igjen indikerer retning mål og resultatstyring. I tillegg ble det i kommune B nevnt flere konkrete tiltak som, sykkelvei, og skiløyper, der man fort ser om det fungerer eller ikke. Det ser derfor ut til at de folkehelsepolitiske sakene som er svært konkrete kan få prioritert økonomisk. Igjen kan man trekke tråder til prinsippet om at man går etter *lavt hengende frukter* (Hofstad, 2016, s.571).

Resultatene har gitt en tydelig indikasjon på at politikerne er i retning mål- og resultater. Det blir imidlertid påpekt at komplekse problemer slik som sosial ulikhet i helse samsvarer dårlig med et mål og resultatfokus (Head & Alford, 2015, s.719). Dette igjen kan gi en indikasjon på hvorfor sosial ulikhet i helse ikke får prioritet økonomisk, til tross for at det i intervjuene blir påpekt at av hovedvekten en vilje til å satse på problematikken.

5.3.3. Samstyring

Som tidligere nevnt krever *wicked problems* en annen form for organisering en det tradisjonell styring, og mål og resultatstyring tillater (Head & Alford, 2015, s.719). Gjennom organiseringen av folkehelsearbeidet kan det argumenteres for at begge kommunene har tatt inn elementer som samsvarer i retning av en samstyring- tilnærming, som et supplement til andre styringsprinsippene. Dette gjennom fokus på tverrsektoriell organisering knyttet til folkehelsearbeidet. Der ansettelsen av en folkehelsekoordinator i seg selv fører til en mer samstyrings- tilnærming (Williams, 2002, ss.108-110). Til tross for at kommunene har valgt svært ulik organisatorisk tilnærming til folkehelsearbeidet, har begge kommunene fokus på tverrsektorielt arbeid.

I kommune A har blant annet tiltakene som «bedre tverrfaglig innsats» og valgt en politisk komitémodell som skal bryte ned «siloe» også i det politiske landskapet. Det blir av flere informanter i kommunen poengtert at disse grepene gjør siloe «mindre» i kommunen. Det er imidlertid ikke til å unngå at en kommune på den størrelsen vil ha en form for hierarki. Beredskapskoordinatoren samt leder komité helse påpeker imidlertid at hierarkiet er sterkt. Og beredskapskoordinator at hierarkiet hemmer arbeidet med folkehelse. I kommune B ble det vektlagt tverrfaglig organisering på folkehelsefeltet gjennom folkehelseutvalget og folkehelsegruppen. Med bakgrunn i det har kommunene derfor tilrettelagt for et tverrfaglig samarbeid for å løse utfordringene knyttet til folkehelse.

5.3.4 Folkehelsekoordinatoren som boundary spanner

Resultatene indikerer at kommunene har gjort konkrete grep i retning samstyring i arbeidet med folkehelsepolitiske saker. Det kan argumenteres for at folkehelsekoordinatorene innehar en boundary spanner rolle. Som tidligere nevnt er en boundary spanner en som er ansatt for å jobbe tverrsektorielt både internt i kommunen, og eksternt (Williams, 2012, s.32). Resultatene gir tydelige indikasjoner på at hovedvekten av arbeidet til folkehelsekoordinatorene foregår i

tverrfaglige grupper. I kommune A var det tydelig at folkehelsekoordinatoren gjennom flere eksempler bruker hovedvekten av sin til på samarbeid på tvers av sektorer.

Folkehelsekoordinatoren samarbeidet med svært mange aktører når det gjald samarbeid internt, men tettest med de i egen stab og kirkens bymisjon og andre frivillige aktører eksternt som viktige, selv om vedkomne påpeker at det er vanskelig å gi et entydig svar på hvilke som er viktigst. I kommune B samarbeidet folkehelsekoordinatoren internt mye med eget folkehelseutvalg. Folkehelsekoordinatoren la vekt på eksternt samarbeid og nevnte blant annet videregående skole, frivillighetssentralen, og media som viktige samarbeidsaktører. Som tidligere diskutert er også lokal media er svært viktig samarbeidsaktør for folkehelsekoordinatoren i kommune B.

Det kan også tillegges at det gjennom intervjuene ble påpekt at plassering av folkehelsekoordinator ansees som svært viktig for å utøve innflytelse opp mot politikken, og når det gjelder det tverrfaglige samarbeidet både internt og med eksterne aktører. Det ble blant i kommune A påpekt av folkehelsekoordinatoren at «Veldig, en del av administrasjonen, så jeg har veldig påvirkning på politiske saker» (Folkehelsekoordinator, kommune A)

I tillegg var samtlige andre informanter enig i at plassering er viktig for jobben som skal utøves. Det ble også påpekt av beredskapskoordinator at fysisk plassering er viktigere enn organisatorisk plassering med den begrunnelse at man må se de man jobber tettest med. og kommune B blir det særlig nevnt plassering knyttet til plassering i stab samfunnsutvikling og ikke stab helse. I tillegg til at det blir vektlagt at nøkkelen handler om å være nær kommunedirektøren for å utøve jobben. Dette er i tråd med det Karlsen et al fant i sin studie der folkehelsekoordinatorens plassering var det eneste som gav signifikant resultat. (Karlsen et al, 2022, s. 13)

5.4 Agendasetting under ulike organisatoriske settinger

Knyttet til betydningen av kommunestørrelse og innflytelse var det få av informantene i begge kommunene som nevnte denne tematikken. Det ble imidlertid nevnt av gruppeleder AP i kommune A at kommunen er stor nok til å ha god kunnskap, og liten nok til at man kjenner kommunen. Det ble imidlertid i kommune A påpekt av noen informanter at det hierarkiske er en hindring da kommunen er stor. I kommune B ble det nevnt at informant rådgiver kultur at kommunen er liten nok til at man kjenner *hvor skoen trykker*. Det ble også nevnt av

folkehelsekoordinatoren at kommunen ikke er større enn at man møter ulike mennesker uformelt på fritiden gjennom arrangementer, og at man der ikke utøver innflytelse. Men vektlegger at det er viktig å kjenne folkene i kommunen for å få ting gjort.

Til tross for at det ikke er tatt teoretisk høyde for at ulike politiske organisatoriske setninger har påvirkning på hvordan folkehelsekoordinatorene kan drive innflytelse og agendasetting i kommunene gir det gjennom intervjuene gjort i kommunene inntrykk at det kan være tilfelle. I kommune A som har komitémodell, ser det ut til at muligheten for å utøve innflytelse og påvirkning er vanskeligere. I en komitémodell fattes alle beslutninger i bystyret. Politikerne blir mer generalister, og utnevnes ikke til å sitte i faste politiske utvalg. Makten delegeres heller ikke til ad hoc komiteer som opprettes (Hanssen, Helgesen og Vabo, 2018; NOU 2006:7, s.134-136). Det innebærer at det kan bli mer krevende å løfte saker på dagsorden i et bystyre i en komitemodell, der kampen om agendaen trolig blir mer utfordrende fordi beslutningsprosessen er kortere enn saksgangen i en tradisjonell hovedutvalgsmo­dell, og aktørene og sakene er flere. Folkehelsekoordinatoren kan dermed få en mer krevende kontekst å drive agendasetting i.

I kommune B ser det ut til at folkehelsekoordinatoren i større grad lykkes med å sette sosial ulikhet i helse på agendaen. Et interessant spørsmål som reiser seg da er hvilken betydning den politiske organisasjonsmodellen har for å kunne løfte saker på agendaen og dermed skaffe seg innflytelse over sakskartet. Som tidligere nevnt har kommune B den den «klassiske politiske modellen» som er formannskapsmodell med hovedutvalg. (NOU 2006:7, s.134-136) I en hovedutvalgsmo­dell tenderer folkevalgte til å bli politiske eksperter på bestemte politikkområder, og i tillegg kan bystyre delegerer makt til de politiske utvalgene i større grad. Mye av beslutningene fattes i praksis i de politiske utvalgene, der bystyret i større grad tenderer til en rolle som «sandpåstrøingsorgan» (Hanssen, Helgesen og Vabo, 2018). Spørsmålet er om det kan være enklere å utøve innflytelse i en slik kontekst. Resultatene indikerer at folkehelsekoordinatoren i kommune B i en større grad klarer å få folkehelsepolitiske saker, som sosial ulikhet i helse på dagsorden. I denne studien tas det ikke teoretisk høyde for betydningen av politisk organisasjonsmodell, men funnene indikerer at dette kan ha betydning som kontekst for agendasetting.

6. Konklusjon

Problemstillingen i denne studien var hvordan folkehelsekoordinatoren arbeider for å få innflytelse over folkehelsepolitikken på kommunalt nivå, og løfte sosial ulikhet i helse på agendaen.

6.1 Folkehelsekoordinatorens arbeid med agendasetting og innflytelse

Studiens funn indikerer at i begge kommunene bærer det preg av offentlig tradisjonell styring. Dette illustreres gjennom at folkehelsekoordinatorene i kommunene er opptatt av å få folkehelsearbeidet politisk forankret gjennom kommunale planverk.

Folkehelsekoordinatorene jobber hovedsakelig med innflytelse opp mot politiske møter gjennom komité og utvalg, orienteringer, presentasjoner, og deltagelse i oppstartsfasen av beslutningsprosesser. Folkehelsekoordinatorene i begge kommunene benytter derfor det Howlett et al beskriver som forutsigbare vinduer. Resultatene gir derfor støtte til Howlett et al (2013) sin videreutvikling av Kingdon sine mulighetsvinduer. Funnene er i tråd med kritikken Kingdon har fått for en teori som baserer seg på en at en uforutsett hendelse må inntreffe.

Folkehelsekoordinatoren i kommune B benytter konsekvent lokal media som en samarbeidspartner for å påvirke agendaen. Folkehelsekoordinatoren i kommune B går derfor mer i retning av en policy entreprenør. Det kan stilles spørsmål ved om den politiske modellen i form av hovedutvalg i kommune B gjør det lettere å opptre som en policy entreprenør, da det er en antagelse om at en hovedutvalgsmodell gir større rom for innflytelse da det er mer spesialisering innenfor utvalgene.

Begge folkehelsekoordinatorene utøver en boundary spanning rolle da de er ansatt for å drive tverrfaglig samarbeid. Eksternt peker begge folkehelsekoordinatorene på frivilligheten som en viktig samarbeidsaktør. Gjennom boundary spanning rollen vil kommunene som det ser ut til bærer preg av tradisjonell hierarkisk styring, også har elementer av samstyring-tilnærmingen. I kommune A var det tydelig tatt flere grep i retning samstyring- tilnærming. Resultatene indikerer imidlertid at det å utøve innflytelse og agendasetting i kommune A kan være mer krevende gjennom en komitémodell, da flere ønsker agendaen og beslutninger kun tas et sted. Det ser derfor ut til at folkehelsekoordinatoren i kommune A er mer i retning av en boundary spanner rolle.

6.2 Politikernes oppfattelse av folkehelsekoordinatorene

Resultatene viser at i begge kommunene er kommunikasjonen folkehelsekoordinatorene har direkte med politikerne av de sjeldne. I hovedsak viser funnene at politikerne i begge kommunene har mest kontakt med de ulike kommunallederne, i tillegg til kommunaldirektør. Kontakten politikerne har med administrasjonen er i høy grad formell. Dette igjen bærer preg av en tradisjonell styrings tilnærming. I forhold til agendasetting indikerer resultatene at å løfte komplekse *wicked problems* som sosial ulikhet i helse er svært krevende å få på den politiske agendaen. Dette gjennom at politikerne ofte er mål og resultatstyrte, og dermed mer i retning av en mål og resultatstyring tankegang. *Wicked problems* gir ikke raske resultater, da dette er komplekse problemer som krever svært langsiktig satsning. Det ble også gitt uttrykk gjennom de to kommunene at sosial ulikhet i helse av økonomiske grunner ikke blir prioritert.

Sluttreksjoner og veien videre

Funnene i studien bidrar til å gi et innblikk i hvordan folkehelsekoordinatorene arbeider med innflytelse og agendasetting i en lokal kontekst. Da det tidligere har blitt poengtert at det mangler studier på dette feltet. Formålet med denne studien var derfor å bidra til økt kunnskap rundt agendasetting ut ifra en tverrfaglig administrativ stilling i en kommunal kontekst.

Funnene i studien indikerer at folkehelsekoordinatorene i kommunene til dels har fått sosial helse på agendaen. Det er enighet blant hovedvekten av administrasjonen og politikerne at det foreligger en vilje til å satse på sosial ulikhet i helse, men likheten i begge kommunene at det stoppes av økonomien. Dette indikerer derfor at kommune må være strengere til å prioritere langsiktig satsning for å se på komplekse problemer.

Basert på funnene i denne studien vil det være interessant å undersøke videre hvordan ulike settinger påvirker policy entreprenører på lokalt nivå i folkehelsearbeidet. Det første vil være at det kunne vært interessant å undersøke nærmere hvordan folkehelsekoordinatorer jobber med agendasetting i kommuner av ulik størrelse, gjennom en mer systematisk sammenligning av store og små kommuner. I tillegg har det gjennom denne studien indikert at politisk modell kan ha en påvirkning når det gjelder muligheter for agendasetting, dette er selv ikke tatt høyde for når teorien ble utarbeidet. Det vil derfor kunne være interessant å se på hvordan folkehelsekoordinatorene klarer å drive agendasetting og innflytelse under ulike

organisatoriske modeller slik som ulike politiske styringsmodeller som hovedutvalgsmo-
del og komitémodell.

Litteraturliste

Andersen, S. (2013). *Casestudier forskningsstrategi, generalisering og forklaring* (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget

Béland, D. (2015) Kindon Reconsideres: Ideas, Interests and Institutions in Comparative Policy Analysis. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 18(3), 228-242. Hentet fra <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13876988.2015.1029770>

Béland, D., & Katapally, T. R. (2018). Shaping policy change in population health: policy entrepreneurs, ideas, and institutions. *International Journal of health policy and management*, 7(5), 369-373.

Bjørnå, H. (2021). Forholdet mellom politikk og administrasjon- Hva kan vi lære fra en norsk småkommune? *Nordisk administrativt tidsskrift*. 98(1) 1-21. Hentet fra <https://journals.oslomet.no/index.php/nat/article/view/4132/4035>

Bukve, O. (2021) *Forstå forklare forandre om design av samfunnsvitenskapelege forskningsprosjekt*. (2.utg) Oslo: Universitetsforlaget

Cairney, P & Jones, M (2015) Kingdon's Multiple Streams Approach: What Is the Empirical Impact of this Universal Theory? *PSJ political studies journal*. 44(1), 37-58. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/psj.12111>

Carey, G., & Friel, S. (2015). Understanding the role of public administration in implementing action on the social determinants of health and health inequities. *International journal of health policy and management*, 4(12), 795-798. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.185>

Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P & Aars, J. (2016). *Forvaltning og politikk*. (4 utg.) Oslo: Universitetsforlaget

¹Folkehelseinstituttet. (2022a). Folkehelseprofil kommune A. Hentet fra <https://khp.fhi.no/Pdf/> [redacted]

²Folkehelseinstituttet. (2022b). Folkehelseprofil kommune B. Hentet fra <https://khp.fhi.no/Pdf/> [redacted]

Folkehelseloven. (2012). Lov om folkehelsearbeid (LOV- 2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Gerring, J. (2007). *Case study Research principles and practices*. New York: Cambridge university Press

Gill, E. R (1974). Reviewed Work: Size and Democracy by Robert A. Dahl, Edward R. Tufte. *The Western Political Quarterly* 27(2), 340-341. Hentet fra <https://www.jstor.org/stable/447773?sid=primo&origin=crossref&seq=1>

Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget

Hagen, S., Øvergård, K. I., Helgesen, M., Fosse, E., & Torp, S. (2018). Health promotion at local level in Norway: the use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups. *International journal of health policy and management*, 7(9), 807-817. <https://doi.org/10.15171.ijhpm.2018.22>

Halvorsen, K. (2014) *å forske på samfunnet en innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg) Oslo: Cappelen akademisk forlag

Hanssen, G.S, Helgesen, M. og Vabo, S.I (2018) *Politikk og demokrati. En innføring i stats- og kommunalkunnskap*. (4. utg) Oslo, Gyldendal

Head, B. W., & Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for public policy and management. *Administration & society*, 47(6), 711-739. <https://doi.org/10.1177/0095399713481601>

¹ Gjort i samråd med veileder av hensyn til anonymitet

² Gjort i samråd med veileder av hensyn til anonymitet

Hofstad, H. (2016). The ambition of Health in All Policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change. *Health Policy*, 120(5), 567-575.

[Http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.001](http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.001)

Howlett, M., Ramesh, M. & Perl, A. (2013) *Studying Public Policy, Policy Cycles & Policy Subsystems*. (3.utg) Canada: Oxford University Press

Jacobsen, D.I. (2007): Politikk og administrasjon på lokalt nivå – den lokale administrasjonens politiske makt. En studie av lokalpolitikere og kommunale administrative ledere i 30 Sørlandskommuner. Avhandling levert for graden Doctor Philosophiae (dr. philos). Tromsø: Universitetet i Tromsø

Jacobsen, D. I. (2021) *Perspektiver på kommune-Norge. En innføring i kommunalkunnskap*. (2.utg) Bergen: Fagbokforlaget

Johanssen, A., Tufte, P.A., & Christoffersen, L. (2021) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (6.utg) Oslo: Abstrakt forlag

Johanssen, A., Tufte, P.A., & Christoffersen, L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (5.utg) Oslo: Abstrakt forlag

Karlsen, T. I., Kiland, C., Kvåle, G., & Torjesen, D. O. (2022). 'Health in All Policies' and the Urge for Coordination: The Work of Public Health Coordinators and Their Impact and Influence in Local Public Health Policies: A Cross-Sectional Study. *Societies*, 12(11), 11.

<https://doi.org/10.3390/soc12010011>

Kingdon, J.W (2003) *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. (2.utg) New York: Longman

Knaggård, Å. (2015). The Multiple Streams Framework and the problem broker. *European Journal of Political Research* 53(3), 450-465: Hentet fra

<https://ejpr.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6765.12097>

³Kommune A. (2021). *Organisasjonskart*. Hentet fra kommunenes hjemmeside

⁴Kommune A. (2022, 5.april). Bystyret. Hentet fra kommunens hjemmeside

⁵Kommune B. (2022). *Organisasjonskart*. Hentet fra kommunens hjemmeside

⁶Kommune B. (2019). Folkehelse i kommune B- Grunnlagsdokument 2019-2023. Hentet fra kommunens hjemmeside

⁷Kommune B. (2019). Folkehelse i kommune B-Målsetting og strategier 2019-2023. Hentet fra kommunens hjemmeside

⁸Kommune B. (u.å). Kommunestyret. Hentet fra kommunens hjemmeside

Kommuneloven. (1992). Lov om kommuner og fylkeskommuner (LOV-1992-09-25-107). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1992-09-25-107>

NOU 2006:7 (2006). *Det lokale folkestyret i endring?- om deltaking og engasjement i lokalpolitikken*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ca05dd09acaf48d8b3ddbff88e3f2cb1/no/pdfs/nou200620060007000dddpdfs.pdf>

Rawat, P & Morris, J.C (2016). Kingdon's "streams" model at Thirty: Still Relevant in the 21st Century? *P&P Politics & Policy*. 44(4), 608-638. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/polp.12168>

Regjeringen (24.11.2014) Ekspertutvalget skal se på oppgaveløsning i kommunene. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunestruktur/Nyheter-kommunereform/Ekspertutvalg-skal-se-pa-oppgavelosning-i-kommunene/id758224/>

³ Gjort i samråd med veileder av hensyn til anonymitet

⁴ Gjort i samråd med veileder av hensyn til anonymitet

⁵ Gjort i samråd med veileder av hensyn til anonymitet

⁶ Gjort i samråd med veileder av hensyn til anonymitet

⁷ Gjort i samråd med veileder av hensyn til anonymitet

⁸ Gjort i samråd med veileder av hensyn til anonymitet

Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4.utg). Bergen: Fagbokforlaget

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

Thagaard, T (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. (4.utg) Bergen: Fagbokforlaget

Thagaard, T (2018) *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. (5.utg) Bergen: Fagbokforlaget

⁹SSB. (U.åa) Kommune A. Hentet fra <https://www.ssb.no/kommunefakta> [redacted]

¹⁰SSB. (u.åb) Kommune B. Hentet fra <https://www.ssb.no/kommunefakta> [redacted]

Vlient- Brown, C.E,V., Shahram, S., & Oelke, N,D. (2017) Health in All Policies utilization by municipal governments: scoping review. *Health Promotion International*, 2018 (33) 713-722. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax008>

Weber, M. (1971). *Makt og Byråkrati*. Oslo: Gyldendal.

Williams, P. (2002). The competent boundary spanner. *Public Administration* 80(1), 103-124.

Williams,P. (2012). *Collaboration in public policy and practice: perspectives on boundary spanners*. Bristol: The Policy Press

Yin, R.K. (2009). *Case study Reseach Design and Methods* (4.utg). California: SAGE

⁹ Gjort i samråd med veileder av hensyn til anonymitet

¹⁰ Gjort i samråd med veileder av hensyn til anonymitet

Vedlegg

Vedlegg 1 Uttalelse fra NSD



Vurdering

Referansenummer

131520

Prosjekttittel

Organisering og koordinering av folkehelsearbeid i norske kommuner

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for samfunnsvitenskap / Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Charlotte Kiland, charlotte.kiland@uia.no, tlf: 95811942

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Siv Aurora Pedersen, sivap@student.uia.no, tlf: 45515024

Prosjektperiode

03.01.2022 - 31.07.2022

Vurdering (1)

29.12.2021 - 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 med vedlegg 29.12.2021. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet.

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://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.07.2022.

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 INSTITUTEJONS 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).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle 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 ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

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

Vedlegg 2

Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

Organisering og koordinering av folkehelsearbeid i norske kommuner?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å gi økt kunnskap om hvordan folkehelsearbeidet er organisert og koordinert i kommunal sektor. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Målet med studien er å utvikle ny kunnskap om hvordan folkehelsearbeidet i kommuner er organisert og hvordan personer med ansvar for å koordinere folkehelsearbeid utformer sin egen yrkesrolle og utøver sitt arbeid i en kommunal kontekst. Studien er avgrenset til en bestemt koordinatorfunksjon; folkehelsekoordinatorrollen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Dette prosjektet er en masteroppgave i regi av Universitetet i Agder, som gjennomføres av masterstudent Siv Aurora Pedersen og veiledes av førsteamanuensis Charlotte Kiland. Universitetet i Agder, Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag, er ansvarlig for prosjektet. Studien er en masteroppgave på 40 studiepoeng i statsvitenskap og ledelsesfag.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å belyse studiens formål vil det bli benyttet intervju av sentrale nøkkelpersoner i kommunen. Utvalget vil derfor bestå av nøkkelpersoner knyttet til folkehelsearbeidet i kommunene. Du er valgt på bakgrunn av at du innehar en av de sentrale stillingene knyttet til folkehelsearbeidet i kommunene som inngår studien.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltagelsen innebærer og bli intervjuet av undertegnede, enten i form av et digitalt møte eller over telefon. Intervjuet vil vare omlag 1 time. Intervjuet vil bli tatt opp med godkjent lydopptaker i tillegg vil det tas egne notater fortløpende.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er undertegnede samt veileder Charlotte Kiland som vil ha tilgang til datamaterialet. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deltagerne i publikasjonen, all data vil anonymiseres. I endelig publikasjon vil data fra intervjuet benyttes både i form av oppsummeringer og som direkte sitat. Dette vil bli anonymisert og du vil få tilbud om sitatsjekk i forkant.

Lydopptaket vil bli transkribert og oppbevart uten kobling til noen personopplysninger. Både lydopptak og transkribert intervju lagres på UiA sin server. Personopplysninger som navnet ditt, telefonnummer og e-postadresse lagres på passordbeskyttet pc og holdes atskilt fra øvrige data.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes og masteroppgaven er godkjent, noe som etter planen er juli 2022. Lydopptak og personopplysninger vil etter prosjekts slutt bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Agder ved Siv Aurora Pedersen, på epost aurorape@online.no eller på telefon: 45 51 50 24
- Universitetet i Agder ved Charlotte Kiland, på e-post charlotte.kiland@uia.no eller på telefon 95811942
- Vårt personvernombud: Johanne Warberg Lavold, Personvernombud@uia.no eller på telefon 38 14 13 28

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Charlotte Kiland
(Forsker/veileder)

Siv Aurora Pedersen
(Masterstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Organisering og koordinering av folkehelsearbeid i norske kommuner», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i intervjuet
- At data kan benyttes i publikasjonen

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide masteroppgave

Organisering og koordinering av folkehelsearbeid i norske kommuner

Innledning

Kort om masterprosjektet og formålet med studien

Informantens bakgrunn

- Utdanning
- Erfaring
- Nåværende stilling

Styring og organisering

- Hvordan er folkehelsearbeidet i kommunen organisert? Dvs hvor er ansvaret ditt organisatorisk plassert? (f.eks rådmannens stab, en bestemt sektor?)
- Hva vil du beskrive som viktigste nasjonale styringssignaler i folkehelsearbeidet for ditt arbeid?
- Hva vil du beskrive som viktigste kommunale styringssignaler i folkehelsearbeidet for ditt arbeid?
- Har kommunen utarbeidet folkehelsestrategi på politisk nivå?
- Hvordan opplever du at organiseringen av folkehelsearbeidet i kommunen fungerer?
- Hvor viktig oppfatter du at din organisatoriske plassering er for arbeidet ditt i kommunen?
- Har du en stillingsinstruks? Er stillingen 100% knytta til folkehelsearbeid eller hvor mange % av stillingen er viet til dette?

Koordinering og samarbeid

- Hvor mye tid bruker du i stillingen din på koordinering og samarbeid med ulike aktører?
- Hvordan vil du beskrive samarbeidet internt i kommunen, på tvers av fagsektorer?
- Hvilke grep har dere tatt for å styrke tverrfaglig samarbeid i folkehelsearbeidet?
- Hvilke aktører jobber du tettest med i kommunen? Kan du beskrive hvordan dette samarbeidet foregår, eller gi noen eksempler?
- Hvem vil du beskrive som de viktigste samarbeidsaktørene utenfor kommunen? (for eksempel fylkeskommunen, frivillige og private aktører)

Arbeidet med innflytelse, forankring og gjennomslagskraft

- Hvordan oppfatter du din egen innflytelse administrativt og politisk i kommunen?
- Hvordan jobber du med å få folkehelsearbeidet på agendaen administrativt og politisk?
- Hvordan jobber du konkret med å få innflytelse og gjennomslagskraft for folkehelserelaterte saker på administrativt og politisk nivå?
- Når i den kommunale planprosessen oppfatter du at du har størst mulighet for å bidra?
- Hvor viktig er den politiske forankringen av saker knyttet til folkehelsearbeidet?
- Kan du gi noen eksempler på hvordan du har vært involvert i ulike faser av de kommunale planprosessene eller i beslutningsprosesser?
- Hva vil du trekke frem som viktigste hemmere eller fremmere i arbeidet ditt med å få innflytelse over folkehelsepolitikken i kommunen?

Kompetanse

- Hvor viktig mener du kompetansen din er for egen innflytelse i kommunen?
- Hva oppfatter du er den viktigste kompetansen å inneha for å kunne skaffe seg innflytelse og gjennomslagskraft for folkehelsesaker i kommunen?
- Er det fokus på dette med etter- og videreutdanning, kursing etc knyttet til folkehelse og kommunale planprosesser?
- Har kommunen aksess til kompetanse og bistand på dette med kartlegging av folkehelseprofiler, aksess til relevant data og statistikk for å beskrive utfordringsbildet i kommunen?

Folkehelsepolitiske satsninger

Hva vil du beskrive som de viktigste folkehelsepolitiske satsningene i denne kommunen?

Hvor stort fokus rettes mot sosial ulikhet i helse?

Hvordan oppfatter du den politiske viljen til å satse strategisk og økonomisk på dette med håndtering av sosial ulikhet i helse?

Annet

Noe annet du vil tilføye på slutten?

Noe du tenker er relevant å trekke frem som ikke er belyst i spørsmålene?