

***Folkehelsekoordinatorens opplevelse av
muligheter, hindringer og
gjennomslagskraft i små kommuner.***

***En studie av boundary-spanner ferdigheter i arbeidet med
helse i all politikk.***

FATIMA MEDINA AAKHUS

VEILEDER

Gro Kvåle

Universitetet i Agder, 2022

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelse

Sammendrag

Bakgrunn: Kommunene i Norge er anbefalt å ha en folkehelsekoordinator, for å sikre et langsiktig folkehelseperspektiv inn i kommunens arbeid med sosiale folkehelseforskjeller. Stillingen er i tråd med den anbefalte kollektivistiske «*Health-in-All-Policy*»-tilnærmingen. Koordinatoren opererer som en endringsagent, «*boundary spanner*», i sin samarbeidsprosess på tvers av sektorer, og med ulike eksterne interessenter, for å skape forståelse, involvering og kontinuitet i det kommunale folkehelsearbeidet.

Problemstillingen: Hvordan opplever folkehelsekoordinatoren muligheter og hindringer i å kunne utforme en boundary spanner-rolle, og få gjennomslagskraft for helse i all politikk.

Metode: For å forstå kompleksiteten i folkehelsekoordinatorenes opplevelser av sin gitte kontekst, er det valgt å bruke en kvalitativ casestudie. Forankret i den fenomenologiske vitenskapsteorien, vil studien kunne beskrive både individets opplevelse av å være folkehelsekoordinator og hvordan koordinatorrollen forstås av flere enkeltindivider.

Resultat: Empirien viser at folkehelsekoordinatorene i praksis jobber noe ulikt etter hvor de er forankret i organisasjonen og etter hvilke stillingsbeskrivelser de har. De har ulike opplevelser av hva deres mandat går ut på fordi arbeidet med samfunnsflokke, «*wicked problems*», ikke har en rett løsning, i tillegg til at de er kontekstavhengige. Forståelse av folkehelsekoordinatorrollen og hvordan de får gjennomslag til å effektivt et folkehelseperspektiv, varierer ut fra deres forståelser av hva som er en hensiktsmessig. Folkehelsekoordinatorene er i ulik grad involvert i utarbeidelsen av folkehelse rapporten.

Konklusjon: Trenden viser at kommunene ser det hensiktsmessig å forankre folkehelsekoordinatorstillingen under samfunnsplanleggingen. Studien viser at de ulike folkehelsekoordinatorenes muligheter og hindringer i å utføre en boundary spanner-rolle må sees i sammenheng av både kommunens strukturelle rammer og i lys av folkehelsekoordinatorens ferdigheter til å skape symmetri i det tverrsektorielle samarbeidet. En større stillingsprosent kunne ha sikret et mer kontinuerlig folkehelsearbeid som vil ha økt koordinatorens gjennomslagskraft.

Nøkkelord: folkehelsekoordinator, boundary spanner, kommunalt folkehelsearbeid, wicked problems.

Forord

Fem års studie ved Universitet i Agder avsluttes med denne masteroppgaven i statsvitenskap og ledelse. Denne studien har vært svært lærerikt og interessant å jobbe med. Jeg er takknemlig for alle hjelp og støtte jeg har fått undervis.

Takk til min veileder Førsteamanuensis Gro Kvåle, for kjappe svar, god de samtaler, veiledning og innspill.

Takk til mine informanter som dele av sin tid og erfaring med meg.

Takk til mamma, jeg er heldig som har deg. Med deg som forbilde vet jeg nå at jeg kan klare mer enn jeg aner, om jeg legge arbeidet i det. Takk til min mann, Sven, Ida Cathrine og Camilla som tålmodig har gitt meg arbeidsro i fem år nå.

Takk til Hind Helene Harira som har vært min største heiagjeng, venn og motivator i utformingen av denne oppgaven. Du får fram det beste i meg.

Fatima Medina Aakhus
Bygland, mai, 2022

Innhold

Sammendrag.....	2
Forord.....	3
1 Innledning.....	7
1.1 Introduksjon.....	7
1.2 Problemstillinger.....	9
1.3 Oppgavens oppbygging.....	10
2 Den overordnede konteksten.....	11
2.1 “Health in All Policies” (HiPA) og kommunens rolle på det lokale nivået.....	11
2.2 Sosiale helse-determinanter.....	12
2.3 Folkehelsearbeidet.....	14
2.4 Folkehelsearbeidets historiske og juridiske rammeverk.....	15
2.5 Kommunal folkehelseoversikt.....	15
2.6 Stillings- og rollebeskrivelse av folkehelsekoordinator i offentlige dokumenter.....	17
2.7 Tidligere forskning om folkehelsekoordinatorens arbeidsforhold og forutsetninger ...	18
2.8 Oppsummering.....	20
3 Teori.....	21
3.1 Wicked problems.....	21
3.2 Boundary spanner-rollen.....	22
3.2.1 Kunnskap og erfaring.....	22
3.2.2 Reticulist /nettverker.....	23
3.2.3 Interpreter/communicator/fortolkeren.....	24
3.2.4 Koordinator/koordinator.....	24
3.2.5 Entrepreneur/entreprenør.....	24
3.3 Oppsummering.....	25
4 Presentasjon av metode.....	27
4.1 Forskningsdesign.....	27
4.2 Kvalitativ metode og casestudier.....	28
4.3 Fenomenologisk tilnærming til opplevd virkelighet.....	28
4.4 Halvstrukturerte intervju.....	29
4.5 Utvalg av intervju-personer.....	30
4.6 Transkribering.....	30
4.7 Ethiske overveielser, godkjenning og samtykke.....	31
5 Empiri.....	33
5.1 Folkehelsekoordinator 1 (Kari).....	33
5.1.1 Den organisatoriske plasseringens betydning for utøvelsen av Kari's folkehelsekoordinatorrolle.....	34

5.1.2	100 % jobb, tre stillinger, ett folkehelseperspektiv.....	37
5.1.3	Sosiale helseutfordringer i kommunen.....	38
5.1.4	Samarbeid innad og utad i kommunen	40
5.1.5	Foretar folkehelsekoordinatoren endringer i sin praksis for å få mer gjennomslagskraft?.....	41
5.1.6	Karis tilføyelser	42
5.2	Kommunedirektørens (Kjell) forståelse av folkehelsekoordinatorrollen	43
5.3	Folkehelsekoordinator 2 («Håkon»).....	44
5.3.1	Organisatorisk plassering.....	44
5.3.2	Folkehelsekoordinatorens bidrag til folkehelseoppdraget	47
5.4	Kommunedirektørens (Jan) forståelse av folkehelsekoordinatorens rolle.....	48
5.5	Folkehelsekoordinator 3 (Helene)	50
5.5.1	Koordinatoren for folkehelse	52
5.5.2	Folkehelsearbeid er infiltrert i hele driften vår	53
5.5.3	Helenes faglige legitimitet og påvirkningskraft	55
5.5.4	Sosiale ulikheter i kommunen	56
5.6	Kommunedirektørens (Oddvar) forståelse av folkehelsekoordinatorens rolle.....	58
5.7	Folkehelsekoordinator 4 (Turid)	59
5.7.1	Tilrettelegging for folkehelse på tvers av sektorer (boundary spanning)	62
5.7.2	En praktisk tilnærming til sosial ulikhet i kommunen	64
5.7.3	Folkehelsesamlinger	65
6	Drøfting – Folkehelsekoordinatorens muligheter og hindringer	68
6.1	Innledning.....	68
6.2	Folkehelsekoordinatorens opplevelse av de organisatoriske forholdene omkring stillingen sin	68
6.3	Folkehelsekoordinatorens erfarte innflytelse og gjennomslagskraft for folkehelseoppdraget	71
6.3.1	Folkehelseoversikten lever litt sitt eget liv	73
6.4	Fremtredende boundary spanning-ferdigheter.....	75
6.4.1	20% stilling- det skjeve beinet du ikke får med deg.....	76
6.5	‘Samfunnsutvikling er minst like viktig som arealutvikling, egentlig viktigere, for det handler om folka’	78
6.6	Wicked problems, folkehelsearbeidets kamp mot sosial ulikhet	78
6.7	Metodologiske betraktninger av studiens design og overførbarhet	79
7	Avslutning/oppsummering	81
8	Litteratur	84
	Appendiks.....	89
	Vedlegg 1. Etisk godkjenning NSD.....	89

Vurdering.....	89
Vedlegg 2. Intervjuguide folkehelsekoordinator	91
Vedlegg 3. Intervjurunde kommunedirektør.....	94
Vedlegg 4. Samtykkeskjema for folkehelsekoordinator og kommunedirektør	95

1 Innledning

1.1 Introduksjon

En av de største folkehelseutfordringene som kommunene står overfor er å takle de sosiale folkehelseforskjellene (Riksrevisjonen, 2015). Folkehelseloven (2011), som trådte i kraft i 2012, legger opp til at staten i alle ledd og nivåer samarbeider tverrsektorielt og langsiktig for å implementere helseperspektivet inn i den ordinære driften og utarbeide langsiktige folkehelse tiltak. Som en del av denne kollektivistiske tilnærming til folkehelseutfordringene, som bygger på prinsippene Health in All Policies (HiAP) (Leppo, Ollila, Pene, Wismar & Cook, 2013), ble folkehelsekoordinatorstillingen opprettet for å være limet i de tverrsektorielle samarbeidsprosessene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). HiAP tilnærmingen anerkjenner at politiske, sosiale og økonomiske faktorer, og de fysiske omgivelsene influerer folkehelsen utover den tradisjonelle helsepleien ("Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action," 2014). Dette gjøres ved å se helse som et felles gode som politikerne skal fordele rettferdig gjennom reguleringer på systemnivå, og der dette systemnivået koordinerer og integrerer arbeidet tverrsektorielt (Kiland, Kvåle & Torjesen, 2015) og folkehelsekoordinatoren skal være bindeleddet som tenker langsiktig, koordinerer og skaper engasjement for folkehelsesamarbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Ved å ta i bruk en kvalitativ tilnærming, vil denne studien forsøke å gi en dypere forståelse av hvordan småkommunens folkehelsekoordinator i rollen som *'boundary spanner'* (endringsagent) opplever muligheter og hindringer i sitt tverrsektorielle arbeide med å styrke og fremme folkehelseperspektivet inn i både de kommunale enhetene og det kommunale planverket.

Velferdsstaten Norge har en lang politisk tradisjon for å bekjempe sosial ulikhet, fordi store deler av et individs helse også er knyttet til sosiale og økonomiske faktorer, det fysiske miljøet og individets egen adferd (Hagen, Helgesen, Torp & Fosse, 2015). Studien er avgrenset seg til endringer som har tilrettelagt for folkehelsekoordinatorrollen. Koordinatorrollen er tiltenkt å kunne bidra til helsefremmende samfunnsutvikling og redusere sosial ulikhet innen helse. I 2012 påla Folkehelseloven (2011) kommuneadministrasjonen ansvaret for samordningen av folkehelse, og kommunedirektøren fikk det overordnet ansvar for å iverksette folkehelse tiltak.

Folkehelselovens holistiske forståelse av helse som mer enn bare fravær av sykdom bygger på Verdens helseorganisasjons (WHO) definerer : « a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (WHO, 2022b). Helse er knyttet opp mot de sosiale dimensjonene, derfor kan ikke helsetjenesten alene skape god helse (Hagen, 2020). Livssituasjon, det kollektive og omgivelsene spiller inn i den subjektive erfaring av det gode livet. Det er i kommunene at folk utformer og lever sine liv, og det er også der sosiale helseforskjeller skapes (ibid.). Kommunens ansvar er ifølge folkehelselovens §4 å

«fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.» (Folkehelseloven, 2011)

Folkehelseloven legger ansvaret for folkehelsearbeidet på kommune fremfor til kommunes helsetjenestesektor, noe som innebærer at kommunen må utvikle systemer som koordinerer og peker ut strategier for sitt tverrsektorielle folkehelsearbeid i samfunns- og politikktutviklingen, og i planarbeidet ut ifra lokale og regionale behov og utfordringer (Helsedirektoratet, 2022b).

Kommuneøkonomien som er finansiert av skatt og rammetilskudd (Kommunesektorens Organisasjon, 2021). Befolkningsendringen i Norge viser en økning av eldre og nedgang av innvandring og fødsel. Dette påvirke kommunene ulikt ut ifra deres demografiske sammensetning (ibid). Til tross for dette økonomiske utfordringsbilde anses folkehelsekoordinatorrollen som viktig rolle i kommunene ifølge Karlsen, Kiland, Kvåle og Torjesen (2022). Deres forskning viser at 86% av norske kommuner har ansatt en folkehelsekoordinator (ibid.). Hvordan stillingene er utformet i kommunene vil variere.

Variasjonen i stillingsutformingen fører til ulik bruk av virkemidler og tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller (Riksrevisjonen, 2015). Helsedirektoratet anser det hensiktsmessig ikke å legge føringer for hvilke faglige kompetanser en folkehelsekoordinator skal ha (Helsedirektoratet, 2022b), da mye av arbeidet, som for eksempel utarbeidelse av folkehelseoversikten, involverer flere sektorer.

Kommunene er i en unik posisjon, fordi de kan med sin politikk påvirke og tilrettelegge for kreftene og systemene som former folks liv. Et av virkemidlene er å for å etablere sunne vaner i befolkning sin. Til tross for dette er det en økning i graden av sosial helseulikhet, hvor de med

synkende sosioøkonomisk status har dårligst helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2015). En perifer kommune skal på lik linje med en stor kommune yte en velferdsservice som inkluderer primær utdanning, kultur og fritid, helsetilbud, eldreomsorg, arbeidsservice og lokal planlegging, samtidig som de skal nøytralisere sosiale helseulikheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) ut ifra en kollektivistisk tilnærming, og ofte med færre ressurser.

Studiet vil forsøke å få et innblikk i folkehelsekoordinatorenes forståelse av kommunens folkehelseutfordringer og hvilke ressurser som kommunen tilgjengeliggjør i møte med disse. Hvordan implementere folkehelsekoordinatoren folkehelseperspektivet inn i kommuneorganisasjonen? Alle folkehelsekoordinatorene i utvalget arbeider i kommuner med lav sentralitet og ligger i samme region. Disse kommunene har en lang historie for tidvis å kunne samarbeide interkommunalt om enkelte tjenester, så det vil være interessant å se om dette samarbeidet også speile seg i folkehelsearbeidet?

1.2 Problemstillinger

Jeg bor selv i en liten kommune og er derfor interessert i finne ut av hvordan folkehelsekoordinatorene opplever hindringer, muligheter og gjennomslagskraft i en slik kontekst. Problemstillingen for denne studien er hvordan folkehelsekoordinatorene i små kommuner opplever muligheter og hindringer i sin tverrsektorielle boundary spanner-rolle, og hvordan folkehelsekoordinatorene opplever muligheter og hindringer i å oppnå gjennomslagskraft i arbeidet sitt. Som en avgrensning har jeg valgt å ta for meg folkehelsekoordinatorer i samme region og i kommuner som har lav sentralitet.

Det førstnevnte tematiserer organisatoriske forhold og arbeidsoppgavene knyttet til stillingen. Det andre tematiserer samarbeid og gjennomslagskraft. Dette søker jeg svar på gjennom fire forskningsspørsmål

1. Hvordan påvirker konteksten folkehelsekoordinatorens opplevelser av hindringer og muligheter i stillingen?
2. Hvordan opplever folkehelsekoordinatoren sin innflytelse og gjennomslagskraft på folkehelseoppdraget?
3. Hvilke boundary spanner-ferdigheter fremmes gjennom det tverrsektorielle folkehelsearbeidet?

4. Hvordan medvirker folkehelsekoordinatoren til planleggingen av samfunnsutviklingen slik at kommunes wicked problems blir forsøkt løst utifra et folkehelseperspektiv?

1.3 Oppgavens oppbygging

Denne masteroppgaven er delt inn i syv kapitler. I kapittel en introduseres tematikken, og problemstillingen blir presentert. Kapittel to tar for seg hva som menes med folkehelsearbeid og hvordan de sosiale helsedeterminantene fremmer, opprettholder, skaper og beskytter menneskers helse. Folkehelseoven skal bidra til å fremme folkehelse og redusere sosiale ulikheter ved å legge føringer for at kommunene utarbeider en folkehelseoversikt, som folkehelsekoordinatoren har en medvirkende rolle i fremstillingen av. Den inneholder blant annet en kartlegging av kommunens sosiale determinanter. Folkehelseoversikten brukes i arbeidet med de kommunale planene. Videre gir kapitlet en utdyping av folkehelsekoordinatorens rollebeskrivelse i offentlige dokumente. Det presenteres tidligere forskning og folkehelsekoordinatoren og dens arbeidsforhold og forutsetninger.

Den teoretiske innfallsvinkelen belyses i kapittel tre, og omfatter en utdyping av '*wicked problems*'. Wicked problems er sammensatte og komplekse problemstillinger som er diskursive i sin natur og krever et kollektivt samarbeid på tvers av sektorer, som igjen ofte leder til uforutsette konsekvenser. Willams' boundary spanner teori danner grunnlaget for drøftingen av folkehelsekoordinatorenes handlinger.

Kapittel fire redegjør for den kvalitative casestudie som metode, og forankringen av vitenskapsteorien i fenomenologien for å kunne beskrive meningene folkehelsekoordinatoren legger i sine erfaringer. Følgende tydeliggjøres det for hvem utvalget består av og hvorfor intervju er valgt som datainnsamlingsstrategi. Transkriberingsprosessen blir gjennomgått og kapitlet avsluttes med studiets etiske overveielser.

Den empiriske delen inneholder gjengivelsen av folkehelsekoordinatoren og kommunedirektørene opplevelser og tolkninger av koordinatorrollen, og er presentert i kapittel fem. Videre følger en drøfting av de muntlige kildene opp mot litteraturen og teorien, i kapittel seks. Dette kapitlet avsluttes med en metodologisk betraktning av studiet. Oppgaven avsluttes med en oppsummering.

2 Den overordnede konteksten

2.1 “Health in All Policies” (HiPA) og kommunens rolle på det lokale nivået

Tilrettelegging for folkehelsearbeidet har over lengre tid vært en av Verdens helseorganisasjons (WHO) fokusområder for at mennesker i større grad skal være rustet til å bedre sin egen helse. Allerede i 1985 introduserte WHO «Targets for Health for All». Hovedmålet for programmet var å redusere 25% av ulikheten i verden (Figueras & McKee, 2012). Ottawa-charteret i 1986, setter helse på agendaen i alle ledd og på alle nivåer og er et svar på ulikheter i helse i og mellom samfunn (WHO, 1986). Deltakeren anerkjenner at helse krever store sosiale investeringer i form av lovendringer, finansielle insentiver og organisatoriske endringer, fordi helsepromotering er en prosess som gir mennesker muligheten til å forbedre og øke selvkontroll over sin egen helse gjennom hele livet. Ottawa-charteret identifiserer helse som en «hverdagslivsressurs» for å oppnå komplett psykisk og sosial velbefinnende, og ikke et mål i seg selv, for å kunne leve (ibid. s1-3).

I 2005 nedsatte WHO en kommisjon, The Commission of Social Determinants of Health (CSDH), for å støtte land og globale helseorganisasjoner i å adressere sosiale faktorer som fører til dårlig helse og helseulikhet, spesielt for de mest sårbare gruppene i samfunnet. Medlemslandene ble anbefalt å forbedre leveforholdene og håndtere den urettferdige fordelingen av penger, ressurser og makt. For å håndtere disse utfordringene må de måles, forstås og evalueres (WHO, 2022a). Marmot og Allen (2014) argumenterer at det kan være utfordrende, på det politiske nivået, å diskutere hva som er de beste løsningene for å hankses med den sosial helseulikhet, når det kan herske ulike oppfatninger om hva som forårsaker disse.

Health in All Policies, (Helse i all politikk) er en holistisk helsefremmende tilnærming som folkehelseoven (2011) vektlegger som samarbeidsform i arbeidet for å styrke folkehelsens plassering i samfunnspolitikken nasjonalt, regionalt og på det lokale nivået (Ståhl, Wismar, Ollilla, Lahtinen & Leppo, 2006). HiAP defineres av WHO som:

“... an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health implications of decisions, seeks synergies and avoids harmful health impacts in order to improve population health and health equity. As a concept, it reflects the principles of: legitimacy, accountability, transparency and access to information, participation, sustainability and collaboration across

sectors and levels of government” (“Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action,” 2014).

Kommunens samfunnsutvikling og folkehelsearbeid skal være politisk forankret for å sikre en systematisk og langsiktig innsats. Folkehelsearbeidet og samfunnsutviklingen skal bygge på folkehelsesloves fem grunnleggende praksiser; «helse i alt vi gjør», prinsippene om å utjevne sosiale helseforskjeller, bærekraftig utvikling, føre-var og medvirkning. Disse prinsippene skal være politisk forankret (“Folkehelsesloven,” 2021). God helse i befolkningen kan styrke andre sektorer i samfunnet og kan føre til en sunnere økonomi, vekst, konkurranse og en mer bærekraftig utvikling (Ståhl et al., 2006). Når kommunene tenker helse i alt de gjør, så ligger betraktningen om likhet, velvære og helsehensyn i overføringen av den offentlig helsekunnskap inn i de politiske handlingene og evalueringene. Dermed skaper politikktutformingsprosessene og tiltakene bedre helseforhold og leder oppmerksomheten mot de sosiale helsedeterminantene (ibid.).

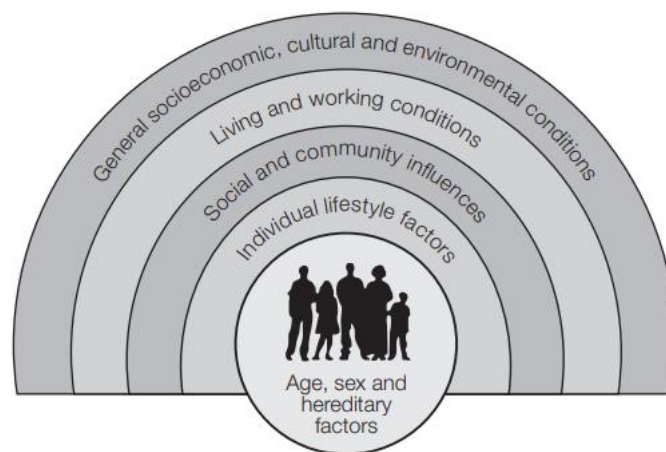
2.2 Sosiale helsedeterminanter

Ikke-medisinske faktorer som virker inn på menneskenes helse i vid forstand, kalles sosiale helsedeterminanter. WHO (2021) estimerer at sosiale helsedeterminanter står for 30-55% av helsen til et menneske. Disse faktorene kan være politiske og sosiale systemer, sosiale normer, utviklingsagendaer, økonomiske systemer og politikk. Dette er krefter og systemer som former forholdene i det dagliglivet som individet er født, oppvokst, lever, jobber og eldes i (WHO, 2021). Sosial ulikhet oppstår når det strukturelle rammeverket for fordelingen av makt og økonomiske ordninger gir innbyggeren ulike fordeler og ulemper i deres livssyklus, for eksempel i tidlig barndom, ved videre utdanning eller ved ny jobb (Marmot, 2015; Rudolph, Caplan, Ben-Moshe & Dillon, 2013; Siegmund, 2017). Ved å heve folkehelsen politisk vil samfunnet samlet gjøre en innsats i folkehelsearbeidet for å påvirke faktorer som løfter befolkningens trivsel og helse.

Dahlgren og Whitehead (2007) har utviklet en modell (figur 1.) som visualiserer hvordan fem lag av sosiale determinanter lagvis og uløselig henger sammen. Den innerste representerer den menneskelige arven gjennom genetiske og biologiske faktorer. Genetikk og biologi påvirker helsen, men er en sosial determinant som ikke kan endres (Ståhl et al., 2006). Det neste laget som følger er livsstil, som er en individuell faktor. Livsstil har en stor påvirkning på folks helse, og menneskers adferd blir formet av miljøet rundt dem (Wilkinson & Marmot, 2003). Det

hersker også en korrelasjon mellom determinantene. Individuell livsstilsfaktor som røyking, alkoholvaner, eller fysisk aktivitet blir påvirket av for eksempel leve- og arbeidsforhold eller sosial og samfunnsinnflytelse (Ståhl et al., 2006).

De tre ytterste lagene i modellen representerer således de bakenforliggende faktorene til folks livsstils valg. Det tredje laget er samspillet mellom individet og lokalsamfunnet, og det sosiale nettverket. Dette laget er igjen påvirket av lag fire; strukturene i samfunnet som påvirker leve- og arbeidskår. Det kan være skatt, arbeid, utdanning, økonomi, helsetjeneste, matproduksjon og boligmarked (Dahlgren & Whitehead, 2007). En frisk befolkning skaper økonomisk vekst og godt arbeid, og sysselsetting forbedrer helsen på tvers av alle sosiale grupper (Helsedirektoratet, 2010). Er det store sosiale forskjeller øker graden av sykdom, skade og vold i befolkningen. Dårlig helse i familien kan begrense utdanningsprestansjoner og evnen til å takle livet og dets utfordringer. Sunn og sikker mat er avgjørende for folks helse, og infrastrukturen, boligbygging, arealplanlegging og tilgang til landområder gir bedre helse og trivsel i lokalmiljøet (ibid.). Landets sosioøkonomiske forhold, kultur og ulike miljømessige forhold danner makrostrukturen i det ytterste laget av de sosiale helsedeterminantene i modellen.



Figur 1. De sosiale helsedeterminantene (Dahlgren & Whitehead, 2007)

Sosiale helsedeterminanter gir seg til kjenne gjennom strukturer i samfunnet, som for eksempel; tidlige leveårsopplevelser, skolen, økonomisk status, det å ha en jobb og et anstendig arbeid, boforhold og et egnet system som avverger og behandler dårlig helse. (WHO, 2011). For at politiske tiltak skal bli implementert på en effektiv måte, krever det en politisk vilje til å evaluere og måle det som skal oppnås. Strukturelle drivere som fordeling av makt, økonomiske

forordninger, politiske rammeverk, ulikhet mellom kjønn og sosiale verdier virker også inn på de daglige forholdene og skaper fordeler og ulemper i folks livssyklus (Rudolf et al., 2013).

2.3 Folkehelsearbeidet

Folkehelsearbeidet er en samfunnsoppgave og en befolkningsrettighet, og arbeidet utøver påvirkninger av faktorer som har negativ eller positiv effekt på helsen (Helsedirektoratet, 2010). Folkehelse forstås som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» (ibid.). Folkehelsearbeid defineres som:

«samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, og arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen» (Regjeringen, 2022).

Folkehelsebegrepet tar opp i seg disse sosiale helsedeterminantene, og er et politisk anliggende i Norge (Nylenna, Braut & Thelle, 2022). Sosial og økonomisk politikk, og retningslinjer, legger føringer for nasjonale utviklingsagendaer, som former den enkeltes daglige liv (WHO, 2011). Godt og systematisk folkehelsearbeid er et tverrsektorielt ansvar. Tidligere forskning viser at det er stor variasjon i hvor langt kommunene har kommet i sitt folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2022b).

Folkehelsearbeidet skal ha et helhetlig fokus og bli implementert på tvers av de kommunale sektorene. I tillegg skal kommunene yte tjenester som forebygger og fremmer helse. Arbeidet med folkehelse bør være nedfelt i planverk for den enkelte tjeneste. Det kommunale folkehelseoppdraget innebærer derfor en kartlegging av innbyggernes helsetilstand, utfordringer og påvirkningsfaktorer, slik at en kan utarbeide kommunale mål og strategier for å sikre helse i alle kommunale sektorer (Riksrevisjonen, 2015). Det er kommunedirektøren som har det overordnede ansvaret, og loven stiller ikke noe krav til annen helsekompetanse enn kommuneoverlegens samfunnsmedisinske kompetanse jmfør §27 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det varierer fra kommune til kommune hvilken funksjon som er med i utformingen av folkehelseoversikten og hva slags kompetanse de ulike deltakerne har (Riksrevisjonen, 2015). Politikerne i kommunen bare er valgt for fire år av gangen og dette kan

forme deres prioriteringer, mens folkehelsekoordinatoren har mulighet til å tenke mer langsiktig og sørge for et godt tverrsektorielt folkehelsearbeid.

2.4 Folkehelsearbeidets historiske og juridiske rammeverk

Folkehelseloven løfter folkehelsearbeidet inn i demokratiske prosesser, slik at folkehelsearbeidet blir innlemmet i politiske prosesser via planstrategiene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Folkehelseloven «bygger på, og er samordnet i Plan- og bygningsloven (2008) (pbl) som er det generelle regelverket for å fremme bærekraftig utvikling til det beste for den enkelte, samfunnet og fremtidige generasjoner, jf. Pbl § 1-1» ("Folkehelseloven," 2021). I kommunene er det, som nevnt, kommunedirektøren som er folkehelseansvarlig, og dermed ansvarlig for å påse at kommunen har løpende oversikt over helseutfordringene, og at tiltak iverksettes. Basert på egne lokale utfordringer og ressurser skal kommunene skape et helhetlig, langsiktig og koordinert planarbeid for å redusere de interkommunale sosiale ulikhetene.

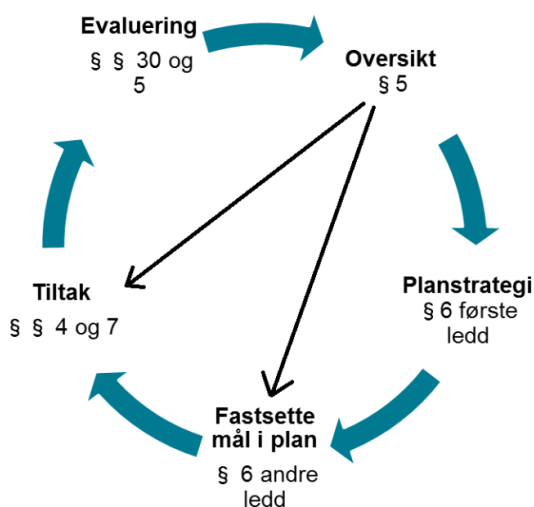
2.5 Kommunal folkehelseoversikt

Som demokratiske enheter er de norske kommunene de mest desentraliserte blant de nordiske landene, (Knutsen, 2017). Uavhengig av innbyggertall og geografisk omfang: kommunene har ansvar for nesten alt av innbyggernes behov, det være seg barnehage, skole, infrastruktur, og kommunale planer og utvikling, samt tilrettelegging for næringsutvikling (ibid.). Det er kommunestyret som setter de økonomiske føringene i kommunen, og den nære tilknytningen mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven institusjonaliserer folkehelseperspektivet inn i de kommunale planene de vedtar (Hagen, Øvergård, Helgesen, Fosse & Torp, 2019).

Med grunnlag i kommunestyreperioden, blir det hvert fjerde år utarbeidet en plan som tydeliggjør helsetilstanden til innbyggerne (Helsedirektoratet, 2022b). Her konkretiseres positive og negative påvirkningsfaktorer som virker inn på folkehelsen, i tillegg til at kommunens helseutfordringer blir tydeliggjort, jf. Folkehelseloven §5. Den utarbeidede folkehelseoversikten inneholder informasjon om befolkningssammensetning, oppvekst og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand, som skal sikre at kommunen ivaretar sine oppgaver etter

folkehelseloven (Helsedirektoratet, 2022b). Folkehelseoversikten bygger på helseopplysninger gitt av statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen, kommunale helse- og omsorgstjenesten (jf. Helse og omsorgstjenesteloven). Ved å holde folkehelseoversikten løpende oppdatert over utviklingstrekk og faktorer i miljø og lokalsamfunnet (Folkehelseloven, 2011; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) vil kommunen kunne identifisere og sikre folkehelsehensyn og systematisert folkehelsearbeid, slik at sosiale helseforskjeller ikke utvikler seg i kommunen (Helsedirektoratet, 2022b).

Dette arbeidet danner så grunnlaget for å identifisere folkehelseutfordringene, samt årsaksforholdene omkring dem og konsekvensene av dem. Helsetilstanden drøftes av de folkevalgte i arbeidet med å fastsette strategier og mål i møte med de lokale folkehelseutfordringene. Disse skal forankres i den kommunale planprosessen (samfunnsdel, arealdel og kommunedelplaner) jf. Plan- og bygningsloven §10-1. Hvert fjerde år vedtar kommunestyret ny kommuneplan, kommunal planstrategi og reguleringsplan, hvor de sosiale helsedeterminantene har et tydelig fokus, med hjemmel i både plan- og bygningsloven og folkehelseloven.



Figur 2. illustrasjon av det systematiske folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2022b)

Bredden i folkehelsearbeidet på tvers av sektorer skal sørge for at ulike interesser og behov tas hensyn til, slik at det blir skapt et lokalt eierskap til folkehelsearbeidet og utfordringene dette arbeidet retter seg mot. Den politiske forankringen skal bidra til en forutsigbar, strategisk og

langsiktig styring av folkehelsearbeidet, med tiltak som møter de lokale utfordringene med mål om å utjevne og fremme helse i lokalsamfunnet (Helsedirektoratet, 2022b).

For å møte folkehelseutfordringer skal kommunen iverksette nødvendige tiltak på de områdene med størst utfordringer. Dette skal baseres på utfordringsbildet beskrevet i dokumentet som folkehelsekoordinatoren utarbeider. På denne måten er det målene som styrer tiltakene og ikke motsatt (Helsedirektoratet, 2022b). Folkehelseutfordringer trenger imidlertid ikke å være planforankret for å utløse tiltaksplikt, og kommunen må vurdere tiltakene etter sin kapasitet og ressursituasjon. I tillegg til at kommunen skal samordne folkehelsearbeidet med fylkeskommunen og statlige helsemyndigheter, skal kommunene også sørge for folkehelseopplysning til den enkelte borger. Dette kan innebære informasjon, råd og veiledning med toveiskommunikasjon, medvirkning og mobilisering av helsefremmende tiltak og forebygging av sykdom (ibid.).

2.6 Stillings- og rollebeskrivelse av folkehelsekoordinator i offentlige dokumenter

Folkehelsekoordinatoren skal fungere som limet i samarbeidsprosessen i kommunens tverrsektorielle folkehelsearbeid. Rollen ble først introdusert i St.meld. nr. 16 (2003). Siden de folkevalgte representantene ofte endres ved ny valgperiode, vil folkehelsekoordinatoren være bindeleddet som samkjører og holder det langsiktige fokuset i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i kommunen. Bondevikregjeringen II tilrådet at: «En koordinator for folkehelse kan bidra til å utløse lokalt engasjement, gi drahjelp til lokale aktiviteter og tverrsektorielt arbeid, og koordinere ulike aktørers innsats» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003, s. 76). St.meld. 34. anbefaler at folkehelsekoordinatoren «arbeide[r] på et strategisk nivå og opp mot det politiske nivået». Meldingen viser til Norsk institutt for by- og regionforsknings kartlegging fra 2011, som «viser at kommuner med folkehelsekoordinator integrerer folkehelsehensyn i planer i større grad enn kommuner uten». Disse inkluderer også i større grad universitet og høyskoler, som igjen nyttiggjør seg kommunens informasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 152). St. meld. 34 vektlegger en individualistisk tilnærming til folkehelseutfordringene. Samfunnet skal tilrettelegge med informasjon, kunnskap og innflytelse, for at alle innbyggerne skal ha like muligheter til å utnytte egne ressurser og ta ansvar for eget helse valg (Kiland et al., 2015). Frisk liv er et lavterskel helsetilbud med fokus på helsefremmende og forebyggende tjenester (Helsedirektoratet, 2022a). Friskliv er ofte et

samarbeidsprosjekt mellom kommunen og det private, i arbeide med å gi individuell veiledning og organisere gruppeaktiviteter for å endre livstilsvaner, oftest fokusert på fedme og en sedentær (sedat)livsstil (Helgesen et al., 2014).

De nasjonale føringene og retningslinjene i folkehelseloven konkretiserer lite hva stillingen som folkehelsekoordinator skal innebære eller hvilke kompetanser folkehelsekoordinator skal ha. Dette fører til ulik bruk av virkemidler og tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller, som er en av de største kommunale folkehelseutfordringene (Riksrevisjonen, 2015). Ved å studere rammeverket som folkehelsekoordinatorstillingen er bygd rundt, vil en kunne forstå vedkommenes måte å utføre jobben sin på (Williams, 2012, s. 17).

2.7 Tidligere forskning om folkehelsekoordinatorens arbeidsforhold og forutsetninger

I offentlig sektor har samarbeid på tvers av fagområder i økende grad blitt integrert som en del av det offentlige styresettet (Williams, 2013). Med sitt samfunnsutviklingsperspektiv, krever folkehelseloven at både fylkeskommunen og kommunen arbeider tverrsektorielt å fremme helhetlig folkehelse innenfor de virkemidler og oppgaver som de er tillagt i de respektive sektorene (Hofstad & Schou, 2017). Dette fordrer et bevisst ansvar for folkehelsearbeid, som blir tydeliggjort i hele kommuneorganisasjonen, samt at folkehelsehensynet blir aktualisert i kommuneplanleggingen. Hagen, Øvergård, Helgesen, Fosse og Torp (2018) utførte to studier i 2011 og i 2014 for å kartlegge kommunenes bruk av folkehelsekoordinator og folkehelseoversikten, som begge er HiAP verktøy, i arbeidet med å sørge for en rettferdig fordeling av økonomiske og sosiale ressurser til de ulike sosiale gruppene i kommunen. Raphael (2018) påpeker at studien til Hagen et al. (2018) ikke gir innsikt i folkehelsekoordinatorens antagelser om hva som er forventet av dem i denne rollen. Studiet til Hagen et al. (2018) er kvantitativt utført, derfor gis det ikke for utfyllende svar på hva folkehelsekoordinatorene tenker er essensen i folkehelsearbeidet (Raphael, 2018).

Kvåle, Kiland og Torjesen (2020) fant i sin forskning at logikken bak HiAP-tilnærmingen i stortingsmeldingene har endret seg over tid. Den *kollektivistiske* tilnærming hvor helseulikhet er et strukturelt problem som må løses politisk og iverksettes på et systemisk nivå, fordi helse er et felles gode som bør fordeles likt, har blitt nedtonet. Til å helle mot en *individualistisk*

logikk hvor individet selv blir mektiggjort for å kunne ta ansvar for sunne valg, og staten har en subtil veiledende rolle på et individnivå. Dette er en mer fragmentert og målrettet strategi, og er lettere å adoptere på et lokalt nivå. Paradoksalt nok sameksisterer disse to motsigende tilnærmingene fordi det er opp til en hver kommune å tolke tvetydigheten i stortingsmeldingene (ibid).

For å sikre en bedre tverrsektoriell forankring av et systematisk og strukturert folkehelsearbeid, har også mange kommuner utført organisatoriske endringer i administrasjonen (Karlsen et al., 2022). Folkehelsekoordinatorrollen er et eksempel på en stilling som det offentlige har skapt for å løse komplekse problemer. Karlsen et al. (2022) konkluderer i sin forskning med at den organisatoriske forankringen til folkehelsekoordinatoren kan spille inn i kommunens folkehelsepolitikk og iverksettelse av «helse i alt vi gjør». I tillegg vil stillingsprosenten også være avgjørende for folkehelsekoordinatorens innflytelse (Helgesen, Fosse & Hagen, 2017).

En utfordring som folkehelsekoordinatorer i små kommuner kan stå ovenfor, er begrensningen i stillingsprosenten. Fra 2000-2010 delfinansierte Fylkeskommunen de kommunale folkehelsekoordinatorstillingene, og allerede i 2012 avdekket Helgesen og Hofstad (2012) i sin baselineundersøkelse om *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering* at nesten 40% av småkommunene i Norge hadde en folkehelsekoordinator i en 10-20% stillingsandel. Dette kan delvis skyldes stor variasjon i hvordan de nasjonale intensjonene og retningslinjene oppfattes blant kommunene, noe som gjenspeiler seg i bruken av de økonomiske midlene (Tallarek née Grimm, Helgesen & Fosse, 2013). Forskningen gav ingen innsikt i hva folkehelsekoordinatorer selv tenker om hva stillingen krever av dem.

Kommunens vilje til å se behovet for en folkehelsekoordinator er også en avgjørende faktor i tildeling av ressursene til stillingsprosenten (Hofstad, 2018). Små kommuner må utføre de samme lovpålagte oppgavene som store kommuner, samtidig som at små kommuner har færre ansatte til å effektivere de basale sektortjenestene (Karlsen et al., 2022). Spesialiserte oppgaver blir derfor ofte utført av et mindre knippe personer (ibid.).

For å løse kompleksitetene i folkehelseproblemet, krever det at folkehelsekoordinatoren samarbeider på tvers av sektorer i sitt arbeid med å fremme helse i alle kommunens funksjoner og ansvarsområder. Kommunens folkehelseoversikt er et viktig dokument som folkehelsekoordinatoren henter inn kunnskapen til. Oversikten brukes i det kommunale

planarbeidet, og til å aktivisere sektorenes samarbeid også utenfor for kommuneadministrasjonen, for å ivareta innbyggernes folkehelse i tråd med påvirkningsperspektivet (Hofstad, 2018).

Kommunen arbeider tematisk med levekår, samt det fysiske og sosiale miljøet, mens folkehelsekoordinatorens arbeid i oppstartsårene har vært knyttet til administrativt eller brukerrettet helse eller fysisk aktivitet, som Friskliv (Helgesen & Hofstad, 2012). Det er i stor grad den organisatoriske forankringen, jobb beskrivelse, stillingsstørrelse og nærhet til leder som er medbestemmende faktorer som påvirker kraften folkehelsekoordinatoren har til å sette folkehelse på den politiske agendaen (Karlsen et al., 2022). Tallarek née Grimm et al. (2013) hevder at fordi det ikke er krav til kvalifikasjon eller utdanning til stillingen som folkehelsekoordinator, kan gjennomslagskraften avhenge av folkehelsekoordinatorens profesjonelle bakgrunn, tidskapasitet og evne til å få finansiell støtte.

2.8 Oppsummering

Nasjonale føringer har løftet folkehelsearbeidet inn i alle statlige nivåene for å påvirke faktorer som har positive og negative effekter på innbyggernes helse (Helsedirektoratet, 2010). For å oppnå størst effekt i folkehelsearbeidet kan kommunene utvise lokalt skjønn i sine politiske prioriteringer, ved bruk av egne ressurser og kapasitet. Kommunene må utarbeide en folkehelseoversikt og folkehelsekoordinatoren er anbefalt resursperson som kan arbeide tverrsektorielt med dette samfunnsoppdraget. Samarbeid på tvers av sektorer for å løse komplekse sosiale problemer er ofte diskutert på et institusjonelt og organisatorisk nivå, mens enkeltaktørers lederrolle er til sammenlikning mindre belyst (Williams, 2002). Karlsen et al. (2022) fremhever at det ikke bare er den profesjonelle bakgrunnen til helsekoordinatoren som virker inn på utførelsen av oppgavene, men også koordinatorens evne til å være en «boundary-spanner». Denne ferdigheten vil bli utdypet i det følgende teorikapitlet.

3 Teori

Studiet tar utgangspunkt i Wood og Gray (1991) definisjon av samarbeid; «Colloberation occurs when a group of stakeholders of a problem domain engage in an interactive process, using shared rules, norms, and structures, to act or decide on issues related to that doomain.» Folkehelsekoordinatoene kan erfare at det er innfløkt å initiere et samarbeid for holdningsendringer inn mot det politiske plan og det administrative, fordi kommunen er hele tiden under en konstant utvikling. Samfunnet står hele tiden ovenfor nye utfordringer (Williams, 2012, s. 30), noe som fører til at det skjer strukturelle endringer. Nye lover og regelverk erstatter gamle og dette vil igjen påvirker forholdet i et samarbeid (ibed.)

3.1 Wicked problems

Kommunenes folkehelseutfordringer faller inn under begrepet '*wicked problems*' (samfunnsflokke). Disse samfunnsflokene er komplekse, uforutsigbare, uten endelig løsning, og kan oppleves som uoverkommelige (Head & Alford, 2015). Williams (2012, s. 10) argumenterer for at selvstendige enheter ikke kan løse disse problemene alene, fordi de ikke sitter inne med all informasjonen, kunnskapen og handlekraften til å løse problemet. Fordi wicked problems opererer på tvers av de sosiale helsedeterminanter og er udefinierbare, finnes det sjeldent en rett løsning på samfunnsoppgavene som det offentlige er stilt overfor (Head & Alford, 2015). Kommunenes folkehelseutfordringer er derfor et symptom på et annet problem.

Kommunen er bygd opp rundt et hierarkisk demokratisk styresett som kompliserer løsningsmekanismene og responsen til wicked problems. For å hankses med wicked problems kan samstyring ses på som et supplement for å løse og dekke samfunnsbehov. Røiseland og Vabo (2016, s. 21) definerer samstyring som «ikke-hierarkiske prosesser hvor- ved offentlige og/eller private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening». Å jobbe i nettverk gir en merverdi av økt kunnskap, samtidig som det gir en endring i arbeidsmønsteret og øker kapasiteten til å kunne lede frem samarbeidsløsninger (Agranoff, 2006). Folkehelsekoordinatorrollen er en statlig politisk respons som forsøker å knytte flere interessenter med ulike verdier sammen for å forsøke å løse folkehelseutfordringen tverrsektorielt. Williams (2012) omtaler en slik tverrsektoriell aktør for en boundary spanner, og dette begrepet vil jeg utdype i det følgende.

3.2 Boundary spanner-rollen

Essensen i boundary spanning handler hovedsakelig om prosessen, internforholdet og koblingene som skjer ved tverrsektorielt samarbeid, ved hjelp av en aktør som fasiliterer for at dette skjer (Williams, 2013). Aktøren blir av Williams kalt en boundary spanner. En boundary spanner opererer som endringsagent i komplekse og mangfoldige miljøer, hvor boundary spanneren samarbeider med parter som har interesser fra ulike sektorer, profesjoner og agenter (Williams, 2012). Kompleksiteten i et samarbeid skjer innenfor fem dimensjoner (Thomson, Perry & Miller, 2007), hvor to av dimensjonene er strukturelle; styresett og administrasjon. De andre to dimensjonene er innenfor personenes sosiale kapital; gjensidighet og normer. Mens den siste involverer handlingsfrihet; organisatorisk selvstyre (ibid). Samarbeidet, som folkehelsekoordinatoren er en del, av skjer ikke innenfor statiske rammer.

I samarbeid for å finne løsninger på komplekse problemer, må boundary spanneren utøve fleksibilitet, bygge tillit, skape tro på samarbeidet og en felles norm. Williams (2012) skiller mellom to former for boundary spanning;

- (I) Innehavere av en arbeidsrolle som består i å utføre ustandardiserte boundary spanning-aktiviteter på tvers av organisasjoner/flersektorer og opprettholder kontakten mellom ulike interessenter og deltagere, ofte innen helse og sosial omsorg.
- (II) (II) Arbeidere og ledere som deltar i boundary spanning aktiviteter som en integrert og legitim del av hovedjobben (ibid. p. 32-33) , som en «collaborative public management» (O'Leary & Bingham, 2009).

3.2.1 Kunnskap og erfaring

Williams (2013) ser på kunnskap som en kompetanse av tekniske og menneskelige ferdigheter basert på opparbeidet erfaring som gjør en rustet til å kunne utføre en jobbrolle effektivt. Videre vil individets personlige egenskaper påvirke måten kompetansen blir brukt i praksis. Evnen til å forstå den gjensidige avhengigheten og forholdet i et samarbeid, er knyttet til konteksten en opererer innenfor. Derfor vil boundary spannerens sentrale kunnskapsområder, som omfatter roller, motivasjon, ansvar og kultur, være knyttet til tidligere erfaringer fra ulike typer organisasjoner, politiske områder, team og sektorer (ibid.).

Assosiert med ulike sett av kompetanse basert på ulike kunnskapsfelt, erfaring og ekspertise, deler Williams (2012, s. 60) boundary spanneren inn i fire ulike roller¹:

- (I) reticulist/nettverkeren
- (II) interpreter/communicator/fortolkeren
- (III) coordinator/koordinatoren
- (IV) Entrepreneur/entreprenøren

Det hersker et komplekst samspill og dynamikk mellom de ulike strukturelle faktorene og måten de begrenser eller muliggjør den individuelle aktørens muligheter (gjennom handlefrihet, profesjonalitet og ledelse) til å påvirke utfallet av sin boundary spanner rolle (Williams & Sullivan, 2009). På den ene siden så er det den strukturelle konteksten som setter grenser for handlingsmuligheter for en boundary spanner. På den andre siden, så vil ikke et tverrsektorielt samarbeid fungere om menneskene i det ikke stoler på hverandre, uansett hvor tilrettelagt det strukturelle er (ibid).

3.2.2 Reticulist /nettverker

Williams (2012, s. 41) identifiserer nettverkeren som en person som er god på å identifisere aktører og ressurser som trengs til nettverket, for så å føre dem sammen og vedlikeholde nettverkskoblingene. Han forstår seg på kompleksiteten i mellommenneskelige forhold, ivaretar den gjensidige avhengigheten, og hjelper med å skape felles rammer og mål, til tross for ulike syn på virkeligheten. For å løse komplekse problemer, trenger nettverkeren å ha oversikten uten å være på toppen, slik at de kan bevege seg 'fritt', samtidig som nettverkeren har tilgang til toppen. Derfor oppleves deres posisjon og status ikke som en trussel for ledelsen. Nettverkeren er god til å samle informasjon, bringe sammen, filtrere og kan oppfattes som en gatekeeper. Williams kaller dem for 'entreprenurs of power' pga deres evne til å konkretisere, skape en felles 'tro' på prosjektet, enighet og bygge et felles rammeverk (ibid. s.41).

¹ Personlige egenskaper er ikke medregnet i disse rollene.

3.2.3 Interpret/communicator/fortolkeren

Fortolkeren setter pris på de ulike kulturer, motivasjoner, synspunkter og praksiser til samarbeidspartneren. For dem er det å kommunisere en toveis prosess, å lytte aktivt for å motta informasjon og å kunne gi informasjon. Når man lytter, er man åpen for innflytelse av andre synspunkter og vise empati for andre (Williams, 2012, s. 43). Fortolkeren bygger relasjoner, og suksessen avhenger av fortolkerens evne til å skape tillit og varige mellommenneskelige relasjoner. Ved å kommunisere, lytte, vise empati, forhandle, bygge enighet og løse konflikter, kan en fortolker som har tillit, bryter ned tidligere kulturer og bygge opp et godt nettverk som handler kollektivt. Et samarbeid uten tiltro og med mistillit har en svært negativ effekt på forholdet i nettverket (ibid).

3.2.4 Coordinator/koordinator

Koordinator administrerer oppgaver i et klassisk styresett (Williams, 2012, s. 52). Det kreves mye av boundary spanner-koordinatoren fordi han planlegger, koordinerer, betjener og administrerer det tverrsektorielle arbeidet, og tilrettelegger slik at alle er likt involvert, har tilgang til de samme ressursene og deltar likt i bestemmelsesprosessen. Dette er svært tidkrevende, og koordinatorene erfarer ofte at de mangler ressurser, i tillegg til å være presset på tids- og prioriteringsspørsmål. Koordinatoren samler informasjon, kommer med forslag til tiltak, driver med strategiplanlegging og overvåker arbeidsprosesser. Williams (2012) utdyper videre at koordinatoren innehar ferdigheter som å skape gode arbeidsforhold mellom ulike mennesker i ulike sektorer, har gode kommunikasjonsegenskaper og nettverksferdigheter. Koordinatoren finner denne måten å jobbe på givende, og liker den potensielle makten den gir (ibid. s. 53).

3.2.5 Entrepreneur/entreprenør

Entreprenøren har et visjonært tankesett hvor fokuset ligger i å utvikle nye løsninger til komplekse problemer, som viser innovasjon, kreativitet og opportuniste (Williams, 2013). Entreprenører virker som en katalysator for nye veier og løsninger i samarbeidet. Entreprenøren lærer og endrer seg raskt, er fleksibel, utforskende og har kapasitet og ferdigheter som skal til

for å løse problemet ved å bygge allianser og inngå avtaler mellom uensartede interessenter (Williams, 2012, s. 53).

3.3 Oppsummering

Folkehelseproblemet trenger en ny form for tanke sett, og kan ikke løses ved bruk av den tradisjonelle offentlige administrasjonen (Røiseland & Vabo, 2016). Samstyring dekker dette behovet ved å skape ikke-hierarkiske prosesser hvor felles retning og meninger skapes mellom offentlige og/eller private aktører (ibid. s. 21). Folkehelseproblemet krever nye, kreative, horisontale og laterale tanke sett som forkaster den konvensjonelle måten å tenke på. Som leder av nettverket vil folkehelsekoordinatoren ha tilgang på informasjon, og vil kunne kontrollere hvordan den blir formidlet. Folkehelseutfordringen som et wicked problem krever en ny type politiske tiltak, hvor ustandardiserte prosesser blir nettverksstyrte (Williams, 2012, s. 60). Dette ikke-hierarkiske styresettet krever spesielle lederevner som tilrettelegger, tilpasser og bryter ned informasjon, og deler kunnskap. Samarbeid bygges på tillit, og folkehelsekoordinatoren må kunne lese mennesker for å kunne få dem aktivt involvert når han kommuniserer store tanker for endringer som går på tvers av interne og eksterne grenser (ibid).

Carey og Crammond (2015b) sin studie har avdekket at ferdigheter som problemløser, gode koordineringsegenskaper, meglerferdigheter og fleksibilitet er viktig for å kunne samarbeide på tvers av sektorer. De trekker også frem at kunnskap om system og frontlinjearbeidet, å inneha kunnskap om samfunnet, hvordan en jobber innenfor dens kontekst og å kunne hente inn data om dette er også viktig når en samarbeider (joined-up working).

Motiv for samarbeid kan endres over tid, og boundary spanneren må utøve sin dømmekraft for når og hvordan en skal gripe inn for å oppnå mest effekt på tvers av styringsmåter (Williams, 2012). Uformelle profesjonelle og personlige forhold styrker kvaliteten på samarbeidet og øker potensialet for et godt samarbeid. Det er derfor viktig å ta seg tid å bruke den uformelle møteplassen som en arena for å bli bedre kjent, vennskap reduserer potensielle fremtidige konflikter. Samtidig er det viktig å opprettholde en balansert profesjonalitet. Samarbeid kan oppleves kompliserende fordi folkehelsekoordinatoren er ansvarlig overfor den byråkratiske kommandokjeden, samarbeidspartnere, sin profesjon, og kommunens innbyggere, samtidig som de også kan være ansvarlige for utfallet i seg selv. I tillegg kan de ulike sektorene endre

oppfatningen av hva folkehelse er, og med denne økte forståelsen vil det kunne skje endringer i rammeprosessene (ibid. s. 70-74).

Folkehelsearbeid er en kompleks prosess hvor folkehelsekoordinatorens kontekstforståelse utfordres. Som en boundary spanner må folkehelsekoordinatoren sette pris på andres verdier og hensikter, og vite å bruke ulike insentiver for å mobilisere til en kollektiv handling (Williams, 2012, s. 63). For å kunne skape et helhetsbilde og tenke strategisk, må folkehelsekoordinatoren kunne oversette, behandle og analysere informasjonen som blir utvekslet i formelle og uformelle settinger (ibid. s.66).

Å kunne bygge et forhold basert på tillit, støtte og forståelse, og i tillegg kunne bruke disse ferdighetene til å koordinere, forhandle, tilrettelegge og løse konflikter er egenskaper som en boundary spanner bør inneha (Williams, 2013). Uten den formelle statusen/makten til en leder, er det deres sosiale kapital; ekspertise, kunnskap, politiske koblinger, troverdighet, støtte i gruppen og kontroll av informasjonsflyten som virker inn på utfallet og sørger for et velfungerende tverrsektorielt samarbeid (ibid.). Williams egne studier viser at feminine ledelsestrekk; som å bygge forhold på tvers av sektorer, lytte, være empatisk, legge til rette og ruste andre er viktig i en samarbeidsarena, og blir brukt av både kvinner og menn (Williams, 2012, s. 68-69). Det er likevel ikke konsensus blant forskere om at handling er knyttet til personlighet, eller at yrket forklarer ens handlinger. Både situasjonen og disposisjonen har en påvirkning på handlingen. I tillegg vil handlingen kunne forklares ut ifra ønsket måloppnåelse heller enn personens personlighet eller temperament ((Burnas-Wagstaff, 1998, s-131)Williams, 2012, s. 70). Enkelte folkehelsekoordinatorer er ikke plassert høyt i den kommunale hierarkiet og har mindre muligheter til å påvirke politikken på et høyere organisatorisk nivå, men de har mulighet til å utøve politikken i sin tjeneste ut mot publikum (Karlsen et al., 2022).

4 Presentasjon av metode

Formålet med dette prosjektet er å oppnå innsikt i og forståelse av hvordan folkehelsekoordinatoren opplever muligheter, hindringer og gjennomslagskraft i sin tverrsektorielle rolle som koordinator i kommuner med lavt folketall. Dette er et område som det er forsket lite på, i og med at flere studier av folkehelsekoordinatorens rolle har en kvantitativ tilnærming (Hagen, 2020; Helgesen & Hofstad, 2012; Karlsen et al., 2022; Schou, Helgesen & Hofstad, 2014; Tallarek née Grimm et al., 2013). For å innhente og fortolke folkehelsekoordinatorens synspunkter, har jeg brukt kvalitativ metode. Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming fordi jeg ønsker innsikt i opplevelsene av folkehelsekoordinatorrollen, og forstå folkehelsekoordinatorens perspektiv og forståelse av jobben i dens opplevde virkelighet av verden. Videre vil jeg gjøre rede for forskningsmetoden og innsamlingen av dataene, samt redegjøre for de etiske overveielsene jeg har tatt og transkriberingen av empirien.

4.1 Forskningsdesign

Undersøkelsen er case-basert, og tar utgangspunkt i fire ulike case, der fire folkehelsekoordinatorene i hver sine småkommuner, og deres respektive kommunedirektører blir intervjuet om folkehelsekoordinatorens rolle. Årsaken til at jeg har valgt case som metode, er at det er en tilnæringsmåte som er velegnet for å forstå komplekse og kontekstavhengige spørsmål. Formålet er ikke å gi en uttømmende beskrivelse av folkehelsekoordinatorens rolle, men å forstå hvordan rollen kan oppleves av gitte personer i gitte kontekster. Hvordan er det å jobbe i en kommune med lav sentralitet, og i en liten stillingsprosent? Jeg er interessert i å forstå hvordan de tolker rollen, og hvordan de opplever mangelen på stillingsbeskrivelse eller noen å spille på.

Ved å følge retningslinjer for casestudier er meningen at studien skal ha overføringsverdi til andre situasjoner, og dermed tilføre forestillingen om folkehelsekoordinatorens rolle verdifulle perspektiver. Det er også et ønske at selve studien vil berike intervjupersonenes egne oppfattelser av sin egen arbeidssituasjon og påvirkningskraft. I det følgende vil jeg utdype hvorfor en kvalitativ og casebasert tilnæringsmåte er passende for de spørsmålene jeg ønsker å besvare.

4.2 Kvalitativ metode og casestudier

Flyvbjerg (2006) argumenterer for at valg av metode bør avhenge av problemet som det skal forskes på og omstendighetene rundt det. For å få en større forståelse av folkehelsekoordinatorenes opplevelser, har jeg valgt å bruke en kvalitativ casestudie, for med det å kunne produsere konkret, verdifull og kontekstavhengig kunnskap (ibid.). I casestudier er forskningslogikken deskriptiv for å øke forståelsen, og tolke samspill, relasjoner, prosesser og å få deltakernes fokus i sentrum.

Gerring (2006) begrunner viktigheten av casestudier med at de får frem mer deskriptive funn og gir således den vitenskapelige forskningen mer bredde og dybde. Tykke konsepter er komplekse og multidimensjonale, og de mister viktige deler av sin mening om de reduseres til ren statistikk (Coppedge, 1999). Jeg vil med denne studien forsøke å forstå og å tolke den kontekstuelle virkeligheten og erfaringene som folkehelsekoordinatoren opplever i sin livsverden ut ifra et fenomenologisk ståsted.

4.3 Fenomenologisk tilnærming til opplevd virkelighet

Ved å forankre studien vitenskapsteoretisk i fenomenologien vil jeg via samtaler med folkehelsekoordinatorene få tak i den gjennomlevde erfaringen de har fra sin tverrsektorielle rolle. I fenomenologien beskrives handlinger og hendelser slik de fremtrer, samt vilkårene som muliggjør de menneskelige handlingene i livsverdenen (Skirbekk, 2000, s. 452-454). Den fenomenologiske tilnærmingen er en utbredt metode i kvalitativ forskning (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009) og gjør det mulig å fokusere på individets opplevelse, samtidig som studien prøver å finne ut hvordan flere enkeltindivider opplever det samme fenomenet (Postholm, 2010, s. 41). Hvordan muligheter, hindringer og gjennomslagskraft oppleves av folkehelsekoordinatorene, vil være påvirket av mennesket i situasjonen, dets erfaringsbakgrunn og verdier som er hele tiden under utvikling i møte mellom den livsverdenen det handles og de lever i og bevisstheten (ibid. s. 43). Målet med fenomenologisk dataanalyse er å nå essensen i det underliggende opplevde ved bruk av datareduksjon. Postholm (2010, s. 99) påpeker at det er viktig å legge til side sin egen individuelle, subjektive teori, selv om forskerens forståelse alltid er med inn i analysen.

4.4 Halvstrukturerte intervju

I fenomenologiske studier er individuelle intervju den eneste datainnsamlingsstrategien som kan tas i bruk, og forskningsdeltakerne må ha opplevd erfaring i tråd med forskningsfokuset (Postholm, 2010). Et intervju er en interpersonlig interaksjon som produserer kunnskap ved at forskere «registrerer og fortolker meningen med det som sies og hvilken måte det sies på» (Kvale et al., 2009, s. 49). Undersøkelsens formål er å hente inn folkehelsekoordinatorens subjektivt forankrede erfaring i vedkommende livsverden, utfra et fenomenologisk perspektiv.

Utarbeidelsen av spørsmålene til folkehelsekoordinatoren var en lang prosess hvor jeg gikk flere runder for å spisse dem for å få frem hva jeg ville vite. Spørsmålene er delt inn i tematiske grupper; organisatoriske forhold, arbeidsoppgaver, samarbeid og suksess/hindringer/gjennomslagskraft. Ved å ha et tematisk fokus som styrer retningen, gis det rom for folkehelsekoordinatorenes nyanserte og åpne beskrivelser av sin livsverden samtidig som de kan spesifisere særskilte situasjoner og gi rom for refleksjoner over opplevde situasjoner.

Kunnskap som er produsert via intervju, er utført med en streben etter objektivitet om subjektive opplevelser for å sikre kvaliteten (Kvale et al., 2009). Det er den objektive vikeligheten som er subjektet i studiet av mennesker og samfunn (Flyvbjerg, 1991, s. 49). Mennesker er selvfortolkende, så studien må ta høyde for endringer i informantenes tolkninger (ibid.). Både før og under intervjuet var jeg bevisst min tilstedeværelse og måten jeg kommuniserte på ved å forsøke å være empatisk, lydhør, nysgjerrig og å validere uttalelsene for å fremme innlevelse i svarene. Kunnskapen fra intervjuet skapes fra samspillet mellom meg og intervjupersonene, så en annen intervjuer ville ha skapt en annen kunnskap (Kvale et al., 2009, s. 51).

Alle folkehelsekoordinatorene hadde på forhånd fått tilsendt temaene for intervjuet, om organisatoriske forhold, arbeidsoppgaver og samarbeid, samt suksess, hindringer og gjennomslagskraft. Intervjuene ble tatt opp digitalt, og intervjuene varte fra 45 min. til 1,5 time. Jeg hadde underspørsmål til hver overkategori for å kunne holde fokuset på temaene, siden jeg ikke er en erfaren intervjuer. Underspørsmålene ble i hovedsak brukt som oppsummeringer for å løfte frem hva folkehelsekoordinatoren hadde pratet fritt om og sikret således at det fantes felles temaer på tvers av forskningsdeltakerne (Postholm, 2010, s. 79).

Intervjuet startet med åpne spørsmål om beskrivelse av jobben, så deltakeren fikk fremstilt sine erfaringer av fenomenet, og jeg kunne forstå hvordan erfaringen er opplevd av de ulike

informantene (Postholm, 2010, s. 44). Kunnskapen som er produsert og presentert i teksten under, vil være preget av min teori og begrepsverden, og vil ende opp med den gjennomsyrende generelle essensen. Hvordan folkehelsekoordinatorerne opplever sin rolle, er påvirket av deres erfaringsbakgrunn (Postholm, 2010, s. 42). Nye erfaringer vil utvikle deres meninger, oppfattelse og forståelse av rollen (ibid.).

4.5 Utvalg av intervjupersoner

I fenomenologien ønsker en å avdekke de meningskonstituerende grunnvilkårene i den levde verdenen slik at livsverdenen ikke hadde vært den samme om de ikke hadde fantes (Skirbekk, 2000, s. 454). Basert på at målet med studien er å få frem folkehelsekoordinatorernes subjektive opplevelse av sin rolle, gjorde jeg et utvalg av fem kommuner i samme region, hvor både folkehelsekoordinatoren og kommunedirektøren var invitert til å delta. På bakgrunn av tilgjengelig tid og undersøkelsens omfang ble dette antallet ansett som tjenlig. En av kommunene valgte å ikke delta, og en av kommunedirektørene hadde en for hektisk hverdag til at det lot seg gjøre å møtes til intervju.

Jeg så det hensiktsmessig å inkludere kommunedirektørene i utvalget for å få vite mer om konteksten rundt folkehelsekoordinatorrollen. For konteksten må være med for å kunne forstå hvorfor mennesker handler som de gjør (Flyvbjerg, 1991, s. 49). Kommunaldirektørene har derfor bidratt med å gi studien en mer helhetlig forståelse og innsikt i folkehelsekoordinatorens opplevelse av muligheter, hindringer og gjennomslagskraft i sin tverrsektorielle boundary spanner-rolle og deres effektivering av folkehelseperspektivet.

4.6 Transkribering

I den grad det er mulig, har jeg forsøkt å transkribere lydopptakene i sin helhet, og til sammen utgjør intervjuene 60 sider. Jeg har tatt med pauser, nøling og latter. Denne studien tar som nevnt utgangspunkt i en fenomenologisk tilnærming hvor fokuset er på individets opplevde virkelighet. Folkehelsekoordinatorernes meninger er viktige for å kunne fortolke det som er sagt og hvordan det er sagt (Kvale et al., 2009, s. 47). Jeg har forsøkt å trekke ut kjernen av hvordan folkehelsekoordinatoren beskriver sin opplevde rolle og har utelatt uttalelser som er irrelevante for problemstillingen. Videre ble empirien delt inn tematiserte beskrivende meningssamlinger

og knyttet til vesentlige uttalelser av det erfarte i form av direkte sitater fra utvalget. Denne måten å utføre en datareduksjon på gir beskrivelse av fenomenet både som en sosial mening og en individuell betydning (Moustakas, 1994). Den generelle essensen som gjennomsyrrer folkehelsekoordinatorenes opplevelser, blir analysert i drøftingen.

I tolkningen av empirien har jeg lagt vekt på følelsene deres, fordi det får frem kompleksiteten i utvalgets subjektive meninger. For å gi en nærhet til utvalget har jeg valgt å gi dem fiktive navn, i stedet for å bare referere til dem etter yrkestittelen. Dette er også gjort for å sikre respondentenes anonymitet. Ingen av kommunene eller regionen de ligger i er heller navngitte. Dataene er forsøkt presentert på en riktig måte. Analysen er en reduksjon av dataene og vil således mangle detaljer og mangfold (Jacobsen, 2015, s. 52).

4.7 Ethiske overveielser, godkjenning og samtykke

Etikk-overveielse kan forbedre forskningen (Silverman, 2017, s. 58), derfor er denne studien planlagt, gjennomført og rapportert innenfor en forskningsetikk som samsvarer med samfunnsvitenskapens normer og begrensinger. Før studiet startet, er det gjort en rekke etiske overveielser. Basert på hva Given (2008, s. 277) kaller konsekvensetisk overveielse, bygger denne studiens overveielser på min personlige moral, for å sikre integritet, kvalitet og gjennomsiktighet.

Bryman (2016) vektlegger fire kjerneområder for å sikre en etisk forskning; informert samtykke, deltakeren skal ikke bli skadet, deltakeren skal ikke bli ført bak lyset, og en skal ikke overskride privatlivet. Denne studien og intervjuguiden er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Privatlivets fred er i størst mulig grad forsøkt å sikres ved å gi personene fiktive navn, og studien inneholder ikke følsom informasjon som religion eller politisk overbevisning (Jacobsen, 2015, s. 50-51). Intervjuene ble tatt opp på en ekstern lydopptaker, og filene er lagret etter Universitetet i Agder (2022) sine retningslinjer og vil ikke bli lagret lengre enn det er hensiktsmessig.

Informert samtykke er innhentet på en forsvarlig måte. Samtykkeerklæringsskjemaet inneholder informasjon om hva studien skal brukes til. Før intervjuet startet, sikret jeg meg at informantene hadde forstått informasjonen. Etter å ha overveid ulemper og fordelene ved å delta i studien, har alle informantene signert frivillig på samtykkeerklæring skjemaet. Videre ble alle

informert om at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen, og at oppbevaringen og behandlingen av dataene ble behandlet etter universitetets retningslinjer. Jeg valgte å gi deltakeren noen tankeknagger før intervjuet for å gi dem en større forståelse om hvilken retning samtalen ville ta, uten å utdype boundary spanner-begrepet. Dette er gjort for å sikre at de ikke skulle forme svarene etter denne tilnærmingen til tverrsektorielle egenskaper.

5 Empiri

For å forstå folkehelsekoordinatorens opplevelser av kommunens utfordringer innen sosial ulikhet og hvordan dette påvirker måten folkehelsekoordinatoren jobber på, får den kvalitative studien frem kompleksiteten i arbeidet på en bedre måte enn ved en kvantitativ analyse med jevne survey data (Raphael, 2018). Sosiale konstruksjoner er basisen til menneskelig kunnskapsdannelse (Jacobsen, 2015), og denne studien har brukt intervju som et redskap for å få frem hvordan folkehelsekoordinatorene selv opplever virkeligheten. Spørsmålene er fokusert rundt bestemte temaer for å gi rom for at intervjuobjektet kan endre sine fortolkninger og beskrivelser etter som de selv får innsikt og bevissthet i løpet av intervjuet. Intervjuguiden var delt opp i to hovedkategorier.

Del 1. Folkehelsekoordinatoren organisatoriske forhold og arbeidsoppgave.

Del 2. Folkehelsekoordinatorens opplevelser av samarbeid og gjennomslagskraft

Jeg har foretatt en fenomenologisk reduksjon (Moustakas, 1994) av den transkriberte teksten. I empirien under vil jeg først presentere hver enkelt folkehelsekoordinator opplevelser og erfaringer av arbeidsforhold, arbeidsoppgaver og hvordan de opplever samarbeid og gjennomslagskraft. Deretter følger koordinatoren sin kommunaldirektørs opplevelse av folkehelsekoordinatorens rolle. Resultatet av dataanalysen er en reduksjon av deres opplevde livsverden knyttet til folkehelsekoordinatorrollen. I henhold til problemstillingen vil jeg nå presentere analysen av funnene.

5.1 Folkehelsekoordinator 1 (Kari)

Kari er den av folkehelsekoordinatorene som har lengst fartstid i stillingen. Allerede i 2002 startet hun å jobbe med folkehelsearbeidet i en prosjektstilling for å fremme fysisk aktivitet i kommunen som en del av et fylkesprosjekt. Kari opplever at mye har forandret seg siden da. Hun forteller at kommunen er nå i gang med en organisasjonsendring, fra 3 til 2 nivås organisering. I tillegg skal folkehelsekoordinatoren, som har eksistert som en satellitt på utsiden av kommunedirektørens stab, nå legges under samfunnsplanleggingen. Dette vil sikre folkehelseperspektivet inn i planarbeidet, noe som har manglet fordi kommunen har i over seks

år slitt med langvarige sykemeldinger og mye utskiftning både i ledelsen i administrasjonen og av kommunaldirektører. Den ustabile driften har dermed ført til mye organisatorisk brannslukking, sier hun, noe som har ført til at folkehelseperspektivet har havnet litt i bakleksa.

5.1.1 Den organisatoriske plasseringens betydning for utøvelsen av Karis folkehelsekoordinatorrolle

I starten av intervjuet forteller Kari om utviklingen av hennes folkehelsekoordinatorrolle. Det startet med fylkesprosjektstillingen som fremmet fysisk aktivitet, og utviklet seg da kommunene innad i fylket inngikk i folkehelsepartnerskapet. Her ble det stilt et krav om at kommunene skulle ha en folkehelsekoordinator i en 20% stilling mot at de fikk prosjektmidler. Kommunen ansatte Kari i prosjektstillingen, og har siden da valgt å bevare denne 20% stillingen. En tidligere organisasjonsgjennomgang i kommunen flyttet folkehelsekoordinatoren over fra helseavdelingen til kommunedirektørens stab for å signalisere viktigheten av rollen før folkehelseloven trådte i kraft.

«Men, det har aldri funket etter intensjonen. På papiret så, altså tanken var veldig god. Men i praksis så har det egentlig ikke fungert. Nei, det har ikke helt kommet i gang.» Kari.

Selv om folkehelsekoordinatorstillingen på kommunens organisasjonskart er plassert direkte under kommunedirektøren Kjell, har stillingen frem til nå vært en *satellitt* som i praksis ikke fungerer som et direkte folkehelsefremmende bindeledd til kommunaldirektøren. Resultatet er at det ikke er den nærhet mellom folkehelsekoordinator og kommunedirektør som stillingen er ment å skape. Kari trekker frem at de ikke har hatt noen møtepunkt, så Kjell har ikke kunnet gi henne tilbakemeldinger på arbeidet hennes når jeg spør henne om hvordan arbeidet hennes blir tatt imot.

«Men han [Kjell] vet jo at jeg er involvert i andre prosjekter som han er opptatt av selv. Eh.. men hvordan han måler min suksess, aner jeg ikke. Jeg tror ikke han har tatt noen stilling til det, hvor vidt jeg er en suksess eller ikke». Kari

Kari forteller at under folkehelsepartnerskapet så var det en del konkrete prosjekter som førte frem, og hun fikk en klapp på skuldra fra den daværende kommunedirektøren. Nå har hun tre enhetsledere å forholde seg til og føler seg inkludert og godt ivaretatt i de andre to stillingene sine, som ikke omfatter folkehelsekoordinatorstillingen. Der har hun tett dialog med de

respektive lederne, og begge har ønsket å ha henne fysisk til stede på kontorene for at hun skal kunne treffe dem og kollegaene når hun er på jobb. Kari påpeker at det å være en del av deres kontorfellesskap gjør at hun snapper opp de ulike tingene som skjer. Når jeg spør henne om hun bruker den uformelle møteplassen til å fremme folkehelseperspektivet, svarer Kari at det har hun ikke gjort bevisst. Etter hvert som hun reflekterer over tidligere erfaringer rundt den uformelle møteplassen, så trekker hun den konklusjonen at en kaffekopp med kollegaer er en viktig uformell arena for å snappe opp hva som skjer og rører seg.

«Også ser jeg jo det, at bare hvem du sitter på gangen sammen med, altså det har jo noe å si. Så treffes en på morgenen også ... den der lille snakken en har, bare om det er i forbifarten, det har noe å si for om det er enkelt eller vanskelig for meg å ta opp ting som jeg har på hjertet. Mm mm». Kari

I folkehelsekoordinatorstillingen har Kari ingen relasjon til kommunedirektøren ennå. Kjell er ny i stillingen og har hatt mye å ta tak i, noe Kari viser forståelse for. Samtidig savner hun å få folkehelseperspektivet organisatorisk forankret i kommunen. Suksessfølelsen nå ligger i at folkehelseperspektivet også får nedslagskraft i arbeidet som hun utfører i sine andre roller.

«Eh... og Kjell [kommunedirektøren] har nå signalisert at han ønsket at folkehelsekoordinatoren skal være en del av ledergruppa. De har sånn faste møter, men han glemmer meg litt... he he he... Kjell har ikke invitert meg inn lengere, for å si det sånn. Så det er fremdeles litt sånn avhengig av at en ... eh... tar styringen litt selv og kjører litt på, mm mm.» Kari

Det å ikke bli husket på og invitert inn til møter i kommunedirektørens stab over lengre tid har ført til at Kari føler seg lite synlig. Kari opplevd dermed at hun sitter på utsiden av informasjonsstrømmen og kan gjøre lite for å fremme folkehelseperspektivet inn mot administrasjonen. Det er også avdelingslederen selv som legger frem folkehelsefremmende tiltak for sine respektive avdelinger. Kort oppsummert, så synes Kari at kommunen har mye fokus på folkehelse på papiret og en del gode tiltak i kommunen. Men, dette har hun ikke vært med på å initiere, ei heller vært med i kampen om budsjettmidler til tiltakene.

Kari er glad i å kunne initiere, organisere og knytte kontakter og minnes tiden før folkehelseloven trådte i kraft, da det var vanlig å jobbe ut ifra prosjekt. Kari ser viktigheten med å ha et felles nedslagsfelt, og hun opplevde at når en har et prosjekt, så er det en grunn for henne å kalle andre inn til møter og således danne et fellesskap rundt dette. Nå, i det siste året, med

den nye kommunedirektøren, har hun vært litt avventende med å utøve rollen sin. Frem til nå har folkehelsekoordinatorrollen vært udefinert, og Kari har fått spillerom til å tenke selv.

«... men så er det ikke noen som egentlig ... sjekker hvor vidt en er i mål med det som er oppgaven min, ikke sant ...» Kari

Når jeg følger opp dette og spør om Kari savner at noen sjekker hennes arbeid, utdyper hun;

«Ja, jeg savner det vel egentlig litt i hele organisasjonen. Fordi vi er for dårlige på det der å sette oss mål og ta en runde på – ‘Javel, hvordan ligger vi an i forhold til de målene’. For vi har ikke hatt det der 4 årlige perspektivet. Det blir litt ad hoc og inn fra sidelinjen, så det blir tilfeldig hva en [kommunen] har satset på. Så ja, jeg savner nok det! Men... ikke så mye for min egen del kanskje...som, for jeg tar en egensjekk selv...He he he.. Men det er ikke alle som er like gode på det. Eh ..., og jeg tenker at det bør egentlig gjennomsyre en organisasjon om vi skal gå i samme retning og ha samme nedslagsfelt. Ikke sant?».

Kari er klar over at hun ikke er veldig synlig i organisasjonen, noe som kan begrunnes med at hun frem til nå nylig, ikke har hatt en stillingsbeskrivelse. Folkehelsekoordinatorens arbeidsoppgaver er blitt konkretisert det inneværende året under organisasjonsgjennomgangen. Siden tiltredelsen i rollen har Kari operert uten stillingsinstruks eller tydelige oppgaver og rolleavklaring. Kommunedirektørene har, historisk sett, ikke vært tydelig tilrettelegger, så Kari synes det er forståelig at ikke alle «ballene» som administrasjonen sender henne er innenfor det hun opplever som relevant for en folkehelsekoordinator. Karis stillingsinstruks som folkehelsekoordinator er:

- Å delta i samfunnsplanleggingen og arbeide med folkehelse på gruppe og samfunnsnivå.
- Ha teoretisk og praktisk kunnskap som er nyttig i en felles innsats for å utforme tjenestetilbudet etter helsefremmende og forebyggende prinsipper
- Være pådriver for at kommunen systematisk iverksetter folkehelseloven på de ulike kommunale arenaene

Karis ønsker at folkehelse skal være noe alle i kommunen deltar i, og at hun bare skal initiere, slik som en av nabokommunene har fått til. Hun opplever at de i denne kommunen er veldig flinke til å tenke folkehelse i alt de gjør. Kari har arbeidet i mange år uten en stillingsinstruks og har sett på det som en frihet til å kunne jobbe overordnet. Det å nå ha en stillingsinstruks som er så vid, oppleves som en positiv ting. Jobben er interessant, og det passer hennes

menneskelige egenskaper, forteller hun. I den videre refleksjonen rundt det å ikke ha en stillingsbeskrivelse, trekker Kari frem andre aspekt:

«Eh.. men, når det er sagt, så syns jeg jo at det med å ikke ha en stillingsbeskrivelse, ... at det ikke er noen som på en måte tar en runde en gang i åre å sier «javel, hva er dine mål for de neste fire årene» eller «hva tenker vi for dette året», det sier jo noen ting om eh ... fokuset på det overordnede. Folkehelsearbeider blir litt sånn tilfeldig mm mm ... synes det.» Kari

Seinere i intervjuet vender vi tilbake til det å ikke være inkludert.

«Jeg har gjort noe forsøk også på å oppdatere meg selv og inviterer inn, ok, hva holder vi på med, og hva funker og hva funker ikke. Eh .. og da har jeg au sagt at for meg er det litt viktig at jeg blir invitert inn i de foraene dere har, inni mellom. Men, de glemmer meg ... Men ... eh ... jeg synes ... eh ... nå har ikke jeg jobbet veldig for at: «Nå, hør nå her!» For det føler jeg vi er litt forbi, det der å mase seg til ... Ja ... Så jeg tenker at nå gjør jeg det jeg synes er ... eh ... spennende og viktig.» Kari

5.1.2 100 % jobb, tre stillinger, ett folkehelseperspektiv

Når en jobber i en liten organisasjon, som kommuner med lav sentralitet ofte er, så kjenner en de fleste veldig godt i de ulike arenaene og i de sammenhenger man jobber i. Kari forteller at sånn i utgangspunktet føler hun at det er bra potensiale i forhold til samarbeidet i kommunen. Organisasjonen er lydhør og er opptatt av egen drift, men trenger å bli bedre på å løfte blikket når det kommer til folkehelse. Karis folkehelsefokus har hun med seg, ikke bare i folkehelsestillingen, men også i de andre to stilingene hun har for å oppnå en 100 % stilling. For som så mange andre ansatte i kommune-Norge har også Kari ulike «hatter» i ulike arenaer.

«Jeg tenker en 20 % stilling i en liten kommune som vår, så har egentlig 20% stilling vært tilstrekkelig til å få til mye. Også jobber en jo ... altså ... i noen perioder jobber en mer og i andre perioder jobber en mindre.» Kari

Men, siden hun har flere roller, er hun litt usikker på om hennes deltagelse i planprosessen frem til nå har vært i rollen som folkehelsekoordinator eller hennes stilling på utvikling. Uansett, så ser Kari potensialet i at hennes 100% stilling er fordelt over tre ulike etater. Det gir henne muligheten til å kunne fremme sitt folkehelseperspektiv tverrsektorielt.

«Så, det er mye folkehelse i de andre tingene jeg gjør, i de andre stillingene mine.» Kari

Foreløpig ligger Karis suksessfølelse av å fremme folkehelseperspektivet i bredden av denne nedslagskraften som disse andre rollene gir.

Karis arbeidsoppgaver som folkehelsekoordinator innebærer utarbeidelse av folkehelseoversikten i samarbeid med kommuneoverlegen. Folkehelseoversikten skal inneholde nasjonale satsningsområder i forhold til folkehelse, og føringer for fremmende folkehelsearbeid.

«Eh ... også prøver en jo å holde den løpende oppdatert, men det er jo klart det er jo ... eh ... det er jo ikke noen som etterspør deg ... nei.» Kari

Arbeidet med folkehelseoversikten innebærer at dokumentet er oppdatert, og det arbeides med statistikker som Ung data, innhenting av opplysninger, og det gjennomføres intervjuer. Kari forteller at det er kommuneoverlegen som er ansvarlig for at folkehelseoversikten er på plass og har ansvaret for at den blir synliggjort der den skal synliggjøres. Hun vet at folkehelseoversikten nevnes som en referatsak i kommunestyret, men har ikke selv presentert den politisk. Hun har derimot presentert den for enhetslederne/administrasjonen. Kari sier at det er ingen rutine for årlig å oppdatere folkehelseoversikten:

«Jeg tror nok målet er at vi skal få det til i planprogrammet, altså i forhold til årets gang eh...med plan. Så er nok meningen at den skal danne grunnlaget for hva vi finner på av tiltak. Men vi er ikke gode på å bruke den systematisk.» Kari

I rollen som folkehelsekoordinator er ikke Kari selv involvert i planprosessen, kun som en del av den eksterne medvirkningsprosessen med folkehelseoversikten. Hun får planene på høring og kan komme med eventuelle innspill. Men pr dags dato er det kommunalleder på drift og utvikling som har ansvaret for å sy i sammen det som har kommet av medvirkning og som lander målene. Kari opplever at folkehelseoversikten i liten grad er brukt til annet enn til overordnet mål og planarbeid og trekker frem at endringsprosessen kommunen holder på å gjennomføre nå, vil få en slutt på at kun ett menneske sitter og bestemmer nesten hele planen alene.

5.1.3 Sosiale helseutfordringer i kommunen

Kari forteller at hun arbeider i en rik kommune som har investert i et godt utbygd uteareal på skolen, og med ulike baner for fysisk aktivitet. Litt tilfeldig fikk også folkehelse en post på budsjettet. Folkehelseperspektivet er politisk forankret. Det politiske miljøet er lite i en liten

kommune, så det handler mer om enkeltpersoner enn politisk tilhørighet. De fleste, om de er i posisjon eller opposisjon, synes at folkehelsearbeid er viktig, men det er ikke alltid de prioriterer det.

«Å, jeg opplever nok i forhold til at kommunen har vært en kommune med god økonomi, så er de overaskende lite villig til å bruke penger på forebygging, ja. Den er nok mer driftsorientert og ser ikke at 'om jeg putter inn en krone her nå, så sparer jeg ti neste runde'.» Kari

Tidligere var det et større fokus på sosial ulikhet, men det har blitt tonet ned med årene, forteller Kari, fordi kommunen erkjenner at innbyggere kan være gode omsorgspersoner med lav inntekt og utdanning. Kommunen har sosial ulikhet. Prosentmessig er det ikke snakk om mange enkeltindivider, men i et lite samfunn blir det desto tydeligere hvem det gjelder. Kari påpeker at dette viser seg spesielt blant barns tilgang på dyrt utstyr. Da er det lett at de foreldrene som sliter, har piggene ute, fordi de kjenner seg mindreverdige eller at de ikke duger.

«... men for de [barna] det gjelder så er det like ille – og kanskje verre, for kanskje er det så mange [barn] som får så mye.» Kari

Kommunen har prøvd å etablere utstyrsutlån, men økonomisk er det vanskelig å holde det oppdatert.

Det langsiktige arbeidet for folkehelse kan være et offer for interessekonflikter mellom kortsiktig og langsiktig drift. Kari mener alle i kommunen bør løfte blikk opp i ny og ne, for å sikre at kommunen bruker de overordnede styringsdokumentene som samfunns og kommunen planene. Hun opplever at det kan komme litt vel mye prosjekter inn fra sidelinjen som plutselig er kjempeviktige. Da er det lett å glemme de langsiktige målene for folkehelsen. «Hvordan skal vi komme oss til der. Hva prioriterer vi i år, og hva prioriterer vi til neste år». Kari bruker samfunnsplanen så ofte hun kan i sine ulike arbeidsroller, og kunne ønske at hun ble etterspurt på diverse ting. Når jeg spør Kari om hun opplever faglig legitimitet i folkehelsekoordinatorstillingen, så er svaret nei.

«Nei jeg føler vel egentlig ikke, nei jeg føler vel ikke helt det. Jeg har ikke klart å forankre, altså, ... gjort meg selv overflødig, for å si det sånn. Og jeg trodde Vi var egentlig veldig godt på vei til å komme dit, men så ... Jeg vil ikke skryte av folkehelsearbeidet og sånt i kommunen, eller folkehelse. Tanken er ikke i ryggraden hos folk i administrasjonen.» Kari

Kommunen har folkehelseperspektivet i saksdokumentene, men Kari opplever at det har ingen tyngde i vurderingene av sakene, men mer som en enkel setning.

«Ja, 'det er bra for folkehelse eller dårlig', ikke sant. Det blir litt sånn, ja ...» Kari

5.1.4 Samarbeid innad og utad i kommunen

Som lærerutdannet er Kari vant med å fokusere på medvirkning, og dette tar hun med seg i folkehelsekoordinatorrollen. Hun sier at man er nødt til å lytte til hva andre tenker om utfordringene fra sitt ståsted, for å kunne danne seg et bilde og for å komme frem til gode løsninger i fellesskap. I sin rolle som folkehelsekoordinator er det å bygge tillit ikke noe Kari bevisst jobber for å oppnå, for å kunne få gjennomslagskraft i samarbeidet med andre. For Kari er det viktig å ha et felles nedslagsfelt. Ett eksempel på hvordan Kari samarbeider med eksterne aktører, er arbeidet med folkehelsefremmende tiltak i form av friluftsliv. Livlig forteller hun om hvordan det å finne gode løsninger mellom hytteeier og reiseliv, snekkere i næringslivet og bønder i landbruket er viktig for å kunne tilrettelegge for ski og turaktivitet. Dette kan være konfliktfylt i forhold til beitenæringen. Da kreves det kommunikasjon om muligheter, og at alle føler at de blir hørt, forteller hun. At denne rollen er noe Kari trives svært godt med, er lett å se da hun ivrer med å fortelle at for henne er det viktig med medvirkning og samskapning.

I en folkehelsekoordinatorrolle er det ikke nødvendigvis utdanningen som er den viktigste faktoren for å kunne utføre jobben, mener Kjell, Karis kommunedirektør. Kjell vektlegger verdier og menneskesyn, noe Kari er enig i. Hun tilføyer at en må være åpen, utadrettet, lytte for å forstå hvor skoen trykker, og gi folk muligheten til å vise at de duger. En folkehelsekoordinator må kunne tenke overordnet for å kunne tilrettelegge; «En mest mulig god hverdag for flest mulig med minst mulig ressurser». For å sikre god folkehelse er det viktig å ha «kontakten ned til grasrota» og møte brukeren direkte, mener Kari.

Kari har derfor tatt på seg rollen som et talerør inn i kommunen for innbyggerne, og som en «nøkkelrolle/kontaktperson utad», da kommunen ikke har en frivillighetskoordinator. Dette startet da frivillighetssentralen fremmet ønske om endringer i sentrum og Kari tok, på veggen av dem, dette opp i kommunen. Det resulterte i at innbyggerne er med i en medvirkningsprosess hvor de kan komme med innspill til kommuneplanen.

«Så da har jeg sagt at det er fint om dere [frivillighetssentralen] inviter meg inn, så kan jeg følge med på hva som rører seg. For det er jo au viktig. Mm mm.»
Kari

5.1.5 Foretar folkehelsekoordinatoren endringer i sin praksis for å få mer gjennomslagskraft?

Siden Kari har hatt stillingen i nesten tjue år, er det fort å trekke paralleller til tiden før folkehelseloven og arbeidet med folkehelsepartnerskapet. Da bestemte kommunestyret sammensetningen til folkehelsegruppen, og mye av arbeidet var på mange områder nybrottsarbeid. Noe som innebar at det ikke var så mye tanker opp mot det overordnede. Arbeidet gjennomsyret ikke hele organisasjonen, så det var lettere å få gjennomslag og suksess med prosjekter på tvers av færre sektorer. Men, da som nå, prosjekter kan være sårbare. Kari minnes hvordan arbeidet folkehelsegruppen hadde lagt ned i å endre kostvanene til elevene i over 10 år, brått tok slutt da en nyansatt rektor som ikke kjente til dette, lot elevene få handle på butikken i skoletiden.

I forkant av folkehelseloven tenkte Kari:

«Nei, hvis ikke noen etterspør noe nå, så har jeg fokus på andre ting, som jeg synes er viktig bare! Eh ... også skjedde det ikke så fryktelig mye ... egentlig ... så, en blir litt sånn ... eh ... Det å få til noe sånn gode systemet i små kommuner ... man skulle jo tro at det var veldig enkelt, men det er ikke det Egentlig ... Fordi at, jeg tror det er mange som tenker at – «å nei, det er folkehelse, det skal Kari gjøre», ikke sant, at de ... vi er litt der fremdeles.»

Siden kommunen er midt i en strukturendring som vil innebærer at Kari nå vil bli en del av administrasjonen, mer presist under samfunnsplanleggingen i kommunen, håper hun å oppnå mer påvirkningskraft. Hennes tidligere erfaring med kommunikasjonen innad i kommunen er at verken mellomledd eller leder er flinke til å formidle til henne hva de holder på med. Så, hun ser frem til å kunne være med å jobbe overordnet i forhold til samfunnsplanlegging og kommuneplanen.

Det at arbeidsoppgavene nå er konkretiserte, gjør at Kari håper det vil gi henne et større nedslagsfelt. Dette er noe hun savner fra tiden da hun var med i folkehelsegruppen. Da folkehelsekoordinatorrollen ble flyttet fra helse til rådmannens stab, endte hun opp som en satellitt, svevende, uten tilhørighet og bortglemt.

«Jeg har bedt om eller spurt om, om de ikke kan invitere meg inn av og til, for det er jo litt greit å vite hva som rører seg. For jeg går glipp av litt informasjon, det er litt vanskelig å skulle utvikle organisasjonen videre hvis en ikke har oversikten over hva som rører seg. Mm mm.» Kari

Kari tenker at målet er jo at kommunen skal tenke folkehelse i alt den gjør, og at kommunen ikke nødvendigvis har en folkehelsekoordinator i all fremtid. Men hun ser at det er nødvendig frem til kommunen får et system på folkehelsestrategien sin. Som hun sier; ting skjer ikke av seg selv, selv om vi har en folkehelselov!

«Ja, om jeg skal summere opp, så føler jeg ikke at jeg har så veldig stor påvirkning» - «Altså når jeg blir invitert så blir jeg lyttet til, det tror jeg» - «jeg opplever at jeg blir lyttet til, mm mm, også er det ikke alltid at jeg veier tyngst ...» - «... men sann er det jo. Men jeg føler at jeg, ja, jeg opplever at jeg har påvirkning når jeg er involvert. Mm mm». Kari

5.1.6 Karis tilføyelser

Kari opplever at kommunen må jobbe mer med å se ting i sammenheng. Nå er det litt for lite målrettet i måten de jobber med folkehelse. Arbeidet er personavhengig og varierer i avdelinger. Kommunen har havnet litt bakpå organisatorisk, i forhold til større kommuner. Hun mener at disse store kommunene har hatt større fokus på, folkehelse og har klart å løfte folkehelse opp i organisasjonen, mulig det at de har flere å spille på kan være en fordel.

Med det ny kommunaldirektør og den kommende organisasjonsendringen så ser Kari frem til å kunne være med på å løfte blikket og jobbe overordnet med plan, fordi hun synes det er spennende og viktig. Hun har vært frustrert over hvor lite prioritet folkehelseperspektivet har fått, siden det har vært den ene brannslukkingen etter den andre de siste seks årene. Syke ledere og stor utskiftning av kommunaldirektører har gjort at hun har kanalisert gjennomslagskraft sin inn i de andre stillingenes nedslagsfelt.

«Så i noen sammenhenger, så har jeg det med meg folkehelserollen selv om det ikke er et spesifikt oppdrag som folkehelsekoordinator», «Men så er jeg ikke sikker på om det er det fordi jeg er folkehelsekoordinator eller er det det fordi at jeg jobber på utvikling. ikke sant?» Kari

5.2 Kommunedirektørens (Kjell) forståelse av folkehelsekoordinatorrollen

Kjell har for mindre enn to år siden tiltrådt i jobben som kommunedirektør i kommunen som Kari arbeider i. Hans visjon er at alle på det administrative nivået nå fremover skal i 80 % av tiden gjøre jobben sin, men i de resterende 20 %, så skal de tenke samfunnsutvikling inn i jobben sin og hvordan det påvirker kommunen. Kjell forteller at kommunen som Kari og han jobber i, er i ferd med å slutføre en myk samfunnsrelatert kommuneplan samtidig med en komplisert organisasjonsgjennomgang for bli en to nivå kommune. Ved å ha de samme folkene i styringsgruppene i begge prosessene har det vært mulig for kommunen å tenke organisatorisk målsetting og stab oppsett samtidig, sier Kjell. Det nye er en enhet for samfunnsutvikling, som skal ligge under kommunedirektøren. Ved å plassere folkehelsekoordinatoren der, får Kari muligheten til å se ting under ett, hvordan det henger sammen. Frem til nå har jo folkehelsekoordinatoren jobbet tverrsektorielt, men Kari har ikke vært en fast deltaker på enhetsledermøtene og det har heller ikke kommuneoverlegen, legger Kjell forklarende til. Men han fastholder at den nye plassen i samfunnsutviklingsteamet vil kunne forankre folkehelseperspektivet.

«Det er mange aspekter rundt det å organisere en kommune. De er geografisk forskjellige, de har ulike utfordringsbilder og ikke minst så har de ansatte som har forskjellige kompetanser. Som selvfølgelig påvirker åssen organisasjonen utvikler seg.» Kjell

Kjell poengterer at kommunen må jobbe tverretattlig, og folkehelseperspektivet må bli operasjonalisert. Det holder ikke bare å putte det inn i maler og bare fortsette som før. Fremover vil kommunen arbeide for å samle folkene som faktisk jobber med og har fagfeltene som naturlig grenser mot hverandre, så vil det skje en endring i samfunnsutviklingen, forteller Kjell. Han tenker at de er disse enhetene (skole, helse, drift og vedlikehold og en generell beredskap), på det strategiske nivået, som leder prosessen og jobber fokusert med de kommunale samfunnsflokkene som bærekraft, miljø, klima, likestilling, mangfold, utenforskap, barnefattigdom.

«Samfunnsutvikling er minst like viktig som arealutvikling, egentlig viktigere, for det handler om folka! Folk skal ha det bra, ut ifra hvor de er, hvilke utfordringer og behov de har, ikke sant? Da er alle litt folkehelsekoordinator, det er jo dit vi må ... Det er ikke en som skal drive folkehelse, det er jo noe som alle skal gjøre. Men folkehelsekoordinatoren er kanskje den som, i pågående saker, skal sørge for at dette er tenkt på i et folkehelseperspektiv. Jeg tror mange kommuner har et stort utviklingspotensial i å tenke samfunnsøkonomi, og ikke bare bedriftsøkonomi. Jeg mener jo at det optimale er at du er i en situasjon der

du ikke trengte en folkehelsekoordinator, for folkehelse var bare noe som skjedde, ikke sant?» Kjell

Kjell vektlegger kompetanse med visse akademiske kvaliteter når folkehelsekoordinatoren skal formulere anbefalinger og liknende, men folkehelsekoordinatorens personlige egenskaper er alltid viktigst i jobben, tro på det du gjør, særlig i små kommuner.

«Her i vår kommune handler det mest om hvem er du, hvilke verdier har du med deg.» Kjell

«Arealutvikling er i aller høyeste grad samfunnsutvikling, utvikling av næringer, det å tiltrekke til seg nye innbyggere, det å legge til rette for å bo, det gode liv, ikke sant? Alt dette her er jo samfunnsutvikling. Og samfunnsutvikling handler jo ikke bare om folkehelse. folkehelse og helse og levekår er jo en del av samfunnsutviklingen. Men det er jo ikke alt. Altså der er jo det som er det viktigste å få med seg når man sitter og skriv om folkehelse, slik du gjør da. Folkehelse er jo viktig. Men den er så stor [viser med fingrene at den er en liten del]. Og da er det viktig å forstå at de som jobber for meg [kommunedirektøren] oppe i nivå 1, de har ikke en selvstendig myndighet. - Og alt sammen starter her oppe [politisk] så blir myndigheten delegert nedover.» Kjell

5.3 Folkehelsekoordinator 2 («Håkon»)

I løpet av dette prosjektet har Håkon tiltrådt i en ny heltidsstilling i kommunen. Basert på hans lange erfaring i jobben fant jeg det derfor hensiktsmessig å fullføre intervjuet med ham. Kommunen har ennå ikke ansatt en erstatter for Håkon. Det er vanskelig å få søkere når en lyser ut en liten stilling på bare 20 %, så kommunedirektøren, Jan, tenker i første omgang på om det er noen i staben som vil overta stillingen som folkehelsekoordinator, nå som Håkon har sluttet. Håkon for sin del, håper kommunen tar vare på funksjonen til folkehelsekoordinatoren. Han begrunner sin bekymring med at kommunen er i en økonomisk situasjon hvor de må prioritere mellom å bruke penger på konkrete tiltak som stier i nærområdet, miljøanlegg, eller andre typer ting i forhold til fysisk folkehelse, eller å øke lønnsmidler for å lyse ut en større folkehelsekoordinatorstilling for å trekke til seg attraktive og kompetente søkere.

5.3.1 Organisatorisk plassering

Håkon har hatt folkehelsekoordinatorstillingen siden oppstarten for ti år siden i kommunen. I begynnelsen var det ikke en egen stilling. Da var Håkon bare en kontaktperson opp mot de eksterne samarbeidspartnerne, men i 2012 ble det laget en stillingsbeskrivelse. Den hjalp med

å gi noen overordnede retningslinjer på hvilke områder han skulle regjere i jobben. I 2015 ble det utarbeidet et folkehelsemandat, og Håkon ble da en del av en faggruppe sammen med tjenesteleder for helse, kommuneoverlege og pedagogisk rådgiver. Faggruppen fungerer som en kompetanse- og ressursgruppe for kommunestyret og andre politiske forum, og for leder og andre tilsatte i kommunen. Avslører statistikkene som faggruppen jobber med, sosial ulikhet i kommunen, som barnefamilier med lav inntekt, så er det et tverrfaglig team for å jobbe videre med det, uten at folkehelsekoordinatoren er involvert. For målet med faggruppen er at alle de ulike aktørene i kommunen får en felles forståelse av hva god folkehelse innebærer og hva som skal til for å oppnå det.

«Altså, fordelene her i kommunen har vært at den stillingen har vært organisert i rådmannens stab i stedet for at den hører til helse, f.eks. som den gjør i mange andre kommuner. Slik at du har et mer tverrfaglig fokus. Eh ... og det, ... jeg har jo også vært med på en del av ledermøtene og presentert. Jeg hadde presentasjoner i forhold til folkehelse. Så ... og det er jo en liten kommune, så ... eh ... jeg føler at det er korte linjer da. Eh ... og har hatt gode muligheter til å jobbe tverrsektorielt, sånn sett.» Håkon

Kommunen har forankret folkehelsekoordinatorstillingen i kommunedirektørens stab. Håkon har vært med ledergruppa på strategisamlinger som utarbeider kommunens felles mål og arbeider således med sitt folkehelsearbeid ut ifra dette. Stillingsplasseringen i kommunedirektørens stab opplever Håkon har vært hensiktsmessig for å kunne utføre jobben. Det er korte linjer i en liten kommune som denne. Det er lett å få en oversikt, og ingen holder tilbake informasjon. Derfor er det ingen grunn til å utvikle strategiske egenskaper for å sikre gjennomslagskraft, mener Håkon. I små kommuner vil det alltid være problematisk å skille mellom profesjonell og personlig relasjon. Men, som Håkon poengterer med et glimt i øyet; det kan jo av og til være kjekt å vite hvilke folk man skal trekke i.

Håkon har hele tiden hatt en god kommunikasjon med planavdelingen og føler seg inkludert og invitert inn på deres arena fordi det er mye folkehelse i plan- og bygningsloven. For to år siden ble det opprettet en ny avdeling som heter plan og utvikling, ledet av den assisterende kommunedirektøren, for å sikre folkehelseperspektivet inn i de kommunale planene. Denne avdelingen har Håkon nå arbeidet tett med.

«Planansvarlig, tror hun bruker folkehelseoversikten inn i kommuneplanarbeidet. Der det kommer frem at det er ulike utfordringer. Eh... hun på plan er jo veldig opptatt av folkehelseperspektivet. Men det derre,... det skal jo rullere etter hvert det dokumentet, så hvor mye det brukes i hverdagen,

det er jeg faktisk litt usikker på. For det er jo krav om at vi skal gjøre dette. Men det er jo mange planer det er krav om, men som ikke blir brukt ...» Håkon.

Til tross for at folkehelse skal gjennomsyre alt som blir gjort i kommunens saksbehandling, opplever Håkon at en 20% stilling er alt for liten arbeidsprosent for å kunne utføre jobben etter tiltenkte intensjoner. I likhet med Kari har også Håkon hatt to andre stillinger i ulike typer fagområder for å oppnå en full stillingsprosent. Han opplever at folkehelsekoordinatorjobben blir spist opp av de andre stilingene. Håkon forteller at han arbeider mer i perioder med folkehelse og ikke nødvendigvis hver uke. Sann som han ser det, så fører en slik arbeidsfordeling og en så liten stilling til at folkehelsekoordinatoren ikke blir riktig god i jobben. I tillegg er det så mange fagområder som folkehelse er en bitte liten del av, så dette vil også i stor grad påvirke kvaliteten på arbeidet. Folkehelseperspektivet ligger litt i ryggmargen når man har hatt en slik funksjon i mange år, så i likhet med Kari, tar også Håkon med seg folkehelsementaliteten inn i sine andre jobber.

«Jeg ville kunne gjort en mye bedre jobb hvis jeg hadde for eksempel hatt en halv stilling, eller ett eller annet sånt, til å jobbe dedikert med folkehelsearbeid, tror jeg nok.» Håkon

Det er tydelig at han er frustrert over stillingsprosentens begrensinger. I en 20 % stilling er det ikke mulig å sette seg inn i kompleksiteten i plan- og bygningsloven. Håkon har selv en bakgrunn fra helsesektoren og føler derfor at han står på en sterkere faglig grunn når han samarbeider med helse- og oppvekstsektoren. Det er derfor med stor iver at Håkon lufter ideen om en større stilling. Aller helst ser Håkon for seg en interkommunal folkehelsekoordinator i en 100% stilling som kunne betjene flere kommuner. For det første mener han at nabokommunene ikke er så ulike. For det andre så er det vanskelig å få ut statistikker i kommuner med lav sentralitet, på grunn av lavt folketall og personvern. Med en større populasjon, argumenterer Håkon, hadde tallene kunne anonymisere og det ville bli lettere å lese ut trender.

«Hvis det er bare to eller tre stykker som, ... ja ... som får kreft da, for å ta et eksempel. Så vil det slå ut på statistikken, ikke sant? Så slår det ut på folkehelseprofilen, og da er det et problem! Så, neste år kan det være tre som får hjerteinfarkt, også er det det som er et problem, ikke sant?» Håkon

Videre underbygger Håkon potensialet med en interkommunal stilling med at til tross for utfordringene med å skulle forholde seg til den enkelte kommunes folkehelseoversikt så ville

en person i 100% stilling med folkehelseutdanning kunne jobbe skikkelig med statistikker, og gjort en bedre jobb til sammenlikning med kommunenes nåværende 20 % stillinger eller fravær av stilling.

5.3.2 Folkehelsekoordinatorens bidrag til folkehelseoppdraget

Håkon forteller at i perioder går det meste av tiden hans med til utarbeidelsen av folkehelseoversikt, i sammen med den overnevnte faggruppen. Folkehelseoversikten inneholder en oversikt over kommunens helsetilstand og faktorene som virker inn på den. I likhet med Karis kommune, tar også Håkons kommune folkehelseoversikten opp som en referatsak i kommunestyret. Kommunen kan så, basert på de vurderte årsakssammenhenger og konsekvensene som er representert i folkehelseoversikten, sette i gang med nødvendige tiltak etter ønsket effekt. Kunnskapen fra folkehelseoversikten skal også kunne brukes til å sette opp mål og strategier i møte med utfordringene kommunen har; i kommuneplanen og i andre planer. Håkon har ikke hatt noe arbeid mot det politiske, annen enn å orientere om folkehelseoversikten i formannskapet. Så den politiske sammensetningen i kommunen har ingen betydning for hans arbeid og langtidsperspektiv.

«Den [bruken av folkehelseoversikten] har blitt bedre etter hvert som tiden har gått da, tror jeg. Jeg tror nok det det er blitt presisert på ... altså der de andre både ledere og der andre er rundt på både kurs og andre ting at folkehelseperspektivet skal være med da. Så det er den der bevisstgjøringen som tar litt tid.» Håkon

Håkon anser seg som en ressursperson med faglig legitimitet, som andre etater i kommunen har blitt flinkere til å trekke inn som en slags rådgiver i sine prosesser. Han trekker frem det nye boligfeltet som et eksempel. Ved prosjektstart ble han invitert inn til plan for å se om det var ulike folkehelseperspektiv som det måtte tas hensyn til. I den saken, var det mange skjemaer med folkehelsevurderinger. I sine tverrsektorielle oppgaver internt i kommunen arbeider Håkon med både oppvekst og helse, og teknisk i forhold til plan- og bygningsloven. Interkommunalt har han representert kommunen i Friskliv prosjektet. Her kunne de ulike kommunene komme med innspill. Men interessen blant innbyggerne for Friskliv prosjektet har vært begrenset, synes Håkon.

«Når det gjelde andre, så er det nok ulike oppfatninger av hva min oppgave er eller hva min rolle er, det vil jeg nok si. Det er ulik kunnskap og kompetanse

blant samarbeidspartnerne. Og au i forhold til forventningene til hvor mye jeg kan klare i en såpass liten stilling, kanskje. Det er litt begrenset.» Håkon

I folkehelsekoordinatorrollen har Håkon også arbeidet rent praktisk, som prosjektleder for et løypeprosjekt for et par år siden. Løypeprosjektet var et samarbeid med eksterne aktører, regionrådet og reiselivsnæringen. Nå holder kommunen på å utarbeide en ny sti- og løypeplan, og da samarbeider kommunen med frivillighetssentralen, som har sitt eget sti- og løypelag som skal merke og vedlikeholde disse stiene. Det å samarbeide med grunneierne har tidvis vært vanskelig, synes Håkon, da de og publikum kan ha ulike forventninger. Men, på dette samarbeidsområdet er det heldigvis flest positive eksempler. Håkon tenker at en folkehelsekoordinator bør ha en åpen og diplomatisk fremtoning, være interessert i mennesker og være opptatt av folkehelse. Fordi, sånn som han ser det, så påvirker *alt* helsen til folk. Selv ser han folk an og bruker sunt bondevett når han samarbeider tverrsektorielt, sier han med et smil.

Håkon forteller at han har god lokalkunnskap om kommunen han bor i, i tillegg til et stort nettverk både i jobbsammenheng og via private fritidsaktiviteter. Det å kjenne folk og vite hvem som gjør hva, fører til at han vet hvem han skal kontakte hvis det er ting han ønsker å oppnå. Men i det store og det hele så lar Håkon seg for det meste bli invitert inn i andres nettverk, heller enn å være den som skaper et selv.

Å spørsmål om hvordan sjefen måler hans suksess og hvordan måle Håkon våler den selv, svarer han:

«Nei der har det ikke vært noe sånn spesiell måling tror jeg, he he he. Jeg tror det er litt sånn, når det hopper og går som det er, ja. Eh... foreløpig har det vært sånn i alle fall. Jeg har ikke non sånn... eh... godt svar på det.» Håkon

5.4 Kommunedirektørens (Jan) forståelse av folkehelsekoordinatorens rolle

Jan har vært i stillingen i 1,5 år og opplever at kommunen har tidligere vært drevet på en tradisjonell måte med fokuset rettet på drift, på å levere de tjenestene de har. Han forteller at det innebærer også at 85% av de 155 punktene i handlingsdelen av kommuneplanen ble utført av plansjefen.

«Det er jo en sånn fullstendig logisk brist, da lever det ikke i organisasjonen, da betyr det at all utvikling som skjer i kommunen, skal tilbake til en person.» Jan

Kommunen er nå inne i en organisasjonsutviklingsprosess hvor de skal sette ny stab. Jan forteller at kommunen kommer til å videreføre folkehelsekoordinatorstillingen for å få frem folkehelseperspektivet. Plansjefen har nylig vært på kurs, og folkehelseperspektivet ligger inne i malene. Derfor er det klart at kommunen trenger den faglige kompetansen på hva folkehelse er, som en folkehelsekoordinator har. Så, Jan tenker at den nye folkehelsekoordinatoren bør ha interesse for folkehelse.

Jan forståelse av folkehelsekoordinatorrollen er at han skal koordinere for å sikre et tverrfaglig folkehelseperspektiv ut i organisasjonen, og ut i det kommunen gjør, ifra plansystemer til oppvekstsektor og helse. Han påpeker at det er utfordrende å få effekt ut av en 20% stilling. Det skjer fort at en mister litt av bredden, for stillingen blir fort spist opp i perioder med f.eks. arbeid med plan. Han ser at det også er en utfordring å skulle ivareta funksjonen på en god måte når folkehelsekoordinatoren har et lappeteppe av stillingssammensetninger.

«Det er ikke mangel på tilrettelegging som er utfordringen, jeg tror det er å være en liten kommune med veldig mange lovpålagte oppgaver. Folkehelse er ett perspektiv, og det er veldig mange perspektiver som ligger oppå hverandre og som skal bli ivaretatt. Også blir det til slutt veldig krevende for du er så liten. Det er ikke fagmiljøer, men enkeltpersoner som har ansvar for sine ting inn i den helhetlige kaka. Eh... også glipper det fra tid til anen på grunn av kapasitet, og da klarer ikke folkehelsekoordinatoren å være... sikre helse i alle ledd.» Jan

Stillingen må, etter Jans syn, være koblet mot planprosessene. Så den nye folkehelsekoordinatoren må være helst i plan og utvikling, og på stabs nivå slik at den er koblet til ledelsen. Det å sitte tett på kommunedirektøren er viktig og naturlig, sier han.

«Det er hvor mye ansvar tar du [folkehelsekoordinatoren] selv, og hvor mye av ditt ansvar blir det, på en måte, å sørge for at dette lever ut i hele organisasjonen.»
Jan

For Jan er det viktig å få frem at i likhet med store kommuner har også de små de samme 150 lovpålagte oppgavene. Der ligger mye av utfordringene for småkommunene, synes han. Det å tenke folkehelse inn i alt planarbeidet er ganske store ting, og det er utfordrende å tenke langsiktig og strategisk folkehelse når det blir mye mobilisering, kraftsamling og problemløsning i hverdagen, forteller Jan.

«God folkehelse i samfunnsplanleggingen, for attraktive boområder er utfordrende. For det er en lang logg av historien som en må rette opp i, og det er egentlig veldig mye å gjøre. Og det er mye mer enn en 20 % folkehelsekoordinatoren kan gjøre.» Jan

Politisk er det opprettet et levekårsutvalg som jobber med folkehelseperspektiver og ser på kommunens sosiale utfordringer som for eksempel høyt utenforskap. Jan poengterer at folkehelseutfordringsbildet krever endring i den interne kulturen, fra fokus på håndgripelig resultat til en helhetstanke om hva som gir god folkehelse, samt en politisk vilje til å prioritere og investere.

«Det er et massivt arbeid og det er den måten jeg har tenkt på at vi må tenke mest mulig smart; å effektivisere i drift av disse basale tjenestene, for å frigjøre til type utvikling som gir bedre folkehelse.» Jan

Jan forteller at folkehelseperspektivet ikke er forankret godt nok i kommunen. Intuitivt er nok alle enige når det blir presentert, men at folkehelse er en del av tankesettet, det er Jan ikke sikker på. Kommunen er nok ikke helt der enda, fortsetter han. Enkelte nyere planer er ikke tatt i et folkehelseperspektiv, men i et industri- eller arbeidsperspektiv uten å tenke helhetlig, forteller Jan. Så kommunen har en jobb å gjøre for å forankre det på det politiske nivået, for at det skal bli iverksatt administrativt, mener han. Jan tenker at med til sammen 155 mål i samfunnsplanen må sammenhengen mellom disse, og ansvaret ut i organisasjonen, samt målstyringene, jobbes mer med.

«Så det svever litt. Det er ikke helt sammenheng mellom disse målene som er satt, og det som skjer på bakken. Det er min opplevelse; at i for stor grad så setter vi strategiske mål, også er det en bedriftsorganisasjon som lever sitt eget liv.»
Jan

5.5 Folkehelsekoordinator 3 (Helene)

Lik som de andre kommunene, startet også Helenes kommune med en folkehelsekoordinator i en 20% stilling etter anmodning fra fylkesmannen. Den gangen var det en utenfor kommuneorganisasjonen som ble ansatt. Uten relasjon eller annen jobb i kommunen ble stilingen en satellitt som svevde på tvers av det som skulle inkluderes, og kommunen opplevde det som lite gunstig å ha en som kom utenfra til å organisere folkehelsearbeidet. Helene erindrer at tidligere var folkehelse bare noe som foregikk under helse, har det blitt løftet opp og ligger nå under kommundirektøren med de føringene som ligger der. Hvilke politiske partier som sitter i posisjon og opposisjon, har ingen betydning for Helene i hennes arbeid med folkehelse.

«Reformene er politisk forankret, f.eks. lev hele livet-reformen og samhandlingsreformen vår. Men ellers så jobber vi jo bare med det.» Helene

Videre forteller hun at det har skjedd en modning i de andre sektorene; å tenke at folkehelse skal ha en grein inn i dem. Dette har kommunen løftet inn flere ganger årlig, til rektorer, kultur, til alle;

«Så de får en forståelse av at folkehelse er oss! Det er ikke «Eva eller John-Olav» eller noe helsegreier, absolutt ikke!» Helene

Helene synes det er viktig å ha evnen til å kunne heve blikket, «litt sånn helikopter», for det er fort å smalne inn som en forenklingsmetode for å gjøre jobben overkommelig i hverdagen. Folkehelse er det motsatte, sier hun. Der skal det vides ut. Denne helhetstanken er viktig for Helene å kommunisere ut i enhetsledergruppa eller til andre tverrsektorielle samarbeidspartnere når hun skal snakke om folkehelse. Det er også viktig å vise ydmykhet og respekt for at folk står i de ulike skoa de står i, i de ulike tjenestene, sier hun. Kari forklarer at kommunen vil jo ha etater som er spisset på et område, samtidig så må avdelingene ikke glemme at de er del av en større kropp. Derfor informerer kommunen jevnlig om helhetstanken i samfunnsoppdraget, samtidig som de også ber etatene å levere på det de er bedt om å levere på, som er ulikt det de andre etatene leverer. Kari tenker at folkehelse er stort og overgripende, helt fra vogge til grav og bare en liten del skjer innenfor helse og omsorg. Alt det andre skjer ut forbi. Derfor var kommunen tidlig uten med å velge å forankre arbeidet med folkehelse under kommunedirektøren. Selv om folkehelsekoordinatorstillingen ble på papiret fjernet, fortsetter folkehelsearbeidet.

«Det vi på en måte ønsket var at ingen skulle ha det navnet *folkehelsekoordinator* for da var det, opplevde vi at det lett ble en sånn ... fraskrivelse av ansvar. Ja. Da var det veldig mange som ikke gjorde noe, for det var en koordinator. Så det driver jeg stadig og sier at; «Vi har egentlig ikke det» [folkehelsekoordinator], men vi driver med folkehelsearbeid i absolutt alle sektorene våre.» Helene

5.5.1 Koordinatoren for folkehelse

Helens stillingsbeskrivelse omfatter derfor ikke folkehelsekoordinatorrollen, fordi hun ikke utøver funksjonen slik de andre gjør det, hun *koordinerer* folkehelsen. Sagt med hennes ord «Det er ikke stillingsbeskrivelse det å tenke folkehelse i alt vi gjør!». Da undertegnede tok kontakt med kommunen for å avtale å intervju dem, var de veldig tydelige på dette. Jeg tenker at dette er viktig å ha med i studien da det viser en litt annen måte å effektivisere folkehelsearbeidet og det er i denne kommunen at folkehelsearbeidet er best strukturelt forankret og utøvd organisatorisk.

Helene har lang erfaring etter å ha jobbet i den kommunale tjenesten i ca. 30 år, hvor hun har hatt mange roller. Nå arbeider hun som rådgiver for helse og omsorg i den kommunale staben. Der skriver hun saker, søker tilskudd, og arbeider mye med mange av kommunens planer, og de skal jo gjennomsyre folkehelse, forteller hun. Så Helene ser på sin organisatoriske forankring, som også innebærer at hun er rådgiver til kommunedirektøren Oddvar, som en helt optimal plassering for å kunne jobbe tverrsektorielt med folkehelsearbeid i kommunen. Kommunedirektøren kaller Helene for sin venstre hånd. Måten de omtaler hverandre på gir meg et inntrykk av at de har et godt og nært forhold til hverandre, basert på tillit og respekt for hverandres faglige dyktighet. Retningen for folkehelsearbeidet som kommunen har valgt, er de begge enige om at er den rette måten.

«Jeg tror min sjef måler min funksjon på om jeg leverer når jeg har sagt og når jeg skal, og hvis jeg gjør det så vet jeg at det er greit. Og da føler jeg at jeg har gjort jobben min. Det er selve leveransen som er viktig, ikke når på døgnet jeg gjør det, sene kvelden eller tidlig morgen.» Helene

Det er lett å effektivisere kommunepolitikken når det er korte linjer i organisasjonens tonivåstruktur. Når kommunedirektøren samler inn sine enhetsledere sammen med staben, så er det lett å nå hverandre. Helene synes det er fint å ha det så tett, at man bare kan svippe innom hverandre om det er noe en lur på. Å skille mellom personlige og profesjonelle relasjoner er for Helene ikke så vanskelig da hun ikke bor i kommunen hun jobber i, så hun er ikke en del av nærmiljøet og driver ikke på med aktiviteter der på fritiden.

«Det er mange folkehelsekoordinator som har en vanskelig rolle, for de kommer inn fra siden og sviver på utsiden av systemet, og så skal de prøve å komme inn

og forankre. Mens jeg sitter midt inni, rett under kommunedirektøren, jeg er inni hans system og da er det lettere for oss å forankre det.» Helene

5.5.2 Folkehelsearbeid er infiltrert i hele driften vår

Folkehelse har *alle* ansvar for i kommunen, men Helene har ansvar for folkehelseoversikten.

«Ja i og med at den [folkehelseoversikten] er lagt inn som en del nå av mitt arbeid, så tar det den tiden det tar når det trengs, når det kommer. Av og til kan det være mye, og av og til ingen ting. Man går inn når det trengs, og når det er hensiktsmessig.» Helene

Helene følger prosessen med å lage, utarbeide og oppdatere folkehelseoversikten sammen med en arbeidsgruppe. I tillegg til henne består gruppen av rådgiver i helse og omsorg, rådgiver oppvekst, kommuneoverlegen, plansjefen i kommunen, og leder for NAV. Hun forteller at hvert fjerde år er det en politisk involvering, samt medvirkning fra frivillighetssektoren. For å sikre medvirkning fra brukergrupper og innbyggere, organiserer kommunen folkehelseverksted. I 2020 ble det avholdt et større møte med de kommunale rådene; eldrerådet, ungdomsrådet, råd for personer med funksjonsnedsettelse, bruker organisasjoner og politikerne for å få med deres innspill på kommunens folkehelsearbeid. Helene var da også inne i levekårsutvalget og de fikk de komme med innspill på det som Helene la frem.

Helene forteller at folkehelseoversikten blir løpende oppdatert etter som det kommer nye undersøkelser fra Ung data, eller Folkehelseinstituttet. Da koordinerer Helene rapporten mellom arbeidsgruppa og ledergruppa til kommunaldirektøren som hun også er en del av. I styringsgruppen til kommunedirektøren jobber de med innspill til folkehelseoversikten. Helene er den som presenterer folkehelseoversikten i levekårsutvalget og har derfor innflytelse på hvilken informasjon som blir gitt. Hun presenterer endringer i de nyeste forskningsfunnene, snakker om hva kommunen tenker er utfordringsbildet, om hva som går bra og hva som går mindre bra. Levekårsutvalget får mulighet til å tenke og spørre, forteller hun. I tillegg til innflytelsen på hva som blir fremlagt i levekårsutvalget, har Helene også innflytelse i form av hva hun skriver, være seg folkehelseoversikten, saksfremlegg eller utarbeidelse av planer.

Helene opplever at det er et tett samarbeid i sin kommune. Når det kommer mail og post til kommunen angående folkehelsekoordinatorrollen, er det hun som siler ut hva hun trenger å

gjøre, og hva som kan koordineres til andre som det er naturlig for å jobbe videre med henvendelsen. På den måten er folkehelse ikke bare hennes ansvar. Det å ha tittelen «folkehelsekoordinator» gjør noe med ledergruppa og de andre tjenestene, forteller Helene:

«Det er en litt annen måte å jobbe på, enn mange kommuner som har en folkehelsekoordinator. Etter samlinger hos fylkeskommunen, da tenker jeg hver gang at det er veldig riktig sånn som vi har gjort. Fordi det blir ikke ... vi sitter ikke og snakker om at vi har et frisklivstilbud. Vi har trening, folk som trener, men vi har ... Vi driver med folkehelse i alt vi gjør! Litt sånn annerledes.» Helene

Under intervjuet kommer vi tilbake til hvorfor kommunen har valgt ikke å ha en folkehelsekoordinator. Det finnes ikke et eget tilskudd for folkehelse eller et folkehelsebudsjett, det er lønnsbiten som tar mestedelen av kaka, og så er det litt til kompetansemidler. Helene forteller at om en søker på en prosjektstilling for å innføre noe, så er det veldig farlig, fordi når pengene tar slutt, så rykker du ikke bare tilbake til start – men bak start. Fordi du vet nå hva som finnes av muligheter, og alt føles som om det var dårligere enn før, sier Helene. For å unngå en slik skuffelse krever det at kommunen tar en diskusjon på forhånd, fortsetter Helene. Skal prosjektet implementeres, skal det bygges på i løpet av prosjektperioden, og kan det gå av seg selv etter at de tre årene er over. Det har ikke alltid vært like mye bevissthet rundt dette, sier Helene, så kommunen har jo bommet noen ganger. Helene ser på folkehelsekoordinatorstillingen som er et eksempel på en prosjektstilling med lav stillingsprosent som aldri ble ordentlig integrert i driften rundt om i kommune-Norge og som nå eksisterer som små «polypper [satellitter]».

«Det er det vi egentlig ser at andre som har 20% [folkehelsekoordinator], da blir det litt det skjeve benet du ikke får med deg fordi du har så mye annet.» Helene

En løsning på disse små stillingene er Håkons forslag om et interkommunalt samarbeid om en felles folkehelsekoordinator. Helene forklarer for meg at kommunen har jo samarbeidet med nabokommunene i regionen om lokal medisinsk tjeneste og Friskliv og folkehelse i regionen.

«Så er det jo noe kommunen har tenkt på, og tenkt på, men det er ikke lett. Fordi folkehelseutfordringene i vår kommune er ikke de samme som hos de andre i regionen lengere unna oss. Vi har ulike strukturer, og vi har ulike utfordringsbilder. Det ville aldri være hensiktsmessig å ha en 20% som skal inn i en kommune hvor vedkommende ikke kjenner den fra før. Da får vi en satellittstilling. Det var jo det vi hadde før, og det fungerte jo ikke. Du må være en del av kommunen.» Helene

Helene tenker at en folkehelsekoordinator må minst ha en 80-90% stilling for å nå igjennom, eller som i hennes tilfelle hvor en del av stillingen er en del av å planlegge tjenesten. Det er en fare med å spisse profesjonsutøvelse, og å spisse funksjoner. Da rettes oppmerksomheten fort mot egen sektor. Et slikt spisset budskap kan gjerne bli oppfattet som masete og kan bygge motstand i de andre etatene.

5.5.3 Helenes faglige legitimitet og påvirkningskraft

Helene opplever at hennes faglige legitimitet har mørnet over tid. Hun forteller at den første folkehelseoversikten ble veldig grundig utført etter at kommunen fikk refs av Fylkesmannen i 2015 for at de ikke hadde en. I 2016 var den ferdig, og siden har den blitt revidert og oppdatert hvert år. Ting går inn og ut av folkehelseoversikten, sier Helene, så på ledermøtene blir avdelingslederne gjort kjent med at folkehelseoversikten finnes, og hva kommunen tenker om folkehelse. Folkehelseoversikten krever en medvirkning fra lederne fra alle de kommunale tjenestene fordi den inneholder en ressursoversikt over de ulike tiltakene som kommunen tilbyr. Helene er med på å informere ut i organisasjonen når den nye folkehelseoversikten er oppdatert.

Her i kommunen er det en helhetlig folkehelseplan som de andre kommunene i studien streber etter å oppnå. Folkehelseoversikten er den ikke bare en orienterings sak i kommunestyret, her har kommunen organisert seg slik at den ikke bare kommer flygende inn fra sidelinjen. Helene forteller stolt at folkehelseoversikten har dannet grunnlaget for hele kommuneplanen som ble revidert i 2018/19. Det er de utfordringene som kom inn da, som er grunnlaget for samfunnsdelen, noe som gjør den veldig viktig for planarbeidet. Kort sagt, så ligger folkehelseoversikten som et bakteppe for alt kommunen gjør, den vises til og den brukes.

«Men, den enkelte ansatte vil ikke kjenne til folkehelseoversikten vår sånn veldig. Men det trenger de ikke, siden den er tatt ned i planene våre. Det kommer igjen da på en måte i føringen i planene.» Helene

For Helene er det viktig å få frem at hun jobber på et plannivå og ikke på systemnivå der mye av disse henvendelsene foregår. Så hun koordinerer folkehelsehenvendelsene som kommunen mottar, siler ut hva hun deltar på og hva som kommunen kan søke på, eller sender det videre til noen andre. Dette er det som skiller Helene fra de andre folkehelsekoordinatorerne jeg har intervjuet.

«Det som jeg IKKE gjør, og det som kanskje har vært den store omleggingen, og som jeg tror henger litt igjen fra den tanken om en folkehelsekoordinator, det er å gå inn i sånn konkrete tiltak; om en kan starte en gå-gruppe ett sted, liksom. Da viser vi til det vi har av lag og foreninger, eller vi tar det opp. Er det noen som kan ... Altså, vi driver ikke og lager gå-grupper, sånn som noen folkehelsekoordinator gjør.» Helene

Fylket inviterer alle folkehelsekoordinatorene inn til felles samlinger. Helene deltar når hun må, men siler ut det som ikke er nødvendig.

«Vi er gamle i gamet nå, så vi blir litt slitne av og til av alle føringene fra fylket. Mye er bra, men det passer ikke alltid for oss. De legger fremdeles litt for mye fokus på det håndgripelige som frisklivstilbud; trening, mat og fysisk aktivitet. Vi skal ikke slutt å trene og spise sunt, men det burde parkeres litt, og heller trekke inn mestringskompetanse, søvn og trivsel i hverdagen. Som er viktig for god folkehelse. Fokuset på Friskliv forenkler oppgaven til noe som viser resultat, men da er du nede i en *utøvende* rolle som de kan gjøre i tjenesten hos oss. Mens vi mener at folkehelsearbeidet det er hvordan vi drar det inn i alle planene våre og tenker det.» Helene

Helene er klar over at måten kommunen er organisert på, kan oppleves som diffus og rar av andre, som om ingen tar ansvar. For, i hennes kommune er det viktig at *alle* skal ta ansvar for folkehelse.

«Så derfor så prøver jeg alltid å bare rette på det. Å si at jeg har ansvar for folkehelseoversikten, og så fordeler vi resten.» Helene

5.5.4 Sosiale ulikheter i kommunen

Kommunen har deltatt i et prosjekt med ambulerende frisklivstilbud med andre i regionen. I motsetning til fysisk aktivitet som må foregå der hvor folk bor, har dette prosjektet gått på tvers av kommunegrensene og gitt et spisset tilbud på områder som søvnkurs og ernæring.

«Sosial ulikhet er jo det største av alt i folkehelsearbeid, det er det vi jobber mot. Det gjennomsyrrer det meste, hvordan kan vi spesifikt utjevne forskjellene.» Helene

Som et eksempel på sosiale helseulikheter i kommunen trekker Helene frem barnefattigdom og utstyrssentralen som skal være for alle, som et universelt tiltak. Det har ligget litt i brakk i Koronatiden, men det er der. Et annet fokusområde er å legge til rette for dem som faller av på grunn av transport. Vi har mange familier med enslige forsørgere og uføre blant unge som vi har satt inn tiltak på, og vi har klart å gjøre noe med det. Det å gjøre en tidlig innsats, hele tiden

forsøke å oppdage, bistå og støtte der kommunen kan med f.eks. foreldre, veiledningskurs, inn i barnehage, på helsestasjonen, det er mange som kan forsøke å få foreldrene bedre rustet til å stå i det.

«... folkehelse er jo enormt svært. Så jeg tenker jo at ... kjempesvært. Så ... men at vi har fokus på sosial ulikhet, absolutt.» Helene

I rollen som rådgiver til kommunedirektøren, søker Helene på tilskudd fra Helsedirektoratet, statsforvalteren eller samarbeider med en annen kommune.

«Altså vi prøver jo å hente penger inn, for også tatt noen jafs, også må vi få det i drift, ikke sant?» Helene

Men Helene er av dem som tenker at penger ikke er løsningen på alt. Å bygge ut tilbud gjør ikke alt bra.

«Har en sånn holdning at jeg tenker at det er lurene å integrere det i det vi allerede har, og vise til alle de flotte egeninitierte tilbudene vi allerede har i bygda, driftet av andre enn kommunen.» Helene

Stolt forteller hun at kommunen har over 50 lag og foreninger, og informasjonen om dette ligger som et vedlegg i folkehelseoversikten, og på kommunens hjemmeside. Kommunene jobber med å gjøre legene mer informert om slike tilbud fordi de treffer innbyggerne som har helseutfordringer. De som bor i kommunen, har ansvar for sin egen helse og egen bolig. Kommunen ønsker dermed å unngå å lage mange særtilbud, samtidig som de skal fange opp det som går på ulikhet, og hjelpe dem som er i randsonen.

Helene poengterer at det er et stort fokus på at alt skal være evidensbasert og kunnskapsbasert. Men, for henne er det viktig å ikke 'se seg helt blind' på tall i statistikkene som ligger til grunn for folkehelseoversikten, som danner grunnlaget for kommunes fokus på sosialhelseulikhet. For Helene og hennes arbeidskollegaer handler det om hva som blir målt og veid. For det første får statistikker i små kommuner store utfall av få tilfeller, og for det andre så må man tenke over hva som er målt, og hva som mangler i målingen. Helene tenker at noe av det viktigste er sunn fornuft fremover, bruke lokal kjennskap og kunnskap til det vi ser i bygda vår selv om tallene kan vise noe rart.

Dette eksemplifiserer hun med å se på overvektallene i kommunen. Her skårer kommunen høyt blant de unge. Tallene er basert på vekt hos førstegangs svangre. Utvalget er dermed veide, gravide kvinner. Helene tenker at det er jo mange unge kvinner som ikke skal ha barn og mange

unge som ikke er kvinner, men som er unge menn, som da ikke er med i utvalget. Det andre utvalget, forteller hun videre, baserer seg på selvregistrert vekt ved førstegangstjenesten. Her er det mulig at de som ikke har lyst til å tjenestegjøre, fører opp et litt høyere tall for å slippe sesjon. Helene tenker at da må kommunen spørre seg om disse tallene betyr at kommunen har en tykk befolkning, eller må tallene ses på med fornuft? Det er derfor viktig for Helene at kommunen ikke bare planlegger ut fra den eksisterende dataen, for det er så mye de ikke vet. Undersøkelser har aldri 100% representasjon, og derfor er det viktig å normalisere det å være et menneske, det kan være tøft, ensomt og går opp og ned, sier hun.

5.6 Kommunedirektørens (Oddvar) forståelse av folkehelsekoordinatorens rolle

Oddvar har en lengre erfaring som kommunaldirektør enn Kjell og Jan. Han har arbeidet som kommunedirektør i andre kommuner og har erfart å ha en folkehelsekoordinator i en større stilling enn 20%. Oddvar opplevde at en slik spisset rolle kan føre til at folkehelsekoordinatoren mister helhetsbildet. I tillegg oppleves det som veldig masete om folkehelse er alt denne personen arbeider med, forteller han. Derfor har de ikke en folkehelsekoordinator, men Helene har ansvaret for å koordinere folkehelsen.

«Helene har en god forståelse av folkehelse, et godt overordnet blikk og er god på å formidle dette i ord med substans. Jeg er veldig fornøyd med å ha henne i denne funksjonen.» Oddvar

Oddvar tenker at en folkehelsekoordinator skal *koordinere* folkehelsearbeid i kommunen, og jobbe aktivt med å implementere folkehelsebegrepet i alle ledd i virksomheten og i samfunnet for øvrig. Kommunens folkehelseperspektiv er forankret på det politiske nivå og legger videre føringer for driften. Derfor ligger folkehelseperspektivet som et punkt i saksforberedelsen, til gjennomføring og ut i organisasjon. Dermed er det folkehelse i alt kommunen foretar seg.

Oddvar forklarer hvordan folkehelsearbeidet er godt forankret i toppledelsen i kommunen. Det overordnede ansvaret ligger hos Oddvar, og det overordnede faglige ansvaret for folkehelsearbeidet ligger hos kommuneoverlegen. Helene er knyttet opp til kommunedirektøren som rådgiver, primært for helse og omsorg, og er således hans representant for folkehelse samtidig som at hun er med i enhetsgruppa. Oddvar forteller at kommuneoverlegen har vært mye opptatt da han server to kommuner, så det har blitt mer ansvar på Helene som sitter i funksjonen. Oddvar mener at det er rom for vesentlige forbedringer på dette punktet. Han

ønsker å ha kommuneoverlegen mer involvert i arbeidet for å få ytterligere tyngde på det faglige perspektivet i folkehelseoversikten.

Kommunen har en tonivå-struktur så det er korte linjer i organisasjonen. For Oddvar er det viktig at de ansatte kommer vekk fra stortanken og heller har en enhetsfølelse. Kommunen har jobbet mye med hvordan de organiserer seg for å skape fellesskapsfølelse, der innbyggerne er kommunens kunder uavhengig om du er i en sektor eller en annen sektor. Dette arbeidet er ganske krevende, men Oddvar føler at de er ganske gode på dette med samarbeid på tvers av sektorer. De tilbyr lederopplæring på enhetsnivå, og da er også Helene med. Folkehelse er nå over tid implementert som en naturlig tankegang i kommunen, og det har blitt naturlig å reflektere over det i det en foretar seg. Folkehelseperspektivet er inne i saksmalene, og folkehelseoversikten blir snakket om, tatt opp, og gjennomgått jevnlig.

«Det som er heldig i denne kommunen, det er at jeg jobber med folk som faktisk vil noe, og som evner noe, og får det til. Ja, jeg opplever det. Det er ikke folkehelse arbeidet eller tankegangen jeg går og bekymrer meg over mest i hverdagen, for det flyter.» Oddvar

Oddvar forteller at det er viktig for kommunen å ta universelle grep for å hankses med wicked problems, slik at de kommer inn med en tidlig innsats for å unngå individuelle tilfeller med tanke på et senere tidspunkt.

«Det å få folkehelsebegrepet inn i alt vi driver med, det er jo på en måte det enkleste tiltaket vi kan gjøre, sånn som jeg tenker det. Så det er viktig at vi har noen som kan koordinere det, at det er noen som kan følge det opp. Og så spre det ut i organisasjonen og forankre det på politisk nivå, derfor har vi en koordinator for folkehelse.» Oddvar

5.7 Folkehelsekoordinator 4 (Turid)

Turid forteller at hun jobber i en kommune med et veldig lavt folketall og tette tjenesteforhold. Kommunen har god økonomi, så gode ideer og tiltak får raskt pengestøtte. De siste to årene har hun kombinert en 40% stilling som seniorrådgiver og folkehelsekoordinator, etter at hennes daværende stilling ble regionalisert og hun ikke ønsket å pendle. Den lave stillingsprosenten kan til tider være ganske hemmende og det kan være vanskelig å disponere tiden mellom de

ulike rollene hun har. Men hun ønsker ikke å arbeide i en større stilling, selv om kommunen er villig til å øke den.

«Jeg må hele tiden, eller i alle fall av og til, minne meg selv på hvorfor jeg, grunnleggende, er her, og hva som er min grunnleggende rolle. Jeg jobber som sagt med veldig mye forskjellig. Mm mmm.» Turid

Turid har, som hun sier selv, en ganske solid bakgrunn innenfor ganske mye. Hun kjenner kommunen sin veldig godt og har lang erfaring med å samarbeide med mange ulike tjenester. Når det er bekymringer og problemer, så opplever Turid at kommunen tar tak i det. I begge rollene sine arbeider hun tett på kommunedirektøren noe som gir henne en stor tilgang på informasjon. Plasseringen direkte under kommunedirektøren gjør at arbeidet hennes blir forankret på øverste nivå med en politisk behandling av vedtaket. Så Turid føler at hun oppnår faglig legitimitet i arbeidsoppgavene hun gjør. Mye av jobben hun gjør, synes hun selv, er ganske praktisk inn mot folkehelseutfordringene i kommunen.

«Vi har ofte en dialog for å finne ut kvalitativt, skal vi gjøre noe her, er det bare en person som definerer dette som et samfunnsproblem? Altså, ... det kan en jo oppleve da». «Jeg kan fremme mine synspunkter og mine saker på et ganske tidlig tidspunkt, au drøfte. Få ... få mulighet til å få økonomi til prosjekter, eh.. så det er jo veldig korte linjer hos oss da. Så jeg synes at det fungerer veldig greit da. Jeg er jo ikke «eid» av noen, for å si det sånn, jeg har en selvstendig rolle som jeg tenker er riktig og viktig, som folkehelsekoordinatoren må ha.» Turid

Kommunen har vært inne på tanken om omstrukturering, og Turid ble i den anledningen spurt om hvem hun gjerne vil tilhøre om hun ikke skal ligge rett under rådmannen.

«Forslaget fra rådmannen var at jeg skulle da, tilhøre informasjonsavdelingen. Men, altså mitt ønske var da, å ligge til plan. Ja. Jeg vil helst ligge til plan. Jeg tenker at det ... eh... sånn som jeg jobber, og sånn som folkehelse egentlig skal være på koordinatornivå, så bør det ligge til plan. For kommer du på de myke avdelingene, så mister du noe av rollen og effekten. Eh ... så jeg vil tenke at planavdelingen er der folkehelsekoordinator bør høre hjemme. Og ikke heller i helse!» Turid

Å kunne jobbe sammen med plan synes Turid er kjempespennende. Hun blir jo kalt inn til alle deres møter og kan delta om det passer for henne. På grunn av Koronapandemien har disse møtene foregått på internettplattformen Teams time i måneden. Hun forteller videre at på disse møtene informeres det om alle planene det jobbes med. Nå nylig ble Turid med i en gruppe som skal utvikle et fritidsområde og da kan hun ha folkets perspektiv med seg i det arbeidet, forteller hun ivrig.

Turid har ikke en stillingsbeskrivelse. Noe hun opplever som en frihet til å gjøre jobben slik hun tenker det riktig. Om det nå ble utformet en stillingsbeskrivelse, ville ikke dette ha hemmet henne. Fordi hun ville ha blitt spurt om å være med på å utforme den, og dermed hatt stor innflytelse på hvordan den skulle se ut. Muntert forteller hun:

«Så jeg står jo egentlig på den ene siden veldig fritt å gjøre litt som jeg vil og utarbeide dette selv. Men På den andre siden så er det ikke så mye å kontrollere i forhold til meg da, for jeg kan jo bare si at alt er folkehelse, he he he...» Turid

Videre i intervjuet, når vi snakker om det å tenke langsiktig mot mål en ønsker å oppnå i stillingen, reflekterer Turid over hvordan hun startet helt fersk i stillingen under Koronapandemien og måtte jobbe ut fra hjemmekontoret.

«Jeg har jo famlet ganske mye for å finne ut av hva egentlig en folkehelsekoordinator skal gjøre for noe. Jeg har ikke hatt noen som kunne veilede meg. Har ikke hatt noen å arve det av, eller jo, jeg arvet det etter noen. Men det har jo vært i papirform, ikke sant. Eller dokumenter. Så jeg synes det har vært kjempeproblematisk til å begynne med, å få ansvar for folkehelse som jeg ikke visste hva var. Så jeg skjønner jo egentlig veldig godt de samarbeidspartnerne som må tenke at; det er noe ett eller annet uti der. Men nå har jeg fått et mer nært forhold til det, å .. å ... og vet jo mye mer hva det dreier seg om og hvor viktig det er.» Turid

Turid forteller at hun har funne seg til rette i stillingen og definerer folkehelse veldig bredt. Det innebærer at hun får veldig mye annet puttet inn i stillingen, så hun jobber veldig annerledes enn den forrige folkehelsekoordinatoren gjorde. Når vi snakker om mestringsfølelse i jobben utdyper Turid mer om hvordan hun opplever folkehelsekoordinatorrollen sin:

«Jeg sitter jo mye bedre i stolen min nå, og vet hva jeg holder på med. Og hva jeg kan gjøre inn forbi mine rammer og .. og har denne enorme friheten jeg har og setter pris på den. Men, jeg begynner å bli gammel, skal snart gå av med pensjon. Så, jeg har ikke så veldig mye jeg trenger å bevise. Jeg skal bare ha det greit, jeg.» Turid

«Kommunedirektøren ser nok ... høyere suksessfaktor i meg enn jeg gjør selv. Ehm.. jeg er kanskje ikke så opptatt av det.. eh... Jeg er ikke så opptatt av hvor jeg står sånn... Men, det er klart at jeg har en del saker som er gladsaker. Altså få igjennom en plan her og en plan der, et vedtak der, og får veldig mye skryt for det. Det er klart at det booster jo hennes [kommunedirektørens] rolle. Men jeg vet ikke om det booster så mye for min del. Fordi at jeg vet jo at, oi, det var en plan med her, da må jeg begynne å jobbe med en plan. Jeg ser vel på det mer som et arbeid...» Turid

Kommunen har organisert seg slik at det er Turid som i utgangspunktet har ansvaret for å fremme folkehelseplanen for lederne i kommunen. Så er det opp til dem å drøfte og vedta hvordan kommunen skal jobbe fremover med folkehelseperspektivet.

«Det som jeg kanskje synes er litt vanskelig, det er jo hvis en brenner for folkehelse og tenker at alle de andre lederne ellers, de brenner og for det! Det gjør de jo ofte ikke, de sitter jo og nikker litt.» Turid

Turid opplever at tilbakemeldingene hun får, er ofte:

««Ja, vi ser det, og vi ser at du problematiserer, og hva vil du gjøre med det?» altså det er litt opp til meg å foreslå tiltak da.» Turid

Når de andre arbeider med folkehelse innenfor sine sektorer, hender det at de kommer til Turid og ber henne se igjennom innstillingen de jobber med, forteller hun. Da ønsker de innspill på folkehelseperspektivet. Ellers er Turid med på ganske mye i en bred skala, synes hun. De hun samarbeider tverrsektorielt med, treffer hun jevnlig, enten går hun til andre eller de kommer til henne om det er en sak som skal drøftes.

Turid tenker at folkehelsearbeidet er alles ansvar, men strukturen er ikke på plass. Hun mener at lederne bør være forpliktet til å si noe om hvordan de har jobbet med folkehelse i årsmeldingen til kommunen. Hun synes ikke det er nok bare å ha folkehelseperspektivet med i saksinnstillingene, fordi disse er ofte rimelig tomme. Derfor bør kommunen, etter Turids syn, jobbe for å få en gjennomgående bevissthet omkring folkehelse, og fokus må holdes oppe og holdes varmt. Turid tenker at det er en jobb som hun må gjøre inn mot ledermøtene, men på grunn av pandemien har ikke disse møtene funnet sted, så hun har ikke hatt muligheten til å gjøre det da.

«Det kan bli bedre, men jeg tenker at jeg har en jobb å gjøre der. Må banke litt i bordet å si «hallo» dette må vi jobbe sammen om, og de har et ansvar eh.. å dere må faktisk gjøre det, og dere må rapportere på det. Så, det er noe av det jeg har på planen videre da. Mmm mmm.» Turid

5.7.1 Tilrettelegging for folkehelse på tvers av sektorer (boundary spanning)

Turid har arbeidet veldig praktisk med oppgaver som hun har tenkt at det er viktig og riktig å ta tak i, via kommunedirektørens tillatelse. Det innebærer å samarbeide med mange aktører på tvers av sektorene for å forsøke å koordinere kommunens folkehelseiltak. SLT-koordinatoren (Samordning av Lokale rus og kriminalitetsforebyggende Tiltak), pleie og omsorg er aktørene hun nevner å ha et tett samarbeid med.

I en liten kommune som dette, er det en kollegial nærhet som gjør en strategisk tilnærming til bruker av den uformelle møteplassen overflødig.

«... Nei ... altså, her i kommunene så er det jo helst kollegaer som en kjenner veldig godt. Så.. det går jo litt sånn ... Akkurat når vi ikke er inne i en setting som handler om fag, så er det litt sånn: «Hvordan går det hjemme hos deg? Har du hatt Korona? Hvordan er det med ungene?» Altså vi blir nok fort veldig private da. Men, selvfølgelig om det er noe jeg vil oppnå, så ... kan en jo ta vekk den personen og spørre «har du to minutter, jeg må drøfte med deg». Turid

I rollen som folkehelsekoordinator er det viktig å være en god nettverksbygger, forteller Turid. Videre sier hun at en må tenke at man er en edderkopp i et spinn, og så må en prøve å finne ut av hva som er din gevinst for å delta på møte. Turid møter mange forskjellige faggrupper som har hver sine spesielle og særinteresser, og da er det viktig for henne å være en megler som prøver å glatte ut ulikhetene, selv om det kan være vanskelig.

«Når en samarbeider, da må en være litt elegant i sin uttrykksform, å passe på litt at en ikke henger noen ut, skader noen, det en sier, at det ikke kan bli misoppfattet. Eh... prøve å holde det gode humøret oppe og ja, sanne ting.. for å komme i mål.» Turid

Turid forteller at hun tenker mye på hvordan hun oppfører seg i samarbeidsrelasjon til andre og er bevisst på hvilke mål hun vil oppnå.

«Etter mange år i tjeneste så, så vet jeg hvor en skal passe seg litt, hvor en kan spøke litt, og hvor en kan være veldig seriøs og ... he he... Men, man har jo et mål man gjerne vil oppnå også.» Tuid

Turid mener at samarbeid fungerer best når det er tillit, tillit til hverandre og trygghet i gruppa. Hun pleier å kjøpe inn litt kake, starte med en uformell tone. Hun begynner kanskje med en vits eller bruker fem min, på å prate litt om hva som har skjedd nylig. Rydde unna det som man synes er ubehagelig, om man synes det er en elefant i rommet. For henne er det viktig at folk senker skuldrene og løsner litt opp for å kunne gi av seg selv. For, som hun sier, så er det ikke alle som er så veldig glade i å snakke i et offentlig rom, og enkelte bruker tid, selv i en gruppe på 5-6 personer, før de åpner opp og 'sitter godt i stolen sin'. Turid er bevisst på at alle i gruppen skal ha en god opplevelse når hun har kalt inn til møte, og synes det er viktig at alle får samme viktighet, og føler at de kan komme med det de vil.

«Jeg tekte at det er viktig at eh... de som er stille .. at de kommer til orde. Og så er det viktig å dempe dem som aldri rekker opp hånden, men bare svarer. Så jeg lurte litt på hvordan jeg skulle gjøre det, da jeg holdt et møte og det var en av

deltageren som var veldig stille. Så tok jeg ham til siden og sa «Trives du i gruppen her, er det bra, er det greit?» «Synes du vi prater alt for mye?» Dette var en mann da, som ikke sier så veldig mye. «Nei», sa han. Han var veldig glad for å ha blitt spurt om å være med i gruppen, men .. han ... han trives i gruppen da. Så da tenkte jeg at jeg i iallfall hadde åpnet opp og spurt.» Turid

Når Turid har egne prosjekter, så er det hun som står for å koordinere og invitere, og sørge for møte og møteform. Men oftest er det andre som inviterer henne inn. Det er ikke alltid at hun føler disse møtene har vært nyttige. Andre ganger har hun måtte gjøre en jobb for å bli invitert inn på møter som hun gjerne vil delta på, som blant annet plan. Andres tanke om hva folkehelsekoordinatorrolle er, samsvarer nok ikke helt med hvordan Turid oppfatter rollen.

«De synes nok ikke at jeg er like viktig som jeg synes at jeg er. Ehm... jeg tenker nok at de... og jeg tenker nok at de er litt redde for å få for mye jobb fra ... Altså for det første, ... at jeg ikke må bli for masete, ja. Og at jeg ikke må pålegge dem oppgaver ...eh ... for de har mer enn nok fra før, så det er litt.. Jeg må holde meg litt på min egen bordhalvdel, for å si det sånn. Men allikevel prøve å komme med folkehelsens intensjoner da. Og på planarbeid da, ikke sant, så jeg har jo f.eks fått mast meg til å få ut planer fra planavdelingen vår. For jeg ser at det er viktig i forhold til folkehelse. La meg tenke på det, at det kan jo ha konsekvenser for folkehelse å omregulere f.eks et friluftsområde. Ehm... og da vil jeg veldig gjerne være med, og det fikk jeg ikke helt gehør for. Og så gikk jeg til kommunedirektøren og sa at sånn vil jeg gjerne ha det. Så tok hun en telefon, og så fikk jeg det sånn! Altså, ja ... og så prøver jeg å være ... at jeg skal være faglig i deres gruppe. Men at jeg skal være positiv, og som jeg sier, jeg skal jo ivareta folkets interesse da opp i dette. Se hva det betyr for eldre mennesker, for ungdom ... så jeg eh... De skjønner jo at jeg er der, og jeg tror at de synes det er allright. Men eh.. de kunne nok au av og til gjerne ha vært meg foruten. Ja...» Turid

Av tiltak som hun har jobbet med det siste året er utarbeidelsen av en tilflytterplan som akkurat ble landet politisk, og gjennomføringen av ung data-undersøkelsen.

5.7.2 En praktisk tilnærming til sosial ulikhet i kommunen

Turid forteller at kommunen har hatt et problem med rask innflytting og rask utflytting, fordi mange tilflyttere sliter med å tilpasse seg i et lite miljø, og ungdommene opplever ensomhet. Så når barna i en familie ikke trives, flytter de. Hun sier at kommunen er oppmerksomme på at når ungdommer sliter i skoletiden, så kan det få konsekvenser for voksenlivet. Turid har deltatt i utarbeidelsen av tilflytterplanen som sier noe om hvordan kommunen skal jobbe, både på kort og lang sikt med dette.

Ung data undersøkelsen for 2022 er akkurat ferdig, og for første gang i år, så hadde de ung data junior. Fordi Turid tenkte som så at nå når kommunen har ungdomsproblematikk, så er det jo veldig viktig å se hvordan de har det fra 5-7. klasse. Funnene har hun presentert for levekårsutvalget i kommunen. Dette er en del av folkehelsekoordinatorjobben som Turid liker godt fordi hun opplever utvalget som veldig humant. De er lydhøre og vil veldig gjerne være med på å sørge for at folk i kommunen har det veldig bra, være seg om du er ung, om du er midt i livet, eller om du er veldig gammel, forteller Turid.

«Det som er litt dumt med vår kommune som er så liten, det er jo ofte at en del av tallene ikke vises fordi eh... blant annet ungdoms tallene vise ikke, fordi vi skiller ikke på klassetrinn.» Turid

Turids kommune henger også litt etter med folkehelseoversikten, forteller hun. Turid forklarer at det er kommuneoverlegen som er ansvarlig for å oppdatere og utarbeide denne. Den forrige folkehelseoversikten er fra 2016 og ble utarbeidet av helse og kommuneoverlegen. Folkehelseoversikten er ikke revidert i 2020.

«Nå får vi en ny kommuneoverlege. Så, jeg ba om at de satte i gang med det arbeidet. Jeg vil invitere inn på en kopp te og en god prat så får vi se hva som skjer.» Turid

Folkehelsekoordinatorens rolle i folkehelseoversikten er begrenset, Turid har tilbudt seg å bistå og hjelpe med det hun kan. Da intervjuet tok til, hadde ikke den nye kommuneoverlegen tiltrådt stillingen, og Turid var usikker på om den forrige kommuneoverlegen hadde startet på dette arbeidet. Hun forteller at kommunen mangler å ha god oversikt over folkehelseutfordringene. Den tidligere utgaven har ikke Turid vært med på å lage, men hun sier at den bygger på data fra innbyggerundersøkelse, innhentet erfaringsbasert informasjon om kommunale brukertjenester, innspill om utfordringer fra kompetansegruppa (Helse, barn og ungdom, NAV Sosial tjenester og folkehelsekoordinatorer) og ledergruppa.

5.7.3 Folkehelsesamlinger

Turid har en god relasjon til samarbeidspartnerne sine, men opplever at det å jobbe som folkehelsekoordinator er litt ensomt. Hun savner det kollegiale å kunne jobbe tett med andre folkehelsekoordinatorer. Fylkeskommunen er gode til å holde henne informert, men:

«Jeg har jo litt problemer med å reise på en sånn samling. Fordi at det er ... jeg bruker en ukes arbeid på det, ikke sant. Det er frem og tilbake til byen, da går det en arbeidsdag, også er det da selve opplegget som varer en dag, så var det den uken da. Så jeg må være veldig kresen og nøye på hva jeg bruker tiden min på. Det kjenner jeg mer og mer at jeg må være. Mm mm. Det som har vært veldig gunstig under pandemien, har vært at vi har kunne deltatt på mye mer på Teams. Men nå ser jeg at man går mye mer tilbake til at «Nei, nå skal vi samles! Mingling er viktig! Det er viktig å knytte kontakter!», og jeg tenker ja, jo ... det er det! Det er kanskje au viktig å få alle sammen med, da. Sånn at vi faktisk eh ... får det faglige påfyllet som vi higer etter, ikke sant? Men når de igjen nå begynner å gå tilbake til fysisk oppmøte i byene, så synes jeg at det blir vanskelig for min del, med min stillingsprosent.» Turid

Lange avstander gjør at Turid ikke føler en tett relasjon til fylkeskommunen. Det er sjeldent de kommer til kommunen.

«Det ikke meg de stikker innom på veien! ... Jo, kanskje på vei til hytta sånn en fredag ettermiddag. Så kan det hende at de sier «Kan jeg ikke komme innom deg en tur og si hei, så hører vi litt åssen det går med folket?». Så sier jeg – jo vær så god. Så føler jeg av og til at det er litt sånn ... litt ekkelt ... for jeg vet ikke helt om de skal se meg i kortene, og de tenker veldig sånn ut ifra hvordan en bør jobbe, for det står i de og de dokumentene. Ikke sant? «Altså sånn jobber vi folkehelse» og jeg tenker en bitte liten kommune som vår og andre må jobbe litt annerledes, rett og slett.» Turid

For Turid sin del innebærer det at hun kan miste litt overblikket når hun dykker ned i forskjellige arbeidsoppgaver som hun løser selv fordi hun ikke får andre med. Når vi i intervjuet kommer inn på det å tenke langsiktig for å oppnå mål, så gjør Turid dette mer på et enkeltsaksnivå, mens på strukturnivå er hun usikker på om hun tenker langsiktig. Hun er klar over at dette ikke er en arbeidsmåte som kunne ha fungert i en stor kommune, der er det en helt anen struktur på folkehelse.

«Det kan jo være flere ansatte på folkehelse og det tenker jeg er kjempeviktig å ... men det faglige.. jeg tror det er viktig å finne noen som du jobber godt faglig sammen med og har litt samme målsetting som deg. Eh ... på gode tjenester for innbyggerne. Så pleie og omsorg, altså vi ser jo på hvordan eldre har det i vår kommune, vi hadde en eldredag, og da tok jeg og laget et spørreskjema for å høre hvordan de eldre egentlig hadde det. Det var kjempe interessant. Vi fikk vite hvordan de synes det er å bo i en kommune med vinter i syv mnd. Hvordan klarer de å komme seg ut? Hvordan klarer de hverdagen? Vi fikk masse nyttige tilbakemeldinger, og det er sånn jeg bare kan finne på sånn, [knipser med fingeren] ikke sant?» Turid

Turid er den av de intervjuede folkehelsekoordinatorene som er mest bevisst på at hun tenker strategisk på hvordan hun griper ting an, og vet hva hun gjerne vil oppnå. Hennes strategi er å være godt forberedt til møter med flere aktører hvor hun er usikker på om:

«Har vi egentlig samme mål eller er det noen her som faktisk tar den, og ikke vil på banen, ikke vil gå samme retning som meg. Så, så... så må en jo jobbe spesielt der da.» Turid

Da lager hun planer og finner regelverk og lover.

«Kommunen er faktisk ansvarlig for dette ... uansett hva dere sier, så er det faktisk det vi må forholde oss til rent juridisk, sånn er det! Hvordan kan vi komme dit? Hva kan du gjøre? Hva kan din tjeneste gjøre?» Turid

Når en skal jobbe tverrsektorielt er det viktig å gå med folk, altså du kan jo yte motstand, men på en ordentlig måte, forteller Turid. Altså respekt overfor de du skal jobbe med, ikke gjøre de feil. Så Turid føler jo at hun får gehør, at de respekterer henne, langt på vei. Med et smil legger hun til:

«Selv om jeg som sagt, at av og til så synes de nok at jeg er litt brysom. Kunne roet meg litt mer ... he he he ...» Turid

6 Drøfting – Folkehelsekoordinatorens muligheter og hindringer

6.1 Innledning

I denne studien er folkehelsekoordinatorenes arbeidsoppgaver i stor grad knyttet til folkehelseoversikten som kartlegger samfunnsflokene som oppstår på bakgrunn av de sosiale helsedeterminantene i kommunene. Folkehelseoversikten brukes inn i kommunens planarbeid for å sikre en holistisk tilnærming i kommunens samfunnspolitikk. I drøftingen under vil det bli diskutert hvordan konteksten, de organisatoriske forholdene, har betydning for måten folkehelsekoordinatoren opplever muligheter og begrensinger i å få gjennomslag for helse i all politikk. Stillingens organisatoriske plassering og størrelsen på stillingen er avgjørende faktorer.

Graden av folkehelsekoordinatorens involvering i det tverrsektorielle arbeidet med folkehelseoversikten, og mulighetene til å presentere denne for politiske utvalg, er avgjørende for i hvor stor grad utvalget opplever gjennomslagskraft for folkehelseperspektivet inn i samfunnspolitikken, og i hvor stor grad de ulike aktørene i kommunen får en felles forståelse av hva som er god folkehelse og hvordan dette kan oppnås. Kommunedirektørens forståelse av folkehelsekoordinatorrollen og måten de velger å tilrettelegge for stillingen, tilfører drøftingen flere dimensjoner inn i konteksten som former folkehelsekoordinatorenes livsverden og inn i folkehelsekoordinatorenes subjektive opplevelser av rollen.

Videre tar oppgaven for seg hvordan folkehelsekoordinatoren, innenfor stillingsrammene, har hatt muligheter til å utforme sine boundary spanner-ferdigheter. Vedkommende er med på å skape de interne forholdene i samarbeidet, kobler sammen ulike aktører og tilrettelegger for ulike arbeidsprosesser i sin boundary spanner-rolle. Avslutningsvis drøftes det hvordan sosial helseulikhet som en wicked problem blir jobbet med på ulike måter i kommunene.

6.2 Folkehelsekoordinatorens opplevelse av de organisatoriske forholdene omkring stillingen sin

Folkehelsekoordinatorene i denne studien har alle en liten stillingsprosent som de kombinerer med andre stillinger. Det gir dem liten tid til å kunne fremme folkehelseperspektivet inn i kommunens planverk, og å kunne samarbeide på tvers av avdelings- og sektorgrenser på en tilfredsstillende måte, for så å promotere dette inn mot politikkkutformingene, sektorene og

kommuneorganisasjonen (Hagen et al., 2015). Kommunedirektøren Jan påpeker at i en liten kommune er det ikke fagmiljøer, men enkeltpersoner som kan, fra tid til annen, glippe i oppgavene på grunn av kapasitet. Det ikke å ha et fagmiljø gjør at folkehelsekoordinatorenes arbeid kan oppleves som ensomt uten å ha noen å sparre med. Fylkeskommunen forsøker å kompensere for dette ved å organisere samlinger for folkehelsekoordinatorene. Samlingene har ikke så høy prioritet i utvalget. Dette begrunnes med at fokuset på fylkessamlingene oppleves som mer rettet inn mot større kommuners utfordringer med wicked problems som er knyttet til folkehelsen, og en lang reisevei som fører til at mye av arbeidstiden går tapt i en liten stillingsprosent.

Stillingsstørrelsen er lav i utvalget, og dette påvirker hvordan de opplever sitt folkehelseansvar. Kommunedirektørene har det overordnede ansvaret for folkehelse, men for dem utgjør folkehelsen bare ett av mange perspektiv som skal bli ivaretatt. En folkehelsekoordinator i en 20% stilling jobber ofte periodevis med for eksempel planarbeid. Det innebærer at vedkommende kan miste mye av bredden og effektiviteten i arbeidet med å sikre at kommunen tenker helse i alt de gjør.

HiAP-tilnærmingen bygger på at sosial ulikhet skal sees på som et helseproblem, og at alle kommunale sektorer bør ha dette som et utgangspunkt for sine handlinger (Hagen et al., 2019). Når sektorene endrer oppfattelsen av hva folkehelse er, vil det føre til en endring i rammeprosessene (Williams, 2012, s. 70-74). Holt, Carey og Rod (2018) sin studie, av danske kommuners organisasjonsstrukturens rolle i fremhevingen av helseperspektivet, viser til viktigheten av at hver sektor får en økt bevissthet på hvordan de påvirker folkehelsen. Her kan det trekkes en parallell til slik den norske folkehelsekoordinator arbeider. I Oddvars og Helenes kommune har de jobbet mye med at alle sektorene skal tenke folkehelse i alt de gjør, så Oddvar opplever at folkehelseperspektivet flyter i organisasjonen. Dette er fordi Helenes rolle er å koordinere folkehelse. På den måten er ikke folkehelse knyttet opp til bare en person, slik at andre kan fraskrive seg ansvaret. Helgesen et al. (2014, s. 117) påpeker at kommuner som investerer i kompetanseoppbygging under et prosjekt, ofte mister den når prosjektet er avsluttet. Dette er også en av grunnene til at Helenes kommune er betenkte når det kommer til prosjektstillinger. Før de vurderer å søke på nye prosjekter, forsøker de nå å ta realistiske overveielser om nye prosjektstillinger vil være integrert i driften før perioden er over, og hvor de vil plassere stillingen slik at den får utøvd sin intensjon.

I de andre kommunene har ikke folkehelsekoordinatorene klart å endre silomentaliteten i sektorene slik at de kan gjennomføre de folkehelsemålene som er satt i kommuneplanene på en tilfredsstillende måte. Kiland et al. (2015) viser til at den organisatoriske plasseringen av stillingen påvirker hvor inkludert folkehelsekoordinatoren føler seg, og hvor stor påvirkningskraft de har på folkehelsepolitikken. Helgesen et al. (2014, s. 118) poengterer at det kan variere hvorvidt folkehelse- og forebyggende tiltak blir sett på som økonomisk nyttig å iverksette av kommunen. Kommunedirektør Jan tar også et oppgjør med hvordan kommunen tidligere har jobbet med kommuneplanene, hvor de fleste av handlingsdelene er utført av plansjefen alene. Han kaller det for en logisk brist, at all utviklingen skal tilbake til en person. Viktigheten av arealutviklingen er noe kommunedirektøren Kjell snakker mye og varmt om fordi det handler også om å ta tak i de sosiale helsedeterminantene som former folks liv der de bor.

Helse- og omsorgsdepartementet (2003) poengterer at folkehelsekoordinatoren «bør arbeide på et strategisk nivå og opp mot det politiske nivået». Kari er den eneste som ikke ennå har en stilling som er tilknyttet plan og har derfor ikke i like stor grad som de andre folkehelsekoordinatorene kunnet medvirke i planarbeidet. Hun er ikke inkludert som en del av kommunedirektørens stab, selv om Kjell er hennes nærmeste sjef. Hun synes det er vanskelig å holde seg oppdatert på hvor og hva som er folkehelseutfordringene i kommunen, og følelsen av å være glemt dukker opp flere ganger i løpet av intervjuet hennes. Kjell har et fremtidsrettet fokus og vektlegger at organisasjonsgjennomgangen og den samfunnsrelaterte kommuneplanen vil føre til nye endringer som vil plassere Kari inn som en del av samfunnsutviklingsteamet, og at kommunen kommer til å jobbe mer tverretattlig for å operasjonalisere folkehelseperspektivet. Når disse rammene endres, kan det også endre hvordan de ulike sektorene oppfatter folkehelse.

Williams og Sullivan (2009) fremholder at mulighetene og begrensningene i et samarbeid er gjensidig avhengige av de strukturelle rammene og tilliten innad i det tverrsektorielle samarbeidet. Mange av folkehelsekoordinatorene manglet eller har nylig fått utarbeidet de strukturelle rammene rundt utførelsen av arbeidet som følger stillingen. Det å ikke ha en stillingsinstruks oppleves ulikt. På den ene siden har det å ikke ha klare føringer på hva som forventes av koordinatoren ført til at andres oppfattelse av hva en folkehelsekoordinator skal gjøre, ikke stemmer med det koordinatorene selv tenker at stillingen skal innebære. Håkon tenker at «misoppfatningen» kan også sees i en sammenheng med hvilken kunnskap og kompetanse samarbeidspartneren har, og hvor mye de forventer av stillingen. På den andre

siden har mangelen på en stillingsbeskrivelse ført til at folkehelsekoordinatorene har kunnet handle veldig fritt i forhold til hvordan de har utført jobben.

Det å arbeide på tvers av sektorer med wicked problems krever at koordinatorene utøver dømmekraft for når og hvordan en på best mulig måte kan gripe inn for å oppnå effekt. Kari har arbeidet ut fra det hun syntes er riktig og viktig; som å være et talerør for innbyggerne inn i kommunen. Hennes folkehelsearbeid er rettet mer mot en utøvende rolle på tjenestenivå, enn på plannivå på grunn av stillingens organisatoriske plassering og måten Kari tolker sin rolle. På den måten retter hun folkehelsepolitikken ut mot innbyggerne. Håkon og Helene har muligheten til å påvirke politikken på et høyere organisatorisk nivå fordi de utøver sine roller på plannivå, og forankrer folkehelseperspektivet inn i planverket. Turid gjør litt av begge deler. I tillegg til å samarbeide med plan, initierer hun ulike undersøkelser i kommunen for å kartlegge folkehelseproblematikken hos de eldre og de unge. Felles for alle folkehelsekoordinatorene i undersøkelsen, er at de liker friheten i det å kunne styre sin egen hverdag, men enkelte savner tilbakemelding og en gjennomgang av det arbeidet de gjør. Tilbakemelding på om arbeidet er godt utført er vanskelig når det ikke er definert. Kari trekker paralleller mellom det å få en tilbakemelding på arbeidet hun utfører, med hvor viktig kommunen synes folkehelseperspektivet er. Begge deler får like lite oppmerksomhet, synes hun.

6.3 Folkehelsekoordinatorens erfarte innflytelse og gjennomslagskraft for folkehelseoppdraget

Folkehelsekoordinatorens innflytelse er begrenset av det kommunale rammeverket rundt stillingen og arbeidsoppgavene (Kvåle et al., 2020). I tillegg vil koordinatorens interesse rundt- og forståelsen av folkehelseutfordringene, og evnen til å kunne innhente statlige føringer for folkehelsearbeidet, virke inn på resultatet av arbeidet (ibid). Om folkehelsekoordinatoren ivrig forfekter folkehelseperspektivet som et overordnet mål på andre sektorer, kan det skape motstand, heller enn samarbeidsvilje (Holt, 2018). Dermed kan folkehelsekoordinatoren operere imot rollens intensjon, som jo er å øke folks helsekapital. Oddvar har erfart som kommunedirektør i en annen kommune at en spisset folkehelsekoordinatorrolle fort kan miste helhetsbildet og kan oppleves som veldig masete av andre i organisasjonen. Derfor har denne kommunen jobbet hardt for å få folkehelsebegrepet inn i alt de driver med, og Helene koordinerer bare dette arbeidet. Hvordan kommunedirektørene tilrettelegger for sine

folkehelsekoordinatorer påvirker de kontekstuelle rammene som gir dem muligheter og begrensninger i folkehelsearbeidet. Kommunedirektøren Jan tenker at det er koordinatorens ansvar å fordele hvor mye han gjør selv og hvor mye av folkehelseperspektivet han sørger for at lever ut i hele organisasjonen. Kjell er tydelig på at det er mange aspekter rundt det å organisere en kommune, og at de ansatte har forskjellige kompetanser som påvirker hvordan organisasjonen utvikler seg.

Koordinatorerne i denne studien har en variert kompetanse og arbeidsbakgrunn. Kunnskapsbasert folkehelsearbeid bygger på tverrfaglig kunnskap fra en rekke disipliner (Helsedirektoratet, 2010). Håkon er tydelig på at han ikke føler seg faglig kompetent til å utføre jobben slik den burde være gjort, på bakgrunn av at stillingsprosenten ikke gir ham nok tid til å sette seg inn i faget folkehelse. Han har heller ikke så stor kompetanse på å analysere statistikker. Turid har mer erfaring med statistikk og initierer dermed egne undersøkelser om det er noe hun lurer på. Hun laget en utvidelse av Ung data for å inkludere barn fra mellomtrinnet, fordi de er neste generasjon ungdommer, og kommunen sliter med utenforskap blant ungdommene. Dataene hun hentet inn, brukte hun i kommunens nye tilflytterplan. Med dette viser studien at folkehelsekoordinatorerne har ulike ferdigheter som former hvordan de utøver rollene sine.

De har ulike tanker om hva en folkehelsekoordinator skal gjøre, og de har forskjellige måter for å effektivisere sitt folkehelseperspektiv. Turid er klar over at hun kan oppfattes som veldig ivrig fordi hun synes folkehelseperspektivet er viktig. Hun vet hun har en klar faglig tyngde i jobben, noe som gjør det enklere for henne å «kreve» sin plass for å kunne fremme folkehelseperspektivet inn i planprosessene. Hun forsøker å være taktisk og holder litt igjen for ikke å pålegge andre mer jobb enn det som er nødvendig og lovpålagt i forhold til folkehelse. Samtidig som hun planlegger å være enda tydeligere på at lederne for de ulike etatene må ta mer ansvar for folkehelse. Kari føler hun ikke har så stor påvirkning eller tilgang på informasjon. Mye av det skyldes at rollen hennes frem til nå har vært en satellitt, og hun har gått litt lei av å kjempe seg inn på ulike treffpunkt hvor hun kunne ha fremmet folkehelseperspektivet. Både Kari og Turid erkjenner at de ikke har gjort seg selv overflødige, og at folkehelseperspektivet ikke er godt nok forankret i kommune. Håkon og Helene påvirker begge planprosessen, og begge tenker at de har innflytelse på kommunens folkehelsepolitikk.

Kommunenes helsefremmende- og forebyggende tiltak er knyttet til et langtidsperspektiv i lys av en helhetlig tverrsektoriell folkehelse-tilnærming. Intuitivt forstås dette som ressursbesparende tiltak, men det er lite forskning som kan vise til at utfallet av HiAP-tilnærmingen gir en spesiell økonomisk vinning (Greaves & Bialystok, 2011). Mange politikere opplever at kompleksiteten i folkehelseutfordringene er overveldende, og dette påvirker politikerens vilje til å sette av ressurser for å iverksette endringsstrategier som ikke gir resultater før deres fireårige valgcyklus er over (ibid.). De har mulighet til å påvirke politiske beslutninger gjennom arbeidet med folkehelseoversikten. Folkehelsekoordinatorene har til en viss grad innflytelse på hvilken statistikk som blir mest fremhevet i folkehelseoversikten. I tillegg kan de fremheve det de synes er viktig når de presenterer folkehelseoversikten for politiske utvalg som for eksempel levekårsutvalget. På den måten styrer de informasjonsflommen som former valgene politikerne tar.

6.3.1 Folkehelseoversikten lever litt sitt eget liv

Ut fra hva folkehelsekoordinatorene forteller, har folkehelseperspektivet en bred moralsk støtte, men det har ikke riktig festet seg ennå som et overordnet tankesett i organisasjonen. Perspektivet har kommet med i plandokumenter og i vedtak, men «mindsettet» er ennå ikke snudd. Holt (2018) kaller det naivt å tro at mennesker som jobber i andre sektorer enn i helsesektoren, tar med deg folkehelseperspektivet inn i den daglige driften, fordi der jobbes det med smale faginteresser og andre prioriterte verdier. Tilbakemeldingene fra flertallet av folkehelsekoordinatorene er at kommunene ikke samkjørte de strategiske målene godt nok inn i den daglige driften. Håkon forteller at han opplever en endring på plannivået. Når de andre kommer tilbake fra kurs og møter, så er tilbakemeldingene deres at folkehelseperspektivet skal vektlegges i større grad nå enn før, noe som vil løfte viktigheten av folkehelseoversikten som er et verktøy inn mot de kommunale planene.

Folkehelseoversikten skal være en integrert del av folkehelsearbeidet fordi den konkretiserer kommunens helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og tydeliggjør således de lokale helseutfordringene (Helsedirektoratet, 2022b). Ved utarbeidelsen av kommunale mål og planstrategier som skal forankres i prosessen etter plan- og bygningsloven, brukes folkehelseoversikten som et grunnlag for drøftingen av de lokale folkehelseutfordringene. I møte med disse utfordringene er det viktig at kommunen fatter gode beslutninger, og iverksetter nødvendige tiltak som tar hensyn til folkehelse og de vurderte påvirkningsfaktorene (ibid.).

I arbeidet med folkehelseoversikten hvor kommunens wicked problems blir forsøkt kartlagt, skal kommunene bruke data fra folkehelseprofilene og statistikkbankene som er utarbeidet av Folkehelseinstituttet (2022). Folkehelseinstituttet anbefaler at kommunene også knytter til seg andre kilder fordi «jo flere funn som peker i samme retning, jo sikrere kan en være på at dette representerer en reell utfordring» (Ibid.). Det lave folketallet i små kommuner fører til at statistikkene ikke er generaliserbare og derfor ikke valide. Flere av folkehelsekoordinatorene trekker frem denne statistiske svakheten i tallene som kommunene finner i de ulike statlige rapportene. Helene diskuterer problematikken med statistikk tallene på det kommunale mikronivå, hvor adferdsfaktorer (høyere egenrapportering av vekt for å slippe førstegangstjeneste) og samfunnsfaktorer (inkludere andre unge i kommunal veging, enn bare førstegangs svangre) spiller inn på statistikken. Samspillet av disse tallene påvirker hvordan tiltak og mål blir utformet i folkehelseoversikten. Som igjen påvirker kommunens planarbeid og folkehelse tiltak.

De av folkehelsekoordinatorene som arbeider med folkehelseoversikten, har en holistisk tilnærming til folkehelse som et wicked problem. For dem er alt en gjør folkehelse, og de tenker at folkehelse er noe veldig stort og overgripende. Mens kommunedirektørene ser på folkehelse som et av mange perspektiv som kommunen er lovpålagte å ha med i de ulike planene. Sett ut ifra et ny-institusjonelt perspektiv, (Meyer & Rowan, 1977) så søker kommunene legitimitet ved å adoptere nye strukturer, uten nødvendigvis å iverksette praksisen (Kiland et al., 2015).

Praksiser som alle kommunene har vært borte i er Friskliv prosjektet. Friskliv er et prosjekt som fremme individuell helse for å forsøke å løse wicked problems. Prosjektet har, etter Kvåle et al. (2020) begrepsavklaring, en individualistisk tilnærming til folkehelseutfordringene. Slike prosjekter blir ofte tatt i bruk fordi de oppfattes som en lettere løsning å adoptere i kommunen da de følger en viss standard for hvordan de skal utformes, iverksettes og drives (Røvik, 2007). Helgesen og Hofstad (2012, s. 117) kom frem til i sin undersøkelse at det er vanskeligere å effektivere og integrere nye praksiser i hele kommuneorganisasjonen og i budsjettet, når disse folkehelse tiltak først har vært organisert som prosjekter drevet på tilskuddsmidler. Ut ifra det folkehelsekoordinatorene har fortalt om Friskliv prosjektet, er det nå på hell.

6.4 Fremtredende boundary spanning-ferdigheter

I tillegg til at kommunen både politisk og administrativt må legge til rette for samarbeid og koordinere på tvers av sektorer, kreves det også andre typer ferdigheter, boundary spanning-skills, for å kunne arbeide som en folkehelsekoordinator, enn det som trengs i en tradisjonell offentlig helsekompetanse (Holt, 2018). Boundary spanner-ferdighetene er de opparbeidede menneskelige erfaringsferdigheter og de tekniske ferdighetene som gjør en rustet til å kunne utføre jobbrollen effektivt (Williams, 2013). Turid tenker på seg selv som en nettverksbygger i sin folkehelsekoordinatorrolle. Hun forsøker å vurdere hva hun får ut av samarbeidet og er bevisst på hva hun vil oppnå. Hun liker å være godt forberedt til møtene, spesielt om hun er usikker på om alle vil dra i samme retning når det er snakk om sosiale folkehelseutfordringer, wicked problems. Generelt tenker hun at det er viktig å gå med folk, vise respekt og uttrykke seg elegant så ikke noe blir misoppfattet. Men vil hun ha frem en sak, så legger hun også frem det juridiske rammeverket for å underbygge sine argumenter. Denne boundary spanning rollen identifiserer (Williams, 2012, s. 41) som nettverkeren, og fremhever deres evne til konkretisere, skape tro på felles prosjekt og bygge felles rammeverk.

Som ansvarlige for folkehelseoversikten planlegger, koordinerer, sørver og administrere Helene arbeidsgruppen. Dette er i tråd med Williams (2012, s. 52-53) koordinator rolle. Denne boundary spanner-rollen skaper gode arbeidsforhold mellom menneskene i de ulike sektorene og de har gode kommunikasjonsegenskaper. Dette samsvarer med Oddvars ros av Helenes overordnede blikk og gode formidlerevne. Likt som i en boundary spanner-rolle, har hun tilgang på informasjonen og fordeler videre det som hører til på tjenestenivå. Selv fremmer hun tiltak og følger opp med folkehelseperspektivet på planmøtene. På den måten kan hun arbeide strategisk med folkehelseperspektivet og kan overvåke arbeidsprosessene.

Folkehelsekoordinatoren som faller inn under en fortolkerrolle, vil i en interkommunal kontekst, oversette folkehelseutfordringene i samarbeid med fagfolk fra andre sektorer. Koordinatoren viser på den måten forståelse, empati og respekt for andre sektorers kultur i denne type boundary spanner-rolle (Holt, 2018). I utvalget av folkehelsekoordinatorene så er det Kari som best faller inn under fortolkerrollen i Williams (2012, s. 43) boundary spanner-teori. Hun er opptatt av å lytte til det andre forteller om sine utfordringer for å kunne danne seg et bilde av situasjonen, for så å komme frem til gode løsninger i fellesskap. Fortolkeren bygge opp gode nettverk og løser konflikter ved å vise empati, skape tillit, forhandler og bygger

enighet (Williams, 2012, s. 43). Dette samsvarer med Karis tverrsektorielle samarbeid med å tilrettelegge for ski- og turaktiviteter. I Håkon sine tverrsektorielle erfaringer med løypeprosjektet er han også inne på det med å være åpen, diplomatisk og interessert i mennesker som viktige faktorer for å skape et godt samarbeid.

Williams (2012) fjerde boundary spanner-rolle, entreprenøren, er ikke tydelig representert i utvalget. Det kan ha en sammenheng med at innenfor de kommunale rammene er det ikke så stort spillerom til å være visjonær. I kommunen skjer utviklingen og endringer ikke like raskt som i en privat organisasjon. Boundary spanner-rollene som er drøftet opp mot utvalget i den foregående teksten, baserer seg på studiens muntlige kilder. Denne studiens case-design, kvalitative metode og den fenomenologiske datanalysen vektlegger essensen av den underliggende opplevelsen av folkehelsekoordinatorrollen. Studien har fått frem vesentlige sider ved folkehelsekoordinatorens situasjon, selv om entreprenøren ikke var tilstede i utvalget. Intervju er et samspill mellom utvalget og intervjueren (Kvale et al., 2009, s. 51) og analysen vil alltid være preget av forskerens subjektive teori (Postholm, 2010, s. 99), derfor vil en gjentakelse av studien kunne knytte folkehelsekoordinatorrollene til andre boundary spanner-roller.

6.4.1 20% stilling- det skjeve beinet du ikke får med deg

Ovenfor er det diskutert at det kreves visse boundary spanner-egenskaper for å kunne utføre et godt samarbeid både internt i kommunen og i samarbeid med eksterne aktører. En av utfordringene med å arbeide med wicked problems som sosiale folkehelseforskjeller, er at det kreves en bred kompetanse om folkehelse, i tillegg til å inneha boundary spanner-egenskaper for å kunne samle mennesker fra ulike sektorer til å arbeide sammen for å løse disse. I Stortingsmelding 34, vises det til at mindre kommuner kan sikre tilgang på kompetanse ved å inngå interkommunalt samarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Av folkehelsekoordinatorrollene så er det bare Håkon som tenker at kommunene er så like at en fint kunne ha samarbeidet om en interkommunal folkehelsekoordinator. Slik som det er nå med en 20% stilling opplever flere i utvalget at det er vanskelig å disponere tiden mellom stillingene. Håkon ser derfor for seg at en koordinator med rett faglig kompetanse i en 100% stilling lett ville kunne operere som en boundary spanner mellom kommunene. De andre representantene mener at de sosiale determinantene i deres kommuner er ulike de andres, noe som skaper forskjellige utfordringsbilder i forhold til de sosiale folkehelseforskjellene og hvordan

kommunen best kan løse sine wicked problems. I Helenes kommune har de erfart at det å ha en som kommer utenfra og ikke har kjennskap til kommunen, ender opp med å operere som en satellitt, og det vil ikke fungere for dem. Carey og Crammond (2015a) poengterer i sin forskning at de politiske og strukturelle endringene som fattes for å forbedre folkehelsen bør være influert av den lokale settingen. Dette underbygger Helenes argument om at folkehelsekoordinatoren må kjenne til den kommunale konteksten og ikke operere som en satellitt.

Konteksten som utvalget arbeider i, er ulik, og derfor tolker de og utfører folkehelsekoordinatorrollen ulikt. Kari har jobbet mer i førstelinjen og legger opp til å være bindeleddet mellom innbyggerne og kommunen. Turid ser også på seg selv som borgernes talerør inn mot kommunen. Lipsky (2010) kaller denne rollen for '*street-level bureaucrats*'. Street-level bureaucrats arbeider tverrsektorielt med andre i førstelinjetjenesten som også har en direkte kontakt med de samme innbyggerne (ibid. s.3-4). På den måten kan det argumenteres at rutinene som lages og måten folkehelsekoordinatorerne utfører sin boundary spanner-aktivitet gjennom sin nærkontakt med «grasrota» og de andre sektorene, former måten folkehelsekoordinatorerne tenker og uttrykker folkehelsepolitikken i kommunen. Petchey, Williams og Carter (2008) har utvidet begrepet til '*street-level policy entrepreneurs*' for å få frem boundary spanning-kvaliteter som: tilrettelegger, evne til å bygge nettverk, å være fleksibel og proaktiv. De ser også for seg at en street-level policy entrepreneur har kunnskap om organisasjonen i tillegg til tverrsektoriell kunnskap og viser også et sterkt engasjement for lokalmiljøet (ibid.). Det kan trekkes paralleller mellom Petchey et al. (2008, s. 74) beskrivelser av street-level policy entrepreneurs, og hvordan de arbeider: «they developed and championed innovative policy solutions», og hvordan Kari tidligere utførte rollen som folkehelsekoordinator. Da arbeidet hun tverrsektorielt med andre i folkehelsegruppen om felles nedslagsfelt, med blant annet sunne kostvaner for skolebarna.

Helene jobber overordnet med de sosiale helseutfordringene og er svært tydelig på at hennes oppfattelse av hva en folkehelsekoordinator skal gjøre er ikke å tjene i førstelinjen, men på det administrative plan. Når vedkommende sitter i en posisjon hvor han eller hun kan være med å jobbe inn mot et planverk som vil bli politisk forankret, så er de med på å forsøke å løse wicked problems ved å endre forholdene til de sosiale determinantene som skaper den sosiale helseulikheten i kommunen. Dette er noe Helene mener gir et bredere folkehelsefokus enn bare å yte service og bidra med intervensjoner.

6.5 'Samfunnsutvikling er minst like viktig som arealutvikling, egentlig viktigere, for det handler om folka'

Folkehelsehensynet er i større grad integrert i overordnede planer i kommuner med folkehelsekoordinator (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 180). Plan- og bygningsloven (2008) legges til grunn for det kommunale planarbeidet, som tar for seg de fremtidige utfordringer og prioriteringer i kommunen. Loven er inspirert av kollektivistiske strategier som legger til rette for et tverrsektorielt planarbeid med sosialt folkehelseperspektiv (Kiland et al., 2015). Folkehelseloven med sin HiAP-tilnæringer styrker det kollektivistiske sosiale folkehelseperspektivet inn i kommunalpolitikken og inn på systemnivået (ibid). Folkehelsekoordinatorernes erfaringer med planarbeid varierer. Håkon er bevisst på sine begrensinger når det kommer til plan- og bygningslovens kompleksitet, og føler han står på sterkere faglig grunn når han samarbeider med helse- og oppvekstsektoren. Helene har lang erfaring med å arbeide med de kommunale planene, mens både Turid og Kari synes det er svært interessant arbeid og ønsker å være enda mer involverte i planprosessene.

Folkehelse som politikkkfelt har etter folkehelseloven blitt tydeligere og er forsterket i kommunene (Hofstad & Schou, 2017). Komplekse samfunnsproblemer er et politisk ansvar, som skal delegeres ned i kommuneorganisasjonen, og kommunedirektøren har det overordnede folkehelsenansvaret. I utvalget er det bare en kommune som har klart å sikre at folkehelseoversikten er kontinuerlig bruk i utformingen av de årlige og langsiktige kommunale planene som det arbeides innenfor. Det er flere årsaker til at de andre kommunene ikke har kommet like langt med å bruke og oppdatere folkehelseoversikten. Felles er at kommunen tradisjonelt sett har vært fokusert på drift og på å levere de tjenestene de har. Jan kaller det en logisk brist når 85% av de 155 punktene i handlingsdelen av kommuneplanen ble utført av plansjefen alene, når folkehelseperspektivet skal leve i hele organisasjonen. Det er med andre ord utfordrende for mange kommuner å sikre folkehelseperspektivet inn i den daglige driften og inn i de ulike sektorene, dette forsøker kommunene å løse ved å opprette samfunnsutviklingsavdelinger og knytte folkehelsekoordinatorerne opp mot disse.

6.6 Wicked problems, folkehelsearbeidets kamp mot sosial ulikhet

Det er en komplisert prosess å promotere helse på det kommunale nivået, fordi både den lokale politikken og interessentenes ideologi, i tillegg til effektivitet i kommunen, påvirker fordelingen

av de økonomiske og sosiale ressursene blant kommunens innbyggere (Raphael, 2018). En av kommunenes mange wicked problems er sosiale helseforskjeller. Kommunene skal ha et særskilt fokus på å redusere sosiale helseforskjeller (Hofstad & Schou, 2017). Dette gjøres ved å ta i bruk HiAP-tilnærmingen hvor de sosiale helse-determinantenes påvirkning på folkehelsen blir tatt hensyn til, i de langvarige og tverrsektorielle politiske og strukturelle bestemmelsesprosessene. Folkehelsekoordinatorene forteller at det har skjedd et skifte av fokus på sosial ulikhet, det er nå tonet ned. Kommunene erkjenner at de har sosial ulikhet og utenforskap. For å hankses med disse samfunnslokene velger kommunene nå å gripe inn med forebyggende tiltak som veiledning, tilrettelegging for utstyrssentral og liknende, som blir tatt hånd om av andre kommunale ansatte på tjenestenivå.

Folkehelsekoordinatorens rolle er ment for å skape endringer i kommunenes styringsform, ved å arbeide mellom og på tvers av styringsnivåer. Kartleggingen av wicked problems i kommunen, som koordinatoren er med på, er summert opp i en folkehelseoversikt. Den skal hjelpe kommunen til å få oversikt over den sosiale helsegradienten, slik at de kan sette i verk tiltak som sikrer en rettferdig fordeling av sosiale og økonomiske ressurser (Hagen et al., 2018). Selv om kommunene jobber ut fra det samme rammeverket så påpeker Raphael (2018) at kommuner kan tenke ulikt på hva som er helsefremmende, og hvilke tiltak som trengs for å skape mindre ulikhet i deres kommune.

6.7 Metodologiske betraktninger av studiens design og overførbarhet

Denne studien er av kvalitativ design for å få muligheten til å få frem vesentlige sider ved av folkehelsekoordinatorens opplevelser av muligheter og hindringer i å utforme en boundary spanner-rolle, og få gjennomslagskraft for helse i all politikk. Selv om denne case-studien ikke er generaliserbar i snever forstand, viser den eksempler som kan har overføringsverdi til nytte for å forstå sentrale sider ved folkehelsekoordinatorens arbeid. Den kan dermed fungere som et supplement til andre metoder, og således bidra til en vitenskapelig utvikling (Flyvbjerg, 1991, s. 165).

Litteraturen som er presentert i studien har en veiledende funksjon for å fremheve elementer som kan skape muligheter og utfordringer i folkehelsekoordinatorens rolle og gjennomslagskraft for helse i all politikk.

Hele intervjuforløpet bærer preg av å ha tatt hensyn til mulige etiske problemer (Kvale et al., 2009, s. 80-81). Fra tematiseringen, hvor det menneskelige i de levde situasjonene kan gi folkehelsekoordinatoren en mulighet til egenrefleksjon rundt sine ferdigheter og forståelse av rolle. Til hvor dypt analysen av intervjuene er, for å sikre at kunnskapen fra studien er så sikker og verifiserbar som mulig (ibid.). Dersom utvalget hadde bestått av andre personer hadde utfallet av analysen vært annerledes og bildet som kommer frem hadde vært annerledes om studien hadde inkludert folkehelsekoordinatorer fra store kommuner.

7 Avslutning/oppsummering

Forholdet mellom den strukturelle konteksten og utvalget er dynamisk, og påvirker hvordan folkehelsekoordinatoren tilgjengeliggjør ulike boundary spanner-ferdigheter. Ved bruken av muntlige kilder har denne studie forsøkt å få tak i folkehelsekoordinatorens opplevde erfaringer av sin tverrsektorielle koordinatorrolle. Resultatene viser at folkehelsekoordinatorene har ulike boundary spanner-ferdigheter, og at den organisatoriske konteksten spiller inn på deres opplevelse av begrensinger og muligheter til å bruke disse ferdighetene for å få gjennomslag for folkehelsepolitikken.

De strukturelle rammene rundt arbeidsoppgavene til folkehelsekoordinatorene i utvalget, legger få føringer for hva som forventes av dem. Uten en stillingsbeskrivelse eller en arbeidsrolleavklaring kan det oppstå en mismatch mellom kommunens forståelse av hva folkehelsearbeidet skal innebære, og hva den enkelte koordinator selv vektlegger som viktig i sin utførelse av arbeidet (Holt, 2018; Raphael, 2018). I denne studien kom det frem at folkehelsekoordinatorene har ulike menneskelige ferdigheter og kompetanse. Derfor tolker og løser de oppgavene ulikt. Flere av koordinatorene ønsket at kommunen skulle tydeliggjøre viktigheten av folkehelsearbeidet, enkelte føler seg bortglemt. Deres kommuner brukte i svært liten grad folkehelseoversikten inn mot planarbeidet. Oversikten fremhever fordeler og ulemper ved de sosiale helsedeterminantene, og tydeliggjør hva som er kommunens wicke problems. Den påbudte folkehelseoversikten er derfor et nyttig verktøy i den kommunale samfunnsplanleggingen.

Flere av kommunene har gjort strukturelle endringer for å knytte folkehelsekoordinatorene inn mot samfunnsplanleggingen for å tenke folkehelse inn mot kommunens wicked problems. Intervjuene med folkehelsekoordinatorene får frem kompleksiteten i arbeidet med wicked problems. Deres refleksjoner rundt den underliggende betydningen av dataene som det arbeides med i folkehelseoversikten, gir denne studien innsikt i hvordan kommunen strukturerer seg, og hvilke prosesser folkehelsekoordinatoren er med på å sette i verk for å implementere kommunale helsefremmende tiltak og bekjempelsen av sosiale helseulikheter i kommunen. I empirien kommer det også frem at kommunene har ulike utfordringsbilder, så folkehelsekoordinatorenes tverrsektorielle samarbeid er tilpasset de lokale forholdne.

Videre viser drøftingen at folkehelsekoordinatoren opplever at deres rolle er sentral for at folkehelsearbeidet skal feste seg og videreføres i kommuneorganisasjonen. Arbeidet består i å koordinere et folkehelseperspektiv som vektlegger en rettferdig sosial- og helsepolitikk på tvers av kommunens sektorer. Deres opplevelse av gjennomslagskraft ligger i utførelsen og representasjonen av folkehelseoversikten opp til det politiske nivået og i fremming av folkehelseperspektivet inn i samarbeidet med eksterne partnere for å styrke den sosiale kapitalen til innbyggerne, være seg ut fra en kollektivisk eller individualistisk logikk. (Kvåle et al., 2020).

Det er en tilbakevendende oppfatning i utvalget at stillingsstørrelsen begrenser effektiviteten og kontinuiteten i arbeidet. Variasjonen i stillingsprosent og stillingsbeskrivelse skyldes at folkehelseloven (2011) er lite konkret når det kommer til føringer og retningslinjer for hvilken kompetanse folkehelsekoordinator skal ha eller hva stillingen innebærer. Det er den strukturelle konteksten og symmetrien i samarbeidet som setter grenser for handlingsmuligheter for en boundary spanner (Williams, 2012).

Studien konkluderer med dette at de ulike folkehelsekoordinatorenes muligheter og hindringer i å utføre en boundary spanner-rolle må sees i sammenheng med de strukturelle rammene i den respektive kommunen og i lys av deres ferdigheter til å skape symmetri i det tverrsektorielle samarbeidet. Gjennomslagskraften kunne vært sikret i en større grad om folkehelsekoordinatorene hadde hatt en større stillingsprosent fordi det er utfordrende å ivareta folkehelsekoordinatorfunksjonen når en har et lappeteppes av stillingssammensetning. Dette samsvarer med Karlsen et al. (2022) sin kvantitative studie som viser at den organisatoriske faktorer som stillingsstørrelse, stillingsbeskrivelse og organisatoriske plassering påvirker måten folkehelsekoordinatorene oppfatter sin rolle og grad av innflytelse på politikken og kommuneorganisasjonen.

Studien har på en kvalitativ måte tatt for seg muligheten og hindringene som folkehelsekoordinator i små kommuner opplever i sin boundary spanner-rolle. Da det finnes lite forskning av samme metode som tar for seg en slik problemstilling vil det ikke her spekuleres i om studiet er generaliserbart eller er spesielt. Det anbefales at videre forskning ser på hvordan dette oppleves i større kommuner. Et annet interessant studie ville være å se på hvordan fylkeskommunen kan veilede folkehelsekoordinatorene til å bli mer bevisste på både

sin rolle som boundary spanner, og hvilke egenskaper de besitter som ville styrke dem i et tverrsektorielt arbeidet.

8 Litteratur

- Agranoff, R. (2006). Inside Collaborative Networks: Ten Lessons for Public Managers. *Public administration review*, 66(s1), 56-65. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00666.x>
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. Oxford: University Press.
- Carey, G. & Crammond, B. (2015a). Action on the social determinants of health: Views from inside the policy process. *Social Science & Medicine*, 128, 134-141. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.024>
- Carey, G. & Crammond, B. (2015b). What Works in Joined-Up Government? An Evidence Synthesis. *International Journal of Public Administration*, 38(13-14), 1020-1029. <https://doi.org/10.1080/01900692.2014.982292>
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Figueras, J. & McKee, M. (Red.). (2012). *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the case for investing in health systems*. Berkshire: Open University Press.
- Flyvbjerg, B. (1991). *Rationalitet og magt: Det konkrete videnskap*. København: Akademisk Forlag.
- Folkehelseinstituttet. (2022, 03.03.2020). Slik kan du bruke folkehelseprofilene i oversiktsarbeidet. Hentet 16.04.2022 2022 fra <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/brukerveiledning2/oversiktsarbeid/>
- Folkehelseloven. (2021, 01.06.2021). Hentet 10.09.21 2021 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Given, L. M. (2008). *The Sage encyclopedia of qualitative research methods*. Los Angeles: SAGE.
- Greaves, L. J. & Bialystok, L. R. (2011). Health in All Policies – All Talk and Little Action? *Can J Public Health*, 102(6), 407-409. <https://doi.org/10.1007/BF03404187>
- Hagen, S. (2020). "Helse i alt kommunen gjør? ...": en undersøkelse av samvariasjoner mellom kommunale faktorer og norske kommuners bruk av folkehelsekoordinator, fokus på levekår og prioritering av fordelingshensyn blant sosioøkonomiske grupper Universitetet i Bergen, Bergen.
- Hagen, S., Helgesen, M., Torp, S. & Fosse, E. (2015). Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scand J Public Health*, 43(6), 597-605. <https://doi.org/10.1177/1403494815585614>
- Hagen, S., Øvergård, K. I., Helgesen, M., Fosse, E. & Torp, S. (2018). Health Promotion at Local Level in Norway: The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups. *Int J Health Policy Manag*, 7(9), 807-817. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.22>
- Hagen, S., Øvergård, K. I., Helgesen, M. K., Fosse, E. & Torp, S. (2019). Health Promotion at Local Level in Norway – Who, What, When, and How: A Response to Recent Commentaries. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(4), 253-255. <https://doi.org/https://doi.org/10.15171/IJHPM.2019.01>

- 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>
- Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action. (2014). *Health Promotion International*, 29(suppl_1), i19-i28. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau035>
- Helgesen, M. K., Fosse, E. & Hagen, S. (2017). Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities. *Scand J Public Health*, 45(18_suppl), 77-82.
<https://doi.org/10.1177/1403494817709412>
- Helgesen, M. K. & Hofstad, H. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid : ressurser, organisering og koordinering : en baselineundersøkelse*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Helgesen, M. K., Hofstad, H., Risan, L., Stang, I., Rønningen, G. E., Lorentzen, C. & Goth, U. S. (2014). *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge (St.meld. nr. 16)*. Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) LOV-211-06-24-29*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar. (Meld. St. 34)*. Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter (Meld. St. 19)*. Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)*. Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjeneste>
- Helsedirektoratet. (2010). *Folkehelsearbeidet-veien til god helse for alle. Folkehelsepolitisk rapport*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2022a, 27.06.2018). Friskliv. Hentet 16.04.22 2022 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/skal-friskliv-lavterskeltilbud-fysioterapi-ergoterapi-og-psykisk-helsetjeneste-rapporteres/friskliv>
- Helsedirektoratet. (2022b). Systematisk folkehelsearbeid. Hentet 12.02.22 2022 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid>
- Hofstad, H. (2018). Hva er viktige faktorer for lokal utøvelse av folkehelseoppdraget, og hvordan kan folkehelsemyndighetene støtte opp? I: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet.
- Hofstad, H. & Schou, A. (2017). Har samhandlingsreformen ført til mer oppmerksomhet på folkehelse i kommunene? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(1), 81-88.
<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-01-05> ER
- Holt, D. H. (2018). Rethinking the Theory of Change for Health in All Policies; Comment on "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(12), 1161-1164. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.96>
- Holt, D. H., Carey, G. & Rod, M. H. (2018). Time to dismiss the idea of a structural fix within government? An analysis of intersectoral action for health in Danish municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(22_suppl), 48-57. <https://doi.org/10.1177/1403494818765705>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelle Damm akademiske.
- 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(1), 11. Hentet fra <https://www.mdpi.com/2075-4698/12/1/11>
- Kiland, C., Kvåle, G. & Torjesen, D. O. (2015). *The Ideas and Implementation of Public Health Policies: The Norwegian Case*. ISBN: 9781137518156: Palgrave Macmillan.
- Knutsen, O. (2017). *The Nordic models in political science : challenged, but still viable?* Bergen: Fagbokforl.
- Kommunesektorens Organisasjon. (2021). *Status kommunen 2021 - Der folk bor*. Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/97f35c6b8a814935ad8973cfbad7df1a/Status-kommune-2021-F45.pdf>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvåle, G., Kiland, C. & Torjesen, D. O. (2020). Public Health Policy to Tackle Social Health Inequalities: A Balancing Act Between Competing Institutional Logics. I P. Nugus, C. Rodriguez, J.-L. Denis & D. Chênevert (Red.), *Transitions and Boundaries in the Coordination and Reform of Health Services: Building Knowledge, Strategy and Leadership* (s. 149-165). Cham: Springer International Publishing.
- Leppo, K., Ollila, E., Pene, S., Wismar, M. & Cook, S. (Red.). (2013). *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- Lipsky, M. (2010). *Street-Level Bureaucracy, 30th Ann. Ed. : Dilemmas of the Individual in Public Service*. New York: Russell Sage Foundation.
- Marmot, M. (2015). *The health gap : the challenge of an unequal world*. New York: Bloomsbury.
- Marmot, M. & Allen, J. (2014). Social Determinants of Health Equity. *American Journal of Public Health*, 104 Suppl 4, S517-519. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302200>
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/2778293>
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. I. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412995658>
- Nylenna, M., Braut, G. S. & Thelle, D. S. (2022). Store Norske Leksikon - Folkehelse. Hentet 13.02.22 2022 fra <https://sml.snl.no/folkehelse>
- O'Leary, R. & Bingham, L. (2009). *The collaborative public manager : new ideas for the twenty-first century*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Petchey, R., Williams, J. & Carter, Y. H. (2008). From Street-level Bureaucrats to Street-level Policy Entrepreneurs? Central Policy and Local Action in Lottery-funded

- Community Cancer Care. *Social policy & administration*, 42(1), 59-76.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2007.00588.x>
- Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling. (LOV-2008-06-27-71)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71?q=plan-%20og%20byggningsloven>
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode : en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Raphael, D. (2018). Understanding the promotion of health equity at the local level requires far more than quantitative analyses of yes-no survey data: Comment on "health promotion at local level in Norway: The use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups". *Int J Health Policy Manag*, 7(10), 964-967. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.70>
- Regjeringen. (2022). Folkehelse. Hentet 05.03.22 2022 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/id10877/>
- RETT Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonenes undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid. Dokument 3:11 (2014–2015)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K. & Dillon, L. (2013). *Health in All Policies. A Guide for State and Local Government*. Washington, DC and Oakland, CA: American Public Health Association and Public Health Institute.
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2016). *Styring og samstyring : governance på norsk* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner : ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Schou, A., Helgesen, M. & Hofstad, H. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør*. NIBR-papport 20114:21, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Siegmund, B. (2017). Social rank: a risk factor whoes time has come? *The Lancet*, 389(10075), 1172-1174. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30191-5](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30191-5)
- Silverman, D. (2017). *Doing Qualitative Research* (5. utg.). London, United Kingdom: Sage.
- Skirbekk, G. (2000). *Filosofihistorie* (7. utg., bokmål[utg.]. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2015). *Sosiale ulikheter i helse Norge, en kunnskapsoversikt* (IS-1304).
- Ståhl, T., Wismar, M., Ollilla, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (Red.). (2006). *Health in All Policies. Prospects and Potentials*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health. Hentet fra https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf
- Tallarek née Grimm, M. J., Helgesen, M. K. & Fosse, E. (2013). Reducing social inequities in health in Norway: Concerted action at state and local levels? *Health Policy*, 113(3), 228-235. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.019>
- Thomson, A. M., Perry, J. L. & Miller, T. K. (2007). Conceptualizing and Measuring Collaboration. *Journal of public administration research and theory*, 19(1), 23-56. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum036>
- UIA. (2022). Rutinar for behandling av personopplysningar i forskning og i studentoppgåver. Hentet 22.04.2022 2022 fra

- <https://www.uia.no/forskning/om-forskningen/rutinar-for-behandling-av-personopplysningar-i-forskning-og-i-studentoppgaver>
- WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet 13.03.22 2022 fra [https://intranet.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa Charter.pdf](https://intranet.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)
- WHO. (2011). *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. Rio de Janeiro, Brazil: World Health Organisation.
- WHO. (2021). Social determinants of health. Hentet 28.11.21 2021 fra https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- WHO. (2022a). Commission on Social Determinants of Health, 2005-2008. Hentet 18.02.22 fra <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/commission-on-social-determinants-of-health#:~:text=The%20Commission%20on%20Social%20Determinants%20of%20Health%20%28CSDH%29,factors%20leading%20to%20ill%20health%20and%20health%20inequities.?msclkid=9c5f9bf1bf0611eca09b6b7cfbaedbd9>
- WHO. (2022b). Definition of Health. Hentet 12.02.22 2022 fra <https://www.publichealth.com.ng/world-health-organizationwho-definition-of-health/?msclkid=cdda1571bef911ec8f0477ea173977de>
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (Red.). (2003). *Social Determinants of Health: The solid Facts* (2. utg.). Copenhagen: WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- Williams, P. (2012). *Collaboration in Public Policy and Practice: Perspectives on Boundary Spanners*. Bristol: The Policy Press University of Bristol.
- Williams, P. (2013). We are all boundary spanners now? *The International journal of public sector management*, 26(1), 17-32. <https://doi.org/10.1108/09513551311293417>
- Williams, P. & Sullivan, H. (2009). Faces of integration. *Int J Integr Care*, 9(4), e100-e100. <https://doi.org/10.5334/ijic.509>
- Williams, P. (2002). The Competent Boundary Spanner. *Public Administration*, 80(1), 103-124.
- Wood, D. & Gray, B. (1991). Toward a Comprehensive Theory of Collaboration. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 27(2), 139-162.

Appendiks

Vedlegg 1. Etisk godkjenning NSD

Vurdering
24.02.2022

Referansenummer
853574

Prosjekttittel
Folkehelsekoordinatorens opplevelse av muligheter og hindringer i å utforme en Boudary-spanner rolle, og få gjennomslag for helse i all politikk

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

Prosjektperiode
08.02.2022 - 01.09.2022

[Meldeskjema](#)

Dato
24.02.2022

Type
Standard

Kommentar
Personverntjenester har en avtale med den institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandling av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet den 24.02.2022 med dialog og vedlegg.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

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 Personverntjenester 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 viderebehandles 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 Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER Personverntjenester 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.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss 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/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2. Intervjuguide folkehelsekoordinator

Formålet med masteroppgaven er å oppnå innsikt i - og forståelse av hvordan folkehelsekoordinatoren opplever muligheter, hindringer og gjennomslagskraft i deres tverrsektorielle/boundary spanner-rolle som koordinator i små kommuner.

Intervjuet er delt inn i fire underkategorier (i) organisatoriske forhold, (ii) arbeidsoppgaver, (iii) samarbeid, (vi) suksess/endringer/gjennomslagskraft. Ved slutten av intervjuet har du muligheten til å tilføye elementer som du ser relevant til oppgaven.

Boundary spanner = endringsagent som samarbeider med ulike partnere for å løse komplekse samfunnsproblemer.

Organisatoriske forhold	Stillingsbeskrivelse, plassering i org., nærmeste leder, stillingsprosent,
1	Hvordan forstår du samfunnsoppdraget/mandatet til folkehelsekoordinatoren?
2	Forelå det en stillingsbeskrivelse eller tydelige mål/strategier/rutiner for folkehelsearbeidet i kommunen da du begynte i jobben, eller var dette noe du måtte utarbeide da du begynte? a) Opplever du at stillingsbeskrivelsen din hindrer eller gir frihet i utføringen i jobben? b) Har du etter en tid i jobben, endret rollen din for å få gjennomslag? Beskriv hvordan. c) Ville disse endringene vært mulig om stillingsbeskrivelsen var annerledes?
3	Hvor i kommunens org. kart er folkehelsekoordinatorstillingen? a) Nærmeste leder; kommunedirektøren eller annen tjenesteleder b) Hvordan virker organiseringen av stillingen inn på det tverrsektorielle folkehelsearbeid? c) Tenker du at denne plasseringen er hensiktsmessig?
4	Hvordan påvirker stillingsprosenten din mulighetene til å utføre jobben?
5	Har du annen stilling i tillegg til folkehelsekoordinator? – a) Hvordan disponerer du tiden mellom disse rollene?

	<p>b) Føler du at en rolle blir underprioritert?</p> <p>c) Hva kunne vært gjort annerledes for å forhindre dette?</p>
Arbeidsoppgaver	
1	<p>a) Hva er arbeidsoppgavene dine?</p> <p>b) Hvordan går du frem for å løse arbeidsoppgavene?</p> <p>c) Opplever du at arbeidet ditt oppnår faglig legitimitet i kommuneorganisasjonen?</p> <p>d) Hvordan brukes kunnskap fra oversiktsdokumentet i lokalt og regionalt plan- og utviklingsarbeid?</p> <p>e) Hvordan forankres og iverksettes folkehelseiltak?</p> <p>f) Blir folkehelseperspektivet ivaretatt ulikt i de kommunale sektorene?</p>
Samarbeid	Samarbeidspartnere, organisering, relasjoner, ferdigheter, uformelle møter, maktbalanse
1	<p>Hvem samarbeider du med?</p> <p>(<u>Toppledelsen</u>= rådmann/kommunedirektør, ordfører, politikere, <u>administrasjon</u> = kommunalsjef, enhetsleder/egen leder og <u>sivilsamfunn</u> – næringsliv, frivillig sektor, innbyggere, media)</p> <p>a) Hva samarbeider dere om? - Oversiktsdokumentet?</p> <p>b) Kan du gi et praktisk eksempel på hvordan det foregår?</p> <p>c) Har du fått opplæring i samarbeidsteknikker?</p>
2	<p>Hvordan opplever du relasjonen til samarbeidspartene dine?</p> <p>A) Opplever du at deres oppfatning av din rolle er ulik din egen? Eksempler?</p>
3	Kan du trekke frem strategiske ferdigheter/egenskaper som <u>du</u> bruker/har for å fremme folkehelse?
5	Kan du trekke frem eksempler på positive og negative erfaringer ved samarbeid? Interessekonflikt
6	Hvilke kommunikasjonsferdigheter tenker du det er viktig å besitte i et tverrsektorielt samarbeid?

7	Har du kontakt med folkehelsekoordinator i nabokommunene?
8	På hvilken måte bruker du den uformelle møteplassen til å fremme folkehelseperspektivet?
Suksess/hindringer gjennomslagskraft	Innflytelse, mål, verdier, oversiktsdokument, politisk sammensetning
1	På hvilken måte har du innflytelse som folkehelsekoordinator på kommunal helse politikk og budsjett/økonomi/finans? a) I senter for informasjon b) forhandle frem løsninger c) er det problematisk å skille mellom personlig/profesjonell relasjonene i små kommuner?
2	Hvilke mål har du for stillingen som folkehelsekoordinator? Eksempel på langsiktige og strategiske mål
3	Hvordan brukes kunnskapen fra oversiktsdokumentet i lokalt og regionalt plan- og utviklingsarbeid? a) Hvordan forankre og iverksette tiltak?
4	Hvordan måler din sjef din suksess? Hvordan måler du din suksess?
5	Hvilke verdier er viktige i folkehelsekoordinatorrollen?
6	Hvordan influerer den politiske sammensetningen til de folkevalgte i kommunen ditt arbeid? Suksess/hindring/gjennomslagskraft
7	Opplever du at det er en interessekonflikt mellom ansvaret ovenfor kommunens økonomiske midler og utfallet av implementert folkehelse?
	Er det noe du ønsker å tilføye?

Vedlegg 3. Intervjurunde kommunedirektør

Intervjuguide til kommunedirektøren

- 1) Hva er en folkehelsekoordinator? Hvilke rolle og funksjoner har folkehelsekoordinator?
- 2) Hva er den organisatoriske forankringen til stillingen?
- 3) Hva er samfunnsoppdraget/mandatet til folkehelsekoordinatoren?
- 4) Hvordan tilrettelegger kommunen for at folkehelsekoordinatoren skal sikre helse i alle ledd?
- 5) Hva tenker du er viktige egenskaper for å skape samarbeid på tvers av sektorer?
- 6) Opplever du at stillingen svarer til oppgaven folkehelsekoordinator har?
- 7) Har folkehelsekoordinator oppnådd faglig kompetanseheving/høyere kompetansenivå om folkehelse ute i organisasjonen?
- 8) Har folkehelsekoordinator oppnådd at folkehelsearbeidet er forankret i hele organisasjonen? Og at folkehelsemål og strategier følges opp i de ulike kommunalområdene og på tvers av kommunalområdene?
- 9) Kan du trekke frem positive- eller negativt trekk i forhold til folkehelsekoordinatorrolle/funksjon.
- 10) Er det noe du ønsker å tilføye?

Vedlegg 4. Samtykkeskjema for folkehelsekoordinator og kommunedirektør

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Folkehelsekoordinatorens opplevelse av muligheter og hindringer i å utforme en boundary spanner-rolle, og få gjennomslag for helse i all politikk?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på og beskrive folkehelsekoordinatorens rolle og funksjoner i sitt tverrsektorielle arbeid. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Masteroppgavens problemstilling er hvordan opplever folkehelsekoordinatoren sine muligheter og hindringer i sin boundary-spanner rolle (koordinator) og i gjennomslag for helse i all politikk. For å kunne besvare denne problemstillingen vil det bli samlet inn informasjon fra fem folkehelsekoordinatorer og deres overordnede; kommunedirektøren.

Studiens formål er å få en dypere beskrivelse av folkehelsekoordinators rolle og funksjoner ved å utforske informasjon om folkehelsekoordinatorens organisasjons forankring, mandat, organisasjonsnivå, samfunnsoppdrag, arbeidsoppgaver, nettverk, samarbeidspartnere og folkehelsekoordinatorens erfaringer og opplevelser, samt kommunedirektørens syn og erfaring med folkehelsekoordinatoren.

Da det finnes få studier som beskriver og analyserer folkehelsekoordinatoren som et empirisk fenomen ut ifra folkehelsekoordinator oppfattelse og erfaring i rollen som folkehelsekoordinator, vil denne oppgaven kunne utfylle dette området ved å gi folkehelsekoordinatoren en stemme, samt knytte dette til teoretiske perspektiver for å gi en ytterligere forståelse av emnet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder, campus Kristiansand, fakultetet for samfunnsvitenskap, er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervju folkehelsekoordinatorene og kommunedirektørene i fem små kommuner i samme region.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i prosjektet vil innebære at du deltar på et intervju som vil vare i ca. 45 minutter. Spørsmålene i intervjuet vil angå din rolle som folkehelsekoordinator og svarene dine vil bli tatt opp på en lydopptaker samt notater. Spørsmålene jeg vil stille vil angår:

- Beskrivelse av yrket folkehelsekoordinator, dets rolle og funksjoner
- Organisatorisk forankring og nivå
- Arbeidsoppgaver og arbeidsmetoder
- Samarbeidspartnere

- Dine opplevelser og erfaringer som folkehelsekoordinator og samarbeid med andre

Jeg vil også intervjuer kommunedirektøren om hvordan han opplever at folkehelsekoordinatorstillingen har oppnådd at folkehelsearbeidet er forankret i hele organisasjonen.

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 kun jeg og min veileder ved Universitetet i Agder som vil ha tilgang til opplysningen som blir gitt ved intervjuet.

Lagring av data etter Universitetet i Agders standard vil bli sekretet gjennom lån av lydopptaker ved biblioteket. Lydopptak som er tatt med denne, vil bli lagret på en sikker måte gjennom prosjektperioden og vil bli slettet ved prosjektslutt 01.09.22.

Det er kun navnet ditt ved signering av dette skjemaet som utgjør personopplysninger. Navnet ditt blir ikke brukt videre i andre sammenhenger, intervjuedeltakeren blir anonymisert som «folkehelsekoordinator 1, 2, 3...»

Kommunenavnet vil også bli anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Etter planen skal prosjektet avsluttes 10.09.22, og personopplysninger som lydopptak og navn vil da bli slettet ved prosjektslutt.

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 student Fatima Medina Aakhus, telefon: 919 69 273, mail: fatia17@student.uia.no
- Universitetet i Agder veileder/prosjektansvarlig Gro Kvåle, telefon: 38 14 16 32 / 952 56 826, mail: gro.kvale@uia.no
- Vårt personvernombud ved Universitetet i Agder: Johanne Warberg Lanvold telefon: 38 14 13 28, mail johanne.lavold@uia.no

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

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Fatima Medina Aakhus
Prosjektansvarlig

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta på intervju
- at anonymisert informasjon oppgitt av meg publiseres

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)