

Betydningen av struktur for adferd i det kommunale folkehelsearbeidet

Hvilke faktorer er assosiert med kontaktmønsteret til norske folkehelsekoordinatorer?

PER STIAN WØLNEBERG

VEILEDER

Tor Ivar Karlsen

Universitetet i Agder, 2020

Fakultet for helse og idrettsvitenskap

Institutt for Ernæring og folkehelsevitenskap

Master

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Forord

Jeg vil innledningsvis takke den norske stat for denne muligheten til å ta en høyere utdanning. Det er fort gjort å ta for gitt mange av de godene vi har, og ofte tenker man at en utdanning er en selvfølge. Det er det ikke, og jeg stiller meg ydmyk i gjeld for dette privilegiet.

Det var i en av de første forelesningene på Universitet i Agder at en gjesteforeleser presenterte folkehelsearbeidet i et historisk perspektiv. Et sentralt tema i forelesningen var infeksjonssykdommer og hvordan disse utgjorde de største utfordringene knyttet til folkehelsearbeidet. På dette tidspunktet var vi mange som avfeide problematikken som lite relevant for utdanningsløpet vi var inne i. Vi ante ikke i hvilken grad vi tok feil, og hva som skulle prege nyhetsbildet det påfølgende året. Plutselig var verden preget av en folkehelseutfordring vi som kommende folkehelsevitere i liten grad hadde forutsetninger for å forstå. Om det var et gufs fra fortiden, eller en advarsel fra fremtiden vil tiden vise. Jeg er ansatt på Sørlandet Sykehus og har opplevd noen av ringvirkningene av krisen vi har vært inne i. Det har vært paradoksalt å jobbe så tett opp mot denne problematikken, for så å komme hjem å skrive på denne masteroppgaven som rent teoretisk befinner seg langt ifra de utfordringene vi har stått ovenfor de siste månedene. Det har til tider vært vanskelig å holde fokus, mens andre dager har det vært en behagelig flukt fra virkeligheten. Mest av alt sitter jeg igjen med en følelse av takknemlighet og stolthet over å være en del av et inkluderende, åpent og omsorgsfullt samfunn som finner sammen når det skygger for solen.

Denne oppgaven ville ikke vært det den er uten min veileder Tor-Ivar Karlsen. En god veileder vet når det er tid for å lede, og når det er tid for å slippe taket. Tor-Ivar har hatt en balanse i sin tilnærming som har gitt meg en følelse av eierskap til arbeidet, samtidig som jeg har følt en trygghet i å bli fulgt på veien. Som veileder har han holdt meg på trygg grunn uten å ta fra meg styringen. Det har vært en lærerik prosess, og jeg er takknemlig for all hjelpen underveis. Jeg ønsker også å takke alle de dyktige foreleserne som har inspirert meg de siste fem årene. Spesielt vil jeg trekke frem Roar Blom, Charlotte Kiland, Mette Stavnsbo, Ellen Blom og Birte Barsnes Frøyd for å ha vært kunnskapsrike og engasjerte veivisere på denne reisen.

Arendal, mai 2020.

Sammendrag

Bakgrunn Til tross for et økende fokus på folkehelsekoordinatoren sin rolle i kommunen siden folkehelseloven ble vedtatt, er det ikke blitt gjort forsøk på befolkningsnivå for å kartlegge hvem som fyller disse stillingene og hvordan stillingene utføres. I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke hvilke faktorer som påvirker kontaktmønsteret til folkehelsekoordinatorene. Tverrsektorielle samarbeid blir ofte trukket frem som en suksessfaktor innen offentlig forvaltning, og det er derfor av interesse å kartlegge kontaktmønsteret til folkehelsekoordinatorene og identifisere faktorer som påvirker dette. I følge Theory of Planned Behaviour kan atferd predikeres ut ifra holdninger, forventninger og atferdskontroll. Denne modellen er benyttet for å operasjonalisere de uavhengige variablene.

Metode Denne studien består av en nasjonal kvantitativ undersøkelse sendt spesifikt til kommunens folkehelseansvarlig med en svarprosent på 64%. Kontaktmønster har blitt analysert med en prinsippal komponent analyse som identifiserte tre unike typer kontaktmønster som retter seg henholdsvis mot politisk ledelse, administrasjon og sivilsamfunn. Tre skalaer ble operasjonalisert ut ifra variablene i de tre komponentene og det ble gjort trinnvise multippel lineær regresjonsanalyser for å undersøke faktorer som påvirker kontaktmønsteret. **Resultater** Det ble funnet en signifikant korrelasjon mellom atferdskontroll og intensjon ($r=0,642$), atferdskontroll viste en signifikant korrelasjon med kontaktmønster mot politisk ledelse ($r=0,123$), administrasjon ($r=0,167$) og sivilsamfunnet ($r=0,287$). Intensjon, målt som prosentandel av stilling faktisk brukt på folkehelsearbeid, viste signifikant korrelasjon med kontaktmønster for politisk ledelse ($r=0,143$), administrasjon ($r=0,213$) og sivilsamfunn ($r=0,305$). **Konklusjon** Atferdskontroll er den klart tydeligste prediktoren for atferd målt indirekte via intensjon, men den direkte effekten på atferd målt som kontaktmønster delvis utpreger seg med høyere verdier enn de andre uavhengige variablene i modellen fra Theory of Planned Behaviour. Funnene samsvarer i stor grad med modellen, med unntak av noe lav effekt mellom intensjon og atferd. En mulig konklusjon å trekke er at de strukturelle betingelsene til folkehelsekoordinatoren har større betydning enn personlige betingelser som kjønn, alder og utdanning, eller opplevde forventninger fra miljøet. Hvis folkehelse skal forstås som et wicked problem som best håndteres fra et tverrsektorielt perspektiv er det hensiktsmessig at rollen som folkehelsekoordinator styrkes av strukturelle betingelser som egen stillingsbeskrivelse, flere fulltidsstillinger og organisering i nærheten av rådmannen.

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Background There's been an increasing focus on the public health coordinators role in the local public health promotion since the public health law was passed in 2012, despite the increased focus there's a lack of national surveys on who's filling these position or how the role is executed. In this paper I am going to investigate which factors affects the communication patterns of the public health workers. Intersectoral cooperation is often highlighted as an important approach within public administration. The communication pattern of the public health coordinators might reveal something about their approach and it would be interesting to identify factors that affects this pattern. According to the Theory of Planned Behaviour it is possible to predict behaviour from attitudes, subjective norms and behavioural control. This is the theoretical framework that has been used to operationalize the independent variables. **Method** This paper builds on a quantitative survey sent specifically to whomever was responsible for public health in the all of the Norwegian communes. There was a response rate of 64%. The pattern of communication was analysed with a principal component analysis and three unique patters were identified. They were directed at political leadership, administration, and civil society. Three scales were built out of the variables in the three components and a step wise multiple regression analysis was utilised to explore potential predictors. **Results** There was a significant correlation between behavioural control and intention ($r= 0,642$). Behavioural control showed a significant correlation with communication pattern toward political leadership ($r= 0,123$), administration ($r=0,167$) and civil society ($r= 0,287$). Intention (measured as actual percentage of position spent on public health work) showed a significant correlation with communication pattern towards political leadership ($r=0,143$), administration ($r=0,213$) and civil society ($r= 0,305$). **Conclusion** Behavioural control shows the strongest predicting capability on behaviour indirectly through intention, while the direct effect on behaviour, measured as communication patterns, is to some extent greater compared to other independent variables in the model of Theory of Planned Behaviour. The findings correspond well with the theoretical model, with exception of somewhat low effect between intention and behaviour. One possible conclusion is that the structural condition surrounding the public health coordinators play a larger role than personal factors such as gender, age and education, or subjective norms. If we understand public health as wicked problem that is best handled with an intersectoral approach, then it would be expedient to see a strengthening of the role as coordinator through better structural conditions such as unique job titles, increased full time positions and organisational placement close to the councilman.

Innhold

1.0 Innledning.....	7
1.1 Folkehelse, sykdomsbyrde og dødelighet.....	7
1.2 Styringsnivåer.....	11
1.3 New Public Management & Governance.....	14
1.4 Health in All Policies.....	15
1.5 Lokalt folkehelsearbeid.....	16
1.6 Problemstilling.....	19
2.0 Teori.....	20
2.1 Teoretisk perspektiv.....	20
2.2 Theory of Planned Behaviour.....	21
2.2.1 Atferd.....	21
2.2.2 Subjektivt oppfattet forventning.....	22
2.2.3 Atferdskontroll og Intensjonskontroll.....	23
3.0 Metode.....	24
3.1 Metodebeskrivelse.....	24
3.2 Spørreskjema.....	24
3.2.1 Utarbeiding av spørreskjema.....	24
3.2.2 Godkjenninger.....	25
3.2.3 Innsamling.....	25
3.3 Operasjonalisering.....	26
3.3.1 Holdninger.....	28
3.3.2 Subjektive normer.....	29
3.3.4 Atferdskontroll.....	29
3.3.5 Atferdsintensjon.....	30
3.3.6 Atferd.....	30
3.4 Statistikk.....	34
3.4.1 Deskriptive analyser, statistiske tester.....	34
3.4.2 Regresjonsanalyser.....	35
4.0 Resultater.....	35
4.1 Deskriptive analyser.....	35
4.2 Statistiske tester og sammenheng mellom avhengige og uavhengige variabler.....	38
4.3 Bivariate analyser.....	42
4.4 Regresjonsanalyser.....	43
4.5 Resultatene presentert i modeller.....	47
5.0 Drøfting.....	49

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

5.1 Oppsummering av funn	49
5.2 Tverrfaglig tilnærming til komplekse problemer.....	51
5.3 Overgangen til samstyring	55
5.4 Kommunelegen.....	57
5.5 Tidligere funn	58
5.6 Styrker og svakheter	59
6.0 Konklusjon.....	60
7.0 Referanseliste.....	64
Vedlegg 1. Tabell 7. Spearmans korrelasjonsanalyse mellom alle variablene.....	68
Vedlegg 2. Godkjenning NSD	70
Vedlegg 3. Godkjenning FEK.....	70
Vedlegg 4. Databehandleravtale	70
Vedlegg 5. Spørreskjema.....	70

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

1.0 Innledning

I denne oppgaven presenterer jeg data fra en nasjonal survey-studie som ble gjennomført i perioden mai-september 2019 med hensikten å avdekke suksessfaktorer for det kommunale folkehelsearbeidet. Målgruppen for studien bestod av ansatte i alle norske kommuner med ansvar for folkehelsearbeidet. Heretter er disse benevnt som folkehelsekoordinatorer. Denne oppgaven undersøker forholdet mellom adferd målt som kontaktmønster og mulige faktorer som påvirker denne ut ifra et teoretisk rammeverk hentet fra Theory of Planned Behaviour.

Opgavens oppbygning består av en innledning som beskriver bakgrunnen for valg av problemstilling. Innledningen starter bredt med å beskrive generelle trekk ved helsen til den norske befolkningen, og deretter generelle trekk ved den norske forvaltningsmodellen. Deretter vinkles innledningen mer spesifikt inn mot problemstillingen ved å trekke frem tidligere forskning som er gjort på området og relevante endringer innen det norske folkehelsearbeidet de siste årene. Det påfølgende teorikapittelet danner grunnlaget for gjennomføring av studien og analysene. Der presenteres det teoretiske rammeverket med argumentasjon for operasjonaliseringen av variablene. Til slutt presenteres selve forskningsresultatene med metode og diskusjon. Enkelte av analysene som har vært nødvendig for å operasjonalisere de uavhengige variablene blir presentert i metodekapittelet, mens de øvrige analysene presenteres, som forventet, i resultatkapittelet. Avslutningsvis trekkes det frem mulige konklusjoner og konsekvenser av forskningen.

1.1 Folkehelse, sykdomsbyrde og dødelighet

Folkehelse som et fagfelt består av et mangfold av perspektiver på en tilsynelatende uoversiktlig sammensetning av problemstillinger. Det er et fagfelt hvor veien mellom tiltak og evaluering kan være lang, og det gir utfordringer når vi skal forstå resultatene av det arbeidet som blir gjort. Det er i Norge i dag en forventet levealderen for menn på 80,9 år og for kvinner på 84,3 år (SSB, 2018). Historisk sett har det alltid vært en kjønnsbetiget forskjell i forventet levealder, men de siste årene har denne minket. Til tross for at den forventede levealderen har økt jevnlig siden 1950 frem til i dag så står vi fortsatt ovenfor utfordringer med befolkningens helse i dag. Dødsfall har en tydelig sammenheng med alder, omtrent åtte av ti dødsfall skjer etter fylte 70 år (FHI, 2018a). Blant de 22% av dødsfallene som skjer før

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

fylte 70 år, er kreft, hjerte- og karsykdommer og kroniske sykdommer i nedre luftveier blant de mest utbredte årsakene (FHI, 2018a). For den delen av befolkningen som er over 70 år ser årsakssammenhengen lik ut, men hjerte- og karsykdommer ligger på topp, mens en del av dødsfallene også kan tilskrives lungebetennelse og Alzheimers (FHI, 2018a). Stoltenberg regjeringen anerkjente denne utfordringen og uttalte en samlet strategi for å øke antallet gode leveår og videreutvikle samfunnet som helsefremmende for hele befolkningen, dette skulle oppnås gjennom en tverrfaglig innsats, men ikke nødvendigvis med en økning i økonomiske midler (St. Meld, 34, 2012-2013). Et sentralt tema i denne strategien var en styrking av strukturelle betingelser og universelle tiltak, på denne måten skulle folkehelsearbeidet utvikles i tråd med velferdsmodellen for øvrig. Strategien hadde et eksplisitt mål om å plassere Norge på topp tre blant land i verden med lengst levealder.

Helse defineres av Verdens helseorganisasjon (WHO) som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (World Health Organization, 1995). Derfor kan vi ikke bare måle helsetilstanden til befolkningen i antall dødsfall eller tapte leveår. 1 av 20 voksne oppgir å være misfornøyd med livet sitt og 3 av 7 ungdommer tror ikke de vil få et godt og lykkelig liv (Reneflot, et al, 2018). Selv om dette er relativt små andeler av en total som oppgir å være tilfredse med livet, så utgir de et stort antall mennesker som av ulike grunner ikke har det bra. En forklaring på dette kan være andelen mennesker som lever med en sykdomsbyrde som ikke nødvendigvis er dødelig, men likevel har stor påvirkning på deres livskvalitet. Hvis man tar høyde for en sosioøkonomisk gradient i fordelingen av sykdomsbyrde kan man med rimelighet anta at det er en høyere konsentrasjon av nedsatt livskvalitet i den enden av gradienten som består av de med minst ressurser.

Det er ofte naturlig å gjøre en kobling mellom folkehelsearbeid og livsstilssykdommer, men et viktig aspekt ved helsen er den psykiske komponenten som kan bli glemt i diskusjonen om forebygging. Mentalt og sosialt velvære er vanskelig å måle, men det finnes konkrete mål på psykiske lidelser i form av diagnoser. Om det er rimelig å sidestille fravær av en diagnose på en psykisk lidelse med mentalt og sosialt velvære kan diskuteres, men diagnosene utgjør et kvantitativt mål som i større grad lar seg kartlegge i befolkningen. Undersøkelser viser at det ikke har vært noen markant økning i forekomsten av psykiske lidelser i Norge de siste årene, og det har heller ikke vært noen markant økning i utskrivelse av medikamenter for psykiske lidelser (FHI, 2018b). Psykiske lidelser kan sies å være utbredt i befolkningen, og selv om det er positivt at vi ikke har sett en markant økning, er det urovekkende at vi heller ikke ser en

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

reduksjon. Spesielt urovekkende er det blant to grupper i befolkningen. Det har vært en økning av unge jenter som oppsøker helsetjenesten for å få hjelp med psykiske plager, og forekomsten av psykiske lidelser blant innvandrere er høyere enn i den øvrige delen av befolkningen.

Solbergregjeringen har i sin melding til stortinget (St. Meld. 19, 2014-2015) utpekt psykiske lidelser som et av hovedpunktene for sin strategi for å bedre helsen i den norske befolkningen, og de inkluderer psykiske lidelser som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. De viderefører hovedmålene til Stoltenbergregjeringen med å være skape et samfunn som er helsefremmende for hele befolkningen, øke antall gode leveår og plassere Norge blant et av de tre landene med høyest forventet levealder i verden. Solbergregjeringen legger frem strukturelle betingelser og tverrsektoriell tilnærming som viktig for å nå disse målene, og de bruker modellen til Dahlgren og Whitehead (1991) for å forklare kompleksiteten i sammenhengen mellom samfunnet og den psykiske helsen i befolkningen. I likhet med Stoltenbergregjeringen tar de som utgangspunkt at dette skal oppnås gjennom de allerede eksisterende økonomiske budsjettammene, men at utnyttelsen av midlene kan effektiviseres (St. Meld. 19, 2014-2015).

Hvis vi ser på fordelingen av helsetapsjusterte leveår etter sykdomsbyrder havner kreft, psykiske lidelser, muskel- og skjelettsykdommer, andre ikke-smittsomme sykdommer og hjerte- og karsykdommer blant de fem vanligste sykdomsbyrdene (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2017). Dette er kategorier som dekker diagnoser vi i stor grad vet skyldes livsstilsrelaterte faktorer, noe som gjenspeiles når vi ser på de vanligste risikofaktorene for helsetapsjusterte leveår. Tobakk, alkohol, ernæring, overvekt og fedme og høyt systolisk blodtrykk ligger der blant de fem største risikofaktorene (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2017). Dette tydeliggjør et paradoks i dagens folkehelsearbeid. Til tross for at vi har klart å øke den forventede levealderen, er det sykdommer vi i stor grad vet hvordan skal forebygges som dominerer den totale sykdomsbyrden (Bahr, 2009). Fysisk aktivitet og ernæring har vært satsningsområde for tidlig forebygging, men til tross for storstilt innsats fra samfunnet klarte vi ikke over en 13 årsperiode å øke aktivitetsnivået blant barn og unge (Steene-Johannessen & et al., 2019). Det antas at halvparten av sykdomsbyrden i Norge kan knyttes til ikke-dødelig helsetap (Knudsen, et al., 2017). Med andre ord lever vi lenger, men med flere plager. Muskel- og skjelettplager og psykiske lidelser utpreger seg blant alle aldersgrupper, men er et spesielt problem i den arbeidsføre delen av befolkningen. Sammen utgjør disse to diagnostiske gruppene over 60%

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

av antall uføretrygdene (NAV, 2017). Sammen med kostnader knyttet til bruk av helsetjenester utgjør sykdomsbyrden i den norske befolkningen derfor en betydelig samfunnsøkonomisk belastning.

Norge kan sies å kjennetegnes som et land med en lang tradisjon for rettferdig fordeling av goder gjennom sosialdemokratisk politikk (Esping-Andersen, 1990). Til tross for dette ser vi at sosial ulikhet i helse er ganske likt fordelt i Norge som i andre Europeiske land (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014). Med sosial ulikhet menes en systematisk skeivfordeling av helse (Smith, Bambra & Hills, 2016). Dette betyr at de sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelsene for helse ikke er like, og det er en systematikk i ulikheten. Et eksempel på dette er at mennesker med mindre goder også ofte har dårligere helse. Dette er ikke bare en grunnleggende urettferdighet, men det er også en grunnleggende forutsetning for helse og et naturlig utgangspunkt for folkehelsearbeidet. Uavhengig om vi ser på fordeling av befolkningens helse ut ifra dødelighet eller sykdomsbyrde så utpreger den sosiale gradienten seg som en rød tråd i statistikken (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014). Solbergregjeringen har et eksplisitt mål om jobbe imot problematikken med sosialulikhet i helse som en del av et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Dette skal de gjøres ved å utarbeide tiltak som retter seg mot hele sosial ulikhet i helse som et komplekst fenomen, fra grunnleggende levekårsforhold til levevaner skal de vurdere tiltak og strategier både lokalt og nasjonalt (St. Meld. 19, 2018-2019).

Det kan være langt mellom ord og handling, og et eksempel på dette finner vi i den nasjonale handlingsplanen for bedre kosthold. Helse- og omsorgsdepartementet bestilte en utredning av kunnskapsgrunnlaget for handlingsplanen fra Folkehelseinstituttet i 2015. Denne utredningen trakk i stor grad frem regulering av strukturelle betingelser som de mest effektive (Meyer, Holvik & Folkehelseinstituttet, 2017). Eksempler på dette er høyere skatter på usunne matvarer, og subsidiering på sunne matvarer, dette trekkes frem som et av de mest effektive tiltakene for å utjevne den sosiale gradienten i kosthold. Et annet eksempel er regulering av markedsføring for usunne matvarer, og i særlig grad mot barn og unge. Reguleringer av hva som er lov og samarbeid mellom stat og produsent om prisstrategier hentes frem som gunstige tiltak. Hvis man sammenligner utredningen til folkehelseinstituttet med handlingsplanen til regjeringen blir en diskrepans mellom kunnskap og tiltak tydelig. Handlingsplanen unngår flere av punktene i kunnskapsgrunnlaget, og da spesielt med tanke på innføring av skatter og

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

subsidier (Hay & Blaker, 2017). Dette til tross for at dette trekkes frem som et viktig tiltak i arbeidet med utjevning av sosial ulikhet i helse.

Kort oppsummert kan man beskrive den norske befolkningens helse som god, men med konkrete utfordringer. Til tross for at vi er et av landene i verden med høyest forventet levealder og blir rangert som et av de beste stedene å leve så har vi utfordringer knyttet til sykdomsbyrde og fordelingen av denne i befolkningen. Vi vet i stor grad hva løsningen er, men har utfordringer med å iverksette disse som konkrete tiltak i befolkningen. I all hovedsak handler dette om å endre folks livsstilsvaner og å utjevne den sosiale gradienten i fordelingen av helse. Dette handler om å gripe inn i folks liv og endre deres forutsetninger. De to siste regjeringen har begge vist en forståelse for verdien av strukturelle endringer og tverrsektorielle løsninger, men er forsiktige med å øke bevilgninger til dette. På et kommunalt forvaltningsnivå blir skillet mellom stat og innbygger mindre og løsningene nærmere. Derfor vil jeg i denne oppgaven rette fokuset mot kommunene og noen av de forutsetningene kommunene har for å jobbe med folkehelse.

1.2 Styringsnivåer

Den norske forvaltningsmodellen består av fire styringsnivåer: overnasjonale, nasjonale, regionale og lokale. Derfor kan vi se endringene som skjer lokalt, regionalt og nasjonalt i sammenheng med internasjonale impulser. Den overnasjonale forvaltningen gjøres av internasjonale organisasjoner som WHO, EU/EØS og OECD. Staten forvalter på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, mens fylkeskommunene og kommunene henholdsvis forvalter regionalt og lokalt (Christensen, Egeberg, Lægred & Aars, 2014, s. 15). Et prinsipp i denne organiseringen er at nasjonale styringssignaler skal nå frem til distriktene, og at de lokale styringsmyndighetene skal ha muligheten til å tilpasse den nasjonale politikken til de lokale forholdene (Christensen et al, 2014, s. 135). Forvaltningens oppgave er primært å forberede saker for politiske organer, samt å iverksette den politikk som er bestemt. Dette samspillet mellom folkevalgte og ulike forvaltningsorganer sikrer et politisk system som kan omgjøre visjoner til bindende, kollektive beslutninger (Christensen et al, 2014). Staten kan bruke ulike former for styringssignaler for å iverksette sin politikk regionalt og lokalt. Disse virkemidlene kan deles opp i tre ulike kategorier: økonomiske, juridiske og pedagogiske.

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Gjennom økonomiske styringssignaler kan staten gi kommunene et insentiv for å jobbe mot det samme politiske målet. Eksempelvis kan meldinger til stortinget følges opp med økonomisk støtte for at de politiske ambisjonene skal kunne gjennomføres. Meldinger til stortinget er rapporter hvor regjeringen kan legge frem sin drøfting av fremtidig politikk, uten noe forslag til vedtak (Christensen et al, 2014, s. 113). Pedagogiske styringssignaler finner vi i rundskriv, idéhefter og andre dokumenter som gir kommunen insentiv i form av økt kompetanse og forståelse. I stortingsmelding 19 fra Solbergregjeringen legges det stor vekt på psykisk helse og forslag til hvordan regjeringen vil at dette skal forstås og jobbes med (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dokumentet i seg selv kan sees på som et pedagogisk styringssignal fra regjeringen hvor politiske verdier synliggjøres, men i *folkehelseprogrammet*, som er utviklingsarbeid som skal styrke kommunenes evne til å fremme helse og livskvalitet, finner vi igjen fokuset på psykisk helse. Gjennom dette programmet ble det i 2017 bevilget 42,1 millioner kroner til utvikling av lokale tiltak, og vi kan derfor forstå dette som et økonomisk styringssignal for at kommunene skal kunne jobbe med folkehelse ut ifra de politiske føringene som ble lagt i stortingsmelding 19 (Helsedirektoratet, 2017).

Gjennom internasjonale samarbeid er Norge en del av et større nettverk av aktører som jobber mot felles mål og vi er i så måte underlagt en form for overnasjonal forvaltning. Denne skjer gjennom pedagogiske styringssignaler fra internasjonale organisasjoner, og disse organisasjonene har ingen innflytelse på de respektive medlemslandenes politikk utover det samtykke medlemslandene gir (Christensen, Egeberg, Lægreid & Aars, 2014, s. 186.) Derfor forstår jeg disse styringssignalene som pedagogiske fordi de er veiledende og ikke juridisk bindende. EØS-avtalen er det nærmeste vi kommer et juridisk bindende overnasjonalt forvaltningsorgan, fordi lovene som regulerer det indre europeiske markedet blir innbakt i den norske lovgivningen gjennom avtalen. Disse lovene omfatter blant annet mattrygghet, tobakk, legemidler, medisinsk utstyr yrkeskvalifikasjoner for helsepersonell og påvirker derfor folkehelsen (Regjeringen, 2018). Et eksempel på overnasjonal forvaltning som har gitt store ringvirkninger i den norske folkehelsepolitikken på lokalt nivå er verdenshelseorganisasjon sin konferanse om folkehelse i Ottawa i 1986. Under denne konferansen ble det utarbeidet et dokument med føringer for hvordan folkehelsearbeidet burde utformes for å oppnå «helse for alle» innen år 2000. Et sentralt tema i dokumentet er en holistisk og økologisk tilnærming til å tenke helse. Det er et tydelig fokus på verdien i styrkning av lokalsamfunn sitt engasjement i

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

folkehelsearbeidet (World Health Organization, 1986). Selv om dokumentet i seg selv ikke var juridisk bindende, så kan det tolkes som et pedagogisk styringssignal fra en overnasjonal organisasjon. Disse impulsene finner vi igjen i folkehelseloven fra 2012, hvor kommunen får ansvaret for å videreføre folkehelsearbeidet gjennom lokal utvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting (Folkehelseloven, 2012).

De viktigste juridiske styresignalene for folkehelsearbeid på lokalt nivå finner i folkehelseloven og plan- og bygningsloven. Folkehelseloven ble iverksatt 01.01.2012 og gir kommunene et ansvar om å skaffe seg en dokumentert oversikt over befolkningens helse og faktorene som påvirker denne, spesielt de forhold som bidrar til økt sosial ulikhet (Folkehelseloven, 2012). Denne dokumentasjonen skal være en del av kommunens planstrategi og legges til grunn for utarbeiding av mål i kommuneplanen og eventuelle del- eller sektorplaner. Ansvaret for å utarbeide tiltak som møter utfordringene som identifiseres i oversiktsdokumentet legges til kommunene (Folkehelseloven, 2012). Det er naturlig at kommunene selv kjenner sine egne ressurser og forutsetninger best, og derfor kan tilpasse folkehelsearbeidet til sine lokale forhold. Gjennom folkehelseloven defineres de ulike forvaltningsnivåenes ansvar i arbeid med folkehelse og konsekvensene av ikke å følge opp dette ansvaret. De største oppgavene tillegges kommunene, som skal fremme folkehelse og forebygge psykisk og somatisk sykdom gjennom de oppgavene og virkemidlene kommunen allerede er tillagt og skaffe en oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Staten skal gjennom folkehelseinstituttet og helsedirektoratet drive helseovervåkning og produsere kunnskap om befolkningens helse, og bidra til å iverksette folkehelsepolitikk og veilede kommuner og fylkeskommuner gjennom fylkesmannen (Folkehelseloven, 2012). Gjennom paragraf 6 i Folkehelseloven kobles oppgavene med å skaffe en oversikt over helsetilstanden til en overordnet planstrategi, jfr. plan- og bygningslovens § 10-1. Kommunene skal utarbeide en kommuneplan som dekker ulike virksomhetsområder. Denne planen skal inneholde en målbestemt handlingsdel som spesifiserer hvordan det skal jobbes de påfølgende fire årene, og en samfunnsdel som tar drøfter langsiktige utfordringer og taktikker for å møte disse (Plan- og bygningsloven, 2008).

Ansvarsområdet til kommunene består av et bredt spekter av oppgaver. De kan deles inn i tre kategorier. De tjenesteytende funksjoner som består av de tjenestene kommuneorganisasjonen tilbyr innbyggerne. En stor del av disse er velferdsoppgaver som utdanning, skole og

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

oppvekst og helse og omsorg. De tjenesteytende funksjonene dekker også tekniske tjenester som vei, vann og avløp. Den andre kategorien er administrative forvaltningsoppgaver som behandling av byggesaker, tildeling av skjenkebevillinger og sosialstøtte. Den siste oppgavekategorien dekker samfunnsutvikling og omhandler oppgaver som sikrer utvikling innen bygg, næring og areal i kommunen (Christensen et al, 2014).

Som kommunalt ansatt utfolder folkehelsekoordinatoren sin stilling seg innenfor det lokale styringsnivået. Den norske kommunen operer under negativt avgrenset kompetanse, noe som betyr at kommunen har stor frihet til å definere sine egne ansvarsområder utover det lovpålagte (Christensen, 2014) I tillegg til å ha kontakt med ulike aktører innenfor kommunen, kan vi se for oss at folkehelsekoordinatoren også samarbeider med aktører i sivilsamfunnet som frivillige organisasjoner, media og næringsliv. Frivillighet utgjør en betydelig del av den samlede innsatsen i det norske folkehelsearbeidet, og dette er noe som gjenspeiler seg i regjeringens folkehelsestrategi (St. meld 19, 2014-2015; St. Meld. 19, 2018-2019). Gjennom frivillige organisasjoner samler befolkningen seg i grupper som representerer ulike interesser. Dette gir dobbelgevist fordi det på den ene siden fremmer inkludering samtidig som det kan styrke viktige arenaer for folkehelsearbeid som idrett, integrering og eldreomsorg. I stortingsmelding 19 (2018-2019) løftes også innovasjon frem som et nødvendig bidrag i det offentlige sine utfordringer med folkehelse.

1.3 New Public Management & Governance

I løpet av åtti- og nittitallet skjedde det en overgang i fra tung byråkratisk styring til en tilnærming til styring som hentet idealer og styringsprinsipper ifra privat sektor i flere vestlige land. Denne nye formen for forvaltning, som hadde et større fokus på resultater, ble kalt New Public Management (NPM). Idealet var at man ved å hente inspirasjon fra privat sektor skulle eliminere korrupsjon, tungroddede byråkratiske prosesser og høye kostnader. Typiske kjennetegn ved denne forvaltningsmodellen er nøysomhet, resultatorientering, konkurranse og privatisering (Hood, 1995). I det samme tidsrommet skjedde en lignende utvikling i Norge. Fremt til 1972 hadde Karl Evang gjennom stillingen som helsedirektør bygget opp et sterkt sentralisert og byråkratisk helsevesen, årene som fulgte ble preget av oppbrudd, demokratisering og desentralisering (Schiøtz, 2000, s. 187-188). Denne utviklingen kan sees i lys av internasjonale impulser som knyttet til overgangen til NPM.

Denne utviklingen synes å ha dreid kurs en gang i løpet av nittitallet med en ny overgang fra NPM til Governance, på norsk kjent som Samstyring (Vabo & Røiseland, 2008). Den nye tilnærmingen kan forstås som en distansering fra de kapitalistiske idealene som hadde

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

dominert siden åttitallet. Det teoretiske fundamentet i Samstyring bestod av sosiologi og nettverksteori. En grunnleggende antagelse i samstyring er at offentlig forvaltning er uforutsigbart og skiftende (Osborne, 2006). Det resultatorienterte miljøet som oppstod innen offentlig forvaltning i løpet av perioden med NPM skapte konkurranse mellom ulike aktører innenfor offentlig administrasjon som hemmet vertikalt samarbeid. Det oppstod en form for silotenkning hvor man ikke samarbeidet på tvers av sektorer i frykt av å havne bakpå i konkurransen. I overgangen til Samstyring som forvaltningsideologi fikk man en økende forståelse for at staten som forvaltningsorgan består av mange ulike komponenter, at det finnes flere aktører enn de offentlige som påvirker samfunnsutvikling og at forvaltning skjer innenfor et nettverk (Bekkers, Dijkstra & Fenger, 2016, s. 17). Et sentralt trekk ved samstyring er etablering av vertikale og horisontale samarbeid på tvers av ulike organisasjoner, basert på tillit og bærende relasjoner (Osborne, 2006). Dette åpner opp for en inkluderende tilnærming til forvaltning hvor man istedenfor å anse de ulike sektorene som potensielle konkurrenter, får en forståelse av at samarbeid og deling på tvers av de tradisjonelle siloene kan gi gjensidige fordeler mot felles mål.

1.4 Health in All Policies

Parallelt med utviklingen av forvaltningsmetoder innen offentlig administrasjon skjer det i løpet av sytti- og åttitallet en faglig utvikling innen det internasjonale folkehelsearbeidet. WHO utga i 1979 et strategisk plandokument hvor de la føring for en tverrsektoriell tilnærming i helsearbeidet frem mot 2000 (WHO, 1979). Dette var forløperen for signeringen av Ottawa-charteret i 1986 hvor samtlige medlemsland ble enige om en felles forpliktelse for å skape bedre helse for befolkningen (WHO, 1986). Denne bestod av fem punkter, hvor ett av disse understreker betydningen av å tenke tverrsektorielt og knytte sammen alle de ulike sektorene innen offentlig administrasjon for å se mulighetene og konsekvensene av en samlet politikk på befolkningens helse. I 2006 tok Finland over presidentskapet over EU og myntet i den anledning et nytt begrep «Health in All Policies» som kan sees på som en videreføring av den politikken som ble lagt til grunn i 1979 og 1986 (Ståhl, Wismar, Ollila, Lahtinen, & Leppo, 2006).

Denne nye tilnærmingen til folkehelsearbeid fordeler ansvaret for befolkningens helse utover det politiske og administrative landskapet i et forsøk på å skape synergieffekter som fremmer helsens fordeling i befolkningen. En slik oppdeling av ansvar gir helt konkrete utfordringer for hvert enkelt land, og løsningen er ikke nødvendigvis overførbare fra et land til det neste.

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Mangelen på omfattende forskning med høy grad av konstruktvaliditet og triangulering mellom kvalitative og kvantitative studier gjør at det mangler fasitsvar og tydelige veiledere i overgangen til en HiAP-tilnærming (Tang et al., 2014). En måte å forstå denne utviklingen er å se denne som en del av overgangen fra NPM til Governance. Den økende forståelsen for synergier og nedbygging av silobyråkrati innen offentlig administrasjon gir rom for fremveksten av en forebyggende tilnærming til helse med en grunnleggende forståelse av at god helse skapes i hele samfunnet og ikke bare innen helsevesenet med en fordeling av ansvaret mellom politiske og administrative ledere. Dette er i tråd med ideologien i Governance hvor staten som et forvaltningsorgan forstås som en helhet av mange komponenter som kan dra nytte av hverandre.

1.5 Lokalt folkehelsearbeid

Folkehelsearbeidet på lokalt nivå utspiller seg i kommunene hvor det administrative landskapet kan variere i stor grad fra kommune til kommune. Dette gir mange utfordringer i hvordan man skal organisere et folkehelsearbeid som er sektorovergripende. En løsning på dette har for mange kommuner vært å opprette en folkehelsekoordinatorstilling som kan ivareta folkehelseperspektivet i alle kommunenes sektorer. Folkehelsekoordinatoren har derfor et bredt spillerom og det finnes mange ulike potensielle aktører for samhandling. Både tverrsektorielt innad i kommunen, mot den politiske ledelsen lokalt og ulike organisasjoner i sivilsamfunnet. Disse aktørene kan i varierende grad benyttes for å fremme helse og forebygge sykdom. Gjennom folkehelseloven pliktes kommunene å utnytte dette spillerommet gjennom å tenke helse i alt (Folkehelseloven, 2012). Det vil i 2020 være åtte år siden folkehelseloven ble vedtatt. Mange kommuner har opprettet en koordinatorstilling for å sikre at dette ansvaret ivaretas, men vi har lite kunnskap om hvem disse koordinatorene er. Det finnes et begrenset utvalg publikasjoner på temaet. Det finnes en større nasjonal undersøkelse som ble gjennomført før folkehelseloven ble vedtatt, og denne hadde en høy svarprosent på 75% (Hofstad & Vestby, 2009). En svakhet ved studien var at invitasjonen ble sendt ut til kommunens åpne postmottak, så det finnes en viss tvil rundt hvem som har gjennomført undersøkelsene. Studien viser at omtrent halvparten av kommunene hadde en folkehelsekoordinatorstilling, og at det vanligste er at denne blir fylt av kommunelegen. De kommunene som var en del av Helse i Plan viste en større evne til å mobilisere den politiske og administrative ledelsen i kommunen gjennom tverrfaglig tilnærming til folkehelsearbeidet (Hofstad & Vestby, 2009).

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Mange av studiene som er gjort etter innføringen av folkehelseloven er en del av et større prosjekt hvor datamaterialet består av en baseline undersøkelse fra 2011/12 og en oppfølgingsstudie fra 2014, samt data fra SSB, NSD og NAV (Fosse, Helgesen, Hagen & Torp, 2018). Det er gjort flere publikasjoner på data fra disse studiene, men en sentral svakhet ved designet er at det ble sendt ut til rådmannen i kommunen med instruks om at det skulle fylles ut av den som er ansvarlig for folkehelse. Dette betyr at vi ikke vet hvem det er som har svart på undersøkelsen. Svarprosenten i den første studien var på 58% mens 61% fullførte oppfølgingsstudien. Det var i begge studiene de minste og mest avsidesliggende kommunene i distriktene som ikke svarte (Fosse, Helgesen, Hagen & Torp, 2018). I tillegg til de kvantitative datane ble det også ved to anledninger gjort kvalitative undersøkelser. I 2011 ble sentrale personer i Helsedirektoratet intervjuet (Grimm, 2012) og i forbindelse med oppfølgingsstudien i 2014 ble det utført seks fokusgruppeintervju (Fosse & Helgesen, 2015). Disse kan gi større innsikt i hvordan folkehelsekoordinatorerne forstår sin rolle og sitt arbeid. Datamaterialet fra den første studien i 2011/12 viser at 76 % av norske kommuner som hadde ansatt en folkehelsekoordinator før loven kom på plass i 2012. Kun 22% av disse hadde en folkehelsekoordinator i fulltidsstilling definert som stillingsprosent over 70 og 28% hadde rådmannen som nærmeste leder (Hagen, Helgesen, Torp & Fosse, 2015). Kommunene som hadde ansatt en folkehelsekoordinator preges av å ha en lav medianinntekt i befolkningen, være involvert i studiet Helse og omsorg i plan (Hofstad og Bergsli, 2016) og hadde samarbeid med fylkeskommunen i denne forbindelse. Samarbeid med sivilsamfunnet var forbundet med en organisatorisk plassering i rådmannens stab. Folkehelsekoordinatorerne ser ut til å ha en viss variasjon i ansvar utover stillingen som folkehelsekoordinator, med en klar overvekt innenfor helsesektoren (Grimm, Helgesen & Fosse, 2013). I oppfølgingsstudien fra 2014 var det 70% av kommunene som oppga å ha hatt en folkehelsekoordinator før og etter folkehelseloven ble vedtatt (16% av disse ble ansatt etter 2012) (Hagen et al., 2018). Et flertall av kommunene oppga av de ikke hadde økt samarbeid med frivillige organisasjoner og at de hadde tverrsektorielle samarbeid og samarbeid med eksterne aktører. Det var omtrent like mange som oppga at de hadde hatt en kompetanseheving som de som ikke hadde hatt dette.

Hagen et al (2018) undersøkte hvordan folkehelsekoordinatorerne og helseoversiktene kan bidra til å fremme rettferdig fordeling av goder. Data var hentet fra de to overnevnte studiene. Resultatene viste at 146 av kommunene hadde en folkehelsekoordinator før folkehelseloven ble vedtatt, 33 skaffet etter loven og 31 kommuner fjernet stillingen etter at loven ble vedtatt

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

eller hadde aldri hatt en slik stilling. Rettferdig fordeling av goder ble operasjonalisert som 1. Rettferdig fordeling av ressurser i utforming av politikk (nei/ja), og 2. Rettferdig fordeling av ressurser i lokalt folkehelsearbeid (nei/ja). Regresjonsanalysene viste overraskende at kommunene som ikke hadde en folkehelsekoordinator, hadde høyere odds for prioritering av rettferdig fordeling av goder enn de kommunene som hadde opprettet en slik stilling etter at loven ble vedtatt (Hagen et al, 2018). På den andre siden viste studien at utarbeidelse av oversiktsdokumenter over befolkningens helse etter at loven ble vedtatt hadde høyere odds for å prioritere sosial ulikhet i helse. Kompetanseheving, kommunesammenslåing og samarbeid med eksterne aktører viste også en høyere odds for prioritering av rettferdig fordeling av goder i folkehelse tiltak.

En studie publisert i tidsskriftet Plan i 2015 undersøkte folkehelsekoordinatorer i 128 kommuner i seks fylker. Resultatene viste at i 2013 hadde bare 57% av kommunene en folkehelsekoordinator, 85% var kvinner og 60% av disse hadde en helsefaglig utdanning (Sjursen, Hovland & Tveit, 2015). De av koordinatorer som var organisert under rådmannen mente sin organisering var mer hensiktsmessig enn de som var organisert i helsesektoren (Sjursen, Hovland & Tveit, 2015). Denne kunnskapen har to sentrale svakheter slik vi ser den i dag. Studien ble utført i 2013, kort tid etter at loven ble vedtatt, og det var bare et utvalg av kommunene som ble spurt. Det er også et avvik mellom antall kommuner med folkehelsekoordinator i denne studien sammenlignet med studien til Hagen, Helgesen, Torp & Fosse (2015) som fant en forekomst av folkehelsekoordinatorer på 76% i 2011/12.

Tidspunktet for innsamling av data trenger ikke å ha stor betydning, da det er et mindretall av kommunene som ansatte en folkehelsekoordinator etter at loven ble vedtatt (Hagen et al., 2018). Det at organisering under rådmannen trekkes frem som en suksessfaktor gjenspeiler seg i den kvalitative undersøkelsen som ble gjort i 2014 der det gis uttrykk for at den organisatoriske plasseringen til folkehelsekoordinatorer har betydning for den gjennomslagskraften som følger med stillingen (Fosse & Helgesen, 2015).

En studie gjort på fylkesnivå viser at det er en relativ balanse i hvordan politikere og byråkrater i fylkeskommunen oppfatter kommunen og fylkeskommunen sin rolle i regionsutvikling og folkehelsearbeid, men at det er en utbredt oppfatning om at frivillige er viktigere for folkehelsearbeidet og privat næringsliv er viktigere for regionsutvikling (Fosse & Helgesen, 2017). Til tross for dette er det et mindretall av kommunene som har økt samarbeid med frivillige organisasjoner de seneste årene (Hagen et al., 2018). Det har ikke

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

vært mulig å oppdrive ytterligere studier som belyser kontaktmønsteret og samhandlingen til folkehelsekoordinatorerne med de ulike aktørene som er aktuelle for folkehelsearbeidet.

Kort oppsummert kan vi ut ifra disse studiene med rimelig sikkerhet si at ikke alle kommunene har en folkehelsekoordinator. Det er variasjon i hvordan denne stillingen utformes og hvordan den organiseres. Kvinner og helsepersonell er trolig overrepresentert. Ansettelse av folkehelsekoordinator etter at folkehelseloven ble innført (2012) er assosiert med lavere prioritering av rettferdig fordeling av goder i politiske vedtak og folkehelse tiltak. Samarbeid innad i kommunen og med eksterne aktører er vanlig i mange kommuner, mens det er et fåtall av kommune som prioriterer økning av samarbeid med frivillige organisasjoner til tross for at dette har blitt trukket frem som en suksessfaktor for folkehelsearbeidet. Det er slik jeg ser det et behov for ytterligere, og sikrere kunnskap om hvem folkehelsekoordinatorerne er og hva de gjør. Spesielt er det usikkert hvordan folkehelsekoordinatoren samhandler med de ulike aktørene rundt seg, både innad i egen organisasjonsstruktur, utad i sivilsamfunnet og mot politisk ledelse. Dette er utgangspunktet for at jeg i denne oppgaven ønsker å undersøke folkehelsekoordinatorernes kontaktmønster i sin samhandling med de ulike sektorene og samfunnsaktørene rundt seg.

Folkehelsekoordinatoren er en ny stilling som vi har liten kunnskap om. Stillingen utfolder seg primært innenfor det lokale helsearbeidet og det er naturlig å anta at stillingen rammes inn av organisatoriske betingelser i kommunen. Sett i lys av HiAP tilnærmingen til folkehelse vet vi at det er en faglig forventning til at folkehelsekoordinatoren binder sammen ulike kommunale og private aktører til en felles visjon om bedre helse for befolkningen. Forutsetninger for å få til en koordinerende organisasjonsatferd er trolig vertikal og horisontalt spillerom i organisasjonen. Dette kontaktmønsteret og organisasjonsatferden vil gjenspeiles i kontaktmønsteret til folkehelsekoordinatoren og det er derfor jeg i denne oppgaven ønsker å utforske hvilke faktorer som er assosiert med kontaktmønsteret.

1.6 Problemstilling

Hvilke faktorer er assosiert med kontaktmønsteret til norske folkehelsekoordinatorer?

2.0 Teori

2.1 Teoretisk perspektiv

For å identifisere nødvendige faktorer som er assosiert med kontaktmønsteret er det behov for en teoretisk modell som forklarer menneskelig adferd. Folkehelsekordinatoren er en del av et større byråkrati, og kan på mange måter beskrives som en rolle eller en funksjon i tillegg til å være et unikt individ med egne holdninger og verdier. Det er derfor behov for en modell som tar høyde for personlige variabler som kjønn, utdanning og alder, tilhørigheten til en organisasjon og strukturelle betingelser i denne tilhørigheten.

Det finnes flere eksempler på teoretiske rammeverk som forsøker å forutse menneskelig atferd (Campbell, 1963; Sherman & Fazio, 1983). En tilnærming som har fått bred utbredelse er Theory of Planned Behavior (TPB). Ifølge teorien består atferd av en kobling mellom holdninger, subjektivt oppfattet forventning fra det sosiale miljøet og mestringsstro (Ajzen, 1991). Teorien er en forlengelse av Theory of Reasoned Action (ToRA) som i utgangspunktet forklarte betingelsene for en gitt atferd ut ifra en todeling mellom atferdsmessige og normative holdninger fulgt av en intensjon som forløper for den gitte atferden (Ajzen & Fishbein, 1980). De atferdsmessige holdningene består av underliggende overbevisninger som former en persons holdninger mot en atferd. Denne består av to grunnleggende komponenter: troen på at en atferd vil føre til et resultat og at dette resultatet er positivt for personen. De normative holdningene omfatter personens forståelse av en atferds effekt på sine nærmeste. Dette kan være kollegaer, familie eller venner. Ifølge ToRA er det derfor to grunnleggende betingelser som må være til stede for at vi kan forutse en atferd. Personen må ha en tro på at atferden vil gi et ønskelig utfall, og atferden må være sosialt akseptert innenfor den sosiale konteksten personen befinner seg i.

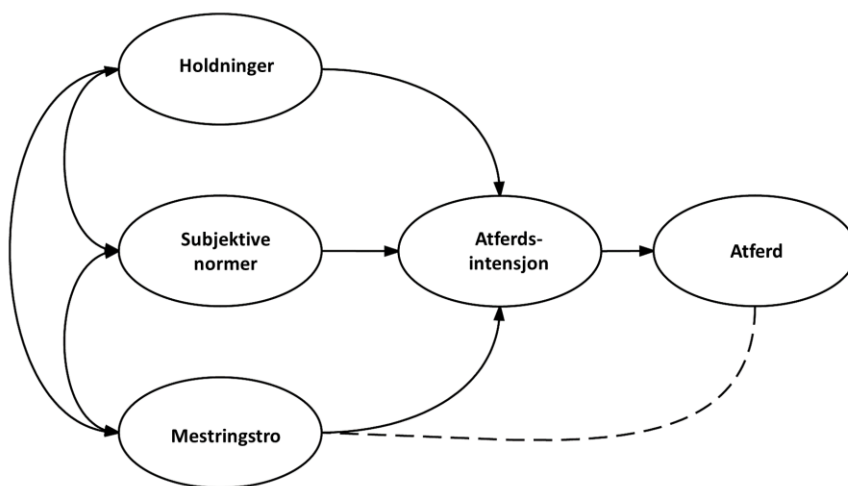
ToRA var i sin tid en utbredt modell som ble mye brukt for å forutse atferd. To meta-analyser gjort på to samlede utvalg av 87 studier med henholdsvis 11,566 og 12,624 deltagere viste en signifikant assosiasjon mellom forutsetningene og atferden i begge analysene (henholdsvis $r=0,53$, $p=0,01$ og $r=0,66$, $p=0,001$) (Sheppard Hartwick, & Warshaw, 1988). Til tross for at modellen viste seg effektiv på å predikere og forstå bakgrunnen for atferd ble den kritisert for å være for rigid. Sheppard, Hartwick & Warshaw (1988) antok at anvendelsen av modellen befant seg på et mer komplisert stadium enn det modellen i utgangspunktet var beregnet for. Et sentralt argument i kritikken var at modellen ikke tok høyde for at deltagerne kunne ha

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

ulike grader av opplevd kontroll over atferden som ble studert. Konklusjonen av meta-analysen var at teorien, til tross for å være effektiv, hadde behov for modifikasjoner.

2.2 Theory of Planned Behaviour

Som en konsekvens av en økende forståelse av at ToRA hadde metodiske utfordringer knyttet til validiteten av resultatene, introduserte Ajzen (1991) en utvidet variant av teorien. Denne ble kjent som Theory of Planned Behavior (TPB). I denne utgaven tok Ajzen høyde for utfordringene knyttet til deltagerne opplevelse av kontroll over den gitte atferden. Ved å legge til en ny komponent som ble kalt «Perceived Behavioral Control» kunne modellen nå ta høyde for om deltagerne trodde utførelsen av en atferd var mulig. Utover dette gjorde Ajzen også justeringer av formuleringen i de øvrige komponentene.



Figur 1. Modell for TPB. Sammenheng mellom faktorer som påvirker atferd (Ajzen, 1991).

2.2.1 Atferd

Den første determinanten for atferd kalles «attitude towards the behavior» (Ajzen, 1991 s.188). Ikke ulikt ToRA forklares dette som en persons grad av anerkjennelse av en atferd. Det handler om hvorvidt personen selv anser en atferd som hensiktsmessig. Disse holdningene i stor grad underlagt våre verdier, som er et referansepunkt for de vurderingene vi gjør. Håkonsen (2003, s. 205) beskriver holdninger som «en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte ovenfor andre mennesker, ting eller hendelser». En holdning kan deles opp i tre komponenter. Den tankemessige, den følelsesmessige og den atferdsmessige. Den tankemessige komponenten består av impulser fra omgivelsene våre. Det er de

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

holdningene som kommer til uttrykk på bakgrunn av det vi leser, hører og lærer. Det er ofte en relativ konsistens i denne typen holdninger, men i visse tilfeller oppstår det en diskrepans mellom ulike typer holdninger. Den tankemessige komponenten kan derfor kobles til utdanning, arbeid, alder og kjønn. Den følelsesmessige komponenten utgjør de følelsene vi utløser i møte med verden. Denne typen holdninger knyttes tilbake til barndommen og operant betinging i barnets utvikling. Den tredje komponenten, atferdsmessige holdninger utgjør de faktiske handlingene våre. Det kan være store forskjeller mellom den tankemessige og den atferdsmessige komponenten i holdninger (Håkonsen, 2003).

Når vi observerer holdninger hos andre mennesker gir det oss et innblikk i deres identitet (Hogg & Smith, 2007). Identitet kan forstås som en dynamisk del av selvoppfattelse. Gjennom interaksjoner med miljøet rundt oss utvikler vi en identitet, en antatt rolle som defineres ut ifra de transaksjonene vi gjør i de sosiale settingene vi befinner oss i (Mead, 1934). Denne identiteten er knyttet til vår selvpersepsjon i en gruppesammenheng og former den rollen, og de holdningene vi inntar (Håkonsen, 2003)

2.2.2 Subjektivt oppfattet forventning

Den andre komponenten i modellen tar for seg hvordan individet selv oppfatter sine nærmest sin forventning til egen atferd. Det er med andre ord snakk om en form for sosial styring hvor anerkjennelse eller fordømmelse av en gitt atferd veier inn på sannsynligheten for at et individ kommer til å gjennomføre den gitte atferden (Ajzen, 1991). I metaanalysen til Ajzen (1991) kommer det frem at denne komponenten nesten utelukkende overskygges av komponenten *holdninger* når det kommer det å forutse atferd. Subjektive normer tar for seg roller, normer og konformitet sin påvirkning på atferd. En rolle er uttrykk for den funksjonen et individ har i ulike sammenhenger, denne defineres av de forventningene til seg selv individet opplever i ulike sosiale kontekster (Håkonsen, 2014). Det betyr at vi opplever ulike forventninger i forskjellige miljø. På arbeidsplassen påvirkes vi av kollegaer, ledelse og klienter, mens i hjemmet påvirkes vi av familie og naboer. Konformitet er et sosialt fenomen som beskriver det som skjer når vi endrer atferden vår for å tilpasse oss miljøet rundt oss. Det skilles i hovedsak mellom to typer konformitet: informativ og normativ. Informativ konformitet handler om å tilpasse seg den faktuelle virkeligheten, mens normativ konformitet handler om å oppnå sosial anerkjennelse (Deutsch & Gerard, 1955).

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Normer beskriver verdigrunnlaget som påvirker de rollene vi inntar og konformiteten av disse. Det er reglene som bestemmer hvordan vi oppfører oss og er et viktig bidrag i å gi oss en følelse av orden og forutsigbarhet. Normer kan være gjensidige, det vil si at innad i en gruppe er det en felles forståelse for hvilke forventinger som stilles til medlemmene i ulike situasjoner (Håkonsen, 2014). Subjektiv oppfattet forventning er med andre ord en dynamisk komponent som kan endre seg i ulike sammensettinger. En mye brukt tilnærming for å operasjonalisere dette i TPB er å be deltagerne om oppgi om deres nærmeste ville anerkjent eller fordømt en gitt handling (Ajzen, 1991)

2.2.3 Atferdskontroll og Intensjonskontroll

I TPB kalles den nye determinanten Percieved Behavioral Control, men jeg vil heretter omtale den som atferdskontroll. Denne komponenten kobles opp mot Bandura (1977) sitt teoretiske rammeverk for mestringsstro. Kort oppsummert forklarer teorien at den graden av tro et individ har på at gjennomføring av en gitt atferd er mulig, avgjør konsekvent innsatsen og utholdenheten individet har i streben etter å gjennomføre den gitte atferden. Ajzen (1991) gjør selv denne koblingen i sin artikkel fra 1991 og hevder at Bandura sin teori om opplevd mestringsstro er den teoretiske tilnærmingen til å forklare et individs tro på egen gjennomføringsevne som er mest kompatibel med den forståelsen som legges til grunn i TPB. Til tross for å være nokså like, skiller mestringsstro seg noe fra atferdskontroll. Mestringsstro tar for seg motivasjonsfaktorer ved en atferd, mens atferdskontroll også tar for seg faktorer som man normalt ikke assosierer med motivasjon. Eksempler på dette kan være kontekstuelle betingelser som hindrer gjennomføring av atferd. Penger, tid og samarbeid med andre mennesker ligger utenfor individets kontroll og kan derfor ikke forklares ut ifra motivasjon alene (Ajzen, 1991).

Atferdsintensjon er en direkte forløper til atferd. I situasjoner der det er naturlig å anta at deltagerne har fullstendig kontroll over egne handlinger vil atferdsintensjon i seg selv være en god prediktor for atferd. Dette er ikke alltid tilfelle når man studerer komplekse sosiale fenomener. Derfor har modellen blitt utvidet til å også omfatte atferdskontroll. Holdninger, subjektive normer og atferdskontroll skal ifølge teorien være gode prediktorer for intensjon. En rekke studier som har undersøkt korrelasjon mellom intensjon og atferdskontroll viser at atferdskontroll ligger jevnt med intensjon i å forutse atferd (Ajzen, 1991). Intensjon i denne modellen forklares som «den motiverende faktoren for å gjennomføre en handling. Intensjon er en indikasjon på hvor hardt man er villig til å prøve, hvor mye innsats man planlegger å

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

legge inn for å gjennomføre en handling» (Ajzen, 1991, s. 181). Det legges vekt på at det er viktig med en meningsfull sammenheng mellom formuleringen av intensjonskontroll og atferd.

Theory of Planned Behaviour tar høyde for de personlige og kontekstuelle betingelsene for en adferd, og kan derfor sies å være et godt valg for denne studien. Teorien presenterer en modell som kan benyttes som teoretisk rammeverk i operasjonalisering av variablene og testing av hypoteser. Jeg velger heretter å referere til atferdskontroll som strukturelle betingelser istedenfor kontekstuelle betingelser, fordi dette passer bedre med hensyn til folkehelsekordinatoren som del av en større organisatorisk struktur. Med dette gjør jeg en avgrensning av de kontekstuelle betingelsene til å omfatte de forhold som har med de strukturelle omgivelsene i organisasjonen. Modellen i Theory of Planned Behaviour åpner opp for en operasjonalisering av personlige faktorer som kjønn, alder og utdanning, men også personlige faktorer som handler om opplevelse av forventning, i dette tilfellet fra relevante aktører i egen organisasjon. Modellen tar også hensyn til strukturelle betingelser, noe som kan tenkes å spille en viktig rolle i utføringen av rollen som folkehelsekordinatoren.

3.0 Metode

3.1 Metodebeskrivelse

Denne studien er basert på et spørreskjema sendt ut til folkehelseansvarlige i norske kommuner med en påfølgende kvantitativ analyse av resultatene. Dette kapitlet vil gjøre rede for hvordan undersøkelsen er planlagt, gjennomført og hvordan analysen har blitt gjennomført i etterkant. Det har vært nødvendig å operasjonalisere nye variabler ut ifra de svarene som er gitt og resultatene fra denne analysen presenteres under metodekapittelet istedenfor resultatkapitlet fordi det var en del av operasjonaliseringen av variablene i den teoretiske modellen.

3.2 Spørreskjema

3.2.1 Utarbeiding av spørreskjema

Datamaterialet i denne studien har vært hentet inn i samarbeid med en gruppe studenter under veiledning. Denne prosjektgruppen ble etablert høsten 2018 og første steg i arbeidet var en systematisk gjennomgang av tidligere undersøkelser, rapporter og utredninger som omhandlet folkehelsekordinatoren i norske kommuner. Søkemotorene Google Scholar og Oria ble brukt

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

og søkene ble gjennomført både på engelsk og norsk med en kombinasjon av ordene: folkehelsekoordinator, folkehelse, kommuner, Health in All Policies og helse.

Prosjektgruppen var allerede kjent med et større omfang av litteraturen som er gjennomført av forskere ved Universitet i Bergen og Universitet i Sør-Øst Norge. For å kartlegge relevante publikasjoner ble det også brukt en snøballmetode ut ifra de allerede kjente studiene.

I første kvartal av 2019 ble epostadresser til folkehelseansvarlige i kommunene samlet inn via nøkkelpersoner med folkehelseansvar i fylkeskommunene. Disse ble kontaktet per telefon og ansvaret ble fordelt mellom studentene i prosjektgruppen. Det ble innsamlet 388 unike folkehelseansvarlige blant de 428 kommunene. For de øvrige 40 kommunene ble kommunens postmottak benyttet for å invitere de i studien. Parallelt med innsamlingen av kontaktinformasjon ble det utarbeidet et spørsmålsbatteri på 65 spørsmål på bakgrunn av tidligere forskning og teoretisk rammeverk for problemstilling. Spørreskjemaet ble testet på et utvalg av 10 fylkeskommunalt ansatte folkehelsekoordinatorer med en svarfrist 10.05.2019. Enkelte av spørsmålsformuleringene ble justert og fem spørsmål ble fjernet på bakgrunn av tilbakemeldingene.

3.2.2 Godkjenninger

Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) ble søkt om godkjenning og denne ble mottatt 20.05.2019 (vedlegg 3). Studien er også godkjent av Fakultetets etiske komité (vedlegg 4). SurveyXact^(TM) ble brukt for å utarbeide, sende ut og samle inn spørreskjemaene og med denne følger en egen databehandleravtale med UIA (vedlegg 5). Denne sikrer at dataene blir lagret og behandlet på en forsvarlig måte. Deltagernes samtykke ble innhentet gjennom et obligatorisk spørsmål med lenke til samtykkeskjema som måtte bekreftes for å kunne fortsette med spørreskjemaet. Samtykkeskjema og spørreskjema (vedlegg 6).

3.2.3 Innsamling

Spørreskjemaet ble første gang sendt ut 27.05.2019. Purring ble sendt per epost 04.06.2019 og på nytt 20.06.2019. Vi valgte å la spørreskjemaet stå åpent over sommerferien. De som ikke hadde svart ble purret en siste gang per telefon i løpet av august og september 2019. Arbeidet ble fordelt mellom deltagerne i prosjektgruppen. Undersøkelsen ble lukket den 04.09.2019 med 264 svar og en svarprosent på 61,68%. Deltagerne har derfor blitt gitt god tid til å svare på undersøkelsen.

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

3.3 Operasjonalisering

TBP består av fire komponenter som skal kunne predikere atferd. Det første steget i operasjonaliseringen var å finne relevante variabler for problemstillingen som også passet inn i modellen. Jeg har tatt meg enkelte friheter i denne prosessen, og modellen jeg presenterer viker fra den originale modellen på enkelte punkter. Modellen er i utgangspunktet ment som et verktøy til å predikere konkrete handlinger. Det er disse konkrete handlingen som blir omtalt som atferd. Et eksempel på dette er at atferd kan operasjonaliseres som «Donere penger til Røde Kors», i dette tilfellet blir intensjonen «Jeg kommer til å donere penger til Røde Kors» (Ajzen, 1991, s. 185), holdninger kan tenkes å være «Jeg ser en verdi i å gi penger til Røde kors», forventinger «Jeg tror mine venner synes det er viktig å donere penger til Røde Kors, mens atferdskontroll kunne vært «Jeg har penger å donere til Røde Kors». I denne studien har ikke formålet vært undersøke atferd målt som konkrete handlinger frem i tid, men mindre konkrete handlinger post ex facto. Ved å spørre deltagerne om frekvens av kontakt bakover i tid ville det gitt liten mening å be de anta fremtidig frekvens som et mål på intensjon. Den samme argumentasjonen gjelder for operasjonaliseringen holdninger, forventninger og atferdskontroll. Grunnen til at jeg har tatt meg denne friheten er fordi det er mindre relevant for min studie om det er en sammenheng mellom folkehelsekoordinatorens tanker, forventninger og tro på en atferd. Dette er studert i flere ulike kontekster tidligere (Godin & Kok, 1996; Chang, 1998; Montano & Kasprzyk, 2015) og jeg ser ikke noe behov for å gjenta et slikt eksperiment. Det har vært av større betydning å undersøke de faktorene som kan tenkes å påvirke folkehelsekoordinatorens tanker, forventninger og tro på en atferd. På denne måten blir modellen et teoretisk rammeverk som kan brukes i de påfølgende analysene for å gi struktur til tilnærmingen. I tabell 1. vises en oversikt over hvordan jeg har valgt å operasjonalisere de ulike komponenten i modellen, jeg vil bruke resten av dette delkapittelet til å argumentere for disse valgene.

Tabell 1. Operasjonalisering av variablene

Modell- element	Variabler
Holdninger	Kjønn Alder Brutto årslønn Utdanning
Subjektiv norm	Opplever forventning om å være <ul style="list-style-type: none"> - Strategisk og tverrsektoriell planlegger - Tilrettelegger for praktiske folkehelseiltak - Generell saksbehandler
Atferdskontroll	Er nærmeste leder rådmannen? Hvor fornøyd er du med din organisatoriske plassering? Utgjør arbeidet ditt med folkehelse din hovedstilling i kommunen? Er det utarbeidet en egen stillingsbeskrivelse/mandat for ditt arbeid med folkehelse?
Atferdsintensjon	Hvor stor prosentandel brukes faktisk på folkehelsearbeid
Atferd	Kontaktmønster <ul style="list-style-type: none"> - ledelse - administrasjon - sivilsamfunn

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

3.3.1 Holdninger

Ifølge Håkonsen (2012) kan holdninger kobles til de inntrykkene vi får fra våre omgivelser. En universitetsutdannelse består av flere års tilhørighet til en læringsinstitusjon hvor man er omringet av mennesker med erfaring og tilhørighet til en bestemt type fagfelt. Det er ikke urimelig å anta at en slik tilstedeværelse over tid vil påvirke de holdninger man har. Både som et resultat av den faglige læringen, men også gjennom en dannelsesprosess. Sammen med lønn og kjønn vil disse spørsmålene kunne gi oss et bilde av personen bak stillingen og de sosiale transaksjonene som former holdningene og identiteten til vedkommende. Dette kan være en indikasjon på kontaktmønsteret til folkehelsekoordinatoren, og vil muligens kunne fortelle oss noe om dette.

Deltagerne ble bedt om å skrive type utdanning i et eget felt. Disse har deretter blitt tolket og tematisert under fire kategorier, med en femte kategori for de utdanningene som ikke lot seg kategorisere på en meningsfull måte. Det var en viss variasjon i typen utdanninger som ble oppgitt, og dette gav noen helt konkrete utfordringer i kategoriseringen av disse. Det ville vært mulig med flere kategorier med færre i hver gruppe. Valget falt på fire kategorier fordi disse kunne forstås på en meningsfull måte. Hvis vi sammenligner kategoriene med fakultetene til Universitet i Agder ser vi en lignende fordeling. Jeg har valgt å skille mellom idrett-/folkehelsefaglige utdanninger og helsefaglige utdanninger, fordi disse har en ulik tilnærming til begrepet helse. Henholdsvis forebyggende og behandlende. Helsefaglige utdanninger består av sykepleiere, vernepleiere, leger og fysioterapeuter. Det var totalt fire deltagere med legeutdanning. Idrettsfaglige utdanninger bestod av en kombinasjon av folkehelseutdanninger og idrettsutdanninger. Argumentasjonen for dette den sterke sammenhengen mellom fysisk aktivitet og forebyggende folkehelsearbeid som gjør at disse utdanningene har enkelte fellestrekk (Bahr, 2009). Sosial-/samfunnsfaglige utdanninger består av de utdanningene man forventer å finne innenfor humaniora og samfunnsvitenskap. Pedagoger, sosiologer, planarbeider og statsvitere. Dette er den kategorien som har det er vanskeligst å argumentere for at burde være samlet, men en videre oppdeling ville gitt få respondenter i hver gruppe og dette kunne vært problematisk for å gjennomføre de kommende analysene. Den siste kategorien er administrasjon og økonomi. Dette er stort sett lederutdanninger. Den siste kategorien med åtte deltagere som ikke lot seg kategorisere på en meningsfull måte fordi utdanningene skilte seg i så stor grad fra de øvrige at det ikke var mulig å samle de.

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

3.3.2 Subjektive normer

For å operasjonalisere subjektive normer har vi spurt deltagerne om de opplever forventinger om å være 1. en strategisk og tverrsektoriell planlegger. 2. En tilrettelegger for praktiske folkehelse tiltak eller 3. en generell saksbehandler. Svaralternativene fordeles utover en 5-delt likert-skala hvor «ikke i det hele tatt» er laveste verdi, «svært stor grad» er høyeste verdi. Skalaen har ikke et nøytralt midtpunkt. Dette er spørsmål som går direkte på forventningene folkehelsekoordinatoren opplever og kan forstås som de subjektive normene i modellen. Det handler om de forventningene deltageren selv opplever å ha mot seg selv og disse kan være en indikasjon på kontaktmønsteret til folkehelsekoordinatoren.

Hvis holdninger og subjektive normer indikerer en atferd, så blir den siste og kontrollerende komponenten i modellen avgjørende. Atferdskontroll kan fremme eller hemme både atferd og intensjon, uavhengig av de øvrige komponentene i modellen, og beskrives som de strukturelle betingelse for en atferd (Ajzen, 1991).

3.3.4 Atferdskontroll

For å operasjonalisere atferdskontroll har jeg valgt en gruppe variabler som kan forklare disse strukturelle betingelsene. 1. Hvor fornøyd er deltageren med sin organisatoriske plassering for å nå frem med folkehelsearbeidet? Dette er et spørsmål som går direkte på deltageren sin subjektive forståelse av egne strukturelle betingelser for å nå frem med sitt folkehelsearbeid. 2. Er det en egen stillingsbeskrivelse som folkehelsekoordinator? Dette er et spørsmål som ikke nødvendigvis sier noe om de strukturelle betingelsene, men det kan tenkes at en egen stillingsbeskrivelse gir folkehelsekoordinatoren en legitimitet i organisasjonen som kan forstås som en strukturell betingelse. 3. Er folkehelsekoordinatoren din hovedstilling?

Vi vet at mange av folkehelsekoordinatorstillingene er deltidsstillinger (Hagen, Helgesen, Torp & Fosse, 2015). Det er rimelig å anta at mange av disse stillingene er kombinerte fulltidsstillinger hvor folkehelseansvaret blir kombinert med et større eller mindre ansvar i kommunen. I likhet med forrige spørsmål kan dette si noe om legitimiteten og prioriteringen for folkehelsekoordinatorstillingen. 4. Er nærmeste leder rådmann?

Rådmannen har tidligere blitt trukket frem som en avgjørende faktor for gjennomslag i folkehelsearbeidet (Sjursen, Hovland & Tveit, 2015) og organisering under rådmann kan derfor anses som en strukturell betingelse for folkehelsearbeidet. Det kan legges til grunn at å jobbe i organisatorisk nærhet til rådmannen gir en annen legitimitet og opplevelse av egen rolle enn å lenger ned i organisasjonen.

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Til sammen kan disse fire spørsmålene fortelle oss ganske mye om de strukturelle betingelsene som ligger til grunn for arbeidet som folkehelsekoordinator. Summert forteller de oss hvordan folkehelsekoordinatoren selv oppfatter sitt gjennomslag, de forteller oss hvordan organisasjonen definerer stillingen og vi får vite om stillingen er organisert i den delen av kommunen som er ansatt som en av de viktigste for gjennomslag i folkehelsearbeidet.

3.3.5 Atferdsintensjon

Intensjon handler om hvor hardt man er villig til å prøve, hvor mye innsats man planlegger å legge inn for å gjennomføre en handling» (Ajzen, 1991, s. 181). En logisk operasjonalisering av denne variabelen ville vært å stille spørsmål formulert som «Hvor ofte kommer du til å ha kontakt med ... (ulike aktører)». Dette ville gitt en direkte indikasjon på den innsatsen folkehelsekoordinatorene kommer til å legge inn for nettopp denne atferden. Denne fremgangsmåten kan sies å være problematisk fordi den antar et lineært forhold mellom intensjon og handling som ville vært naturlig om målet med studien var å undersøke helt konkrete handlinger. Folkehelsearbeidet er komplekst arbeidsfelt og det er ikke urimelig å anta at det organisatoriske landskapet varierer i stor grad fra stilling til stilling. Spørsmålene for atferd stilles også bakover i tid, noe som gjør en slik operasjonalisering problematisk. Et annet viktig argument er at formålet med denne studien ikke er å teste modellen TPB. En operasjonalisering som nevnt ovenfor ville ikke gitt oss kunnskap utover forholdet mellom intensjon og atferd. Ved å operasjonalisere atferdsintensjon på en annen måte kan vi i større grad skaffe kunnskap som er relevant for problemstillingen. I dette tilfelle har jeg valgt å operasjonalisere atferdsintensjon som «prosentandel av stillingen som faktisk er brukt på folkehelsearbeid». Dette forteller oss noe om den innsatsen som deltagerne har lagt ned i stillingen, om deres intensjon bakover i tid. Dette kan være en indikasjon på atferden.

3.3.6 Atferd

Atferd er i denne studien definert som kontaktmønster. Dette har vi operasjonalisert ved at deltagerne ble bedt om å oppgi frekvensen av dialog med ulike kommunale og eksterne aktører. Svaralternativene rangerte fra daglig, ukentlig, månedlig, sjeldnere enn månedlig og aldri. Tabell 2. viser fordelingen av de 14 alternativene for kontaktmønster.

Tabell 2.

Gjennomsnitt, SD og Median for variabler for kontaktmønster

	(n)	Gjennomsnitt (SD)		Median (25-75)
Rådmann	(206)	2,9	(0,9)	3 (2 - 3)
Ordfører	(203)	2,3	(0,9)	2 (2 - 3)
Sentrale politikere	(200)	2,0	(0,7)	2 (2 - 2)
Menige politikere	(197)	1,9	(0,8)	2 (1 - 2)
Kommunalsjef	(203)	3,1	(0,9)	3 (3 - 4)
Enhetsleder	(202)	3,1	(0,9)	3 (2 - 4)
Kommunelege	(202)	2,8	(1,1)	3 (2 - 3)
Egen leder	(199)	3,7	(0,9)	4 (3 - 4)
Frivilig sektor	(203)	2,8	(0,9)	3 (2 - 3)
Folkhelsekoordinator I fylke	(204)	2,4	(0,7)	2 (2 - 3)
Folkhelsekoordinator i andre kommuner	(204)	2,5	(0,8)	2 (2 - 3)
Innbyggere	(203)	2,8	(1,0)	3 (2 - 3)
Næringsliv	(201)	1,8	(0,6)	2 (1 - 2)
Media	(201)	1,9	(0,6)	2 (2 - 2)

Svaralternativer: 1. Daglig, 2. Ukentlig, 3. Månedlig, 4. Sjeldnere enn månedlig, 5.

Aldri

Det var til sammen 14 ulike aktører i listen. Dette antallet er altfor høyt for at vi skal kunne få meningsfull data ut av videre analyser. En tilnærming til å gjøre store datamengder mer håndterlige er gjennom datareduksjon. En mye brukt metode for datareduksjon er en prinsippal komponentanalyse (PCA). En PCA beregner mønstre i datasettet og identifiserer variabler som er like. Hvis graden av likhet tillater det, kan disse variablene slås sammen til nye variabler. På den måten kan man redusere en større mengde data til komponenter. Disse komponentene er ikke meningsfulle i seg selv. Analysen tar ingen hensyn til kontekst, dette er det forskeren som må gjøre. Ut ifra de komponentene faktoranalysen beregner, må det gjøres en tolkning og vurdering av om disse er meningsfulle i kontekst av problemstillingen som utforskes (Lathford & Dye, 2001).

Jeg har valgt *oblik rotasjon*. Dette er fremgangsmåten som brukes når man antar at det er en korrelasjon mellom komponentene (Lathford & Dye, 2001). PCA er basert på et uttrekk av komponenter basert på Eigenvalue høyere enn 1 i første omgang. Kriteriet for at en variabel skulle kunne inkluderes i en komponent ble satt til $r=0,3$. Det viste seg i analysen at kontakten med kommunelegen hadde lavere skåre enn 0,3 og denne variabelen ble derfor ekskludert fra analysene videre som gav et resultat med fem komponenter og en kumulativ forklart variasjon

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

på 69,7%. Med så mange komponenter var det vanskelig å gjøre en meningsfull tolkning, til tross for at den forklarte variansen er høy. For å undersøke om det er mulig å ekskludere noen av komponentene ble det gjort en parallell analyse (PA). En PA gjøres på et datasett med samme antall variabler og enheter som i hovedanalysen, og det beregnes eigenvalues på komponentene som dannes. Disse Eigenvalues er å forstå som Eigenvalues fra et tilfeldig utvalg. PCA-Eigenvalues sammenlignes med PA-Eigenvalues. Når PCA-verdiene er lavere enn PA-verdiene Komponent fire hadde en PCA-Eigenvalue på 1,1, mens den i PA var på 1,2. Dette tillater en reduksjon av komponenter til tre (Vivek , Singh, Mishra, and Donavan, 2017).

Det ble utført en sekundær PCA med uttrekk på tre komponenter. Resultatet viser tre unike komponenter med en kumulativ forklart varians på 54,3. Disse komponentene lar seg tolke i en meningsfull kontekst og viser tre ulike former for kontaktmønster. Jeg har valgt å ekskludere kommunelegen fordi denne ikke viste noen tydelig tilhørighet til noen av komponentene.

I den første komponenten havner dialog med rådmannen, ordfører, sentrale politikere og menige politikere. Dette er aktører som utelukkende forbindes med ledelse av kommunen. Politikerne har i ulik grad ansvar for styring av kommunen, mens rådmannen er øverste leder i kommunen sin administrasjon. Derfor kaller jeg denne komponenten for Ledelse, eller politisk ledelse der det er nødvendig å skille dette fra andre former for ledelse i teksten.

Den neste komponenten består av dialog med: kommunalsjefer, egen enhetsleder og egen leder. Dette er en gruppe som utelukkende består av ledere innenfor den kommunale administrasjonen. Derfor kaller jeg denne for Administrasjon.

Den tredje komponenten består av et variert utvalg av næringsliv, media, innbyggere og frivillig sektor. Felles for disse fire er at de alle befinner seg utenfor den offentlige forvaltningen. Derfor har jeg valgt å kalle denne for Sivilsamfunn.

Variablene for hver av analyseres i en reliabilitets analyse. Alle komponentene har en Cronbachs alfa som er høyere enn 0,7, noe som bekrefter komponentanalysen sin antagelse om at variablene kan grupperes inn i tre kategorier (jfr. tabell 3)..

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Tabell 3

Mønstermatrise for PCA med oblim rotasjon og trefaktorløsning, cronbachs alpha og forklart varians

		Component		
		1	2	3
Ledelse	Rådmann	0.823		
	Ordfører	0.807		
	Sentrale politikere	0.808		
	Menige politikere	0.647		
Adm.	Kommunalsjefer			-
				0.459
	Enhetsleder			-
Sivilsamf.	Egen leder			-
				0.469
	Frivillig sektor		0.847	
	Innbyggere		0.823	
	Næringsliv		0.575	
	Media		0.602	
Factor reliability	Cronbach's	0.758	0.795	0.771
	Eigenvalue	4.57	1.68	1.36
Explained variance	% of variance	32.62	12.02	9.71
	Cumulative %	32.62	44.64	54.35

Variablene i hver av de tre komponentene ble additivt summert og omgjort til en skala fra 0-100, der 0 er in indikasjon på ingen kontakt og 100 er en indikasjon på svært hyppig kontakt.

3.4 Statistikk

3.4.1 Deskriptive analyser, statistiske tester

I første omgang ble det gjort deskriptive analyser på alle variablene som hørt til i modellen. Normalfordeling ble bekreftet gjennom visuell analyse av histogram *for kontaktmønster med ledelse* og *kontaktmønster med sivilsamfunnet* avhengige variablene. Den siste avhengige variabelen hadde en svakere normalfordeling, men viser likt forhold mellom gjennomsnitt og median som de øvrige variablene. På bakgrunn av dette ble det gjort Independent-Sample T-test mellom de avhengige variablene og de dikotome uavhengige variablene. Utdanning bestod av fem nominale kategorier, dummy-variabler ble opprettet for hver av kategoriene og Independent-sample T-test ble gjort på hver enkelt kategori. De to kontinuerlige variablene alder og inntekt ble testet med Spearmans korrelasjonskoeffisient. De øvrige uavhengige variablene bestod av ordinale data og ble testet gjennom en one-way ANOVA. Alle variablene med unntak av kjønn ble beholdt på bakgrunn av tilfredsstillende statistisk signifikant sammenheng med minst en av de avhengige variablene.

Bivariate korrelasjonsanalyser med henholdsvis beregning av Pearsons og Spearmans korrelasjonskoeffisient (betinget av normalfordeling) ble gjort på hele datasettet for å identifisere multikollinearitet mellom de uavhengige variablene. Selv om de avhengige variablene var normalfordelt, bestod de uavhengige variablene av både dikotome, ordinale, nominale verdier og skeivfordelte kontinuerlig data. Siden de uavhengige variablene var normalfordelt, har jeg valgt Independent T-test der de uavhengige variablene har vært skeivfordelt. Korrelasjonsanalysen ble gjort med tosidige statistiske tester fordi det er rimelig å anta at korrelasjonskoeffisientene kan være positive og negative. Det var ingen korrelasjon mellom de uavhengige variablene over 0,7 og vi kan anta at det ikke finnes noen multikollinearitet.

En multippel regresjonsanalyse ble gjort med hver av de fire avhengige variablene intensjon, ledelse, administrasjon og sivilsamfunn mot de tre komponentene i modellen med variablene som hører hjemme i hver av komponentene. Spredningsplott bekreftet ikke-linearitet mellom de avhengige og uavhengige variablene med en relativ lik økning langs X-aksen.

Spredningsplott for homoskedasitet viser at det er en jevn fordeling av residualer og antagelsene for å gjøre en multippel regresjonsanalyse ble ansett som overholdt.

Regresjonsanalysen ble gjort med konfidensintervaller på 95%. Manglende verdier ble erstattet med gjennomsnittsverdier. Forklart varians, endring i forklart varians og p-verdi ble

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

presentert. Korrelasjonskoeffisientene fra denne analysen har blitt presentert i egne figurer som er hentet fra TPB.

3.4.2 Regresjonsanalyser

For å ta høyde for kovarians blant de uavhengige variablene ble det også gjort trinn-vise hierarkiske regresjonsanalyser. Denne typen analyser tar høyde for kovarians mellom de uavhengige variablene og viser den uavhengige korrelasjonen til hver enkelt uavhengig variabel på de avhengige variablene. Den første hierarkiske regresjonsanalysen med intensjon som avhengig variabel og forventninger, holdninger og atferdskontroll i den hierarkiske oppbygningen. Ustandardisert regresjonskoeffisient, standardisert regresjonskoeffisient og p-verdi ble ført over i en egen tabell.

Deretter ble det gjort en ny hierarkisk multippel lineær regresjonsanalyse for hver av de tre avhengige variablene for atferd med intensjonsvariabelen som øverste ledd i den hierarkiske modellen etter forventninger, holdninger og atferdskontroll. Ustandardisert regresjonskoeffisient, standardisert regresjonskoeffisient og p-verdi ble hentet ut og presentert i en egen tabell med verdiene fra det siste trinnet i regresjonen, det fjerde leddet.

4.0 Resultater

4.1 Deskriptive analyser

Deltagerne i studien (n=264) bestod av en variert demografisk gruppe. Det var 57 deltagere under 38 år og 106 deltagere som var eldre enn 37. Majoriteten av deltagerne som oppga kjønn var kvinner (n=166), men en betydelig prosentandel oppga ikke kjønn (n=58). Det var 193 deltagere som fylte inn brutto årslønn. Det var 64 som tjente mindre enn Kr 543.000, 54 som tjente mellom Kr 543.000 og Kr 621.000 og 64 som tjente mer enn Kr 621.000 i året. Deltagerne ble bedt om å oppgi utdanning, disse har blitt kategorisert inn i fem kategorier (se vedlegg?). Det var 86 deltagere som oppga å ha en helsefaglig utdanning, 57 deltagere som oppga å ha en idrettsfaglig utdanning, 28 deltagere som hadde en form for sosialfaglig eller samfunnsvitenskapelig utdanning, 19 som hadde en administrativ eller økonomisk utdanning og 8 utdanninger som ikke lot seg kategorisere på en meningsfull måte. Det var 66 deltagere som ikke oppga utdanning.

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Tabell 4a.

Frekvenstabell for demografiske variabler

	n	Valid %	M	SD
Deltagere	264	100		
Alder	163	100	46,18	11,1
Kjønn	206	100,0		
Kvinne	166	80,6		
Mann	40	19,4		
Lønn i 10.000	193	100,0	61,18	14,4
Utdanning	198	100,0		
Helsefaglig (Syke-/vernepleier/Fysio-	86	43,4		
Friluftsliv/Idrett/Folkehelse	57	28,8		
Sosialfaglig/Samfunnsvitenskapelig/Pedagogisk	28	14,1		
Økonomiske/Plan/administrativ	19	9,6		
Øvrige	8	4,0		

Utvalget preges av et flertall som ikke har rådmannen som nærmeste leder eller har egen stillingsbeskrivelse. Det er omtrent likt fordelt mellom de deltagerne som har folkehelsekoordinator som sin hovedstilling og de som ikke har det. Det er flere deltagere som er over middels fornøyd med sin organisatoriske plassering, enn det er deltagere som er under middels fornøyd. Det er en større andel av deltagerne som opplever stor eller svært stor grad av forventning om å være en tverrsektoriell og strategisk planlegger og praktisk tilrettelegger for folkehelseiltak, sammenlignet med de som opplever stor eller svært stor grad av forventning om å være en generell saksbehandler.

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Tabell 4b.

Frekvenstabell for uavhengige variabler

	n	Valid %	M	SD
Forventninger fra andre om å være en strategisk og tverrsektoriell planlegger	220	100,0		
Ikke i det hele	15	6,8		
I svært liten grad	19	8,6		
I liten grad	23	10,5		
I noen grad	77	35,0		
I stor grad	67	30,5		
I svært stor grad	19	8,6		
Forventninger fra andre om å være en tilrettelegger for praktiske folkehelseiltak	217	100,0		
Ikke i det hele	11	5,1		
I svært liten grad	17	7,8		
I liten grad	24	11,1		
I noen grad	62	28,6		
I stor grad	69	31,8		
I svært stor grad	34	15,7		
Forventninger fra andre om å være en generell saksbehandler	218	100,0		
Ikke i det hele	23	10,6		
I svært liten grad	23	10,6		
I liten grad	60	27,5		
I noen grad	78	35,8		
I stor grad	26	11,9		
I svært stor grad	8	3,7		
Alt i alt, hvor fornøyd er du med din organisatoriske plassering?	234	100,0		
Svært liten	11	4,7		
Liten	27	11,5		
Middels	71	30,3		
Stor	72	30,8		
Svært stor	53	22,6		
Finnes det en egen stillingsbeskrivelse som folkehelsekoordinator?	257	100,0		
Ja	91	35,4		
Nei	166	64,6		
Er folkehelsekoordinator din hovedstilling?	256	100,0		
Ja	106	41,4		
Nei	150	58,6		
Er nærmeste leder rådmann?	236	100,0		
Nei	164	69,5		
Ja	72	30,5		

Tabell fem viser fordeling av skåre på de tre ulike kontaktmønsterindeksene. Fordelingen oppgis i gjennomsnitt, standardavvik, median og kvartiler.

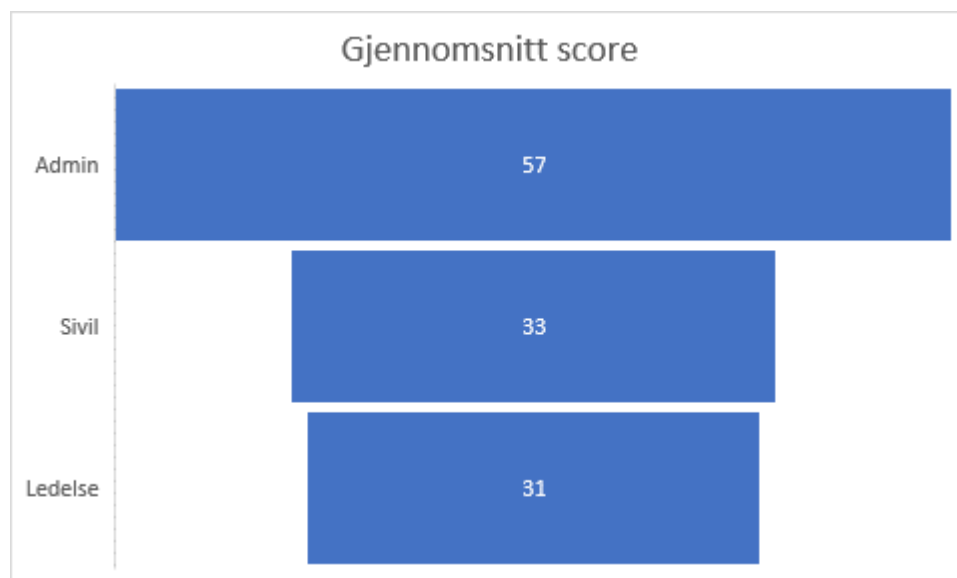
Tabell 5.

Gjennomsnitt, SD og median for kontaktmønster

	(n)	Gjennomsnitt (SD)		Median (25 - 75)
Administrasjon	192	57,30	(58)	58,3 (43,8 - 75,0)
Sivilsamfunn	199	33,70	(31)	31,3 (25,0 - 43,8)
Ledelse	194	31,40	(31)	31,3 (25,0 - 37,5)

Det er en tydelig tendens for høyere skåre i skalaen for kontaktmønster mot administrasjonen. Hyppigere kontaktmønster med administrasjonen er en gjengående tendens i de øvrige analysene (jfr. figur). Gjennomsnittsskåre for de tre nye skalaene kan sees i Figur 1.

Figur 1. Gjennomsnittsskåre for kontaktmønster med Administrasjon, Sivilsamfunnet og Ledelse.



4.2 Statistiske tester og sammenheng mellom avhengige og uavhengige variabler

Det er gjort statistiske tester mellom relasjonen på de uavhengige variablene og de fire avhengige variablene: intensjon for atferd, kontaktmønster med administrasjon, sivilsamfunn og ledelse for å kartlegge om det finnes signifikante sammenhenger. Disse resultatene presenteres i tabell 6.

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Tabell 6. Sosiodemografiske og organisatoriske variabler forhold fordelt på Intensjon, Ledelse, Administrasjon og Sivilsamfunn

		Intensjon				Ledelse				Administrasjon				Sivilsamfunn			
		n	M	SD	p	n	M	SD	p	n	M	SD	p	n	M	SD	p
Utdanning	Helsefaglig	84	46,08	34,67	0,538	77	32,3	15,0	0,535	76	55,3	(18,9)	0,211	80	33,2	15,1	0,686
	Idrettsfaglig	57	62,06	29,68	<0,001	54	30,0	17,4	0,419	54	60,3	(16,1)	0,161	56	39,3	12,6	0,001
	Sosial/samfunnsfaglig	28	53,75	34,38	0,335	25	33,5	14,3	0,482	25	60,7	(19,9)	0,337	26	31,5	12,4	0,416
	Økonomi/administrasjon	18	31,11	22,12	0,027	19	29,6	15,1	0,591	18	52,8	(20,0)	0,275	19	28,0	17,2	0,079
	Øvrige	8	51,375	36,22	0,771	8	35,2	12,5	0,494	8	54,2	(14,1)	0,623	8	30,5	15,8	0,532
	Lønn i 10.000 ¹	192	-0,209	0,004	181	-0,078	0,294		177	-0,070	0,358		183	-0,329	0,018		
	Alder ¹	204	-0,194	0,005	191	-0,018	0,794		189	-0,178	0,014		192	-0,168	0,018		
Forventninger om å være en strategisk og tverrfaglig planlegger	Ikke i det hele tatt	14	3,53	28,58		9	32,64	22,27		10	50,83	18,61		11	30,68	18,21	
	I svært liten grad	19	40,36	30,62		18	28,82	15,92		17	51,47	14,50		17	33,82	13,27	
	I liten grad	23	38,00	19,89	0,026	18	25,35	13,47	0,050	19	53,07	20,07	0,237	18	30,90	14,93	0,692
	I noen grad	76	48,03	35,12		69	29,26	14,52		67	57,34	18,89		70	35,89	15,00	
	I stor grad	67	57,37	15,15		57	34,21	13,52		55	61,21	18,51		60	32,71	12,68	
	I svært stor grad	18	60,00	29,35		18	38,89	18,13		18	60,19	17,52		18	33,33	16,18	
Forventninger om å være en tilrettelegger for praktiske folkehelse tiltak	Ikke i det hele tatt	11	25,45	31,34		7	31,25	26,52		6	50,00	17,48		7	18,75	17,68	
	I svært liten grad	17	39,23	30,98		15	31,67	15,21		15	53,33	15,69		14	28,57	14,85	
	I liten grad	23	35,73	32,31	0,002	20	27,19	11,70	0,509	21	44,44	19,25	0,004	23	26,36	15,30	0,000
	I noen grad	61	49,24	33,91		53	30,07	15,51		53	58,33	19,20		57	32,35	12,28	
	I stor grad	68	55,62	32,61		64	34,08	15,10		60	60,83	17,85		63	37,70	13,93	
	I svært stor grad	34	62,2	27,58		29	33,84	15,80		30	62,78	15,89		29	42,46	12,32	
Forventninger om å være en generell saksbehandler	Ikke i det hele tatt	23	35,52	26,16		19	27,96	19,91		19	52,19	14,12		20	30,94	14,12	
	I svært liten grad	23	47,65	35,09		19	27,30	12,54		20	54,58	16,99		20	34,06	16,78	
	I liten grad	58	58,69	35,15	0,040	54	34,95	14,80	0,043	50	60,00	19,49	0,442	55	36,48	13,65	0,090
	I noen grad	77	51,46	33,46		67	31,53	15,17		69	57,61	18,78		70	33,13	14,49	
	I stor grad	26	38,73	31,09		23	27,72	13,83		21	55,95	21,59		22	28,98	14,63	
	I svært stor grad	8	49,37	18,98		7	44,64	17,83		7	66,67	12,73		7	45,54	17,94	
Hensiktsmessig organisatorisk plassering	Svært liten	11	35	28,19		7	36,61	20,23		7	46,43	20,33		7	42,86	18,20	
	Liten	27	40,81	27,57		25	27,75	18,93		22	52,27	17,48		26	31,25	13,92	
	Middels	70	46,44	33,87	0,100	58	26,51	13,52	0,004	56	56,70	17,51	0,230	58	36,21	15,30	0,197
	Stor	71	44,69	35,23		62	32,66	15,78		63	58,86	18,98		65	33,08	15,77	
	Svært stor	52	58,08	33,45		42	37,80	12,87		44	60,23	19,09		43	31,40	13,19	
Egen stillingsbeskrivelse	Ja	91	61,93	31,32	<0,001	72	34,4	14,7	0,045	75,0	62,9	(18,6)	0,01	78,0	37,4	14,2	0,005
	Nei	160	40,01	32,35		122	29,7	16,0		117,0	53,8	(17,7)		121,0	31,4	15,1	
Hovedstilling	Ja	105	78,42	23,62	<0,001	85	35,4	15,3	0,002	87	64,2	(15,8)	<0,001	89	41,9	11,9	<0,001
	Nei	145	26,15	19,84		109	28,3	15,2		105	51,7	(18,8)		109	28,3	15,2	
Er nærmeste leder rådmann?	Ja	70	34,7	30,73	<0,001	56	35,71	15,52	0,015	52	52,08	18,66	0,016	56	30,46	14,35	0,055
	Nei	163	54,71	32,98		138	29,71	15,39		140	59,28	18,18		143	35	15,14	
Hvor stor prosent av stilling brukes til folkehelsearbeid?	0%					124	28,52	14,7		118	51,76	18,03		123	29,72	15,16	
	51-75%					21	33,63	12,41	0,002	22	64,77	19,23	<0,001	21	38,98	10,98	<0,001
	76-100%					46	38,45	17,17		49	67,34	13,8		51	41,42	12,74	
	Over 100%					1	43,75	-		1	75	-		1	50	-	

Det er et flertall av deltagerne som har en helsefaglig utdanning (n= 84), men denne har ingen signifikant assosiasjon med noen av de avhengige variablene. Idrettsfaglig utdanning er den nest største gruppen (n= 57) viser en assosiasjon med Intensjon (M = 62,06, SD 29,68) sammenlignet med de andre utdanningene (p= <0,001), og en assosiasjon med kontaktmønster mot sivilsamfunnet (M = 29,3, SD 12,6) sammenlignet med de andre utdanningene (p= 0,001). Gruppen med økonomisk/administrativ utdanning viser en assosiasjon med intensjon (M = 31,11, SD = 22,12) sammenlignet med de andre utdanningene (p= 0,027).

Variablene som havner under komponenten forventninger består av *Opplever forventninger om å være en tverrsektoriell planlegger* som viser en signifikant assosiasjon med Intensjon (p= 0,027), *Opplever Forventninger om å være en tilrettelegger for praktiske folkehelse tiltak*

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

som viser en signifikant sammenheng med Intensjon ($p= 0,002$) og Kontaktmønster med Administrasjon ($p= 0,004$) og *Forventninger om å være en generell saksbehandler* som viser en signifikant assosiasjon med de tre avhengige variablene. Intensjon ($p= 0,040$) og Kontaktmønster med Ledelse ($p= 0,043$). På spørsmål om hvor fornøyde deltagerne er med egen organisatoriske plassering er det bare en signifikant assosiasjon med Kontaktmønster med Ledelse ($p= 0,004$). Det var 91 deltagere som hadde svart på Intensjonsskalaen som oppga å ha en egen stillingsbeskrivelse ($SD = 61,93$, $SD = 31,32$) med en signifikant assosiasjon ($p= <0,001$) sammenlignet med de 160 deltagerne som bekreftet at de ikke hadde en egen stillingsbeskrivelse ($M = 160$, $SD = 31,32$). Det var 72 deltagere som var inkludert i skalaen for kontaktmønster med ledelse ($M = 34,4$, $SD 14,7$) som viste en signifikant assosiasjon ($p= 0,045$) sammenlignet med de 122 som hadde svart «nei» ($M = 29,7$, $SD = 16$). Det var 75 deltagere som svarte på skalaen for kontaktmønster med administrasjonen ($M = 75$, $SD = 62,9$) som svarte «ja» med en signifikant assosiasjon ($p= 0,01$) sammenlignet med de som hadde svart «nei» ($M = 117$, $SD = 53,8$). Likedan var det også en signifikant assosiasjon mot den siste avhengige variabelen Kontaktmønster mot Sivilsamfunnet ($p= 0,005$) for de 78 deltagerne som hadde svart «ja» på spørsmålet ($M = 37,4$, $SD = 14,2$) sammenlignet med de 121 som hadde svart «nei» ($M = 31,4$, $SD = 15,1$).

På spørsmål om «er folkehelsekoordinator din hovedstilling» var det en signifikant assosiasjon ($p= <0,001$) mot Intensjon mellom de 105 som svarte «ja» ($M = 78,42$, $SD = 23,62$) og de 145 som svarte «nei» ($M = 26,15$, $SD = 19,84$). Sammenlignet med kontaktmønster med ledelse var det 85 som svarte «ja» ($M = 35,4$, $SD = 15,3$) og 109 som svarte nei ($M = 28,3$, $SD = 15,2$) med en signifikant assosiasjon mellom gruppene ($p= 0,002$). For administrasjon var det 87 som hadde svart «ja» ($M = 64,2$, $SD 15,8$) med en signifikant assosiasjon ($p= <0,001$) sammenlignet med de 105 som hadde svart «nei» ($M = 51,7$, $SD = 18,8$). Når gruppene blir sammenlignet mot den siste avhengige variabelen Kontaktmønster mot Sivilsamfunnet er også denne signifikant ($p= <0,001$) mellom de 89 som svarte «ja» ($M = 41,9$, $SD 11,9$) sammenlignet med de 109 som svarte «nei» ($M = 28,3$, $SD = 15,2$). På den siste uavhengige variablene «Er nærmeste leder rådmann» var det 70 personer ($M = 34,7$, $SD = 30,73$) som hadde svart «ja» og 173 ($M = 54,71$, $SD = 32,98$) som hadde svart nei med en signifikant assosiasjon ($p= <0,001$) gruppene i mellom sammenlignet med Intensjon. 56 deltagere som hadde svart på Kontaktmønster med Ledelse svarte «ja» ($M = 35,71$, $SD = 15,52$), mens 138 ($M = 29,71$, $SD = 15,39$) svarte «nei». Det var en signifikant assosiasjon når gruppene ble sammenlignet med hverandre mot Kontaktmønster med Ledelse ($p= 0,015$). Det

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

var også en signifikant assosiasjon sammenlignet med Kontaktmønster mot Administrasjon ($p= 0,016$). 52 av deltagerne i denne skalaen hadde svart «ja» ($M = 52,08$, $SD = 18,66$), mens 140 av deltagerne hadde svart «nei

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Ut ifra de statistiske testene er det spesielt to tendenser som kommer til syne. Det er en gjennomgående høyere kontakthypighet mot administrasjon for alle de uavhengige variablene. Med få unntak ligger gjennomsnittsverdiene høyest i denne gruppen. Den andre tendens er at det er flere av de uavhengige variablene som går under atferdskontroll i modellen som viser signifikante assosiasjoner med de avhengige variablene. Utdanning har i liten grad signifikant sammenheng med de avhengige variablene. Idrettsfaglige og økonomisk/administrative utdanninger har en signifikant assosiasjon med Intensjon og Kontaktmønster mot Sivilsamfunnet. Utover dette vises ingen signifikante verdier for assosiasjon sammenlignet med noen av de avhengige variablene.

Resultatene av de statistiske testene viser at det er få av utdanningene som har en signifikant assosiasjon med noen av de avhengige variablene i modellen. Det er en høyere kontakthypighet mot administrasjonen, men ingen av utdanningene viser en signifikant assosiasjon mot denne variabelen. Dette betyr at et flertall av deltagerne har kontakt med administrasjonen, men at dette ikke kan forklares ut ifra den utdanningen deltagerne har. På spørsmål om opplevd forventning til stillingen vises det samme mønsteret hvor kontakthypighet mot administrasjon er høyere for alle svaralternativene for alle de tre spørsmålene. Spørsmålet «Opplever forventninger om å være en strategisk og tverrfaglig planlegger er bare signifikant assosiert med den avhengige variabelen intensjon, mens spørsmålet «Opplever forventninger om å være en tilrettelegger for praktiske folkehelseiltak» viser signifikans mot alle de avhengige variablene utenom Kontaktmønster mot Ledelse. Det siste spørsmålet «Opplever forventninger om å være en generell saksbehandler» viser også signifikans med bare Intensjon.

4.3 Bivariate analyser

Når assosiasjonene mellom variablene ble utforsket med Spearmans korrelasjonsanalyse utpreger spørsmålet om folkehelsekoordinator er deltagerens hovedstilling seg med sterkest korrelasjon mot de avhengige variablene. Disse resultatene presenteres i tabell 7, men på grunn av størrelsen ligger denne som vedlegg (Vedlegg 1) Forholdet til Kontaktmønster mot Sivilsamfunnet var signifikant ($r_s = -0,506$, $p = <0,001$, $n = 199$), mens forholdet til Intensjon viser den tydeligste korrelasjonen ($R_s = -0,769$, $p = <,001$, $n = 250$). Det var også signifikant korrelasjon mot de to siste avhengige variablene, men med en korrelasjonskoeffisient som var lavere enn 0,250. Utover disse verdiene er det gjennomgående lave korrelasjonskoeffisienter i modellen. Idrettsfaglig utdanning har en svak korrelasjon ($R_s = 0,257$, $p = <0,001$, $n = 199$)

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

mot kontaktmønster med sivilsamfunnet og en tilsvarende svak korrelasjon ($RS = 0,254$, $p = <0,001$, $n = 251$) mot Intensjon.

Variablene som omfatter forventning i modellen, viser lite tydelig korrelasjon mot noen av de uavhengige variablene. Det finnes en positiv korrelasjon mellom det å oppleve forventning om å være en tilrettelegger for praktiske folkehelse tiltak og kontaktmønster mot administrasjon ($Rs = 0,384$, $p = 0,001$, $n = 185$), kontaktmønster mot sivilsamfunnet ($Rs = 0,384$, $p = <0,001$, $n = 193$) og Intensjon ($Rs = 0,312$, $p = <0,001$, $n = 214$). Det finnes også en positiv korrelasjon mellom det å oppleve forventning om å være en strategisk og tverrsektoriell planlegger og kontaktmønster mot ledelse ($Rs = 0,229$, $p = <0,001$, $n = 189$) og Intensjon ($Rs = 0,227$, $p = <0,001$, $n = 217$). Det er en positiv korrelasjon mellom det å være organisert under rådmannen og kontaktmønster mot ledelse ($Rs = 0,179$, $p = 0,013$, $n = 194$), mens det er en negativ korrelasjon mot de øvrige avhengige variablene. Det er en middels sterk korrelasjon mellom intensjonsvariablene og alle de avhengige variablene, noe som betyr at høyere prosentandel av stilling som brukes på folkehelsearbeid har en sammenheng med hyppigere kontaktmønster mot ledelse, men tydeligst er korrelasjonen mot administrasjon og sivilsamfunnet.

Det observeres flere signifikante korrelasjoner mellom de uavhengige variablene. Høyere lønn henger sammen med høyere alder, mens grad av tilfredstilte med organisatorisk plassering henger sammen med opplevelse av forventninger om å være en tverrsektoriell planlegger. De som har folkehelsekoordinator som sin hovedstilling opplever i mindre grad forventninger om å være en tverrsektoriell planlegger. Det å oppleve forventninger om å være en praktisk tilrettelegger av folkehelse tiltak har en svak negativ korrelasjon med årslønn, alder og helsefaglig utdanning, mens idrettsfaglig viser en svak positiv korrelasjon. Det å være organisert under rådmannen ser ut til å ha en positiv korrelasjon med ha folkehelsekoordinator som hovedstilling med egen stillingstittel og være fornøyd med sin organisatoriske plassering. Det er en signifikant korrelasjon mellom alle de fire avhengige variablene.

4.4 Regresjonsanalyser

Tabell 8. viser den totale effekten av variablene i komponentene holdninger, forventninger, atferdskontroll og intensjon på kontaktmønster. Det er en signifikant assosiasjon mellom forventning, holdninger og atferdskontroll med intensjon. Styrken på korrelasjonen er svak for forventninger og holdninger, mens atferdskontroll har en sterk korrelasjon med intensjon.

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Tabell 8.

Multipel regresjonsanalyse intensjon og kontaktmønster mot de uavhengige variablene gruppevis.

	Intensjon			Kontakt ledelse			Kontakt administrasjon			Kontakt sivilsamfunn		
	R ²	Endring i R ²	p-verdi	R ²	Endring i R ²	p-verdi	R ²	Endring i R ²	p-verdi	R ²	Endring i R ²	p-verdi
Forventninger	0,111	0,111	<0,001	0,026	0,026	0,078	0,063	0,063	0,001	0,112	0,112	<0,001
Holdninger	0,189	0,078	<0,001	0,036	0,010	0,496	0,087	0,024	0,009	0,182	0,070	<0,001
Atferdskontroll	0,642	0,453	<0,001	0,123	0,088	0,002	0,167	0,080	0,000	0,287	0,105	<0,001
Intensjon	-	-	-	0,143	0,20	0,001	0,213	0,046	<0,001	0,305	0,018	<0,001

R² = Forklart varians

De uavhengige variablene ble analysert med en trinn-vis hierarkisk regresjonsanalyse (Se tabell 9.) som viser den direkte effekten av variablene under holdninger, forventninger og atferdskontroll på intensjon. Denne analysen tar høyde for kovarians og gir et resultat som viser den uavhengige korrelasjonen til hver enkelt variabel. Variabelen «Forventninger fra andre om å være en strategisk og tverrsektoriell planlegger» viser en svak signifikant positiv korrelasjon med Intensjonsvariabelen, «Folkehelse som hovedstilling» har en sterk og signifikant negativ korrelasjon med Intensjon og «Nærmeste leder rådmannen» har en svak signifikant negativ korrelasjon med Intensjon. Modellen viser at utover kovariansen er det bare disse tre variablene som har en unik effekt på Intensjon.

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Tabell 9.

Hierkaisk regresjonsanalyse med intensjon som avhengig variabel

		B*	β^{**}	p-verdi
Forventninger	Forventninger fra andre - Strategisk og tverrsektoriell planlegger ¹	3,182	0,116	0,013
	Forventninger fra andre - Tilrettelegger for praktiske folkehelse tiltak ¹	1,751	0,065	0,126
	Forventninger fra andre - Generell saksbehandler ¹	-0,969	-0,033	0,424
Holdninger	Helsefaglig utdanning ²	5,207	0,075	0,119
	Idrettsfaglig utdanning ²	-1,314	-0,017	0,740
	Sosial/Samfunnsfaglig ²	3,070	0,029	0,519
	Øk/Adm ²	-2,109	-0,017	0,693
	Øvrige ²	3,897	0,020	0,615
	Brutto årslønn ³	-1,651	-0,062	0,163
	Alder	0,245	0,073	0,089
Atferdskontroll		2,847	0,090	0,051
	Alt i alt, Org plassering nå fram med folkehelsearbeidet ¹			
	Stillingsbeskrivelse ³	-5,467	-0,079	0,058
	Folkehelse hovedstilling ³	-46,686	-0,692	<0,001
	Nærmeste leder rådmann ²	-10,021	-0,133	0,002

¹. Verdier 1-5 (1=Ikke i det hele tatt, 2= I svært liten grad, 3= I noe grad, 4= I stor grad, 5= I svært stor grad);

². 0=nei, 1=ja ³. 1 = Ja, 2 = Nei;

*B = Ustandardisert regresjonskoeffisient ** β = Standardisert regresjonskoeffisient

Den neste regresjonsanalysen gjøres med Intensjon som en av de uavhengige variablene (Tabell 10.). Sammenlignet med kontaktmønster med ledelse vises en svak positiv korrelasjon med å være organisert under rådmannen. Det er også en svak positiv korrelasjon mellom intensjon og kontaktmønster med ledelse. Det er ingen av variablene utenom Intensjon som har en signifikant assosiasjon med kontaktmønster med administrasjon, og denne er middels. For kontaktmønster med sivilsamfunnet er det en svak positiv signifikant assosiasjon med «Forventninger om å være en tilrettelegger for praktiske folkehelse tiltak» og Intensjon. Det er en svak signifikant negativ assosiasjon med lønn, tilfredsstillelse med organisatorisk plassering og folkehelse som hovedstilling.

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Tabell 10.

Hiærarkisk regresjonsanalyse med kontaktmønster mot ledelse, admin og sivilsamfunn som avhengige variabel

		Kontakt ledelse			Kontakt administrasjon			Kontakt sivilsamfunn		
		B*	β^{**}	p-verdi	B*	β^{**}	p-verdi	B*	β^{**}	p-verdi
Forventninger	Strategisk og tverrsektoriell planlegger ¹	-0,019	-0,002	0,982	0,276	0,021	0,765	0,326	0,030	0,649
	Tilrettelegger for praktiske folkehelseiltak ¹	0,563	0,051	0,439	1,382	0,106	0,093	2,121	0,197	0,001
	Generell saksbehandler ¹	0,761	0,064	0,322	0,513	0,037	0,555	-0,292	-0,025	0,664
Holdninger	Utdanning - Helsefaglig ²	0,674	0,024	0,750	-3,264	-0,097	0,174	0,86	0,031	0,644
	Utdanning - Idrettsfaglig ²	-2,483	-0,076	0,323	-3,244	-0,085	0,254	1,034	0,033	0,639
	Utdanning - Sos./Samfunnsfaglig ²	0,108	0,002	0,971	-1,885	-0,037	0,581	-1,648	-0,039	0,534
	Utdanning - Øk./Adm. ²	-0,228	-0,004	0,946	-3,935	-0,064	0,305	-1,56	-0,031	0,600
	Utdanning - Øvrige ²	1,844	0,024	0,707	-5,710	-0,062	0,304	-4,193	-0,055	0,330
	Brutto årslønn	711	0,065	0,344	<0,001	0,097	0,142	<0,001	-0,138	0,027
Atferdskontroll	Alder	0,029	0,021	0,755	-0,182	-0,113	0,080	0,046	0,035	0,567
	Opplever organisering som hensiktsmessig ¹	0,389	0,030	0,675	1,161	0,076	0,270	-1,825	-0,145	0,026
	Stillingsbeskrivelse ²	-2,747	-0,097	0,135	-2,694	-0,081	0,195	-1,612	-0,058	0,317
	Folkehelse hovedstilling ²	-2,092	-0,076	0,430	1,498	0,046	0,617	-5,061	-0,189	0,030
	Nærmeste leder rådmann ²	6,544	0,213	0,002	-2,714	-0,075	0,245	2,542	0,085	0,161
Prosent faktisk avsatt til intensjon folkehelsearbeid		0,096	0,234	0,018	0,173	0,358	<0,001	0,089	0,224	0,012

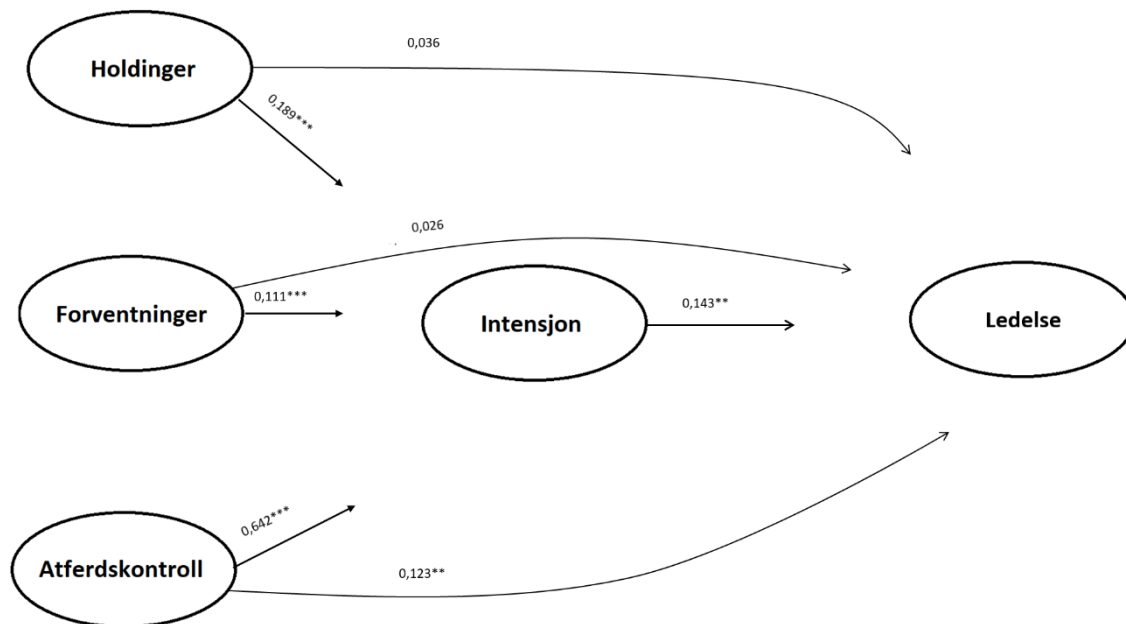
¹. Verdier 1-5 (1=Ikke i det hele tatt, 2= I svært liten grad, 3= I noe grad, 4= I stor grad, 5= I svært stor grad); ². 0=nei, 1=ja

* B = Ustandardisert regresjonskoeffisient

** β = Standardisert regresjonskoeffisient

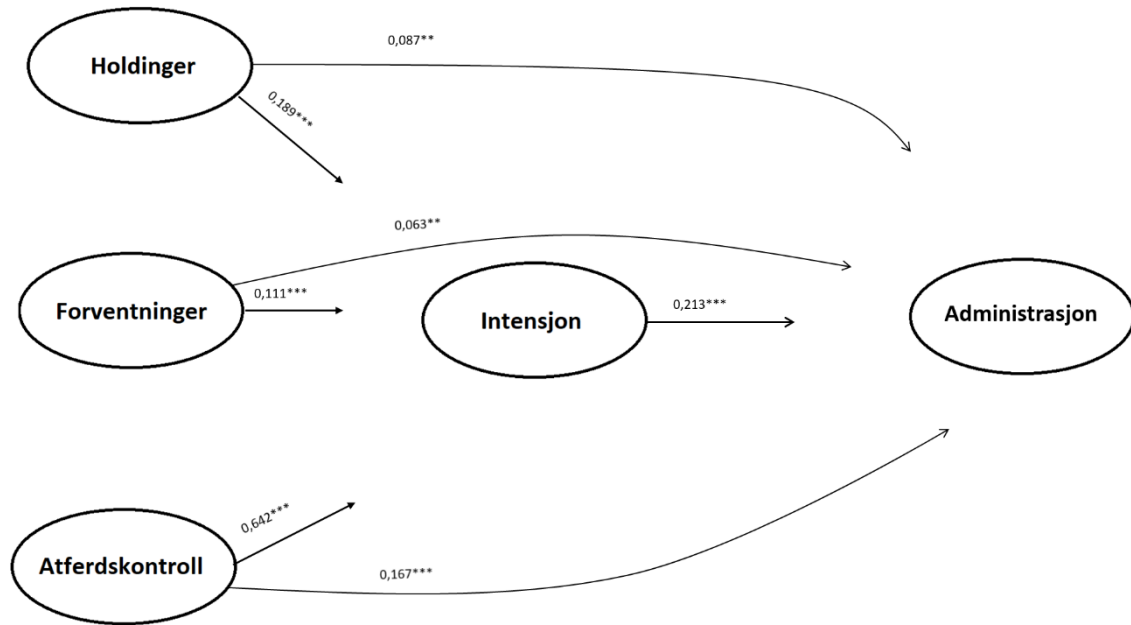
4.5 Resultatene presentert i modeller

Figur 1. Effekt av modellen på Ledelse



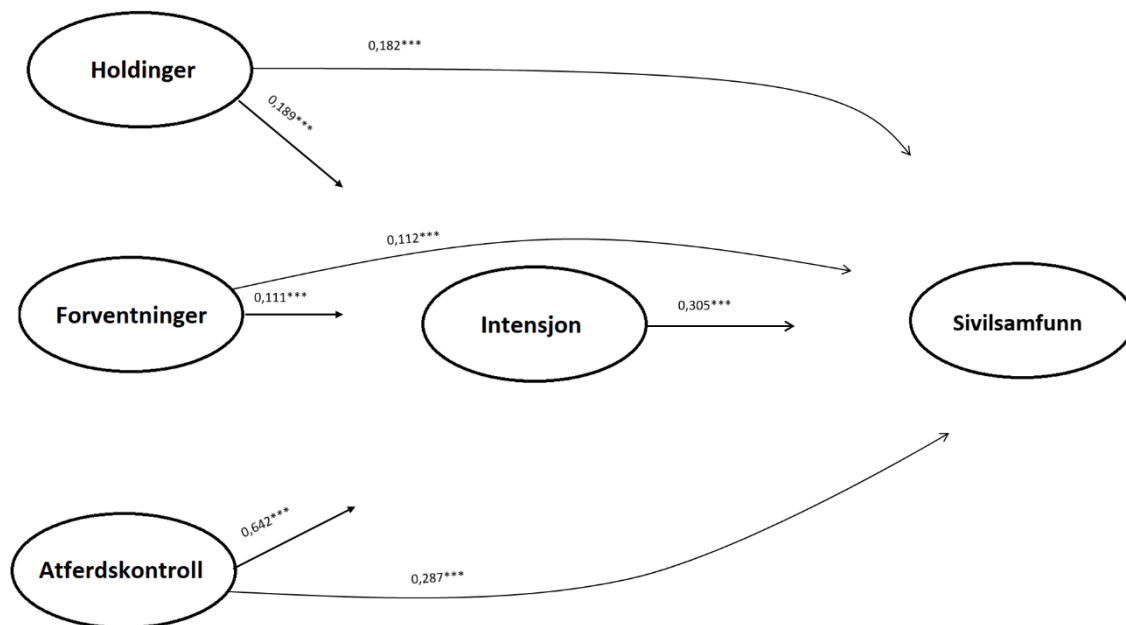
Figur 1. illustrer den totale effekten av variablene i de ulike komponentene på kontaktmønster med ledelse. Det er ingen signifikant effekt av holdninger eller forventninger på kontaktmønster med ledelse, men atferdskontroll viser en svak signifikant effekt. Intensjon viser i denne figuren en svak signifikant effekt på kontaktmønster med ledelse.

Figur 2. Effekt av modellen på Administrasjon



Figur 2. viser den totale effekten på kontaktmønster med administrasjonen. Alle de tre uavhengige komponentene i modellen viser en signifikant assosiasjon med kontaktmønster, men den er svak. Sterkest korrelasjon er det mellom atferdskontroll og kontaktmønster. Effekten av intensjon på kontaktmønster er signifikant, men svak.

Figur 3. Effekt av modellen på Sivilsamfunn



Den siste figuren viser den totale effekten av de avhengige variablene på kontaktmønster mot sivilsamfunnet. Det er en signifikant korrelasjon mellom alle, men effekten er igjen ganske svak. Tydeligst effekt er det mellom intensjon og kontaktmønster mot sivilsamfunnet.

5.0 Drøfting

5.1 Oppsummering av funn

Resultatet av analysene viser at det er en klart hyppigst kontaktmønster mot administrasjonen i kommunen, mens kontaktmønsteret mot sivilsamfunnet og den politiske ledelsen ligger omtrent likt. Til tross for dette er det ikke kontaktmønster mot administrasjonen som utpreger seg i de statistiske analysene. Det er kontaktmønster mot politisk ledelse og sivilsamfunn som har høyest frekvens av statistisk signifikans med de uavhengige variablene. Demografiske variabler som kjønn, alder og utdanning ser ikke ut til å ha noen statistisk signifikant assosiasjon med noen av de avhengige variablene. Dette er en indikasjon på at det er andre aspekter ved folkehelsekoordinatoren som har større betydning enn disse. Det kunne vært interessant i en drøfting å trekke frem den skeivfordelte kjønnsfordelingen, den høye forekomsten av helsefaglige utdanninger eller den relativt høye gjennomsnittsalderen. Fraværet av statistisk signifikante assosiasjoner gjør en slik drøfting unødvendig, og dette kan tolkes positivt. Forhåpentligvis er det slik at det er andre aspekter ved stillingen som er

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

viktigere enn kjønn, alder og utdanning. Når variablene samles og assosiasjonene utforskes i en multippel regresjonsanalyse er det tilnærmet lik styrke på korrelasjonen for holdninger og forventninger sammenlignet med kontaktmønster mot sivilsamfunnet og administrasjonen, mens korrelasjonen mellom atferdskontroll og de tre avhengige variablene er tilnærmet lik med en noe større styrke for kontaktmønster mot sivilsamfunnet. Dette kan forklares som en indirekte effekt på kontaktmønsteret og denne er sterkere enn den direkte effekten mellom intensjon og kontaktmønster. Når styrken på korrelasjonen testes med en hierarkisk regresjonsanalyse avsløres en viss kovarians som gjør at flere av de uavhengige variablene sin tilhørighet i modellen kan stilles spørsmål ved. Høyere prosentandel av stillingen brukt på folkehelsearbeid har en signifikant assosiasjon med å ha folkehelse som hovedstilling og være organisert under rådmannen. Den videre tolkningen av resultatene tar utgangspunkt i den samlede effekten i den multiple regresjonsanalysen, men det er det er naturlig argumenterer jeg for at det effekten ikke er like tydelig når kovariansen regnes ut av modellen.

TPB tar utgangspunkt i en antagelse om at det er atferdskontroll som er den viktigste indikatoren for atferd. Forventninger skal ifølge modellen ha minst å si, mens holdninger har en noe større betydning. Intensjon vektlegges som en avgjørende indikator og forteller oss noe om omfanget av innsatsen deltageren har tenkt å legge inn i en atferd, men denne er underlagt atferdskontroll som er de strukturelle betingelsene som omfatter deltageren. Det er med andre ord atferdskontroll som muliggjør eller hemmer en atferd som deltageren i utgangspunktet er disponert for å gjennomføre. Denne oppbygningen av modellen gjenspeiler seg i funnene i denne studien. Holdninger ser ut til å ha en gjennomgående større korrelasjon enn forventninger, mens de begge er svakere enn den korrelasjonen som observeres mellom atferdskontroll og de avhengige variablene. Den eneste diskrepansen med TBP er korrelasjonen mellom intensjon og de avhengige variablene. Denne er svakere enn det vi kan forvente når vi ser på styrken på korrelasjonen med atferdskontroll. Disse burde være tilnærmet like. Et sentralt trekk den multipleregresjonsanalysen er at det er atferdskontroll, altså de strukturelle betingelsene som har mest å si for kontaktmønsteret til folkehelsekoordinatoren. Det er et flertall av deltagerne som mangler strukturelle betingelser som egen stillingsbeskrivelse, organisering under rådmannen og folkehelsekoordinator som hovedstilling. Når styrken på korrelasjonen testes i en hierarkisk regresjonsanalyse er det organisering under rådmannen som står sterkest i sammenligning med kontaktmønster mot administrasjonen. Det å oppleve forventinger om å være en tilrettelegger for praktiske

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

folkehelseiltak viser en tydelig korrelasjon med å ha en idrettsfaglig utdanning, mens høyere andel av stillingsprosenten som blir brukt på folkehelsearbeid viser en positiv korrelasjon med alle typene kontaktmønster.

5.2 Tverrfaglig tilnærming til komplekse problemer

Det er en bred oppfatning i Norge om at myndighetene på et generelt plan tilbyr tjenester av høy kvalitet, mens det er en større variasjon i befolkningens oppfattelse av kvalitet på de enkelte kommunale tjenestene (Difi, 2019). Folkehelse er ikke tatt med i undersøkelsen til Difi, men resultatene viser at tjenester som leverer lineære problemløsninger som brannvesen, bibliotek og barnehage oppleves positivt av befolkningen. Tjenester som håndterer problemløsninger som i større grad karakteriseres av ikke-linearitet som plan- og bygningskontoret, sykehjem og helse- og omsorgstjenester oppleves av befolkningen som dårligst. Dette er tjenesteområder som kan sies å omfatte folkehelsearbeidet på ulike måter. Plan- og bygningskontoret er juridisk bundet til å fremme befolkningens helse gjennom sine plandokumenter (Plan- og bygningsloven, 2008), mens sykehjem og helse- og omsorgstjenester i stor grad håndterer konsekvensene av folkehelsearbeidet. Denne negative oppfatningen av tjenester som omhandler folkehelse hos befolkningen står i kontrast til funnen fra levekårsundersøkelsen fra 2015 som viser at 79% av utvalget oppfatter egen helse som god, og at dette bare er en nedgang på 2 prosentpoeng fra 2005 (SSB, 2016).

En tilnærming til å forstå denne diskrepansen kan være å vurdere folkehelse som et problem. Rittel og Webber (1973) beskrev et fenomen de kalte «wicked problems». Heretter henvist til som et sammensatt problem. Et sammensatt problem karakteriseres av Rittel og Webber gjennom 10 kjennetegn. Disse 10 kjennetegnene beskriver et problem som er sammensatt av mange ulike komponenter av tilsynelatende uavhengige problemer. Det er snakk om et system, eller et nettverk av problemer som kan fremstå som en enhet. Når man utforsker wicked problems avdekker man ofte nye problemer, eller nye sammenhenger mellom problemer. Det er derfor man snakker om wicked problems som et system av problemer (Rittel & Webber, 1973, s. 141-142). Et wicked problem kjennetegnes blant annet av å ikke ha noen tydelig slutt eller start, det er med andre ord et ikke-lineært problem. Akkurat som problemene ikke har noen tydelig start eller slutt, så kan man ikke definere løsningen på problemet som sann eller falsk. Det finnes ingen fasitsvar og man kan på det beste omtale løsninger som gode eller dårlige (Rittel & Webber, 1973, s. 139). Et sentralt aspekt ved løsningene kan sies å være at de ofte består av et samspill mellom ulike fagmiljøer og

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

kompetansepersoner som er minst like komplekse som problemet i seg selv. Et eksempel på et wicked problem er fattigdom. Det er rimelig å anta at det finnes en bred oppslutning om at fattigdom er et problem som burde løses. Til tross for dette kan man observere fenomenet på tvers av landegrenser og politiske ideologier. Fattigdom som et problem er komplekst, multidimensjonalt, utydelig og skiftende (Spicker, 2016). Det finnes ikke en bestemt politikk som fjerner problemet, men man kan beskrive politikk som god eller dårlig i den grad det minsker eller øker forekomsten av fattigdom i et land.

Det finnes ingen test for å vurdere et sammensatt problem. Innen folkehelse kan vi gjøre befolkningsundersøkelser for å måle utvikling av befolkningens helse, men det er umulig å fastslå om endringene er en konsekvens av tiltak som har blitt initiert som en løsning. Det er heller ikke mulig å formulere et wicked problem som et problem. Det vil si at man ikke kan oppsummere problemets art og løsning gjennom en enkel formulering (Rittel & Webber, 1973, s. 136-138). Et eksempel på dette kan man hente fra forebygging av livsstilssykdommer. Dette er en sammensatt problematikk, men man finner ofte en tydelig sammenheng mellom overvekt og økt risiko for dødelighet (Mathers, Stevens & Mascarenhas, 2009). Overvekt kan fremstå som en enkel problemstilling, definert som et energioverskudd over tid. Løsningen på problemet fremstår da som et enkelt regnestykke som enten går i pluss eller minus. Til tross for dette vedvarer overvekt å være en av de største risikofaktorene for tidlig død over tid. Dette er et eksempel på hvordan løsningen på et wicked problem ikke lar seg formulere på en enkel måte, og at en enkel formulering inviterer ofte motstridende argumenter (Rittel & Webber, 1973, s. 137).

Det er flere måter å forklare et sammensatt problem på, og fremgangsmåte for å håndtere problemet avhenger av den forklaringen som legges til grunn. For å bruke eksempelet med folkehelse videre så kan sosial ulikhet i helse forklares på flere måter. En forklaring er ikke nødvendigvis bedre enn en annen, men de vil avgjøre håndtering av problemet. Et synspunkt på sosial ulikhet i helse kan være at befolkningen står fritt til å ta gode valg for seg selv. Det handler om prioritering av egne ressurser og ta ansvar for sin egen økonomiske situasjon. En annen forklaring kan være at det følger med strukturelle goder med å ha en høyere inntekt eller formue som gir bedre betingelser for helse og at disse i høy grad ligger utenfor individets kontroll. Det finnes sikkert representanter for hvert av disse synspunktene, det eneste som er sikkert er at de vil føre til ulike tilnærminger for å håndtere problemet.

Rittel og Webber skiller mellom wicked problems og tamme problemer. Tamme problemer består, i motsetning til wicked problems, av problemer som det er rimelig å få en oversikt over årsakskjeden. Heifetz & Heifetz (1994) foreslår en mer nyansert tilnærming til å forstå problemer. Istedenfor å skille mellom problemer med og uten tydelig handlingsforløp så kategoriserer de problemer etter tre typer. Den første typen har en tydelig formulering av problemet og en tydelig løsning, den andre typen har en tydelig formulering, men løsningen er ikke det. Den tredje typen har hverken en tydelig formulering eller løsning og korresponderer derfor med Rittel og Webber sin forståelse av et wicked problem. Roberts (2001) foreslår en annen tilnærming til å forstå nivåene til de ulike problemene som i stor grad omhandler konflikt og maktbalanse. Hun bruker de samme nivåene, men kaller de for enkle problemer (Type 1), komplekse problemer (Type 2) og wicked problems (Type 3). Ifølge Roberts kan vi karakterisere et problem som komplekst om det er en konflikt om løsningen til et problem og som wicked om det er konflikt om både løsning og formulering. Videre foreslår Roberts tre fremgangsmåter for å håndtere et type 3 problem. Hvis maktthaverne er konsentrert benytter man autorative løsninger, hvis de er spredt benytter man seg enten av samarbeid eller konkurranse. Roberts sin bakgrunn omfatter konflikthåndtering i Afghanistan, som kanskje skiller seg på flere områder fra det norske folkehelsearbeidet. Men det er mulig å trekke paralleller. Det handler i praksis om å identifisere stillinger og etater med mandat til å gjennomføre endring. Et eksempel på at fordelingen av nødvendige mandat er konsentrert kan være en kommune med gode tverrfaglige arbeidsgrupper tett knyttet mot administrasjonen, i så fall burde folkehelsekoordinatoren innta en autorativ rolle i disse samarbeidene for å lede kommunen i en retning som vil bedre befolkningens helse. I kommuner hvor det finnes liten grad av tverrfaglighet kan man si at de nødvendige mandatene er spredt utover i kommunesektoren. Ifølge Roberts skal man da vurdere om etatene er i konflikt med hverandre og i så fall spille de opp mot hverandre ved å bygge en gjensidig forståelse av konkurranse. Dette er fjernt fra kommunal forvaltning da det tvilsomt er etatsleder som er i direkte konflikt med hverandre, derfor vil det være mest naturlig å jobbe for samarbeid og tverrfaglig koordinering.

Det ligger en oppfordring til tverrfaglighet i selve definisjonen av wicked problems, og det har blitt foreslått en tilnærming til disse (Roberts, 2001). I et forsøk på utvide tilnærmingen til hvordan man håndterer wicked problems foreslår Head og Alford (2015) at man utvider

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

forståelsen for variablene og koblingene i et wicked problem og forsøker å bygge en analytisk modell som dekker alle de tenkelige variablene og koblingene. Dette burde gjøres gjennom en holistisk tilnærming som også inkluderer parallellprosesser utenfor organisasjonen for å dekke et vidt spektrum av muligheter. Kompetanse fra kompleksitetsteori kan brukes til å identifisere fenomener som gjensidig avhengighet, feedback loops og fremtredende funksjoner. Videre anbefaler de vidstrakt bruk av tverrsektorielle nettverkssamarbeid og en lederrolle som er adaptiv og kollaborativ i sin tilnærming til samarbeid. For å oppnå disse endringene foreslår de strukturelle endringer i organisasjonen som tillater en større grad av fleksibilitet i organisering, budsjettering og resultatevaluering. Hovedbudskapet er at for å takle wicked problems må forvaltningsorganet vise en høy grad av økologisk, holistisk tenkning og fleksibilitet i forhold til strukturelle betingelser for å oppnå gode resultater (Head & Alford, 2015).

Head & Alford (2015) har en mer optimistisk og løsningsorientert tilnærming til wicked problems sammenlignet med teorien til Heifetz & Heifetz (1994). Forståelsen av wicked problems har gått fra å være en anerkjennelse av noe som er for stort til å håndteres, til et sett med teorier som argumenterer for at det uhåndterlige er mulig. Hvis vi skulle vurdert folkehelse som et problem er det naturlig å innrømme at vi ikke har oversikt over hverken formulering eller løsning, det finnes konflikt mellom ulike forståelser for hva som kan være løsningen og maktfordelingen for å håndtere problemet er spredt innad i kommunen og oppover de høyere forvaltningsnivåene. Når vi snakker om wicked problems som system av problemer så er folkehelse et godt eksempel. Det er et fagfelt hvor man har en relativt god forståelse for kompleksiteten i problemet. Måten helsen sprer seg i befolkningen handler om alt fra individuell genetikk til generelle sosioøkonomiske forhold. Dahlgren og Whitehead (1991) har en modell som forklarer hvordan alle disse faktorene kan sorteres etter makro-, mikro- og mesonivå. På et hvilket som helst punkt i denne modellen kan man på nærmere inn på et tema og forstå det som et sammensatt problem. Til tross for dette utgjør de også en større helhet. Denne helheten omtaler vi som folkehelse.

Folkehelse kan derfor vurderes som et wicked problem og ifølge teoriene som har blitt presentert betyr dette at tverrfaglighet, strukturelle betingelser og fleksibilitet er av stor betydning for folkehelsearbeidet. Dette gjenspeiler seg i resultatene for kontaktmønsteret til folkehelsekoordinatorerne i denne studien. Selv om det er en tydelig hyppigst frekvens av kontakt mot administrasjonen, så ser vi at det er signifikant korrelasjon mellom

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

kontaktmønstrene. Det betyr at det er få av deltagerne som utelukkende forholder seg til en av de tre gruppene for kontaktmønster. Tendensen ser ut til å være variert kontaktmønster, men størst vekting mot administrasjonen. Et interessant funn i denne sammenhengen er en positiv korrelasjon mellom kontaktmønster med administrasjonen og kontaktmønster med sivilsamfunnet med forventinger om å være en tilrettelegger for praktiske folkehelse tiltak. Høyere grad av kontakt med den politiske ledelsen og administrasjonen ser ut til å ha en positiv korrelasjon med opplevd forventning om å være en strategisk og tverrsektoriell planlegger. Hvis vi skal forstå folkehelse som et wicked problem som krever høy grad av tverrfaglighet, horisontal og vertikal mobilisering og langsiktig strategisk tenking så blir det naturlig å forvente strategisk og tverrfaglig planlegging fra folkehelsekoordinatoren. Hyppig kontakt med den politiske ledelsen er en indikasjon på at den strategiske folkehelsekoordinatoren også har en viss innflytelse og tilgang til maktposisjonene i organisasjonen. Dette er i tråd med den rådende tilnærmingen for å håndtere et wicked problem (Roberts, 2001; Head & Alford (2015)). Et kritikkverdig moment er at den strategiske folkehelsekoordinatoren ikke har signifikant korrelasjon med kontaktmønster mot sivilsamfunnet, noe som er viktig for å oppdage parallellprosesser og ressurser utenfor egen organisasjon. I den hierarkiske regresjonsanalysen er det atferdskontroll som utpreger seg om den største indikatoren på atferd. Da spesielt på Intensjon som omhandler hvor mange prosent folkehelsekoordinatoren faktisk har brukt til stillingen. Det er de strukturelle betingelsene som organisatorisk plassering, egen stillingsbeskrivelse og om folkehelsekoordinatoren er hovedstillingen som har en tydeligst effekt. Dette kan sies å være en indirekte effekt på kontaktmønster gjennom intensjonsvariabelen. Det stemmer overens med teoriene om wicked problems at det er de strukturelle betingelsene som burde ha mest å si. Et sentralt aspekt ved håndtering av wicked problems er fleksibilitet i forhold til person. Problemene er for komplekse til å løses av en person eller en avgrenset form for kompetanse. Koordinering og tverrfaglighet tillater en dynamisk tilnærming til forvaltning hvor koordinatoren kan ta nytte av et bredt spekter erfaring og kompetanse. Det er derfor å forvente at godt folkehelsearbeid i størst grad er underlagt strukturelle betingelser heller enn personlige betingelser som forventinger og holdninger.

5.3 Overgangen til samstyring

De siste tiårene har man sett en overgang fra den tradisjonelle tilnærmingen til byråkratisk forvaltning til mer moderne tilnærminger som NPM og etter hvert samstyring. Samstyring

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

krever en bredere tilnærming som inkluderer prosesser og aktører utenfor egen etat, men også ut av organisasjonen i sivilsamfunnet og i privat næringsliv (Peters, 2002). Mange av de trekkene man finner ved offentlig forvaltning i Europeiske land er ikke koherente med rammeverket i NPM, og tilskrives en økende overgang til samstyring innen offentlig forvaltning (Saarelainen, 2003). I Finland har man beskrevet overgangen til samstyring som lokal prosess hvor endringen skapes i kommunene ved at det opprettes tverrsektorielle samarbeid som ikke nødvendigvis er underlagt statlige styringssignaler (Haveri, 2007). Spørsmålet er om vi kan se en lignende tendens ut ifra kontaktmønsteret til folkehelsekoordinatorerne i norske kommuner. Resultatene fra denne studien viser at det er en hyppigere kontakt mot administrasjonen i kommunen, men at det også er et signifikant kommunikasjonsmønster mot politisk ledelse og sivilsamfunnet. Dette tyder på at overgangen fra NPM til samstyring er aktuell også blant norske folkehelsearbeidere. Deres kontaktmønster preges av en tverrfaglighet, dette kan tolkes ut ifra at de er i regelmessig kontakt med mange ulike aktører som er relevante for folkehelsearbeidet. At det er en tung vektning mot administrasjonen, kan være en indikasjon på en pågående endringsprosess fra tradisjonelt byråkrati og NPM til samstyring.

Overgangen til en tverrsektoriell tilnærming til folkehelsearbeid stiller krav til effektiv organisering av de ulike aktørene innenfor folkehelsearbeidet. Det er tidligere blitt trukket frem at en høy prosentstilling er av betydning for en effektiv gjennomføring av rollen som folkehelsekoordinator, og at det er en lav forekomst av fulltidsstillinger blant kommunene (Helgesen, Fosse & Hagen, 2017). Det er derfor paradoksalt at begrepet «folkehelsekoordinator» bare blir nevnt fire ganger i den siste stortingsmeldingen til Solbergregjeringen (St.meld. nr. 19 (2018 – 2019)). Problematikken med lave prosentstillinger blir anerkjent, men ikke viet betydelig oppmerksomhet i dokumentet. Dette gjenspeiler seg i resultatene fra denne studien hvor 75% av deltagerne bruker mindre enn 75% av stillingen sin på folkehelsearbeid. Dette er problematisk når folkehelseloven så tydelig legger ansvaret for det lokale folkehelsearbeidet til kommunene, uten at det følger noen økonomiske styringssignaler som styrker en slik endring (Folkehelseloven, 2012, §4.). En økonomisk styrking av det kommunale folkehelsearbeidet kunne sikret høyere prosentstillinger dedikert til folkehelsearbeid, noe som potensielt kunne ført til et større fokus på tverrsektorielle tilnærminger til forebygging. Det er paradoksalt at de to siste regjeringen har hatt et fokus på styrking av strukturelle betingelser for folkehelsearbeidet gjennom økt

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

grad av tverrsektoriell tilnærming når vi observerer et tydelig flertall av deltagerne som mangler strukturelle betingelser som egen stillingsbeskrivelse, hensiktsmessig organisering, gjerne i nærheten av rådmannen og folkehelsekoordinator som hovedstilling (St. Meld. 34, 2014-2015; St. Meld. 19, 2014-2015). Spesielt når vi ser at deltagerne som har disse strukturelle betingelsene benytter en større prosentandel av stillingen på folkehelsearbeid, og det er en signifikant korrelasjon med kommunikasjon mot politisk ledelse, administrasjon og sivilsamfunnet.

5.4 Kommunelegen

Kommunen er pålagt å sikre samfunnsmedisinsk kompetanse i form av en, eller flere kommuneleger. Deres ansvar omfatter blant annet å gi medisinsk-faglig rådgivning til kommunen i det lokale folkehelsearbeidet (Folkehelseloven, 2012, §27.). Det er en viss variasjon i hvordan kommunelegene selv forstår og håndterer dette ansvaret, og graden av involvering i det lokale folkehelsearbeidet avhenger ofte av kommunelegen selv (Ouff et al., 2010). Et påfallende funn i den studien er ekskluderingen av kommunelegen i utarbeidelsen av skalaene for kontaktmønster. Det var ingen sterk tilhørighet til noen av gruppene i prinsippal komponent analysen og denne variabelen ble derfor ekskludert på dette tidspunktet i prosessen. Hvorfor denne variabelen ikke lar seg kompartmentalisere er vanskelig å svare på ut ifra de dataene som er tilgjengelige i denne studien. Kontaktfrekvensen i seg selv skiller seg ikke nevneverdig fra de øvrige. En nærliggende tanke er at det den administrative avstanden mellom folkehelsekoordinatoren og kommunelegen blir for stor, og at det er en stor grad av tilfeldighet forbundet med denne assosiasjonen. Disse kan begge sies å være sentrale aktører i folkehelsearbeidet, og der derfor påfallende at det ikke er en tydeligere sammenheng. Kommunelegen sin funksjon i det lokale folkehelsearbeidet har tidligere blitt trukket frem som avgjørende av folkehelsekoordinatorerne i kommunen (Ouff et al., 2010). Dette er et oppsiktsvekkende funn og flere studier som undersøker forholdet mellom kommunelegen og folkehelsekoordinatorerne kunne gitt ny innsikt i problematikken.

Situasjonen slik den fremstod i 2009 med et stort antall kommuneleger som fylte folkehelsekoordinatorstillingen ser ut til å ha endret seg (Hofstad & Vestby, 2009).

Oversikten over utdanninger i resultatene studien vi har gjennomført viser at legeutdanning er et unntak, snarer enn en regel. Det råder en viss tvil rundt validiteten til dette funnet på grunn av en lavere svarprosent, og et betydelig antall manglende data i spørsmålet om utdanning. Det er ikke urimelig å anta at mange av kommunelegen har unnlatt å delta i undersøkelsen

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

eller at de ikke har fullført undersøkelsen og derfor ikke oppgitt utdanning, som var et av de siste spørsmålene. Til tross for denne tvilen, så kan jeg med sikkerhet fastslå at det ikke lenger er normen at kommunelegen fyller rollen som folkehelsekoordinator. Det er en fare for at det er flere leger som har en slik rolle enn de som har svart, men selv om alle de manglende respondentene skulle være kommuneleger, noe som er urimelige å anta, så ville de ikke utgjort en majoritet. Hva som er grunnen til at vi observerer denne nedgangen i antall kommuneleger som fyller rollen som folkehelsekoordinator er ikke mulig å svare på ut ifra de dataene som er tilgjengelige i denne studien, men en mulig forklaring kan være en styrking av folkehelsekoordinatoren som en egen yrkesgruppe og en bekreftelse på at denne stillingen kan utføres av mennesker med ulik type bakgrunn og kompetanse.

5.5 Tidligere funn

Det er gjort en tidligere studie som direkte undersøker den norske folkehelsekoordinatoren på et kvantitativt nivå (Sjursen, Hovland & Tveit, 2015). Funnene viser at det er 57% av kommunene som har en folkehelsekoordinator, 85% av disse er kvinner og 60% av de har en helsefaglig utdanning. Det er 25% av folkehelsekoordinatorene som er organisert i rådmannens stab og disse opplever sin organisering som mer hensiktsmessig enn de som ikke er det. Denne studien undersøkte seks fylker i sammenlignet med resultatene fra denne studien som inviterte alle kommunene i Norge så er sammenfaller resultatene nokså godt. Det er 80% av deltagerne som er kvinner, 43% har en helsefaglig utdanning og det er 30% som har rådmannen som nærmeste leder og de er i større grad fornøyd med sin organisatoriske plassering enn de som ikke er det. Det er et betydelig avvik i antall kommuner som har egen stilling som folkehelsekoordinator hvor denne studien har funnet 35% mens Sjursen, Hovland og Tveit (2015) fant en frekvens på 57%. Selv om det ikke finnes en egen stillingsbeskrivelse, ble vår studie sendt ut til den som hadde ansvaret for folkehelsearbeidet. Det er kun fem deltagere som oppgir at de bruker mindre enn 0% av tiden sin på folkehelsearbeid, noe som betyr at det er minst 259 kommuner som har en stilling som tar ansvar som folkehelsekoordinator. Dette viser at det har vært liten endring i sammensetningen til folkehelsekoordinatorene siden 2015. Det er fortsatt en overrepresentasjon av kvinner med helsefaglig bakgrunn, men disse ser ikke ut til å ha noen signifikant assosiasjon med kontaktmønsteret til folkehelsekoordinatoren. Det var en signifikant assosiasjon mellom opplevd innflytelse og forventninger om å være en strategisk og tverrsektoriell og opplevd innflytelse over folkehelsearbeidet. Dette stemmer overens med funnene i denne studien som

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

viser en signifikant sammenheng mellom forventning til å være en tverrsektoriell og strategisk planlegger og grad av tilfredsstillelse med organisatorisk plassering.

5.6 Styrker og svakheter

Dette er den første studien på folkehelsekoordinatorene som er gjort i et omfang som omfatter alle kommuner i Norge etter at folkehelseloven ble vedtatt. Tidligere studier har enten gjort et utvalg eller sendt ut spørreskjema åpent til kommunene. Til tross for at det har vært en middels respons med en svarprosent på 61,68%, har studien omfattet et betydelig antall deltagere (n= 264). Dette styrker validiteten til resultatene, men det er viktig å bemerke at en høyere svarprosent kan ha gitt ulikt utslag. Det er ikke urimelig å anta at det er mange kommunene som ikke svarte som heller ikke har noen folkehelseansvarlig. Det er derfor knyttet en viss usikkerhet til hva som er den reelle svarprosenten. Hvis vi hadde hatt tall på antall kommuner med folkehelseansvarlige, ville det vært mulig å beregne en sikrere svarprosent. Hvis vi tar utgangspunkt i antall kommuner med en folkehelseansvarlig som ble identifisert i forkant av undersøkelsen, så ligger svarprosenten på 68,4% (n= 388). Et annet argument for at validiteten i denne studien kan stilles til tvil er variasjonen i gjennomføring av hele spørreskjemaet. Et eksempel kan vi hente fra type utdanning. Der var det 195 av deltagerne som hadde oppgitt utdanning, og åtte av disse lot seg ikke kategorisere på en meningsfull måte. Det kan stilles spørsmål ved hvem det er som har unnlatt å oppgi utdanning. Dette var et av de siste spørsmålene, og det er naturlig at enkelte deltagere ikke har hatt anledning til å gjennomføre undersøkelsen. Hvem de er vet vi ikke. Det er ikke gjort noen analyser for å avdekke hva som kjennetegner de kommunene som har svart, men tidligere studier har antydnet at det er de mindre distriktskommunene som uteblir. Spørreskjemaet ble sendt ut digitalt og deltagerne hadde flere måneder på seg til å svare. De ble også fulgt opp ved to anledninger via telefon og e-post. Det er derfor rimelig å anta at det ikke var mulig å gjøre andre tiltak for å heve svarprosenten.

Et risikomoment i utarbeidelse av spørreundersøkelser er at deltagerne ikke forstår spørsmålene. Som forsker kan vi ikke ha en dialog med deltagerne for å hjelpe de med å forstå spørsmålene. Vi er avhengige av at de er formulert på en slik måte at det er enkelt for deltagerne å forstå hva de blir spurt om, og at svarene kan settes inn i en meningsfull kontekst. En undersøkelse som har vage og tvetydige formuleringer, har en større risiko for å skape misforståelser. Dette svekker reliabiliteten i undersøkelsen, fordi deltagerne har ulike forutsetninger for å forstå spørsmålene. Dette er en utfordring også i denne studien, og med så mange spørsmål er det mange muligheter for misforståelse. Derfor ble det gjennomført en

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

testundersøkelse til folkehelsekoordinatorer i utvalgte fylker. Flere av spørsmålene ble endret på bakgrunn av tilbakemeldinger fra disse. Dette er ingen garanti mot misforståelser blant deltagerne, men det er en mulighet til å ha dialog om spørsmålene uten at det påvirker det endelige resultatet.

Det teoretiske rammeverket som har gitt analysene struktur er i utgangspunktet ment for studier hvor man ønsker å utforske lineære hendelsesforløp. I denne studien har vi ikke operasjonalisert noen spørsmål for helt konkrete gjøremål. Dette ville vært vanskelig å gjøre på en meningsfull måte fordi det er rimelig å anta at det er store forskjeller blant kommunene. Derfor har vi benyttet en mer generell form for operasjonalisering av atferd i form av kontaktfrekvens. Et annet aspekt ved modellen som er kritikkverdigg er operasjonaliseringen av intensjon. Denne ble operasjonalisert som faktisk tid brukt på folkehelsearbeid. Dette valget ble gjort fordi det ikke er mulig å spørre om en konkret intensjon til en ukonkret handling som har skjedd bakover i tid. På denne måten kan vi utforske den innsatsen folkehelsekoordinatoren har satt inn i sin atferd som folkehelsekoordinator. Som koordinator er det uunngåelig at en stor del av atferden til en folkehelsekoordinator består av kommunikasjon. Mål på retning av denne kommunikasjonen omfatter i stor grad all atferd, mens et prosentmål på tid brukt på folkehelsearbeid kan fortelle oss ex post facto om intensjonen til å gjennomføre enhver atferd som folkehelsekoordinator. Dette er en bred tolkning av teorien, noe som muligens gjenspeiler seg i skjevheten i styrken på korrelasjonen i den hierarkiske regresjonsanalysen mellom atferdskontroll og intensjon, atferdskontroll og atferd og intensjon og atferd.

Selv om den multiple regresjonsanalysen har funnet flere signifikante korrelasjoner mellom de uavhengige og avhengige variablene, så er det viktig å belyse at denne analysen utregner den totale effekten. Den tar ikke høyde for potensiell kovarians blant variablene, og det kan stilles spørsmål ved hver enkelt variabel sin styrke i effekten. En trinn-vis hierarkisk regresjonsanalyse avslører at det er få av variablene som har en signifikant korrelasjon når kovarians blir regnet ut av effekten.

6.0 Konklusjon

Utgangspunktet for denne studien har vært å identifisere faktorer som forklarer kontaktmønsteret til norske folkehelsekoordinatorer. Det finnes lite kunnskap om emnet fra tidligere, og det har derfor blitt en todelt problemstilling. På den ene siden har jeg vært interessert i å identifisere de faktorene som forklarer adferden til folkehelsekoordinatorene

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

målt som kontaktmønster. På den andre siden har det vært nødvendig å kartlegge kontaktmønsteret i seg selv, da dette ikke er undersøkt tidligere. Denne kartleggingen har resultert i en identifikasjon av tre typer unike kontaktmønstre og jeg kan derfor hevde at folkehelsekoordinatoren kan sorteres innenfor tre ulike grupper. De som har høyest frekvens mot administrasjon, politisk ledelse og sivilsamfunnet. Til tross for at det finnes tre unike grupper, så observeres det en betydelig korrelasjon mellom disse. Det betyr at folkehelsekoordinatorene i liten grad forholder seg til en type kontaktmønster, men konklusjonen blir at vi kan forvente å se at en type utpreger seg. Den typen kontaktmønster som utpreger seg mest er den som retter seg mot administrasjonen i kommunen. Dette kan beskrives som en folkehelsekoordinator som kommuniserer jevnlig med ledelsen i de ulike sektorene av kommunen, inkludert sin egen. De to andre kontaktmønstrene har henholdsvis middels grad av kontakthypighet mot sivilsamfunnet og den politiske ledelsen. Sistnevnte er en folkehelsekoordinator som ofte er i kontakt med ordfører, politikere og rådmannen. Dette er aktører som spiller en sentral rolle i utformingen av politikk i kommunen og kan sies å ha innflytelse på den utviklingen som skjer. Den siste typen av folkehelsekoordinator som har en middels grad av kontakthypighet mot sivilsamfunnet er ofte i kontakt med media, næringsliv eller enkelt personer og/eller grupper i befolkningen. I motsetning til folkehelsekoordinatoren med hyppig kontakt med politisk ledelse, kan dette sies å være en folkehelsekoordinator som befinner seg lengre fra maktsentrum, men nærmere utfordringene knyttet til folkehelse slik de fordeler seg i befolkningen. Det kan se ut til at rollen som folkehelsekoordinator i mindre grad fylles av kommunelegen i 2019 sammenlignet med 2009. Dette kan tolkes som en styrking av folkehelsekoordinatoren som en egen yrkesgruppe og at det er et behov for tverrfaglig kompetanse i denne stillingen.

I denne studien har det vært et relativt godt samsvar mellom teori og empiri, resultatene av analysen stemmer godt overens med det vi kunne forvente ut ifra TPB. Atferdskontroll viser sterkest effekt og forventninger svakest effekt på kontaktmønster og intensjon. Den indirekte effekten av atferdskontroll er helt klart den sterkeste effekten i resultatene, mens den direkte effekten er sterkest mot sivilsamfunnet, men svakere for de øvrige. Resultatene viser at det er en signifikant direkte og indirekte effekt på kontaktmønster og prosentandel av stillingen brukt på folkehelsearbeid. Dette betyr at det er de strukturelle betingelsene som har størst betydning for kontaktmønsteret til folkehelsekoordinatorene. Folkehelsekoordinatorene som har en høy grad av hensiktsmessige strukturelle betingelse som egen stillingsbeskrivelse,

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

organisering i nærheten av rådmannen og tilfredsstillelse med organisatorisk plassering bruker en større andel av tiden sin på folkehelsearbeid. Det kan se ut som at det er en sammenheng mellom de strukturelle betingelsene og kontaktmønster med både administrasjonen, politisk ledelse og sivilsamfunnet, men sammenhengen er klart tydeligst for sistnevnte. En mulig konklusjon kan være at de strukturelle betingelsene har en viktig betydning i utførelsen av folkehelsekoordinatorrollen og prioritering av folkehelseperspektivet i rollen, men det er en viss tvil knyttet til validiteten i modellen på grunn av en del kovarians blant de uavhengige variablene. Sammenhengen mellom høyere prosentstilling og økt kontaktfrekvens mot alle de tre typene kontaktmønster viser at jo mer tid folkehelsekoordinatorer arbeider med folkehelse, desto større tverrsektoriell tilnærming har de. Denne strukturelle betingelsen er den tydeligste i resultatene og kan tilskrives en vesentlig betydning.

Det kan se ut som at de strukturelle betingelsene i seg selv spiller en større rolle enn forventningene fra miljøet og holdningene til folkehelsekoordinatoren. Det betyr at rammene rundt stillingen har større betydning enn personen som fyller stillingen. Hvilket kjønn, utdanning eller alder folkehelsekoordinatoren har spiller med andre ord en mindre rolle. En annen tolkning av resultatene kan være at folkehelsekoordinatorer i stor grad har en variert tilnærming til folkehelsearbeidet. Til tross for at det er tydelige retninger i kontaktmønsteret, så er det verdt å merke seg at det er en betydelig korrelasjon mellom de ulike kontaktmønstrene. Dette betyr at folkehelsekoordinatorer i liten grad forholder seg utelukkende til en type kontaktmønster. Dette er av betydning fordi det er nødvendig å ha en bredspektret tilnærming til håndteringen av folkehelse som et wicked problem.

Avslutningsvis vil jeg trekke frem hovedfunnene i denne oppgaven som bekreftende på at det norske folkehelsearbeidet beveger seg i en retning som er hensiktsmessig med tanke på rådende teorier innen offentlig forvaltning og folkehelse. Folkehelsekoordinatoren er allsidig, tverrfaglig og en del av en større sammensetning av kompetanse og ressurser. Betydningen av de strukturelle betingelsene undergraver betydningen av de personlige faktorene som holdninger og opplevd forventning. Dette kan sees på som en bekreftelse av rollen som en del av et større samspill hvor strukturen er viktigere enn personen. Den naturlige tolkningen å gjøre ut ifra denne kunnskapen er at det i fremtiden burde skje en større satsning på å styrke de strukturelle betingelsene til folkehelsekoordinatorer. Det er kritikkverdig at så mange av deltagerne mangler disse strukturelle betingelsene, og dette til tross for at vi har hatt flere år

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

med politisk engasjement for å styrke strukturelle betingelser i folkehelsearbeidet gjennom en tverrsektoriell tilnærming. Det ville vært interessant å se flere fulltidsstillinger, egne stillingsbeskrivelser og organisering som oppleves som hensiktsmessig av folkehelsekoordinatoren, gjerne i nærheten av rådmannen.

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

7.0 Referanseliste

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Bahr, R. (2009). Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling.: Helsedirektoratet.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bekkers, V., Dijkstra, G., & Fenger, M. (2016). *Governance and the democratic deficit: assessing the democratic legitimacy of governance practices*. Routledge.
- Campbell, D. T. (1963). Social Attitudes and Other Acquired Behavioral Dispositions. In S. Koch, *Psychology: A study of a science. Study II. Empirical substructure and relations with other sciences. Vol. 6. Investigations of man as socius: Their place in psychology and the social sciences* (p. 94–172). McGraw-Hill. <https://doi.org/10.1037/10590-003>
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., & Aars, J. (2014). Forvaltning og politikk (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Chang, M. K. (1998). Predicting unethical behavior: a comparison of the theory of reasoned action and the theory of planned behavior. *Journal of business ethics*, 17(16), 1825-1834.
- Deutsch, M., & Gerard, H. B. (1955). A study of normative and informational social influences upon individual judgment. *The journal of abnormal and social psychology*, 51(3), 629.
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. A. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Difi. (2019) *Innbyggerundersøkelsen 2019 Hva mener innbyggerne?* (8) Hentet fra: <https://www.difi.no/rapport/2019/11/innbyggerundersokelsen-2019-hva-mener-innbyggerne>
- Esping-Andersen, G. (1990). The three worlds of welfare capitalism. Cambridge, UK: Polity Press.
- FHI. (2018a) *Helsetilstanden i Norge 2018*. Rapport 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018.
- FHI. (2018b) *Psykisk helse i Norge 2018*. Rapport 2018. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Folkehelseloven. (2012) Lov om folkehelsearbeid. LOV-2011-06-24-29. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Fosse, E., & Helgesen, M. K. (2015). How can local governments level the social gradient in health among families with children? The case of Norway.
- Fosse, E., & Helgesen, M. (2017). Advocating for health promotion policy in Norway: the role of the county municipalities. *Societies*, 7(2), 5.
- Fosse, E., Helgesen, M. K., Hagen, S., & Torp, S. (2018). Addressing the social determinants of health at the local level: Opportunities and challenges. *Scandinavian journal of public health*, 46(20_suppl), 47-52.

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American journal of health promotion*, 11(2), 87-98.
- Global Burden of Disease Collaborative Network. (2017) *Global Burden of Disease Study 2016* (GBD 2016) Reference Life Table. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017.
- Hagen, S., Helgesen, M., Torp, S., & Fosse, E. (2015). Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scandinavian journal of public health*, 43(6), 597-605.
- Hagen, S., Øvergård, K. I., Helgesen, M., Fosse, E., & Torp, S. (2018). Health promotion at local level in Norway: the use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups. *International journal of health policy and management*, 7(9), 807.
- Haveri, A. (2006). Complexity in local government change: Limits to rational reforming. *Public Management Review*, 8(1), 31-46.
- Hay, G., & Blaker, B. (2017). Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold 2017-2021 ; sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle! *Norsk Tidsskrift for Ernæring*, (2), 32-35.
- Head, B. W., & Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for public policy and management. *Administration & society*, 47(6), 711-739.
- Heifetz, R. A., & Heifetz, R. (1994). *Leadership without easy answers* (Vol. 465). Harvard University Press.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen : Mestring og muligheter* (2014-2015). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Helsedirektoratet. (2017) *Program for folkehelsearbeid i kommunene*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>
- Hofstad, H. & Bergsli, H. (2016) *Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan – status og ringvirkninger 2012-2015* (NIBR-rapport /9/2016) Hentet fra: <https://www.veiviseren.no/-/media/Vedlegg/Arbeidsprosess/Framskaffe-omsorgsboliger-for-eldre-og-sykehjem/nibr-sluttevaluering-av-helse-og-omsorg-i-plan-2016.ashx?la=nb-NO>
- Hofstad, H., & Vestby, G.-M. (2009). Lokalt folkehelsearbeid. Underveisevaluering av Helse i plan og Partnerskap for folkehelse. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hogg, M. A., & Smith, J. R. (2007). Attitudes in social context: A social identity perspective. *European Review of Social Psychology*, 18(1), 89-131.
- Hood, C. (1995). The “new public management” in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, organizations and society*, 20(2-3), 93-109.
- Håkonsen, K. M. (2003). *Innføring i psykologi*. Gyldendal akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Gyldendal akademisk.
- Knudsen AK, Tollånes MC, Haaland ØA, Kinge JM, Skirbekk V, Vollset SE. (2017). *Sykdomsbyrde i Norge 2015 Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Stydt 2015*. Rapport 2017. Bergen/Oslo Folkehelseinstituttet, 2017.
- Latchford, G., & Dye, L. (2001). Survivors guide to statistics and SPSS. *Leeds: The University of Leeds Department of Clinical Psychology*.
- NAV. (2017) Psykiske lidelser er vanligste årsak til uføretrygd. Hentet 08.09.2019 fra: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Nyheter/psykiske-lidelser-er-vanligste-%C3%A5rsak-til-uf%C3%B8retrygd>

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

- Mathers, C., Stevens, G., & Mascarenhas, M. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. World Health Organization.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society* (Vol. 111). University of Chicago Press.: Chicago.
- Meyer, H., Holvik, K., & Folkehelseinstituttet (2017). Kunnskapsgrunnlag til ny handlingsplan for bedre kosthold : En oppsummering av hva som er dokumentert som mest effektive tiltak for å fremme et sunt kosthold (punkt 4 i oppdraget fra HOD) (Vol. 2017, Rapport / Folkehelseinstituttet). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Montano, D. E., & Kasprzyk, D. (2015). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. *Health behavior: Theory, research and practice*, 70(4), 231.
- Osborne, S. P. (2006) The New Public Governance?, *Public Management Review*, 8:3, 377-387, DOI: [10.1080/14719030600853022](https://doi.org/10.1080/14719030600853022)
- Ouff, S., Bergem, R., Aarflot, U., Hanche-Olsen, M., Vestby, G., & Helgesen, M. (2010). Partnerskap for Folkehelse Og Helse I Plan. Sluttrapport.
- Patil Vivek H, Surendra N. Singh, Sanjay Mishra, and D. Todd Donovan (2017). Parallel Analysis Engine to Aid in Determining Number of Factors to Retain using R [Computer software], available from <https://analytics.gonzaga.edu/paralleleengine/>.
- Peters, B. (2002). The changing nature of public administration: from easy answers to hard questions. *Asian Journal of public administration*, 24(2), 153-183.
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). Psykisk helse i Norge. *Mental health in Norway*. Retrieved from <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2,18>.
- Rittel, H. W., & Webber, M. M. (1973). 2.3 planning problems are wicked. *Polity*, 4(155), e169.
- Roberts, N. C. (2001). Coping with Wicked Problems: The Case of Afghanistan. I L. Jones, J. Guthrie & P. Steane (Red.), *Learning from International Public Management Reform* vol. 11, part B (s. 353-375).
- Saarelainen, T. (2003). *Managing local networks: impacts of network management on the implementation of new public management and citizen participation*. fi= Lapin yliopisto| en= University of Lapland|.
- Sheppard, B. H., Hartwick, J., & Warshaw, P. R. (1988). The theory of reasoned action: A meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of consumer research*, 15(3), 325-343.
- Sherman, S. J., & Fazio, R. H. (1983). Parallels between attitudes and traits as predictors of behavior. *Journal of personality*, 51(3), 308-345.
- Sjursen, K., Hovland, K., & Tveit, G. (2015) Organiserings av folkehelsearbeid i kommunene. *Plan*, 47(03-04), 76-76.
- Spicker, P. (2016) Poverty as a wicked problem. CROP poverty brief, no. 35. Bergen, Norway: CROP Secretariat [online]. Available from: <http://www.crop.org/viewfile.aspx?id=1062>
- SSB. (2018). Menn enda nærmere kvinners levealder. Hentet den 10.09.2019 fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/menn-enda-naermere-kvinnens-levealder>
- Steene-Johannessen, J., Anderssen, S., Bratteteig, M., Dalhaug, E., Andersen, I., Andersen, O., & Dalene, K. (2019). Kartlegging av fysisk aktivitet, sedatid og fysisk form blant barn og unge 2018 (ungKan3). *Norges Idrettshøgskole*.
- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). Health in all policies. *Prospects and potentials*. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health.

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

SSB. (2016) Helseforhold, levekårsundersøkelsen. Hentet fra:

<https://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold>

Tang, Kwok & Ståhl, Timo & Bettcher, Douglas & de Leeuw, Evelyne. (2014). The Eighth Global Conference on Health Promotion: Health in All Policies: From Rhetoric to Action. *Health promotion international*. 29. i1-i8. 10.1093/heapro/dau051.

née Grimm, M. J. T., 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.

Grimm, M. J. (2012). *Norwegian policies to reduce social inequities in health: Developments and challenges. A qualitative case study* (Master's thesis, The University of Bergen).

Stortingsforhandlinger. Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter.

Stortingsforhandlinger. Meld. St. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldingen - Gode liv i et trygt samfunn.

Stortingsforhandlinger. Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar.

Vabo, S. I., & Røiseland, A. (2008). Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 24(01-02), 86-107.

World Health Organization. (1995). Constitution of the world health organization. World Health Organization. (1979) Formulating strategies for health for all by the year 2000. Health-for-All series. Geneva: WHO; 1979.

World Health Organisation. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986*. Hentet fra: https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf

Øverby, N., Torstveit, M., Høigaard, R., & Stene-Larsen, G. (2011). *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforl.

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Vedlegg 1. Tabell 7. Spearmans korrelasjonsanalyse mellom alle variablene

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Tabell 7.

Spearman's korelasjonskoeffisient mellom alle variablene

	Atferd			Intensjon										Subjektiv norm											
	Kontakt mønster mot			Prosent faktisk til folkehelse		Brutto årslønn		Helse		Idrett		Sosial-/samfunnsfaglig		Strategisk og tversektoriell planlegger		Tilrettelegger for praktiske tiltak		Generell saksbehandling		Organisert under rådmaning		Egen stillingsbeskrivelse			
	Ledelse	Admin	Sivil	DV1	DV2	DV3	DV4	DV1	DV2	DV3	DV4	DV1	DV2	DV3	DV4	DV1	DV2	DV3	DV4	DV1	DV2	DV3	DV4		
DV1 Ledelse	0,488**																								
DV2 Admin	0,312**	0,500**																							
DV3 Sivil	0,323**	0,494**	0,514**																						
DV4 Prosent faktisk til folkehelse	0,078	-0,070	-0,329**	-0,209**																					
IV1 Brutto årslønn																									
IV2 Alder	-0,018	-0,176	-0,168*	-0,194**	0,481**																				
IV3 Helsefaglig utdanning	0,032	-0,080	-0,051	-0,053	0,106	0,133	IV3																		
IV4 Idrettsfaglig utdanning	-0,087	0,109	0,257**	0,254**	-0,283**	-0,342**	-0,365**	IV4																	
IV5 Sosial/Samfunnsfaglig	0,065	0,051	0,070	0,061	0,174*	0,105	-0,239**	-0,181**	IV5																
IV6 Øk/Adm	-0,015	-0,076	-0,110	-0,133*	0,094	0,035	-0,194*	-0,146*	IV6																
IV7 Øvrige	0,075	-0,044	-0,041	0,016	-0,080	0,031	-0,123*	-0,093	-0,061	-0,049	IV7														
IV8 Strategisk og tversektoriell planlegger	0,229**	0,179*	0,042	0,227**	0,206**	-0,020	-0,081	-0,043	0,190**	0,048	0,160*	IV8													
IV9 Tilrettelegger for praktiske folkehelse tiltak	0,129	0,246**	0,384**	0,312**	-0,288**	-0,237**	-0,174*	0,236**	0,016	-0,093	0,022	0,016	IV9												
IV10 Generell saksbehandler	0,079	0,067	-0,018	0,001	-0,041	-0,078	-0,130	0,047	-0,011	0,081	0,097	0,233**	0,206**	IV10											
IV11 Nærmeste leder rådmann	0,179*	-0,181*	-0,156*	-0,291**	0,291**	0,133	0,091	-0,223**	-0,015	0,007	0,079	0,109	-0,149*	IV11											
IV12 Folkehelse hovedstilling	0,251**	-0,352**	-0,506**	-0,769**	0,237*	0,283**	0,111	-0,351**	0,015	0,147*	0,014	-0,094	-0,305**	0,224**	IV12										
IV13 Stillingsbeskrivelse	-0,168*	-0,243**	-0,197**	-0,330**	0,184*	0,175	0,077	-0,134*	-0,133*	0,023	0,039	-0,191**	-0,055	0,020	0,201**	0,254**	IV14								
IV14 Formøyd med org. plassering	0,277**	0,128	0,108	0,173**	0,233**	0,051	-0,053	-0,082	0,223**	0,035	0,076	0,495**	-0,024	0,055	0,305**	-0,093	-0,122								

** . Korrelasjon er signifikant på 0.01 (2-tailed).

* . Korrelasjon er signifikant på 0.05 (2-tailed).

Masteroppgave, vår 2020, Betydningen av struktur for atferd i det kommunale folkehelsearbeidet.

Vedlegg 2. Godkjenning NSD

Vedlegg 3. Godkjenning FEK

Vedlegg 4. Databehandleravtale

Vedlegg 5. Spørreskjema

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Folkehelsearbeid i norske kommuner, 2019

Referansennummer

902924

Registrert

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

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

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

Type prosjekt

Forskerprosjekt

Prosjektperiode

20.05.2019 - 31.12.2030

Status

20.05.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

20.05.2019 - Vurdert

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2030.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

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

Per Stian
Wølneberg

Besøksadresse:
Universitetsveien 25
Kristiansand

Ref: 19/04374

Tidspunkt for godkjenning: : 17/06/2019

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Folkehelse i Norge 2019

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

Kommentar fra godkjenner:

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

Hilsen

Forskningsetisk komiteFakultet for helse - og idrettsvitenskapUniversitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER

POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND

TELEFON 38 14 10 00

ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no -

www.uia.no

FAKTURAADRESSE:

UNIVERSITETET I AGDER,

FAKTURAMOTTAK

POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

Avtale – databehandleravtale etter personopplysningsloven

Les veilederen på www.datatilsynet.no/databehandler

Databehandleravtale

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

mellom

Universitetet i Agder (UiA)

(org.nr: 970 546 200)

behandlingsansvarlig

og

Rambøll Management Consulting AS

(org.nr: 987 886 609)

databehandler

1. Avtalens hensikt

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

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

2. Formål

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

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

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

3. Databehandlers plikter

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

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

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

4. Bruk av underleverandør

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

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

5. Sikkerhet

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

Databehandler skal blant annet sørge for at personopplysninger bare er tilgjengelige for personer som har et tjenstlig behov for det i forbindelse med oppfyllelsen av avtaleforholdet mellom partene. Databehandler skal videre sørge for at personopplysninger ikke endres uautorisert eller utilsiktet.

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

6. Sikkerhetsrevisjoner

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

7. Avtalens varighet

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

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

8. Ved opphør

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

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

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

9. Meddelelser

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

10. Lovvalg og vernefing

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

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

Oslo, 11. august 2011.

Behandlingsansvarlig



(Underskrift)

Assisterende Universitetsdirektør

Universitetet i Agder

Seunn Smith-Tønne

Databehandler



(Underskrift)

Salgsdirektør

Rambøll Management Consulting

Ole Dalvang

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

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

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

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

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

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

Lenke til informasjonsskriv og projektskisse

Med vennlig hilsen

Tor-Ivar Karlsen, Prosjektansvarlig

SAMTYKKE

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

Jeg vil delta i denne undersøkelsen.

Ja

(1)

Kommunenavn **Kommnavn**

(Skriv navnet på din kommune under her)

Vi vil gjerne åpne med noen bakgrunnsspørsmål om stillingen din.

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

(Angi antall år)

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

- (1) Ja
- (2) Nei

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

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

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

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

(Angi prosent) V5_stpro

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

(Angi prosent) V6_prosentfolkeh

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

- (1) Ja
(2) Nei

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

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

Har du eventuelle kommentarer til spørsmålet over? V8_kommentar

Nå kommer det spørsmål om din arbeidsbakgrunn.

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

- (1) Ja
- (2) Nei

Dersom Ja, hvor mange år har du vært ansatt i kommunen totalt sett?

(Angi antall år) V10_antår_komm

Dersom Nei, har du arbeidserfaring fra andre stillinger? V11_arberfaring

(Flere kryss er mulig)

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

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

Hvilket politisk utvalg/komité har hovedansvar for folkehelsesaker?

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

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

Hvilket folkehelseområde har høyest politisk prioritering? V13_pol_prio

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

Hvilket hovedområde oppfatter du som det viktigste? V14_egenprio

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

Hvilken aldersgruppe opplever du som høyest politisk prioritert i kommunen?

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

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

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

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

Er rettferdig fordeling av ressurser prioritert i det lokale

folkehelsearbeidet? V17_rettferd_prio

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

Hvem er din nærmeste leder? V18_nærm_leder

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

(7) Leder teknisk

(8) Annen leder, angi her _____

Vennligst angi hvor i kommunen du er organisatorisk plassert.

(Skriv inn i feltet under) V19_orgplass

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

Kryss av for grad av hensiktsmessighet

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

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

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

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

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

(Sett gjerne flere kryss) **V22_lykkes**

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

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

Angi ca. prosent av din stilling til følgende oppgavene

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

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

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

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

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

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

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

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

Nå følger to spørsmål knyttet til dette.

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

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

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

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

Kryss av

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

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

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

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

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

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

(Sett gjerne flere kryss)

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

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

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

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

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

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

- (1) Ja
- (2) Nei

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

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

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

(Skriv gjerne noen ord om de største utfordringene)

Har kommunen benyttet eksterne konsulenter i utarbeidelsen av

helseoversikten? **V37_konsulent**

- (1) Ja
- (2) Nei

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

helseoversikten? **V38_bist_fylke**

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

Har kommunen samarbeidet med andre kommuner om utarbeidelse av

helseoversikten? **V39_sam_andrek**

- (1) Ja
- (2) Nei

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

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

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

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

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

(Sett gjerne flere kryss)

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

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

(Sett gjerne flere kryss)

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

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

- (1) Ja
- (2) Nei

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

(Sett gjerne flere kryss) **V45_ikkegr_hvfor**

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

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

(Ca. antall ganger pr. år)

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

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

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

(Sett gjerne flere kryss)

- (1) Plan-/oversiktsarbeid

- (2) Kunnskapsdeling og informasjon
- (3) Idémyldring
- (4) Planlegging av tiltak
- (5) Annet, angi hva _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Helt til slutt kommer det noen spørsmål om deg selv.

Kjønn **V55_kjønn**

- (0) Kvinne
- (1) Mann

Alder (angi alder i år) **V56_alder**

—

Utdanningsnivå **V57_utd_nivå**

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

Hvilken type hovedutdanning har du? **V58_typ_hutd**

Angi utdanning(er)

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

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

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

(Angi i kroner)

Tusen takk for at du har fylt ut spørreskjemaet.

Første presentasjon av resultatene vil komme under Folkehelsekonferansen høsten 2019.

Trykk [avslutt] for å lagre.