

## Folkehelsekoordinator som endringsagent

Hva preger kommunale folkehelsekoordinatorers kontakt med toppledelse, øvrig administrasjon og sivilsamfunn, og hvilke forhold påvirker dette kontaktmønsteret?

EVA STENSVOLD DANIELSEN

VEILEDER

Tor-Ivar Karlsen

**Universitetet i Agder, 2021**

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for ernæring og folkehelsevitenskap

## Forord

En stor takk til Universitetet i Agder for fem innholdsrike år som student. Masterforløpet som skulle være et avbrekk fra sykepleien og gi muligheter for forebyggende helsearbeid i fremtiden, viste seg å bli mye mer forfriskende og nyansert enn forventet. Vi har hatt engasjerende forelesninger om håndteringen av pandemier av ikke-smittsomme sykdommer, om ernæring og fysisk aktivitet så vel som den største trusselen av alle; stillesitting. Forelesningene om smittevernstrategier var historier fra fortiden, og på ingen måte skrevet i «caps lock» i 2018/2019. Det som derimot overrasket meg, var hvor omfattende og betydningsfulle de strukturelle betingelsene for folkehelsearbeidet i Norge og verden er. Jeg forstod raskt at dette engasjerte meg mere enn noe. Takk til Charlotte Kiland for engasjerende forelesninger. Som sykepleier har jeg hatt stor glede av økt forståelse for styringsmekanismer, politikk og samfunnsfaktorer som påvirker både pasienters og egen helse.

Mot slutten av 2019 fikk vi vårt første barn, vår første bolig, tett etterfulgt av vårt første møte med en pandemi i 2020. Jeg er svært takknemlig for muligheten til å heve foreldrepermisjon, for så å vende tilbake til studier og jobb uten frykt for å bli permittert. Det å kunne møte kollegaer fysisk på arbeidsplassen har vært godt.

Avgjørende for at arbeidet med masteroppgaven har forblitt spennende, er alle gode veiledningstimer med førsteamanuensis Tor-Ivar Karlsen. Takk for kunnskapsrike, målrettede og stadig oppmuntrende innspill. Du har spesielle evner! Jeg må takke familie og venner for støtte og lykkeønskninger gjennom hele prosessen. En stor takk rettes også til mine medstudenter i «FLINK-2019»-prosjektet for motivasjon og godt samarbeid.

Kabalen hadde aldri gått opp uten min kjære samboer og største støttespiller. Tusen takk for at du har gitt meg muligheten!

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Anbefalt fremgangsmåte for å oppnå helsefremming i norske kommuner er en «Health-in-All-Policies»-tilnærming. Fordi faktorene som påvirker befolkningens helse omfatter områder også utenfor helsesektoren, skal alle sektorer tenke «helse i alt vi gjør». Kommunene anbefales å ansette folkehelsekoordinator som «lim» i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Samarbeidsprosesser med flere interessenter i ulike sektorer er avhengig av en samlende endringsagent for å oppnå god tverrsektoriell involvering, forståelse og kontinuitet. Dette ifølge «boundary spanner»-teorien og Kingdons teori om «policy-entreprenøren». Ønsket med studien er å undersøke folkehelsekoordinatorers kontaktmønster og faktorer av betydning for økt tverrsektoriell kontakt.

**Metode:** Tverrsnittstudie fra 2019, hvor alle norske kommuner ble inkludert. Kontaktmønster er identifisert via prinsippal komponentanalyse. Deskriptiv statistikk, krystabell, bivariate og multivariate regresjonsanalyser ble utført.

**Resultater:** Folkehelsekoordinatorerne har høy intern administrativ kontakt og lavere kontakt mot toppledelse og sivilsamfunn. Forhold som gir økt tverrsektoriell kontakt er høyere stillingsprosent, at det foreligger stillingsinstruks og å være organisert i sentraladministrasjonen. To tredeler av kommunene har nedsatt tverrsektoriell arbeidsgruppe for folkehelse, men dette vises ikke i seg selv å ha betydning for folkehelsekoordinatorernes økte tverrsektorielle kontakt.

**Konklusjon:** At folkehelsekoordinatorers kontakt mot kommunens toppledelse og sivilsamfunn er lav, kan indikere manglende kunnskapsutveksling med sentrale beslutningstakere, samt mangelfull inkludering av sivilsamfunnet i det systematiske folkehelsearbeidet. Folkehelsekoordinator kan ikke drive sin misjon for folkehelsen uten tydelige retningslinjer og tid til rådighet.

**Nøkkelord:** Health-in-all-policies, wicked problems, kommunalt folkehelsearbeid, folkehelsekoordinator, boundary spanners, policy-entreprenør

## Abstract

**Background:** The recommended procedure for achieving health promotion in Norwegian municipalities is a "Health-in-All-Policies" approach. This is because the factors that affect the population's health also include areas outside the health sector. The municipalities are recommended to employ a public health coordinator to bring together the various parties in cross-sectoral public health work. Collaborative processes with several stakeholders in different sectors depend on a unifying key person to achieve acceptable cross-sectoral involvement, understanding and continuity. This is according to the "boundary spanner" theory and Kingdon's theory of the "policy entrepreneur". The aim of this study is to investigate the public health coordinators' contact pattern, and factors of importance to increase their cross-sectoral contact.

**Methods:** A cross-sectional study from 2019, where all Norwegian municipalities were included. Contact pattern is identified through principal component analysis. Descriptive statistics, cross-tabulation, bivariate and multivariate regression analyzes were performed.

**Results:** The public health coordinators have higher contact within the administration, and lower contact with top management and civil society. Factors that increase cross-sectoral contact are a higher percentage of positions or full time positions, that there are position instructions and being organized in the central administration. Two thirds of the municipalities have set up a cross-sectoral working group for public health, but this in itself does not seem to increase cross-sectoral contact among public health coordinators.

**Conclusion:** The fact that public health coordinators' contact with the municipality's top management and civil society is low may indicate a lack of exchange of knowledge with key persons and decision-makers, as well as a small degree of inclusion of the civil society in the systematic public health work. The public health coordinators cannot run their mission for public health without clear guidelines and time at hand.

**Keywords:** Health-in-all-policies, wicked problems, municipal public health work, public health coordinator, boundary spanners, policy entrepreneur



# Innhold

<b>1.0 Innledning</b>	1
1.1 Folkehelse – definisjon og historisk perspektiv	1
1.1.1 Ottawacharteret	2
1.2 «Health in All Policies»	3
1.3 Folkehelsearbeid i norske kommuner	5
1.3.1 Oversiktsarbeidet	6
1.3.2 Status for folkehelsearbeidet	7
1.4 Behovet for koordinering	8
1.4.1 Folkehelsekoordinator som bindeledd	8
1.4.2 Tidligere undersøkelser på folkehelsekoordinators funksjon og vilkår	9
1.4.3 Folkehelsekoordinators kompetanse	10
1.5 Oppsummering	10
1.5.1 Problemstilling	11
<b>2.0 Teori</b>	12
2.1 Kommuneorganisasjonen	12
2.1.1 Politikk og administrasjon	12
2.1.2 Kommuneorganisasjonen og sivilsamfunnet	13
2.1.3 Sektorprinsippet	14
2.2 Utfordringer i tverrsektorielt samarbeid	15
2.2.1 «Wicked problems»	16
2.3 Boundary Spanners	19
2.3.1 Rollen som «Boundary spanner»	20
2.4 Kingdons flerstrømsmodell og policy-entreprenøren	22
2.4.1 Problemstrømmen, policy-strømmen, politikkstrømmen og mulighetsvinduet	22
2.4.2 Policy-entreprenøren	24
2.5 Folkehelsekoordinator som boundary spanner/policy-entreprenør	26
<b>3.0 Metode</b>	27
3.1 Kvantitativ design	27
3.1.1 Utvikling av spørreskjema og datasamling	28
3.1.2 Utvalg og respons	29
3.1.3 Etske overveielser, samtykke og godkjenninger	30
3.2 Statistikk	31
3.2.1 Avhengig variabel - kontaktmønster	31
3.2.2 Øvrige statistiske analyser	34
<b>4.0 Resultater</b>	37

4.1 Kjennetegn ved utvalget .....	37
4.1.1 Individuelle faktorer .....	37
4.1.2 Organisatoriske forhold og vilje til å satse på folkehelse .....	38
4.2 Kontaktmønster .....	42
4.2.1 Omfang av kontakt .....	42
4.2.2 Hva påvirker kontaktmønsteret? .....	42
4.3 Korrelasjonsanalyse.....	45
<b>5.0 Drøfting</b> .....	50
5.1 <b>Hovedfunn 1:</b> Tverrsektorielt kontaktmønster .....	51
5.1.1 Høy intern administrativ kontakt .....	51
5.1.2 Tverrsektoriell gruppe for folkehelse .....	53
5.1.3 Behovet for koordinering .....	55
5.2 <b>Hovedfunn 2:</b> Viktigheten av organisatoriske forhold og stillingsprosent.....	57
5.2.1 Viktigheten av organisatoriske forhold .....	57
5.2.2 Tid til rådighet avgjørende for grad av kommunikasjon .....	59
5.2.3 Folkehelsekoordinators individuelle faktorer uten betydning .....	60
5.3 Styrker og svakheter.....	63
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	65
<b>Litteratur</b> .....	68
Vedlegg 1 – Samtykke- og spørreskjema.....	71
Vedlegg 2 – Etisk godkjenning NSD .....	89
Vedlegg 3 – Etisk godkjenning FEK .....	92
Vedlegg 4 – Databehandleravtale mellom UiA og Rambøll/SurveyXact .....	93

## 1.0 Innledning

### 1.1 Folkehelse – definisjon og historisk perspektiv

Folkehelse kan beskrives som befolkningens helsetilstand, og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. De mest objektive og allment aksepterte kriteriene for å vurdere folkehelsen er knyttet til tall for dødelighet, sykkelighet og forbruk av trygdeytelser og helsetjenester blant befolkningen (Nylenna, Braut, & Thelle, 2021).

En tidlig beskrivelse av folkehelse, er Winslows forklaring fra 1920. Han forklarte hvordan folkehelse er offentlig anliggende, og at folkehelsearbeidet bør være et ansvar på tvers av styringsnivåer og sektorer i samfunnet (Winslow, 1920). Folkehelse handler altså ikke ene og alene om behandling av sykdom i det vi ser på som klassiske helsetjenester. Folkehelsearbeid er ment som forebygging i form av å identifisere årsaker og faktorer i omgivelsene til smittsomme- og ikke-smittsomme sykdommer (Winslow, 1920). Videre å utvikle og iverksette tiltak knyttet til dette. Winslow (1920) beskrev eksempelvis tiltaksområder som å sørge for tilgang til rent vann og håndtering av søppel for å forbedre levekår og sikre god helse. Altså faktorer som hever seg fra individnivå til et samfunnsnivå. I Norge har selve folkehelsearbeidet tradisjonelt omhandlet tjenester i helse- og omsorgstjenesten, fysisk aktivitet og ernæring, samt andre faktorer som påvirker helsen på individnivå (Hagen, Helgesen, Torp, & Fosse, 2015).

Folkehelse og helse er to ulike begreper det kan være nyttig å redegjøre forskjellen på. WHO definerer helse som «...en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller fysisk svekkelse» (World Health Organization, 2002). Her vektlegges sammenheng mellom fysiske, psykiske og sosiale forhold som bryter med tradisjonell medisinsk sykdomsforståelse. Man kan ifølge WHO (2002) ikke sikre god helse uten å ivareta alle disse aspektene samtidig.

Folkehelsebegrepet omfatter kunnskapen og redskapene for å oppnå bedre helse for alle, og defineres som «... kunsten og kunnskapen om å forebygge sykdom, flere gode leveår og helsefremming gjennom organisert innsats i samfunnet.» (Acheson, 1988). WHO's aktivitet for å styrke folkehelsen omhandler opprettholdelse av *strukturelle betingelser* for at folk skal forbli sunne, for å bedre helse og «well-being», eller

forhindre forverring av deres helse (World Health Organization, 2012). Folkehelsearbeidet bør fokusere på hele spekteret av helse og «well-being», og ikke utelukkende på behandling av sykdom.

#### 1.1.1 Ottawacharteret

Den første internasjonale konferansen på folkehelse var i Ottawa, Canada i 1986. Resultatet av konferansen var Ottawacharteret, som ble et viktig styringssignal for folkehelsearbeid verden over, og er det fortsatt med mål om å oppnå helse for alle innen år 2000 og videre. I ettertid har det blitt utarbeidet en rekke styringssignaler som bygger videre på grunnprinsippene i Ottawacharteret (FN, 2013; Folkehelseloven, 2012; Ståhl, Wismar, Ollila, Lahtinen, & Leppo, 2006; World Health Organization, 2013, 2014). Helsefremmende arbeid forklares i Ottawacharteret som en tilretteleggingsprosess for å gi mennesker økt kontroll til å bedre egen helse (World Health Organization, 1986). Helse skapes og leves av mennesker innenfor hverdagslige rammer der de lærer, jobber, leker og trives (World Health Organization, 1986).

Ottawacharteret tegnet fred, bolig, utdanning, mat, inntekt, stabilt økosystem, bærekraftige ressurser og sosial rettferdighet som forutsetninger for helse og helsefremming (World Health Organization, 1986). Viktige punkter for folkehelsearbeidet var i Ottawacharteret også å bygge sunn offentlig politikk, skape støttende miljøer, samt omorganisering av helsetjenester. Helsefremmende arbeid bør gå utover helsevesenets grenser, og anbefalingen gjennom charteret var at helse blir satt på agendaen for beslutningstakere i alle sektorer og på alle nivåer. Alle sektorer og nivåer skulle gjøres klar over helsekonsekvensene av deres beslutninger, og i tillegg anerkjenne sitt ansvar for helse (World Health Organization, 1986). Med dette kan man si at Ottawacharteret satte helse på agendaen for beslutningstakere i alle sektorer, på alle styringsnivå.

Helsefremmende politikk kombinerer ulike tilnærminger som lovgivning, skattemessige tiltak og organisasjonsendringer. Helsefremmende tiltak krever identifisering av hindringer for å vedta sunn offentlig politikk i ikke-helsesektorer og finne måter å fjerne hindringene på, med mål om å gjøre de sunne valgene til enklere valg også for beslutningstakere (World Health Organization, 1986).

Ottawacharteret initierte en holistisk tilnærming for helsefremming; en «Health-in-All-Policies»-tilnærming for folkehelsearbeidet, der de involverte aktørene bør ha som et ledende prinsipp at beslutningstakere i hver fase av planlegging, implementering og evaluering av helsefremmende tiltak skal være likeverdige parter (World Health Organization, 1986). Forutsetningene og fremtiden for helsefremmende arbeid kan etter Ottawacharteret ikke sikres av helsesektoren alene. Denne typen tiltak krever samordnet handling av alle berørte; regjeringen, helsesektoren og ikke-helsesektorer, frivillige organisasjoner, lokale myndigheter, industri og av media (World Health Organization, 1986). Mennesker i alle samfunnslag er involvert som enkeltindivider, familier og samfunn.

Ifølge Ottawacharteret ligger kjernen til helsefremmende arbeid å gi støtte til lokalsamfunnene (World Health Organization, 1986). Helsefremmende strategier og programmer bør tilpasses de lokale behov og muligheter i hvert enkelt land/region for å ivareta hensyn til ulike sosiale, kulturelle og økonomiske systemer (World Health Organization, 1986). I norsk sammenheng vil det si at kommunenes eierskap og kontroll over «hvor skoen trykker» med hensyn til folkehelse, vil gi et konkret og effektivt grunnlag for å gjøre prioriteringer, ta beslutninger, planlegge strategier og implementere folkehelse tiltak for helsefremming.

## 1.2 «Health in All Policies»

Health-in-All-Policies-tilnærmingen (HiAP) er en horisontal samarbeidsstrategi som er ment for å bidra til helsefremming. Kjernen i HiAP-tilnærmingen er å redegjøre faktorer i samfunnet som kan påvirkes for å fremme helse, som hovedsakelig styres av politiske valg fra andre sektorer enn helsesektoren (Ståhl et al., 2006). Alle sektorer skal tenke «helse i alt vi gjør».

HiAP-tilnærmingen baserer seg på verdier og prinsipper fra Ottawacharteret (1986), der det ble oppfordret til en holistisk tilnærming for helsefremming ved utvikling av helsefremmende politikk og tiltak. Faktorer i samfunnet som påvirker helsen og befolkningens helse blir gjennom HiAP fremstilt som årsakssammenheng (Ståhl et al., 2006). At tilnærmingen går utover helsesektorens grenser, betyr at den skal inkludere alle deler av politikken som bolig, miljø, utdanning, transport, økonomi, skatter og avgifter (Ståhl et al., 2006). Politiske føringer med negative konsekvenser for

befolkningens helse vil være en økonomisk belastning for samfunnet, samt øke belastningen for helsevesenet (Ståhl et al., 2006).

HiAP-tilnærmingen konsentreres mot «de store utfordringene» og i mindre grad mot individuelle programmer eller små prosjekter. Disse retningslinjene kan finnes på alle styringsnivå; overnasjonalt, nasjonalt, regionalt eller lokalt (McQueen, 2012). HiAP-tilnærmingen er vedtatt av ledere og beslutningstakere for å integrere hensynet til helse, «well-being» og rettferdighet når helsefremmende tiltak utvikles, implementeres og evalueres (McQueen, 2012; Ståhl et al., 2006). Denne typen tilnærming krever en ny form for styring på tvers av alle sektorer og mellom styringsnivåene (Adelaide statement, 2010). Utvikling av nye strukturer, prosesser og verktøy utfordrer politiske ledere og ledere i offentlige tjenester til å heve seg over deres egne interesser, vurdere og foreta felles mål og forplikte seg på tvers av sektorer for å nå dem (Greaves & Bialystok, 2011).

#### *Kritikken til «Health-in-All-Policies»-tilnærmingen*

Det er stor enighet om at HiAP-tilnærmingen er «den rette veien å gå», at det gir mening og at tilnærmingen kan bidra til å spare ressurser (Ståhl et al., 2006). Likevel foreligger lite empirisk bevis for utfall av HiAP-prosesser, og da spesielt økonomisk betydning. Samtidig som det finnes forskning på at HiAP-tilnærmingen er en trygg retning for å bedre befolkningens helse, er forskningen av beskrivende karakter som lener seg på antakelser omkring sammenhenger mellom ulikheter og økonomiske krav i helsesystemet (Greaves & Bialystok, 2011). Det mangler ofte økonomiske data eller modeller som vil kunne overbevise «pengestyrte» politikere til å innføre store endringsinitiativer som HiAP-tilnærmingen er (Greaves & Bialystok, 2011).

En annen «hake» ved HiAP-tilnærmingen kan være at den i all hovedsak fungerer for langtidsstrategier, som kan virke ugunstig med tanke på fireårs valgcykluser. Antagelig vises fordelene med HiAP-tilnærmingen og relaterte tiltak på lengre sikt, når beslutningstakere og myndighetene som er ansvarlige for å implementere tiltakene har gått av. Vedvarende forpliktelse over flere mandater kan være nødvendig for å se resultater (Greaves & Bialystok, 2011). Selv om mange politikere og byråkrater er enige i målene for tverrsektoriell samhandling for å forbedre befolkningens helse, kan endringene som kreves for å iverksette det i følge Greaves og Bialystok (2011)

oppleves overveldende. Politikere og beslutningstakere trenger en særskilt drivkraft for å gjennomføre en så stor endring i kombinasjon med lederskap, en visjon og tydelige retningslinjer (Greaves & Bialystok, 2011).

### 1.3 Folkehelsearbeid i norske kommuner

I Norge trådte folkehelseloven i kraft i 2012, hvorpå ansvaret for folkehelse ble tildelt kommunene. Formålet med loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2012). Med dette skal folkehelsearbeidet fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, samt bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen (Folkehelseloven, 2012, §4).

Folkehelseloven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter iverksetter tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte (Folkehelseloven, 2012, §7). Medvirkning skal skje blant annet gjennom samarbeid og deltagelse i planlegging på tvers av sektorer, herunder også samarbeid med frivillig sektor. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid, gjennom en HiAP-tilnærming for utarbeidelse og implementering av folkehelse tiltak, der alle sektorer skal tenke «helse i alt vi gjør» (Folkehelseloven, 2012).

Også gjennom St.meld. 16 – Resept for et sunnere Norge, lanserte norske styresmakter en nasjonal folkehelsestrategi, en partnerskapsmodell basert på vertikal og horisontal integrering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Ambisjonen var å etablere vertikale partnerskap mellom nasjonalt, regionalt og lokalt styringsnivå kombinert med horisontalt partnerskap mellom offentlig sektor, frivillig sektor og andre relevante interessenter innenfor folkehelsearbeidet (Kiland, Kvåle, & Torjesen, 2015). Kiland et al. (2015) oppsummerte to grunnleggende ideer som eksisterer side om side i de nasjonale retningslinjene for folkehelse. Den ene favoriserer sosial og systematisk planlegging mellom aktører og myndigheter som fremgangsmåte for å styre og forbedre befolkningens helse (uttrykt gjennom folkehelseloven og plan- og bygningsloven), som omfavner HiAP-tilnærmingen til all kommunalplanlegging og politikktutforming. Den andre ideen omfatter individets adferd og eget ansvar, gjennom

styrking av folkehelseiltak og empowerment på individnivå (Kiland et al., 2015). Fokuset i denne studien retter seg mot den kommunale planleggingen av folkehelse og utfordringer knyttet til tverrsektorielt samarbeid. Derav vil det videre gjøres rede for retningslinjene fra folkehelseloven og kommunens ansvar i det systematiske folkehelsearbeidet.

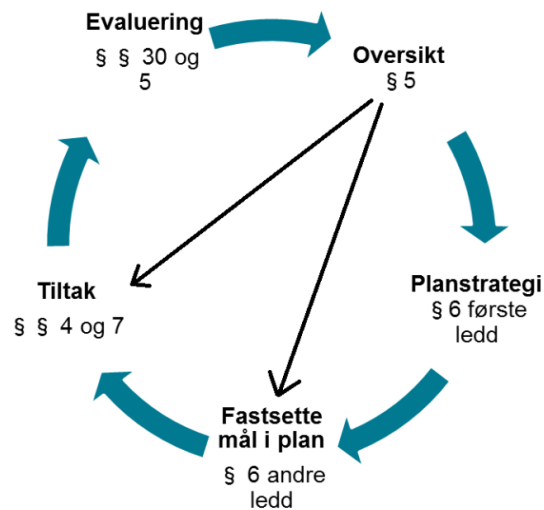
### 1.3.1 Oversiktsarbeidet

Kommunene skal holde løpende oversikt over befolkningens helsetilstand og de positive og negative faktorer som kan påvirke helsen (Folkehelseloven, 2012, §5). I tillegg skal det minst hvert fjerde år utarbeides et skriftlig oversiktsdokument, som blant annet baseres på innhentede opplysninger om befolkningens helsetilstand som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene gjør tilgjengelig (Folkehelseloven, 2012, §5). Oversikten skal også baseres på kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene (jf. Helse- og omsorgstjenesteloven) og kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse (Folkehelseloven, 2012; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Oversiktsarbeidets hensikt er altså å identifisere folkehelseutfordringene i kommunen og vurdere konsekvenser og årsaksforhold, med særlig oppmerksomhet mot trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Et tydeligere fokus på de brede sosiale helsedeterminantene muliggjøres via den nære sammenhengen mellom folkehelseloven (2012) og plan- og bygningsloven (2008). Arbeidsformen og dens tidsperspektiv har grunnlag i en kommunestyreperiode på fire år. Et utarbeidet oversiktsdokumentet skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi (Folkehelseloven, 2012; Plan- og bygningsloven, 2008). En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør ifølge folkehelseloven inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven (2008), §10-1.

Kommunene skal i sitt arbeid med kommuneplaner fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er tilpasset utfordringene som kommunen står overfor ifølge oversiktsdokumentet etter folkehelselovens §5 (Plan- og bygningsloven, 2008). Trinnene i oversiktsarbeidet illustreres i figur 1 (under).





**Figur 1.** Sirkelen illustrerer folkehelselovens intensjon med systematisk folkehelsearbeid. Pilene illustrerer sammenkoblingen mellom folkehelsearbeidet og kommunal/regional planlegging. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid/metode-og-prosess>

### 1.3.2 Status for folkehelsearbeidet

I en baseline-undersøkelse gjort før folkehelseloven trådte i kraft i 2012, oppgav 71% av kommunene å ikke ha utarbeidet oversiktsdokument over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer på bakgrunn av manglende kunnskap om gjennomførelse (Helgesen & Hofstad, 2012). Riksrevisjonens rapport fra 2015, med status angående folkehelsearbeidet i norske kommuner viste at flere av kommunene hadde utarbeidet oversikt. Likevel manglet kommunene kunnskap om hvordan folkehelsearbeidet skulle håndteres, og manglet kunnskap om utarbeidelse av oversiktsdokument (Riksrevisjonen, 2015). Flere styringssignaler har fokusert på standardisert innhenting av data omkring befolkningens helse, og økt kunnskap om det systematiske folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2015). I 2017 oppgav 90% av kommunene å ha utarbeidet oversiktsdokument knyttet til folkehelseutfordringer (Helsedirektoratet, 2018).

#### 1.4 Behovet for koordinering

Folkehelsefeltet har høy grad av ulike interesser blant de involverte sektorer og organisasjoner (Axelsson & Axelsson, 2006). Det er flere ulike organisasjonsordninger som kan brukes for å fremme tverrsektoriell involvering, men tverrsektorielt samarbeid innen folkehelse er hovedsakelig organisert i form av tverrfaglige team, som betyr en struktur der samarbeidsgrupper representerer horisontal involvering av ulike organisasjoner og sektorer i samfunnet (Axelsson & Axelsson, 2006).

Hovedoppgaven for koordinering av samarbeid er ifølge Axelsson og Axelsson (2006) å håndtere barrierer tilknyttet kulturelle forskjeller, verdier, interesser og forpliktelser. Disse barrierene må håndteres i det tverrfaglige teamet og også mellom teamet og samarbeidende organisasjoner. En koordinator må håndtere konflikter i det tverrsektorielle samarbeidet ved å bidra til å finne felles interesser, verdier og mål. Dette uten å skape sosial kapital i gruppen, hvorpå deres opprinnelige forskjeller i interesser, verdier og mål utvaskes (Axelsson & Axelsson, 2006). En tverrsektoriell samarbeidsgruppe for folkehelse er ifølge Axelsson og Axelsson (2006) en skjør og ustabil organisasjonsform som trenger konstant næring for å overleve og kontinuerlig pleie i ledelsen for å opprettholde tillit.

##### 1.4.1 Folkehelsekoordinator som bindeledd

Der HiAP-tilnærmingen tilstreber kontinuitet i samarbeidsprosesser over lengre tid i et sektororganisert miljø og utfordringer med valgperioder, vil en folkehelsekoordinator kunne holde tak i det løpende folkehelsearbeidet. Dette gjennom å fungere som bindeledd og koordinator for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

Opprettelse av folkehelsekoordinator i kommunene ble først anbefalt i St.meld. nr. 16 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). En koordinator for folkehelse er ment til å bidra til stimulering av lokalt engasjement, gi drahjelp til lokale aktiviteter og tverrsektorielt arbeid samt koordinere ulike aktørers innsats. Det anbefales at folkehelsekoordinatoren er organisert i sentraladministrasjonen nært kommunedirektøren, for å sikre god tverrsektoriell involvering i politisk agendasetting, inkludert kommuneplanlegging (Hagen et al., 2015; Hagen, Øvergård, Helgesen, Fosse, & Torp, 2018; Helgesen & Hofstad, 2012). For å sikre god tverrsektoriell

involvering, er også nevnt samarbeid med frivillig sektor og/eller personer av interesse, så vel som politikere og ulike sektorer i de ulike styringsnivåene.

#### 1.4.2 Tidligere undersøkelser på folkehelsekoordinators funksjon og vilkår

En tverrsnittstudie gjort av Hagen et.al i 2015, viste at mer enn 3/4 av de norske kommunene hadde ansatt folkehelsekoordinator like før folkehelseloven trådte i kraft i 2012 (Helgesen og Hofstad, 2012). Organisatorisk forankring til folkehelsekoordinator kombinertes enten med administrasjon eller brukerrettede stillinger innen helse i form av frisklivsarbeid, helsestasjon, fysisk aktivitet, habilitering og rehabilitering (Helgesen & Hofstad, 2012). Hagen et al. (2015) fant at folkehelsekoordinator som var posisjonert nærmere kommunedirektøren i større grad hadde etablert tverrsektorielt samarbeid i folkehelsearbeidet. Flere kommuner hadde før folkehelseloven trådte i kraft en folkehelsekoordinator, men de var ansatt i små stillingsandeler. Nesten 40% av kommunene hadde i 2012 avsatt en 10-20% stilling for folkehelsekoordinator. Flere små enn store kommuner hadde før folkehelseloven trådte i kraft ansatt folkehelsekoordinator, men de små kommunene hadde også de laveste stillingsprosentene (Helgesen & Hofstad, 2012). Før kommunereformen i 2020, var 225 kommuner regnet som mikro- eller småkommuner med mindre enn 5000 innbyggere (Vinsland, 2016).

Hagen et al. (2018) argumenterte for at det at folkehelsekoordinatorer ofte er ansatt i små stillinger, gjør det utfordrende å legge til rette for samarbeid, koordinering, planlegging og utvikling av folkehelse tiltak. Dette kan sees på som et tilfelle av implementeringsfeil, i den forstand at hvis folkehelsekoordinatorens var ansatt i en heltidsstilling i sentraladministrasjonen, ville folkehelsekoordinator være et vellykket verktøy for HiAP-tilnærmingen og utjevning av sosiale helseforskjeller i kommunene (Holt, 2018).

#### 1.4.3 Folkehelsekoordinators kompetanse

Selv om norske folkehelsekoordinatorers kompetanse ikke tidligere er kartlagt, har flere forskere argumentert for, og rapporter vist at folkehelsemiljøet ikke har en god nok forståelse av politiske prosesser og kan mangle nødvendige ferdigheter og kunnskap omkring gjennomførelse av folkehelsearbeidet/oversiktsarbeidet (Hagen et al., 2015; Helgesen & Hofstad, 2012; Holt, 2018; Riksrevisjonen, 2015). Holt (2018) stilte spørsmål til om folkehelsekoordinatorene har kompetanse og ferdigheter som kreves for å fungere som bindeledd mellom kommunesektorene, ettersom kompetansen til å påta seg rollen som en tverrsektoriell koordinator er ulik tradisjonell folkehelsekompetanse (Holt, 2018). Hun argumenterte også for at plassering av folkehelsekoordinator i sentraladministrasjonen nært kommunedirektøren alene ikke nødvendigvis gir den institusjonelle makten som trengs for å påvirke politisk agendasetting. Det kom frem i studien at organisasjoner som ansatte folkehelsekoordinator i sentrale enheter ikke styrket sin koordinerings- og tilsynsrolle eller gav dem myndighet til å endre politikk og praksis på tvers av de ulike porteføljene til lokale myndigheter som antatt (Holt, 2018).

#### 1.5 Oppsummering

Gjennom flere offentlige styringssignaler er anbefalt fremgangsmåte for folkehelsearbeidet en «Healt-in-All-Policies»-tilnærming. Dette for og på best mulig måte kunne takle komplekse og sammensatte folkehelseutfordringer, der helsedeterminantene strekker seg over flere sektorer.

Retningslinjer for folkehelsearbeidet, legger til grunn at alle sektorer skal involveres i utforming av folkehelsepolitikk og -tiltak, der politikere (toppleidelse), administrasjonen og sivilsamfunnet er inkludert. Helse- og omsorgsdepartementet (2003) anbefaler ansettelse av en folkehelsekoordinator som «lim» i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Forskere argumenterer for at koordinering av tverrsektorielt samarbeid er avgjørende for at disse prosessene skal lykkes. Dette på bakgrunn av at en koordinator kan legge til rette for å finne felles interesser, verdier og mål (Axelsson & Axelsson, 2006).

Til tross for et økende fokus på folkehelsekoordinators forutsetninger og arbeidsforhold, er deres kontakt med kommunens toppledelse, administrasjon og sivilsamfunn ikke tidligere blitt kartlagt. Ønsket gjennom denne studien er å undersøke hva som preger folkehelsekoordinatorenes kontaktmønster og avdekke faktorer som bidrar til økt tverrsektoriell kontakt. Dette i forsøk på å belyse i hvilken grad folkehelsekoordinatorer kommuniserer med ulike aktører på tvers av sektorgrenser og hva som bør ligge til grunn for at tverrsektoriell involvering kan skje. Antakelsen er at folkehelsekoordinator bør ha gode tverrsektorielle forbindelser for å få gjennomslag i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

#### 1.5.1 Problemstilling

Hva preger folkehelsekoordinators kontakt med kommunens toppledelse, øvrig administrasjon og sivilsamfunn, og hvilke forhold påvirker dette kontaktmønsteret?

## 2.0 Teori

Teoriens funksjon er å bidra til å forme forskningens retning og typen spørsmål som stilles (Creswell, 2014). Gjennom problemstillingen er ønsket å undersøke hva som preger folkehelsekoordinatorers kontaktmønster, og faktorer av betydning for økt tverrsektoriell kontakt. Dette med hensyn på individuelle faktorer, organisatoriske forhold og kommuneorganisasjonens vilje til å satse på folkehelse. Altså hvilke faktorer som bør ligge til grunn for at en folkehelsekoordinator på best mulig måte kan bidra til en bedre «Health-in-All-Policies»-tilnærming. Folkehelsekoordinator er del av administrasjonen i norske kommuner, og kan være organisert i ulike sektorer og ha ulike stillingsforhold. I tillegg er folkehelsekoordinatorer enkeltindivider med ulike forutsetninger med hensyn på eksempelvis alder, utdanning og erfaring. Alle med samme tiltenkte oppgave; å være «limet» i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

I det teoretiske rammeverket vil jeg gjøre rede for strukturen i norske kommuner og eventuelle utfordringer knyttet til arbeidet med folkehelseutfordringer. Dette i forsøk å beskrive konteksten en folkehelsekoordinator befinner seg i. For å undersøke faktorene som kobles til folkehelsekoordinators tverrsektorielle relasjoner, vil det være behov for teori som beskriver menneskelig atferd.

### 2.1 Kommuneorganisasjonen

Det er gjort kjent at kommunene skal involvere alle sektorer i det systematiske folkehelsearbeidet, og det skal ikke utelukkende være et ansvar for helsesektoren alene (World Health Organization, 1986; Folkehelseloven, 2012). For å forstå kompleksiteten av det tverrsektorielle samarbeidet, kan det være nyttig å belyse ansvarsfordeling, samarbeidsgrunnlag og sektorprinsippet i norske kommuner.

#### 2.1.1 Politikk og administrasjon

Kommunedirektøren er kommunens øverste administrative leder, er politisk uavhengig og er ansatt av kommunestyret (Kommuneloven, 1992, § 13-1). Kommunedirektøren skal sørge for at saker som fremlegges for folkevalgte organer er forsvarlig utredet, og

skal påse at vedtak som treffes av kommunestyret blir iverksatt og er dermed også ansvarlig for folkehelsen i kommunen.

Formelt sett står politikerne for den overordnede styringen i kommunene. Det vil si at alle viktige vedtak skal gjøres av folkevalgte i kommunestyret, og de skal utvikle mål og strategier for den kommunale virksomheten (Kommuneloven, 1992; Rønhovde, 2016). Det kan sies at politikerne utgjør det strategiske nivået i kommunene, mens administrasjonen og de som arbeider i operativ virksomhet skal bidra med å realisere strategiene (Rønhovde, 2016). I denne studien vil politikere, ordfører og rådmann videre defineres som «toppleidelse».

Administrativ rådgivning overfor toppleidelsen har økt i betydning over tid (Christensen, Egeberg, Lægreid, & Aars, 2014). Folkevalgte holdes ansvarlige for kommunens tjenester, og er avhengig av administrasjonens arbeidsinnsats og fagkompetanse. Mellom de to ytterpunktene politikk og administrasjon finner man politikuttforming og organisasjonsutforming. I politikuttforming spiller både politikere og administrasjonen en rolle, men politikerne har den avgjørende rollen (Baldersheim et al., 2021). I organisasjonsutforming, spiller administrasjonen hovedrollen, men det er legitimt for politikere å mene noe i disse prosessene.

#### 2.1.2 Kommuneorganisasjonen og sivilsamfunnet

Enkeltaktører, som foretak og personer, kan påvirke utforming av politikken i forvaltningen gjennom interesseorganisasjoner og media. Voksne personer kan bruke valgkanalen i tillegg til organisasjonskanalen og mediekanalen (Christensen et al., 2014). Enkeltaktører og kollektive aktører kan samhandle med forvaltningen ved utforming og iverksetting av politikk, og de kan i ulik grad og på ulik måte bli berørt av de oppgavene som forvaltningen utfører. Kontakten mellom folket og forvaltningen er i all hovedsak indirekte (Christensen et al., 2014). I forbindelse med utforming av politikken blir det i tillegg til valgkanalen ofte vist til andre kanaler mellom folket og forvaltningen som organisasjonskanalen, aksjonskanalen og mediekanalen (Christensen et al., 2014). Organisasjoner kan også delta på bakgrunn av faglig kunnskap som er relevant for forvaltningen.

Medvirkning fra mediene er særlig begrunnet ut fra offentlighetsverdier. Journalister har særlig benyttet retten til innsyn i saksforberedelser som offentlighetsloven gir.

Medienes rolle har tradisjonelt vært forbundet med muligheten til å sette saker på dagsorden. Journalister kan på eget initiativ, eller etter henvendelser fra andre fremme saker i den offentlige debatten og påvirke hvordan sakene blir definert (Christensen et al., 2014).

Borgerrollen har tradisjonelt vært knyttet til påvirkning av utforming av politikk gjennom valgkanalen, men kan også knyttes til deltakelse i den offentlige debatten. Brukerundersøkelser kan bidra til å fange opp hvordan de som blir berørt av det forvaltningen gjør er fornøyd med utformingen av oppgavene og tjenesteproduksjonen. Dette gir brukere og klienter en direkte kanal for interessehevding tilbake til offentlige myndigheter i tillegg til en mer indirekte valgkanal (Christensen et al., 2014).

### 2.1.3 Sektorprinsippet

Sektorprinsippet deler saker etter formåls- eller sektorområder som samferdsel, forsvar, helse og ulike næringsveier. Denne typen spesialisering antas å fremme sektorbaserte virkelighetsmodeller blant de forvaltningsansatte, og standardisering av offentlige tiltak på tvers av regioner/grenser (Christensen et al., 2014).

Norske kommuner kan etter kommuneloven (1992) selv velge styringsmodell – formannskapsmodellen eller kommunal parlamentarisme. Den vanligste organiseringen i kommunene er formannskapsmodellen. Utformingen av modellen varierer kommunene imellom, men skal etter kommuneloven (1992) bestå av kommunestyre, ordfører og kommunedirektør med sentraladministrasjon. Under disse er sektororganiserte utvalg som teknisk utvalg, helse- og sosialutvalg, kulturutvalg, oppvekst/skole, samfunnsutvalg som alle innehar folkevalgte representanter (Kommuneloven, 1992). Norske kommuner fastholder en eller annen form for sektororganisering også administrativt (Rønhovde, 2016).

#### *Siloorganisering*

Sektorprinsippet underkommuniserer eventuelle territorielle spenninger (Christensen et al., 2014). Disse såkalte «siloene» har ikke bare sine egne mål, men også deres egne kulturer og budsjetter, og jobber ikke nødvendigvis sammen. Det trengs i følge Greaves og Bialystok (2011) et paradigmeskifte i folkehelsearbeidet fra «silo»-tenkning



til «joined-up government», der oppgaven med å balansere budsjetter i ulike sektorer må endres til å bli sett på som ett samlet budsjett. Tradisjonelt anser ikke «ikke-helse-sektorer» som er ansvarlig for budsjetter og leveranser helsefremming som deres jobb (Ståhl et.al., 2006; Greaves & Bialystok, 2011). Det har dog ved innføring av HiAP-tilnærmingen blitt et kjerneelement i folkehelsen å overskride siloene i ulike politiske sektorer ved hjelp av styringsstrukturer som øker tverrsektorielt samarbeid og integrering av helseproblemer på tvers av sektorer (Holt, Rod, Waldorff, & Tjørnhøj-Thomsen, 2018). Selv om det er gjort forsøk på å bryte ned eksistensen av silo-organiseringen, erkjenner politiske aktører at disse siloene eksisterer med god grunn, ettersom de gjør det mulig for myndighetene å bryte ned kompleksiteten i befolkningens liv, og dermed forenkle styringsoppgaven (Holt et al., 2018).

## 2.2 Utfordringer i tverrsektorielt samarbeid

Norske kommuner står overfor flere dilemmaer i folkehelsearbeidet, noe som gjenspeiles av en kompleks og flerdimensjonal planleggingspraksis (Synnevåg, Amdam, & Fosse, 2018). De utfordrende situasjonene som oppleves i kommunene kan forklares med vanskeligheten av å kombinere instrumentelle og kommunikasjonsmessige tilnærminger (Synnevåg et al., 2018). På den ene siden fremmer kommunene bruken av kvantitativ ekspertkunnskap sammen med strukturer, rutiner og krav som mer instrumentelt definerer hvordan man skal gå frem og forstå planlegging for folkehelsen (Synnevåg et al., 2018). På den andre siden fremmes kvalitativ erfaringsbasert kunnskap, som skapes gjennom kollektive prosesser bestående av dialog og deltakelse, og som krever ferdigheter for implementering. Å håndtere denne balansen er spesielt utfordrende for kommunene når de opererer i sektorer som favoriserer målstyring og økonomisk effektivitet, og sliter med å akseptere og legge til rette for kommunikasjon på tvers av sektorer (Synnevåg et al., 2018).

Selv om kommunale planer, rutiner og systemer er etablert for overføring fra kunnskap til handling, følger ikke disse strukturene nødvendigvis kommunal praksis (Synnevåg et al., 2018). Informantene i Synnevåg et.al. (2018) sin studie uttalte at det i virkeligheten er budsjetter, målstyring og KOSTRA-tall (et kommune- /statlig

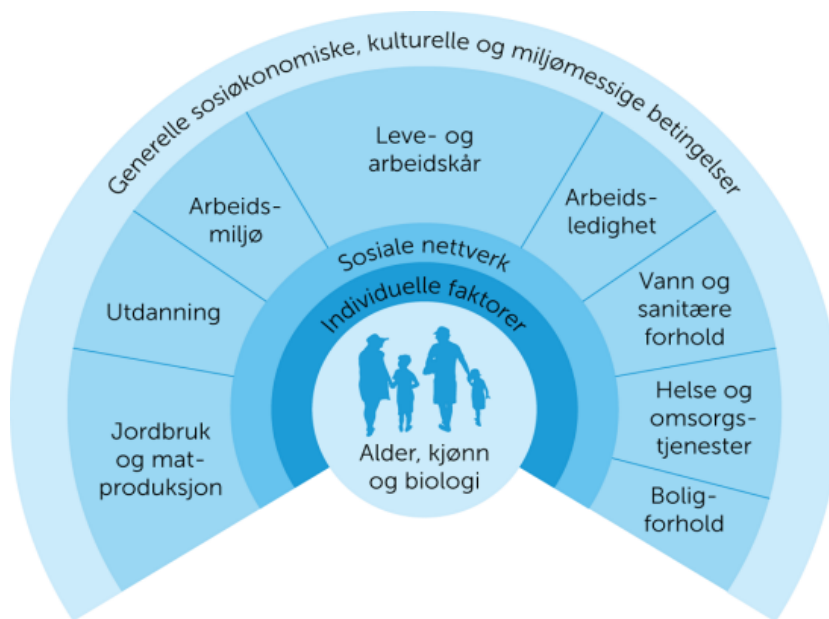
rapporteringsystem for kvantitativ informasjon om kommunal virksomhet) som styrer, snarere enn konkrete målsettinger og visjoner. Noen informanter i studien gav uttrykk for at folkehelseutfordringer var tydelige i planstrategien, og at kommunen ikke styres av denne, men av tall. Derav er det som står skrevet om folkehelse ikke av stor betydning (Synnevåg et al., 2018). Videre stilte informantene spørsmål til om det var noe poeng i å integrere folkehelsepolitikken i de overordnede plandokumentene når de ikke er «ekte» styringsmål. Andre informanter i undersøkelsen hevdet at instrumentelle prosedyrer for ledelse (f.eks. KOSTRA, styring av mål og budsjetter) er uforenelige med noen av kjennetegnene ved folkehelsen. Det kan være vanskelig å integrere folkehelseutfordringer i den kommunale økonomiske planen grunnet nødvendig tidsperspektiv for folkehelse tiltak (resultater sees gjerne etter flere år), kvalitative indikatorer basert på verdier og ideologi, og mangel på tall eller logikk (Synnevåg et al., 2018).

De fleste av disse strukturelle hindrene innenfor tverrsektorielt samarbeid er knyttet til ulike administrative grenser, forskjellige lover, regler og forskrifter og ulike budsjetter (Axelsson & Axelsson, 2006). Det er også barrierer relatert til varierende engasjement fra enkeltpersoner og organisasjoner som er involvert. Det er dog forskjellene i verdier og kulturer som er de vanskeligste barrierene for integrering (Axelsson & Axelsson, 2006).

### 2.2.1 «Wicked problems»

For å belyse kompleksiteten av arbeidet med folkehelseutfordringer, kan det være nyttig å gjøre rede for problemstillinger som omfatter flere sektorer og organisasjoner. Folkehelseutfordringer er gjerne sammensatte, og uten en konkret løsning. Folkehelsen påvirkes av samfunnet vi lever i, og det er ikke slik at den samlede folkehelsesituasjonen i kommunen, fylket eller i landet kun er summen av individuelle valg og genetiske forutsetninger (Helsedirektoratet, 2013). Det er store geografiske forskjeller i helse og betydelige sosiale helseforskjeller. Samfunnsmessige forhold er med på å skape disse forskjellene som kan påvirkes gjennom planlegging, forvaltning og tiltak (Helsedirektoratet, 2013; Ståhl et al., 2006). Når man skal forklare eller vurdere utfordringer og tiltaksområder innenfor folkehelsearbeidet, henvises det ofte til påvirkningsfaktorer eller helsedeterminanter; altså de samfunnsmessige faktorer som påvirker befolkningens helse (Ståhl et al., 2006). Figur 2 viser Dahlgren & Whitehead

(1991) sin modell som setter sosiale helsedeterminanter i system, fra determinanter som ikke kan påvirkes (biologi, alder, kjønn) innerst i viften, til determinanter som *kan* påvirkes (individuelle livsstilsfaktorer, sosiale nettverk og generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige forhold) (Dahlgren & Whitehead, 1991). Figuren illustrerer at det må arbeides på flere nivåer og i flere sektorer for å forebygge sykdom og fremme helse.



Figur 2: Dahlgren & Whitehead (1991). Viftemodell med helsedeterminanter. Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/folkehelse/verktoykasse-for-strategisk-folkehelsearbeid/oversiktsarbeid/>

Kritikken til Dahlgren og Whiteheads modell er at den undergraver politikk som helsedeterminant. Helse er ifølge Kickbusch (2015) et politisk valg og politikk bør derfor anses som en påvirkningsfaktor, fordi determinantene som påvirker befolkningens helse også er politisk anliggende. Det å se på politikk som determinant for helse, er å analysere hvordan ulike maktkonstellasjoner, institusjoner, prosesser, interesser og ideologiske posisjoner påvirker helsen i forskjellige politiske systemer og kulturer på ulike styringsnivåer (Kickbusch, 2015; Martyn, 2004).

En betegnelse på sammensatte utfordringer er «wicked problems» (samfunnsfloker). Samfunnsfloker er i litteraturen beskrevet som komplekse, uforutsigbare, har en åpen slutt, er ubehagelige samt vanskelige å forstå (Head & Alford, 2015; Rittel & Webber, 1973). Folkehelseutfordringer kan være typiske samfunnsfloker. Dette fordi faktorene som påvirker befolkningens helse ofte er vanskelige å måle, og fordi folkehelseutfordringer med følgende tiltak omfatter prosesser med flere interessenter i

ulike sektorer. Beslutningstakere søker ikke en spesifikk løsning på samfunnsfloker, men jobber kontinuerlig for å håndtere dem (Head & Alford, 2015).

Head og Alford (2015) argumenterer for at samfunnsfloker krever nye typer politiske tiltak, samt at nye tilnærminger er nødvendig for å håndtere grunnleggende aspekter av utfordringer som er komplekse og pluralistiske (flere interesser og verdier fra ulike interessenter). Head og Alford (2015) forklarte at det foreligger kommunikasjonsmessige, politiske og institusjonelle utfordringer i å skape en mer samlet forståelse rundt samfunnsfloker. Det er ifølge Head og Alford (2015) viktig å håndtere samfunnsfloker ved hjelp av ustandardiserte prosesser og nettverksstyring, ettersom disse samfunnsflokene utviser høyere nivå av usikkerhet og interessekonflikter. Interesser fra ulike sektorer må samsvares for å identifisere/definere problemer og vurdere passende tiltak (Head & Alford, 2015).

Når antall aktører, grupper og organisasjonsenheter som er involvert i et «wicked problem» øker, blir behovet for ledelse/ledelsesprosesser av høy kvalitet avgjørende for å løse problemet (Head & Alford, 2015). En utfordring for ledere i offentlig sektor kan være å etablere forhold der fortløpende/foreløpige løsninger kan diskuteres og avgjøres. Tradisjonelle hierarkiske forvaltningsformer har tendens til å påvirke arbeidet med samfunnsfloker negativt. Det kreves at offentlige aktører utvikler nye måter å tenke, lede, administrere og organisere på som erkjenner kompleksiteten i problemene og prosessene (Head & Alford, 2015). Samarbeid er ikke alltid det første eller det beste alternativet blant mulige svar på «wickedness», fordi samarbeid alene ikke nødvendigvis belyser alle aspekter av samfunnsflokene. Å lede ulike interessenter i en organisasjon til å påta seg samarbeidsoppgaver, krever ifølge Head og Alford (2015) spesielle lederevner. Lederen bør oppmuntre og utfordre til å delta i HiAP-prosessen, og bør gi dem omstendigheter de kan trives i.

Head og Alford (2015) påpekte også viktighet av å kunne tilpasse, tilrettelegge og dele kunnskap mellom ulike interessenter eller sektorer for å takle samfunnsfloker. Tilpasningsevne og smidighet er stadig viktigere trekk ved statlig ledelse sammen med evne til å samarbeide med interessenter for å finne nye tilnærminger. Samarbeid sees på som et viktig aspekt av ledelse, og ledelse som en nødvendig drivkraft for samarbeid (Head og Alford, 2015). Noen av ferdighetene som ofte er referert til som

lederskap er å lese mennesker, tenke stort, kommunisere, påvirke, bygge tillit og overtale (Williams, 2002).

### 2.3 Boundary Spanners

Denne studiens teoretiske utgangspunkt vil være å se folkehelsekoordinator som en mulig «boundary spanner» (endringsagent) i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Teorien om boundary spanners ble i utgangspunktet utviklet for private selskap, med intensjon om å «vinne markedet» som selger. Begrepet «boundary spanner» er brukt for å beskrive mellomledere (individer) i en organisasjon som har som oppgave å knytte bånd mellom organisasjonens interne nettverk til eksterne informasjonskilder (Tushman, 1977).

Denne beskrivelsen av endringsagenten er ikke nok til å reflektere realiteten av nåtidens interne organisasjonsmessige og tverrsektorielle miljøer, hvor motivasjonen ikke kun konsentreres omkring å administrere skillet mellom en organisasjon og dens omgivelser, men aktivt involverer former for samarbeid med utenforstående interessenter (Williams, 2013). Dette vises gjennom stor vekst av ulike samarbeidsforhold for å håndtere komplekse utfordringer i alle områder av offentlig politikk, eksempelvis kriminalitetsforebygging, helse og sosial, barn og oppvekst, fattigdomsproblematikk og endringer i økonomi (Williams, 2013). Tilknyttet denne typen samarbeidsområder, er endringsagenter ansatt for å koordinere prosessene. Utvikling av spesialiserte endringsagentroller, er en måte å takle vanskeligheter med tverrsektoriell kommunikasjon på (Tushman, 1977).

Det kreves en kontinuerlig innsats for å forhandle med- og forene ulike interesser, og det kreves kontinuitet og utvikling av forståelige og alternative sammensetninger som gjør det mulig å løsrive seg følelsesmessig fra «gammel», men også velfungerende praksis (Hsiao, Tsai, & Lee, 2012; Roberts & Beamish, 2017). Boundary spanning er tidkrevende, og er ofte bare anerkjent etter at resultat har blitt realisert (Roberts & Beamish, 2017). Boundary spanning innebærer opprinnelig å koble eksterne og interne grupper, men har etter hvert blitt utdypet som å ta del i/gripe inn i prosesser for å drive mekling, bygge kompetanse og formidle meninger på tvers av sektorgrenser (Barner-Rasmussen, Ehrnrooth, Koveshnikov, & Mäkelä, 2014).

### 2.3.1 Rollen som «Boundary spanner»

Williams (2002) refererer til endringsagenten som kommunikator og tolk, som oversatt til folkehelsearbeid innebærer å ha evne til å oversette folkehelseutfordringer til aktuelle tverrsektorielle utfordringer med empati og respekt for de forskjellige kulturer, ulike motivasjoner, syn og praksis i et vidt spekter av fagpersoner, organisasjoner og sektorer. Med hensyn til folkehelsearbeid i norske kommuner, kan det være naturlig å se til folkehelsekoordinator som en potensiell endringsagent i HiAP-prosessene.

Ettersom organisasjoner vokser seg større, inndeles i egne grupper/sektorer som igjen utvikler egne mål, spesialisering og tidsrammer, minsker kontakten med resten av organisasjonen (Kingdon, 2003; Tushman, 1977). I så måte vil en endringsagent være sentral i oppgaven med å opprettholde god informasjonsflyt på tvers av interne og eksterne grenser. Evnen til å på en god måte forhandle løsninger eller avtaler mellom flere ulike parter er viktig (Williams, 2002). Dette krever kunnskap innen påvirkning og forhandling, men også opparbeidet legitimitet til å handle objektivt og åpent for andre; altså bør en endringsagent være en ærlig mekler (Williams, 2002). Individuer som fyller rollen som endringsagent bør ha evne til å bryte ned informasjon, og arbeide som mekler mellom ulike arbeidsgrupper og eksterne interessenter. Ifølge Tushman (1977), har organisasjoner vært avhengige av endringsagenter for å ivareta kunnskapsstrømmer og for å kunne innhente, bearbeide og spre kunnskap. Boundary spanners innehar en kraftfull rolle som mellommann, som er i stand til å filtrere, navigere, forenkle og kanalisere flyten av informasjon som strekker seg over flere kommunikasjonsbarrierer (Williams, 2013).

#### *Personlige egenskaper*

Boundary spanners karakteriseres ved deres evne til å engasjere seg i andre og vise effektiv, rasjonell og mellommenneskelig kompetanse (Williams, 2002). Dette motivert av et behov for å oppnå forståelse av mennesker og organisasjoner utenfor deres interne kretser, anerkjenne og verdsette ulikheter med hensyn på kultur, tankesett, profesjon, rolle og synsvinkel (Williams, 2002). Boundary spanners kan sees på som «kulturmejlere» som er i behov av å forstå andres organisering, og å gjøre en reell innsats for å få empati med og respekt for andres verdier og perspektiver (Williams, 2002).

I litteraturen finnes utallige referanser til ønskelige personlighets- og karakteristiske trekk ved boundary spanners; det antydes at de blant annet bør være personlige, ærlige, respektfulle, lidenskapelige, pålitelige, tolerante, diplomatiske, omsorgsfulle og engasjerte, konsekvent; en umulig pakke av egenskaper (Williams, 2002; Williams, 2013). Personlige egenskaper er vanskelig målbare, og derav vanskelig å sette i system og gjøre meningsfulle data utav i en kvantitativ sammenheng.

#### *Kommunikasjon*

Noe vi derimot til en viss grad kan undersøke i en kvantitativ tilnærming er retning og grad av kommunikasjon. Entreprenørdelen av boundary spanner-rollen fokuserer på viktigheten av å utvikle nye løsninger til komplekse problemer gjennom kreativitet, nyskapning og evnen til å se muligheter (Williams, 2013). Dette er ikke bare en teknisk rolle som knyttes til ideer og ressurser, men en personlig og politisk rolle, som involverer å bygge relasjoner, og mekling av avtaler på tvers av ulike interesser. Det er en katalysatorrolle som sikrer effektiv kobling av problemer, tiltak og politikk. Dette inkluderer problemløsning, «whole-system-thinking», kommunikasjon, å ta sjanser og administrere meninger (Williams, 2013). En boundary spanner som tolk og kommunikator innebærer en forståelse av forskjellige kulturer, motivasjoner og syn og praksis fra et bredt spekter av fagpersoner, organisasjoner og sektorer som deltar i samarbeidsmiljøer. De kontakter-, holder kontakten med- og samarbeider med enkeltpersoner som representerer forskjellige og noen ganger skiftende interesser. En boundary spanner-rolle innebærer å ha evne til å skape og opprettholde effektive mellommenneskelige forhold gjennom tillit, evne til å kommunisere, lytte, empati, mekling, skape enighet og konfliktløsning (Williams, 2013).

## 2.4 Kingdons flerstrømsmodell og policy-entreprenøren

Kingdon (2003) argumenterer for at strukturen i amerikanske politiske institusjoner, fremmer fragmentering og splittelse i den nasjonale styringen. Han mente at dette i større grad forekommer i USA, men kan sees også i andre land. Han argumenterte for at dersom saker skal bli satt på politisk agenda, må tre ulike strømmer møtes; problemstrømmen (et problem identifiseres), policy-strømmen (løsningsprosess) og politikkstrømmen (politisk vilje). Dersom man ikke har skissert en løsning, vil det være nærmest umulig å generere politisk oppmerksomhet omkring et problem (Kingdon, 2003). For å koordinere disse strømmene, er det i følge Kingdon (2003) grunnleggende viktig å ha en policy-entreprenør involvert. For å bedre forklare funksjonen til policy-entreprenøren, vil jeg innledningsvis gjøre rede for elementene i flerstrømsmodellen i korte trekk.

### 2.4.1 Problemstrømmen, policy-strømmen, politikkstrømmen og mulighetsvinduet

I problemstrømmen anerkjennes at et problem foreligger. Eksempelvis i forbindelse med kritiske situasjoner, eller andre utfordringer som myndighetene eller befolkningen ønsker å gjøre noe med. Definisjonen av et problem avhenger av hvem som ser, og det at en utfordring skal anses som et politisk problem avhenger av hvordan politikere oppfatter tilstanden. Kingdon (2003) presenterer tre måter et problem kan reise oppmerksomhet: 1) ved å observere indikatorer og endringer i statistikk, 2) ved viktige hendelser eller kritiske situasjoner, 3) gjennom tilbakemeldinger på tidligere iverksatte politiske vedtak. De ulike måtene vil sjeldent alene være nok til å skape oppmerksomhet omkring et problem. For å belyse et problem eller skape endring, mener Kingdon (2003) at det er elementært å ha en løsning klar dersom man vil at det skal nå den politiske agendaen.

Det er i følge Kingdon (2003) større sjanse for at et problem når politisk agenda dersom det er utarbeidet løsningsforslag før problemet bringes på banen for beslutningstakere (politikere). I policy-strømmen analyseres aktuelle problemer blant andre mellom fagpersoner, politikere og forskere. Utvikling av ideer og løsningsforslag er en prosess som gjennomføres av spesialister og faggrupper innen et politisk område, til enhver tid, mens man venter på rett tidspunkt for å distribuere ideen. I denne fasen kan også tverrsektorielle grupper dannes for å finne løsninger som passer for flere. Forslagene sendes til høring, skrives artikler om og blir fremstilt som lovforslag. For at



løsningsforslagene skal være aktuelle bør det ligge til grunn at de er politisk gjennomførbare, forenelig med regjerende verdier og at det har et akseptabelt kostnadsnivå (Kingdon, 2003).

Politikkstrømmen lever sitt eget liv utenfor problem- og policy-strømmen, med en egen dynamikk og sett med regler. Den påvirkes av svingninger i befolkningens stemning, valgresultater, endringer i administrasjonen og press fra interesseorganisasjoner (Kingdon, 2003). Politikerne vurderer signaler fra befolkningen til enhver tid gjennom møter med lokalsamfunn, kommunikasjon med befolkningen generelt, oppslag i media, lobbyvirksomhet etc. Dette omhandler dog ikke hvordan den faktisk nasjonale stemningen er rent objektivt, men hvordan politikerne oppfatter den (Kingdon, 2003).

Politikkstrømmen har agendasettende egenskap, og består i stor grad av politisk aktivitet. Den nasjonale politiske stemningen kan påvirke politikernes handlinger og holdninger, og dermed sørge for at noen temaer løftes, mens andre forkastes eller glemmes. De nasjonale holdningene vil også påvirke de lokale holdningene, og dermed styre hvilke ideer som etter hvert utvikles. Trender er vanskelige å påvirke, likevel kan man med målrettede og organiserte kampanjer prøve å føre sin sak i en bestemt retning (Kingdon, 2003).

Valgsyklus eller endringer i administrasjonen kan bidra til at gjeldende saker blir nedprioritert, mens nye saker kan komme på agendaen. Folkehelsearbeidet som ønskelig er del av en HiAP-prosess, bør gå over flere år og kan derfor svekkes ved politiske eller administrative endringer nasjonalt og også lokalt (Greaves og Bialystok, 2011). På lokalt nivå, vil kanskje ikke politisk retning i valgt kommunestyre ha stor betydning for prioritering/retning av politiske saker, slik som på nasjonalt nivå, men kanskje heller styres av økonomisk tilgang (Synnevåg et.al., 2018).

Der disse tre uavhengige «strømmene» møtes og kan slås sammen, kaller Kingdon (2003) «the policy window» (mulighetsvinduet). Et problem blir anerkjent, en eller flere potensielle løsninger er utviklet og tilgjengelig i politikkfelleskapet, en politisk endring eller hendelse gjør det til riktig tid for politikkendring og potensielle begrensninger er små (Kingdon, 2003).

#### 2.4.2 Policy-entreprenøren

For at prosessene i flerstrømsmodellen skal fungere, er det i følge Kingdon (2003) elementært at det finnes en policy-entreprenør ( gjerne flere) ulike steder underveis i prosessen. En policy-entreprenør identifiserer og kobler problemer og løsninger i flerstrømsmodellen. Dersom en løsning er knyttet til et fremtredende problem, vil policy-entreprenøren også prøve å verve politiske allierte, og igjen bringe sammen de tre strømmene. Uten en policy-entreprenør, vil gjerne strømmene forbli splittet. Gode ideer vil utebli ved mangel av talspersoner, problemer forblir ubehandlet ved mangel på løsninger, politiske hendelser blir ikke finansiert på grunn av mangel på oppfinnsomme og velutviklede forslag.

Hvem denne entreprenøren er kan endres fra tid til annet, alt etter behov. Kingdon (2003) beskriver policy entreprenører (politiske entreprenører) som talsmenn eller beslutningstagere som er villige til å investere tid og krefter, rykte og økonomiske midler for å oppnå posisjon til å oppnå fremtidig vekst i form av materielle, målrettede eller solidariske goder. En policy entreprenør er aktiv i en kritisk «oppmykningsprosess» for å opprettholde høy agendastatus eller lovfesting. Policy entreprenører kan finnes på flere nivåer og i ulike sektorer. I HiAP-prosessene i folkehelsearbeidet, kan en folkehelsekoordinator være en policy entreprenør. Plassering av policy-entreprenøren er i følge Kingdon (2003) nærmest irrelevant for å forstå deres aktivitet eller suksess. Viktigheten av ulike entreprenører endres fra tid til annen; en rådgiver, politiker, kommunedirektør eller folkehelsekoordinator, kan til hver sin tid være en policy entreprenør i en prosess for å sette ønskede saker på den politiske agendaen.

#### *Policy-entreprenørens funksjon og kvaliteter*

Kingdon (2003) fremhever tre viktige kvaliteter en policy entreprenør innehar. For det første har en slik entreprenør spesialkompetanse innenfor sitt felt og en evne til å kommunisere med andre, som eksempelvis en leder av en sterk interesseorganisasjon eller autoritære beslutningstakere i ulike sektorer. Videre er policy-entreprenøren kjent for sine politiske forbindelser og forhandlingsferdigheter. Policy-entreprenører har gjerne en kombinasjon av praktisk kompetanse og høy politisk kunnskap. Disse egenskapene er i følge Kingdon (2003) bedre sammen enn hver for seg. For det tredje, og mulig viktigst, er policy-entreprenøren konsekvent. Mange potensielt

innflytelsesrike mennesker kan ha ekspertise og politisk dyktighet, men Kingdon (2003) understreker at det å være rent konsekvent lønner seg. Med det menes at de fleste policy-entreprenører bruker mye tid på å tale til folket, kommunisere med viktige nøkkelpersoner/samarbeidspartnere, utarbeide lovforslag, spise lunsj – alt med hensikt å fremme sine ideer i den retning og det forum som vil løfte den aktuelle saken. I tillegg til dette viser policy-entreprenøren vilje til å investere store mengder av egne ressurser for sin sak (Kingdon, 2003).

I likhet til teorien om «boundary spanners», diskuteres også personlighet kontra organisering i rollen som policy-entreprenør. Når man prøver å forstå endring, ser samfunnsforskere gjerne på strukturelle endringer, mens journalister understreker «riktig person, på rett sted til rett tid» (Kingdon, 2003). Mulighetsvinduet åpnes på grunn av strukturelle faktorer som den enkelte entreprenør ikke råder over, men det er den enkelte policy-entreprenør som individ som utnytter muligheten når sjansen byr seg (Kingdon, 2003).

To typer aktivitet skiller seg ut hos policy-entreprenørene; beslutningspåvirkning og meklings. Meklere som forhandler mellom mennesker (sektorer) og danner de viktige koblingene. Policy-entreprenørens oppgave er også å myke opp både politiske fellesskap som er underordnede og motstandsdyktige mot store endringer, og større publikum. Policy-entreprenøren får dem vant til nye ideer og bygger aksept for sine forslag. Når muligheten byr seg, er veien lagt og nøkkelpersoner myknet opp. Forberedelse er viktig, for at ikke nye forslag skal falle for døve ører (Kingdon, 2003).

## 2.5 Folkehelsekoordinator som boundary spanner/policy-entreprenør

Med hensyn til folkehelsearbeid i norske kommuner, vil det mulig være naturlig å se til folkehelsekoordinator som innehaver av en boundary spanner-rolle eller som policy-entreprenør i den kontinuerlige «Health-in-All-Policies»-prosessen. Dette fordi folkehelsekoordinator antas å ha nødvendig kunnskap om folkehelsearbeid, har engasjement og kan oversette folkehelseutfordringer og mål til personer med primært andre spesialfelt i «ikke-helsesektorer». I tillegg opprettholde kontakt med politikere og andre sentrale aktører i og utenfor kommuneorganisasjonen som bidrar i folkehelsearbeidet.

Ideen om boundary spanners og policy-entreprenøren indikerer i denne studien at folkehelsekoordinator kan være en endringsagent, og dermed ha en samlende meklerrolle i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Folkehelsekoordinatoren kan tilpasse informasjon mellom ulike samarbeidsparter i og utenfor kommuneorganisasjonen. Tillagt denne studien har teorien grunnlag for å kunne understøtte/avkrefte at individuelle faktorer hos folkehelsekoordinatorer, kommunens vilje til å satse på folkehelse eller organisatoriske forhold gir bedre betingelser for integrering, implementering og iverksettelse av folkehelseiltak på tvers av sektorer.

En folkehelsekoordinator kan ifølge beskrivelser av boundary spanner-rollen bidra til å opprettholde legitimitet til organisasjonen ved å innhente og tilpasse informasjon eksternt og internt på tvers av sektorer. Folkehelsekoordinator som endringsagent har potensielt en kraftposisjon som en tydelig formidler av tilpasset informasjon til ulike folkehelseaktører i og utenfor kommunale sektorer med ulike interesser og spesialfelt. Dette gjennom spesialkompetanse innenfor sitt felt, evne til å kommunisere med andre, sine politiske forbindelser og forhandlingsferdigheter. Policy-entreprenører har gjerne en kombinasjon av praktisk kompetanse og høy politisk kunnskap (Kingdon, 2003).

### 3.0 Metode

Videre vil jeg gjøre rede for aktuell forskningsmetode og beskrive stegene i datainnsamlingen. I tillegg vil jeg redegjøre etiske overveielser og godkjenninger. Vi var en gruppe på fem studenter som ønsket å kartlegge folkehelsekoordinators arbeids- og organisasjonsvilkår. Derav, i samarbeid med førsteamanuensis Tor-Ivar Karlsen, opprettet vi prosjektet «FLINK-2019» (folkehelsearbeid i norske kommuner). Med en kvantitativ tilnærming utviklet vi i samarbeid en survey som vi ønsket at folkehelsekoordinatorer i norske kommuner skulle besvare (Vedlegg 1).

#### 3.1 Kvantitativ design

Kvantitative undersøkelser fokuserer på spesifikk adferd som lett kan måles og settes i system (Cozby & Bates, 2015). I motsetning til en kvalitativ tilnærming, som fokuserer på dybdeinformasjon fra få respondenter, gir en kvantitativ tilnærming mulighet til å inkludere flere deltakere og genererer dermed et bredere datasett. Dette vil igjen kunne gi mulighet til å sette de ulike faktorene i system (Cozby & Bates, 2015). I kvantitative metoder tar man avstand fra fenomenet som skal undersøkes, og fokuserer heller på grupper eller populasjoner. Med dette kan resultatene i studien generaliseres og overføres til alle kommuner i landet som har en folkehelsekoordinator eller organisert folkehelsearbeid. Konklusjoner i kvantitativ metode baserer seg på statistiske analyser av innhentet data.

Spørreskjema er et forskningsverktøy som brukes for å be folk fortelle om seg selv, som i økende grad har blitt viktigere, ettersom samfunnet krever *data* omkring utfordringer, fremfor intuisjon og antakelser (Cozby & Bates, 2015). I vårt prosjekt, utførte vi en tverrsnittstudie. Det vil si at data fra spørreskjema gir et øyeblikksbilde av hvordan folkehelsekoordinatorer vurderer og handler på ett bestemt tidspunkt. Tverrsnittsundersøkelser har sine begrensninger ved at det er problematisk å avdekke årsakssammenhenger mellom fenomener (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2010). Samtidig er spørreskjema et viktig verktøy for forskere for å studere forhold hvor variabler og respondentenes tilnærming og adferd endrer seg over tid (Cozby & Bates, 2015).

### 3.1.1 Utvikling av spørreskjema og datasamling

Høsten 2018 etablerte vi prosjektgruppa «FLINK-2019». For å innhente kunnskap om folkehelsefeltet arbeidet vi systematisk med å gjennomgå tidligere undersøkelser, rapporter og utredninger knyttet til folkehelsearbeid, samt organiseringen av folkehelsearbeidet nasjonalt og globalt. Vi skisserte tentativt tema for hvert vårt prosjekt og startet utarbeidelse av spørreskjema. Basert på tidligere forskning og resultater utviklet vi en «spørsmålsbank», hvor spørsmålene videre ble diskutert i plenum og justert etter behov. Dette var en nøysom prosess, som vi brukte god tid på. Den ferdige surveyen bestod av 65 spørsmål, som dekket ulike spekter av organisasjons- og arbeidsforhold for norske folkehelsekoordinatorer. For min studie, var spørsmålene knyttet til folkehelsekoordinatorens kontaktmønster (med ulike aktører i og utenfor kommuneorganisasjonen) og spørsmål om individuelle faktorer (eks. alder, erfaring, utdanning), vilje til å satse på folkehelse (nedsatt tverrsektoriell gruppe, opplevd forventning fra andre om å være en strategisk, tverrsektoriell planlegger) og organisatoriske forhold (nærmeste leder, stillingsprosent og stillingsinstruks) grunnleggende for videre analyser. Respondentene kunne i noen av disse spørsmålene velge mellom bestemte alternativer, og spørsmålene var derav lukkede spørsmål. Spørsmål om arbeidserfaring og utdanning gav respondentene mulighet til å fylle ut dette i fritekst.

Fra januar til mars 2019 samlet vi kontaktinformasjon og oversikt over folkehelsekoordinatorene fra alle norske kommuner. Dette ble primært gjort via kontakt med folkehelseansvarlige i fylkeskommunene. Enkelte kontakter måtte vi innhente ved å søke opp kommunenes nettside, eller via direkte telefonkontakt med de aktuelle kommunene. Vi fant 388 folkehelsekoordinatorer blant de 427 kommunene (Oslo kommune ble utelatt fra undersøkelsen, da organiseringen i hovedstadskommunen ikke er sammenlignbar med andre kommuner). I de kommunene vi ikke fant folkehelsekoordinator, valgte vi å sende undersøkelsen til kommunens postmottak.

Før spørreundersøkelsen ble iverksatt, ba vi 10 folkehelsekoordinatorer ansatt i fylkeskommunen hjelpe oss å teste surveyen. Vi mottok svar fra samtlige innen svarfristen 10.05.2019. De gav oss nyttige tilbakemeldinger på deler av surveyen hvor spørsmålene hadde en uklar formulering, eller hvor enkeltord burde endres. Dette hjalp

oss til å kunne forandre ordlyden i enkelte spørsmål, slik at de ikke skulle misforstås. Som følge av tilbakemeldingene, fjernet vi fem spørsmål.

### 3.1.2 Utvalg og respons

Basert på ønske om å kartlegge folkehelsekoordinatorers organisasjons- og arbeidsforhold i kommunene, ble det naturlig å søke svar hos folkehelsekoordinatorer eller personer med ansvar for folkehelse. Koordinatorene ble ansett å ha en viktig funksjon i implementering og utarbeidelse av folkehelse tiltak på kommunalt nivå. De var relevante kilder, ettersom de har direkte kjennskap til forholdene som ønskes belyst i studien. Representativt utvalg ble sikret ved å distribuere surveyen til alle folkehelseansvarlige i norske kommuner. Kommunene har ulik økonomisk tilgang, kommunestørrelse, antall innbyggere og varierende grad av tverrsektorielt folkehelsearbeid.

En høy svarprosent vil gi en bedre database og videre en mer representativ og valid studie (Johannessen et al., 2010). Surveyen ble sendt ut til 427 kommuner, da Oslo ikke var medregnet. Til sammen fikk vi 263 svar. Før kommunereformen i 2020, hadde vi 428 kommuner i Norge (Regjeringen, 2020). Utgangspunkt i dette antallet gir oss en svarprosent på 61 %. Den aktuelle surveyen ble sendt ut våren/sommeren 2019. Fra januar 2020 ble 119 kommuner slått sammen til 47 nye kommuner. Av disse 47 kommunene fikk vi igjen svar fra 41. Vi legger til grunn at disse kommunene har etablert et samarbeid omkring flere kommunale spørsmål, herunder folkehelse, noe som også flere har bekreftet over telefon. Med utgangspunkt i antall kommuner etter kommunesammenslåingen i 2020 har vi 356 kommuner. Med det har vi opparbeidet en svarprosent på 72 % i vårt forskningsprosjekt.

Inkluderingskriteriet for deltakerne i studien var at de måtte ha ansvar for folkehelse i sin kommune på tidspunktet for undersøkelsen. Dette betyr ikke at vi med sikkerhet vet at vi har nådd frem til den personer som har hovedansvar for folkehelse i kommunen. Den aktuelle personen kan ha vært på ferie, i permisjon eller liknende. Det var heller ingen eksklusjonskriterier i utvelgelsesprosessen. Det betyr at bakgrunn og utdanning kan variere sammen med stillingsforhold som prosjektstilling, fulltid eller deltid.

### 3.1.3 Etske overveielser, samtykke og godkjenninger

Etske hensyn innebærer at man som forsker vurderer hvordan et tema kan belyses, uten at det får etsk uforsvarlige konsekvenser for enkeltmennesker, grupper av mennesker eller hele samfunnet (Johannessen et al., 2010, s. 83). Forskere som ikke gjør etske vurderinger knyttet til sine forskningsprosjekt, risikerer å skade individer, samfunn og adferdsforskningen (Cozby & Bates, 2015). Man må vurdere fordeler og ulemper for individer og grupper som er involvert i undersøkelsen sett i sammenheng med antatte fordeler for dem og for andre individer eller grupper som er påvirket av forholdene som forskes på. Etske overveielser har vært i fokus gjennom forskningsprosessen, og har påvirket flere valg underveis. Arbeidet har vært etter etske retningslinjer for kvantitativ forskning, og resultatene vil presenteres på en ærlig måte, med sanne verdier.

Det er tatt hensyn til respondentenes anonymitet i presentasjon av data/funn. Målet var å se det store bildet med tanke på folkehelsekoordinatorers individuelle faktorer, organisering og kontaktmønster. Det er tatt høyde for å verne deltakernes privatliv og personlige opplysninger som kan avsløre enkeltpersoner i spesifikke kommuner. Resultater er formidlet i anonymisert form, og opplysninger i besvarelsen kan ikke tilbakeføres til enkeltpersoner eller enkeltkommuner.

Deltakerne i studien ble informert om at deres bidrag har betydning for resultatet, og at deres personlige meninger og oppfatninger var viktig for prosjektet. Samtidig ble respondentene informert om at deltakelse skjer på frivillig basis, gjennom informert samtykke. Deltakerne ble informert om at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen, eller unnlate å svare på enkelte spørsmål. Det ble også gitt informasjon om oppbevaring og behandling av data. Innsamlet data vil bevares konfidensielt, også etter at prosjektet er avsluttet.

Da spørreskjemaet var ferdigstilt, ble det sendt til vurdering hos Norsk senter for forskningsdata (NSD). Godkjenning av spørreskjema ble mottatt 20.05.2019 (Vedlegg 2). Vi mottok samtidig godkjenning fra fakultetets etske komité (FEK) (Vedlegg 3). Universitetet i Agder har databehandleravtale med survey-systemet SurveyXact™; spørreskjemaet ble lagt inn i dette systemet (Vedlegg 4). Vi gjorde rede for bakgrunnen



for undersøkelsen i en felles utsendt e-postmelding. Denne var også grunnlag for informert samtykke. For at respondentene skulle kunne besvare undersøkelsen, ble det lagt inn en obligatorisk lenke til samtykkeskjema som måtte bekreftes før utfylling av undersøkelsen kunne utføres. Samtykke- og spørreskjema finnes som vedlegg (Vedlegg 1).

Undersøkelsen ble første gang utsendt 27.05.2019, med to ilagte påminnelser via e-post 04.06.2019 og 20.06.2019. De som ikke svarte innen utgangen av august, fikk også påminnelse pr. telefon. Dette med ønske om en så høy svarprosent som mulig. Undersøkelsen ble avsluttet 04.09.2019.

## 3.2 Statistikk

### 3.2.1 Avhengig variabel - kontaktmønster

I spørsmålene om kontaktmønster, var det til sammen 14 ulike aktører å velge mellom i svaralternativene (jfr. Tabell 1). For å gjøre variablene lettere håndterlige, og for å få meningsfull data ut fra videre analyser, utførte jeg datareduksjon. Dette gjennom en prinsippal komponentanalyse (PCA). En PCA regner ut mønstre i et datasett, og identifiserer variabler som samsvarer. Dersom graden av likhet tillater det, kan disse variablene sammenslås til nye variabler via reduksjon av en større mengde data til komponenter. Analysen tar ikke hensyn til sammenheng eller kontekst; dette må forskeren selv gjøre. Komponentene som beregnes i faktoranalysen må tolkes og det må vurderes om de er meningsfulle sett i sammenheng med problemstillingen (Pallant, 2016). Tabell 1 (under) viser detaljer for folkehelsekoordinatorenes kontakt med potensielle samarbeidsparter i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

**Tabell 1.** Oversikt over mulige svaralternativer/variabler for kontaktmønster.

Gj.snitt, SD og median for variabler for kontaktmønster					
	n	Gj.snitt	SD	Median	Kvartiler (25-75)
Rådmann	205	3,1	0,9	3	2-3
Ordfører	202	2,3	0,8	2	2-3
Sentrale politikere	199	2	0,7	2	2-2
Menige politikere	196	2	0,8	2	1-2
Kommunalsjef	202	3,1	0,9	3	3-4
Enhetsleder	201	3,1	0,9	3	2-4
Egen leder	198	3,7	0,9	4	3-4
Folkehelsekoordinator i fylke	203	2,4	0,7	2	2-3
Folkehelsekoordinator i andre kommuner	203	2,5	0,8	2	2-3
Kommunelege	201	2,7	1	3	2-3
Frivillig sektor	202	2,8	0,9	3	2-3
Innbyggere	202	2,8	1	3	2-3
Næringsliv	200	1,8	0,6	2	1-2
Media	200	1,9	0,6	2	2-2

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

Det ble utført PCA-analyse med oblikk rotasjon for å ta høyde for korrelasjon mellom komponenter. Denne fremgangsmåten brukes når man antar at det er en korrelasjon mellom komponentene. Det ble utført parallell analyse for Eigenvalue. Eigenvalue > 1 ble brukt som seleksjonskriterium, og det ble dannet fem komponenter som til sammen hadde en kumulativ forklart varians på 69,7% og KMO 0,791 (>0,6). «Kontakt med folkehelsekoordinator i fylkeskommunen» og «kontakt med andre folkehelsekoordinatorer» hadde Eigenvalue < 1, og falt heller ikke naturlig inn i noen av gruppene som ble utforsket i mønstermatrisen i komponentanalysen. Jeg valgte derfor å utelate disse i videre analyser.

Det ble utført en sekundær PCA med uttrekk på fire, og så tre komponenter. Resultatet av tre komponenter viser en kumulativ forklart varians på 54,3. Disse komponentene lot seg tolke i en meningsfull sammenheng, og viste tre ulike former for kontaktmønster. Jeg har valgt å ekskludere kontakt med kommunelegen, ettersom denne ikke viste tydelig tilhørighet til de resterende komponentene.

De tre komponentene som utpekte seg, har jeg kalt «toppledelse», «administrasjon» og «sivilsamfunn». Den første komponenten blant de som utpekte seg i mønstermatrisen bestod av kontakt med rådmann, ordfører, sentrale politikere og menige politikere. Disse som gruppe utgjør ledelsen i kommunen, selv om rådmann i

all hovedsak er organisert i administrasjonen. Likevel summertes variablene additivt og fikk betegnelsen «toppleidelse». Videre utpekte komponenten bestående av kontakt med kommunalsjefer, kontakt med egen leder og kontakt med etats-/enhetsleder. Disse er del av kommunens administrative apparat. Derfor ble denne komponenten kalt «administrasjon». Den tredje og siste komponenten bestod av kontakt med frivillige aktører, kontakt med innbyggere, med næringsliv og media. Dette er aktører som står utenfor den kommunale forvaltningen. Komponentene valgte jeg å kalle «sivilsamfunn». Komponentene hadde en høy intern reliabilitet, samtlige med Chronbach's Alpha > 0,7. Detaljer for PCA med oblikk rotasjon og trefaktortabell vises i tabellen under (Tabell 2).

**Tabell 2.** Mønstermatrise for PCA med oblikk rotasjon og trefaktortabell, Chronbach's Alpha og forklart varians.

		Komponenter		
		1	2	3
Toppleidelse	Rådmann	0.823		
	Ordfører	0.807		
	Sentrale politikere	0.808		
	Menige politikere	0.647		
Administrasjon	Kommunalsjefer		-0.459	
	Enhetsleder		-0.652	
	Egen leder		-0.469	
Sivilsamfunn	Frivillig sektor			0.847
	Næringsliv			0.575
	Innbyggere			0.823
	Media			0.602
Faktor reliabilitet	Chronbach's Alpha	0.795	0.771	0.758
Forklart varians	Eigenvalue	4,57	1,68	1,36
	% of variance	32,6	12,02	9,7
	Cumulative %	32,6	44,6	54,3

Gjennom spørreskjemaet ble kontaktmønster kartlagt ved hjelp av en Likert-skala fra 1-5, hvor 1 indikerte «daglig kontakt» (høy), og 5 indikerte «aldri» (lav). Variablene for kontaktmønster ble før videre analyse omgjort for at svaralternativ «aldri» skulle vises

med lav skår (1), mens «daglig kontakt» fikk en høy skåre (5) i de videre analysene. Lavest mulige totalskår var 4, mens høyest mulig skår var 20 for komponentene «toppleidelse» og «sivilsamfunn». Skåren ble omgjort fra 4-20 til 0-100 (ingen, til høy kontakt), for å enklere analysere og forklare variasjon i de videre utregningene. Det samme ble gjort for komponenten «Administrasjon», med laveste sum 3 og høyeste sum 15 omgjort til en skala på 0-100.

#### *Utdanningsretning*

I spørsmål om folkehelsekoordinators utdanning, fikk respondentene mulighet til å oppgi svar i fritekst. For å forenkle videre analyser, ble de oppgitte utdanningene manuelt satt i system. Det ble opprettet nye variabler for de ulike utdanningsretningene gruppevis, etter hvilke utdanninger som falt naturlig sammen i ulike undergrupper. Gruppene er delt inn i «helsefaglig», «folkehelse», «samfunnsfaglig», «økonomisk» og «annet». Gruppen «helsefaglig» består av utdanningsretninger som sykepleie, medisin, fysioterapi og ergoterapi. Under «folkehelse» kommer folkehelsevitenskap eller andre folkehelserettede utdanninger, idrett og friluftsliv. «Samfunnsfaglig» utdanningsretning innebærer statsvitenskapelig, pedagogisk og sosialfaglig utdanning, mens gruppen som videre omtales som «økonomisk», inneholder utdanning innen økonomi, administrasjon og planarbeid. Åtte av de oppgitte utdanningsretningene lot seg ikke sette i system, og havnet i gruppen «annet».

### 3.2.2 Øvrige statistiske analyser

#### *Deskriptiv statistikk*

For å få en oversikt og bli kjent med datasettet, ble det innledningsvis gjennomført deskriptive analyser på alle aktuelle variabler. Normalfordeling i komponentene med de avhengige variablene «toppleidelse», «administrasjon» og «sivilsamfunn» ble bekreftet gjennom visuell tolkning av histogram. Variabelen «sivilsamfunn» viste en noe svakere normalfordeling, men til gjengjeld likt forhold mellom gjennomsnitt og median som de to andre avhengige variablene.

Med bekreftet normalfordeling i de avhengige variablene, ble det utført independent-samples T-test mellom de avhengige variablene og de dikotome uavhengige

variablene. Retning av utdanning ble som nevnt tidligere omgjort til fem nominale kategorier, hvor dummy-variabler ble opprettet for hver av kategoriene. Independent-samples T-test ble gjort på hver av disse. Alder som kontinuerlig variabel ble testet med spearmans korrelasjonsoffisient ettersom den ikke var normalfordelt. De resterende uavhengige variablene bestod av ordinale data og ble derav utforsket gjennom one-way ANOVA.

#### *Bivariate analyser*

Det ble gjort bivariate korrelasjonsanalyser på hele datasettet for å identifisere korrelasjon, samvariasjon eller eventuell multikollinearitet mellom de uavhengige- og avhengige variablene. Spearmans- eller Pearsons korrelasjonsoffisient ble brukt ettersom variablene var skjevfordelt eller normalfordelt. De uavhengige variablene bestod av ordinale, dikotome, nominale og skjevfordelte kontinuerlige data. Korrelasjonsanalysen ble gjort med tosidige statistiske tester, ettersom man kan anta at korrelasjonsoffisientene kan være både positive og negative. Det var korrelasjon over 0,7 mellom to av de uavhengige variablene (stillingsprosent og hovedstilling,  $r=0,77$ ). Denne multikollineariteten ble tatt hensyn til i videre analyser. Bortsett fra disse vist ingen korrelasjon over 0,7 mellom de resterende variablene. Det ble også brukt krysstabell med folkehelsearbeid som hovedstilling mot individuelle faktorer (kjønn, alder, utdanning og erfaring), for eventuell sammenheng mellom de individuelle faktorene og det å ha folkehelsearbeidet som hovedstilling.

#### *Multipel regresjonsanalyse*

Regresjonsanalyse er en avansert teknikk for å sammenlikne gjennomsnitt på en avhengig variabel for ulike grupper av respondenter ved ulike verdier på en eller flere uavhengige variabler (Johannessen et al., 2010). Regresjonsanalyse kan ha flere formål: Beskrivelse: vise forskjeller i forventede verdier og på avhengig variabel ut fra ulike verdier på uavhengig variabel. En kan for eksempel benytte resultater fra regresjonanalysen til å vise lønnsforskjell mellom ulike samfunnsgrupper på et bestemt tidspunkt. Prediksjon: beregne hvordan enheter med ulike verdier på de uavhengige variablene forventes å skåre på den avhengige variabelen. Årsaksforklaring: påvise forklaringsvariabler som forårsaker den observerte variasjonen i avhengig variabel. En kan for eksempel benytte regresjonsanalyse til å undersøke effekt av variabler som

potensielt påvirker kontaktmønsteret til folkehelsekoordinatorerne, slik som kjønn, alder, utdanning eller utdanningsretning (Johannessen et.al., 2010).

Multippel regresjonsanalyse ble gjort med hver av de tre avhengige variablene («toppledelse», «administrasjon», «sivilsamfunn») og de uavhengige variablene (individuelle faktorer, vilje til å satse på folkehelse og organisatoriske forhold). Visuell analyse av spredningsplott bekreftet ikke-linearitet mellom de tre avhengige og de uavhengige variablene med en tilnærmet jevn stigning på x-aksen. Scatterplott for homoskedastisitet var rektangulært og viste jevn fordeling av faktorer, med alle residualer innenfor tre standardavvik. Antakelser for å gjøre en multippel regresjonsanalyse ble dermed ansett som overholdt. Regresjonsanalysen ble gjort med konfidensintervall på 95% (exclude cases listwise). I den multiple regresjonsanalysen ble «rådmann» ekskludert fra den avhengige variabelen «toppledelse», ettersom rådmannen er del av administrasjonen.

## 4.0 Resultater

### 4.1 Kjennetegn ved utvalget

Av de deskriptive analysene fremkommer et generelt overblikk over hvem folkehelsekoordinatorene i norske kommuner er, gjennom analyser av kjønn, alder, utdanning og erfaring. Videre vil resultatene fra de deskriptive analysene presenteres etter individuelle faktorer, organisatoriske forhold og vilje til å satse på folkehelse.

#### 4.1.1 Individuelle faktorer

Med hensyn på individuelle faktorer, sees en skjevfordeling i kjønn, hvorav utvalget (n= 263) består av 81% kvinner og 19% er menn. Det skal også nevnes at en betydelig andel av respondentene ikke har svart på spørsmål om kjønn (n= 58). Dette mulig fordi flere av respondentene ikke har fullført spørreskjemaet. Ser vi på variabelen alder, har respondentene en gjennomsnittsalder på 46,2 år (SD= 11,1), hvorav flesteparten har alder høyere enn 46 år (n=113, 55,2%), mens 19% er 35 år eller yngre (n= 39).

De to utdanningsretningene blant folkehelsekoordinatorene som i størst grad er representert i resultatene er «helsefaglig» (43,9%) og «folkehelse» (27,3%). Et lavere antall av respondentene har «samfunnsfaglig» utdanning (n= 32, 16,2%) og 8,6% av respondentene har utdanning innen gruppen «økonomisk» (n=17). Åtte av respondentene oppgav utdanningsbakgrunn som ikke falt naturlig å innlemme i bestemte inndelinger av utdanningsbakgrunn.

Folkehelsekoordinators erfaring ble i denne studien basert på antall år de har vært ansatt i kommunen totalt. Resultatene viser at 37,4% har arbeidet i kommunen i 10 år eller mer, mens 62,6% har arbeidet i kommunen i 9 år eller mindre. Gjennomsnitts arbeidserfaring i kommunen er 10 år (SD= 9,5). Detaljer for individuelle faktorer vises i tabell 3a.

**Tabell 3a.** Individuelle faktorer blant folkehelsekoordinatorer.

	n	%	Gj.snitt	SD
<b>Kjønn</b>				
Kvinne	166	81		
Mann	39	19		
<b>Alder</b>				
			46,2	11,1
25-35	39	19		
36-45	53	25,9		
46-55	61	29,8		
56-67	52	25,4		
<b>Utdanning</b>				
Helsefaglig	87	43,9		
Folkehelse	54	27,3		
Samfunn	32	16,2		
Økonomisk	17	8,6		
Annet	8	4		
<b>Erfaring<sup>1</sup></b>				
			10,0	9,5
Mindre enn 4 år	92	37,9		
5-9 år	60	24,7		
10-19 år	45	18,5		
Mer enn 20 år	46	18,9		

1: Antall år ansatt i kommunen

#### 4.1.2 Organisatoriske forhold og vilje til å satse på folkehelse

Med hensyn på folkehelseansvarliges stillingsforhold, er det undersøkt hvorvidt det foreligger stillingsinstruks for stillingen som folkehelsekoordinator, hvor stor stillingsprosent folkehelsekoordinator har, og om det utgjør deres hovedstilling. Blant respondentene har 41,6% arbeidet med folkehelse som sin hovedstilling (n= 106), mens 58,4% har arbeidet med folkehelse i kombinasjon med andre oppgaver (n= 165). Flertallet av respondentene som har arbeidet med folkehelse som sin hovedstilling, har også oppgitt å ha arbeidet i kommunen i mindre enn 10 år (n= 72). Blant de som har vært ansatt i kommunen i 10 år eller mer, er det kun 31 respondenter som oppgir å ha arbeidet med folkehelse som sin hovedstilling. Blant de som har vært ansatt i kommunen i mindre enn 10 år, er fordelingen jevnere, hvorpå 72 respondenter har folkehelsearbeidet som sin hovedstilling og 79 respondenter har folkehelsearbeidet i kombinasjon med andre oppgaver. Det å ha folkehelsearbeidet som sin hovedstilling korrelerer med variabelen stillingsprosent. Dette belyses nærmere senere i



presentasjon av bivariate analyser. Tabell 4 viser fordelingen av respondenter som har arbeidet som folkehelsekoordinator som hovedstilling og ikke mot individuelle faktorer.

**Tabell 4.**

Krysstabell for antall respondenter som har arbeidet med folkehelse som sin hovedstilling mot individuelle faktorer.

		Hovedstilling		P-verdi
		Ja	Nei	
Kjønn	Kvinne	77	88	0,076
	Mann	12	27	
Alder	25-35	25	14	0,001
	36-45	29	24	
	46-55	22	39	
	56-67	14	37	
Utdanning	Helsefaglig	27	60	0,001
	Folkehelse	43	11	
	Samfunn	12	20	
	Økonomisk	2	15	
	Annet	4	4	
Erfaring <sup>1</sup>	< 4	45	46	0,071
	5-9	27	33	
	10-19	19	26	
	> 20	12	34	

<sup>1</sup> Antall år ansatt i kommunen

Gjennomsnittlig stillingsprosent for folkehelsekoordinatorene er 42,5% (SD= 35,1). Det fremkommer av resultatene at 26,8% av respondentene har en stillingsprosent for arbeidet med folkehelse på 20% eller mindre.

Hele 64,5% av respondentene oppgir at det ikke foreligger stillingsinstruks for arbeidet med folkehelse (n= 165), mot 35,5% som oppgir at de har det (n= 91). Detaljer for stillingsforhold er presentert i tabell 3b (under).

**Tabell 3b.** Stillingsforhold blant folkehelsekoordinatorer.

	n	%	Gj.snitt	SD
Stillingsprosent			42,5	35,1
Mindre enn 20 %	66	26,8		
20-39 %	41	16,7		
40-49 %	19	7,7		
50-59 %	61	24,8		
60-79 %	6	2,4		
80 % eller mer	53	21,5		
Hovedstilling <sup>2</sup>				
Ja	106	41,6		
Nei	149	58,4		
Stillingsinstruks				
Ja	91	35,5		
Nei	165	64,5		

2: Utgjør arbeidet med folkehelse din hovedstilling i kommunen?

Tradisjonelt har folkehelsekoordinator vært organisert i helsesektoren, mens anbefalingen gjennom tidligere studier er at en folkehelsekoordinator bør plasseres i rådmannens stab for økt mulighet for gjennomslag i folkehelsearbeidet (Hagen et al., 2015). Kun 30,2% av respondentene har oppgitt kommunedirektør som nærmeste leder i denne studien (n= 71), mens 22,1% er organisert med nærmeste leder i helse- eller omsorgssektoren. Tabell 3c illustrerer hvor folkehelsekoordinatorerne i denne studien er organisert med nærmeste leder.

**Tabell 3c.** Folkehelsekoordinatorenes organisatoriske plassering.

	n	%
Nærmeste leder		
Rådmann	71	30,2
Leder plan	22	9,4
Leder kultur	17	7,2
Leder omsorg	8	3,4
Leder helse	44	18,7
Leder oppvekst/skole	11	4,7
Leder teknisk	7	3
Annen leder	55	23,4

Med hensyn på vilje i kommuneorganisasjonen til å satse på folkehelsearbeid, ble det undersøkt om kommunen hadde nedsatt tverrsektoriell arbeidsgruppe for folkehelsearbeid (som også kan kategoriseres som organisatoriske forhold) og folkehelsekoordinators opplevde forventning fra andre om å være en strategisk tverrsektoriell planlegger. Et tydelig flertall av kommunene, med 68,7%, har nedsatt tverrsektoriell arbeidsgruppe for folkehelsearbeid (n= 145). Uavhengig av stillingsprosent, organisatorisk plassering eller arbeidserfaring opplever de fleste folkehelseansvarlige forventning fra andre om å være en strategisk tverrsektoriell planlegger i noen grad til svært stor grad (n= 162), mens et fåtall opplever i liten grad til ikke i det hele tatt forventning fra andre i organisasjonen om å være det (n= 57). Tabell 3d viser detaljer for gruppen av variabler som er ment for å indikere «vilje til å satse på folkehelse».

**Tabell 3d.** Kommunens vilje til å satse på folkehelse.

	n	%
<b>Tverrsektoriell gruppe</b>		
Ja	145	68,7
Nei	66	31,3
<b>Strategisk/tverrsektoriell planlegger<sup>3</sup></b>		
Ikke i det hele	15	5,7
I svært liten grad	19	7,2
I liten grad	23	8,7
I noen grad	77	29,3
I stor grad	67	25,5
I svært stor grad	18	6,8

3: Opplevd forventning fra andre om å være en strategisk, tverrsektoriell planlegger

## 4.2 Kontaktmønster

### 4.2.1 Omfang av kontakt

Det ble gjennomført statistiske tester for å undersøke eventuell sammenheng mellom de uavhengige variablene (presentert over) og de avhengige variablene «toppleidelse», «administrasjon» og «sivilsamfunn». Som påminnelse, illustreres det i figur 3 hvilke aktører som er representert i gruppene av avhengige variablene.

**Figur 3.** Oversikt over tilhørende aktører i komponentene for kontaktmønster.

Toppleidelse	Administrasjon	Sivilsamfunn
Rådmann Ordfører Sentrale politikere Menige politikere	Kommunalsjefer Enhetsleder Egen leder	Frivillig sektor Næringsliv Innbyggere Media

Analyser av kontaktmønsteret viste at folkehelsekoordinatorene i gjennomsnitt har høyere kontakt mot «administrasjon» ( $m= 57,3$ ) enn mot «toppleidelse» ( $m= 31,2$ ) og «sivilsamfunn» ( $m= 33,5$ ). Detaljer for kontaktmønster vises i tabell 5.

**Tabell 5.** Gjennomsnitt, SD, M og Kvartiler for kontaktmønster

	n	Gj.snitt (m)	SD	Median	Kvartiler (25-75)
Toppleidelse	193	31,2	15,44	31,2	25-37,5
Administrasjon	191	57,3	18,6	58,3	41,6-75
Sivilsamfunn	198	33,5	14,9	31,2	25-43,7

### 4.2.2 Hva påvirker kontaktmønsteret?

#### *Bivariate assosiasjoner*

Videre i tabell 6 (under) presenteres gjennomsnitt og standardavvik på alle de uavhengige variablene mot de avhengige variablene, samt p-verdi for eventuelle signifikansnivå. Testene som er utført, viste gjennomgående høyere kontakt mot «administrasjon» enn mot «toppleidelse» og «sivilsamfunn».

**Tabell 6.** Bivariate analyser av uavhengige variabler mot avhengige variabler for eventuell sammenheng.

	Toppledelse				Administrasjon				Sivilsamfunn			
	n	Gj.snitt (m)	SD	p-verdi	n	Gj.snitt (m)	SD	p-verdi	n	Gj.snitt (m)	SD	p-verdi
<b>Kjønn</b>												
Kvinne	151	31,2	15,2	0,194	149	57,7	18,6	0,192	156	34,2	14,4	0,124
Mann	38	28,7	14,6		38	53,7	17,5		39	30,4	14,7	
<b>Alder</b>												
206	31,3	15,4	0,764	191	46,2	11,0	0,014	198	33,6	14,9	0,016	
25-35	35	28,2	14,6	0,250	37	62,4	17,5	0,069	38	35,6	14,9	0,279
36-45	53	32,2	13,1	0,093	51	58,0	18,1	0,689	52	36,0	12,9	0,200
46-55	56	32,5	16,7	0,029	56	57,7	17,0	0,782	57	32,3	15,5	0,592
56-67	45	30,2	16,3	0,476	43	51,3	19,5	0,014	48	30,8	16,3	0,081
<b>Erfaring<sup>1</sup></b>												
193	31,2	15,4	0,146	191	57,2	18,5	0,124	198	35,5	14,9	0,090	
> 4 år	71	27,7	14,7	0,019	73	56,5	17,3	0,979	72	34,2	15,0	0,188
5-9 år	48	35,0	16,9	0,019	47	60,9	19,0	0,091	50	32,8	14,3	0,786
10-19 år	37	33,9	15,4	0,242	36	55,5	17,5	0,674	38	30,3	14,7	0,136
> 20 år	26	28,6	13,5	0,287	24	50,6	20,8	0,099	27	34,3	16,6	0,820
<b>Utdanning</b>												
Helsefaglig	79	31,0	15,0	0,889	78	55,7	19,3	0,454	82	34,4	14,2	0,406
Folkehelse	51	29,2	15,0	0,235	52	59,9	15,3	0,151	53	38,7	12,5	0,001
Samfunn	28	34,3	15,5	0,286	27	58,9	19,7	0,803	29	32,9	13,4	0,501
Økonomisk	17	29,0	15,4	0,688	16	52,0	20,0	0,250	17	25,3	15,8	0,021
Annet	8	34,3	11,5	0,339	8	56,3	15,9	0,840	8	29,6	14,4	0,475
<b>Hovedstilling</b>												
Ja	85	35,4	15,3	< 0,001	87	64,2	15,8	< 0,001	89	41,9	11,9	< 0,001
Nei	108	28,0	14,8		104	51,5	18,9		109	26,8	13,7	
<b>Nærmeste leder</b>												
Kommunedirektør	55	35,1	15,0	0,020	51	51,8	18,7	0,010	55	29,9	13,8	0,016
Leder helse	38	28,6	14,8	0,163	37	57,9	18,2	0,933	37	34,6	13,1	0,491
Leder omsorg	6	25,0	15,3	0,279	7	56,0	12,5	0,805	7	33,9	11,3	0,865
<b>Strat. planlegger<sup>2</sup></b>												
188	31,2	15,1	0,043	185	57,4	18,5	0,016	193	33,6	14,3	0,948	
Ikke i det hele	9	32,6	22,2	0,657	10	50,8	18,6	0,250	11	30,6	18,2	0,592
I svært liten grad	18	28,8	15,9	0,386	17	51,4	14,5	0,121	17	33,8	13,2	0,790
I liten grad	18	25,3	13,4	0,049	19	53,0	20,0	0,283	18	30,9	14,9	0,576
I noen grad	69	29,2	14,5	0,302	67	57,3	18,8	0,796	70	35,8	14,9	0,071
I stor grad	57	34,2	13,5	0,037	55	61,2	18,5	0,101	60	32,7	12,6	0,452
I svært stor grad	17	37,1	17,0	0,104	17	59,8	17,9	0,581	17	31,6	14,9	0,279
<b>Stillingsinstruks</b>												
Ja	72	34,4	14,7	0,014	75	62,9	18,6	0,001	78	37,4	14,2	0,004
Nei	121	29,4	15,6		116	53,7	17,7		120	31,1	14,9	
<b>Tverrsektoriell gruppe</b>												
Ja	134	30,8	14,8	0,918	134	57,5	18,6	0,804	136	34,1	14,3	0,741
Nei	59	32,2	16,9		57	56,7	18,7		62	32,6	16,3	
<b>Stillingsprosent</b>												
193	31,3	15,4	< 0,001	191	57,3	18,6	< 0,001	198	33,6	14,9	< 0,001	
< 20%	42	25,1	16,7	0,001	36	42,8	16,0	0,001	42	21,4	13,5	0,001
20-39%	35	27,3	14,1	0,053	37	51,4	15,0	0,025	36	27,6	14,4	0,004
40-49%	13	28,8	13,9	0,671	14	62,5	16,3	0,300	14	38,4	12,2	0,286
50-59%	46	34,9	13,7	0,036	48	61,6	17,3	0,100	47	40,2	12,4	0,001
60-79%	5	36,3	10,3	0,336	5	60,0	23,9	0,837	5	37,5	6,3	0,502
> 80%	46	36,3	16,0	0,006	45	67,6	15,2	0,001	48	41,3	11,9	0,001

<sup>1</sup> Antall år ansatt i kommunen, <sup>2</sup> Forventninger fra andre om å være en strategisk tverrsektoriell planlegger

### *Individuelle faktorer*

I resultatene sett i tabell 6, fremkommer det at kjønn ikke har betydning for økt kontakt med de tre avhengige variablene. I tabellen sees signifikant sammenheng med høyere alder og økt kontakt med «administrasjon» ( $p= 0,014$ ) og «sivilsamfunn» ( $p= 0,016$ ) samlet sett.

Det vises ingen signifikant sammenheng generelt mellom «erfaring» og økt kontakt i noen av de avhengige variablene, med unntak av at det ser ut som at de som har vært ansatt i kommunen i 9 år eller mindre har høyere kontakt mot «toppledelse» ( $p= 0,019$ ). Allikevel er gjennomsnittsskåre for kontakt stadig lavere i variabelen «erfaring» mot «toppledelse», sammenliknet med «erfaring» mot kontakt med «administrasjon».

Med hensyn til folkehelsekoordinatorenes utdanning, synes dette ikke å ha betydning for økt kontakt mot «administrasjon» eller «toppledelse». Ser vi på kontakten rettet mot «sivilsamfunn», har respondentene med folkehelsebakgrunn signifikans i sammenheng med økt kontakt, men likevel lav grad av kontakt ( $p= 0,001$ ,  $m= 38,7$ ). Det samme gjelder for respondentene med «økonomisk» bakgrunn mot «sivilsamfunn» ( $p= 0,021$ ,  $m= 25,3$ ). Samtlige utdanningsretninger viser gjennomsnittsskåre  $m= >50$  mot «administrasjon».

### *Organisatoriske forhold*

Det å ha arbeidet med folkehelse som hovedstilling vises å ha signifikant sammenheng med økt kontakt mot samtlige avhengige variabler (alle  $p= < 0,001$ ). Men også her vises høyere kontakt mot «administrasjon» både blant de som har folkehelsearbeid som hovedstilling ( $m= 62,9$ ), samt de som ikke har det ( $m= 53,7$ ). De som har folkehelsearbeid som hovedstilling har gjennomsnittsskåre på  $m= 35,4$  mot «toppledelse» og gjennomsnittsskåre  $m= 41,9$  mot «sivilsamfunn».

Det å ha kommunedirektøren som nærmeste leder, synes å ha signifikant betydning for økt kontakt mot «toppledelse» ( $p= 0,020$ ), «administrasjon» ( $p= 0,010$ ) og «sivilsamfunn» ( $p= 0,016$ ). Samtidig vises høyere kontakt mot «administrasjon» også her ( $m= 51,8$ ) enn mot «toppledelse» ( $m= 35,1$ ) og «sivilsamfunn» ( $m= 29,9$ ).

Flertallet av respondentene oppgav at de ikke har stillingsinstruks for sitt arbeid med folkehelse. Det å ha stillingsinstruks ser ut til å ha signifikant betydning for økt kontakt mot alle de uavhengige variablene («toppledelse»  $p= 0,014$ ; «administrasjon»  $p=$

0,001; «sivilsamfunn»  $p= 0,004$ ). Likevel er gjennomsnittsskåre for kontakt med «toppleidelse» ( $m= 34,4$ ) og «sivilsamfunn» ( $m= 37,4$ ) relativt lav, sett opp mot kontakten med «administrasjon» ( $m= 62,9$ ) blant folkehelsekoordinatorer som oppgav at de har stillingsinstruks.

Nederst i tabell 6 vises variabelen stillingsprosent og dens påvirkning for økt kontakt. Her fremkommer signifikant sammenheng ( $p= < 0,001$ ) med kontakt i alle de tre avhengige variablene. Som i alle de andre uavhengige variablene, er også her kontakten med «administrasjon» ( $m= 57,3$ ) gjennomgående høyere enn den er mot «toppleidelse» ( $m= 31,3$ ) og «sivilsamfunn» ( $m= 34,1$ ). De som oppgav stillingsprosent på 20 % eller mindre har klart lavere gjennomsnittsskåre på kontakt mot «administrasjon» ( $m= 42,8$ ), sammenliknet med de som arbeider med folkehelse 80 % eller mer ( $m= 67,6$ ).

#### *Vilje til å satse på folkehelse*

Forventning fra andre om å være en strategisk tverrsektoriell planlegger vises å ha betydning for økt kontakt mot «toppleidelse» ( $p= 0,043$ ) og «administrasjon» ( $p= 0,016$ ). De fleste kommunene har nedsatt tverrsektoriell arbeidsgruppe for folkehelsearbeidet, men dette ser dog ikke ut til å ha betydning for økt kontakt mot «toppleidelse» ( $p= 0,918$ ), «administrasjon» ( $p= 0,804$ ) eller «sivilsamfunn» ( $p= 0,741$ ).

### 4.3 Korrelasjonsanalyse

#### *Bivariat korrelasjon*

Bivariate analyser kan benyttes som metode for å velge hvilke variabler som skal inngå i en regresjonsmodell (Pallant, 2016). For å sikre at riktige variabler ble trukket ut, gjennomførte jeg også en bivariat korrelasjonsanalyse.

Spearman's korrelasjonsanalyse viser hvilke uavhengige faktorer som korrelerer med de avhengige variablene. Det vistest signifikant korrelasjon mellom alle de uavhengige variablene (alle med  $p= < 0,001$ ), «toppleidelse» mot «administrasjon» ( $r= 0,487$ ), «toppleidelse» mot «sivilsamfunn» ( $r= 0,301$ ) og «administrasjon» mot «sivilsamfunn»

( $r = 0,499$ ). Korrelasjonsanalysen ble videre brukt for vurdering av hvilke variabler som burde inngå i regresjonsanalysen.

**Tabell 7.** Spearmans rho korrelasjon mellom kontaktmønster, individuelle faktorer, stillingsforhold og organisatoriske betingelser/vilje til å satse på folkehelse

Scale	Kontaktmønster			Individuelle faktorer							Stillingsforhold			Organisatoriske betingelser/vilje til å satse													
	Toppleddelse	Administrasjon	Sivilsamfunn	Kjønn	Alder	Helsefaglig	Folkehelse	Samfunn	Økonomisk	Annet	Erfaring	Hovedstilling	Stillingsprosent	Stillingsinstruks	Leder rådm.	Leder helse	Leder omsorg	Tverrsekt. arbeidsgruppe	Nivå hovedstilling	Strat./tverrsekt. Planlegger							
AV1 Toppleddelse	AV1																										
AV2 Administrasjon	0,487**	AV2																									
AV3 Sivilsamfunn	0,301**	0,499**	AV3																								
UV1 Kjønn	-0,095	-0,096	-0,110	UV1																							
UV2 Alder	-0,022	-0,179*	-0,172*	0,027	UV2																						
UV3 Helsefaglig <sup>1</sup>	0,010	-0,056	-0,061	-0,007	0,197**	UV3																					
UV4 Folkehelse <sup>2</sup>	-0,088	0,107	0,236**	-0,107	-0,365**	-0,542**	UV4																				
UV5 Samfunn <sup>3</sup>	0,079	0,019	-0,049	0,119	0,176*	-0,389**	-0,269**	UV5																			
UV6 Økonomisk <sup>4</sup>	-0,030	-0,086	-0,168*	-0,001	0,000	-0,271**	-0,188**	-0,135	UV6																		
UV7 Annet	0,071	-0,015	-0,052	0,039	0,006	-0,182*	-0,126	-0,090	-0,063	UV7																	
UV8 Erfaring <sup>5</sup>	0,108	-0,115	-0,124	-0,022	0,595**	0,099	-0,303**	0,206**	-0,049	0,110	UV8																
UV9 Hovedstilling	-0,261**	-0,356**	-0,518**	0,126	0,282**	0,239**	-0,434**	0,061	0,202**	-0,023	0,168**	UV9															
UV10 Stillingsprosent	0,312**	0,470**	0,504**	-0,123	-0,210**	-0,141	0,289**	-0,091	-0,145*	0,066	-0,174*	0,767**	UV10														
UV11 Stillingsinstruks	-0,177*	-0,246**	-0,206**	0,021	0,174*	0,134	0,146*	-0,105	0,057	0,109	0,097	0,252**	-0,339**	UV11													
UV12 Leder rådmann	0,167*	-0,188**	-0,172*	0,082	0,132	0,087	-0,177*	0,034	0,011	0,102	0,125	0,219**	-0,287**	0,197**	UV12												
UV13 Leder helse	-0,101	0,006	0,049	-0,108	-0,195**	0,163*	0,018	-0,144*	-0,104	-0,035	-0,129	-0,009	-0,019	0,074	-0,316**	UV13											
UV14 Leder omsorg	-0,078	-0,018	-0,012	0,046	-0,014	0,161*	-0,117	-0,010	-0,059	-0,039	-0,013	0,114	0,000	-0,099	-0,124	-0,09	UV14										
UV15 Tverrsekt. gruppe	-0,007	-0,018	-0,024	0,076	0,033	-0,027	0,076	-0,030	-0,051	0,027	0,047	-0,011	-0,097	0,196**	0,058	0,082	-0,125	UV15									
UV16 Nivå hovedstilling	-0,016	-0,049	0,141*	0,013	-0,195**	0,028	0,048	-0,120	-0,016	0,069	-0,182**	-0,205**	0,297**	-0,080	-0,284**	0,149*	0,153*	0,021	UV16								
UV17 Strat./tverrsekt. planlegger	0,218**	0,175*	-0,057	0,013	-0,023	-0,131	-0,144*	0,167*	0,121	0,164*	0,103	-0,102	-0,177**	-0,199**	0,099	-0,162*	0,023	-0,138*	0,023	UV17							

\*\* . p < 0,01 (2-tailed)

1. Sykepleier, vernepleier, fysioterapeut, 2. Folkehelse, idrett, friluftsliv, 3. Statsvitenskap, sosialfag, pedagogisk, 4. Økonomi, plan, administrativ

\* . p < 0,05 (2-tailed)

5. Antall år ansatt i kommunen

Variabelen kjønn viste ingen signifikans i korrelasjon med de tre avhengige variablene for kontaktmønster. I tillegg vistes svak korrelasjon mellom variabelen «kjønn» og «toppleddelse» ( $r = -0,095$ ), «kjønn» og «administrasjon» ( $r = -0,096$ ) samt «kjønn» og «sivilsamfunn» ( $r = -0,110$ ).

Variabelen «alder» vistes å ha svak korrelasjon med «toppleddelse» ( $r = -0,022$ ). Det kom til syne signifikans, men relativt svak korrelasjon i variabelen «alder» mot «administrasjon» ( $p = 0,014$ ,  $r = 0,179$ ), samt «alder» og «sivilsamfunn» ( $p = 0,016$ ,  $r = 0,172$ ).

Det var en heller svak korrelasjon i alle variablene som omhandler folkehelsekoordinatorernes utdanningsbakgrunn, mot de avhengige variablene for kontaktmønster. Variabelen for utdanning innen «folkehelse», vistes signifikant i kontakt mot «sivilsamfunn» ( $p = 0,001$ ,  $r = 0,236$ ,  $n = 189$ ). Det er også denne variabelen i gruppen utdanning som hadde høyest korrelasjon mot en av komponentene i kontaktmønster. Det vistes også signifikans i kontakt mot «sivilsamfunn» for de med «økonomisk» utdanningsbakgrunn ( $p = 0,021$ ,  $r = 0,168$ ).



Variabelen «erfaring», altså antall år folkehelsekoordinator har vært ansatt i kommunen totalt, viste ingen sterk korrelasjon til kontakt med toppledelse ( $r= 0,018$ ), administrasjon ( $r= -0,115$ ) eller sivilsamfunn ( $r= -0,124$ ).

Det å ha folkehelsearbeidet som hovedstilling korrelerte imidlertid middels til sterkt med kontaktmønster. Å være folkehelsekoordinator på fulltid, vist å ha signifikant betydning for økt kontakt med «toppledelse» ( $p= <0,001$ ,  $r= -0,261$ ), «administrasjon» ( $p= <0,001$ ,  $r= -0,356$ ) og «sivilsamfunn» ( $p= <0,001$ ,  $r= -0,518$ ).

Variabelen «stillingsprosent», korrelerte middels til sterkt med alle komponentene for kontaktmønster, «toppledelse» ( $p= < 0,001$ ,  $r= 0,312$ ), «administrasjon» ( $p= < 0,001$ ,  $r= 0,470$ ) og «sivilsamfunn» ( $p= < 0,001$ ,  $r= 0,504$ ). I tillegg vist det signifikans i korrelasjon mellom variabelen «stillingsinstruks» og komponentene for kontaktmønster. Dog noe svak korrelasjon med «toppledelse» ( $p= 0,014$ ,  $r= -0,177$ ), middels korrelasjon med «administrasjon» ( $p= 0,001$ ,  $r= -0,246$ ) og «sivilsamfunn» ( $p= 0,004$ ,  $r= -0,206$ ).

Det å være organisert med kommunedirektør som nærmeste leder vist å ha signifikant betydning i korrelasjon mot komponentene for kontaktmønster («toppledelse»:  $p= 0,020$ ,  $r= 0,167$ ; «administrasjon»:  $p= 0,009$ ,  $r= -0,188$ ; «sivilsamfunn»:  $p= 0,015$ ,  $r= -0,172$ ).

Opplevd forventning fra andre om å være en strategisk tverrsektoriell planlegger hadde i resultatene her signifikant korrelasjon med øk kontakt mot «toppledelse» ( $p= 0,003$ ,  $r= 0,218$ ) og «administrasjon» ( $p= 0,017$ ,  $r= 0,175$ ). Her fremkom sterkere korrelasjon med kontakt mot «toppledelse» enn mot «administrasjon».

Korrelasjonen mellom «økonomisk» utdanningsbakgrunn og variabelen «alder» er flat ( $r= <0,001$ ). Det fremkom også multikollinearitet mellom variablene «hovedstilling» og «stillingsprosent» ( $r= 0,767$ ). Dette ble tatt hensyn til i videre analyser, og variabelen hovedstilling utgikk fra regresjonsanalysen.

*Regresjonsanalyse*

En regresjonsmodell består av en rekke variabler som samlet sett antas å forklare variasjonen i den avhengige variabelen (Johannessen et al., 2010). Den samlede variasjonen beskrives som kvadrert regresjonskoeffisient ( $r^2$ ). Regresjonsanalysen gjør det også mulig å måle den unike effekten den enkelte variabelen har når effekten av de øvrige variablene er nullet ut matematisk. Den ustandardiserte regresjonskoeffisienten (B) angir endring pr enhet av den uavhengige variabelen på enhetene av den avhengige variabelen. Den standardiserte regresjonskoeffisienten ( $\beta$ ), angir endring i standardavvik på begge variablene. Dette gjør at ( $\beta$ ) kan sammenlignes mellom de ulike variablene og dermed også angi hvilke uavhengige variabler som har sterkest påvirkning på den avhengige variabelen (Pallant, 2016).

For å sammenlikne bidraget av hver av de uavhengige variablene, undersøkte man i første omgang hvilken variabel som har høyest skåre på den standardiserte regresjonskoeffisienten ( $\beta$ ) (Tabell 8).

**Tabell 8.** Multipel regresjonsanalyse med uavhengige variabler mot avhengige variabler, hvor variabelen "kontakt med rådmann" er ekskludert i variabelen "Toppleidelse"

		Toppleidelse (n=107)			Administrasjon (n=107)			Sivilsamfunn (n=110)		
		B*	$\beta^{**}$	p-verdi	B*	$\beta^{**}$	p-verdi	B*	$\beta^{**}$	p-verdi
Individuelle faktorer	Kjønn <sup>1</sup>	0,62	0,02	0,868	-1,90	-0,04	0,665	-0,65	-0,02	0,842
	Alder	-0,08	-0,06	0,671	-0,43	-0,25	0,042	-0,04	-0,03	0,805
	Helsefaglig <sup>2</sup>	-1,92	-0,07	0,781	1,71	0,05	0,830	3,67	0,14	0,543
	Folkehelse/friluft/idrett <sup>2</sup>	-7,36	-0,23	0,294	-4,48	-0,11	0,581	4,54	0,15	0,458
	Samfunn/sosial/ped <sup>2</sup>	-3,89	-0,02	0,598	5,24	0,11	0,542	-0,75	-0,02	0,909
	Økonomisk/admin/plan <sup>2</sup>	-2,97	-0,06	0,713	-2,01	-0,03	0,831	0,77	0,02	0,913
	Erfaring	-0,03	-0,02	0,869	0,07	0,03	0,771	0,06	0,04	0,752
Vilje til å satse på folkehelse	Tverrsektoriell gruppe <sup>3</sup>	-0,36	-0,09	0,423	1,09	0,20	0,037	-0,33	-0,08	0,395
	Strat./tverrsekt. Planlegger <sup>4</sup>	1,46	0,06	0,555	1,63	0,06	0,566	-1,56	-0,07	0,457
Organisatoriske forhold	Stillingsprosent	0,12	0,30	0,009	0,18	0,35	0,001	0,16	0,43	< 0,001
	Stillingsinstruks <sup>3</sup>	-5,06	-0,18	0,098	-2,92	-0,08	0,403	-1,76	-0,07	0,497
	Nærmeste leder rådmann <sup>2</sup>	4,00	0,12	0,276	-2,46	-0,06	0,560	-1,14	-0,04	0,714
	Nærmeste leder helse <sup>2</sup>	-2,23	-0,06	0,591	-2,20	-0,05	0,648	0,81	0,02	0,823
	Nærmeste leder omsorg <sup>2</sup>	-4,34	-0,07	0,499	-0,61	-0,01	0,930	0,91	0,02	0,862

<sup>1</sup> 0=Kvinne, 1=Mann, <sup>2</sup> 0=nei 1=ja, <sup>3</sup> 1=ja 2=nei, <sup>4</sup> Verdier 1-6 (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)

\*B= Ustandardisert regresjonskoeffisient, \*\* $\beta$ = Standardisert regresjonskoeffisient.

Mot den avhengige variabelen «toppleidelse», hadde den uavhengige variabelen «stillingsprosent» klart høyest verdi ( $\beta= 0,30$ , B= 0,12) og viste i tillegg p-verdi på 0,009, som betyr at den har signifikant betydning for variasjonen i kontakt mot «toppleidelse». Det kom også til syne signifikans i høyere stillingsprosent og kontakt

med «administrasjon» ( $p= 0,001$ ,  $B= 0,18$ ,  $\beta= 0,35$ ). Høyere stillingsprosent gav 0,18 poeng høyere skåre i kontakt med «administrasjon».

«Kjønn», «alder» og «utdanning» vistes i modellen å ikke ha signifikant betydning for variasjon i kontakt mot «toppledelse».

Det å ha tverrsektoriell arbeidsgruppe, viste skåre på 1,09 poeng mer mot «administrasjon» enn de som ikke har tverrsektoriell arbeidsgruppe for folkehelse ( $B= 1,09$ ,  $p= 0,037$ ). Det fremkom ikke signifikans i det å ha nedsatt tverrsektoriell arbeidsgruppe mot de to andre avhengige variablene «toppledelse» og «sivilsamfunn».

Variabelen «stillingsprosent» var den uavhengige variabelen med høyest verdi på standardisert regresjonskoeffisient også sett mot «administrasjon» ( $\beta= 0,35$ ). Økt stillingsprosent, øker skåre i kontakt med administrasjonen med 0,18 poeng pr. prosent økt stillingsstørrelse, og det vistes signifikans i variabelen «stillingsprosent» og med tanke på å forklare variasjonen i kontaktmønster mot «administrasjon» ( $B= 0,18$ ,  $p= < 0,001$ ).

Med «sivilsamfunn» som avhengig variabel, kom det også til syne signifikans i den uavhengige variabelen «stillingsprosent» ( $p= < 0,001$ ). Dette er den av de uavhengige variablene med klart høyest  $\beta$ -verdi ( $\beta= 0,43$ ), og høyere stillingsprosent gir 0,16 (B) poeng mer i kontakt med «sivilsamfunn».

## 5.0 Drøfting

Gjennom resultatene av denne studien fremkommer det at folkehelsekoordinatorene har relativt lite kontakt med kommunens toppledelse (politikere, ordfører og kommunedirektør) og sivilsamfunnet (innbyggere, næringsliv, frivillig sektor og media), mens kontakten internt i administrasjonen er høy. Selv om kontakten med administrasjonen er høy, sier ikke resultatene i denne studien noe om hva denne kontakten innebærer. Mange politikere og byråkrater er enige i målene for tverrsektoriell samhandling for helsefremming, men endringene som kreves for å effektivisere samarbeidet kan oppleves overveldende (Greaves & Bialystok, 2015). Ikke-helsesektorene kan se det vanskelig å anerkjenne folkehelsearbeid som sitt ansvar, i tillegg til de arbeidsoppgaver de har knyttet til sitt spesialfelt (Synnevåg et al., 2018). Politikere og beslutningstakere trenger en særskilt drivkraft for å gjennomføre store endringer i arbeidet med typiske samfunnsfloker (som HiAP-tilnærmingen kan sies å være), i kombinasjon med lederskap, en visjon og tydelige retningslinjer (Greaves & Bialystok, 2011; Kingdon, 2003).

For at folkehelsekoordinatorene skal kunne fungere som «lim» i det tverrsektorielle samarbeidet innen folkehelse, kan man mulig anta at en viktig forutsetning vil være å ha gode, kontinuerlige tverrsektorielle forbindelser.

Flere forhold synes å ha betydning for hyppigheten av folkehelsekoordinatorenes kontakt med kommunens toppledelse, øvrig administrasjon og sivilsamfunnet. Faktorer som at det foreligger stillingsinstruks, en høyere stillingsprosent, koordinatorjobben som hovedstilling og opplevd forventning fra andre om å være en tverrsektoriell planlegger er faktorer som bidrar til å øke den tverrsektorielle kontakten. Også det å ha kommunedirektør som nærmeste leder vises i denne studien å øke folkehelsekoordinatorenes kontakt mot toppledelsen, administrasjonen og sivilsamfunnet. Høyere alder er her den eneste *individuelle* faktoren som har betydning for økt kontakt mot administrasjon og sivilsamfunn. Samtidig har andre individuelle faktorer som utdanning, erfaring og kjønn, i vårt materiale, ingen betydning eller påvirkning for økt kontakt mot toppledelse, administrasjon eller sivilsamfunn.

Det å ha nedsatt tverrsektoriell arbeidsgruppe for folkehelsearbeidet synes i seg selv ikke å øke folkehelsekoordinatorenes kontakt på tvers av sektorene. Blant de *organisatoriske* faktorene er høyere stillingsprosent den enkeltvariabelen som står

igjen med størst betydning for folkehelsekoordinatorernes økte grad av kommunikasjon mot toppledelse, administrasjon og sivilsamfunn. Selv om høyere stillingsprosent har sammenheng med økt tverrsektoriell kontakt, er kontakten stadig lavere mot toppledelsen og sivilsamfunnet enn mot administrasjonen også i denne variabelen.

### 5.1 Hovedfunn 1: Tverrsektorielt kontaktmønster

Folkehelsekoordinatorernes kontaktmønster er ikke tidligere blitt kartlagt slik som i forskningsprosjektet «FLINK-2019». Med dette har man til en viss grad fått innblikk i hvordan de kommunale folkehelsekoordinatorer kommuniserer med ulike sektorer og aktører i folkehelsearbeidet. Dette kan bidra til å gi et inntrykk av i hvilken grad folkehelsekoordinators innsats på folkehelsefeltet kan sies å være tverrsektoriell, etter anbefalingen gjennom ulike styringssignaler (Folkehelseloven, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Det kan mulig også fortelle oss noe om status for «Health-in-All-Policies»-tilnærmingen i det lokale folkehelsearbeidet, sett fra folkehelsekoordinatorernes perspektiv. De individuelle faktorene kan mulig fortelle noe om hva som bør ligge til grunn for at folkehelsekoordinatorer på best mulig måte kan fungere som endringsagent.

#### 5.1.1 Høy intern administrativ kontakt

Resultatene fra denne studien viser at folkehelsekoordinatorer har gjennomgående høy grad av tverrsektoriell kontakt innad i administrasjonen. Dette kan sies å være i tråd med retningslinjer og anbefalinger for gjennomføring av det systematiske folkehelsearbeidet, hvor det anbefales at alle kommunale sektorer involveres i identifisering av folkehelseutfordringer og utvikling av folkehelsemål og tiltak. Dette blant annet gjennom innhenting og behandling av data omkring befolkningens helse og utarbeidelse av oversiktsdokument og eventuelle tiltak (Folkehelseloven, 2012; Helsedirektoratet, 2013). De fleste strukturelle hindrene innenfor tverrsektorielt samarbeid er knyttet til ulike administrative grenser, forskjellige lover og forskrifter og ulike budsjetter (Axelsson & Axelsson, 2006). Det finnes også barrierer knyttet til ulikt engasjement fra enkeltpersoner. Likevel er det forskjeller i verdier og kulturer som er de vanskeligste barrierene for integrering (Axelsson & Axelsson, 2006). Mulig har

administrasjonen i norske kommuner generelt godt miljø, samkjørte verdier og gode rutiner som bidrar til at samarbeidet og kommunikasjonen ligger på et høyere nivå. Resultatene i denne studien forteller oss at den administrative kontakten er høy, men forteller ikke hva kontakten innebærer eller handler om. Flere av respondentene er ansatt i små prosenter som folkehelsekoordinator, og kontakten innad i administrasjonen kan dermed omhandle helt andre saker enn folkehelse, ettersom koordinatorstillingen gjerne er kombinert med andre administrative oppgaver.

#### *Lav kontakt mot toppledelse og sivilsamfunn*

Folkehelsekoordinatorenes kontakt mot politikerne er i resultatene av denne studien jevnt over lav. Gjennom at folkehelsekoordinator har høy kontakt innad i administrasjonen, kan man mulig anta at det likevel er en viss indirekte kontakt mot toppledelsen som ikke fremkommer i vårt materiale. Dette på bakgrunn av at administrasjonens oppgave er å legge til rette for, og iverksette vedtak fra kommunestyret (Rønhovde, 2016; Kommuneloven, 1995). Samtidig kan mulig lav kontakt mot toppledelsen indikere lav grad av kunnskapsveksling eller politisk inkludering og forankring i det løpende folkehelsearbeidet. Dersom kontakten mot toppledelsen var høyere, ville mulig folkehelsekoordinator i større grad kunne bidra til å orientere politikere om sitt ansvar for folkehelse. Folkehelsekoordinatorenes tverrsektorielle kontakt, eller tverrsektorielle arbeidsgrupper for folkehelse bør muligvis i større grad inkludere samhandling med politikere for økt kunnskapsbasert handling hos beslutningstakerne. Kommunestyret er avhengige av administrasjonen for å kunne gjøre kunnskapsbaserte handlinger (Christensen et al., 2014), også innenfor folkehelsefeltet.

Folkehelsekoordinatorers kontakt mot sivilsamfunn er også jevnt over lav. Der folkehelse-loven og andre styringssignaler anbefaler inkludering av frivillige sektor i det systematiske folkehelsearbeidet, fremstår ikke kontakten som fremtredende i resultatene her. Mulig er retningslinjene for samarbeid med eksterne parter i for stor grad betraktet som en anbefaling. Kanskje kan også samarbeid med sivilsamfunnet sies å i større grad være markedsbasert, enn å inkludere interesseorganisasjoner innenfor folkehelsefeltet i direkte vurdering og utvikling av folkehelse tiltak.

Samtidig kan veilederne og retningslinjene for det løpende folkehelsearbeidet sies å ha tosidig budskap omkring inkludering av sivilsamfunnet. Det fokuseres i tillegg til strukturelle betingelser for folkehelse også på styrking av befolkningens egeninnsats for bedre helse. Dette gjennom frisklivsarbeid, fysisk aktivitet med videre. Mulig retter kommunene større fokus mot folkehelsearbeid mot befolkningen i form av frisklivsarbeid, fysisk aktivitet og levevaner som gjerne er videreført til aktører utenfor kommuneorganisasjonens fire vegger.

Man har i denne studien ikke undersøkt hvilke samarbeidspartnere som bidrar i tverrsektorielle arbeidsgrupper for folkehelsearbeid, men gjennom resultatene i denne studien kan man mulig anta at sivilsamfunnet og toppledelsen i liten grad er involvert direkte i disse prosessene.

At kontakten mot sivilsamfunnet er lav, kan videre bety at folkehelsekoordinator i liten grad er i kontakt med representanter for sivilsamfunnet som utøver vedtatte tiltak fra styresmaktene. I tillegg kan det bety at innbyggere og miljøer hvor folkehelse tiltak settes i kraft ikke er representert i det systematiske folkehelsearbeidet hvor politikk og forbedringspunkter diskuteres og vurderes. Økt deltakelse fra sivilsamfunnet kan mulig kunne gi de folkevalgte og administrasjonen økt orientering om virkning og konsekvenser av eventuelle utfordringer og tiltak innen folkehelse. Man kan mulig anta at representanter fra frivillige organisasjoner eller enkeltpersoner som er i direkte kontakt med innbyggerne og utøver tiltak som er vedtatt, kan ha nyttig kunnskap om virkning, forbedringsområder og komme med forslag til politikkkutforming.

Dersom folkehelsekoordinators kontakt med toppledelsen og sivilsamfunnet hadde vist seg sterkere, ville mulig folkehelsekoordinator hatt potensiale til å være et sterkere bindeledd mellom befolkningen og toppledelsen og være innbyggernes talerør inn mot beslutningstakerne i kommuneorganisasjonen.

#### 5.1.2 Tverrsektoriell gruppe for folkehelse

Det at kommunen har nedsatt tverrsektoriell gruppe for folkehelsearbeid, har ikke betydning for økt grad av tverrsektoriell kontakt med toppledelse, administrasjon eller sivilsamfunn i denne studien. Likevel viser resultatene at 2/3 av kommunene har en tverrsektoriell gruppe for folkehelsearbeid, noe som kan indikere at det likevel er en viss grad av kontakt på tvers av sektorer og interessenter knyttet til folkehelse. Man

har, som nevnt, i denne studien ikke avdekket hvilke aktører som deltar i de tverrsektorielle gruppene for folkehelsearbeid.

Det at nærmere 70% av kommunene har nedsatt tverrsektoriell arbeidsgruppe for folkehelsearbeid, kan mulig tolkes som vilje fra kommunene til å satse på folkehelse. Samtidig vet vi at kommunene er pålagt folkehelsearbeid gjennom folkehelseloven (2012), og at dette mulig satt på spissen kan oppleves som «pliktarbeid», snarere enn fri vilje. Dette med bakgrunn i at flere av respondentene i Synnevåg et al. sin studie fra 2018 uttalte at folkehelsemål ikke egentlig er styringsmål. Informantene i Synnevåg et al. (2018) sin studie uttalte at det i virkeligheten er budsjetter, målstyring og KOSTRA-tall som styrer, snarere enn konkrete målsettinger og visjoner. Noen gav også uttrykk for at folkehelseutfordringer var tydelige i planstrategien, men de mente at kommunen styres av tall og at det som er skrevet om folkehelse egentlig ikke er av stor betydning (Synnevåg et al., 2018). De involverte ser mulig ikke poenget i å integrere folkehelsepolitikk og tiltak i de overordnede plandokumentene når disse ikke er «faktiske» styringsmål. I tillegg viser kritikken til «Health-in-All-Policies»-tilnærmingen at det mangler systemer for å måle resultat og utfall av folkehelseiltak, som igjen kan gjøre det vanskelig å overtale «pengestyrte» politikere til å gjennomføre endringer (Greaves & Bialystok, 2011).

#### *Hvorfor tverrsektorielt samarbeid?*

Forskere argumenterer for at «wicked problems» (som folkehelseutfordringer kan sies å være) krever nye typer politiske tiltak og tilnærminger i håndteringen av komplekse og pluralistiske utfordringer. Behovet for å håndtere samfunnsfloker gjennom ustandardiserte prosesser og nettverksstyring (som tverrsektoriell gruppe for folkehelsearbeid) er viktig på grunn av økt interessekonflikt innenfor sammensatte samfunnsområder (Axelsson & Axelsson, 2006; Head & Alford, 2015). Ulike interesser fra ulike sektorer må samsvares for å identifisere og definere problemer, samt vurdere passende tiltak (Head & Alford, 2015). En velfungerende arbeidsgruppe kan være et nyttig verktøy i disse prosessene for å håndtere sammensatte folkehelseutfordringer, men en tverrsektoriell samarbeidsgruppe for folkehelse har ikke betydning for økt tverrsektoriell kontakt blant folkehelsekoordinatorene i denne studien. En tverrsektoriell samarbeidsgruppe for folkehelse kan en skjør og ustabil organisasjonsform som trenger konstant næring for å overleve og kontinuerlig pleie i



ledelsen for å opprettholde tillit (Axelsson og Axelsson 2006). Vi vet ikke gjennom data i denne undersøkelsen hvor ofte disse gruppene møtes. Kanskje kan man anta at disse gruppene møtes for utarbeidelse av oversiktsdokument (hvert fjerde år), og ellers sjelden.

Det er enighet om at «Health-in-All-Policies»-tilnærmingen er veien å gå, og at tilnærmingen kan bidra til å spare ressurser i helsetjenester. Det er dog lite empirisk bevis for utfall av HiAP-prosesser, og da spesielt økonomisk innvirkning (Greaves & Bialystok, 2011). Det er i følge Kingdon (2003) avgjørende at en policy-entreprenør bruker tid på å overbevise eller «myke opp» pengestyrte politikere og beslutningstakere for gjennomslag for eventuell politikkendring eller tiltak. Noe som kan sies å kreve tid og kontinuitet. Samtidig påpeker Axelsson & Axelsson (2006), at samarbeidsgrupper trenger kontinuerlig pleie for å bestå. Dersom tverrsektorielle arbeidsgrupper kun møtes i forbindelse med utarbeiding av oversiktsdokument, og ikke i det løpende folkehelsearbeidet vil mulig folkehelsekoordinators muligheter for å mekle være sparsomme.

### 5.1.3 Behovet for koordinering

For å sikre en god HiAP-prosesser, argumenterer flere forskere og teoretikere for at ledelse (koordinering) er avgjørende for at tilnærmingen skal fungere (Head & Alford, 2015; Kingdon, 2003; Williams, 2002; Holt, 2018). En folkehelsekoordinator er ment til å bidra til stimulering av lokalt engasjement, gi drahjelp til lokale aktiviteter og tverrsektorielt arbeid samt koordinere ulike aktørers innsats (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Ansettelse av en folkehelsekoordinator er dog kun en anbefaling, og ikke noe kommunene er pålagt. Hovedoppgaven for koordinering av samarbeid er ifølge Axelsson og Axelsson (2006) å håndtere barrierer tilknyttet kulturelle forskjeller, verdier, interesser og forpliktelser. Disse barrierene må håndteres i det tverrfaglige teamet og også mellom teamet og samarbeidende organisasjoner. En koordinator må håndtere konflikter i det tverrsektorielle samarbeidet ved å bidra til å finne felles interesser, verdier og mål.

Ifølge Kingdons teori om policy-entreprenøren, kan en endringsagent finnes på flere ulike steder i en organisasjon og i ulike hierarkiske posisjoner avhengig av hvor i en prosess man befinner seg (Kingdon, 2003). Dersom endringsagenter finnes på flere

steder, vil det mulig også kunne sies å styrke behovet for en folkehelsekoordinator. En koordinator som har gode tverrsektorielle forbindelser, vil mulig ha bedre grunnlag for å knytte kontakt med nøkkelpersoner på andre områder og nivåer av betydning for utvikling og iverksetting av folkehelseiltak.

HiAP-tilnærmingen fungerer i all hovedsak for langtidsstrategier. Dette kan virke ugunstig med tanke på valgcykluser, ettersom fordelene med HiAP-prosesser og relaterte tiltak vises på lengre sikt når beslutningstakere som har vært ansvarlige for å implementere tiltakene har gått av (Greaves & Bialystok, 2011). En administrativt ansatt folkehelsekoordinator vil kunne opprettholde kontinuitet i folkehelsearbeidet over flere mandater, og mulig kunne bidra til å overvåke eventuelle resultater over tid. Politikere og beslutningstakere trenger også en særskilt drivkraft for å gjennomføre en så stor endring som HiAP-tilnærmingen er, i kombinasjon med lederskap, en visjon og tydelige retningslinjer (Greaves & Bialystok, 2011).

Både Kingdons teori om policy-entreprenøren og boundary spanner-teorien, understreker viktigheten av at det finnes en endringsagent eller et bindeledd i samarbeids- og beslutningsprosesser, og argumenterer for at en tilstedeværelse av en slik person er avgjørende for politisk gjennomslag (Kingdon, 2003; Williams 2002).

#### *Forutsetninger for å koordinere*

Å lede ulike interessenter i en organisasjon til å påta seg samarbeidsoppgaver krever ifølge flere forskere spesielle lederevner (Head & Alford, 2015; Kingdon, 2003; Holt, 2018). Koordinatoren bør oppmuntre og utfordre til å delta i HIAP-prosessen og gi dem omstendigheter de kan trives i. Dette er ikke bare en teknisk rolle som knyttes til ideer og ressurser, men en personlig og politisk rolle, som involverer å bygge relasjoner. I tillegg innebærer rollen mekling av avtaler på tvers av ulike interesser (Williams, 2002). Endringsagentrollen sikrer effektiv kobling av problemer, tiltak og politikk (Williams, 2012; Kingdon, 2003). En boundary spanner som tolk og kommunikator innebærer en forståelse av forskjellige kulturer, motivasjoner og syn og praksis fra et bredt spekter av fagpersoner, organisasjoner og sektorer som deltar i samarbeidsmiljøer. De kontakter-, holder kontakten med- og samarbeider med enkeltpersoner som representerer forskjellige og noen ganger skiftende interesser. En boundary spannerrolle innebærer å ha evne til å skape og opprettholde effektive mellommenneskelige

forhold gjennom tillit, evne til å kommunisere, lytte, empati, skape enighet og konfliktløsning (Williams, 2013).

## 5.2 Hovedfunn 2: Viktigheten av organisatoriske forhold og stillingsprosent

### 5.2.1 Viktigheten av organisatoriske forhold

Resultatene i studien viser signifikant sammenheng i forholdet mellom det å være organisert i sentraladministrasjonen med kommunedirektøren som nærmeste leder, og økt tverrsektoriell kontakt. Forskere har tidligere argumentert for at folkehelsekoordinatorer bør plasseres i kommunens sentraladministrasjon for å på best mulig måte utføre sin oppgave som bindeledd på tvers av sektorer (Hagen et.al., 2015). Folkehelsekoordinatorer har tradisjonelt vært organisert i helsesektoren, eller i andre sektorer utenfor sentraladministrasjonen, noe som også kommer til syne gjennom «FLINK-2019». Resultatene viser at kun 30% av folkehelsekoordinatorene i norske kommuner i dag har kommunedirektøren som nærmeste leder. Dette er relativt likt prosentandelen i Helgesen og Hofstads baseline-undersøkelse fra 2012 (før folkehelseloven trådte i kraft), da 34% oppgav å ha kommunedirektøren som nærmeste leder. Samtidig fremkommer det i «FLINK-2019» at 22% av folkehelsekoordinatorene er plassert i helse- eller omsorgssektoren, mot 46% i baseline-undersøkelsen fra 2012 (Helgesen og Hofstad, 2012). At det nå ser ut til at færre folkehelsekoordinatorer er organisert i helse- eller omsorgssektoren, kan mulig anses som tegn til anerkjennelse i kommunene av at folkehelsearbeidet ikke er ment for å være et ærend for helsesektoren alene, men skal gjelde alle sektorer.

#### *Sentral plassering i organisasjonen*

Det å være plassert i rådmannens stab øker den tverrsektorielle kontakten, og dette er også den faktoren som har størst betydning for kontakt mot toppledelsen. Med dette kan man mulig anta at folkehelsekoordinators plassering i sentraladministrasjonen er av betydning for politisk agendasetting for folkehelse i kommunene. Kontakten er likevel gjennomsnittlig høyere mot administrasjonen, enn mot toppledelse og

sivilsamfunn også blant folkehelsekoordinatorer organisert i sentraladministrasjonen i denne undersøkelsen.

Holt (2018) argumenterer for at organisatorisk plassering alene ikke har betydning for å gi den institusjonelle makten som trengs for å påvirke den politiske agendaen, men at en folkehelsekoordinator i større grad behøver spesiell kompetanse og ferdigheter for å fungere som et tverrsektorielt bindeledd. Dette fordi det sammensatte, politiske folkehelsearbeidet er ulikt tradisjonelt folkehelsearbeid (frisklivsarbeid, helsetjenester). Også Kingdon (2003) hevdet at en policy-entreprenørs (endringsagents) plassering er ubetydelig for at vedkommende skal lykkes, men at en endringsagent kan finnes på flere ulike steder og nivå i organisasjonen, avhengig av hvor i politikkkutformingsprosessen man befinner seg (Kingdon, 2003).

I denne studien har man kartlagt folkehelsekoordinators utdanningsbakgrunn, og vurdert i hvilken grad dette påvirker deres tverrsektorielle kommunikasjon. Av det vi vet om respondentenes utdanningsbakgrunn gjennom «FLINK-2019», taler resultatene imot at selve utdanningsretningen har betydning for økt tverrsektoriell kontakt. Dette vil belyses nærmere senere i dette kapittelet, under individuelle faktorer.

#### *Stillingsinstruks*

Viktigheten av at det foreligger en stillingsinstruks for folkehelsekoordinator kommer til syne i resultatene av denne studien. Det at stillingsinstruks for folkehelsekoordinator foreligger, viser å ha signifikant sammenheng med økt kommunikasjon mot toppledelsen, administrasjonen og sivilsamfunnet. Samtidig som stillingsinstruks er viktig for økt tverrsektoriell kontakt, oppgir 64,5% av folkehelsekoordinatorene at det ikke foreligger en slik instruks for deres arbeid med folkehelse. Satt på spissen så har folkehelsekoordinatorer i gjennomsnitt en 42,5% stilling innen folkehelsearbeid, men over halvparten mangler retningslinjer for hva stillingen skal innebære. En stillingsinstruks kan mulig styrke folkehelsekoordinators muligheter til å utføre det kontinuerlige, tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Dette ved at det mulig kan synliggjøre folkehelsekoordinatorenes behov for ressurser i form av tid, kunnskap og spesifiserte oppgaver en folkehelsekoordinator bør ha for å gjennomføre folkehelsearbeidet på en best mulig måte. I tillegg kan en stillingsbeskrivelse bidra til å gi folkehelsekoordinatorene trygghet i egen rolle. En stillingsbeskrivelse kan også gi

legitimitet til deres betydning og virke for andre interessenter og beslutningstakere på tvers av- og utenfor kommuneorganisasjonen. At andre vet hva de kan forvente av en folkehelsekoordinator, eller i det hele tatt hva en folkehelsekoordinator er, vil mulig bedre et tverrsektorielt samarbeid, fordi alle parter vet hva de kan eller skal forvente.

#### 5.2.2 Tid til rådighet avgjørende for grad av kommunikasjon

Resultatene viser at det klart viktigste elementet for folkehelsekoordinatorenes økte tverrsektorielle kontakt er en høyere stillingsprosent. At folkehelsekoordinatorer er ansatt i høyere stilling, har signifikant sammenheng med økt tverrsektoriell kommunikasjon mot toppledelsen, administrasjonen og sivilsamfunnet. Gjennomsnittlig stillingsprosent blant folkehelsekoordinatorene i denne studien er 42,5%, og kun 21,5% av folkehelsekoordinatorene er ansatt i 80 % stilling eller mer. Helgesen og Hofstad (2012) viste til at flere små enn store kommuner hadde ansatt folkehelsekoordinator, men til gjengjeld i små stillingsbrøker på 10-20%. Før kommunereformen trådte i kraft i 2020, var over halvparten av landets kommuner regnet som mikro- eller småkommuner med under 5000 innbyggere (225 kommuner) (Vinsland, 2016), som kan tyde på at de færreste kommunene hadde folkehelsekoordinator i større stillinger, og at de færreste folkehelsekoordinatorer da har nødvendig spillerom for å koordinere det tverrsektorielt folkehelsearbeid.

Kanskje kan man tenke seg at en høyere stillingsprosent eller fulltidsstilling gir et bedre grunnlag for å være konsekvent i rollen som bindeledd i folkehelsearbeidet. Som Kingdon (2003) forklarer i sin teori om policy-entreprenøren er en endringsagent konsekvent i arbeidet for sin sak, og bringer bevisst sin agenda i møte med andre interessenter eller beslutningstakere, til offentlige møter så vel som til lunsj. Policy-entreprenøren arbeider kontinuerlig for å «myke opp» beslutningstakere i ulike sektorer, og venter på at det rette øyeblikket skal inntreffe for å presentere og forhåpentlig få gjennomslag for eventuelle vedtak (Kingdon, 2003). Dersom en endringsagent skal ha nødvendig spillerom for å arbeide konsekvent og målrettet for gjennomslag i folkehelsearbeidet, bør vedkommende mulig ha rom for det i form av tid til å bygge tverrsektorielle- og politiske relasjoner, og tillit hos de ulike samarbeidspartene.

Boundary Spanner-teorien, vektlegger viktighet av å bygge gode relasjoner, engasjere seg i andre og vise effektiv mellommenneskelig kompetanse (Williams, 2002). Dette for å oppnå en forståelse av mennesker og organisasjoner utenfor deres interne kretser, anerkjenne og verdsette ulikheter i kultur, profesjon, rolle og synsvinkel. Også boundary spanners trenger å forstå andres organisering og gjøre en reell innsats for å få empati med, og respekt for andres verdier og perspektiver (Williams, 2002). Dette kan sies å være en tidkrevende prosess, og kanskje også dette krever en konsekvent folkehelsekoordinator for å få til. Mulig innehar folkehelsekoordinatorene disse egenskapene, men mangler tiden til å utføre oppgaven som bindeledd og dele sin ekspertise i det tverrsektorielle samarbeidet innen folkehelse.

### 5.2.3 Folkehelsekoordinators individuelle faktorer uten betydning

Individuelle faktorer som kjønn, alder, erfaring og utdanning er elementer som lar seg måle og sette i system i en kvantitativ tilnærming. Ved en nærmere titt på de individuelle faktorene som er undersøkt i denne studien, har ikke utdanning, erfaring eller kjønn sammenheng med variasjon i kontakt mot verken toppledelsen, administrasjonen eller sivilsamfunnet.

At ikke kjønn har noen innvirkning på grad av tverrsektoriell kontakt kan ansees som positivt. I dagens likestillingssamfunn er dog menn tydelig underrepresentert blant folkehelsekoordinatorer i norske kommuner, kun representert med 19%. Teorien om boundary spanners og Kingdons teori om policy-entreprenøren vektlegger heller ikke kjønn som faktor i beskrivelsen av rollen som endringsagent. Likevel er Kingdon (2003) sine studier gjort i miljøer som er dominert av mannlige respondenter eller mannsdominerte posisjoner.

Flere teoretikere og forskere peker på at en endringsagent bør ha god kompetanse innenfor sitt felt, gode lederegenskaper og nødvendig verktøy for å forstå politiske prosesser og for å få gjennomslag for folkehelseiltak (Greaves og Bialystok, 2014; Holt, 2018, Williams, 2002; Tushman, 1977; Kingdon, 2003). Utvalget har en gjennomsnittsalder på 46 år. Aldersgjennomsnitt har dog ikke nødvendigvis betydning for om en folkehelsekoordinator har opparbeidet spesiell politisk kompetanse, utdanning eller erfaring innenfor sitt felt, eller har nødvendig verktøy for å håndtere politiske og tverrsektorielle utfordringer. Men det kommer kanskje godt med. Samtidig

vises ikke erfaring, basert på antall år ansatt i kommunen, å ha betydning for økt tverrsektoriell kontakt. Resultatene viser at respondenter med høyere alder har økt kontakt med administrasjon og toppledelse.

#### *Kunnskap og utdanning*

En endringsagent bør i tillegg til å ha spesialkompetanse innenfor sitt felt ha gode politiske forbindelser og forhandlingsferdigheter og rik politisk kunnskap (Kingdon, 2003; Holt, 2018). I denne studien fremkommer ingen sammenheng mellom type utdanning og økt tverrsektoriell kontakt. Man kunne kanskje se for seg at folkehelsekoordinatorer med statsvitenskapelig, administrativ eller folkehelsevitenskapelig utdanningsbakgrunn ville hatt et bedre utgangspunkt for å arbeide målrettet tverrsektorielt. Dette på bakgrunn av at man kan anta at de har interesse for- og kjennskap til organisasjonssammensetninger og politiske prosesser gjennom sin utdanningsretning. Likevel er graden av kontakt relativt lik blant de oppgitte utdanningsretninger i denne studien («helsefaglig», «folkehelse», «økonomisk», «samfunnsfaglig»).

I denne studien vises som nevnt ingen betydning av lengre arbeidserfaring/fartstid i kommunen for økt tverrsektoriell kontakt. Man kunne kanskje tenke seg at koordinatorer som har arbeidet i kommunen over flere år har opparbeidet kjennskap til organisering, politiske prosesser og kollegaer i ulike sektorer, som igjen vil kunne styrke tverrsektoriell kontakt. Ser man utelukkende på de som har arbeidet i kommunen i 9 år eller mindre, er det signifikant sammenheng med kontakt mot toppledelsen, men det er stadig lav kontakt her sammenliknet med kontakten mot administrasjonen. De som har arbeidet i kommunen i mindre enn 9 år, er også de som er i flertall når man har undersøkt om respondentene har arbeidet med folkehelse som sin hovedstilling (lineært med høyere stillingsprosent). Dette kan igjen understøtte at en høyere stillingsprosent har størst betydning for økt tverrsektoriell kommunikasjon. Det kan tenkes at folkehelsekoordinatorer som har arbeidet i kommunen over flere år har bedre kjennskap til organisering og politiske prosesser i kommunen, men at de ikke har tilstrekkelig spillerom i form av tid for å knytte tverrsektorielle bånd og dele sin kunnskap til andre aktører i forbindelse med folkehelsearbeidet.

### *Personlige egenskaper*

Vi vet en del om individuelle faktorer hos folkehelsekoordinatorene, men dette sier oss ingenting om koordinatorenes personlige egenskaper, interesser eller karisma. Flere forskere og teoretikere nevner personlige egenskaper som en endringsagent bør inneha og lista over superlativer er ikke kort. Det antydes blant annet at en endringsagent i sin oppgave som mekler bør fremtre personlig, ærlig, respektfullt, pålitelig, tolerant, diplomatisk, omsorgsfullt og engasjert, samt være ekstrovert, ærlig, åpen, omgjengelig og konsekvent (Williams, 2002; Williams, 2013; Kingdon, 2003). Personlige egenskaper er vanskelige å måle eller sette i en meningsfull sammenheng i en kvantitativ tilnærming.

Williams (2002) refererer til endringsagenten som kommunikator og tolk, som oversatt til folkehelsearbeid innebærer å ha evne til å oversette folkehelseutfordringer og tema med empati og respekt for de forskjellige kulturer, ulike motivasjoner, syn og praksis i et vidt spekter av fagpersoner, organisasjoner og sektorer. Flere påpeker også viktigheten av evnen til å tilpasse, tilrettelegge og dele kunnskap mellom ulike interessenter eller sektorer for å takle samfunnsflokke (Head og Alford, 2015; Williams, 2013; Kingdon, 2003). Folkehelsekoordinator bør dermed kanskje ha gode kommunikasjonsevner, for på best mulig måte fungere som tverrsektorielt bindeledd i folkehelsearbeidet.

Selv om et spesielt sett av rik kunnskap om politiske prosesser, spesialkunnskap innenfor sitt felt og personlige egenskaper som empati, engasjement og ærlighet sees på som viktig i arbeidet som endringsagent (folkehelsekoordinator), er ikke selve utdanningsretning av betydning for økt tverrsektoriell kontakt i denne studien. Det kan likevel hende at folkehelsekoordinatorene innehar disse ønskede egenskapene som en endringsagent bør ha, men det lar seg vanskelig måle eller sette i system gjennom en tverrsnittstudie. En folkehelsekoordinator kan dog ikke drive sin misjon for folkehelsen uten tid til rådighet.



### 5.3 Styrker og svakheter

Denne studien er av kvantitativt design, hvor man ikke ser etter enkeltpersoners meninger eller følelser, men innhenter informasjon om eksempelvis kontaktmønster, organisatoriske forhold eller meninger i en gruppe som kan settes i system. Dette for å få mulighet til å identifisere eventuelle sammenhenger og forsøksvis beskrive folkehelsekoordinatorernes kontaktmønster og faktorer som påvirker dette mønsteret. Her kan man ikke trekke slutninger om kausalitet.

Studien er en tverrsnittsundersøkelse med tilhørende spørreskjema, hvor informasjon er innhentet på ett bestemt tidspunkt. Dersom skjemaet hadde blitt sendt ut ved et annet tidspunkt, ville resultatene sannsynligvis se annerledes ut.

Det har blitt innhentet kontaktinformasjon til fortrinnsvis folkehelsekoordinatorer i norske kommuner, eller personer med ansvar for folkehelse. Vi kan dermed anta at besvarelsene er troverdige. Vi vet likevel ikke med sikkerhet hvem som har besvart spørreskjemaet der undersøkelsen er sendt til postmottak, eller om kommunene som ikke deltok i undersøkelsen i det hele tatt har en folkehelsekoordinator. Dersom vi hadde hatt oversikt over hvilke kommuner som faktisk har ansatt folkehelsekoordinator, kunne man mulig hatt bedre grunnlag for beregning av en mer nøyaktig svarprosent.

Ønsket med studien var at utvalget skulle være representativt for folkehelsekoordinatorer i norske kommuner. Alle kommuner unntatt Oslo ble inkludert (N= 427). Vi har oppnådd en svarprosent på 60-72%, og et betydelig antall deltakere (N= 263), som kan sies å være en god respons for denne typen undersøkelser. For å oppnå en så høy svarprosent som mulig, purret man pr telefon til de som ikke hadde svart. Dette kan fremstå påtrengende og negativt for respondentene. En høyere svarprosent var likevel viktig for oss, for å kunne generalisere eventuelle funn.

Det er viktig å være klar over at flere av respondentene ikke har fullført spørreundersøkelsen. Det ble også opplyst om at respondentene kunne unnlate å svare på enkelte spørsmål. At flere respondenter ikke fikk mulighet til å fullføre undersøkelsen er forståelig, da spørreundersøkelsen var relativt lang og omfattende. Til gjengjeld fikk respondentene god tid til å besvare undersøkelsen.

Dersom flere kommuner hadde deltatt i studien, eller flere av respondentene hadde fullført undersøkelsen, kunne resultatene fått et annet utfall.

Statistiske analyser stiller krav til at man vet hvilken type data man har for å finne riktig testmetode for utregning. I denne oppgaven gjennomførte man flere ulike utregninger for å komme frem til presentable svar. Analysene skal kunne gjenskapes.

Gjennom statistiske analyser, har man dannet seg et bilde av folkehelsekoordinatorenes kontaktmønster, hvem folkehelsekoordinatorene er, hvilke organisatoriske forhold de arbeider under og forhold av betydning for økt tverrsektoriell kontakt. Med tanke på kartlegging av tverrsektoriell kontakt blant folkehelsekoordinatorer, har man derimot ikke innhentet informasjon om hvilke aktører som er representert i de tverrsektorielle gruppene for folkehelsearbeid i kommunen. Det kunne gitt oss et mer nyansert grunnlag for å analysere involvering av politikere og frivillig sektor i det løpende folkehelsearbeidet.

## 6.0 Konklusjon

I denne studien er det blitt undersøkt hva som preger folkehelsekoordinatorers kontaktmønster, samt hvilke forhold som bidrar til økt tverrsektoriell kontakt. Dette på bakgrunn av at tverrsektorielt samarbeid gjennom en «Health-in-All-Policies»-tilnærming er den ønskelige veien å gå for å løse sammensatte folkehelseutfordringer. På bakgrunn av anbefalingen fra Helse- og omsorgsdepartementet om ansettelse av en folkehelsekoordinator, var ønsket også å belyse omstendighetene folkehelsekoordinatorene arbeider under. Teorien beskriver at en endringsagent er avgjørende i politikktutforming og når komplekse utfordringer skal ledes og lirkes for å løses.

Det som preger den tverrsektorielle kontakten hos folkehelsekoordinatorene i denne studien, er en gjennomgående høy tverrsektoriell kontakt innad i administrasjonen. Ved at kontakten mot øvrig administrasjon er høy kan man anta en viss indirekte kontakt mot toppledelsen, ettersom administrasjonens oppgave er å legge til rette for og iverksette tiltak vedtatt av kommunestyret. I resultatene her, fremkommer det at folkehelsekoordinatorene har lav grad av kontakt mot toppledelsen, noe som kan indikere mangelfull kunnskapsveksling eller politisk inkludering og forankring i det løpende folkehelsearbeidet. Kommunestyret er avhengige av administrasjonen for å kunne gjøre kunnskapsbaserte handlinger, også innenfor folkehelsefeltet.

Folkehelsekoordinatorenes kontakt med sivilsamfunnet er også lav. Dette kan tyde på at frivillig sektor og enkeltaktører i liten grad er involvert i samarbeidsprosessene omkring folkehelsearbeidet. Det kan også bety at de aktører som utøver tiltak og lover som er iverksatt av styresmaktene, og har direkte kontakt med innbyggerne som berøres av aktuelle folkehelse tiltak, ikke får delt sine opplevelser og erfaringer med beslutningstakerne i kommuneorganisasjonen. Dersom folkehelsekoordinator hadde hatt høyere kontakt med toppledelsen og sivilsamfunnet, ville gjerne folkehelsekoordinatoren hatt bedre utgangspunkt for å fungere som bindeledd mellom befolkningen og beslutningstakerne.

Nesten 70% av kommunene har nedsatt tverrsektoriell arbeidsgruppe for folkehelsearbeid, som tyder på en viss grad av tverrsektoriell involvering i folkehelsearbeidet. Man har dog i denne studien ikke kartlagt hvilke aktører som bidrar inn i kommunenes tverrsektorielle grupper for folkehelse, eller hvor vidt de møtes på jevnlig basis.

Resultatene i studien viser at en høyere stillingsprosent, eller fulltidsstilling er avgjørende for folkehelsekoordinatorenes økte tverrsektorielle kontakt. Kun 22% av respondentene i studien har 80% stilling eller mer for folkehelsearbeid, mens gjennomsnittlig stillingsprosent er 42,5%. Det å ha stillingsinstruks for arbeidet med folkehelse har også betydning for folkehelsekoordinatorenes økte tverrsektorielle kontakt. Over halvparten av folkehelsekoordinatorene oppgir i vårt materiale at de ikke har stillingsinstruks for sitt arbeid med folkehelse.

For at prosesser som HiAP-tilnærmingen skal fungere optimalt, trengs det ifølge forskere en tydelig koordinator eller endringsagent i det tverrsektorielle samarbeidet, som innehar spesialkunnskap innenfor sitt felt og med god politisk forståelse. I tillegg personlige egenskaper i en meklerrolle med empati, tillit og innsikt i andre kulturer. Tverrsektorielle team behøver konstant næring og kontinuerlig pleie for å opprettholde tillit. I kommuneorganisasjonen, kan en folkehelsekoordinator være et godt eksempel på en samlende endringsagent i «Health-in-All-Policies»-tilnærmingen. Vedkommende bør ifølge teorien være konsekvent, ha gode forbindelser både internt og eksternt og skal kunne gjøre folkehelsespråket og utfordringer forståelig for alle parter. Folkehelsekoordinatoren kan også bidra til å holde tak i prosesser der gjerne resultatene kommer til syne når beslutningstakerne som har iverksatt tiltakene har gått av.

Det å være organisert med kommunedirektør som nærmeste leder har størst betydning for økt kontakt med ordfører, sentrale- og mindre sentrale politikere. Individuelle faktorer vises ikke i denne studien å ha betydning for økt tverrsektoriell kontakt. Det betyr likevel ikke at folkehelsekoordinatorene ikke har ønskede ferdigheter som fremkommer av teoriens beskrivelser av boundary spanners eller policy-entreprenøren. Personlige egenskaper som vises til i teorien, er dog vanskelig å måle eller sette i system i en kvantitativ tilnærming.

En folkehelsekoordinator har mulig de personlige superlativer av egenskaper som i teorien beskrives som essensielt hos en endringsagent, men behøver tilstrekkelig spillerom i form av tid for og på best mulig måte handle tverrsektorielt i det kontinuerlige folkehelsearbeidet. En folkehelsekoordinator kan ikke drive sin misjon for folkehelsen uten retningslinjer og tid til rådighet.

## Litteratur

- Acheson, D. (1988). *Public health in England : the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. London.
- Adelaide statement. (2010). Adelaide Statement on Health in All Policies.(Recent news from WHO). *Bulletin of the World Health Organization*, 88(8), 569. doi:10.2471/BLT.10.030810
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *Int J Health Plann Manage*, 21(1), 75-88. doi:10.1002/hpm.826
- Baldersheim, H., Duy, I. N., Hye, L., Jacobsen, D. I., Kühn, N., Silva, N. E., & Øgård, M. (2021). *Styrket lederskap i kommunal sektor - gjeldende rett, roller og rolleforståelse mellom folkevalgte og kommunedirektør*. (Delrapport 1). Retrieved from <https://www.ks.no/contentassets/b30fbb4a36fc4e6cac496bdd39c6b66c/KS-FoU-Styrket-lederskap-i-kommunal-sektor-delrapport-1.pdf>
- Barner-Rasmussen, W., Ehrnrooth, M., Koveshnikov, A., & Mäkelä, K. (2014). Cultural and language skills as resources for boundary spanning within the MNC. *Journal of international business studies*, 45(7), 886-905. doi:10.1057/jibs.2014.7
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., & Aars, J. (2014). *Forvaltning og politikk* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Cozby, P. C., & Bates, S. C. (2015). *Methods in behavioral research* (12th ed. ed.). Boston: McGraw-Hill Education.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed. International student ed. ed.). Los Angeles, Calif: SAGE.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. *Institute for Futures Studies, Arbetsrapport, 14*.
- FN. (2013). FNs bærekraftsmål. Retrieved from <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>
- Folkehelseloven. (2012). *Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven>
- Greaves, L. J., & Bialystok, L. R. (2011). Health in All Policies – All Talk and Little Action? *Can J Public Health*, 102(6), 407-409. doi:10.1007/BF03404187
- Hagen, S., Helgesen, M., Torp, S., & Fosse, E. (2015). Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scand J Public Health*, 43(6), 597-605. doi:10.1177/1403494815585614
- Hagen, S., Øvergård, K. I., Helgesen, M., Fosse, E., & Torp, S. (2018). Health Promotion at Local Level in Norway: The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups. *Int J Health Policy Manag*, 7(9), 807-817. doi:10.15171/ijhpm.2018.22
- Head, B. W., & Alford, J. (2015). Wicked Problems: Implications for Public Policy and Management. *Administration & society*, 47(6), 711-739. doi:10.1177/0095399713481601
- Helgesen, M., & Hofstad, H. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid : ressurser, organisering og koordinering : en baselineundersøkelse*(Vol. 2012:13).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *St.meld. nr. 16 - Resept for et sunnere Norge*. Regjeringen.no Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar*. (Meld. St. 34). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. . (Meld. St. 19). Retrieved from

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjeneste>
- Helsedirektoratet. (2013). God oversikt - en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Retrieved from <http://www.kommunetorget.no/PageFiles/11244/God-oversikt-en-forutsetning-for-god-folkehelse-IS-2110.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018). *Folkehelsepolitisk rapport 2017*. (IS-2698). Retrieved from [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelsepolitisk-rapport/Folkehelsepolitisk%20rapport%202017.pdf/\\_attachment/inline/4510fa5e-942c-4dcd-b169-2160d54687b8:3f359de7447af72b37c030572afe69919d0871ca/Folkehelsepolitisk%20rapport%202017.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelsepolitisk-rapport/Folkehelsepolitisk%20rapport%202017.pdf/_attachment/inline/4510fa5e-942c-4dcd-b169-2160d54687b8:3f359de7447af72b37c030572afe69919d0871ca/Folkehelsepolitisk%20rapport%202017.pdf)
- Holt, D. H. (2018). Rethinking the Theory of Change for Health in All Policies Comment on "Health Promotion at Local Level in Norway: The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups". *Int J Health Policy Manag*, 7(12), 1161-1164. doi:10.15171/ijhpm.2018.96
- Holt, D. H., Rod, M. H., Waldorff, S. B., & Tjørnhøj-Thomsen, T. (2018). Elusive implementation: an ethnographic study of intersectoral policymaking for health. *BMC Health Services Research*, 18. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-2864-9>
- Hsiao, R.-L., Tsai, D.-H., & Lee, C.-F. (2012). Collaborative Knowing: The Adaptive Nature of Cross-Boundary Spanning. *Journal of management studies*, 49(3), 463-491. doi:10.1111/j.1467-6486.2011.01024.x
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Kickbusch, I. (2015). The political determinants of health—10 years on. *BMJ*, 350(jan08 2), h81-h81. doi:10.1136/bmj.h81
- Kiland, C., Kvåle, G., & Torjesen, D. O. (2015). The Ideas and Implementation of Public Health Policies: The Norwegian Case. In S. B. Waldorff, A. R. Pedersen, L. Fitzgerald, & E. Ferlie (Eds.), *Managing change: from health policy to practice* (pp. 9-25). England: Macmillan.
- Kingdon, J. W. (2003). *Agendas, alternatives, and public policies* (2nd ed. ed.). New York: Longman.
- Kommuneloven. (1992). *Lov om kommuner og fylkeskommuner*. ((LOV-2018-06-22-83)). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83?q=kommuneloven>
- Martyn, C. (2004). Commentary: Politics As A Determinant Of Health. *BMJ: British Medical Journal*, 329(7480), 1423-1424.
- McQueen, D. V. (2012). *Intersectoral governance for health in all policies : structures, actions and experiences*(Vol. 26).
- Nylenna, M., Braut, G. S., & Thelle, D. S. (2021). Store medisinske leksikon - Folkehelse. Retrieved from <https://sml.snl.no/folkehelse>
- Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (6th ed. ed.). Maidenhead: McGraw Hill Education.
- Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling*. (LOV-2008-06-27-71). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71?q=plan-%20og%20bygningsloven>
- Regjeringen. (2020, 03.01.2020). Fakta om kommunereformen. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/kommunereform/id2548377/>
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*. Retrieved from <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2014-2015/offentligfolkehelsearbeid.pdf>

- Rittel, H. W. J., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy sciences*, 4(2), 155-169. doi:10.1007/BF01405730
- Roberts, M. J. D., & Beamish, P. W. (2017). The Scaffolding Activities of International Returnee Executives: A Learning Based Perspective of Global Boundary Spanning. *Journal of management studies*, 54(4), 511-539. doi:10.1111/joms.12266
- Rønhovde, L. (2016). 6 Kommunal organisering i møtet med samhandlingsreforma. In (pp. 79-96): Universitetsforlaget.
- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). *Health in All Policies. Prospects and Potentials*. . (eu2006.fi). Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health
- Synnevåg, E. S., Amdam, R., & Fosse, E. (2018). Intersectoral Planning for Public Health: Dilemmas and Challenges. *Int J Health Policy Manag*, 7(11), 982-992. doi:10.15171/ijhpm.2018.59
- Tushman, M. L. (1977). Special Boundary Roles in the Innovation Process. *Administrative science quarterly*, 22(4), 587-605. doi:10.2307/2392402
- Vinsland, G. (2016). *Dokumentasjon av dagens kommuneinndeling med vekt på geografiske typeproblemer 2016*. (NIVI Rapport 2016:4). Retrieved from [https://www.regjeringen.no/contentassets/859468c5041141fd81ddf399e1374a07/geografiske\\_typeproblemer.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/859468c5041141fd81ddf399e1374a07/geografiske_typeproblemer.pdf)
- Williams, P. (2002). The Competent Boundary Spanner. *Public administration (London)*, 80(1), 103-124. doi:10.1111/1467-9299.00296
- Williams, P. (2013). We are all boundary spanners now? *The International journal of public sector management*, 26(1), 17-32. doi:10.1108/09513551311293417
- Winslow, C. E. A. (1920). THE UNTILLED FIELDS OF PUBLIC HEALTH. *Science*, 51(1306), 23-33. doi:10.1126/science.51.1306.23
- World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. In (1 ed.): Oxford University Press.
- World Health Organization. (2002). CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 983-984. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=131878592&site=ehost-live>
- World Health Organization. (2012). The European Health 2020 policy framework - a common purpose, a shared responsibility. . Retrieved from [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1). from World Health Organization Regional Office for Europe [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1)
- World Health Organization. (2013). Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Retrieved from [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf)
- World Health Organization. (2014). The Helsinki Statement on Health in All Policies. *Health Promotion International*, 29(suppl\_1), i17-i18. doi:10.1093/heapro/dau036



## Vedlegg 1 – Samtykke- og spørreskjema



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

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

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

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

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

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

Lenke til informasjonsskriv og prosjektskisse  
Med vennlig hilsen  
Tor-Ivar Karlsen, Prosjektansvarlig

### **SAMTYKKE**

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

**Jeg vil delta i denne undersøkelsen.**

Ja

(1)

Kommunenavn  
(Skriv navnet på din kommune under her)

---

**Vi vil gjerne åpne med noen bakgrunnsspørsmål om stillingen din.**

Hvor lenge har du vært ansatt i kommunen?

(Angi antall år)

---

Utgjør arbeidet ditt med folkehelse din hovedstilling i kommunen?

(1)  Ja

(2)  Nei

På hvilket nivå er hovedstillingen din?

(1)  Leder

(2)  Spesialrådgiver/spesialkonsulent

(4)  Konsulent

(5)  Annet, angi hvilket nivå \_\_\_\_\_

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

---

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

(Angi prosent)

---

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

(Angi prosent)

\_\_\_\_\_

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

(1)  Ja

(2)  Nei

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

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

\_\_\_\_\_

Har du eventuelle kommentarer til spørsmålet over? V8\_kommentar

---

---

---

---

---

**Nå kommer det spørsmål om din arbeidsbakgrunn.**

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

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

Hvilket folkehelseomr de har høyest politisk prioritering?

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

Hvilket hovedområde oppfatter du som det viktigste?

- (0)  Befolkningssammensetning
- (1)  Oppvekst- og levekårsforhold
- (2)  Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- (3)  Skader og ulykker
- (4)  Helserelatert atferd

- (5)  Helsetilstand  
 (6)  Ingen av disse

Hvilken aldersgruppe opplever du som høyest politisk prioritert i kommunen?

[Rangér fra mest viktig (øverst) til minst viktig (nederst)] (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?

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

Er rettferdig fordeling av ressurser prioritert i det lokale folkehelsearbeidet?

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

Hvem er din nærmeste leder?

- (1)  Rådmannen  
 (2)  Leder plan  
 (3)  Leder kultur  
 (4)  Leder omsorg  
 (5)  Leder helse  
 (6)  Leder oppvekst/skole  
 (7)  Leder teknisk  
 (8)  Annen leder, angi her \_\_\_\_\_

Vennligst angi hvor i kommunen du er organisatorisk plassert.

(Skriv inn i feltet under) V19\_orgplass

---



---



---

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

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?

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

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

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

(Sett gjerne flere kryss)

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

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

Angi ca. prosent av din stilling til følgende oppgavene

Tverrfaglig koordinering	—
Planarbeid	—
Saksbehandling	—
Kunnskapsformidling/informasjonsarbeid	—

Angi ca. prosent av din stilling til følgende oppgavene

Initiere og utføre tiltak \_\_\_\_\_

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

	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:

	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 folkehelse tiltak	(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:

	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"/>



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

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

**Nå følger to spørsmål knyttet til dette.**

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

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

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

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

Kryss av

	<b>Ikke i det hele</b>	<b>I svært liten grad</b>	<b>I liten grad</b>	<b>I noen grad</b>	<b>I stor grad</b>	<b>I svært stor grad</b>
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?

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

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

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

(Sett gjerne flere kryss)

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

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

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

Dersom helseoversikten er under utarbeiding, når forventes den ferdigstilt?

(Angi kun årstall, ÅÅÅÅ)

\_\_\_\_\_

Dersom ja, når ble denne ferdigstilt første gang?

(Angi kun årstall, ÅÅÅÅ)

\_\_\_\_\_

Er helseoversikten tilgjengelig på kommunens nettsider?

- (1)  Ja  
(2)  Nei

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

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

Hvilke utfordringer har vært de største i utarbeidelsen av helseoversiktene?

(Skriv gjerne noen ord om de største utfordringene)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Har kommunen benyttet eksterne konsulenter i utarbeidelsen av helseoversikten?

- (1)  Ja  
(2)  Nei

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

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

Har kommunen samarbeidet med andre kommuner om utarbeidelse av helseoversikten?

- (1)  Ja
- (2)  Nei

Skal oversikten revideres i løpet av 2019/2020?

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

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

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

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

(Sett gjerne flere kryss)

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

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

(Sett gjerne flere kryss)

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

Har kommunen nedsatt egne tverrsektorielle arbeidsgrupper/fora for folkehelsearbeid?

- (1)  Ja
- (2)  Nei

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

(Sett gjerne flere kryss)

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

Dersom Ja, hvor ofte møtes gruppen?

(Ca. antall ganger pr. år)

\_\_\_\_\_

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

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

Hva vil du si er hovedfokus i de tverrsektorielle arbeidsgruppene?

(Sett gjerne flere kryss)

- (1)  Plan-/oversiktsarbeid
- (2)  Kunnskapsdeling og informasjon
- (3)  Idémyldring
- (4)  Planlegging av tiltak
- (5)  Annet, angi hva \_\_\_\_\_

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

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

	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?

	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?

	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"/>



	Ikke i det hele	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Sterkere regulering i lovverket	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

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

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

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

Hvor stor innflytelse opplever du å ha på kommunens folkehelsesatsning?

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

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

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

**Helt til slutt kommer det noen spørsmål om deg selv.**

Kjønn

(0)  Kvinne

(1)  Mann

Alder (angi alder i år)

—

Utdanningsnivå

(1)  Grunnskole

(2)  Videregående utdanning

(3)  Høgskole/universitet, til og med 3 år

(4)  Høgskole/universitet, mer enn 3 år

Hvilken type hovedutdanning har du?

Angi utdanning(er)

---

---

---

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

(Slå sammen evt. deltidsutdanninger til hele år)

—

Angi brutto årslønn (før skatt) i hel stilling.

(Angi i kroner)

\_\_\_\_\_

**Tusen takk for at du har fylt ut spørreskjemaet.**

**Første presentasjon av resultatene vil komme under Folkehelsekonferansen høsten 2019.**

**Trykk [avslutt] for å lagre.**

## Vedlegg 2 – Etisk godkjenning NSD

23.5.2019 Meldeskjema for behandling av personopplysninger



### **NSD sin vurdering**

#### **Prosjektittel**

Folkehelsearbeid i norske kommuner, 2019

#### **Referansenummer**

902924

#### **Registrert**

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

#### **Behandlingsansvarlig institusjon**

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

#### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

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

#### **Type prosjekt**

Forskerprosjekt

#### **Prosjektperiode**

20.05.2019 - 31.12.2030

#### **Status**

20.05.2019 - Vurdert

#### **Vurdering (1)**

**20.05.2019 - Vurdert**

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

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5c779ddd-bf20-4516-98f1-b1892b756250> 1/2

23.5.2019 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2030.

#### LOVLIG GRUNNLAG

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

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

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

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

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

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5c779ddd-bf20-4516-98f1-b1892b756250> 2/2

## Vedlegg 3 – Etisk godkjenning FEK



Eva Therese Stensvold Danielsen

Ref: 19/03865

Tidspunkt for godkjenning: : 27/05/2019

Besøksadresse: Universitetsveien 25 Kristiansand

### **Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - FLINK-2019**

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

Kommentar fra godkjenner:

Søknaden godkjennes under forutsetning av at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden.

Hilsen

Forskningsetisk komiteFakultet for helse - og idrettsvitenskapUniversitetet i Agder

**UNIVERSITETET I AGDER**

POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND TELEFON 38 14 10 00  
ORG. NR 970 546 200 MVA - [post@uia.no](mailto:post@uia.no) - [www.uia.no](http://www.uia.no)

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

## Vedlegg 4 – Databehandleravtale mellom UiA og Rambøll/SurveyXact

### **Avtale – databehandleravtale etter personopplysningsloven**

Les veilederen på [www.datatilsynet.no/databehandler](http://www.datatilsynet.no/databehandler)

#### **Databehandleravtale**

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

mellom

#### **Universitetet i Agder (UiA)**

(org.nr: 970 546 200)

behandlingsansvarlig

og

#### **Rambøll Management Consulting AS**

(org.nr: 987 886 609)

databehandler

## 1. Avtalens hensikt

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

Avtalen regulerer 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 databehandlerens systemer.

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

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

## 9. Meddelelser

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

## 10. Lovvalg og verneting

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

\*\*\*

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

Oslo, 11. august 2011.

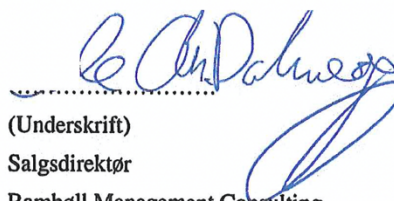
Behandlingsansvarlig



(Underskrift)

Assisterende Universitetsdirektør  
Universitetet i Agder  
Seunn Smith-Tønnesen

Databehandler



(Underskrift)

Salgsdirektør  
Rambøll Management Consulting  
Ole Dalvang