

Folkehelsekoordinatorens arbeidsoppgaver som ansatt i
kommunen

Camilla Midttveit Welde

VID vitenskapelige høgskole

Stavanger

Masteroppgave

Master i medborgerskap og samhandling

Antall ord: 24966

24.11.2022

Sammendrag

Denne masteroppgaven har som mål å belyse hvilke arbeidsoppgaver folkehelsekoordinatorer vektlegger i sitt arbeid med folkehelse i kommunen. Folkehelsekoordinatorer er ansatt både i kommunen og fylkeskommunen, og har ansvar for å koordinere folkehelsearbeidet innad i gjeldende kommune eller fylkeskommune. Kommuner har etter folkehelseloven som kom i 2012 fått et større ansvar for innbyggerne i kommunen sin helse. En folkehelsekoordinator ble anbefalt å ansette i tilnærmet full stilling, i rådmannens stab. Folkehelsekoordinator er ingen lovpålagt funksjon og har ingen klar stillingsbeskrivelse. Det fremmer stor ulikhet i arbeidsoppgaver og prioritering av folkehelsearbeidet i kommunen.

Målet med studien er å undersøke hvilke arbeidsoppgaver folkehelsekoordinatorer har i kommunens arbeid med folkehelse, da folkehelsekoordinator er en omdiskutert stilling med uklar stillingsbeskrivelse. Problemstillingen for oppgaven er: Hvilke arbeidsoppgaver vektlegger folkehelsekoordinatorer i sitt folkehelsearbeid?. For å få konkrete beskrivelser av hvilke arbeidsoppgaver folkehelsekoordinatorer har, er det benyttet kvalitativ tilnærming med intervju av syv folkehelsekoordinatorer.

Studiens resultater viser at det er flere faktorer som påvirker hvilke arbeidsoppgaver folkehelsekoordinatorene vektlegger. Funnene i studien viser at faktorer som organisering av stillingen og stillingens størrelse påvirker til dels arbeidsoppgavene ved at organisering i helsesektoren kan hindre oppvekstsektoren til å ta kontakt, og derfor var ikke plasseringen i helsesektoren tilfredsstillende. Dersom folkehelsekoordinatorstillingen var kombinert med en annen, kunne den andre påvirke hvilken kapasitet folkehelsekoordinatoren fikk til å utføre arbeidsoppgaver relatert til folkehelsekoordinatorstillingen. Det viser seg at arbeidsoppgavene som folkehelsekoordinatorene legger vekt på er å sikre tverrsektorielt samarbeid, utarbeide planer, igangsette prosjekter, forvalte folkehelsemidler, iverksette tiltak mot helseutfordringer, holde kommunens oversikt over befolkningens helse, og til slutt sikre medvirkning i planer, prosjekter og tiltak.

Abstract

This thesis has the goal to enlighten which work tasks a public health coordinator emphasizes in their work regarding public health in the municipality. Public health coordinators are employed both in the municipality and county municipality. They have the responsibility to coordinate the public health related work in their respective municipality or county municipality. Municipalities has a bigger responsibility for the health of the inhabitants due to the Public Health Act which took effect in 2012. It was recommended by the Public Health Act to hire Public Health Coordinators in a close to full position in the councilor's staff. A Public Health Coordinator is not required by the law, nor does it have a clear job description. There is a big diversity in work tasks and priorities of public health work in the municipality.

The goal of the study is to survey which work tasks a Public Health Coordinator has in the municipality's work regarding public health, as the public health coordinator is a disputed position with an unclear job description. The issue with the thesis is the following: Which work tasks does a public health coordinator emphasize in his/hers work regarding public health? To gain concrete descriptions of which work tasks a public health coordinator has, a qualitative approach has been used by interviewing seven public health coordinators.

The results of the study shows that there are multiple factors that affect which work tasks a public health coordinator emphasizes. The findings in the study shows that different factors, such as the organizational structure of the position and the size of the position party affects the work tasks in such a way that the organization in the Health Sector can stop the Growth Sector from taking contact, and therefore the placement in the health sector was not satisfactory. If the position as public health coordinator were combined with another position, the other position could affect the capacity that the public health coordinator had to perform work tasks related to the public health coordination. It shows that the work tasks a public health coordinator emphasizes is to secure cross-sectorial cooperation, preparation of planning work, commissioning of projects, administration of public health funds, implementation of measures against health challenges, keeping an overview of the public's health in the municipality, and at last, participation in plans, projects and measures.

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært interessant, spennende, gitt meg en del ny og nyttig informasjon, og sist men ikke minst testet tålmodigheten min. Den har vært til stor frustrasjon, men vært utrolig gøy å skrive. Det var en nysgjerrighet jeg hadde til folkehelsekoordinatorer som medførte at denne oppgaven ble til.

Jeg ønsker å rette en stor takk til de syv folkehelsekoordinatorerne som deltok i studien, og gjorde denne masteroppgaven mulig. Jeg vil også rette en stor takk til min mann som har stått ved min side, støttet meg og hjulpet med når motivasjonen har vært på det laveste. Takk til mine nærmeste venninner som har tatt i mot mine utblåsninger og skrevet støttende ord tilbake.

Og sist men ikke minst må jeg rette den største takken til min veileder Gry Mørk, for at du har hatt troen på meg til å fullføre denne oppgaven. Du så hvordan jeg var som student og visste derfor akkurat hvordan du skulle veilede meg. Uten deg hadde jeg aldri klart det.

Videre håper jeg at denne studien har fått frem økt forståelse for folkehelsekoordinatorers arbeid i kommunen, og at noen av funnene blir å se i den nye folkehelsemeldingen som skal publiseres våren 2023.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	4
Forord	5
1 Innledning.....	9
1.1 Presentasjon av tema og samfunnsmessig relevans	9
1.2 Problemstilling, forskningsspørsmål og mål med studien	13
1.3 Oppgavens oppbygning.....	14
2 Teori.....	15
2.1 Folkehelsearbeid.....	15
2.1.1 Samhandling på tvers	19
2.2 Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	21
2.3 Koordinering av sektorer	23
2.3.1 Folkehelsekoordinatoren.....	25
2.4 Medborgerskap og medvirkning	28
2.4.1 Medborgerskap	28
2.4.2 Medvirkning.....	29
3 Metode	32
3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming.....	32
3.1.1 Fenomenologi.....	32
3.1.2 Hermeneutikk styrker forståelsen	33
3.2 Valg av metode	34
3.2.1 Kvalitativ metode.....	35
3.2.1 Registrering av informasjon.....	36
3.3 Utvalg og kriterier	36
3.3.1 Utvalgsriterier	36
3.3.2 Rekruttering og utvalg	37

3.4 Intervjuguide og gjennomføring av intervjuene	38
3.4.1 Intervjuguiden	38
3.4.2 Gjennomføring av intervjuene.....	39
3.5 Analyse	40
3.5.1 Transkribering.....	40
3.5.2 Analyseprosess	41
3.6 Forskningsetiske retningslinjer	45
3.7 Reliabilitet, validitet og overførbarhet	47
3.7.1 Reliabilitet.....	47
3.7.2 Validitet	47
3.7.3 Overførbarhet.....	48
4 Resultat.....	49
4.1 Systematisk folkehelsearbeid	49
4.1.1 Planarbeid og rapportering	49
4.1.2 Prosjektarbeid.....	51
4.2 Samhandlingsfokusert.....	53
4.2.1 Koordinering av helsefremmende og forebyggende tiltak.....	53
4.2.2 Bidrag til tverrsektorielt samarbeid.....	54
4.2.3 Medvirkning og borgerinvolvering	57
4.6 Oppsummering	58
5 Drøfting.....	61
5.1 Folkehelsekoordinatorens fokus på medvirkning.....	61
5.1.1 Medvirkning i folkehelsearbeidet.....	65
5.2 Et systematisk arbeid for alle sektorer	68
5.2 Samarbeid og samhandling har høyt fokus.....	73
5.2.1 Tiltak som er helsefremmende og forebyggende.....	76
5.3 Plasseringen påvirker arbeidsoppgavene	79

5.4 Svakheter med studien	81
6 Konklusjon	83
6.1 Veien videre	87
Litteraturliste.....	88
Vedlegg 1.....	96
Vedlegg 2.....	100
Vedlegg 3.....	102

1 Innledning

Denne oppgaven omhandler folkehelsearbeidet i kommunen med vekt på folkehelsekoordinatorer sine arbeidsoppgaver. Befolkningens helse er å anse som et av samfunnets viktigste ressurser, og en god helse er noe vi i dag vet at krever tilrettelegging for at flest mulig skal oppleve. En god helse er en forutsetning for at menneske skal ha mulighet til å nå sitt fulle potensial, og på den måten kunne bidra til å utvikle samfunnet (Prop. 90 L (2010-2011), FN, 2022, 8. november). God helse er blitt et ansvar for samfunnet å bidra til, som er en av grunnene til at ansvaret for god helse er blitt lagt utenfor helsetjenesten (Meld. St. 19 (2018-2019)). Ved utarbeidelse av samhandlingsreformen etterfulgt av ny lov om folkehelse (jmf. Folkehelseloven) ble kommunen ilagt et større ansvar for å styrke folkehelsen og utjevne sosiale forskjeller (Folkehelseloven, 2011). For at kommunen skulle kunne ivareta det helhetlige ansvaret for folkehelsen iht folkehelseloven, ble det anbefalt å opprette en folkehelsekoordinator stilling til å koordinere dette arbeidet (Bekken, 2018). Folkehelseloven trådte i kraft for 10 år siden, men enda er det økende sosiale helseforskjeller og uenighet om folkehelsekoordinatorer har noen effekt på folkehelsearbeidet.

I det første kapittelet vil jeg presentere bakgrunnen for valg av tema og hvilken relevans det har for samfunnet. Videre vil jeg på bakgrunn av tema og samfunnsmessig relevans presentere problemstillingen etterfulgt av målet med studien. Deretter følger det avslutningsvis et kort avsnitt hvor jeg gjør rede for oppgavens oppbygging og struktur fra start til slutt.

1.1 Presentasjon av tema og samfunnsmessig relevans

Historien frem til dagens folkehelsearbeid ser jeg som hensiktsmessig å vise til for å gi et innblikk på hvorfor folkehelse fortsatt er et aktuelt tema å studere. Temaet er valgt på bakgrunn av eget interessefelt innenfor folkehelse og tverrsektorielt samarbeid. Håpet er at det vil gi bedre forståelse for hvorfor jeg har valgt å gå inn på dette temaet. Det startet allerede i 1977 da WHO's helseforsamling vedtok i Alma Ata en resolusjon som slo fast at:

Det viktigste sosiale mål for verdens regjeringer og for WHO i kommende ti-år, skal være å arbeide for at alle verdens innbyggere innen år 2000 skal ha oppnådd en helsestatus som gjør det mulig for dem å leve et sosialt og økonomisk tilfredsstillende liv. (NOU 1998:18, s. 220)

Denne resolusjonen innebar en konkretisering av WHO sin ideelle helsedefinisjon fra 1948, og ble lagt til grunn for en global strategi som baserer på at forutsetningene for god helse kan ivaretas gjennom et omfattende sektorovergrepene samarbeid (NOU 1998:18, 220). Etterhvert kom "Ottawa Charteret om helsefremmende arbeid" i 1986. Ottawa Charteret var det første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid, som definerte at arbeidet med å fremme god helse i befolkningen er et ansvar for alle sektorer, ikke bare helsesektoren (WHO,1986). Målet med konferansen var å presentere en handling for å oppnå "helse for alle innen år 2000". Norge tilsluttet seg til WHO sitt mål om helse for alle i år 2000 og forpliktet seg derfor i 1988 til å utjevne helseforskjeller, dermed ble det utarbeidet en nasjonal helseplan mot år 2000 med fokus på helsepolitikken forebyggende arbeid (St. meld. 41 (1987-1988)). Poenget med denne historien er å vise til at det er over 40 år siden det ble påpekt at bedring av befolkningens helse er et arbeid som må gjelde for alle sektorer i samfunnet, ikke kun helsesektoren.

Det er gradvis blitt mer oppmerksomhet på at helse og miljø må sees i sammenheng, og at et helsefremmende og forebyggende arbeid er utfordrende og langsiktig (St. meld. 37 (1992-1993)). Videre er det blitt påpekt at bærekraftig utvikling ikke kun handler om vern av natur og miljø, men at det også handler om å fremme god helse i befolkningen. Siden 1989 har det blitt oppført midler på statsbudsjettet til å utvikle tiltak- og utviklingsprosjekt med mål om å øke kommunens faglige og administrative kompetanse til å ivareta helsefremmende og forebyggende oppgaver (St. meld. 37 (1992-1993)). Videre fremmer stortingsmeldingen igjen at sektorer utenfor helse- og omsorgssektoren må i større grad trekkes med i samarbeidet for å fjerne og redusere risikofaktorer som fører til sykdom, skade og sosiale problemer, og

en faktor for å lykkes med dette er et desentralisert samfunn med større ansvar for samfunnsutviklingen lagt til lokalmiljøene. Allerede i 1997 (NOU 1998) kom ideen om å opprette stilling for en folkehelsekoordinator i rådmannens stab vurdert til å kunne markere tyngden av folkehelsearbeidet og det sektorovergripende folkehelsearbeidet, men det ble understreket å være en frivillig ordning for kommunen. I folkehelsemeldingen (St. meld. 16 (2002-2003)) blir plutselig en koordinator for folkehelse sett på som en ressurs for folkehelsearbeidet, og en folkehelsekoordinator blir omtalt til å fungere som "lim" i det lokale folkehelsearbeidet. Folkehelsekoordinatoren blir påpekt å kunne bidra til å koordinere ulike aktørers innsats, utløse lokalt engasjement, gi drahjelp til lokale aktiviteter og tverrsektorielt arbeid (St. meld. 12 (2002-2003)).

I 2009 kom samhandlingsreformen som erkjente at det har vært utfordringer med samhandling gjennom flere tiår (St. meld. 47 (2008-2009)). Reformen understreker behovet for bredt tverrsektorielt folkehelsearbeid, hvor kommuneplanens samfunnsdel nevnes som en viktig arena for å løfte frem helseutfordringene. «I 2004 ble det etablert en egen stimuleringsordning for tverrsektoriell organisering av folkehelsearbeidet basert på partnerskap, herunder en administrativ koordineringsfunksjon regionalt og lokalt» (St. meld. 47 (2008-2009)). Samhandlingsreformen hadde i bunn og grunn hovedfokus på helse- og omsorgssektoren, men inkluderte likevel det tverrsektorielle folkehelseperspektivet som et viktig fokus. Folkehelsekoordinator ble anbefalt å forankre sentralt administrativt i nærhet til det politiske nivået, men fremmet at kommunene ikke var pålagt å ha en egen folkehelsekoordinator (St. meld. 47 (2008-2009)). I 2011 ble proposisjonen med forslag til lov om folkehelsearbeid lagt frem (Prop. 90 L (2010-2011)) og etterfulgt av denne kom folkehelseloven som trådte i kraft 1. januar 2012 (Folkehelseloven, 2011). Folkehelseloven bidro med å ansvarliggjøre kommunen enda tydeligere i sitt arbeid med folkehelsen, og kan på den måten anses som et viktig løft for folkehelsearbeidet og folkehelsekoordinatorene.

Folkehelsearbeidet har tradisjonelt sett vært forankret i kommunens helsesektor, men etter samhandlingsreformen ble utarbeidet har arbeidet beveget seg mer ut av helsefeltet (Schou

et al., 2014). Før reformen så hadde de fleste folkehelsekoordinatorer enten helsesjef eller kommunelege som nærmeste leder, mens nå har flere i større grad plansjefen som leder (Schou et al., 2014). Derimot viser det seg at tendensene til at andre sektorer deltar mer i folkehelsearbeidet har økt, gir likevel et hovedinntrykk av at folkehelse fortsatt er et ansvar for helsesektoren (Schou et al., 2014). Før folkehelseloven trådte i kraft i 2012 hadde 76 prosent av norske kommuner opprettet en folkehelsekoordinator stilling, hvor 22 prosent hadde heltidsstilling og 28 prosent var organisert i staben til administrerende direktør (Hagen et al., 2015). Folkehelsekoordinatorer som var plassert på ledernivå i organisasjonen opplevde å ha mer status og prestisje til funksjonen, og dermed kunne bidra til større gjennomslagskraft i ulike sektorer (Ouff et al., 2010). Videre mente flere av folkehelsekoordinatorerne at det var utfordrende å jobbe tverrfaglig og tverrsektorielt når det ikke forelå et mandat fra egen organisasjon i ryggen. Tidligere har også arbeidsoppgavene til folkehelsekoordinatorerne vært svært brukerrettede, men har fått en dreining til å bli mer administrative til tross for at flesteparten av folkehelsekoordinatorerne er organisert i helsesektoren (Schou et al., 2014). I folkehelsemeldingen blir det påpekt at ansvaret for folkehelsearbeidet i kommunene ble løftet ut av helsetjenesten og over til kommunal ledelse etter folkehelseloven trådte i kraft i 2012 (Meld. St. 19 (2018-2019)). Etter dette har folkehelsekoordinatoren i praksis blitt sett på som hovedaktøren som setter folkehelse på agendaen, men folkehelsekoordinatoren har ikke mandat til å lage vedtak eller er en lovpålagt funksjon. Folkehelsekoordinatoren blir fremmet hos 81 prosent av kommunene i Norge som den som tar mest ansvar for folkehelsearbeidet, og når koordinatoren er ansatt i tilnærmet full stilling er da man ser positive effekter (Meld. St. 19 (2018-2019)).

Folkehelsekoordinatorer anses å spille en nøkkelrolle for å koordinere det tverrsektorielle samarbeidet med folkehelse, og de som er ansatt nærmere administrerende direktør korrelerer med større tverrsektorielt samarbeid (Hagen et al., 2015). Folkehelsearbeidet fremmer en nødvendighet av samarbeid på tvers av sektorer (Hofstad og Vestby, 2009), og folkehelseloven fremmer behovet for et systematisk folkehelsearbeid som er kunnskapsbasert (Meld. St. 34 (2012-2013)). Tilknytning til sektor kan føre til at en blir "låst" i

en sektor som medfører vansker med tverrsektorielt samarbeid, og lokalisering et stykke ned i hierarkiet gjør det vanskeligere for folkehelsekoordinatoren å utføre rollen sin (Schou et al., 2014). Koordinering av folkehelse på tvers av sektorer nevnes som den arbeidsoppgaven de fleste folkehelsekoordinatorene har, men folkehelsekoordinatorene er som oftest ansatt i små stillingsandeler og har ikke spesifiserte oppgaver (Helgesen og Hofstad, 2012). Lite føringer i stillingsbeskrivelsen blir vurdert til å ha innvirkning at arbeidsoppgavene blir vanskelige å forstå, som kan være årsaken til at folkehelsekoordinatorer jobber ulikt i ulike kommuner (Hagen et al., 2018). I tillegg har kommunens vilje til å se behovet for en folkehelsekoordinator en avgjørende faktor i tildeling av ressurser til stillingsprosenten (Hofstad, 2018).

Tidligere litteratur har påpekt viktigheten av at folkehelsearbeidet skal utføres av alle sektorene i samfunnet og en folkehelsekoordinator er ansett som en viktig faktor for å lykkes i folkehelsearbeidet. Når nyere forskning viser at flere folkehelsekoordinator stillinger er opprettet for å nettopp lykkes med folkehelsearbeidet, men flere momenter viser å påvirke hvilken effekt arbeidet til folkehelsekoordinatoren har og folkehelsearbeidet fortsatt har en "lang vei å gå", vil det være interessant å se hvordan folkehelsekoordinatorer arbeider med folkehelsearbeidet i kommunen.

1.2 Problemstilling, forskningsspørsmål og mål med studien

Hensikten med studien er å undersøke hvordan folkehelsearbeidet blir utført på kommunalt nivå etter folkehelseloven la mer ansvar på kommunene. Målet er å undersøke nærmere hvordan folkehelsekoordinatorer arbeider med folkehelsearbeidet i kommunen for å forstå hvilken effekt deres arbeid har på kommunens folkehelsearbeid. Ved å undersøke denne tematikken kan det bringe større forståelse for folkehelsekoordinatorers arbeid på kommunalt nivå og belyse behovet for videre utvikling av det viktige arbeidet de utfører.

Problemstillingen for denne oppgaven er: Hvilke arbeidsoppgaver vektlegger folkehelsekoordinatorer i sitt folkehelsearbeid?

Denne problemstillingen er formulert på en slik måte at den skal kunne kartlegge konkret hvilke arbeidsoppgaver folkehelsekoordinatorerne har, og hvilke de vektlegger som viktige i sitt arbeid med folkehelse. Fokuset er rettet mot folkehelsekoordinatorer fordi det er de som blir påpekt til å ha hovedansvaret for folkehelsearbeidet i kommunen, og derfor er det relevant å se på både stillingens størrelse og plassering, arbeidsmengde og hvilken innflytelse de har på kommunen.

1.3 Oppgavens oppbygning

I kommende kapitler vil følgende bli presentert:

Kapittel 2 vil presentere teoridelen av oppgaven. For å kunne besvare problemstillingen vil det benyttes teori knyttet til folkehelsearbeidet, helsefremmende og forebyggende arbeid, koordinering, medborgerskap og medvirkning. Folkehelsearbeid er et vidt tema og rommer underkapitlet samhandling på tvers, for å skape større forståelse for folkehelsearbeidet knyttet til folkehelsekoordinatorer. Koordinering av sektorer vil bli utdypet med hensikt i arbeidsoppgaver knyttet til folkehelsekoordinatoren. Til slutt vil medborgerskap og medvirkning bli redegjort hver for seg for å skape forståelse for hvordan sammenhengen kan knyttes til oppgaven.

I kapittel 3 vil presentere hvilken metode som er benyttet i oppgaven. For å besvare problemstillingen er det benyttet kvalitativ metode med den hensikt å undersøke hvordan folkehelsekoordinatorer opplever folkehelsearbeidet i kommunen, og erfaringer fra sine arbeidsoppgaver. Siden studien skal undersøke menneskers opplevelser og erfaringer av et fenomen, er det benyttet en fenomenologisk filosofi. Det er også benyttet hermeneutisk tilnærming av den grunn at studien har som hensikt å styrke forståelsen av folkehelsekoordinatorens arbeidsoppgaver. Videre vil valg av informanter presenteres. Deretter vil utformingen av intervjuguiden bli redegjort for og hvordan intervjuene ble gjennomført. Analysen og aktuelle funn vil presenteres etterpå, etterfulgt av

forskningsetiske retningslinjer man må ta hensyn til ved behandling av personopplysninger. Til slutt presenteres forskningsprosjektets troverdighet.

I kapittel 4 vil resultatet av analysen presenteres. Her vil det komme gullsitat, eller rettere sagt konkrete sitater hentet ut fra intervjuene som er gjort av syv folkehelsekoordinatorer. I kapittel 5 vil funnene fra kapittel 4 bli drøftet og diskutert opp mot teori fra kapittel 2. Avslutningsvis vil svakheter med studien presenteres. I kapittel 6 blir studien rundet av med en konklusjon av studiens funn. Her vil også veien videre påpekes i forhold til hvordan studien kan benyttes til videre forskning.

2 Teori

Opgaven har som hensikt å finne ny kunnskap basert på problemstillingen. For å kunne oppnå det skal ulike teoretiske perspektiver knyttet til folkehelsekoordinatorer sine arbeidsoppgaver i kommunen belyses. Innledningsvis vil det bli redegjort for hva folkehelsearbeid innebærer. Deretter vil begrepene helsefremmende og forebyggende arbeid presenteres. Videre vil forskjellige teorier om koordineringsbehovet innen folkehelsearbeidet og betydningen av medvirkning beskrives. Teoriene er valgt med hensikt for å gi en bedre forståelse av faglig relevant kunnskap og for å skape et grunnlag for diskusjon av problemstillingen: Hvilke arbeidsoppgaver vektlegger folkehelsekoordinatorene i sitt folkehelsearbeid?.

2.1 Folkehelsearbeid

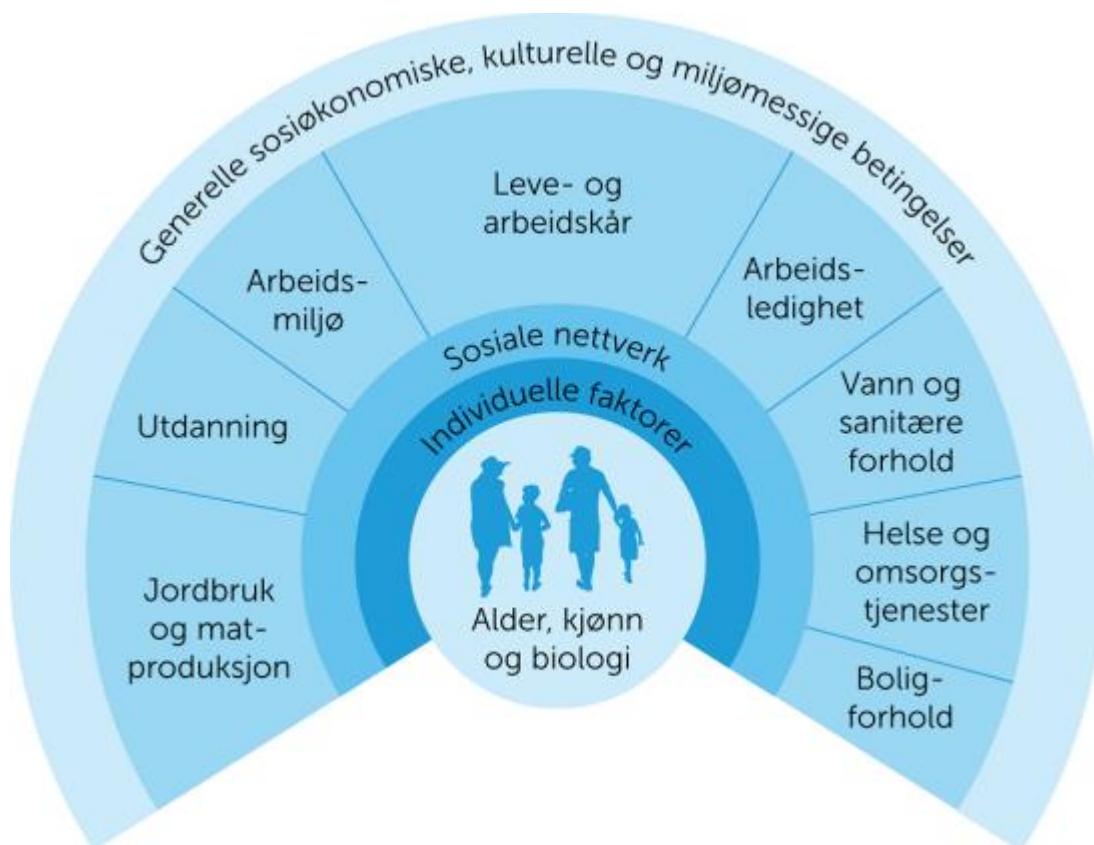
Befolkningens helse er en av samfunnets viktigste ressurser. Det er hovedgrunnen for tilrettelegging når det kommer til at flest mulig skal oppleve at god helse er grunnleggende i folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeidet gjelder ikke bare det å unngå sykdom og skade blant mennesker, men at det i størst mulig grad skal hindre at sykdom og skade oppstår. I 1986 ble det definert ved Ottawa Charter (WHO) at god helse er en viktig ressurs for sosial, økonomisk og personlig utvikling etterfulgt av en viktig dimensjon av livskvalitet. Videre ble politiske, økonomiske, sosiale, kulturelle, miljømessige, atferdsmessige og biologiske

faktorer fremmet for å kunne være skadelige for helsen. Helse blir derfor definert som en ressurs for hverdagen, og legger vekt på sosiale og personlige ressurser så vel som fysiske kapasiteter. Dette var et bidrag til å endre arbeidet med folkehelse til å gjelde helsefremmende arbeid som alle sektorer sitt ansvar, ikke bare helsesektoren (WHO, 1986). God helse hos den enkelte øker mulighetene for livsutfoldelse (Prop. 90 L (2010-2011)). Ifølge FN (2022, 8. november) sin definisjon er god helse en forutsetning for menneskers mulighet til å nå sitt fulle potensial og for å bidra til utvikling i samfunnet. Hvordan helsen vår er, påvirkes av miljø, økonomi og sosiale forhold. Dette viser at det er flere faktorer som påvirker helsen til befolkningen, og det viser viktigheten av at alle bidrar i arbeidet mot å bedre folkehelsen (FN, 2022, 8. november).

Folkehelsearbeidet har lenge vært et fokusområde i Norge, men fokusområdet har endret seg i løpet av årene som har gått. I 1988 lagde Norge sin første nasjonale helseplan mot år 2000 på bakgrunn av problemer og utfordringer med å bedre befolkningens helse, og siden den gang har det vært et sterkt fokus på å bedre befolkningens helse også i andre sektorer forutenom helsesektoren (St.meld. 41 (1987- 1988)). Over tid har det vært en gradvis økning angående oppmerksomheten av at helse og miljø må sees i sammenheng (St.meld. 37 (1992-1993)) fordi forståelsen av at helsen påvirkes av forskjellige miljøfaktorer bidrar til økt kunnskap om at forebyggings- og forbedringsfokusets også må legges på andre områder enn helsesektoren. Tidligere lå hovedvekten på helsesektoren i form av arbeid mot smittsomme sykdommer og andre miljøfaktorer, mens det nå også er rettet mer oppmerksomhet mot et bredere sett av sosiale og strukturelle faktorer som påvirker helsen - det er ikke lenger et ansvar for det offentlige og helsesektoren alene, men et ansvar for at alle samfunnssektorer må bidra i folkehelsearbeidet (Meld. St. 19 (2018-2019)).

Folkehelse ligger i kjernen i politikken i de fleste land. Norge er et av de landene hvor folkehelsepolitikken ligger i kjernen, og har som mål å skape flere leveår i befolkningen på grunnlag av god helse som helhet, ved blant annet å redusere sosiale helseforskjeller mellom sosioøkonomiske grupper, etniske grupper og mellom kvinner og menn (Prop. 90 L (2010-

2011)). Flere borgere lever lengre og med sammensatte kroniske sykdomstilstander som krever nye strukturer innenfor samfunnssektoren (St.meld. 47 (2008-2009)). Den sosiale helsemodellen til Whitehead og Dahlgren (1991) illustrerer tydelig hvilke ulike faktorer som påvirker helsen på ulike nivåer:



Figur 1: Den sosiale helsemodellen (Whitehead og Dahlgren, 1991).

Ifølge Schou et al., (2014) viser figuren hvordan påvirkningsfaktorene for helsen ligger i lag utenpå hverandre. De individuelle levevanefaktorene ligger nærmest individet. Hvilke valg individet velger å gjøre i forhold til fysisk aktivitet, rus, tobakk og kosthold er individuelle og påvirkes av flere faktorer som kan styres politisk. Videre viser figuren til nettverkene vi inngår i, det inkluderer også de sosiale møteplassene vi deltar på. Den viser også til tilgang til tjenester, arbeid, bolig, utdanning, jordbruk og matproduksjon – til leve- og arbeidsvilkår generelt. Modellen kan dermed tas med i forståelsen for hvorfor folkehelsearbeidet ikke

bare kan ligge til helsesektoren, men at folkehelsearbeidet gjelder alle samfunnssektorer. Ved at det gjelder alle sektorer i samfunnet styrker det også betydningen av organisatorisk forankring og samordning som et kjerneelement i folkehelsearbeidet (Helgesen og Hofstad, 2012). Påvirkningsfaktorene i modellen, også kalt sosiale helsedeterminanter, mener Bekken (2018) ikke har blitt tilstrekkelig vektlagt i Norge og problematiserer fortsettende økende klasseforskjeller i helse. Bekken (2018) fremmer et paradoks over nødvendigheten av å legge vekt på sosial ulikhet når folkehelse i seg selv handler om iverksettelse av tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller.

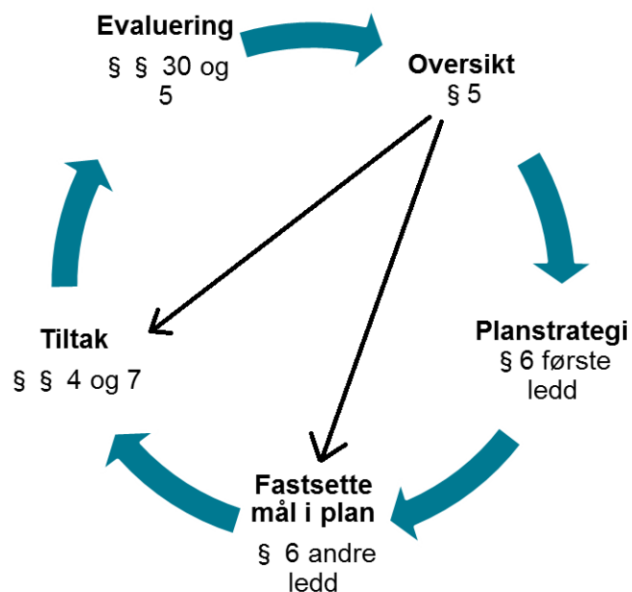
I 2012 kom folkehelseloven som definerer folkehelsearbeid som samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker folkehelsen (Folkehelseloven, 2011). Kommunene har fått en større forventning og et større ansvar for befolkningens helse etter at fokuset nå har dreid seg mot å gjelde alle samfunnssektorer. I følge folkehelseloven skal kommunen ha nødvendig oversikt over positive og negative faktorer som kan virke inn på helsetilstanden, identifisere folkehelseutfordringene, vurdere konsekvenser og årsaksforhold, være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2011). Denne oversikten er også inngått som grunnlag for kommunens arbeid med planstrategi jf. plan- og bygningsloven (§10-1), og innebærer at plan- og bygningsloven skal fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet. Intensjonen med folkehelseloven er å bidra til en ytterligere institusjonalisering og systematisering av folkehelsearbeidet. Det systematiske folkehelsearbeidet består av et fireårig kretsløp som følger rulleringen av kommuneplanen i løpet av hver valgperiode (Helgesen et al., 2014). Et effektivt folkehelsearbeid må bygge på kunnskap om helse og helseutfordringer og det krever at det legges til rette for en mer systematisk utvikling og bruk av forskningsbasert kunnskap (Meld. St. 34 (2012-2013)). For å få til et felles løft for folkehelsen så trengs det derfor en sterkere forankring og eierskap til målene for folkehelsepolitikken, og i et bredt lag av befolkningen (Meld. St. 34 (2012-2013)).

Det er behov for en tilnærming som i sterkere grad motiverer og inspirer hver enkelt av oss. Myndighetene kan ikke eie målene alene, da alle aktørene i samfunnet må bidra i den tverrsektorielle innsatsen. Forståelsen av viktigheten ved at hele samfunnet gjør en innsats for å påvirke faktorer som fremmer helse og trivsel i befolkningen, og nødvendigheten av at både private aktører og frivillige bidrar sammen med offentlige myndigheter må forankres (Meld. St. 34 (2012-2013), Meld. St. 19 (2018-2019)). Overgangen fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv bidrar til å gjøre folkehelsearbeid til et tverrsektorielt og tverrfaglig anliggende arbeid fordi påvirkningsfaktorer finnes på mange ulike samfunnsarenaer – i folks levevaner, deres levekår og i det sosiale og fysiske miljøet de fungerer i. Helse skal dermed være med i ”alt vi gjør” (health in all policies) (Helgesen og Hofstad, 2012). ”Helse i alt vi gjør” er også et prinsipp i folkehelseloven som kommer til uttrykk gjennom at ansvaret for befolkningens helse ikke er lagt til helsetjenesten, men til kommunen som sådan (Meld. St. 34 (2012-2013)).

2.1.1 Samhandling på tvers

Samhandlingsreformen definerer viktigheten av tverrfaglig og tverrprofesjonelt samarbeid, og at det er en langsiktig prosess. Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til fordele oppgavene seg imellom for å nå et felles mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (St.meld. 47 (2008-2009)). Reformen legger hovedvekten på helse- og omsorgstjenester, men nevner også at helsesektoren alene ikke klarer dette arbeidet. For å sikre god samhandling innad i kommunen krever det samarbeid både mellom helse- og omsorgstjenesten og andre sektorer for å lykkes. Ifølge Ottawa Charter, 1986 sitert av Axelsson og Axelsson, 2006, har det blitt fremmet et stort behov for intersektoriell samhandling innen folkehelse. En artikkel skrevet av Ness (2014) definerer samarbeid som mer konkret ved at det handler om å arbeide sammen for å løse en konkret oppgave, mens samhandling handler mer om det relasjonelle og prosessuelle som foregår mellom personer som samarbeider underveis. Eksempelvis kan det beskrives at samhandling krever en aktiv felles deltakelse mens en arbeider sammen og at det bygger på likeverdige relasjoner mellom personer (og tjenester) som samhandler (Ness, 2014).

Samhandlingsreformen har lagt opp til at kommunen har fått økt oppmerksomhet på det forebyggende arbeidet, i tillegg til at kommunens vektlegging av forebyggende folkehelsearbeid kommer særlig til uttrykk gjennom folkehelseloven (St.meld. 47 (2008-2009)). Videre ligger hovedfokuset på å redusere sosiale forskjeller, og med mål om et helhetlig folkehelsearbeid skal det utformes gjennom en systematisk og langsiktig innsats. Det systematiske folkehelsearbeidet er illustrert som i figuren under:



Figur 2: Det systematiske folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2019).

Hofstad og Schou (2017) fremmer at en tydeligere forankring og tverrsektoriell dreining i kommunene vises gjennom at folkehelse er etablert som et mer eksplisitt politikfelt i kommunene. Med det mener hun at kommunene er mer oppmerksomme på den strategiske forankringen av folkehelse, og at folkehelse som et tydeligere politikfelt i kommunen vises gjennom større satsning på feltet med kompetanseheving. Kunnskapsbasert folkehelsearbeid er fremmet som en strategi for å bidra til bedre resultater og mer effektiv ressursbruk (Meld. St. 34 (2012-2013)). Det er likevel noen utfordringer som går igjen når det gjelder samhandling på tvers av sektorer i regi av folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeidet ble gitt mer oppmerksomhet etter samhandlingsreformen, men manglende ledelsesforankring gjør folkehelsearbeidet utfordrende i mange kommuner (Hofstad & Schou, 2017). En studie gjort av Helgesen og Hofstad (2016) finner at fire utfordringer går

igjen når det gjelder integrering av folkehelse på tvers av sektorer: organisatoriske barrierer mellom ulike sektorer i kommunen, manglende lederskap, knappe ressurser og folkehelsebegrepets bredde på den måten at det er utfordrende å identifisere klare årsakssammenhenger grunnet at påvirkningsfaktorene finnes i alle sektorer og på alle politiske nivåer. På den måten hevder Helgesen og Hofstad (2016) at folkehelsearbeidet bygges på erfaringsbasert kunnskap fordi man er henvist til å prøve og feile.

Iversen og Hauksdottir (2020) problematiserer den økte spesialiseringen innen ulike tjenester som en av grunnene til at samhandling og samarbeid blir mer utfordrende. Økt spesialisering gir spisskompetanse innen et spesifikt område, og dette resulterer i at dette samtidig kan bidra til en kunstig oppstyking av en tjenestemottakers problematikk og livsutfordring. Selve spesialiseringen kan på den måten medføre økt behov for koordinering og samhandling (Iversen og Hauksdottir, 2020). Folkehelsemeldingen (Meld. St. 34 (2012-2013)) gir en oversiktlig beskrivelse av hensikten med et folkehelsearbeid som er bygget på et vitenskapelig fundament. En oversikt over helse og påvirkningsfaktorene i kommunen anses derfor som kunnskapsbasert mot å iverksette effektive folkehelse tiltak gjennom forskningsbaserte evalueringer. Ifølge Løset og Veenstra (2015) fremmes fylkeskommunen derfor som den viktigste eksterne samarbeidspartneren angående folkehelse for kommunene gjennom en partnerskapsavtale for folkehelse. Når kommunen forplikter seg til å vektlegge folkehelsearbeidet i kommunale planer gjennom partnerskapsavtalen så skal kommunen sørge for at ansatte med folkehelse som arbeidsområde skal kunne gjennomføre folkehelse tiltakene som planlegges (Løset og Veenstra, 2015). Dette bidrar til å skape større forståelse for folkehelsearbeidet i tillegg til at folkehelsearbeidet blir tydeligere forankret i kommunene.

2.2 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Hensikten med definisjonen av helsefremmende og forebyggende arbeid er å skape en bedre forståelse for hvordan disse to begrepene preger folkehelsearbeidet. Det er flere ulike forklaringer og oppfatninger om hva som egentlig ligger i begrepene da hver forklaring

preges av situasjonen det gjelder. Flere offentlige utredninger beskriver behovet for å iverksette forebyggende og helsefremmende arbeid og fremmer mål om å bedre helsen i befolkningen, men Garsjø (2018) mener at helsefremmende og forebyggende arbeid er et multiparadigmatisk felt preget av det han refererer til som mange «sannheter». Mange vil forandre verden til et bedre sted, men det er mange ulike syn på hvordan dette skal gjøres. Derfor blir forståelsesmåtene og den idèmessige kampen rundt de ulike begrepene og meningene viktig.

For å forstå hva begrepene helsefremmende og forebyggende betyr, skal disse forklares med utgangspunkt fra Garsjø (2018) sitt perspektiv. Det han mener med forebygging er at det handler om å forhindre uønskede og negative fenomener. Det handler om å se de negative konsekvensene før de oppstår, og deretter gripe inn i årsaker og prosesser slik at de ikke får utvikle seg til bli problemer. Da iverksetter man tiltak for å redusere sannsynligheten for at det skjer igjen, og man minimerer konsekvensene for at en uønsket hendelse inntreffer. Vi klarer ikke å fjerne alle risikofaktorer, men vi kan redusere dem. Eksempelvis kan en forebygge sykdommer og helseproblemer ved å eliminere risikofaktorer. Begrepet forebygging har vært mye problemorientert, og målet har vært å identifisere negative sider i samfunnet som kan føre til sykdom, sosiale problemer og annen elendighet. Forebyggende arbeid er likevel bærekraftig av den grunn at det bidrar til å legge større vekt på kommende generasjoners behov og til større likhet mellom generasjoner (Meld. St. 34 (2012-2013)).

Ifølge Garsjø (2018) er helsefremming et begrep som har hatt en utvikling fra å være problemorientert til å bli ressursorientert. Helsefremming er et begrep som vil si at man søker å styrke beskyttelsesfaktorer som fører til god helse. Dette innebærer at man ønsker å finne årsaker til at det går godt etterfulgt av et ønske om å identifisere positive virksomme faktorer som fremmer helsen (Garsjø, 2018). Helsefremming fokuserer på å oppnå likeverdig helse, og helsefremmende tiltak krever derfor koordinert handling fra alle parter av regjeringen, helsesektoren, andre sektorer, ikke- statlige og frivillige organisasjoner og lokale myndigheter (WHO, 1986).

Folkehelsearbeidet er summen av helsefremmende og forebyggende arbeid (Garsjø, 2018). Ifølge Helgesen et al. (2014) er helsefremming sett ut fra folkehelsebegrepet nevnt som en prosess som setter folk i stand til å få økt kontroll over påvirkningsfaktorer mot helsen og derved vil kunne forbedre sin helse. Forebygging er formulert som et konkret tiltak som kan iverksettes og kan foregå på flere ulike nivåer. I et kommunalt folkehelsearbeid deles ofte kommunens innbyggere i ulike grupper som barn og unge, voksne og eldre. Innenfor hver av disse gruppene er personene definert ved å være i behov av forsterkede tjenester eller hjelpetiltak. Tiltak som skal iverksettes implementeres på systemnivå med formål om å fremme innbyggernes helse. Tiltakene er ofte befolkningsrettede ved at det er tilretteleggende tiltak som personer skal kunne velge å ta i bruk for å fremme helse, som for eksempel å benytte seg av turløyper. Begrensningen ved denne type tiltak er at strategien er å lære enkeltpersoner å ta gode valg, men den mangler ofte medvirkning fra innbyggerne. Medvirkning er helt essensielt for at kommunen skal kunne etablere adekvate helsefremmende tiltak (Helgesen et al., 2014). Begrepet «empowerment» eller myndiggjøring brukes ofte om helsefremmende arbeid og går på individnivå og lokalmiljøets makt til å påvirke beslutninger dersom det legges til rette for medvirkning (Meld. St. 34 (2012-2013)). Schou et al. (2014) hadde funnet noen konkrete helsefremmende tiltak som hadde hatt positiv effekt etter at kommunen fikk et økt ansvar for folkehelsearbeidet: styrking av det tverrsektorielle samarbeidet, integrering av folkehelse i kommuneplanleggingen, økt samarbeid med frivillige organisasjoner. Blant informantene i studien til Schou et al. (2014) var det flere som opplevde økt tverrsektorielt samarbeid. Flertallet hadde etablert interne tverrsektorielle grupper som arbeidet med folkehelse, noe som kunne tyde på at styrkingen har hatt en organisatorisk komponent.

2.3 Koordinering av sektorer

I St.meld. 16 (2002-2003) ble denne setningen fremmet som starten på et helhetlig folkehelsearbeid: «Ved å forebygge mer kan vi reparere mindre». Det ble nevnt i meldingen at politikken ofte fanges av akutte og umiddelbare behov for hjelp fordi forebyggende

prioritering kan være vanskelig ved at det ikke handler om enkeltindivider her og nå. Et folkehelsearbeid er avhengig av samarbeid på tvers av samfunnets sektorer for å lykkes fordi faktorer og forhold som forebygger sykdom og fremmer helse i stor grad finnes utenfor helsesektoren (Hofstad og Vestby, 2009). Innen folkehelse er det flere forskjellige organisasjoner som er involvert, og en utfordring som kan oppstå ifølge Axelsson og Axelsson (2006) er å få alle disse ulike organisasjonene fra ulike sektorer til å arbeide sammen rettet mot folkehelse. Ifølge Ottawa Charter 1986 gjengitt av Axelsson og Axelsson (2006) er det et stort behov for intersektorielt samarbeid innen folkehelse. Derfor opprettes det ofte tverrsektorielle samarbeid organisert av tverrfaglig sammensatte lag. Tverrsektorielt samarbeid er derimot komplekst av den grunn at flere ulike organisasjoner og sektorer skal arbeide sammen med et felt, og derfor mener Axelsson og Axelsson (2006) at en koordinator kan bidra inn mot det tverrsektorielle samarbeidet med kunnskap om å finne felles interesser, mål og verdier.

Folkehelsearbeidet blir ofte referert til som usynlig arbeid fordi det handler mer om statistisk risiko og fremtidige lidelser (St.meld. 16 (2002-2003)). Dette har medført at Norge implementerte Helse i all politikk (HiAP), tilnærmingen for å prioritere reduksjon av sosiale helseforskjeller (Hagen et al., 2015). HiAP-tilnærmingen fastsetter at helse skal tas i betraktning på alle områder i politikkkutforming, og tilnærmingen oppfordrer til koordinering og samarbeid på tvers av sektorer og etater (Helgesen et al., 2018). Helse i all politikk er utgangspunktet for folkehelsemeldingen og folkehelseloven. Samfunnsmessige forhold skaper store geografiske forskjeller i helse og betydelige sosiale helseforskjeller, og disse forskjellene kan påvirkes gjennom planlegging, forvaltning og tiltak (Meld. St. 34 (2012-2013)). HiAP søker derfor å forbedre helse gjennom strukturer, mekanismer og handlinger som er planlagt og administrert hovedsakelig av andre sektorer enn helse (Fosse og Helgesen, 2017). Videre bør derfor HiAP-tilnærmingen betraktes som et sett med institusjonelle ordninger for å oppnå mer tverrsektorielt samarbeid.

Folkehelsepolitikken skal fokusere på sosial ulikhet i helse, og kommunene har et ansvar for planlegging og gjennomføring av tiltak slik at helse for alle skal kunne oppnås med universelle tiltak (Bekken, 2018). Etter at kommunen fikk det helhetlige ansvaret for helsefremmende og forebyggende arbeid etter folkehelseloven trådte i kraft, har flere kommuner ifølge Bekken (2018) valgt å opprette en folkehelsekoordinator stilling. Tydelig og forpliktende forankring i kommunene ble sett på som en vesentlig suksessfaktor for folkehelsearbeidet (St.meld. 16 (2002-2003)). En koordinator for folkehelse ble derfor vurdert til å kunne bidra med å gi drahjelp til lokale aktiviteter og tverrsektorielt samarbeid, utløse lokalt engasjement og koordinere ulike aktørers innsats. Ifølge Hofstad og Bergsli (2016) har folkehelsekoordinatorer økende ansvar for koordinering på tvers av kommunens sektorer som en kjerneoppgave sammen med iverksetting av folkehelseiltak. Derimot har andelen folkehelsekoordinatorer som arbeider med iverksettelse av folkehelseiltak gått ned, noe som Hofstad og Bergsli (2016) mener kan være på grunn av folkehelsekoordinatorenes involvering i tjenesteyting er blitt mindre, mens ansvaret for overordnede og strategiske oppgaver er blitt større. Hofstad og Bergsli (2016) har en hypotese om at folkehelsekoordinatorer er mer blitt involvert i planlegging som en arbeidsoppgave, i tillegg til koordinering av sektorer og iverksetting av folkehelseiltak.

2.3.1 Folkehelsekoordinatoren

Det er blitt anbefalt av nasjonale retningslinjer å opprette en bestemt folkehelsekoordinator stilling som et viktig koordinerende tiltak for å overvåke befolkningens helse, organisere folkehelsepolitikken og rette mer oppmerksomhet på helseforskjeller på lokalt nivå (Karlsen et al., 2022). I 2004 ble det som tidligere nevnt etablert en stimuleringsordning for tverrsektoriell organisering av folkehelsearbeidet, som skulle baseres på partnerskap og en administrativ koordineringsfunksjon regionalt og lokalt (Schou et al., 2014). Denne stimuleringsordningen besto av at kommunene fikk midler, herunder stimuleringsmidler som støtte til å opprette koordinatorstilling. Et resultat av dette var at 92 prosent av kommunene som mottok stimuleringsmidlene opprettet en folkehelsekoordinatorstilling (Schou et al., 2014). Videre karakteriseres denne støtten som en suksess for å oppfordre kommuner til å

opprette folkehelsekoordinator stilling, uten at de ble pålagt å gjøre det. Hofstad (2018) refererer til at forskning finner det å ha en eller flere dedikerte ressurser som ivaretar folkehelseansvaret, har flere positive effekter på helsearbeidet. Videre nevner hun at folkehelsekoordinatoren derfor spiller en viktig rolle i det systematiske folkehelsearbeidet og til å stimulere til samarbeid med frivillig sektor. Ifølge Hagen et al. (2015) ble stillingen som folkehelsekoordinator anbefalt for å sikre og administrere tverrsektorielt arbeid. En slik stilling er en enkelt stilling som kan være heltid eller deltid, som har ansvaret for å utarbeide helseoversikt og bidra med å finne tiltak mot helseutfordringene (Hagen et al., 2015). Stillingen som folkehelsekoordinator krever ingen spesifikk fagkompetanse, og innehas derfor av personell med ulik kompetanse (Prop. 90L (2010-2011)). Stillingen ble anbefalt plassert under rådmannen for å sikre lettere tilgang for å kunne bidra til politiske agendaer, og for å komme nærmere kommuneplanlegger. Det menes også å kunne medføre positive konsekvenser for folkehelsearbeidet ved at det i større grad kommer på kommunens agenda (Helgesen et al., 2014).

Retningslinjer i folkehelseloven og nasjonale føringer beskriver derimot i liten grad hvilken kompetanse en folkehelsekoordinator skal ha eller hva stillingen skal innebære. En studie utført av Helgesen og Hofstad (2012) viser til at koordinering av folkehelse på tvers av sektorer nevnes som den arbeidsoppgaven de fleste folkehelsekoordinatorene har, uavhengig av stillingsstørrelse. I tillegg viste det seg at folkehelsekoordinatorene med små stillingsandeler ofte ikke hadde spesifiserte oppgaver, og jobbet sjeldnere med å iverksette tiltak i brukerrettede tjenester. Noen årsaker som Hagen et al. (2018) fant som kunne ha innvirkning på manglende arbeids- og organisasjonsvilkår hos folkehelsekoordinatorene var blant annet at folkehelsekoordinatorer hadde få føringer i sin stillingsbeskrivelse. Det kunne føre til at arbeidsoppgavene ble tvetydige, som på den måten kunne være årsaken til at folkehelsekoordinatorer i ulike kommuner jobbet svært ulikt (Hagen et al. 2018). Hofstad (2018) fant derimot at folkehelsekoordinatorene gjerne hadde som oppgave å hente inn kunnskap til oversiktsarbeidet fra kommunens sektorer, og videre aktivisere de samme sektorene i tråd med påvirkningsperspektivet slik at hensynet til folkehelse i arbeidet ble

ivaretatt. Kommunens vilje til å se behovet for folkehelsekoordinator er en avgjørende faktor i tildelingen av ressurser til stillingsprosenten (Hofstad, 2018).

Det å opprette en folkehelsekoordinator stilling skulle være frivillig (Hofstad og Vestby, 2009). I 2014 hadde likevel 85 prosent av kommunene i Norge en folkehelsekoordinator (Schou et al., 2014). En stilling som folkehelsekoordinator ble anbefalt å være ansatt i nær fulltidsstilling for å kunne sikre involvering i lokalpolitisk utforming og kommuneplanlegging (Hagen et al., 2018). Helgesen et al. (2017) fant i sin studie at 81 prosent av kommunene fremhevet folkehelsekoordinatoren som den som har mest ansvar i folkehelsearbeidet, hvorpå Hofstad (2018) mente at folkehelsekoordinatoren ble sett på som en kjerneaktør som satt folkehelse på agendaen til tross for at folkehelsekoordinator ikke er en lovpålagt funksjon. Helsedirektoratet (2018) nevner at folkehelsekoordinatorer ofte verken har myndighet eller mandat til å beslutte, noe som kan føre til at det er utfordrende å arbeide tverrsektorielt. Rollen som folkehelsekoordinator er blitt trukket frem av Heimburg og Hofstad (2019) som en lederrolle uten makt, hvor de problematiserer rollen med de ofte har et stort ansvarsområde i en liten stillingsprosent. En dansk studie fant at det å ansette en folkehelsekoordinator i sentrale enheter i kommunen ikke styrket koordinerings- og tilsynsrollen, eller ga folkehelsekoordinatorene myndighet til å endre politikk på tvers av ulike porteføljer til lokale myndigheter slik som antatt (Holt, 2018). I følge studien hadde ulik organisering av folkehelsearbeidet både fordeler og ulemper, og de fleste kommuner hadde enda ikke klart å løse det overordnede problemet med å etablere utbredt og dyptgripende tverrsektorielt engasjement og beslutningstaking for helsen. Holt (2018) er derfor spørrende til om det er nødvendig å plassere folkehelsekoordinatorer i sentrale administrerende stillinger for å kunne påvirke lokal politikkutforming. Dette understøtter også funnene til Hagen et al. (2018) om at kommuner som ansatte folkehelsekoordinator etter loven ble implementert, hadde nesten fire ganger lavere sannsynlighet for å prioritere rettferdig fordeling av lokale helsefremmende tiltak sammenlignet med kommuner som ikke hadde ansatt folkehelsekoordinator. Dette beskrives som et overraskende funn, da denne koordineringsfunksjonen lenge har vært anbefalt i Norge som et av det mest viktige HiAP verktøyene (Hagen et al., 2018).

Karlsen et al. (2022) stiller seg spørrende angående funnene til Hagen et al. (2018) og har derfor undersøkt nærmere hvordan folkehelsekoordinatorer opplever sin rolle og innflytelse i lokalpolitikken knyttet til HiAP-tilnærmingen. Funnene til Karlsen et al. (2022) viser derimot at en stilling som folkehelsekoordinator kan være et viktig verktøy til HiAP-tilnærmingen for å kunne påvirke lokal folkehelsepolitikk. Karlsen et al. (2022) fant ut at kombinasjonen av folkehelsekoordinatorens stillingsstørrelse og organisatorisk plassering kunne påvirke hvordan folkehelsekoordinatorene oppfattet sin innflytelse og rolle innen det kommunale folkehelsearbeidet. Det fremkommer at det ga dem mulighet for å påvirke lokal politikktutforming gjennom tverrsektoriell etat. Det folkehelsekoordinatorene opplevde som viktige faktorer til rollen sin var å ha formelle stillingsbeskrivelser som spesifiserte arbeidsoppgaver, forventninger og ansvar for ens stilling, plassering i ledende stilling og koordinering av folkehelsearbeidet i tilnærmet heltidsstilling basert på de organisatoriske egenskapene (Karlsen et al., 2022). Videre rapporterte folkehelsekoordinatorene at de gjennom tverrsektoriell etat kunne påvirke viktige lokalpolitiske dokumenter som årlige budsjetter og finansplaner, og ved å innarbeide folkehelsespørsmål kunne det styrke sosial rettferdighet i lokalpolitikken (Karlsen et al., 2022). Folkehelsekoordinator rollen må styrkes, og en viktig oppgave for folkehelsekoordinatoren kan være å sikre at lokale folkehelseiltak blir evaluert (Bekken, 2018). Det er ikke utformet en egen tekst i loven for å evaluere tiltak, og det ble derfor opprettet et eget senter for evaluering av folkehelseiltak i 2018 på grunn av at evaluering er anbefalt for å kunne vurdere status og veien videre (Helsedirektoratet, 2019). Folkehelseinstituttet som er senteret for evaluering av folkehelseiltak beskriver at evalueringer gjennomføres på egne initiativ og i samarbeid med eksterne aktører (FHI, u.å.).

2.4 Medborgerskap og medvirkning

2.4.1 Medborgerskap

Begrepet medborgerskap bygger på prinsippet om at alle individer er fullverdige samfunnsmedlemmer, og alle individer har sivile, politiske og sosiale rettigheter som sikrer likeverdig status og like muligheter for å delta i alle sider av samfunnslivet (NOU 2016:17).

Medborgerskap har sine røtter i det engelske begrepet citizenship (Glørstad, 2019), og er mer enn bare kriterier for hva som stilles for å være en borger i samfunnet og hvilke kriterier en anerkjent medborger har. Det handler like mye om hvilken type praksis som fører til et mer inklusivt medborgerskap (Wyller, 2011). Medborgerskap er et uttrykk som viser hvilke viktige forpliktelser samfunnet har overfor sine innbyggere ved å legge til rette for og bidra til at innbyggerne får mulighet til å ha innflytelse over egen situasjon. Det er samfunnet som må legge til rette for og bidra til at innbyggerne oppfatter seg som medborgere ved å ha rettigheter og plikter på lik linje som alle andre (Wyller, 2011).

Lid (2017a) definerer medborgerskap som attraktivt da det handler om å ha innflytelse på eget liv og levekår. Det å være en medborger er umulig å gjøre alene da medborgerskap er noe som utvikles i samfunnet og mellom mennesker. Det handler om å bidra i prosesser sammen med andre som kan utvikle og bygge lokalsamfunn, som videre legger press på myndighetenes bevissthet rundt politikk, teori- og verdigrunnlag som styrer praksisen (Lid, 2017b). Lid refererer til Martha Nussbaum sin teori om menneskets muligheter som et ansvar samfunnet har for at enkeltpersoner støttes og gis muligheter for å trives og for å utvikle seg selv. Dette er med på å vektlegge hvilket ansvar samfunnet har for å yte at mennesket skal kunne leve som likeverdig samfunnsborger (Lid, 2017a). Ifølge Toebes (2015) kan vern av folkehelse potensielt også være en menneskerettighet, enten den er individuell eller kollektiv. Sett i lys av Fjørtoft (2016) sin artikkel som refererer til Nancy Fraser sin rettferdighetsteori, som peker på personer og gruppers mulighet til å delta i samfunnslivet på lik linje som andre. Fjørtoft (2016) beskriver at måten det politiske legger opp til medborgerskap på er i form av muligheten til å delta i et vidt spekter av aktiviteter, både sosialt, økonomisk og politisk. Dette kan legges til grunn for likeverdig medborgerskap i demokratiske samfunn med hensyn til samfunnsdeltakelse.

2.4.2 Medvirkning

Innen et folkehelseperspektiv kan man prinsipielt si at medborgerskap er det samme som medvirkning. Medvirkning er nedfelt som et av de fem prinsippene for folkehelsearbeidet, og sammenlignes ved at gjennom retten til ytringsfrihet er retten til medvirkning som også

er nedfelt i menneskerettighetserklæringen artikkel 19 og i Grunnloven § 100 (Meld. St. 34 (2012-2013)). Ifølge Lid (2017b) har kravet til medvirkning og selvbestemmelse økt de siste tiårene. Hofstad og Bergsli (2017) uttrykker derimot at medvirkning ofte ikke har vært suksessfullt. Mye av grunnen kan speiles mot at befolkningen ikke har følt seg hørt på grunn av at medvirkningen har vært orientert mot kortsiktige mål og prosjekter, og ikke på å endre maktstrukturene i beslutningsstrukturer (Hofstad og Bergsli, 2017). Dette er med på å styrke viktigheten av at det legges opp til deltakelse og medvirkning i planlegging og samfunnsutvikling. Når det legges opp til at man får muligheten til å medvirke på systemnivå og i planprosesser som påvirker miljøet til hver enkelt, så vil mennesket kunne oppleve en sterkere følelse av autonomi og dermed også kunne bidra til en mer effektiv og ressursbesparende tjeneste (Meld. St. 19 (2018-2019), NOU, 2016:17). Muligheten til å kunne påvirke tjenester som angår en selv med ressurser og kompetanse som kan gjøre tjenestene bedre er også med på å ansvarliggjøre innbyggeren sin innflytelse til å kunne påvirke fremtidens velferdssamfunn (Askheim, 2017, St.meld. 25 (2005-2006)). Det medfører en nødvendighet for å mobilisere aktører på tvers av samfunnssektorer for å kunne lykkes enda bedre med sosial inkludering og medvirkning i nærmiljø og lokalsamfunn (Meld. St. 34 (2012-2013)).

Ifølge Dahl et al. (2014) handler mye av folkehelsepolitikken om hvordan man kan få folk til å imøtekomme de riktige valgene. Videre blir det beskrevet at tiltak som påvirker handlingsbetingelser og som regulerer hva som er lovlig eller ulovlig, lett eller vanskelig - kan være en enkel måte å styre den enkeltes handlinger i en retning som er gunstig for å redusere helseulikheter på en strukturell måte. Ifølge Klausen et al. (2013) kan god innbyggermedvirkning gi politikken bedre forankring blant innbyggerne gjennom blant annet bedre tillit til at de folkevalgte lytter, og at de tar hensyn til innbyggernes behov. Videre kan politikerne lære om befolkningens ønsker og behov ved at befolkningen kan bidra til viktig informasjon som angår behov, løsninger, konsekvenser og at iverksettingen av tiltak blir lettere. Brukerundersøkelser og innbyggerundersøkelser er velbrukte og effektive alternativer for å ivareta innbyggernes meninger, i tillegg til folkemøter og høringer (Klausen et al., 2013). Videre kan en tenke at det er viktigere og lettere å få medvirkning i noen typer

beslutningsprosesser enn andre basert på kompleksitet og omfang. For eksempel er kommuneplanprosessen mer kompleks og omfattende enn enkeltstående lokaliseringsbeslutninger. I planprosesser er derimot medvirkning lovfestet, som plan- og bygningsloven skal invitere til deltakelse, kommunale og fylkeskommunale eldreråd og representasjonsordning for mennesker med nedsatt funksjonsevne (Klausen et al., 2013). Forskning viser ifølge Klausen et al. (2013) at det ofte allerede er politisk aktive som i størst grad deltar i beslutningsprosesser. Grunnen til dette er at de som ikke deltar opplever at terskelen er for høy. En måte å senke terskelen på mener Klausen et al. (2013) er å møte folk der de er, eller ved å etablere råd som kan representere bestemte grupper som en ellers ikke får så lett i tale.

3 Metode

I dette kapittelet vil det gjøres rede for hvilken vitenskapsteoretisk tilnærming som er benyttet i studien, og hvordan disse påvirker metodevalgene som skal brukes for å besvare problemstillingen. Videre vil analysemetoden bli presentert og hvilken fremgangsmåte som er benyttet for å samle inn datamaterialet. Til slutt skal det beskrives hvordan utvalget av informanter som har av stor betydning for studien er trukket.

3.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Det er benyttet en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming i studien. Kvalitativ metode har som hensikt å undersøke erfaringer og opplevelser av fenomener, og forskeren skal sette sin forforståelse til side (Malterud, 2017). Dette er noe som i hermeneutikken ikke er mulig av den grunn at det alltid foreligger en forforståelse som trigger at man ønsker å undersøke noe for å få bedre forståelse. Med det formålet som skal undersøkes er derfor både fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming ansett som mest hensiktsmessig å benytte i denne studien.

3.1.1 Fenomenologi

Et kvalitativt forskningsdesign er tett knyttet til den fenomenologiske filosofien. Ifølge Johannessen et al. (2021) defineres fenomenologi som å ville forstå verden gjennom mennesker ved at man setter sine forhåndsoppfatninger til side, og heller forsøker å beskrive hvordan fenomener fremstår i menneskets bevissthet. En beskrivelse om fenomenologi gjort av Zahavi (2014) er at fenomenologiens oppgave er å forstå hva som ligger til grunn for hver empirisk utforskning, rettere sagt er det vitenskap om fenomenene. Fenomenologien tar med andre ord utgangspunkt i den subjektive opplevelser, og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer (Thagaard, 2018). Ved å benytte kvalitativ metode så er man ute etter å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer og forståelse av et fenomen (Johannessen et al., 2021). Dette vises ved at man er ute etter nøye beskrivelser av aktørers egne perspektiver, opplever og forståelseshorisont. Når data skal innsamles ved bruk av kvalitativ metode så er forskeren ute etter å intervju mennesker med direkte erfaring med fenomenet av interesse (Johannessen et al., 2021). Videre kan det å utforske felles erfaringer hos en faggruppe med

vekt på hvordan de opplever arbeidsplassen sin og forholdet sitt til andre, kan en fenomenologisk orientert forsker utvikle en forståelse av essensen av den relasjonelle kompetansen som faggruppen gjør bruk av i sin arbeidssituasjon. Derfor er det viktig at forskeren er åpen for erfaringene til personene som studeres (Johannessen et al., 2021). Hensikten med studien er ikke direkte å undersøke folkehelsekoordinatorenes opplevelse, men mer rettet mot deres erfaring da det samsvarer mer med interessefeltet som ønskes undersøkt. Likevel kan opplevelser komme frem som aktuelle å belyse dersom det anses hensiktsmessig for oppgaven.

3.1.2 Hermeneutikk styrker forståelsen

Hermeneutikk dreier seg om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning, og på den måten kan man si at hermeneutikken kan hjelpe oss med å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening (Thornquist, 2015). De hermeneutiske fortolkningsprinsippene har til formål å sikre gyldige fortolkninger av tekster, og med det har blant annet intervjufortolkninger ikke blitt betraktet som en vitenskapelig metode (Kvale & Brinkmann, 2015). Hermeneutikkens objekter er først og fremst tekster og tekstfortolkning (Thornquist, 2015). Gadamer (2003) beskriver at hermeneutikken hele tiden har i oppgave å gjenopprette manglende eller svekket forståelse, og hver gang man forstår en del av virkeligheten så påvirker det oppfattelsen av helheten. Med andre ord så setter den nye helhetsforståelsen delen i nytt lys og kan gi ny forståelse av enkeltdelene som igjen påvirker helhetsforståelsen.

Gadamer (2003) hevder at forståelsen beveger seg som en sirkel, ved at man beveger seg fra helhet til del, og deretter tilbake til helheten. Når man har forstått riktig så faller alle delene til sammen som en helhet. Denne sirkelbevegelsen er blitt kritisert fordi den gir assosiasjoner til repetisjon, og Thornquist (2015) fremmer spiralbevegelsen som en god bevegelse fordi spiral viser at man aldri kommer tilbake til akkurat samme sted, men alltid tilegner seg noe mer forståelse.

En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomenet kan tolkes på flere nivåer hvor målet er å oppnå en gyldig forståelse av meningen i teksten (Thagaard, 2018). Det kan stilles mange spørsmål til en tekst, og ulike spørsmål fører til ulike meninger i teksten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 218). Det dreier seg ikke om å gjenta - om reproduksjon-, men om produksjon. I følge Ricoeur (1976) gjengitt av Thornquist (2015) så gjelder det å unngå en sirkel av selvbekreftelse, men heller å argumentere for og mot fortolkninger og sette konkurrerende fortolkninger opp mot hverandre for å sikre gyldige fortolkninger. Han mener det er viktig å fokusere på de virkemidler og grep som gir teksten betydning, som viser flertydig meningspotensial. Geertz (1973) gjengitt av Thagaard (2018) mener at all forståelse bygger på en forforståelse, fordi ideene til tolkning alltid vil hentes fra tidligere litteratur og ikke ut fra dataene i seg selv. Gadamer argumenterte blant annet for dette, at den sentrale betydningen av historiske og individuelle forutsetninger og erfaringer som mennesker har med seg som bevisste eller ubevisste deler av sitt tolkningsgrunnlag, er det vi kaller forforståelsen (Malterud (2017)).

Våre samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger ligger i det begrepet som kalles forståelseshorisont eller forforståelse (Thornquist, 2015). Forforståelsen er en viktig side av vår motivasjon for å sette i gang med forskning om et bestemt tema fordi det er den ryggsekken vi tar med oss inn i forskningsprosjektet før vi starter (Malterud, 2017). Det som er ønskelig med denne studien er å få frem informantenes forventning, oppfatning og erfaring gjennom intervju uten at min forforståelse påvirker resultatet. Min fortolkning og forforståelse i denne studien er basert på en oppfatningen om folkehelsekoordinatorens arbeidsoppgaver, noe som bevisst er forsøkt å utelukke og unngå skal påvirke dem. Forforståelsen kan påvirke hvordan man går inn i prosjektet ved at det begrenser horisonten og medfører at man har skylapper på, som kan påvirke at forforståelsen overdøver budskapet fra det empiriske materialet (Malterud, 2017).

3.2 Valg av metode

Denne studien har som formål å belyse hvilke arbeidsoppgaver folkehelsekoordinator faktisk har i kommunen, hva det innebærer og hvordan de vektlegger disse. Når man skal gjennomføre et prosjekt så kan man velge mellom to ulike forskningsmetoder: kvalitativ og

kvantitativ metode. Kvantitative metoder har den fordel at de gir data i form av målbare enheter, med tall som gjør at vi kan regne gjennomsnitt av noe eller finne prosentandel og med dermed dekke et stort antall personer (Dalland, 2017). Kvalitativ metode har som hensikt å innhente systematisk fortolkning av empiriske tekstdata, gjerne med støtte i teoretiske perspektiver (Malterud, 2017). Det omfatter et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekstlig materiale fra samtaler, observasjoner eller skriftlig kildemateriale. Målet er å utforske meningsinnholdet i de sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte innenfor sin naturlige sammenheng (Malterud, 2017, s. 36).

3.2.1 Kvalitativ metode

Det er valgt å benytte kvalitativ metode i denne studien fordi da har man muligheten til å lete etter erfaringer, tolkninger og tanker som kan gi økt forståelse og mulig ny kunnskap om informantene og det temaet som studeres. Kvalitativ metode blir stadig mer anerkjent innen folkehelseforskning fordi en grundig analyse kan føre til historier som kan skille en vitenskapelig tilnærming fra overfladiske formodninger (Malterud, 2012). Man får med det utvikle kunnskap fra erfaringer ved å tolke og oppsummere den organiserte empirien. Det skal være gjennomført og presentert slik at andre kan følge prosedyren og fremdriften, og forstå konklusjonene. Kvalitativ metode benyttes for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenen som skal studeres (Malterud, 2017). Man kan benytte intervju eller observasjon for å innhente tekst til det som blir datamateriale. I denne studien er det valgt å benytte intervju som en måte å innhente data på. Fordelen med intervju er at det gir innsikt i personers opplevelse, synspunkter og selvforståelse (Thagaard, 2018).

Individuelle intervjuer blir valgt når man ønsker å gi deltakerne rom og tid til å hente frem erfaringer og overveielser som krever trygghet og ettertanke for å deles (Malterud, 2017). Individuelle intervjuer kalles semistrukturerte intervjuer, og ved å benytte det så er det i mindre grad fare for at forskeren kan ha påvirket informantenes svar (Malterud, 2017). I semistrukturert intervju benyttes det også intervjuguide i stikkordsform av temaene for at vi

skal påminnes det vi ønsker data om. Lydopptak er velegnet å benytte når materialet består av samledata, samtidig ble det tatt notater for å sikre tilleggsinformasjon (Malterud, 2017). Fleksibilitet er viktig i kvalitativ forskning, fordi når vi har en fleksibel plan for prosjektet så kan vi endre strategier for å utvikle data mens vi er i gang og ulike sider av prosessen kan påvirke hverandre (Thagaard, 2018). Individuelt semistrukturert intervju ble derfor vurdert som mest egnet forskningsmetode for denne studien.

3.2.1 Registrering av informasjon

Dette er en studie hvor forskeren kommer tett på informantene gjennom kvalitativ metode og bruk av individuelle intervju. For å få lov til dette så må man først søke om godkjenning hos NSD (vedlegg). Da informasjonen som skulle innhentes inneholdt personopplysninger via bruk av lydopptaker, så var det mulig å låne lydopptaker av studiestedet som ikke hadde koblingsmulighet til internett. Når man velger lydopptak så må man transkribere samtalene i etterkant, skrive ned alle ordene fra lyd til tekst. Dette innebærer at man må anonymisere teksten i henhold til lov om behandling av personopplysning. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv om hva det innebærer å være informant i denne studien med samtykkeerklæring som ble sendt ut til deltakerne (vedlegg). Samtidig startet arbeidet med intervjuguiden (vedlegg) som ble sendt til NSD sammen med informasjonsskrivet, hvor prosjektet ble godkjent 03.02.2022.

3.3 Utvalg og kriterier

Empiriske data er forskerens kilde til svar på spørsmålene som følger av problemstillingen, hvor kjennetegn ved utvalget påvirker våre tolkninger og funn (Malterud, 2017). Utvalget skal settes sammen slik at det inneholder tilstrekkelig rikt og variert materiale om det man ønsker å si noe om.

3.3.1 Utvalgsriterier

I kvalitative studier er man opptatt av å finne frem til informanter som er relevante og interessante. I følge Sandelowski (1995) gjengitt av Malterud (2018) må vi sørge for at vårt materiale inneholder tilstrekkelig rike og varierte data til at problemstillingen kan belyses fra

ulike sider. Man kan velge et strategisk utvalg av informanter som vurderes til å best kunne belyse problemstillingen, og kan bidra til å styrke påliteligheten på resultatnivå. Kvalitative studier baseres derfor på et begrenset antall informanter som kan gi rikelig informasjon med relevant data (Johannessen et.al., 2021).

Da denne studien har som hensikt å studere folkehelsekoordinatorens arbeidsoppgaver i kommunen, så ble det naturlig å kontakte folkehelsekoordinatorer, folkehelserådgivere eller andre med ansvar for folkehelse for å få søke svar. Folkehelsekoordinatorer er ansett å ha overordnet ansvar for å sikre at kommunen ivaretar folkehelseperspektivet i sitt folkehelsearbeidet, og har arbeidsoppgaver rettet mot det. De var derfor relevante kilder ettersom de har direkte arbeidsoppgaver mot folkehelsearbeidet som ønskes belyst i studien.

3.3.2 Rekruttering og utvalg

Når informanter skal rekrutteres så er det en rekke beslutninger som må tas før selve rekrutteringen settes i gang, hvor blant annet potensielle informanter må identifiseres (Johannessen et al., 2021). En kan benytte postnummer eller gateadresser for å rekruttere mennesker fra geografisk avgrensede områder, eller en kan sette seg ned å ringe tilfeldige mennesker (Johannessen et al., 2021). Videre når informanter er rekruttert, må alle informantene få samme informasjon om undersøkelsen. I denne studien ble det valgt å benytte internett for å rekruttere informanter. Måten det ble gjort på var at tiltenkt kommune sin nettside ble søkt på for å finne direkte kontaktinformasjon til ønsket informant. Kontaktinformasjonen kunne bestå av deres jobbnummer og jobbmail. Skulle man oppnå kontakt så var derfor alternativene å ta kontakt per telefon eller sende mail. Det var ikke alle som responderte på telefonen slik at de ble det derfor sendt mail til. Flere svarte ved første telefonkontakt, og de som ikke svarte på telefonen svarte relativt raskt på mail. Responsen fra informantene i forhold til problemstillingen var positivt. De fikk tilsendt informasjonsbrevet og samtykkeskjema per mail, og sendte tilbake enten scannet versjon eller brev per post med signert samtykkeskjema.

Ifølge Johannessen et al. (2021) kan det være vanskelig å avgjøre på forhånd hva som vil være nok intervjuer i en kvalitativ studie som benytter intervju som datainnsamlingsmetode. Johannessen et al. (2021) refererer til en gylden regel om at det bør gjennomføres intervjuer til forskeren ikke lengre får ny informasjon. Derimot er det ofte et spørsmål om hvor mange intervjuer det er praktisk mulig å gjennomføre dersom man har begrenset tid og økonomi til rådighet, noe som ofte er tilfellet med studentprosjekter (Johannessen et al., 2021). Derfor beskriver Thagaard (2018) en retningslinje for kvalitativ metode for utvalg av informanter, at det ikke bør være større enn at det er mulig å gjennomføre grundige og detaljerte analyser. Johannessen et al. (2021) nevner da ti eller færre intervjuer som en begrensning. I denne studien ble det med hensyn til tidsbegrensning og mulighet til å gjennomføre detaljerte og grundige analyser valgt å avgrense området som informantene skulle rekrutteres fra. Grunnen til det var blant annet et ønske om å ha fysisk intervju, og reiselengde ble derfor tatt hensyn til for forskerens del. Da det fortsatt var covid-19 smitte i landet så ønsket likevel flere av informantene å gjennomføre intervjuet via teams, men to av informantene var positive til fysisk intervju. Det ble derfor totalt 7 folkehelsekoordinatorer som deltok i studien.

Bakgrunnsopplysninger om deltakerne:

- Stillingsstørrelser varierte fra 40 prosent (kombinert stilling) til 100 prosent som folkehelsekoordinator.
- 1 deltaker satt i rådmannens stab, 4 satt fysisk plassert på rådhuset og 2 var organisert i andre sektorer.
- Arbeidserfaring som folkehelsekoordinator strakk seg fra 5 måneder til 12 år.

3.4 Intervjuguide og gjennomføring av intervjuene

3.4.1 Intervjuguiden

Det ble utarbeidet en intervjuguide med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene. Ved utforming av intervjuguide må man planlegge godt for å stille sentrale spørsmål om de sentrale temaene i prosjektet og samtidig være fleksibel overfor intervjupersonens utsagn (Thagaard, 2018). Man stiller spørsmål innenfor hvert tema for å

utdype intervjupersonens erfaringer, og man må finne balanse mellom å stille spørsmål om alle temaene og å gå i dybden innenfor hvert tema. Spørsmålene skal oppmuntre intervjupersonen til å gi konkrete og utfyllende beskrivelser om aktuelt tema. Det er lurt å ha forberedt noen oppfølgingsspørsmål i forlengelsen av hovedspørsmålene man ønsker å stille (Sverdrup, 2021). Hovedspørsmålene er rettet mot at intervjupersonen presenterer erfaringer og synspunkter om temaet, og oppfølgingsspørsmålene oppfordrer til mer informasjon eller konkret erfaring om temaet (Thagaard, 2018). For å oppmuntre intervjupersonen til å dele mest mulig av sin erfaring så er det viktig at spørsmålene man stiller er åpne.

3.4.2 Gjennomføring av intervjuene

Når man skal intervjuer så må man så godt det lar seg gjøre, forsøke å møte intervjupersonen med et åpent sinn og unngå at sine verdier preger intervjusituasjonen (Thagaard, 2018).

Man ønsker å unngå at intervjupersonen påvirkes til å svare på spørsmålene av den oppfatningen de kan ha av våre verdier og synspunkter. Likevel kan intervjuet preges av den kontakten vi etablerer i intervjusituasjonen, og derfor er det viktig at man som forsker og intervjuer, reflekterer over samspillet i intervjusituasjonen. Det ble sendt informasjonsskriv til intervjupersonene før intervjuet med informasjon om hva studien går ut på. I

informasjonsskrivet ble de opplyst om cirka beregnet tidsbruk på intervjuet med hensyn til at de gjennomfører intervjuet mens de er på jobb. Opplysning om en tidsramme bidrar til at informantene vet hva de har å forholde seg til, noe som kan være viktig når de får henvendelser om bruk av egen tid for å bli intervjuet (Sverdrup, 2021).

Digitale intervju er aktuelt når det er vanskelig å få deltakere til prosjektet (Thagaard, 2018).

I møte med intervjupersonene så presenterte forsker seg og gjenfortalte det som sto i informasjonsskrivet for å sikre at de hadde fått det med seg. Videre fikk informantene beskrevet at det var deres kunnskap og erfaring som var en viktig rolle i denne studien, både for økt kunnskap og ny kunnskap rundt deres arbeidsoppgaver. Hvert intervju varte mellom 1 - 1,5 timer og det ble benyttet lydopptaker på alle intervjuene.

Det ble benyttet oppfølgingsspørsmål til hovedspørsmål som kunne gi mer konkrete og detaljerte beskrivelser og informasjon som var relevant for temaet. Flere av informantene hadde mye å fortelle dersom spørsmålet traff det de var spesielt opptatt av, og vekket da et engasjement som gjorde at de besvarte flere spørsmål i samme svar. Da ble oppfølgingsspørsmålene benyttet dersom det var behov for mer konkret og detaljert beskrivelse. Ved bruk av videokamera på de digitale intervjuene så gav det fortsatt muligheten til å lese intervjupersonens uttrykksmåte og kroppsspråk. Det gjorde at man som forsker kunne vurdere om vedkommende gav uttrykk for faktiske erfaringer eller justerte svaret for å gi mer positivt inntrykk (Sverdrup, 2021). Det var derimot bedre flyt i intervjuene som ble holdt fysisk fordi da hadde intervjupersonen rom får å benytte kroppsspråket og gestikulere enda mer, men ut fra alternativene så var det positivt med videokamera også.

3.5 Analyse

Analysen er ifølge Malterud (2017) ikke en impresjonistisk spasertur, men heller en målrettet reise fra problemstilling til resultater. En systematisk analyse skal på den måten forene ryddige fremgangsmåter og kreativ logikk som krever både nærhet og distanse (Malterud, 2017). Videre benyttes det ofte tverrgående analyse i kvalitative studier da det fortolker og sammenfatter likhetstrekk, forskjeller og variasjoner i erfaringer, følelser eller holdninger fra flere deltakere. Da denne studien bygger på et fenomenologisk-hermeneutisk utgangspunkt, er det anvendt systematisk tekstkondensering (STC) i analysedelen (Malterud, 2017).

3.5.1 Transkribering

Kvalitativ analyse innebærer alltid en eller annen form for teksttolkning, og transkripsjon skal mest mulig lojalt ivareta det opprinnelige materialet slik deltakernes erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under datainnsamlingen (Malterud, 2017). Til stede på intervjuene var det kun meg som forsker og intervjupersonene. Derfor følte det mer naturlig at forskeren transkriberte alle intervjuene selv. Dette fordi det ikke hadde vært noen andre tilstede under intervjuene, som hadde sett kroppsspråket og hatt dialog med intervjupersonene. Det gjør at man som forsker har en nærhet til materialet som ingen andre har, og derfor på best mulig måte kan ivareta det som ble formidlet til tekstform. I en

transkripsjonsprosess så må man ta høyde for at et muntlig språk kan virke usammenhengende og preget av gjentakelser når det transkriberes direkte. Ironi og kroppsspråk kan også være vanskelig å gjengi i tekstform (Kvale & Brinkmann, 2009), derfor ble det valgt å transkribere intervjuene snarest etter intervjuet for da husker man slikt fra intervjusituasjonen. Det som informantene fremmet som ironi eller med kroppsspråk ble skrevet i stikkordsform i parentes.

3.5.2 Analyseprosess

I en kvalitativ studie så skal man løfte frem og gi prioritet til funn som kan fortelle noe vi ikke visste fra før. Når man går løs på analysen så er man omgitt av transkripter, ideer, andres forskning, egen forforståelse og forskjellige teoretiske perspektiver. Da trenger man å vite hvor man skal, selv om man ikke vet hva man vil finne (Malterud, 2017). Ved å analysere så er man ute etter å finne resultater. For å finne disse resultatene så har man ulike analysemetoder, og til denne studien så er det benyttet systematisk tekstkondensering (STC). Denne analysemetoden omfatter en spesifikk fremgangsmåte, men er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2017).

Utgangspunktet for analysen er transkribert datamateriale bestående av 72 sider og 41 352 ord. STC er en analysemetode som omfatter en spesifikk fremgangsmåte for kondensering og abstrahering, hvor strategien er å organisere datamaterialet med et begrenset antall foreløpige tema som deretter videreutvikles i kodegrupper. STC kan brukes til analyse av mange typer empiriske data med ulik grad av teoretisk forankring (Malterud, 2017). Det vil forklares nedenfor med utgangspunkt i Malterud (2017, s. 97-116) hvordan analysen er gjennomgått i denne studien:

Trinn èn er å få et helhetsinntrykk av teksten og bli kjent med materialet. Når teksten leses gjennom så skal mulige temaer som på en eller annen måte representerer folkehelsekoordinatorens arbeidsoppgaver vurderes. Forforståelsen og det teoretiske grunnlaget skal i størst mulig grad legges bort når alle de 72 sidene skal leses gjennom. Dette er vesentlig for å kunne stille seg åpen for de inntrykkene som materialet kan formidle

og at deltakernes stemme kommer tilstrekkelig frem. Etter første gjennomlesning var det notert ned 13 foreløpige tema som intuitivt vekket min oppmerksomhet. Det ble lagd en oversikt over de foreløpige temaene med midlertidige navn:

- Organisatorisk eller fysisk plassering
- Overordnet stilling
- Helse er ikke forebyggende
- Barnehage og skole er viktig forebyggende arbeid
- Barnehage, skole og oppvekst viktigst arena for folkehelse
- Fokus på barn og unge
- Forebygging mot at man blir pasient
- Ulik forståelse for folkehelsearbeidet som kommunens ansvar.
- Systemnivå/administrativt fremfor individnivå
- Ledere viktig å få på laget
- Enklere samarbeid med innbyggere
- Samarbeid med befolkningen/innbyggere for å få innspill
- Mange prosjekter og nettverk innen folkehelsearbeidet

Det ble lagt merke til at noen av temaene skled over i hverandre og kanskje kunne sammenslås. Derfor ble det nødvendig å minne meg på at de foreløpige temaene ikke er utviklet enda gjennom systematisk refleksjon og tolkning, men representerer et første intuitivt og databasert steg i organiseringen av materialet som kan gi mulige svar på problemstillingen.

Trinn to i analysen innebærer å gå fra foreløpige tema til koder og sortering. Da skal man systematisere teksten man ønsker å beholde, og legger resten til side. Hensikten med dette steget er å gjennomgå materialet linje for linje for å finne meningsbærende enheter, som vil si å skille relevant tekst fra irrelevant og deretter sortere den delen av teksten som kan tenkes å belyse problemstillingen. All tekst ble derfor gått gjennom grundig og systematisk

for å se hvilken tekst som på en eller annen måte bærer med seg kunnskap om ett eller flere tema fra første trinn. Måten det ble gjort på var ved å gå gjennom den transkriberte teksten og markere de meningsbærende enhetene og kode hver enhet med relevant foreløpig tema. Det ble lagt merke til på dette tidspunktet at flere av temaene ikke var konkrete nok, at noen beskrev det samme fenomenet og at det snek seg frem data som gav en erkjennelse av et nytt tema. Det medførte et behov for å kode flere ganger, men fant da ut at dette er et tegn på at kodene ikke var presise nok. Det ble derfor nødvendig å ta et skritt til siden for å vurdere om noen av kodegruppene kunne reformuleres eller slås sammen. Ved ny vurdering ble det besluttet at de foreløpige temaene: "Barnehage og skole er viktig forebyggende arbeid" og "Barnehage, skole og oppvekst viktigst arena for folkehelse", "Enklere samarbeid med innbyggere" og "Samarbeid med befolkningen/innbyggere for å få innspill", "Systemnivå/administrativt fremfor individnivå" og "Mange prosjekter og nettverk innen folkehelsearbeidet" ble reformulert og systematisert sammen under hver sine kodegrupper. I datamaterialet fantes det også andre tema, men disse hadde ikke nok grunnlag fra datamaterialet til å bli vurdert i denne oppgaven. Det første temaet ble vurdert til å ikke inneholde nok datamateriale alene til å bli tatt med i oppgaven, og de andre to temaene ble vurdert til å ikke si noe om problemstillingen: Hvilke arbeidsoppgaver vektlegger folkehelsekoordinatorene?. Temaene som ble slettet vises under her:

1 Organisatorisk eller fysisk plassering

2 Helse er ikke forebyggende

3 Ledere viktig å få med på laget

Følgende 7 kodegrupper som vist under var de som var igjen:

- Fokus på barn og unge
- Barnehage, skole og oppvekstarena er viktige fokusområder
- Forebygging mot at man blir pasient
- Administrativt på systemnivå

- Medborgerskap og innbyggerinvolvering
- Mange prosjekter og nettverk
- Tverrfarlighet og tverrsektorielt samarbeid

Trinn tre går ut på å sortere informasjonen ved de meningsbærende enhetene som ble kodet i forrige trinn. Da kondenseres innholdet ved at man systematisk henter ut meningen i de meningsbærende enhetene, og lar det resterende materialet uten meningsbærende funn ligge til side. I denne prosessen kan man se at enkelte kodegrupper ikke inneholder så mange meningsbærende enheter, og disse er det derfor rom for å vurdere som relevante eller ikke relevante i dette trinnet. Man kan også se noen kodegrupper som er svært omfangsrige, og vurdere om disse heller bør deles opp. På dette trinnet ble det bemerket at kodegruppen: "Forebygging mot at man blir pasient" ikke inneholdt så mye meningsbærende enheter. Denne ble derfor vurdert til å ikke være relevant.

På dette trinnet skal materialet i kodegruppene sorteres i subgrupper da hensikten er å finne hvilke hovedaspekter i kodegruppen som data best kan fortelle om. I hver subgruppe ble det laget et kondensat - et kunstig sitat som skal være en frisk tekst hvor elementer fra samtlige meningsbærende enheter bygges opp og redigeres sammen i logisk rekkefølge. I det kunstige sitatet benyttes det jeg-form som en påminnelse om at det skal representere hver av deltakerne tilnærmet slik de uttrykker seg i intervjuet. I hvert kondensat ble det også lagt til et til to gullsitater. Fra analysen startet med 72 sider transkribert tekst så avslutter dette trinnet med 6 sider bestående av kondensat og gullsitater.

Trinn fire som er det siste trinnet i STC analyseprosessen hvor alle bitene skal settes sammen igjen - rekontekstualisere. Kondensatene som ble lagd i forrige trinn, skal nå benyttes til å lage en analytisk tekst i tredjepersonsform med hensikt om å fortelle ny kunnskap. Gullsitater skal kunne utdype det som den analytiske teksten forteller. Når dette trinnet er gjennomført skal sitatene få en overskrift som sammenfatter det det handler om (Malterud, 2017). Sluttresultatet for de analytiske tekstene førte frem til to hovedkategorier:

1 Systematisk folkehelsearbeid

2 Samhandlingsfokusert

3.6 Forskningsetiske retningslinjer

Ved å forske på et tema så forteller Thagaard (2018) at det krever at man viser redelighet og nøyaktighet i hvordan forskningsresultatene blir presentert, og hvordan andre forskeres arbeid blir vurdert. For å sikre vitenskapelig redelighet så er det et grunnleggende prinsipp at plagiat av andre forskeres tekster unngås - anses som uakseptabelt. Når man behandler personopplysninger så har disse også etiske forholdsregler, og er derfor meldepliktig til NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) for å få tillatelse til å utføre studien. Som forsker har man et etisk ansvar og det innebærer i tillegg til det ovenfor nevnte - tre prinsipper som er sentrale i kvalitativ forskning: informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av å delta i forskningsprosjekter (Thagaard, 2018).

For å finne informanter til studien måtte internett benyttes på grunnlag av at det var et ønske om å få deltakere fra ulike kommuner. Informantene var voksne over 18 år, som i forkant av deltakelse i studien fikk informasjon om prosjektet, prosjektets formål og hva deltakelsen innebærer. De fikk tilsendt samtykkeskjema med informasjon om at deltakelse i prosjektet er frivillig, at samtykke til deltakelse kan trekkes når som helst og at all innhentet datamateriale fra informanten da vil bli slettet før prosjektet er ferdig. Det ble informert om at datamaterialet vil bli slettet når prosjektet er ferdig. Prosjektet behandler personopplysninger som kan identifiseres; stillingsplassering, stillingsstørrelse og kommunestørrelse i fylket. Det er også fare for at tredjepersoner kan bli omtalt og identifiseres. Derfor er det benyttet anonymisering under transkriberingen i form av; Deltaker 1, deltaker 2, osv, og nabokommuner og tredjepersoner som er blitt nevnt har fått navnet fjernet eller erstattet. På bakgrunn av at studien skulle behandle og oppbevare personopplysninger med bruk av lydopptaker og datamaskin, måtte studien meldes til NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste). Studien ble godkjent 03.02.2022.

Som forsker må man ifølge Kvale og Brinkmann (2015) ta hensyn til konsekvenser som kan forekomme når man deltar på et prosjekt som benytter kvalitativ metode, om mulige skader deltakerne kan påføres i undersøkelsen og fordelene som deltakerne kan forvente å få ved å delta i undersøkelsen. Ut fra et nytteperspektiv bør fordelene for deltakerne veie tyngst, og risikoen for å skade en deltaker bør være lavest mulig. Dette medfører at forskeren er forbundet med et ansvar for å reflektere over mulige konsekvenser også for både de som deltar i undersøkelsen og større grupper som de representerer. Åpenhet og intimitet bør derfor fremmes med forsiktighet grunnet faren for at deltakerne kan bli forført og dermed gi opplysninger de senere kan angre på å ha gitt. Personlig nærhet stiller sterke krav til forskerens grense for hvor langt vedkommende kan gå i undersøkelsene sine i forskningsrelasjon. Forskerens integritet - kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet er når det kommer til stykket, avgjørende faktor for kvaliteten på kunnskapen og de etiske beslutningene som blir tatt i forskningen (Kvale og Brinkmann, 2015).

Samhandlingen mellom forsker og informantene i denne studien ble tolket som trygge. Informantene fikk stille de spørsmålene de hadde behov for før og etter intervjuene, og underveis i intervjuene ble situasjonen vurdert som trygg på bakgrunn av at informantene både smilte og nikkete bekræftende, var ironiske og satt ting på spissen. Flere av informantene kom avslutningsvis i intervjuet med kommentarer om hvor viktig det var at noen tok opp dette temaet, og ytret at refleksjonene var nyttige for deres arbeid. En ting som er viktig å nevne er at forskningens uavhengighet kan påvirkes av "ovenfra" og "nedenfra" grupper på den måten at det får betydning for forskerens oppmerksomhet på resultater, noe som kan gå på bekostning av en fullstendig og nøytral undersøkelse. Forskeren kan også på grunn av nære interpersonlige samspill med intervjupersonene bli lettere påvirket av dem, eller identifisere seg så sterkt med deltakerne at profesjonell avstand blir utfordrende (Kvale og Brinkmann, 2015). Dette ble ikke bemerket som forsker å være et tilfelle i intervjuene gjennomført i denne studien. Informantenes opplevelse og beskrivelse av situasjonen skal tas hensyn til av forskeren fordi en gjennomført studie publiseres og derfor blir tilgjengelig for informantene. Av den grunn er viktigheten av informantenes utforming av resultatet også fremmet som nødvendig å ta hensyn til (Thagaard, 2018).

3.7 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Når man gjennomfører et prosjekt skal kvaliteten i forskningen kunne vurderes til å være troverdig (Thagaard, 2018). Videre skal det derfor tas en kritisk vurdering av om prosjektet gir inntrykk av at forskningen er utført på en pålitelig og tillitvekkende måte. Det vil si at troverdighet i prinsippet handler om at andre forskere og deltakere skal kunne vurdere forskningsprosjektets fremgangsmåte og resultater. Reliabilitet, validitet og overførbarhet er tre elementer som knyttes til forskningsprosjektets troverdighet (Thagaard, 2018).

3.7.1 Reliabilitet

Dataene som blir utviklet i forskningsprosjektet skal være pålitelige og kunne reproduseres av en annen forsker. Det vil si at beskrivelsen av fremgangsmåten for utviklingen av dataene skal være konkret og spesifikk. Med andre ord skal beskrivelsen av forskningsstrategien og analysemetoden skal være detaljert nok til at en utenforstående kan vurdere forskningsprosessen trinn for trinn. I en intervjusituasjon kan derfor relasjonen og kontakten til deltakerne påvirke reliabiliteten for utvikling av dataene, og derfor skal man som forsker gjøre rede for måten dataene blir innhentet på, anvendt og videreutviklet (Thagaard, 2018). Ledende spørsmål i intervjusituasjon kan stilles av forskeren ubevisst, men det er noe man som forsker skal reflektere over kan påvirke reliabiliteten (Kvale og Brinkmann, 2015). I denne studien er det forsøkt å gjøre hele forskningsprosessen, inkludert teoretisk referanseramme, valg av metode og analyse av datamateriale gjennomsliktig for leseren.

3.7.2 Validitet

Dataene i studien blir tolket av forskeren, og begrepet validitet forbindes med gyldigheten av tolkningene som forskeren har kommet frem til. For å styrke validiteten av forskningsprosjektet bør forskeren etterstrebe teoretisk gjennomsliktigheten som vil si at det teoretiske utgangspunktet som tolkninger, analyser og konklusjoner er basert på, blir beskrevet grundig (Thagaard, 2018). Forskeren bør ha et kritisk syn på sine fortolkninger for å styrke validiteten, nærmere sitert av Kvale og Brinkmann (2015): «Jo flere forsøk på forfalskning en fortolkning har overlevd, desto sterkere står den». Det bør etterstrebes en kritisk gjennomgang av analyseprosessen for å forsterke validiteten (Thagaard, 2018). I

denne studien er handlinger og vurderinger forsøkt beskrevet så gjennomskiktig som mulig. Formidlingen av forskningsspørsmålenes "hva" er etterstrebet for å få frem informantenes meninger, og analyseprosessen ble forsøkt gjennomgått med et kritisk syn.

3.7.3 Overførbarhet

I en intervjusituasjon blir det produsert kunnskap, og denne kunnskapen skal kunne overføres til andre relevante situasjoner. Begrepet overførbarhet innebærer derfor at det er tolkningen av resultatene som gir grunnlag for overførbarhet, og ikke beskrivelsen av mønstre i dataene (Mason, 2018 sitert i Thagaard, 2018). Dette er bakgrunnen for at man skal stille spørsmål om tolkningen man har utviklet, har gitt ny innsikt og kan brukes i andre sammenhenger eller videreutvikles. I denne studien er resultatene basert på syv individuelle intervjuer fra syv ulike kommuner i samme fylkeskommune, hvor kommunene hadde ulik størrelse og innbyggertall. Det er gjort flere funn i studien som tidligere forskning støtter, og det kan indikere at resultatene er overførbare i andre sammenhenger eller kan videreutvikles. Dette er med på å vise at folkehelsekoordinatorenes erfaringer kan være like aktuelt for andre folkehelsekoordinatorer.

4 Resultat

Det alle informantene i denne studien hadde til felles var at de hadde en hel eller halv stilling dedikert til folkehelsearbeid i kommunen. I dette kapitlet vil derfor funnene som fremkom i intervjuene presenteres. Undersøkelsen var basert på kvalitative intervjuer hvor det ble anvendt en semistrukturert intervjuguide for å innhente informasjon til problemstillingen som omhandler hvilke arbeidsoppgaver folkehelsekoordinatorer ansatt i kommunen vektlegger. Resultatene som kom frem ved bruk av systematisk tekstkondensering som analysemetode vil presenteres ut fra informantenes beskrivelser om arbeidet de utfører i kommunene, med utsagn om deres opplevelser av arbeidsoppgavene. Flere av informantene hadde tydelige svar på hva som var viktige arbeidsoppgaver, mens andre hadde ikke fullt så tydelige svar. Det var to hovedområder som kom klart frem i studien til å kunne bidra med å gi svar på hvilke områder folkehelsekoordinatorene hadde oppgaver som de vektla i sitt arbeid:

1. Systematisk folkehelsearbeid
2. Samhandlingsfokuset

Disse hovedområdene vil bli kategorisert med undertemaer som skildrer funnene fra intervjuene i en mer detaljert, men oversiktlig rekkefølge. Resultatet presenteres med utgangspunkt i problemstillingen, hvor målet har vært å undersøke hvilke arbeidsoppgaver folkehelsekoordinatorene vektlegger.

4.1 Systematisk folkehelsearbeid

4.1.1 Planarbeid og rapportering

Det ble fortalt av folkehelsekoordinatorene i studien at de arbeidet mye på systemnivå for å integrere og ivareta folkehelseperspektivet i kommunen. Planarbeid utgjorde en stor del av deres arbeidsoppgaver, og at de hadde vært involvert i planarbeid på mange områder. Det ble beskrevet flere områder hvor de bidro med planarbeid. Folkehelsekoordinatorene ble

inkludert i utarbeidelse av planer for å få inn folkehelseperspektivet, og de understreket viktigheten av dette.

Flertallet av informantene fortalte at de hadde ansvar for den 4-årige folkehelseprofilen som kommunen skulle ha iht. folkehelseloven, som informantene refererte til som det løpende oversiktsarbeidet. En av informantene beskrev at sitt ansvarsområde gikk ut på å ivareta folkehelseloven. Samtlige av folkehelsekoordinatorerne i studien fortalte at kommunen var med i "Partnerskap for folkehelse" som er et samarbeid mellom kommune og fylkeskommune. Flere av informantene mente at det å lage en handlingsplan for bruk av midlene som kommunen fikk fra "Partnerskap for folkehelse" var en hovedoppgave. Folkehelsekoordinatorerne brukte mye tid på utarbeidelse av planer, tjenesteutvikling og det å få folkehelse inn i overordnet planarbeid.

Deltaker 2: Ikke for å kritisere, men det ligger litt lite verktøy knyttet til loven. Den har sine svakheter metodisk i forhold til hvordan vi skal svare ut loven i seg selv.

Folkehelsekoordinatorerne i studien beskrev at arbeidet i planarbeid også gav de en mulighet til å rapportere hvor folkehelseutfordringene lå i kommunen. Slik kunne de sikre at utfordringene ble opplyst om og kunne tas med i planarbeidet for det aktuelle arbeidsområdet eller for den aktuelle tjenesten. Flere av informantene mente i tillegg at de kunne skape økt forståelse for hva folkehelsearbeidet dreiet seg om gjennom deres arbeid, og dermed øke sannsynligheten for at flere fikk kjennskap til deres kompetanse på bakgrunn av at de utførte mye usynlig arbeid. Informantene fremmet kommunens arbeid med FNs bærekraftsmål som et løft for folkehelseperspektivet, i tillegg til opplysning om at det er et langsiktig arbeid. En av folkehelsekoordinatorerne hadde en påstand om at folkehelseloven hadde vært med å løfte det bærekraftige perspektivet på folkehelse.

En informant fortalte om pågående arbeid med å implementere helsekonsekvensvurdering i alt planarbeid. Dette skulle blant annet bidra til at stillingen som folkehelsekoordinator

automatisk skulle inkluderes i detaljreguleringen av områdeplan(er). Enkelte av informantene i studien hevdet at de allerede ble innkalt i prosesser automatisk til en del plan- og byggemøter når nye områdeplaner skulle utarbeides. Hensikten med innkallingene og deltakelse var for å ivareta at de kunne komme med innspill og fikk rom for å uttale seg. Noen av planene som informantene fortalte at de var involvert i var eksempelvis: utarbeidelsen av temaplan for kultur, idrett og frivillighet, plan og detaljregulering, samfunnssikkerhet og trafikksikkerhetsplan. Et utvalg av folkehelsekoordinatorene i studien nevnte også at de ga innspill og bidrag i utarbeidelsen knyttet til folkehelseperspektivet. Den ene informanten fortalte hun var med på alt av planarbeid rettet mot samfunnsdelen i kommuneplanen.

Deltaker 7: Så jeg vil jo si at vi er sykt flinke på å få inn folkehelseperspektivet i overordnet plan, men så er jeg litt usikker på hvordan det sildrer nedover.

Noen av informantene fortalte at plassering av stilling har betydning for arbeidet, spesielt dersom stillingen var kombinert. Ved å være organisert høyt opp i et kommunalt hierarki så fortalte ene informanten at det medførte en kort vei til dem som besluttet på overordnet nivå slik at det hadde betydning for folkehelse. En annen informant fortalte at sin plassering i helse- og omsorgssektoren kunne være til hinder for oppvekst og kultur til å ta kontakt, og derfor var ikke plasseringen tilfredsstillende enda med tanke på muligheten for å jobbe mest mulig sektorovergripende. Flertallet av informantene sa at plasseringen av stillingen hadde større betydning for hvilke arbeidsoppgaver som ble utført enn størrelsen på stillingen hadde.

4.1.2 Prosjektarbeid

Informantene la frem at de ble inkludert i mange prosjekter både innad i kommunen og sammen med andre kommuner. De hevdet at hensikten med å bli involvert i flere av prosjektene var for å sikre fokus på folkehelsen, og at de derfor ble involvert i så mange prosjekter som mulig for å påse at folkehelseperspektivet ble ivaretatt. Informantene

formidlet også at de hadde ansvar for forvaltning av partnerskapsmidlene. Ved å ha ansvaret for disse midlene kunne flere prosjekter bli igangsatt ved hjelp av folkehelsekoordinatoren. Samtlige av folkehelsekoordinatorene hevdet at de ble involvert og inkludert, dog i forskjellig størrelsesorden om ulike opplevelser med prosjekter hvor noen hadde større involvering enn andre, men at alle ble involvert og inkludert i ulike størrelsesordener av prosjekter basert på kunnskapsnivået om folkehelse.

Deltaker 7: Jeg blir tatt med i en del prosjekter fordi jeg har “folkeheshatten” på, slik som aldersvennlig samfunn - arbeidsgruppe der, demensvennlig samfunn - arbeidsgruppe der.

Informantene fortalte at de sørget for et tverrsektorielt samarbeid rundt prosjektene, som førte til et større eierskap mellom de ulike sektorene involvert i prosjektet. Det ble beskrevet at det kunne komme inn utallige forslag til prosjekter uten noen hensikt, og presiserte derfor at det nærmest måtte ligge en skjult agenda på hvorfor prosjektet skulle igangsettes. Folkehelsekoordinatorene var dog ofte med for å støtte oppstarten av prosjekter. Frisklivssentralen var en hovedaktør som flere folkehelsekoordinatorer samarbeidet tett med, spesielt på individ- og grupperettet nivå, og dermed kom tettere på befolkningen som hadde henvendt seg pga. eksempelvis en helseutfordring. Mange av informantene beskrev at de var delaktige i prosjekter innen trafiksikkerhet, da dette var noe kommunen jobbet for å oppnå. Flertallet av informantene ytret at de ble involvert i prosjekter som alders- og demensvennlig samfunn for å ivareta folkehelseperspektivet. Det ble også nevnt at en av informantene var koordinator for ungdoms- og eldrerådet, og på den måten kom tettere på innbyggerne gjennom de kommunale rådene.

Deltaker 4: Ofte så trekker jeg meg ut etter en stund rett og slett fordi det går av seg selv og jeg kan ikke være med på alt, det er det ikke kapasitet til.

En av folkehelsekoordinatorene hadde hatt et prosjekt sammen med NAV hvor det ble kartlagt at mange unge var ekskludert fra arbeidslivet av ulike helsemessige grunner. Dette prosjektet inngikk til slutt som et tilbud i ordinær drift: friskliv ung.

Deltaker 6: Det er mange arbeidsgrupper og prosjektgrupper internt i kommunen. De er jo veldig bra at folkehelse er en del av mange ting, fordi da blir det hvertfall tatt med. Det krever jo at en bidrar med alle mulige ting også da.

4.2 Samhandlingsfokuseret

4.2.1 Koordinering av helsefremmende og forebyggende tiltak

Flere av informantene fortalte hvor nyttig det var å ha en person med et ansvar for å påse at tiltak som ble iverksatt mot utfordringsbildet i kommunen hadde helsefremmende og forebyggende fokus. Enkelte mente de hadde en rolle som en understøttende faktor for tiltak som ble iverksatt mot utfordringene som ble kartlagt i kommunen. Hva informantene beskrev som en understøttende faktor var at de la til rette for området hvor det lå en utfordring, og bisto aktuell tjeneste med kunnskap og veiledning i forhold til hva tiltaket kunne være. Ved å gjøre dette så mente informantene at de bidro til at tiltakene var helsefremmende og forebyggende, og at de var rettet mot folkehelsen.

Deltaker 7: Jobbet en del i starten med å informere om hva som egentlig ligger i rollen og hva de kan bruke meg til og hva de er eksperter på, fordi jeg er ikke ekspert på tiltak og kommer aldri til å bli.

En av informantene fortalte at hun var opptatt av at folkehelse var samfunnsutvikling. Det ble beskrevet av flere informanter at de jobbet med å finne tiltak som traff de utfordringene de så, men at de ikke var med på å utføre tiltakene. Andre beskrivelser var at de skulle påse at kommunen gikk i takt når det gjaldt samfunns- og folkehelseutfordringene. Mangfoldet av folkehelsekoordinatorene i studien fortalte at de hadde fokus på organisering rundt tiltak, og at de på den måten ble en understøttende faktor som jobbet med det systematiske. En av informantene nevnte at det var svært viktig å ha en rolle som en samler, en som hadde

oversikten og ansvaret. Flertallet av informantene presiserte at de hadde som mål å utvikle tiltak som ble værende og som gikk inn i ordinær drift. En av informantene fortalte at hun var med å på å legge rette for blant annet friluftsliv som et viktig folkehelseiltak.

Deltaker 7: Jeg har det strategiske blikket og tenker langsiktig, ser hvor skoen trykker i vår kommune og har overblikk på det, og peker på hvor våre utfordringer ligger.

Flere av informantene mente at folkehelsearbeidet hadde størst effekt og potensiale utenfor helsesektoren. Det ble fortalt at enkelte hadde et tett samarbeid med ansatte i skolevesenet, hvor satsningsområde var å fullføre videregående opplæring som en del av folkehelsearbeidet. Andre satsningsområder var å implementere en bred forebyggende plan for barn og unge. Det kom også frem av en informant at det var høyt fokus på oppveksttjenester i kommunen og at hun bidro med å implementere BTI (bedre tverrfaglig innsats), som informanten beskrev som en handlingsmodell for hvordan en skulle jobbe når man var bekymret for et barn eller en ungdom. Enkelte informanter sa at de var med på utarbeidelse av planer for barn og unge. Samtlige informanter mente at det viktigste helsefremmende og forebyggende arbeidet startet med barn, unge og oppvekstvilkår, og at forebygging må starte tidlig.

Deltaker 7: Jeg mener jo helt klart det viktigste folkehelsearbeidet foregår jo ikke på helsesektoren, det er først og fremst skole, barnehage og oppvekst, legger vi inn innsatsen der så vinner vi.

4.2.2 Bidrag til tverrsektorielt samarbeid

Flere av informantene fortalte hvor hensiktsmessig det var med tverrsektorielt samarbeid. De hevdet at involveringen i dette samarbeidet var for å sikre folkehelseperspektivet. Dette gav dem mer innblikk i hvordan statusene var hos de ulike sektorene i kommunen.

Samarbeidet gav også god nytteverdi fordi de fikk flere arenaer å formidle folkehelseperspektivet på, og muligheten til å dele sine erfaringer.

Flertallet av informantene beskrev at de jobbet med å finne gode samarbeidskanaler på tvers av de ulike sektorene fordi de skulle samarbeide like mye med alle. En av bidragsområdene innen tverrsektorielt samarbeid var å bygge nettverk og relasjoner, få folk til å tenke “oss”, hva man kan gjøre sammen og hvordan man sammen kan jobbe for å oppnå mål. Under arbeid med folkehelsestrategien forklarte en av informantene at det var høyt fokus på dialog mellom de ulike sektorene for å inkludere de ansatte i hvilken strategi som kunne brukes for å lette deres arbeid. Mangfoldet av folkehelsekoordinatorene i studiet ønsket å få fremme sitt forslag om å bidra til å understøtte de ansattes arbeid i de ulike sektorene innenfor folkehelse.

Deltaker 7: Det er kjempeviktig å få den kvalitative kunnskapen fra de der ute ift. hvor skoen trykker, for det er ikke alltid de ser det samme nødvendigvis som tall i en tabell sier.

Samtlige av folkehelsekoordinatorene i studien hevdet at de hadde et godt samarbeid med fylkeskommunen i regi av partnerskapsavtalen for folkehelse. De mente også at de hadde et godt samarbeid med andre folkehelsekoordinatorer i andre kommuner. Enkelte ga også uttrykk for at de hadde et godt samarbeid med kommuneoverlegen. En av informantene forklarte at hun bidro i nettverksmøter med spesialisthelsetjenesten om psykisk helse og selvmordsforebygging. Gjennom det tverrsektorielle samarbeidet fortalte informantene at de hadde både forum og nettverk i egen kommune og sammen med nabokommunene for å skape et økt samhold for utveksling av erfaringer på tvers av kommunegrensene for å kunne hjelpe hverandre med folkehelsearbeidet.

Deltaker 3: Det er ikke slik at jeg sitter og venter på at de skal komme å spør meg, jeg går ut. Du må by på deg selv og du må oppsøke, være diplomat og samarbeidsvillige.

Flere av informantene nevnte at de hadde et folkehelseforum hvor ansatte fra ulike sektorer var representert. Hensikten med forumet var å kunne nå ut til alle sektorer i kommunen via representanter i forumet. En av informantene som var en del av et folkehelseforum påpekte at det hadde vært behov for omorganisering av deltakere på grunn av ulik representasjon av sektorene, noe resulterte i at informantens rolle ikke var optimalt forankret og forstått i de ulike sektorene. En annen informant nevnte at sitt folkehelseforum kun besto av ledere, som var et bevisst valg ettersom lederne hadde beslutningsmyndighet. Samtlige av informantene beskrev også at de var en del av et forum hvor alle folkehelsekoordinatorene eller de som var ansvarlige for folkehelsearbeidet kunne møtes for erfaringsoverføring. Enkelte informanter mente at de hadde et tettere samarbeid med de som arbeidet med områdeløft og områdesatsing, da dette var den sektoren som hadde fokus på tiltaksnivå og strukturering av område ift. folkehelse eller levekårsutfordringer. Informantene beskrev at arbeidet med å sikre tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid i kommunen var til stor nytte for forståelsen av at folkehelsearbeidet skulle ha noe effekt.

Manglende forståelse for folkehelse blant ledere og manglende lederansvar for folkehelsearbeidet var en utfordring for å skape et godt tverrsektorielt samarbeid i sin kommune, hevdet en av informantene. Hun ga også uttrykk for at ledere burde gi mer rom for at ansatte kunne spille på hverandre og bruke hverandre mer i prosjekt- og i utviklingsarbeid.

Deltaker 4: Jeg opplever det er mye vilje, svært mange enkeltpersoner og ansatte som ønsker sterkt tverrfaglig samarbeid, men så er det noe med strukturene som ikke alltid tillater det.

4.2.3 Medvirkning og borgerinvolvering

Flere av informantene fortalte at medvirkning og involvering var viktig både under utarbeidelse av planer og under prosjekter. Informantene mente også at de var bevisst på å få medvirkning fra prosjektgruppen eller gjeldende prosjektplanen, men problematiserte at det ikke var nok fokus på medvirkning. De fortalte derfor om flere ulike metoder å benytte seg av for å sikre medvirkning både fra ansatte og innbyggere. En av informantene fortalte at det var et tett samarbeid mellom kommunen og frivillighetskontorene i byen på bakgrunn av direkte kontakt mellom borgerne og kommunen. Dette mente informanten var en stor fordel for å sikre bred medvirkning. Noen av informantene fortalte at de hadde opprettet et digitalt verktøy/nettside med mulighet for å gi innspill, tilbakemeldinger eller stille spørsmål. Ved opprettelse av mandat for nye prosjekter ble det i følge en av informantene fortalte at kommunen forsøkte å få frem hvem som var interessegruppen og hvilke aktører som kunne medvirke.

Deltaker 2: Det er medvirkning, brukerinvolvering, medborgerskap og samhandling generelt sett, det at folk skal vite hva de skal samhandle om eller hva de det er de skal ta kontakt for og gi tilbakemelding på. Kommunen kan være litt sånn dominerende aktør, men hva gjør kommunen når innbyggerne tar kontakt? Vi må ha en forventning om at innbyggerne også kan stille andre krav til kommunen.

Flere av informantene var opptatt av at flest mulig skulle få muligheten til å medvirke i folkehelsearbeidet i sitt nærområde og hjemkommune. De mente det var spesielt høyt fokus på å involvere ulike råd og organisasjoner i tillegg til ansatte i kommunen og enkeltinnbyggere. Rådene og organisasjonene som informantene eksempelvis inkluderte var FAU, politikere eldre- og ungdomsråd. En av informanten fortalte at de hadde gjennomført "speed dating" med frivillighetsavdelingen på biblioteket slik at flere organisasjoner skulle få muligheten til å delta. En annen informant fortalte at kommunen hadde opprettet et samarbeid med bygdebladet på bakgrunn av mange spørsmål som angikk kommunen. Det resulterte i at informanten eller relevante tjenester i kommunen kunne gi offentlige svar som kunne være av interesse for flere.

Samtlige informanter mente det var viktig å anskaffe kvalitativ kunnskap om hvordan innbyggerne egentlig hadde det i sitt lokalmiljø. Derfor fremmet informantene viktigheten av å utprøve nye virkemidler, metoder og verktøy for å få innbyggerne til å engasjere seg i blant annet oversiktsarbeidet. Det ble beskrevet av en informant som arbeidet med ny samfunnsdel i kommuneplanen at vedkommende og plansjefen hadde hovedansvaret for å sikre medvirkning. Flere av informantene mente det var viktig å oppsøke innbyggere i ulike miljøer for å sikre bredere medvirkning i kommunale avgjørelser. Informantene mente at de selv kunne bidra både operativt og praktisk for å innhente kunnskap og erfaring.

Deltaker 7: Vi hadde et oppvekstprosjekt hvor vi stilte oss opp i butikk, på lekeplassen, ungdomsskolen og spurte hva de vil ha, hva de trenger eller savner. Ofte er jeg litt sånn gå og møt folk der de er, gå på kafe eller oppsøk folk som vanligvis ikke stiller opp. Vi gjorde det i forbindelse med plan og strategi, for meg var det slik, bruk de arenaene som er. Da var det en sånn liten matfestival i gatene her en lørdag og da stilte jeg og en annen kommuneplanlegger oss opp i gaten, tok med oss en blokk og spurte: hvorfor bor du i kommunen?.

4.6 Oppsummering

I denne studien har informantene gitt nyttig innføring i hvilke arbeidsoppgaver de har, og oversikt over de ulike arbeidsoppgavene de utfører i løpet av arbeidsdagen sin. Svarene som informantene gav bidro til nye inntrykk sett ut ifra problemstillingen. Grunnlaget for de nye inntrykkene underbygges ved at informantene har et bredt spekter med arbeidsoppgaver i sin stilling som ansatt i kommunen.

Informantene fortalte at de arbeidet mye på overordnet nivå med planarbeid på flere områder, som ble nevnt å utgjøre en stor del av arbeidsoppgavene. Folkehelsesloven ble beskrevet som et ansvarsområde som informantene skulle ivareta. Blant arbeidsoppgavene

som informantene beskrev var arbeid med løpende oversikt og utarbeidelse av handlingsplan for bruk av midlene som kommunen fikk fra samarbeidet med “Partnerskap for folkehelse” i fylkeskommunen. Informantene fortalte også om tjenesteutvikling og det å sikre at folkehelse ble tatt med inn i overordnet planarbeid som en del av arbeidsoppgavene de hadde. I tillegg fortalte informantene at de ble arbeidende en del med prosjekter, og at de hadde fokus på å sikre tverrsektorielt samarbeid rundt prosjektene. Involvering i planarbeid for å ha muligheten til å rapportere om folkehelseutfordringene som lå i kommunen, kom frem som en viktig faktor blant informantene. Derimot kom det frem at noen av informantene ikke vet hvordan folkehelseperspektivet blir ivaretatt lengre nede i organisasjonene. Informantene påpekte viktigheten av å ivareta at kommunen hadde folkehelseperspektivet i tiltak som skulle være helsefremmende og forebyggende. Noen informanter uttalte at organisatorisk plasseringen av stillingen kunne påvirke arbeidsoppgavene mer enn størrelsen på stillingen. Flere fortalte også at de var tett på ledelsesnivå knyttet til utarbeidelse av planer, og fremmet det som et viktig moment for stillingen sin.

Informantene fortalte at de så på seg selv som en understøttende faktor for iverksettelse av tiltak rettet mot helseutfordringene gjennom å bistå med kunnskap og veiledning. I den forbindelse presiserte informantene at de ikke var med å utførte tiltakene, kun la til rette for tiltak som kunne utvikles til å være aktuelle for gjeldende område. Det kom frem stor enighet blant informantene at folkehelsearbeidet hadde størst effekt og potensiale utenfor helsesektoren, og at det viktigste folkehelsearbeidet var rettet mot barn, unge og oppvekstvilkår. Tverrsektorielt samarbeid ble beskrevet som en viktig arbeidsoppgave for å formidle folkehelseperspektivet, og få innblikk i status hos ulike sektorer. Informantene hadde både grupper, nettverk og forum som de drev, for å etablere folkehelseperspektivet hos flest mulig. Ledere ble det lagt stor vekt på for å ha et samarbeid med grunnet beslutningsmuligheten ledere har, og forståelsen for folkehelse blant ledere var viktig å sikre. Det opplevde noen av informantene som manglende. Det å sikre medvirkning og involvering av innbyggere og ansatte i både utarbeidelse av planer og i prosjekter, kom frem som et viktig moment i studien. Informantene fortalte om ulike metoder som ble benyttet

for å sikre medvirkning i ulike prosesser, og var også noe de var opptatt av. Frivillige organisasjoner, ulike råd og andre organisasjoner ble spesielt lagt høyt fokus på for å gi muligheten til å medvirke i folkehelsearbeidet. I arbeidet med å få mest mulig medvirkning så arbeidet informantene bredt, og den kvalitative kunnskapen fra innbyggere ble vektlagt som særs viktig å skaffe i folkehelsearbeidet.

5 Drøfting

Hensikten med denne studien er å belyse arbeidsoppgavene til folkehelsekoordinatorer ansatt i kommunen, og finne hvilke arbeidsoppgaver som folkehelsekoordinatorene vektlegger i sitt arbeid med folkehelsen. Funnene som fremkommer i studien viser hvilke ulike arbeidsoppgaver som folkehelsekoordinatorene har, i hvor stort omfang folkehelsekoordinatorene bidrar innen folkehelsearbeidet i kommunen og hvilken opplevelse de har om kommunens prioritering av folkehelseperspektivet. Det er problemstillingen som danner utgangspunktet for drøftingen, og funnene som fremkommer i analyseprosessen vil benyttes i forsøk på å besvare studiens problemstilling. Funnene vil bli diskutert og drøftet opp mot problemstillingen basert på tidligere teori og forskning.

Studiens problemstilling: Hvilke arbeidsoppgaver vektlegger folkehelsekoordinatorene i sitt folkehelsearbeid?

Målet med drøftingen er å belyse om folkehelsekoordinatorer har noen konkrete oppgaver de arbeider med, og om det finnes andre oppgaver de arbeider med i praksis som ikke fremkommer like tydelig i tidligere teori og forskning. Deretter vil måten folkehelsekoordinatorene strukturerer arbeidsoppgavene sine belyses, og i hvilken grad betydningen har for utførelsen av arbeidsoppgavene knyttet opp mot forventningene til folkehelsekoordinatorene. Folkehelsekoordinatorenes organisatoriske involvering vil nevnes som en del av drøftingen relatert til arbeidsoppgavene.

5.1 Folkehelsekoordinatorens fokus på medvirkning

Det fremkommer tydelig fra tidligere forskning og teori at folkehelsearbeidet lenge har vært et viktig fokusområde både nasjonalt og internasjonalt, hvor en bestemt stilling som folkehelsekoordinator har blitt anbefalt å bli opprettet for å ivareta folkehelsepolitikken i kommunen. Ved å se tilbake på Alma Ata resolusjonen i 1977 som fastslo at det viktigste

målet for verdens regjeringer, skal være å arbeide for oppnådd helsestatus som skal gjøre det mulig å leve et sosialt og økonomisk tilfredsstillende liv (NOU 1998:18, s. 220). Dette bidro til å fremme viktigheten av sektorovergripende samarbeid. Allerede i 1997 ble ideen om å opprette en stilling som folkehelsekoordinator i rådmannens stab, og ble vurdert til å kunne markere folkehelsearbeidet som et sektorovergripende arbeid (NOU, 1998:18). Retningslinjer i folkehelseloven og nasjonale føringer beskriver derimot i liten grad hvilken kompetanse en folkehelsekoordinator skal ha eller hva stillingen skal innebære. Folkehelsekoordinatorene i denne studien har vært ansatt i et vidt spekter fra 5 måneder til 10 år. De har også hatt en variert stillingsprosent; fra 40 prosent kombinert stilling til 100 prosent stilling som folkehelsekoordinator. Man kan derfor tenke seg til at noen av dem har mer erfaring med folkehelsearbeid enn andre. I datamaterialet viser det seg at folkehelsekoordinatorene har flere felles arbeidsoppgaver. Teorien som er anvendt sier at folkehelsekoordinatorer skal bidra med å koordinere ulike aktørers innsats, utløse lokalt engasjement, gi drahjelp til lokale aktiviteter og tverrsektorielt arbeid (St. meld. 12 (2002-2003)). De spesifikke arbeidsoppgavene som ble tydeliggjort av folkehelsekoordinatorene i resultatdelen var utarbeidelse av planer, ansvarlighet for oversikten over folkehelsen i kommunen gjennom den fireårige folkehelseprofilen, igangsetting av prosjekter, forvaltning av folkehelsemidler og sikring av det tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidet i kommunen. Funnet fra datamaterialet knyttet opp mot teorien kan vise til at folkehelsekoordinatorene hadde noen integrerte arbeidsoppgaver som det allerede var forventet at de skulle ha. Det som også kommer frem i datamaterialet som kan vise seg å være en arbeidsoppgave som ikke har blitt belyst i tidligere forskning, er folkehelsekoordinatorenes fokus på å sikre medvirkning i utarbeidelse av plan- og prosjektarbeid. Til tross for at medvirkning foreligger som et av de fem hovedprinsippene ifm. folkehelsearbeidet, og fremmes som en nødvendighet for å lykkes med folkehelsearbeidet (Meld. St. 34 (2012-2013)) så problematiserer folkehelsekoordinatorene i datamaterialet at det ikke er nok fokus på medvirkning i folkehelsearbeidet. Folkehelsekoordinatorene fremmer i datamaterialet at medvirkning er noe de vektlegger som en særs viktig arbeidsoppgave i deres arbeid.

Teorien finner at etter kommunene fikk et større ansvar for folkehelsearbeidet i regi av folkehelseloven som trådte i kraft 2012, ble det anbefalt å opprette en spesifikk stilling som et viktig koordinerende tiltak som skulle legge til rette for koordinering på tvers av sektorer (Karlsen et al., 2022, Hagen et al., 2018). Dette er derimot ikke en ny anbefaling fra nasjonalt hold, da en stilling for å koordinere folkehelsearbeidet allerede ble anbefalt i 1997 (NOU 1998). Det har også vært ansatt fungerende folkehelsekoordinatorer før folkehelseloven trådte i kraft (Hagen et al., 2015), og i denne studien hadde den ene folkehelsekoordinatoren vært ansatt i stillingen som folkehelsekoordinator i 2 år før Folkehelseloven trådte i kraft. I motsetning til de andre folkehelsekoordinatorene som ble ansatt etter Folkehelseloven trådte i kraft i 2012, så kommer det ikke frem i datamaterialet at det har hatt noen graverende innvirkning på arbeidsoppgavene i kommunen. Dette samsvarer med tidligere teori som fant at 76 prosent av norske kommuner hadde opprettet en folkehelsekoordinator stilling før Folkehelseloven trådte i kraft (Hagen et al., 2015). På en annen side har derimot Folkehelseloven bidratt med å løfte ansvaret for folkehelsearbeidet ut av helsetjenesten og over til kommunal ledelse (Meld. St. 19 (2018-2019)). Dette finner jeg støtte for i mine resultater ved at folkehelsekoordinatorene påpeker at folkehelseloven har bidratt til å løfte det bærekraftige perspektivet på folkehelse. Samtidig er det slik at flere folkehelsekoordinatorer fortsatt er ansatt i helsesektoren, noe som kommer frem i datamaterialet.

Det å opprette en folkehelsekoordinator stilling var frivillig (Hofstad og Vestby, 2009), men sett i lys av Schou et al. (2014) hadde likevel 85 prosent av norske kommuner opprettet en folkehelsekoordinator før folkehelseloven trådte i kraft. Det at en stilling som folkehelsekoordinator ble sett på som en positiv effekt for folkehelsearbeidet, understøttes av flere forskningsartikler (Helgesen et al., 2014, Helgesen et al., 2017, Hofstad, 2018, Hagen et al., 2015, Karlsen et al., 2022). Dette finner jeg støtte for i mine resultater på den måten av at flere av folkehelsekoordinatorene beskrev flere arbeidsoppgaver som viste til at de ble bredt involvert i kommunens arbeid med folkehelse. På den ene siden ble en stilling som folkehelsekoordinator ansett for å ha ansvar for å overvåke befolkningens helse, i tillegg til å organisere folkehelsepolitikken og rette oppmerksomheten på helseforskjeller lokalt

(Karlsen et al., 2022). Dette samsvarer med datamaterialets funn blant arbeidsoppgavene som flere av folkehelsekoordinatorene beskriver å ha. På den andre siden fremkommer også frem noen faktorer hos folkehelsekoordinatorene som kan tyde på ulikheter i arbeidsoppgavene, blant annet hvor lenge de har vært ansatt som folkehelsekoordinator og stillingsprosenten. Dette samsvarer med teorien jeg har anvendt, som problematiserer at stillingsstørrelsen og organisatorisk plassering påvirker folkehelsekoordinatorens innflytelse og rolle innen folkehelsearbeidet (Karlsen et al., 2022). Teorien påpeker at formelle stillingsbeskrivelser anses som en viktig faktor for å spesifisere arbeidsoppgavene, hvorav plassering i ledende stilling og koordinering av folkehelsearbeidet i tilnærmet heltidsstilling er basert på organisatoriske egenskaper. I datamaterialet fremkommer det ikke om folkehelsekoordinatorene har spesifiserte arbeidsoppgaver annet enn at de har i oppgave å svare ut folkehelseloven. Derimot kan erfaringer i arbeidet med folkehelse i denne sammenhengen bety at noen har vært med på større deler av endringene som har skjedd med folkehelsearbeidet i kommunen etter folkehelseloven trådte i kraft enn andre. Til tross for variasjon av ansettelseslengde i stillingene, så beskrives likevel arbeidsoppgavene og vektleggingen av disse nokså likt i datamaterialet.

Sett i lys av Helgesen og Hofstad (2012) som gjorde funn av at koordinering av folkehelse på tvers av sektorer var den eneste arbeidsoppgaven folkehelsekoordinatorene hadde uavhengig av stillingsstørrelse, finner denne studien derimot at folkehelsekoordinatorene hadde flere felles arbeidsoppgaver uavhengig av stillingsstørrelse. På den ene siden kom det ikke frem i datamaterialet hvor mye tid de ulike folkehelsekoordinatorene brukte på disse felles arbeidsoppgavene. På den andre siden fremkommer det i teorien som er anvendt at Hagen et al. (2015) først mente at en stilling som folkehelsekoordinator kunne være en enkelt stilling i heltid eller deltid med ansvar for å utarbeide helseoversikt og bidra til å finne tiltak mot helseutfordringene. Deretter mente Hagen et al. (2018) at en folkehelsekoordinator var anbefalt å ansette i en nær fulltidsstilling for å kunne sikre involvering i lokal politisk utforming og kommuneplanlegging (Hagen et al. (2018)). I datamaterialet kommer det frem som nevnt tidligere at stillingsstørrelsene varierte fra 40 prosent kombinert til 100 prosent hvor tre av syv folkehelsekoordinatorer var organisert på

rådhuset, men kun en i rådmannens stab. Arbeidsoppgavene til folkehelsekoordinatorerne i studien varierer noe, men som nevnt tidligere har de flere felles arbeidsoppgaver. På den ene siden kan teorien tyde på at betydningen av folkehelsekoordinatorers arbeid med folkehelsen i kommunen anses å ha større effekt på folkehelsearbeidet enn først antatt. På den andre siden kan funnet i datamaterialet bety at folkehelsekoordinatorenes arbeidsoppgaver ikke blir påvirket i like stor grad av stillingsstørrelse og organisatorisk plassering. Derimot kommer det som nevnt tidligere ikke tydelig nok frem i datamaterialet hvor mye tid folkehelsekoordinatorerne bruker på de ulike arbeidsoppgavene. Derfor kan en ikke med sikkerhet fastslå at datamaterialet enten samsvarer eller strider i mot teorien til Hagen et al. (2018).

5.1.1 Medvirkning i folkehelsearbeidet

Medvirkning er nedfelt som et av fem prinsipper for folkehelsearbeidet, og sammenlignes ved at gjennom retten til ytringsfrihet ligger også retten til medvirkning som er nedfelt i menneskerettighetserklæringen artikkel 19 og i Grunnloven §100 (Meld. St. 34 (2012-2013)). Sett i lys av datamaterialet så er folkehelsekoordinatorerne oppmerksomme på å at flest mulig får medvirke i folkehelsearbeidet som angår deres nærområde og hjemkommune. Derfor benyttet folkehelsekoordinatorerne flere ulike metoder og verktøy for å nettopp sikre størst mulig medvirkning, herunder digitale nettsider med rom for å komme med kommentarer, mandat for prosjekter, samarbeid med frivillighetskontorer, råd og organisasjoner. I teorien belyses det at når et menneske får muligheten til å medvirke i prosesser som påvirker miljøet rundt seg, så vil mennesket kunne oppleve en sterkere følelse av autonomi i tillegg til en mer effektiv og ressursbesparende tjeneste (Meld. St. 19 (2018-2019, NOU 2016:17)). Folkehelsekoordinatorenes fokus på å sikre medvirkning i folkehelsearbeidet blir derfor sett på som viktig. Denne uttalelsen til folkehelsekoordinatorerne støttes av Lid (2017a) og Wyller (2011) som beskriver at medborgerskap er en prosess mellom samfunnet og mennesker. Medborgerskap fremkommer når et menneske gis muligheten til å ha innflytelse over egen situasjon, eget liv og levekår - da trives og utvikler mennesket seg. Det gir mennesket en mulighet til å leve som likeverdig samfunnsborger gjennom å medvirke i prosesser med å utvikle og bygge

lokalsamfunnet. En slik mulighet avhenger av hvordan samfunnet legger til rette for dette, og viser på den måten hvilken makt og ansvar samfunnet har overfor innbyggerne (Lid, 2017a, Wyller, 2017).

På den ene siden fremkommer det i datamaterialet at tett samarbeid mellom kommunen og frivilligheten ga folkehelsekoordinatorene en mulighet for å få direkte kontakt med innbyggerne, som kunne være til stor fordel for å sikre bred medvirkning. På den andre siden mente folkehelsekoordinatorene at kommunen også måtte ha en forventning til at medvirkningen skulle gå begge veier. Dette kan utdypes videre gjennom Klausen et al. (2013), som fremmer at medvirkning kan gi politikken bedre forankring blant innbyggere, vil kunne bidra til å øke tilliten til at folkevalgte lytter og tar hensyn til innbyggernes økende behov. I tillegg kan det ha en positiv effekt ved at det også bidrar til å lære politikere om hvilke ønsker og behov befolkningen har, som kan gi ytterligere informasjon om behov, løsninger og ønsker som effektiviserer iverksettingen av tiltak (Klausen et al., 2013). Dette samsvarer med funn i datamaterialet ved at folkehelsekoordinatorene problematiserer kommunens måte å være åpen for innspill fra innbyggere uten at kommunen har spurt om det. Det beskrives at kommunen har manglende tilrettelegging for at innbyggerne skal kunne komme med innspill på ulike områder uten at det er noe spesifikt som kommunen ber om tilbakemelding på. Folkehelsekoordinatorenes oppmerksomhet mot viktigheten av medvirkning og tilretteleggingen med verktøy for å tilgjengeliggjøre muligheten for innbyggere til å komme med innspill, støttes av Klausen et al. (2013) som fremmer den positive effekten av enklere tilrettelegging for innspill og medvirkning som en nytteverdi for kommunen.

I datamaterialet blir det beskrevet flere ulike metoder som folkehelsekoordinatorene benytter for å sikre bred medvirkning i sitt arbeid. Derimot fremmer Klausen et al. (2013) at det kan være lettere å få medvirkning i noen typer beslutningsprosesser enn andre. Grunner til det er blant annet at medvirkning er lovfestet i visse typer planprosesser, hvor ulike råd skal inviteres inn (Klausen et al., 2013). Av den grunn kan derfor folkehelsekoordinatorenes

arbeid med å sikre medvirkning fra ulike råd og organisasjoner, ikke betraktes som en ekstra arbeidsoppgave folkehelsekoordinatorerne utfører. I motsetning til medvirkning fra ulike råd i prosesser som er lovpålagt, fremkommer det blant folkehelsekoordinatorerne at de er opptatt av å sikre medvirkning fra innbyggere som ellers ikke er politisk aktive. Sett i lys av Klausen et al. (2013) sitt funn om at mange innbyggere nettopp opplever at det er høy terskel for å delta i beslutningsprosesser, kan dette derfor betraktes som en arbeidsoppgave folkehelsekoordinatorerne utfører som er av viktig karakter for folkehelsearbeidet. Klausen et al. (2013) fremmer noen måter å senke terskelen på for å få flere til å medvirke, som blant annet å møte folk der de er eller å etablere råd som representerer bestemte grupper som ellers ikke får så lett tale. Dette finner jeg støtte for i mine resultater ved at flere av folkehelsekoordinatorerne beskriver en bevissthet for å også sikre medvirkning fra dem som ikke er så politisk aktive. Måten folkehelsekoordinatorerne gjør dette på er å oppsøke folk der de er, og benytter ulike arenaer å gjøre det på. Et annet relevant punkt er derimot at det ikke fremkommer i datamaterialet om denne måten å sikre medvirkning på, er noe som blir gjort regelmessig eller om det er integrert i ulike tiltak. Det fremkommer ikke fra folkehelsekoordinatorerne om at interessegrupper og aktuelle aktører forsøkes å involveres ved igangsetting av nye prosjekter. Det kan tyde på at medvirkning i beslutningsprosesser og planer ikke er godt nok integrert i kommunen.

Folkehelsekoordinatorerne hadde ulike erfaringer med hvordan kommunen la til rette for medvirkning, både fra ansatte og fra innbyggerne. Hofstad og Bergsli (2017) påpeker at medvirkning ofte hadde en dårlig suksessrate fordi medvirkningen var rettet mot kortsiktige mål og prosjekter, og ikke mot endringen av maktstrukturene i beslutningsstrukturene. Det mener Hofstad og Bergsli (2017) har medført at befolkningen ikke har følt seg hørt. I datamaterialet kom det frem at det var høy bevissthet på å få medvirkning implementert i folkehelsearbeidet, og spesielt i oversiktsarbeidet ved bruk av ulike virkemidler som nevnt tidligere. Disse virkemidlene ble knyttet til å være nyttige for folkehelsekoordinatorerne i arbeidet med kommunale avgjørelser for å sikre bredere medvirkning. Dahl et al. (2014) beskriver at folkehelsepolitikken handler mye om hvordan tiltakene påvirker handlingsbetingelsene, og hvordan tiltakene får folk til å ta de riktige valgene. Enda folkehelsekoordinatorerne mente at medvirkningen fra ulike råd og organisasjoner var bedre

enn fra innbyggere og ansatte. Som nevnt tidligere av Klausen et al. (2013) så er medvirkning i noen type planprosesser lovfestet og dermed lettere å få medvirkning på. Dette støtter derfor folkehelsekoordinatorene sin opplevelse om hvorfor medvirkning fra noen typer grupper var bedre enn andre. Det som ikke kommer frem i datamaterialet er hvilken effekt folkehelsekoordinatorenes arbeid med å sikre medvirkning i folkehelsearbeidet, har på andre samarbeidspartnere sin forståelse for viktigheten av medvirkning. Funnene i datamaterialet som understøttes av teori, viser at medvirkning har positiv effekt for innbyggerne sin innflytelse til å påvirke sitt eget nærmiljø og folkehelsearbeidet. Kan derfor arbeidet med å få medvirkning fra innbyggere kun betraktes som folkehelsekoordinatorenes arbeidsoppgave å sikre i kommunens folkehelsearbeid?

5.2 Et systematisk arbeid for alle sektorer

Etter Norges første nasjonale helseplan ble utarbeidet i 1988 hvor fokuset på at helse betyr så mye mer enn å unngå sykdom og skade blant mennesker ble fremmet, ble forståelsen for at helse ikke skapes i helsesektoren definert (St.meld. 41 (1987-1988)). Whitehead og Dahlgrens (1991) helsemodell illustrerer nettopp disse ulike faktorene som påvirker helsen på ulike nivåer, og kan derfor knyttes til forståelsen om hvorfor folkehelsearbeidet gjelder alle sektorer i kommunen (Schou et al., 2014). Ved at alle sektorer i samfunnet har fått ansvaret for folkehelsearbeidet så er det med på å styrke betydningen av organisatorisk forankring og samordning (Helgesen og Hofstad, 2012). Dette finner jeg støtte for i mine resultater ved at folkehelsekoordinatorene fremmer å bli involvert i arbeid på overordnet nivå, og har flere arbeidsoppgaver på sektornivå for å som er av betydning for det systematiske folkehelsearbeidet. Innvirkningen denne dreiningen har hatt på folkehelsearbeidet er at det har gått fra sykdoms- og behandlingsfokus, til fokus på påvirkningsfaktorer (Helgesen og Hofstad 2012). Dette påpeker at sammenhengen mellom flere faktorer i samfunnet og miljøer har bidratt til å fremme et behov for endring av både struktur og holdning hos kommuner, etater, sektorer og blant innbyggere. På den ene siden ble derfor en systematisk utvikling og organisatorisk forankring av folkehelsearbeidet vurdert til å være av betydning for å få et effektivt folkehelsearbeid (Meld. St. 34 (2012-2013), Helgesen og Hofstad, 2012). En koordinator for folkehelse ble tidlig vurdert til å kunne

sikre en tydelig og forpliktende forankring av folkehelsearbeidet i kommunene (Meld. St. 16 (2002-2003)), men det ligger ingen krav til spesifikk kompetanse for å være folkehelsekoordinator (Prop. 90L (2010-2011)). På den andre siden er ikke folkehelsekoordinator lovpålagt, etterfulgt av at de derfor har manglende myndighet til å fatte beslutninger (Helsedirektoratet, 2018), noe som Heimburg og Hofstad (2019) problematiserer ved at ansvarsområdet ofte blir stort i en liten stillingsprosent. I datamaterialet fremkommer det at store deler av arbeidsoppgavene de hadde var på systemnivå, hvor blant annet planarbeid utgjorde en stor del av arbeidsoppgavene til folkehelsekoordinatorne, uavhengig av stillingsstørrelse. Det blir beskrevet av flere at folkehelsekoordinatoren automatisk blir invitert til å kunne delta i plan- og byggemøter for å kunne komme med innspill. På den ene siden er folkehelsekoordinatorers involvering inn mot planarbeid for detaljregulering av områdeplaner noe jeg ikke har funnet konkret teori på, som kan støtte opp dette som en del av folkehelsekoordinatorers arbeidsoppgaver. På den andre siden står det i teorien jeg har anvendt, at oversikten over folkehelsen som kommunen skal ha er inngått som grunnlag i kommunens arbeid med planstrategi jr. Plan- og bygningsloven (§10-1). Ved å gjøre dette så fastsetter plan- og bygningsloven at de skal ha overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet. Samtidig er det slik at folkehelsekoordinatorne fremmer det som en fordel ved at det å bli involvert i planer for områder, da det gjorde at de fikk en mulighet til å sikre at folkehelseutfordringene ble ivaretatt i planarbeidet. Funnet i datamaterialet knyttet opp mot teorien kan tyde på at folkehelseperspektivet ikke er god nok integrert i ulike planer, som medfører at det er behov for innspill fra en folkehelsekoordinator. I teorien fremkommer det som tidligere nevnt at en folkehelsekoordinator stilling er anbefalt å plassere under rådmannen for å ha lettere tilgang til politiske agendaer (Helgesen et al., 2014). Samtidig viser teori at en slik plassering av stillingen også kan bidra til at folkehelsekoordinatorne kommer nærmere kommuneplanleggeren. Datamaterialets funn og teoriens anbefalinger kan av den grunn skape rom for tolkninger rundt hvilke arbeidsoppgaver folkehelsekoordinatorne egentlig skal ha. Kan involvering av folkehelsekoordinator i ulike planarbeid tyde på at kunnskapen om folkehelsearbeidet og helsefremmende og forebyggende faktorer ikke er godt nok implementert? Er fortsatt manglende forståelse for folkehelseperspektivet hos kommunens ledelse en årsak til at folkehelsekoordinatorer har flere ulike arbeidsoppgaver som kan

tenkes er et resultat av denne manglende forståelsen? Kunnskapsbasert folkehelsearbeid er fremmet som en strategi for å bidra til bedre resultater og mer effektiv ressursbruk (Meld. St. 34 (2012-2013)). Det er likevel noen utfordringer som går igjen når det gjelder samhandling på tvers av sektorer i regi av folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeidet ble gitt mer oppmerksomhet etter samhandlingsreformen, men manglende ledelsesforankring gjør folkehelsearbeidet utfordrende i mange kommuner (Hofstad & Schou, 2017).

Tidligere teori har påpekt at flesteparten av folkehelsekoordinatorer er organisert i helsesektoren, til tross for at arbeidsoppgavene til en folkehelsekoordinator blir antatt å hatt en dreining mot mer administrative oppgaver (Schou et al., 2014). I datamaterialet fremkommer det at plasseringen i helsesektoren var til hinder for å jobbe mest mulig sektorovergripende. Dette samsvarer med teorien jeg har anvendt som sier at tilknytning til en sektor kan medføre at en blir «låst» i den sektoren, og på den måten vil ha større utfordringer med å koordinere det tverrsektorielle samarbeidet (Schou et al., 2014). Videre blir det også påpekt at lokalieringen et stykke ned i hierarkiet også kan gjøre det vanskeligere for folkehelsekoordinatoren å utføre rollen sin. Denne teorien samsvarer med funnet i datamaterialet, hvor det i denne sammenhengen var et hinder for folkehelsekoordinatoren at oppvekst og kultur lettere kunne ta kontakt. Til tross for flere ulike faktorer som kan påvirke arbeidsoppgavene, så fremkom det i datamaterialet at det som ble nevnt til å være av størst betydning for hvilke arbeidsoppgaver som kunne utføres i stillingsstørrelsen, var organisatorisk plassering fremfor størrelsen på stillingen. I samsvar med anvendt teori så opplevde folkehelsekoordinatorene også at det å være at organisert høyt i kommunalt hierarki medførte kort vei til de som besluttet på overordnet nivå.

Ifølge Hofstad og Schou (2017) fremmer det systematiske folkehelsearbeidet en tydeligere forankring og tverrsektoriell dreining i kommunene som vises gjennom at folkehelse er etablert som et mer eksplisitt politikfelt i kommunene. Med det menes at kommunene er mer oppmerksomme på den strategiske forankringen av folkehelse, og at folkehelse som et tydeligere politikfelt i kommunen vises gjennom større satsning på feltet med

kompetanseheving. I datamaterialet nevnes det at kommunenes arbeid med FNs bærekraftsmål er et løft for folkehelseperspektivet, og at Folkehelseloven har vært med på å løfte det bærekraftige perspektivet på folkehelse. HiAP-tilnærmingen blir derimot ikke nevnt i datamaterialet, men tas likevel med i teorien på grunn av betydningen den har hatt for folkehelsearbeidet over lengre tid, samtidig som den er en av grunnene til at kommunen har fått et større ansvar for folkehelsearbeidet. HiAP-tilnærmingen fastsetter viktigheten av at helse tas i betraktning på alle områder i politikktutforming, og at tilnærmingen oppfordrer til koordinering og samarbeid på tvers av sektorer og etater (Hagen et al., 2018). Folkehelseloven har lagt føringer og forventninger til kommunen og enkelte spesifikke oppgaver som kommunen er ilagt ansvar for, blant annet pålegg om å utarbeide en oversikt over befolkningens helsetilstand, helseutfordringer og mulighet for utvikling (Folkehelseloven, 2011). Dette fremkommer fra folkehelsekoordinatorerne sin beskrivelse av arbeidsoppgaver som noe de har et ansvar for. Den oppgaven som kanskje viser best igjen i kommunene er ifølge Helgesen et al. (2014) det systematiske folkehelsearbeidet gjennom et fireårig kretsløp som følger rulleringen av kommuneplanen. I datamaterialet beskrives det at folkehelsekoordinatorerne har som ansvarsområde og ivareta folkehelseloven, og dermed i oppgave å jobbe med den fireårige folkehelseprofilen kommunen skal ha iht. Folkehelseloven. Sett i lys av Helgesen et al. (2014) er altså det systematiske folkehelsearbeidet en fast oppgave som folkehelsekoordinatorerne utfører. Denne konkrete oppgaven fremmes som nyttig ved at den legger føringer for en ytterligere institusjonalisering og systematisering av folkehelsearbeidet som vektlegger viktigheten av at alle bidrar for å nå målene for folkehelsepolitikken.

I folkehelsemeldingen (St. meld. 16 (2002-2003)) blir en koordinator for folkehelse sett på som en ressurs for folkehelsearbeidet, og en folkehelsekoordinator blir omtalt til å fungere som "lim" i det lokale folkehelsearbeidet. Det fremkommer i datamaterialet at folkehelsekoordinatorerne har i oppgave med å ivareta folkehelseperspektivet i planer og ha oversikt over folkehelseutfordringene i kommunen, og fremkommer som positivt ved at de får skapt økt forståelse for hva folkehelsearbeidet dreier seg om. Karlsen et al. (2022) mente at folkehelsekoordinatorer var et viktig verktøy til "Helse i all politikk" tilnærmingen for å

påvirke lokal folkehelsepolitikk. Det fremkommer som nevnt tidligere ikke noen funn i datamaterialet som sier noe om HiAP-tilnærmingen sin innvirkning på folkehelsekoordinatorenes arbeidsoppgaver. Det som derimot fremkommer i datamaterialet er at folkehelsekoordinatorene synes det ligger få føringer og verktøy for hvordan de skulle svare ut loven i seg selv. Det ble fremmet som en tidkrevende for enkelte av folkehelsekoordinatorene da de måtte finne en måte å svare ut loven på. Sett på en annen side så skaper samfunnsmessige forhold store geografiske forskjeller i helse og sosiale helseforskjeller, noe som kan påvirkes gjennom planlegging, forvaltning og tiltak (Meld.St. 34 (2012-2013)). Ut fra datamaterialets funn av det omfanget som folkehelsekoordinatorene bidrar innen planlegging og iverksetting av tiltak, kan det derimot tyde på at folkehelsekoordinatorene ikke vektlegger HiAP i like stor grad lenger, da det allerede er integrert i deres daglige arbeid. I tillegg søker HiAP å forbedre helse gjennom strukturer, mekanismer og handlinger som hovedsakelig er planlagt og administrert av andre sektorer enn helse (Fosse og Helgesen, 2017), slik at det påvirker alle sektorer like mye som det påvirker folkehelsekoordinatorene. Dette kan derfor betraktes fra en annen synsvinkel om at HiAP-tilnærmingen har oppnådd målet med et større tverrsektorielt samarbeid, støttet av funnene til Fosse og Helgesen (2017).

Folkehelsekoordinatorene mente at det viktigste folkehelsearbeidet skjedde utenfor helsesektoren. Det å skape forståelse for at folkehelsearbeidet er et langsiktig arbeid resulterer ofte i at arbeidet blir usynlig, og i denne sammenhengen blir det usynlig fordi det handler om statistisk risiko og fremtidige lidelser (St.meld. 16 (2002-2003)). Dette finner jeg støtte for i mine resultater ved at folkehelsekoordinatorene hevder at en del av arbeidet sitt oppleves som usynlig, og det blir fremmet som en ulempe ift. forståelsen det har for deres arbeid. Et effektivt folkehelsearbeid ble vurdert til å bygge på kunnskap om helse og helseutfordringer, og det ville kreve en bedre tilrettelegging for en mer systematisk utvikling av folkehelsearbeidet og bruk av forskningsmasert kunnskap (Meld. St. 34 (2012-2013)). I datamaterialet beskrives det at folkehelsekoordinatorenes arbeid på systemnivå med planarbeid og iverksettelse av tiltak ikke opplevdes å komme tydelig nok frem i den forstand at virkningene ikke kom umiddelbart. Samtidig beskrev flere av folkehelsekoordinatorene at

det systematiske arbeidet var en stor fordel i deres arbeid for blant annet å integrere folkehelseperspektivet mer i planer. Som nevnt tidligere opplevde flere av folkehelsekoordinatorerne at det systematiske arbeidet ga dem en mulighet for å skape større forståelse rundt folkehelsearbeidet, og det ga mulighet til å rapportere om folkehelseutfordringene og sikre at utfordringene ble opplyst om og tatt hånd om i kommunens planarbeid.

5.2 Samarbeid og samhandling har høyt fokus

I 2009 kom samhandlingsreformen som erkjente at det hadde vært utfordringer med samhandling gjennom flere tiår (St. meld. 47 (2008-2009)). Reformen understreket blant annet behovet for bredt tverrsektorielt folkehelsearbeid, hvor kommuneplanens samfunnsdel ble nevnt som en viktig arena for å løfte frem helseutfordringene. «I 2004 ble det etablert en egen stimuleringsordning for tverrsektoriell organisering av folkehelsearbeidet basert på partnerskap, herunder en administrativ koordineringsfunksjon regionalt og lokalt» (St. meld. 47 (2008-2009)). Det er tidligere kommet tydelig frem at folkehelsearbeidet ikke kan gjennomføres av helsesektoren alene, men at alle sektorer må samarbeide og samhandle for at folkehelsearbeidet skal lykkes (St.meld. 47 (2008-2009)). Et folkehelsearbeid er ifølge Hofstad og Vestby (2009) avhengig av samarbeid på tvers av samfunnets sektorer for å lykkes. Ifølge Axelsson og Axelsson (2006) er det tverrsektorielle samarbeidet komplekst grunnet sammensetningen av flere ulike organisasjoner som skal arbeide sammen mot et felt, herunder folkehelsefeltet. Av den grunn fremmer Axelsson og Axelsson (2006) en koordinator som nyttig inn mot det tverrsektorielle samarbeidet. Sett i lys av Hofstad og Bergsli (2016) kommer det frem at koordinering på tvers av kommunens sektorer er noe som folkehelsekoordinatorerne har fått et økende ansvar for, og blir derfor sett på som en kjerneoppgave som folkehelsekoordinatorerne har sammen med iverksetting av folkehelseiltak. Dette samsvarer med funn i datamaterialet hvor folkehelsekoordinatorerne beskriver at de jobber mye med å sikre tverrsektorielt samarbeid, og jobber en del med å finne gode samarbeidskanaler på tvers av de ulike sektorene med mål om å samarbeide like mye med alle. Sett i lys av samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008-2009)) som definerer viktigheten av god samhandling mellom alle sektorer i

kommunen, så beskriver folkehelsekoordinatorene at dette er noe de har som en viktig arbeidsoppgave. Folkehelsekoordinatorene i oppgaven er høyt involvert i det tverrsektorielle samarbeidet i kommunen for å sikre folkehelseperspektivet, og ikke minst bygge nettverk og relasjoner for å skape en helhetlig tenkning rundt folkehelsearbeidet. Det har blitt fremmet av folkehelsemeldingen (Meld. St. 34 (2012-2013)) at kunnskapsbasert folkehelsearbeid er strategien som skal bidra til at resultatene skal bli bedre og ressursbruken mer effektiv, hvor en oversiktlig beskrivelse av folkehelsearbeidet er fremmet å være bygget på et vitenskapelig fundament. Fordelen med dette er at det skal bidra til at folkehelseiltak som iverksettes mot helse- og påvirkningsfaktorene i kommunen, skal være basert på forskningsbaserte evalueringer som vil bidra til utvikling av bedre verktøy for å ivareta folkehelse på tvers av sektorer. Iversen og Hauksdottir (2020) problematiserer derimot denne økte spesialiseringen innen ulike tjenester. Ulempen de fremmer er at økt spesialisering medfører mer utfordring med samhandling og samarbeid mellom tjenester og sektorer fordi spesialiseringen kan medføre økt behov for koordinering og samhandling. Folkehelsekoordinatorene sier selv i denne oppgaven at noen sektorer hadde de tettere samarbeid med enn andre, og viste til blant annet sektoren som arbeidet med områdeløft og områdesatsing. Grunnen til at det var tettere samarbeid med denne sektoren var fordi sektoren hadde fokus på tiltaksnivå og strukturering av område ift. folkehelse og levekårsutfordringer. Sett på en annen side er det lovfestet i folkehelseloven at kommunens oversikt over folkehelseutfordringer bør inngå i arbeidet med kommunens planstrategi, jf. plan- og bygningsloven § 10-1 (Folkehelseloven, 2011). Dette kan derfor bidra til å øke forståelsen for hvorfor folkehelsekoordinatorene har tettere samarbeid med noen sektorer enn andre.

En koordinator for folkehelse er vurdert til å kunne bidra til å utløse lokalt engasjement, drahjelp til lokale aktiviteter og koordinering av ulike aktørers innsats, herav tverrsektorielt samarbeid (Meld. St. 16 (2002-2003)). Tverrsektorielt samarbeid var spesielt en oppgave som Hagen et al. (2015) mente folkehelsekoordinatorene skulle sikre og administrere. På den ene siden ble altså en folkehelsekoordinator vurdert til å kunne medføre positive konsekvenser for folkehelsearbeidet ved at det i større grad kom på kommunens agenda

(Helgesen et al., 2014). På den andre siden er ikke folkehelsekoordinator en lovpålagt funksjon, og har dermed ikke myndighet til å beslutte, som på en måte gjør at folkehelsekoordinatorer har en lederrolle uten makt etterfulgt av stort ansvarsområde i liten stillingsprosent (Heimburg og Hofstad, 2019). Dette kan gjøre det tverrsektorielle samarbeidet utfordrende (Helsedirektoratet, 2018). I denne oppgaven gir derimot folkehelsekoordinatorene ikke noe uttrykk for at dette er noen hindring for dem. Ifølge folkehelsekoordinatorene er de heller involvert i for mange nettverk, arbeidsgrupper, møter uavhengig av stillingsprosenten som en del av det tverrsektorielle samarbeidet for å ha rom til å uttrykke seg og komme med innspill. Enkelte var involvert i et folkehelseforum som kun besto av ledere, nettopp fordi ledere hadde beslutningsmyndighet. Dette ble beskrevet av folkehelsekoordinatorene som et bevisst valg fra kommunens sine. Til tross for manglende beslutningsmyndighet beskrev flere av folkehelsekoordinatorene at det tverrsektorielle samarbeidet var viktig for dem ved at de fikk en mulighet til å samarbeide med alle sektorene like mye, etterfulgt av muligheten til å kunne informere ytterligere om folkehelsearbeidet og sin kompetanse. Gjennom tverrsektorielt samarbeid mente folkehelsekoordinatorene at det skapte et økt samhold og rom for utveksling av erfaringer som kunne hjelpe hverandre med folkehelsearbeidet. Ifølge Hofstad (2018) ble en folkehelsekoordinator sett på som en hovedaktør som satt folkehelse på agendaen. Folkehelsekoordinatorene mente også selv at tverrsektorielt samarbeid var en stor del av arbeidet deres, og de opplevde det var til stor nytte for at flere skulle forstå hva som skulle til for at folkehelsearbeidet skulle ha noe effekt.

Manglende myndighet til å beslutte kom ikke frem som noen utfordring for folkehelsekoordinatoren. De ble sett på som en viktig bidragsyter i sitt arbeid med tverrsektorielt samarbeid, og involveringen i flere nettverk. Som nevnt tidligere besto ene nettverket kun av ledere med beslutningsmyndighet, nettopp for at folkehelsekoordinatorene sitt arbeid med å forankre folkehelseperspektivet skulle ha sterkere effekt. Til tross for høy involvering i tverrsektorielle samarbeid, opplevde de at manglende forståelse for folkehelse blant ledere var en utfordring for å skape et godt tverrsektorielt samarbeid. Samhandling og samarbeid krever aktiv felles deltakelse (Ness,

2014) og intersektoriell samhandling innen folkehelse er derfor et stort behov (Ottawa Charter, 1986 sitert av Axelsson og Axelsson, 2006). Folkehelsekoordinatorene måtte hele tiden by på seg selv, oppsøke sektorer for å vise vilje til samarbeid, og samarbeid med ledere ble sett på som nyttig for at folkehelsearbeidet skulle etableres ut i sektorene. Selv om viljen til samarbeid mellom folkehelsekoordinatorene, enkeltpersoner og ansatte var høy, så kunne manglende lederansvar og strukturer i kommunen være en hindring for enkelte til å utvikle folkehelsearbeidet.

5.2.1 Tiltak som er helsefremmende og forebyggende

I datamaterialet fremkommer det en uttalelse om hvor nyttig det er å ha en person som påser at tiltak som iverksettes mot kommunens utfordringsbilde, har helsefremmende og forebyggende fokus. Ifølge Hofstad (2018) blir folkehelsekoordinatoren sett på som en kjerneaktør som setter folkehelse på agendaen. Dette kan betraktes fra en annen synsvinkel ved at helsefremmende og forebyggende arbeid allerede i 1986 ble definert som et viktig arbeid for å fremme god helse i befolkningen, og at ansvaret gjelder alle sektorer (WHO, 1986). Det samsvarer med folkehelsekoordinatorenes beskrivelse av at folkehelsearbeidet har størst effekt utenfor helsesektoren. Flere offentlige utredninger har de senere årene beskrevet behovet for å iverksette forebyggende og helsefremmende tiltak for å fremme målet om å bedre helsen i befolkningen (St.meld. 25 (2005-2006), St.meld. 47 (2008-2009), Meld. St. 34 (2012-2013), Meld. St. 19 (2018-2019)). Dette kan utdypes videre gjennom Garsjø (2018) som mener at folkehelsearbeidet er summen av helsefremmende og forebyggende arbeid. I datamaterialet kommer det frem som et viktig ansvar for folkehelsekoordinatorene at tiltak hadde helsefremmende og forebyggende fokus. Ifølge Garsjø (2018) påpekes det at måten begrepene helsefremming og forebygging forstås på, kan være preget av ulike syn basert på feltet det gjelder. Dette kan tyde på hvorfor folkehelsekoordinatorene i stor grad bistår i organisering rundt tiltak på ulike områder og i ulike sektorer, og på den måten blir en understøttende faktor for folkehelse tiltak. En studie utført av Schou et al. (2014) fant at det var noen konkrete helsefremmende tiltak som hadde vist seg å ha hatt positiv effekt etter kommunen fikk økt ansvar for folkehelsearbeidet. Tiltakene var styrking av det tverrsektorielle samarbeidet, integrering av folkehelse i

kommuneplanleggingen og økt samarbeid med frivillige organisasjoner. Dette samsvarer med funn i datamaterialet hvor også folkehelsekoordinatorerne beskriver at det å vektlegge Schou et al. (2014) sine uttalelser om konkrete helsefremmende tiltak, består som noen av de større arbeidsoppgaver folkehelsekoordinatorerne vektlegger og har stort fokus på.

Helsefremmende og forebyggende tiltak har ifølge Garsjø (2018) vært mye problemorientert på den måten at fokuset har ligget på identifisering av negative sider av samfunnet som kan medføre sykdom og elendighet for innbyggerne. Det har lagt vekt på at tiltak skal iverksettes for å redusere sannsynligheten for at noe elendig skjer igjen, som minimerer konsekvensene for at uønskede hendelser inntreffer (Garsjø, 2018). I datamaterialet ble det beskrevet av enkelte at tiltakene som folkehelsekoordinatorerne bistod med å iverksette mot utfordringene i kommunen, var de derimot ikke med på å utføre. Dette samsvarer med funnene fra studien til Hofstad og Bergsli (2016) som finner at andelen folkehelsekoordinatorer som arbeider med å iverksette folkehelse tiltak har gått ned. Hofstad og Bergsli (2016) mente det var på grunn av at folkehelsekoordinatorer er blitt mindre involvert i tjenesteyting, men har fått mer ansvar for overordnede og strategiske oppgaver. Dette finner jeg støtte for i mitt datamateriale, ved at flertallet av folkehelsekoordinatorerne beskrev at de heller bistod med en del veiledning og økt kompetanse rundt tiltak som skulle iverksettes med utgangspunkt i utfordringer. Dette kan utdypes videre gjennom Helgesen et al. (2014) som påpeker at tiltakene ofte er befolkningsrettet i form av tilretteleggende tiltak som skal kunne tas i bruk for å fremme helse. I datamaterialet beskriver folkehelsekoordinatorerne at de kun er involvert i iverksetting av tiltak på den overordnede måten, som vil si at de organiserer rundt tiltak og fremmer et eksempel på at de organiserer rundt tiltak rettet mot friluftsliv, men er ikke med og utfører dem. Grunner til at brukerrettede tiltak nevnes som en begrensning er ifølge Helgesen et al. (2014) fordi den type strategi har som mål å lære innbyggere å ta gode valg, men det krever medvirkning fra innbyggerne som ofte mangler. I datamaterialet kommer det ikke frem at folkehelsekoordinatorerne har vektlagt medvirkning i utarbeidelse av tiltak, men på en annen side så fremkommer det at folkehelsekoordinatorerne vektlegger medvirkning i flere av sine arbeidsoppgaver. Helgesen et al. (2014) mener at tiltak som iverksettes, skal iverksettes på systemnivå for å fremme innbyggernes helse. Dette

samsvarer med folkehelsekoordinatorene sin beskrivelse som noe de gjør når de blir en understøttende faktor som jobber på systematisk nivå. Hofstad og Bergsli (2016) mener at folkehelsekoordinatorer er blitt mer involvert i planlegging som en arbeidsoppgave. I lys av datamaterialet kan utsagnet til Hofstad og Bergsli (2016) se ut til å stemme.

Bekken (2018) fremmer et paradoks over nødvendigheten av å legge vekt på sosial ulikhet når folkehelse i seg selv handler om iverksettelse av tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller. I datamaterialet beskrives det ikke direkte at tiltakene som folkehelsekoordinatorene iverksetter er med hensyn på å redusere sosiale helseforskjeller, men med utgangspunkt i folkehelseloven som folkehelsekoordinatorene har i oppgave å svare ut så kan det tyde på at tiltakene har den hensikten. På den ene siden mener Bekken (2018) at rollen som folkehelsekoordinator må styrkes, og at det kan gjøres ved at folkehelsekoordinatorer evaluerer folkehelsetiltak. Dette er også noe Helsedirektoratet (2019) har fremmet som hensiktsmessig, men på den andre siden er det likevel ikke utformet en egen tekst om evaluering av tiltak for å kunne vurdere status og veien videre (Helsedirektoratet, 2019). Teorien jeg har anvendt beskriver derimot at det er opprettet et eget senter for evaluering av folkehelsetiltak, men det fremkommer på senterets nettside at evalueringene blir gjennomført på egne initiativ (FHI, u.å.). Ut fra datamaterialet samsvarer det at folkehelsekoordinatorene ikke har noe konkret måte å evaluere folkehelsetiltak på. Det fremkommer heller ikke at folkehelsekoordinatorene benyttet FHI sitt senter for evaluering av folkehelsetiltak, noe som kan tyde på at senteret ikke er opplyst nok om som et verktøy til å benytte som evaluering av tiltak. Sett fra en annen synsvinkel fremkommer det derimot fra folkehelsekoordinatorene at de har ansvar for folkehelseprofilen og oversikten over folkehelse som skal rulleres hvert fjerde år. Denne rulleringen kan av den grunn tolkes som en form for evaluering av folkehelsetiltak som kommunen og folkehelsekoordinatorene er tilfreds med, til tross for at det ikke fremkommer på hvilken måte tiltakene er blitt evaluert på eller om evaluering har vært et tema hos folkehelsekoordinatorene. Dette kan derfor indikere at kommunen og folkehelsekoordinatorene er fornøyd med at oversikten over folkehelsen som har en fireårig rullering fungerer som en slags evaluering.

Schou et al. (2014) fant som nevnt tidligere i sin studie at noen konkrete helsefremmende tiltak hadde hatt positiv effekt for kommunens helhetlige folkehelsearbeid. I tillegg påpekte Schou et al. (2014) i sin studie at integrering av tverrsektorielle grupper kunne vise til en styrking organisatorisk. Dette finner jeg støtte for i mine resultater på den måten at flertallet fremmer å ha opplevd en positiv effekt ved at folkehelseperspektivet ble sikret gjennom nettverk og grupper både internt i kommunen og mellom kommuner. Derimot kommer det ikke frem i datamaterialet at tverrsektorielle grupper økte samarbeidet med frivillige organisasjoner i kommunen, men at dette var mer folkehelsekoordinatorene sin oppgave å sikre at frivillige organisasjoner også ble inkludert i det tverrsektorielle. Det kan derfor tolkes at tiltakene som Schou et al. (2014) fremmer å ha en positiv effekt for folkehelsearbeidet i kommunen, ikke har nådd helt frem med frivillige organisasjoner. Som tidligere nevnt er folkehelsekoordinatorene fokusert på å sikre medvirkning fra frivillige organisasjoner inn i planer og prosjekter, men det fremkommer ikke i datamaterialet på hvilken måte tverrsektorielle grupper har fått økt samarbeid med frivillige organisasjoner på generelt basis i kommunen uten å at folkehelsekoordinatoren er involvert.

5.3 Plasseringen påvirker arbeidsoppgavene

Teorien jeg har anvendt sier at folkehelsekoordinatorer som er plassert på ledernivå i organisasjonen, opplever å ha mer status og prestisje til funksjonen sin og dermed kan bidra til større gjennomslagskraft i ulike sektorer (Ouff et al., 2010). Dette samsvarer med funn i datamaterialet ved at plassering tettere på kommunens øverste administrative ledelse, medførte større mulighet til å kunne påvirke folkehelsearbeidet på den måten at det hadde betydning for folkehelsen. For å vise til betydningen av manglende mandat til, påpeker studien til Ouff et al., (2010) at flere av folkehelsekoordinatorene mente det var utfordrende å jobbe tverrfaglig og tverrsektorielt når det ikke forelå et mandat fra egen organisasjon i ryggen. Dette samsvarer med teorien jeg har anvendt i studien, hvor Helsedirektoratet (2018) også definerte at manglende mandat til å beslutte kunne medføre at det tverrsektorielle samarbeidet ble med utfordrende. Dette kommer derimot ikke like tydelig frem i datamaterialet. I beskrivelser fra datamaterialet fremkommer betydningen for

plasseringen av stillingen iht. arbeidsoppgaver å være av betydning.

Folkehelsekoordinatorene vektla arbeidsoppgavene sine forskjellig, hvor noen mente det var viktig med organisering høyt i kommunens hierarki. Det fremkom som å gi kort vei til de som besluttet på overordnet nivå som ga betydning for folkehelsen, i motsetning til lengre ute i organisasjonen som kunne være et hinder til folkehelsearbeidet.

Plasseringen av folkehelsekoordinator stillingen kan drøftes i lys av studiene til Hagen et al. (2018) og Holt (2018), som fant at plassering av folkehelsekoordinatorer i sentrale enheter i kommunen ikke styrket koordinerings- og tilsynsrollen, eller ga autoritet til å endre lokal politikktutforming. Holt mente at de fleste kommuner ikke hadde klart å løse det overordnede problemet med utbredt og dyptgripende folkehelsearbeid og ulik organisering av folkehelsearbeidet viste seg å ha både fordeler og ulemper. I motsetning til funn i datamaterialet som fremmer at sentral organisering har positiv effekt på styrkingen av rollen. Et annet relevant punkt er studien til Hagen et al. (2018) som finner at ansettelse av folkehelsekoordinator etter folkehelseloven ble implementert medførte mindre sannsynlighet for rettferdig fordeling av helsefremmende tiltak, til forskjell fra Karlsen et al. (2022) som fant at folkehelsekoordinatorer kunne være et viktig verktøy for å kunne påvirke lokal folkehelsepolitikk. På en annen side fant Karlsen et al. (2022) at stillingsstørrelse og organisatorisk plassering kunne påvirke folkehelsekoordinatorenes innflytelse og rolle innen det kommunale folkehelsearbeidet. I denne oppgaven viste plasseringen av stillingen seg å være av størst betydning for arbeidsoppgavene og involveringen folkehelsekoordinatorene opplevde de fikk i kommunens arbeid med folkehelse. Plassering i helse- og omsorgssektoren kunne være til hinder for at oppvekst og kultur tok kontakt, noe som gjorde at folkehelsekoordinatoren selv hadde et ønske om å være plassert en annen plass for å jobbe mest mulig sektorovergripende. Folkehelseloven trådte i kraft for 10 år siden, men enda er det økende sosiale helseforskjeller og uenighet om folkehelsekoordinatorer har noen effekt på folkehelsearbeidet.

5.4 Svakheter med studien

I denne masteroppgaven var det et ønske å undersøke folkehelsekoordinatorer fra ulike kommuner i en fylkeskommune for å undersøke hvilke arbeidsoppgaver de hadde i de ulike kommunene basert på syv intervjuer. Utvalget var begrenset til en fylkeskommune basert på kapasiteten til forskeren med ønske om å gjennomføre fysiske intervju, men covid-19 begrenset muligheten for fysisk intervju slik at kun to av syv intervjuer ble holdt fysisk. Ifølge Johannessen et al. (2021) og Thagaard (2018) er det ikke anbefalt med mer enn ti intervjuer dersom flere kan hindre en grundig og detaljert analyse. Dette kan derfor ha hatt en innvirkning på studiens validitet ved at utvalget kun er plukket fra en fylkeskommune. Men for å motvirke skjevheten ved at det kun var fra et fylke i Norge, så var de både store og små kommuner, noen med en større by enn andre og med ulikt antall innbyggere som folkehelsekoordinatorer representerte. Derimot kan en ikke utelukke dersom utvalget hadde vært mer spredt og representert flere kommuner, så kunne det bidratt til å styrke studiens validitet og reliabilitet. Det kan ha hatt innvirkning på resultatet i studien ved at funnene kunne vært bredere og det kan derfor ikke utelukkes at andre informanter hadde gitt andre opplysninger til temaene som ble belyst i intervjuene. I tillegg bemerket jeg at det var stor forskjell på informasjonen som ble delt via fysisk intervju sammenlignet med digitalt.

Jeg hadde ikke så mye kunnskap om folkehelsekoordinatorer før jeg startet på denne masteroppgaven, men økt fokus på folkehelsearbeid i kommunene økte interessen min for å studere nettopp folkehelsekoordinatorer nærmere av den grunn at jeg så arbeidet deres som viktig. Min minimale kunnskap kan derimot ha hatt innvirkning på studien det av spørsmålene i intervjuet ikke ble spisset nok slik at folkehelsekoordinatorer kunne svar mer konkret. Jeg ser derfor at det kunne vært en fordel at vi var to under intervjuet, der den ene hadde hatt mer detaljkunnskap om folkehelsearbeid og folkehelsekoordinatorer og dermed kunne stilt oppfølgingsspørsmål.

Det at flere av intervjuene ble gjennomført digitalt, kan ha hatt en innvirkning på tryggheten til folkehelsekoordinatorene ovenfor meg. Jeg bemerket selv at folkehelsekoordinatorene det ble gjennomført fysisk intervju med, pratet mye mer og hadde mer flyt i samtalen og kom med flere eksempler enn intervjuene gjennomført digitalt. På en annen side har de digitale intervjuene gjort det mulig å intervju flere, som kan bli sett på som positivt i den forstand at jeg da fikk innhentet bredere informasjon enn jeg ville gjort med færre intervjuer fysisk.

6 Konklusjon

Befolkningens helse er fremmet som et av samfunnets viktigste ressurser, noe som krever at det tilrettelegges for at flest mulig skal oppleve god helse. En god helse er en forutsetning for at et menneske skal ha mulighet til å nå sitt fulle potensial, og på den måten kunne bidra til å utvikle samfunnet (Prop. 90 L (2010-2011), FN, 2022, 8. november). Dette indikerer at en god helse er et samfunnsansvar og er på den måten blitt grunnlaget for at ansvaret primært legges utenfor helsetjenesten (Meld. St. 19 (2018-2019)). God helse ble allerede definert i 1986 ved Ottawa Charter (WHO) som en ressurs for flere faktorer, som bidro til å endre arbeidet med folkehelse til å gjelde helsefremmende arbeid med vekt på at helsefremming ikke bare er helsesektorens ansvar. Denne endringen belyste derfor behov for et intersektorielt samarbeid (Axelsson og Axelsson, 2006) for at arbeidet skulle lykkes. Norge utarbeidet i 1988 sin første nasjonale helseplan mot år 2000, og siden den gang har fokuset på å bedre befolkningens helse i andre sektorer i tillegg til helsesektoren vært sterkt (St. meld. 41 (1987-1988)). I St.meld. 16 (2002-2003) ble denne setningen sett på som starten på et helhetlig folkehelsearbeid: "Ved å forebygge mer kan vi reparere mindre". I etterkant har det kommet flere nasjonale føringer som fremmer nødvendigheten av at helse og miljø ses i sammenheng fordi helsen blir påvirket av miljøfaktorer, og det krever at hele samfunnet bidrar for å påvirke faktorer som fremmer helse og trivsel gjennom et systematisk folkehelsearbeid (St. meld. 37 (1992-1993), St. meld. 47 (2008-2009), Meld. St. 34 (2012-2013), Meld. St. 19 (2018-2019)). Når folkehelseloven ble utformet og trådte i kraft i 2012, ble kommunene pålagt et større ansvar med folkehelsearbeidet (Folkehelseloven, 2011). I regi av folkehelseloven ble det anbefalt å opprette en folkehelsekoordinator stilling. En folkehelsekoordinator ble sett på som et viktig koordinerende tiltak for å ivareta kommunens folkehelseperspektiv og stimulere til mer tverrsektorielt samarbeid. Folkehelsekoordinator er imidlertid ikke en lovpålagt funksjon og har derfor ikke myndighet til å beslutte (Helsedirektoratet, 2018). Til tross for manglende beslutningsmyndighet, er folkehelsekoordinator stillingen anbefalt å ansettes i fulltidsstilling (Hagen et al., 2018) og under rådmannen (Helgesen et al., 2014). Begrepene helsefremmende og forebyggende arbeid har preget folkehelsearbeidet til å gå fra å være problemorientert til ressursorientert i den forstand at tiltak som iverksettes for å fremme befolkningens helse, må gjøres på systemnivå (Garsjø, 2018). Det er påpekt at retten til medvirkning er nedfelt blant de fem

prinsippene for folkehelsearbeid, på lik linje med retten til ytringsfrihet som også er nedfelt i menneskerettighetserklæringen artikkel 19 og i Grunnloven § 100 (Meld. St. 34 (2012-2013)). HiAP- tilnærmingen er funnet å være et viktig verktøy for folkehelsekoordinatorer for å kunne påvirke lokal folkehelsepolitikk, i tillegg påvirker stillingsstørrelse og organisatorisk plassering muligheten for lokal politikkutforming (Hagen et al., 2018, Karlsen et al., 2022).

Hensikten med denne studien er å belyse folkehelsekoordinatorer sine arbeidsoppgaver som ansatt i kommunen. Det ble derfor utarbeidet denne problemstillingen: Hvilke arbeidsoppgaver vektlegger folkehelsekoordinatorer i sitt folkehelsearbeid?. For å få svar på problemstillingen ble det benyttet kvalitativ metode, hvor syv individuelle intervjuer ble gjennomført for å innhente data fra folkehelsekoordinatorer blant kommuner i en fylkeskommune på Vestlandet. Da studien har et fenomenologisk-hermeneutisk utgangspunkt så ble Malteruds systematiske tekstkondensering (STC) benyttet som fremgang i analysen. Resultatene som kom frem i studien, avdekket flere faktorer som hadde innvirkning på hvilke arbeidsoppgaver folkehelsekoordinatoren vektla i sitt folkehelsearbeid. Det er kommet noen flere kartlegginger de siste årene som er rettet direkte mot folkehelsekoordinatoren sitt arbeid (Hofstad og Vestby, 2009, Helgesen og Hofstad, 2012, Hagen et al., 2015, Bekken, 2018, Hagen et al., 2018, Karlsen et al., 2022). Disse kartleggingene har flere felles funn som sier at folkehelsekoordinatoren er en viktig rolle som sikrer at kommunen har folkehelse på agendaen og sikrer folkehelseperspektivet i overordnede planer. Derimot er det uenighet om folkehelsekoordinatorens plassering nær rådmannen har den ønskede effekten. Uklar stillingsbeskrivelse for folkehelsekoordinatorer kom også frem som en årsak til variasjon i arbeidsoppgavene. Det foreligger en del mer forskning og litteratur om folkehelsearbeidets hensikt og fokusområde, med vekt på hva som kreves for å stimulere til et vellykket folkehelsearbeid i kommunen. Det kan likevel tyde på at folkehelsekoordinatorene er de som holder kommunens fokus på folkehelse og stimulerer til et vellykket folkehelsearbeid. Ved å sammenligne og underbygge funnene som studien har avdekket, viser det seg at flere av funnene samsvarer med tidligere forskning som studien er basert på.

I denne var hensikten å belyse hvilke arbeidsoppgaver som folkehelsekoordinatorer vektla i sitt folkehelsearbeid. Funnene i studien viser at folkehelsekoordinatorerne har noen faste arbeidsoppgaver som de skal utføre etter folkehelseloven, og som kommunen har fått ansvar for etter folkehelseloven. Disse oppgavene er det å ha oversikt over befolkningens helse i kommunen som skal vise positive og negative faktorer som kan påvirke helsetilstanden, og det å finne årsaksforhold som skaper eller opprettholder sosiale eller helsemessige problemer eller forskjeller. Dette er med andre ord det folkehelsekoordinatorerne referer til som den fireårige oversiktsplanen, folkehelseprofilen. Folkehelsekoordinatorerne har også som arbeidsoppgave å sikre og administrere at det er et tverrsektorielt samarbeid om folkehelsearbeidet i kommunen, og koordinere dette tverrsektorielle samarbeidet. Dette hadde tidligere forskning og litteratur også funnet som noen arbeidsoppgaver som folkehelsekoordinatorerne skulle utføre. Utover dette viser funnene i denne studien at folkehelsekoordinatorerne også har noen flere arbeidsoppgaver. Folkehelsekoordinatorerne bidrar med å iverksette en del prosjekter for å sikre at det er rettet mot folkehelsen. De blir arbeidende med å iverksette prosjekter fordi det er folkehelsekoordinatorerne som har i oppgave å forvalte folkehelsemidlene som kommunen får fra "partnerskapet for folkehelse" med fylkeskommunen. De er med å utarbeide kommuneplanen for å sikre at folkehelseperspektivet blir tatt med, i tillegg til at de blir involvert i utarbeidelse av flere planer innenfor områder hvor folkehelseperspektivet må integreres mer. Med bakgrunn i teorien som påpeker at plan- og bygningsloven også skal ha overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet, kan derfor manglende forståelse av folkehelsearbeidet hos kommunens ledelse antas å være en av grunnene til at folkehelsekoordinatorerne blir involvert i så store deler av planarbeid hos arealsektoren. På den ene siden kan denne arbeidsoppgaven til folkehelsekoordinatorerne vurderes til å i det hele tatt være nødvendig, at dersom forståelsen for folkehelse hadde vært bedre så kunne folkehelsekoordinatorer brukt tiden sin på annet folkehelsearbeid. På den andre siden kan det være hensiktsmessig at folkehelsekoordinatorerne bidrar i denne typen arbeid for å sikre at folkehelseperspektivet blir implementert. Folkehelsekoordinatorerne er med på å iverksette tiltak mot helseutfordringene som er blitt identifisert i kommunen, men de gjennomfører ikke tiltakene, de gir veiledning og anbefaling til tjenesten/sektoren som skal utføre tiltakene. Det som derimot kommer frem som nytt funn i studien, er at det er

folkehelsekoordinatorene som arbeider aktivt for å få medvirkning fra ansatte og innbyggere i både planer, prosjekter og tiltak. Medvirkning er både integrert i Grunnloven, som en menneskerettighet og lovfestet i plan- og bygningsloven. Innen folkehelsearbeidet er det også nedfelt som et prinsipp, men det er ingen tidligere forskning eller litteratur som fremmer at dette er en viktig arbeidsoppgave som folkehelsekoordinatorene jobber med. Konklusjonen for denne oppgaven er derfor at folkehelsekoordinatorer har flere arbeidsoppgaver utenom de som folkehelseloven krever, og flere av arbeidsoppgavene har ikke tidligere forskning og litteratur definert som arbeidsoppgaver folkehelsekoordinatorene har. Studien viser at folkehelsekoordinatorenes administrative plassering til en viss grad kunne påvirke hvilke arbeidsoppgaver de hadde, men det som var mest avgjørende var hvordan folkehelsekoordinatorene bød på seg selv. Folkehelsekoordinatorene måtte oppsøke andre sektorer for å stimulere til samarbeid og fremme hvilken kunnskap de kunne bidra med for å øke forståelsen for folkehelsearbeidet. Her kan derfor stillingsstørrelsen være en hindring for hvilken kapasitet folkehelsekoordinatoren har av tid til å bruke på å oppsøke andre og fremme seg selv. Da kan det ha en betydning for hvilken stilling som folkehelsekoordinator stillingen er kombinert med. Arbeidsoppgavene som folkehelsekoordinatorer utfører blir sett på som viktig til kommunens arbeid med folkehelse, fordi de bidrar til mer effektivt og produktiv folkehelsearbeid da det er noen som hele tiden har oversikten og tråden i folkehelsearbeid. Kanskje viktigst av alt er oppgaven de har for å sikre medvirkning i folkehelsearbeidet.

Avslutningsvis kommer det ny folkehelsemelding til våren 2023. Hadde det fortsatt vært mulig å komme med innspill til meldingen, så ville jeg kommet med innspill på tydeligere stillingsbeskrivelser for folkehelsekoordinatorer, og oppfordret til at folkehelsekoordinator ble en lovpålagt stilling. Derimot håper jeg den nye folkehelsemeldingen legger vekt på tydeligere arbeidsoppgaver som folkehelsekoordinatorene har i kommunen, slik at flere sektorer blir oppmerksomme på hva koordinatorene kan bidra med, og den positive effekten det har på folkehelsearbeidet. At den nye meldingen krever større stillinger for folkehelsekoordinatorer. I tillegg håper jeg den nye folkehelsemeldingen legger til flere verktøy og metoder for å sikre høyere grad av medvirkning i planer, prosjekter og tiltak, at

det blir mer integrert som en del av folkehelsearbeidet til flere sektorer, og ikke kun noe folkehelsekoordinatorene skal sikre.

6.1 Veien videre

Resultatet i denne studien er ikke representative og kan heller ikke generaliseres fordi det er benyttet kvalitativt materiale, men momenter av resultatene kan være interessant å forske videre på. Resultatene viser at det kan være interessant å få mer kunnskap om det er stor forskjell på arbeidsoppgavene som folkehelsekoordinatorer har i de ulike kommunene, og hvilke faktorer som hindrer folkehelsekoordinatorene til å utføre arbeidsoppgaver som viser seg å ha stor effekt for kommunens arbeid med folkehelse.

Litteraturliste

Askheim, O. P. (2017). Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken.

Tidsskrift for velferdsforskning, 20(2), 134-149. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-02-03>

Axelsson, B., & Axelsson, S.B. (2006). Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International journal of health planning and management* 2006; 21: 75-88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>

FN. (2022, 8. november) *God helse og livskvalitet* Hentet 15. november 2020 fra <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>

Folkehelseinstituttet. (u.å.). Senter for evaluering av folkehelseiltak.

<https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-for-evaluering-av-folkehelseiltak/>

Bekken, W. (2018). Public Health Coordinator - How to Promote Focus on Social Inequality at a Local Level, and How Should It Be Included in Public Health Policies? Comment on "Health Promotion at Local Level in Norway: The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups" *International Journal of Health Policy and Management*, 7(11), 1061–1063.

<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.74>

Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus.

<https://hdl.handle.net/11250/2998220>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Gyldendal Akademisk

Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)*. Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Fosse, E., & Helgesen, M. (2017). Advocating for Health Promotion Policy in Norway: The Role of the County Municipalities. *Societies* (Basel, Switzerland), 7(2), 5.

<https://doi.org/10.3390/soc7020005>

Gadamer, H. (2003). *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Cappelen Akademisk Forlag.

Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid*. Gyldendal Norsk Forlag

Glørstad, V. (2019). «Min stemme teller også!» Personer med utviklingshemming – praktisering av politisk medborgerskap. I Goth, U. S. (Red.), *Verdier og visjoner: Profesjonalitet i endring* (s. 39-62). Cappelen Damm Akademisk

Hagen, S., Helgesen, M., Torp, S., & Fosse, E. (2015). Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scand J Public Health*, 43(6), 597-605. <https://doi.org/10.1177/1403494815585614>

Hagen, S., Øvergård, K. I., Helgesen, M., Fosse, E., & Torp, S. (2018). Health Promotion at Local Level in Norway: The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups. *Int J Health Policy Manag*, 7(9), 807-817. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.22>

Heimburg, D. v. & Hofstad, H. (2019). Samskaping som samarbeids- og styringsform for kommunenes folkehelsearbeid: Hva vet vi? Hva er utfordrende? Og hvor går vi videre? (1502-9794). By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet. Hentet fra <https://hdl.handle.net/20.500.12199/1328>

Helgesen, M. K. & Hofstad, H. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid* (NIBR-rapport 2012:13). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

<https://hdl.handle.net/20.500.12199/5507>

Helgesen, M. K., Hofstad, H., Risan, L. C., Stang, I., Rønningen, G. E., Lorentzen, C., & Goth, U. S. (2014). *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner* (NIBR-rapport 2014:3). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

<https://hdl.handle.net/20.500.12199/5452>

Helsedirektoratet. (2018). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling. Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken* (Rapport IS-2748). Helsedirektoratet.

(2017a). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf?download=false>

Helsedirektoratet. (2019, 12. september). Systematisk folkehelsearbeid.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid/metode-og-prosess>

Hofstad, H. & Vestby, G. (2009). *Lokalt folkehelsearbeid: underveisevaluering av Helse i plan og Partnerskap for folkehelse*. (NIBR-notat: 102). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

<https://hdl.handle.net/20.500.12199/2299>

Hofstad, H. & Helgesen, M. (2016). *Å iverksette en reform: «Helse og omsorg i plan» og «Kompetanseløftet 2015» som modell for større kompetansehevede satsinger* (NIBR-rapport 2016:16). Oslo: By- og regionforskningsinstituttet.

<https://hdl.handle.net/20.500.12199/5837>

Hofstad, H., & Bergsli, H. (2016). *Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan* (NIBR-rapport 2016:9). Oslo: By- og regionsforskningsinstituttet.

<https://hdl.handle.net/20.500.12199/5875>

Hofstad, H., & Schou, A. (2017). Har samhandlingsreformen ført til mer oppmerksomhet på folkehelse i kommunene?. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(1), 81-88.

<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-01-05>

Hofstad, H., & Bergsli, H. (2017). *Folkehelse og sosial bærekraft - en sammenligning og diskusjon av begrepsinnhold, målsettinger og praktiske tilnærminger* (NIBR-rapport 2017:15). Oslo: By- og regionforskningsinstituttet.

<https://www.statsforvalteren.no/contentassets/39fa0364feca496fa13f95e600525f1e/rapport-nibr---folkehelse-og-sosial-barekraft.pdf>

Hofstad, H. (2018): «Folkehelse – proaktivt grep i PBL 2018, hva er status ti år etter?», kapittel 13 i Hanssen, G.S og Aarsæther, N. (Red.), *Plan- og bygningsloven – en lov for vår tid?* Oslo: Universitetsforlaget.

Hofstad, H. (2018). Hva er viktige faktorer for lokal utøvelse av folkehelseoppdraget, og hvordan kan folkehelsemyndighetene støtte opp? I: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet.

Hofstad, H., & Schou, A. (2017). Har samhandlingsreformen ført til mer oppmerksomhet på folkehelse i kommunene? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(1), 81-88.

<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-01-05>

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. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.96>

Iversen, A. & Hauksdottir, N. (2020). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid. Kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester*. Gyldendal.

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2021) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utg.). Abstrakt Forlag.

Karlsen, T.-I., Kiland, C., Kvåle, G., & Torjesen, D. O. (2022). 'Health in All Policies' and the Urge for Coordination: The Work of Public Health Coordinators and Their Impact and Influence in Local Public Health Policies: A Cross-Sectional Study. *Societies (Basel, Switzerland)*, 12(1), 11. <https://doi.org/10.3390/soc12010011>

Klausen, J. E., Arnesen, S., Christensen, D. A., Folkestad, B., Hanssen, G. S., Winsvold, M., & Aars, J. (2013). *Medvirkning med virkning? Innbyggermedvirkning i den kommunale beslutningsprosessen*. Norsk institutt for by- og regionforskning. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5459>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.) Gyldendal Akademisk

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.) Gyldendal Akademisk

Lid, I. M. (2017a). Forestillinger om medborgerskap i lys av kjønn og funksjonsevne. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2017-03-03>

Lid, I. M. (2017b). Martha C. Nussbaums politiske teori om rettferdighet som bidrag til et teoretisk grunnlag for likeverd og medborgerskap.

Løset, G. K. & Veenstra, M. (2015). *Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Forebyggende helsearbeid i kommunene*. (NOVA Rapport 6/2015) Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring <https://hdl.handle.net/20.500.12199/3447>

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget

Meld. St. 19 (2018-2019). *Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>

Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>

Ness, O. (2014). Samarbeid eller samhandling? Er det noen forskjell? *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. <https://napha.no/content/14929/samarbeid-eller-samhandling-er-det-noen->

NOU 1998: 18. (1998). Det er bruk for alle: Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7208dd51a36340a6b4e7401d6854f603/no/pdfa/nou199819980018000dddpdfa.pdf>

NOU 2016:17. (2016). *På lik linje. Åtte løfter for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/>

NSD. (2019). Personverntjenester. Hentet fra

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

Ouff, S. M., Bergem, R., Aarflot, U., Hanche-Olsen, M., Vestby, G. M., & Helgesen, M. K. (2010). *Partnerskap for folkehelse og Helse i plan*. Sluttrapport.

https://bravo.hivolda.no/hivolda-xmlui/bitstream/handle/11250/154205/Helseiplan_sluttrapport_2010_7.pdf?sequence=1

Prop. 90 L (2010-2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-l-20102011/id638503/>

Schou, A., Helgesen, M. K. & Hofstad, H. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør* (NIBR-rapport 2014:21). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

<https://hdl.handle.net/20.500.12199/5922>

St.meld. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. Helsedepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/>

St.meld. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>

St.meld. 37 (1992-1993). *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Sosialdepartementet. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1992-93&paid=3&wid=d&psid=DIVL763>

St.meld. 41 (1987-1988). *Helsepolitikken mot år 2000*. Sosialdepartementet. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1987-88&paid=3&wid=c&psid=DIVL568&s=False>

St.meld. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Sverdrup, S. (2021). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag. Råd og vink. Skritt forskritt*. Cappelen Damm Akademisk

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. (5. utg.). Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2015). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori - for helsefag*. Fagbokforlaget.

Toebes, B. (2015). Human rights and public health: Towards a balanced relationship. *The International Journal of Human Rights*, 19(4), 488-504.

WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Wyller, T. (2011). Dydsetikk, medborgerskap og sosial praksis. I S. A. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk* (2 utg., 2. 44-64).

Zahavi, D. (2014). Fænomenologi. I: Collin, F. & Kjøppe, S. (Red.) *Humanistisk videnskapsteori*. (3. utg., s. 189–222). Lindhardt og Ringhof.

Vedlegg 1

Vil du delta i forskningsprosjektet

”[Folkehelsearbeid i kommunen: Hvilke arbeidsområder har folkehelsekoordinatorer i kommunen?]”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke på hvilken måte folkehelsekoordinatorer er inkludert i folkehelsearbeidet i kommunen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Denne studien skal undersøke på hvilken måte folkehelsekoordinatorer er inkludert i det tverrsektorielle samarbeidet i kommunen og hvor aktuelt folkehelsearbeidet er utenfor helse- og omsorgssektoren. Studien skal ta utgangspunkt i et medborgerskaps- og samhandlingsperspektiv med fokus på brukerinvolvering i folkehelsearbeidet. Dette er en masteroppgave om folkehelsearbeid.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID Vitenskapelig Høgskole, Fakultet for helsefag, Masterprogrammet i medborgerskap og samhandling.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det er ønskelig å få frem folkehelsekoordinatorens erfaringer og opplevelse med folkehelsearbeidet i kommunen. Folkehelsekoordinatorer ansatt i ulike kommuner i Rogaland fylke blir kontaktet for å stille til intervju på bakgrunn av reiseavstand og variasjon i kommunestørrelse.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i studien innebærer det at du deltar i et intervju hvor lydopptak blir benyttet. Det vil bli benyttet intervjuguide. Intervjuet vil ta deg ca. 45 minutter.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket

tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Det vil være meg og min veileder, førstelektor Gry Mørk ved VID vitenskapelig høgskole som har tilgang. Informasjonen som blir innhentet vil bli lagret på en kryptert minnepinne, navn blir erstattet med kodeord og oppbevaring av opplysningene vil kun være en begrenset periode.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres i løpet av våren 2022 og slettes innen årsslutt da prosjektet også vil være ferdig.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID vitenskapelig høgskole har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

VID Vitenskapelig Høgskole ved prosjektansvarlig, førstelektor Gry Mørk.

E-post: gry.mork@vid.no. Telefon: +47 51 97 22 54. Mobiltelefon: +47 472 34 324

Vårt personvernombud: Nancy Yue Liu.

E-post: nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no. Mobiltelefon: +47 938 56 277.

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

Personverntjenester på E-post: personverntjenester@sikt.no eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Førstelektor, Gry Mørk

Camilla Midttveit

Veileder

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [Folkehelsearbeid i kommunen: Hvilke arbeidsområder har folkehelsekoordinatorer i kommunen?], og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju.

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

FØR INTERVJUET

- Signere samtykkeskjema.
- Du kan trekke deg når som helst gjennom intervjuet, eller du har mulighet til å trekke deler eller hele samtalen også i etterkant.
- I dette intervjuet er jeg ute etter din opplevelse, tanker og synspunkter. Det finnes ingen fasitsvar på spørsmålene jeg spør.
- Før vi starter intervjuet, er det noe du lurer på?

SPØRSMÅL

1. Hvor lenge har du jobbet som FHK?
2. Er stillingen en kombinasjonsstilling?
3. Hvor mange prosent jobber du som FHK?
4. Kan du fortelle om din stilling som folkehelsekoordinator i kommunen?
5. Hva er dine arbeidsområder?
6. Kan du beskrive arbeidsoppgavene dine?
7. Hvor i organisasjonskartet til kommunen er folkehelsekoordinator stillingen plassert?
8. Hvilken forventning opplever du andre ansatte i kommunen har til ditt arbeid?
9. Har du noen arbeidsoppgaver som er utenfor helse- og omsorgsområdet? Hvis ja:
Hvilke arbeidsoppgaver?
Hvis nei: Hvilke arbeidsoppgaver hadde vært aktuelt for en folkehelsekoordinator å være med i?

10. Hvordan er det lagt opp til medvirkning fra innbyggere? (Dine arbeidsområder, fokus på brukermedvirkning/involvering)
Oppfølgingsspørsmål: Hvilken påvirkning ville det hatt på folkehelsearbeidet om innbyggere ble mer inkludert?
11. Hvordan opplever du det tverrfaglige samarbeidet i kommunen? (fokus, planlegging og gjennomføring av tiltak helse for alle)
12. Hvordan opplever du det tverrsektorielle samarbeidet i kommunen?
Oppfølgingsspørsmål: Hvis negativt: Hva er det som gjør dette samarbeidet utfordrende?
13. Har du samarbeid utover egen kommune? (interkommunalt, med KS, fylkeskommunen og eventuelt nasjonale nettverk).
Oppfølgingsspørsmål: Hvis ikke: Er dette noe som kunne vært nyttig for en folkehelsekoordinator?
14. Er det noe mer som bør tilføyes, som er av betydning i denne sammenheng?

Vedlegg 3

[Meldeskjema](#) / [Folkehelsearbeid i kommunen: Hvilke arbeidsområder har folkehelsek...](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer	Type	Dato
174608	Standard	18.02.2022

Prosjekttittel

Folkehelsearbeid i kommunen: Hvilke arbeidsområder har folkehelsekoordinatorer i kommunen?

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høgskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Sandnes

Prosjektansvarlig

Gry Mørk

Student

Camilla Middtveit

Prosjektperiode

03.03.2022 - 01.12.2022

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Rettslig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 01.12.2022.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Personverntjenester har en avtale med den institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandling av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet den 18.02.2022 med dialog og vedlegg.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

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

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!