



Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på vår toårige masterutdannelse i *Folkehelsevitenskap - natur og miljø, helse og livskvalitet* ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Disse to årene har vært svært innholdsrike og spennende, og vi sitter igjen med mye kunnskap om folkehelsearbeid.

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lærerik, men krevende prosess som har gitt oss anledning til å fordype oss i et spennende tema. Prosessen har gitt oss kunnskap om tverrfaglig samarbeid og hvordan enkelte kommuner arbeider med folkehelse. Samtidig har det vært utfordrende da det krever mye arbeid å innhente og analysere data, og å skrive en akademisk oppgave. I den forbindelse har vi flere vi ønsker å takke.

Først og fremst vil vi takke vår hovedveileder Eirin Hongslo for konstruktive og gode tilbakemeldinger. Videre vil vi takke våre biveiledere Kjersti Nordgård Aase og Kjersti Ulriksen, fra Telemark fylkeskommune, for faglige innspill og praktisk hjelp. Takk til informantene som til tross for en travel hverdag tok seg tid til å stille til intervju og dermed ga oss et bredt datamateriale. Vi vil også takke venner, kjærester, familie og andre som har gitt oss tilbakemeldinger, motivasjon og støtte i løpet av den siste tiden.

En takk til folkehelseteamet i Telemark fylkeskommune for å vise interesse for tema, dele kunnskap og tanker med oss, samt økonomisk støtte til arbeid med oppgaven.

Oslo, 2016

Mari Ullebø Nedberge og Linn Dahl Eikås

Sammendrag

Bruk av tverrfaglig samarbeid i kommunalt folkehelsearbeid har de senere årene fått større fokus. For å nå målet om bedre folkehelse blir tverrfaglig samarbeid sett på som en gunstig arbeidsmetode. Formålet med studien er å undersøke hvordan utvalgte kommuner arbeider tverrfaglig i folkehelsearbeidet, og forutsetninger for gode tverrfaglige samarbeid.

Opgaven er en casestudie av tre kommuner i Telemark. For å innhente data ble individuelle intervjuer brukt, og utvalget bestod av 12 aktører med ulik fagbakgrunn som arbeider med kommunalt folkehelsearbeid. Intervjuene omhandlet blant annet spørsmål om hvordan aktørene arbeider tverrfaglig, opplevelser knyttet til tverrfaglige samarbeid, og hvilke faktorer de mener påvirker samarbeid.

Funnene viser at alle kommunene arbeider tverrfaglig med folkehelsearbeidet, men måten arbeidet organiseres på varierer. Kommunene danner tverrfaglige samarbeid ut i fra enkeltsaker, mens én kommune i tillegg har en folkehelsegruppe. Samtlige aktører var fornøyde med måten folkehelsearbeidet organiseres. Det fremkom en rekke forutsetninger for gode tverrfaglige samarbeid. Ressurser i form av tid og økonomi ble formidlet som essensielle forutsetninger, mens ledelsens prioriteringer, forankring, tydelig målsetting og kommunikasjon også ble nevnt som viktige. Et overraskende funn er at få nevnte tillit og trygghet, noe tidligere studier trekker frem som sentrale forutsetninger. Aktørene vi var i kontakt med trakk frem føringer, relevante aktører, ressurspersoner, og holdninger som essensielle, noe tidligere forskning ikke har funnet.

Til tross for at aktørene så på tverrfaglige samarbeid som hensiktsmessig kom det frem at det ikke utelukkende er positivt. Aktørene hadde erfart at de kan påta seg flere oppgaver enn de har kapasitet til og adoptere andres negative holdninger. Videre nevnte de blant annet mangel på ressurser og lite prioriteringer fra ledelsen kan hemme samarbeid. Flere av forutsetningene som ble fremhevet er i overensstemmelse med tidligere forskning, men studien har også frembragt ny kunnskap om forutsetninger som bør være til stede for gode tverrfaglige samarbeid.

Abstract

In recent years there has been a greater focus on interdisciplinary collaboration in public health. Interdisciplinary collaboration has been highlighted as an effective strategy to promote better health. The aim of this study is to examine how selected municipalities use interdisciplinary collaboration in public health, as well as identifying which prerequisites must be present for collaboration to be beneficial.

This is a case study of three municipalities in Telemark. The study is based on data from individual interviews with 12 participants, each with different educational backgrounds, working within public health. The interviews focused primarily on how the participants use interdisciplinary collaboration in their work, as well as identifying factors that have an impact on collaboration.

The municipalities are using interdisciplinary collaboration, but the structure and organization varies. The municipalities structure the interdisciplinary collaboration based on issues within their community, while one municipality has in addition established a public health group. All the participants were pleased with the organization of the public health work. We found a number of key factors that impact interdisciplinary collaboration. Resources, both financial and in terms of time, were communicated as essential prerequisites, while the leaders' priorities, anchoring, clear goals and communication were all mentioned as important. One finding that surprised us is that few mentioned trust, commitment or confidence. In contrast to some previous research, we found that guidance, relevant participants, "resource persons" and attitude are crucial.

The participants regarded interdisciplinary collaboration as beneficial. Despite this, it emerged that they are not viewed as solely advantageous. The participants had experienced that, in some instances, collaboration led them to undertake more tasks than they felt they had the capacity to deal with, as well as to adopt others' negative attitudes. They mentioned that a lack of resources and prioritization from management could hinder collaboration. Several of the assumptions that were highlighted are consistent with previous research, but the study also generated new knowledge about the conditions that should be present.

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Sammendrag	ii
Abstract	iii
Figur og tabelloversikt	vi
Oversikt over vedlegg	vii
1 Introduksjon	1
1.1 Innledning	1
1.2 Målsetting og problemstilling	2
1.3 Begrepsforklaring	2
2 Folkehelse og folkehelsearbeid	3
2.1 Perspektiver på helse og påvirkningsfaktorer	4
2.2 Dagens helseutfordringer	6
2.3 Kommunalt folkehelsearbeid.....	7
2.3.1 Kommunal planlegging	9
2.4 Folkehelsearbeidets plassering i kommunen	10
3 Samstyring	12
3.1 Tverrfaglig samarbeid.....	13
3.2 Forutsetninger for tverrfaglig samarbeid	15
3.2.1 Forutsetninger og suksesskriterier.....	15
3.2.2 Hindringer for tverrfaglige samarbeid.....	17
4 Metode	19
4.1 Vitenskapelig forskningsmetode.....	19
4.1.1 Casestudie	20
4.1.2 Kvalitative forskningsintervju	20
4.2 Rekruttering og utvalg	21
4.3 Datainnsamling - gjennomføring.....	22
4.4 Analyse av datamaterialet.....	23
4.5 Etske aspekter	24
4.6 Metodediskusjon	25

5 Resultat	29
5.1 Forståelse av folkehelse og folkehelsearbeid	29
5.2 Syn på kommunens folkehelseutfordringer og svar på utfordringene	30
5.3 Beskrivelse av kommunenes tverrfaglige samarbeid i folkehelsearbeidet	32
5.4 Forutsetninger for at tverrfaglige samarbeid skal være hensiktsmessig	35
5.3.1 Rammebetingelser	37
5.3.2 Organisatoriske faktorer	37
5.3.3 Mellommenneskelige faktorer	40
6 Diskusjon	42
6.1 Forståelse av folkehelse og folkehelsearbeid	42
6.2 Syn på kommunens folkehelseutfordringer og løsninger på disse	43
6.3 Tverrfaglighet i kommunenes folkehelsearbeid.....	46
6.3 Forutsetninger for at tverrfaglige samarbeid skal være hensiktsmessig	50
6.3.1 Rammebetingelser	50
6.3.2 Organisatoriske faktorer	52
6.3.3 Mellommenneskelige faktorer	57
7 Konklusjon.....	60
Litteraturliste	62
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	70
Vedlegg 2: Mail til kontaktperson for folkehelsearbeid i kommunene.....	74
Vedlegg 3: Mail for å rekruttere informanter.....	75
Vedlegg 5: Samtykkeerklæring	77

Figur og tabelloversikt

Figur 1.: The Main Determinants of Health.

Tabell 1.: Illustrasjon av sentrale forutsetninger for et godt tverrfaglig samarbeid.

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Mail til kontaktperson for folkehelsearbeid i kommunen

Vedlegg 3: Mail for å rekruttere informanter

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 5: Samtykkeerklæring

1 Introduksjon

1.1 Innledning

Tverrfaglig folkehelsearbeid ble satt på dagsorden i 1978, men det er først etter at Folkehelseloven trådte i kraft i 2012 at kommuner for alvor har tatt i bruk tverrfaglig samarbeid i folkehelsearbeidet (World Health Organization, 1978; Helsedirektoratet, 2011a, s. 4). Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å fremme befolkningens helse, og kan sies å ha blitt mer tverrfaglig gjennom prinsippet “Helse i alt vi gjør”. “Helse i alt vi gjør” innebærer at alle sektorer, organisasjoner, aktører m.m. skal arbeide helsefremmende. En slik tilnærming er viktig da helse påvirkes av faktorer i alle samfunnsområder og best løses med felles innsats og tverrfaglig samarbeid (Meld. St. 34 (2012-2013), s. 11); Hofstad, 2013, s. 18). Tverrfaglig samarbeid innebærer å sette sammen kunnskap fra ulike aktører for å løse utfordringer, og slike samarbeid påvirkes av en rekke faktorer som blant annet aktørenes og ledelsens vilje og holdninger (Glavin & Erdal, 2013, s. 35-38).

Kommunene fikk med Folkehelseloven (2011, § 4-5) større ansvar for lokalt folkehelsearbeid, og skal ha oversikt over befolkningens helsetilstand og forankre folkehelsehensyn i plan- og beslutningsprosesser. For å oppnå målet om et systematisk folkehelsearbeid er aktører avhengige av å samarbeide, og tverrfaglig samarbeid blir sett på som positivt for å oppnå ønskede resultater (Willumsen, Sirnes & Ødegård, 2014, s. 19-20). Tverrfaglige samarbeid bør forankres i kommunens planer og i hver enkelt sektors planarbeid. Å lage en felles plan kan føre til at aktørene får eierskap til planen og blir kjent med innholdet (Glavin & Erdal, 2013, s. 44).

Telemark fylkeskommune var tidlig ute med å satse på folkehelsearbeid (Drugg, 2013), og tok i 2014 initiativ til å undersøke hvordan kommunene i fylket arbeider med folkehelse. Statusrapporten viste at mange hadde opprettet tverrfaglige folkehelsegrupper, og folkehelseteamet ønsket å evaluere bruken av disse gruppene. Da det viste seg at flere av kommunene ikke lengre hadde tverrfaglige folkehelsegrupper, ønsket Telemark fylkeskommune mer kunnskap om hvordan tverrfaglighet blir brukt i det kommunale folkehelsearbeidet. I tillegg ønsket de å få innsikt i hvilke forutsetninger som bør være til stede for at tverrfaglige samarbeid skal fungere (Telemark fylkeskommune, 2015).

Det har de siste årene kommet en rekke nasjonale føringer, slik som Folkehelseloven, som trekker frem tverrfaglig samarbeid som en fordelaktig arbeidsmetode innen folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2011a, s. 4). Til tross for dette finnes det begrenset forskning på tverrfaglig samarbeid, og om det er en effektiv måte å forankre folkehelsearbeid i kommuner. Det finnes også lite forskning som ser på årsaker til at tverrfaglige samarbeid lykkes eller mislykkes, og effektiviteten knyttet til slike samarbeid (Røiseland & Vabo, 2012, s. 112).

1.2 Målsetting og problemstilling

Målet med studien er å frembringe kunnskap om hvordan tverrfaglige samarbeid brukes i kommunalt folkehelsearbeid, og undersøke om dette er en hensiktsmessig måte å arbeide på. Vi vil belyse hvilke forutsetninger utvalgte aktører ser på som sentrale når det gjelder å arbeide tverrfaglig. På bakgrunn av dette utarbeidet vi følgende problemstilling:

“Hvordan arbeider kommuner tverrfaglig med folkehelsearbeid, og hvilke forutsetninger bør være til stede for at tverrfaglig samarbeid skal være en hensiktsmessig måte å arbeide med kommunalt folkehelsearbeid?”

1.3 Begrepsforklaring

Tverrfaglig samarbeid innebærer at aktører fra ulike faggrupper samarbeider innad og på tvers av sektorer/enheter/kommunalområder. Tverrsektorielt og tverrprofesjonelt samarbeid er andre liknende begrep, og vil presenteres under punkt 3.1. Vi velger å bruke begrepet tverrfaglig samarbeid videre i oppgaven da vi tenker at dette begrepet inkluderer tverrsektorielt og tverrprofesjonelt samarbeid slik Glavin og Erdal (2013, s. 25) gjør.

Forutsetninger vil i denne oppgaven være faktorer som bør være til stede for at gode tverrfaglige samarbeid skal finne sted.

Med *hensiktsmessig* mener vi hva som bør være til stede for at tverrfaglig samarbeid skal bidra til et helhetlig folkehelsearbeid. For at samarbeid skal være hensiktsmessige, bør aktørene føle at de får utbytte, og at det kan bidra til at målene de har satt blir nådd.

2 Folkehelse og folkehelsearbeid

Ifølge Folkehelseloven (2011, § 3) dreier folkehelse seg om befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen, mens folkehelsearbeid defineres som:

Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (Folkehelseloven, 2011, § 3).

Folkehelse og folkehelsearbeid er to begreper som er blitt stadig mer aktuelle de siste årene da vi har blitt mer bevisste på at helse blant annet påvirkes av hvordan samfunnet er organisert og individenes levevaner. Definisjonen av folkehelsearbeid fremhever et tverrfaglig syn da faktorer som påvirker helse finnes i alle deler av samfunnet (Helsedirektoratet, 2010, s. 6). Folkehelsearbeid innebærer både helsefremming og sykdomsforebygging. Helsefremmende arbeid vil si å opprettholde og bedre befolkningens helse, mens sykdomsforebyggende arbeid handler om å hindre at sykdom og skade oppstår. Forebygging kan deles inn i primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Målet med primærforebygging er å styrke helsen slik at sykdom og skade ikke oppstår, mens sekundærforebygging innebærer å stanse utvikling av sykdom og hindre tilbakefall. Tertiærforebygging går ut på å tilrettelegge for et best mulig liv med den helsesvikten personen har, og å arbeide for å hindre forverring (Helsedirektoratet, 2010, s. 21-22).

Begrepene folkehelse og helse er like på mange måter, men helse kan sies å være individuelt mens folkehelse omhandler befolkningens helse (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 9; Folkehelseloven, 2011, § 3). Begrepet helse kan forstås på ulike måter, og hva som defineres som god helse varierer. Verdens helseorganisasjon [WHO] definerer helse som: *“A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”* (WHO, 2003). Denne definisjonen har blitt kritisert da den fremhever at man kun har god helse dersom man har komplett fysisk, mentalt og sosialt velvære, noe de færreste har til enhver tid. *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter* (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 9) har et bredere og mer salutogenetisk syn, og definerer helse som å ha overskudd til å mestre hverdagens krav. Et salutogenetisk syn vil si at man ser på hvilke faktorer som fremmer helse fremfor å se på hva som gjør mennesker syke (Antonovsky, 2000, s. 30-31).

Folkehelsemeldingen fremhever en mer positiv vinkling på folkehelsearbeidet da den fokuserer på å tilrettelegge for muligheter og forutsetninger for å mestre og bevare egen helse (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 9).

Folkehelsearbeid handler om å fremme livskvalitet, mestring, trivsel og overskudd, som alle er faktorer som kan påvirke menneskers opplevelse av egen helse. Det handler om å tilrettelegge for deltakelse i fellesskap og i samfunnet for øvrig, noe som kan føre til en følelse av tilhørighet og støtte. Dette kan medføre lavere risiko for sykdom og sosiale problemer (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 9). Folkehelsearbeid kan også ses innenfor et aktivitetsvitenskapelig perspektiv. I aktivitetsvitenskap studerer man opplevelser og faktorer knyttet til menneskelig aktivitet, og ser på hvilke aktiviteter mennesker utfører i hverdagen og hvilke mening aktivitetene gir (Christiansen & Townsend, 2014, s. 367). Det er rimelig å si at et slikt folkehelseperspektiv har en salutogenetisk vinkling hvor man ser på hvordan utførelse av aktiviteter kan bidra til å fremme helse. Når mennesker utfører aktiviteter sammen, og det er aktiviteter som er meningsfulle, kan opplevelse av tilhørighet og samhold forekomme. Slike faktorer kan ha positiv innvirkning på helse (Wilcock & Hocking, 2015, s. 212-214+229).

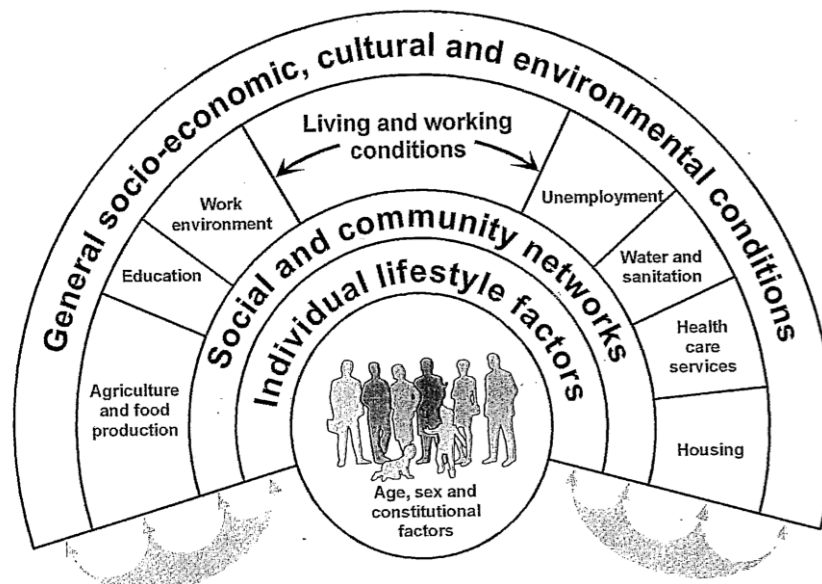
Folkehelseloven er en viktig lov i folkehelsearbeidet og bygger på fem prinsipper: Bærekraftig utvikling, føre- var, medvirkning, utjevning og “helse i alt vi gjør”. Prinsippet som har størst relevans i oppgaven er “helse i alt vi gjør” som viser hvor viktig det er å samarbeide på tvers av fag, sektorer og profesjoner. Prinsippet kan være viktig for å effektivisere og øke måloppnåelse, samt å skape et mer helhetlig folkehelsearbeid (Meld. St. 34 (2012-2013), s. 14-15; Helsedirektoratet, 2011b, s. 4+9).

2.1 Perspektiver på helse og påvirkningsfaktorer

Helseperspektivet har endret karakter gjennom tidene. Vi er nå opptatt av hva som påvirker helsen, og en slik vekting av påvirkningsfaktorer tydeliggjør at folkehelsearbeidet har gått fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv (Helsedirektoratet, 2011c, s. 4).

Sykdomsbildet og helseutfordringene har også endret seg. For hundre år siden var det i stor grad infeksjonssykdommer som tok flest liv, mens vi i dag i større grad står overfor livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdommer, fedme og diabetes (Meld. St. 34 (2012-2013), s. 23).

Dahlgren og Whitehead (2007, s. 20) har utarbeidet en modell som illustrerer helsedeterminanter (se figur 1). Modellen synliggjør at helse påvirkes av en rekke faktorer som blant annet kjønn, genetikk og strukturelle forhold. De strukturelle faktorene finnes i alle sektorer, og ikke bare i helsesektoren. Det kan derfor være gunstig å samarbeide på tvers (Helsedirektoratet, 2010, s. 6-8).



Figur 1: "The Main Determinants of Health". (Dahlgren & Whitehead, 2007, s. 20).

I sentrum av figuren finner vi enkeltmennesket med de genetiske og biologiske faktorene det er født med. Deretter kommer det fire lag med påvirkningsfaktorer: Livsstilsfaktorer, sosialt nettverk, leve- og arbeidskår, og det ytterste laget består av sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser. Figuren illustrerer at et individs helse påvirkes av alt fra faktorer individet kan gjøre noe med til samfunnsforhold. *Folkehelsemeldingen- Mestring og muligheter* (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 9) trekker frem at individet må ta ansvar for å opprettholde god helse, men helse påvirkes også av faktorer utenfor individets kontroll. Samfunnet har ansvar for å tilrettelegge slik at enkeltindividet har mulighet til å ta gode valg, og har i oppgave å skape like muligheter for alle (Meld. St. 34 (2012-2013), s. 8). Kommunene skal tilrettelegge for at lokalbefolkningen har like muligheter til å oppnå god helse og livskvalitet, og fordele ressurser så likt som mulig (Helsedirektoratet, 2016).

2.2 Dagens helseutfordringer

Helsetilstanden til den norske befolkning er gjennomsnittlig god, og vi lever stadig lengre (Helsedirektoratet, 2010, s. 6). Til tross for at levealderen er høy og flesteparten rapporterer om god helse, har vi en rekke helseutfordringer i Norge. De største folkehelseutfordringene er knyttet til sosiale helseforskjeller, psykiske plager, fysisk inaktivitet, innvandringsrelaterte utfordringer, samt livsstilssykdommer (Helsedirektoratet, 2010, s. 12). Regjeringen har utarbeidet nasjonale mål for folkehelsepolitikken som blant annet går ut på at befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse, og at sosiale helseforskjeller skal reduseres (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 13-14).

Mange av dagens helseutfordringer er sammensatte og komplekse, og slike problemer går ofte under begrepet ”wicked problems” (Rittel & Webber, 1973, s. 159). ”Wicked problems” kjennetegnes av at problemene er vanskelig å definere, lokalisere og implementere, samtidig som de er kontinuerlige og ikke har én objektiv løsning (Hofstad, 2013, s. 18). Dette medfører ofte usikkerhet knyttet til kausalitet, altså årsak og effekt, da sammenhengene kan være mange og komplekse. Det kan være vanskelig å definere hvem som har ansvaret for å håndtere slike problemer, men mulige løsninger kan være demokratisering av kunnskap, samstyring og samarbeid. Det vil si at det ikke nødvendigvis er en gruppe som har den beste løsningen, men heller at ulik kunnskap mellom aktører danner ulik forståelse av utfordringene og strategier for å løse dem. I tillegg er det ofte slik at problemene tas opp av flere aktører på ulike nivåer og arenaer, noe som kan tenkes å kreve samhandling og dialog mellom ulike aktører for å komme frem til løsning i fellesskap (Hofstad, 2013, s. 18-19; Rittel & Webber, 1973, s. 161). Et tenkelig ”wicked problem” kan være innvandring. Det å integrere innvandrere i det norske samfunn kan være en kompleks og sammensatt oppgave, og innebærer blant annet å få innvandrerne ut i arbeid og skole, lære dem norsk, og bidra til at de får et sosialt nettverk (Meld. St. 6 (2012-2013), s. 7-8).

Det tyder på at folkehelsearbeid i større grad ble forankret i flere sektorer enn helsesektoren etter at Folkehelseloven trådte i kraft, og at de fleste sektorer har blitt ansvarliggjort i kommunens folkehelsearbeid. Begrepet folkehelsearbeid har fått større oppmerksomhet, noe som kan ha ført til at flere samarbeider på tvers av sektorer når det gjelder kommunalt folkehelsearbeid (Løset & Veenstra, 2015, s. 93). Forståelsen av folkehelse er nå bredere ved at man ser på hvilke bakenforliggende faktorer som påvirker helse og ikke bare på individet.

Et slikt påvirkningsperspektiv danner et bredt folkehelsearbeid som fokuserer på å fremme gode oppvekstvilkår, tilrettelegge for sunne levevaner, og skape et samfunn med fellesskap, trygghet og deltakelse (Løset & Veenstra, 2015, s. 94). Selve folkehelsearbeidet er blitt mer synlig i sektorene, og for å fremme god og rettferdig fordeling av helse trengs gode planer, strategier og tiltak på tvers. Dette krever tverrfaglig involvering (Løset & Veenstra, 2015, s. 95).

2.3 Kommunalt folkehelsearbeid

Med Folkehelseloven (2011, § 1) fikk kommunene større ansvar for det lokale folkehelsearbeidet, og ble pålagt å sette i gang nødvendige tiltak for å imøtekomme folkehelseutfordringene i kommunen. Utfordringene kan være knyttet til områder som oppvekst, utdanning, bolig og arbeid, noe som synliggjør hvor viktig det er å samarbeide på tvers (Folkehelseloven, 2011, § 7). I tillegg fremhever loven at kommunene skal arbeide langsiktig og systematisk for å ha oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Riksrevisjonen (2015, s. 75) anbefaler at en slik oversikt legger grunnlaget for videre arbeid, og bør brukes når mål og strategier utarbeides. En del av oversiktsarbeidet innebærer at kommunen skal utvikle gode rutiner og utnytte ressurser for å samle informasjon om befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer (Helsedirektoratet, 2013, s. 32). For å oppnå et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid er det viktig at folkehelsehensyn, både på lokalt og regionalt nivå, blir forankret i planer og politiske organer (Helsedirektoratet, 2011b, s. 18).

Ifølge Riksrevisjonens undersøkelse (2015, s. 10) ønsker flere kommuner klarere nasjonale føringer og retningslinjer innen folkehelsearbeid da folkehelse er et krevende felt å håndtere. Det kom frem at Folkehelseloven har fått nærmere ni av ti kommuner til å satse mer på folkehelse etter at den trådte i kraft (Riksrevisjonen, 2015, s. 10). I 2010 fikk kommunene økonomiske midler for å oppfylle målene i Folkehelseloven, og mange mener at økonomiske tilskuddsordninger har bedret muligheten til å arbeide med folkehelse (Riksrevisjonen, 2015, s. 73). Videre kom det frem at tre av fire kommuner syns økonomi er en utfordring når det gjelder kommunalt folkehelsearbeid. Enkelte poengterer at Samhandlingsreformen har påvirket kommuners ressursbruk og organisering i folkehelsearbeidet, og gjort folkehelsebegrepet mer kjent (Riksrevisjonen, 2015, s. 74).

I 2015 ble NOVA-rapporten *Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Forebyggende helsearbeid i kommunene* publisert. Rapporten trekker blant annet frem at kommuner nå bruker mer ressurser til å opprette folkehelsekoordinatorstillinger, utarbeide helseoversikter og oppfordre til deltakelse i planforum eller arbeidsgrupper for folkehelse enn tidligere (Løset & Veenstra, 2015, s. 67). Etter at Folkehelseloven kom, rapporterte enkelte kommuner at de også følte større press på å danne tverrfaglige samarbeid (Løset & Veenstra, 2015, s. 90). Riksrevisjonens undersøkelse (2015, s. 52-53) viser at 59 prosent av norske kommuner har etablert et systematisk tverrfaglig samarbeid innenfor folkehelse, mens det i NOVAs rapport kom frem at Folkehelseloven har hatt begrenset påvirkning på bruk av tverrfaglige samarbeid (Løset & Veenstra, 2015, s. 9). Tverrfaglige samarbeid innebærer å finne frem til nødvendige folkehelseiltak, koordinere folkehelsearbeidet på tvers, samt spre kunnskap og delta i kommunale planprosesser. Det er som oftest folkehelsekoordinator, kommuneoverlege, og representanter fra barnehage/skole og kultur/idrett som deltar når det samarbeides om folkehelse tema i kommuner. Uavhengig av hvilke sektorer aktørene kommer fra, er det viktig at de opplever eierskap til tiltak og planer (Riksrevisjonen, 2015, s. 52-53).

Det å arbeide tverrfaglig, og ta i bruk andre former for samstyring, er ett av tre hovedvirkemidler som kan brukes for å fremme folkehelsearbeid i kommuner. De to andre virkemidlene er ansettelse av folkehelsekoordinator, og strategisk prioritering og inkludering i planer (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 12). Det er store variasjoner innad i kommunene når det kommer til integrering av folkehelse i planer og samarbeid med andre aktører (Riksrevisjonen, 2015, s. 52-53). Arbeidet med kommunalt folkehelsearbeid fremstår ofte som helseorientert da folkehelsekoordinatorene som oftest er lokalisert under helsesektoren og har lav stillingsandel som gjerne kombineres med arbeid knyttet til helse og fysisk aktivitet (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 9-10). Det kan være fordelaktig å forankre folkehelsearbeid i kommuneledelsen, nær den reelle beslutningsmyndighet, og ikke under helsesektoren (Askvik, 2015). I en undersøkelse gjort rett før Folkehelseloven ble iverksatt, kom det frem at kun 28 prosent av de undersøkte kommunene hadde plassert folkehelsekoordinatoren på rådmannsnivå, mens 49 prosent hadde plassert folkehelse under helsesektoren (Jakobsen, 2015).

En annen faktor som gjenspeiler helseorienteringen er det faktum at det ofte er kommunelegen eller helsesjefen som er folkehelsekoordinatorenes nærmeste leder, mens det i færre tilfeller er rådmannen som er det (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 9-10). Kommuner er ikke lovpålagt å ansette en folkehelsekoordinator, men Helse- og omsorgsdepartementet har oppfordret kommunene til å ha en koordinatorfunksjon for å ivareta et tverrfaglig folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2011b, s. 25-26). Det har også kommet frem at det er flere små kommuner som har folkehelsekoordinatorer sammenliknet med store kommuner (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 9-10). Likevel poengteres det i NOVA's rapport at å ha en folkehelsekoordinator er spesielt viktig for store kommuner, mens det for små kommuner kan være like hensiktsmessig å inngå interkommunale samarbeid med minst én folkehelsekoordinator i en av kommunene (Løset & Veenstra, 2015, s. 19).

Interkommunale samarbeid vil si at flere kommuner går sammen for å løse utfordringer og oppgaver på tvers av kommunegrensene (Leknes et al., 2013, s. 3). Interkommunale samarbeid kan ha positive effekter både når det gjelder økonomi og tjenestekvalitet. Andre kommuner oppgir blant annet kompetanseheving, bedre rekruttering og sterkere politisk påvirkning som motiv for å inngå samarbeid med andre kommuner (Leknes et al., 2013, s. 77). For små kommuner kan slike samarbeid være nødvendig for å gi innbyggerne de tjenestene de har krav på og bruk for, mens store kommuner ikke i like stor grad er avhengige av samarbeid med andre kommuner. Likevel deltar store kommuner i flere interkommunale samarbeid enn hva små gjør (Leknes et al, 2013, s. V). Samarbeid med andre kommuner er fordelaktig, men kan også by på utfordringer. Utfordringene er først og fremst knyttet til organisering, styring og kontroll (ECON, 2006, s. 1). Når det er flere som samarbeider, kan det være utfordrende å samkjøre ulike målsetninger og ønsker, og det kan være vanskelig å vite hvordan samarbeidet skal organiseres (Leknes et al., 2013, s. 97).

2.3.1 Kommunal planlegging

Plan- og bygningsloven [PBL] er et viktig redskap i folkehelsearbeidet, og fremhever at hensynet til befolkningens helse skal ivaretas i kommunens planlegging (Helsedirektoratet, 2015). Ifølge PBL (2008, § 3-1) skal planlegging fremme helhet gjennom samordning, samarbeid og oppgaveløsning mellom blant annet sektorer, kommunale organer, private og frivillige organisasjoner, samt allmennheten. For å sikre en mer helhetlig planlegging kan det være nødvendig med tverrfaglig samarbeid. Det finnes mange definisjoner på planlegging. Vi velger å bruke Aarsæther, Falleth, Nyseth og Kristiansen's (2012, s. 15) definisjon, hvor

planlegging sies å være en *”organisert aktivitet hvor aktører utformer fremtidsrettede mål og bruker kunnskap og profesjonelle arbeidsmetoder for å analysere, prioritere og samordne tiltak for å nå disse målene”*.

PBL kan bidra til å skape et bredt folkehelsearbeid ved at den oppfordrer aktører til å samarbeide på tvers og få planer forankret. Dette kan medføre eierskap, øke måloppnåelse, samt bidra til et forutsigbart og langsiktig folkehelsearbeid. Befolkningen kan på denne måte få større medvirkning i lokale tiltak (Helsedirektoratet, 2015). Ved å skape et forpliktende samarbeid mellom ulike aktører vil trolig folkehelsearbeidet løftes og sikre en sterkere forankring i kommunale planprosesser (Amdam & Bergem, 2008, s. 8). Stortingsmelding nr. 16 *Resept for et sunnere Norge* (St. Meld. 16 (2002-2003), s. 77) viser hvor viktig det er å se folkehelse og folkehelseutfordringer i sammenheng med planlegging, og understreker at det er viktig å forankre folkehelse i planleggingen.

2.4 Folkehelsearbeidets plassering i kommunen

Kommunen er den administrative rammen i folkehelsearbeidet. Kommuneorganisasjonens oppgaver er forvaltning av statlig politikk, utøvelse av tjenester til innbyggerne og utvikling av lokalsamfunnet (Badersten & Gustavsson, 2012, s. 44). Hva kommunene fokuserer på når det gjelder folkehelsearbeid, påvirkes blant annet av hvor i organisasjonen folkehelse er lokalisert. Plassering påvirker sannsynligvis også hvilke profesjoner som arbeider med folkehelse, og ved å for eksempel plassere folkehelse under samfunnsutvikling kan føre til at det er planleggere som arbeider mest med folkehelse (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 44). Mange norske kommuner har plassert folkehelsearbeid i helsesektoren, mens oppvekst- eller kultursektoren er andre sektorer som er mye brukt (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 75-76). Det er også vist at dersom folkehelse forankres på øverste ledelsesnivå kan kommuner enklere følge opp folkehelsearbeidet og prioritere folkehelse (Bergem, Bachmann, Halvorsen, Skrove & Ytterdal, 2015, s. 8). Hvor i kommunen folkehelse er plassert, kommunens økonomiske rammer, og hvordan det politisk vedtas å formidle ulike ressurser, påvirker det kommunale folkehelsearbeidet (Grimeland & Hasvoll, 2012, s. 14).

For å styrke samarbeid på tvers av sektorer opprettet staten folkehelsekoordinator- stillingen. Ambisjonen var at koordinatorene skulle plasseres på strategisk nivå i kommunene, gjerne i tilknytning til rådmannen, slik at sammenhengen mellom samfunnsutvikling og folkehelse ble styrket. Noen av arbeidsoppgavene til en folkehelsekoordinator er å fremme samarbeid og bygge nettverk. Rundt 60 prosent av norske kommuner har folkehelsekoordinatorer, mens enkelte kommuner har lagt ansvaret for folkehelse til andre stillinger (Helsedirektoratet, 2014, s. 105-107). Ifølge Bergem et al. (2015, s. 8) vil tverrfaglig folkehelsearbeid fremmes dersom folkehelsekoordinatoren plasseres i rådmannens stab. Ved å ha en folkehelsekoordinator plassert rett under rådmann, vil trolig samhandling med ledelsen forenkles og folkehelsekoordinatoren vil enklere få påvirkning og gjennomslagskraft på tvers av sektorer (Bergem et al., 2015, s. 8). Hvor folkehelsekoordinatorer plasseres kan også påvirke hvordan folkehelse forankres i planarbeid. Dersom folkehelsekoordinatoren befinner seg i rådmannens stab, eller har en annen plassering som ikke knytter den til en spesifikk enhet, kan folkehelsearbeid fremmes i planer (Bergem et al., 2015, s. 20). Mange folkehelsekoordinatorer opplever at folkehelsearbeid får større oppmerksomhet dersom folkehelse er plassert høyt oppe i kommuneorganisasjonen (Helsedirektoratet, 2010, s. 84). Kommunene inkluderer som oftest folkehelse i planarbeid, og arbeider på den måten mye med folkehelse på strukturelt nivå (Helgesen et al., 2014, s. 11).

3 Samstyring

Samstyring har blitt velkjent som styringsform, og bygger på ideer og prinsipper fra New Public Management [NPM] (Amdam, 2012, s. 61-62). Begrepet er en fellesbetegnelse på noen av de moderne styringsformene partnerskap, nettverk og samarbeid. Samstyring kan defineres som *”den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening”*, og handler om samarbeid mellom aktører som er mer eller mindre likeverdige og samarbeider for å løse ulike oppgaver. I tillegg handler det om å påvirke og endre samfunnet ved hjelp av planlegging (Røiseland & Vabo, 2012, s. 21-22). Folkehelse er et komplekst felt, og på slike områder er det tydelig at ingen aktører har god nok oversikt over utfordringer eller god nok kunnskap til å løse problemene alene. Det finnes ulike måter å legge til rette for å arbeide sammen om felles mål. Eksempler på slike måter er tverrfaglige grupper eller ad hoc-pregede samarbeid er knyttet til enkeltsaker (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 31).

Det er spesielt tre aspekter det er viktig å tenke over når det gjelder samstyring. Det første er at aktørene er gjensidig avhengig, noe som innebærer at de forsøker å oppnå noe i fellesskap (Røiseland & Vabo, 2012, s. 22). Aktører som samarbeider stiller med ulike ressurser, og gjennom å bringe ressursene sammen kan aktører oppnå mer enn de ville gjort alene. Foruten gjensidig avhengighet baserer samstyring seg på forhandlinger hvor man diskuterer seg frem til gode løsninger. Det tredje aspektet er at oppgavene som skal løses er godt planlagte og målorienterte (Røiseland & Vabo, 2012, s. 22-23). Samstyring viser seg å være nødvendig og fordelaktig for mange aktører. Fordelene kan blant annet være økt læring, mer effektiv bruk av ressurser, økt kapasitet i ulike planleggingsprosesser og bedre muligheter til å løse komplekse utfordringer (Provan & Kenis, 2008, s. 229).

Det finnes en god del forskning om samstyring og de positive effektene, men det finnes lite forskning som ser på årsaken til at samstyring lykkes eller ikke (Røiseland & Vabo, 2012, s. 112). Det kan være vesentlig å evaluere om samstyring er effektivt med tanke på å finne ut om det er en hensiktsmessig måte å styre på sammenlignet med andre styringsformer (Røiseland & Vabo, 2012, s. 113). Ifølge Røiseland og Vabo (2012, s. 114) kan man skille mellom resultatevaluering og prosessevaluering. Å evaluere resultat handler om å evaluere innhold og økonomi, altså hvor mye får man igjen for det man legger i arbeidet, mens prosessevaluering henviser til legalitet, likhet, representativitet og deltakelse i selve

prosessen. Når samstyringens effektivitet skal måles handler det ofte om mål- og resultatoppnåelse, og det brukes når vi forholder oss til offentlig virksomhet som rasjonell. Dersom hensikten med samstyring og andre intervensjoner er å oppnå noe bestemt, er det gunstig å evaluere mål og resultat. Ved en slik evaluering undersøker man om resultat stemmer overens med målsetninger, og om innsatsen man legger ned gjenspeiler resultatet (Røiseland & Vabo, 2012, s. 113). Det finnes imidlertid kritikk til en slik måte å evaluere offentlig virksomhet. De vanligste innvendingene er at mål kan være vanskelig å operasjonalisere, at aktører ofte har ulike mål de ønsker å oppnå, og at politiske mål kan være for omfattende (Røiseland & Vabo, 2012, s. 116).

3.1 Tverrfaglig samarbeid

Det finnes mange begreper som omhandler samarbeid mellom aktører i arbeidslivet. De mest brukte norske begrepene er tverrprofesjonelt, tverrsektorielt og tverrfaglig, mens man på engelsk ofte snakker om interdisciplinary, shared learning, cross professional, interprofessional og collaboration (Willumsen & Ødegård, 2014, s. 18). *Tverrprofesjonelt samarbeid* kjennetegnes av at ulike profesjoner samarbeider (Willumsen, 2007, s. 21), mens *tverrsektorielt samarbeid* innebærer at representanter fra ulike sektorer er representert i samarbeid (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 211). *Tverrfaglig samarbeid* kjennetegnes av at ulike faggrupper samarbeider. Målet er gjennom faglig utvikling, kommunikasjon og organisering å sette de riktige ferdighetene og kunnskapen sammen, slik at oppgavene eller utfordringene man står overfor får bedre forutsetninger for å bli løst med felles innsats (Højholdt, 2013, s. 12). Tverrfaglig samarbeid omhandler refleksjoner og diskusjoner mellom fagene, og kan medføre ny, bred og helhetlig kunnskap. Ofte er slike samarbeid nødvendig der oppgaver ikke kan løses alene (Willumsen, 2007, s. 21).

Betydningen av tverrfaglig folkehelsearbeid ble satt på dagsorden med Alma-Ata-erklæringen i 1978. Da ble det understreket at god helse kun kan opprettholdes ved godt samarbeid (WHO, 1978). I 2012 ble det igjen satt fokus på tverrfaglig og sektorovergripende samarbeid da generaldirektøren i WHO uttalte:

Most important, good health can no longer be seen as an outcome of one sector alone: sustainable and equitable improvements in health are the product of effective policy across all parts of government and collaborative efforts across all parts of society (Helsedirektoratet, 2014, s. 10).

Også under den nordiske folkehelsekonferansen i Trondheim i 2014 ble samarbeid belyst. Styring i samspill er et av punktene som ble trukket frem i Trondheimserklæringen når det gjelder forutsetninger for rettferdig fordeling av trivsel og helse. Under dette punktet står det blant annet at:

Samfunnsutvikling for helse og trivsel krever sektorovergripende samarbeid på like premisser med gjensidig respekt for ulike sektors samfunns mål. Vi må søke gjensidig nytte og samordningsgevinster gjennom partnerskap og allianser, men også identifisere potensielle interessekonflikter og forhandle løsninger ut fra dette (Den nordiske folkehelsekonferansen, 2014, s. 3).

Flere aktører påvirker folkehelsearbeid, og dermed er operasjonalisering nødvendig for samordnede tiltak kan iverksettes. Operasjonalisering er en prosess som omhandler avklaring av hvilke aktører og/eller sektorer som er relevante å ha med, og fordeling av roller og ansvar. Det er også en prosess hvor det bør etableres felles forståelse av utfordringer og mål, og hvor aktørene bør utarbeide en plan for hvordan de skal gå frem. I operasjonaliseringsprosessen foregår det også en avklaring av prosedyrer og arenaer for koordinering og samarbeid underveis. Det er rimelig å si at det er store utfordringer knyttet til gjennomføring av ulike folkehelse tiltak, og en operasjonaliseringsprosess kan være viktig for å oppnå mål (Tilset, Gjørund & Heggem, 2015, s. 2-3).

Folkehelsearbeid er tverrfaglig, og utfordringer og mål knyttet til folkehelse må integreres av samtlige sektorer. Det er problematisk at mange sektorer ikke er klar over hvor viktige de er i folkehelsearbeidet, og flere har en forståelse av at folkehelsearbeid handler om å iverksette tiltak som er direkte knyttet til helse. Dette kan føre til at aktører i andre sektorer regner med at slike utfordringer vil håndteres i helsesektoren. Det at andre utenfor helsesektoren ikke er klar over sin rolle i folkehelsearbeidet, er svært uheldig da folkehelse kort sagt kan sies å omhandle alt og alle. Videre kan folkehelse sies å være et komplekst nettverk av faktorer som påvirker hverandre (Tilset, Gjørund & Heggem, 2015, s. 4-5; WHO, 2011, s. 3). Hvilke

sektorer som bør være med å løse ulike mål, avhenger av hvilke tiltak det er snakk om, og kan for eksempel være kultur, oppvekst og utdanning, helse og omsorg, eller teknisk avdeling (Tilset, Gjørund & Heggem, 2015, s. 4-5).

3.2 Forutsetninger for tverrfaglig samarbeid

Organisasjoner og sektorer er i stor grad avhengige av samarbeid, og en organisasjons suksess eller nederlag påvirkes av hvor flinke aktørene er til å samarbeide (Martín-Rodríguez et al., 2005). Vi vil i det følgende ta for oss Glavin og Erdals forutsetninger og suksesskriterier for tverrfaglige samarbeid, og Martín-Rodríguez et al. sin studie av påvirkningsfaktorer for slike samarbeid. I tillegg vil noen av faktorene Vangen og Huxham trekker frem som sentrale i tverrfaglige samarbeid fremheves. Til slutt presenteres faktorer som kan gjøre samarbeid utfordrende, og vi vil da henwise til Lauvås og Lauvås, og Glavin og Erdal.

3.2.1 Forutsetninger og suksesskriterier

Glavin og Erdal (2013, s. 35+44) trekker frem forutsetninger og suksesskriterier som bør være til stede for å få til gode tverrfaglige samarbeid. Ledelse, verdigrunnlag, kompetanse, samt kunnskap og ferdigheter er noen av faktorene som blir trukket frem som forutsetninger for tverrfaglig samarbeid. Suksesskriteriene som fremheves er: Forankring, felles målsetting, realistisk syn på samarbeidsmuligheter, nytteopplevelse, nødvendighet, trygghet, respekt, tillit, kunnskap om hverandre, og kompetanse. Suksesskriteriene kan tenkes å også være forutsetninger for samarbeid, og vil derfor ikke skilles fra forutsetninger i den følgende beskrivelsen.

Ifølge Glavin & Erdal (2013, s. 36-37) fremheves ledelse og felles verdigrunnlag som svært sentrale forutsetninger. Det at ledelsen er støttende, engasjerende og tar ansvar for å utvikle samarbeid er avgjørende. Like viktig er det å skape et felles verdigrunnlag. Med felles verdigrunnlag menes i henhold til Glavin og Erdal (2013, s. 38-39) faktorer som respekt og åpenhet, og det poengteres at respekt for hverandre, åpenhet og ærlighet er nødvendig for å skape gode samarbeid. I tillegg fremhever de at ulik fagbakgrunn er fruktbart, og at aktører som samarbeider bør utnytte ulikhetene (Glavin & Erdal, 2013, s. 35). Det er positivt at samarbeid forankres i kommunale planer, og dersom man skal samarbeide over sektorgrenser er det helt nødvendig at alle instanser forplikter seg og har samarbeid med i planarbeidet. På

den måten får aktører eierskap til planene. Trygghet er viktig i samarbeid, likeledes at aktører har tillit til hverandre (Glavin og Erdal, 2013, s. 45-46).

For å oppnå gode resultater i tverrfaglige samarbeid er det viktig med felles problemforståelse og målsetting. Dersom aktører har lik forståelse av utfordringer, er det enklere å utarbeide mål for samarbeid. Å ha realistisk syn på andres kunnskap og ferdigheter trekkes også frem som suksesskriterier (Glavin & Erdal, 2013, s. 44-47). En annen faktor som er helt avgjørende for at samarbeid skal fungere, er respekt. Selv om det kan oppstå uenigheter, er det viktig å respektere andres meninger og klare å se saker fra ulike synsvinkler (Glavin & Erdal, 2013, s. 38-39). Videre trekker Glavin og Erdal (2013, s. 35-38) frem at alle må føle at samarbeidet er nødvendig og nyttig ved at de får noe ut av å delta. Det er hensiktsmessig å ha kunnskap om andres sterke og svake sider slik at man kan dra nytte av styrkene og bedre samarbeidet. Det er viktig at aktører i tverrfaglige samarbeid ikke bare har den nødvendige fagkompetansen som skal til, men også felles kompetanse (Glavin & Erdal, 2013, s. 44-47). I tillegg er det helt avgjørende at de tjenestene som blir forventet at aktører skal utføre, er realistiske med tanke på vedkommendes kompetanse. Glavin og Erdal (2013, s. 47) skriver også at det er positivt med faste deltakere som er med i samarbeidet og at aktørene har kjennskap til hverandre.

Martín-Rodríguez et al. (2005) gjorde i 2005 en systematisk gjennomgang av studier som omhandler påvirkningsfaktorer for tverrfaglige samarbeid. Litteraturgjennomgangen påpekte at velfungerende samarbeid avhenger av flere elementer, og elementene ble kategorisert i tre hovedgrupper: Organisatoriske faktorer, systemfaktorer og mellommenneskelige faktorer. De organisatoriske faktorer som ble nevnt er koordinering, organisasjonsstruktur og administrativ støtte, mens systemfaktorene refererer til kulturelle og sosiale faktorer utenfor organisasjonen. Av mellommenneskelige faktorer ble blant annet vilje til å samarbeide, respekt, tillit og kommunikasjon trukket frem. Litteraturgjennomgangen konkluderte med at de mellommenneskelige faktorene er essensielle for vellykkede tverrfaglige samarbeid. Men det kom også frem at samarbeid er en kompleks prosess, og at mellommenneskelige faktorer alene ikke er tilstrekkelige. Det er viktig å fokusere på forhold utenfor og innad i organisasjonen da samarbeid påvirkes av en rekke organisatoriske faktorer slik som administrativ støtte, ressurser i organisasjonen og lederskap. Aktører alene kan ikke skape alle de nødvendige faktorene og forholdene som trengs for at samarbeid skal fungere (Martín-Rodríguez et al., 2005).

Vangen og Huxham (2009, s. 69-73) har også sett på hva som er viktig når man skal samarbeide. De trekker frem at det er viktig at aktørene er enige om hva målet med samarbeidet er, og utarbeider tydelige mål som alle er forente med. I tillegg til mål for selve samarbeidet bør man være klar over at aktører også arbeider ut fra mål de ønsker å oppnå for egen del. Å avgrense målene og finne ut av hva som forventes i samarbeidet kan være nøkkelen til å oppnå ønskede mål. Andre faktorer som er viktig for samarbeid, er å skaffe tilgang til ressurser, øke effektiviteten og oppnå læring (Vangen & Huxham, 2009, s. 69-73). Formålet med en målsetning er å legge føringer for det videre arbeidet. Klare mål har vist seg å ha positive effekter som blant annet økt tillit og trygghet i samarbeidet, mer engasjement og bedre løsning av konflikter (Assmann, 2008, s. 82).

3.2.2 Hindringer for tverrfaglige samarbeid

Tverrfaglig samarbeid blir ofte sett på som noe positivt og som et uttrykk for helhetstenkning, men det er samtidig viktig å være klar over at samarbeid ikke utelukkende medfører positive resultater (Willumsen, Sirnes & Ødegård, 2014, s. 19-20). Det finnes forskning som fokuserer på hvilke faktorer som kan gjøre tverrfaglige samarbeid utfordrende, og nedenfor vil vi presentere faktorer vi mener er relevante for vår oppgave.

Det kan være krevende og utfordrende å etablere samarbeid, og et dilemma som kan oppstå er at aktørene kan ha vanskelig for å ta seg tid fra primærvirksomheten for å samarbeide med andre. Utbyttet vil ofte være usikkert, noe som kan medføre at tidsbruken ikke blir sett på som en investering, og det kan være vanskelig å få støtte fra ledelsen til slikt tidsbruk (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 18). Andre utfordringer aktører kan møte, er problemer knyttet til avklaring av forventninger og mål, kommunikasjonsproblemer og utfordringer knyttet til mellommenneskelige forhold som for eksempel manglende tillit og respekt (Assmann, 2008, s. 72; Lauvås & Lauvås, 2004, s. 208-210).

Glavin og Erdal (2013, s. 42-43) peker på andre hindringer som det er viktig å være klar over når man skal arbeide tverrfaglig: Profesjonsinteresser, om gevinsten er asymmetrisk fordelt, pålagt samarbeid, motstridende oppgaver hos sektorene, og manglende ressurser. Ubalanse i gevinsten de får i forhold til hva aktørene gir, er en faktor som kan oppleves som en hindring for samarbeid. Det er viktig å oppleve at samarbeid er nyttig, og at alle føler de får utbytte av å delta. Motstridende oppgaver hos sektorene og faginteresser kan også medføre hindringer,

og det samme vil ressursmangel. Dersom aktørene har en rekke oppgaver de må utføre og mangler ressurser, vil det være mer utfordrende å prioritere tverrfaglige samarbeid. En siste faktor Glavin og Erdal (2013, s. 43) trekker frem er pålagt samarbeid. Å bli pålagt å delta i samarbeid som aktører ikke ønsker eller ser behovet for, kan gjøre det utfordrende å samarbeide.

4 Metode

4.1 Vitenskapelig forskningsmetode

For å besvare problemstillingen har vi valgt en kvalitativ tilnærming. Kvalitative metoder er velegnet når man har lite kunnskap om temaet man ønsker å undersøke og når problemstillingen kan sies å være uklar (Jacobsen, 2005, s. 31). Årsaken til at vi valgte en kvalitativ tilnærming, er fordi vi ønsket å gå dypere inn i tematikken og få mer utfyllende informasjon. I tillegg kan det sies at kvalitative metoder er mer åpne enn kvantitative, og at man derfor får mer reflekterte og åpne svar fra informantene (Jacobsen, 2005, s. 129-131).

Kvalitative metoder henger ofte sammen med induktive tilnærminger, noe som også er tilfelle i denne oppgaven. Med en induktiv tilnærming samler forskeren inn empiri uten å ha for mange antakelser på forhånd. Forskere går ut med et åpent sinn, samler inn all relevant informasjon, og systematiserer til slutt de innsamlede dataene. Teoriene dannes altså på bakgrunn av empiri, og ikke motsatt slik som ved bruk av deduktive metoder. Kritikken knyttet til bruk av induktive metoder går ut på at man aldri vil kunne gå ut i virkeligheten med et helt åpent sinn, og at man ikke klarer å samle inn all relevant informasjon. Vi vil alltid måtte avgrense informasjonen og i tillegg vil det alltid være noe informasjon som blir oversett (Jacobsen, 2005, s. 23+29+35).

Vi valgte en hermeneutisk tilnærming fordi vi var opptatt av å fortolke informantenes utsagn. Hermeneutikken er opptatt av å fortolke folks handlinger, og ligger til grunn for all forskning (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45+73). Det subjektive står sterkt i vårt forskningsspørsmål da vi ønsket å få innsikt i hvordan aktørene arbeider tverrfaglig, hvordan de erfarer slike samarbeid og hvilke forutsetninger aktørene ser på som viktig. For å forstå dette må vi fortolke og danne en oppfatning som kontinuerlig vil endres og forhåpentligvis resultere i en sann forståelse (Aadland, 2011, s.182-188). Vi valgte videre å gjennomføre en casestudie og utføre kvalitative forskningsintervjuer.

4.1.1 Casestudie

Ifølge Jacobsen (2005, s. 92) kan casestudier forklares som studie av én enhet, og brukes ofte for å kaste lys over en samling fenomener på bakgrunn av dette enkelttilfellet. Det er altså et intensivt studie av ett enkelt tema for å få dypere forståelse av temaet som helhet. Vi valgte å bruke en komparativ casestudie hvor vi sammenliknet tre utvalgte kommuner med ulik geografisk størrelse. Komparative casestudier vil si at man repeterer den samme casestudien to eller flere ganger og sammenlikner forklaringene (Yin, 2014, s. 188).

En av årsakene til at vi valgte å se på tre kommuner, er blant annet fordi vi mener at funnene vil veie tyngre enn dersom det bare hadde vært studie av en kommune. Dersom vi innhenter data fra flere kommuner, kan det også være enklere for andre kommuner å bruke funnene da det sannsynligvis er større sjanse for at kommunene finner en kommune som er lik med tanke på størrelse og aktører. Oppgavens omfang har også hatt en betydning for antall caser i studier. Årsaken til at vi valgte kommuner med ulik størrelse, er fordi forskning viser at større kommuner har kommet lengre i oversiktsarbeidet knyttet til innbyggernes helsetilstand enn små kommuner (Riksrevisjonen, 2015, s. 42), noe vi ønsket å undersøke om var tilfelle i de utvalgte kommunene i Telemark.

4.1.2 Kvalitative forskningsintervju

I kvalitative forskningsintervju forsøker man å legge opp til et samtalepreget intervju, og formålet er å forstå den intervjuedes dagligliv, fra hans eller hennes perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 42). Kunnskap dannes gjennom relasjoner mellom mennesker og opplevelse av virkeligheten. Kunnskap formes gjennom hele intervjuprosessen, hvor det endelige produktet skapes av intervjuer og den intervjuede i fellesskap (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 36). For å få svar på problemstillingen valgte vi å gjennomføre semistrukturerte individuelle intervju. Vi valgte individuelle intervju fordi vi skulle intervjuer relativt få aktører, og fordi vi var interessert i aktørenes oppfatninger og tanker. Ulempen med individuelle intervju er blant annet at det kommer færre nye poeng frem etter hvert som man nærmer seg slutten, at det kan resultere i store datamengder, og at det er en tidkrevende prosess (Jacobsen, 2005, s. 142). Å avtale møtetidspunkt tok tid og var utfordrende da alle aktørene hadde andre gjøremål og avtaler. Vi erfarte også at under gjennomføringen av de siste intervjuene, var mye informasjon allerede innhentet, noe som ikke nødvendigvis er negativt da samme svar fra aktørene belyser at dette er viktig og reelt. Til tross for at vi

opplevde de nevnte ulempene, følte vi at det var riktig å velge individuelle intervjuer fremfor gruppeintervju da vi var ute etter aktørenes meninger og refleksjoner.

I forkant av intervjuene utarbeidet vi en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg 1), som ble brukt som en oversikt over hva vi skulle spørre om. Det at intervjuguiden er semistrukturert, vil si at det verken er en lukket spørreskjemasamtale eller en åpen samtale. I vårt tilfelle utartet det seg mer som en samtale der vi stilte noen åpne spørsmål og deretter fulgte opp med oppfølgingsspørsmål knyttet til aktørenes utsagn. Intervjuguiden lages på forhånd og brukes for å komme inn på de temaene det er ønskelig å få informasjon om, og inneholder ofte forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45-46). Vår intervjuguide inneholdt noen generelle innledningsspørsmål om blant annet bakgrunn, kjennskap til kommunens folkehelsearbeid, og spørsmål om utfordringsbildet osv. Deretter var det seks hovedspørsmål med flere oppfølgingsspørsmål. Alle aktørene ble spurt om de samme spørsmålene.

Det finnes ulike intervjuformer, og kvalitative intervjuer fokuserer ikke kun på subjektens meninger. Slike intervjuer kan også være opptatt av å få frem hva intervjusubjektene legger i bestemte begreper eller få frem faktisk informasjon. Noen av de vanligste intervjuformene er faktuelle intervjuer, begrepsintervjuer, narrative intervjuer og diskursive intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015, 180-184). Intervjuguiden vår inneholdt introduksjonsspørsmål knyttet til arbeidsoppgaver, stilling og hvor lenge personene har arbeidet i kommunen, begrepsspørsmål som omhandlet hva informantene legger i begrepene folkehelse og folkehelsearbeid, og faktuelle spørsmål om for eksempel hvordan folkehelsearbeidet er organisert. I tillegg var det en del meningsspørsmål, og vi benyttet oss av både direkte og indirekte spørsmål, samt oppfølgingsspørsmål.

4.2 Rekruttering og utvalg

Da vi først var i kontakt med folkehelseteamet i Telemark fylkeskommune, ønsket de at vi skulle evaluere bruk av tverrfaglige folkehelsegrupper i kommunene. Vi fikk tilgang til en spørreundersøkelse gjort av fylkeskommunen i 2014 som viste at flesteparten av kommunene hadde tatt i bruk slike folkehelsegrupper. Vi sendte en e-post til kontaktpersonene for folkehelse i alle kommunene for å kartlegge i hvilke kommuner folkehelsegruppene fortsatt eksisterte (se vedlegg 2). Det viste seg at det kun var et fåtall av kommunene som hadde en

slik gruppe. Vi endret derfor, sammen med folkehelseteamet, fokus og bestemte oss for å undersøke hvordan kommuner arbeider tverrfaglig med folkehelsearbeid.

Vi valgte å avgrense studien til å omhandle 12 aktører fra tre utvalgte kommuner i Telemark. For å rekruttere informanter til studien startet vi med å sende en e-post til kontaktpersonen for folkehelsearbeid i kommunene (se vedlegg 3), og ba ham/henne om kontaktinformasjon til tre andre aktører i kommunen som arbeider med folkehelse. En slik metode kalles snøballmetode og går ut på at man kontakter en person som har de egenskapene man er på jakt etter, og deretter får navn fra denne personen på andre med samme egenskaper (Noy, 2008, s. 330). Årsaken til at vi endte opp med de tre kommunene vi gjorde, er fordi folkehelseteamet var kjent med at kommunene var kommet godt i gang med folkehelsearbeidet, og fordi kommunene er ulike med tanke på innbyggerantall og geografisk størrelse.

Utvalget var strategisk, noe som vil si at vi valgte informanter som kunne gi oss mest mulig informasjon om temaene vi var interessert i, og som derav hjalp oss i å besvare problemstillingen (Halvorsen, 2002, s. 111). Informantene var voksne, og vi endte opp med å intervjuer rådmann, samfunnsutvikler, to folkehelsekoordinatorer, kommuneoverlege, rektor, NAV-rådgiver, overingeniør, leder for samfunnsutvikling, virksomhetsleder for rehabilitering, idrett- og frivillighetskonsulent og idrettskonsulent. Det var en oppfatning om at alle aktørene arbeider med folkehelse, men i ulik grad. For eksempel vil en folkehelsekoordinator mest sannsynlig arbeide mer med folkehelse enn en rektor som har andre primæroppgaver. Vi ønsket først å intervjuer samme aktører i hver kommune, men sammensetningen av aktører varierte mellom kommunene. Den store kommunen har for eksempel per dags dato ikke ansatt en folkehelsekoordinator, noe som resulterte i at hvilke aktører vi intervjuet i kommunene var uavhengig av hvilke aktører vi intervjuet i de andre kommunene. Den eneste forutsetningen var at de arbeider med folkehelse til en viss grad.

4.3 Datainnsamling - gjennomføring

Før vi gikk i gang med intervjuene gjennomførte vi to pilotintervju med aktører som var ansatt i Telemark fylkeskommune. Formålet var å se om spørsmålene ble forstått og få erfaring med intervjusituasjonen. I etterkant av intervjuene gjorde vi justeringer på bakgrunn av tilbakemeldinger fra intervjusubjektene og egne opplevelser.

Datainnsamlingen foregikk i desember og januar 2015/16. Vi dro ut til kommunene og gjennomførte intervjuene på aktørenes arbeidsplasser. Ifølge Jacobsen (2005, s. 147) er det viktig å tenke over hvor intervjuet skal foregå da dette kan påvirke innholdet i intervjuet, og informantens arbeidsplass kan ses som et naturlige sted å gjennomføre intervjuet. Samtlige aktører samtykket til bruk av lydopptaker under intervjuene. Vi ser på det som en fordel å bruke lydopptaker for da kunne vi konsentrere oss om intervjusamtalen, og vi slapp å notere ned det som ble sagt underveis. Å ha intervjuene på lydopptak fungerte i tillegg som en støtte i analysearbeidet, og medførte at det var enklere å bruke sitater i oppgaven.

For å få spontane og reflekterte svar unngikk vi å sende intervjuguiden på forhånd.

Intervjuene varte i gjennomsnitt mellom 40-50 minutter, og vi var begge til stede under alle intervjuene. En av oss stilte spørsmålene mens den andre observerte kroppsspråk og noterte stikkord, og dette var arbeidsoppgaver vi byttet på.

4.4 Analyse av datamaterialet

Ifølge Leseth & Tellmann (2014, s. 140) starter analysen av datamaterialet med en gang de innhentes fordi man hele tiden fortolker det som skjer. Til tross for at analysen starter med en gang, er det først etter at datamaterialet er transkribert, og teksten er kodet og/eller kategorisert at selve analyseprosessen starter. Ved å transkribere materialet blir intervjusamtalene strukturert slik at de er bedre egnet for analyse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204-206). Etter hvert intervju transkriberte vi datamaterialet, og begge deltok i transkriberingsprosessen. Vi transkriberte halvparten av intervjuene hver. Etter hvert transkriberte intervju hørte den andre på intervjuopptaket og leste over teksten for å dobbeltsjekke at alt var kommet med. Det at en annen person hører og ser over materialet, er ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 211-212) en styrke. Når transkriberingen var unnagjort, begynte vi på selve analysen av datamaterialet.

Vi benyttet en tematisk innholdsanalyse, som går ut på at man deler dataene i kategorier og deretter forsøker å finne sammenhengen mellom kategoriene (Jacobsen, 2010, s. 125-126). Målet er å forenkle og berike data. Man forenkler dataene for å få oversikt, og deretter berikes dataene ved at de plasseres i en ny og større sammenheng. En slik innholdsanalyse inneholder vanligvis seks faser: Tematisering, kategorisering, fyller kategoriene med innhold, telle hvor ofte et tema omtales, sammenlikne intervjuer og lete etter likheter og forskjeller, og å lete etter forklaringer på forskjeller. Tematiseringen går ut på at man forenkler og

strukturerer teksten. Man finner altså frem til de viktigste temaene i intervjuet og fordeler teksten i disse. Deretter kategoriseres temaene. Når dataene er kategorisert, kan vi si noe om dataene likner hverandre eller om de er ulike. Det er enklere å forholde seg til noen kategorier i stedet for en mengde tema eller en lang tekst (Jacobsen, 2010, s. 130). Vi startet med å ta utgangspunkt i intervjuguiden som inneholdt 6 hovedspørsmål. Vi kategoriserte hovedspørsmålene sammen med noen av de innledende spørsmålene i fire kategorier: Forståelse av folkehelse og folkehelsearbeid, aktørenes syn på kommunens folkehelseutfordringer og løsninger på utfordringene, beskrivelse av kommunenes tverrfaglige samarbeid i folkehelsearbeidet, og forutsetninger for et godt tverrfaglig samarbeid om folkehelsearbeid. Den tredje fasen går ifølge Jacobsen (2010, s. 133) ut på å fylle kategoriene med innhold, noe som vil si at man tar sitater fra intervjuene, og lar de illustrere hva personene legger i kategoriene. Vi lagde en tabell hvor vi hadde kategoriene i en kolonne og sitater i en annen. Deretter sammenliknet vi intervjuene, og så blant annet på hvilke tema som ble tatt opp i alle intervjuene, og hvilke som kun ble nevnt av enkelte. På bakgrunn av dette prøvde vi å finne frem til forklaringer på ulikhetene, altså hvorfor det var noen som ikke tok opp et bestemt tema eller hvorfor en aktør tok opp et tema som ingen andre snakket om. Vi var hele tiden opptatt av å ikke ta informasjonen ut av sammenheng slik at den får ny mening. Dette er en utfordring ved analyse av kvalitative intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 226-228), og vi gikk derfor ofte tilbake til dokumentet med transkriberingen for å sjekke i hvilken kontekst de ulike svarene fremkom.

4.5 Etiske aspekter

Gjennom arbeidet med oppgaven er det tatt hensyn til Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper. Ved oppstart ble det søkt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste [NSD] for å få godkjenning til å gjennomføre intervjuene (se vedlegg 4). Vi søkte til NSD fordi personopplysninger vil behandles i resultatdelen selv om prosjektet ikke nødvendigvis skal publiseres i etterkant. Personopplysninger ble innhentet gjennom intervju og e-postsamtaler med informantene. Direkte personidentifiserende opplysninger og bakgrunnsopplysninger slik som arbeidskommune, navn, kjønn og alder fremkommer ikke i oppgaven. De eneste bakgrunnsopplysningene som brukes er yrke og kommunestørrelse fordi vi mener det er relevant når vi undersøker hvordan aktørenes fagbakgrunn påvirker hva som sies og for å se om det er noen forskjeller knyttet til kommunestørrelse. Vi benyttet ikke videoopptak.

Kvale og Brinkmann (2015, s. 102) hevder at informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser av forskningen og forskerens rolle er fire viktige elementer som må tenkes gjennom når det gjelder etiske retningslinjer for forskning. Det er viktig at informantene informeres om at deltakelse er frivillig og at de når som helst kan trekke seg fra intervjuet. Informantene mottok i forkant av intervjuet informasjon om oppgaven, og før intervjuet startet skrev aktørene under på en samtykkeerklæring (se vedlegg 5). I tillegg ble det oppgitt hvordan dataene ville bli behandlet, hva data skulle brukes til, og at de hadde mulighet til å trekke seg når som helst uten å måtte oppgi grunn. Med konfidensialitet menes at deltakerne er enige om hva dataene og informasjonen de oppgir kan brukes til, og innebærer at personidentifiserende opplysninger ikke offentliggjøres (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106).

Vi informerte også i forkant av intervjuene om at opplysningene ville registreres og oppbevares på privat datamaskin og lydopptaker dersom det var greit. Datamaskintilgangen er beskyttet med brukernavn og passord slik at uvedkommende ikke fikk innsyn til datamaterialet. Datamaterialet ble anonymisert og ble ikke delt med andre. For å anonymisere aktørene og kommunene valgte vi å kalle kommunene liten, mellomstor og stor kommune, fordi det er vesentlige størrelsesforskjeller knyttet til innbyggertall og areal. Vi som forskere har taushetsplikt, noe vi var opptatt av at deltakerne var klar over. Vi informerte om at det som ble sagt på intervjuene ikke ville kunne spores tilbake til dem.

4.6 Metodediskusjon

I etterkant av en undersøkelse er det viktig å drøfte funnenes gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet), og på den måten kvaliteten på dataene som er samlet inn. Gyldighet kan deles inn i intern og ekstern gyldighet, som begge er viktig å evaluere. Intern gyldighet er ifølge Jacobsen (2010, s. 143) spørsmålet om man har fått tak i det man ønsker å få tak i og beskrevet fenomenet på riktig måte, mens ekstern gyldighet går ut på om det vi har funnet kan overføres til andre sammenhenger. Pålitelighet vil si om vi kan stole på de dataene som er samlet inn (Jacobsen, 2010, s. 143).

Intern validitet

Etter at oppgaven var ferdig, og før levering og publisering, sendte vi oppgaven til intervjusubjektene slik at de kunne se over resultatene og se om de var enige i måten de ble fremstilt på. Ved å få aktørene til å se over oppgaven kan øke den interne gyldigheten ved at man får bekreftet om respondentene kjenner seg igjen i det som presenteres. Det er likevel viktig å være klar over at beskrivelser som intervjusubjektene ikke kjenner seg igjen i, også kan være gyldige, og at det ofte ikke er tilstrekkelig med en slik respondentvalidering (Jacobsen, 2010, s. 145).

For å teste den interne validiteten ytterligere sjekket vi funnene våre opp mot annen litteratur og forskning for å se om vi hadde kommet frem til resultater som samsvarer med det andre forskere har funnet på samme felt. Vi fant ut at mange av resultatene våre stemmer overens med funn fra tidligere undersøkelser, noe som styrker funnenes gyldighet (Jacobsen, 2010, s. 145). En faktor som kan ha svekket den interne gyldigheten i vår oppgave er at vi ikke har fått tak i de mest relevante aktørene. Vi ble tipset av folkehelseteamet i Telemark fylkeskommune om hvilke kommuner vi burde undersøke, og fikk deretter kontaktinformasjon til en person i hver av kommunene som arbeider med folkehelse. Videre ba vi denne personen om å sende kontaktinformasjon til tre andre aktører i kommunen som arbeider med folkehelsearbeid. En slik fremgangsmåte kan resultere i at vi ikke fikk tilgang til de personene som gir viktigst informasjon (Jacobsen, 2010, s. 146). Vi kan ha unnlatt å komme i kontakt med aktører som hadde hatt mye å si på dette feltet og som sitter inne med annen informasjon enn den vi har fått. Det at folkehelseteamet i Telemark fylkeskommune hjalp oss med å velge ut kommuner kan svekke gyldigheten. Det å rekruttere aktører på en slik måte kan være negativt da folkehelseteamet muligens valgte kommuner de visste var gode på dette feltet slik at oppgaven skulle gi et positivt inntrykk av Telemark. På den annen side ble de utvalgte kommunene oppgitt fordi det ikke var av interesse å intervju kommuner der folkehelsearbeidet ikke er forankret, og derfor ønsket vi hjelp til utvelgelsen.

Den interne validiteten kan også svekkes av at informantene ikke oppgir riktig informasjon (Jacobsen, 2010, s. 147). Det er mulig at aktørene vi intervjuet ønsket å fremstille kommunen og dens arbeid med folkehelse på en best mulig måte for å fremstå som en kommune som har et velfungerende folkehelsearbeid. Det er altså viktig å være klar over at noen aktører kan unngå å svare sant og svare ut fra det de tror vi som forskere ønsker å høre (Jacobsen, 2010, s. 148). En positiv faktor er at alle aktørene vi intervjuet har kjennskap og kunnskap om

kommunens folkehelsearbeid, og arbeider tverrfaglig med andre aktører som også arbeider med folkehelse. Aktørene våre hadde altså nærhet til de fenomenene vi undersøkte, og kildene kan kalles førstehåndskilder da informasjonen kom fra opplevelser aktørene selv har hatt (Jacobsen, 2010, s. 147).

Ekstern validitet

Den eksterne gyldigheten går ut på om man kan generalisere funnene til andre situasjoner og personer som ikke er undersøkt. Målet med kvalitative studier er ikke hovedsakelig å generalisere fra et utvalg til en større enhet, men heller å forstå fenomener. Selv om det er vanskelig å generalisere kvalitative data så er det mulig (Jacobsen, 2010, s. 152-153). Informantene i kvalitative undersøkelser velges som regel fordi de kan gi god informasjon, og dermed er det vanskelig å si at informasjonen man får er representativ for en større enhet. I vårt tilfelle var vi to som sammen med folkehelseteamet i Telemark fylkeskommune diskuterte hvilke kommuner, og hvilke aktører, som burde inkluderes i undersøkelsen. Mange av aktørene, på tvers av kommunene, var enige i flere spørsmål, noe som kan styrke antakelsen om at dette er et generelt trekk hos kommunene. Likevel er det vanskelig å si noe om funnene også gjelder for andre kommuner i Telemark, og i landet generelt. En annen faktor vi var opptatt av med tanke på blant annet generalisering var å velge kommuner med ulik størrelse. Da vi valgte en liten, en mellomstor og en stor kommune mener vi funnene enklere kan overføres til andre kommuner, og at kommuner av ulik størrelse kan se hvordan de undersøkte kommunene har organisert folkehelsearbeidet og muligens adoptere deres måte.

Reliabilitet

Når man undersøker dataenes reliabilitet, eller pålitelighet, ønsker man å finne ut om det er faktorer knyttet til undersøkelsen som har ført til at vi har fått de resultatene vi har fått. Det er viktig å være klar over at intervjuobjektene kan påvirkes av forskeren og på måten spørsmålene stilles, samtidig som forskeren kan påvirkes av relasjonene som oppstår i datainnsamlingsprosessen (Jacobsen, 2010, s. 155). Vi var gjennom hele intervjuprosessen opptatt av å ikke stille ledende spørsmål, men det er klart at spørsmålsformuleringene kan ha ført til at intervjuobjektene følte at de måtte svare på en bestemt måte. I tillegg var vi opptatt av at alle intervjuene skulle utføres likt, og derfor deltok begge på alle intervjuene.

Studier har vist at folk ofte endrer atferd etter omgivelsene de befinner seg i, og det kan derfor være lurt å foreta intervjuene i omgivelser som er naturlige for intervjusubjektene (Jacobsen, 2010, s. 156). Vi valgte å gjennomføre alle intervjuene på arbeidsplassen til intervjusubjektene, noe vi ser på som en styrke da det krever mindre av intervjusubjektene med tanke på forflytting samtidig som intervjusubjekter ofte føler seg trygge i omgivelser de er vant til. Samtidig er det viktig å være klar over at på arbeidsplassen kan intervjusituasjonen bli forstyrret av kolleger som kommer inn eller telefoner som ringer (Jacobsen, 2010, s. 156), men dette var ikke noe vi opplevde. Alle intervjuene var avtalt på forhånd slik at det ikke kom som noen overraskelse for aktørene vi intervjuet.

En annen faktor som kan svekke påliteligheten er dersom forskeren er slurvete i analysen av dataene. Bruk av båndopptaker er alltid å foretrekke fordi det gir en fullstendig gjengivelse av samtalene og gjør dataene tilgjengelig for andre (Jacobsen, 2010, s. 157-158). Vi brukte båndopptaker under alle intervjuene, samt at den som ikke stilte spørsmålene noterte stikkord underveis, noe vi mener styrker dataenes reliabilitet. Det er likevel viktig å være klar over at bruk av lydopptaker kan virke skremmende for informantene, og at svarene de oppgir kan bære preg av dette (Jacobsen, 2005, s. 148). At vi var to under hvert intervju gjorde det også enklere for oss å komme med oppfølgingsspørsmål. I tillegg føler vi at vi har skildret de valgene vi har gjort, noe vi mener sikrer åpenhet og grundighet. Å forholde seg til en intervjuguide kan også styrke reliabiliteten fordi det gjør at andre forskere kan gjennomføre samme intervju, og ved å stille de samme spørsmålene få samme svar. Det at vi var to som transkriberte intervjuene mener vi kan ha styrket reliabiliteten fordi vi dobbeltsjekket hverandres transkripsjoner for å være sikre på at alt ble skrevet ordrett.

5 Resultat

Vi ønsket innsikt i hvordan kommunene arbeider tverrfaglig med folkehelse, og hva aktørene opplever som de viktigste folkehelseutfordringene i kommunen. Videre ville vi undersøke hva aktørene mener kan løse utfordringene og om de ser på tverrfaglig samarbeid som en hensiktsmessig arbeidsmetode. Vi tenker at ett av formålene med tverrfaglige samarbeid er å løse folkehelseutfordringer. Hvilke faktorer aktørene opplever som forutsetninger for gode tverrfaglige samarbeid var også noe vi fokuserte på da vi tenker at slike faktorer vil påvirke i hvilken grad det samarbeides tverrfaglig. Forutsetningene som fremkom under intervjuene er delt inn i følgende kategorier: Rammebetingelser, organisatoriske faktorer og mellommenneskelige faktorer. Kategoriseringen er inspirert av Martín-Rodríguez et al. (2005), men er tilpasset våre funn. Vi valgte en slik kategorisering da forutsetningene kan finnes på ulike nivåer. I denne oppgaven vil rammebetingelser omhandle føringer fra nasjonalt og regionalt hold, og vi tenker at slike betingelser befinner seg på et høyere nivå enn organisatoriske og mellommenneskelige faktorer. Organisatoriske faktorer innebærer forhold i kommunen slik som støtte fra ledelsen, ressurser, om folkehelse og samarbeid er forankret i planer, og om relevante aktører er med i samarbeidet. Mellommenneskelige faktorer vil si forhold mellom aktørene og hvordan de opplever samarbeid.

5.1 Forståelse av folkehelse og folkehelsearbeid

Vi hadde en intensjon om å få kjennskap til aktørenes forståelse av folkehelse og folkehelsearbeid fordi vi tenker at forståelsen kan påvirke om aktørene føler folkehelsearbeid angår dem. Dersom aktørene har denne forståelsen kan det være større sannsynlighet for at de ønsker å delta i tverrfaglige samarbeid om folkehelse. Det viste seg at aktørene hadde nokså lik forståelse av begrepene. Faktorer som kartlegging av helsetilstand, helsefremmende arbeid, og forebygging ble trukket frem. Samtidig viste det seg at aktørene hadde ulike oppfatninger. Folkehelsekoordinatoren i den lille kommunen uttalte at for ham/henne handler folkehelsearbeid om det langsiktige arbeidet med å tilrettelegge for flere leveår med god helse. Vedkommende var opptatt av at aktørene i kommunen bør ha felles forståelse av folkehelsebegrepet. Befolkningens generelle tilstand og aktivitetsnivå så idrett- og frivillighetskonsulenten i mellomstor kommune og idrettskonsulenten i stor kommune på som sentrale deler av begrepene. Lederen for samfunnsutvikling i den lille kommunen beskrev folkehelse som grunnstein i alt og la vekt på gode oppvekstvilkår, mens virksomhetslederen

for rehabilitering i den mellomstore kommunen pekte på at folkehelse og folkehelsearbeid omhandler alle prosesser i livet og var opptatt av god livskvalitet.

Funn fra undersøkelsen viser at alle kommunene arbeider tverrfaglig med folkehelsearbeid, men bruken av begrepet tverrfaglig varierte. Aktørene i stor kommune snakket om tverrsektorielt og tverrprofesjonelt samarbeid når de omtalte samarbeidet i folkehelsegruppen, mens flesteparten av aktørene i liten og mellomstor kommune brukte begrepet tverrfaglig samarbeid. Det ble fortalt at de i den mellomstore kommunen er flinke til å arbeide på tvers av fag slik som mellom fysioterapeuter og ergoterapeuter, og flere fra liten og mellomstor kommune hadde inntrykk av at det samarbeides mer innad i sektorene enn over sektorgrensene.

5.2 Syn på kommunens folkehelseutfordringer og svar på utfordringene

Aktørenes syn på kommunens folkehelseutfordringer samsvarte og varierte, innad og på tvers av kommunene. I intervjuene ble det formidlet at psykiske plager, overvekt og inaktivitet er store utfordringer i alle kommunene, og at det krever innsats fra flere. Samtlige aktører i stor kommune opplevde at det er utfordringer knyttet til innvandring. Et overraskende funn er at få svarte sosiale helseforskjeller. Til tross for at mange nevnte samme utfordringer kom det frem ulikt syn innad i kommunene, og ulikhetene var i stor grad knyttet til aktørenes fagbakgrunn. Samfunnsutvikleren og lederen for samfunnsutvikling i liten kommune mente at det er få boliger og lang kø for å få omsorgsleiligheter i kommunen, mens idrettskonsulenten i den store kommunen syntes frafall i ungdomsidretten er uheldig og ønsket å forhindre at flere faller av.

Svar på folkehelseutfordringene

Fagbakgrunn viste seg å til dels påvirke aktørenes syn på løsninger. For eksempel fortalte overingeniøren i mellomstor kommune at gang- og sykkelveier, og tilgjengelige grøntområder og lekeplasser kan motvirke inaktivitet, mens idrett- og frivillighetskonsulenten i samme kommune mente at for å øke aktivitetsnivået er det viktig å senke terskelen for deltakelse i aktivitetstilbud. Likevel fikk vi inntrykk av at flere aktører i samme kommune var enige i hvordan utfordringene best kan møtes. For aktørene i den lille kommunen ble felles forståelse av utfordringene, tydelig målsetting, og tettere samarbeid med kommuneoverlege og folkehelsesteam nevnt, mens tverrfaglig samarbeid og samarbeid med frivilligheten var

gjennomgående i alle intervjuene i mellomstor kommune. Aktørene i stor kommune var opptatte av å forankre utfordringene politisk og administrativt, og flere kom med uttalelser om at de arbeider med kommunens fokusområder. Fokusområdene omfatter tilrettelegging for gode oppvekstvilkår, motvirke isolasjon og ensomhet, fremme integrering, og å fokusere på psykisk helse og rus.

Verdien av å forankre folkehelsearbeid og helseutfordringer i planer ble fremhevet av flere som viktig i arbeidet med å løse folkehelseutfordringene. Planlegging ble sett på som avgjørende for at folkehelseperspektivet blir ivaretatt og alle tre kommunene har derfor utarbeidet handlingsplaner for folkehelse for å imøtekomme utfordringene. I handlingsplanene fokuseres det blant annet på å utvikle helsefremmende miljø, skoler og barnehager, stimulere til økt fysisk aktivitet, hindre frafall i videregående skole, og bruke frivilligheten mer. Enkelte poengterte at tverrfaglig samarbeid kan bidra til å forankre folkehelsearbeid i planer ved at påvirkning på prioriteringene blir større jo flere som arbeider med folkehelse. Overingeniøren i den mellomstore kommunen tydeliggjorde at dersom flere arbeider mot felles mål er det enklere å få gjennomslag for saker:

Flere tenker likt om folkehelse når alle er klare over viktigheten av folkehelsearbeidet. Det er lettere å få gjennomslag for å prioritere folkehelsearbeid i planleggingen når flere faginstanser argumenterer likt. Eksempelvis kan miljørådgiver, vegingeniør, trafikkansvarlig og skole være pådriver for et gang- og sykkelvegprosjekt som ellers bare enkelte faggrupper ville vært involvert i.

Dette sitatet viser at forankring av folkehelse og helseutfordringer i planer kan bidra til at flere ser viktigheten av å prioritere folkehelse. Dersom flere argumenterer likt kan det være enklere å få gjennomslag. Videre belyser sitatet at enkelte tiltak krever innsats fra aktører med ulike fagbakgrunn.

5.3 Beskrivelse av kommunenes tverrfaglige samarbeid i folkehelsearbeidet

For å få forståelse av hvilke forutsetninger som bør være til stede for gode tverrfaglige samarbeid vil vi først presentere hvor folkehelse er plassert i kommunene og hvordan de tverrfaglige samarbeidene organiseres. Vi ønsket å se på kommunenes plassering og organisering av folkehelsearbeidet, og om kommunene har ansatt en folkehelsekoordinator, fordi vi tenker at dette kan påvirke kommuners fokus på folkehelse og tverrfaglige samarbeid. Selv om folkehelsekoordinator beskrives under dette punktet, er det viktig å være klar over at den også kunne vært plassert under forutsetninger. Enkelte aktører trakk frem at ressurspersoner som en folkehelsekoordinator kan være en forutsetning for gode tverrfaglige samarbeid om folkehelse, men vi synes likevel at det var mer passende å plassere folkehelsekoordinator under beskrivelse av kommunenes tverrfaglige arbeid med folkehelse. Årsaken er at vi tenker at folkehelsekoordinatorer er en del av hvordan kommuner organiserer folkehelsearbeidet, og fordi folkehelsekoordinatorer ofte plasseres under samme sektor som folkehelse.

Plassering av folkehelse i kommunen og tilfredshet med det

Hvor i kommuneorganisasjonen folkehelse er plassert varierer mellom kommunene, og det samme gjør aktørenes tilfredshet knyttet til plasseringen. I den store kommunen er folkehelsearbeid plassert under kommunalområdet helse og velferd, og alle var fornøyde med plasseringen. Verdien av å ha en folkehelsegruppe plassert rett under rådmann ble fremhevet som positivt med tanke på prioritering av folkehelse. Aktørene nevnte at kommuneoverlegen som er ansvarlig for folkehelsegruppen også er med i rådmannens ledergruppe. Med bakgrunn i dette antydte aktørene at folkehelsegruppens plassering er nærmere rådmannen enn i mange andre kommuner.

Folkehelse ligger under kultur og oppvekst i mellomstor kommune, men det var ulike meninger om hvilken plassering som var mest hensiktsmessig. Dersom folkehelse ligger under kultur og oppvekst kommer man ifølge folkehelsekoordinatoren tettere på barn og unge, men videre uttrykte han/hun at teknikk og samfunnsutvikling kan være en gunstig plassering med tanke på å få folkehelse bedre inn i kommunale planer. Virksomhetslederen for rehabilitering som tilhører helse- og omsorgssektoren mente at folkehelse er opplagt i hans/hennes sektor, og at folkehelse bør legges til en sektor hvor folkehelse ikke er like godt innarbeidet.

Aktørene i den minste kommunen var fornøyde med at folkehelse er plassert under samfunnsutvikling fordi de mente at en slik plassering kan bidra til at folkehelse integreres i hele samfunnet, og ikke bare knyttes til for eksempel oppvekst- eller helsesektoren. En plassering under samfunnsutvikling kan føre til at flere adopterer folkehelse tanken, og at folkehelsearbeid vil favne store deler av kommunen. En hovedutfordring som fremkom i intervjuene er at mange aktører ikke vet hvilken rolle de har i folkehelsearbeidet, og ikke er klar over at de kan bidra til å skape et bredt folkehelsearbeid. Derfor oppgav enkelte at folkehelse burde plasseres i en sektor hvor folkehelse ikke er så selvfølgelig.

Organisering av tverrfaglige samarbeid og tilfredshet med det

Tverrfaglige samarbeid organiseres på ulike måter i de tre kommunene. Flere av aktørene uttalte at de arbeider tverrfaglig daglig, og det kom frem at alle kommunene danner tverrfaglige samarbeid avhengig av prosjekt. Aktørene fortalte at samarbeidene ikke alltid er planlagte, og at de inngår i samarbeid etter behov. I tillegg har stor kommune en folkehelsegruppe hvor aktørene har i oppgave å videreføre saker som tas opp på folkehelsemøtene til aktører i sine kommunalområder. Kommuneoverlegen viderefører saker som blir tatt opp på møtene til rådmannens ledergrupper hvor andre kommunalsjefer også deltar. Samtlige aktører uttrykte at de ikke ville vært foruten folkehelsegruppen fordi møtene er en god arena for å diskutere folkehelse. Foruten tverrfaglige samarbeid innad i kommunen inngår den store kommunen i interkommunale samarbeid knyttet til tema som blant annet miljørettet helsevern.

I mellomstor kommune hadde de tidligere et folkehelseråd knyttet til kommunens planarbeid. Folkehelserådet besto av representanter fra alle enhetene i kommunen, en frivillig representant og en politiker. Flere antydte at rådet forsvant fordi det var for mange møter å delta på, og et par av aktørene ønsket det gjenopprettet. Samtidig antydte alle at folkehelsearbeidet blir godt ivaretatt i kommunen og at aktørene samarbeider tverrfaglig gjennom jevnlig kontakt på e-post og telefon. I tillegg blir tverrfagligheten ivaretatt ved at aktuelle aktører innkalles til planmøter.

Da aktørene i den lille kommunen fortalte om hvordan kommunen arbeider tverrfaglig var de opptatt av å få frem at folkehelse er noe det arbeides med i hele kommunen til tross for at de ikke har opprettet en folkehelsegruppe. Samfunnsutvikleren poengterte det slik:

Vi er en veldig tverrfaglig kommune fordi vi ikke er så store at folk kan sitte og jobbe med en ting. De fleste på huset her har mer enn ett fagfelt de dekker, og det skaper en kultur hvor vi ber hverandre om råd, og det skaper jo tverrfaglighet i seg selv.

Siden den minste kommunen er så liten ble også interkommunale samarbeid pekt på som gunstig, og aktørene trakk frem kommunens etatsmøter som en god arena for tverrfaglighet. Folkehelsekoordinatoren ønsket at kommunen skal bli flinkere til å systematisere det tverrfaglige arbeidet, men signaliserte at det ikke er nødvendig med en folkehelsegruppe: ”Jeg har vært opptatt av at hver avdeling har folkehelsebrillene på. Derfor har vi ikke organisert en egen folkehelsegruppe, men det er tema stort sett på hvert avdelingsmøte på samfunnsavdelingen”. Vedkommende uttalte at han/hun hele tiden forsøker å minne aktørene på å tenke folkehelse i arbeidet sitt. Enkelte mente at en fast gruppe er unødvendig da det ikke er alt som trengs å samarbeides om. Samfunnsutvikleren poengterte at tverrfaglige samarbeid ikke alene er fasiten på et godt folkehelsearbeid: “Av og til ligger løsningene i de små, men effektive detaljene som det kanskje er vanskelig å identifisere i store fora. Tverrfaglighet kan og bør ikke bli det samme som at alle skal med på alt”. Vedkommende syntes at det er bedre med små fora hvor man tilfører ressurser etter behov fordi saker og meninger ofte drukner i større fora.

Folkehelsekoordinator

Et flertall av aktørene fra alle kommunene trakk frem at det er positivt for det tverrfaglige arbeidet med folkehelse å ha en ressursperson. Den lille og mellomstore kommunen har ansatt folkehelsekoordinatorer, noe aktørene var fornøyde med fordi de mente at en slik ressursperson ofte har et overordnet blick over kommunens folkehelsearbeid. Den store kommunen har ikke opprettet en slik stilling, men flesteparten av aktørene ønsket en folkehelsekoordinator som kan koordinere folkehelsearbeidet da aktørene som deltar i folkehelsegruppen har andre arbeidsoppgaver. Flere uttalte at det er ønskelig med en folkehelsekoordinator som kan videreføre det som blir tatt opp på møtene fordi aktørene følte at det er utfordrende å integrere folkehelse i kommunalområdene.

5.4 Forutsetninger for at tverrfaglige samarbeid skal være hensiktsmessig

Vi spurte aktørene hva som fremmer og hemmer tverrfaglige samarbeid da vi tenkte at de fremmede faktorene til en viss grad er forutsetninger som bør være til stede for gode tverrfaglige samarbeid. En faktor som fremmer samarbeid kan virke hemmende dersom det fremmede aspektet ved faktoren uteblir. På samme måte kan fravær av en hemmende faktor virke fremmende. For eksempel kan støtte fra ledelsen fremme samarbeid ved at aktører får tillatelse til å bruke tid på samarbeid, men dersom ledelsen ikke prioriterer tverrfaglige samarbeid kan det hemme aktører i å delta. Forutsetningene og påvirkningsfaktorene som fremkom under intervjuene, samt forutsetninger andre forskere har funnet er illustrert i tabell 1. Tabellen synliggjør at vi har funnet forutsetninger som tidligere forskning ikke har funnet (markert i rødt), og omvendt (markert i blått).

Tabell 1: Illustrasjon av sentrale forutsetninger for et godt tverrfaglig samarbeid.

<u>Nivå</u>	<u>Våre funn</u>	<u>Tidligere forskning</u>
Rammebetingelser	Nasjonale og regionale føringer	
Organisatoriske faktorer	Ledelsens prioriteringer	Ledelse/ administrativ støtte
	Forankring i planer	Forankring
	Ressurser	Ressurser
	Tydelig målsetting	Tydelig målsetting
	Relevante aktører	Koordinering
	Ressursperson	Organisasjonsstruktur
Mellommenneskelige faktorer	Nytteopplevelse	Nytteopplevelse
	Vilje	Vilje
	Kunnskap	Kunnskap og ferdigheter
	Tillit	Tillit
	Kjennskap til hverandre	Kunnskap om hverandre
	Kommunikasjon	Kommunikasjon
	Trygghet	Trygghet
	Felles forståelse	Felles problemforståelse
	Ulik fagbakgrunn	Ulik fagbakgrunn
	Holdninger	Kompetanse
	Kjemi	Verdigrunnlag
		Nødvendighet
		Respekt
		Realistisk syn på samarbeidsmuligheter

5.3.1 Rammebetingelser

Føringer

Føringer fra nasjonalt og regionalt nivå ble vektlagt som sentrale forutsetninger for tverrfaglige samarbeid. I alle kommunene kom det frem at det er ønskelig med flere føringer, og at statlige myndigheter bør legge press på kommunene når det gjelder tverrfaglig samarbeid som arbeidsmetode i folkehelsearbeid. Idrett- og frivillighetskonsulenten i mellomstor kommune mente at krav om folkehelseplan i kommuner, og det at flere aktører har blitt ansvarliggjort gjennom Folkehelseloven har gjort det enklere å forankre folkehelsearbeid. Folkehelseloven har ifølge samtlige aktører medført større fokus på folkehelse og fått folkehelse bedre forankret i planer, og ble derfor sett som avgjørende for om det arbeides tverrfaglig.

5.3.2 Organisatoriske faktorer

Ledelsens prioriteringer

En ledelse som prioriterer tverrfaglige samarbeid ble sett på som en forutsetning, og verdien av å ha en ledelse som er bevisst på folkehelse og tverrfaglig samarbeid ble fremhevet som positivt. Folkehelsekoordinatoren i den minste kommunen mente at dersom ledelsen ikke ser poenget med folkehelsearbeid er det utfordrende for aktørene å arbeide med det. At folkehelse er på sakslisten på kommunale møter ble trukket frem som positivt, mens nedprioritering av folkehelsemøter ble sett på som hemmende for samarbeid.

Forankring i planer

Det ble fremhevet at det er i planer aktører får innblikk i hva de skal arbeide med og hvordan mål best kan nås. Alle 12 aktørene syntes forankring av folkehelse i planer var en viktig forutsetning for tverrfaglige samarbeid. Enkelte aktører i stor og mellomstor kommune hadde inntrykk av at folkehelse er godt forankret i kommuneplanen da det står oppført som punkt under alle temaene i kommuneplanen. Videre påpekte virksomhetslederen for rehabilitering i den mellomstore kommunen at dersom ledelsen ikke ser poenget med folkehelsearbeid er det vanskelig for aktørene å arbeide med det:

Samarbeid kræsjer med andre ting, og at det ikke er prioritert fra ledelsen. Det er veldig viktig å få det forankret. Da kan jeg si til mine at "ok, det får du lov å prioritere og det vil jeg at du skal prioritere. Og da må du prioritere bort noe annet, men det er helt greit".

I liten kommune har de ifølge folkehelsekoordinatoren ikke forankret folkehelse godt nok i samfunnsdelen til tross for at målet i kommunen er at folkehelse skal ses i sammenheng med alt. Aktørene mente at det er unødvendig å ha mange kommunale planer. De fremhevet at dersom tiltak skal iverksettes er som regel økonomiske midler avgjørende, og at det derfor er lurt å forankre det som skal utføres i økonomiplanen.

Ressurser

Å avsette tid til å samarbeide om oppgaver som ligger utenfor primærarbeidsoppgavene ble pekt på som utfordrende da aktørene har mye å gjøre og folkehelse ikke alltid føles som en naturlig del av diskusjoner. Alle 12 aktørene oppgav at tid til å samarbeide er avgjørende for om det samarbeides i kommunen. NAV-rådgiveren i den store kommunen følte at å delta i folkehelsegruppen medfører ekstraarbeid, og uttalte: *“Jeg er jo ikke unntatt fra noen av de andre arbeidsoppgavene mine, så dette er jo noe ekstra. Likevel ville jeg ikke vært foruten en sånn gruppe for jeg får så mye igjen”*. Vedkommende følte at utbyttet av å delta i gruppen var større enn innsatsen som ble lagt ned. Også kommuneoverlegen i samme kommune påpekte at samarbeid tar tid, men mente at det er hans/hennes plikt å ha fokus på folkehelse. Ikke alle så tverrfaglige samarbeid som hensiktsmessig til enhver tid. Samfunnsutvikleren i den lille kommunen ønsket for eksempel i noen tilfeller mindre tverrfaglighet fordi det tar mye tid, og mente at det er viktig å definere hvor det er behov for samarbeid fordi deltakelse kan kollidere med andre gjøremål.

I intervjuene ble det formidlet at tverrfaglige samarbeid kan være ressurs- og arbeidskrevende, og at det kan medføre utfordringer knyttet til økonomi. Lederen for samfunnsutvikling i liten kommune mente at alt munker ut i prioriteringer fra politisk hold og at aktørene derfor må forholde seg til det de har av midler. Samfunnsutvikleren i samme kommune hevdet at økonomiske midler kan frikjøpe ressurser for å innhente ny kompetanse og finne nye måter å arbeide med folkehelse på. Han/hun vektla at arbeidsbelastningen kan bli for stor og at det kan være utfordrende å vite hva som skal prioriteres da politikere ofte bestiller mer enn aktørene har kapasitet til å utføre. Med knappe ressurser er det ikke alltid aktører ser nytte av å arbeide med folkehelse da effekten ofte ikke er synlig med en gang. En aktør beskrev at det kan være utfordrende å forstå hva som er god ressursutnyttelse da det ofte er mangel på ressurser.

Også samarbeid med frivilligheten ble omtalt som en ressurs. Flere på tvers av kommunene sa at bruk av frivilligheten og tiltak som allerede finnes i kommunen kan være positivt både for folkehelsearbeidet og for ressursutnyttelsen. Videre ble det poengtert at dersom det skal lønne seg å arbeide tverrfaglig må det være fordi produktet blir bedre enn det i utgangspunktet var slik at det blir god ressursutnyttelse. Samfunnsutvikleren i den minste kommunen poengterte at aktører ikke alltid opplever samarbeid som en ressurs, men at det er viktig å være klar over at andre kan ha nytte av det:

Du kan ikke sitte alene med alt. Du har veldig behov for å diskutere ting du er usikker på. Og så blir det til at du liksom samler folk og har møter kanskje oftere enn man burde rett og slett fordi man trenger det for sin egen del. Så kan det kanskje være at de som kommer på møtet egentlig ikke har bruk for tverrfagligheten akkurat da. Du har bruk for det, men de andre sitter bare der som en ressurspool for deg der du drar ut refleksjoner og stiller spørsmål osv.

Som vedkommende fremhevet er det ikke alltid aktører får like stort utbytte av å samarbeide, og møter kan kreve mer tid og ressurser enn utbyttet man sitter igjen med. Likevel kan det være nødvendig å dra nytte av andres tanker, og å komme med råd og tips. Alle aktørene anbefalte andre kommuner å samarbeide tverrfaglig med kommunalt folkehelsearbeid. Idrettskonsulenten i stor kommune trakk frem at samarbeid på tvers gir mer enn det tar, mens samfunnsutvikleren i den lille kommunen var mer tilbakeholden:

Jeg vil anbefale det ja, men jeg vil anbefale en ganske stram kontroll på ressursbruken fordi på ett eller annet tidspunkt blir det for mye arbeid i forhold til hva man har kapasitet til å gjøre i løpet av en dag eller en periode.

Relevante aktører

Det ble fremhevet at det er ugunstig med for store samarbeid, men at relevante aktører deltar ble sett på som viktig for at samarbeid skal være hensiktsmessige. Noen av aktørene mente at samarbeid ikke fungerer optimalt dersom det er for mange deltakere fordi det kan bli for mange synspunkter og man fort mister fokus. Folkehelsekoordinatoren i mellomstor kommune og samfunnsutvikleren i den minste kommunen nevnte at det er personavhengig om tverrfaglige samarbeid fungerer. Flere fortalte at det er viktig at folkehelseperspektivet

blir ivaretatt i alle sektorer, og virksomhetslederen for rehabilitering i den mellomstore kommunen uttrykte det slik:

Det er lurt å jobbe på tvers. Det er ikke som tidligere da helsesektoren skulle ha hovedansvaret. Det er viktig at folkehelsearbeidet blir forankret i alle enheter/sektorer, og at lederne er pådrivere og har fokus på temaet. Folkehelse bør inn som fast punkt på møteagendaer og inn i planer med direkte ansvarsfordeling.

Sitatet fremhever at det å ha en støttende ledelse, samt å forankre folkehelse i alle sektorer, er viktig for å øke bevisstheten rundt folkehelsearbeid. Vedkommende mente at det er viktig at flere blir bevisstgjorte om folkehelse og at ansvaret for ulike folkehelse tiltak fordeles.

Tydelig målsetting

Oppnåelige mål og en felles målsetting som aktørene kan arbeide mot ble omtalt som nødvendig. NAV-rådgiveren i stor kommune poengterte at folkehelsegruppen fungerer bra fordi aktørene har utarbeidet felles mål om å løse utfordringene knyttet til kommunens handlingsplan. Handlingsplanen omhandler tiltak knyttet til blant annet psykisk helse, gode oppvekstvilkår, og fremme god integrering. Flere aktører på tvers av kommunene trakk paralleller mellom målsetting og planer, og det kom frem at det å ha tydelige mål i en folkehelseplan kan være positivt for tverrfaglige samarbeid. Samfunnsutvikleren i den lille kommunen uttalte at han/hun tror planer blir best dersom politikerne identifiserer seg med målene som er satt og følger de opp i sin politikk.

5.3.3 Mellommenneskelige faktorer

Opplevelser knyttet til tverrfaglige samarbeid

Aktørene nevnte at vilje, holdninger, kommunikasjon og opplevelser knyttet til samarbeid påvirker tverrfaglige samarbeid. Det ble hevdet at holdninger både kan fremme og hemme samarbeid, og at negativitet fort smitter over på andre. Alle aktørene vi var i kontakt med hadde positive holdninger til å samarbeide på tvers, og så på samarbeid som en ressurs og en hensiktsmessig måte å arbeide med folkehelse. Flere mente at tverrfaglige samarbeid medfører nye perspektiver og mindre dobbeltarbeid, men at man også kan adoptere andres bekymringer. Aktørene hadde erfart at det er enklere å dra nytte av hverandres erfaringer og kunnskap, noe som kan føre til et mer helhetlig folkehelsearbeid. Tverrfaglige samarbeid ble pekt på som fruktbare og lærerike fordi de ble sett på som arenaer hvor aktører kan diskutere

problem og løsninger. Flere nevnte at god kommunikasjon er avgjørende for et bra resultat. Det ble vektlagt at aktørers vilje til å samarbeide påvirker hvor godt samarbeid fungerer, og at det er viktig at aktørene ser nytte av tverrfaglige samarbeid. Tillit og trygghet derimot ble kun nevnt i bisetninger og ble ikke vektlagt som viktige forutsetninger for gode samarbeid.

Kunnskap og kjennskap til hverandre

Ulik kunnskap kan påvirke tverrfaglige samarbeid, og flere nevnte at et bredt kunnskapsgrunnlag fra aktører med ulik fagbakgrunn bidrar til gode samarbeid. Å kjenne hverandres styrker og svakheter, samt å være bevisst på viktigheten av å arbeide med folkehelse ble også sett på som fremmere for tverrfaglige samarbeid. Det ble antydnet at det er viktig med felles forståelse fordi det vil gjøre det enklere å sette mål aktørene kan arbeide mot. Felles forståelse ble som nevnt tidligere også sett på som viktig når det gjelder å løse folkehelseutfordringer. Alle aktørene i folkehelsegruppen påpekte at de kjenner hverandre godt og at det er en av årsakene til at samarbeidet fungerer bra. Videre poengterte et par i folkehelsegruppen at kjemi mellom aktører som samarbeider er viktig.

6 Diskusjon

6.1 Forståelse av folkehelse og folkehelsearbeid

Aktørene hadde flere like tanker om begrepene folkehelse og folkehelsearbeid. Vi har ingen data som sier noe om hvordan aktørene ble kjent med begrepene, men vi antar at det kan komme av at begrepene har blitt mer aktuelle de siste årene (Helsedirektoratet, 2010, s. 6), blant annet gjennom Folkehelseloven. Kommuner fikk med loven mer ansvar for folkehelsearbeidet, og den medførte at folkehelse i større grad ble forankret i alle sektorer (Folkehelseloven, 2011, § 1; Løset & Veenstra, 2015, s. 93). Dette kan ha bidratt til at aktørene de siste årene har blitt mer eksponerte for begrepene. Mange av de velkjente faktorene som folkehelsebegrepet omfavner, slik som forebygging, langsiktig arbeid, kartlegging og helsefremmende arbeid, ble nevnt, men det var likevel variasjon i forståelsen. De med idrettsbakgrunn (idrett- og frivillighetskonsulent i mellomstor kommune og idrettskonsulent i stor kommune) tenkte på befolkningens generelle aktivitetsnivå, mens folkehelsekoordinatorene trakk frem helsefremmende arbeid som fører til flere leveår med god helse og mer ansvar for egen helse. Siden helse er et vidt begrep som kan forstås på ulike måter (WHO, 2003), er det sannsynlig at aktørene knytter begrepene til sin fagbakgrunn og sine arbeidsoppgaver. Likevel ble livskvalitet, flere år med god helse, og livsløp trukket frem. Dette kan tyde på at flere av aktørene til en viss grad har felles forståelse og et salutogenetisk syn på helse, da de trekker frem faktorer som kan fremme helse fremfor å fokusere på sykdom og behandling (Antonovsky, 2000, s. 30-31).

Vi oppdaget at de fleste aktørene i den minste og mellomstore kommunen brukte benevnelsen tverrfaglig samarbeid, mens i stor kommune ble tverrsektorielt samarbeid anvendt. Årsaken til at mange benyttet begrepet tverrfaglig samarbeid kan komme av at det i enkelte kommuner arbeides mer på tvers av fag enn på tvers av sektorer. Dette kom tydelig frem da virksomhetslederen for rehabilitering i den mellomstore kommunen hovedsakelig trakk frem samarbeid innad i sektoren, men på tvers av fag slik som ergoterapi, fysioterapi og rehabilitering. For aktørene i stor kommune kan det ha vært mer naturlig å bruke begrepet tverrsektorielt samarbeid siden aktørene i folkehelsegruppen representerer ulike sektorer, og derav samarbeider på tvers av sektorer. Vi fikk inntrykk av at tverrfaglig samarbeid er et muntlig begrep som var mer naturlig for aktørene å bruke, mens tidligere studier i stor grad bruker tverrsektorielt samarbeid. Til tross for at aktørene brukte begrepene ulikt er det

rimelig å si at alle arbeider tverrfaglig da tverrfaglig samarbeid i noen tilfeller kan sies å omfavne både tverrsektorielt og tverrprofesjonelt samarbeid (Glavin & Erdal, 2013, s. 25).

6.2 Syn på kommunens folkehelseutfordringer og løsninger på disse

Utfordringene som ble trukket frem samsvarer til dels med de nasjonale utfordringene som viser at overvekt, psykiske plager og inaktivitet er store utfordringer i Norge (Meld. St. 34 (2012-2013), s. 23). Det er bemerkverdig at få nevnte sosiale helseforskjeller da dette er et stort folkehelseproblem, og ett av de nasjonale målene for folkehelsepolitikken er å redusere slike ulikheter (Meld. St. 19 (2014-2015), s.13-14). Sosiale helseforskjeller kan kategoriseres som “wicked problems” da de er sammensatte og komplekse (Rittel & Webber, 1973, s. 159), og det er grunn til å spørre om de fleste aktørene har unnlatt å svare sosiale helseforskjeller fordi de ikke vet hvordan utfordringen kan møtes. Helse påvirkes av faktorer på ulike nivåer (se figur 1), og årsakene til de sosiale helseforskjellene kan sies å strekke seg over flere nivå. Over de sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelsene vil andre påvirkningsfaktorer slik som føringer og ressurser fra regionalt og nasjonalt hold befinne seg. Noen utfordringer vil sannsynligvis kreve nasjonale grep som endring i maktforhold og prioriteringer fra politikere. Vi har inntrykk av at kommuner alltid vil være avhengige av prioriteringer og midler fra øvrige nivå, og at det i mange tilfeller vil være mangel på midler. Kommuner må likevel ta tak i utfordringene da de er pålagt å forvalte tjenester og tilrettelegge for at lokalbefolkningen har like muligheter til å oppleve god helse (Badersten & Gustavsson, 2012, s. 44; Helsedirektoratet, 2016). For å gjøre dette kan det være hensiktsmessig å bruke ressurser kommunene har, noe som synliggjør at tverrfaglig samarbeid kan være en gunstig arbeidsmetode.

Innad i kommunene var det stort sett lik forståelse av utfordringene, noe som kan tyde på at utfordringene som ble nevnt er kommunenes viktigste utfordringer. Felles forståelse er fordelaktig da det kan gjøre det enklere å samle ressurser i kommunen ved at flere ønsker å oppnå det samme (Glavin & Erdal, 2013, s. 44-45). I tillegg kan det bli mindre krevende å utarbeide mål og bli enige om innsatsområder. Vi tenker at det er gitt at utfordringene aktørene ser på som viktige er utfordringer de ønsker å løse. Dette forsterker viktigheten av felles forståelse av utfordringene da aktørene med tverrfaglige samarbeid enklere kan løse utfordringene de ser på som viktige. Til tross for at de fleste aktørene var enige om kommunenes utfordringer kom det frem ulike synspunkter. Ulikhetene gjenspeilte aktørenes

fagbakgrunn, noe som kan komme av at aktørene har mest kunnskap om hva som skjer innenfor egen sektor og at aktørenes arbeidsoppgaver gjenspeiler hva de ser på som utfordringer.

Svar på utfordringene

Det er rimelig å si at helse påvirkes av alt rundt, noe som krever samarbeid på tvers (Helsedirektoratet, 2010, s. 6-8). Tverrfaglige samarbeid ble oppfattet som hensiktsmessig for å løse folkehelseutfordringene. Enkelte ønsket tettere samarbeid med kommuneoverlege og folkehelsesteam, mens andre indirekte antydte at samarbeid er nødvendig da de blant annet nevnte at innbyggerne burde inkluderes i aktivitetstilbud som finnes i kommunen. At aktørene så viktigheten av å samarbeide for å løse utfordringer er i overensstemmelse med tidligere forskning som sier at tverrfaglige samarbeid er nødvendig og fordelaktig for å løse komplekse utfordringer (Provan & Kenis, 2008, s. 229). Flere aktører mente at strukturelle forhold som gang- og sykkelstier burde bedres, og at samarbeid på tvers av enheter og med frivilligheten burde prioriteres for å få innbyggerne aktive og hindre overvekt. Slike løsninger synliggjør at aktørene er opptatte av primær- og sekundærforebygging, som begge er viktige innsatsområder for å løse dagens helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2010, s. 21-22). For å redusere antall overvektige er det for eksempel viktig å forebygge at overvekt og inaktivitet forekommer, men også arbeide for at de inaktive blir aktive.

Forståelsen av folkehelse er nå bredere ved at man ser på hvilke bakenforliggende faktorer som påvirker helse (Løset & Veenstra, 2015, s. 94). Vi oppdaget at mange av løsningene aktørene nevnte ikke inkluderer bakenforliggende årsaker til utfordringene, noe som er uheldig da det er viktig å finne ut hva som er hovedårsaken til at problemet har oppstått. Som enkelte fremhevet kan løsninger for å få befolkningen mer aktiv være å tilrettelegge for gang- og sykkelstier og å utvikle lavterskeltilbud i kommunen. Samtidig tyder det på at utfordringene er komplekse da overvekt, inaktivitet og psykiske plager som regel er et resultat av flere faktorer. Det trenger ikke nødvendigvis være mangel på aktivitetstilbud som er årsaken til overvekt, det kan komme av dårlig økonomi, kosthold, etc. Ifølge Hofstad (2013, s. 18-19) er det utfordrende å definere årsaken til problem, og det er ofte usikkerhet knyttet til kausalitet da sammenhengene kan være mange og komplekse. Dette gir grunnlag for å si at dersom man skal løse utfordringer er det viktig å identifisere hva som forårsaker problemene. Ofte er problemene så sammensatte at tverrfaglighet og samhandling er

nødvendig fordi utfordringene befinner på seg på tvers av nivåer og arenaer (Rittel & Webber, 1973, s. 161).

Folkehelseloven pålegger kommuner å arbeide systematisk, noe som vil si å skaffe oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer (Riksrevisjonen, 2015, s. 75). Aktørene hadde en oppfatning om at en slik oversikt er viktig for å løse folkehelseutfordringene. For å skaffe oversikt og arbeide systematisk har alle kommunene som sagt utarbeidet handlingsplaner for folkehelse med fokusområder, og én kommune har dannet en folkehelsegruppe. I Riksrevisjonens undersøkelse (2015, s. 42) kom det frem at mange kommuner mangler oversikt over befolkningens helsetilstand og at store kommuner ofte har kommet lengre i oversiktsarbeidet enn små kommuner. Dette samsvarer ikke med våre funn. De undersøkte kommunene er kommet godt i gang med oversiktsarbeidet, noe som kan komme av at Folkehelseloven har medført større press på kommunene, at ressurspersoner har stått i bresjen for slikt arbeid eller at aktørene selv har tatt initiativ til å fremskaffe oversikt. Det kan være fordelaktig å ha en slik oversikt da den enklere kan synliggjøre hva som bør prioriteres og få frem viktigheten av å samarbeide da flere utfordringer ofte strekker seg på tvers av sektorene. Likevel bør det nevnes at kommuner muligens ikke har en slik oversikt som følge av mangel på ressurser eller ressurspersoner.

Å forankre folkehelsehensyn i planer og politiske organ er ifølge Helsedirektoratet (2011b, s. 18) viktig i det systematiske folkehelsearbeidet. Vi oppdaget av mange var klar over at å få utfordringene integrert i planer og å sette de på dagsorden kan bidra til å imøtekomme kommunenes utfordringer. Dette understøttes av Stortingsmelding nr. 16 *Resept for et sunnere Norge* (St. Meld. 16 (2002-2003), s. 77) som trekker frem viktigheten av å se folkehelseutfordringer i sammenheng med planer. Selv om mange er klar over fordelene med å integrere folkehelse i planer er det store variasjoner blant kommuner når det gjelder en slik forankring (Riksrevisjonen, 2015, s. 52-53). Planlegging kan, som enkelte poengterte, bidra til at folkehelsearbeid bedre forankres i alle sektorer. Dersom flere samarbeider om folkehelse er det større sannsynlighet for at det prioriteres i kommunale planer da man sammen stiller sterkere enn man gjør alene. Et annet positivt aspekt ved samarbeid er at det løfter folkehelsearbeidet og sikrer forankring i kommunale planprosesser (Amdam & Bergem, 2008, s. 8). Videre er det grunnlag for å si at planer kan påvirke bruk av tverrfaglige samarbeid fordi det er her aktører kan få innblikk i hva som skal gjøres og hvilken kompetanse som trengs. Sett i et folkehelseperspektiv mener vi at det er nødvendig å forankre

folkehelse og utfordringer i planer fordi det vil gjøre det enklere å implementere folkehelsearbeid i alle sektorer og å fremme samarbeid på tvers.

6.3 Tverrfaglighet i kommunenes folkehelsearbeid

Folkehelsearbeidets plassering i kommunen og tilfredshet med det

Våre funn viser at de undersøkte kommunene har plassert folkehelse under ulike sektorer, og ifølge Grimeland og Hasvoll (2012, s. 14) kan plassering påvirke hva det fokuseres på og i hvor stor grad folkehelse vektlegges. Aktørene hadde ulike tanker om hvor det er mest hensiktsmessig å plassere folkehelse. Mye tyder på at en strategisk plassering som for eksempel rett under rådmann kan være positivt med tanke på integrering av folkehelse i planarbeid og i kommuneorganisasjonen. Hvor stort fokus folkehelse får avhenger av hvor i kommunen folkehelse er plassert, og jo høyere plassering desto mer fokus vil det få (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 44; Helsedirektoratet, 2010, s. 84). Ved å plassere folkehelse nær den reelle beslutningsmyndighet i kommunen kan det være enklere å bli hørt i planprosesser og å få gjennomslag for folkehelsesaker. Aktører arbeider med bakgrunn i hva som står i kommunale planer, og det er rimelig å antyde at dersom folkehelse er integrert i planer vil aktører måtte arbeide tverrfaglig da folkehelse favner bredt.

Mange kommuner har plassert folkehelse under helsesektoren (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 75-76), men av de undersøkte kommunene er det kun stor kommune som har plassert folkehelse under denne sektoren. Det er fordeler og ulemper knyttet til plassering i alle sektorer, men sett i et folkehelseperspektiv kan det være gunstig å plassere folkehelse i en sektor hvor det ikke er så opplagt. Aktører i helsesektoren arbeider allerede folkehelserettet, selv om det kan antas at det ofte omhandler tertiærforebygging og reparering.

Folkehelsearbeid inkluderer både helsefremmende og forebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2010, s. 21-22), noe som belyser at for eksempel oppvekst-, utdanning- eller kultursektoren er hensiktsmessige plasseringer da de tenderer til å fokusere mer på primær- og sekundærforebygging enn tertiærforebygging.

Det var ulike meninger om mellomstor kommune sin plassering av folkehelse under kultur og oppvekst. Folkehelsekoordinatoren kunne tenke seg å plassere folkehelse under teknikk og samfunnsutvikling fordi han/hun mente at en slik plassering kan være gunstig da det kan bidra til at folkehelse forankres i kommunale planer. En slik plassering tyder på at flere

sektorer og aktører ser folkehelse i sammenheng med alt kommunen driver med, ikke bare det som skjer i helse- og omsorgssektoren. Virksomhetslederen for rehabilitering var klar på at folkehelse bør legges til en sektor hvor folkehelse ikke allerede er innarbeidet, men det kom ikke frem hvor vedkommende mente folkehelse burde plasseres. En plassering i en sektor hvor folkehelse ikke er så opplagt kan være fordelaktig fordi mange aktører ikke vet sin rolle i folkehelsearbeidet (Tilset, Gjørund & Heggem, 2015, s. 4-5). Våre funn skiller seg fra tidligere forskning ved at den viser at aktørene var bevisste på at de har en viktig rolle i det kommunale folkehelsearbeidet. Dette er et interessant funn da aktører som kanskje ikke ses på som sentrale i folkehelsearbeid, slik som NAV-rådgivere og overingeniører, anser seg som viktige. Vi har ingen data som sier noe om hva dette kommer av, men vi antar at de tverrfaglige samarbeidene aktørene deltar i har hatt påvirkning.

Aktørene i den minste kommunen var fornøyde med at folkehelse ligger under samfunnsutvikling fordi de mente at denne sektoren omfatter samfunnet generelt, slik at folkehelse ikke bare knyttes til for eksempel oppvekst eller helse. Plassering under samfunnsutvikling i forhold til under helse kan føre til bedre forankring av folkehelsearbeid da det medfører at det er planleggere som arbeider mest med folkehelse (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 44). Etter vår mening er det rimelig å anta at gjennom en slik plassering vil det være enklere å forankre folkehelse i kommunale planer og på den måten få flere aktører til å adoptere folkehelsetanken i sitt arbeid.

Plassering av folkehelsekoordinator

Plassering av folkehelse vil ofte påvirke hvor folkehelsekoordinatoren er plassert. Det kan være ønskelig at koordinatoren er i tett tilknytning til rådmannen fordi da kan han/hun ha større mulighet til å påvirke på tvers (Bergem et al., 2015, s. 8). En slik strategisk plassering kan også styrke sammenhengen mellom samfunnsutvikling og folkehelse (Helsedirektoratet, 2014, s. 105-107). Inntrykket vi sitter igjen med fra undersøkelsen er at folkehelsekoordinatorene i liten og mellomstor kommune har god dialog med rådmannen til tross for at folkehelse er plassert under kommunalområder og ikke rett under rådmannen. Vi har ingen funn som sier noe om at plassering av folkehelse påvirker plassering av folkehelsekoordinatoren. Likevel er det rimelig å anta at folkehelsekoordinatorene i de undersøkte kommunene er plassert under samme kommunalområder som folkehelse, og at de har oversikt på tvers av kommunalområdene. Funnene våre forsterker Helgesen og Hofstad (2012, s. 9-10) sine funn som viser at det er flere små enn store kommuner som har

folkehelsekoordinatorer. I stor kommune, som er den eneste av de undersøkte kommunene som ikke har folkehelsekoordinator, har kommuneoverlegen påtatt seg mange av oppgavene en folkehelsekoordinator som regel har. Utredninger viser at det er normalt da det i flere kommuner er andre profesjoner som har ansvaret for folkehelse (Helsedirektoratet, 2014, s. 105-107). Dersom en aktør utenfor helsesektoren får ansvaret for det kommunale folkehelsearbeidet kan folkehelse bedre forankres i vedkommendes sektor og på den måten føre til at folkehelsearbeidet forankres utenfor helsesektoren. Kommuner har blitt oppfordret til å ha en koordinatorfunksjon for å ivareta et tverrfaglig folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2011b, s. 25-26), noe aktørene i stor kommune ønsket. I undersøkelsen til Løset og Veenstra (2015, s. 19) kom det frem at det er spesielt viktig for store kommuner å ha folkehelsekoordinator, og aktørene i den største kommunen ønsket en som kan formidle tema som blir tatt opp på møtene og ivareta tverrfagligheten i kommunen. Vi fikk inntrykk av at det kan være utfordrende å integrere folkehelse i de ulike kommunalområdene da aktørene har andre arbeidsoppgaver som gjerne prioriteres høyere.

Organisering av folkehelsearbeidet

Våre funn tyder på at organisering påvirker hvordan kommunene arbeider med folkehelse, i hvilken grad tverrfaglig samarbeid brukes, og hva aktørene trekker frem som forutsetninger for gode tverrfaglige samarbeid. Aktørene i stor kommune som deltar i folkehelsegruppen nevnte forutsetninger som kommunikasjon og kjennskap til hverandre, og det var en oppfatning om at disse forutsetningene hadde stor betydning. I den lille og mellomstore kommunen varierer det hvem som samarbeider og aktørene kan dermed oppleve at ressurser og det å ta seg tid til å samarbeide er viktige forutsetninger for tverrfaglige samarbeid. Kommunikasjon, kjennskap til hverandre, og ressurser vil bli diskutert mer senere i oppgaven når de andre forutsetningene diskuteres.

Kommunene vi var i kontakt med organiserer folkehelsearbeid ulikt. Folkehelseloven la større press på kommunene når det gjelder å systematisere folkehelsearbeidet (Løset & Veenstra, 2015, s. 90), noe som kan ha bevisstgjort rådmannen og aktørene i den store kommunen om viktigheten av å opprette en folkehelsegruppe for å systematisere folkehelsearbeidet. De fleste utfordringer kan ikke løses av en aktør alene, og mange ser sannsynligvis nytte av å treffe andre for å få hjelp til å løse slike utfordringer. En folkehelsegruppe er en god måte å utvikle rutiner for å diskutere folkehelse og utfordringer i kommunen (Helsedirektoratet, 2013, s. 32), og kan medføre gjennomtenkte og effektive

tiltak. Det er vanskelig å si om det er mest hensiktsmessig med folkehelsegrupper eller om det holder med jevnlig kontakt mellom aktørene, men en ting som er dokumentert er at samarbeid bidrar til å effektivisere og skape et mer helhetlig folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2011b, s. 4+9). Alle aktørene i den største kommunen sa at de ikke ville vært foruten folkehelsegruppen, mens enkelte aktører i liten og mellomstor kommune så ikke hensikten med slike grupper. De mente at en fast gruppe er unødvendig fordi tverrfaglighet ikke innebærer at alle skal være med på alt. Selv om det er mange fordeler knyttet til at faste aktører møtes for å diskutere folkehelse kan det tenkes at det for noen kommuner kan være like effektivt å trekke inn relevante aktører i ulike saker.

Vi fikk inntrykk av at det var ulike meninger innad og på tvers av kommunene om hvordan kommuner mest effektivt kan arbeide med folkehelse. Ifølge Røiseland og Vabo (2012, s. 113) vil det være fordelaktig å evaluere samstyringens effektivitet fordi på den måten kan kommuner finne arbeidsmetoder som er best egnet for dem. Dette gir grunnlag for å si at dersom aktørene har funnet en god arbeidsmetode vil de enklere kunne oppnå gode resultater. Det kan tenkes at gode resultater i tverrfaglige samarbeid påvirkes av aktørenes innsats. Ifølge Røiseland og Vabo (2012, s. 116) er det hensiktsmessig å undersøke om resultatene stemmer overens med målsetningene og innsatsen som er lagt ned. På bakgrunn av en slik evaluering kan aktørene gjøre endringer slik at de oppnår ønskede mål, og finne ut om dette er en fordelaktig måte for dem å arbeide. Etter en slik evaluering kan de også med større sikkerhet anbefale andre aktører og kommuner å arbeide tverrfaglig slik de gjør dersom det viser seg å være en god måte.

Interkommunale samarbeid

Vi fant ut at de undersøkte kommunene i tillegg til samarbeid innad i kommunene også arbeider tverrfaglig med andre kommuner. Slike interkommunale samarbeid brukes når man skal løse utfordringer som strekker seg over kommunegrensene og kan bidra til kompetanseheving og sterkere politisk påvirkning (Leknes et al., 2013, s. 77). Det kan være ulike årsaker til at kommune har dannet slike samarbeid. Det kan antas at flere av utfordringene er sammensatte og strekker seg over kommunegrensene, noe som muligens krever innsats på tvers for å kunne løses. For små kommuner kan samarbeid med nabokommuner også være nødvendig da kommunene ofte ikke har mulighet til å gi lokalbefolkningen de tjenestene de har bruk for (ECON, 2006, s. 1). Når det er sagt kan det være utfordrende å vite hvordan slike samarbeid skal organisere (Leknes et al., 2013, s. 97)

da det kan medføre utfordringer knyttet til styring, møtetidspunkt, etc. Likevel tør vi påstå at det er flere fordeler enn ulemper med interkommunale samarbeid da tjenestekvaliteten forhåpentligvis bedres og det er ressursbesparende og dermed økonomisk gunstig.

6.3 Forutsetninger for at tverrfaglige samarbeid skal være hensiktsmessig

Aktørene nevnte flere forutsetninger som samsvarer med funn fra tidligere forskning, men fremhevet også enkelte faktorer som forskningen ikke har trukket frem (se tabell 1). Funnene våre skiller seg fra tidligere forskning ved at aktørene vi var i kontakt med fremhevet føringer, relevante aktører, ressurspersoner og holdninger som essensielle forutsetninger for gode tverrfaglige samarbeid. Kjemi er en annen faktor som ble nevnt under intervjuene og som tidligere forskning ikke har fokusert på. Denne faktoren ble kun nevnt av et fåtall og virker derfor ikke som noe aktørene ser på som sentralt for at samarbeid skal fungere på en bra måte. Slik tabell 1 illustrerer har tidligere forskning synliggjort andre forutsetninger og faktorer som ikke ble under intervjuene (markert i blått). Det kan være ulike årsaker til at aktørene ikke nevnte slike forutsetninger. Det kan blant annet komme av at aktørene ikke ser på dem som viktige forutsetninger, eller av at vi ikke spurte spesifikt om forutsetningene. Inntrykket vi sitter igjen med etter undersøkelsen er at aktørene ser på mange av de samme forutsetningene uavhengig av kommunestørrelse. Dette gir et godt grunnlag for å anta at forutsetningene som ble nevnt er faktorer aktører i hvilken som helst kommune kunne trukket frem.

6.3.1 Rammebetingelser

Føringer

Aktørene fremhevet at de arbeider ut fra regionale og nasjonale føringer og at dette til dels påvirker om aktørene inngår i tverrfaglige samarbeid. Føringer og retningslinjer kan bedre det kommunale folkehelsearbeidet ved å bidra til økt forståelse for hva folkehelsearbeid innebærer og synliggjøre bredden i folkehelsearbeidet. Ifølge Riksrevisjonens undersøkelse (2015, s. 10) ønsker mange kommuner flere føringer og retningslinjer knyttet til folkehelsearbeid, noe flere av aktørene vi var i kontakt med også etterspurte. Retningslinjer kan vise hvordan kommuner bør gå frem for å arbeide med folkehelse. Fylkeskommuner bør for eksempel oppfordre kommuner til å iverksette ulike folkehelserettede prosjekt, tiltak og kampanjer. Dette gjøres i mange fylkeskommuner ved at de blant annet oppfordrer kommunene til å arbeide for å skape helsefremmende skoler og barnehager, noe som

tydeliggjør behovet for tverrfaglige samarbeid. Føringer kan også tenkes å påvirke, og i enkelte tilfeller være en forutsetning for, om kommuner tar i bruk tverrfaglige samarbeid. Dersom det fra statlig eller regionalt nivå legges press på kommuner når det gjelder å opprette samarbeid kan sannsynligheten for at slike samarbeid oppstår øke. Vi synes det er interessant at forskningen vi har tatt utgangspunkt i ikke har fremhevet føringer som en forutsetning for tverrfaglige samarbeid da det tydelig kom frem som en viktig påvirkningsfaktor for om det samarbeides.

Alle aktørene trakk frem Folkehelseloven som en sentral påvirkningsfaktor for tverrfaglige samarbeid, og den kan virke som å ha vært en forutsetning for at kommunene vi var i kontakt med arbeider tverrfaglig. Aktørene mente at folkehelsearbeidet har fått større fokus etter at loven kom, noe som samsvarer med forskning (Løset & Veenstra, 2015, s. 90). I tillegg mente aktørene at loven har bidratt til å gjøre forankring av folkehelsearbeid enklere, noe som kan komme av at folkehelsebegrepet ble kjent og løftet frem med loven. Det at flere kommuner satset mer på folkehelsearbeid etter at loven trådte i kraft (Riksrevisjonen, 2015, s. 10) tyder på at normative virkemidler har betydning for om tiltak settes i verk. Dette kan videre påvirke hvordan kommuner arbeider med folkehelse. Det har vært fokus på tverrfaglig samarbeid knyttet til folkehelse siden Alma-Ata-erklæringen i 1978 (WHO, 1978), men det tyder på at det er først etter Folkehelseloven kom at tverrfaglige samarbeid i folkehelsearbeid har blitt vanlig (Helsedirektoratet, 2011a, s. 4). Slike funn kan tyde på at lover har større påvirkningskraft enn retningslinjer og andre føringer. Det er rimelig å si at selv om kommuner har hovedansvaret for folkehelsearbeid er det helt avgjørende at øvrige instanser bidrar gjennom støtte og utarbeidelse av føringer.

Til tross for at det har blitt større oppmerksomhet rundt folkehelsearbeid etter at Folkehelseloven trådte i kraft viser det seg at loven har hatt begrenset påvirkning på om kommuner velger å opprette tverrfaglige samarbeid i folkehelsearbeidet (Løset & Veenstra, 2015, s. 9). Dette skiller seg ut fra hva som ble sagt under intervjuene hvor samtlige mente at Folkehelseloven har påvirket bruk av tverrfaglige samarbeid i positiv retning. Det er vanskelig å si hvor stor påvirkning Folkehelseloven har hatt, og det er ikke kjent om kommuner benyttet tverrfaglige samarbeid før loven ble iverksatt. Ut i fra hva aktørene fortalte konkluderer vi med at loven har hatt positiv betydning.

6.3.2 Organisatoriske faktorer

Ledelsens prioriteringer

Studien bekrefter at en ledelse som ser nytte av å fokusere på folkehelsearbeid og som prioriterer tverrfaglige samarbeid er viktige forutsetninger. Ifølge Glavin og Erdal (2013, s. 36-37) er det avgjørende at ledelsen iverksetter tiltak for å skape tverrfaglige samarbeid. Funn fra undersøkelsen tilsier at ledelsen påvirker hva aktørene arbeider med. Det vil være positivt dersom ledelsen ser på tverrfaglige samarbeid som en hensiktsmessig arbeidsmetode da det har vist seg å være nødvendig og fordelaktig (Provan & Kenis, 2008, s. 229). Det kan være utfordrende for aktører å prioritere og delta i samarbeid dersom ledelsen ikke ser på det som en investering (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 18). Som virksomhetslederen for rehabilitering i den mellomstore kommunen påpekte er det viktig at ledelsen gir aktører tillatelse til å prioritere folkehelse i arbeidet sitt, og gir beskjed om at aktører da kan prioritere bort noe annet. Et dilemma kan være å finne ut hva som eventuelt skal velges bort da alle arbeidsoppgavene kan føles viktige. Et eksempel på dette er NAV-rådgiveren i stor kommune som deltar i folkehelsegruppen fordi det gir ham/henne mye. Vedkommende får kjennskap til tilbud som finnes i kommunen og hva han/hun kan anbefale til brukerne sine. På den måten kan vedkommende føle at å prioritere folkehelsegruppen er en god investering. Likevel vil deltakelse i folkehelsegruppen komme i tillegg til de primære arbeidsoppgavene og kan føre til at vedkommende har mindre tid til brukerne sine.

Hva og hvordan ledelsen prioriterer har som aktørene poengterte stor betydning for samarbeid da ledelsen kan påvirke hvor stort fokus ulike tema skal ha og om folkehelsemøter er noe som skal prioriteres. Folkehelsemøter kan fort nedprioriteres da aktører ofte har lite kapasitet til å delta på mer enn de allerede gjør eller fordi kommunen mangler økonomiske midler til å prioritere folkehelsearbeid. I Riksrevisjonens undersøkelse (2015, s. 73-74) kom det frem at flere kommuner synes økonomi er en utfordring når det gjelder kommunalt folkehelsearbeid, og at mange mener økonomiske tilskudd bedrer muligheten til å arbeide med folkehelse. Etter vår mening avgjør ofte ledelsen hva økonomiske midler skal brukes til og om det skal satses på tverrfaglige samarbeid. Til tross for at flere kommuner opplever manglende økonomiske midler til å danne tverrfaglige samarbeid bruker kommuner nå mer ressurser på å oppfordre til deltakelse i arbeidsgrupper for folkehelse enn tidligere (Løset & Veenstra, 2015, s. 67).

Forankring i planer

Inkludering av folkehelse i planer er ifølge Helgesen og Hofstad (2012, s. 12) et viktig virkemiddel når det gjelder å fremme folkehelsearbeid i kommuner. Vi oppdaget at mange av aktørene ønsket å få folkehelse forankret i planer, noe Glavin og Erdal (2013, s. 44) fremhever som et suksesskriterium for tverrfaglige samarbeid. Det fremkom at å forankre folkehelse i planer kan bidra til at ting settes i system og at flere involveres. Mange kommuner inkluderer folkehelse i planarbeid (Helgesen et al., 2014, s. 11), noe som øker sannsynligheten for at aktører forplikter seg til folkehelsearbeid da det er i planer aktørene får innsikt i hva som skal arbeides med. Folkehelsekoordinatoren i liten kommune var ikke fornøyd med forankringen av folkehelse i kommuneplanens samfunnsdel, men vi fikk inntrykk av at alle kommunene til en viss grad har forankret folkehelsearbeid i planer da det kom frem at alle har utarbeidet handlingsplaner for folkehelse. Dersom folkehelse integreres i planer er det stor sannsynlighet for at det enklere ses i sammenheng med tiltak. Det er gjennom tiltak at kommuner imøtekommer utfordringer, og det er rimelig å hevde at det med dette krever et bredt kunnskapsgrunnlag fra flere.

Ressurser

Våre resultater indikerer at ressurser som blant annet tid til å samarbeide, er en forutsetning som bør være til stede for et velfungerende samarbeid. Ifølge Lauvås og Lauvås (2004, s. 18) kan det være utfordrende å ta seg tid til å samarbeide om oppgaver aktører føler ligger utenfor eget fagfelt da det kan medføre ekstraarbeid. Likevel trenger ikke tverrfaglige samarbeid resultere i mer arbeid, det kan heller føre til mer folkehelse i de oppgavene aktørene allerede utfører. Aktørene vi var i kontakt med hadde erfart at samarbeid kan være tidkrevende og de følte at samarbeid noen ganger kolliderer med andre gjøremål. Kommuneoverlegen i stor kommune var positiv til det tverrfaglige samarbeidet i folkehelsegruppen og mente at til tross for mange arbeidsoppgaver er det hans/hennes plikt å fokusere på folkehelse. Vedkommende kan gjennom folkehelsegruppen fordele arbeidsoppgaver han/hun ellers ville sattet med alene. Å ha en slik gruppe kan derfor være ressursbesparende for kommuneoverlegen da han/hun kan delegere arbeidsoppgaver, noe som kan medføre færre oppgaver med forhåpentligvis høyere kvalitet.

Selv om aktørene mente at tverrfaglige samarbeid er hensiktsmessig og en ressurs i det kommunale folkehelsearbeidet, kom det frem at det kan være ressurs- og arbeidskrevende. Det kan være utfordrende å prioritere tverrfaglige samarbeid dersom aktørene har mange oppgaver de må utføre og mangler ressurser (Glavin & Erdal, 2013, s. 43). Det var en oppfatning om at arbeidsbelastningen fort kan bli stor, og at det derfor er nødvendig å definere hvor det er behov for samarbeid. Inntrykket vi sitter igjen med er at alle aktørene ønsker å utnytte ressursene best mulig, men dersom det er knapphet på ressurser kan det som samfunnsutvikleren nevnte være utfordrende å vite hva som er god ressursutnyttelse. Videre ble det trukket frem at knappe ressurser kan svekke forståelsen av folkehelsearbeid da man ikke ser effekten av tiltak med en gang. Det kan derfor være nødvendig å informere om at effekt av folkehelse tiltak som regel ikke ses før etter en stund. Selv om dette er tilfelle kan det i et langsiktig perspektiv være ressursbesparende.

Vi fikk inntrykk av at økonomi er en forutsetning for tverrfaglige samarbeid, og at manglende ressurser og økonomiske midler kan gjøre samarbeid utfordrende. Videre ble det nevnt at kommunene kan søke om tilskudd som kan brukes til å frikjøpe ressurser. Et stadig økende press fra politikere om å imøtekomme folkehelseutfordringer og utarbeide gode tiltak har ifølge noen av aktørene ført til at flere føler behov for tilskudd. Samarbeid om helsefremmende og forebyggende arbeid kan være lønnsomt i et langsiktig perspektiv til tross for at økonomi, tid og personalressurser ofte kan tenkes å være mangelvare i kommuner. For å løse utfordringer trengs ofte ulike kunnskap og tverrfaglige samarbeid øker sannsynligheten for at en eller flere av aktørene har den kunnskapen som trengs. I samarbeid vil ofte aktører stille med ulike ressurser, noe som kan føre til at man oppnår mer enn man ville gjort alene (Røiseland & Vabo, 2012, s. 22-23). Det vil ikke alltid være slik at alle føler de får utbytte av samarbeidet, men det er viktig at aktørene da er klar over at de kan ha vært til nytte for andre.

Funnene våre tilsier at aktører og kommuner ønsker å arbeide kostnadseffektivt. Ifølge Provan og Kenis (2008, s. 229) vil samarbeid føre til mer effektiv bruk av ressurser og på den måten være kostnadsbesparende. God ressursutnyttelse er kostnadseffektivt og kan oppnås ved bruk av tverrfaglighet, samarbeid med frivilligheten, og ved å bruke tiltak som finnes i kommunen. Dette kan være hensiktsmessige måter å arbeide med folkehelse da kommunen ikke trenger bruke midler på utarbeide liknende tilbud. Likevel er det viktig å være klar over at samarbeid ikke alltid er kostnadseffektive da innsatsen som legges ned ikke alltid samsvarer med det endelige produktet. Samfunnsutvikleren i den lille kommunen poengterte

at dersom det skal være lønnsomt å samarbeide må produktet være bedre enn det i utgangspunktet var. For å undersøke om dette er tilfellet bør samarbeidsprosessen og måloppnåelsen evalueres slik at man kan si noe om innsatsen som ble lagt ned gjenspeiler resultatet (Røiseland & Vabo, 2012, s. 116).

Til tross for utfordringer knyttet til ressursbruk så alle aktørene det å samarbeide tverrfaglig med folkehelse tema som en ressurs og anbefalte andre kommuner å bruke en slik tilnærming. Dette fremkom blant annet med følgende utsagn: “*Samarbeid på tvers gir nok mer enn det tar*”. Likevel bør det fremheves at det kan være viktig med stram kontroll på ressursbruken da det fort kan bli mye arbeid i forhold til hva aktørene har kapasitet til å utføre. Inntrykket vi sitter igjen med er at aktørene trekker frem at ressurser er den forutsetningen som i størst grad påvirker tverrfaglige samarbeid, både dersom det er tilstrekkelig med ressurser eller mangel på ressurser.

Relevante aktører

At relevante aktører deltar i samarbeid ble trukket frem som en forutsetning for at tverrfaglige samarbeid skal være hensiktsmessige. Hvilke aktører som er relevante kan variere, men ifølge Riksrevisjonens undersøkelse (2015, s. 52-53) er det folkehelsekoordinatorer, kommuneoverleger og representanter fra idrett og kultur som oftest arbeider med kommunalt folkehelsearbeid. Dette samsvarer med vår studie som viser at slike aktører også arbeider med folkehelse i de undersøkte kommunene. Det var en oppfatning om at aktørene er sentrale fordi de representerer flere sektorer og på den måten enklere kan nå ut til lokalbefolkningen. Ut i fra informasjonen vi fikk er det rimelig å anta at hvilke aktører, og hvor mange, som er relevante avhenger fra prosjekt til prosjekt. Det kan derfor diskuteres om det er mest hensiktsmessig med en folkehelsegruppe som møtes fast eller at relevante aktører trekkes med på bakgrunn av det som skal tas opp. Vi fant i undersøkelsen ut at aktørene så ut til å være fornøyde med hvordan de tverrfaglige samarbeidene organiseres. Fordelen med faste aktører kan være at det er større sannsynlighet for at de har god kommunikasjon, kjemi og tillit til hverandre. Slike faktorer kan medføre at aktørene tør å komme med egne meninger og stole på hverandre. Antall aktører kan også påvirke om aktørene føler trygghet (Glavin & Erdal, 2013, s. 44). Dersom det ikke er for mange som deltar kan muligheten for at alle får utbytte av samarbeidet øke da det kan være enklere å ta ordet når det er færre å forholde seg til.

Ved at relevante aktører inviteres inn i ulike prosjekt kan kunnskapsgrunnlaget rettes mer mot aktuelle tema, og det kan være tidsbesparende da aktørene kun trenger å møte når de er relevante for det som skal tas opp. Flere poengterte at antall aktører som samarbeider ikke må bli for stort da man fort mister fokus og fordi det er utfordrende å forholde seg til mange. Vi fikk inntrykk av at det er viktig at størrelsen på samarbeid ikke blir for store og at det er balanse mellom relevante aktører og størrelsen. Aktører ønsker å få noe ut av samarbeid (Vangen og Huxham, 2009, s. 69-73), men dersom det blir for mange aktører og alle interessene skal ivaretas kan det fort bli mye snakk og lite handling.

Det er ikke bare antall aktører som bør avklares, det må også tas hensyn til hvilke sektorer det er relevant at deltar. En slik operasjonaliseringsprosess kan være nødvendig for å oppnå mål da man på forhånd fordeler ansvar, etablerer mål og utarbeider en plan for hvordan målene skal nås (Tilset, Gjørund & Heggem, 2015, s. 2-3). Folkehelsegruppen i stor kommune består som sagt av representanter fra alle kommunalområdene, og de fleste aktørene i liten og mellomstor kommune ga uttrykk for at de relevante sektorene i deres kommuner trekkes med avhengig av prosjekt i de tverrfaglige samarbeidene de har. Dette indikerer at dersom samarbeid skal fungere optimalt må det på forhånd avklares hvilke utfordringer som skal løses og hvem som er relevante. Virksomhetslederen for rehabilitering i mellomstor kommune påpekte at det er viktig å integrere folkehelse i alle sektorer, noe som er i overensstemmelse med tidligere forskning (Løset & Veenstra, 2015, s. 95). Dersom folkehelsearbeid forankres i alle sektorer kan flere få forståelse av at helse påvirkes av faktorer i alle sektorer og at deres kompetanse kan være avgjørende. Det kan være hensiktsmessig at aktører fra alle sektorer er med på møter hvor folkehelse diskuteres da det kan gjøre det enklere å se paralleller mellom folkehelse og egne og andres arbeidsoppgaver. I tillegg kan det føre til at alle perspektiver i folkehelsearbeidet blir ivaretatt. Mange tenker at folkehelsearbeid handler om å iverksette tiltak som direkte er knyttet til helse, og at slike utfordringer tas hånd om av helsesektoren (Tilset, Gjørund & Heggem, 2015, s. 4-5). Dette tyder på at det er viktig å synliggjøre sektors og aktørers betydning i folkehelsearbeidet.

Tydlig målsetting

Våre resultat er i tråd med funnene til Vangen og Huxam (2009, s. 69-73) som beskriver at det er viktig å sette tydelige og klare mål når man skal samarbeide. Formålet er å legge føringer for videre arbeid. Klare mål kan medføre positive effekter som økt tillit og trygghet,

mer engasjement og bedre løsning av konflikter (Assmann, 2008, s. 82). Mål synliggjøres ofte i planer, og det ble under intervjuene poengtert at planer blir best dersom det er satt tydelige mål som politikerne identifiserer seg med. Dersom politikerne er enige i målsettingen kan det være større sannsynlighet for at de ønsker å prioritere og tilrettelegge slik at målene enklere kan nås. Aarsæther et al. (2012, s. 15) sin definisjon på planlegging fremhever at mål og planlegging henger sammen. Her beskrives planlegging som en aktivitet hvor aktører utformer fremtidsrettede mål og bruker ulike metoder for å nå målene. Planlegging kan ses på som et verktøy for at aktører kan oppnå egne mål og mål som skal løses i samarbeid. Informasjonen vi fikk fra aktørene kan tyde på at det er fordelaktig om aktørenes egne mål og mål som settes i fellesskap samsvarer, noe også Glavin og Erdal (2013, s. 44) trekker frem som et suksesskriterium for tverrfaglige samarbeid.

6.3.3 Mellommenneskelige faktorer

Opplevelser knyttet til tverrfaglige samarbeid

Gode opplevelser og positive holdninger knyttet til samarbeid er forutsetninger som bør være til stede for at aktører ønsker å samarbeide (Glavin & Erdal, 2013, s. 45). Samtlige aktører trakk frem flere gode opplevelser og nevnte at samarbeid medfører bedre og mer helhetlige løsninger og hindrer dobbeltarbeid. Negative opplevelser kan føre til at aktører ikke ønsker å gå inn i liknende samarbeid, og negative holdninger kan “smitte over” på andre og gjøre tverrfaglighet utfordrende. I noen tilfeller kan aktører til tross for dårlige opplevelser pålegges å samarbeide, noe som kan hemme samarbeid (Glavin & Erdal, 2013, s. 43). Likevel er det ikke sikkert at negative holdninger vil påvirke resultatet da deltakelse i samarbeid kun er en av mange arbeidsoppgaver aktører må utføre. Selv om en aktør har negativ innstilling til å samarbeide trenger ikke resultatet påvirkes da samarbeidet kan være en del av arbeidsoppgavene vedkommende må utføre for å imøtekomme de arbeidskravene som er satt.

Alle aktørene vektla at det er nyttig og ønskelig å samarbeide. Ifølge Glavin og Erdal (2013, s. 42-43) er det nødvendig at aktører ser behov for samarbeid og føler at det er nyttig. Det er gunstig at aktørene har positive opplevelser knyttet til samarbeid, og det er rimelig å tenke at det som ikke ses på som nyttig for eget arbeid vil velges bort dersom aktørene har mulighet til det. Videre har vi en oppfatning om at samarbeid ikke fungerer optimalt uten vilje til å samarbeide. Flere aktører hadde erfart at samarbeid ofte medfører idé- og erfaringsutveksling, noe som kan oppleves som fordelaktig da det kan ha positiv påvirkning

på viljen til å samarbeide. For å utveksle tanker og erfaringer kan god kommunikasjon være avgjørende. Kommunikasjon ble av flere aktører sett på som en sentral faktor for å oppnå ønskede resultater, noe som samsvarer med funn fra Martín-Rodríguez et al. (2005). Flere hadde erfart at kommunikasjon er avgjørende for at samarbeid får et positivt utfall. Vi fikk ikke inntrykk av at det var utfordringer knyttet til kommunikasjon mellom aktørene vi var i kontakt med, noe som er positivt da dette er utfordringer man ofte kan møte i tverrfaglige samarbeid (Assmann, 2008, s. 72).

Vi erfarte at aktørene ikke opplever tillit og trygghet som sentralt i tverrfaglige samarbeid, da slike faktorer kun ble nevnt i bisetninger. Tillit ble nevnt i forbindelse med at det kan svekke samhold, noe aktørene følte kan medføre at samarbeid ikke fungerer på en tilfredsstillende måte. Uten tillit og fellesskapsfølelse kan samarbeid være utfordrende (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 208-210) fordi aktører ofte kan holde igjen tanker og meninger hvis de ikke stoler på hverandre. Det er oppsiktsvekkende at ikke flere aktører nevnte tillit som en forutsetning da flere forskere, blant annet Glavin og Erdal (2013, s. 38-39), Martín-Rodríguez et al. (2005) og Assmann (2008, s. 82), viser at tillit er en sentral forutsetning for gode tverrfaglige samarbeid. Med bakgrunn i dette funnet er det grunn til å spørre om aktørene ikke er klar over at tillit er nødvendig, eller om de rett og slett ikke føler at det har så stor betydning. Trygghet ble nevnt av et par aktører i folkehelsegruppen da de påpekte at det er positivt at aktørene kjenner hverandre og er trygge på hverandre. Det var overraskende at ikke flere trakk frem trygghet da det ifølge Glavin og Erdal (2013, s. 45) er et viktig suksesskriterium.

Kunnskap og kjennskap til hverandre

Under intervjuene kom det frem at forutsetninger for å lykkes i tverrfaglige samarbeid er at aktører har ønske om å samarbeide og har kunnskap om det som skal samarbeides om. Kunnskap er sentralt og avgjørende for å oppnå gode resultater, men aktører har sjeldent alene god nok oversikt og kunnskap om utfordringer og løsninger (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 31). Dette belyser viktigheten av samarbeid. For eksempel vil en idrettskonsulent og en samfunnsutvikler ha ulik kunnskap og derfor ulike forutsetninger for å påvirke kommunens folkehelsearbeid. For å tilrettelegge for fysisk aktivitet i kommunen kan en idrettskonsulent opprette idretts- og aktivitetstilbud i nærområdet, mens samfunnsutvikleren kan arbeide for å verne om grøntområder slik at befolkningen har flere muligheter til å være i aktivitet.

Flere aktører innad og på tvers av kommunene beskrev kjennskap til hverandre som fordelaktig i samarbeid, og et par aktører i folkehelsegruppen trakk sammen med kjennskap til hverandre frem kjemi som nødvendig. Ifølge Glavin og Erdal (2013, s. 47) er kjennskap til hverandre fordelaktig i samarbeid, og aktørene i folkehelsegruppen så på kjennskap som en av årsakene til at samarbeidet fungerer bra. I og med at enkelte av aktørene i den store kommunen var de eneste som trakk frem kjemi som en forutsetning er det grunnlag for å anta at kjemi og kjennskap henger sammen. Aktørene i folkehelsegruppen nevnte at de kjenner hverandre godt og at det er god kjemi i gruppen, noe som kan tenkes å ha bidratt til at folkehelsegruppen oppleves som en bra måte å arbeide med kommunalt folkehelsearbeid. Til forskjell fra oss har ikke teorien vi har brukt fokusert på kjemi som en viktig forutsetning for tverrfaglige samarbeid, men vi synes likevel det er bemerkelsesverdig at det var få som nevnte det. Vi mener god kjemi er vesentlig når det er snakk om kommunikasjon, noe enkelte av aktørene vektla som viktig. Likevel har studien fremhevet at kjemi for noen er en faktor som kan fremme gode samarbeid, noe ikke tidligere forskning har funnet.

Noen av aktørene vi var i kontakt med mente at ulik fagbakgrunn skaper mer bredde i arbeidet og er viktig i samarbeid. Dette samsvarer med Glavin og Erdal (2013, s. 39) som belyser viktigheten av å anerkjenne ulikheter hos aktører. De mener ulikheter styrker samarbeid og gjør samarbeidene fruktbare. Likevel kan ulik fagbakgrunn medføre utfordringer da aktørene kan ha ulike ønsker. Aktører med ulik bakgrunn har ofte ulike meninger som kan føre til konflikter, men også faglige og lærerike diskusjoner. Ulikhetene kan fremme samarbeid ved at aktørene finner nytte i hverandre og hverandres kompetanse. Det virket som at det å kjenne hverandres styrker og svakheter fører til at relevant kompetanse utnyttes og bidrar til et mer helhetlig folkehelsearbeid.

7 Konklusjon

Alle de undersøkte kommunene arbeider tverrfaglig med folkehelsearbeid, men kommunene organiserer tverrfaglige samarbeid ulikt. Gjennom folkehelsegruppen har den store kommunen bidratt til at aktører fra hvert kommunalområde møtes fast for å diskutere folkehelse tema. I liten og mellomstor kommune arbeides det tverrfaglig ved at aktuelle aktører inviteres inn avhengig av saker som skal arbeides med. Kommunene uten folkehelsegruppe antydet at de ikke ønsket en gruppe med faste aktører da de ikke så det som nødvendig for å ivareta tverrfagligheten. De mente at kommunene er tverrfaglige fordi aktørene på grunn av kommunestørrelse ikke kan arbeide med kun en ting, og at de har kultur for å be hverandre om råd. Det er rimelig å konkludere med at kommuner uavhengig av størrelse vil profitere på å arbeide tverrfaglig, men at kommunene selv må finne ut hvilken måte som er mest hensiktsmessig for dem.

Aktørene trakk frem en rekke forutsetninger som bør være til stede for at tverrfaglige samarbeid skal være en hensiktsmessig måte å arbeide med kommunalt folkehelsearbeid, se tabell 1. Enkelte av forutsetningene støtter tidligere forskning, men undersøkelsen vår har også bidratt til å synliggjøre faktorer som forskningen vi har tatt utgangspunkt i ikke har belyst. Både tidligere forskning og vår studie finner det viktig med ledelsens prioriteringer, forankring i planer, ressurser, tydelig målsetting, nytteopplevelse, vilje, kunnskap, tillit, kjennskap til hverandre, kommunikasjon, trygghet, felles forståelse og ulike fagbakgrunn (Glavin & Erdal, 2013, s. 35-38; Martín-Rodríguez et al, 2005; Assmann, 2008, s. 82). Den tidligere forskningen vi har tatt utgangspunkt i har til forskjell fra vår oppgave ikke funnet at føringer, relevante aktører, ressurspersoner, holdninger og kjemi bør være til stede for gode tverrfaglige samarbeid. Til tross for at våre funn i stor grad samsvarer med tidligere forskning synes vi det var overraskende at aktørene vi var i kontakt med ikke trakk frem tillit og trygghet som betydningsfulle forutsetninger for samarbeid.

Vår studie viser at aktørene mente at ressurser, i form av tid og økonomi, og føringer fra nasjonalt og regionalt hold er de mest sentrale forutsetninger. De fleste nevnte at samarbeid kan medføre ekstraarbeid og være ressurskrevende, men at samarbeid kan fremmes dersom aktørene føler de har tid til å samarbeide og ledelsen gir tillatelse til det. Føringer fra nasjonalt og regionalt nivå kan oppfordre kommuner til å bruke tverrfaglige samarbeid som arbeidsmetode i kommunalt folkehelsearbeid, og gi retningslinjer for hvordan samarbeid bør

organiseres. I motsetning til våre funn viser Martín-Rodríguez et al. (2005) at mellommenneskelige faktorer er de mest essensielle for vellykkede samarbeid

Studien viser at det er behov for økt bevisstgjøring og mer kunnskap om tverrfaglige samarbeid slik at vi med større sikkerhet kan si noe om kommuner bør tilrettelegge for flere tverrfaglige samarbeid, hvordan utfordringer best kan løses, og ikke minst hvilke forutsetninger som bør være til stede for gode tverrfaglige samarbeid. Det er grunn til å tro at tverrfaglige samarbeid er en god arbeidsmetode da samtlige aktører var fornøyde med en slik måte å arbeide med kommunalt folkehelsearbeid. Dette understøttes av Helgesen og Hofstad (2012, s. 12) som fremhever at tverrfaglighet er et viktig virkemiddel for å fremme folkehelsearbeid i kommunen. Rittel og Webber (1973, s. 159) er også positive til tverrfaglig samarbeid og mener at det er nødvendig i folkehelsearbeidet da utfordringene ofte er sammensatte og komplekse og ikke har en objektiv løsning. Denne studien har forhåpentligvis bidratt til vise måter kommuner kan arbeide tverrfaglig med kommunalt folkehelsearbeid, og synliggjort hvilke forutsetninger som bør være til stede for at tverrfaglige samarbeid skal være hensiktsmessige.

Vi håper oppgaven kan bidra til å synliggjøre hvilke forutsetninger som bør være til stede for å få til gode tverrfaglige samarbeid. Formålet var å frembringe kunnskap om hvilke faktorer som kan oppleves å fremme og/eller hemme samarbeid, og belyse andre om at slike faktorer kan være viktige å være klar over før man eventuelt går inn i samarbeid. Avslutningsvis vil vi sitere en av aktørene, som en oppfordring til andre kommuner og aktører om å ta i bruk tverrfaglige samarbeid i kommunalt folkehelsearbeid. Aktøren poengterte at selv om deltakelse i folkehelsegruppen medfører ekstraarbeid er dette noe han/hun ser på som en ressurs både i det kommunale arbeidet med folkehelse og ellers i hverdagen: *“Jeg er jo ikke unntatt fra noen av de andre arbeidsoppgavene mine, så dette er jo noe ekstra. Likevel ville jeg ikke vært foruten en sånn gruppe for jeg får så mye igjen”*.

Litteraturliste

- Aadland, E. (2011). *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T., & Kristiansen, R. (2012). Utfordringer for norsk planlegging. I N. Aarsæther, E. Falleth, T. Nyseth, & R. Kristiansen (Red.), *Utfordringer for norsk planlegging: Kunnskap. Bærekraft. Demokrati* (s. 15-24). Oslo: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Amdam, R. (2012). Fokus på prosess: Kommunikativ og samarbeidende planlegging. I N. Aarsæther, E. Falleth, T. Nyseth, & R. Kristiansen (Red.), *Utfordringer for norsk planlegging: Kunnskap. Bærekraft. Demokrati* (s. 273-290). Oslo: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Amdam, R., & Bergem, R. (2008). *Kriterium for evaluering av partnerskap og planlegging i kommunalt folkehelsearbeid* (Arbeidsrapport 222). Hentet fra <http://www.moreforsk.no/publikasjoner/rapporter/samfunn/kriterium-for-evaluering-av-partnerskap-og-planlegging-i-kommunalt-folkehelsearbeid/1075/148/>
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Askvik, K. (2015, 12. juni). Folkehelse må forankres i ledelsen. *Dagens medisin*. Hentet fra <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/06/12/-folkehelse-ma-forankres-i-ledelsen/?acceptCookies=true>
- Assmann, R. (2008). Team og teamarbeid. I R. Assmann (Red.), *Teamorganisering: Veien til mer fleksible organisasjoner* (s. 35-58). Bergen: Fagbokforlaget.
- Badersten, B., & Gustavsson, J. (2012). *Introduksjon til statsvitenskap: Om undring over politikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Bergem, R., Bachmann, K., Halvorsen, L. J., Skrove, G. K., & Ytterdal, E. R. (2015). *Kommunereformen og lokalt folkehelsearbeid* (Rapport nr. 71/2015). Volda: Møreforskning AS.
- Christiansen, C., & Townsend, E. (2014). Glossary. I C. Christiansen, & E. Townsend (Red.), *Introduction to Occupation: The Art of Science and Living* (s. 363-369). Edinburgh: Pearson Education Limited.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). *European strategies for tackling social inequalities in health: Levelling up Part 2* (WHOLIS E89384). Hentet fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf
- Den nordiske folkehelsekonferansen. (2014). *Trondheimserklæringen: Rettferdig fordeling av helse og trivsel - et politisk valg!* Hentet fra <http://www.nordiskfolkehelsekonferanse.no/assets/trondheim/nordisk-folkehelse-a4-norsk-lowres.pdf>
- Drugg, E. S. (2013, 31. mai). -Telemark har satset riktig og tidlig. Hentet fra <http://www.telemark.no/Aktuelt/2013/Telemark-har-satset-riktig-og-tidlig>
- ECON. (2006). *Interkommunalt samarbeid i Norge- omfang og politisk styring* (ECON-rapport nr. 2006- 057). Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/vedlegg/komm/interkommunalt-samarbeid/econ-2006_057-interkommunalt-samarbeid-i-norge.pdf
- Folkehelseloven. (2011, 24. juni). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Glavin, K., & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis - til beste for barn og unge i Kommune- Norge* (3 utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Grimeland, J., & Hasvoll, K. (2012). *Folkehelse på tvers*. Hentet fra http://www.umb.no/statisk/helse/2012_folkehelsepaatversrapport.pdf

- Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag: En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Helgesen, M. K., & Hofstad, H. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid: Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse* (NIBR- rapport 2012:13). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- 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.
- Helsedirektoratet. (2010). *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle* (Rapport IS-1846). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/651/Utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet-veien-til-god-helse-for-alle-engelsk-IS-1846-bokmal.pdf>
- Helsedirektoratet. (2011a). *Samhandlingsreformen og ny folkehelseslov: Behov for "samfunnskompetanse" i kurs- og utdanningstilbud. Drøftings og prosessnotat* (Rapport IS-1931). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/312/Samhandlingsreferansen-og-ny-folkehelseslov-behov-for-samfunnskompetanse-i-kurs-og-utdanningstilbudet-IS-1931.pdf>
- Helsedirektoratet. (2011b). *Partnerskap som arbeidsform i regionalt folkehelsearbeid - med oversikt over fylkeskommuners organisering av folkehelsearbeidet* (Rapport IS-1935). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/305/Partnerskap-som-arbeidsform-i-regionalt-folkehelsearbeid-IS-1935.pdf>
- Helsedirektoratet. (2011c). *Folkehelse og kommuneplanlegging: moment- og tipsliste* (IS-0333). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/45/Folkehelse-og-kommuneplanlegging-moment-og-tipsliste-IS-0333.pdf>

- Helsedirektoratet. (2013). *God oversikt - en forutsetning for god folkehelse: En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer* (Veileder IS-2110). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/50/God-oversikt-en-forutsetning-for-god-folkehelse-IS-2110.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). *Samfunnsutvikling for god folkehelse: Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge* (Rapport 06/2014 IS-2203). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/311/Samfunnsutvikling-for-god-folkehelse-IS-2203.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015, 1. november). Folkehelse og planlegging i kommunen. Hentet 10. mars 2016 fra <https://helsedirektoratet.hn.qa.nhn.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/folkehelse-og-planlegging-i-kommunen>
- Helsedirektoratet. (2016, 22. februar). Fysisk aktivitet - lokalt folkehelsearbeid. Hentet 15. mars 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/fysisk-aktivitet-lokalt-folkehelsearbeid>
- Hofstad, H. (2013). *Håndtering av "wicked problems" i kommunal planlegging. Lokal oversettelse av målsettingene om bærekraftig utvikling og bedre folkehelse i ulike planleggingspraksiser* (Doktorgradsavhandling), Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/37540/dravhandling-hofstad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Højholdt, A. (2013). *Tværfaglig samarbeid i teori og praksis*. København: Hans Reitzels forlag.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2 utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2 utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Jakobsen, S. E. (2015, 24. juni). Mange kommuneledere tar ikke ansvar for folkehelse. *forskning.no*. Hentet fra <http://forskning.no/2015/06/norske-kommuneledere-tar-ikke-ansvar-folkehelse>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Leknes, E., Gjertsen, A., Holmen, A. K. T., Lindeløv, B., Aars, J., Sletnes, I., & Røiseland, A. (2013). *Interkommunalt samarbeid: Konsekvenser, muligheter og utfordringer* (Rapport IRIS - 2013/008). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/c49548b8edfc42f9bf5936f0790357d0/irisrapport.pdf>
- Leseth, A. B., & Tellmann, S. M. (2014). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Oslo: Cappelen Damm.
- Løset, G. K., & Veenstra, M. (2015). *Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Forebyggende helsearbeid i kommunene* (NOVA rapport 6/2015). Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA.
- Martín-Rodríguez, L. S., Beaulieu, M-D., D'amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*. Supplement 1, 132-147.
doi:10.1080/13561820500082677
- Meld. St. 6 (2012-2013). (2013). *En helhetlig integreringspolitikk: Mangfold og fellesskap*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ae2661f20cfe4899b303a5951334a9c1/no/pdfs/stm201220130006000dddpdfs.pdf>

- Meld. St. 34 (2012-2013). (2013). *Folkehelsemeldingen: God helse - felles ansvar*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 19 (2014-2015). (2015). *Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- Noy, C. (2008). Sampling Knowledge: The Hermeneutics of Snowball Sampling in Qualitative Research. *International Journal of Social Research Methodology*, 11(4), 327-344. Hentet fra http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/5386/ssoar-ijrm-2008-4-noy-sampling_knowledge_the_hermeneutics_of.pdf?sequence=1
- Plan- og bygningsloven. [PBL]. (2008, 1. juli). Lov om planlegging og byggesaker (plan- og bygningsloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252. doi:10.1093/jopart/mum015
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid* (Dokument 3:11 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2014-2015/OffentligFolkehelsearbeid.pdf>
- Rittel, H. W. J., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in General Theory of Planning. *Policy Sciences*, 4, 155-169. Hentet fra <http://www.ask-force.org/web/Discourse/Rittel-Dilemmas-General-Theory-Planning-1973.pdf>
- Røiseland, A., & Vabo, S. I. (2012). *Styring og samstyring - governance på engelsk*. Bergen: Fagbokforlaget.

- St. Meld. 16 (2002-2003). (2003). *Resept for et sunnere Norge: Folkehelsepolitikken*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf>
- Telemark fylkeskommune. (2014). *Regional strategi for Folkehelse i Telemark 2012-2016*. Hentet fra <http://www.telemark.no/Media/Files/Folkehelse/Folkehelsestrategi-2012-2016/Regional-strategi-for-folkehelse-i-Telemark-2012-2016>
- Tilset, H. D., Gjørund, G., & Heggem, G. F. (2015). *Folkehelse - fra plan til praksis: En kunnskapsoppsummering knyttet til operasjonalisering av vedtatte folkehelseplaner* (NTNU Samfunnsforskning 2604). Hentet fra <http://samforsk.no/Publikasjoner/Fra%20plan%20til%20praksis%20-%20Kunnskapsoppsummering.pdf>
- Vangen, S., & Huxham, C. (2009). Nurturing collaborative relations: building trust in interorganizational collaboration. *Journal of Applied Behavioral Science*, 39(1), 5-31. doi: 10.1177/0021886303039001001
- WHO. (2003). WHO definition of health. Hentet 9. februar 2016 fra <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- WHO. (2011). Intersectoral Action on Health. A path for policy-makers to implement effective and sustainable action on health. Hentet 16. januar 2016 fra http://www.who.int/kobe_centre/publications/ISA-booklet_WKC-AUG2011.pdf?ua=1
- Wilcock, A. A., & Hocking, C. (2015). *An Occupational Perspective of Health* (3 utg.). New Jersey: SLACK incorporated.
- Willumsen, E. (2007). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. I E. Willumsen (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (s. 16-30). Oslo: Universitetsforlaget.

- Willumsen, E., Sirnes, T., & Ødegård, A. (2014). Nye samarbeidsformer – et samfunnsoppdrag. I E. Willumsen, & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag* (s. 19-28). Oslo: Universitetsforlaget.
- Willumsen, E., & Ødegård, A. (2014). Tverrprofesjonelt samarbeid - en fortsettelse. I E. Willumsen, & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag* (s. 13-18). Oslo: Universitetsforlaget.
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Hentet fra http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods* (5 utg.). California: SAGE.

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vi er to masterstudenter som tar en master i folkehelsevitenskap ved NMBU. Vi skal skrive masteroppgaven vår i regi av folkehelseteamet i Telemark fylkeskommune, hvor vi vil se på hvordan utvalgte kommuner samarbeider tverrfaglig med folkehelsearbeidet i kommunen. Med tverrfaglig samarbeid mener vi at ulike faggrupper samarbeider om folkehelse tema, som for eksempel rådmannen, folkehelsekoordinator, samfunnsplanlegger osv.

Dersom det er greit for deg vil intervjuet bli tatt opp med båndopptaker, og du har når som helst mulig å trekke deg under intervjuet uten å oppgi grunn.

Vi vil begynne med noen innledende spørsmål og deretter mer om generelt om hvordan folkehelsearbeidet organiseres.

Innledningsspørsmål:

- Hvilken fagbakgrunn og stilling har du?
- Hvor lenge har du arbeidet i denne kommunen?
- Hva er dine arbeidsoppgaver? Er det noe som er direkte knyttet til folkehelsearbeid?
- Hva legger du i begrepene ”folkehelse” og ”folkehelsearbeid”?
- Hvordan organiseres folkehelsearbeidet i kommunen?
 - Hvordan arbeider kommunen med folkehelsearbeid, hva fokuseres det på?
 - Er du fornøyd med den måten det organiseres på? Hvis ikke; hvordan mener du det bør endres, og hva tror du skal til for at det endrer seg?
- Har arbeid med folkehelse blitt styrket etter at Folkehelseloven kom i 2012? Eventuelt hvordan har folkehelsearbeidet endret seg fra før og etter Folkehelseloven trådte i kraft?
- Hva ser du på som de største/viktigste folkehelseutfordringene i kommunen?
 - Hvordan mener du at disse best kan møtes?
- Når det gjelder folkehelsearbeidet i kommunen. Jobbes det på tvers av fag/, sektorer og/eller på tvers av profesjoner?
 - Mener du at det finnes andre, mer effektive måter å arbeide med folkehelse på i en kommune? Hvis ja: på hvilken måte mener du den/disse er mer effektive? Kjenner du til andre gode eksempler, og eventuelt hva er bra med de?

Hvis ja (på spørsmål om det samarbeides tverrfaglig med folkehelse):

Hovedspørsmål	Oppfølgingsspørsmål
<i>Hvordan arbeider dere tverrfaglig i folkehelsearbeidet?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hvor lenge har dere samarbeidet? - Hva er hensikten med samarbeid? Altså hva får dere ut av det? - Hva fungerer og hvorfor? - Vil du anbefale tverrfaglig samarbeid til flere kommuner? - Hvor ofte jobber du med folk med annen fagbakgrunn enn deg?
<i>Hvem er det som samarbeider om folkehelse i kommunen?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hvor mange er dere? - Er det de samme som deltar hver gang, eller varierer dette fra “sak til sak”? - Hvorfor er du med i samarbeid tror du? - Er det andre aktører du mener bør være med? Eventuelt hvorfor?
<i>Ser du på tverrfaglig samarbeid som en ressurs i kommunens folkehelsearbeid?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hvilke faktorer mener du bidrar til å fremme og/eller hemme tverrfaglig samarbeid? - Hvordan opplever du det å samarbeide for å forankre folkehelsearbeidet i kommunen?
<i>Hva ser du eventuelt som ulemper med tverrfaglige samarbeid?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Er det noe du mener ikke fungerer så godt, og eventuelt hvorfor? Hva tror du må til for å endre dette? - Hva er utfordringer med å opprettholde et samarbeid over tid? - Opplever du at deltakelse i

	samarbeidet kan “kollidere” med andre gjøremål?
<i>Så noen spørsmål om hvordan samarbeid om folkehelse tema organiseres:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Møtes aktører fast? I så fall hvor ofte møtes dere, hvem er det som innkaller og leder møtene? - Er det enkelte aktører som har større beslutningsmyndighet? <ul style="list-style-type: none"> • Får du ofte gjennomslag for dine meninger? - Hvilke tema tas opp? - Hvem var pådriver for å bruke tverrfaglige samarbeid i folkehelsearbeidet?
<i>Hvordan fungerer det å samarbeide for å integrere folkehelse i planer?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hvilke politiske prioriteringer arbeider kommunen etter? - Er du kjent med om det planlegges å forankre kommunens helseutfordringer og folkehelsearbeid i den kommunale planstrategien? - På hvilken måte kan samarbeid i kommunen påvirke prioriteringer i den kommunale planleggingen? - Er du kjent med kommunens folkehelseprofil? Hvordan arbeider dere rettet mot denne? - På hvilken måte kan planlegging bidra til å løse folkehelseutfordringene i kommunen? - På hvilken måte påvirker du planleggingsarbeidet i kommunen?

Hvis nei (på spørsmål om det samarbeides tverrfaglig med folkehelse):

- Hva tror du er grunnen til at det ikke samarbeides tverrfaglig med folkehelsearbeidet i kommunen?
- Er det ønskelig å samarbeide tverrfaglig for å bedre og effektivisere dette arbeidet? Hva tror du dere ville oppnådd ved å jobbe mer på tvers? Tror du det ville hatt noen påvirkning på forankringen av folkehelsearbeidet i kommunen? I det overordnede planarbeidet? m.m.

Til slutt:

- Er det noe mer du ønsker å tilføye?

Vedlegg 2: Mail til kontaktperson for folkehelsearbeid i kommunene

Hei,

Vi er to masterstudenter som i regi av folkehelseteamet i Telemark fylkeskommune skal undersøke hvordan utvalgte kommuner i Telemark arbeider med folkehelsearbeid. Vi går siste året på masterstudiet *Folkehelsevitenskap – natur og miljø, helse og livskvalitet* ved NMBU og kom over utlysningen fra Telemark fylkeskommune der de etterspurte masterstudenter som kunne utføre denne oppgaven: <http://www.telemark.no/Vaare-tjenester/Folkehelse/Aktuelt/Stipend-til-masteroppgaver-om-kommunalt-folkehelsearbeid>

I den forbindelse har vi et par spørsmål vi gjerne ønsker svar på før vi setter i gang med oppgaven. Først og fremst er det ønskelig å vite hvem av dere (hvilke kommuner) som har tverrfaglige folkehelsegrupper?

Dernest ønsker vi gjerne svar på følgende spørsmål:

- Har dere/har dere hatt en tverrfaglig folkehelsegruppe i kommunen?
- Hvilke enheter består eventuelt denne gruppen av? (antall og stilling/fagbakgrunn)
- Hva arbeider gruppen med i korte trekk? (satsingsområde)

Vi håper dere har mulighet til å svare og på den måten hjelpe oss i gang med prosjektet.

Med vennlig hilsen

Mari Ullebø Nedberge og Linn Dahl Eikås

Vedlegg 3: Mail for å rekruttere informanter

Hei,

Vi er to masterstudenter som går siste året på masterstudiet *Folkehelsevitenskap – natur og miljø, helse og livskvalitet* ved NMBU i Ås. Vi har fått i oppdrag fra folkehelseteamet i Telemark fylkeskommune å skrive masteroppgaven vår innenfor satsingsområdet kommunalt folkehelsearbeid. Folkehelseteamet ønsker kunnskap om hvordan kommunene arbeider med folkehelsearbeidet på tvers av fag/sectorer/profesjoner, og hva som hemmer og/eller fremmer dette arbeidet.

I samarbeid med folkehelseteamet har vi funnet ut at det vil være mest hensiktsmessig å utføre enkeltintervjuer med sentrale aktører i utvalgte kommuner. Vi fikk beskjed om å kontakte dere da de som jobber i folkehelseteamet har inntrykk av at dere har kommet godt i gang med folkehelsearbeidet. Videre har vi fått kontaktinformasjonen deres fra [REDACTED], og hun ba oss spørre dere om hvilke aktører som er relevant å intervjuer i denne sammenheng.

Dersom det er noen spørsmål knyttet til prosjektet kan Kjersti Nordgård Aase (rådgiver i statistikk og analyse i folkehelseteamet i TF) kontaktes på telefon [REDACTED]

Håper på positiv og rask respons.

Med vennlig hilsen

Mari Ullebø Nedberge og Linn Dahl Eikås

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Eirin Hongslo
Institutt for landskapsplanlegging Norges miljø- og biovitenskapelige universitet

1430 ÅS

Vår dato: 08.11.2015

Vår ref: 45081 / 3 / M25

Deres dato:

Deres ref:

Harald Høfegates gate 29
N-5007 Bergen
Norslag
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 50
med@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Orgnr: 985 321 888

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.10.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45081	<i>Evaluering av tverretattlige folkehelsegrupper i utvalgte kommuner i Telemark fylkeskommune</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Eirin Hongslo</i>
Student	<i>Marit Ullebae Nedberge</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marie Strand Schildmann

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontor / District Office

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1095 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@uis.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7091 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07. kjennsvans@st.rnu.no
TRONDHØI: NSD, SVT, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. nsd@ads.uib.no

Vedlegg 5: Samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Undersøkelse av hvordan 3 utvalgte kommuner i Telemark samarbeider tverrfaglig med folkehelsearbeid”

Bakgrunn og formål

Vi er to studenter som går siste året på masterstudiet *Folkehelsevitenskap – natur og miljø, helse og livskvalitet* ved NMBU, og skal dette semesteret i samarbeid med Telemark fylkeskommune undersøke hvordan utvalgte kommuner arbeider tverrfaglig med folkehelsearbeid og hvordan aktører opplever slike samarbeid.

Problemstillingen til vår masteroppgave er som følger:

“Hvordan arbeider kommuner tverrfaglig med folkehelsearbeid, og hvilke forutsetninger bør være til stede for at tverrfaglig samarbeid skal være en hensiktsmessig måte å arbeide med kommunalt folkehelsearbeid?”

Rekruttering og utvalg

Ut fra opplysninger fra folkehelseteamet i Telemark fylkeskommune sendte vi ut en e-post til alle kommunene i Telemark for å finne ut hvordan folkehelsearbeidet organiseres i kommunen. Vi fikk kontaktinformasjon til én aktør som arbeider med folkehelsearbeid i hver kommune og sendte mail til vedkommende. Folkehelseteamet ønsket å finne ut hvor mange kommuner som bruker tverrfaglige samarbeid i folkehelsearbeidet og hva som påvirker slike samarbeid. Vi valgte tre kommuner med ulik størrelse som var kommet godt i gang med folkehelsearbeidet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Masteroppgaven er en kvalitativ studie hvor vi ønsker å benytte enkeltintervju som datainnsamlingsmetode. Spørsmålene vil omhandle organisering av kommunens folkehelsearbeid og tanker rundt eventuelle tverrfaglige samarbeid. Vi vil benytte en semistrukturert intervjuvuguide og båndopptaker under intervjuene.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. De opplysningene som innhentes under intervjuet vil kun student og veiledere ha tilgang til. Personopplysningene oppbevares på privat datamaskin, og datamaterialet er beskyttet med brukernavn og passord slik at uvedkommende ikke får innsyn. Opplysningene vil behandles og samles inn av masterstudentene og ikke av ekstern databehandler.

Direkte personidentifiserende opplysninger og bakgrunnsopplysninger slik som arbeidskommune, navn og alder fremkommer ikke i oppgaven. All data vil bli anonymisert. Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai/juni 2016, og alle opplysninger fra datainnsamlingen vil da bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Mari Ullebø Nedberge (██████████) eller Linn Dahl Eikås (██████████). Veileder for prosjektet er Eirin Hongslo, NMBU (██████████). Biveileder for prosjektet er Kjersti Nordgård Aase (██████████), Telemark fylkeskommune.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Postboks 5003
NO-1432 Ås
67 23 00 00
www.nmbu.no