





Noregs Miljø- og Biovitenskaplege Universitet

Bibliotekside

Tittel: Suksesskriterier og utfordringar for å integrere folkehelse på tvers. Ein best-casestudie av nettverksstyring i kommunalt folkehelsearbeid for å integrere «helse i alt vi gjer».

Title: Success factors and challenges to integrate public health across. A best-case study of how to use network governance in municipal health promotion to integrate public health in everything we are doing.

Forfattar: Benedikte Kvalsvik

Hovudrettleiar: Hege Hofstad, seniorforskar ved Norsk Institutt for By- og Regionplanelgging

Emneord: folkehelse, lokalt folkehelsearbeid, tverrsektorielt, nettverksstyring, utfordringar, suksesskriterier

Keywords: public health, municipal public health, crossline, governance networks, challenges, success factors

Utgivingsdato: 15.mai 2015.

Sidetal: 68

Opplag: 4

Forord

Spennande og lærerike år ved NMBU på Ås nærmar seg slutten. Arbeidet med denne masteroppgåva har bydd på mange utfordringar både fagleg og personleg, men til gjengjeld har eg lært utruleg masse. Min interesse for folkehelse og planlegging har resultert i tema for denne oppgåva som avsluttar denne epoken i livet mitt, og eg gleder meg til å ta fatt på neste!

Takk til mine imøtekommande og engasjerte informantar, som tok seg tid til meg og min masterstudie midt i sin travle og hektiske kvardag! Eg er veldig takksam for at dykk var positive til å delta i min studie! Det har vore kjekt å fordjupe seg i folkehelserådet og erfaringane dykkar har vore nyttige bidrag. Eg håper dette kan også vere eit nyttig bidrag tilbake for vegen vidare!

Takk til min rettleiar, Hege Hofstad, som har vore til god hjelp undervegs frå start og heilt i mål, alltid oppmuntrande og kjapp å svare på e-post og stiller alltid dei rette spørsmåla.

Takk til verdas beste familie, utan dykk hadde ingenting av dette vore muleg. Min absolutt støtte gjennom heile studietida! Og ein stor takk til min kjære som har haldt ut i denne krevjande perioden. Tusen masse takk til alle saman!

Benedikte Kvalsvik

Ås, Mai 2015.

Samandrag

Formålet med denne studien er å belyse kva som kan vere suksesskriterier og utfordringar for å lykkes med tverrsektorielt samarbeid og planlegging på kommunalt nivå for å imøtekomme dagens og framtidens folkehelseutfordringar.

Dei overordna politiske folkehelsemåla er å styrke ei samfunnsutvikling som fremja helse og trivsel, utjamna sosiale helseskilnader og gir mange leveår med god helse. Med utgangspunkt i samhandlingsreformen og folkehelselova som har løfta fokuset mot kommunen si rolle i folkehelsearbeidet, og plan- og bygningslova si inkludering av folkehelse i planlegging, legg dette bakteppe for denne masteroppgåva. Kommunen får ein rolle som lokal omsetjar for å tolke lovverk og nasjonale føringar i folkehelsearbeidet med dei verkemidlar dei rår over; lokal utvikling, planlegging, forvaltning og tenesteyting, og tilpasse dette til deira kommune og helseutfordringar. Det står lite konkret i lovverket om kva organisatoriske verkemidlar som bør/skal nyttas for å integrere folkehelse på tvers av sektorer, eller forankre dette administrativt og lokalt.

Studien er ein singel best-case studie kor hovudtyngda av datamaterialet bygger på individuelle intervju med sju informantar. Informantane deltek i eit folkehelseråd som er etablert på tvers av sektorer i forbindelse med kommunens ansvar for folkehelsearbeid. Resultata byggjer på erfaringar og opplevingar av folkehelserådet.

Suksesskriterier for å lykkes er å etablere ein folkehelsekoordinator i 100 % stilling og plassere denne strategisk i rådmannens stab. Det same er også strategisk forankring og deltaking av assisterande rådmann og ordførar, samt ein arena for å utveksle både fagleg og lokalbasert kunnskap og kompetanse. Eit suksesskriterium er også erfaring frå tverrfagleg samarbeid og folkehelse, gode relasjonar og høg grad av tillit mellom aktørane, samt god struktur. Utfordringar i folkehelserådet er å kombinere planlegging og folkehelsearbeid, oppnå politisk engasjement og å skape ein systematisk tverrsektoriell integrering/forankring av folkehelse. Det er også ein utfordring å kombinere det langsiktige og kortsiktige folkehelsearbeidet, skaffe til veie nok midlar og god nok kunnskap, samt vise til effekt av langsiktig folkehelsearbeid ettersom resultat kjem fleire år fram i tid.

Abstract

The purpose of this study is to examine what can be success factors and challenges to the success of cross-sectoral cooperation and planning at the municipal level to meet current and future public health challenges.

The norwegian political public health goals is to strengthen a society that promotes health and well-being, equalize social health differencies and provide many years of good health. Based on the norwegian Cooperation Reform and Public Health Law which has lifted the focus to the municipality's role in health promotion, and the norwegian Planning Law`a inclusion of public health in planning, add the backdrop for this master thesis. The municipality gets a role as local translator to interpret legislation and national recitals in public health work with the works funding they disposal; local development, planning, management and intermediation, and to adapt it to their municipal and health challenges. There is little concrete in the legislation about what organizational works that should/shall be used for integrating public health across sectors, or anchor them administratively and locally.

The study is a single best-case study which most of the data are based on individual interviews with seven informants. Informant participates in a governance network established across sectors because of the municipal responsibility for public health. The results build upon experiences of the governance network.

Success factors to success is to establish a public health coordinator in 100% position and place it strategically in the administrative officer staff. The same is also a strategic basis and the participation of assistant councilman and mayor, as well an arena for exchanging both academic and community-based knowledge and expertise. A success criterion is also skilled in interdisciplinary collaboration and public health, good relations and a high degree of trust between market participants and good structure. Challenges in the governancenetwork is to combine planning and public health, achieve political involvement and creating a systematic cross-sectoral integration/anchoring of public health. It is also a challenge to combine the long-term and short-term health promotion, provide enough funding and enough knowledge and demonstrate the efficacy of long-term public health as the result seems to show several years ahead.

Innhold

Forord	II
Samandrag.....	III
Abstract.....	IV
DEL 1: INTRODUKSJON	2
1.1. Innleiing	2
1.2. Bakgrunn for val av tema	2
1.3. Presentasjon av problemstilling	4
1.4. Avgrensing	4
1.5. Formålet med studien	5
1.6. Presentasjon av case	5
1.7. Omgrepsavklaring.....	6
1.7.1. Definisjon av folkehelse, folkehelsearbeid og planlegging	7
1.7.2. Definisjon av organisering, samstyring, styringsnettverk	7
1.8. Oppgavas oppbygning	8
DEL 2: BAKGRUNN OG TEORETISK RAMMEVERK	10
2.1. Innleiing	10
2.2. Folkehelsearbeid	10
2.3. Planlegging	11
2.4. Folkehelse og planlegging	13
2.5. Suksesskriterier og utfordringar ved lokalt folkehelsearbeid	14
2.5. Tidlegare forskning	15
2.5.1. Kommunalt folkehelsearbeid før og etter Samhandlingsreformen	15
2.5.2. Styring gjennom nettverk.....	17
2.6. Governance – Samstyring gjennom nettverk.....	19
2.6.1. Organisering	20
2.6.2. Utfordringar.....	21
2.7. Oppsummering.....	22
DEL 3: METODE.....	24
3.1. Innleiing	24
3.2. Vitskapleg forskingsmetode	24
3.2.1. Casedesign og utvalskriterier	25
3.2.2. Kvalitative forskingsintervju	27
3.3. Datainnsamling - gjennomføring	28
3.4. Metode for analyse	28

3.5. Etske aspekt	30
3.6. Metodisk kvalitet	31
3.7. Oppsummering	32
DEL 4: PRESENTASJON AV FUNN	34
4.1. Innleiing	34
4.2. Folkehelserådetts rolle og funksjon	34
4.2.1. Organisering	34
4.2.2. Målsetjinga	35
4.3. Suksesskriterier basert på erfaringar gjort i folkehelserådet	36
4.3.1. Kjennskap mellom aktørane	37
4.3.2. Folkehelsekoordinator	37
4.3.3. God struktur	38
4.3.4. Strategisk forankring gjennom assisterande rådmann	38
4.3.5. Utsveksling av ulike kunnskap og erfaring	39
4.4. Utfordringar basert på erfaringar gjort i folkehelserådet	40
4.4.1. Integrere folkehelse på tvers	42
4.4.2. Folkehelse og planlegging	44
DEL 5: FOLKEHELSE SOM STYRINGSNETTVERK	46
5.1. Innleiing	46
5.2. Konsensus	46
5.3. Nettverksleiing	48
5.4. Strategisk forankring	50
5.5. Tillit	52
5.6. Utsveksling av ulike kunnskap og erfaring	53
5.7. Effektivitet	54
5.8. Oppsummering	59
DEL 6: AVSLUTNING	62
6.1. Problemstilling og hovudfunn	62
6.2. Grunngeving for val av teori	64
6.2.1. Alternative teoriar	65
6.3. Metodediskusjon	66
Referanseliste	69
Vedlegg 1 Mail til «Storåsen» kommune	71
Vedlegg 2 Mail til informantane	73
Vedlegg 3 Intervjuguide	75

DEL 1: INTRODUKSJON

1.1. Innleiing

År 2011 var eit skilje i norsk folkehelsearbeid med ny Folkehelselov (2012) og samhandlingsreform (2008-2009) begge sett i verk 1.1.2012. Folkehelselova (2012) skal styrke folkehelsearbeidet og ei samfunnsutvikling ved å rette fokus mot helsefremjande og førebyggjande arbeid. Dei overordna politiske folkehelsemåla er eit samfunn som fremja helse og trivsel, utjamna sosiale helseskilnader og gir mange leveår med god helse (Folkehelsemeldinga 2012-2013). Folkehelseansvaret kvilar ikkje lenger i helsesektoren, men i kommunen. Kommunen har eit ansvar for folkehelsearbeidet med dei verkemidlar dei har til råde; lokal utvikling, planlegging, forvaltning og tenesteyting. I arbeidet med eit langsiktig, systematisk og heilskapleg folkehelsearbeid i alle samfunnssektorar, er kommunen pålagd å setje i verk tiltak som imøtekome dagens og framtidens folkehelseutfordringar (Folkehelselova 2012).

Samhandlingsreforma understreker kommunens ansvar for førebyggjande og helsefremjande arbeid (Samhandlingsreforma 2008-2009:26). Det er eit ønske at kommunane skal bli meir bevisst bruk av behandling i helsetenestane, og kostnadane rundt dette, for å prioritere førebyggjande arbeid. Formålet med reforma er blant anna betre samhandling i helse- og omsorgstenestane, tidleg innsats og meir førebygging (Samhandlingsreforma 2008-2009). Samhandlingsreforma har vart i over 3 år. Utgangspunktet til studien er samhandlingsreforma og folkehelselovas vektlegging av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, inkludert planlegging etter plan- og bygningslova. Vidare vil formålet vere å finne ut kva som er suksesskriterier og utfordringar ved tverrsektorielt samarbeid og planlegging på kommunalt nivå for å imøtekomme dagens og framtidens folkehelseutfordringar.

1.2. Bakgrunn for val av tema

St.meld. nr. 16 (2002-2003) og (NOU 1998:18) «Det er bruk for alle» belyser at folkehelsearbeidet er tverrsektorielt og beveger seg langt utover det som er helsesektorens oppgåver. Dette er vidareført i blant anna Folkehelsemeldinga (2012-2013) og Samhandlingsreforma (2008-2009). Førebyggjande og helsefremjande arbeid bør inn i alle kommunens sektorar ettersom forhold som fremjar helse og førebyggje sjukdom ligg utanfor helsesektoren (Samhandlingsreforma 2008-2009). For å nå den overordna politiske målsetjinga har Folkehelsemeldinga (2012-2013) greia ut om fem konkrete prinsipp i folkehelsearbeidet som er: *1) utjevning, 2) helse i alt vi gjør, 3) bærekraftig utvikling, 4) føre-*

var og 5) medvirkning (Folkehelsemeldinga 2012-2013:14). Helse i alt vi gjer er sjølve kjernen i alt folkehelsearbeid, og handlar om at helseperspektivet skal gjennomsyre politikk på alle samfunnsområder på alle forvaltningsnivå (Folkehelsemeldinga 2012-2013).

Politiske prioriteringar og avgjersler som ikkje har helse direkte som mål, kan likevel ha helsemessige konsekvensar, og derfor må omsynet til folks helse bli integrert i den generelle samfunnsplanlegginga gjennom forankring i strategi, samt ordinære planer og dokument (Prop. 90 L 2010-2011). I Noreg har vi eit folkevalt politisk styre, kor det er opp til politikarane å styre samfunnsutviklinga i riktig retning (Røiseland & Vabo 2012). Prinsippet om medverknad handlar om at kommunen skal mobilisere heile samfunnet i folkehelsearbeidet, og derav legge til rette for samarbeid med aktørar også utanfor kommuneorganisasjonen og/eller andre frivillige organisasjonar (Folkehelselova 2012:§4).

I denne samanheng er planlegging eit viktig verktøy i det systematiske og heilskaplege folkehelsearbeidet (Folkehelselova 2012:§4). Gjennom organisering av nettverk blir planlegging i større grad nytta som utviklingsverktøy (Falleth & Saglie 2013).

Bruk av samstyring og nettverk for å effektivisere styring av samfunnet er i ferd med å auke betrakteleg (Sørensen & Torfing 2009). Nyare planteoriar peikar på fleire aktørar som deltar i samarbeid med ulik kunnskap, kompetanse og ressursar som skaper effektiv planlegging med gode resultat (Falleth & Saglie 2013). Gjennom ei felles forståing av problemet, kjem ein til semje om korleis ein kan løyse dette saman og korleis alle kan bidra (ibid). Breidda av folkehelsearbeidet viser at det er behov for eit tverrsektorielt samarbeid i arbeidet med å møte dagens og framtidens folkehelseutfordringar (Samhandlingsreformen 2008-2009). Folkehelseperspektivet er integrert i Plan- og bygningslova (2008) ved at planlegging skal styrke helsa, sikre trygge oppvekst og levekår, hindre sosiale helseskilnader og førebygge kriminalitet (Plan- og bygningslova 2008:§3-1).

Med utgangspunkt i samhandlingsreformen og folkehelselova som har løfta fokuset mot kommunen si rolle i folkehelsearbeidet, og Plan- og bygningslova (2008) si inkludering av folkehelse i planlegging, legg dette bakteppe for denne masteroppgåva. Kommunen får ein rolle som lokal omsetjar for å tolke lovverk og nasjonale føringar i folkehelsearbeidet med dei verkemidlar kommunen har til råde, og tilpasse dette til deira kommune og helseutfordringar. Det står lite konkret i lovverket om kva organisatoriske verkemidlar som bør/skal nyttas for å integrere folkehelse på tvers av sektorer, eller forankre dette administrativt og lokalt. Det kan variere frå kommune til kommune korleis dette nedfeller seg i organisasjonen ettersom det er

mange forhold som kan spele inn, til dømes kommunens storleik, tal på innbyggjarar, økonomiske rammer, politisk farge, samt ønsker og behov for kommunal utvikling. Det er derfor interessant å sjå i kva grad Samhandlingsreformen (2008-2009) blant anna, har ført til ein eventuell organisasjonsendring i kommunen for å styrke det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og bruk av planlegging, og i tillegg sjå i kva grad dette fungerer, eventuelt kvifor det ikkje fungerer. På bakgrunn av dette har eg formulert følgjande problemstilling.

1.3. Presentasjon av problemstilling

- ❖ Kva er det Storåsen kommune opplever som suksesskriterier og utfordringar for å lykkes med tverrsektorielt samarbeid og planlegging som imøtekome deira folkehelseutfordringar?

For å belyse dette er det valt ein best-case studie av éin kommune som har utmerka seg i kommunalt folkehelsearbeid, og har god erfaring med samarbeid på tvers over lengre tid. Det empiriske grunnlaget bygger på funn frå kvalitative forskingsintervju av eit etablert *folkehelseråd*. Kommunen har fått eit fiktivt namn; «Storåsen» kommune, for å sikre anonymitet.

1.4. Avgrensing

På bakgrunn av grunngjeving for tema og presentasjon av problemstilling, er det behov for ein avgrensing av masteroppgåvas omfang. Hovudfokuset i oppgåva ligg på det etablerte folkehelserådet i Storåsen kommune, kor det er lagt vekt på korleis kommunen arbeider for å integrere folkehelse på tvers av sektorar, og kva som er utfordringar og suksesskriterier for å få det til å fungere. Dette innebære at studien ikkje vil utdjupe korleis kommunen arbeider med folkehelse inn mot spesifikke målgrupper eller kva tiltak som er sett i verk i etterkant av samhandlingsreformen og folkehelselova. Denne studien vil på ingen måte forsøke å evaluere kommunens folkehelsearbeid i grad av reduserte sjukehusinnleggingar eller aukande grad av nye helsefremjande og førebyggjande tiltak.

Partnerskapsmodellen for folkehelse er også ein samstyringsform (Røiseland & Vabo 2012), men sjølv om Storåsen kommune har ein partnerskapsavtale med fylkeskommunen vil ikkje

denne studien gå noko meir inngående i det. Masteroppgåvas hovudfokus er kommunens organisering av folkehelserådet og det samarbeidet som er i dette nettverket.

1.5. Formålet med studien

Formålet med denne studien er å få kunnskap om korleis ein kan lykkes med tverrsektorielt samarbeid og planlegging i kommunen for å imøtekomme dagens og framtidens folkehelseutfordringar. Med hensikt å få vite noko om korleis desse aktørane dette gjelder, erfarer og opplev folkehelserelatert samarbeid, og kva desse meina er eventuelle utfordringar og suksesskriterier. Suksess i den grad at dei oppnår eit av folkehelsemåla om å integrere «helse-i-alt-vi-gjer» på tvers av sektorar og inn i kommunale planer og politiske prioriteringar. Eit systematisk folkehelsearbeid med koordinerte og heilskaplege tiltak med mål om sikre folkehelse i dag og mot framtida.

Eg tenker det er viktig å studere korleis ein kan oppnå suksess med tverrsektorielt folkehelsearbeid for at kommunens folkehelsearbeid kan utvikles vidare og at kommunar kan lære av kvarandre. Ved å få innsikt i korleis kommunen faktisk arbeider lokalt, og kva erfaringar dei har, kan ein påverke eventuell utvikling av framtidige verktøy for tverrsektorielt samarbeid om folkehelsearbeid. Forsking viser at det er god vilje i kommunane til folkehelsearbeid og iverksetjinga av samhandlingsreformen (Helgesen et al. 2014), dermed kan det vere nyttig å få kjennskap om kva som må til for å få det institusjonalisert i organisasjonen, og nedfelt i praksis. Helsedirektoratet (2014) peiker på at det er behov for kunnskap om kommunens erfaringar med å tolke og omsetje folkehelselovens krav som kan ha overføringsverdi til lokal praksis.

1.6. Presentasjon av case

«Storåsen» kommune er eit lite kommunesamfunn med rundt 5000 innbyggjarar og eit areal på omlag 2700 km². Kommunen har ein lang tradisjon for å arbeide med folkehelse. Allereie i 2004 inngjekk dei partnerskapsavtale om folkehelse med fylkeskommunen, og det vart den gong etablert eit råd for folkehelsearbeid. Partnerskapsmodellen er ein strategi som vart lansert av Helsedepartementet i 2002 for å stimulere til samarbeid mellom stat, fylkeskommunar og kommunar, og andre relevante aktørar om korleis kommunalt folkehelsearbeid kan gå føre seg (St.meld. nr. 16 2002-2003). Målet er at aktørane kan ha ein fordel gjennom samarbeidet ved å ha faglege samlingar, og nettverksmøter som kan gje råd og

retteleing i folkehelsearbeid. Det er ein avtale som skal gi klare forventningar og pliktar frå alle parter. Vidare kan dette igjen stimulere til nettverksbygging som kan støtte opp om folkehelsearbeidet (St.meld. nr. 16 2002-2003).

Etter at folkehelselova kom i 2012 vart det ein re-organisering av dåtidas folkehelse råd, til dagens folkehelse råd, samt etablert ein folkehelsekoordinator i 100% stilling. Med folkehelselova kom også ein anbefaling om å etablere ein frisklivssentral. Lærings- og mestringseining var allereie etablert den gong, og i dag er dette eit kombinert senter. Kommunen har hatt fleire undersøkingar og prosjekt, både lokale og interkommunale, retta mot ulike målgrupper for blant anna å kartlegge helsetilstand, men også evaluere eksisterande tiltak. Storåsen kommune er også godkjent som trygge lokalsamfunn, for å sikre tryggleik og ulykkes- og skadeførebyggjande arbeid.

Spreidd busetnad i høve folketal og areal skapar ulike behov til ulike delar av kommunen. Aukande arbeidsinnvandring og familietilknytning kan vere ein ressurs for arbeidsmarknad og folketalsutvikling, men det skapar nye behov for språkopplæring i skule og barnehage, bu- og arbeidshøve, samt integrering av både born og vaksne. Bustadplanlegging er ei utfordring på grunn av ras- og flomfare. Andre utfordringar er forureining, store avstandar skapar stor bilbruk og kommande eldrebølgje innan 2030. Dei viktigaste næringane i kommunen er turisme, vasskraft og industriverksemd. Økonomisk har kommunen stabile årlege driftsinntekter. Ei av utfordringane går på å organisere tenestane i kommunen og balansere den kommunale økonomien slik at ein over tid sikra eit godt tenestenivå, ved å rette innsatsen mot dei som treng det mest. Dette innebere at kommunale tenestar med ein desentralisert struktur bør organiserast slik at kostnadane held seg låge, anten ved at ein samlar alt på ein stad eller gjennom interkommunalt samarbeid (desse opplysningane er henta frå kommunale plandokument og intervju der anna ikkje er nemnd).

1.7. Omgrepsavklaring

Gjennomgåande i masteroppgåva vil eg nytte fleire omgrep som ein finn ulike definisjonar og tilnærmingar til i litteraturen. For å unngå ei eventuell misforståing vil eg gjer reie for kva definisjon eg har valt for denne oppgåva, og korleis eg vel å nytte desse omgrepa i min masteroppgåve.

1.7.1. Definisjon av folkehelse, folkehelsearbeid og planlegging

Syn på helse, og definisjon på kva helse er, har endra seg i takt med samfunnets utvikling frå «fråvær av sjukdom og skade» (Naidoo & Wills 2009) til å sjå helse som ein ressurs i kvardagslivet (Folkehelsemeldinga 2012-2013). I denne masteroppgåva vil omgrepet **folkehelse** bli nytta slik folkehelselova definerer det: «*befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning*» (Folkehelselova 2012:Kap1-§3). Og vidare slik folkehelselova definerer **folkehelsearbeid**:

«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» (Folkehelselova 2012:Kap.1-§3).

Det er også ulike definisjonar og tilnærmingar til planlegging. I denne studien vil ein definere **planlegging** som ein samorganisert aktivitet kor ulike aktørar går saman for å utarbeide felles mål, og metode for å nå desse måla (Aarsæther et al. 2013). Her er tidsdimensjonen relevant, ettersom planlegging er nytta som eit verktøy for å nå felles mål fram i tid. Eg vil i hovudsak tilnærma meg generell planlegging som eit tverrfagleg verktøy etter Plan- og bygningslova (2008) for å samarbeide, forhandle og koordinere folkehelse på tvers av sektorer og nivå i organisert nettverk.

1.7.2. Definisjon av organisering, samstyring, styringsnettverk

Ein offentlig organisasjon som kommunen er multifunksjonell og kompleks (Christensen et al. 2009). Dei skal ta i vare ulike oppgåver, roller og interesser, yte kvalitetssikre tenester, følgje krav frå lovverk og nasjonale føringar, ressursmobilisere og sikre medverknad og innsyn i avgjersleprosesser. **Organisering** handlar om eit systematisk utvalt aktørar som gjennom ein bevisst strategi skal arbeide med ein konkret utfordring (ibid). Aktørane forsøker å handle til beste for organisasjonen ved å påvirke avgjersler på bakgrunn av skjønn. Ein kan nytte organisering som eit verktøy for å oppnå bestemte mål (ibid). Det overordna målet i offentlig organisasjon er å tene folkesetnaden ved å løyse utfordringar med minst muleg ressursbruk (Christensen et al. 2009).

Røiseland og Vabo (2012) presenterer nokre moderne styringsformer som har dukka opp i takt med at samfunnet har endra seg. Denne typen styringsformer kallar dei for **samstyring**, og det er dette ordet dei bruker på *governance*, som kjem frå den internasjonale litteraturen.

Omgrepet er nytta på mange ulike måtar og litteraturen kan gi eit forvirrande bilete på fenomenet (Røiseland & Vabo 2008; Røiseland & Vabo 2012). Røiseland og Vabo (2008) diskutererklarheten kring omgrepet og konkluderer med at dette er ein form for styring av likeverdige, men ulike aktørar, som samhandlar om ein felles oppgåve, kor det offentlige har satt rammer og føringar for ein felles retning. Samstyring er eit paraplyomgrep på fleire former for styring, til dømes partnerskap, regime og nettverk (Røiseland & Vabo 2012).

Sørensen og Torfing (2009) har på bakgrunn av den omfattande litteraturen valt å definere **styringsnettverk** (*governance networks*) slik:

«A stable articulation of mutually dependent, but operationally autonomous actors from state, market and civil society, who interact through conflict-ridden negotiations that take place within an institutionalized framework of rules, norms, shared knowledge and social imaginaries; facilitate self-regulated policy making in the shadow of hierarchy; and contribute to the production of «public value» in a broad sense of problem definitions, visions, ideas, plans and concrete regulations that are deemed relevant to broad sections of the population» (Sørensen & Torfing 2009:236).

Det handlar altså om ein form for stabilt samarbeid mellom ulike autonome aktørar, gjensidig avhengige av kvarandre for å løyse felles problem innanfor eit institusjonalisert rammeverk som har verdi for det allmenne (Sørensen & Torfing 2009). Ulike variantar som styringsnettverk, samstyringsnettverk og nettverksstyring kan alle førekome gjennom oppgåva og er i denne samanheng nytta synonymt.

Dette er ein generell definisjon som kan ha fleire styringsformer på ulike politiske nivå til ulike formål (Sørensen & Torfing 2009). Formålet kan vere å løyse «wicked problems» (komplekse og uregjerlege problem) og bidra til effektiv samfunnsstyring, men ettersom det er ein forventning om at samfunnsstyring skal vere demokratisk og legitimt er også nettverksstyring brukt i større grad for å utforme og gjennomføre politikk (Sørensen & Torfing 2005). Som regel vil ein oppnå noko på bakgrunn av at alle tradisjonelle metodar i organisasjonen allereie er brukt, men forgjeves med mislykka resultat (Provan & Kenis 2008).

1.8. Oppgåvas oppbygning

Masteroppgåva er bygd opp av 6 deler/kapittel. Etterfølgt av forord og samandrag, kjem dette introduksjonskapitlet.

Del 2 gir ein meir utfyllande presentasjon av bakgrunn for studiens tema, og tidlegare forskning som er gjort på området, etterfølgt av ein gjennomgang av teoretisk plattform. Dette innebere ein innføring i folkehelsearbeid og planlegging kvar for seg, før ein ser desse i samanheng for å skildre nærare tematikken bak studien. Vidare er samstyringsperspektiv og nettverksteori i rammene av institusjonelt perspektiv presentert.

Del 3 skildra kva for metodiske tilnærmingar som er valt for å svare på studiens forskingsspørsmål. Utvalskriterier for casesdesign og rekruttering av informantar vil bli gjort reie for, samt gjennomføring av datainnsamling, val av analysestrategi og etiske aspekt. Kapitlet avsluttar med eit avsnitt om forskingsstudien si kvalitet.

Del 4 gir ein presentasjon av empiriske funn i studien. Dette er ein rein deskriptiv skildring.

Del 5 tar for seg ein diskusjon av dei funna som er presentert. Funn frå studien si undersøking flettes saman med forventningar frå teoretisk rammeverk og tidlegare forskning, samt forskaren sine tolkingar.

Del 6 viser ein oppsummerande oversikt over hovudfunn og resultat med korte kommentarar. Her kjem også ein kort grunngjeving for val av teoretisk perspektiv, samt skildringa av alternative teoriar som også har vore vurdert. Masteroppgåva avsluttar med ein metodisk diskusjon som også seier noko om studien si styrkar og veikskapar, samt referanseliste og vedlegg av intervjuguide og e-post sendt til kommunen og informantar.

DEL 2: BAKGRUNN OG TEORETISK RAMMEVERK

«Målet er et systematisk, forpliktende og helhetlig folkehelsearbeid. Skal vi lykkes må mange aktører i samfunnet mobiliseres.» (St.meld. nr. 16 2002-2003:73).

2.1. Innleiing

Dette kapitlet inneheld ein meir inngående skildring av bakgrunn for val av tema, ved å utdjupe folkehelse og planlegging kvar for seg, for å vidare skildre samanhengen mellom desse to. Vidare er det nokre utfordringar og suksesskriterier ved folkehelsearbeid som vil bli belyst, før ein presentasjon av tidlegare forskning. Tidlegare forskning er konsentrert til norsk lokalt folkehelsearbeid før og etter samhandlingsreformen og folkehelselova trådte i kraft, og til internasjonal forskning ved bruk av styringsnettverk. Til slutt ein presentasjon av studiens teoretiske rammeverk; samstyring gjennom nettverk.

2.2. Folkehelsearbeid

Slik Folkehelselova (2012) omtalar folkehelse og folkehelsearbeid, er det heile samfunnets innsats å fremje helse, samt førebyggje skade og sjukdom, gjennom både førebyggjande og helsefremjande arbeid. Målsetjinga er å påverke forhold som er positive for helsa, samt dei forhold som er negative (Samhandlingsreformen 2008-2009). Dette er på bakgrunn av at helse blir påverka av mange faktorar, som til dømes barndom, livsstil, skule, jobb, sosialt nettverk og miljøet rundt oss gjennom luft og klima, samt i kva grad ein har tilgang til helsetenester (Folkehelsemeldinga 2012-2013). Folkehelseiltak skal derfor rette seg mot desse samfunnsområda for å sikre gode oppvekstkår og levevanar, og hindre sjukdom og ulykker, der folk bur og oppheld seg (Folkehelselova 2012).

Tidlegare hadde den vestlege-medisinske modellen det dominerande synet på helse (Naidoo & Wills 2009). Den ser på helse som fråvær av sjukdom og skade, og fokuserer på sjukdom og behandling (ibid). Jo meir sjukdom - jo lenger vekk frå helse. Modellen er også kjenneteikna ved at helseansvaret tilhøyrer helsesektoren, og at den er ekspertstyrt. Sjølv om den medisinske modellen har fått til mykje innan medisin og forskning, har den opp igjennom åra blitt kritisert på grunn av sitt historisk vitskaplege perspektiv. Eit slikt «gamalt syn» på

helse var viktig når sjukdomsfokuset var smittsame sjukdomar som tuberkulose og kolera, som i dag er utrydda. I dag er det andre typar helseutfordringar som dominerer, som subjektive helseplager og sjukdom av samansette årsaksforhold -livsstilsjukdomar og sosiale helseskilnader. Ein endring i sjukdomspanorama har dermed ført til ein radikal endring i folkehelse tenking (Naidoo & Wills 2009).

Frå å utrydde epidemiar til å arbeide mot dårlege levevanar og livsstil som røyking, dårleg kost og sittestillande livsstil, har ein flytta fokus frå eit sjukdomsperspektiv til eit påverknadsperspektiv (Helsedirektoratet 2011b). Eit påverknadsperspektiv er også bakteppe for prinsippet «helse i alt vi gjer» frå Folkehelsemeldinga. Det handlar om at ein må setje inn innsats før det utviklar sjukdom eller ulykker, som igjen steler tid og ressursar i helsesektoren (Helsedirektoratet 2011b), og det krev andre strategiar og framgangsmåtar i folkehelsearbeid enn det som er brukt før (Røiseland & Vabo 2012).

2.3. Planlegging

Som helseperspektivet, har også planlegging endra seg i takt med samfunnets utvikling. På 1960-tallet var planlegging styrt av ein ekspert med ein «top-down» -tilnærming (Falleth & Saglie 2013). Sidan den gong har planlegging vore prega av ulike styringsmodellar. Fram til 1965 hadde eit statleg særorgan ansvar for lokal byplanlegging, medan det som den gang var kommunaldepartementet vedtok planane (ibid). 1960-tallets *hierarkiske styringsmodell* har det tradisjonelle synet på offentleg administrasjon, at ein styrer gjennom reglar og rutinar, og utarbeidar politiske avgjersler som følgjes opp av administrasjonen (ibid). Planleggaren, som den gong var eksperten, var ein byråkrat som skulle vere ei støtte for politikarane i å definere utfordringar, mål og strategi (Falleth & Saglie 2013).

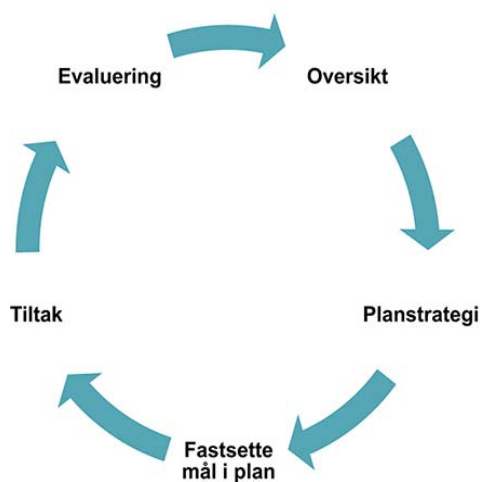
Hierarki-modellen fekk mykje kritikk for sitt syn på planlegging, og utover 1980-tallet utvikles ein *marknadsinspirert styringsmodell*; New Public Management – NMP (Falleth & Saglie 2013). Denne bygger på ideen om konkurranse og at erfaringar frå privat sektor kan omsetjast til offentleg sektor. Det betyr at politikarane bestemmer mål og strategi, medan private eller offentlege aktørar konkurrerer om å gjennomføre det i praksis (ibid). Mål og middel er svært tydeleg her. Denne modellen var ein sterk kritikk til ineffektivitet i offentlig sektor, og førte blant anna til at reguleringsmonopolet vart oppheva til at andre enn berre kommunen kunne fremme reguleringsplaner i 1985 (ibid). Vidare veks det fram ein *nettverksorientert styringsmodell - Network Governance*; kor planlegging er nytta i samarbeid mellom aktørar med ulike ressursar og kompetanse, for å løyse felles utfordringar (Falleth &

Saglie 2013). Dei fastset problem, mål og strategi saman. Ulik kunnskap, ressursar og reiskap bidrar til effektivitet i planlegginga og godt resultat (Falleth & Saglie 2013).

Det er i dag større fokus på samarbeid mellom fleire aktørar enn før kor planlegging er endra frå å vere eit styringsverktøy til eit utviklingsverktøy (Falleth & Saglie 2013). I praksis lever desse modellane side om side. Planlegging er blitt eit samarbeid mellom det offentlige og private, og i aukande grad enn før også einskild individ, brukargruppe, organisasjonar og næringsliv (ibid). Planlegging er dermed også ein kunnskapsbasert verksemd, som har endra seg frå fagleg byplanlegging til i større grad politisk styrt samfunnsplanlegging i arbeidet med å skape framtidens kommunesamfunn. I dag er kommunen viktigaste planmynde (Falleth & Saglie 2013).

Plan- og bygninglova (2008) uttrykker at planlegging er politikk, ved at vi har ei folkevald styring som alltid har siste ordet ved endelige avgjersler og nye planar (Falleth & Saglie 2013). Dei folkevalde politikarane får ikkje lenger ein plan frå planetaten opp i nevane, men skal vere den som har føringa i planprosessar (ibid). I samband med nytt val av kommunestyre kvart 4.år, skal kommunestyre saman med dei folkevalde utarbeide kommunens planstrategi og kommuneplan med samfunnsdel, arealdel og handlingsprogram med ein økonomidel. Planstrategien er eit strategidokument som skal drøfte kommunens val i forhold til ønska samfunnsutvikling, med tanke på miljøutfordringar, sektorenes verksemd og kommunens planbehov. Kommuneplanen skal ta stilling til langsiktige utfordringar, mål og strategi, og i handlingsprogrammet skal ein samle teori med praksis og konkretisere korleis utfordringar, mål og strategiar frå planstrategi og samfunnsdelen, er tenkt å følgjes opp ut ifrå økonomiske rammes (Falleth & Saglie 2013).

Folkehelseperspektivet skal forankrast i kommuneplanen etter Plan- og bygningslova (2008) ved at status og oversikt over helseutfordringar i kommunen skal bli belyst i planstrategien, som igjen skal føres vidare i planprosessen med samfunnsdel (utfordringar, metode, mål), areal- og økonomiplan (Folkehelsemeldinga 2012-2013). Folkehelselova (2012) legg opp til eit systematisk og langsiktig folkehelsearbeid som kan bli illustrert slik som figur 1 viser.



Figur 1: (Folkehelsemeldinga 2012-2013:159).

Folkehelselova (2012) uttrykker at kommunen skal ha oversikt over helsa til sine innbyggjarar, for å kunne setje i verk dei naudsynte tiltak som trengs. Etter nytt kommuneval skal starten i sirkelen; *-oversikt* legge grunnlaget for prioriteringar i kommunens *planstrategi*. Ut i frå kommunens lokale utfordringar og behov skal ein *fastsette mål i plan*, og setje i verk *tiltak* for dagens og framtidens samfunnsutfordringar. Siste ledd *evaluering* skal sikre at kommunar utføre ein internkontroll om at krav i folkehelselova blir overhaldt (Helsedirektoratet 2012). Plan- og bygningslova vart vedtatt i 2008, men kom ikkje i offentleg drift før i nytt kommuneval i 2011. Det er altså det nye plansystemets første runde, 2011-2015, som no nærma seg slutten.

2.4. Folkehelse og planlegging

Tidlegare var folkehelse inkludert i planlegginga med det mål om å redusere smitte og betre hygiene (Næss 2013). I dag er folkehelse inkludert i planlegginga med det overordna mål å skape eit samfunn som fremja helse i heile folkesetnaden (Folkehelsemeldinga 2012-2013). Folkehelselova (2012) er tett knyta til Plan- og bygningslova (2008) og dette kjem fram i dei tre krava frå sistnemnde lov, kor planlegging skal: *«fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet»* (Plan- og bygningslova 2008:§3-1F). Vidare seier Plan- og bygningslova (2008) også at:

Planleggingen skal fremme helhet ved at sektorer, oppgaver og interesser i et område ses i sammenheng gjennom samordning og samarbeid om oppgaveløsning mellom sektormyndigheter og mellom statlige, regionale og kommunale organer, private organisasjoner og institusjoner, og allmennheten (Plan- og bygningslova 2008:§3-1).

Heilskapen skal forankre folkehelse i både planer, tiltak og aktivitetar ved å samarbeide om langsiktige løysingar som også vurderer konsekvensar for miljø og samfunn (Plan- og bygningslova 2008). Dei samfunnssektorar som kjenner «eigarskap» til ein påverknadsfaktor for helse, bør bidra i tverrsektorielt samarbeid (Samhandlingsreformen 2008-2009).

Det moderne samfunnet er blitt meir og meir komplekst, helseutfordringane har endra karakter og førebyggjande helsearbeid handlar i større grad enn før om å påverke korleis folk lever (Røiseland & Vabo 2012). Å redusere sosiale helseskilnader er hakke meir komplisert oppgåve enn å opplyse folk om god hygiene (ibid). I planleggingsteorien er komplekse samfunnsutfordringar referert til som «wicked problems» fordi det er ofte usikkert korleis problemet eigentleg heng saman og korleis ein kan handtere det (Rittel & Webber 1973).

Folkehelsearbeid er døme på politikk som kan handtere slike komplekse uhandterlege problem, som til dømes sosiale helseskilnader kor ein einskild aktør ikkje sit med løysinga åleine (Hofstad 2013). I denne samanheng står samarbeid mellom sektorar sentralt, og planlegging blir eit viktig tverrsektorielt styringsverktøy (Falleth & Saglie 2013).

2.5. Suksesskriterier og utfordringar ved lokalt folkehelsearbeid

I dag er folkehelseansvaret lagt til kommunen i følgje Folkehelselova (2012) nettopp fordi folkehelsearbeidets fokus skal ut av helsesektoren og inn i kommuneorganisasjonen i sin heilskap. Dette kan skape nokre utfordringar i forhold til at kommunen må prioritere og arbeide annleis utover tradisjonelle arbeidsmetodar (Helsedirektoratet 2014). Det skaper eit behov for kunnskap og kompetanse, samt å utvikle nye verktøy og modeller i lokalt folkehelsearbeid (ibid). Til dømes kunnskap om å fange opp trekk som skaper skilnader i helse, eller korleis førebyggje psykisk helse hos barn (ibid).

Kommunane er under press frå ein aukande pleie- og omsorgssektor som stel mykje av fokuset og ikkje minst ressursane (St.meld. nr. 16 2002-2003). Samstundes bør det rettes fokus mot å flytte økonomiske ressursar for å styrke det systematiske og langsiktige folkehelsearbeidet (Folkehelsemeldinga 2012-2013). Helsedirektoratet (2011b) peiker på det som ein kalla ein «venstreforskyving» frå det førebyggjande tenesteperspektivet retta mot sjukdom til eit heilskapleg folkehelseperspektiv retta mot årsakene bak helse (Helsedirektoratet 2010; Helsedirektoratet 2011a). Styrken med folkehelse er potensialet for å vere noko som kan bidra til ein meir effektiv bruk av offentlege ressursar (Hofstad 2014).

Det er variasjonar i kommune-Noreg i kor stor grad ein faktisk prioriterer førebyggjande helsearbeid, ettersom folkehelsearbeid krev langsiktig innsats før ein ser resultat (St.meld. nr. 16 2002-2003). For å lykkes med folkehelsearbeid er det behov for god strategisk forankring og å setje av ressursar til ein koordinator som kan bistå det lokale folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet 2014; St.meld. nr. 16 2002-2003). Ein folkehelsekoordinator har blant anna ansvar for å styrke planlegging og samarbeid på tvers, samt politisk forankring (Helsedirektoratet 2014). Dette innebere ein koordineringsfunksjon som skal ivareta folkehelseperspektivet i kommunale planar og prioriteringar, samt forankring av helseansvaret på ulike samfunnsområder (ibid).

Folkehelsearbeid er tverrfagleg, sektorovergripande og kriterier for å lykkes er politisk forankring og god vilje (St.meld. nr. 16 2002-2003). Ettersom det er dei folkevalde

politikarane som har føringa i planprosessar (Falleth & Saglie 2013) har dei ein sentral rolle i arbeidet med å skape ei samfunnsutvikling som tar i vare helseomsyn. NOU 1998:18 *Det er bruk for alle* hevder følgjande:

«Folkehelsearbeidet er først og fremst en politikerjobb. Det er bare politikerne som kan legge rammer slik at innbyggerne bor tilfredsstillende, opplever trygge og gode oppvekstmiljøer, satser på å utvikle «sikre» lokalsamfunn som omfatter folk flest m.v.» (NOU 1998:18:428).

Sett i lys av folkehelse kan det vere vanskeleg for politikarane å inkludere dette tankesettet opp på alt anna som skal vere med, med tanke på at helseperspektivet har endra seg, og handlar i dag om meir enn fysisk aktivitet og sunn mat (Røiseland & Vabo 2012).

2.5. Tidlegare forskning

Samhandlingsreformen og folkehelselova vart begge sett i verk 1.1.2012, og har derfor berre vart i omlag tre år. I etterkant er det gjort noko forskning og etter-evaluering, særleg av Norsk Institutt for by- og regionplanlegging, NIBR, men å setje i verk ei reform er tid- og ressurskrevjande, og det er viktig å ha med seg når ein vurderer kor langt dette er kome.

2.5.1. Kommunalt folkehelsearbeid før og etter Samhandlingsreformen

Ei studie utført av Norut Alta (2012) viser at i starten av reformen var det ulike haldningar og kunnskap om folkehelsearbeid i kommune-Noreg. Nokre synes folkehelse var eit bredt felt som var vanskeleg å få tak på, særleg fordi det er så usikkert kva tiltak som verker og ikkje verker, og samstundes ser man ikkje resultat før langt fram i tid (ibid). Det var derfor skilnader i kva grad ein prioriterte folkehelsearbeid (Abelsen et al. 2012). Men det er mange norske kommunar som har hatt fokus på folkehelse også før samhandlingsreformen vart i verksett (Abelsen et al. 2012; Helgesen et al. 2014; Ouff et al. 2010).

Frå 1989 til 1994 var det eit prosjekt; *Samla plan* som hadde mål om å teste ut organisasjonsmodeller og tiltak innan helsefremjande og førebyggjande arbeid med helsesektoren som ansvarleg (Helsedirektoratet 2011a). Erfaringane herfrå kan seies å ha gitt auka merksemd på tverrsektorielt samarbeid og folkehelse, og kva som trengs for å lykkes. God forankring på tvers av sektorene, involvering av lokalpolitikarane og utforming av mål i fellesskap var nokre av nøkkelfaktorane som kom fram. Dette har lagt føringane for å introdusere partnerskapsmodellen til å styrke samarbeid på tvers (Helsedirektoratet 2011a).

Ein rapport av NIBR, MøreForsking og Høgskulen i Volda som bygger på studiar frå 2008-2009, før samhandlingsreformen og folkehelselova trådde i kraft, har evaluert helse-i-plan prosjektet og partnerskapsmodellen (Ouff et al. 2010). Sjølv om studien er retta konkret mot bruk av desse to verktøyane i folkehelsearbeidet gjorde dei nokre interessante funn særleg ved kommunalt folkehelsearbeid *før* nyare lovverk som nemnd trådde i kraft. Rapporten viser blant anna at fleire kommunar har etablert tverrsektorielle grupper uavhengig om dei har partnerskapsavtale med fylkeskommunen og at gruppene inkluderer i størst grad helsesektor, skule og kultur, og i minst grad plan/teknisk sektor. Fleire av folkehelsekoordinatorane opplevde at plan/teknisk ikkje var klar over si eiga rolle i det store biletet og deltek på det dei ønskjer utan å ha eit heilskapleg perspektiv, noko som kan antyde at det er ein utfordring å kombinere planlegging og folkehelse. Dei gir også uttrykk for at det er vanskeleg å nå gjennom til politikarane med folkehelseperspektivet både på bakgrunn av kunnskap samt presset frå økonomiske rammer (Ouff et al. 2010).

Andre sentrale funn frå rapporten er betydinga av folkehelsekoordinatorens plassering administrativt, samt politisk forankring og deltaking, fordi det viser at folkehelsearbeid er viktig. Det kjem også fram at ein viktig strategi for å sikre kunnskapsutveksling, kompetanseheving og motivasjon var nettverksorganisering (Ouff et al. 2010).

Ein anna rapport utgitt av NIBR 2 år etter samhandlingsreformen trådde i kraft dokumenterer auka merksemd rundt kommunalt folkehelsearbeid (Helgesen et al. 2014). Rapporten viser også betydinga av å setje av nok ressursar til ein folkehelsekoordinator i kommunen, samt strategisk plassering (ibid). Vidare viser funn at 85% av kommunane har ei stilling til folkehelsekoordinator, men berre 43% stadfestar at det er ei 100% stilling. 65% av folkehelsekoordinatorane har rådmannen som næraste leiar (Helgesen et al. 2014). Auka merksemd rundt folkehelsearbeid i kommunen har også skapt bevissthet for behovet av tverrsektorielt samarbeid (ibid). Rapporten viser at 74,4% av kommunane meiner at reformen har styrka det tverrsektorielle samarbeidet. Det er i størst grad helsestasjon, skule, kommunelege, rådmann/administrasjon og kultur-sektoren (i gitt rekkefølge) som deltek i slike samarbeid. Plan/teknisk kjem på ein sjetteplass av tolv fagfelt (ibid). Dette viser at det fortsatt kan vere ein utfordring å kombinere folkehelse med planlegging, men på ein anna side deltek rådmannens stab i 68% av kommunane som er større grad enn før (Helgesen et al. 2014).

Same rapport trekkjer fram nokre utfordringar ved kommunalt folkehelsearbeid. Det er vanskeleg å få forståing for at folkehelse er eit samfunnsansvar, i alle sektorar, slik at

folkehelse blir integrert som ein del av den kommunale organisasjonen (Helgesen et al. 2014) som jo «helse i alt vi gjer» prinsippet antyder. Ei anna utfordring som nemnes er til dømes: «at det er vanskelig å få forståelse hos politikere for at kommunen må re-orientere seg fra behandling i retning av primærforebygging og helsefremming fordi dette først gir resultater på lengre sikt» (Helgesen et al. 2014:37). Kommunen har knappe ressursar og midlar til det langsiktige folkehelsearbeidet og må handle innafor eit stramt budsjett (ibid). 84% av kommunane meiner dermed at det er ein utfordring å kombinere det breie langsiktige folkehelsearbeidet med det kortsiktige (Helgesen et al. 2014).

Til tross for auka merksemd og fokus på folkehelsearbeid har det ikkje skapt konkrete organisasjonsendringar eller strategisk forankring i kommunen (Helgesen et al. 2014). Ein har heller ikkje tilstrekkeleg kunnskap om i kva grad samhandlingsreformen har ført til ein tydeleg prioritering av folkehelse i kommunal planlegging og/eller politiske prioriteringar (ibid).

Ettersom tema for masteroppgåva er knytt til samhandlingsreformen og folkehelselova, vil det meste av forskning gjort tidlegare vere norsk for at det skal passe inn i lokal kontekst. Likevel er det nokre internasjonale studiar innan styringsnettverk og samarbeid som kan vere relevant å trekke inn.

2.5.2. Styring gjennom nettverk

Ein casestudie frå Australia har undersøkt korleis forventningar til resultat og prosess basert på tradisjonelle metodar kan skape barriere for å utnytte det fulle potensialet ved bruk av ein ny-innovativ metode som nettverk for å handtere «wicked problems» (Keast et al. 2004). Forskarane hevder at forventningane til bruk av styringsnettverk er basert på «tradisjonelle» raske resultat, som berekraftige kvalitetssikra tenester, og dersom ein vil utnytte den potensielle nytteverdien bør politikarane rydda opp i kva forventningar dei har til bruk av styringsnettverk. Elles kan det vere ein fare for at dei vil fortsette å utvikle tradisjonell politikk basert på ein byråkratisk hierarkisk styringsform. Studien viser også at utbytte av eit styringsnettverk vender også i større grad mot prosess-relaterte resultat, som endra haldningar og oppfatningar, gode relasjonar gjennom kontinuerleg samarbeid over lengre tid, og dette er fordelar som ein bør vere klar over både fordi det kan påverke resultat av styringsnettverket og fordi det kan kome til nytte i andre samanhengar. Keast et al. (2004) peiker på behovet for

å fange opp fordelane og bli bevisst på å dra nytte av desse, ettersom det er ein fare for at nettverk kan bli mindre viktig enn det fortener.

I denne studien kjem det fram at felles mål og semje om behov for nye metodar i møte med felles utfordringar er viktig, samt gode relasjonar og tillit mellom aktørane for å skape eit effektivt samarbeid. Man ser kvarandre som ressursar i staden for konkurrentar, som utvider kunnskapen ein har av kvarandre og kan styrke utfallet av resultatet (Keast et al. 2004).

Ei nyare studie frå 2010 i Nederland har undersøkt relevansen ved tillit i styringsnettverk og kva betyding tillit har for resultat ved komplekse avgjersleprosessar (Klijn, E.-H. et al. 2010). Resultatet viser at tillit er eit viktig element i styringsnettverk for å oppnå betre utfall. Tillit handlar om forventningar ein har til kvarandre og er særleg viktig i sårbare usikre situasjonar, som til dømes styringsnettverk ofte er (Klijn, E.-H. et al. 2010).

Ei anna studie frå Nederland har undersøkt kva verknad ulike typar nettverksleiing «network management» har på samarbeid og resultat av komplekse prosesser i styringsnettverk (KLIJN, E. H. et al. 2010). Nettverksleiing innebereg at ein forsøke bevisst å styre prosessen og legge til rette for samhandling i nettverket (ibid). Ein av utfordringane i slike styringsnettverk er at ulike mål blant aktørane gjer det vanskeleg å utforme felles mål som skal styre prosessen (ibid). Dessutan varer ofte styringsnettverk over ein lengre periode slik utfordringar i omgivingane og mål hos aktørane er i stadig endring. Funn viser at det er ein sterk samanheng mellom nettverksleiing og resultatet av styringsnettverk (KLIJN, E. H. et al. 2010).

Studien viser at ein god leiar som nyttar ein kombinasjon av ulike leiingsstrategiar har best føresetnad for å sikre gode resultat, skape tillit og gode relasjonar, vekst og utvikling og ein god prosess gjennom samarbeidet (KLIJN, E. H. et al. 2010). Døme på slike nettverksstrategiar er «*connecting*», «*exploring content*», «*arranging*» og «*process agreements*» (KLIJN, E. H. et al. 2010:1069). «Connecting» er ein strategi som ein gjerne nytta i startgropa av styringsnettverket, kor ein vel ein «network manager» som har ansvar for ein strategisk seleksjon av aktørar for å oppnå mest mulig produktivitet. Dette er ein strategi kor ein legg til rette for ønske og motivasjon til å yte ein innsats for samarbeidet og fjerne eventuelle barrierar. Vidare er «exploring content» ein strategi som er naudsynt for å klargjere felles retning og mål, jobbe for løysingar som kjem aktørane til gode ved å investere tid og ressursar og samle informasjon og kunnskap. «Arranging» er ein strategi for å organisere, strukturere og arrangere for «produksjon» innad i nettverket. Til dømes arrangere eit prosjekt,

skape relasjonar utafor nettverket, kommunikasjon etc. Medan «process agreements» er ein strategi for å skape ulike grunnleggande reglar tilknytt nettverket som aktørane må halde seg til (KLIJN, E. H. et al. 2010).

2.6. Governance – Samstyring gjennom nettverk

Samarbeid på tvers av marknad, offentlege myndigheter og sivilsamfunn er ikkje noko nytt fenomen, men i slutten av 90-tallet veks det fram ein aukande internasjonal litteratur om *governance* (Røiseland & Vabo 2012). Bakgrunnen var at Storbritannia og USA sin politikk om redusert offentlig kontroll med samfunnsutviklinga skapte uro for framtida til både demokratiet og offentlig styring (ibid). Nettverksbaserte samarbeid erstattar ingen av dei tidlegare styringsformene, men fungerer som eit supplement (Head 2008; Røiseland & Vabo 2012). Samstyring kjem som regel på banen når det er noko offentlig sektor ikkje klarer å løyse åleine med tradisjonelle metodar (Røiseland & Vabo 2012). Samstyring har fleire likkapsstrekk med nettverk ettersom governance ofte blir assosiert med nettverk (ibid).

Samstyring handlar om at aktørane gjennom ein planlagt aktivitet med konkrete mål og strategiar basert på forhandlingar skal handle til det beste for det offentlege (Røiseland & Vabo 2012). Aktørane ønskjer å løyse eit felles problem som dei berre kan klare saman i fellesskap, og bidrar på kvar sin måte i samarbeidet, med kompetanse, erfaring eller pengar, og utfyller kvarandre slik at dei på den måten blir i varierende grad avhengig av kvarandre for å finne ein god effektiv løysing (ibid). På den måten vil samstyring bidra til å oppnå meir enn kva ein ville gjort åleine. Samstyringsstrukturen vil likne ein organisasjon på fleire måtar, men med ein noko lausare struktur. Konkrete ramar og reglar er viktig (Røiseland & Vabo 2012). Røiseland og Vabo (2008) argumenterer for at samstyring bør vere organisert. Det er ikkje nok at aktørane berre er gjensidig avhengig av kvarandre for vedvarande samarbeid over tid (ibid).

I følgje Provan og Kenis (2008) kan ein type nettverksform vere 100% styrt av organisasjonen som «eige» nettverket. Organisasjonen koordinerer og styrer nettverket via ein av deltakarane som har ansvar for formål, oppgåver og ansvarsfordeling (ibid). Dette skapar ein asymmetrisk maktstruktur/ubalanse ettersom nettverket blir avhengig av ressursar og styring frå organisasjonen. Nettverkets formål er ofte mål som er relatert til organisasjonens drift i heilskap. Ein anna type nettverksform kan vere deltakarstyrte nettverk, kor styringa er delegert til alle deltakarane eller eventuelt éin av dei (ibid). Dette gir ein desentralisert

struktur, ein sentralisert form ville vere dersom nettverket er ytre styrt anten ved at det er eit frivillig etablert nettverk av deltakarane eller utvalt som ein del av nettverksdanninga i ein organisasjon (ibid). Deltakarstyrt nettverksstyring er avhengig av engasjement og deltaking av alle i nettverket, og har saman ansvar for å koordinere oppgåver og ta avgjersler (Provan & Kenis 2008).

2.6.1. Organisering

Samstyringsnettverk er ein relativt ny governance-tilnærming til å løyse moderne samfunnsflokke; «wicked problems» (Keast et al. 2004). Provan og Kenis (2008) meiner det er ulike kriterier som kan prege nettverkets funksjon for å løyse bestemte oppgåver, som til dømes kor mange aktørar som deltek (*storleik*), kva relasjon ein har til kvarandre (*tillit*), kva grad det er semje om mål (*konsensus*) og kva erfaring og kompetanse ein har på nettverksdeltaking (*nettverkskompetanse*). Dette er kriterier som meir eller mindre vil påverke kvarandre, til dømes vil tal på deltakarar kunne påverke i kva grad det er tillit dei imellom. Eit mindre nettverk vil ha betre føresetnad for å opparbeide tillit enn eit stort nettverk. Jo fleire deltakarar i nettverket jo meir komplisert og utfordrande kan det vere å styre (ibid). Provan og Kenis (2008) antyder også at det kan spele ei rolle dersom deltakarane i nettverket har lengre avstanda mellom kvarandre slik at det blir vanskeleg å møtes. Dersom nettverket velje ein aktør som har ansvaret for å koordinere arbeidet kan det auke effektiviteten (Provan & Kenis 2008).

Felles mål kan ha betydning for årsaken til nettverket i utgangspunktet og vere ein støtte og motivasjonsfaktor for deltakarane, som kan stimulere til auka effektivitet (Provan & Kenis 2008). Som ved alle dei andre faktorane vil det også her vere variasjonar, som saman med dei andre forholda i ulik grad påverke effektiviteten. Likevel ser det ut til at konsensus for kva som er målet kan styrke effektiviteten i større grad enn om det ikkje er konsensus. På ein anna side kan konflikt og diskusjon også bidra til utvikling og vekst (Provan & Kenis 2008).

Provan og Kenis (2008) meina også at det er behov for ein viss grad av nettverkskompetanse hos deltakarane uavhengig av nettverksform, ettersom eit nettverk som regel blir danna fordi ein ønskjer å oppnå noko ein ikkje klare på eiga hand. Dette er avhengig av kva som er formålet med nettverket, samt kva ytre behov og krav som er rundt nettverket.

Nettverkskompetanse kan deles opp slik; effektivitet/inkludering, ekstern og intern legitimitet og fleksibilitet/stabilitet (Provan & Kenis 2008).

Effektivitet er som regel alltid eit mål ein forsøker å nå (Provan & Kenis 2008). Utfordringa er at det kan gå utover andre mål, til dømes ved at langsiktige mål kjem i skugga av kortsiktige mål. Dersom nokon ender opp med fleire arbeidsoppgåver og ansvar enn andre kan dette også skape frustrasjon og skeivhet i nettverksmiljøet som reduserer effektiviteten (ibid). Nettverksstyring må også identifisere og handtere forventningar for å oppnå ekstern og intern legitimitet ettersom det kan styrke effektivitet i og utanfor nettverket. Dersom deltakarane oppleve at nettverket skapar fordeler, som igjen gir motivasjon til samarbeidet kan dette auke innsatsen og på den måten effektiviteten (Provan & Kenis 2008). Eit effektivt styringsnettverk er stabilt og tilpassingsdyktig, med kontinuerleg vilje og evne til å gjere naudsynte endringar (ibid). Stabile nettverk kan skape gode og trygge relasjonar mellom medlemmane, som er ein styrke, men dei krev ein viss hierarkisk struktur, som kan vere ein barriere for relasjonsbygging og fokus på målet (ibid). Stabilitet har også betydning for nettverkets legitimitet både i og utanfor nettverket. Eit fleksibelt nettverk kan vere ein utfordring, særleg med tanke på legitimitet og effektivitet (Provan & Kenis 2008).

Sørensen og Torfing (2009) meiner at styringsnettverk er ingen enkel strategi, og ein bør ha god kompetanse på strategi og samarbeid. Ein universell standard nettverksform er urealistisk og lite egna, og til tross for gjennomtenkt val av nettverk kan det føre med seg nokre utfordringar (Provan & Kenis 2008). Ein er ikkje dermed sikra effektivitet og suksess (Sørensen & Torfing 2009).

2.6.2. Utfordringar

Bruk av styringsnettverk i offentlig sektor har ofte som mål å auke effektiviteten i offentlig styring, og det er derfor viktig å kunne noko om utfordringar og suksesskriterier for å dra nytte av det fulle potensialet ved styringsnettverk (Sørensen & Torfing 2009). Samstyring kan verke som ein openbar god strategi i møte med felles komplekse problem, men det kan oppstå utfordringar når aktørar med ulike interesser skal forhandle saman (Røiseland & Vabo 2012). Til dømes fungerer det dårleg med bruk av autoritet eller makt (ibid). Ettersom aktørane er avhengige av kvarandre sitt bidrag kan dei miste verdifulle fordelar dersom nokon skulle trekke seg frå samarbeidet (ibid). Avgjersle må derfor forhandles fram basert på semje mellom alle aktørane. Det blir også vanskeleg å nå felles mål dersom ein ikkje ser nytten av samarbeidet (ibid). På den eine sidan er dette målet med samstyring og nettverk; å meistre ulike interesser og konflikhtar, medan konflikhtar også kan vere ein barriere for å bruke nettverk som ei løysing (Røiseland & Vabo 2012). Det kan vere vanskeleg å vurdere om samstyring

fungerer fordi måla endra seg undervegs eller aktørane har ulike forventningar til resultat (Sørensen & Torfing 2009).

Styringsnettverk har ofte ein funksjon knytt til ulike faktorar, til dømes problem- eller konfliktløysing, ressursallokering, demokratisk forankring gjennom inkludering av frivillige aktørar og innsyn frå sivilsamfunnet, kompetanseheving og læring (Sørensen & Torfing 2005) eller politikkkutforming og iverksetjing (Sørensen & Torfing 2009).

Målet med styringsnettverk kan vere å dekke eit behov som offentleg sektor ikkje klarer åleine og undervegs kan ein oppdage nye og uventa løysingar som også har fordelar (Røiseland & Vabo 2012). Dersom nettverket har etablert gode relasjonar og ein positiv gjensidig nytteverdi som gir høg grad av intern legitimitet, vil også sannsynet for å stå imot nye krisar og utfordringar, samt mulighet for suksess auke (ibid). Ved pålagte samstyringsnettverk vil ofte den eksterne legitimiteten vere høg fordi det som regel er ein etterspurt strategi, som auka høve finansiering og støtte generelt frå det offentlege (Røiseland & Vabo 2012).

2.7. Oppsummering

Dette kapitlet har sett på korleis helseperspektivet har endra seg i takt med samfunnets utvikling og behov, frå eit sjukdomsperspektiv med mål om å utrydde epidemiar til eit påverknadsperspektiv med mål om å endre folks vanar og levesett for å utjamne sosiale helseskilnadar og førebygge livsstilsjukdomar. Bruk av planlegging har også endra seg frå ein «top down»-tilnærming med styring gjennom reglar og rutinar til å vere ein arena for samarbeid av ulike aktørar med mål om å dekke eit behov offentleg sektor ikkje klarer på eiga hand. Bruk av nettverk og samstyring er aukande for å sikre effektivitet i samfunnsstyring. Nettverksstyring er ingen sikker metode, og kan by på utfordringar på lik linje med andre strategiar.

Tidlegare forskning visar at folkehelsearbeid er ikkje noko nytt i norske kommunar. Fleire har arbeida med dette i lengre tid og nokon er fortsatt i ein «modningsprosess». Frå å handle om bakgrunn for tema og teoretisk forankring i denne masteroppgåva går vegen vidare til presentasjon av metode-kapitlet.

DEL 3: METODE

3.1. Innleiing

I dette kapitlet vil bakgrunn for val av studiens forskingsdesign gjort reie for, samt ein skildring av gjennomføring av studien. Det vil bli gjort reie for utvalskriterar som låg til grunn for val av case og rekruttering av informantar, og korleis datamaterialet vart analysert. Til slutt ein skildring av etiske aspekt, metodisk kvalitet og ein kort oppsummering.

3.2. Vitskapleg forskingsmetode

I min studie la problemstillinga klare føringar for kva metode som skulle nyttas.

Problemstillinga viser at ein ønskjer å studere kommunen sine personlege erfaringar og opplevingar kring organisering og samarbeid med folkehelsearbeid og planlegging. Val av design falt derfor naturleg på **kvalitativ forskingsmetode**, som handlar om å få fram personlege erfaringar og opplevingar som ikkje kan bli målt i tal, som derimot kvantitativ forskingsmetode er oppteken av (Dalland 2007). Kvantitative forskingsdesign er opptatt av å studere mange einingar (N=), forklare årsakssamanhengar og måle data i tal, medan kvalitativ metode er meir opptatt av å få fram heilskap, forstå og utforske fenomen med livsverda - dagleglivet som utgangspunkt. Gjennom erfaringsbasert kunnskap søkje ein det meningsfulle og reelle ved eit fenomen eller ein situasjon. Døme på kvalitative forskingsmetodar er observasjon, intervju eller tekst (Kvale & Brinkmann 2012).

Fenomenologi og **hermeneutikk** er tradisjonelle tilnærmingar innan kvalitativ forskning. Det som ligg til grunn i fenomenologien, er ein forståing av sosiale fenomen gjennom menneskjer sin måte å oppfatte verda på –det er det som er den verkelege røyndommen. Det er ein rein skildrande vitskap som ikkje er opptatt av å skape ny kunnskap, men heller forstå det som allereie er (Kvale & Brinkmann 2012). Ein fenomenologisk tilnærming er valt fordi eg ønska å utforske menneskjers erfaring og forståing av eit konkret fenomen (Johannessen et al. 2011).

Medan fenomenologien er læra om fenomen, er hermeneutikken læra om fortolking av mening. I følge Kvale og Brinkmann (2012) burde hermeneutikk vere base for all forskning, nettopp fordi ein kjem ikkje utanom –ein må tolke. Ein av hermeneutikkens prinsipp er den hermeneutiske sirkel (Kvale & Brinkmann 2012). Den hermeneutiske sirkel handlar om at ein heile tida beveger seg i ein spiral mellom det som skal bli tolka, kontekst og vår forforståing. I hermeneutikken er det viktig at forskaren grunnjer sine tolkingar av teksten, både delar av den og teksten i heilskap. Fortolkinga kan også ha bakgrunn i frå andre årsaker, til dømes forskarens bakgrunn, og slik er det ein evig sirkel (Johannessen et al. 2011). Eg har vald ein

kombinasjon av desse to tilnærmingane for å skape heilskaplege skildringar som er nært tilpassa menneskje og deira oppfatning av verda.

Det vart valt å ta utgangspunkt i eit case – ein kommune.

3.2.1. Casedesign og utvalskriterier

Gerring (2004) hevder at casestudiar er grundige studiar av ein eining med det mål å generalisere til større einingar. Formålet med studien var i utgangspunktet å studere ein kommune som hadde funne ein god metode å organisere folkehelsearbeid og planlegging for å få belyst dette slik at andre kommunar kunne dra nytte av deira erfaringar og strategiar dersom ein kunne få identifisert nokre suksessfaktorar. Mitt ønske var ikkje å generalisere, alle kommunar i Noreg har nok ikkje brukt same metode og oppnådd same erfaring som min case. Det var heller eit ønske om studien kunne ha ein viss grad for overføringsverdi, til dømes ved å identifisere fordelar eller utfordringar som andre kommunar kan dra nytte av for å utvikle eit langsiktig systematisk folkehelsearbeid. Andersen (2013) sin definisjon lyder følgjande: «*Casestudiar er intensive kvalitative studier av en eller noen få undersøkelsesenheter*» (Andersen 2013:14). Ein casestudie er eit kvalitativt forskingsdesign ettersom det søker å forstå særtrekk ved menneskjer og samfunn, eller forklare komplekse samanhengar. Ein ønskjer å forstå korleis noko skjer heller enn kvifor noko skjer, samstundes som det er relevant korleis det blir opplevd (Andersen 2013).

Målet i denne studien var å utvikle detaljert informasjon om eit einskild tilfelle. I mitt tilfelle er både informantane og konteksten rundt fenomenet sentral (Kvale & Brinkmann 2012).

Læringsprosessen som Flyvbjerg (2006) skriver om i sin artikkel har verdi i ein casestudie. Han meina at konkret praktisk kontekstavhengig kunnskap har like mykje verdi, om ikkje meir, enn generell teoretisk kontekst-uavhengig kunnskap. Å oppleve nærleik til «real life-situasjonar» er viktig for å utvikle eit nyansert bilete av den verkelege røyndommen som ein ikkje kan lese seg til. Ved å få nærleik til det som blir studert og tilbakemelding frå informantane vil casestudiar vere ein effektiv metode for å lære av røyndommen (Flyvbjerg 2006).

Utvalskriterier for mitt case var at kommunen utmerka seg i sitt arbeid med lokalt folkehelsearbeid, særleg kring organisering, tverrsektorielt samarbeid og planlegging, for å imøtekomme lovverk, føringar, samt eigne behov, ønskjer og lokale folkehelseutfordringar. Som ein føregangskommune var det eit kriterium at dei også hadde tilset ein

folkehelsekoordinator i kommunen. I følge Samhandlingsreformen (2008-2009) er målet med tilsetjing av folkehelsekoordinator å stimulere til lokalt folkehelsearbeid og tverrsektorielt samarbeid. Å ha folkehelsekoordinator-stilling er ikkje pålagt, men ein anbefaling.

Utgangspunktet mitt var eit ønske om å gå via ein fylkeskommune for å gjere eit informert case-val. Val av fylkeskommune var pragmatisk styrt. For å gjere casestudien praktisk mulig vart næraste fylkeskommune valt. Mange kommunar har arbeida med folkehelse lenge, det er derfor grunn til å tro at gode case vil kunne finnes i dei fleste fylker. Etter ein telefon til fylkeskommunen kom fleire tips om kommunar som hadde utmerka seg og kva dei ulike kommunane hadde oppnådd og kva visjon dei hadde. Basert på dette var tal på aktuelle kommunar i fylket avgrensa til 3-6 stykk. Deretter vart det surfing på internett på kommunenes heimesider og ein grov gjennomgang av kommunale planar. Fortsatt usikker, vart det endå ein telefon til fylkeskommunen, denne gong i samtale med rådgjevar for folkehelse. Ut i frå ein betre grunngjeving vart det bekrefta kva kommunen som ville gi mest «valuta» for denne type problemstilling. I følge rådgjevar for folkehelse hadde denne kommunen god erfaring med samarbeid når det gjaldt å utarbeide planar og utvikle samarbeidsmodellar. Vidare kunne vedkommande fortelje at kommunen også har ein engasjert folkehelsekoordinator som var drivkrafta bak mykje av dette.

Val av kommune var ikkje tilfeldig, men basert på eit strategisk val. Når formålet er å få mest mulig informasjon om eit bestemt case er det lite hensiktsmessig å foreta eit tilfeldig utval (Flyvbjerg 2006). Den type strategisk utval som er nytta i dette tilfellet er det Flyvbjerg (2006) kallar for «*information-oriented selection*», ein utveljing av eit singel case på bakgrunn av kva informasjon ein kan forvente å få. Og vidare det han kallar for «*extreme/deviant cases*» (Flyvbjerg 2006), eit val på bakgrunn av kva personar som er rike på informasjon om det aktuelle case (Johannessen et al. 2011) fordi dei i følge fylkeskommunen er særleg vellykka på folkehelsearbeid. Man kan også sei at utvalet er gjort på bakgrunn av den berømte snøballmetoden, som også er ein taktisk form for rekrutteringsstrategi (Johannessen et al. 2011). Snøballmetoden betyr at ein forhører seg først med nokon ein forventar er rik på informasjon om emnet, som igjen kan foreslå aktuelle personar som har konkrete opplysningar, som kan vere av interesse for forskaren (ibid). Ved å forhøre seg om kva kommune som er god på lokalt folkehelsearbeid, vil igjen ein representant frå den aktuelle kommunen vite kven som er aktuell å snakke med, og slik rullar snøballen.

Val av kommune avgjorde dermed kven som ville bli aktuelle informantar til intervju. Den aktuelle kommunen hadde organisert eit tverrsektorielt folkehelseråd som bestod av følgjande 8 representantar:

- ✚ Ordførar
- ✚ Assisterande rådmann
- ✚ Lensmann
- ✚ Rådgjevar for oppvekst
- ✚ Helsesjef
- ✚ Leiar for NAV
- ✚ Rådgjevar for eigedom
- ✚ Folkehelsekoordinator

Det var eit ønskje å intervjuje alle representantane i folkehelserådet for å få belyst korleis dei ulike informantane opplever og erfarer det same fenomenet, folkehelserådet, og på den måten få eit heilskapleg inntrykk av organiseringa og samarbeidet.

3.2.2. Kvalitative forskingsintervju

Gjennom kvalitative forskingsintervju er målet å få fram ulike sider ved fenomenet ut i frå informantens eige perspektiv. Det handlar om å forstå verda frå informantens side (Kvale & Brinkmann 2012). Det er fleire ulike typar intervju alt etter kva som er mål og hensikt. I denne studien er det nytta ein semi-strukturert intervjutilnærming, kor målet var å rette fokus mot informantens oppleving av folkehelserådet. Eit semistrukturert intervju er verken fullstendig ope eller lukka, men ein meir fleksibel samtale (Kvale & Brinkmann 2012).

Intervjuguiden bere preg av dette ved at den vart tematisert med hovudspørsmål og meir detaljerte oppfølgingsspørsmål. På den måten var det høve til å halde fokus under intervjuet, samstundes som det skulle likne ein daglegdags samtale. Intervjuguiden inneheld både faktaspørsmål –korleis er det organisert? men inneheld også meiningsspørsmål –korleis opplever du det? Oppfølgingsspørsmåla fungerte også som ei støtte for å gje meir utfyllande svar på det ein ønskja å vite noko om. Intervjuguiden ligg vedlagd i vedlegg nr 3.

3.3. Datainnsamling - gjennomføring

Det er 8 representantar i folkehelserådet, men det er gjennomført sju intervju. Etter telefonsamtale med folkehelsekoordinator i startfasen kom det fram opplysningar om at rådgjevar for oppvekst nyleg skulle intre i stillinga, vart denne representanten vurdert saman med folkehelsekoordinator som uaktuell. Dette valet vart gjort fordi vedkommande ikkje har erfaring med å delta i folkehelserådet og dermed lite (ingen) informasjon angående kommunalt folkehelsearbeid og tverrsektorielt samarbeid.

Ein gjennomgang av plandokumenter til kommunen vart gjort før intervju. Målet var å ha bakgrunnskunnskap om kommunen, kva utvikling ein ønska, mål, visjon samt utfordringar, som kan vere ein fordel i intervjusituasjonen. Det vart også deltatt på eit folkemøte i kommunen, før intervjuet vart gjennomført. Dette var nyttig for å få eit nært bilete av korleis ein arbeidar med plan i praksis, og korleis eit folkemøte føregår. Vidare var det nyttig for å få eit innblikk i kva nokon av innbyggjarane meina er viktig, og kva synspunkt og meiningar dei hadde på det som var lagt fram i utkastet til arealplanen.

I januar 2015 satt eg av 2 veker til intervju av 6 stykk. Det siste intervjuet skjedde ikkje før i byrjinga av mars. Alle intervju var avtalt i forkant anten på e-post eller telefon, og ved alle intervju var det avtalt av eg skulle møte opp på deira arbeidsplass på dagtid. Eg opplevde at alle intervju vart gjennomført på ein grei måte. Gjensidig respekt og ein felles interesse for faget skapte god stemning og ein uformell dialog. Eg brukte den same intervjuguiden til alle informantane, og eg satt igjen med gode og informative samtaler. Det var ei bevisst avgjersle at ingen av informantane fekk tilsendt intervjuguiden i forkant ettersom eg ville ha spontane ureflekterte svar. Det vart nytta bandopptakar under intervjuet, som ein støtte til både datainnsamling og analysearbeidet. På den måten kunne eg konsentrere meg meir om samtalen under intervjuet, og ikkje om å notere, samt under dataanalysen kunne eg ta utgangspunkt i nøyaktig det som var sagt. Slik unngår ein unødvendige misforståingar, og eventuelle feilkjelder.

3.4. Metode for analyse

Bruk av intervju ga meg fylldige og detaljerte skildringar av folkehelserådet og deira erfaringar. Med sju informantar vart det ein del arbeid med å transkribere, og i starten ei utfordring å ha oversikt over kva som var funn. Val av analysestrategi er vald på bakgrunn av forskings spørsmål, datamaterialets natur og ein teoribasert forståing (Kvale & Brinkmann

2012). Datamaterialet var på fleire sider, og eg tok først utgangspunkt i same struktur som intervjuguiden. Intervjuguiden hadde 6 hovudspørsmål som vart korta ned til fem tema; organisering, bakgrunn, mål, fordelar og ulempe. Til dømes spørsmål nr 1; korleis vel kommunen å organisere folkehelsearbeid og planlegging? vart tema nr 1 –organisering, medan spørsmål nr 3 og 4 i intervjuguiden vart tema nr 3 – mål. Vidare nytta eg meiningsfortetting som analysemetode for å få bort irrelevant tekst, og korte ned svara til det heilt essensielle svaret frå informanten, skildra med mindre ord (Kvale & Brinkmann 2012). Deretter systematiserte eg svar frå tema 1; organisering, frå alle dei sju informantane i eit dokument, slik at eg fekk oversikt over kva dei ulike informantane hadde svart på det same spørsmålet. Det same gjorde eg med «bakgrunn», «mål», «fordel» og «ulempe». Etter kvart såg eg at det var behov for å flytte på dei komprimerte svara. Svar under tema «organisering» vart flytta til, til dømes tema «fordeler» eller «ulempe», ettersom dette var meir hensiktsmessig. Dette er ein form for meiningskoding (Kvale & Brinkmann 2012). Når dette var gjort vart tema 4 og tema 5 endra til «suksesskriterier» og «utfordringar» ettersom eg såg at dette hadde meir samsvar. Vidare såg eg til slutt at det også var hensiktsmessig og slå saman organisering, bakgrunn og mål for å få fram folkehelserådet sin rolle. Analysen var ein lang og krevjande prosess, frå å byrje med tema frå intervjuguiden som utgangspunkt har eg enda opp med andre nye tema, som skapar betre oversikt over det eg ville finne noko om.

I følge Kvale og Brinkmann (2012) er meiningsfortetting og meiningskoding analysemetodar som *«kan bruktes til å organisere intervjutekstene, konsentrere meningsinnholdet i former som kan presenteres relativt kortfattet, og hente frem implisitte meninger i det som ble sagt»*. (Kvale & Brinkmann 2012:208). No hadde eg betre oversikt over eit meir organisert datamateriale, og eg hadde betre grunnlag for å gå vidare i prosessen. I denne fasen av analysen var eg bevisst på at eg i teksten ville ha tak i kvar informant sin erfaring, oppleving og mening om folkehelserådet, men eg var også bevisst på å løfte blikket for å få tak i betydinga av folkehelseråd som strategi for å imøtekomme kommunens folkehelseutfordringar.

«Det kan stilles mange spørsmål til en tekst, og ulike spørsmål fører til ulike meninger i teksten. (...) Disse spørsmålene er med på å bestemme den etterfølgende analysen» (Kvale & Brinkmann 2012:218). Dette er delvis bakgrunn for min analyse, -kva er det eg ønsker å vite noko om? Samt datamaterialets natur styrte analysemetoden i forhold til -kva har eg eigentleg funne noko om? Ulike teoretiske perspektiv undervegs har også vore med å styre analyseprosessen i riktig retning og vore ein støtte i å tolke informantanes utsegn (Kvale &

Brinkmann 2012). Samla var dette ein hensiktsmessig analysestrategi for å svare på mitt forskings spørsmål, ettersom det la klare føringar for kva eg burde legge vekt på, og ikkje minst kva eg burde legge mindre vekt på.

Vidare i prosessen forsøkte eg å finne samanhengar, identifisere utfordringar og suksesskriterier ut i frå dei komprimerte svara koda i kvart tema. Eg var oppteken av å tolke svara ut i frå informantens perspektiv og bakgrunn, deretter i lys av konteksten rundt, i tråd med eit fenomenologisk perspektiv (Johannessen et al. 2011). Fenomenologien og hermeneutikken låg til grunn for å finne det særigne nært ved informantens erfaringar og tolke det inn i ein meiningsfull samanheng (Kvale & Brinkmann 2012). Ein utfordring i kvalitative forskingsintervju er å ikkje ta det som blir sagt ut av samanheng, slik at det får ein heilt ny meining (Kvale & Brinkmann 2012). Dette var eg bevisst på gjennom analysearbeidet, ved å nokre gongar gå tilbake til råmaterialet for å vurdere om det fortsatt hadde samsvar. Samstundes skal analysearbeidet bidra til å byggje opp ein ny forskarkonstruert vitenskap om eit gitt fenomen (Johannessen et al. 2011). Ein sentral del av forskingsprosessen ved bruk av kvalitativ metode er forskarens tolking og refleksjonar (Kvale & Brinkmann 2012).

3.5. Etske aspekt

Som forskar er det ein del etske forhold ein bør vere obs på i forkant av ein forskingsstudie. Ein har ansvar for at informant eller deltakar, blir tatt vare på, på ein skikkeleg måte. Etske problemstillingar kan dukke opp i alle ledd i ein studie, frå planlegging og gjennomføring, til publisering av materialet. Allereie i planleggingsfasen er det viktig at mulige etske utfordringar studiet kan medføre blir belyst, og korleis ein kan løyse desse. Retningslinjer for god forskningsetikk er skildra i Helsinkideklarasjonen, som alle forskarar skal følgje (Dalland 2007). Her blir ulike krav til forskinga belyst, som til dømes; personvern og konfidensialitet, informert samtykke, samt krav til informasjon til informant/deltakar. I denne studien er dette ivaretatt ved at informantane fekk tilsendt eit utfyllande skriv om formål med studien og kva deltakinga inneber. Det vart konkretisert at deltaking er frivillig og bruk av bandopptakar under intervjuet (sjå vedlegg).

Ei av dei etske problemstillingar som eg vart konfrontert med undervegs i prosessen, var omsynet til anonymisering. Det var eit mål å anonymisere informantane, og gjere dei så lite gjenkjennelege som muleg. Namn på informant og namn på kommune er anonymisert.

Tittel/stilling er derimot ikkje anonymisert ettersom det er relevant å behalde desse for å få fram innhaldet og forståinga av det som blir belyst. Dette gjer at dei ulike informantane kjenner til kvarandre. Avgjersla er gjort for å skape ei forståing kring det innhaldet som kjem fram i kapittel 4.

3.6. Metodisk kvalitet

Forskningsdesign handlar om kva reglar og retningslinjer ein nyttar for å gjennomføre undersøkingar. Det er ulike kriterier som må vere oppfylt før ein kan trekke eventuelle konklusjonar som til dømes at resultatet man fekk stemmer med røyndommen. I følgje Johannessen et al. (2011) er dei viktigaste kjenneteikna ved god empirisk forskning grundighet, systematikk og det å vere open. Andre kriterier som bør vere tilnærma oppfylt ved god kvalitativ forskning er reliabilitet og validitet. Johannessen et al. (2011) meina at nokon gongar kan ein vurdere kvalitet på kvalitativ forskning ved å nytte andre kriterier. Malterud (2001) har utarbeida ein sjekklister for kvalitative forskingsmetode med mål om å fylle gitte kvalitetskrav, som å sikre innsyn til prosessen og overføringsverdi utover den aktuelle forskingsstudien.

Reliabilitet handlar om i kva grad ein kan stole på det resultatet man fekk. I kva grad man ville fått dei same funna igjen om ein annan forskar gjorde nøyaktig same studien under identiske forhold (Johannessen et al. 2011). Gjennom studien har eg forsøkt å ta høgde for reliabilitet ved å vere klar på korleis eg har gått fram med metodeval, innhenta datamaterialet og korleis data er analysert og tolka, men i kvalitative casestudiar kor ein forskar på menneskjer som er tid- og stad avhengig er det visse avgrensingar. Eg opplever at metodeval var logisk og godt eigna for det som er formålet med studien. På ein anna side kan ein vurdering av reliabilitet i denne studien vere lite hensiktsmessig, slik som Johannessen et al. (2011) antyder i kvalitativ forskning.

Validitet i kvalitativ forskning handlar om i kva grad det er gyldig data, altså er datamaterialet godt nok for å presenterer røyndommen av det fenomenet som er studert. Dette kan også bli kalla omgrepsvaliditet. For å auke validiteten gjorde eg grundige førebuingar i forkant av intervju. Ved å kjenne til kommunen og deira utfordringar kan det vere lettare å forstå fenomenet som blir studert (Johannessen et al. 2011). I følgje (Andersen 2013) vil ein casestudie som samlar detaljert og omfattande informasjon om eit einskild tilfelle, gje høg grad av validitet. Gjennom direkte relasjon til informanten eller deltaking i eit miljø, kan ein innhente informasjon som ein ikkje ville få fram gjennom eit spørjeskjema (Andersen 2013).

Ekstern validitet handlar om at studiens resultat har *overføringsverdi* til andre fenomen/case. I kvalitativ forskning snakkar ein heller om overføringsverdi enn generalisering (Johannessen et al. 2011). I min studie er spørsmålet om dette har overføringsverdi til andre kommunar. I utgangspunktet er fenomenet avhengig av den gitte konteksten; staden, dei tilsetje i kommunen, relasjonen dei imellom, organiseringa av folkehelse og dei folkehelseutfordringane dei har. Samstundes er det funn eg har som andre kommunar kan kjenne seg att i. Vidare handlar overføringsverdi om i kva grad ein kan nytte resultatet på andre områder enn det fenomenet som blir studert (Johannessen et al. 2011). Dette er faktorar som vil eg komme nærare inn på i metodediskusjon.

I kvalitative forskingsdesign diskuterer ein også *objektivitet*. Det dreier seg om at forskinga har kome fram til resultat som andre forskarar kan bekrefte på bakgrunn av liknande studiar. Dette kan styrkes ved å bekrefte alle steg i prosessen, forklarar alle tolkingar og grunngi avgjersler ved å vere open og sjølvkritisk (Johannessen et al. 2011).

3.7. Oppsummering

Dette kapitlet har gjort reie for studiens forskingsdesign. For å finne ut korleis ein kommune vel å organisere folkehelsearbeid og planlegging vart det tatt utgangspunkt i eit kvalitativt forskingsdesign som casestudie. Val av kommune var ein strategisk seleksjon utvald på bakgrunn av den informasjonen som var forventa å få. Med utgangspunkt i ein fenomenologisk tilnærming og hermeneutisk forståingsramme er det gjennomført sju kvalitative forskingsintervju. I denne studien er det ein styrke at eg har tatt eit «djupdykk» i lokalt folkehelsearbeid og planlegging på kommunalt nivå for å få eit bilete på røyndommen og korleis det *eigentleg* blir arbeida i kommunen med folkehelse. Samstundes medfører val av éin case, samt bruk av intervju nokre utfordringar. Casestudiar visar berre ei lita bit av røyndommen, som kan utfordre muligheten for å generalisere. Intervju er gjennomsyra av utfordringar frå planlegging av intervjuguide til tolking av resultat. Intervjuet er påverka av forskarens bakgrunnskunnskap og tolkingar og ein annan avgjerande faktor er relasjonen som oppstår mellom forskar og intervjuobjekt.

DEL 4: PRESENTASJON AV FUNN

4.1. Innleiing

Dette kapitlet presenterer relevante funn frå dei sju kvalitative forskingsintervjua. Tema i dette kapitlet er folkehelse rådets rolle og funksjon, samt suksesskriterier og utfordringar for nettverksstyring basert på erfaringar gjort i folkehelse rådet. Innanfor kvart tema vil eg presentere det mest essensielle informantane svarte. Dette er ein rein deskriptiv presentasjon, før diskusjonsdelen følgjer etter med meir utfyllande drøfting av funn opp mot teori og forskning.

4.2. Folkehelse rådets rolle og funksjon

«vi har en sånn partnerskapsavtale med fylkeskommunen og den startet vel i 2004 eller noe sånt, og da låg det inne et krav i den partnerskapsavtalen at vi skulle ha et folkehelse råd for å synliggjøre at folkehelsearbeid er tverrsektorielt».

Folkehelsekoordinator.

4.2.1. Organisering

I samband med den nye folkehelse lova i 2012 vedtok kommunestyre i Storåsen kommune ein re-organisering av det allereie etablerte folkehelse rådet som hadde eksistert i lengre tid. I dag er folkehelse rådet eit organ med åtte faste medlemmar kor ambisjonen er 4 møte kvart år. Ved spesielle saker kan ein invitere andre fagpersonar med relevant kompetanse ved behov. Dette kan vere alt i frå helsesøster som skal formidle kunnskap eller representantar frå frivillige lag og organisasjonar angående ulike tiltak. Ordførar er møteleiar, medan folkehelsekoordinator har hovudansvar for å planlegge og innkalle til møte, skrive sakliste og referat, samt følgje opp arbeidet i ettertid. Elles består folkehelse rådet av assisterande rådmann, rådgjevar for oppvekst og eigedom, leiar for NAV, lensmann og helsesjef. Samansetninga blir grunngeve slik:

«vi kan ikke ha for stort råd heller for da blir det et supperåd sant» (...) «da er det bedre at du kaller inn ved behov, jeg har tro på at det blir mer effektivt».

Folkehelsekoordinator.

Folkehelsekoordinatoren meiner altså at effektiviteten aukar når det har eit mindre tal med deltakarar. Tidlegare var folkehelserådet ei storgruppe med omlag 20 aktørar, inkludert representantar frå frivillige lag og organisasjonar. Ettersom det ikkje fungerte er folkehelserådet i dag ei langt mindre gruppe.

«vi hadde jo en sekvens der vi hadde stormøte med alle aktørene, folkehjelpe, røde kors og alle disse interesseorganisasjonene som også spiller en viktig rolle, men det gikk vi jo bort i fra fordi det ble nesten ikke gjennomførbart, å få noen styring i det» Lensmann.

Ei saksutgreiing bekreftar det lensmannen nemner, der grunngevinga for re-organisering var problematikken med å finne møtetid for alle, og ei uklar situasjon i høve ansvar, mynde og oppgåvefordeling. Det var ønske om konkret politisk styring og klar ansvarsdeling.

Sjølv om dette er utgangspunktet, har det vore behov for justeringar undervegs. Eit døme på dette er rådgjevar for eigedom som ikkje vart medlem før i slutten av 2013. På dette tidspunktet arbeida dei med å bli godkjend som trygge lokalsamfunn-kommune der dei såg at det var behov for hans kompetanse om blant anna trygg skuleveg og trafikktryggleik. I dag er rådgjevar for eigedom fast medlem ettersom det er hensiktsmessig også i arbeidet med oversiktsdokumentet dei skal i gong med i 2015. Fleire av aktørane deltek også i andre råd og samarbeid slik at ein vurderer i kva grad det er behov og naudsynt at same fagpersoner deltek. Dette for at det skal bli meir effektivt, samt redusere ressursbruk. Møter blir også justert undervegs, i startfasen var det hyppige møter, medan eit år var det sjeldnare. Når det er sagt, meiner dei det blir nok fleire møter i 2015 ettersom dei skal i gong med oversiktsarbeidet.

4.2.2. Målsetjinga

Folkehelserådet er eit diskusjonsforum, utan nokon form for mynde, med mål om å utveksle folkehelserelevant informasjon, og kome med anbefalingar og forslag til kommunestyret som tek endeleg avgjersle. På møte i folkehelserådet er det ofte løfta fram ulike tema, som til dømes ruspsykiatri, kor ein lærer av kvarandre, informerer om status og korleis kommunen ligg an i forhold til resten av landet. Folkehelserådet har ei viktig rolle for å tolke statistikk og tal opp mot lokal erfaringsbasert kunnskap, for å gjer ei vurdering i kva grad dette faktisk er ei utfordring for deira kommune.

Folkehelserådet skal vere ei støtte for å integrere folkehelse på tvers av sektorer og ned i det ordinære arbeidet, samt foreslå tiltak som rådet meiner er viktig for å førebyggje ein eventuell negativ utvikling. Samstundes er det litt ulike utsegn på kva som er målet med folkehelserådet, og om folkehelserådet bidrar til at folkehelsemåla blir nådd.

«det er å skape et samfunn som gir bedre folkehelse, enkelt å greitt (...) det er et vidt arbeidsområde, med god helse fra du e baby i magen til du er på sykehjem».

Ordføreren.

Ordføreren får fram heilskapen i folkehelsearbeidet som viser at folkehelserådet har eit mål om å skape eit samfunn som legg til rette for gode oppvekst- og bustad forhold som gir betre folkehelse gjennom heile livsløpet for innbyggjarane i kommunen. Gjennom utveksling av kunnskap og erfaring, statistikk og lokale prosjekt og undersøkingar skal ein samle status på tvers av sektorer som gir ein oversikt over helsa til innbyggjarane og grunnlag for å diskutere kor kommunen bør rette innsatsen. Ulike aktørar deler kompetanse og synspunkt som i sum skaper eit godt vurderingsgrunnlag til å utforme effektive tiltak. Helsesjefen nemner også viktigheten med at folkehelserådet skal styrke kommunens arbeid med å påverke innbyggjarane sin helse, og hans bidrag som samfunnsmedisinar og kommuneoverlege er å informere og tolke folkehelseprofilen, og rette innsatsen mot å fjerne «raude flagg» i folkehelseprofilen.

«Målet med samarbeidet er jo at vi som kommune bidrar til å bedre folkehelsen i vår kommune, og det jeg klart ser vi bør prøve, er å unngå alle røde flagg i folkehelseprofilen, da kan vi være fornøyde». Helsesjefen.

4.3. Suksesskriterier basert på erfaringar gjort i folkehelserådet

Det er semje om at folkehelserådet er ein strategi som fungerer godt, og for å nå måla frå førre avsnitt. Folkehelselova og oversiktarbeidet dukkar opp gjennom intervjuet som positive faktorar for arbeidet i folkehelserådet. Dette viser at dei løfter folkehelse og understøtter integrering av folkehelse på tvers av sektorer. Inkludering av NAV og politi er også positive faktorer, ettersom NAV har vore historisk vanskeleg å inkludere i eit samarbeid med

kommunen. NAV er i eit partnerskap midt i mellom stat og kommune, og inkludering i folkehelserådet skapar betre tilhøyrsløse til kommunen. Dette gjer at folkehelserådet ikkje er reint kommunalt, ettersom politiet også er med. Dette er fagpersonar som sit med mykje relevant kunnskap som er viktig i førebyggjande arbeid.

4.3.1. Kjennskap mellom aktørane

Storåsen er ei lita kommune med innbyggjarar spreidd geografisk. Dette skapar korte avstandar og god tilgjenge blant aktørane, som er ein fordel når ein skal samarbeide tett. Fordi ein har arbeida saman i folkehelserådet (men òg på andre arena) over lengre tid, har ein erfaring med korleis ein arbeidar og etablert gode relasjonar. Det gjer det lettare å vere open med kvarandre og det skapar betre føresetnad for å følgje opp saker i folkehelserådet. Stabilitet i stillingane (lite gjennomtrekk) er også ein fordel.

Det er godt klima i folkehelserådet med ønske om å satse på folkehelse og god vilje til å bidra. Folkehelsekoordinator er også opptatt av eigarskap og inkludering:

«jeg er veldig sann tilhenger av at medlemmene skal få eigarskap, får du eigarskap til et tiltak eller noe som skjer, så skjer det noe» Folkehelsekoordinator.

Folkehelsekoordinator fortell blant anna at han er veldig oppteken av at godt samhald bidrar til effektivitet. Det er sentralt at aktørane opplever at deira arbeid har betydning i folkehelserådet, og at kvar einskild opplever nytteverdi, ved at man, som folkehelsekoordinator seier; *«etterspør fra de ulike sektorene, slik at de føler at de er viktig del av gruppen, at det betyr noe det de gjør»*. Dette skjer gjennom delegering av ansvars- og oppgåve fordeling. Eit døme på det var i samband med arbeidet om å bli godkjend trygg lokalsamfunn-kommune, når dei etablerte arbeidsgrupper i fleire sektorer med konkrete ansvarsoppgåver.

4.3.2. Folkehelsekoordinator

Med tanke på folkehelserådet si oppgåve frå kommunen med innspel og anbefalingar for å styrke folkehelsa hos innbyggjarane, har dei eit godt utgangspunkt for at dette blir gjennomført ettersom dei har ein folkehelsekoordinator i 100% stilling. Tidlegare var dette eit

ansvar som var tillagt kommuneoverlegen, og erfaringane seier at det var såpass tidkrevjande på toppen av alt anna at det var ikkje mulig å få nok trykk på folkehelse. Folkehelsearbeid er eit ganske omfattande felt, og det er mykje frå offentleg forvaltning å setje seg inn i. Ei lita stilling på 20% er derfor ikkje tilstrekkeleg, så det er viktig å setje av nok ressursar for at det skal fungere. Folkehelsekoordinatoren sit i rådmannen sin stab, slik at alt er forankra heilt til topps i systemet. Mange av aktørane har rådmannen som direkte overordna, derfor er det ein klar link til administrasjonen i kommunen. Å ha ein konsulent med hovudansvar for folkehelse skapar god struktur i folkehelserådet, betre oppfølging av folkehelsearbeidet og gode rutinar.

4.3.3. God struktur

Folkehelserådet er ein trygg setting med faste og fast møteagenda. Samanlikna med ordninga før folkehelselova trådde i kraft, er dette ei betre struktur som sikra auka grad av effektivitet. No er det ein klar ansvars- og oppgåve fordeling og klar politisk styring, gjennom folkehelsekoordinator, assisterande rådmann og ordførar. Det er meir fokus på å ha eit godt system for gjennomføring av folkehelsearbeid for å sikre at ting blir gjort.

Aktørane som deltek i folkehelserådet har god innsikt i deira relevans for folkehelsearbeid, og føler at denne samansetninga har betydning. Ved å ha høve til å kalle inn andre aktørar ved behov, er dette ein ordning som famnar heilskapen både i folkehelserådet og i samfunnet.

4.3.4. Strategisk forankring gjennom assisterande rådmann

Politisk styring og deltaking av assisterande rådmann og ordførar er også ein viktig del for struktur og gjennomføring. Folkehelserådet er eit organ som skal løfte fram viktige saker og skape inngangsporten til folkehelse inn til kommunale planar og politiske prioriteringar. Deltaking frå kjernen i administrasjonen løftar folkehelse og viser at dette er eit viktig felt å inkludere.

Kommunen er vidare bevisst på å inkludere blant anna leikeområde, idrettsanlegg, turstia, gang- og sykkelveg, aktivitetar for eldre, samt sikre innbyggjarane god fysisk og psykisk velvære, gjennom vedtak og kommunale planar innafor dei økonomiske rammene som er. Folkehelsearbeid kan støtte førebygging økonomisk fordi det er så kort veg frå folkehelserådet via kommunestyre og til gjennomføring av tiltak. Ordføraren er bevisst si rolle i folkehelserådet. Det er viktig at kommunestyre får informasjon frå folkehelserådet kva dei

meiner er viktige innsatsområder. Det har ingenting for seg å ha eit folkehelseråd som lev sitt eige liv, som vedtek saker utan å vite om folkehelserådet. Og like viktig, dersom kommunestyre veit om det, ikkje føle seg forplikta til å høyre etter. Samstundes er den tovegs dialogen frå folkehelserådet og ut mot dei ulike sektorane også viktig for å få til gode politiske prosessar og vedtak, og for å sikre oppfølging.

«da er det viktig at den som har myndigheten, er med å få kunnskap innsikt og så videre, og som igjen kan være med å påvirke beslutninger og valg, for viss du ikke har med det nivået, så kan det bli vanskeligere å få ting til å skje» Ass. rådmann.

Det er viktig at den som har mynde deltek i folkehelserådet og får den informasjonen som trengs for å kunne påverke planarbeid, prioriteringar og avgjersler i kommunestyret. Assisterande rådmann har ansvar for den delen som er lagt til rådmannen, og skal rapportere tilbake til rådmannen som igjen legg fram dette for kommunestyret.

4.3.5. Utdeling av ulik kunnskap og erfaring

Samordning av ulik kompetanse og kunnskap på tvers er ein ressurs i folkehelserådet.

Fagpersoner som har ønske om å arbeide med folks helse i ein eller anna form, som sitter med lokalbasert kunnskap så vel som relevant fagleg kompetanse og erfaring skapar i sum eit godt grunnlag for å finne gode løysingar og tiltak. Informasjon om utvekslingstrekk frå desse sektorane i folkehelserådet skapar heilskap ved at ein får innblikk i utfordringar på tvers i kommunen. Samstundes som folkehelserådet skal nå mål i møte med sine helseutfordringar i kommunen er det også ein nyttig arena kor ulike aktørar kan treffes og lærer av kvarandre.

«politiet sitter jo med en helt annen kunnskap om rus og narkotika i kommunen som jeg ikke var klar over før jeg fikk det presenterert i møte». Rådgjevar for eigedom.

Rådgjevar for eigedom erfarer nytten med av å lære om andre sitt fagfelt. Lensmann og leiar for NAV er også to aktørar han ikkje treffer så ofte elles. Lensmannen nemner også at «vi utfyller hverandre ganske godt ut i fra viss du ser på et folkehelseperspektiv i en bred setting».

Sjølv om ein ikkje alltid kjem til semje i folkehelserådet er det også ein fordel at man i eit slikt folkehelseråd kan legge ting på vent.

4.4. Utfordringar basert på erfaringar gjort i folkehelserådet

Til tross for at folkehelserådet er tydeleg på intensjonen med rådet erfarer folkehelserådet utfordringar med å oppnå målsetjinga. I startfasen opplevde folkehelsekoordinator at det var vanskeleg å ta fatt på stillinga, ved at alle hadde forventningar til at han skulle ta seg av det meste av arbeidet. Folkehelsearbeid gjeld alle, og alle må vere bevisst sin ansvarsdel i folkehelsearbeidet. Dette vart derimot betre etter at folkehelselova kom, og han fekk i tillegg konfrontert det i rådet, men det er ei fallgruve ein burde vere obs på.

Folkehelserådet har fokus på å konkretisere folkehelse slik at ein forstår kva ein snakkar om. Dette er viktig i folkehelsearbeidet aktørane i mellom, men også for å få politisk engasjement. Assisterande rådmann fortel blant anna følgjande:

«det kan være en utfordring å få til politisk engasjement i det her, fordi at kommunestyre møtes jo ikke så ofte, og da har de veldig mange saker så det kan være en utfordring at man får informert, gitt kunnskap og at man får den nødvendige politiske oppmerksomheten på det her» Ass. rådmann.

Ordføraren er ein aktiv og travel person med mange arbeidsoppgåver, og det er enklare for han å ta tak i ein konkret einskildtiltak. På ein anna side er ordføraren politikar på heiltid, som gir betre oppfølging enn den gong dei hadde eit par politikarar som ikkje var det.

Ei anna utfordring er å skaffe til veie nok ressursar. Det er semje om at folkehelse er viktig å prioritere, men det er vanskeleg når det ikkje blir finansiert. Dersom ein skal etablere ein frisklivssentral til dømes trengs det midlar til nye stillingar. Samstundes er det god vilje og semje om at intensjonen er god, å få ned utgifter til lege og behandling slik at ein kan bruke meir peng på førebygging. Men det er vanskeleg å sjå kva ein sparer, og det er også ein utfordring at ein ikkje kan sjå konkrete resultat av det arbeidet ein gjer, som ofte er «usynleg» og at det er andre som får æra av det. Helsesjefen nemner følgjande:

«utfordringen vår er jo selvfølgelig alltid at det forebyggende arbeidet på lang sikt det er ikkje så interessant (...) og da er det ikke sikkert at myndighetene ønsker å bruke for mye penger for det er så mye annet de skal bruke penger på»

Helsesjefen.

Kommunen kan gjere enkle praktiske tiltak som å byggje gang- og sykkelveg, men det er vanskeleg å sjå resultat av det. Eit 20-30 års perspektiv på før resultatet kjem, gjer at førebyggjande arbeid på lang sikt ikkje blir så interessant for kommunen økonomisk sett, fordi det er så mykje anna å bruke peng på.

Folkehelserådet har satsingsområde kring ulike tema og tiltak på ulike saker, men kanskje når det verkeleg kjem til stykke så stikk det ikkje så djupt, for kanskje det er andre omsyn som rår. Faren er at utfordringane gjer at det langsiktige folkehelsearbeidet ikkje får den innverknaden det kanskje burde, og det blir vanskeleg å få gjennomføring av ulike årsaker.

«ulempen er jo at det kan bli, det blir et forum for et forum, og ikke et forum for at du skal få gjort noe, så det er klart at det er alltid vanskelig»

Lensmann.

Lensmannen nemner faren for at folkehelserådet kan miste sin funksjon. På ei anna side er det også vanskeleg å skaffe midlar til gjennomføring, samstundes som det er ein utfordring å prioritere folkehelse framfor andre omsyn. Ein stor kommune (i areal) som Storåsen har nok behov for å legge innsats i å oppretthalde busetnad og eit attraktivt næringsliv, og for ikkje å «øydelegge» det, kan ein ikkje berre ta omsyn til folkehelse, til tross for at ein burde ha gjort det ut i frå eit folkehelseperspektiv. Lensmannen skildra eit godt døme på dette. Dersom det var eit ønske med éin i staden for 14 utsalsstader for alkohol i kommunen, hadde det nok på sikt påverka busetnad og næringane i ei uønskt utvikling. Dette er nok noko som alle tenkjer på og har med seg i folkehelserådet. Derfor er det usikkert om ein er villig til å bruke folkehelseperspektivet i så stor grad som er naudsynt for å nå desse måla i folkehelsearbeid. Det er mulig det er for lite kunnskap, men mykje handlar om prioriteringar og ulike omsyn, samt andre lovverk og føringar som får høgare prioritering slik at folkehelse kjem i skuggen.

4.4.1. Integrere folkehelse på tvers

Folkehelserådet er bevisst på viktigheten av folkehelse på tvers av sektorer, og alle er opptekne av å inkludere folkehelsearbeid i det daglege arbeidet på ein eller anna måte. Det er heller usikkert i kva grad det faktisk blir nedfelt i organisasjonen og korleis ein kan systematisere tverrsektoriell integrering/forankring. Til tross for at folkehelserådet uttrykker viktigheten av folkehelse på tvers er det vanskeleg å få tak i konkret kvifor og korleis aktørane meina folkehelserådet har stor innflytelse på akkurat dette.

«jeg mener jo at de tilsette enhetslederene er opptatt av å legge til rette for god folkehelse og min opplevelse er at de tar det med seg videre, jeg tror ikke jeg kan si noe annet, klart de har jo mange ting de skal ha fokus på» Ordføreren.

Ordføreren opplever at folkehelserådet er opptatt på å inkludere folkehelseperspektivet på tvers. Han opplev at det er fokus på å integrere folkehelse i kommunale planar og prioriteringar innafor dei økonomiske rammene dei rår over. Likevel ser han ikkje bort i frå at folkehelserådet kanskje kunne vore ein endå tydelegare aktør i folkehelsearbeidet.

Folkehelserådet opplev også at dei gjer så godt dei kan ut i frå sine føresetnader. Folkehelserådet har gode diskusjonar, og mykje av det er relevant å ta med seg i det daglege arbeidet. Samstundes seier erfaringar at det ikkje er like lett i praksis sjølv om viljen er god. Leiar for NAV meiner folkehelserådet kunne vore betre på akkurat dette.

«kanskje det skulle ha vært utarbeidet, på en måte et system for å gjør det, kanskje man skulle ha tenkt litt over det i folkehelserådet hvordan tar vi dette ut å implementere det i resten av organisasjonen» Leiar for NAV.

Leiar for NAV meiner dette kunne vore eit tema i folkehelserådet for å få avklart kva man tenker og korleis ein ønsker å få dette til. Det er ein sak å delta i folkehelserådet på politisk nivå, men å implementere dette inn i eiga sektor kunne vore betre.

«vi har et sånt årshjul, da prøver vi å få det arbeidet inn som en del av det ordinære arbeidet vi driver (...) loven e jo klar på at alle tjenestoområder skal

tenke på forbygging, det prøver vi å få til ved at de lederene skal tenke på det når de planlegger sin aktivitet» Assisterande rådmann.

Assisterande rådmann er bevisst på at lovverket uttrykker at folkehelsearbeid er eit samfunnsansvar og alle har i oppgåve å tenke førebyggjande. Han nemner årshjulet som eit verkemiddel for å rette fokus mot førebyggjande arbeid i det ordinære arbeidet i kommunen, men det er litt uklart i kva grad dette verkemidlet fungerer. Det er berre assisterande rådmann som nemner dette årshjulet og korleis det kan kome til nytte i folkehelsearbeid på tvers.

Det er viktig med ein systematikk i folkehelsearbeidet og generelt i kommunen for å få det integrert i det ordinære arbeidet. Arbeidet må ha ei eiga verdi for dei som kommune, og vere tilpassa deira kommune med utfordringar og behov. Det blir derfor viktig at det som blir innført har ein konkret verdi for den det gjeld, samtidig som det gir effekt og er overkommeleg arbeidsmessig. Folkehelse er eit bredt fagfelt, og dersom ein ikkje konkretiserer det til noko som er enkelt, konkret og overkommeleg vil det ikkje bli gjennomførbart. Då er det ein fare for at folkehelsearbeid kan bli «venstrehandsarbeid», noko som kjem ved sida av kjerneoppgåver og får lågare prioritering enn det burde. Assisterande rådmann nemner noko sentralt i denne samanheng at: *«spørsmålet er i hvor stor grad man klare å prioritere det her arbeidet oppi alt det andre som forgår».*

Det er ein kontinuerleg konkurranse til ein kvar tid for å rette innsats mot folkehelse. Kommunen er ein organisasjon med mange arbeidsoppgåver og dei tilsetje er til ein kvar tid pressa til det ytste med tanke på arbeid og oppgåver utanom folkehelserådet. Erfaringane seier at enkle, konkrete og overkommelege arbeidsoppgåver som er lette å handtere auka sannsyn for at det blir gjennomført, som igjen auka effektivitet i folkehelserådet. Dette står i motsetnad til kompleksiteten i dagens folkehelsepolitikk kor det er behov for eit heilskapleg strategisk perspektiv.

Det handlar mykje om kva politikarane vel å setje av midlar til, og det er viktig at folkehelserådet gjer det enkelt og konkret innanfor eit bestemt satsingsområde, anten det er sykkelsti eller ein times fysisk aktivitet dagleg i skulen. For å nå konkrete mål, må ein få mest mulig engasjerte politikarar. Man kan alltid diskutere riktig kost i skulen, men det er til slutt eit politisk spørsmål.

4.4.2. Folkehelse og planlegging

Linken mellom folkehelse og planlegging er også ein utfordring. Samla sett er inntrykket at planleggingsbiten ikkje er integrert i tilstrekkelig grad i folkehelserådet slik det burde ha vore for å nå folkehelserådets målsetjing. Særleg fordi mange er veldig opptatt av konkrete tiltak og forenkle folkehelsearbeid til noko og handterbart.

Rådgjevar for eigedom uttrykker seg slik:

«i min sektor er ikke det så mye jeg tar videre med meg, men for oppvekst og helse, nav og politi, som jobber med det daglig, så vil de ta med seg det de får innspill på, men akkurat innen for min sektor blir det egentlig fysiske tiltak som må til og da, ofte kommer økonomiske prioriteringer inn i tillegg» Rådgjevar for eigedom.

Han meiner altså at det er vanskeleg å gå frå diskusjon i folkehelserådet til fysisk arealplanlegging. Etter re-organiseringa av folkehelserådet i 2012 vart plan/teknisk sjef tatt ut av rådet. Lensmannen nemner dette og svarer at ein mister noko vesentleg når ein ikkje i folkehelserådet deltek meir konkret inn mot kommunale planprosesser, særleg i arbeidet med utbyggingsplaner og planer som går på det fysiske miljøet. Planer som inkluderer tidlig innsatsarbeid i forhold til å forme samfunnet, slik at ein unngår å oppdage feil og manglar som kan ha uheldig påverknad for folks helse og ikkje lenger kan gjere noko med i etterkant. Det burde vore eit system kor aktuelle saker blir løfta fram og diskutert ut i frå eit folkehelseperspektiv slik at ein får sjansen til å diskutere alt som har betydning i den saka.

«vår målgruppe er de ungdommene som dette mellom 2 stoler» (...) «der e vi nok alt for lite flinke, altså det å på en måte jobbe sånn, det har litt med sånn tradisjon, altså rus og liksom den biten det har vi på en måte tradisjon på at vi jobber med, men ikke det andre, og det er nok et minus» Lensmann.

Han meiner at tradisjonelt er dei vande med å rette innsats mot rusproblematikk, medan ein heller burde rette innsatsen mot tilbod og aktivitetar til ungdom for å førebygge at dei fell skeivt ut. Ungdom er ei viktig målgruppe for politiet, og gjennom planlegging kan ein i større grad inkludere tidleg innsats.

DEL 5: FOLKEHELSE SOM STYRINGSNETTVERK

5.1. Innleiing

Folkehelsearbeid er eit utviklingsarbeid (Naidoo & Wills 2009) og det er ulikt i kva grad kommune-Noreg har gått frå tanke til handling med å prioritere førebyggjande og helsefremjande arbeid i tråd med samhandlingsreformen og folkehelselova (Hofstad 2014; Samhandlingsreformen 2008-2009). Som lokal omsetjar av folkehelsepolitikken og krav frå nyare lovverk har Storåsen kommune tatt grep for å imøtekome dagens og framtidens folkehelseutfordringar ved å dra nytte av fleire av verkemidlane dei har til rådje i lokalt folkehelsearbeid. Dei har blant anna styrka det tverrsektorielle folkehelsearbeidet ved å etablere eit folkehelseråd med både kommunale og ikkje-kommunale aktørar.

Folkehelserådet skal fungere som eit supplement i kommunen (Head 2008; Røiseland & Vabo 2012) i arbeidet med eit kommunesamfunn som styrker helse og førebygger sjukdom.

Dette kapitlet tar for seg ein diskusjon om kva som er suksesskriterier og utfordringar ved planlegging og samarbeid på tvers for å lykkes med lokalt folkehelsearbeid i Storåsen kommune, med utgangspunkt i samstyringsteori, forskning og eigne tolkingar.

5.2. Konsensus

Forskning viser at semje om behov for endring og samarbeid gjennom styringsnettverk er naudsynt i møte med felles utfordringar (Keast et al. 2004). Felles mål er ofte utgangspunktet for bruk av nettverk og grunnen til at det blir etablert (Provan & Kenis 2008). Konsensus har betydning for motivasjon og engasjement, og kan stimulere større grad av effektivitet enn om det ikkje er konsensus (ibid).

Slik det kjem fram i kapittel fire, er folkehelserådet sitt overordna mål å behandle heile breidda av målsetjinga ved folkehelsearbeid, bidra til tverrsektoriell integrering av folkehelse og skape innfallspurt til forankring av folkehelse i kommunale planar og prioriteringar. På dette punktet, folkehelserådets målsetjing, er det litt for sprikande opplysningar til å konkludere med at folkehelserådet bidrar til å oppnå denne målsetjinga. Nokre opplysningar gjer meg usikker på i kva grad det er konsensus om mål blant alle aktørane og i kva grad dei er bevisst folkehelserådets oppgåve i det store bilete. Men det er tydeleg at dette er intensjonen ettersom aktørane er klart opptatt av desse måla.

For å eksemplifisere tar eg først utgangspunkt i ordførarens og helsesjefens utsegn frå førre kapittel. Ordføraren snakkar veldig overordna om folkehelserådets rolle i eit heilskapleg

perspektiv, medan helsesjefens fokus er i større grad retta inn mot folkehelseprofilen for å unngå raude flagg. Både helsesjefen og ordføraren sine oppfatningar og tilnærmingar til lokalt folkehelsearbeid og folkehelserådet i kommunen er i tråd med Folkehelselova (2012) sitt formål om å fremje helse gjennom god samfunnsutvikling. Etter mitt syn er begge deira haldningar og oppfatningar viktige og relevante, men i det store bilete er det ein generell oppfatning at folkehelserådet kjem til kort i denne ambisiøse målsetjinga.

Det er ein fare for at folkehelserådet blir ein arena kor ein «kjempar for gjennomslag» av eigne mål. For å eksemplifisere: Leiar for NAV uttrykker at det var ein periode med aukande høge tal blant ungdom med rusproblematikk, og på møte i folkehelserådet kjem det fram at lensmannen meinte at dette ikkje var tal over det normale, medan NAV meinte at det var det. Etter intervju med lensmannen fortel han at ungdom som «*detter mellom to stoler*» er ei viktig målgruppe for politiet, og det er behov for å rette innsats mot å fange opp desse på eit tidleg tidspunkt. Det er ulike synspunkt frå ulike aktørar i folkehelserådet, men etter mitt syn handlar dette om at begge er opptatt av førebyggjande innsats retta mot ungdom. Kunnskap om å skape felles mål på bakgrunn av felles utfordringar er ikkje naudsynt så enkelt i praksis.

Årsaken kan vere mangel på tilstrekkeleg kunnskap om korleis ein skal gripe tak i folkehelsearbeid (Abelsen et al. 2012). Det gir behov for ein konkretisering av omgrep og auka bevissthet om at ein er del av ein større heilskap (Ouff et al. 2010), ettersom folkehelse er eit samfunnsansvar og alle sektorers bidrag har nytteverdi (Helgesen et al. 2014).

Folkehelsearbeid handlar om å samordne felles problemstillingar som går på tvers av sektorar, for å påverke forhold som kan både styrke og fremme helse (Folkehelselova 2012; Samhandlingsreformen 2008-2009). Eit folkehelseiltak kan ha opp til fleire gevinstar på tvers av sektorar, og tiltak i ein sektor kan føre til ein utgift mindre i ein anna (Helsedirektoratet 2010). Dette er nyttige faktorar å ha kunnskap om når ein arbeidar med folkehelsearbeid.

På ein anna side kan årsaken vere at ulike mål blant aktørane skapar vanskar for å utforme mål i fellesskap (KLIJN, E. H. et al. 2010). Ettersom omgivnadane og utfordringar endrar seg, endrar aktørane sine eigne mål som i sum skapar vanskar for å styre prosessen i ønska retning/felles mål (ibid). Samarbeidet må ha nytteverdi for kvar einskild aktør, og aktørane må kunne sjå seg sjølv som ein bit av eit større puslespel ved å ha eit heilskapleg perspektiv utover eigne mål. (Keast et al. 2004). Dersom mål endrar seg undervegs eller aktørane har ulike forventningar til resultat, kan det skape vanskar for å vurdere om samstyringsnettverk fungerer (Sørensen & Torfing 2009). Basert på mine funn og i lys av teorien, er eg kritisk til i

kva grad aktørane opplever at samarbeidet bidrar til nytte for kvar einskild, og i kva grad dei har (u)like forventningar til resultatet av folkehelserådet.

Målet med samstyringsnettverk er ofte å overkome ulike interesser og konflikhtar, samstundes kan det også vere ein barriere for å utnytte denne strategien (Røiseland & Vabo 2012).

Provan og Kenis (2008) meiner at dei ulike kriteria for å lykkes; storleik, tillit, nettverkskompetanse og konsensus vil variere og påverke kvarandre opp mot kontekst, omgivnader og årsak til nettverksdanninga. Min tolking av konsensus i folkehelserådet vil også påverke andre kriterier for å lykkes i folkehelserådet i tråd med det Provan og Kenis (2008) skildrar.

5.3. Nettverksleiing

Forskning viser at nettverksleiing er ein særleg viktig faktor for å oppnå vellykka resultat av styringsnettverk som har til hensikt å løyse komplekse problem (KLIJN, E. H. et al. 2010).

Ein god «network manager» nyttar ein kombinasjon av ulike leiingsstrategiar; «connection», «exploring content», «arranging» eller «process agreements» (ibid).

Funn viser at folkehelsekoordinatoren er ein styrke i Storåsen kommune fordi det løfter fokus på folkehelse og er ein støtte i folkehelserådet som skal bistå kommunen med anbefalingar og råd. Folkehelsekoordinatoren har hovudansvar for folkehelsa i kommunen, og ansvar for å planlegge og kalle inn til møta, skrive sakliste og referat, samt følgje opp arbeidet i ettertid.

Funn viser at folkehelsekoordinatoren fungerer som ein «network manager» i folkehelserådet ettersom det er ein aktør som deltek i nettverket med ansvar for oppfølging av folkehelserådet, legg til rette for samarbeid og styrer prosessen mot målet. Han har ein «tilkoplingsevne» kjent frå «connection»-strategiar ved å justere undervegs kva for aktørar som kan (og ikkje kan) tilby naudsynte ressursar, til dømes ved å inkludere rådgjevar for eigedom i samband med trygge lokalsamfunn-prosjektet. I følgje forskning vil ein god nettverksleiing sikre i større grad engasjement og vilje til samarbeid, gode og trygge relasjonar, samt vekst og utvikling (KLIJN, E. H. et al. 2010). I lys av «exploring content»-strategiar skaper folkehelsekoordinatoren høve for aktørane til å bidra mot felles mål ved å fordele konkrete og handterlige ansvarsoppgåver, som til dømes ved trygge lokalsamfunn-prosjektet i tråd med «arranging»-strategiar. Dette aukar oppleving av inkludering og eigarskap, samt kjensle av at deira innsats har nytte. Vidare kan folkehelsekoordinator følgje opp i etterkant ved å etterspør kvar einskild korleis det fungerer, eventuelt ikkje fungerer for å sikre effektivitet i arbeidet.

På ei anna side kan «exploring content»-strategiar også gi utfordringar for å skape semje om felles løysingar i styringsnettverket som alle aktørane er nøgd med. Funn viser at aktørane i folkehelserådet forenkler folkehelse til noko som er konkret og handterbart knytt til konkrete tema slik at hovudvekta av innsatsen blir retta mot einskild tiltak og bestemte målgrupper. På bakgrunn av dette hevder eg at dei dermed unngår å imøtekomme komplekse utfordringar og ta dei vanskelege prioriteringane for å nå folkehelserådets målsetjing. I samband med felles mål skapar dette vanskar og utfordrar «network manager»-rolla som folkehelsekoordinator. Dersom det ikkje er engasjement, vilje eller tilstrekkeleg kunnskap for å arbeide med det som er komplekst og vanskeleg, kan folkehelsekoordinatoren oppleve å måtte «føye seg» for det aktørane ønsker. Folkehelsekoordinatoren i folkehelserådet kunne i større grad tatt i bruk element frå «process agreements»-strategiar til å lage reglar i folkehelserådet for korleis ein kan løyse konflikhtar og ta i vare alle aktørane sine interesser. Her er det viktig at det er semje om reglane tilknytt folkehelserådet slik at alle må halde seg til desse.

Folkehelserådet er eit deltakarstyrt og organisasjonsstyrt styringsnettverk kor det er Storåsen kommune som «eig» og styrer nettverket gjennom ein folkehelsekoordinator som deltek i folkehelserådet. Folkehelsekoordinatorens oppgåver er i tråd med Helsedirektoratet (2014), for at ein skal lykkes med det lokale folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet 2014; St.meld. nr. 16 2002-2003). Deltakarstyrt nettverksstyring avhenger av deltaking frå alle i nettverket, og felles ansvar for å fordele oppgåver og ta avgjersler (Provan & Kenis 2008). Sjølv om folkehelsekoordinatoren har hovudansvar for folkehelse i kommunen, er det viktig at aktørane i større grad ser folkehelserådet som ein arena for å løyse felles problem og deltek aktivt for å løyse desse. På ein anna side kan organisasjonsstyrte nettverk også skape ein ubalanse i maktstrukturen fordi det er organisasjonen som sit med ressursar og midlar som er naudsynte for å løyse nettverkets mål som også ofte er relatert til organisasjonen (Provan & Kenis 2008). Dette kan skape vanskar for aktørane å føle eigarskap og nytteverdi, samt skape barriere for eit effektivt styringsnettverk i arbeidet mot målet.

Ei anna utfordring som kan dempe effektiviteten i styringsnettverk er skeivhet i arbeidsfordeling (Provan & Kenis 2008). Folkehelsekoordinatoren erfarte høge forventningar til at han skulle ha det meste av ansvaret i folkehelserådet, og dermed fekk ein slags «service-funksjon». Forsking viser at det kan vere vanskeleg å få ei forståing for at folkehelse er eit samfunnsansvar i alle sektorar (Helgesen et al. 2014). Folkehelsekoordinatoren løyste dette med å kommunisere fram i rådet at folkehelse er eit samfunnsansvar og alle må bidra dersom ein skal nå folkehelsepolitikken sine målsetjingar.

Forskning viser at kommunar opplever folkehelsekoordinatoren som ein styrke i kommunalt folkehelsearbeid, både før og etter samhandlingsreformen trådde i kraft (Helgesen et al. 2014; Ouff et al. 2010). Plassering av folkehelsekoordinatoren administrativt har betydning for arbeidet (Ouff et al. 2010), samt i kva grad det er sett av nok ressursar til det, om det er ein 20% eller 100% stilling (Helgesen et al. 2014). Dette viser at Storåsen er bevisst nytteverdien av folkehelsekoordinator for å styrke folkehelsearbeidet og har løfta folkehelse eit nivå høgare enn kommunar som ikkje har folkehelsekoordinator.

Nyare forskning viser at 85% av norske kommunar har ei stilling til folkehelsekoordinator og 43% av desse har ei 100% stilling (Helgesen et al. 2014). 65% av folkehelsekoordinatorane er underlagt rådmannen (ibid). Storåsen kommune har folkehelsekoordinator i 100% stilling lagt til rådmannens stab som sikra god politisk forankring, samt oppfølging og gjennomføring av folkehelsearbeidet.

Til tross for kritikken eller utfordringane ved nettverksleing er folkehelsekoordinator som ressurs i folkehelserådet eit sentralt funn blant fleire av informantane i folkehelserådet.

5.4. Strategisk forankring

Allereie på 90-tallet vart ein merksemd på fordelene ved å inkludere lokalpolitikarane i tverrsektorielt folkehelsearbeid gjennom prosjektet samla plan (Helsedirektoratet 2011a).

Nyare forskning viser at representantar frå rådmannens stab deltek i 68% av tverrfaglege grupper som arbeider med folkehelse i kommune-Noreg *etter* at samhandlingsreformen trådde i kraft (Helgesen et al. 2014), som er ei auke frå *før* reformen (Ouff et al. 2010). God strategisk forankring er ein føresetnad for å lykkes med det lokale folkehelsearbeid (Helsedirektoratet 2014; St.meld. nr. 16 2002-2003). Politikarane i lokalt folkehelsearbeid har ein viktig oppgåve ettersom det er til sjuande og sist opp til dei korleis ein skal organisere samfunnet (NOU 1998:18:428).

I folkehelserådet er det semje om at strategisk forankring gjennom assisterande rådmann og ordførar er eit kriterium for å sikre folkehelseperspektivets forankring i kommunale planar og prioriteringar, samt tiltak og aktivitetar. Funn viser derimot at til tross for ein tydeleg link gjennom assisterande rådmann og ordførar er det ikkje dermed sagt at folkehelseperspektivet er integrert i kommunens planer, prioriteringar og tiltak.

I folkehelserådet har assisterande rådmann ein sentral rolle ved at han er tillagt oppgåver som er underlagt rådmannen. Han skal formidle det som blir «produsert» i folkehelserådet på ein

forståeleg og informerende måte til dei ulike aktørane i kommunestyre, som skal gi folkehelsearbeidet den politiske merksemda som trengs. Funn viser at dette er ikkje ei enkel oppgåve i praksis ettersom kommunestyre har fleire saker som skal handsamast på kort tid når det først er møte og ord må bli valt strategisk. Dette skapar vanskar for å tistrete den politiske merksemda folkehelse fortener. Ordføraren arbeider også mykje med konkrete einskildtiltak ettersom dette er enkelt, handterbart og i større grad gjennomførbart, og faren er at han mister den heilskaplege samordninga med spreidde tiltak.

Ein utfordring for politikarane kan vere å inkludere det nyare helseperspektivet som gjer at helse i dag handlar mindre om trim og sunn mat (Røiseland & Vabo 2012) og meir om korleis ein skaper og former folkehelse gjennom politiske prioriteringar og avgjersler i takt med samfunnets utvikling. Mine funn er i tråd med litteraturen på dette område ettersom det er fokus på å konkretisere folkehelse til noko enkelt og handfast, mister man det store bilete som er naudsynt for å sikre det langsiktige heilskaplege folkehelsearbeidet.

Forskning viser at forventningane til bruk av styringsnettverk ofte er basert på «tradisjonelle» metodar som kan skape barriere for å utnytte potensialet ved styringsnettverk (Keast et al. 2004). Dette er også noko av det som kan vere utfordring ved å få mest mulig engasjerte politikarar i Storåsen kommune. Forventningane er gjerne knytt til raske konkrete resultat, som til dømes betre kvalitetsikra tenester (ibid). I fare for å fortsette å utvikle «tradisjonell» politikk meiner Keast et al. (2004) at både politikarane og aktørane i nettverket bør rydde opp i desse forventningane. Aktørane i nettverket bør klare å legge vekk tidlegare tradisjonelle arbeidsmetodar for å styrke føresetnadane om å sikre gode resultat og skape gode vedvarande relasjonar (Keast et al. 2004). Dette viser at det er viktig i folkehelserådet å klargjere forventningar aktørane i mellom og identifisere forventningane hos politikarane, for å utnytte nytteverdien ved nettverk og sikre betre resultat.

Styringsnettverk er ein relativ ny governance-tilnærming i møte med «wicked problems» (Keast et al. 2004) og det kan vere behov for å klargjere kva ein ønsker å få ut av denne metoden. Keast et al. (2004) meiner ein bør fange opp fordelane med styringsnettverk som vender i større grad mot prosess-relaterte resultat som gode relasjonar, integrering, endra haldningar og verdiar, betre kunnskap og erfaring for å i møtekomme nye utfordringar ved å utnytte kvarandre sine ressursar i fellesskap (Keast et al. 2004).

På ein annan side bidrar strategisk forankring i folkehelserådet til å bevisstgjere aktørane om viktigheten av folkehelsearbeid i kommunen, som er positivt. Funn viser også at deltaking av

ein politikar/ordførar på heiltid i større grad sikra ein kontinuerlig oppfølging i folkehelserådet.

5.5. Tillit

Forskning viser at tillit har betydning for samarbeid og for å oppnå betre resultat i styringsnettverk (Keast et al. 2004; Klijn, E.-H. et al. 2010). Styringsnettverk er ofte ein usikker situasjon kor ein skal løyse noko som ein ikkje klare å løyse på eiga hand, i fellesskap med andre (Klijn, E.-H. et al. 2010; Provan & Kenis 2008). Grad av tillit handlar om kva forventningar ein har til kvarandre (Klijn, E.-H. et al. 2010) og dersom det er høg grad av tillit mellom aktørane har ein klare forventningar til kvarandre som skapar gode relasjonar, støtte og motivasjon (Keast et al. 2004). I følgje Provan og Kenis (2008) har grad av relasjon og tillit, samt geografisk avstand mellom aktørane betydning for styringsnettverks funksjon. Høg grad av tillit er ein føresetnad for godt samarbeid (ibid).

Mine funn er i tråd med forskning og teori. I folkehelserådet er tillit og gode relasjonar eit suksesskriterium for å lykkes med eit effektivt samarbeid på tvers. Storåsen er ei lita kommune som gir god tilgjenge og korte avstandar for å samarbeide tett. Vidare har lang erfaring med tverrfagleg samarbeid og folkehelse gjort at ein er trygge på kvarandre og kjenner til korleis ein arbeidar. Det å sjå kvarandre som ressurs i staden for konkurrentar utvider kunnskapen ein har om kvarandre som bidrar til eit ressurssterkt nettverk og effektivt samarbeid (Keast et al. 2004).

Funn viser at kort avstandar og god tilgjenge er ein fordel når ein skal samarbeide tett om eit tema som går på tvers av problemstillingar i kommunen. På ei anna side kan også sterk tillit mellom aktørane kompensere for storleiken i større nettverk og vere minst like effektivt (Provan & Kenis 2008), men det vil nok krevje meir frå aktørane og variere etter formål, organisasjonsstruktur og kontekst.

I følgje Røiseland og Vabo (2012) kan tillit, gode relasjonar og gjensidig nytteverdi skape høg grad av intern legitimitet. Høg grad av legitimitet vil styrke nettverket i å overkome nye konflikter og utfordringar (ibid). Funn viser at folkehelserådet har høg grad av intern legitimitet, som skapar eit ressurssterkt styringsnettverk. Ved pålagte samstyringsnettverk vil ofte den eksterne legitimiteten vere høg, som auka høve finansiering og støtte generelt frå det offentlege (Røiseland & Vabo 2012). Den fleksible ordninga med å invitere relevante aktørar ved behov er ein positiv faktor. Samstundes er det ein oppfatning av at folkehelserådet er

«lukka» for andre ettersom det er desse aktørane som avgjer når andre representantar kan bli invitert. Dette kan bidra til at aktørane i nettverket i større grad får gjennomslag for sine interesser og ønsker. På ei anna side er folkehelserådet etablert etter initiativ av kommunestyre, noko som sikra ein link til det representative demokratiet og er derfor «riktig» på den måten at ein ikkje i like stor grad som sjølvgrodde, uformelle nettverk har lita politisk legitimitet og gjennomsiktighet.

5.6. Utveksling av ulik kunnskap og erfaring

Forsking viser at 74,4% av norske kommunar meiner samhandlingsreformen har styrka det tverrsektorielle samarbeidet (Helgesen et al. 2014). I følge definisjonen på samstyring og nettverksstyring (Røiseland & Vabo 2012; Sørensen & Torfing 2009) skal aktørane handle i fellesskap for å finne løysingar på felles problem gjennom forhandling og bidra på kvar sin måte. Aktørane utfyller kvarandre og er avhengig av eit gjensidig engasjement for å finne ei effektiv løysing (ibid).

Målet, som er å skape eit samfunn som sikra innbyggjarane god helse - går på tvers av sektor, og er ikkje noko ein aktør kan løyse åleine (Hofstad 2013), og folkehelserådet er derfor gjensidig avhengig av kvarandre sine ressursar for å nå folkehelsepolitikken målsetjing. I folkehelserådet er det ein styrke å samle ulike aktørar med ulike kunnskap, ressursar og erfaring på tvers for å diskutere folkehelserelaterte problemstillingar og forhandle fram gode løysingar. Aktørane bidrar med sin kompetanse, anten det er å formidle folkehelseprofilen eller opplyse om utvekslingstrekk i sin sektor. Ved å utfylle kvarandre på den måten i folkehelserådet har man betre føresetnad for å i møtekomme det breie folkehelsearbeidet enn om man sit på eit eige avgrensa fagfelt. Som rådgjevar for eigedom nemner er dette ein arena for læring så vel som arena for å ta fatt på helseutfordringar. Ved at nokre av aktørane deltek på andre råd og grupper på andre arena skapar ein meir heilskapleg oversikt over kva som er utfordringar/ikkje utfordringar i kommunen.

Desse funna er i tråd med tidlegare forsking som seier at nettverksorganisering er ein viktig strategi for å sikre kunnskapsutveksling, kompetanseheving og motivasjon (Ouff et al. 2010). Deltaking, inkludering og engasjement kan føre med seg kreative idear og løysingar som kan skape nye muligheter for kommunen (Keast et al. 2004).

Samstyring gjennom styringsnettverk handlar om at aktørane bidrar på kvar sin måte og er på den måten gjensidig avhengig av kvarandre for å forhandle fram gode løysingar som er

samfunnet til gode (Røiseland & Vabo 2012; Sørensen & Torfing 2009). Ulike synspunkt på same sak kan dermed i sum skape betre føresetnader til å ta gode gjennomtenkte avgjersler. Vidare er det også årsaken til nettverket ofte eit problem ein ikkje kan løyse åleine, slik at ein einskild aktør ikkje har nok ressursar for å handtere det (Hofstad 2013).

Mine funn viser også at ulike synspunkt skaper betre føresetnader for å gjer gode prioriteringar og val, men likevel kan det vere at konsensus vil spele ei rolle for om man kan utnytte potensialet.

Aktørar som bidrar med kunnskap, erfaring eller andre ressursar for å løyse felles mål, er derfor gjensidig avhengige av kvarandre ettersom problemet ikkje er noko ein kan løyse åleine. Dette er faktorar som er viktig å ha med seg for å rydde vekk tradisjonelle forventningar og å oppnå ønska resultat. (Keast et al. 2004). Det er viktig at aktørane opplever at folkehelserådet gir fordeler fordi det gir motivasjon til samarbeidet (Provan & Kenis 2008).

Planlegging er også i større grad enn før ein kunnskapsbasert verksemd i samfunnsutviklinga med å skape framtidens kommunesamfunn (Falleth & Saglie 2013). Ulike bidrag til samarbeidet; kunnskap, reiskap og kompetanse skal sikre effektiv planlegging og gode resultat (Falleth & Saglie 2013). Desse forventningane er ikkje i tråd med mine funn. Folkehelserådet er ein arena som har lagt opp til planlegging og utveksling av ulik kunnskap og kompetanse, *men* ein burde utnytte potensialet i folkehelserådet i større grad for å imøtekomme framtidens folkehelseutfordringar, i tråd med utsegn frå lensmannen om å sikre tidleg innsatsarbeid for å fange opp feil og manglar ein ikkje kan gjere noko med i etterkant.

5.7. Effektivitet

Eit ideal er til eit stabilt og fleksibelt styringsnettverk, som har evne og vilje til å tilpasse seg endringar undervegs (Provan & Kenis 2008), som samstundes har gode rammer og klare reglar (Røiseland & Vabo 2012). Samstundes er det viktig å hugse på at ein aldri vil kunne nå målet med folkehelse (Hofstad 2014). Folkehelseutfordringar endrar seg i takt med samfunnets utvikling og det er derfor naudsynt å justere undervegs for å kunne sikre link mellom folkehelseinnsatsen til utfordringane i kommunen til ein kvar tid (Naidoo & Wills 2009). Folkehelsearbeid har potensial for å kunne styrke meir effektiv bruk av offentlege ressursar (Hofstad 2014), og det har eit langsiktig perspektiv som skal kome dagens og framtidens kommunesamfunn til gode.

Provan og Kenis (2008) meiner det er ulike forhold som avgjer om ein oppnår god styring og gjennomføring med styringsnettverk på bakgrunn av organisering og struktur. Storleik er ei av desse faktorane som kan påverke nettopp dette (ibid).

Folkehelserådet har eksistert sidan 2004, men med litt annleis organisering den gong. Tidlegare inkluderte folkehelserådet blant anna frivillige lag og organisasjonar, plansjef og fleire politikarar. Nye krav og erfaringar undervegs har medverka til å etablere ein god organisering og eit folkehelseråd som fungerer betre enn tidlegare. Folkehelserådet opplever, i tråd med teorien, at storleik har betydning for stabilitet, klare rammer og god styring, som igjen påverka styringsnettverkets effektivitet.

I følgje Provan og Kenis (2008) vil eit mindre nettverk ha lettare for å etablere høg grad av tillit enn større nettverk, som er ein av føresetnadane for eit effektivt samarbeid. Mange aktørar i eit stort nettverk kan bidra til ineffektivitet (Provan & Kenis 2008). Dette er i tråd med folkehelserådet sine erfaringar. Jo fleire aktørar i nettverket jo meir komplisert og utfordrande vart det å styre.

Folkehelserådet reduserte storleik og vurderte kva for aktørar som skulle delta og ikkje delta som faste medlem, både med tanke på ressursbruk og effektivitet. Storåsen kommune opplevde ein konflikt mellom effektivitet og demokrati ettersom dei forsøkte å inkludere representantar frå frivillige lag og organisasjonar noko som førte til ineffektivitet og unødig ressursbruk. Storåsen lagde ein ordning kor ein kan invitere relevante aktørar på møte i folkehelserådet ved behov, for å sikre effektiv og betre styring, samstundes som ein inkludera prinsippet om medverknad. Funn viser at denne ordninga bidrar til at ein sikrar heilskapen i samfunnet og skaper betre føresetnadar til ta gode avgjersler. Likevel kan ein stille spørsmål om kven ein slik ordning er effektiv for, og i kva grad det bidrar til å nå folkehelsemålsetjinga. Folkehelsekoordinator kunne til dømes henta element frå «process agreements»-strategiar og i fellesskap med aktørane definert nokre reglar og rutinar for inkludering av frivillige/andre aktuelle i styringsnettverket. På den måten kunne ein ha styrka medverknad i større grad og samstundes behaldt ein effektiv styring.

Provan og Kenis (2008) meiner at stabilitet og fleksibilitet er faktorar som har betydning for styringsnettverkets funksjon og i kva grad det lykkes. Stabile nettverk har gode og trygge relasjonar mellom aktørane og ei viss grad av hierarkisk struktur (ibid). Hierarkisk struktur i styringsnettverk har element frå den hierarkiske styringsmodellen kor ein ekspert på toppen styrer gjennom reglar og rutinar (Falleth & Saglie 2013). Hierarkisk struktur kan vere ein

barriere for å halde fokus på målet og utvikle gode relasjonar. Fleksible nettverk har ein lausare organisasjonsstruktur med låg grad av stabilitet som kan også vere ein utfordring (Provan & Kenis 2008).

Helst bør det vere ein god balanse mellom grad av stabilitet og fleksibilitet for å legge til rette for gode forhold og skape eit tilpassingsdyktig nettverk som kan foreta naudsynte endringar ved behov (Provan & Kenis 2008). Dette er i tråd med folkehelse rådets erfaringar og organisering slik det er i dag. Folkehelse rådet har erfaring med at eit mindre nettverk har betre føresetnadar for å fungere enn eit større, som også er i tråd med at samstyring krev klare rammer og reglar for å fungere (Røiseland & Vabo 2012). Det er stabile rammer med ansvars- og oppgåve fordeling, faste medlem – trygge relasjonar og politisk forankring, samstundes som det er fleksibelt ved at rådet tilpassar møter etter behov og invitere relevante aktørar når det er naudsynt. Dette skaper betre føresetnad for effektivitet enn slik organiseringa i nettverket var tidlegare.

Samhandlingsreformen (2008-2009) meiner at alle som kjenner eigarskap til ein påverknadsfaktor for helse bør inkluderes i folkehelsesamarbeid på tvers i kommunen for å påverke dei forhold som har betydning for helse. Dette er også i tråd med eit påverknadsperspektiv som er bakteppe for «helse i alt vi gjer»-prinsippet (Folkehelsemeldinga 2012-2013; Helsedirektoratet 2011b). Folkehelse rådet består av ulike aktørar som har relevant kunnskap og kompetane som er nyttig i folkehelsearbeid, og som er bevisst sin sektors relasjon til folkehelse, eller kva funksjon ein har i rådet, slik som ordførar og assisterande rådmann. Det er likevel ein oppfatning av at enkelte er litt uklare på kva rolle ein har i folkehelse rådet. Rådgjever for eigedom opplever at det er vanskeleg å integrere folkehelse til sin sektor og bruke helseperspektivet i relasjon til sitt arbeid. Rådgjever for eigedom vart invitert som medlem i slutten av 2013 i samband med trygge lokalsamfunn-prosjektet kor han fekk konkrete oppgåver. Det viser at det kan vere behov for ein avklaring av kva sektorer kan bidra med i lokalt folkehelsearbeid.

Ein positiv faktor er likevel inkludering av lensmann som fast aktør i folkehelse rådet som sikra Plan- og bygningslova (2008) og Folkehelselova (2012) krav til å førebygge kriminalitet og skape trygge oppvekst- og levekår. NAV er også ein aktør som har relevant kompetanse som er nyttig i planlegging og folkehelsearbeid (Ouff et al. 2010). Ved å inkludere politi og leiar for NAV blir det eit råd som fangar opp ein synsvinkel som fell utanfor kommuneorganisasjonen. Det er også av oppfatning at denne fordelten slår ut i begge retningar.

Før samhandlingsreformen trådte i kraft besto tverrfaglege grupper i kommune-Noreg i minst grad av plan/teknisk sektor (Ouff et al. 2010). Fleire folkehelsekoordinatorer meinte at plansektoren ikkje var klar over sin rolle i det store bilete og deltek på det dei sjølv opplev har relevans, utan å ha eit heilskapleg perspektiv (ibid). Folkehelsekoordinatorane erfarte heller ikkje at deltaking i det formelle samarbeidet var einstyddande med aktiv engasjement og deltaking (Ouff et al. 2010). Nyare forskning viser at plansektoren er på ein sjetteplass av dei ulike (12) sektorene som deltek i tverrfaglege grupper som arbeidar med folkehelse i kommune-Noreg (Helgesen et al. 2014).

Dette visar at det har vore/er vanskar med å kombinere planlegging og folkehelsearbeid, og utviklinga kan tyde på at det går sakte. I folkehelserådet er ikkje plansektoren inkludert og dette kan ha verknader for arbeidet med det systematiske og langsiktige folkehelsearbeidet (oversikt – planstrategi – fastsetje mål i plan – tiltak – evaluering) for å sikre folkehelse i kommunale prioriteringar og planar (Folkehelsemeldinga 2012-2013). Planlegging er i denne samanheng eit viktig verktøy, og ved å ekskludere plansektoren, kan dette ha innverknad på folkehelserådets fokus på kortsiktige einskildtiltak og raske resultat.

Folkehelse og planlegging er linka saman i Folkehelselova (2012) og Plan- og bygningslova (2008) ved at samfunnsutviklinga skal styrke helse og fremje trivsel, førebyggje sosiale helseskilnadar og kriminalitet. Med folkehelse som mål i planlegginga gir dette potensielt ein utviding av kva type sektor planprosessen bør inkludere.

Planlegging skal også fremme heilskap mellom ulike sektor, oppgåver og interesser for å samordne langsiktige løysingar som vurderer konsekvensar for miljø og samfunn (Plan- og bygningslova 2008). «Helse i alt vi gjer»-prinsippet skal vere integrert i alle tiltak, aktivitetar og tenestar i regi av kommunen (Folkehelsemeldinga 2012-2013). Det kan vere behov for å vurdere planleggar som ein fast aktør ettersom folkehelserådets målsetjing, eller intensjon, er å skape innfallsport til kommunale planar for å inkludere folkehelseperspektivet og sikre effektiv planlegging gjennom samarbeid med ulike aktørar.

Folkehelsearbeid har eit langsiktig perspektiv som skal førebyggje framtidige utfordringar og utgifter så vel som dagens (Folkehelsemeldinga 2012-2013). Forsking viser at mange kommunar erfarer utfordring med at ein ikkje ser resultat før langt fram i tid (Abelsen et al. 2012), og det er vanskeleg å prioritere når det er stramme økonomiske ramar (Helgesen et al. 2014). I følgje Helsedirektoratet (2010) er dette eit dilemma, ettersom «omkostningene ved tiltak kommer i dag, mens gevinstene kommer i fremtiden» (Helsedirektoratet 2010:9). Ei anna

utfordring er å skape ein «venstreforskyving» frå fokus på sjukdom og behandling, til fokus på bakanforliggande årsaker til det som former helse (Helsedirektoratet 2010; Helsedirektoratet 2011a).

Dette er utfordringar som også speiler mine funn frå folkehelserådet. Blant anna er det vanskeleg å arbeide førebyggjande når ein ikkje ser kva ein sparer, samt korleis ein kan synleggjere effekt av noko som ikkje skjedde. Det retter merksemd mot det kortsiktige arbeidet som i større grad kan sikre gode raske resultat. Det er ein fare for at det førebyggjande arbeidet ikkje blir så interessant for kommunen på grunn av andre utgifter som kjem i første rekke. Folkehelserådet er i større grad opptatt av kortsiktige tiltak retta inn mot konkrete målgrupper og årsaken kan vere press frå pleie- og omsorgssektor som kan føre til at folkehelsearbeid kjem litt i skuggen (St.meld. nr. 16 2002-2003). Heile 84% av kommunane opplever at det er vanskeleg å kombinere det kortsiktige og langsiktige folkehelsearbeidet (Helgesen et al. 2014). I tråd med forskning (Helgesen et al. 2014) er det god vilje i folkehelserådet og det er ein generell oppfatning at folkehelserådet gjer så godt dei kan med dei føresetnadane dei har (ressursar, tid, kunnskap).

Provan og Kenis (2008) meiner at det er relevant å ha kompetanse om ein del faktorar som kan bidra til eit meir effektivt styringsnettverk. Eit nettverk har som regel alltid eit mål om å vere effektiv for å utføre den oppgåva den er sett til (ibid). Til dømes bør ein vere bevisst på at langsiktige mål, kan kome i skuggen av kortsiktige mål – for å betre føresetnaden til å arbeide mot å løyse den oppgåva ein er sett til (ibid). Erfaringar før iverksetjinga av samhandlingsreformen viser at usikkerhet på korleis ein skal gripe an folkehelse, kva tiltak som har effekt og at man ikkje kan sjå resultat før langt fram i tid, gjorde det vanskeleg å prioritere folkehelsearbeid (Abelsen et al. 2012). Folkehelserådet viser at dette fortsatt er vanskeleg, viljen er god, men det er utfordringar ein fortsatt jobbar mot å løyse.

Forskning viser at det er vanskeleg å snu eit tankesett hos politikarane frå behandling og over til helsefremjing nettopp på grunn av langtidsutsiktene (Helgesen et al. 2014). Dette er i tråd med erfaringar i folkehelserådet, å formidle til kommunestyre viktigheten av folkehelse, og å få den politiske merksemda folkehelse burde ha.

Kommunestyre er viktigaste planmynde og har siste ordet i alle avgjersler (Falleth & Saglie 2013). Folkehelserådet er bevisst viktigheten med å få mest mulig engasjerte politikarar ettersom det er slik ein kan få gjennomslag og nå konkrete mål. Om folkehelserådet meiner det er viktig med ny sykkelsti eller auke med 1 times fysisk aktivitet dagleg i skulen, er det

uansett politikarane som til sjuande og sist vel om ein skal setje av midlar til det. Derfor opplev aktørane at det er ein fordel å konkretisere folkehelseiltak til noko som er enkelt og handterbart.

Eit av Folkehelsemeldinga sine fem prinsipp; «*helse i alt vi gjer*» er kjernen til alt folkehelsearbeid. I det ligg det at ein skal vurdere alle avgjersler i politikken i lys av folkehelse, og tenke helsekonsekvensar i ein kvar handling (Folkehelsemeldinga 2012-2013). Vinklinga av folkehelse som enkle, konkrete og overkommelege arbeidsoppgåver som er lette å handtere står i motsetnad til kompleksiteten i dagens folkehelsepolitikk kor det er behov for eit heilskapleg strategisk perspektiv. Assisterande rådmann er bevisst at lovverk krev at alle tenesteområder i kommunen har eit ansvar for folkehelse, og nemner årshjulet som eit sentralt verkemiddel. Det er heller usikkert i kva grad det fungerer. Funn viser at det er behov for oppfølging og systematikk for å integrere og forankre folkehelse på tvers i alle sektorar i tråd med Helsedirektoratet (2014) sine utsegn for å sjå resultat av det som blir gjort.

5.8. Oppsummering

Dette kapitlet har diskutert suksesskriterier og utfordringar basert på erfaringar frå folkehelserådet for å lykkes med folkehelse på tvers i Storåsen kommune i lys av forventningane frå teori og forskning, samt forskarens eiga tolkingar. Folkehelserådets målsetjing er i tråd med folkehelselova og samhandlingsreformen, men det er uklart i kva grad folkehelserådet klarer å oppnå desse måla. Forventningane frå teorien om at styringsnettverk bør ha avklart semje om behov for endring og konsensus om mål er heller svakt i folkehelserådet. Dette har ringverknadar mot dei andre kriterier for å vurdere i kva grad folkehelserådet er effektivt for å oppnå målsetjinga.

Suksesskriterier for å lykkes er å etablere ein folkehelsekoordinator i 100 % stilling, og plassere denne strategisk i rådmannens stab. Det same er også strategisk forankring og deltaking av assisterande rådmann og ordførar, samt ein arena for å utveksle både fagleg og lokalbasert kunnskap og kompetanse. Eit suksesskriterium er også erfaring frå tverrfagleg samarbeid og folkehelse, gode relasjonar og høg grad av tillit mellom aktørane.

Folkehelserådet er i tråd med forventningane frå teorien når det gjeld å ha eit mindre fleksibelt styringsnettverk med klare rammer og vilje for naudsynte justeringar undervegs, samt høg grad av tillit og gode relasjonar.

Utfordringar i folkehelserådet er å kombinere det langsiktige og kortsiktige folkehelsearbeidet, skaffe til veie nok midlar og god nok kunnskap, samt vise til effekt av langsiktig folkehelsearbeid ettersom resultat kjem fleire år fram i tid og det vil bli andre som får æra av det. Dette er funn i tråd med tidlegare forskning. Det same er utfordringa med å kombinere planlegging og folkehelsearbeid og oppnå politisk engasjement for å få gjennomslag med folkehelsearbeid. Det er også ein utfordring å skape ein systematisk tverrsektoriell integrering/forankring av folkehelse, og dette er i tråd med det Helsedirektoratet (2014) nemner om behov for verktøy for å sjå resultat av det som blir gjort.

DEL 6: AVSLUTNING

I dette siste kapitlet kjem ein oppsummering av studiens mest sentrale funn med nokre kommentarar. Vidare kjem ein kort utgreiing om val av nettverksteori og samstyring som teoretisk forankring, og dømer på alternative teoriar som kunne belyst andre funn/samanhengar i studien. Til aller sist ein diskusjon av korleis metoden kan ha betydning for funn og resultat, som også seier litt om styrkar og veikskapar ved studien i sin heilskap.

6.1. Problemstilling og hovudfunn

For å svare på min problemstilling har eg valt ein best-case studie av éin kommune og sju informantar frå eit etablert folkehelseråd på tvers av sektorar. Min problemstilling var som følgjer:

- ❖ Kva er det Storåsen kommune opplever som suksesskriterier og utfordringar for å lykkes med tverrsektorielt samarbeid og planlegging som imøtekome deira folkehelseutfordringar?

«Storåsen» kommune har lang erfaring med tverrfagleg samarbeid og lokalt folkehelsearbeid. Gjennom partnerskapsavtale med fylkeskommunen frå 2004, har dei styrka det tverrsektorielle folkehelsearbeidet på tvers ved å etablere eit folkehelseråd med både kommunal og ikkje-kommunale aktørar. Basert på eit rikt og fyldig datamaterialet har eg funne suksesskriterier og utfordringar for korleis folkehelserådet fungerer godt, og ikkje fungerer så godt.

Suksesskriterier:

- ❖ God struktur (stabile rammer – fleksibel ordning)
- ❖ Tillit – kjennskap til aktørane, lang erfaring
- ❖ Strategisk forankring gjennom assisterande rådmann og ordførar
- ❖ Folkehelsekoordinator (i 100% stilling og i rådmannens stab)
- ❖ Utveksling av ulik kunnskap og erfaring
- ❖ Inkludering av NAV og politi

Desse er ein styrke for samarbeidet mellom aktørane og ein styrke for å få satt folkehelse på dagsorden. Som fylkeskommunen fortalte, er dette ein kommune som har kome eit stykke på veg i forhold til andre kommunar med tanke på; folkehelsekoordinator i 100% stilling plassert i rådmannens stab, etablering av eit folkehelseråd på tvers av sektorar med link til kommunestyre gjennom ordførar og assisterande rådmann. Folkehelselova og samhandlingsreformen har løfta fram folkehelse og arbeidet mot ei samfunnsutvikling som styrka helsa til innbyggjarane. Samstundes erfarer også Storåsen nokre utfordringar ved styringsnettverk i folkehelsearbeid som gjer at ein ikkje får utnytte det fulle potensialet ved denne strategien. Særleg har eg peika på manglande/uklarheter ved konsensus om mål i folkehelserådet som eit hinder for å arbeide effektivt og målretta.

Utfordringar:

- ❖ Tverrsektoriell integrering
- ❖ Kombinerer planlegging og folkehelse
- ❖ Vise til effekt av folkehelsearbeid
- ❖ Politisk engasjement
- ❖ Det langsiktige vs det kortsiktige folkehelsearbeidet
- ❖ Andre omsyn får høgare prioritering
- ❖ Skaffe nok midlar og god nok kunnskap

Folkehelserådet erfarer utfordringar ved folkehelse som også andre kommunar erfarer. Dermed kan det vere behov for å gå eit skritt lenger for å finne ut korleis ein kan løyse desse.

Det kan til dømes vere behov for å utarbeide modellar/verktøy for å systematisere tverrsektoriell integrering og forankring for å sikre at sektorene følgjer opp sin del av folkehelseansvaret, samt konkretisere at folkehelse er ikkje noko som skal vere på sida av det ordinære arbeidet, men i større grad gjennomsyre alt ein gjer.

Eg tør påstå at folkehelsearbeid er forbi «modningsprosessen» og i større grad over i ein «implementeringsprosess» i Storåsen kommune. Eg vil også konkludere med at Storåsen har gode føresetnader for i større grad lykkes med lokalt folkehelsearbeid i møte med sine helseutfordringar, enn andre norske kommunar som ikkje har desse føresetnadane. Dei har eit godt utgangspunkt og opparbeida seg erfaringar som vil bli nyttige i det vidare folkehelsearbeidet. Erfaringane og opplevingane til mine sju informantar har vore nyttige bidrag for å svare på min problemstilling. Ettersom folkehelse er eit utviklingsarbeid og ein vil aldri klare å kome til mål, kan heller ikkje mine funn konkludere med at Storåsen har

lykkes å nå folkehelserådet og folkehelsepolitikkenes målsetjing. Vidare forskning kan vere relevant i retning behovet etter evalueringsverktøy følgje opp ein forankring av folkehelse på tvers.

6.2. Grunngeving for val av teori

I ein jungel av teoretiske perspektiv der ute har eg valt ut samstyringsperspektiv og nettverksteori. Samstyringsperspektivet er opptatt av kva som skjer inne i organisasjonen/kommunen, og springer ifølgje Røiseland og Vabo (2012) ut i frå fleire teoretiske perspektiv, som organisasjonsteori og nettverksteori. Samstyring kan sei noko om kvifor kommunen handlar som den gjer, ut i frå statlege krav og føringar, trendar og moter frå utsida. Eg har valt å nytte desse to teoriene samla fordi dei har sentrale likskapstrekk. Når man snakka om nettverk så er det også ein samstyringsform (Røiseland & Vabo 2012).

Nettverksteori, springer ut i frå eit institusjonelt perspektiv, som er opptatt av kva som former ein organisasjon og korleis dei tilpassar seg omgivnadane. Institusjonelt perspektiv ser organisasjonen som ein sjølvstendig aktør med eigne normer, verdiar og kultur som handlar ut i frå kva som er akseptabelt og fornuftig med tanke på eigne behov og ønske. Dei oppdagar og set eigne mål innanfor sine økonomiske rammer (Christensen et al. 2009). Nettverksteori er nytta som eit supplement til samstyringsperspektivet fordi det handlar i større grad om korleis eit styringsnettverk fungerer og kva forhold som spelar ei rolle for at det fungerer eller ikkje.

Provan og Kenis (2008) sitt bidrag til nettverksteori er eit nyttig reiskap for å belyse og forklare mine funn, og evaluere i kva grad eit styringsnettverk/folkehelserådet fungerer. Dei utvalte omgrepa storleik, tillit, konsensus og nettverkskompetanse er nøkkelomgrep valt ut fordi det er faktorar som (eg sjølv meiner) har betydning for effektiviteten i styringsnettverk, og fordi dei var ein god støtte for å belyse mine funn. Samstundes er det viktig å vere bevisst på at desse nøkkelomgrep også har nokre avgrensingar i forhold til at dette er svært generelle kriterier og alle er relevante i ulike former for nettverk. Det er vanskeleg å vurdere på eit slikt generelt grunnlag og det dekker kanskje ikkje i tilstrekkeleg grad styringsnettverk i relasjon til folkehelse kor også strategisk forankring er eit sentralt element for å oppnå suksess.

6.2.1. Alternative teoriar

I denne studien er det også andre teoriar som kunne kome til nytte for å belyse andre mine funn. Gjennom jungelen av teoriar som finnes der ute har eg valt å grunngje nokre få av dei her.

Eg vurderte blant anna Røvik sin *translasjonsteori* som springer ut i frå det institusjonelle perspektivet (Røvik 2007). Røvik bruker ordet translasjon for overføring av organisasjonsidear eller oppskrifter for å tilpasse seg trendar i omgivnadane, henta frå myteperspektivet (Meyer & Rowan 1977). I følgje translasjonsteorien kan man enkelt overføre nye idear, ved hjelp av planlegging, inn i organisasjonar. Eit sentralt vilkår for å oppnå ein vellykka translasjon er translatørkompetanse; god evne til å identifisere idear og tileigne seg kompetanse for å tilpasse dei til eiga organisasjon er viktig for organisasjonens utvikling, vekst og suksess (Røvik 2007). Ved å nytte Røvik sin translasjonsteori kunne ein belyst korleis Storåsen kommune handterer Samhandlingsreformen (2008-2009) og Folkehelselova (2012) sine krav og føringar ved å etablere eit folkehelseråd, samt tilpasse seg trendar frå omgivnadane ettersom folkehelse er i vinden som aldri før. Vidare kunne ein sett på korleis denne ideen vart etablert, kven som var «translatør» og sjølve prosessen med organisering og systematisk utval av aktørar. Nettopp fordi kommunen har relativt stort handlingsrom for å tolke nye krav til folkehelsearbeidet, og korleis dei skal løyse nye oppgåver frå staten og lovverk, kunne Røvik sin translasjonsteori vore relevant.

Eit anna teori som også springer ut frå institusjonelt perspektiv er *kulturperspektivet* (Christensen et al. 2009). Kulturperspektivet legg vekt på organisasjonskultur, normer og verdiar som ligg i organisasjonens tradisjon og ideologi. Dette rammeverket kunne belyst korleis Storåsen kommune vel å handle ut i frå tidlegare erfaringar og uformelle normer –kva som har fungert og ikkje fungert, og korleis dette skapar både muligheter og avgrensingar. Dette handlar om at ein organisasjon vel ein retning/sti, og har dermed lagt føringar for neste retning/sti (Christensen et al. 2009).

Meta-governance kunne også vore ein interessant vinkling på studien, ettersom det handlar om korleis Storåsen kommune «eig» nettverket, og dermed har styring på samstyringen i folkehelserådet/nettverket (Røiseland & Vabo 2012). I utgangspunktet er nettverket avhengig av kommunen fordi det er kommunen som sit med «makt» og ressursar. Dette kunne belyst korleis kommunen styrer og kontrollerer nettverket i ønska retning for å nå konkrete mål, og korleis dette kan fungere utan å øydelegge potensialet i styringsnettverket. Eg har i hovudsak hatt fokus på samstyring gjennom styringsnettverk med vekt på styring innad i nettverket.

Men eg ser at i forhold til å diskutere politikarane sin forankring i nettverket kunne det ha vore relevant å trekke inn meta-governance i noko større grad. Politikarar i dag deltek i større grad i kommunal planlegging og ulike nettverk for å påverke samfunnsstyringa og skal på den måten representere demokratiet på litt meir utradisjonelle måtar enn før (Sørensen & Torfing 2009).

6.3. Metodediskusjon

Flyvbjerg (2006) diskuterer fem vanlege (miss)oppfatningar ved casestudie som forskingsmetode, som til dømes seier at teoretisk kunnskap har meir verdi enn praktisk kunnskap. Flyvbjerg (2006) snakkar om menneskets læringsprosess, og meiner at casestudiar gir det som han kallar kontekst-avhengig kunnskap. Kontekst-avhengig kunnskap er viktig for å bevege seg frå regel-styrte nybyrjarar til vidarekomen og ekspert (ibid).

I forhold til denne masteroppgåva var dette ein årsak til at forskingsspørsmålet mitt førte meg til ein best-casestudie, for nettopp å kome nær real-life situasjonar som kunne gi meg detaljert informasjon om kommunalt folkehelsearbeid frå det verkelege livet. På den måten kan eg få tak i «kontekst-avhengig» kunnskap som kanskje andre kommunar kan ha nytte av for å ta steget vidare til «vidarekomen» eller «ekspert» i arbeidet med folkehelse. Dette kan bidra til å styrke validiteten (Andersen 2013). Det som derimot kan svekke validiteten i studien er muligheten for at informantane har svart slik dei ønsker det skal vere, til dømes målsetjinga med folkehelserådet og i kva grad folkehelserådet bidrar til at mål blir nådd. Dette er noko eg har forsøkt å ta høgde for å få fram i mine tolkingar, og grunngi kva som ligg bak desse tolkingane. Samstundes har eg tenkt gjennom prosessen at eg studerer ikkje korleis røyndommen er, eg har studert *erfaringane* medlemmane av folkehelserådet har om røyndommen. Det er nettopp dette Kvale og Brinkmann (2012) snakkar om, at ein fangar opp røyndommen slik den blir erfart av intervjuobjektet. Dette er berre eit døme på korleis ein kan erfare og oppleve lokalt folkehelsearbeid.

Nokon hevdar at ein kan ikkje generalisere frå eit singel-case og derfor kan ikkje casestudiar bidra til forskning. Dette er ofte ein oppfatning frå naturvitskapen, at å generalisere er heilt naudsynt for vitskapleg forskning. Flyvbjerg (2006) derimot skriver følgjande: «*It depends on the case one is speaking of and how it is chosen*» (Flyvbjerg 2006:225). Eg brukte sjølv Flyvbjerg (2006) sin strategiske seleksjon av case, og opplever at denne strategien var nyttig for å svare på min problemstilling. Vidare seier han at dersom ein ikkje kan generalisere

kunnskap betyr ikkje det, at det er kunnskap eller opplysningar som ikkje kan ha nytte innan sitt felt eller i eit samfunn. Ein måte å tilnærme seg generalisering i casestudiar er å vurdere om resultatet har overføringsverdi (ekstern validitet) (Johannessen et al. 2011)

Eg meiner at til tross for at mine resultat er kontekst-avhengig kunnskap, har mine funn overføringsverdi til andre kommunar fordi det er tidlegare forskning og teori som støtter suksesskriteriene som nyttige faktorar i lokalt folkehelsearbeid. Tidlegare forskning understøtter utfordringar som andre kommunar kan kjenne seg att i, og som understreker behovet for løysingar på dette.

Eg har også vist til forskning gjennom diskusjonen som bekreftar at min case har likskapstrekk, døme folkehelsekoordinator, til andre kommunar i Noreg, som gjer det til eit representativt case på nokre områder. Det er fortsatt eit best-case, og det er fortsatt variasjonar korleis kommunar i Noreg ligg an i lokalt folkehelsearbeid. Men det er sannsyn for at nokon vil kjenne seg att i dei same kjenneteikna ved mitt case.

Flyvbjerg (2006) meiner at generalisering er naudsynt og viktig, men at man overdriver litt når generalisering er blitt den einaste legitime metoden i vitenskapleg forskning. Vitenskap handlar om å samle inn og tileigne seg kunnskap, og generalisering er berre ein av dei mange framgangsmåtar for å gjere nettopp det.

For å forklare korleis casestudiar fungerer ypparleg til generalisering viser han til Karl Poppers falsifikasjonstest, også kalla hypotetisk-deduktiv metode. Denne går ut på at ein finn ein singel observasjon som kan avvise/motbevise ein hypotese, til dømes ei svart svane motbeviser at alle svaner er kvite, og slik kan ein forkaste hypotesen. Poenget er at man skal kome så nær røyndommen som muleg, ved å skape mest muleg «sanne» teoriar.

Casestudiar er inngåande detaljstudiar av røyndommen, med sin nærleik til «real-life»-situasjonar, og er dermed ideelle for nettopp å falsifisere ein hypotese. «*What appears to be «white» often turns out on closer examination to be «black»*» (Flyvbjerg 2006:228). Det er då behov for meir inngåande forskning på området. I min casestudie hadde eg nok med nokre forventingar i bagasjen ettersom det var eit best-case. Desse forventningane har nok snudd litt ettersom eg grov meg lenger og lenger ned i analysen og oppdaga at det ikkje var så rosenraudt i Storåsen likevel. Dei opplev fleire av dei same utfordringane som andre kommunar i Noreg erfarer.

Det er ein oppfatning ved casestudiar at forskaren har ein tendens til å vippe utfallet i retning av ønska resultat. Dette skapar ein tvilsam viteskapleg verdi. Flyvbjerg (2006) meiner derimot at dette eigentleg er ein tendens i all vitskapleg forskning, men kvalitativ forskning har særleg fått kritikk for forskarens rom for tolking og vilkårleg bedømming enn andre metodar.

Eg har gjennom heile prosessen vore bevisst dette, og forberedt meg grundig i forkant av intervju ved å setje meg inn i kommunale plandokument og utfordringar som Storåsen kommunen har. Dette kan styrke studiens objektivitet (Johannessen et al. 2011). Under intervjuet var eg bevisst på å få tilbakemelding frå intervjuobjektet om eg oppfatta svaret riktig eller ved å bruke oppfølgingsspørsmål undervegs.

Casestudien min har avdekka eit særleg rikt komplekst fenomen. Eg opplevde først at eg måtte gå djupare ned i -i det som i starten for meg var ubetydelege funn og bagatellar, som etter kvart viste seg å vere verdt «strevet» frå startgropa som er noko av det Flyvbjerg (2006) drøfter. Mot slutten ser eg tydeleg for meg kva funn eg har og at studien har betyding. Eg har gjennom masteroppgåva skildra alle val eg har gjort i detalj for å sikre grundighet og openhet. Dette kan styrke studiens reliabilitet (Johannessen et al. 2011)

Min erfaring med casestudie er god, det er eit unikt supplement i forskning for å samle heilskap kring det fenomenet som blir studert og for å forstå det meningsfulle ved menneskeleg åtferd og den *verkelege* røyndommen som også Kvale og Brinkmann (2012) nemner ved kvalitativ forskning.

Referanseliste

- Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T. & Kristiansen, R. (2013). Utfordringer for norsk planlegging. I: *Utfordringer for norsk planlegging. Kunnskap, bærekraft, demokrati*, s. 15-24. Oslo: Cappelen Damm. Høyskoleforlaget.
- Abelsen, B., Ringholm, T. & Emaus, P.-A. (2012). Hva har Samhandlingsreformen kostet kommunene så langt? *Norut Alta Rapport*, 2012:9. Alta.
- Andersen, S. S. (2013). *Casestudier: forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. 2 utg. Bergen: Fagbokforl. 185 s. : ill. s.
- Christensen, T., Læg Reid, P., Roness, P. G. & Røvik, K. A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte*: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk. 297 s. s.
- Falleth, E. & Saglie, I. L. (2013). Kommunal arealplanlegging. I: Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T., Kristiansen, R. & (red.) (red.) *Utfordringer til norsk planlegging. Kunnskap, bærekraft, demokrati*, s. 85-101. Oslo: Cappelen Damm. Høyskoleforlaget.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12 (2): 219-245.
- Folkehelselova. (2012). *Lov om folkehelsearbeid av 24. mai 2011 nr. 29*.
- Folkehelsemeldinga. (2012-2013). *Meld. St. 34. Folkehelsemeldinga. God helse - felles ansvar*. Oslo: Helsedepartementet. (Melding til Stortinget). 199 s.
- Gerring, J. (2004). What is a case study and what is it good for? . *American Political Science Review*, 98 (2).
- Head, B. W. (2008). Assessing network-based collaborations: effectiveness for whom? *Public Management Review*, 10 (6): 733-749.
- Helgesen, M. K., Hofstad, H. & Schou, A. (2014). Samhandlingsreformens effekt på kommunen. *Norsk institutt for by- og regionforskning*, 2014:21. Oslo. 1451-1456 s.
- Helsedirektoratet. (2010). Folkehelsearbeidet –veien til god helse for alle. *Rapport Helsedirektoratet* Oslo: IS-1846. 147 s.
- Helsedirektoratet. (2011a). Partnerskap som arbeidsform i regionalt folkehelsearbeid – med oversikt over fylkeskommuners organisering av folkehelsearbeidet *Rapport Helsedirektoratet*, IS-1935 93 s.
- Helsedirektoratet. (2011b). Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: Behov for "samfunnskompetanse" i kurs- og utdanningstilbud. *Drøftings- og prosessnotat* IS-1931 26 s.
- Helsedirektoratet. (2012). *Figur 1: Det systematiske folkehelsearbeidet*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/oversikt-helsetilstand-og-pavirkningsfaktorer-i-kommunen>.
- Helsedirektoratet. (2014). Samfunnsutvikling for god folkehelse. *Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge*, IS-2203 143 s.
- Hofstad, H. (2013). *Håndtering av "wicked problems" i kommunal planlegging. Lokal oversettelse av målsettingene om bærekraftig utvikling og bedre folkehelse i ulike planleggingspraksiser*. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet. 208 s.
- Hofstad, H. (2014). Lokalt folkehelsearbeid – status, utfordringer og anbefalinger. I: Helsedirektoratet (red.) *Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge*, s. 109-132. Oslo.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4 utg. Oslo: Abstract forlag AS.
- Keast, R., Mandell, M. P., Brown, K. & Woolcock, G. (2004). Network structures: Working differently and changing expectations. *Public administration review*, 64 (3): 363-371.
- Klijn, E.-H., Edelenbos, J. & Steijn, B. (2010). Trust in Governance Networks Its Impacts on Outcomes. *Administration & Society*, 42 (2): 193-221.
- KLIJN, E. H., Steijn, B. & Edelenbos, J. (2010). The impact of network management on outcomes in governance networks. *Public administration*, 88 (4): 1063-1082.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave, 3. opplag utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The lancet*, 358 (9280): 483-488.
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American journal of sociology*: 340-363.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2009). *Foundations for health promotion*. Edinburgh: Baillière Tindall/Elsevier. XIII, 314 s. : ill. s.
- NOU 1998:18. *Det er bruk for alle - Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 503 s.
- Næss, P. (2013). Bærekraft og klimehensyn i planlegging. I: *Utfordringer for norsk planlegging. Kunnskap, bærekraft, demokrati*, s. 146-165. Oslo: Cappelen Damm. Høyskoleforlaget.
- Ouff, S. M., Bergem, R., Aarflot, U., Hanche-Olsen, M., Vestby, G. M. & Helgesen, M. K. (2010). Partnerskap for folkehelse og Helse i plan. Sluttrapport. *Rapport Møreforskning Volda*, 7. 84 s.
- Plan- og bygningslova. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling av 27. juni 2008 nr. 71*. Prop. 90 L. (2010-2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. (Proposisjon til Stortinget, Lov om folkehelsearbeid). 234 s.
- 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.
- Rittel, H. W. J. & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. . *Policy Sciences*, 4 (2): 155-169.
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2008). Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 24: 1-2.
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2012). *Styring og samstyring: governance på norsk*. Bergen: Fagbokforl. 179 s. : ill. s.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforl. 398 s. s.
- Samhandlingsreformen. (2008-2009). *St.meld. nr. 47. Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. (Stortingsmelding). 150 s.
- St.meld. nr. 16. (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. Oslo: Helsedepartementet. (Stortingsmelding). 179 s.
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2005). The democratic anchorage of governance networks. *Scandinavian political studies*, 28 (3): 195-218.
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2009). Making governance networks effective and democratic through metagovernance. *Public administration*, 87 (2): 234-258.

Førespurnad om deltaking i eit forskingsprosjekt

Ein casestudie av «Storåsen» kommune, med fokus på kommunens organisering av folkehelsearbeid og tverrsektorielt samarbeid

Bakgrunn og formål

Dette er ein førespurnad om deltaking i ei undersøking ved ei masteroppgåve ved Noregs Miljø- og Biovitskapelege Universitet, NMBU. Folkehelselova og Samhandlingsreforma, begge iversett 1.1.2012, understrekar kommunens ansvar for folkehelsearbeid og behov for eit tverrsektorielt samarbeid, ettersom folkehelsearbeid bør integrerast i alle samfunnssektorar. Samstundes er planlegging løfta fram som eit viktig reiskap i arbeidet for å setje i verk folkehelseiltak som imøtekome dagens og framtidens folkehelseutfordringar. Lovverk og nasjonale føringar gir rom for fortolking når det gjeld kommunens organisering og planlegging av folkehelsearbeidet. Folkehelse er eit utviklingsarbeid i kommunane, og nokre er kome lengre enn andre. For å vite meir om suksessfaktorar og korleis ein kan oppnå eit godt samarbeid ved folkehelse og planlegging for å nå felles mål, ønsker eg dykkar synspunkt og erfaringar.

«Storåsen» kommune er utvald etter anbefaling frå ... Fylkeskommune. Det var ønske om eit best case, ein kommune som har utmerka seg i forhold til folkehelsearbeid, samarbeid og planlegging.

Kva betyr det å delta i studien?

Deltaking i studien innebere gjennomføring av individuelle forskingsintervju. Dette gjeld alle som deltek i kommunens tverrsektorielle samarbeid kring folkehelse. Kvart intervju vil ha ein varighet på ca. 1 time. Spørsmåla vil omhandle samarbeidet; Korleis samarbeider kommunen for å integrere folkehelsearbeidet inn i dei ulike sektorane? Det vil bli lagt vekt på vedkommandes eigne erfaringar og opplevingar kring tema. Det vil bli nytta bandopptakar under alle intervju.

Kva skjer med innhenta opplysningar?

Informantane er sikra full anonymitet i det ferdige produktet; masteroppgåva. Alle personopplysningar vil bli behandla konfidensielt. Opplysningar vil bli oppbevart innelåst og på maskiner som er passordbeskytta. Det er kun masterstudent og hennar rettleiar som vil ha tilgang til opplysningar. Prosjektet skal etter planen vere avslutta juni 2015, og alle opplysningar frå datainnsamlinga, notater - opptak på bandopptakar, vil bli sletta/makulert.

Frivillig deltaking

Det er frivillig å delta i denne studien, og ein kan når som helst trekke seg utan å oppgi grunn.

Dersom dykk ønskje å delta, eller har spørsmål, kontakt masterstudent Benedikte Kvalsvik: benedikte.kvalsvik@nmbu.no eller ekstern rettleiar Hege Hofstad ved Norsk Institutt for By- og Regionforskning, NIIBR: hege.hofstad@nibr.no

Med vennleg helsing

Benedikte Kvalsvik, masterstudent ved NMBU.

Ein casestudie av «Storåsen» kommune, med fokus på kommunens organisering av folkehelsearbeid og tverrsektorielt samarbeid

Til ...

Etter positiv tilbakemelding frå assisterande rådmann,, som takka ja på vegne av «Storåsen» kommune til å delta i mitt forskingsprosjekt i samband med min masteroppgåve, er eg no i gong med å rekruttere informantar.

Eg er student på masterstudiet i Folkehelsevitenskap ved Noregs Miljø- og Biovitenskaplege Universitet. I min masteroppgåve, som er ein casestudie av «Storåsen» kommune, ønskjer eg å foreta individuelle forskingsintervju med alle som deltek i det tverrsektorielle samarbeidet kring folkehelsearbeid og planlegging i kommunen.

Lovverk og nasjonale føringar gir rom for fortolking når det gjeld kommunanes organisering og planlegging av folkehelsearbeidet. For å vite meir om suksessfaktorar og korleis ein kan oppnå eit godt tverrsektorielt samarbeid ved folkehelse og planlegging for å nå felles mål, ønskjer eg dykkar synspunkt og erfaringar.

Eit intervju vil ha ein varighet på 45-60min, og det vil bli nytta bandopptakar. Eg skal gjere ein kvalitativ studie, så det vil bli fokus på dine egne erfaringar og opplevingar kring dette samarbeidet. Det er eit ønskje å intervju *alle* som deltek i det samarbeidet, for å få tak i alle meiningar og synspunkt.

Alle personopplysningar vil bli behandla konfidensielt, og i masteroppgåva vil alle informantar vere sikra anonymitet. Prosjektet skal etter planen vere avslutta juni 2015, og alle opplysningar frå datainnsamlinga vil då bli sletta. Det er frivillig å delta i denne studien, og du kan når som helst trekke deg utan å oppgi grunn. Eventuell informasjonen

frå deg vil då bli sletta, og ikkje brukt. Min rettleiar i arbeidet med masteroppgåva er Hege Hofstad ved NIBR, Norsk institutt for by- og regionforskning.

Intervjua er planlagt gjennomført i veke 4 og 5 i januar 2015. Påmelding innan 16.januar 2015. Ver vennleg å send svar til meg på mail. Har du noko du lura på, spørsmål i forhold til intervjuet eller studien, så send meg gjerne ein mail.

Eg ville satt stor pris på din deltaking! På forhånd takk!

Med vennleg helsing

Benedikte Kvalsvik

Masterstudent v/NMBU i Ås.

Mail: benedikte.kvalsvik@nmbu.no

Halvstrukturert og tematisert intervjuguide:

Hovudspørsmål	Oppfølgingsspørsmål
<p>1. Korleis vel kommunen å organisere folkehelsearbeid og planlegging?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Korleis opplever du denne måten å gjer det på? • Kvifor er du valt med i dette samarbeidet trur du? Og kvifor er dei andre valt med? • Konkret; 8 stk er med i samarbeidet, kor ofte treffes ein, kven deltek til einkvar tid, ... • Kva formell rolle har samarbeidet i organisasjonen? Har det ein spesifikk link til rådmannen/rådmannsteamet? • Viss ja, på kva måte?/Korleis?
<p>2. Kvifor har kommunen valt akkurat denne organisatoriske løysinga?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kva trur du er bakgrunnen for denne organiseringa? (til dømes framfor ei anna metode) • Visste dykk at dette var ein god metode?
<p>3. Kva er målet med samarbeidet?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kva «produseras»? Informasjonsutveksling? Utvikling av idear, mål, prioriteringar? Utvikling av tiltak? Anna?

<p>4. Korleis fungerer samarbeidet i kommunen for å integrere folkehelsearbeidet inn i dei ulike sektorane?</p> <p>Og korleis fungerer samarbeidet for å integrere folkehelse inn i politiske prioriteringar, planer og strategiar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • I kva grad har samarbeidet hatt innflytelse på prioriteringar i kommunal planlegging? Virksomhetsplaner? Utforming av tiltak? Vedtak i kommunestyre? • Kva skjer etter samarbeidet/møtet? Tar man med seg arbeidet til sin sektor? Blir det følgt opp? • Kva synes du om samarbeidet? • Føler du at du blir hørt?/blir tatt på alvor? • Føler du at du har tilstrekkelig kompetanse på dette feltet? • Føler du at samarbeidet bidrar til at mål blir nådd?
<p>5. Kva er fordelar med denne organiseringa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kva for erfaringar har du gjort deg? • Kva nytte har samarbeidet hatt? • Kva fungerer godt? Kvifor? • Ville du anbefalt denne måten til andre kommunar? Kvifor/kvifor ikkje? • Trur du samansetninga av ulike representantar har betydning? På kva måte? Evt. andre faktorar? • Kva trur du er viktig no for å sikre ein kontinuerlig oppfølging av dette gode samarbeidet som er etablert? (ting kan jo skje, usemje, nye utfordringar, utskifting av tilsette etc.)

<p>6. Kva er ulemper ved denne organiseringa?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Kva for erfaringar har du gjort deg?• Kva meiner du ikkje fungerer så godt? Kvifor?• Kva trur du må til for å gjere noko med det?• Ved tverrsektorielt samarbeid kan ein støte på ein del utfordringar; som tidspress, for mykje å gjere, andre ting får høgare prioriteringar, sviktande oppmøte, kva tenker du om dette? Er dette noko dykk har erfart?• Har dykk gode metodar for å imøtekomme slike utfordringar eller er det eit problem til tider?



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

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