

MASTEROPPGÅVE

Mastergrad i Organisasjon og leiing

Førebyggjande helsearbeid «Å ta frå dei sjuke og gi til dei friske»

Ein studie om iverksetting av nasjonal politikk for ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid i kommunane

av

Geir Are Nedrelid

Juni 2013

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no –
www.hisf.no

Masteroppgåve i: Organisasjon og leiing, helse- og sosialleiing

Tittel:

Førebyggjande helsearbeid – «Å ta frå dei sjuke og gi til dei friske»
Ein studie om iverksetting av nasjonal politikk for ein auka innsats på
førebyggjande helsearbeid i kommunane.

Engelsk tittel:

Preventive health care – «Taking from the sick and giving to the healthy». A study
of the implementation of a national policy to increase preventive health care in
local authorities.

Forfattar: Geir Are Nedrelid

Emnekode og emnenamn: MR690 Mastergrad i Organisasjon og leiing	Kandidatnummer: 101
Publisering i institusjonelt arkiv, HSF Biblioteket (set kryss): JA x Nei__	Dato for innlevering: 14.06.2013
Eventuell prosjekttilknytning ved HSF	Emneord (minst fire): Iverksetting Førebyggande helsearbeid Kommune Nasjonal politikk Samhandlingsreform

Tittel og samandrag:

*Førebyggjande helsearbeid – «Å ta frå dei sjuke og gi til dei friske»
Ein studie om iverksetting av nasjonal politikk for ein auka innsats på
førebyggjande helsearbeid i kommunane.*

Førebyggjande helsearbeid har over tid hatt eit stadig aukande fokus og er i dag eit høgaktuelt helsepolitisk tema. Det blir teikna eit bilete av ein helseteneste med stadig aukande utgifter og ei utvikling som ikkje er berekraftig. For å sikre ein god og framtidsretta helseteneste er det lagt opp til ein betydeleg auka innsats og prioritering av førebyggjande helsearbeid i kommunane.

Målet med studien er å sjå korleis kommunane følgjer opp statleg politikk for ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid. Vidare er formålet å få innsikt i kva faktorar som har betydning for prioriteringa og innsatsen, samt korleis dei forankrar i kommunale planar.

Studiet har eit komparativt casesdesign. Det er nytta kvalitativ metode og data er samla inn gjennom semistrukturerte telefonintervju og personintervju. 17 leiarar for helsetenestene i kommunar er intervjuar over telefon, og tre leiarar for helsetenestene og to folkehelsekoordinatorar i fire utvalde kommunar er intervjuar. Datamaterialet er analysert etter ein temasentrert analyse.

Funn i studien tyder på ein aukande merksemd på førebyggjande helsearbeid i kommunane, og ein dreining til at det i større grad omfattar heile kommunen og ikkje berre helsetenesta som tradisjonelt. Der er utfordringar med få til ein høg prioritering og auka innsats i kommunane. Faktorar som tradisjonelt fokus på kurative tenester framfor førebygging i helse- og omsorgstenesta, lite handlingsrom gjennom mangel på tid og ressursar, og ein manglande administrativ og politisk entusiasme ser ut til å ha betydning for prioriteringa. Førebyggjande helsearbeid ser oftast ut til å vere generelt og lite forpliktande omtalt i planane, men at det i fleire kommunar er ein endring til at det skal danne eit meir overordna perspektiv, og ein meir konkret og forpliktande forankring i nye planar. Pådrivarar med politisk eller administrativ makt og avsett tid og ressursar ser ut til å vere viktige faktorar for i kva grad førebyggjande helsearbeid vert forankra, og med det kan bidra til å forklare ulikskapar mellom kommunar.

Title and Abstract:

Preventive health care – «Taking from the sick and giving to the healthy». A study of the implementation of a national policy to increase preventive health care in local authorities.

Preventive health care has been in increasingly strong focus upon over a long period and is today an important topic in health politics. A picture is painted of a health service with continuously rising costs and a development that is unsustainable. In order to ensure a health service with high quality now and for the future, it is planned to strengthen resources considerably, and to make preventive health care in local authorities a top priority.

The aim of this study is to find out how local authorities implement the national policy to increase preventive health care. An additional aim is to identify and explore factors which have played a role in this national priority area, and how these are anchored in local plans.

The study has a comparative case design. Qualitative methods are used, empiric data being generated from semi-structured telephone interviews and personal interviews. 17 leaders of local authority health services have been interviewed over the telephone; and three leaders of local health services and two community health coordinators from four selected authorities have been interviewed personally. A thematic analysis has been conducted of the data material.

The findings in this study suggest that there is increased attentiveness to preventive health care in local authorities and a shift towards such services reaching the whole community, rather than only those receiving traditional health services. There are challenges in regard to giving this high priority and more resources in local authorities. It emerges that certain factors have importance for prioritizing, such as the traditional focus on curative treatments, rather than preventive care in health and care services; limited scope of action due to lack of time and resources; and insufficient administrative and political enthusiasm.

Local plans refer to preventive health care chiefly in general terms, revealing no high degree of commitment; but it emerges from the study that several local authorities are developing a more independent perspective, communicating more concrete obligation in their new plans. The enthusiasm of individuals in positions of political or administrative power, and the allocation of time and resources, are shown to be important factors for how well established a preventive health care service will be, and these factors can also explain differences between local authorities.

Forord

Denne masteroppgåva er ein del av masterstudiet i organisasjon og leiding ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (HSF), og utgjer 30 av totalt 120 studiepoeng.

Det har vore ein lang prosess og mykje arbeid for å nå dette målet, difor er eg er stolt av meg sjølv.

Å skrive ei masteroppgåve i kombinasjon i fullt arbeid tenkjer eg er for spesielt interesserte. Om ein i tillegg skal kombinere det med tre små born, då tenkjer eg at det er for svært spesielt interesserte. I periodar har eg nok ikkje vore fullt så interessert, med det resultat at eg fleire gongar har stilt meg spørsmålet om eg orkar fortsette. For det har til tider vore svært krevjande å halde på. Særleg siste tida med lange dagar der eg har følt meg som i ei «ammetåke».

Samstundes har der vore ei drivkraft som har drive meg til å fullføre.

Eg hadde ikkje kome i mål med all den hjelpa eg har fått. Det er mange som fortener ein stor takk. Farmor og farfar som utallege helgar har hatt ungane på overnattingsbesøk for at far skal få tid til å skrive. Gode vener og øvrig familie som har bidrege til å underhold ungane.

Rettleiar Åge Vebostad har vist tolmod og heile vegen gjort det heilt klart at dette skal gå fint. Tydelege og direkte tilbakemeldingar, med ein fint snert av humor treff midt i blinken for meg. Som når han korrigerer min tendens til lange utbroderingar: «*du trenger ikke bygge en bunkers for å ha et sted å bo*». Som min rettleiar på masteroppgåva har du heile vegen vore støttande, optimistisk og gjeve meg retning vidare. Takk!

Ein stor takk også til Martin, min danske medstudent. Eg har ikkje tal på alle dei telefonsamtalane vi har hatt. Vi har støtta og hjelpt kvarandre når frustrasjonen har vore høg. For meg har alle diskusjonane og lure tankar vi har kome på ilag vore svært viktige!

Takk også til min arbeidsgjevar HELFO region Midt-Norge som har vore raus og gitt meg studiepermisjon som sterkt har bidrege til at eg har kome i mål. Dei har vore forståingsfulle og vist stor fleksibilitet i uttak av fridagar, særleg siste tida.

Og så, til gjengen eg bur saman med. Takk Line for at du er til. Utan deg hadde dette aldri gått. Du har vore svært så tolmodig. Takk for alt du har gjort heime og måtte forsake for at eg skulle kunne fullføre dette. Og så vesle Tilje (2,5 mnd) og Sofia (4) som begge har hatt ein pappa som har vore deltidsstudent heile sitt liv og ikkje veit om noko anna. No skal pappa kome fullt på bana igjen, ikkje berre delvis. Og til slutt Albert (8) som ei god stund har lurt på når pappa er ferdig med leksene. No er eg ferdig!

Frå i morgon skal eg lese skjønnlitteratur, fiske, trene meir og ikkje minst kose meg med familien igjen, utan å ha dårleg samvit...

Volda 13.06.13

Innhald

1	Innleiing	1
1.1	Aukande fokus på førebyggjande helsearbeid	1
1.2	Statlege virkemiddel for ein auka innsats	4
1.3	Desentralisering og delegering av oppgåver og ansvar	5
1.4	Tidlegare forskning	6
1.5	Problemstilling og forskingsspørsmål	8
1.6	Omgrepsavklaring	10
1.7	Oppgåva si vidare oppbygging	10
2	Teoretisk forankring	11
2.1	Førebyggjande helsearbeid	12
2.1.1	Utfordringar ved prioritering av førebyggjande helsearbeid	14
2.2	Tilhøvet mellom stat og kommune	16
2.2.1	Desentralisering og delegering	17
2.2.2	Statleg styring av kommunane	19
2.3	Nasjonale føringar og krav	20
2.3.1	Førebyggjande helsearbeid i kommunane	20
2.3.2	Forankring av førebyggjande helsearbeid i kommunalt planverk	22
2.4	Iverksettingsteori	25
2.4.1	To ulike skuleretningar innan iverksettingsteori	26
2.4.2	Vetopunkt	29
2.4.3	Situasjonstilpassa iverksetting	30
3	Metodisk tilnærming	35
3.1	Val av forskingsstrategi - design	35
3.1.1	Eit komparativt casesdesign	36
3.1.2	Hermenutikk som vitenskapleg grunnlag	38
3.1.3	Val av metode for innsamling av data	39
3.2	Strategisk utval av 4 kommunar	41
3.3	Gjennomføring av studien	42
3.3.1	Tilgang til feltet	42
3.3.2	Telefonintervju og personintervju	43
3.3.3	Arbeid med data og analyse	44
3.4	Reliabilitet, validitet og generalisering	45
3.4.1	Reliabilitet	45
3.4.2	Validitet	46
3.4.3	Generalisering av funn	48

3.5	Etiske betraktningar	49
3.5.1	Forskarrolla og eigen ståstad	50
4	Empiri	51
4.1	Demografiske data	52
4.2	Fokus på førebyggande helsearbeid	52
4.3	Faktorar med betydning for prioriteringa	54
4.3.1	Økonomi og ressursar	54
4.3.2	Kultur og haldning	56
4.3.3	Prat versus prioritering	60
4.3.4	Målbare effektar versus langsiktige gevinstar	61
4.3.5	Kommunestorleik	62
4.4	Statleg styring	62
4.4.1	Juridiske, økonomiske og pedagogiske virkemiddel	63
4.4.2	Realismen i føringane frå staten	65
4.5	Forankring av førebyggande helsearbeid i plan	66
4.5.1	4 utvalde kommunar	67
5	Møte mellom teori og empiri – drøfting	72
5.1	Kultur for behandling, pleie og omsorg	73
5.2	Mangel på tid og ressursar	76
5.3	Manglande politisk og administrativ entusiasme	79
5.4	Ulik forankring i plan	82
5.5	Lokal iverksetting av nasjonal politikk på førebyggande helsearbeid	84
6	Avslutting og konklusjon	89
	Litteraturliste	93

Vedlegg

Figurar

Figur 1:	Programmert- og tilpassa iverksetting	31
-----------------	---	----

Figur 2:	Uklarheit og konflikt	33
-----------------	-----------------------------	----

1 Innleiing

1.1 Aukande fokus på førebyggjande helsearbeid

Tema for denne studien er førebyggjande helsearbeid i kommunane, med fokus på kommunane sin oppfølging av statlege føringar for ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid. Formålet er å sjå nærare på korleis kommunane følgjer opp statleg politikk og målsetjingar om ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid. Vidare er formålet å få innsikt i kva utfordringar dei møter ved prioritering av førebyggjande helsearbeid, korleis dei forankrar i kommunale planar og kva faktorar som kan bidra til å forklare forskjellar mellom kommunane. Studien vil med sitt fokus på lokal iverksetting av statleg politikk kunne betraktast som ein iverksettingsstudie.

Det har over tid vore eit aukande fokus på førebyggjande helsearbeid, og det er i dag eit høgaktuelt helsepolitisk tema. Seinast ut er Folkehelsemeldinga «God helse – felles ansvar» (St.meld. 34, 2012-2013) der regjeringa set seg mål om at Norge mellom anna skal vere blant dei tre landa i verda med høgast levealder.

Dagens helseminister Jonas Gahr Støre har vore høgt på bana og snakka mykje om nødvendigheita av auka fokus og innsats på førebygging og folkehelsearbeid, for å kunne sikre ein framtidig god og berekraftig helseteneste. I ein tale på Spekter-konferansen 19.11.12 understrekar han den helsepolitiske betydninga av førebygging:

«Om noen skulle være i tvil: Målet for god helsepolitikk er ikke hvor mange vi behandler på sykehus, det er kanskje snarere hvor mange vi kan hindre at kommer på sykehus»

Eit sentralt argument for meir førebygging er dei stadig aukande utgiftene i helsetenestene med dagens system. St.meld. 47, Samhandlingsreformen «Rett behandling – på rett sted – til rett tid» (2008-2009) teiknar eit bilete av ei utvikling som ikkje er berekraftig og som ikkje kan halde fram. Vi har ikkje mogelegheit til å behandle oss ut av dagens og framtidens helseproblem (Mæland (2010:22)). Ein førande tanke bak det store førebyggingsfokus er at det skal vere billegare og smartare å førebygge helseplager i forkant framfor å reparere desse i etterkant. I ein kronikk i Dagbladet 25.04.13 har helseminister Jonas Gahr Støre ein uttale som illustrerer dette godt:

«Det er bedre å bygge friske barn enn å reparere syke voksne».

Sjølv om fokuset er høgt og «alle» i den politiske debatten ser ut til å vere einige om kor viktig det er, så er det noko som tyder på at prioriteringa likevel ikkje er så høg som ein gjerne likar å uttale. Ifølge Mæland (2010:23) får førebyggande helsearbeid berre om lag 3 % av dei samla helseutgiftene. Slik eg ser det står ikkje dette heilt i stil med det store politiske fokuset og forventningane om auka innsats på førebygging som er skapt. Noko skjer på vegen frå det uttalte om kor viktig og høgt prioritert det er, til den reelle prioriteringa ute i kommunane som er den viktigaste førebyggingsarenaen. Dilemmaet illustrerast etter mi meining svært godt med det tidlegare helsedirektør Torbjørn Mork etter sigande ein gong skal ha sagt:

«En prioritering av forebyggende helsearbeid vil «bety at man tar fra de syke og gir til de friske»» (Kjønstad, 2009:280)

I dette ligg utfordringa rundt å skulle prioritere tiltak der effekten er ein mogeleg framtidig helsegevinst framfor kurative tiltak som gjeld her og no (Mæland, 2010:22). Det visast også til andre forklaringar på at det er spesielle utfordringar rundt å prioritere førebyggande helsearbeid i kommunane. Ein av desse er mangelen på gode og treffsikre insentiv som har vore på å stimulere til ein auka innsats. Eit anna sentralt moment er at førebygging gjeld ukjende statistiske liv medan kurativ behandling gjeld einskildpersonar (ibid). Ein kan lett sjå for seg fakkeltoga som har vore der ein markerer sin støtte til behandlingstilbod som er trua. Kanskje er det funksjonar i eit lokalsjukehus som er trua, eller kanskje er det kritikk mot tilbodet til dei eldre på sjukeheimen i kommunen? Men, ein ser lite av demonstrasjonstog der ein krev betre førebyggingstiltak i kommunen for å hindre at ein kanskje kan få hjerneslag eller hjerteinfarkt ein gong i framtida. Førebygging ser ut til å mangle denne mobiliseringa av engasjement som dei kurative tenestene. Den siste særskilde utfordringa er tenkjesettet og prioriteringane til dei profesjonelle, som har ein svært sentral rolle i helsetenestene. Sentralt i den samanheng er dilemmaet er mellom kurativt og førebyggande helsearbeid (ibid:23), og der kurative helsetenester vert prioritert sjølv om det både kan vere helsemessig og økonomisk meir effektivt å satse på førebygging (Stamsø, 2009:264-265).

Høgt på den politiske dagsorden kom kanskje ikkje førebyggande helsearbeid før Samhandlingsreforma (St.meld. 47, 2008–2009). Reforma løfta fokuset på førebyggande helsearbeid betydeleg ved å definere manglande innsats for å avgrense og førebygge sjukdom som ein av hovudutfordringane til helsetenestene i dag. Heilt *sentralt i reforma er difor fokuset på ein betydeleg auka satsing på førebyggande helsearbeid*, og ulike tiltak og virkemiddel vert skisserte for å kunne løyse desse utfordringane.

Men, det er ikkje nokon ny problemstilling. Opp i gjennom åra har fleire statlege dokument og føringar hatt fokus på førebyggjande helsearbeid, og med ulike strategiar sett seg mål om å få ein auka innsats i kommunane. I NOU 1991:10 «Flere gode leveår for alle.

Forebyggingsstrategier» vart det generelle folkehelsearbeidet drøfta. Dette arbeidet ble følgt opp med St. meld. 37 (1992-1993) «Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid» som peikte ut fire hovudsinnssatsområde for det helsefremmende og førebyggjande. I NOU 1998:18 «Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene» peika utvalet på at det var mykje som tyda på at kommunane ikkje prioriterte førebyggjande og helsefremmende arbeid etter intensjonane i St.meld. 37 (1992-1993). Utredninga viste til eit behov for å snu trenden, og hensikta med ein eigen utredning på folkehelse var mellom anna å kome med forslag på virkemiddel som ville få kommunane til å sjå seg tente med å satse på førebyggjande helsearbeid (NOU 1998:18:22). Folkehelsemeldinga: Resepten for et sunnere Norge (St.meld. 16, 2002-2003) bygde vidare på dette arbeidet og sette seg mål om eit sunnare Norge gjennom ein politikk som skal medverke til å betre den generelle helsetilstanden i befolkninga. Meldinga peika ut fire såkalla hovudveggar til eit friskare Norge, der den eine er å få helsetenestene til å førebygge meir for å kunne reparere mindre (ibid:9).

Fokuset på forankring av førebyggjande helsearbeid kommunale planar er heller ikkje spesielt nytt. I NOU 1998:18 vert det føreslått at kommuneplan og økonomiplan skal vere utgangspunkt i alt folkehelsearbeid i kommunane (NOU 1998:18:253). I St. meld. 16, «Resepten for et sunnere Norge» heiter det at ein føresetnad for at folkehelse skal forankrast politisk og administrativt i kommunar og fylkeskommunar er at folkehelse inngår i sentrale plan- og avgjerdsprossar (St. meld. 16, 2002-2003:77). I Samhandlingsreforma presiserast dette ytterlegare og det vert føresett at førebyggingsinnsatsen forankrast i kommunale planar (St.meld. 47, 2008-2009:83). Den påfølgjande Folkehelselova formaliserer krav til forankring av det førebyggjande arbeidet i kommunen sitt planverk. I §§ 5 og 6 heiter det at kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden og påverkningsfaktorar for denne i befolkninga, og oversikta skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunen sin planstrategi. Ved hjelp av denne oversikta skal kommunen fastsette mål og strategiar for det lokale folkehelsearbeidet, og som etter plan og bygningsloven skal forankrast i kommuneplan.

Ved å legge krav til kommunane om at førebyggjande helsearbeid skal forankrast i plan ser det ut til at ein byggjer på tidlegare erfaringar og råd. I både Helse i Plan (Rapport nr. 2, Lokalt og regionalt folkehelsearbeid 2007-2010, Møreforskning, 2010:12) og Samla plan (St.meld. 47,

2008-2009:85) vert forankring i plan vurdert som viktig for folkehelsearbeidet i kommunane.

1.2 Statlege virkemiddel for ein auka innsats

Samhandlingsreforma (St.meld. 47, 2008-2009) skisserer ulike årsaker til ein manglande innsats på førebyggjande helsearbeid, og for å møte utfordringane vert det føreslått å gjennomføre endringar på finansiering, lovverk, avtalar og oppgåvefordeling mellom kommune og stat. Gjennom Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (St. meld. 16, 2010-2011), legg regjeringa den politiske kursen for helse- og omsorgstenestene og folkehelsearbeidet i fireårs perioden, og arbeidet med ein trinnvis gjennomføring av Samhandlingsreforma er sentral i planperioden (ibid:15). For å nå måla i reforma skisserast det behov for eit breitt sett med virkemiddel: *rettslege, økonomisk, faglege og organisatoriske* (ibid:30).

I Samhandlingsreforma vert det vist til svakheiter og manglar ved regelverket som regulerer helsetenestene og det førebyggjande helsearbeidet i kommunane (St.meld. 47, 2008-2009:82). Resultatet av dette vart to nye lover: Helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven, og som med verknad frå 2012 skal bidra til å vri innsatsen i helsetenesta frå behandling til meir førebygging.

Eit sentralt element i Samhandlingsreforma er å etablere økonomiske insentiv som understøttar riktig oppgåveløysing. Det peikast på at finansieringa av helsetenestene til no har bidrege til å sementere og forsterke fokuset på diagnose og behandling framfor førebygging, og det har vore for liten samanheng mellom kostnad og økonomisk gevinst hjå aktørane. Det vil difor leggest opp til å etablere økonomiske insentiv som vil gi ulike delane av helse- og omsorgstenestene insitament og inspirasjon til å utvikle roller og løyse oppgåver som samsvarer med dei helsepolitiske måla. Dei tre hovudgrepa regjeringa vil innføre i den samanheng er 1) kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenestene, 2) overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasientar frå sjukehusa til kommunane og 3) auke graden av rammefinansiering (ibid:97-109).

For å kunne ivareta ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid vert det i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (St.meld. 16, 2010-2011:34) signalisert at ein større del av auken i helsetenestene sine budsjett må kome til kommunane. Denne auken skal kome i form av frie inntekter, og innanfor denne auken vert det forventa ein styrking av førebyggingsarbeidet (St.meld. 47, 2008-2009:55).

Ein fellesfaktor i dei statlege føringane er at kommunane vurderast som sentrale i det førebyggjande helsearbeidet, og med det får eit hovudansvar. I Samhandlingsreforma vert viktigheita av ein sterk kommunerolle innan helse- og omsorgstenestene understreka (ibid:27) I Nasjonal Helse- og omsorgsplan 2011-2015 presiserast det at for å oppfylle ambisjonane om førebygging og tidleg innsats er der behov for å utvikle kommunerolla (St.meld. 16, 2010-2011:32). Også i høyringsnotatet frå Helse- og Omsorgsdepartementet i høve forlag til ny helse- og omsorgstjenestelov vert kommunen sett på som den sentrale arena for folkehelsearbeid, førebyggjande og helsefremmande arbeid. Grunngevinga er at kommunen sit med viktige virkemiddel som nærleik til innbygarane, som sentral tenesteytar og som planleggar og utviklar (Høyringsnotat, forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2010:177).

1.3 Desentralisering og delegering av oppgåver og ansvar

Dei nasjonale føringane for ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid ser ut til å føye seg inn i rekkja med fleire tidlegare reformer i lokalforvaltninga, der eit sentralt siktemål har vore desentralisering og delegering av oppgåver og ansvar ut til lokale myndigheiter (Christensen mfl., 2010:180). Argumenta for ein slik delegering av ansvar for viktige velferdsoppgåver er fleire, men sentralt står at kommunane vil løyse oppgåvene meir effektivt enn staten. Eit anna argument er at nærleiken til befolkninga gir ein lokal og tettare tilpassing til lokale tilhøve og problem (ibid:155, Fimreite og Grindheim, 2007:118).

Det vert stilt spørsmål ved kor reelle mogelegheiter kommunane har til å gjere ein lokal, politisk tilpassing av den nasjonale politikken. Christensen mfl. (2010:155-156) meiner at lover og reglar som kommunane må forholde seg til, at politikken vert forvalta av profesjonar og yrkesgrupper med eigne normer og at omsynet til likskap trekk i retning av å legge vekt meir på nasjonale enn lokale tilhøve talar mot ein lokal tilpassing til den nasjonale politikken.

Ifølge Øgard og Hovland (2004:46-47) er den største utfordringa kommunane står ovanfor gapet mellom dei krav og forventningar som staten stiller, og dei ressursane kommunane faktisk rår over for å møte desse. Dei meiner Storting og regjering ofte er urealistiske forventingsskaparar, der det paradoksalt er vanskeleg å seie nei på nasjonalt nivå og med det tvingast kommunane til å prioritere utan statleg ryggdekning. Delegering av oppgåver og ansvar til kommunane er også delegering av makt, og fordelings- og prioriteringssjørsmål vert med det flytta ned til lokale politikarar, administrasjon og yrkesutøvarar (Kjølrsrud,

2005:197-198). Ei stor utfordring for kommunane ved nasjonale reformer som inneber kommunal deltaking eller ansvar er at dei ofte ikkje er fullfinansierte, og med det gir nye utgifter til kommunane (Christensen mfl., 2010:166). Kjønstad (2009:277-278) stiller spørsmål ved om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta er eit treffsikkert verktøy for ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid i kommunane. Han meiner at forslaget føreset at kommunane er kapitalistar som gjer cost/benefit berekningar for å maksimere sin egen profitt.

Kommunane som skal iverksette den statlege politikken kan karakteriserast som komplekse, multiprofesjonelle organisasjonar (Øgard og Hovland, 2004:31). Kompleksiteten viser seg ved at sentrale oppgåver er prega av vage mål og/eller mange mål, konflikhtar, usikker samanheng mellom årsak og verknad, samt sterk symbolverknad (Strand, 2007:327). Fridomen som følgjer av desentralisering og auka kommunalt sjølvstyre gir ulike løysingar og utfordringar i kommunane, og resultatet kan vere betydelege kommunale ulikskapar i tilbodet (Opstad, 2006:171, Øgard og Hovland, 2004:37). Resultatet av lokalt sjølvstyre kan også verte ein utvikling som er i strid med nasjonale med intensjonane og nasjonale prioriteringar (Halvorsen, 2005:426).

1.4 Tidlegare forskning

Samhandlingsreforma og påfølgjande regelverk er rimeleg ferske, og av den grunn finnast det førebels lite forskning som går på korleis kommunane iverkset nasjonale føringar eller korleis virkemidla for ein auka innsats vert oppfatta av kommunane. Derimot finnast der analoge studiar som omhandlar iverksetting av nasjonal politikk på andre områder i kommunane, og som vurderast til å kunne vere relevant til min studie. Det føreligg også nyare forskning som omhandlar planarbeid i kommunane i høve folkehelsearbeid.

Implementering av helsefremmande og førebyggjande arbeid

Fosse (2000) har i sitt doktorgradsarbeid studert iverksettinga av det statleg programmet Samla plan, som vart sett i gong i perioden 1989-1994. Programmet hadde som målsetjing å til dels styrke det førebyggjande arbeidet generelt, samt bidra til auka fokus på det helsefremmande arbeidet. Ulike tiltak og modellar administrert av kommunane sjølve vart prøvd ut gjennom lokale statleg finansierte prosjekt i kommunane. Fire ulike kommunale prosjekt var inkludert i studien. I helsefremmande arbeid er helsetenesta ein av fleire likeverdige partnarar, og samarbeid over fleire sektorar er det sentrale. Historisk har

helseprofesjonane lenge hatt ein sentral rolle som faglege ekspertar og administratorar, noko som vart utfordra med dette tverrsektorielle samarbeidet der fleire faggrupper vart sett på som ekspertar. Studien viste at dette skapte konflikhtar i samarbeidet. Alle prosjekta var i utgangspunktet handterte som prosjekt administrerte av helsetenesta, noko som viste seg å vere problematisk. Endringar vart gjort undervegs, og då programmet var over var ikkje prosjekta lenger definerte som helseprosjekt, men som tverrsektorielle. Det viste seg at det helsefremmande arbeidet også hadde fått større fokus og høgare prioritet i kommunane på bakgrunn av.

”Helse i plan” og ”Partnerskap for folkehelse”

Helsedirektoratet har gjennom fylkeskommunane sett i gong tiltaka «Helse i plan» og «Partnerskap for folkehelse». Tiltaka er evaluerte i ei undervegsrapport (Rapport nr. 2, Lokalt og regionalt folkehelsearbeid 2007-2010, Møreforskning, 2010), og ein sluttrapport (Rapport nr. 7, Partnerskap for folkehelse og Helse i Plan, Møreforskning, 2010). I evalueringa av Helse i Plan viser det seg at ei vanleg problemstilling i kommunane er om folkehelsearbeidet skal forankrast i alt planarbeid eller i eigne kommunedelplanar. I dei fleste undersøkte kommunane er folkehelse nedfelt i både samfunnsdelen og arealdelen i kommuneplanane, men i dei færreste er det prioritert i handlingsplanar og økonomiplanar. I det tverrfaglege arbeidet med planverket i kommunane er mellom anna eining/avdeling for helse i stor grad involvert, både praktisk og formelt. Ein høgare del av Helse i plan-kommunar enn samanlikna kommunar har folkehelse tema integrert i planverket. (Rapport nr.2, Lokalt og regionalt folkehelsearbeid 2007-2010, Møreforskning, 2010: 12-14). Rapportane seier lite om eventuelle faktorar som kan forklare kommunale ulikskapar.

Alkoholpolitisk handlingsplan

Nesvoll (2008) har i ein mastergradsstudie undersøkt i kva grad kommunane følgjer opp statleg krav om å utarbeide alkoholpolitisk handlingsplan. Hovudfunn frå studien er at dei fleste kommunar følgjer det statlege politiske vedtaket om å utarbeide alkoholpolitisk handlingsplan, og at over halvparten følgjer nasjonale føringar om å utarbeide ein einskapleg rusmiddelpolitisk handlingsplan. Det ser også ut til å vere ein tendens til at kommunane med lågt innbyggartal er dei som i minst grad har utarbeida ein slik plan.

Oppsummering tidlegare forskning

Erfaringane frå Samla Plan var at ein innføring av ein meir tverrsektoriell tankegang ved helsefremmande arbeid utfordra helseprofesjonane sin sentrale rolle som ekspertar og administratorar. Dette ga konflikhtar i arbeidet, men prosjekta som i starten var administrerte av helsetenestene, var ved avslutning meir tverrsektorielle og fokuset på helsefremmande arbeid hadde auka i heile kommunen. Forskinga viser forskjellar i korleis kommunane forankrar folkehelse i sitt planverk, og berre dei færreste har forankra i handlingsplanar. Kommunar som er del av programmet «Helse i plan» har i større grad forankra folkehelse i sitt planverk, og helseavdelingane i kommunane vert vurdert som sentrale i arbeidet med utarbeiding av planar. I kva grad kommunane følgjer opp nasjonale krav for utarbeiding av alkoholpolitisk handlingsplan, så viser det seg ein tendens til at mindre kommunar i mindre grad har utarbeida plan. Forskinga elles seier lite utover dette på eventuelle forklaringar på kommunale ulikskapar.

1.5 Problemstilling og forskingsspørsmål

Formålet med denne studien er å sjå nærare på korleis kommunane følgjer opp statleg politikk og målsetjingar om ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid. Vidare er formålet å få innsikt i kva utfordringar dei møter ved prioritering av førebyggjande helsearbeid, korleis dei forankrar i kommunale planar og kva faktorar som kan bidra til å forklare forskjellar mellom kommunar.

Fleire ulike statlege dokument og føringar har over tid hatt fokus på førebyggjande helsearbeid. Desse har avløyst kvarande i å skulle kartlegge, evaluere tidlegare tiltak og kome med forslag på nye og meir effektive tiltak for å få ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid. Seinast ute er Samhandlingsreforma og påfølgjande virkemiddel som skal få dreia fokuset mot meir førebygging i kommunane. Eg stiller meg ein del spørsmål rundt dette. Det verkar vanskeleg å få prioritert førebyggjande helsearbeid sidan det er noko diffust og lite handfast over det, samtidig som det samanliknast med kurative tiltak i kø og som det kanskje hastar med. Vil ein no endeleg lukkast med å snu fokuset og tenkesettet til heile helsetenesta, til å skulle førebygge meir og reparere mindre? Er det slik at ein denne gongen har valt rette virkemiddel som skal gi auka fokus, innsats og prioritering av førebyggjande helsearbeid i kommunane? Korleis vurderer kommunane dei statlege virkemidla si betydinga for førebyggingsinnsatsen?

Lokal autonomi inneber handlingsrom til ulik prioritering, og som med det vil gi lokale forskjellar. Eg spør meg difor om kva faktorar ved lokale tilhøve er det som kan vere med og forklare at nokre kommunar legg ned større innsats og prioriterer førebyggande helsearbeid høgare enn andre? Kommunestorleik eller økonomi vert ofte trekt fram som moglege forklaringsfaktorar på kommunale ulikskapar elles, og det kan tenkast at det vil kunne vere ein forklaringsfaktor også i denne samanheng? Kva med andre lokale tilhøve som makt, kultur og kompetanse? Ein kan vidare kanskje tenkje seg at for at førebygging skal prioriterast må der vere nokon pådrivarar i kommunen, og i tilfelle kven er dette? Å identifisere sentrale ”pådrivarar” eller aktørar er viktig for å kunne seie noko om motiva for satsing på forebyggande helsearbeid.

Det vert føresett at kommunane forankrar det førebyggande helsearbeidet i kommunale planar. Men, det vert lagt opp til at kommunane sjølve vel korleis, enten ved å forankre i kommuneplan eller utarbeide egne delplanar. Etter min vurdering vil dette kunne betraktast som ein pålagt planlegging, sjølv om der er lagt opp til lokal fridom i korleis løyse det. Eg lurar difor også på i kva grad kommunane har forankra eller arbeider med å forankre førebyggande helsearbeid i kommunale planar. Vidare ynskjer eg vite meir om kva type planar arbeidet er forankra i, og korleis er omtalen – generell og overflatisk eller konkret og forpliktande? Kven har teke initiativ til at det vert utarbeidd planar?

Problemstillinga er todelt, og som følgjer:

«Korleis iverkset kommunane nasjonale føringar for ein auka innsats på førebyggande helsearbeid, og kva faktorar kan ha betydning for prioriteringa og innsatsen?»

For å konkretisere problemstillinga har eg valt desse forskingsspørsmåla:

1. Korleis er fokuset på førebyggande helsearbeid i kommunane, og har det har endra seg?
2. Kva faktorar og lokale tilhøve kan ha betydning for prioriteringa og innsatsen?
3. Kva betydning har dei statlege styringsvirkemidla for prioriteringa og innsatsen?
4. Korleis forankrar kommunane førebyggande helsearbeid i kommunale planar, og kva faktorar kan bidra til å forklare kommunale forskjellar?

1.6 Omgrepsavklaring

Førebyggande helsearbeid er ifølge litteraturen oppbygd av dei to ulike tradisjonane sjukdomsførebygging og helsefremmande arbeid. Folkehelseomgrepet er derimot vidare og som i tillegg til førebyggande helsearbeid også inkluderer behandling, rehabilitering og pleie og omsorg (Mæland, 2010:13-18). Undervegs i datainnsamlinga har fått eit inntrykk av at informantane nyttar desse omgrepa om kvarandre, og eg vurderer som krevjande å skulle forsøke og skilje desse i oppgåva. Sidan studien heller ikkje har fokus på skilnadar mellom dei, ser eg det også som lite hensiktsmessig. Eg har difor valt å bruke dei omgrepa som til ei kvar tid er brukt i litteraturen eller av informantane, og har ikkje forsøkt å tolke eller forstå desse. Slik eg ser det vil det ikkje ha nokon betydning for kvaliteten og resultatet.

1.7 Oppgåva si vidare oppbygging

Kapittel 2 er teorikapittel der eg først gjennomgår førebyggande helsearbeid og særskilde utfordringar rundt dette arbeidet. Vidare omtalar eg dei nasjonale føringane for auka innsats på førebyggande helsearbeid og forankring av dette arbeidet i kommunale planar. Etter det ser eg nærare på tilhøvet mellom stat og kommune, og virkemidla staten nyttar for å styre kommunane. Avslutningsvis gjer eg greie *iverksetting* av nasjonal politikk. Kapittel 3 omhandlar design og metodiske val for datainnsamling. Gjennomføring av studien vert gjort greie for. Ethiske utfordringar, validitet og reliabilitet vert gjennomgått. I kapittel 4 presenterer eg funna. I kapittel 5 blir funna analysert, samanlikna og diskutert i lys av teori. Oppgåva vert avslutta med kapittel 6 der eg summerer opp funn, freistar svare på problemstilling og forskingsspørsmål, samt forsøker å knyte studien opp mot teori og tidlegare forskning. Avslutningsvis presenterast tankar om framtidig forskning innan temaet.

2 Teoretisk forankring

Tema i denne studien er kommunal iverksetting av nasjonal politikk. Nærare definert iverksetting av nasjonale føringar for ein auka innsats på førebyggande helsearbeid i kommunane, og forankring av dette arbeidet i kommunale planar. I dette kapittelet vil eg gjennomgå relevant teori som kan belyse iverksetting av nasjonal politikk på førebyggande helsearbeid i kommunane, samt bidra til å forklare kommunale ulikskapar i dette arbeidet.

Iverksettingsteori fokuserer på å forklare kva som skjer når ein vedteken politikk skal setjast ut i praksis, og forsøker å etterspore samsvar eller mangel på samsvar mellom eit vedtak og det faktiske resultatet. Kjellberg og Reitan (1997: 134) meiner ein kan sjå iverksettinga av eit tiltak frå start til slutt som eit sett av sju fasar:

- I. Politikktutforming – Utgreiing offentleg utval eller arbeidsgruppe. Utarbeiding proposisjon eller tilsvarande
- II. Avgjerd om tiltaket – Lovvedtak eller tilsvarande
- III. Spesifisering sentralt nivå – Retningsliner/forskrifter
- IV. Spesifisering lokalt nivå – Retningsliner/instruksar
- V. Realisering lokalt – Aktivitet i lokale organ
- VI. Gjennomføringspraksis - Resultat av tiltaket
- VII. Tilbakeføring av erfaringar

Sentralt i denne oppgava er teoriane til Pressman & Wildavsky (1973) om vetopunkt, samt Berman (1980) sin modell om programmert og tilpassa iverksetting og Matland (1995) sin modell «uklarheit og konflikt». Desse to teoriane har eit særleg fokus på situasjonsperspektivet rundt iverksettinga og, og samane vurderast desse tre å kunne gi eit breiare og meir nyansert bilde enn dei ville gjort åleine.

I nyare iverksettingsteori er også læringsperspektivet vektlagt. Denne studien har fokus på iverksetting av nasjonal politikk med særleg fokus på ei heilt ny reform og påfølgande statlege virkemiddel som ein enno ikkje fullt ut ser verknadane av. Hovudfokuset i denne studien difor vere på iverksettingsfasane som omhandlar lokal planlegging og realisering (fase 4 og 5), og i mindre grad på dei seinare fasane evaluering og tilbakeføring av erfaringar (fase 6). Av den grunn vil fokuset på læring i oppgåva vere mindre og læringsteori er difor ikkje nytta.

I fase 4 vil kommunane som iverksettarar av den statlege politikken planlegge gjennomføring og tilpasse denne til eksisterande verksemd. Nødvendig infrastruktur, samt finansiell og personalmessige føresetnadar må sørgjast for å vere på plass. Dei sentrale føringane gir rom for lokale tolkingar og med det ulike løysingar. I fase 5 skjer den lokale administrative gjennomføringa, sjølv realiseringa av vedtaket lokalt. Det er først i denne fasen ein kan registrere dei faktiske, meir eller mindre vellukka resultata. Dei lokale tolkingane av sentrale føringar vil vise seg i ulike utfall lokalt. Hovudfokus på fase 4 og fase 5 impliserer likevel ikkje at eg ser desse to fasane isolert frå dei andre. Både politikkkutforming og avgjersler på sentralt nivå i fase 1-3 gjennom sentrale føringar er relevante for konteksten til studien. Fase 6 og 7 er til dels relevante også i denne studien, men i mindre grad enn dei to føregåande.

I tillegg til iverksettingsteori har eg også valt å ta utgangspunkt i teori som belyser konteksten iverksettinga føregår i, altså lokal iverksetting av nasjonal politikk på førebyggande helsearbeid. Eg vil først presentere presentert teori om førebyggande helsearbeid, og dei særskilte utfordringane rundt prioritering av dette arbeidet. Deretter ser eg nærare på trenden med desentralisering og delegering av oppgåver frå staten til kommunane, og deretter teori om tilhøvet mellom stat og kommune, og virkemidla staten nyttar for å styre kommunane. Etter det omtalar eg dei nasjonale føringane for auka innsats på førebyggande helsearbeid og forankring av dette arbeidet i kommunale planar. Avslutningsvis gjer eg greie for teori om *iverksetting* av nasjonal politikk.

2.1 Førebyggande helsearbeid

Mæland (2010: 18) viser til definisjonen av folkehelsearbeid som ”samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen”. I dette legg han at folkehelsearbeid i tillegg til førebyggande helsearbeid, også omfattar behandling, rehabilitering og pleie og omsorg. Med dette forstår eg førebyggande helsearbeid som ein bestemt del av folkehelsearbeidet.

Ifølge Schanke (2005:13) finnast der ikkje nokon eintydig definisjon av omgrepet førebyggande arbeid; innhaldet vil avhenge av kva tradisjon og grunntenking som dannar utgangspunktet for arbeidet. Noko grovt kan ein seie det er vanleg å skilje mellom to ulike hovudtradisjonar eller -perspektiv innan førebyggande (helse)arbeid (Schanke, 2005:13, Mæland, 2010:13). Det sjukdomsførebyggande perspektivet omhandlar tiltak med mål å hindre utvikling av sjukdomar, og redusere risikoen for skade og tidleg dødelegheit. Det helsefremmande perspektivet omhandlar tiltak som skal fremme livskvalitet, overskot, trivsel

og helse (Schanke, 2005:13-14, Mæland, 2010:13). Ifølge Mæland (2010:13) er der eit tydeleg ideologisk skilje mellom måten å tenkje og praktisere førebygging på innan desse to hovudtradisjonane.

Det **sjukdomsførebyggande arbeidet** byggjer på dei naturvitskaplege tradisjonane, og har vore medisinen og helsetenesta sitt domene. Arbeidet har ein ekspertstyrt tilnærming med fokuset på sjukdom og risikofaktorar (Mæland, 2010:13-15), og viktige initiativtakarar er fagfolk og formelle organisasjonar (Mikkelsen, 2005:4). Ifølge Schanke (2005:16) vil tilhengjarar av denne tilnærminga forstå effektiv førebygging som tiltak der ein kan talfeste positiv verknad av tiltak på eit eller fleire problemområde, og han skildrar tilnærminga som å ”luke ugras”. Ifølge NOU 1998:18 (341-342) kan det sjukdomsførebyggande perspektivet karakteriserast som eit ”ovanfrå-og-ned”-perspektiv ved at linja i arbeidet går frå staten, via kommunen og ut til borgarane som mottakarar av tenestene.

Den **helsefremmande tilnærminga** sitt idégrunnlag byggjer på manifestet etter den første konferansen for helsefremmande arbeid i 1986; det såkalla ”Ottawa-charteret” (Mæland, 2010: 72). I motsetning til det sjukdomsførebyggande arbeidet tek ikkje det helsefremmande arbeidet utgangspunkt i sjukdom og risikofaktorar, men heller i dei faktorane som kan styrkje helsa blant folk (ibid). Tilnærminga byggjer på ein sosial forståingsmodell for helse, og prosessen undervegs er tillagt like stor vekt som resultatane (Mæland, 2010:75, Schanke, 2005:17). Schanke (2005:13) karakteriserer denne tilnærminga som å ”vatne roser”. Eit viktig prinsipp er at innbyggjarane her ikkje vert sett på som målgruppe, men meir som aktive samarbeidspartnarar til fagfolka, og brukar- og befolkningsmedverknad står sentralt (Mæland, 2010:75, Schanke, 2005:17).

Eit anna viktig prinsipp for det helsefremmande arbeidet er erkjenninga om at helse hovudsakleg vert skapt og vedlikehalde utanfor helsesektoren, og eit breitt fleir- og tverrsektorielt samarbeid er nødvendig for å nå måla (Mæland, 2010:75). Også arbeidsmetodane skil seg ved at det helsefremmande arbeidet tek utgangspunkt i ferdigheiter i å stimulere individuelle, sosiale og politiske handlingar (ibid). Fosse (2002) ser på lokalsamfunnet som den sentrale arena for det helsefremmande arbeidet, men der kommunen utgjer den administrative ramma. Dei viktigaste initiativtakarane til dette arbeidet er lekfolk eller sjølve målgruppene (Mikkelsen, 2005:4). Ifølge NOU 1998:18 (341-342) karakteriserast dette perspektivet som ein ”nedanfrå-og-opp” perspektiv ved at arbeidet går i linja frå borgaren via nærmiljø til kommunen, og det er desse tre nivå som vurderast som

hovudaktørane i dette arbeidet. Mæland (201:13) ser på begge tilnærmingane som nødvendige, og i staden for å sjå på tilnærmingane som konkurrerande bør dei sjåast på som komplementære og folkehelsearbeidet bør hentast frå begge tilnærmingane.

Det er vanleg å bruke Caplan (1964) sin inndeling mellom primær-, sekundær- og tertiær førebygging (Schanke, 2005:19, Mikkelsen, 2005:1). Denne inndelinga tek utgangspunkt i kva fase i problemutviklingsprosessen innsatsen settast inn, og i kva grad det er mogleg å identifisere målgrupper eller problem (Mikkelsen, 2005:1). Primær sjukdomsførebygging er å hindre eller utsetje at sjukdom oppstår hos friske individ. Sekundær sjukdomsførebygging er å hindre at sjukdom kjem tilbake eller utviklar seg vidare, medan tertiær sjukdomsførebygging er å minske dei følgjane sjukdom får for funksjon og livskvalitet (Mæland, 2010:13-14).

Ein annan måte å kategorisere på er skilje mellom kven som er målgruppa for førebyggingsinnsatsen. Sjukdomsførebygging kan drivast på individuelt nivå eller på gruppe- eller befolkningsnivå (Mæland, 2010:14). Bloom (1968) ifølge (Schanke, 2005:22) skil mellom befolkningsretta strategiar, milepelsstrategiar og høgrisikostrategiar. Sjukdomsførebygging på individnivå kan kallast høgrisikostrategien ved at den tek utgangspunkt i å identifisere og intervenere mot dei personane i befolkninga med høgast risiko for ein sjukdom og med størst behov for førebyggjande tiltak. Sjukdomsførebygging på befolknings- eller gruppenivå derimot rettar seg mot heile befolkninga eller heile bestemte grupper, og vert gjerne kalla for befolkningsstrategien (Mæland, 2010:14).

2.1.1 Utfordringar ved prioritering av førebyggjande helsearbeid

Sjølv om fokuset på førebyggjande helsearbeid er aukande og stadig fleire vektlegg viktigheita av førebyggjande helsearbeid, så er det noko som tyder på at det likevel taper i kampen om ressursane. Ifølge Mæland (2010: 204) er der fleire forklaringar på denne manglande prioriteringa trass i ein så tilsynelatande stor interesse..

Ein sentral forklaring har vore *mangelen på gode insentiv for førebygging* (Mæland, 2010: 204). Førebyggjande helsearbeid finansierast i kommunane gjennom rammeoverføringar, og kommunane kan med det innanfor lovverket satse på dei helsetenestene dei sjølv ynskjer. Finansieringsordningane har over tid favorisert kurativt arbeid, og eit hinder for å drive førebyggjande arbeid er at det ikkje har gitt nokon økonomisk gevinst for kommunen så lenge sjukehusinnlegging vert dekkja av staten (Halvorsen, 2005:322). Denne problemstillinga har blitt nøye vurdert i Samhandlingsreforma, og med verknad frå 2012 er det innført kommunal

medfinansiering ved innlegging på sjukehus for enkelte pasientgrupper og for utskrivingsklare pasientar som eit virkemiddel for å stimulere kommunane til ein auka førebyggingsinnsats (Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter, 2011). Dette er meir inngåande gjennomgått i avsnitt 2.2.

Ifølge Fosse (Kronikk 2002:1) har sentrale strategiar innan det førebyggande helsearbeidet i ein del år vore ulike stimuleringsiltak som tidsavgrensa program og forsøk. Ulike program innan førebyggande og helsefremmande arbeid har vore lanserte for å gi større heilskapstenking gjennom å stimulere til tverrfagleg og tverrsektorielt samarbeid i kommunane. Grunna ein pressa økonomiske situasjon i kommunane har det ofte ført til eit spel mellom kommune og stat. Kommunane har gjerne sett sitt snitt til å kunne skaffe ekstra midlar etter at programma er over, medan staten gjerne ikkje har hatt sanksjonsmogelegheiter. I Rapport nr.2, Lokalt og regionalt folkehelsearbeid 2007-2010, Møreforsking (2010:10) vert øyremerkning av midlar trekte fram som nødvendig for å oppretthalde eit varig fokus på førebyggande arbeid. Også Mæland (2005:147) meiner problemet med låg prioritering av førebyggande arbeid best kan motverkast gjennom eigne tilskot til førebyggande arbeid.

Ein anna viktig forklaring er at førebygging handlar om *framtidige helsegevinstar* medan kurative helsetenester handlar om behandling her og no (Mæland, 2010:22, Stamsø, 2009:264-265). Dilemmaet illustrerast godt av det tidlegare helsedirektør Torbjørn Mork ifølge Kjønstad (2009:280) eingong skal ha sagt; at førebyggande helsearbeid ”vil bety at man tar fra de syke og gir til de friske”.

At den kurative behandlinga handlar om einskildpersonar medan førebyggande helsearbeid må sjåast i samanheng med *ukjende statistiske liv* er ein annan forklaring (Stamsø, 2009:264-265). Førebygging manglar med dette sterke pådrivargrupper samanlikna med kurativ medisin (Mæland, 2010:22).

I helsetenestene er prioriteringa mellom kurativt og førebyggande helsearbeid eit sentralt dilemma (Mæland, 2010: 23). Kurative tenester vert gjerne prioritert sjølv om det både kan vere helsemessig og økonomisk meir effektivt å satse på førebygging (Stamsø, 2009: 264-265). I helsetenestene er *dei profesjonelle* sentrale, og med det også deira tenkjesett og prioriteringar. Halvorsen (2005:322) meiner helseprofesjonane er dårleg rusta til å drive førebyggande helsearbeid ettersom dei framleis har eit individorientert oppfatning av kva førebygging er. Heile helsevesenet har etter hans syn eit individualistisk grunnlag og ein

reduksjonistisk tilnæringsmåte som stenger for ei heilskapleg tilnærming av problema. Ifølge Opstad (2006:374) har reformene i det offentlege siste åra i stor grad kome ovanfrå. Fagpersonell har ikkje fått noko eigarforhold til dei, noko som ikkje styrkar sjansen for å lykkast. Skal ein lykkast i å sikre ein godt fungerande offentleg sektor, må aktørane vere motiverte og ha kompetanse og haldningar som bidreg til det.

2.2 Tilhøvet mellom stat og kommune

Kommunane skal på ein rekke områder iverksette nasjonal politikk, samstundes som dei også skal vere organ for politikktutforming gjennom å uttrykke og gjennomføre eigne mål og preferansar (Christensen mfl., 2010:150). Ifølge Øgar og Hovland (2004:36) må ein betrakte kommunane som både ein reiskap for statleg styring og ein arena for myndigheitsutøving, og Christensen mfl. (2010:150) skildrar dette som ”kommuneinstitusjonens tosidighet”. For å kunne forstå kommunane og deira situasjon er det ifølge Fimreite og Grindheim (2007:117) nødvendig å forstå dei delte funksjonane til kommunane – som statlege iverksettingsorgan, som tenesteprodusentar og politisk arenaer (ibid). Ifølge Opstad (2006:170) kan heller ikkje staten og kommunesektoren sjåast på som likeverdige partnarar, sidan det er staten som fastset vilkåra.

Det offentlege har ansvar for mange av dei mest fundamentale og vanskelegaste oppgåvene i samfunnet, og i stor grad er dette oppgåver individene ikkje kan løyse åleine. Strand (2007:325-327) karakteriserer enkelte av desse oppgåvene som vondarta, og meiner med det at dei er komplekse, gjenstand for kroniske konflikter og er meir eller mindre uløyslege.

Kompleksiteten viser seg ved at oppgåvene er prega av vage mål og/eller mange mål, konflikter, usikker samanheng mellom årsak og verknad, samt sterk symbolverknad. Øgard og Hovland (2004:31) viser til dei same utfordringane denne kompleksiteten gir, og karakteriserer kommunane og kommunehelsetenesta som komplekse, multiprofesjonelle organisasjonar. Dei viser vidare til utfordringane i kommunen med parallelle og til tider konfliktfylte leiarsystem. Dei tre sterke systema politisk, administrativ og fagleg har gjerne utvikla sine eigne maktstrukturar og nettverk, og det kan vere utfordrande å få desse til å kommunisere og samhandle formålsteneleg (ibid:37). Gjennom planar, prosedyrar og arbeidsinstruksar fastset lokalpolitikarar og kommunale leiarar mål for kommunehelsetenesta. Likevel er det ikkje alltid dei tilsette handlar som planlagt, eller at organisasjonen oppnår resultat som planlagt (ibid:33).

2.2.1 Desentralisering og delegering

Kommunal sektor har gjennomgått store endringar dei siste tiåra, og eit hovudprinsipp er auka lokalt ansvar og fridom gjennom redusert bruk av øymerka tilskot, auka bruk av rammetilskot og forenkling av regelverk (ibid:38). Fleire av reformene i lokalforvaltninga siste åra har hatt eit sentralt siktemål om desentralisering og delegering av oppgåver og ansvar frå sentrale til lokale myndigheiter (Christensen mfl., 2010:180, Lyngstad, 1997:19). Ei stor utfordring for kommunane ved nasjonale reformer som inneber kommunal deltaking eller ansvar er at dei ofte ikkje er fullfinansierte, og med det medfører nye utgifter til kommunane (ibid:166). Også Samhandlingsreforma har vore gjenstand for slik kritikk, ved at det vert sagt at det er utfordrande å auke innsatsen på førebyggjande helsearbeid innanfor rammeoverføringane.

Delegeringa av makt frå staten til kommunane kan betraktast som delegert makt eller avleia statsmakt, og inneber ein form for politisk delegering slik at kommunane kan fatte vedtak som tek sikte på å reflektere lokale tilhøve (Christensen mfl., 2010:147, Fimreite og Grindheim, 2007:119). Fimreite og Grindheim (2007:117-118) viser til fire framtrudende verdiar ved ordninga ved kommunalt sjølvstyre; *fridom, deltaking, effektivitet og likskap*. Fridomsverdien gir kommunane fridom frå staten til å kunne løyse problem lokalt. Deltakingsverdien inneber at folket kan delta, eller vere representert når lokale saker skal løysast eller avgjerast. I effektivitet ligg at nærleiken til befolkninga gir ein lokal tilpassing av problema som skal løysast. Kommunen er den viktigaste produsenten av velferdstenester, og likskap har blitt ein dominerande verdi som også ivaretakast gjennom lokalstyreordninga.

Christensen mfl. (2010:149) definerer kommunane sin fridom som negativ avgrensa, og legg i det at kommunane har plikter dei av lov er pålagde, men at dei innanfor lovverket kan ta på seg dei oppgåver dei vil. Ved spørsmålet om kommunalt sjølvstyre eller kommunal autonomi er det ikkje snakk om enten eller, men i kva grad staten gir kommunane reell fridom for eigen politikk og prioriteringar (ibid:148). Lyngstad (1997:28) meiner at fridomsomgrepet har endra seg frå fridom frå statleg innblanding til fridom til å velje praktiske løysingar på problema, og kommunen med det meir kan betraktast som verkemiddelkommune. Christensen mfl. (2010:155-156) stiller spørsmål ved kor store reelle mogelegheiter kommunane har til å foreta ein lokal, politisk tilpassing av den nasjonale politikken. For det første finnast der nasjonale lover og reglar kommunane skal forholde seg til. For det andre forvaltest politikken lokalt av

ulike profesjonar og yrkesgrupper med sine egne normer. Og for det tredje vil omsynet til likskap trekke meir i retning av å legge vekt på nasjonale standardar enn lokale tilhøve.

Lyngstad (1997:18-19) hevdar at staten samstundes som den opnar for auka kommunalt sjølvstyre også strammar inn gjennom ulike reguleringar, og at dette kan verke som eit paradoks. Han viser til at det at stadig fleire oppgåver vert flytta til kommunane kan oppfattast som både ei utviding og ei innsnevring av det kommunale sjølvstyret. Det er ei utviding ved at stadig fleire oppgåver vert flytta til kommunane, men samstundes skjer det gjennom lovpålegg slik at rommet for å kunne ta på seg ikkje-lovpålagde oppgåver minkar. Ifølge Christensen mfl. (2010:149) opplevast manglande økonomisk fridom og avhengigheit av staten som dei viktigaste begrensingane på det lokale sjølvstyret. Den reelle lokalpolitiske styringa av helse- og sosialtenestene er ifølge Øgar og Hovland (2004:71) beskjeden. Kommunane er så bundne av tronge budsjettammer, ei overveldande mengde lovpålagde oppgåver og sentralt bestemte retningslinjer at det lokalpolitiske handlingsrommet i praksis er svært lite.

St.meld. 47, Samhandlingsreformen (2008-2009) legg opp til at kommunane skal få nye oppgåver og auka ansvar for helsetenestene, og intensjonane er i tråd med trenden som har vore over tid. Kjønstad (2009:280) derimot hevdar at kommunane gjennom denne reforma vert tillagt meir ansvar med bakgrunn i dei er nær pasientane, og ikkje med utgangspunkt i eit statleg ynskje om å utvide valfridomen til lokalpolitikarane. Kommunane vil etter hans meining i hovudsak vere eit reiskap for å administrere statleg politikk, og reforma vil difor kunne gje mindre handlingsrom og tid for lokalpolitikarar til å ivareta lokalpolitiske saker Halvorsen (2005:426-427) meiner at retninga mot stadig fleire oppgåvene og auka ansvar til kommunane har gitt eit nasjonalt styringsproblem, ved at kommunane sjølv kan prioritere innan dei rammene som økonomien og lovverket tillet.

Øgar og Hovland (2004:48-49) hevdar at den største utfordringa kommunane står ovanfor i dag, er gapet mellom dei krav og forventningar som stillast til kommunane og dei ressursane dei rår over for å innfri desse. Avstanden mellom staten og kommunane sin verkelegheitsforståinga er stor, og Storting og regjering skildrast som urealistiske forventningsskaparar, der det paradoksalt er vanskeleg å seie nei på nasjonalt nivå og kommunane tvingast til å prioritere utan statleg ryggdekning. Kjølrsrud (2005:197-198) viser til at delegering av oppgåver og ansvar til kommunane også er delegering av makt, og fordelings- og prioriteringss spørsmål vert dermed flytta ned til lokale politikarar,

administrasjon og yrkesutøvarar. Å kombinere målet om auka kommunalt sjølvstyre med behovet for nasjonal prioritering av viktige oppgåver har vore vanskeleg å sameine (Halvorsen, 2005:384). Resultatet av eit auka lokalt sjølvstyre kan vere betydelege lokale ulikskapar i tilbodet, og med det ei utvikling i strid med intensjonane og nasjonale prioriteringar (Opstad (2006:171, Halvorsen, 2005:426-427).

2.2.2 Statleg styring av kommunane

Sidan staten har sett det meste av tenesteproduksjonen innan helse- og sosialtenestene til kommunane, må staten gjennom ulike styringsverkemiddel sørge for at oppgåvene vert ivaretekne på ein forsvarleg måte (Øgar og Hovland, 2004:69). Ifølge Lyngstad (1997:25) grunnjevast statleg styring frå sentralt hald med at det er nødvendig for å sikre nasjonal likskap, medan kommunane oppfattar det som forstyrrende på den kommunale prioriteringa.

Ramsdal mfl. (2002:187) hevdar det finnast ikkje noko allment klassifikasjonssystem over statlege styringsverkemiddel, men viser til at ein vanleg klassifisering er å skilje mellom piskan, gulrota og preika (ibid). Fimreite og Grindheim (2007:121-122) viser til at staten tradisjonelt har hatt tre ulike måtar å styre kommunane på – ved hjelp av: økonomiske verkemiddel, lover og reguleringar og rettleiing og rådgjeving.

Pisken eller juridiske verkemiddel kjenneteiknast av styringsverkemiddel som lover, forskrifter og plankrav som pålegg mottakarane å handle i samsvar med desse (Ramsdal mfl.: 2002:187, Opstad: 2005:171). Gulrøter eller økonomiske verkemiddel kan karakteriserast som tilbod om eller tilbaketrekking av ressursar der mottakarane sjølv vurderer korleis dei vil gjere seg nytte av desse. Preika eller informasjon er styringsverkemiddel som kan karakteriserast som overføring av kunnskap i både objektiv form og i form av informasjon om verdiar (Ramsdal mfl., 2002:187). Fimreite og Grindheim (2007: 122) viser til at denne styringsforma gjerne også kallast pedagogisk styring.

Ifølge Øgar og Hovland (2004:70) er eit viktig moment ved statens styring av kommunane, at den kjem frå ein kompleks statsmakt der styringssignala kan vere sprikande og til dels i konflikt med kvarandre. Styringssignala er retta mot kommunane som er igjen er komplekse kompetanseorganisasjonar med hyppige interne interesse motsetningar. Dei peikar på at dette vil gi utfordringar ved forsøk på målingar av effekten av dei ulike styringssignala, og spesielt når fleire styringsverkemiddel nyttast samstundes.

2.3 Nasjonale føringar og krav

I dette avsnittet vil eg gjennomgå dei statlege føringane for ein auka satsing på førebyggjande helsearbeid og forankring av dette arbeidet i kommunale planar, og sjå nærare på dei ulike verkemidla staten nyttar for å styre kommunane i høve dette.

2.3.1 Førebyggjande helsearbeid i kommunane

Det har over tid vore eit aukande fokus på førebyggjande helsearbeid. Seinast har dette aktualisert seg sterkt med ei ny reform: St.meld. 47, Samhandlingsreforma (2008-2009), og to påfølgjande nye lover: helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseeloven. Med verkand frå 1. januar 2012 skal desse bidra til å vri innsatsen i helsetenesta frå behandling til meir førebygging.

Samhandlingsreforma vert karakterisert som ei retningsreform som fokuserer på dagens og framtidens utfordringar i helsetenestene. Den skisserer tre hovudutfordringar der den eine er helsetenestene sin manglande innsats for å avgrense og førebygge sjukdom. Kjernen i reforma er å søke å svare på desse utfordringane, og fem hovudgrep vurderast som sentrale for å kunne løyse desse: 1) klarare pasientrolle, 2) ny framtidig kommunerolle, 3) etablering av økonomiske insentiv, 4) utvikling av spesialisthelsetenesta til å verte meir spesialisert og 5) legge til rette for tydelegare prioriteringar. Det leggst til grunn at forventet framtidig vekst i behov for helsetenester i størst mogeleg grad må dekkast av kommunane. *Kommunane skal få nye oppgåver og auka ansvar for helsetenestene, og dei skal sørge for ein heilskapleg tenking i planlegging og organisering av desse.*

Kommunane har sin organisatoriske, kompetanserelaterte og rollerelaterte styrke gjennom nærleiken til befolkninga, samt at dei allereie har ansvaret for mange andre viktige oppgåver som påverkar helse- og omsorgstjenestene (St.meld. 47, 2008-2009:27). Kommunane vurderast som den sentrale arena for folkehelsearbeid og førebyggjande helsearbeid gjennom nærleik til innbyggjarane, som sentral tenesteytar og som planleggar og utviklar (Høringsnotat, forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2010:177). Mæland (2010:204) ser på primærhelsetenesta med sin breie kontaktflate mot befolkninga som sentral i førebyggingsarbeidet. Førebyggjande helsearbeid er eit fellesansvar for heile det kommunale apparatet, og det føreset at arbeidet vert ein del av kommunepolitikken (ibid:205-206).

For å kunne løyse dei nye oppgåvene legg regjeringa opp til at ein større del av forventet vekst

i helsetenesta sine samla budsjett skal kome i form av frie inntekter til kommunane, og innanfor denne auken vert det forventa ein styrking av førebyggingsarbeidet (St.meld. 47, 2008-2009:83). Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (St.meld. 16, 2010-2011) følgjer opp det auka fokuset og satsinga på førebyggjande helsearbeid i Samhandlingsreforma. I planen legg regjeringa den politiske kursen for helse- og omsorgstenestene og folkehelsearbeidet i fireårs perioden, og arbeidet med gjennomføring av Samhandlingsreforma vert sentral i planperioden. (St.meld. 16, 2010-2011:15). Samhandlingsreforma skal gjennomførast trinnvis og over tid frå 2012, og for å kunne nå måla i reforma vert det skissert behov for eit breitt sett med virkemiddel: *rettslege, økonomiske, faglege og organisatoriske* (ibid:30).

Fram til 2012 var kommunane sitt ansvar for førebyggjande helsearbeid heimla i Kommunehelsetjenesteloven. St.meld. 47 (2008-2009:82) peikar på denne lova sine svakheiter i å kunne stille krav til det sjukdomsførebyggjande og helsefremmande tenestetilbodet i praksis, og initierte eit behov for å gjennomgå kommunen sitt folkehelseansvar i regelverket. Regjeringa følgde opp med konkrete forlag til endringar av lovverket som regulerer helsetenestene i kommunane og deira ansvar for førebygging og folkehelse. På bakgrunn av dette vedtok Stortinget to nye lover med verknad frå januar 2012; Helse- og omsorgstjenesteloven og Folkehelseloven.

Helse- og omsorgstjenesteloven erstatta tidlegare Kommunehelsetjenesteloven og Sosialtjenesteloven. Lova viskar ut det tidlegare skiljet mellom kommunale helsetenester og omsorgstenester, og etablerer ein felles helse- og omsorgsteneste med felles regelverk (NOU 2011:17:14). Lova har eit tydeleg førebyggingsperspektiv der eit av dei særlege formåla er å førebygge, behandle og legge til rette for meistring av sjukdom, skade, lidning og nedsett funksjonsevne. Ved yting av helse- og omsorgstenester skal kommunen fremme helse og søke å førebygge sjukdom, skade og sosiale problem, og helse- og omsorgstenestene skal bidra i kommunen sitt folkehelsearbeid. Ifølge Nasjonal Helse- og omsorgsplan 2011-2015 tydeleggjer lova kommunane sitt *heilskapelege og overordna ansvar for helse- og omsorgstenestene* (St.meld. 16, 2010-2011:30-31).

Folkehelseloven samlar det kommunale, fylkeskommunale og statlege folkehelsearbeidet i ei lov. Folkehelseloven § 4 omhandlar kommunen sitt ansvar for folkehelsearbeidet, og seier at kommunen skal fremme befolkninga si helse og førebygge sjukdom. Den nye folkehelselova tydeleggjer at folkehelsearbeidet er eit ansvar for heile kommunen, og ikkje berre for helse-

og omsorgstenesta (ibid: 30).

Dagens finansiering av både spesialist- og primærhelsetenesta bidreg til å sementere og forsterke fokuset på diagnose og behandling framfor førebygging og meistring, og eit sentralt element i Samhandlingsreforma er å etablere økonomiske insentiv som understøttar riktig oppgåveløysing. Det har tidlegare vore for liten samanheng mellom kostnad og økonomisk gevinst hjå aktørane. Som eit eksempel vert det vist til at førebyggjande arbeid er ein kostnad for kommunane, medan hovudgevinsten har vore for spesialisthelsetenesta i form av færre sjukehusinnleggingar. Regjeringa vil difor etablere økonomiske insentiv slik at dei ulike delane av helse- og omsorgstenestene vert gitt insitament og inspirasjon til å utvikle roller og løyse oppgåver som samsvarer med dei helsepolitiske måla. Hovudgrepa regjeringa i den samanheng har innført er a) kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenestene og b) overføring det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasientar frå sjukehusa til kommunane. Modellen skal gi ønska vridning av prioriteringa, ved at kommunane skal sjå kostandar med førebygging og behandling og rehabilitering i samanheng. I dette ligg at ved å styrkje førebyggingsarbeidet skal kommunane på sikt kunne redusere sine utgifter gjennom lågare bruk av spesialisthelsetenester (St.meld. 47, 2008-2009:97-109).

I Samhandlingsreforma viser regjeringa til at dei vil legge vekt på å rettleie og informere kommunane om kva tiltak som er mest kostnadseffektive og som har mest samfunnsøkonomisk effekt. Det skal framover gjennomførast systematiske samfunnsøkonomiske vurderingar av førebyggingstiltak, og denne kompetansen skal brukast til å utarbeide rettleiarar, gi råd og informasjon til kommunane slik at dei sjølve kan foreta eigne samfunnsøkonomiske vurderingar av førebyggingstiltak (ibid:82).

Gjennom nye lover (pisk), økonomiske insentiv (gulrot) og informasjon og rettleiing (preika) ser staten opp til å nytte heile spekteret med styringsvirkemidla for å få kommunane til å auke innsatsen på førebyggjande helsearbeid.

2.3.2 Forankring av førebyggjande helsearbeid i kommunalt planverk

Kommunane sitt ansvar for planlegging av verksemda er i hovudsak heimla i kommunelova og plan- og bygningslova. Ansvaret til kommunane for å planlegge i helsetenestene, og i sitt arbeid med førebygging og folkehelse er heimla i helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven.

I **Plan- og bygningslova** frå 2009 er kommunane sitt ansvar for å legge til rette for god helse sentralt. I § 3-1 under oppgåver og omsyn i planlegginga heiter det at kommunale planar som lagast med bakgrunn i plan – og bygningslova skal fremme befolkninga sin helse og motverke sosiale skilnadar.

I NOU 1998:18 kjem viktigheita av å kople førebyggingstankegangen til planlegging i kommunane tydeleg fram, og det vert føreslått at kommuneplanen og økonomiplanen skal vere utgangspunkt for alt folkehelsearbeid i kommunane (NOU 1998:18 s. 253). Ifølge Gravrok (2005) er kommuneplanen det einaste styringsverktøyet som tek for seg økonomiske, sosiale, estetiske, kulturelle og fysiske tilhøve i kommunane. Og med sin kopling mot økonomiplanen er den politkarane og administrasjonen sitt viktigaste styringsverktøy. St.meld. 16, ”Resepten for et sunnere Norge” byggjer vidare på dette og seier at ”en forutsetning for at folkehelse skal forankres politisk og administrativt i kommuner og fylkeskommuner er at folkehelse inngår i sentrale plan og beslutningsprosesser» (St.meld. 16, 2002-2003: 77).

Samhandlingsreforma er tydelegare på forventningar i høve forankring av førebyggjande helsearbeid i kommunale planar, og seier at det vert føresett at førebyggingsinnsatsen vert forankra i kommunale planar. Det vert vidare lagt opp til kommunane sjølve å vurdere om dei vil inkludere førebygging i kommuneplanen eller om det vert utarbeida eigne delplanar (St.meld. 47, Samhandlingsreformen (2008-2009:83). Som vi ser skriv desse forventningane seg rett inn i problemforståinga som eg legger til grunn for denne oppgåva.

Ved å krevje at førebyggjande helsearbeid vert forankra i planverket til kommunane følgjer reforma opp erfaringar frå tidlegare nasjonale tiltak. Helse i Plan er eit av fleire tiltak sett i gang av Helsedirektoratet, og i evalueringa av dette er synleggjering av folkehelseperspektivet i kommuneplanen sin samfunnsdel og vidareføring av folkehelseperspektivet i kommunale handlings- og økonomiplanar sett på som viktige for å kunne forankre folkehelsearbeidet (Rapport nr.2, Lokalt og regionalt folkehelsearbeid 2007-2010, Møreforskning, 2010: 12). Ei viktig erfaring frå det statlege programmet Samla plan (1989-1994) var viktigheita av god lokalpolitisk forankring av folkehelsearbeidet, og på bakgrunn av dette vert det i reforma understreka viktigheita av politisk forankring av folkehelseomsyn og – tiltak i kommunale planar (St.meld. 47, 2008-2009:85). I høyringsnotatet frå Helse- og Omsorgsdepartementet i høve forlag til ny helse- og omsorgstjenestelov vert det peika på at førebyggjande helsetenester er eit viktig bidrag i lokalt folkehelsearbeid, og at helsetenesta har ein viktig pådrivarrolle i kommunen for å sikre av helsefremmande arbeid vert ivaretatt i kommunen sitt planarbeid

(Høringsnotat, Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2010:171).

Folkehelseloven §§ 5 og 6 seier at kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden og påverkningsfaktorar for denne i befolkninga, og oversikta skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunen sin planstrategi. Ved hjelp av denne oversikta skal kommunen fastsette mål og strategiar for det lokale folkehelsearbeidet, og desse skal etter plan og bygningsloven forankrast i kommuneplan. Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 viser til at den nye folkehelselova skal medverke til ein betre kommunal forankring av folkehelsearbeidet i den politiske og administrative leiinga, i alle sektorar og i plan og styringssystem. Vidare skal lova stimulere til tverrsektorielt fokus på førebyggjande helsearbeid og folkehelsearbeid (St.meld. 16,2010-2011:30-31). I folkehelselova koplast altså oversikta over befolkninga si helse nært til den kommunale planstrategien. Det betyr at kommunen må ha med ei drøfting av befolkninga si helse i sin planstrategi for å oppfylle denne.

Ifølge Gravrok (2005) diskuterast førebygging i dag i dei fleste kommunar på eit meir generelt nivå i sektor- og temaplanar, og i tillegg til kommuneplanen kan fleire andre planverkty koplast til det førebyggjande arbeidet i kommunane. Han stiller spørsmål ved om kommuneplanprosessen gir tilgang til ein etablert og formalisert møteplass der førebygging kan diskuterast og avklarast på ein slik måte at den forankrast både politisk og administrativt. Han peikar også på viktigheita av å knyte arbeidet med førebygging opp mot økonomi, og hevdar at uansett kor gode planprosessar som er gjort i høve førebyggjand verksemd vil det vere lite realistisk å nå ønska mål om ein ikkje knyter dette arbeidet opp mot dei rådande økonomiske ressursar og økonomiplan. I følge Hagen (2001:117) får ein lett oversikt over dei statlege ambisjonane for kommunal planlegging, men korleis planlegginga går føre seg i praksis i kommunane derimot veit ein svært lite om. Og sidan der ikkje finst noko systematisk rapportering for alt planarbeid i kommunane, veit ein også lite om samhengane mellom alle dei ulike planleggingsaktivitetane.

Oppsummert gir desse nasjonale dokumenta og lovene sterke føringar for og krav til ein auka satsing på førebyggjande helsearbeid i kommunane. Kommunane skal få nye oppgåver og auka ansvar for helsetenestene, og dei skal organisatorisk ruste seg til å arbeide meir systematisk med førebyggjande helsearbeid. Det vert føresett at kommunane forankrar arbeidet i kommunale planar, og den kommunale helsetenesta vert vurdert som å ha ein sentral pådrivarrolle for dette. Det leggst opp til at kommunane sjølve vel korleis dei vil løyse det, enten ved å forankre i eksisterande planverk eller utarbeide eigne delplanar. Etter min

vurdering vil dette kunne betraktast som ein pålagt planlegging, sjølv om der er lagt opp til lokal fridom i korleis løyse det.

2.4 Iverksettingsteori

Iverksetting er eit samansett og omdiskutert omgrep. Kva hender etter at eit politisk vedtak er fatta – vert politikken sett ut i livet etter intensjonane? Om ikkje eller berre til dels, kva kan i så fall forklare dette? Når startar iverksettingsprosessen og når sluttar den? Offerdal (2005:273) har gjort følgjande definisjon:

”Iverksetting dreier seg om å etterspore samsvar eller mangel på samsvar mellom et politisk vedtak og de handlingar vedtakene pålegger leddene i en offentlig forvaltning å gjennomføre, og kunne forklare eventuelle avvik”

Kjellberg og Reitan (1995) meiner iverksetting er eit tvitydig omgrep ved at det kan bety både å *gjennomføre* eller *verkeleggjere*. Spørsmålet om kvar grensa går mellom det som er utgangspunktet for eit tiltak og det som er gjennomføringa av det, er omdiskutert og sentralt i diskusjonen rundt iverksettingsteori. Nokre meiner at iverksetting føreset ein politikk eller ein plan som skal settast ut i livet, medan andre hevdar iverksetting er ein uavbroten prosess utan byrjing og ende. Korleis ein vel å definere omgrepet vil vere avgjerande for kva retning innan iverksettingsteori ein sluttar seg til. Eit anna sentralt spørsmål er om iverksetting er å oppfatte som evaluering av resultatata av offentlege tiltak. Nokre forskarar meiner at evaluering er ein naturleg del av iverksettingsomgrepet, og ifølge Kjellberg og Reitan er det: *”meningsløst å beskrive og analysere hvordan et tiltak blir satt ut i livet, utan samtidig å gjøre seg opp en mening om de resultater som det fører til”* (Kjellberg og Reiten, 1995:132-133).

Offerdal (2005:257) viser til oppfatninga om at iverksetting inneber at det faktisk er noko som skal iverksettast, og med det kan *målast*. I iverksettingsfasen vert den vedtekne politikken sett ut i praksis, politikken vert gitt eit innhald og er med det ein del av ein politisk utformingsfase. Skiljet mellom vedtak og iverksetting samsvarar av den grunn ikkje med omgrepa politikk og administrasjon. Skiljet mellom vedtak og iverksetting kan også sjåast på som eit skifte av politisk arena, ved at det i iverksettingsfasen er sett visse grenser for kva deltakarar som er sett som legitime, kva problemstillingar, verdiar og oppfatningar som er viktige og kva type kunnskap som er sett på som ekspertise. Den vedtekne politikken vert sett på som avgrensande for dei lokale politiske prosessane, og i iverksettingstudiar vert det

viktige å kartlegge desse avgrensingane. Ei slik kartlegging er nødvendig å gjere også av dei lokale iverksettarane og kva som formar deira handlingar, og ikkje berre studere sentrale politiske og administrative avgjersletakarar (ibid).

Omgrepet iverksetting fekk sitt gjennombrøt i boka til Pressmann & Wildavsky

”Implementation – how great expectations in Washington are dashed in Oakland” frå 1973.

Dei hevda at hovuddelen av offentlege tiltak eigentleg var mislukka, ved at måla for tiltaka enten ikkje vart nådd eller ofte vart forvrongde (Kjellberg og Reitan, 1995:131). Desse første studiane var kjenneteikna av å gjerne vere deskriptive ateoretiske case-studiar, og vert omtalt som første generasjon iverksettingsstudiar (Offerdal, 2005: 253). Det kom også fram i desse første studia at ikkje alle verknadane av offentlege tiltak var fullt så negative. Med det vart det opna for meir nyanserte førestillingar for kva som skjer etter at offentlege myndigheiter har bestemt seg for at noko skal skje. Dei bygde på ulike føresetnadar for kva iverksetting innebar og dei utvikla ulike analytiske modellar (Kjellberg og Reitan, 1997:131). Desse studiane vert omtalte som andre generasjon av iverksettingsstudiar, og det utvikla seg to hovudtilnærmingar; ”ovanfrå- og-ned” studiar (top-down) og ”nedanfrå- og-opp” studiar (bottom-up).

Avstanden mellom eit politisk vedtak og korleis denne politikken i realiteten vert sett ut i livet kan vere stor, og påverknaden er særleg stor frå dei som skal sette den vedtekne politikken ut i livet. I Noreg vil iverksettingsorganet for statleg velferdspolitikkk i all hovudsak vere kommunane. Forandringar i tilhøvet mellom stat og kommune, vekst i profesjonaliseringa av kommunal organisasjon og endringar i samspel mellom politikk og administrasjon i kommunane har gitt iverksettingsstudiar auka relevans Offerdal, 2005:254-255).

2.4.1 To ulike skuleretningar innan iverksettingsteori

I studiet av iverksetting er der, som tidlegare nemnt, to hovudtilnærmingar. Den eine tilnærminga tek utgangspunkt i avgjerdene og følgjer iverksettingsprosessen ovanfrå og nedover i systemet, karakterisert som ”ovanfrå-og-ned” perspektivet. Den andre tilnærminga tek utgangspunkt i å sjå prosessen nedanfrå, frå synspunktet til dei som skal setje i verk tiltaket lokalt, karakterisert som ”nedanfrå-og-opp” perspektivet. Kjellberg & Reitan erstattar desse tradisjonelle merkelappane med høvesvis avgjersorientert tilnærming og prosessorientert tilnærming då dei meiner desse omgrepa er meir dekkande (Kjellberg og Reitan, 1995: 132). Også Berman nyttar andre omgrep, og byter ”ovanfrå-og-ned” med

programmert tilnærming og ”nedanfrå-og-opp” med tilpassa tilnærming (Berman, 1980:205). Vidare i oppgåva vil eg nytte omgrepa «ovanfrå-og-ned” og ”nedanfrå-og-opp”.

Begge dei to hovudtilnærmingane har måtte tåle kritikk frå ei rekkje hald, ikkje minst frå bidragsytarar som representerer den andre tilnærminga. Det som ofte trekkast fram som styrker ved den eine tilnærminga, er gjerne det som framhevast som svakheit ved den andre. Under presenterast dei to ulike tilnærmingane, samt kritikken som er retta mot dei.

”Ovanfrå-og-ned”

Det var særleg dei første iverksettingsstudiane som fekk merkelappen ”ovanfrå-og-ned”. Denne fekk dei av kritikarane av tilnærminga, med grunngjeving om at dei i for stor grad vektla sentral styring i gjennomføring av offentlege tiltak og overordna kontroll som effektivt instrument. Kjellberg og Reitan meiner desse studiane karakteriserast av skiljet mellom vedtaks- og gjennomføringsfasen, mellom ein gitt politikk og utføringa av denne. Desse studiane søker forståing av kva element ved iverksettingsprosessen som bidreg eller svekker verkeleggjinga av den opphavlege målsetjinga (Kjellberg og Reitan, 1995:139).

Utgangspunktet for «ovanfrå-og-ned» tilnærming er at målsetjingar er utforma og definert av aktørar sentralt i organisasjonen, og at desse også vurderer i kva grad målsetjingane vert gjennomførte nedover i organisasjonen. Fokuset i tilnærminga er på å måle effektar og resultat, og vellukka iverksetting er når praksis i organisasjonen samsvarar med målsetjingane. Den har eit klar rasjonalistisk preg ved at politikarane som avgjerdstakrar oppfattar forvaltninga som eit instrument, der forvaltninga si oppgåve er å utføre vedteken politikk utan sjølv å påverke innhaldet. Tilnærminga søkjer å forklare kva som skjer i iverksettingsorganisasjonen og i mindre grad på utanforståande organ (Offerdal, 2005:258-259). Dei som *utformar politikken vert oppfatta som dei sentrale aktørane* og forskinga vert konsentrert på faktorar som kan verte manipulerte av iverksettarane (Matland, 1995:146). Sentrale bidragsytarane i tilnærminga er Pressmann & Wildawsky, Van Meter & Van Horn og Mazmanian & Sabatier (Kjellberg & Reitan, 1995:139-152).

Kjellberg og Reitan rettar først og fremst kritikk mot den urealistiske forventninga «ovanfrå-og-ned» tilnærminga har om at tiltak har «klare og konsistente målsetjingar». Offentlege tiltak er ofte svært komplekse og uoversiktlege, og det kan være svært vanskelig å utarbeide klare og eintydige målsetjingar. I tillegg vektlegg dei det teoretiske blindspor som kan oppstå

dersom ein er for oppteken av betydinga av institusjonar og overordna kontroll, då det i seinare tid i staden har vorte meir vanleg med rammestyring og indirekte former for kontroll (ibid:164). Offerdal meiner at eit problem er at ein lett gløymer at gjennomføringa føregår i organisasjonar som allereie eksisterer. Forvaltninga er bygd opp som ein permanent organisasjon som skal gjennomføre alle saker den vert pålagd, og er ikkje ein prosjektorganisasjon. Desse organisasjonane har allereie tilsette som ikkje kan skiftast ut avhengig av kor entusiastiske dei er for den aktuelle politikken (Offerdal, 2005:262).

Matland viser til tre ulike typar kritikk denne tilnærminga møter. For det første tek desse modellane utgangspunkt i det lovmessige, noko som feilar med at dei gløymer den politiske prosessen i forkant. For det andre har denne tilnærminga vorte skulda for at dei ser iverksetting som ein rein administrativ prosess, og med det ignorerer dei politiske aspekta. Det er lite truleg at ein kan klare skilje politikk frå administrasjon. Til slutt har skuldingane vore retta mot modellane sine sterke vekt på avgjerdstakarane som dei sentrale aktørane. Denne kritikken har to variantar; eit normativt og eit positivt perspektiv. Det normative argumentet er at lokale iverksettarar har kunnskap om dei verkelege problema og med det er best i stand til å vurdere kva politikk som er mest hensiktsmessig. Dette bryt med ovanfrå-og-ned modellane som ser på lokale aktørar som hindringar på ein iverksetting. Den andre varianten kritikk er med utgangspunkt i eit positivt perspektiv, og det vert hevda at skjønnet til bakkebyråkratane er så sterkt og uunngåeleg at det er urealistisk at avgjerdstakarane kan kontrollere desse (Matland, 1995:147-148).

”Nedanfrå-og-opp)

Tilnærminga vektlegg prosessen som skjer nedanfrå og opp ved iverksetting av eit vedtak, og er komen som ein reaksjon på styringsiveren og styringsoptimismen den avgjerdorienterte tilnærminga representerer. Iverksettinga vert sett på som ein prosess der iverksettarane ikkje er definert på førehand, men at desse engasjerer seg i iverksettinga på bakgrunn av at dei finn vedtaket nyttig. Sentralt i denne forskinga vert difor å finne desse deltakarane. Viktige spørsmål i denne forskinga er i kva grad ein iverksettingsprosess bidreg til å løyse eit samfunnsproblem og kva grad dei offentlege vedtaka har betyding for løysing av samfunnsproblem (Offerdal, 2005:262-265). Matland seier forskarar innan denne tilnærminga vektlegg betydinga dei lokale iverksettarane har, og at politikken eigentleg vert laga på lokalplanet (Matland, 1995:146). Sentrale bidragsytarar i «nedanfrå-og-opp» tilnærminga er Elmore, Hjern og Barret (Kjellberg & Reitan, 1995:153-160).

Kjellberg og Reitan trekk i hovudsak fram tre svakheiter ved tilnærminga. Det første er undertoninga av dei autoritative vedtak som ligger til grunn når et bestemt vedtak fattast, og med det frigjerast iverksettingsprosessen frå sitt opphavlege utgangspunkt. Det andre dei kritiserer er at institusjonane sin betyding i iverksettingsprosessen tilslørast gjennom til dels einseitig vektlegging av uformelle relasjonar og spontanitet. Det er nettopp interaksjonen mellom det etablerte og det spontane som pregar ein iverksettingsprosess. For det tredje kritiserer dei at tilnærminga pregast av ein sondering mellom analyserande argument og normative anbefalingar, og spesielt gjeld dette det sterke fokuset på brukarinnflytelse (ibid:164-165). Matland viser til to vanlege kritikkar; ein normativ og ein metodisk. Den normative kritikken går på at i eit demokratisk system bør politisk kontroll utøvast av aktørar som har fått sin makt i kraft av å vere folkevalde. Der er mange eksempel der agentar underordnar prinsipalen sine mål til fordel for sine egne mål. Den metodiske kritikken går på tilnærminga sin overdrivne vektlegging av lokal autonomi (Matland, 1995:149-150).

2.4.2 Vetopunkt

Pressmann & Wildavsky (1973) reknast av mange som sjølv standardverket innan den avgjerdsorienterte tilnærminga (Kjellberg og Reitan, 1995:139). På grunnlag av sine empiriske funn kom dei fram til at kjeder av uføresette avgjerds punkt kravde ein mengde godkjenningar av ulike aktørar, og som skapte frustrerande utsettingar (Pressmann og Wildavsky, 1984:69). Desse avgjerslepunkta er av andre seinare kalla "vetopunkt" (Kjellberg og Reitan, 1995:140). Ulike aktørar har gjerne ulike posisjonar og perspektiv. Når ein i eit prosjekt skal ta kritiske val, såkalla vetopunkt, vil mangfaldet av aktørar skape hindringar for den vidare utviklinga (Pressman og Wildavsky, 1984:102). Om prosjektet skal ha ein mogelegheit for å kunne verte fullført bør sannsynlegheita for einigheit hjå kvar aktør for kvart vetopunkt vere ekstrem høg (ibid:107). Iverksettingsprosessen vil difor gå lettare dess færre vetopunkt der er. Aktørar som eigentleg er einige om iverksettinga av eit prosjekt vil likevel indirekte kunne gå mot nokon av dei underordna målsetjingane, og sju ulike årsaker til dette vert lista opp (ibid: 99-102):

- 1) Aktørane er einige om nytten av tiltaket, men innser at det strider mot andre målorganisasjon deira har
- 2) Aktørane går ikkje direkte mot det føreslegne tiltaket, men føretrekk å konsentrere seg om andre tiltak

- 3) Aktørane har rett og slett ikkje tid eller ressursar til å arbeide med tiltaket då dei har andre prosjekt som krev tid og merksemd
- 4) Aktørar prosjektet er avhengig av på grunn av deira ekspertise eller autoritet, ser ikkje alvoret i og betydninga av prosjektet
- 5) Det er usemje og kva aktørar og avdelingar som skal arbeide med iverksettinga av tiltaket
- 6) Det finnes organisatoriske skilnadar som lover og prosedyrar hjå aktørane. Ein ser ulike problem ut i frå kva organisasjon og posisjon ein sit i
- 7) Aktørar som er veldig entusiastiske for prosjektet, manglar ressursar som politisk og administrativ makt til å få prosjektet i hamn

Kjellberg og Reitan (1995:141) rettar kritikk mot Pressman & Wildavsky sin teori for at den overeksponerer skiljet mellom vedtaksfasen og iverksettingsfasen, samt undereksponerer behovet for klarheit og eintydning i den politikken som skal gjennomførast.

Desse vetopunkta er kritiske avgjerslepunkt i ein iverksettingsprosess. Eit vetopunkt kan med det operasjonaliserast som eit punkt i avgjerdsprosessen der det er nødvendig at dei ulike aktørane samhandlar på tvers av organisasjonsgrensene, og som er avgjerande for kva retning arbeidet tek vidare. Einskilde vetopunkt er utleia i forkant av datainnsamling gjennom kjennskap til temaet og gjennom teori, og desse er nytta i intervjuguidane, særskilt i besøksintervjua. Andre vetopunkt har igjen kome fram gjennom datainnsamling og analysen. Vetopunkta gir eit viktig bidrag i drøftinga rundt utfordringar ved iverksettinga lokalt, samt bidreg til å finne forklaringsfaktorar på lokale variasjonar som har grunnlag i dei ulike sentrale aktørane. I min studie er desse vetopunkta sentrale i å belyse at kultur for pleie og behandling, mangel på tid og ressursar og manglande administrativ og lokalpolitisk entusiasme vil påverke iverksettinga lokalt, og med det kunne gi lokale forskjellar.

2.4.3 Situasjontilpassa iverksetting

Fleire forsøk har vorte gjort på å kombinere «ovanfrå-og-ned» og «nedanfrå-og-opp» iverksetting, og desse bidraga kan grovt delast i to ulike grupper. Nokre forskarar har foreslått ulike måtar å kombinere dei to ulike tilnærmingane på i same modell, medan andre har leita etter vilkår som kan seie noko om eine tilnærminga er meir høvande enn den andre (Matland, 1995:150). Utgangspunktet for mange av desse teoriane er at situasjonen omkring

iverksettingsprosessen er med og påverkar prosessen og resultatet. Offerdal (2005:268-269) trekk spesielt fram teoriane til Paul Berman (1980) og Richard Matland (1995) der situasjonstilnærminga og dette situasjonsperspektivet er heilt sentralt.

Programmert og tilpassa iverksetting

Paul Berman (1980) skil mellom programmerte (ovanfrå-og-ned) og tilpassa (nedanfrå-og-opp) iverksettingsmodellar. Han meiner der ikkje er nokon beste måte å iverksette ein politikk på, men at begge modellane kan vere effektive avhengig av den politiske situasjonen (Berman, 1980:206). Han drøftar fem ulike variablar som han meiner har betydning for om den programmerte eller om den tilpassa iverksettingsmodellen er den best egna å bruke i ein iverksettingssituasjon. Om ein politisk situasjon best kan karakteriserast med alle verdiane i venstre kolonne er ein programmert iverksetting mest hensiktsmessig. Om den politiske situasjonen derimot kan karakteriserast med nokon av verdiane i høgre kolonne bør tilpassa strategiar også innarbeidast i iverksettinga.

Situasjonsvariablar	Type politisk situasjon	
	Strukturert	Ustrukturert
Omfanget av endringane	Små	Store
Sikkert rundt teknologi eller teori	Sikker	Usikker
Grad av einigheit om politikken	Lavt konfliktnivå	Høgt konfliktnivå
Organisasjonsstruktur	Tett kopla	Laust kopla
Omgjevnadane sin stabilitet	Stabile	Ustabile

Figur 1: Berman (1980:214) sin modell (mi oversetting)

Modellen knyt saman politikken som skal iverksettast med situasjonen i den organisasjonen som skal iverksette og omgjevnadane rundt (ibid:213-222). Offerdal (2005:268-269) seier at om ein nyttar Berman sin modell på kommunal iverksetting vil ein kunne vise korleis konstallasjonen av dei fem variablane kan variere mellom kommunar, samt korleis desse variasjonane kan påverke lokal iverksetting av politikken. Teorien gir moglegheita til å formulere hypotesar der ein knyt saman trekk ved politikken og trekk ved lokale tilhøve for å kunne forstå utfallet av iverksettingsprosessar.

Berman sin modell vil i studien bidra til å belyse betydninga dei lokale omgjevnadane og situasjonen i kommunane som politikken skal iverksettast i.

Uklarheit og konflikt

Richard Matland (1995) viser i sin modell ”ambiguity and conflict” (uklarheit og konflikt) til ulike perspektiv ved ein iverksettingsprosess. Ved å kombinere dimensjonane uklarheit og konflikt som kjenneteikn ved ein politikk eller vedtak får ein fire ulike situasjonar: administrativ, politisk, eksperimentell eller symbolsk iverksetting. Han meiner at tidlegare iverksettingsstudiar har tendert til å ha ei lang liste med variablar som kan påverke iverksettinga, og vel med denne modellen å konsentrere seg om færre variablar. Vidare viser han til at han har utvikla ein modell som forsøker å vise kva tilnærming som er best egna i ulike situasjonar, heller enn å forsøke kombinere begge samstundes (Matland, 1995:153-155). Også Matland har situasjonstilnærming som sentralt i forståinga av iverksetting, men har i større grad enn Berman (1980) fokus på det politiske (Offerdal, 2005:269).

Ved **administrativ iverksetting** er uklarheita og konfliktnivået lavt, og kan samanliknast med tradisjonell ”ovanfrå-og-ned” tilnærming. Iverksettinga vil gå føre seg som administrative rutinar gjennom rasjonelle avgjerdsprosessar. Informasjonen går frå toppen og nedover i hierarkiet, og på kvart nivå er det klart kva oppgåver og ansvar den einskilde har. Det er også gitt kva aktørar som skal delta i iverksettinga. Det sentrale prinsippet er at resultatet avheng av tilgangen på ressursar, og der det ønska resultatet nærast vil vere sikra om nødvendige ressursar er gjort tilgjengeleg. Sviktande iverksetting kan oppstå grunna misforståing, dårleg koordinering, ikkje tilstrekkelege ressursar eller tid, eller manglande strategi for kontroll og sanksjonar over uønska oppførsel (Matland, 1995: 160-162).

Lav uklarheit og høgt konfliktnivå er typisk ved **politisk iverksetting**, og kan best samanliknast med ein nyare ”ovanfrå-og-ned” modell. Det sentrale prinsippet er at utfallet av iverksettinga avgjerast av maktforhold. Eit politisk vedtak vert pressa gjennom med makt til tross for stor motstand og konflikt. Ved ein slik iverksetting vil aktørar på utsida av den aktuelle organisasjon ha ressursar til å arbeide mot iverksettinga, og er difor meir open for påverknad frå omgjevnadane enn det administrativ iverksetting er (ibid:163-165). Offerdal (2005:270) meiner dette er den mest interessante situasjonen, og at denne kombinasjonen representerer den eigentlege politiske iverksettingsprosessen.

		KONFLIKT	
		Lav	Høg
UKLARHEIT	Lav	Administrativ iverksetting Avhengig av ressursar	Politisk iverksetting Avhengig av makt
	Høg	Eksperimentell iverksetting Avhengig av kontekst	Symbolsk iverksetting Avhengig av koalisjonsstyrke

Figur 2: Matland (1995:160) sin modell «uklarheit-konflikt» (mi oversetting)

Ved **eksperimentell iverksetting** er der høg uklarheit, men lavt konfliktnivå rundt eit vedtak, og har mest likskap med ”nedanfrå-og-opp” modellen. Det sentrale prinsippet er at resultatet avheng av kva aktørar som involverer seg aktivt, samt kva kontekst den går føre seg i. Det er opna for at mange ulike aktørar kan involvere seg, og den er difor meir open for påverknad frå omgjevnadane enn dei andre formene for iverksetting. Det er her moglegheit for å skape politikk tilpassa lokale behov, og usikkerheit rundt politikken gir moglegheita til læring hos aktørane. Utfallet er tett knytt til ressursane og engasjementet lokalt, og det vil derfor kunne oppstå store lokale skilnadar. Politikk der både mål og virkemiddel er uklare fell naturleg inn under eksperimentell iverksetting (Matland, 1995: 165-167). Offerdal (2005: 269) beskriv dette som ein prosess med prøving og feiling, der lokale tilhøve og reine vilkårlege årsaker i stor grad bestemmer utfallet.

I tilfella der både uklarheita og konfliktane rundt eit vedtak er store finn ein **symbolsk iverksetting**. Det sentrale prinsippet er at utfallet lokalt avheng av evna til koalisjonsbygging. Profesjonelle spelar her ei sentral rolle, ved at ulike profesjonar gjerne har ulike syn og oppfatningar av korleis ein best skal iverksette eit vedtak. Disse iverksettingskampane har lett for å verte lange og harde. Symbolsk iverksetting har høgt konfliktnivå og difor mange likskapar med politisk iverksetting, medan hovudskilnaden er at utfallet av iverksettinga avgjerast lokalt og ikkje sentralt. Symbolsk iverksetting har både ovanfrå-og-ned eller nedanfrå-og-opp tilnærming, sidan lokale aktørar dominerer prosessen, medan politikken vert styrt sentralt.

Matland sin teori kan i studien nyttast til å belyse trekk ved iverksettingsprosessen i høve dimensjonane uklarheit og konflikt, som vil kunne vere med å forklare lokale forskjellar. Den kan også bidra med å forklare og gi kunnskap om kva utfordringar iverksettinga av ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid har for leiing og organisering i kommunane generelt.

3 Metodisk tilnærming

I dette kapittelet vil eg gjere greie for vurderingar og val som er gjort for å designe og gjennomføre studien. Framgangsmåtar ved val av case og informantar vert gjennomgått. Vidare går eg inn på korleis analyse og tolkingsarbeidet har gått føre seg. Avslutningsvis gjer eg greie for validitet, reliabilitet og generalisering av funn, samt dei vurderingar som er gjort med omsyn til forskingsetikk.

3.1 Val av forskingsstrategi - design

Eit forskingsprosjekt tek gjerne utgangspunkt i eit spørsmål eller tema som forskaren finn interessant, og som på grunnlag av det utformar problemstilling og ein plan for korleis undersøkinga skal leggest opp. Problemstillinga vert med det retningsgivande for kva som skal studerast, kva metodar som skal nyttast og korleis analysen skal gjennomførast (Thagaard, 2009:47). Ved val av framgangsmåte må ein finne forskingsmetodar som kan bidra til å kaste lys over fenomenet ein vil undersøkje.

Eg har valt eit kvalitativt forskingssopplegg på bakgrunn av at eg vurderer det som best egna til å belyse problemstilling og svare på forskingsspørsmål. Ved kvalitative undersøkingar er det metodiske opplegget er prega av fleksibilitet, og forskaren sitt forhold til datakjeldene er prega av nærleik og sensitivitet. Ein søker å gå i djupna og vektlegg meining. Karakteristisk søker ein forståing av sosiale fenomen, enten ved nær relasjon til informantane gjennom intervju eller observasjon, eller ved analyser av tekstar og visuelle uttrykksformer. Kvalitative tilnærmingar skal kunne legge til rette for gode moglegheiter til relevante tolkingar når innsamla data skal forståast og tolkast. Kvalitative metodar byggjer på at den sosiale verden konstruerast gjennom individet sine handlingar, og der prosessane tolkast i lys av den konteksten dei inngår i. Studiar med særleg vekt på tolkingar og teorigenerering byggjer på ei induktiv tilnærming, og tek sikte på å indusere eller bygge opp ei bestemt teoretisk forståing ut frå dei empiriske analysane (Grønmo, 2004:37-38 og 129-132, Thagaard, 2009:17-18, Ringdal, 91-93).

Gjennom informantane sine skildringar ynskjer eg å få innsikt i kommunane sitt fokus på og prioritering av førebyggjande helsearbeid, samt kva faktorar dei vurderer som viktige for prioriteringa. Vidare ynskjer eg kunnskap om korleis dei forankrar førebyggjande helsearbeid i kommunale planar. Min studie kan betraktast som skildrande og forklarande. Studien er

skildrande ved at den søker å kartlegge kommunane sitt fokus og prioritering av førebyggjande helsearbeid, samt korleis dei har forankra eller arbeider med å forankre dette i kommunale planar. Studien er også forklarande ved at den søker finne faktorar som kan bidra med å forklare kommunale ulikskapar i høve dette arbeidet. På bakgrunn av at andre del av studien var til dels avhengig av funn i første del av studien har eg vurdert det som viktig med eit fleksibelt design, og har med det hatt mogelegheita til å kunne gjere endringar undervegs

3.1.1 Eit komparativt casedesign

Eg har valt å gjennomføre ein komparativ casestudie. Eg har nytta tverrsnittdesign ved å samle inn data i eit avgrensa tidsrom og på den måten skildrar tilhøva i notid (Ringdal, 2007:94). Studien nyttar iverksettingsteori, samt teori om førebyggjande helsearbeid og statlege styringsvirkemiddel for å tolke og forklare iverksettingsproblematikken i kommunane, og vil med det betraktast som ein teoretisk fortolkande case casestudie (Andersen, 1997:95).

Ein plan eller skisse for korleis ein konkret undersøking skal leggest opp og gjennomførast, kallast eit design (Ringdal, 2007:22). Retningslinjene omfattar skildringar av *kva* studien fokuserer på, *kven* som er aktuelle informantar, *kvar* undersøkinga skal gjennomførast og *korleis* den skal gjennomførast (Thagaard, 2009:48). Ringdal (2007:149) forstår casestudier som intensive undersøkingar av eit lite tal einingar eller cases. Case kan vere individ, grupper eller organisasjonar, og dersom føremålet er å samanlikne fleire case har studien eit komparativt design (Thagaard, 2009:50). I eit komparativt opplegg er hovudideen at ein ved å samanlikne case søker å finne teoretisk interessante eigenskapar ved desse som kan brukast til å forklare det som skal studerast (Ringdal, 2007: 150).

Dei to hovudtypane av komparative case-studiar er ifølge Andersen (1997:95) a-teoretiske og teoretisk fortolkande studiar. A-teoretiske opnar for ein opprulling som mest mogleg fangar opp det unike ved eit case, medan teoretisk fortolkande skil seg frå dette ved at generell innsikt og teoriar bevisst trekkast inn for å tolke eller forklare det som studerast. Han påpeikar at ved komparative studiar vert ofte dette skiljet uklart sidan ein samanlikning fører til ein fokusering på nokre hovudvariablar. Denne studien er teoretisk fortolkande ved at den tek utgangspunkt i teori om førebyggjande helsearbeid, statleg styring av kommune og iverksettingsteori for å belyse tolke og forklare utfordringane ved lokal iverksetting av nasjonal politikk.

Ifølge George og Bennett (2005:19) har casestudier sin styrke der statistiske metoder og formelle modeller er svake. Dei viser til fire fordelar ved casestudier som gjer dei verdifulle ved testing av hypotesar og spesielt nyttige ved utvikling av teori. For det første gir casestudier mogelegheita til å oppnå høg omgrepssmessig validitet gjennom å kunne identifisere faktorane som best representerer dei teoretiske omgrepa ein har som intensjon å bedømme. Den andre fordelan er mogelegheitene til å kunne utleie nye variablar og hypotesar. Dei siste to fordelane er evna til å avdekke forklaringsfaktorar i konteksten til den enkelte eininga som vert undersøkt, samt evna til å bearbeide komplekse forklaringsforhold (ibid:19-21).

Ifølge George og Bennett kan casestudier på tre ulike nivå ha preg av både teoriutvikling og teoritestning i seg: a) gjennom å etablere, styrke eller svekke historiske forklaringar av eit case, b) funnet av at ein teori kan forklare eller ikkje forklare eit case og c) casestudier kan i visse tilfelle også generaliserast til liknande nærliggande kategoriar (ibid:109:110).

Den kvalitative forskingsprosessen kan karakteriserast som inndelt i fasar (Thagaard, 2007:31), og George og Bennett (2005:73) viser til at der i utforminga og iverksettinga av teoriorienterte casestudier er tre fasar. Det vert påpeika at desse fasane er integrerte og avhengige av kvarandre (George og Bennett, 2005:73, Thagaard, 2007: 31). Slik forskning er også gjerne prega av pendling fram og tilbake mellom teori og empiri (Grønmo, 2004:36).

Fasane i min studie er: 1) spesifisere studiens problemstilling, velje forskingsstrategi og case, skildre variasjonen i variablar og til slutt formulere forskings spørsmål og definerer behovet for data, 2) gjennomføring av datainnsamling i samsvar med planlagt utforming, og seinare analyse og tolking og 3) vurdering av funna i undersøkinga og deira bidrag til å kunne svare på problemstillinga (Thagaard, 2007:31 og George og Bennett, 2005:73-88).

Studien er lagt opp som ein 2-trinns undersøking:

Trinn 1: Å undersøkje korleis kommunane opplever at dei har fokus på og prioriterer førebyggjande helsearbeid, samt kva utfordringar dei opplever rundt prioritering av førebyggjande helsearbeid. Vidare er målet sjå nærare på i kva grad dei har forankra eller arbeider med å forankre dette arbeidet i kommunale planar. Denne delen kan betraktast som eit tverrsnittdesign ut i frå at datainnsamling i hovudsak gjennomførast på eit bestemt tidspunkt. Data vil også nyttast til ein strategisk utveljing av case til trinn 2.

Trinn 2: På bakgrunn av data frå telefonintervju veljast ut fire kommunar strategisk. Eg vil her undersøke nærare korleis dei opplever at fokuset og prioriteringa på førebyggjande helsearbeid er. Vidare vil eg sjå på kva faktorar som informantane opplever har betydning for prioriteringa av førebyggjande helsearbeid i kommunen. Fokuset vil vere både på lokale tilhøve kommunane, samt på tilhøvet mellom stat og kommune og virkemidla staten nyttar for å styre kommunane til auka innsats.

3.1.2 Hermenutikk som vitenskapleg grunnlag

Forståing av innsamla data utviklast gjennom heile forskingsprosessen, og må sjåast i samanheng med forforståinga forskaren har med seg. Fortolkande teoretiske retningar representerer eit viktig grunnlag for kvalitative metodar. Fortolking av den kvalitative teksten kan knytast til forskaren sitt teoretisk utgangspunkt, men også til forståinga forskaren utviklar i løpet av forskingsprosessen (Thagaard, 2009:35). Gilje og Grimen (1993:142-143) snakkar om meiningsfulle fenomen, og karakteristisk for desse er at dei må fortolkast for å kunne forståast. Med eit fokus retta mot å skildre og forklare passar studien inn i eit hermeneutisk perspektiv.

Ein grunntanke innanfor hermeneutikken er at vi alltid møter verden på grunnlag av visse føresetnadar, som bestemmer kva som er forståeleg. Gadamer kalla desse føresetnadane for forforståing eller fordomar, og vi møter aldri verda nakent, utan føresetnadar vi tek for gitt (Gilje og Grimen, 1993:148). Hermeneutisk tilnærming legg vekt på at dei ikkje finast ein sanning, men at fenomen kan tolkast på fleire ulike nivå. Mening kan berre forståast i lys av den samanheng det vi studerer er ein del av, og der vi berre forstår delar av heilskapen (Thagaard, 2009: 39). Det viktigaste omgrepet i hermeneutikken er ifølge Gilje og Grimen (1993:153) den hermeneutiske sirkel. Den peikar på forbindelsane mellom det vi skal fortolke, forforståinga og samanhengen eller konteksten den skal fortolkast i. Den hermeneutiske sirkel viser den kontinuerlege prosessen som går fram og tilbake mellom delar og heilheit ved fortolking. Sirkelen kan dessutan betraktast meir som ein spiral ved at den stadig opnar for ein djupare forståing (Kvale og Brinkmann, 2010:216-217).

Som forskar er det viktig at eg er medviten at eg tek med meg min forståingshorisont inn i forskingsprosessen, og eg må vere bevisst kva omsyn eg må ta og gjere greie for min

forforståing. Dette er eit viktig kvalitetskrav for studien, og eg har gjort greie for dette under etiske betraktningar seinare i dette kapittelet.

3.1.3 Val av metode for innsamling av data

I kvalitative undersøkingar er dei mest nytta metodane intervju og deltakande observasjon, medan dokumentanalyse oftast nyttast som eit supplement til desse (Thagaard, 2005:13). Eg har på bakgrunn av problemstillingar og forskingsspørsmål valt å bruke både primærdata gjennom samtaleintervju, samt noko sekundærdata gjennom dokument. I tillegg til å velje ein framgangsmåte som er egna til å få informasjonen eg var ute etter, var det samstundes viktig å klare og avgrense omfanget og halde seg innanfor rammene av prosjektet.

Telefonintervju og personintervju

Intervju er spesielt godt egna for å kunne få informasjon om korleis informanten opplever og forstår seg sjølv og sine omgjevnadar (ibid:61). Samtaleintervju skildrast som ein målrette samtale som går føre seg ved at informant og forskar møtast enten ansikt-til-ansikt i form av besøksintervju eller ved telefonintervju, og har ein høg grad av nærleik ved seg (Ringdal, 2007:23, 102). Dei kan utformast med ulik grad av struktur, der ytterpunkta er frå svært strukturert til svært ustrukturert. Eg har i begge trinn av studien valt å nytte den vanlegaste framgangsmåten i kvalitative intervju, karakteriserert som delvis strukturert tilnærming (Thagaard, 2009:89). Denne tilnærminga kallast av (Kvale og Brinkmann, 2009:47) som det kvalitative forskingsintervju, og skildrast som semistrukturert ved at den verken er ein heilt open samtale eller eit lukka spørjeskjema. I første trinn av studien har eg gjort telefonintervju, medan eg i andre trinn har gjennomført personintervju. Det vart vurdert som dei innsamlingsteknikkane som ville gi meg mest djupne på aktuelle problemstillingar og tema, innafor dei praktiske rammene eg hadde.

Som utrent intervjuar i denne samanheng var det gunstig for meg å ha utarbeidd ein intervjuguide som styrde dei ulike tema eg ville snakke om. Ved å gjennomføre intervjuet ved hjelp av tematiserte spørsmål er det mogeleg å kunne samanlikne svara og drøfte dei opp mot teori og tidlegare forskning. I tillegg hadde eg fleire underspørsmål til dei ulike tema som var til god nytte for å kunne halde oversikt undervegs i intervjuet, samt som hjelp til å stille oppfølgingsspørsmål. Vidare ga ein slik framgangsmåten fleksibilitet, ved at rekkjefølgja for dei ulike tema vert til undervegs og slik opna for at informanten kunne fortelje fritt

samstundes som eg fekk informasjon om dei på førehand fastesette tema. I tillegg opna opplegget opp for at informanten også kunne ta opp tema som ikkje var planlagde på førehand (Thagaard, 2009:89).

Ifølge Kvale og Brinkmann (2009:35) er eit forskingsintervju gjennomsyra av etiske problem. Eit intervju er basert på eit subjekt – subjekt tilhøve med høg grad av nærleik mellom forskar og informant. Begge vil påverke forskingsprosessen og kunnskapen som kjem ut vil vere avhengig av situasjonen mellom dei. Relasjonen er avhengig av intervjuarens evne til å skape rom til informanten til å kunne snakke fritt, og det krevjast ein fin balanse mellom intervjuarens ønske om å hente kunnskap og hans respekt for informantens integritet. Det er difor viktig at forskaren reflekterer over sitt eige nærvær som forskar, korleis ein sjølv bidreg til å påverke det den andre er viljug til å kome med, og korleis forskaren sjølv vert påverka av informanten (Thagaard, 2009:19). Mine refleksjonar rundt dette er omtalt under etiske betraktningar seinare i kapittelet.

Kvale og Brinkmann (2009: 37) viser også til intervjuet som ein aktiv kunnskapsprosess, der intervjuaren og informanten i ein samtalerelasjon saman produserer kunnskap. Denne kunnskapen er kontekstuell, språkleg, narrativ og pragmatisk. I eit intervju er intervjuaren sjølv instrumentet i forskinga (ibid:176-178), og dei viser til at ein god intervjuar bør vere kunnskapsrik om temaet og dyktig på menneskeleg kommunikasjon, ha evne til å ta styring og strukturere intervjuet samstundes som han må vere open for og flink til å vite kva svar han skal følgje opp vidare.

Dokumentanalyse

I tillegg til intervju har eg også nytta meg av noko data gjennom dokumentanalyse. Dokumentanalyser skil seg frå primærdata ved at dokumenta er skrivne for eit anna føremål enn det som omfattast av forskingsprosjektet. (Thagaard, 2009:62, Ringdal, 2007:98). For å skaffe meg innsikt i korleis kommunar forankrar det førebyggjande helsearbeidet i sitt planverk har eg også gjennomgått planar der førebyggjande helsearbeid er omtalt i dei undersøkte kommunane. Sekundærdata i denne studien er også mellom anna Stortingsmeldingar, NOU-ar, resultat frå tidlegare forskning , samt tal frå SSB og lover det er referert til i studien.

3.2 Strategisk utval av 4 kommunar

Av praktiske årsaker har eg valt å samle data i delar av Sogn og Fjordane og delar av Møre og Romsdal. Kommunane representerer variasjon i storleik, med ein spreiding frå rundt 1000 til over 40 000 innbyggjarar.

Det er vanleg å skilje mellom strategisk og teoretisk utval av case og informantar (Ringdal, 2007:156). Kvalitative studiar baserer seg på val av informantar som har dei eigenskapar eller kvalifikasjonar som er strategiske i høve problemstilling og teoretiske perspektiv i undersøkinga, såkalla strategisk utval (Thagaard, 2009:55). Med utgangspunkt i data frå trinn ein av studien valde eg ut fire kommunar som case til trinn to. Val av case er både teoretisk og strategisk sidan eg ynskjer å samanlikne ut i frå førehandsbestemt variablar.

I situasjonar med få case er teoretisk eller strategisk utveljing det mest naturlege, og logikken er å velje case som er enten ekstreme, avvikande eller typiske. I multiple casestudier planleggast utvalet på førehand, og hensikta er å studere eit fenomen i to eller fleire case som gir kontrast langs ein eller fleire sentrale forklaringsvariablar (Ringdal, 2007:156-157). Grønmo (2004:293) viser til avhengige og uavhengige variablar. Valde case er ulike på den uavhengige variabelen: med eit pågåande arbeid med forankring av førebyggjande helsearbeid i plan (B og D) eller med eit ikkje oppstarta arbeid med å forankre førebyggjande helsearbeid i plan (A og C). I tillegg trekkast kommunestørleik inn som ein variabel, der eg har skilt mellom mindre kommune med rundt 5000 innbyggjarar eller færre, og mellomstore med over 10000 innbyggjarar. Kommunestørrelse er tatt med på bakgrunn av teori og antaking om at størrelse kan vere faktor for forskjellar i kommunane. Det vert då eit komparativt casestudie med to variablar, og det er nødvendig med minst fire cases.

Med grunnlag i utvalskriteria eller dei førehandsbestemte variablane var der fleire kommunar som var aktuelle som case. Eg valde difor med utgangspunkt i at informanten verka positiv og interessert i temaet og til å stille opp i studien, samt i kva grad det var mest praktisk for meg å gjennomføre. Val av informantar som er interesserte og positive vurderer eg som ein godt utgangspunkt for å kunne gjennomføre eit godt intervju og skaffe gode data.

Val av informantar i begge trinn av studien er strategisk. Eg hadde behov for informantar med god kunnskap om og oversikt over temaet i kommunen. I telefonintervjua intervjuja eg øvste leiarar av helsetenestene/ -avdelingane. Avhengig av organisering var dette mellom anna

einingsleiarar, kommunalsjefar eller assisterande rådmenn. Som øvste leiarar for helsetenestene har dei god oversikt over både fag og organisasjon, noko som gjer at eg vurderer dei som godt egna informantar. Eg opplevde at der var stor spreing i kor lengde informantane hadde vore i stillinga, og dette kan kanskje ha betydning for kor inngående kjennskap dei ulike informantane har til temaet.

Erfaringane frå telefonintervjua støtta min forventningane om at dette var informantar med god kunnskap om og oversikt over det aktuelle tema. Av den grunn tok eg i personintervjua utgangspunkt i å intervju dei same informantane. For to av kommunane vart besøksintervjuet gjort med dei same informantane som i telefonintervjuet. I ein av kommunane vart folkehelsekoordinator informant etter ynskje frå tenesteleiar. I den siste kommunen vart det gjort eit gruppeintervju med folkehelsekoordinator i tillegg til leiar av helsetenesta, som også var informant i telefonintervjuet. Ved å intervju personar med relevant kunnskap om temaet, fekk eg i tillegg til gode data også mogelegheita til å få informantane sine eigne vurderingar av temaet.

Når ein studerer organisasjonar har ein i analysen fokuset på organisasjonen som heilheit og ikkje på den enkelte informanten (Thagaard, 2009:50). I min studie er tema verken spesielt personleg eller sensitivt, og informantane må i meir grad kanskje betraktast som kommunen sin representant. Eg opplevde det ikkje som spesielt vanskeleg å få informantar til telefonintervjuet. Ved personintervju valde informanten i ei av dei utvalde kommunane å trekke seg med grunngjeving i manglande tid, og eg måtte difor velje neste på lista. Eg opplevde av den grunn lite skeivheit i utvalet gjennom å måtte velje blant nokre få som var villege til å stille opp, noko som eg vurderer som ein styrkje i studien.

3.3 Gjennomføring av studien

3.3.1 Tilgang til feltet

I trinn ein av studien ringde eg leiarane for helsetenestene/-avdelingane i dei 24 kommunane. Namn og telefonnummer vart funne enten på kommunen sin heimeside eller via sentralbordet i kommunen. Det vart gjennomført totalt 17 telefonintervju i november 2012 - januar 2013. Eg laga ei liste over alle kommunane som skulle kontaktast, men rekkjefølgja for når telefonintervjua vart gjennomførte var tilfeldig etter for kva tid som passa begge partar. Eg opplevde at mange av informantane var til dels svært vanskelege å kome i kontakt med på telefon, og eg måtte bruke mykje tid på dette. Fleire ga også uttrykk for at epost er ein betre

kommunikasjonsform ved første kontakt enn det telefon er. I etterkant ser eg difor at ein betre metode kanskje ville vore først å ha sendt ein epost til alle informantane, og så deretter heller ringt og følgt opp dei som ikkje responderte.

Informantane fekk informasjon og samtykka munnleg før gjennomføring av telefonintervjuet. Nokre tok intervjuet med ein gong, men for dei fleste vart det gjort ein avtale fram i tid. Avslutningsvis i telefonintervjua vart alle informantar spurde om dei var villege til å eventuelt delta i eit personleg intervju i trinn to av studien, om det skulle vere aktuelt. I trinn to av studien sendte eg først ein epost til informantane frå telefonintervjuet med informasjon om studien, samt med førespurnad om dei framleis var villege til å stille opp i eit meir inngående personintervju. Førespurnaden vart sendt direkte til informantane, med grunngjeving i at dette er øvste leiarar for helsetenestene og med det handterer ein slik førespurnad på formelt korrekt vis. Det vart deretter avtalt tid for intervjuet som passa for begge partar. Samtykkeerklæring vart utdelt og underskrive før gjennomføring av intervjuet.

3.3.2 Telefonintervju og personintervju

Det vart teke notatar undervegs i telefonintervjua, som eg skreiv inn på pc rett etter. Intervjua varte mellom ti og tjue minutt. Eg nytta ein temabasert intervjuguide med relativt få spørsmål (sjå vedlegg 1). Første del omhandla i kva grad informanten synest dei hadde fokus på og prioriterte førebyggjande helsearbeid. Andre del omhandla statlege føringar for ein forankring av arbeidet i kommunale planar, i kva grad kommunane hadde gjort dette, kva rolle helseavdelinga hadde hatt og kva som kunne vere med og forklare at kommunen hadde/ikkje hadde ein slik forankring i plan.

Besøksintervjua vart avtalt på førehand, og gjennomførte på informantane sine arbeidsplassar i eigna rom. Av praktiske årsaker vart dei fire intervjua gjennomførte på ulike dagar. I tillegg synest eg det var greitt for min eigen del og berre skulle gjennomføre eit intervju per dag, slik at eg då hadde tid i etterkant til refleksjon og til å notere ned tankar i etterkant. Eg brukte mellom 1 og 1 ½ time på kvart intervju. Alle intervjua vart tekne opp på lydfil og overført til min personlege pc. Eg tok også notatar undervegs i intervjuet, både til hjelp undervegs i intervjuet, samt også til bruk i etterkant. Intervjuguiden er temabasert og delt i tre delar (sjå vedlegg 2). Første del omhandlar korleis informantane opplever at kommunen har fokus på og prioriterer førebyggjande helsearbeid, samt kva utfordringar der er ved prioriteringa av førebyggjande. Andre del omhandlar korleis informanten vurderer dei statlege

styringsvirkemidla for ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid, samt tilhøvet mellom stat og kommune. Siste tema er korleis kommunane arbeider med å forankre førebyggjande helsearbeid i planar, samt kva informantane vurderer som viktige forklaringsfaktorar for status i eigen kommune. Intervjuguiden er bygd opp rundt iverksettingsteori, teori om statlege styringsvirkemiddel og førebyggjande helsearbeid, samt nasjonale føringar.

3.3.3 Arbeid med data og analyse

Den kvalitative intervjuprosessen er prega av flytande overgangar mellom innsamling av data og analyse, der analyse og tolking startar allereie under kontakt med informanten (Thagaard, 2009: 110). Ved ein slik form for analyse der ein tolkar undervegs, vil ein vesentleg del av analysen gjerast allereie i sjølve intervjusituasjonen. Eg har under og etter intervju notert ned eigen refleksjonar og egne utsegn, og undervegs i transkripsjonen utheva interessant tekst. Dette har vore til god nytte for meg vidare i analysearbeidet.

Kvale og Brinkmann (2010:203-204) skildrar seks moglege trinn i analysen av eit intervju, der dei tre første er under intervjuet og dei siste tre i etterkant. *Første trinn* er når informanten skildrar sine opplevingar, følelsar og handlingar omkring eit tema. I dette trinnet skjer det lite tolking eller forklaring frå nokon av partane. I *Andre trinn* ser informanten på bakgrunn av egne spontane skildringar nye betydingar i det dei opplever og gjer. I *tredje trinn* gjer intervjuar fortettingar og fortolkingar av meininga av informanten sine utalingar, og sender så desse tilbake. Undervegs i intervjuet nytta eg oppfølgingsspørsmål for å få utfyllande informasjon om tema eg synest var viktig.

I *fjerde trinn* vert det transkriberte intervjuet strukturert for analyse og tolka av intervjuar. Eg gjorde all transkripsjon frå intervju sjølv og ser det som ein styrkje ved at eg allereie undervegs har starta analysen (ibid:189). Dette var eit svært tidkrevjande arbeid, men eg opplevde det som ein viktig del av analyseprosessen. Målet med analysen vil vere å få ein heilskapleg forståing av innhaldet i materialet. For å kunne oppnå ein slik forståing er det viktig at ein fokuserer på samanhengar mellom ulike delar av materialet og at desse studerast i forhold til den heilskapen dei er ein del av (Thagaard, 2009: 147). Eg har gjort ein analyse med ein temasentrert tilnærming der eg samanliknar informasjon om dei ulike tema frå dei ulike informantane (ibid:171). Temasentrerte tilnærmingar er basert på at teksten inndelast i kategoriar som representerer sentrale tema i studien (ibid:172). Eg har i analysen kategorisert data i tre hovudkategoriar, tilsvarande temainndelinga i intervjuguidane. Vidare er fleire

underkategoriar utleia frå desse. Eg meiner at eg på den måten har lagt til rette for at informasjonen frå ulike informantar er samanliknbar (ibid:172). Eg har nytta matriser for å få orden og oversikt over tekstmaterialet. Skildrande matriser kan bidra til å skaffe oversikt over tema i materialet, medan tolkande matriser vert anvendt når ein under tolkinga av data arbeider mot ein djupare forståing som gir grunnlag for å utvikle omgrep og teori (ibid:173). Gjennom fleire rundar har eg klart å redusere og samanfatte den opprinnelege teksten. For at eg skulle lukkast med å klare og systematisere informasjon frå dei ulike informantane på same tema har bruk av matrise vore eit viktig verkty for meg.

Femte trinn er gjenintervjuing der forskaren gir informantane mogelegheita til å kommentere. Ein av informantane ynskte å få lese gjennom det transkriberte intervjuet, men han hadde ingen kommentar på innhaldet. *Sjette trinn* omhandlar handling, der informantane på bakgrunn av den nye innsikta erverva under intervjuet handlar annleis. Fleire av informantane har sagt temaet i studien er spanande, og at dei ynskjer å få melding når oppgåva er publisert. Alle informantane vil få beskjed om det, samt tilbod om at eg kan kome og presentere om det er ynskeleg.

3.4 Reliabilitet, validitet og generalisering

Kvaliteten til kvalitative data må sjåast i lys av kva dei skal nyttast til. Reliabilitet, validitet og generalisering er sentrale omgrep som nyttast for å vurdere datakvaliteten. Ringdal (2007:221) meiner at omgrepa som opprinneleg var knytt til kvantitativ forskning også kan vere nyttige ved kvalitativ forskning, men hevdar at dei i statistisk forstand er uaktuelle. Ifølge Thagaard (2007: 22) har diskusjonen ikkje medført ein ny praksis, og omgrepa vert framleis nytta for å vurdere legitimiteten også i kvalitativ forskning.

3.4.1 Reliabilitet

Reliabilitet kan knytast til forskingsresultata sin konsistens og truverde, og refererer til spørsmålet om resultatet kan reproduserast av andre forskarar på andre tidspunkt (Kvale og Brinkmann, 2009:250 og Thagaard, 2007:198). Denne repliserbarheita er knytt til ein forskingslogikk der resultata sjåast uavhengig av relasjonar mellom forskar og dei som studerast. Kvalitative data derimot utviklast gjennom samarbeid mellom forskar og informant, og spørsmålet om repliserbarheit er ikkje relevant. Forskaren må i slike tilfelle argumentere for reliabilitet ved å gjere greie for korleis data er blitt utvikla, kvaliteten på data og verdien

av resultatene (Thagaard, 2007:198). Thagaard (2007:199) viser til Silvermann (2006) som vektlegg at reliabiliteten styrkjast ved å gjere forskingsprosessen gjennomsiiktig. Dette gjerast ved at forskaren gir ein detaljert skildring av forskingsstrategi og analysemetodar, slik at forskingsprosessen kan vurderast trinn for trinn.

Eg har freista å gjere forskingsprosessen gjennomsiiktig, samt å tydeleg skilje mellom mine kva som er informantane sine utsegn og kva som er mine tolkingar. Reliabilitet også styrkast ved forskaren gjer greie for korleis data utviklast, og at det kjem tydeleg fram kva som er innsamla data og kva som er eigne fortolkingar (ibid:190). Ved telefonintervjua ser eg utfordringar i høve å kunne tydeleg skilje mellom data og mine fortolkingar. Sidan eg noterte ned undervegs i samtalen og ikkje tok opp på lydband, vil eg ikkje ha direkte sitat som datagrunnlag. Eg noterte først ned stikkord og setningar på eit eige skjema, og som eg rett etter intervjuet skreiv meir utfyllande inn i eit dokument. Eg ser at teksten lett kan verte prega av mine tolkingar sidan den er bygd på min subjektive oppfatning av det som vart sagt. Dette kan vere ein svakheit kontra om eg hadde teke samtalane opp på band slik som ved personintervjua.

3.4.2 Validitet

Validitet handlar om gyldigheita av dei tolkingar forskaren kjem fram til (Thagaard, 2007:201). Validitet handlar om i kva grad ein metode er egna til å undersøke det den skal undersøke (Kvale og Brinkmann, 2009:250). Forskaren må vere kritisk og stille spørsmål ved om eigne tolkingar er gyldige i høve den verkelegheita ein har studert. Vidare må forskaren gjere greie for framgangsmåtar i prosjektet og relasjonar til informantar, og det er særleg viktig at desse erfaringane gir grunnlag for dei konklusjonar ein kjem fram til (Thagaard, 2007:201-202).

Kvale og Brinkmann (2009:258-264) og Grønmo (2004:234) framhevar tre typar validitet som kan tilleggjast vekt ved kvalitative undersøkingar: kompetansevaliditet, kommunikativ validitet og pragmatisk validitet. *Kompetansevaliditet* refererer til forskarens kompetanse for innsamling av data på det aktuelle forskingsfeltet. Om sjølve datainnsamlinga er gjort på ein kompetent måte styrkar det validiteten. Også forskaren sin kompetanse om feltet er viktig, og til meir kunnskap han har til større sjans er det for at datamaterialet har høg validitet.

Kommunikativ validitet byggjer på dialog og diskusjon mellom forskar og andre om i kva

grad materialet er godt og treffande i høve problemstillinga. *Pragmatisk validitet* viser i kva grad datamaterialet og resultata i ein studie dannar grunnlag for ein bestemt type handling.

Kvale og Brinkmann (2009:253-254) legg vekt på at validering er ein del av heile forskingsprosessen, og fokuset bør flyttast frå det dei kallar ein endeleg produktvalidering til ein kontinuerleg prosessvalidering. I dette legg dei at valideringsarbeidet bør fungere som ein kvalitetskontroll gjennom alle stadia av kunnskapsproduksjonen. Dei viser til validering i sju ulike fasar i forskingsprosessen: tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysing, validering og rapportering.

Korleis fell dette saman med min studie? Eg meiner at dei data eg har samla inn har god relevans til mi problemstilling. Undervegs har eg diskutert design, problemstillingar, datamateriale og funn med rettleiar og medstudentar som har hatt eit kritisk blick under heile prosessen. Eg har i oppgåva forsøkt å gjere tydeleg greie for arbeidet med data i alle dei ulike stadia i forskingsprosessen. Denne synleggjeringa vurderer eg som ein styrke for validiteten i studien.

Frå før har eg ingen erfaring med å gjere ei slik undersøking, og såleis vurderer eg min praktiske metodiske kompetanse som noko avgrensa. At eg har gjennomgått og studert relevant metodelitteratur vil heller ikkje fullt ut kunne kompensere for min manglande erfaring. Eg har det meste av min arbeidserfaring frå spesialisthelseteneste og stat, og opplever at min kjennskap til og kunnskap om kommunane er noko avgrensa. Denne avgrensa kunnskapen om forskingsfeltet kan sjåast som ein svakheit, men samstundes kan avstand til forskingsfeltet i andre samanhengar igjen kan vere ein styrkje.

Eg ser at det kan vere ein svakheit at eg i nokre tilfelle har brukt same informant i personintervju som i telefonintervjuet, men utfordringa slik eg ser det er at der i kommunane er få andre aktuelle informantar med den kunnskapen. Når ein skal vurdere storleiken på utvalet viser Thagaard (2009:59) til omgrepet «metningspunkt», der utvalet kan betraktast som tilstrekkeleg stort når ein undersøking av fleire einingar ikkje synest å gi ytterlegare forståing. Eg vurderer storleiken på utvalet i telefonintervjua slik at eg etter kvart opplevde at eg nådde eit metningspunkt på enkelte tema. Derimot ser eg at 5 informantar i personintervjuet nok er i minste laget for å kunne nå eit metningspunkt, og i etterkant trur eg det hadde vore lurt å ha hatt eit par case og informantar til.

3.4.3 Generalisering av funn

Eit spørsmål som til stadigheit vert stilt ved intervjuundersøkingar er kor vidt funna er generaliserbare (Kvale og Brinkmann, 2009:265). Ved kvalitative undersøkingar vil det handle om kor vidt tolkinga som er gjort med utgangspunkt i ein undersøking også kan gjelde i andre samanhengar (Thagaard, 2007:22).

Forskaren sjølv argumenterer for at ei tolking i eit einskild studie kan vere relevant i ein større samanheng (ibid:207). Kvale og Brinkmann (2009:266–269) viser til ulike former for generalisering ved kasusstudiar. Analytisk generalisering inneber at forskaren grunngjev sine vurderingar for i kva grad funna i ein studie kan nyttast til å forklare kva som vil skje i ein annan situasjon. Det vert så vidare opp til lesaren å vurdere generaliseringsverdien. Dei viser her til eit skilje mellom ein forskarbasert og ein lesarbasert analytisk generalisering. Analytisk generalisering kan gjerast uavhengig av metode ved utveljing og analyse. Det vert påpeika at både analytisk generalisering og kommunikativ validitet inneber høg kvalitet ved intervjuprodukta og skildringane av prosessen.

I studien søker eg innsikt i korleis kommunane følgjer opp nasjonale føringar for førebyggjande helsearbeid, kva utfordringar dei opplever rundt prioritering og kva som kan vere med og forklare ulikskapar i kommunane. Eg finn at denne søken har to dimensjonar, på både eit spesifikk og eit meir generelt nivå. Spesifikt gjennom fokuset på kommunane sin iverksetting av nasjonal politikk for førebyggjande helsearbeid. Generelt ved at studien også dreiar seg om problemstillingar rundt lokal iverksetting av nasjonal politikk på eit meir generelt nivå.

Ein vanleg innvending mot intervjuforskning er at det er for få informantar til at resultatane kan generaliserast (ibid:265). Denne studien har samla data gjennom 17 telefonintervju og 5 personintervju. Data er innsamla frå kommunar i berre to ulike fylker, og om desse er representative er ikkje gitt. Mellom anna må eg ta i betraktning at data er innsamla i mindre eller mellomstore kommunar, og ingen større kommunar i nasjonal målestokk er inkludert. Eg vurderer materialet som relativt beskjedent til å kunne generalisere ut i frå, og eg må vurdere om mine funn kan overførast til å gjelde for andre kommunar på både eit spesifikt og eit generelt plan. I drøftingsdelen vil eg vise til teori som styrkar eller svekkjer mine funn. Ved å forsøke og kople tett og grundig til teori, så håper eg at det kan medverke til å styrke

overføringsverdien og truverdet til studien, og med det at funn i studien kan medverke til å kaste lys over samanliknbare problemstillingar i andre liknande samanhengar.

3.5 Ethiske betraktningar

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD) 19.09.12 med prosjektnr. 31439 (sjå vedlegg 6).

Ethiske problemstillingar pregar all forskning, og forskaren må ha høg grad av medvit rundt dette i heile forskingsprosessen. Eit grunnleggande prinsipp for vitenskapleg redegjelegheit er å unngå å plagiere andre sine tekster (Thagaard, 2009:24). Eg har heile vegen etterstreba ein god og redegjeleg henvisningsskikk. Kvale og Brinkmann (2009:86) viser til fire sentrale etiske retningslinjer: informert samtykke, konfidensialitet, konsekvensar og forskaren sin rolle.

Informert samtykke inneber at informanten vert informert om undersøkinga sitt overordna mål, plan for gjennomføring og om fordelar og ulemper ved å delta i studien. Vidare inneber det å informere om at deltaking er frivillig og at ein kan trekke seg frå prosjektet når ein måtte ynskje det (Kvale og Brinkmann, 2009:88). I min studie fekk informantane munnleg informasjon ved første kontakt, samt enkelte også skriftleg informasjon på epost i forkant av intervjuet. Samtykke vart gitt munnleg i forkant av telefonintervjuet. Ved personintervjua fekk alle informantane skriftleg informasjon på epost, samt at denne vart gjentatt munnleg før intervjuet. Samtykkeerklæring vart underskrive i forkant av intervjuet. *Konfidensialitet* i forskinga inneber at data som kan identifisere deltakarar ikkje avslørast (Kvale og Brinkmann, 2009:90). For å skjule informantane sin identitet har eg sikra lydopptaka og notata frå intervjua for tilgang frå andre, samt «koda» informantane og kommunane med bokstavar og nummer slik at dei er anonyme i teksten. Eg har valt å bruke nynorsk og ikkje dialekt i sitata. Eit dilemma er omsynet mellom anonymitet til informantane og omsynet til resultat truverdig og med mogelegheit for etterprøving (Thagaard 2009:27). Eg opplever at eg har klart å ivareta omsynet til å bevare meningsinnhaldet i teksten samstundes som anonymitet til informantane er ivareteke. Eit tredje etisk retningslinje er som forskar vurdere kva *konsekvensar* forskinga kan ha for deltakarar og mogelege fordelar dei kan oppnå (Kvale og Brinkmann, 2009:91).

Eg meiner eg har ivareteke dei etiske retningslinjer i denne studien. Dette er gjort på ein god måte ved å informere om studien, behandle datamateriale forsvarleg og synt informantane

respekt ved å offentliggjere materialet ærleg og på ein måte som ikkje gir uønskete konsekvensar.

3.5.1 Forskarrolla og eigen ståstad

For-forståing omfattar språk, omgrep, førstillingar og personlege erfaringar (Gilje og Grimen, 1993:148-150). Som forskar må eg vere medviten min eigen ståstad, og klare og reflektere over korleis det kan påverke studien. Eg har forsøkt å møte forskingsfeltet med eit ope sinn, og vere medviten at mine erfaringar og tankar kan prege forskingsprosessen.

Tolkingsgrunnlaget er ulikt om forskaren er innanfor eller utanfor miljøet som studerast, og det er difor viktig at forskaren presenterer sin eigen ståstad (Thagaard, 2009: 204). Verken kommunane eller informantane som eg har data i har eg hatt kjennskap til i denne samanheng. Eg vurderer denne distansen til forskingsfeltet som ein styrke. Kjennskap til fagmiljøet gir grunnlag for å forstå, kjenne igjen og utvikle tolkingar i relasjon til eigen erfaringar (ibid:203). Sjølv med det meste av min arbeidserfaring frå spesialisthelsetenesta ser eg at eg likevel har god kunnskap om og innsikt i problemstillingar rundt førebyggjande helsearbeid, samstundes opplevde eg at der var enkelte problemstillingar som kom opp i intervjuet det var vanskeleg å heil sette seg inn i. Eg opplevde undervegs i intervjuet at det var tilstrekkeleg med ein semistrukturert intervjuguide, ved at eg klarte å veksle mellom å supplere med oppfølgingsspørsmål og følgje informantane i deira forteljingar.

Kunnskapen som kjem ut eit forskingsintervju er avhengig av situasjonen mellom intervjuar og informant. Eg ser at at informantane kan ha gitt meg svar dei trudde eg ville høyre. Eg ser også at eg som uerfaren intervjuar kanskje kan ha la mine tankar og idear påverke informantane, samt at eg kan ha stilt leiande spørsmål. Eg har forsøkt vere merksam på å ha ein balanse mellom mitt ynskje om å hente kunnskap og respekt for informantane sin integritet. Eg opplevde å kjenne meg trygg i intervjusituasjonen, og at desse gjekk bra. Ei utfordring er å stille spørsmåla slik at dei er presise. Ved fleire høve opplevde eg at når dei ikkje heilt forstod kva eg meinte, så var det lett for at eg kanskje forklarte litt mykje. I analysen har eg forsøkt å vere bevisst på å søke etter utsegn som både støttar og motseir mine funn. Slik subjektivitet pregar all kvalitativ forskning, men min bevisste haldning og openheit vonar eg har bidrege til å sikre ein god reliabilitet og validitet i studien.

4 Empiri

I dette kapitlet presenterer eg det empiriske materialet som er samla inn gjennom telefonintervju og personintervju av sentrale personar innan førebyggjande helsearbeid i kommunane. Først vil eg gjere ein kort presentasjon av kommunane det er gjort datainnsamling i. Eg har valt å gjere ein temasentrert presentasjon av funna, og der tema er henta frå teorigrunnlaget i studien og som er samanfallande med oppbygginga av intervjuguidane. Som ein innleiing på kvart tema vil eg først presentere data frå telefonintervjua, før eg presenterer data frå personintervjua.

I presentasjonen av data frå telefonintervju vil eg nytte egne ord. Eg har også valt å presentere delar av data frå telefonintervjua med tal og ikkje berre tekst. Thagard (2009: 223) meiner ein ved presentasjon av kvalitative data bør vere varsam med å talfeste tendensar. Ho grunnjev dette med at utvalet ikkje er tilfeldig, og at det derfor ikkje er hensiktsmessig. I presentasjonen av personintervjua vil eg veksle mellom sitat og egne ord. Sitata er presenterte i eit skriftleg språk for å gi ei tydelegare framstilling, samt betre sikre anonymitet til informantane ved at elementet dialekt er fjerna.

Informantane i første trinn av studien har fått tal 1 – 24. I andre trinn har kommunane fått nemninga A, B, C og D. Informantane i andre trinn har fått same nemningane, sett vekk frå i kommune A med to informantar som har fått nemningane A1 og A2. Som skildra i metodekapitlet er nokre av informantane dei same i både telefon- og personintervjuet. Dette gjeld informant 3, 16 og 22 i telefonintervjua, som er høvesvis informant A1, C og B i personintervjua.

Eg har systematisert mine funn i følgjande hovudtema:

1. Korleis fokuset på førebyggjande helsearbeid er, og om det har endra seg slik informantane ser det.
2. Faktorar og lokale tilhøve som har betydning for innsatsen og prioriteringa av førebyggjande helsearbeid.
3. Dei statlege styringsvirkemidla si betydning for innsats og prioritering.
4. Korleis kommunane forankrar førebyggjande helsearbeid i kommunale planar, og kva faktorar som kan bidra til å forklare kommunale forskjellar.

4.1 Demografiske data

Telefonintervjua er gjort i 17 kommunar i Møre og Romsdal og Sogn og Fjordane.

Innbyggjartalet i kommunane varierer mellom om lag 1000 og 45 000 innbyggjarar, og der dei fleste ligg mellom 5000 og 8000 innbyggjarar. Personintervju er gjort i 4 kommunar, der 3 ligg i Møre og Romsdal og 1 i Sogn og Fjordane.

Kommune A: Mindre kommune (omlag 5000 innbyggjarar) og der arbeidet med å forankre førebyggjande helsearbeid i plan ikkje er starta opp. Informant A1 er Kommunalsjef for Helse- og Omsorg, utdanna sjukepleiar med vidareutdanning som helsesøster og i folkehelse. Informant A2 er Einingsleiar for Helse og folkehelsekoordinator, utdanna fysioterapeut og leiarutdanning.

Kommune B: Mindre kommune (omlag 3000 innbyggjarar) og der arbeidet med å forankre førebyggjande helsearbeid i plan er starta opp. Informant C er Kommunalsjef for Helse og omsorg, utdanna sjukepleiar og har Master i organisasjon og leiing.

Kommune C: Større kommune (over 10 000 innbyggjarar) og der arbeidet med å forankre førebyggjande helsearbeid i plan ikkje er starta opp. Informant C er Einingsleiar for helse, utdanna sjukepleiar og diakon, samt har Master i organisasjon og leiing.

Kommune D: Større kommune (over 10 000 innbyggjarar) og der arbeidet med å forankre førebyggjande helsearbeid i plan er starta opp. Informant D er Folkehelsekoordinator, utdanna fysioterapeut og med vidareutdanning i folkehelse.

4.2 Fokus på førebyggjande helsearbeid

11 av informantane i telefonintervjua meiner at kommunen har eit bra og aukande fokus på førebyggjande helsearbeid, medan 6 skildrar det som meir både og. Fleire av informantane som seier at merksemda i kommunen er stor og aukande, dei meiner at folkehelsekoordinator er ein viktig faktor. Ein annan faktor som nemnast er sentrale føringar som Samhandlingsreforma og Folkehelselova.

Informantane som meiner merksemda er litt både og, dei legg vekt på at haldninga til førebygging varierer i ulike delar av organisasjonen. Dei meiner interessa ser ut til å vere større blant tilsette og leiarar i helsetenestene, og mindre i resten av organisasjonen.

Samstundes opplever dei ein aukande merksemd også i desse delane av kommunen, og ein endring frå tidlegare mest i helsetenesta til no i større grad heile eller større delar av kommunen.

Også i personintervjua meiner informantane at merksemda på førebyggjande helsearbeid har flytta seg meir over i heile kommunen. Informant B fortel om ein endring i fokuset, og korleis det har blitt meir integrert i arbeidskvardagen:

«Det er ikkje berre eit omgrep i nasjonale føringar, men vi brukar det i våre saksutgreiingar, i møte, over alt så snakkar vi om omgrepet helse i alt vi gjer. Det er ikkje berre ein floskel, men det er faktisk noko som er blitt forankra og ein del av vår arbeidskvardag».

Informantane fortel dessutan om ein endringa har vart ei tid, og informantane A1 og D trekk fram at det er særleg etter innføringa av folkehelselova at tenkinga verkeleg fått auka merksemd. Fleire av informantane skildrar det samstundes som ein tidkrevjande prosess å få til ein endring. Informant D seier det slik: *”For det er noko med at kommunen skal ta dette her innover seg, og det tar tid altså”.*

Det går også igjen blant alle informantane er at dei opplever ein dreining i kvar merksemda og ansvaret for det førebyggjande helsearbeidet ligg. Medan det tradisjonelt var knytt til helsetenesta, meiner dei no at det har flytta seg meir over i heile kommunen og fått eit meir preg av breiddperspektiv. Informant C skildrar det slik:

”Dette at no er det eit ansvar for alle og ikkje berre i desse helseavdelingane, no er det alle avdelingar som skal tenke folkehelse. For meg ser det ut som det som det har sege inn faktisk i vår kommune, at det har fått ein god start”.

Sjølv om det har vore ein endring på at fokuset er kome meir ut i heile kommunen, så meiner fleire av informantane at det er ein veg å gå. Framleis rådar ein tradisjonell tankegang der ansvaret for å tenke og arbeide med førebygging ligg på helsetenesta. Informant D:

”Ein ser jo at i større grad i kommunane at det er heile kommunen sitt ansvar... Så eg er glad for at den endringa har skjedd, men det er framleis litt sånn at det heng litt igjen at helsetenestene, det er dei som skal halde på med folkehelse”.

Oppsummering:

Det kan sjå ut til at det er ein aukande merksemd på førebyggjande helsearbeid i kommunane. Samstundes ser der ut til å vere lokale skilnadar, frå større fokus i nokre kommunar til at det er meir midt på i andre. Interessa ser også ut til å variere mellom ulike delar av organisasjonen, frå kanskje å vere større blant tilsette og leiarar i helsetenestene til å vere mindre i resten av kommunen. Det ser samstundes ut til at det i kommunane har vore ei tydeleg dreining i fokuset, frå det tradisjonelle der berre helsetenesta tenkte og utførte førebygging til at det i dag har fått eit meir breiddeperspektiv og ansvar i heile kommunen. Men, denne endringa verkar å vere berre i starten og det er framleis ein veg å gå.

4.3 Faktorar med betydning for prioriteringa

Informantane i telefonintervjua og personintervjua fortel om ulike faktorar som dei meiner har betydning for fokuset og prioriteringa av førebyggjande helsearbeid i kommunane. Eg har forsøkt å samle desse i nokre hovudkategoriar. Fleire av kategoriane vil nok til dels gli over i kvarandre, men tanken bak er å forsøke skape eit overblikk over dei faktorane informantane meiner er viktigast. Eg har delt opp i følgjande kategoriar:

- Økonomi og ressursar
- Kultur og haldning
- Prat versus prioritering
- Utfordringar med å måle effekt og å tenkje langsiktig
- Kommunestørrelse

4.3.1 Økonomi og ressursar

Åtte av informantane i telefonintervjua vektlegg økonomi og tilgang på ressursar som ein viktig begrensande faktor for prioriteringa av førebyggjande helsearbeid i kommunen. Mange skildrar ein stram kommuneøkonomi med lite handlingsrom, som medfører at dei må ha fokus på kurativt arbeid og på å forsøke og levere lovpålagde tenester. Informantane seier også at dei ynskjer å fokusere meir på førebyggjande helsearbeid, men at det er utfordrande å finne tid og rom til å prioritere førebygging med ressursane og kapasiteten dei har. Informant 13 sin skildring av situasjonen som brannsløkking kan vere illustrerande for fleire av informantane.

Nokre av informantane i telefonintervjua fortel også om utfordringar med ordninga med medfinansiering av inneliggande pasientar og utskrivingsklare pasientar. Eit eksempel er

informant 24 som viser til at dei i 2012 brukte mindre enn det dei fekk tildelt i pengar, men i staden for at dette overskotet gjekk til førebygging etter føringane, så gjekk pengane til å dekke utgifter på andre område i kommunen.

Informantane i personintervjua opplever prioriteringa av førebyggande helsearbeid i kommunane som litt *både og*. Alle meiner at økonomi og ressursar er av stor betydning for prioriteringa av førebyggande helsearbeid i kommunen. Dei fortel om tronge økonomiske tider med kutt i budsjetta over fleire år, og små rammer med *lite handlingsrom* der det er krevjande å prioritere førebyggande helsearbeid. Informant A2 sin uttale illustrerer godt utfordringane med å få prioritert førebygging ved dårleg økonomi: ”*Og så er det tidsklemme og dårleg økonomi, og så er det behandling som på ein måte blir det store fokuset*”.

I kommune A har dei nyleg fått på plass ny organisering av helse- og velferdstenestene, der ein viktig grunn var å skulle styrke fokuset og satsinga på førebygging framover. Slik sett opplever dei at førebygging er prioritert samanlikna med korleis det har vore tidlegare. Informant A1 legg til at kommunen over tid har hatt ein stram økonomi der dei har vore nøydd til å kutte fleire år på rad, men at eininga vart skjerma i siste budsjett. Ho opplever skjerminga som noko nytt, og tolkar det som eit politisk signal om at førebyggande helsearbeid er blitt noko høgare prioritert. Vidare meiner ho at ein så krevjande økonomisk situasjon som kommunen er i no, den gir lite handlingsrom til å auke innsatsen ved å tilsette fleire folk eller setje i gong tiltak. Innsatsen på aukast med andre middel innanfor gjeldande ramme, og i den samanheng legg ho stor vekt på potensialet i kompetanse og haldningsendring.

I kommune B opplever informanten at det i budsjettsamanheng er lett å forsøke og kutte stillingar som arbeider med førebygging, og ho har vore nøydd til å kjempe hardt for å oppretthalde folkehelsekoordinator og stillingar på helsestasjon. Ho meiner det dei har av tenester og det dei brukar av midlar til førebygging i dag er på eit minstenivå. Men, til trass for begrensa budsjett meiner ho til liks med informant A1 at der er eit stort potensiale i å endre tankegang og tore å prioritere annleis, noko som ikkje treng koste noko ekstra. Spørsmålet er om ein brukar pengane på rett måte og prioriterer rett meiner ho. Rett nok opplever ho at dei har vorte mykje flinkare, men at det framleis rår ein tradisjonell tenkemåte.

I kommune C fortel informanten om ein svært krevjande økonomisk situasjon der dei nærmar seg likviditetsproblem. Det har over fleire år vore ein stadig forverring, og alle avdelingar har

tatt store kutt og vore nøydde til å ta vekk mange årsverk. Informanten seier at dette har gitt store konsekvensar også for innsatsen på førebyggande helsearbeid, og handlingsromet opplevast som svært lite. Dei klarer berre å utføre det aller mest nødvendige, og har ikkje overskot og kapasitet til å tenkje og arbeide med førebygging. Han seier: ”*Eg føler at vi har ikkje sjanse, vi har ikkje midlar*”.

Også i Kommune D har det vore budsjettkutt, noko som også har gått ut over ressursbruken på førebygging. Informanten viser til ein frisklivssentral som vart lagt ned igjen etter berre eit år med den grunngjeving at det vart for dyrt. Men, samstundes trur han at samanlikna med andre kommunar er nok kommunen betre stilt på ressursar enn det mange andre har. Han opplever difor at dei har eit handlingsrom til å prioritere førebygging, men at det kanskje er mindre enn nokon gong før.

Oppsummering

Informantane i personintervjua opplever prioriteringa av førebyggande helsearbeid i kommunane som litt *både og*. Alle meiner at økonomi og ressursar er av stor betydning for prioriteringa av førebyggande helsearbeid i kommunen, men skildrar samstundes ein verkelegheit der trong kommuneøkonomi gir stadige kutt i budsjett. I kommunane A, B og C har det i fleire år blitt kutta i budsjetta, og med eit påfølgande *manglande eller begrensa økonomisk handlingsrom* igjen. I kommune D ser det derimot berre ut til at det har vore redusert i budsjettet siste året, og der er framleis igjen noko økonomisk handlingsrom. Informantane A1 og B vektlegg at der kanskje ikkje er handlingsrom til å tilsette fleire folk og slik auke innsatsen, men dei vektlegg det store potensialet som ligg i å endre kultur og haldning blant dei eksisterande tilsette, samt å tore og begynne prioritere annleis enn dei tradisjonelt har gjort. Informantane meiner det er *krevjande å få prioritert førebygging* i eksisterande tronge økonomiske rammer, og opplever at det i budsjettsamanheng er *lett å kutte stillingar og tenester* som knyt seg til førebyggande aktivitetar.

4.3.2 Kultur og haldning

Fem av informantane i telefonintervjua meiner at kultur og haldning til førebygging blant dei tilsette i kommunen er ein sentral faktor. Ifølge informantane gjeld dette både dei tilsette i helse- og omsorgstenestene og elles i kommunen. Informant 1, 3 og 13 viser til ein tradisjonell tankegang i helse- og omsorg med *behov for haldningsendring*. Dei meiner det vil vere ein utfordrande og tidkrevjande prosess å kome forbi og kunne begynne tenkje meir

førebygging. Informant 15 og 23 fortel om utfordringane i andre delar av kommunen der førebyggjande helsearbeid har mindre fokus, og at dei også her må kontinuerleg arbeide med haldningsendring.

I kommunane er der ulike aktørar som er sentrale for korleis førebyggjande helsearbeid vert prioritert, og deira kultur og haldning vil ha betydning. Eg har samla desse i følgjande hovudkategoriar: profesjonelle og tilsette i helse- og omsorgstenesta, kommuneleiing og administrasjon, og politikarar.

Profesjonelle og tilsette i helse- og omsorgstenesta

I kommunane kan det av informantane sjå ut til at fokuset på førebyggjande helsearbeid har flytta seg frå helsetenesta til at det no til dels meir opptek heile kommunen. Informantane meiner likevel at helsetenesta og dei profesjonelle framleis har ein heilt sentral rolle ved at dei skal gå føre og påverke. Informant B sin skildring av dei profesjonelle som viktige *premissleverandørar* kan vere dekkande.

Fleire av informantane seier at sjølv om økonomi og tilgang på ressursar er ein viktig føresetnad for prioritering av førebyggjande helsearbeid, så er det ikkje nødvendigvis den viktigaste. Informant A1 meiner at tenestene har eit umetteleg behov for folk, men den krevjande økonomiske situasjonen gir lite handlingsrom til å kunne tilsette fleire folk og slik auke førebyggingsinnsatsen. Ho vektlegg i staden det store potensialet som ligg i å endre kultur og haldning til førebyggjande helsearbeid blant dei eksisterande tilsette. Kurs og arbeid med prosessar er effektive kompetansehevande tiltak som ikkje gir særlege kostnader meiner ho. Informant C skildrar det slik: «*Økonomi har ikkje all betydning. Eg er heilt einig at det er haldninga og tenkinga rundt det... Det er 50/50 kanskje*».

Sjølv om fagfolka har ein sentral rolle for å skulle gå føre og påverke, så meiner fleire av informantane at der framleis er mykje og hente. Dei meiner at dei tilsette i helse- og omsorgstenestene har stort fokus på *pleie og omsorg* framfor førebygging. Informant A1 sin skildring kan vere representativ: «*Vi har ein kjempejobb og gjere i forhold til å endre tenkemåten deira og det pleiefokuset dei har*»

Nokre av informantane legg også vekt på at *manglande kompetanse* på førebygging hjå dei tilsette i helse- og omsorgstenestene har betydning for innsatsen og prioriteringa. Informant A1 trur at ei av hovudforklaringane på den manglande kompetansen er at det er for lite vektlagt i

mange av profesjonsutdanningane i dag. I den samanheng meiner ho at utdanningsinstitusjonane har eit stort ansvar, og som eit eksempel viser ho til sjukepleiarutdanninga: *”Det er framleis eit eller anna som gjer at det når dei kjem inn som sjukepleiarar så er framleis akuttmedisinen og den biten i fokus.*

Informantane A1 og B vektlegg betydinga pådrivarar eller såkalla *eldsjeler* kan ha for prioriteringa av førebyggjande helsearbeid i kommunen. Dei meiner kunnskapsrike og engasjerte personar kan utrette mykje, og kanskje meir enn nye stillingar ville ha gjort. Samstundes påpeikar informantane det sårbare med slike eldsjeler. Ofte er slike ressurspersonar knytt til prosjektstillingar, men om vedkomande forsvinn så gjer kompetansen og engasjementet det også, og ein er tilbake til start.

Fleire av informantane opplever det som ein krevjande prosess å skulle fremje tankegangen for resten av kommunen, og skildrar ein *følelse av å vere litt åleine*. Informant D trur at førebyggjande helsearbeid er eit ekstra krevjande fag å gå i bresjen for sidan det er relativt lite, og av den grunn ofte vert hefta på enkeltpersonar. Informantane A2 og D skildrar dette arbeidet som ein liten kamp. Det er verdt å merke seg at dette er dei to informantane som er folkehelsekoordinatorar i sin kommune. Informant D seier det slik: *«Eg har valt å ta den her vesle kampen, i å synleggjere folkehelse så godt som mogleg».*

Leiarar og administrasjon

Informantane meiner leiarane og administrasjonen har ein viktig rolle og eit stort ansvar for å leie an for ein endring i kultur og haldning til førebygging i heile kommunen. Leiarar med kunnskap og interesse for førebyggjande helsearbeid vert trekt fram som viktige føresetnadar for ein auka innsats, men at dei opplever at *kommuneleiinga har mykje å lære* i. Informant B skildrar det slik:

«Det handlar litt om kven er det som skal selje folkehelsearbeid og implementere det i heile organisasjonen. Det er både kommunalsjefnivået og rådmannsnivået, og eg trur vi har ein veg å gå. Å forankre det på alle nivå og kanskje at det skal gjennomsyre alle planane og planverket vi jobbar med på tvers i kommunen».

Informant D meiner det er svært viktig at folkehelsearbeidet vert forankra sentralt og at ein får ansvarleggjort kommuneleiinga. Han opplever kommuneleiinga som treig og likegyldig, og meiner dei burde tilrettelagt på ein heilt annan måte enn dei gjer i dag. Han kjenner seg til

tider som ein kasteball mellom fylket og kommunen, ved at det ofte er han som må bringe inn informasjon eller følgje opp føringar inn til kommuneleiinga. Det må starte med at dei ser verdien av at initiativet må kome ovanfrå og ut i organisasjonen, og ikkje nedanfrå som i dag meiner han. Han seier det slik:

”Nei, dei er litt for på ein måte likegyldige til det. Sånn at det blir veldig mykje vi som arbeider tett på folkehelse som må brøyte vei. Og det er veldig synd, fordi at rådmannen hadde nesten berre med eit lite knips fått fortgang i ting”.

Informant A1 opplever at rådmannen i kommunen har fått auga meir opp for folkehelse, og viser meir entusiasme rundt det enn tidlegare. Dette meiner ho er ein viktig endring.

Informant C viser til at å få endra haldning og integrert tankegangen i kommunen er ein *prosess som tek tid*. Han fortel om at kommunen i mange år har prioritert høgt og brukt ukritisk mykje pengar på å leggje til rette for næringsverksemd. Han opplever at dette er ein svært viktig tradisjon og kultur i kommunen, og dersom ein stiller spørsmål ved denne tradisjonelle tankegangen og prioriteringa møter ein sterk motbør.

Politikarar

Informantane legg vekt på at politikarane har ei viktig rolle gjennom makta til å sette politisk retning i kommunen. Samstundes skildrar nokre av informantane *politikarane som noko passive og lite synlege*, og som i for liten grad tek ansvar, engasjerer seg og etterspør informasjon og kunnskap om førebyggjande helsearbeid. Informant D seier det slik:

”Eg saknar endå større engasjement frå det politiske miljøet... Politikarane må sende beskjed om kva vil dei satse på til kommuneleiinga, og så må dei engasjere staben. Men, no er det omtrent motsett då. Det kjem inn til oss og så må vi prøve å få det ut. Veldig viktig... Så eg meiner at politikarane burde brukt oss mykje meir”.

Informant C påpeikar samstundes at han opplever at dei ikkje har problem med å kome til politisk dersom dei sjølve tek kontakt, og meiner i den samanheng at i helsetenesta har ein vært viktig rolle med å sjølv ta kontakt og påverke på den måten.

Oppsummering

Alle informantane meiner kultur og haldning blant fagfolka i helse- og omsorg, kommuneleiinga og politikarar har stor betydning for prioriteringa av førebyggjande helsearbeid i kommunen. Informant B og C meiner at dette er like viktig eller viktigare enn økonomi og ressursar. Sjølv om ansvaret og fokuset på førebyggjande helsearbeid har flytta seg meir over i heile kommunen, så meiner informantane at dei profesjonelle og helsetenesta framleis har eit særskilt ansvar for å fronte tankegangen og påverke ovanfor resten av kommunen. Dei opplever at der er ein veg å gå, og viser spesielt til at *fokuset er stort på behandling og pleie*. Fleire av informantane legg vekt på betydninga av å ha eldsjeler, som dei meiner kan utrette mykje ved å bringe kultur og kunnskap til resten av organisasjonen. Men, samstundes kan det vere ein noko einsam rolle, og enkelte opplever det som ein liten kamp å få førebygging synleggjort og høgare prioritert. Når det gjeld leiarar og administrasjonen ser informantane ut til å legge vekt på deira sentrale rolle med å implementere politikken og å leie an for å skape god kultur og haldning. Fleire meiner dei dessverre ikkje i god nok grad tek dette ansvaret, sjølv om det kanskje kan sporast ein liten betring hjå enkelte. Eldsjeler eller pådrivarar kan kjenne seg i skvis mellom fylke og kommune ved at føringar og informasjon kan kome direkte til helsetenesta og så må dei bringe det vidare. Det burde heller kome direkte til kommuneleiinga som i større grad burde sjå verdien av at initiativet må kome ovanfrå og ut i organisasjonen, og ikkje nedanfrå som i dag. Dei brukar karakteristikkar som *mykje å lære, passivitet og likegyldighet* på kommuneleiinga. Når det gjeld politikarane legg informantane vekt på deira makt til å sette retning og makt til å prioritere. Desse vert også av fleire karakterisert som noko *passive og lite synlege*, og som i for liten grad etterspør informasjon frå fagfolka eller legg press på kommuneleiinga.

4.3.3 Prat versus prioritering

Som tidlegare skildra fortel informantane om eit aukande merksemd på førebyggjande helsearbeid i kommunane, og der fleire aktørar viser interesse og pratar om viktigheita av det. Dei fortel at det rår ein haldning der «alle» er positive til førebyggjande helsearbeid, og dei kjenner ikkje til nokon som er direkte negative eller avvisande. Dei er einige om at det kan vere *politisk korrekt å vere positiv*. Informant D opplever at der også er ein del som opptre meir likegyldig, og han meiner at å vere likegyldig er mykje verre enn å vere negativ.

Ifølge fleire av informantane er det likevel *manglar samsvar* mellom den uttalte positiviteten og den reelle prioriteringa. Det er mykje snakk om kor viktig det er å førebygge, men det skjer noko når det skal prioriterast og forhandlast om tronge budsjett i kommunane. Informant A1 trur at om ho kom forslag om å omprioritere frå andre sektorar til førebygging, så ville det vorte ramaskrik og praksisen ville mangla. Informant D seier det slik:

”Det er snakk om at det er så viktig, men når det kjem til økonomi då er det plutselig ikkje så viktig. Så det er noko som skjer der på vegen når det skal prioriterast. Så eg trur det vert bortprioritert i stor grad».

Informant B meiner at all pratinga om viktigheita av førebygging kan gjere fagfolk irriterte. Det kan vere noko ein snakkar om fordi det er ein trend i tida, og kan til slutt oppfattast som ein *floskel*.

4.3.4 Målbare effektar versus langsiktige gevinstar

Fleire av informantane i telefonintervju meiner at ein viktig føresetnad for førebyggande helsearbeid er langsiktig tenking. Samstundes opplever dei utfordringar rundt at det er vanskeleg å synleggjere og måle effekten av slike tiltak. Informantane 9 og 22 i telefonintervjuet viser til at førebyggande helsearbeid er ein utgift som det er vanskeleg å måle og dokumentere effekten av, og det gjer det utfordrande å få prioritert hos politikarane som gjerne vil at det skal vere målbart og kunne visast i kroner og øre.

Alle informantane i personintervjua meiner at førebygging vil gi effekt og løne seg økonomisk på lang sikt er eit svært sentrale argument for ein auka prioritering og innsats. Informant A1 meiner det må vere eit mål å få ein kultur der fleire og fleire ser viktigheita av og torer tenkje at førebygging løner i seg i lengda. Informant D seier dette om langsiktig effektar: *”Eg er veldig oppteken av å synleggjere det, for det er kanskje det viktigaste argumentet for å få folkehelse på banen”*

Sjølv om informantane meiner det er heilt sentrale argument, så opplever dei likevel utfordringar med å klare selje budskapet til kommuneleiing og politikarar. Dei seier utfordringane ligg i at det er vanskeleg å argumentere for å prioritere pengar til tiltak som er *lite synlege, vanskelege å måle effekten* av og som kanskje først gir *resultat langt fram i tid*. Fleire av informantane viser også til det stadige kravet dei har frå politikarane om å vise til resultat, og at politikarane ynskjer tal bygde på fakta og erfaringar. Informant B seier det

dekkande: ”Det vi førebyggjer no ser vi kanskje fyrst resultatet av om 15 eller 18 år. Og det er vanskelig å gjere om i budsjettkroner i neste års budsjett eller økonomiplan”

4.3.5 Kommunestorleik

Fleire av informantane i personintervjua meiner at større kommunar har nokre klare fordelar framfor mindre kommunar når det gjeld førebyggjande helsearbeid. Dei nemner at ein større kommune gjerne har *større fagmiljø* og fleire personar med kompetanse som arbeider med førebygging, samt *fleire personar å fordele oppgåver på*. Informanten i kommune D som er ein større kommune trur at større kommunar kan ha lettare for å rekruttere kompetanse, samt at ein utfordring for mindre kommunar kan vere at det kanskje berre er ein person som sit med ansvaret og heile fagfeltet åleine. Informant B sin skildring av utfordringa det kan gi å vere eit mindre fagmiljø i ein liten kommune:

«Vi har få tilsette å fordele arbeidsoppgåvene på, så trur eg nok at det ikkje er sjanse for at ein eller to personar kan ta til seg og gjennomføre alle visjonar, gode formål som er relatert til Samhandlingsreforma og folkehelsearbeid».

Informant A1 og D viser også til utfordringar rundt den utbreidde ordninga med prosjektmidlar innan førebyggjande helsearbeid. Dei meiner ordninga er lagt opp slik at dei *beste søkjarane får mest pengar*, og ikkje nødvendigvis dei som treng det mest. I større kommunar er der kanskje fleire som har kompetanse og gjerne også avsett tid til å søke prosjektmidlar, medan det i mindre kommunar skal gjerast mellom andre viktige oppgåver av folk med mindre kompetanse og erfaring. Informant A1 seier det slik:

«Altså store kommunar som har eigne folk som sit berre leitar etter prosjektmidlar og kan prosjektorganisering, har ein utdanning på det, frå å skrive søknadar til å kjøre prosessar på prosjekt, dei har nokre andre fordelar enn små kommunar».

Informant B meiner der også der er fordelar ved å vere ein mindre kommune, og viser til at dei er meir oversiktlege og det er moglegheit for tettare dialog mellom leiing og tilsette. Ho ser også at ei løysing for mindre kommunar kan vere å inngå interkommunalt samarbeid på enkelte tenester, og med sikre større og sterkare fagmiljø.

4.4 Statleg styring

For å nå måla i Samhandlingsreforma tek staten i bruk eit breitt sett med virkemiddel for å

styre kommunane til ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid. I dette avsnittet gjennomgår eg korleis informantane vurderer desse virkemidla.

4.4.1 Juridiske, økonomiske og pedagogiske virkemiddel

Det nye lovverket

Alle informantane i personintervjua legg vekt på betydninga det nye lovverket har hatt og vil gi for ein auka merksemd og innsats på førebyggjande helsearbeidet i kommunane. Det er særleg *folkehelselova* og forskriftene knytt til denne informantane trekk fram som viktige. Helse- og omsorgstenestelova vert skildra som meir generell og med mindre betydning for førebyggjande helsearbeid. Fleire av informantane finn folkehelselova viktig med bakgrunn i at den fortel kva plikter kommunane har, og at den gjer det på ein tydeleg og kortfatta måte. Informant C seier det slik: *«Eg føler folkehelselova treff, på tenkinga. Den er eit lite genistrek, for den er såpass kortfatta»*.

Samstundes meiner nokre av informantane at folkehelselova er viktig ved at den som virkemiddel aukar fokuset og endrar haldninga til førebygging, men at den åleine nok er for vag og generell. Dei trekk fram at det er dei påfølgjande forskriftene som verkeleg set konkrete krav til kommunane. Informant D trekk fram forskrifta om at kommunane skal ha oversikt over folkehelsa til befolkninga som viktig, ved at den gir kommunen konkret kunnskap om kva område dei bør satse på. Han meiner også at folkehelse ikkje er mykje verdtt om det ikkje medfører sanksjonar om ein bryt den, noko han ikkje kjenner til heller har vore diskutert.

Økonomiske insentiv

Eit sentral element i Samhandlingsreforma er å etablere økonomiske insitament som skal stimulere kommunane til ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid. Dei tre virkemidla er: 1) kommunal medfinansiering av inneliggjande pasientar i spesialisthelsetenesta, 2) kommunal betaling av utskrivingsklare pasientar frå spesialisthelsetenesta og 3) auka rammefinansiering.

Fleire av informantane i personintervjua har sterke meiningar om dei økonomiske virkemidla. Dei fortel at ordningane med betaling av utskrivingsklare pasientar og medfinansiering av inneliggjande pasientar har hatt stort fokus i kommunen. Det har blitt arbeidd mykje og seriøst med å få til gode lokale ordningar som skal sikre at dei får så låge utgifter som mogeleg, og

det har påverka korleis dei arbeider og gitt meir forståing. Informant C fortel: *”Der har vi på ein måte gjort ein kjempejobb, og fått opp og gå ei korttidsavdeling, slik at det nesten ikkje er liggetid på sjukehuset i forhold til før”*

Vidare fortel fleire av informantane at på trass av at dei har gjort eit stort arbeid så opplever dei liten gevinst av ordninga. Eit av problema er ifølge informantane B og C at ordningane er underfinansierte, og viser til at i deira kommune har det gitt auka utgifter og ikkje nokon gevinst. Følgjene av det er at der *ikkje er pengar til overs* til førebygging. Eit anna problem med ordningane er ifølge informant A1 at eit eventuelt *overskot ikkje går til førebygging*, og viser til at overskot i hennar kommune gjekk til å dekke opp underskotet i kommunen.

Ein anna årsak til at ordninga ikkje fungerer etter intensjonane er ifølge fleire av informantane at kommunane ikkje har nokon styringsrett eller kontroll over utgiftene. Dei seier det er spesialisthelsetenesta som reknar ut kva dei skal betale, samt at dei ikkje har nokon styring over legane og poliklinikkane som legg inn pasientane. Informant B seier dette om ordninga:

”Så det er nesten som eg har lyst å seie at det er å føre kommunane bak lyset med å legge ei gulrot som spesialisthelsetenesta har styring med, men vi har null kontroll og innverknad på”.

Rammeoverføring versus øymerking

Staten har lagt opp til at kommunane skal auka innsatsen på førebyggjande helsearbeid gjennom midlar frå auka rammeoverføringar. Informantane vart spurt om korleis dei vurderer ein slik finansieringsordning kontra øymerking for førebyggingsarbeidet. Informantane er noko delte i sitt syn og det vert vist til både fordelar og ulemper med begge ordningane.

Fleire av informantane meiner at ved rammeoverføring er den største utfordringa at pengane til førebygging lett kan hamne i det *store sluket*. Nokre viser til erfaringar frå tidlegare tiltak der dei statlege overføringane ikkje var øymerkte, og der dei fekk berre fekk behalde delar av pengane, resten forsvann inn for å dekke underskot i kommunane. Informant A1: *”Det politikarane gjorde, vi fekk halvparten av det, resten gjekk i sluket”.*

Samstundes ser nokre av informantane at for mykje øymerking heller ikkje er optimalt, og dei meiner det blir viktig å finne ein balanse. Eit dekkande utsegn frå informant C: *«Der er to*

sider ved det, og om det vert for mykje øymerking så vert det utfordringar å finne beste løysingane for sin kommune”.

Informant B synest at omsynet til styringsretten til kommunane bør vege tungt, og at frie inntekter vil gi kommunane handlingsrom og betre sikre at tenestene blir implementerte på sikt enn det øymerking gjer. I dette legg ho at det er større sjanse for at ei teneste forsvinn om øymerkinga tek slutt, framfor at den vert etablert innanfor rammeoverføringane.

Informasjon og rådgjeving

Alle informantane fortel om at dei opplever at dei gjennom folkehelsekoordinatorane i kommunen har eit *bra samarbeid med fylkeskommunen* si avdeling med ansvar for folkehelse. Dei opplever at folkehelse er prioritert i fylkeskommunen, og at dei kan få hjelp og rettleiing der. Informant skildrar forholdet til fylket slik: *”Dei er jo ein slik vidareformidlar av den her riktige kunnskapen då. Så eg vil seie at det er mykje bra som skjer i fylket. Vi har god kommunikasjon med dei”.*

Informant B legg til at sjølv om fylkeskommunen er flinke til å ha dialog, så meiner ho at denne er mest basert på meir generelle møter med alle kommunane samla eller at kommunane sjølve tek kontakt ved behov. Ho kan ikkje hugse at stat eller fylkeskommune nokon gong har retta førespurnad om å få kome til kommunen og rettleie i korleis dei skal legge til rette for god folkehelse. Ho etterlyser at dei tek ein meir aktiv rolle ut ut til kvar einskild kommune med konkret hjelp og informasjon om kva akkurat deira kommune bør fokusere på.

4.4.2 Realismen i føringane frå staten

Informantane vurderer noko ulikt kor effektive og realistiske dei statlege føringane og virkemidla er.

Når det gjeld vurdering av effekten av virkemidla samla, så meiner informant D at det er gode og effektive føringar som har kome og at det no er meir opp til kommunane å handle etter intensjonane enn å lage nye føringar. Informantane i kommune A og C synest det er litt både og, og opplever at dei har gitt effekt på tenking og haldning ved at det er synleggjort at det må førebyggast meir. Når det gjeld det praktiske arbeidet og tiltak meiner dei at ein førebels ikkje har kome særleg lenger. Informant B derimot meiner virkemidla som skal stimulere

kommunane til auka innsats på førebyggjande helsearbeid ikkje har virka, og at dette gjeld særleg dei økonomiske.

Når det gjeld realismen i ei statlege føringane meiner informantane A1, B og C at dei er *for ambisiøse* med dagens finansiering. Dei opplever at dei ikkje har sjanse til å oppfylle alle forventningane, og dei må plukke ut det dei meiner er best og mest tenleg for sin kommune. Informant C fortel:

«Det blir for stor konflikt mellom det som vert forventa og føringar, og så er det ikkje mogeleg å gjennomføre det... Eg veit det er det mange kommunar med oss, som ikkje synest det er samsvar».

Informant D derimot meiner det er gode føringar som har kome og at det no er meir opp til kommunane å handle etter intensjonane enn å lage nye føringar. Han meiner føringane er ambisiøse og utfordrande å løyse, men samstundes realistiske.

4.5 Forankring av førebyggjande helsearbeid i plan

Korleis kommunane forankrar førebyggjande helsearbeid i kommunale planar er eit av forskingsspørsmåla i studien. Spørsmålet kjem på bakgrunn av nasjonale føringar som folkehelseleva og Samhandlingsreforma med føringar og krav til kommunane om forankring av førebyggjande helsearbeid i planverket.

Informantane i telefonintervjua har svart på korleis førebyggjande helsearbeid er omtalt eller forankra i plan i eksisterande planar, samt korleis dei trur det vil verte i komande planar.

Forankring i plan i dag

Ut i frå opplysningane til informantane i telefonintervjua ser det ut til der er stor variasjon mellom dei 17 kommunane i kva type plan førebyggjande helsearbeid er forankra eller omtalt i. Godt over halvparten av kommunane har i dag ifølgje informantane omtale av førebyggjande helsearbeid i *samfunnsdelen* i Kommuneplan åleine. Nokre andre kommunar har forankring i berre ein annan delplan som til dømes pleie- og omsorgsplan eller omsorgsplan, medan andre igjen har i både samfunnsdelen i Kommuneplan og i andre delplanar. Ein kommune har utarbeidd ein eigen folkehelseplan i tillegg til samfunnsdelen i Kommuneplan, og berre ein kommune meiner at førebygging ikkje er omtalt i plan i det heile.

Dei fleste av informantane meiner at forankring og omtale i alle planane kan skildrast som *generell og lite forpliktande*. Nokre få angir at førebyggjande helsearbeid kanskje har ein noko meir konkret og forpliktande omtale, men at det likevel er begrensa. I kommunen der folkehelse er forankra i eigen delplan er planen utdatert og har behov for revidering.

Forankring i komande planar

Mange av informantane fortel at det i kommunane vert arbeidd med å revidere eksisterande planar eller utarbeide nye, men det varierer kor aktivt og langt arbeidet er kome. Kommunane ser ut til å velje ulike løysingar på kva planar førebyggjande helsearbeid skal omtalast og forankrast i framover.

I dei 16 kommunane som i dag har ein meir eller mindre generell omtale og forankring av førebyggjande helsearbeid i samfunnsdelen i Kommuneplan eller i ein annan delplan, så meiner og forventar dei fleste informantane ein endring til ein *meir konkret og forpliktande forankring* enn det er i dag.

I kommunane som i dag har forankringa i samfunnsdelen i Kommuneplan forventar dei fleste at det vil verte i same plan i framtida. I tillegg trur nokre at det også vil verte utarbeidd ein delplan der førebyggjande helsearbeid vil få ein viktigare rolle. I dei resterande kommunane varierer det mellom at det ikkje ser ut til å verte særlege endringar, til at det enno ikkje er avklart.

4.5.1 4 utvalde kommunar

Alle informantane i personintervjua meiner at forankring i plan i utgangspunktet har ein viktig betydning for førebyggjingsarbeidet. Likevel er fleire bekymra for kor stor betydning dei i praksis eigentleg har, og viser til ein vanleg oppfatning om at planar ofte berre vert lagt i ein skuff. Informant D fortel:

”I utgangspunktet så trudde eg at det er veldig viktig. At det var eit vere eller ikkje vere for folkehelsa... Men, det hjelp jo ikkje at det står i ein plan om ingen følgjer planen”

Fleire vektlegg samstundes viktigheita ved at planane fungerer som eit verktøy til å synleggjere temaet ovanfor politikarane. Informantane A1 og C legg meiner også at sjølve arbeidet med å utarbeide ein plan har ein viktig rolle ved at det gir ein auka bevisstgjerung.

Informant B er oppteken av at planar vert utarbeidd med den hensikt å skulle nyttast som eit verktøy i kvardagen, men for at planane skal forplikte og vere nyttige må dei vere korte og konkrete.

Kommune A

Kommunen har i dag ein delplan Omsorgsplan (2011) og samfunnsdel i Kommuneplan (2006 – 2018) der førebyggjande helsearbeid er omtalt. I tillegg er der også ein strategiplan for helse- og omsorg der det kanskje kan vere noko omtalt.

Informant A1 fortel at førebyggjande helsearbeid berre er kort og generelt omtalt i alle desse planane. Dei har også ein ny omsorgsplan ute til høyring, men denne har fokuset på pleie og omsorg og lite på førebygging. Det er enno ikkje avklart om dei skal bygge vidare på eksisterande plan eller om dei skal utarbeide ein eigen plan for førebyggjande helsearbeid, men uansett ser ho for seg at det må bli ein meir konkret og forpliktande forankring enn det er i dag.

Informant A1 opplever at forankring i planverket i liten grad har vore prioritert i kommunen så langt, og meiner det førebels berre er på tankestadiet. Men, ho viser til at ho nyleg no har spelt inn i handlingsprogram 2013 behov for å forankre førebyggjande helsearbeid i planverket. Kvifor dei ikkje har kome lenger forklarar ho med at kommunen har prioritert andre planar. Ein annan forklaring er at det er krevjande å starte opp og utarbeide ein heilt ny plan, framfor å rullere ein eksisterande plan. Ho legg også vekt på at dei har prioritert og nyleg fått på plass ei ny organisering av helsetenesta, og denne har kravd mykje tid og ressursar.

Dersom det skal utarbeidast ein delplan der førebyggjande helsearbeid er forankra så vil helsetenesta vere sentral, og informant A1 vektlegg at ansvaret for gjennomføringa vil ligge spesielt på henne som kommunalsjef. Begge informantane meiner at det ikkje vil kome noko krav om delplan frå kommuneleiinga, og initiativet vil måtte kome frå helsetenesta. Informant A2 fortel: *”Der er vel ikkje nokon andre som vil ta initiativet».*

Kommune B

Kommunen har i dag ein helse- og omsorgsplan som gjekk ut i 2004. Informanten skildrar denne som gamal og den har ikkje vorte revidert. Fokuset i planen var på omsorgsbustadar og

verneteneste, og der var veldig lite om førebygging. I samfunnsdelen i gjeldande kommuneplan er også folkehelse eit tema, mellom anna er folkehelseprofilen til kommunen lagt ved.

Kommunen held no på å utarbeide ein ny kommunedelplan helse- og omsorg (2013-2020) med slagordet ”helse i alt vi gjer”. Denne planen skal vere overordna og ta til seg alle andre delplanar som er under helse- og omsorg, og det er tenkt at folkehelse vert ein del av alle desse. I tillegg er det vedteke at det i løpet av året skal starte arbeidet med ein eigen delplan for folkehelse, og denne skal vere sektorovergripande og ikkje knytt til helse- og omsorg. Ho opplever dette arbeidet som høgt prioritert og det er nedsett både prosjekt- og styringsgruppe. Dette har vore eit bevisst val og ho forklarar:

”Hadde det blitt ein del av denne helse- og omsorgsplanen så tenkjer eg også at vi formidlar at då blir det i denne her tradisjonelle tenesteeininga. Ved å kalle det ein folkehelseplan så blir det på eit overordna nivå, og kanskje sett i andre dimensjonar og andre perspektiv, og forankra i heile kommunen”.

Ho meiner der er fleire faktorar som er med på å forklare kvifor kommunen har fått til å forankre, og arbeider med enda meir konkret og forpliktande forankring i ein eigen delplan for folkehelse. Informanten understrekar at dette er noko dei har arbeidd og kome fram til i fellesskap, men vedgår samstundes at ho nok har hatt ein heilt sentral rolle. Ho skildrar sin rolle som kommunalsjef som ein premissleverandør ovanfor politikarar og resten av kommuneleiinga, og forklarar at ho over tid har stått på for å påverke og synleggjere viktigheita forpliktande forankring i plan. Ho fortel:

”Eg tenkjer at det handlar om vilje og interesse til å fronte det... Det handlar nok litt om mi eiga staheit og brennande fokus på at er det noko vi i framtida kan vere med på å redusere våre eskalerande utgifter til behandling, så er det å legge vekt på det førebyggande”

Ho trekk også fram at lokalpolitikarar i kommunen som også er fagpersonar og opptekne av førebygging har hat betydning for arbeidet.

Kommune C

Kommunen har i dag ein samfunnsdel i Kommuneplan (2012 – 2025) og kommunal planstrategi (2012-2016) der førebyggande helsearbeid berre kort og generelt er omtalt. Kommunen har ifølge informanten ingen delplanar der førebyggande helsearbeid er omtalt.

Ifølge informanten har kommunen starta arbeidet med å utarbeide ny samfunnsdel, men dette er ikkje ferdigstilt. Som leiar for helsetenesta deltek han ikkje sjølv i arbeidet med planen, og er usikker på kor store endringar det vil verte på omtale og forankring av førebyggande helsearbeid. Men, han har fått tilbakemeldingar frå andre som meiner at det ser ut til å verte fortsatt generelt, og dei har etterlyst at det vert meir konkret.

Han seier at planleggar som har ansvaret for arbeidet med planen har fått med seg at førebyggande helsearbeid skal forankrast i plan, og trur at tilsettinga av folkehelsekoordinator i planavdelinga kan ha medverka til dette. Informanten trur at bakgrunnen for at forankring i samfunnsdelen har blitt eit tema også kjem på bakgrunn av sentrale føringar. Helsetenesta og sin eigen rolle som leiar i arbeidet med plan skildrar han slik: *«Er positivt overraska over at vi, ved å verte trekt inn og rådspurt, ja så har vi ein viktig rolle»*. Kommunen fekk som ein av dei siste i fylket folkehelsekoordinator, medan kommuneoverlege har dei akkurat fått på plass gjennom interkommunalt samarbeid etter ei tid utan. Desse personane skildrar han som ressurspersonar som begge er bevisste og opptekne av folkehelse, og i den samanheng svært viktige framover.

Kommune D

Kommunen har i dag ein gjeldande Kommuneplan (2008-2020) der det i samfunnsdelen ifølge informanten berre er ein kort og generell omtale av førebyggande helsearbeid.

Kommunen arbeider no med å utarbeide ny samfunnsdel, og informanten seier at det ser ut til at folkehelse vil sterkt prege planen ved at det skal danne eit overordna perspektiv. Det har vore diskutert om det skal vere ein eigen delplan for folkehelse eller om det skal vere integrert i kommuneplanen, og han fortel at dei har landa på at det må ha eit meir overordna fokus.

Ansvaret for kommuneplanen ligg på ein eigen samfunnsplanleggar i kommunen. Arbeidet med planen skildrar han som lite organisert, og han opplever å få forankra folkehelse som lite prioritert frå kommuneleiinga. At det i så stor grad kjem inn i planen no meiner han kjem på

bakgrunn av initiativ frå han og delar av helseavdelinga, og ikkje på bakgrunn av føringar frå kommuneleiinga. Han fortel at sidan han starta i stillinga har han arbeidd mykje og hardt med å få førebyggjande helsearbeid inn i planverket:

”Eg kom inn her med ein guts og tanke om at det skal inn i plan.. Sånn at dersom eg ikkje hadde gjort det så hadde det nok mest sannsynleg vore mykje mindre engasjement rundt plan”.

Han skildrar det som ein krevjande prosess å få folkehelseperspektivet vektlagt i planen. Samfunnsplanleggaren har også etter kvart blitt entusiastisk rundt viktigeita av folkehelse i planen, slik at dei har fått ein meir felles forståing. Dette meiner han er ein svært viktig faktor for at dei har lukkast med å kome så langt. Vidare legg han stor vekt på at han ikkje hade klart dette åleine, og meiner ein annan viktig faktor er at kommunen har fleire kompetansepersonar som han har trekt inn i arbeidet når det har vore behov.

5 Møte mellom teori og empiri – drøfting

I denne studien spør eg korleis kommunane iverkset statleg politikk for ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid. Vidare spør eg om kva utfordringar dei møter ved prioritering av førebyggjande helsearbeid, korleis dei forankrar i kommunale planar, og kva faktorar som kan bidra til å forklare forskjellar mellom kommunar. Eg vil i dette kapittelet drøfte på kva måte teori presentert i kapittel 2 kan kaste lys over empirien i kapittel 4.

Det ser ikkje ut til å vere vanskeleg å oppnå einigheit om at førebygging er svært viktig. Problema oppstår når ein skal prioritere mellom førebygging og behandling (Kjønstad, 2009: 280). Dilemmaet behandling og pleie versus førebygging som Kjønstad her peikar på er ikkje nytt, men slik eg ser det fullt ut like viktig og aktuelt. Pressmann & Wildawsky (1973) sine vetopunkt er kritiske val ved iverksetting av eit prosjekt. For at ein skal kunne lukkast med gjennomføringa må dei ulike aktørane vere einige om desse. Eg vil med vetopunkta drøfte og synleggjere dei utfordringar og lokale faktorar som kan ha betyding for prioriteringa og iverksettinga lokalt. Det er lokalpolitikarar, administrasjonen og dei profesjonelle fagfolka som skal sette den nasjonale politikken ut i praksis i kommunen, og desse sentrale aktørane vil påverke prioriteringa og prosessen. Lokale faktorar og situasjonen rundt iverksettingsprosessen vil påverke prosessen og resultatet, og Berman (1980) og Matland (1995) har eit slikt situasjonsperspektiv i sine modellar. Berman (1980) skil mellom programmert og tilpassa iverksetting, og Matland (1995) mellom graden av uklarheit og konflikt omkring politikken som skal iverksettast. Eg vil ved hjelp av desse tre teoriane forsøke å belyse betydinga lokale tilhøve kan ha for iverksettinga, og med det kunne gi medverke til kommunale forskjellar.

Eg har i drøftinga valt å konsentrere meg om nokre sentrale funn frå datainnsamlinga. Eg har først delt opp i tre kategoriar som eg meiner har betyding for prioriteringa av og innsatsen på førebyggjande helsearbeid, men ser at dei på fleire område går over i kvarandre. At eg har delt opp slik er for å presentere og synleggjere på ein tydeleg og oversiktleg måte, men det betyr ikkje at dei ikkje skal sjåast i samanheng.

1. Kultur for pleie og behandling
2. Mangel på tid og ressursar
3. Manglande politisk og administrativ entusiasme

Deretter har eg eit avsnitt der eg drøftar kva faktorar som har betydning for og kan forklare ulikskapar mellom dei fire kommunane i forankring av førebyggjande helsearbeid i plan.

5.1 Kultur for behandling, pleie og omsorg

Det kan sjå ut til at det er ein aukande merksemd på førebyggjande helsearbeid i kommunane, men også i ein dreining til at det i større grad omfattar heile kommunen. Tradisjonelt var dette noko helsetenesta og fagfolka hadde fokus på og arbeidde med, men av informantane tyder det no på at det har flytta seg meir over i heile kommunen og med det fått eit breiare perspektiv. Endringa ser ut til å ha kome særleg i seinare tid, og informantane legg vekt på betydinga sentrale føringar har hatt for dette. Ein slik endring er heilt i tråd med intensjonane i Samhandlingsreforma og folkehelselova, og ein kan såleis antyde at den statlege politikken har gitt ein effekt. Samstundes ser endringane førebels ut til å vere små, og dette er nok ein prosess i startgropa. Det vil nok ta tid før ein når målsetjingane på at det fullt ut er eit ansvar for heile kommunen.

Sjølv om der er ein endring på gong, så kan det sjå ut til at det framleis rådar ein tradisjonell tankegang der ansvaret for å tenke og arbeide med førebygging framleis høyrer mest til i helsetenesta. Informantane legg vekt på at helsetenesta og fagfolka har ein viktig rolle for å få ein større merksemd og interesse for førebyggjande helsearbeid i resten av kommunen. Skildringa «premissleverandør», frå ein av informantane, seier kor viktig påverkingsfunksjon denne tenesta kanskje har. Det kan altså sjå ut til at helsetenesta og fagfolka der har eit stort ansvar, men korleis følgjer dei opp dette ansvaret?

Slik informantane skildrar det kan det tyde på at det blant mange tilsette i helse- og omsorgstenestene framleis rådar ein tradisjonell tankegang med stort fokus behandling, pleie og omsorg framfor førebygging. Informantane meiner der er mykje å hente og skisserer behov for ein haldningsendring, men opplever det som utfordrande å få til. Eg finn det då naturleg å spørje seg kvifor det er slik at fagfolka tenderer til å prioritere kurativt arbeid framfor førebyggjande arbeid. Ifølge Stamsø (2009:264-265) er ein viktig forklaring at kurativt arbeid handlar om einskildpersonar her og no, medan førebygging handlar om ukjende statistiske liv. I helse- og omsorgstenestene i kommunane er der nok eit ustoppeleg behov for tenestene dei yter. Desse fagfolka på grasrota er tett på pasientane i sitt daglege arbeid, og slik eg ser det vil det vere vanskeleg for dei å prioritere vekk einskildpersonar med konkrete plager og behov. Det ligg i deira tenkesett og profesjon å gi behandling, pleie og omsorg når nokon treng det.

Kanskje tenkjer dei at når vi får litt tid til overs skal vi kome i gong med meir førebyggjande tiltak. Men, når ein veit at desse tenestene i stor grad opplever ein pressa kvardag får dei kanskje heller ikkje nokon tid til overs. Der er alltid nokon nye som treng hjelp, eller meir hjelp. Funna ser ut til å samsvare med Mæland (2010: 23), som meiner at dilemmaet mellom kurativt og førebyggjande helsearbeid i helsetenestene er ein heilt sentral forklaring på manglande prioritering av førebyggjande helsearbeid. Slik eg ser det er denne tradisjonelle tankegangen med fokus på behandling og pleie framfor førebygging i liten grad samanfallande med sentrale myndigheiter sin haldning.

Ein forklaring på denne pleie- og behandlingsskulturen blant dei profesjonelle kan vere kva haldningar dei lærer og kva kompetanse dei får gjennom utdanningane. Ein av informantane meiner at førebygging i for liten grad er vektlagt i fleire av utdanningane, og sidan andre fagområde har større fokus og status i utdanninga vil dette også sette sitt preg på interessa og fokuset dei har i sitt daglege arbeid. Fleire av informantane meiner også at dei tilsette i helse- og omsorgstenestene manglar kompetanse på førebygging. Funna samsvarar med Halvorsen (2005:322) som meiner at helseprofesjonane er dårleg rusta til å tenkje førebyggjande helsearbeid, ved at dei har eit individorientert oppfatning av kva førebygging er. I dette legg han at heile helsetenesta har ein reduksjonistisk tilnæringsmåte som stenger for ein meir heilskapleg og samfunnsmessig tilnærming til problema. Slik eg forstår dette meiner han at helseprofesjonane har sitt fokus på enkeltpasientar og behandling av desse, og derfor i liten grad klarer å løfte blikket opp og sjå problemstillingar i ein større samanheng.

Om ein tenkjer seg at det framleis er slik at profesjonsutdanningane har eit tradisjonelt fokus på behandling og pleie av individet framfor førebygging og meir heilskapleg tenking. I så fall kan det tyde på at utdanningane har eit fokus som ikkje står i stil med nasjonal helsepolitikk der førebygging er sett som eit av dei viktigaste satsingsområda. Dei nyutdanna fagfolka som kjem til kommunane vil då kanskje ha det same tradisjonelle tenkesettet som dei eksisterande tilsette. Ein vil då ikkje få ein tilført etterlengta interesse og kompetanse på førebygging til kommunane, og den tradisjonelle kulturen har gode vilkår for å kunne halde fram. Om ein tenkjer seg at profesjonsutdanningane faktisk har endra fokus slik at det er meir i tråd med dei helsepolitiske føringane, så vil det likevel vere ein treigheit i systemet ved at det går ei tid før dei er ute i arbeid. Og ein kan tenkje seg at det kan gå enda lenger tid før dei verkeleg får sett preg på tenestene i kommunane. Dei vil i starten vere i fåtal, samt at dei møter erfarne og

sterke kulturberarar som kanskje ikkje alltid er like interesserte i å prioritere annleis enn dei er opplærde til og alltid har gjort.

Kva med leiarane for desse tenestene? Når informantane snakkar om leiarar, meiner dei kommuneleiinga og administrasjonen og ikkje leiarane nærast tenestene. Men, det eg ser er at fleire legg stor vekt på rolla og ansvaret leiarane har for å leie an. Dei meiner leiarar med kompetanse og interesse for førebyggjande helsearbeid er ein viktig føresetnad for å få ein endring i kultur og haldning. Fleire av informantane er også leiarar, og eg ser at ein kan trekke noko ut av korleis dei omtalar førebygging. Slik eg oppfattar dei er dei i hovudsak interesserte og kompetente på området, og med ein tydeleg erkjening om at det må kome ein betydeleg auka innsats for å kunne løyse utfordringane i helsetenestene. Slik sett lovar dette godt for dei kommunane det gjeld, om ein legg til grunn at deira haldning og kultur smittar over på dei tilsette. Samstundes veit ein at mange av fagleiarane i kommunane, som er nærast dei tilsette og dei faglege utfordringane, oftast er fagpersonar frå tidlegare. Ein kan då kanskje tenke seg at mange beheld sit faglege fokus på pleie- og omsorg også når dei vert leiarar. I så tilfelle vil desse kunne bremse ein endring ved å vere kulturberarar av ein pleie- og omsorgstankegang framfor førebygging. I tillegg er der truleg også eit fokus på og krav frå kommuneleiinga om å levere gode kurative tenester, som framleis er kjerneverksemda. Dette vil også sette sitt preg på korleis dei kan prioritere. Kva haldning og handlingsrom næraste leiar vil ha betyding for kulturen i heile tenesta, og med det også for prioriteringa av førebyggjande helsearbeid. Slik eg ser det er også dette ein faktor som har betyding for prioriteringa lokalt, og med det kunne gi lokale forskjellar.

Med grunnlag i mine data meiner eg i dette avsnittet å ha identifisert kjenneteikn frå vetopunkt 1 og 2, og som eg vurderer til å ha betyding for prioriteringa og lokal iverksetting av nasjonal politikk for førebyggjande helsearbeid i kommunane. **Vetopunkt 2** tilseier at aktørane ikkje går direkte mot tiltaket, men føretrekk likevel å konsentrere seg om andre tiltak. Det kan virke som at fagfolka som yter helse- og omsorgstenestene som gruppe kan mangle litt på både interesse for og kompetanse på førebygging. Kultur og haldning gjer at dei tenderer til å fokusere på og prioritere kurative tenester til enkeltpasientar framfor førebygging. I dette ligg nok ikkje at dei går direkte i mot førebygging, men meir manglar forståing for å sjå det i ein større samanheng. I **vetopunkt 1** er aktørane einige om nytten av tiltaket, men innser at det kan stride mot andre mål for organisasjonen. Leiarane for tenestene har også ein viktig rolle og ansvar for leie an for tenesta. Deira interesse for og kompetanse på

førebyggande helsearbeid vil med det ha stor betydning for kulturen og haldninga i heile tenesta, og utover i heile kommunen. Om leiarane ber på den same tradisjonelle kulturen på bakgrunn av sin fagutdanning og erfaring, så vil nok prioriteringane deira vere deretter. Samstundes er det ikkje sikkert dei opplever noko handlingsrom til å prioritere førebygging framfor kurative tenester. Fagfolka og fagleierar opplever truleg ein pressa kvardag med føringar og krav om å halde oppe produksjonen. Fokuset ovanfrå kommuneleiinga er truleg på å levere gode kurative helsetenester på dei tradisjonelle områda i første omgang, og då å klare prioritere førebygging framfor desse kjerneoppgåvene vil kanskje ikkje berre bryte med eigne faglege oppfatningar, men også oppfatninga til kommuneleiinga og administrasjonen.

5.2 Mangel på tid og ressursar

Informantane meiner økonomi og tilgang på ressursar er av stor betydning for prioriteringa av førebyggande helsearbeid i kommunen. Dei skildrar tronge økonomiske tider med kutt i budsjetta over fleire år, med følgjande manglande eller lite økonomisk handlingsrom til å prioritere. Det synest som om informantane ynskjer å få arbeidd meir med førebyggande tiltak og prioritere dette høgare, men at det er utfordrande å finne tid og rom med dei ressursane og kapasiteten dei har. Informantane meiner der ikkje er økonomisk handlingsrom for å tilsette folk i nye stillingar, og slik sett kunne få ressursar til ein auka førebyggingsinnsats.

I tillegg opplever dei at det i budsjettsamanheng er lett å føreslå og kutte i stillingar og tenester som knyt deg til førebygging. Ein kan tenkje seg at dette botnar i at ved kutt i budsjett er lett å sjå til ressursar og tenester som i mindre grad rår brukarar og pasientar, framfor desse mindre synlege førebyggingsoppgåvene. Kanskje er det også snakk om at alternativet er å kutte i lovpålagde oppgåver, og det talar i liten grad til fordel for førebygging. Eg forstår det slik at den stramme økonomisk situasjon i fleire av kommunane gjer at tenestene er kutta ned til eit minimumsnivå. Informantane skildrar situasjonen som at der ikkje er overskot og kapasitet til å arbeide med førebygging. Fokuset i tenestene er å utføre det alle mest nødvendige ved å levere dei viktigaste og lovpålagde tenestene som behandling og pleie. Ein av informantane skildrar illustrerande situasjonen som ein brannsløkking. Slik eg tolkar dette er problemstillinga todelt. Ein får ikkje nye ressursar til auka innsats på førebygging, samtidig opplever ein i tillegg kanskje å måtte stadig kjempe for dei eksisterande stillingane. Ein av informantane vektlegg i den samanheng at skal dei få ein auka innsats i kommunen på førebygging må denne kome innan eksisterande rammer, og der ein ved haldningsendring hentar ut det unytta potensialet hjå eksisterande tilsette framfor å kunne håpe på nye folk.

Informantane vektlegg også viktigheita av å ha nokre pådrivarar eller eldsjeler for førebyggjande helsearbeid i kommunane. Slike kunnskapsrike og engasjerte personar kan utrette mykje ved å synleggjere og fremje tankegangen ovanfor resten av kommunen. Samstundes kan det sjå ut til desse opplever dette som krevjande, og nokre går så langt å skildre det som ein liten kamp. I dette legg dei at det er eit lite fagfelt og at dei kjenner på ein følelse av å vere åleine. Begge dei to folkehelsekoordinatorane betraktar seg sjølve som eldsjeler, og det same gjer enkelte av leiarane i materialet. Det har ikkje kome opplysningar som tilseier at nokon i den øvste leiinga eller politikarar i kommunane kan sjåast på som slike eldsjeler. Desse personane verkar heller å vere tettare på faget og lenger ned i hierarkiet. Ein leiar for helsetenesta som opptrer som eldsjel vil truleg ha større makt til å påverke enn det kanskje ein folkehelsekoordinator har. Om ein har slike eldsjeler og kor stor politisk og administrativ makt vedkomande har, ser eg på som ein faktor som kan ha betydning og med det slå ut i lokale forskjellar.

Eit sentralt element i Samhandlingsreforma er å utvikle økominske insentiv som skal stimulere kommunane til riktig oppgåveløysing i tråd med dei helsepolitiske føringane. Ordningane kommunal medfinansiering av inneliggjande pasientar og betaling av utskrivingsklare pasientar er to virkemiddel som skal bidra til ein dreining av prioriteringa i kommunane. Kommunane får ekstra midlar overført over ramme som kompensasjon for auka utgifter. Gjennom å sjå kostnadar med førebygging og rehabilitering i samanheng med ein ved redusert bruk av spesialisthelseteneste i samanheng, og ved å styrkje førebyggingsarbeidet skal dei kunne få lågare utgifter og med større økonomisk handlingsrom (St.meld. 47. 2008-2009: 97-109). Det skal løne seg for kommunane å førebyggje. Dette er ein såkalla gulrot-politikk der kommunane skal lokkast til å endre åtferd.

Informantane er kritiske til desse ordningane. Eg oppfattar ikkje at kritikken går på sjølve intensjonane bak om å få ein auka innsats på førebygging, men meir på sjølve utøvinga og at den ikkje fungerer etter intensjonane. Slik eg ser det er kritikken todelt: der er for lite pengar eller pengane går til andre tiltak, og kommunane sjølve har ikkje styringa. For det første meiner nokre informantar at der er for lite pengar, og med det går dei i minus med den nye ordninga samanlikna med før. Det betyr at der ikkje er pengar til overs til førebyggjande tiltak, og som igjen på sikt kan medverke til å redusere utgiftene. Andre igjen meiner at ordninga faktisk ga pengar til overs. Men, desse pengane gjekk i staden i det store sluket i kommunen for å dekkje underskot. Begge problemstillingane kan tyde på at virkemiddelet kanskje ikkje

fungerer heilt etter planen, ved at det ser ut til at det ikkje har gitt den auka førebyggingsinnsatsen etter intensjonen. For det andre får ein inntrykk av at kommunane ikkje sjølve har styring over innlegging av pasientar og med det heller ikkje utgiftene som følgjer med. Det er legane og poliklinikkane som legg inn pasientar på sjukehus, og dette er noko dei på ingen måte kan styre eller påverke. Ein kan kanskje tenkje seg at dette vil verte noko annleis når kommunane sjølv har eit akuttilbod der pasientar med behov for behandling kan leggest inn om behovet ikkje tilseier spesialisthelseteneste.

Informantane fortel at ordningane har hatt stort fokus i kommunane på bakgrunn av deira store økonomisk betydning, og dei har lagt ned eit stort arbeid for å finne gode løysingar lokalt. Om den store innsatsen har sitt utspring i eit ynskje om å kunne få midlar til overs til førebygging har eg ikkje grunnlag for å meine noko om. Men, det kan sjå ut til at ordninga ut i frå informantane ikkje har gitt nokon nemneverdig auka førebyggingsinnsats. Slik eg ser det kan det jo kanskje heller ha auka fokuset ytterlegare på behandling, ved at merksemda til kommunane er på å få pasientar raskt ut av spesialisthelsetenesta, over i kommunale behandlingstilbod og deretter kanskje heim.

Gjennom Samhandlingsreforma er det lagt opp til at kommunane skal auke førebyggingsinnsatsen innafor dei auka rammeoverføringane. Fleire av informantane meiner at ved rammeoverføring er den største utfordringa at pengane til førebygging lett hamnar i det det store sluket i kommunane. Dei viser til erfaringar frå tidlegare tiltak der ingenting eller berre delar av pengane gjekk til det som dei etter intensjonane skulle, resten forsvann for å dekke underskot, og dei fryktar det same kan skje no. Samstundes meiner nokre av informantane at for mykje øyremerking også har negative følgjer, ved at handlingsromet til lokale prioriteringar vert lite. Det beste er å finne ein balanse meiner dei.

Nokre av informantane viser også til utfordringar rundt ordninga med prosjektmidlar innan førebyggande helsearbeid. Dei meiner ordninga er lagt opp slik at dei beste søkjarane får pengar, og ikkje nødvendigvis dei som treng det mest. I dette legg dei at større kommunar har kanskje fleire som har kompetanse og gjerne også avsett tid til å søke prosjektmidlar, medan det i mindre kommunar skal gjerast mellom andre viktige oppgåver av folk med mindre kompetanse og erfaring. Slik dei skildrar det kan ein tenkje seg at kommunane med mindre kompetanse og fagmiljø, og som kanskje verkeleg treng midlar kanskje ikkje får på grunn av at dei ikkje får skrive gode søknadar eller søknadar i det heile. I så fall er det ein utilsikta konsekvens av ordninga.

Med grunnlag i mine data meiner eg i dette avsnittet å ha identifisert kjenneteikn frå vetopunkt 3 og 7, og som eg vurderer til å ha betyding for prioriteringa og lokal iverksetting av nasjonal politikk for førebyggjande helsearbeid i kommunane. I **vetopunkt 3** ligg at aktørane ikkje har tid eller ressursar til å arbeide med tiltaket då dei har andre prosjekt som krev tid og merksemd. Det kan sjå ut til at ein trong økonomisk situasjon i kommunane har medført kutt, og helsetenesta opplever ein pressa kvardag der fokuset er på å utføre dei viktigaste og lovpålagde tenestene som behandling og pleie. Der verkar å vere lite kapasitet til å prioritere førebygging. Dei økonomiske virkemidla som skal stimulere kommunane til ein auka innsats på førebygging ser ikkje heilt ut til å treffe etter intensjonane. Det kan sjå ut til at kostnadane er større enn før, eller at eventuelt overskot ikkje går til førebyggjande tiltak.

Vetopunkt 7 er at aktørar som er veldig entusiastiske for prosjektet manglar ressursar som politisk og administrativ makt. Det kan sjå ut til at eldsjeler eller pådrivarar med stor interesse for førebyggjande helsearbeid har ein viktig rolle. Ein utfordring er at ein får inntrykk av at dei gjerne er få og representerer eit lite fagmiljø, og at dei kjenner seg noko åleine. Desse eldsjelene ser dessutan ut til å vere ein fagperson, folkehelsekoordinator eller leiar for helsetenestene, og ikkje i kommuneleiinga eller blant politikarar. Eldsjelene ser ut til å vere få, representerer eit lite fagfelt og har gjerne ein posisjon litt ned i systemet. Etter min meining tyder mykje på at desse aktørane kan mangle noko administrativ eller politisk makt, og som gjer det utfordrande å få førebyggjande helsearbeid høgt prioritert.

5.3 Manglande politisk og administrativ entusiasme

Informantane legg vekt på at kommuneleiinga og politikarane i kommunen har ein sentral rolle i iverksettinga og prioriteringa av førebyggjande helsearbeid. Det ser ut til å råde ein haldning der «alle» verkar å vere positive til førebygging, og ingen er direkte negative eller avvisande. Eg oppfattar at dette samsvarer med korleis førebygging vert snakka om og vektlagt i den politiske debatten. Det er politisk korrekt å vere positive til å førebygge framfor å reparere. Ifølgje fleire av informantane er det likevel eit manglande samsvar mellom denne uttalte positiviteten og den reelle prioriteringa i kommunane. Det er mykje snakk om kor viktig det er å førebygge, men noko skjer når det skal prioriterast og forhandlast om tronge budsjett i kommunane.

Informantane legg vekt på den viktige rolla politikarane har gjennom makta til å sette politisk retning og prioritere i kommunen. Samstundes brukar nokre av informantane i ulik grad

skildringar på politikarane som noko passive og lite synlege, og som i for liten grad tek ansvar, engasjerer seg eller etterspør informasjon og kunnskap om førebyggjande helsearbeid.

Leiarane og administrasjonen vurderast til å ha ein sentral rolle med å implementere politikken, og å leie an for å skape ein god kultur og haldning på førebyggjande helsearbeid i heile kommunen. Leiarar med kunnskap og interesse for førebyggjande helsearbeid, forankring sentralt i organisasjonen og ansvarleggjering av kommuneleiinga vert av informantane trekt fram som viktige føresetnadar for ein auka innsats. Problemet er at det verkar som om at dei i varierende grad følgjer opp dette viktige ansvaret. Det kan sjå ut som leiarar som er nær tenestene er meir opptekne av førebygging og ser verdien av det enn det kommuneleiinga og rådmann gjer. Skal ein få ein auka innsats på førebygging vert det trekt fram at kommuneleiinga må forstå at initiativet må kome frå dei på toppen og ikkje nedanfrå helsetenesta som i dag. Informantane brukar karakteristikkar som mykje å lære, passive og likegyldige på kommuneleiinga. Samstundes meiner nokre igjen at der er ein liten betring å spore, men at det er ein lang veg å gå og at det vil ta tid.

At førebygging vil gi effekt og løne seg økonomisk på sikt er eit heilt sentral argument og ein viktig føresetnad for ein auka prioritering og innsats meiner alle informantane. Samstundes opplever dei at det er svært vanskeleg å selje inn denne budskapen til kommuneleiing og politikar som sit med makta til å prioritere. På kort sikt er førebygging ein kostnad om ein tenkjer på ressursbruk, som samstundes er utfordrande å måle effekten av og som ein kanskje heller ikkje ser følgjene av før om lang tid. Politikarane ser ut til å legge stor vekt på resultat og tal bygde på fakta og erfaringar, og ikkje på forventningar. Funna ser ut til å stemme godt overeins med Mæland (2010:22) og Stamsø (2009:264-265), som meiner at dilemmaet mellom førebyggjande og kurative helsetenester er ein viktig forklaring på manglande prioritering. Førebygging handlar om framtidige gevinstar medan kurative helsetenester handlar om her og no. I konkurransen om ressursane ser eg at det kan vere lett å prioritere det som gjeld her og no.

Alle informantane fortel om at dei opplever at dei gjennom folkehelsekoordinatorane i kommunen har eit bra samarbeid med fylkeskommunen rundt folkehelse. Folkehelse ser ut til å vere eit prioritert område i fylkeskommunen, og dei får derifrå mykje informasjon, samt hjelp og rettleiing på problemstillingar ved behov. Samstundes kan det virke som om dette samarbeidet er mest basert på møter med felles tema der alle kommunane samlast, og i mindre grad at fylkeskommunen tek initiativ til å kome og retteleie kommunane direkte. Ein av

informantane meiner der er nokre utfordringar med denne ordninga der samarbeidet om folkehelse går mellom folkehelsekoordinator i kommunane og fylkeskommunen. Han opplever at ein lett kjem i skvis mellom fylke og kommune ved at føringar og informasjon kjem direkte inn til folkehelsekoordinator eller helsetenesta, og så skal dei bringe det ut og opp i organisasjonen. Eg vil anta at det nok kjem mykje informasjon og rettleiing direkte til kommuneleiinga også, men dette har ikkje informantane opplyst om. Informasjon og rettleiing, gjerne kalla preika (Ramsdal mfl., 2002:187), er eit av virkemidla staten har skissert gjennom Samhandlingsreforma for å stimulere til ein auka innsats i heile kommunen. Slik overføring av informasjon og kunnskap skal bidra til ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid. For eit tema som gjeld heile kommunen kan det sjå ut som om eit av styringsvirkemidla til dels er retta mot einskildpersonar eller tenester i deler av kommunen framfor direkte til kommuneleiinga. Eg forstår dette som ein «nedanfrå-og-opp» iverksettingsmetodikk, men kva som er bakgrunnen for at ein her har valt ein slik iverksettingsstrategi kjenner eg ikkje til.

Med grunnlag i mine data meiner eg i dette avsnittet å ha identifisert kjenneteikn frå vetopunkt 4 og 5, og som eg vurderer til å ha betydning for prioriteringa og lokal iverksetting av nasjonal politikk for førebyggjande helsearbeid i kommunane. **Vetopunkt 4** seier at aktørar prosjektet er avhengig av på grunn av deira ekspertise eller autoritet ikkje ser alvorret eller betydninga av prosjektet. Politikarane og kommuneleiinga er aktørar som med sin makt er heilt sentrale ved prioritering og iverksetting av ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid i kommunane. Som «alle» andre ser også desse ut til å vere positive til å tenkje og ha fokus på førebygging. Utfordringa ser ut til å vere at det kan verke som der ikkje alltid er samsvar mellom denne uttalte positiviteten og den reelle prioriteringa. Politikarane ser ut til å vere noko passive og lite synlege, og som i liten for grad etterspør kunnskap og informasjon om førebygging. Kommuneleiinga verkar også å kunne vere noko passiv, likegyldig og framleis mykje å lære. Denne noko manglande prioriteringa kan tyde på at kommuneleiing og politikarar framleis ikkje heilt fullt ut ser alvorret og den store betydninga av førebygging. Bakgrunnen for dette kan vere fleire, men eg tenkjer at ein mangel på kunnskap og forståing av kompleksiteten kan vere ein faktor. Det er også økonomisk krevjande tider i kommunane med harde prioriteringane. Ein utfordring ved førebygging på økonomi er at førebygging er ein investering i framtida med ein ukjend effekt, og at det gir ein kostand her og no. Politikarane ser i sine prioriteringar ut til å vektlegge resultat bygde på fakta og erfaringar framfor forventningar, noko som er vanskeleg å vise til ved førebygging. **Vetopunkt 5** er når

det er usemje om hvilke aktørar og avdelingar som skal arbeide med iverksettinga av tiltaket. Eg opplever ikkje at der er noko direkte usemje rundt kven som skal ta ansvar for iverksettinga av førebyggande helsearbeid i kommunane, men får meir eit inntrykk av at ingen heilt tek ansvaret og styringa heller. Kommuneleiing og politikarar kan verke noko passive og tek ikkje det ansvaret fagfolka og helesetenesta ser ut til å vente at dei gjer. Kanskje forventar dei at grasrota heller tek ansvaret for iverksettinga sidan det er deira fagfelt?

5.4 Ulik forankring i plan

I drøftinga av planarbeidet har eg valt å konsentrere meg om nokre sentrale funn frå datainnsamlinga som eg meiner har betydning for korleis dei har arbeidd med og forankra førebyggande helsearbeid i plan. For å belyse korleis og kvifor eg opplever dei fire kommunane som både ulike og like i høve korleis dei har arbeidd med og forankra førebyggande helsearbeid i plan, vil eg bruke Pressmann & Wildavsky (1973) sine om vetopunkt.

I kommune B og D er det under utarbeiding ny samfunnsdel i Kommuneplan (D) og ny delplan for folkehelse (B). I begge desse kommunane har det vore ein drøfting i forkant av korleis førebyggande helsearbeid skal forankrast. Dei har begge landa på at folkehelse skal danne eit overordna perspektiv i planane, og slik sørge for at det vert sektorovergripande og ikkje knytt til helsetenesta.

I kommune A er det ikkje starta opp eit arbeid med å forankre førebyggande helsearbeid i plan. I kommune C er det under arbeid ny samfunnsdel i Kommuneplan, men førebyggande helsearbeid ser ut til å verte berre generelt omtalt.

Entusiastiske nøkkelpersonar med makt

Kommune B og D ser ut til begge å ha eldsjeler som meiner at forankring av førebyggande helsearbeid i plan er viktig. Dei har stått på og arbeidd mykje med å påverke og formidle til resten av kommunen om viktigheita. Dette ser ut til å ha gitt resultat, og dei har etter kvart fått med seg fleire andre sentrale aktørar på tankegangen, som planleggjarar, folk i leiinga og andre med kompetanse. I kommune B har også lokalpolitikarar også sett viktigheita av det. Sjølv om dei to pådrivarane har ein noko ulik posisjon og med det kanskje ein ulik maktposisjon, så meiner eg at ingen av dei åleine ville hatt nok makt til å fått dette gjennom

på eige hand. Ein sentral faktor slik eg ser det er at desse entusiastane har lukkast med å få med seg andre sentrale aktørar med kompetanse, autoritet og politisk og administrativ makt.

I kommune A og C kan det sjå ut til at der ikkje er nokon slike entusiastar. I kommune A er begge informantane potensielle pådrivarar ved at dei meiner det er svært viktig med forankring og at det ikkje står på interessa. Dei har imidlertid måtte prioritert å bruke tid og ressursar på ei omorganisering av helse- og omsorgstenesta, men at det dei no vil ta initiativ til å prioritere arbeidet. Dessutan fortel dei dei ikkje kan sjå at eit initiativ til ein forankring av førebyggjande helsearbeid i plan vil kome frå nokon andre i kommunen. I kommune C ser ikkje leiar for helsetenesta ut til å ta aktivt rolle i arbeidet med kommuneplan og forankring av førebyggjande helsearbeid i denne, og ser ut til å ha overlatt dette arbeidet til andre. Sjølv om informanten meiner at forankring i plan er viktig, så kan det sjå ut som han og helsetenesta tek ei noko passiv rolle, og er fornøgd med at deira fagkunnskap heller vert etterspurt ved behov enn å drive aktivt påverkingsarbeid. Kommunen har også i ei tid mangla og nyleg fått på plass folkehelsekoordinator og kommuneoverlege, som eg vurderer som andre potensielle pådrivarar.

Etter min vurdering ser ein her klare ulikskapar mellom kommunane B og D versus kommune A og C på korleis sentrale aktørar med kompetanse og makt har involvert seg. Vetopunkt 4 er når aktørar prosjektet er avhengig av på grunn av deira ekspertise eller autoritet, ikkje ser alvoret i og betydning av prosjektet. Vetopunkt 7 er når aktørar som er veldig entusiastiske for prosjektet manglar ressursar som politisk eller administrativ makt til å få prosjektet i hamn. Eg meiner å ha identifisert klare kjenneteikn frå **vetopunkt 4 og 7** i ulik grad i kommunane, og som med det kan bidra til å forklare ulikskapar mellom kommunane i iverksettinga.

Prioritering av å sette av tid og ressursar

I kommune B ser arbeidet med å forankre førebyggjande helsearbeid i plan ut til å vere høgt prioritert frå kommunen sin side ved det er sett opp prosjektorganisering med breitt samansett prosjekt- og styringsgruppe for utarbeiding av ny folkehelseplan. Fleire ulike sentrale aktørar ser ut til å vere involverte. I kommune D har der rett nok internt i avdelinga vore diskusjonar rundt kor mykje tid og ressursar dei skal prioritere på arbeidet med forankring i plan framfor andre viktige oppgåver. Det ser likevel ut til at dei har sett av mykje tid og ressursar til det gjennom at folkehelsekoordinator har arbeidd mykje med det i periodar. I tillegg har også andre sentrale aktørar brukt tid på å bidra undervegs.

I kommune A har helse- og omsorgstenesta gjennomført ein større omorganisering som har kravd mykje tid og ressursar, og dei har gjort ein bevisst val og prioritert gjennomføring av denne framfor å få starta arbeidet med å utarbeide ein plan. Kommunen har frå sentralt av også prioritert å ha hatt fokus på å få ferdig andre store planar. Kommune C er i ein svært krevjande økonomisk situasjon der det har vore store kutt i budsjett og stillingar. Ifølge informanten har det medført at drifta er på eit minimum, og dei må konsentrere seg om dei aller viktigaste oppgåvene og levere dei aller viktigaste tenestene. Ein kan tenkje seg at helsetenesta er i ein så pressa situasjon at det ikkje er tid og ressursar å setje av til dette, og må heller prioritere andre heilt nødvendige oppgåver. Same pressa situasjonen kan ein kanskje tenkje seg gjeld for planavdelinga og kommuneleiinga, og at dei heller ikkje har kunne prioritere dette i særleg grad.

Etter min vurdering ser ein her ulikskapar mellom kommunane B og D versus kommune A og C på om sentrale aktørar har valt å prioritere og konsentrere seg om arbeidet med forankring i plan, samt også hatt handlingsrom til å kunne velje å sette av tilstrekkeleg med tid og ressursar. Vetopunkt 2 er når aktørane ikkje går direkte mot det føreslegne tiltaket, men føretrekk å konsentrere seg om andre tiltak. Vetopunkt 3 er nå aktørane rett og slett ikkje har tid eller ressursar til å arbeide med tiltaket då dei har andre prosjekt som krev tid og merksemd. Eg meiner å ha identifisert klare kjenneteikn frå **vetopunkt 2 og 3** i ulik grad i kommunane, og som med det kan bidra til å forklare ulikskapar mellom kommunane i iverksettinga.

5.5 Lokal iversetting av nasjonal politikk på førebyggande helsearbeid

Dei nasjonale helsepolitiske føringane for ein auka prioritering av og innsats på førebyggande helsearbeid er bestemte av Stortinget og er med det ein «ovanfrå-og-ned» politikk.

Utgangspunktet ved ein slik politikk er at målsetjingar er utforma sentralt, og ein vellukka lokal iverksetting er når praksis samsvarar med målsetjingane (Offerdal, 2005:258-259).

Samstundes opnast det for lokal fridom til å finne lokalt tilpassa løysingar. For å kunne løyse dei nye oppgåvene skal kommunane få ein auke i frie inntekter over ramme, og innanfor desse vert det forventa ein auka førebyggingsinnsats. Ein slik opning for ein lokal tilpassing til den nasjonale politikken kan betraktast som ein «nedanfrå-og-opp» iverksetting. I ein slik iverksettingssituasjon engasjerer aktørane seg på bakgrunn av om dei finn det nyttig (ibid:262-263).

Ein kritikk mot ein «ovanfrå-og-ned» iverksetting er at den i for liten grad tek omsyn til at gjennomføringa føregår i eksisterande organisasjonar (ibid:262). Som lokalt iverksettingsorgan kan kommunane betraktast som komplekse og multiprofesjonelle organisasjonar, beståande av lokalpolitikarar, administrasjonen og profesjonelle fagfolk med sine interesser og maktstrukturar (Øgard og Hovland, 2004:31). Det er desse aktørane som skal sette politikken ut i praksis i kommunane, og dei vil påverke prosessen og resultatet.

Eg har tidlegare identifisert tre faktorar som kan ha betydning på iverksettinga av førebyggjande helsearbeid lokalt i kommunane: 1) kultur for kurative tenester framfor førebygging hos fagfolka i helsetenestene, 2) mangel på tid og ressursar og 3) manglande politisk og administrativ entusiasme. Eg meiner at desse faktorane knytt til lokale forhold viser at iverksettinga av ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid vil by på motstand og ein treigheit. Eg har også identifisert to faktorar som ser ut til å ha betydning for at nokre kommunar vil forankre førebyggjande helsearbeid i kommunale planar: 1) entusiastiske nøkkelpersonar med makt og 2) prioritering av å sette av tid og ressursar.

Ifølge Kjellberg og Reitan (1995:164) er den offentleg politikken også ofte svært kompleks og uoversiktleg. Eg meiner at det vil gjelde også for den nasjonale politikken på førebyggjande helsearbeid. Sjølv om dei nasjonale målsetjingane og virkemidla kan verke tydelege og klare, så er førebygging eit komplekst tema. Det er knytt usikkerheit rundt å kunne måle effekten av førebyggjande tiltak, og fleire andre faktorar vil kunne påverke og ha betydning. Eg vurderer dette som ein politisk situasjon der det er knytt stor usikkerheit rundt teknologien og teorien på det som skal iverksettast. I dette ligg at det er stor usikkerheit rundt korleis aktørane og kommunane skal gripe dette an. Av dei andre variablane til Berman (ibid), meiner eg at omfanget av endringane og grad av einigheit om politikken kan sjå ut til å ha betydning. Omfanget av endringane for kommunane kan kanskje seiast å vere store på nokre område gjennom nye oppgåver og auka ansvar. Samstundes er ansvaret for førebyggjande helsearbeid i kommunane ikkje noko nytt, det er noko dei har helde på med i lang tid, berre at omfanget aukar. Det verkar heller ikkje til at det er nokon særleg konflikt rundt førebyggjande helsearbeid når det gjeld intensjonane, der det kan virke som om «alle» er positive. Ein ueinigheit meiner eg meir kjem til utslag gjennom i kva grad ein skal prioritere førebygging framfor andre viktige oppgåver. Dette dilemmaet ser ut til å gjelde for heile kommunen, både politikarar, administrasjon og fagfolka. I det utøvande leddet i kommunane, blant fagfolka ser det ut til å vere ein kultur for å prioritere kurative helsetenestene framfor førebygging. For

desse vil nok endringane kunne oppfattast som større gjennom at dei må endre tenkesett og begynne å arbeide på ein annan måte enn dei tradisjonelt har gjort og er opplærde til. Eg vurderer difor omfanget av endringane til å vere meir moderate. Ein politisk situasjon der det er knytt stort usikkerheit rundt teknologien eller teorien, der er noko ueinigheit rundt politikken og denne medfører endringar for organisasjonen vil ifølge Berman (1980) tilseie ein ustrukturert politisk situasjon. Ein rein «ovanfrå-og-ned» iverksetting vil då ikkje vere hensiktsmessig, og ein innarbeiding av «nedanfrå-og-opp» iverksetting bør inkluderast i iverksettinga.

Det politiske perspektivet rundt iverksettinga kjem klarare fram ved Matland (1995) sin modell om «uklarheit og konflikt». Eg ser at iverksettinga kan ha preg av kanskje alle dei fire situasjonane i modellen, men enkelte i større grad. Eg meiner at det ved iverksetting av politikk på førebyggjande helsearbeid er meir prega av usikkerheit enn sikkerheit. I dette legg eg at det er stor usikkerheit knytt til effekt og måling av denne ved førebyggjande tiltak samanlikna med kurative tiltak. I tillegg vil kanskje dei ulike aktørane legge ulikt i kva tiltak dei meiner skal gjennomførast og korleis. Med det utgangspunktet vil ein eksperimentell eller symbolsk iverksetting best skildre situasjonen.

Politisk iverksetting kjenneteiknast av høgt konfliktnivå og lite uklarheit ved politikken. Prosessen vert styrt «ovanfrå-og-ned» og politikken pressa gjennom med makt, og utfallet av iverksetting vert avgjort av maktforhold blant aktørane. Av funn i studien er det lite som tyder på at det har vore stor konflikt og aktiv bruk av makt blant aktørane. I tillegg meiner eg at der heller er knytt stor enn lav usikkerheit rundt politikk på førebyggjande helsearbeid. Eg meiner difor at det er lite kjenneteikn ved iverksettingssituasjonen som kan gjer den til ein politisk iverksetting. *Administrativ iverksetting* er ein klassisk «ovanfrå-og-ned» iverksetting der det er gitt kven som skal gjere kva, og eit godt resultatet er nærast sikra gjennom tilgang på nok ressursar. Eg har identifisert mangel på tid og ressursar som ein av tre sentrale forklaringsfaktorane for utfordringar ved iverksettinga i kommunane. Om ein legg til grunn at tilstrekkeleg med ressursar ville løyst alt vil ein kunne seie at iverksettinga er administrativ. Men, slik er det nok ikkje ved at haldningar og kultur til aktørane i kommunane vil spele inn uavhengig av tilgang på ressursar. I tillegg er det vel utopisk at kommunane nokon gong vil oppleve at tilgangen på ressursar er god nok til at alle oppgåver vert løyst på optimalt vis. Realiteten er vel meir at dei neppe vil oppleve større økonomisk handlingsrom framover, og

også i framtida vil måtte prioritere. Slik sett er det heller kanskje ikkje ein administrativ iverksetting som kjenneteiknar situasjonen mest.

Ved *symbolsk iverksetting* er det også høg grad av konflikt rundt politikken, men i tillegg er der også høg grad av uklarheit. Iverksettinga her har preg av både «ovanfrå-og-ned» ved at politikken vert styrt sentralt, og «nedanfrå-og-ned» ved at aktørar, kontekst og koalisjonsbygging vil dominere prosessen og utfallet lokalt. Sentrale aktørar her er dei profesjonelle som gjennom ulike syn på korleis politikken best skal iverksettast. Eg har identifisert dei tilsette i helse- og omsorgstenesta sin kultur for å prioritere kurativt arbeid framfor førebygging som ein av forklaringsfaktorane på utfordringar ved iverksettinga. Deira sin kultur og kompetanse tilseier at dei tenderer til å ville prioritere kurative tenester framfor å arbeide med førebygging på bakgrunn av kultur og kompetanse. Slik sett kan den sentrale rolla til dei profesjonelle ved iverksettinga kunne forklare at ein her snakkar om ein symbolsk iverksetting. Samstundes opplever eg som gjennomgått ovanfor at det ikkje er knytt nokon store konflikhtar til iverksettinga, og i alle fall ikkje noko som tyder på harde og langvarige konflikhtar som er eit av kjenneteikna. Fagfolka ser ikkje ut til å vere ueinige om politikken, men av ulike årsaker vel dei heller å konsentrere seg om andre oppgåver.

Ved *eksperimentell iverksetting* er det høg uklarheit, men lavt konfliktnivå og har mest likskap til «nedanfrå-og-opp» iverksetting. Konteksten iverksettinga føregår i er sentral og resultatet er avhengig av kva aktørar som involverer seg. Utfallet er tett knytt til ressursane og engasjementet lokalt, og der er rom for å gjere lokale tilpassingar. Under denne iverksettinga fell også politikk der både mål og virkemiddel er uklare inn. Dette er den situasjonen eg meiner skildrar verksettings situasjonen best ut i frå mine funn. Slik eg ser det skal ein kompleks og kanskje ganske uoversiktleg nasjonal politikk på førebyggjande helsearbeid iverksettast lokalt av dei komplekse og multiprofesjonelle kommunane. Av informantane kan det sjå ut til at dei økonomiske virkemidla som skal stimulere kommunane til ein auka førebyggingsinnsats kanskje ikkje heilt fungerer etter intensjonane. Slik sett kan virkemidla framstå som noko uklare. Mangel på tid og ressursar er i mine funn ein av faktorane som ser ut til å ha betydning for prioriteringa. Bete tid og tilgang på ressursar vil kunne gi eit betre grunnlag for iverksettinga, men ikkje ressurstilgangen åleine. Iverksettinga føregår i ein kontekst der aktørane lokalpolitikarar, administrasjon og fagfolk vil søke påverke prosessen ut i frå sine interesser. Ein annan faktor som i mine funn ser ut til å ha betydning for iverksettinga lokalt er i kva grad administrasjon og politikarar engasjerer seg. Det kan tyde på at dei ofte

kan betraktast som noko passive og likegyldige, samt til dels med manglande kunnskap og innsikt i problemstillingane. Den siste faktoren i mine funn er tendens til fokus på kurative tenester framfor førebygging blant fagfolka i helse- og omsorg. Det er klart at i kva grad desse sentrale aktørane ser betydning og alvor av førebyggjande helsearbeid vil gi utslag for iverksettinga og med det gi lokale forskjellar. Ved arbeidet med forankring av førebyggjande helsearbeid i plan ser det også ut til at entusiastiske personar med makt nok til å kunne gjennomføre endringar har stor betydning for i kva grad kommunane har lukkast. Dette samsvarar med eksperimentell iverksetting der resultatet avheng av lokale tilhøve og i kva grad aktørar engasjerer seg.

6 Avslutting og konklusjon

Problemstillinga i denne studien er: «*Korleis iverkset kommunane nasjonale føringar for ein auka innsats på førebyggande helsearbeid, og kva faktorar kan ha betydning for prioriteringa og innsatsen?*».

I denne studien har eg sett på korleis kommunane følgjer opp ein nasjonal politikk for ein auka innsats på førebyggande helsearbeid. Eg har sett på kva faktorar som kan ha betydning for prioriteringa og innsatsen i kommunane, både lokale faktorar og tilhøve og dei statlege styringsvirkemidla. Vidare har eg sett på korleis kommunane har forankra førebyggande helsearbeid i planar, og kva faktorar som kan forklare kommunale forskjellar.

Korleis er fokuset på førebyggande helsearbeid i kommunane, og har det har endra seg?

Funn i studien tyder på ein *aukande merksemd* på førebyggande helsearbeid i kommunane. Tradisjonelt har det vore helsetenesta og fagfolka som har hatt fokus på og arbeidd med førebyggande helsearbeid, men det kan no sjå ut til at der er ein endring på gong. Fokuset ser ut til å ha flytta seg noko over til å gjelde meir *heile kommunen* og med det fått eit breiare perspektiv. Denne endringa er tråd med statlege ambisjonar, og såleis har politikken gitt ein effekt. Samstundes ser dreininga førebels ut til å vere liten og i startgropa, og det ser ut til at det framleis rådar ein tradisjonelle tankegang der ansvaret kviler på helsetenesta. Det er nok framleis ein veg å gå før ein når målsetjingane om at det er eit ansvar for heile kommunen.

Kva faktorar og lokale tilhøve kan ha betydning for innsatsen og prioriteringa?

Studien har identifisert fleire faktorar som kan ha betydning for prioriteringa og iverksettinga i kommunane, men der er tre faktorar som utmerkar seg. 1) *Helsetenestene og fagfolka har framleis eit tradisjonelt tenkesett med merksemd på kurative tenester framfor førebygging*. Det kan sjå ut til å handle om både manglande kompetanse og kultur. Korleis førebygging er vektlagt i profesjonsutdanningane, samt kultur erverva gjennom praksis kan vere forklaringar. 2) *Mangel på tid og ressursar gjer det vanskeleg å prioritere førebygging*. Trong kommuneøkonomi har medført kutt i budsjett og stillingar. Helse- og omsorgstenestene ser ut til å oppleve ein pressa kvardag der fokuset blir på å utføre dei viktigaste og lovpålagde tenestene som behandling og pleie, og kapasiteten til å kunne arbeide med førebygging synest liten. I kommunane finnast nokre pådrivarar eller eldsjeler for førebyggande helsearbeid, men

desse synest å vere få, representerer eit lite fagfelt og er gjerne fagpersonar med ein posisjon nede i organisasjonen. Det kan tyde på at desse pådrivarane manglar administrativ eller politisk makt til å få til auka fokus og prioritering på eigenhand, og vil truleg vere avhengig av å få med andre med meir makt. 3) Det ser ut til å *mangle administrativ og politisk entusiasme* for førebyggjande helsearbeid. Politikarar og kommuneleiing er sentrale aktørar i iverksettinga gjennom sin makt til å kunne prioritere. Dei uttalar seg positivt til førebygging, men det ser ikkje alltid ut til å vere samsvar mellom den uttalte positiviteten og den reelle prioriteringa. Kommuneleiinga og politikarane vert skildra som noko passive og likegyldige, samt med noko manglande kunnskap om førebygging, og det kan tyde på at dei framleis ikkje heilt fullt ut ser alvoret i betydinga. Førebygging er ein kostnad på kort sikt, med ein usikker effekt på lang sikt som det er vanskeleg å måle. Politikarar ser ut til å vektlegge resultat bygde på fakta og erfaringar framfor forventningar, som gjer det utfordrande å få førebygging høgt prioritert.

Kva betyding har dei statlege styringsvirkemidla for innsatsen og prioriteringa?

På bakgrunn av funn i studien ser det ut til at *folkehelselova* har hatt betyding for ein auka merksemd på førebyggjande helsearbeid i kommunane. Informantane vektlegg at den på ein tydeleg og kortfatta måte fortel kva plikter kommunen har. Samstundes vert det stilt spørsmål ved kva konsekvensar det gir om ein ikkje fyl den. Dei økonomiske virkemidla kommunal *medfinansiering av inneliggjande pasientar og betaling av utskrivingsklare pasientar* ser i liten grad ut til å stimulere til ein auka førebyggingsinnsats. Kritikken er todelt, der ordningane enten gir underskot eller overskotet går til andre tiltak enn førebygging, og kommunane har liten styring med ordninga gjennom at det er legar og spesialisthelste som legg inn pasientar. Funn viser at kommunane har eit godt samarbeid med fylkeskommunen gjennom folkehelsekoordinatorane. Temaet er prioritert og dei får hjelp og rettleiing ved behov. Det synest å vere ein utfordring at mykje av informasjonen kjem til kommunen nede i organisasjonen og så må formidlast opp, i staden for at den kjem inn på toppen og deretter formidla ut.

Korleis forankrar kommunane førebyggjande helsearbeid i kommunale planar, og kva faktorar kan bidra til å forklare kommunale forskjellar?

Førebyggjande helsearbeid er i dag oftast forankra i samfunnsdelen i Kommuneplan eller i ein annan delplan som helse- og omsorgsplan. Det ser ut til å vere ein endring i korleis det er

omtalt i planane. I dag ser det i hovudsak ut til å vere *generell og lite forpliktande omtale*, medan det i mange vert arbeidd med nye planar der det *forventast ein mykje meir konkret og forpliktande omtale* enn i eksisterande planar. I fleire planar vil førebygging danne eit overordna perspektiv som løftar det ut av helse- og omsorg og med det tydeleggjer ansvaret for heile kommunen. Studien har identifisert to faktorar med betydning for i kva grad førebyggjande helsearbeid vert forankra, og med det kan bidra til å forklare ulikskapar mellom kommunar. 1) *Pådrivarar eller entusiastar* har politisk eller administrativ makt til å få det gjennomført. Dei kan ha denne makta i kraft av sin rolle og posisjon eller dei får med seg andre med slik makt. 2) Det er *prioritert å sette av tid og ressursar* til arbeidet med planen.

Korleis iverksettast nasjonal politikk for førebyggjande helsearbeid lokalt i kommunane?

Ved iverksettinga av nasjonal politikk for førebyggjande helsearbeid i kommunane kan det sjå ut til å vere ein ustrukturert politisk situasjon (Berman, 1980). Dette ut i frå det ser ut til å vere knytt stort usikkerheit rundt teknologien eller teorien, det er noko ueinigheit rundt politikken, samt at denne medfører endringar for organisasjonen. Ein rein «ovanfrå-og-ned» iverksetting vil då ikkje vere hensiktsmessig, og ein innarbeiding av «nedanfrå-og-opp» iverksetting bør inkluderast.

Slik eg ser det skal ein kompleks og kanskje ganske uoversiktleg nasjonal politikk på førebyggjande helsearbeid iverksettast lokalt av dei komplekse og multiprofesjonelle kommunane. Iverksettinga ser ut til å vere prega av ein situasjon med mangel på tid og ressursar, manglande politisk og administrativt engasjement og ei helseteneste som prioriterer kurativ verksemd framfor førebygging. Det kan også sjå ut til å vere noko uklarheit rundt måla og styringsvirkemidla. Slik eg ser det er dette kjenneteikna til ein eksperimentell iverksetting (Matland, 1995), med høg uklarheit, men lavt konfliktnivå. Konteksten iverksettinga føregår i er sentral og resultatet er avhengig av kva aktørar som involverer seg. Utfallet er tett knytt til ressursane og engasjementet lokalt, og der er rom for å gjere lokale tilpassingar. Iverksettinga har såleis mest likskap med ein «nedanfrå-og-opp» iverksetting.

Forslag til vidare forskning

Gjennom arbeidet med oppgåva har eg sett fleire område som peikar seg ut som interessante for vidare forskning.

Dei profesjonelle ser ut til å tendere til å prioritere kurativt arbeid framfor førebygging på bakgrunn av både kultur og kompetanse, og profesjonsutdanningane som utdannar dei nye profesjonelle ser ut til å framleis ha eit slikt tradisjonelt fokus. Om det stemmer at profesjonsutdanningane faktisk ikkje har klart å fornye seg, så vil det tilseie at det som er vektlagt i utdanningane ikkje samsvarar med nasjonal helsepolitikk. Det hadde vore vært interessant å sette nærare på om det er samsvar mellom desse.

I denne studien vart det ikkje intervjuet folk i administrasjonen og politikarar. Det hadde vore interessant å forska meir på dei sentrale aktørane frå administrasjon, politikarar og fagfolk og sett nærare ulikskapar på kultur og forståing av førebyggjande helsearbeid

Litteraturliste

Andersen, Svein S. (1997). *Case-studier og generalisering. Forskningsstrategi og design*. Oslo: Fagbokforlaget.

Berman, P. (1980). Thinking about programmed and adaptive implementation: Matching strategies to situations. I: Ingram, Helen og Dean E. Mann (red.) *Why policies success or fail* (pp. 205-227). California/England: Sage Publications.

Christensen, Tom, Morten Egeberg, Helge O. Larsen, Per Læg Reid og Paul G. Roness (2010). *Forvaltning og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget, 3. utg.

Fimreite, Anne Lise og Jan Erik Grindheim (2007). *Offentlig forvaltning*. Oslo: Universitetsforlaget, 2. utg.

FOR-2011-11-18-1115: Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Henta 29.05.13 frå <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20111118-1115.html>

Fosse, Elisabeth (2000). *Implementering av helsefremmende og forebyggende arbeid*. Hemil-rapport nr. 73, Universitetet i Bergen.

Fosse, Elisabeth (2002). *Kronikk: Forankring og samarbeid*. Henta 29.05.13 frå: <http://www.forebygging.no/en/Kronikker/TIDLIGERE-KRONIKKER/Forankring-og-samarbeid-et-umulig-arbeid/>

Gahr Støre, Jonas (2013). Kronikk i Dagbladet. Henta 26.05.13 frå <http://www.dagbladet.no/2013/04/25/kultur/debatt/debattinnlegg/26855901>

Gahr Støre, Jonas (2013). Tale på Spekter-konferanse 19.11.12. Henta 26.05.13 frå <http://arbeiderpartiet.no/Om-AP/Historien/Taler/Jonas-Gahr-Stoere/Sykehusreformen-10-aar-Spekter-konferansen>

George, Alexander L og Andrew Bennett A (2005). *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*. Cambridge, Massachusetts and London, England: MIT Press.

Gilje, Nils og Harald Grimen (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetningar. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gravrok, Øystein (2005). *Kommuneplanprosessen og forebyggende arbeid*. Henta 29.05.13 frå <http://www.forebygging.no/en/Teori/Overordnede-perspektiver/Planlegging-av-forebyggende-og-rusrelatert-arbeid/Kommuneplanprosessen-og-forebyggende-arbeid/>

Gravrok, Øystein (2000). *Metoder og faser i kommuneplanarbeidet*. Henta 29.05.13 frå <http://www.forebygging.no/en/Metode/Overordnede-strategier/Metoder-og-faser-i-kommuneplanarbeidet/>

Grønmo, Sigmund (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hagen, Aksel (2001). Planlegging på kommunenivå. I: Aarsæther, Nils og Aksel Hagen (red.) *Planlegging.no! Innføring i Samfunnsplanlegging* (s. 105-129). Oslo: Kommuneforlaget.

Halvorsen, Knut (2005). *Grunnbok i helse- og sosialpolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget, 3. utg.

Høringsnotat (2010). *Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester - Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Kjellberg, Francesco og Marit Reitan (1995). *Studiet av offentlig politikk – En innføring*. Oslo: Tano.

Kjølsrød, Lise (2005) En tjenesteintensiv velferdsstat. I: Frønes, Ivar og Kjølsrød, Lise (red.) *Det norske samfunn* (s. 184-209). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 5.utg.

Kjønstad, Asbjørn (2009). Juridiske synspunkter på Samhandlingsreformen. *I Tidsskrift for velferdsforskning nr. 4/2009* (s.276-289).

Kleven, Terje (1998). Del 1. En modell for kommunal planlegging. I: Kleven, Terje (red.). *Planlegging og handling. Kommunal planlegging som grunnlag for politisk styring*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Kvale, Steinar og Svend Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2. utg.

LOV-2011-06-24-29: Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven). Sist endra 22.06.12. Henta 29.05.13 frå http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-029.html&emne=folkehelselov*&

Lov-2011-06-24-30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Sist endra 22.06.12. Henta 29.05.13 frå http://lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-030.html&emne=helse*%20%2b%20og*%20%2b%20omsorg*&

Lov-2008-06-27-71: Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven). Sist endra 08.10.12. Henta 29.05.13 frå http://lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20080627-071.html&emne=BYGNINGSLOV*&

Lyngstad, Rolf (1997). Kommunen som forvaltningsorgan og politikktutformer. I: Lyngstad, Rolf, Anne Marie Støkken og Willy Lichtwark (red.). *Kommunen som velferdsyter* (s.15-29). Oslo: Universitetsforlaget.

Matland, Richard. E. (1995). Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. I: *Journal of Public Administration Research and Theory vol.5 No.2.* (pp.145-174).

Mikkelsen, Stein (2005). *Hva er forebygging?* Henta 29.05.13 frå <http://www.forebygging.no/en/Metode/Forebygging--hva-og-hvordan/Forebygging---fra-forskning-til-praksis/Hva-er-forebygging/>

- Mæland, John Gunnar (2010). *Forebyggende helsearbeid. I teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget, 3.utg.
- Nesvoll, Unni (2008). *Skaff deg en plan!/: statlig initiert planarbeid som lokalt arbeidsverktøy i kommunalt rusforebyggende barne- og ungdomsarbeid*. Masteroppgåve i sosialt arbeid. Høgskolen i Oslo, avd. for samfunnsfag.
- NOU 1991:10. *Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier*. Sosialdepartementet.
- NOU 1998:18. *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Sosial- og helsedepartementet.
- Offerdal, Audun (2005). Iverksettingsteori – resultatene blir sjelden som planlagt, og det kan være en fordel? I: Baldersheim, Harald og Lawrence E. Rose (s. 253-279). *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget, 2.utg.
- Opstad, Leif (2006). *Økonomistyring i offentlig sektor*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Pressman, Jeffrey L. og Aaron Wildavsky (1984). *Implementation*. Berkely: University of California Press.
- Prior, Lindsay (2003). *Using Documents in Social Research*. London: Sage Publications Ltd.
- Ramsdal, Helge, Svein Michelsen og Turid Aarseth (2002). Profesjonar, stat og lokalstyre. Om kommunen som iverksetter av statlege velferdsreformer. I: Bukve, Oddbjørn og Audun Offerdal (red.). *Den nye kommunen. Kommunal organisering i endring*. Oslo: Det norske samlaget.
- Rapport nr.2 (2010). *Lokalt og regionalt folkehelsearbeid 2007-2010*. Møreforskning.
- Rapport nr.7 (2010). *Partnerskap for folkehelse og Helse i Plan*. Møreforskning.
- Ringdal, Kristen (2007). *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget, 2.utg.
- Schanke, Vegard A. (2005). *Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis. En kunnskapsoppsummering med råd og anbefalinger*. Skrift nr. 1/2005. Narvik: Kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken – forebyggingsseksjonen.
- Stamsø, Mary-Ann (2009). Organisering og finansiering av velferdstjenester. I: Stamsø, Mary-Ann (red.). *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (s. 86 -118). Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Stamsø, Mary-Ann (2009). Prioritering av helsetjenester. I: Stamsø, Mary-Ann (red.). *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (s. 256-271). Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- St. meld. nr.16 (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.

St.meld. nr. 16 (2002-2003). *Resepten for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Det kongelige Helsedepartement.

St. meld. nr. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.

St. meld. nr. 37 (1992-1993). *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.

Strand, Torodd (2007). *Leiing, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget, 2.utg.

Thagaard, Tove (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget, 3. utg.

Øgar, Petter og Tove Hovland (2004). *Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide telefonintervju

Kommune nr. (frå eiga liste):

Kommunestørrelse (tal innbyggjarar tatt frå SSB):

- Under 5 000
 - Mellom 4 000 og 8 000
 - Over 8 000
-

Munnleg informasjon til informanten:

- Presentasjon av og informasjon om studien
 - Samtykkeerklæring om å delta
-

Informasjon om informanten (om behov):

- Kva stilling/ funksjon har du i kommunen?
- Under kva eining/avdeling ligg stillinga di?

Førebyggjande helsearbeid og forankring av dette arbeidet i kommunale planar:

1. Kjenner du til statlege føringar for auka satsing på førebyggjande helsearbeid?
 - a. I tilfelle hvilke føringar kjenner du til?

2. Er temaet førebyggjande helsearbeid i fokus i din kommune?
 - a. I tilfelle på kva måte?

- b. I tilfelle nei, kva trur du er årsaka til det?

 - c. Vil du seie kommune arbeider mykje med dette?

 - d. Kan du gi eksempel?
3. Kjenner du til statlege føringar om at dette arbeidet skal forankrast i kommunale planar?
- a. I tilfelle hvilke føringar kjenner du til?
4. Har din kommune forankra førebyggande helsearbeid i nokon plan?

Dersom ja:

5. I kva planar?:
- Eigen delplan eller temaplan
 - Kommuneplan
 - Økonomiplan
 - Andre planar:
6. Når vart planen/planane utarbeida?
7. Kva rolle hadde helseavdelinga/-tenesta i arbeidet med utarbeidinga?
8. Kva rolle hadde du i arbeidet med utarbeidinga?

9. Korleis får eg tak i planen/planane? Kan du evt sende meg ein kopi?

Dersom nei:

10. Kjenner du til om der er planar om å forankre førebyggjande helsearbeid i planar?

11. Ved ja: I tilfelle i kva planar?

12. Ved ja: Kva rolle spelar helseavdelinga/-tenesta?

13. Ved nei, kva tenkjer du kan vere forklaringane på det?

Avslutning

- Takk for at du tok deg tid til å delta
- Om det skulle verte behov, kan eg ved seinare høve kontakte deg på nytt for ytterlegare opplysningar?

Vedlegg 2: Intervjuguide personintervju

Innleiande del:

Takk for at eg fikk komme og for at du tok deg tid til å stille opp.

Informasjon om studien og gjennomføring av intervjuet.

Demografiske data: Stilling/funksjon, tilsettingstid i stillinga

Prioritering av og innsats på førebyggande helsearbeid:

(For lav førebyggingsinnsats er ein av hovudutfordringane ifølge Samh.reformen.

Teori om forklaringsårsaker til at førebygging vert lavt prioritert.

Iverksettingsteori: Vetopunkt Wildovsky, situasjonsvariablar Berman, uklarheit – konflikt Matland)

- Kva tenker du om førebyggande helsearbeid?
- På kva måte har tenkinga rundt førebyggande helsearbeid endra seg etter Samhandlingsreformen?
- Har kommunane ein viktig rolle innan førebygging?
- Synest du at førebygging er prioritert i kommunen?
- Kva trur du kan vere forklaringane på at førebygging er høgt/mindre prioritert i kommunen?
- Kva rolle har helsetenesta og dei profesjonelle for førebygging i kommunen?
- Korleis er viljen til å tenkje og prioritere førebygging blant politikarar, administrasjon og andre avdelingar i kommunen?
- Er der nokon du vil trekke fram som spesielt positive eller negative til førebygging i kommunen?
- Har fokuset på førebygging flytta seg frå helsetenestene til meir heile organisasjonen?
- Opplever du at førebygging har lett for å bli uttalt som viktig, men at det ikkje likevel ikkje vert høgt prioritert?
- Trur du økonomi eller størrelse på kommunen kan ha nokon betydning?
- Synest du at kommunen har eit reelt handlingsrom til å prioritere førebygging?
- Kva meiner du skal til for at førebyggande helsearbeid vert enda høgare prioritert i kommunen?
- Synest du førebyggingsinnsatsen i kommunen er systematisk og målretta?

Statlege føringar og forholdet mellom stat – kommune:

(Statlege virkemiddel for styring av kommunane. Statlege forventningar)

- Kjenner du til dei seinaste nasjonale føringane for auka innsats på førebygging i kommunane?
- Er der nokon føringar/dokument du vil trekke fram som spesielt viktige?
- Synest du den statlege politikken og forventningane til kommunane på førebygging er tydelege og klare?
- Kjenner du til virkemidla staten tek i bruk for å få ein auka innsats på førebygging i kommunane?
- Kva betydning meiner du dei nye lovene har for å få ein auka innsats?
- Kva betydning meiner du dei økonomiske virkemidla har for å få ein auka innsats?
 - Auke i frie inntekter - øyremerking?
 - Medfinansiering av innlegging i spesialisthelsetenesta?
 - Betaling av utskrivingsklare pasientar?
- Kva meiner du om informasjonen og rettleiinga kommunen har fått for å stimulere til auka innsats?
- Er dei statlege virkemidla samla sett effektive for å oppnå større førebyggingsinnsats i kommunane?
- Er dei statlege visjonane/ambisjonane for førebygging i kommunane realistiske?
- Har kommunen gjort endringar i organiseringa på bakgrunn av nasjonale føringar?
- Synest du at kommunen sitt arbeid med førebygging er i tråd med statlege visjonar/ambisjonar?
- Har dei statlege virkemidla har ført til auka innsats på førebygging i kommunen?

Forankring av førebyggjande helsearbeid i kommunale planar:

(Forankring i kommunale planar vert føresett, ifølge Samh.reformen.

Vetopunkt (Wildovsky), Uklarheit – konflikt (Matland), Situasjonsbetinging (Berman) – Aktørar og situasjonen i kommunen sentral)

- Kjenner du til statlege føringar for at kommunane skal forankre førebyggingsinnsatsen i kommunale planar?
- Synest du forankring av førebyggjande helsearbeid i kommunale planar er viktig?
- Synest du at arbeid med å få forankra førebyggjande helsearbeid i kommunale planar har vore prioritert i kommunen?

- Kva planar har din kommune der førebyggande helsearbeid er omtalt eller forankra?
- Kva meiner du er viktigaste faktorane for at kommunen har fått utarbeidd/har ikkje fått utarbeidd ein slik plan?

Har plan:

(Informere om at fokuset er på førebyggande helsearbeid)

- Synest du forankringa/omtalen av førebygging er generell og overflatisk eller konkret og forpliktande?
- Synest du at Kommuneplan og delplan heng saman?
- Korleis vart/er arbeidet med utarbeiding av planen organisert?
- Opplevde du at der var ueinigheit om innhaldet i planen?
- Vil du framheve nokon som spesielt viktig i arbeidet med å få utarbeidd planen?
- Kva rolle spelte helsetenestene for arbeidet med og resultatet av planen?
- Synest du innhaldet/omtalen av førebygging har endra seg frå gamal til ny Kommuneplan?
- Meiner du at forankringa/omtalen i planen/planane har nokon betydning for førebyggingsinnsatsen i kommunen?

Har ikkje plan:

(Informere om at fokuset er på førebyggande helsearbeid)

- Kva trur du er forklaringa på at førebygging ikkje er betre forankra i plan i kommunen?
- Korleis ville du at førebygging skulle vore forankra i planverket om du fikk bestemme?
- Meiner du at forankring/omtale i plan ville gitt ein betre førebyggingsinnsats?

Takk for at eg fikk komme og at du tok deg tid til å svare.

Kan eg ringe deg om noko er uklart?

Vedlegg 3: Førespurnad om å delta i telefonintervju i forbindelse med mastergradsprosjekt

Hei, mitt namn er Geir Are Nedrelid. Eg held på med ei masteroppgåve i organisasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (HSF).

Tema for studien er iverksetting av nasjonale føringar for forankring av førebyggjande helsearbeid i kommunale planar.

Formålet med studien er å undersøke nærare om og korleis kommunane forankrar førebyggjande helsearbeid i kommunale planar, samt sjå på kommunale ulikskapar og kva som kan forklare desse.

I første omgang skal eg gjennomføre ein kartlegging gjennom telefonintervju av leiarar av helseavdelingane/-tenestene i ein del kommunar. Intervjuet vil ta nokre minutt, og håper du kan ta deg tid til å svare.

Intervjuet vil ikkje verte teke opp på band, men eg vil notere ned svara undervegs. Alt datamateriell vert behandla konfidensielt og sletta ved prosjektslutt innan utgangen av 2013. Ved offentleggjering av studien vil deltakarar og alt datamateriell behandlast anonymt. Dei samla data kan verte offentleggjort gjennom konferansar, i vitenskaplege eller akademiske tidsskrift og gjennom publisering av masteroppgåva.

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Det er friviljug å delta i prosjektet og du kan på kva som helst tidspunkt trekke deg utan å grunngi dette nærare. Dersom du trekk deg vil alle data om deg verte sletta og ikkje nytta i studien.

Vedlegg 4: Epost med førespurnad om å delta i personintervju

Geir Are Nedrelid

Til: xx
Emne: Førespurnad om å delta i intervju i forbindelse med mastergradsoppgåve

Fra: Geir Are Nedrelid [<mailto:Geir.Are.Nedrelid@helfo.no>]
Sendt: 2. februar 2013 13:42
Til: xx
Emne: Førespurnad om å delta i intervju i forbindelse med mastergradsoppgåve

Hei xx

Mitt namn er Geir Are Nedrelid. Eg er student ved Masterstudiet i organisasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane (HSF).

I tillegg til å vere deltidsstudent arbeider eg som rådgivar ved HELFO (Helseøkonomiforvaltningen) region Midt-Norge i Ørsta.

Eg er no i gong med å avslutte masteroppgåva der temaet er «*Kommunal iverksetting av statlege føringar for auka innsats på førebyggjande helsearbeid*».

Formålet er å få kunnskap om korleis kommunane får følgt opp statlege føringar for ein auka innsats på førebyggjande helsearbeid,

samt forankring av dette arbeidet i kommunale planar. Eg ynskjer sjå nærare på korleis kommunane vurderer dei statlege forventningane og måla,

og dei virkemidla staten nyttar for å nå desse. Eg ynskjer også sjå på utfordringar ved prioritering av førebyggjande helsearbeid i kommunane,

og kva faktorar som kan forklare kommunale ulikskapar i høve innsats og prioritering.

Studien er todelt, og i første del av studien i november/desember 2012 vart det gjort ein kartlegging i form av telefonintervju av leiarar for helsetenestene i fleire kommunar.

I andre del av studien skal det gjerast eit intervju av dei same informantane i nokre utvalde kommunar.

Du deltok i dette første telefonintervjuet, og med god kunnskap og positive innstilling bidrog du med viktige data til studien.

Du stilte deg der også positiv til å kunne verte kontakta for meir inngåande intervju seinare dersom det vart aktuelt.

I den forbindelse ynskjer eg å invitere deg til å delta i eit individuelt intervju som vil vare 1 til 1,5 time. Dersom det let seg gjere vil intervjuet bli gjennomført i arbeidstida på din arbeidsplass.

Intervjuet vil verte teke opp på lydband og eg vil notere undervegs. Alt datamateriell vert behandla konfidensielt og sletta ved prosjektslutt.

Ved offentliggjerjing av oppgåva vil deltakarar og alt datamateriell verte behandla anonymt. Dei samla data kan verte offentliggjort gjennom konferansar, i vitenskaplege eller akademiske tidsskrift og gjennom publikasjon av masteroppgåva.

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Det er frivillig å delta i prosjektet og du kan på kva som helst tidspunkt trekke deg utan å grunngi dette nærare. Dersom du trekk deg vil alle data om deg verte sletta og ikkje verte nytta i studien.

Dersom du aksepterer å delta i studien, vil eg be om ei skriftleg samtykkeerklæring før intervjuet startar.

Det er ynskjeleg å få gjennomført intervjuet i løpet av februar 2013. Eg håper du er villig til å dele dine tankar og erfaringar du har gjort deg som leiar for helsetenesta i kommunen.

Dersom du meiner at der også er ein annan person i kommunen som har kunnskap som kan vere nyttig og viktig å få med i studien, så stiller eg meg positiv til å gjennomføre intervjuet med to personar samstundes.

Eg ynskjer tilbakemelding på e-post, men du kan også ringe meg om det høver betre.

Geir Are Nedreid, mobil: 901 98 592, telefon arbeid: 70 32 13 69

Epost: geir.arenedreid@helfo.no

Rettleiar for studien er Åge Vebostad, PhD stipendiat ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Han kan kontaktast om der er ytterlegare spørsmål knytt til studien.

Telefon arbeid: 57 67 63 16 / 57 67 60 00

Epost: age.vebostad@hisf.no

Mvh

Geir Are Nedreid , Masterstudent

Vedlegg 5: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Eg gjev med dette mitt samtykke til å delta i ein studie om korleis kommunane følgjer opp nasjonale føringar for auka ein innsats for førebyggjande helsearbeid utført av Geir Are Nedreid.

Eg har lest ein kort omtale av prosjektet og er innforstått med at føremålet med studien er å sjå på korleis kommunane følgjer opp dei nasjonale føringane, og få innsikt i kva som kan forklare kommunale skilnadar.

Deltaking i denne studien inneber å delta i eit individuelt intervju som vil vare i ein til ein og ein halv time. Intervjuet vil bli gjennomført på min arbeidsplass i eit dertil eigna rom. Intervjuet vil bli tatt opp ved hjelp av diktafon. Alle data vil bli oppbevart i eit låst skap.

Å delta i masterprosjektet er heilt frivillig, og eg kan når som helst trekke meg frå prosjektet. Om eg trekk meg frå prosjektet blir alle data eg har bidrege med verte sletta.

Eg forstår og aksepterer at dei samla resultat vil bli offentliggjort gjennom konferansar, i vitenskaplege og akademiske tidsskrift og gjennom publikasjon av masteroppgåva.

Signatur:..... Telefonnummer:.....

Vedlegg 6: Meldeskjema NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.3) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjektittel		
Tittel	Iverksetting av nasjonale føringar for forankring av førebyggjande helsearbeid i kommunale planar.	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Høgskulen i Sogn og Fjordane	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Avdeling for samfunnsfag	
Institutt		
3. Daglig ansvarig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Åge	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Vebostad	
Akademisk grad	Høyere grad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har eksterne veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Stilling	Phd stipendiat	
Arbeidssted	Høgskulen i Sogn og Fjordane	
Adresse (arb.sted)	Postboks 133	
Postnr/sted (arb.sted)	6851 Sogndal	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Telefon/mobil (arb.sted)	57676316 / 57676000	
E-post	age.vebostad@hisf.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Geir Are	
Etternavn	Nedreid	
Akademisk grad	Høyere grad	
Privatadresse	Heltneboen 13	
Postnr/sted (privatadresse)	6100 Volda	
Telefon/mobil	90198592 /	
E-post	geir.are.nedreid@helfo.no	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Undersøke om og korleis kommunane iverkset nasjonale føringar for forankring av førebyggjande helsearbeid i kommunale planar. Sjå nærare på kommunale ulikskapar og kva faktorar som kan forklare desse.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l. Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		
Velg omfang	<ul style="list-style-type: none">● Enkel institusjon○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		
7. Utvalgsbeskrivelse		

Hvis ja, hvilke?	Stilling/funksjon, eining/tenestestad	bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		

10. Informasjon og samtykke

Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		<p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.</p> <p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer om krav til informasjon og gyldig samtykke, samt om forskning uten samtykke</p>
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		

11. Informasjonssikkerhet

Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkel og hvem har tilgang til den?	Kvar kommune og informant vert tildelt eige nummer når intervjuet er gjennomført. Lista og oversikta over namn og nummer vert forsvarleg innelåst i arkivskap. Kun nummer på kommune og informant vert nytta i øvrig datamateriale. Det er kun underteikna som har tilgang til denne lista og oversikta.	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		

Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input checked="" type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil. Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Datamaskin sikrast med brukernavn og passord.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	Minnepenn/ ekstern harddisk	NBI Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres Les mer om databehandleravtaler her
Hvis ja, hvilken?		
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes
Kommentar		Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
13. Prosjektperiode		
Prosjektperiode	Prosjektstart:01.10.2012 Prosjektslutt:01.07.2013	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter. Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata. Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Data slettast av lydopptakar etter transkribering. Lista over kommunar og kandidatar på data og minnepenn vert sletta umiddelbart etter prosjektslutt. Alle personopplysningar, direkte og indirekte, vert anonymiserte og vil ikkje kunne sporast til einskildpersonar eller kommunar i datamaterialet.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte. Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Les om arkivering hos NSD
14. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Studieprosjekt i høve Master i Organisasjon og leiing, helse- og velferdsleiing, Høgskulen i Sogn og Fjordane.	
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	7	

