

**Gina Håbesland**

# **Folkehelsekoordinatoren – styrking av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet**

Mastergrad i helsevitenskap

Trondheim, mai 2015

Veileder: Professor Bengt Lindström

Norwegian University of Science and Technology

Faculty of Social Science and Technology management

Department of Social Work and Health Science



**NTNU – Trondheim**  
Norwegian University of  
Science and Technology



# Sammendrag

Denne masteroppgaven er skrevet som monografi.

Viktigheten av et tverrfaglig- og tverrsektorielt samarbeid for å bedre befolkningens helse, ble fremhevet under WHO's første helsefremmende konferansen i 1986. I Norge trådte samhandlingsreformen og folkehelseloven i kraft 1 januar 2012, og plasserte ansvaret for folkehelse til kommunen. For å møte dagens folkehelseutfordringer, og klare å realisere tankesettet "helse-i-alt-vi-gjør", kan et velfungerende samarbeid på tvers av fag og sektorer være av avgjørende betydning. Flere kommuner har derfor opprettet en folkehelsekoordinatorstilling. Hensikten med studien er å se på hvordan folkehelsekoordinatoren opplever det tverrfaglige arbeidet med folkehelsearbeidet. Studien er basert på kvalitative intervjuer med folkehelsekoordinatorer i ulike kommuner i Agderregionen, og søker en forståelse av det tverrfaglige folkehelsearbeidet i kommunen. Studiens resultater er satt inn i et helsefremmende og salutogent rammeverk, for å belyse folkehelsekoordinatorens relevans for kommunens utvikling av et helsefremmende lokalsamfunn. Studiens resultater viser at det er flere faktorer som gjør seg gjeldende for hvordan folkehelsekoordinatoren opplever det tverrfaglige folkehelsearbeidet. Analysen avdekket seks meningsbærende enheter av betydning; Tverrfaglighet, Organisering, I praksis, Kommunikasjon, Utfordringer og Styrking av det tverrfaglige arbeidet rundt folkehelsearbeidet. Oppsummert gir de et helhetsinntrykk om at folkehelsekoordinatoren opplever det tverrfaglige folkehelsearbeidet som til tider mangelfull.



## Abstract

The importance of an interdisciplinary- and intersectoral collaboration in relation to increase the population's public health was first highlighted during WHO's first health promotional conference in 1986. First of January 2012 the law of public health and the interaction reform came to effect in Norway, and placed the responsibility for public health to the municipality. To meet today's public health challenges and to realize the mindset in "health-in-all-policies", a well functioning collaboration across different disciplines and sectors could be of crucial importance. Several municipalities across Norway have, encouraged by Norway's Directorate of Health, created positions as "public health coordinators" to meet this challenges. The purpose of this study is to look at how public health coordinators experience the interdisciplinary work related to their work with public health. The study is based on qualitative interviews with public health coordinators in various municipalities in the Agderregion located in southern Norway and seeks an understanding of the factors that are of importance to the coordinators and the interdisciplinary public health work. The study's results are put into a health promotional and salutogenic framework to illuminate the public health coordinators relevance to the municipalities' development of a health promotional society. The results shows that it was several factors that was valid in relation to how the public health coordinators experience the interdisciplinary public health work. The analysis revealed six significant units: "interdisciplinary", "organizing", "in practice", "communication", "challenges" and "strengthening of the interdisciplinary public health work". In summary, they provide a general impression that the public health coordinator experience the interdisciplinary health promotion as inadequate at times.



## Forord

Arbeidsprosessen med denne mastergradsavhandlingen har ført til tilstander av frustrasjon, engasjement, glede, irritasjon, begeistring, og kanskje viktigst av alt, mestringsfølelse. Det er en prosess jeg ikke ville vært foruten, men er veldig glad for at jeg nå er ved veis ende. Jeg føler jeg har vokst, både som ”forsker” og person.

Først vil jeg takke min veileder, professor Bengt Lindström, for gode innspill, samtaler og råd underveis. En stor takk til informantene mine, som tok seg tid til å forteller om sine opplevelser og erfaringer rundt det tverrfaglige folkehelsearbeidet i deres kommune. Studien hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten deres deltakelse og åpenhet.

Jeg vil også takke mamma, pappa og lillebror Lars for oppmuntrende ord underveis, når frustrasjonen til tider har tatt over. Sist, men ikke minst, den største takken går til min bestevenn og samboer, Erlend Kydland Faanes, som har holdt ut med meg gjennom denne prosessen. Takk for gode ord, innspill, refleksjon og en hjelpende hånd. Nå er jeg veldig klar for en fantastisk sommer sammen med deg og vår Henrik.





# Innhold

Figurer .....	xi
Tabeller.....	xi

## Folkehelsekoordinatoren – styrking av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet

1.0 Introduksjon .....	1
1.1 Bakgrunn og Hensikt med tema .....	1
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål .....	6
1.3 Begrepsavklaring.....	7
<b>2.0 Teoretisk referanseramme.....</b>	<b>8</b>
2.1 Helsefremming .....	8
2.1.1 Helse i alt vi gjør, HiAP.....	10
2.2 Salutogenese .....	11
2.2.1 Opplevelse av sammenheng & Generelle motstandsressurser.....	13
2.2.2 Salutogenese og helsefremming.....	15
<b>3.0 Tverrfaglighet .....</b>	<b>15</b>
3.1 Det underliggende problemet ved kunnskap .....	17
3.2 Hva er tverrfaglighet og hva er et fag?.....	18
3.2.1 Flerfaglig, tverrfaglig og transfaglig.....	20
<b>4.0 Tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid.....</b>	<b>21</b>
4.1 Kommunikasjon .....	22
<b>5.0 Forskningsmetode .....</b>	<b>24</b>
5.1 Valg av metode.....	24
5.2 Forforståelse .....	24
5.3 Forskningsintervjuet.....	25
5.3.1 Utvalg og rekruttering av informanter.....	26
5.3.2 Innsamling av datamaterialet.....	27
5.3.3 Transkripsjon av datamaterialet.....	27
5.4 Et hermeneutisk perspektiv .....	28
5.5 Dataanalyse.....	29
5.6 Validitet og generaliserbarhet.....	30

5.7 Metodekritikk .....	30
5.8 Ethiske overveielser.....	31
<b>6.0 Resultatdel.....</b>	<b>31</b>
6.1 Tverrfaglighet .....	31
6.2 Organisering .....	33
6.3 I praksis .....	35
6.4 Kommunikasjon .....	36
6.5 Utfordringer .....	38
6.6 Styrking av det tverrfaglige arbeidet rundt folkehelsearbeidet .....	40
<b>7.0 Sammenfattende diskusjon.....</b>	<b>43</b>
<b>8.0 Svakheter med studien.....</b>	<b>47</b>
<b>9.0 Konkluderende bemerkninger .....</b>	<b>48</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>51</b>
<b>Vedlegg A: Analysematrise</b>	
<b>Vedlegg B: Intervjuguide</b>	
<b>Vedlegg C: Samtykkeskjema</b>	
<b>Vedlegg D: NSD godkjenning</b>	
<b>Vedlegg E: Prosjektvurdering</b>	

## **Figurer**

Figur 1: Helse i alt vi gjør, HiAP .....	11
Figur 2: The River of Health .....	12
Figur 3: Opplevelse av sammenheng (SOC).....	14
Figur 4: Generelle motstandsressurser (GRR) .....	14
Figur 5: En tverrfaglig modell for å bygge sammenheng og fellesskap.....	23

## **Tabeller**

Tabell 1: Karaktertrekk i typologien av tverrfaglighet.....	20
---	----



**Folkehelsekoordinatoren – styrking av  
det tverrsektorielle folkehelsearbeidet**



## 1.0 Introduksjon

Befolkningens helse kan betraktes som ett av samfunnets viktigste ressurser, og i dag vet vi at en stor del av grunnlaget for god helse legges utenfor helsetjenesten. Det innebærer at det er et samfunnsansvar å bidra til god helse i hele befolkningen. Ved innstiftelse av samhandlingsreformen, kom ny lov om folkehelsearbeid (jmf. Folkehelseloven) som skal medvirke til en samfunnsutvikling som styrker folkehelsen, samt utjevner sosiale forskjeller i helse og levekår (Prop. 90L, 2010-2011). For å klare å realisere den nye folkehelseloven, anbefales det fra Helsedirektoratet at kommunene oppretter stillinger som folkehelsekoordinator, FYSAK-koordinator, eller lignende stillingsandeler innenfor folkehelsearbeidet (Espnes, Riseth og Lillefjell, 2011).

### 1.1 Bakgrunn og hensikt med tema

*”Den statlige ambisjonen med lokale folkehelsekoordinatorer var å styrke den tverrsektorielle innretningen på kommunens folkehelsearbeid og å styrke den politiske forankringen” (Helsedirektoratet, 2014 s.105).*

Allerede i 1997 nedsatte regjeringen et utvalg som skulle utrede en styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Ideen om å ansette en folkehelsekoordinator i rådmannens stab til å markere feltets tyngde og det sektorovergripende i folkehelsearbeidet, oppstod gjennom deres utredning (NOU 1998). Det ble understreket at for kommunene skulle dette være en frivillig ordning. I folkehelsemeldingen (St.meld. 16, 2002-2003) ble likevel forslaget fulgt opp, og en folkehelsekoordinator ble antatt å kunne fungere som ”lim” i det lokale folkehelsearbeidet ved å bidra til å ”.. utløse lokalt engasjement, gi drahjelp til lokale aktiviteter, og tverrsektorielt arbeid, og koordinere ulike aktørers innsats” (Hofstad & Vestby, 2009, s. 16).

På mange måter utgjør året 2011 et tidsskille i norsk folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2011, a). 1. januar 2012 trådte samhandlingsreformen i kraft, og ved reformen fulgte to nye lover: folkehelseloven og plan- og bygningsloven, samt en rekke økonomiske og faglige virkemidler (Helsedirektoratet, 2011, b). Fokuset i samhandlingsreformarbeidet var i startfasen rettet mot helsetjenesten og tiltak for tidlig intervensjon i sykdomsforløpet. Men det ble fastsatt at tjenesteperspektivet måtte fullstendigjøres med et samfunnsrettet og

tverrsektorielt folkehelseperspektiv, etter påtrykk fra både eksterne aktører og Stortinget. I dette arbeidet, kan den nye folkehelseloven betraktes som et sentralt virkemiddel. Vi kan derfor si at reformen har to hovedperspektiver; folkehelseperspektivet og tjenesteperspektivet (Helsedirektoratet, 2011, a).

Målet med samhandlingsreformen er å forme et mer helsefremmende lokalsamfunn. Det innebærer at sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak skal institusjonaliseres i den kommunale organisasjonen (Schou, Helgesen & Hofstad, 2014). Reformen kan derfor omtales som en retningsreform, fordi den skal sikre kvaliteter i tjenestene og en bærekraftig samfunnsutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). For å klare å realisere samhandlingsreformen er nytt lovverk om folkehelse og kommunale helse- og omsorgstjenester vedtatt. Det foreligger også en stortingsmelding om ny nasjonal helse- og omsorgsplan. Fra regjeringens side er det fastsatt nasjonale forventninger til både kommunal og regional planlegging på områdene helse, livskvalitet, og oppvekstmiljø i årene fremover (Helsedirektoratet, 2011, a).

Videre understrekes det fra Stortinget at samhandlingsreformen vil forutsette en kompetansereform. For å lykkes med å videreutvikle et robust folkehelsearbeid lokalt og regionalt, må horisonten utvides til ikke bare å foreligge i nytt lovverk, økonomiske betingelser og tidligere erfaringer. Det må samtidig skje en styrking av fagkompetanse hos gjennomføringsaktørene av nytt lov- og regelverk (Helsedirektoratet, 2011, a. s.3). Samhandlingsreformen bidrar derfor med å legitimere og skape et klima som gjør at flere og flere ser nødvendigheten av samhandling.

Folkehelseloven løfter frem fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet. Det er å utjevne sosiale helseforskjeller, ”helse-i-alt-vi-gjør” (HiAP), bærekraftig utvikling, føre-var og medvirkning. Gjennom loven vil regjeringen utvikle folkehelsearbeidet på kommunalt, regionalt og statlig nivå ved tilrettelegging for et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid (St. meld 16, 2002-2003). Det skal realiseres ved at både kommune, fylkeskommune og stat arbeider med å fremme folkehelse i alle sektorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det bidrar til at folkehelsearbeidet av natur er tverrfaglig og tverrsektorielt, fordi det består av en rekke aktører på ulike forvaltningsnivåer og innen ulike sektorer (Helsedirektoratet, 2011, a, s. 16).



Gjennom å møte de utfordringene samfunnet står ovenfor, som har innvirkning på folks helse, legger folkehelseloven føringer for et bredt samfunnsrettet folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2011, a). Som en følge av loven, ble deler av kommunehelsetjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet erstattet. Ansvaret for folkehelsearbeidet ble med folkehelseloven ikke tillagt helsetjenesten som før, men løftet til kommunen som sådan og ikke til noen bestemt sektor (Ibid).

Kommunenivået har derfor gjennom folkehelseloven fått et mer helhetlig ansvar for folkehelsearbeidet, og med det blitt den viktigste aktøren for arbeidet. Videre er det rådmannen som har det overordnede ansvaret for folkehelsearbeidet i kommunen. Det har bidratt til at helse kan sees i sammenheng med kommunens brede sett av virkemidler (Helsedirektoratet, 2013). Folkehelseloven både bygger på og er samordnet med plan- og bygningsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Det kommer til syne ved at arbeidsformen som folkehelseloven angir er tilpasset plan- og bygningslovens fireårige plansyklus (Helsedirektoratet, 2013). Plan- og bygningslovens formål er ”å fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner” (Lovdata, 2008, paragraf 1).

Et mål i folkehelseloven er å få mange til å samarbeide. For å oppnå et effektivt folkehelsearbeid, er utøvelse av arbeidet i alle samfunnssektorer avgjørende, samt en gjensidig innsats på tvers av sektorene. Det å være innforstått med viktigheten av at ulike kompetanseområder blir representert og anvendt i folkehelsearbeid mot felles mål, er essensielt. Implementering av ”helse-i-alt-vi-gjør” prinsippet, som en del av organisasjonstenkningen, er også viktig når en driver brobygging mellom fagområdene for bedre å utnytte tilgjengelige ressurser i folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2011, a).

En kartlegging fra 2011, viser at ”kommuner med folkehelsekoordinator integrerer folkehelsehensyn i planer i større grad enn kommuner uten folkehelsekoordinator” (St. Meld. 34, 2012-2013, s. 152). Disse kommunene er også i stand til å knytte kontakt med miljøer ved universitets- og høyskoler i større grad enn andre. Dette kan bidra til innhenting av kunnskap og nyttiggjøre seg av informasjon som er spesifikk for den enkelte kommune (Ibid).

Folkehelsekoordinatorfunksjonen burde, i følge regjeringen, være sentralt administrativt forankret, og ha nærhet til det politiske nivået (Vestby & Hofstad, 2009). Med andre ord, for

at koordinatorfunksjonen skal lykkes, bør den ha en strategisk forankring fordi da kan sammenhengen mellom samfunnsutviklingen og folkehelse styrkes (Helsedirektoratet, 2014). Allikevel viser flere kartlegginger at folkehelsekoordinatorstillingene ofte er små, og plassert i helsetjenesten. Det er ikke uvanlig at ansvaret for folkehelsearbeidet i noen kommuner er tillagt andre stillinger (Hofstad & Vestby, 2009, Helgesen & Hofstad, 2012 & Schou, Helgesen & Hofstad, 2014)

Det kommer også frem at mange kommuner mener at folkehelsekompetansen i kommunen må vektlegges og at folkehelsekoordinatoren spiller en sentral rolle i det arbeidet. På spørsmål om folkehelsekoordinatoren bør være en lovpålagt funksjon, mener de imidlertid at den ikke burde være det (Prop. 90 L, 2010-2011). For å kunne klare å ivareta de strategiske oppgavene, må koordinatorfunksjonen i kommunen ha tilstrekkelig kapasitet. Det skal nevnes at utøvelse av tjenesteoppgaver ikke er en del av koordinatorfunksjonen (Helsedirektoratet, 2014). Om lag 60 % av norske kommuner hadde ved utgangen av 2011 egne folkehelsekoordinatorer. 80 % av disse stillingene hadde en stillingsprosent på rundt 60 % eller mindre (Helgesen & Hofstad, 2012). I følge Sunne kommuner, (tidligere Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner) må alle kommuner ha en koordinator for folkehelse, og ”..denne stillingen må være innenfor 50-100% rammen for å kunne ha en reell effekt på kommunens folkehelsearbeid. Vi baserer dette på 16 års erfaring med folkehelsearbeid” (Sunne kommuner; Prop. 90 L, 2010-2011, s.82).

Hofstad og Vestby (2009) skriver at tanken bak folkehelsekoordinatorstillingen i kommunen, er at den skal bidra til bedre samordning og øke kommunens administrative kapasitet til å drive folkehelsearbeid (s.17). Videre kan det nevnes at det er lite formalisert hva som bør ligge i en folkehelsekoordinatorstilling. Stillingen kan fylles av ulike profesjoner og gis ulikt innhold som følge av at det ikke er noen spesifikk utdanning eller bakgrunn som gjør en direkte kvalifisert til stillingen (Helgesen & Hofstad, 2012).

Ifølge Helsedirektoratet (2014) skal en folkehelsekoordinators oppgave være på samfunns- og befolkningsnivå, og kan inngå i tre sentrale områder:

- Oversikt over folkehelsen
- Mål, strategier og planlegging
- Tverrsektorielt samarbeid

Kommunen må etablere og vedlikeholde et system som gjør det mulig å ha *oversikt over folkehelsen*. For at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert og treffsikkert, må det foreligge lokal oversikt over utfordringene (jmf. Folkehelseloven) (Ibid).

Det å ivareta det strategiske arbeidet knyttet til *mål, strategier og planlegging*, er en oppgave forbeholdt folkehelsekoordinatoren. Konkret kan det innebære ”å bidra i planprosessene med kunnskap om sammenhengen mellom ulike samfunnsområder kommunen har ansvar for, og helse, og hvilke mål for utviklingen som skal settes” (Ibid, s.106). Oppsummering av folkehelseinnsatsen i de årlige rapporteringene er også sentralt, samt å få folkehelse inn i styrende dokumenter (Ibid).

Et av ansvarsområdene folkehelsekoordinatoren vil ha, er *tverrsektorielt samarbeid*. For å lykkes med folkehelsearbeidet er kommunene avhengig av innsats både fra de ulike sektorene, men også fra aktører utenfor kommunesektoren. Aktører utenfor kommunesektoren kan være andre kommuner, fylkeskommuner, fylkesmannen, næringslivet, frivillig sektor, FoU-miljøer og statlige aktører som politiet. Her vil folkehelsekoordinatorens ansvar ligge i å fremme samarbeid, samt bygge og vedlikeholde kontakter og nettverk (Ibid).

## 1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Store deler av forskning og teori rundt tverrfaglighet, ser på hvordan forskjellig helsepersonell kan samarbeide på best mulig måte rundt et pasientforløp. Denne studien har tatt en annen vinkling, og har valgt å se på det tverrfaglige folkehelsearbeidet på systemnivå i kommunen med fokus på folkehelsekoordinatoren.

De fleste kommuner i Norge har etter anbefalinger fra Helsedirektoratet, ansatt en folkehelsekoordinator. Stillingsprosent, arbeidsfunksjon og plassering av folkehelsekoordinatoren kan varierer fra kommune til kommune, ofte i samsvar med hvor langt den enkelte kommune har kommet i sitt folkehelsearbeidet. Hvilken innvirkning har det på det tverrfaglige folkehelsearbeidet? Denne studien tar derfor sikte på å avdekke forhold rundt folkehelsekoordinatorfunksjonen som er av betydning for folkehelsekoordinatorens opplevelse av det tverrfaglige arbeidet med folkehelsearbeidet.

Ut fra valgt tema, og de forhold som er beskrevet, er følgende problemstilling formulert:

*Hvordan opplever folkehelsekoordinatoren det tverrfaglige arbeidet med folkehelsearbeidet?*

For å besvare problemstillingen er det videre formulert to forskningsspørsmål:

- *Hvordan er kommunikasjonen mellom folkehelsekoordinatoren og kommunens enheter for oppnåelse av et tverrfaglig- og tverrsektorielt folkehelsearbeid?*
- *Hvor er det mest hensiktsmessig at folkehelsekoordinatoren er plassert?*

### 1.3 Begrepsavklaring

Folkehelse: ”Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning” (Folkehelseloven paragraf 3, lovdata, 2011).

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

Fag: Termen fag kan anvendes som benevnelse på et håndverksfag, et vitenskapsfag eller et fag som består av en eller flere disipliner. Profesjoner har som regel et fag, men det er ofte utvetydig og gjenspeiler som regel et område som består av flere disipliner. For eksempel er faget til sykepleierne sykepleievitenskap, som består av blant annet fysiologi, anatomi, profesjonell omsorg, etikk og relasjonell kompetanse (Willumsen, 2009).

Tverrfaglig: Er når flere profesjoner jobber tett sammen mot et felles mål. Internasjonalt brukes det engelske ordet ”interprofessional”. Prefikset inter brukes når det gjelder større grad av interaksjon og integrering av ideer og aktiviteter mellom samarbeidspartnere. I Norge brukes også betegnelsen tverrprofesjonelt (Willumsen, 2009, s. 21). Denne studien benytter seg av tverrfaglig.

Tverrsektorielt arbeid: Bli i forhold til helse, omtalt som *tverrsektoriell handling for helse* (ISA) av WHO (2015). Det henviser til en inkludering av flere sektorer i tillegg til helsesektoren, både når det gjelder utforming og gjennomføring av en offentlig politikk for å bedre befolkningens helse og livskvalitet (Ibid).

## 2.0 Teoretisk Referanseramme

### 2.1 Helsefremming

Helsefremming er en viktig og dynamisk kraft i den nye folkehelsebevegelsen (Bunton & Macdonald, 2002). Det er ingen bestemte kilder som har bidratt til fremveksten av helsefremming (eng. health promotion), så dens opphav kan derfor oppfattes som komplekst (Von Heimburg, 2010). Utviklingen som har funnet sted, kan sies å være både uavhengig og i gjensidig påvirkning med folkehelsebevegelsen (Bunton & Macdonald, 2002). Ofte er slike vitenskapelige og praktiske utviklinger drevet frem av kritiske reaksjoner på tidligere standarder, noe som tydelig er tilfellet ved folkehelse og helsefremming (Von Heimburg, 2010).

Det foreligger viktige hendelser som har bidratt til å forme historien om helsefremming, og ført til den oppblomstring tradisjonen har fått. Det var den Canadiske ministeren for nasjonal helse og velferd, Marc Lalonde, som først introduserte betegnelsen ”helsefremming” i sin rapport *A New Perspective on the Health of Canadians* i 1974 (Lalonde, 1974; Bunton & Macdonald 2002). I korte trekk, var hovedbudskapet i rapporten at kritiske forbedringer innen det samfunnsmessige miljø og livsstil-relatert atferd, kunne føre til betydelig reduksjon i befolkningens sykkelighet og dødelighet (Ibid). Videre stod Lalonde fast ved at den biomedisinske modellen, hvor helse skapes ved å eliminere de sykdomsfremkallende faktorene, var for snever til å forklare helse (Eriksson & Lindström, 2008; Von Heimburg, 2010). Lalonde`s rapport bante vei for en rekke tiltak, i all hovedsak iverksatt av verdens helseorganisasjon (WHO) de neste 15 årene, og det begynte med Alma Ata deklarasjonen i 1978. Deklarasjonen understreket viktigheten av primærhelsetjenesten og impliserte en forpliktelse av alle medlemsland om prinsippet ”helse for alle 2000” (WHO, 1978). Strategien bygde på en ny visjon som kombinerte både livsstil og miljørettede tilnærminger, noe som bekreftet at helse er mer enn bare fravær av sykdom. Helse kan sees på som ”... *en tilstand av fullstendig psykisk, mental og sosial velvære.*” (WHO, 1978, s.2). Alma-Ata deklarasjonen regnes som en milepæl i ”helse for alle”-bevegelsen med sitt fundament om å involvere mennesker, samarbeid mellom ulike sektorer av samfunnet, og primærhelsetjenesten. Det bidro til at deklarasjonen skapte en ny retning for helsepolitikken (WHO, 2009). Med Ottawa Charteret i Canada åtte år senere, ble fokuset skiftet fra primærhelsetjenesten og over til et mer helsefremmende perspektiv.

Den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid ble holdt i Ottawa 21. november 1986, også kjent som Ottawa Charteret (OC). Konferansen var en reaksjon på økende forventninger om en ny verdensomfattende folkehelsebevegelse og bygget videre på Alma Ata deklarasjonen, WHO's mål om "helse for alle 2000" og tverrsektorielt arbeid for helse. Under Charteret ble helsefremming definert som "*prosessen som gjør det mulig for mennesker å øke kontroll over helsedeterminanter for å forbedre deres helse, som gjør det mulig å leve et aktivt og produktivt liv*" (WHO, 1986, s.1). Helse kommer her til uttrykk som en ressurs i hverdagen, og ikke bare et mål i seg selv. Samtidig understrekes det at helse er et positivt konsept som vektlegger både sosiale og personlige ressurser, samt fysisk kapasitet. Helsefremming beveger seg dermed utover helsesektoren og plasserer helse på agendaen hos alle politikere i alle sektorer og på alle nivåer, men også samfunnet som helhet. Helsefremmende arbeid krever derfor koordinerte handlinger av alle involverte parter (Ibid).

Sammenhengende helsefremmende aktiviteter basert på et befolkningsrettet samfunnsperspektiv, kan sies å være essensen i Charterets prinsipper (Lindström & Eriksson, 2009). Deklarasjonen fastslår tre grunnleggende strategier for helsefremmende arbeid: å aktivere, megle og forsvare. Det ble også utarbeidet fem viktige innsatsområder som forsterker hverandre med mål om å forbedre befolkningens helse gjennom: å bygge sunn offentlig politikk, skape støttende miljøer for helse, styrke fellesskapets handlinger for helse, utvikle personlige ferdigheter og re-orientere helsetjenester (WHO, 1986). Kjernen i deklarasjonen ligger i tverrsektorielt og intersektorielt samarbeid, hvor koordinerte handlinger kan betraktes som avgjørende (Ibid).

På WHO's første helsefremmende konferanse etter Ottawa, som fant sted i Adelaide i 1988, var temaet *sunn offentlig politikk*. Temaet anses som en grunnstein for å etablere miljøet som gjør de fire andre innsatsområdene i Ottawa Charteret mulig (WHO, 1988). Under Adelaide konferansen ble det identifisert fire sektorer utenfor helsesektoren, som hadde innflytelse på befolkningens helsedeterminanter, samt helsebeslutninger. Det var økonomi, jordbruk, miljø og kommunikasjon (WHO, 1998; Lindström & Eriksson, 2009). For å klare å oppnå visjonen om en sunn offentlig politikk, må regjeringen på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå ta affære. Det må oppmuntres til samarbeid innenfor og mellom de ulike politiske nivåene, samt fora for utveksling av erfaringer (WHO, 1988). Videre ut på 1990-tallet ble viktigheten rundt sunn offentlig politikk tydeliggjort. Først ved WHO's toppmøte i Jakarta, som omhandlet helsefremmende arbeid. Deretter ved WHO EURO sunn offentlig politikk program, kalt

”Verona Initiativet” i 1998, hvor fokuset lå på investering av helsen. Tiltaket lyktes i å føre aktører og sektorer sammen om en felles agenda. Betydningen av en sunn offentlig politikk ble løftet frem ved at EU erklærte at befolkningens helse skulle beskyttes gjennom å bli vurdert i alle EU’s politikkdokumenter (Lindström & Eriksson, 2009).

### **2.1.1 Helse i alt vi gjør, HiAP**

Både Alma Ata (1978), Ottawa Charteret (1986) og Adelaide (1988) understreker behovet for tverrsektoriell handling. Erkjennelse om at det sosiale og kulturelle miljøet mennesket er en del av har innvirkning på deres helse, har resultert i at for å lykkes med å bedre befolkningens helse, må et bredt spekter av samfunnsområdene inngå i arbeidet (Puska & Ståhl, 2010).

Allerede på 1970 tallet innførte Finland brede tiltak, som involverte ulike sektorer og politikk for å redusere den høye dødeligheten forbundet med hjerte- og karsykdommer. Det resulterte i bemerkelsesverdige offentlige helseforbedringer, og la føringen for helse-i-alt-vi-gjør tilnærmingen. I 2006, under det finske presidentskap for EU, ble den nye politikken for unionen utformet: ”Helse i alt vi gjør” (HiAP). Nøkkelelementet lå i å få helse og trivsel til å bli en felles verdi på tvers av samfunnssektorene (Ibid).

På den åttende helsefremmende konferansen i Helsinki 2013, var ”*helse-i-alt-vi-gjør*” temaet. Ønsket var å bygge en felles plattform for begrepets forståelse. I følge WHO kan HiAP betraktes som:

*”en tilnærming til offentlig politikk på tvers av sektorer som systematisk tar hensyn til de helsemessige konsekvensene av beslutninger, søker synergier og unngår skadelige helseeffekter for å forbedre befolkningens helse og helse egenkapital”*

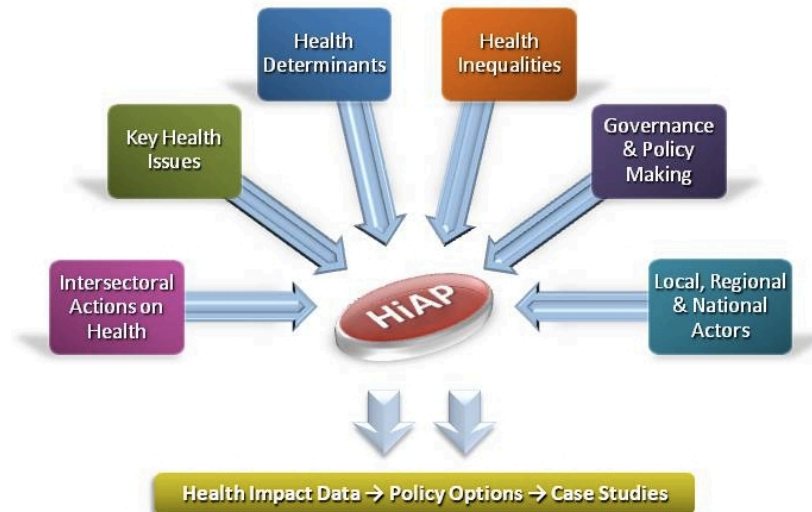
(WHO, 2013, s.1).

Som et konsept, reflekterer HiAP legitimitet, ansvar, åpenhet, deltakelse, bærekraft og samarbeid (WHO, 2014). Strategien tar utgangspunkt i faktorer utenfor helsetjenesten, som er av betydning for å bedre befolkningens helse, for eksempel sosioøkonomiske, sosiale og miljømessige faktorer. Ved å bistå ledere og beslutningstakere til å ta hensyn til helse, egenkapital og velvære i både utvikling, gjennomføring og evaluering av politikk kan befolkningens helse styrkes. Målet er å identifisere muligheter eller ordninger som har en



positiv innvirkning på helse. Det skal skje gjennom samhandling mellom politikere og beslutningstakere i sektorer, primært utenfor helse (Bert, Scaioli, Gualano & Siliquini, 2015).

Figur 1: Helse i alt vi gjør – HiAP



(National Institute for Health & Welfare, 2014)

Styrken ved HiAP tilnærmingen er at den kan operere horisontalt på tvers av sektorer, men også vertikalt for å bygge bro mellom lokale, regionale og nasjonale aktører for engasjement i politikk og gjennomføring (National Institute for Health & Welfare, 2014).

## 2.2 Salutogenese

Det var den amerikansk israelske sosiologen Aaron Antonovsky (1923-1994) som på slutten av 1970-tallet stilte det sentrale, salutogene spørsmålet om ”hva som skaper helse”.

Benevnelsen salutogenese stammer fra det greske *salus* (=helse) og *genesis* (=opphav), i.e., helsens opprinnelse (Antonovsky, 1987; Von Heimburg, 2010). Salutogenese ble av Antonovsky (1993a; Lindström & Eriksson, 2010) definerte som ”*prosessen av bevegelse mot helseenden av et helse/u-helse kontinuum*” (s.18).

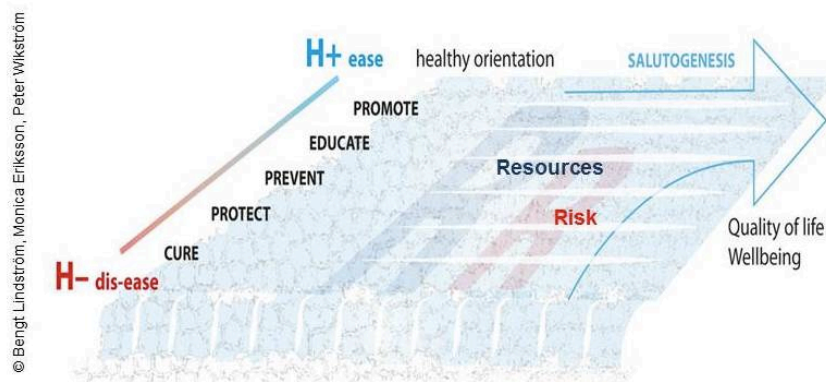
Det hele startet i 1970 da Antonovsky, med en forkjærlighet for stressteori, studerte kvinners tilpasning til overgangsalderen. Kvinnene hadde gjennomgått ekstreme stressbelastninger i livet, noen var også Holocaust overlevende. Likevel viste det seg at noen av kvinnene, til tross for deres negative livserfaring oppgav forholdsvis god fysisk og psykisk helse. De mestret hverdagen like godt som andre vanlige kvinner. Dette fanget Antonovskys oppmerksomhet.

Hvordan kunne en person som hadde gjennomgått slike ekstreme forhold som Holocaust, likevel ha det godt i etterkant? Han gjennomførte dybdeintervju med kvinnene for å finne ut hvorfor, og på bakgrunn av sine forskningsfunn, begynte Antonovsky å forme en ny teoretisk ramme for helse, salutogenese, basert på hans konsept om opplevelse av sammenheng (SOC) (Lindström & Eriksson, 2010).

Med den salutogene modellen, lanserte Antonovsky et nytt paradigme innenfor helseforskning (Antonovsky, 1979; Lindström & Eriksson, 2009). Han arbeidet ut fra en oppfatning om at helse er relativt på et kontinuum mellom absolutt u-helse (dis-ease) og fullstendig helse (ease). Det viktigste forskningsspørsmålet er hva som skaper helse (salutogenese), ikke hva som er årsak til sykdom (patogenese) (Antonovsky, 1979; Lindström & Eriksson, 2005b; Lindström & Eriksson, 2006). Salutogenese kan omtales som en prosess som vektlegger evner, ressurser, kompetanse, styrke, kapasitet og krefter som bidrar til å skape en følelse av sammenheng og dermed kan føre til en oppfattelse av livet som forståelig, håndterbart og meningsfullt. Den salutogene modellen kan anvendes på enkeltpersoner, grupper, organisasjoner og samfunn (Lindström & Eriksson, 2009).

Basert på stress som en naturlig del av livet, formet Antonovsky sin teori. Faktorer som kan forstyrre noens posisjon på kontinuumet, kalte han ”stressorer”. Vi er alle under påvirkning fra ulike stressorer, måten vi takler dem på avgjør i hvilken ende av kontinuumet vi befinner oss. Metaforisk har forskjellen mellom den biomedisinske modell og folkehelse, blitt beskrevet som en elv (Lindström & Eriksson, 2010).

Figur 2. Livets elv



(Lindström & Eriksson, 2010 s.17)

Figur tre viser at strømmen i elven flyter vertikalt. Nederst er det en kontinuerlig foss som strekker seg bortover hele elven. Dette symboliserer at uansett hvor du befinner deg, er det alltid en mulighet for å bli utsatt for risiko, sykdom og død. Hovedstrømmen og retningen i elven er imidlertid ikke nedover mot fossen, men driver vertikalt i retning mot livet. Elven er, akkurat som livet, fullt av risiko og ressurser. Hvor vi befinner oss avgjøres av vår innretning og kunnskap gjennom våre livserfaringer, muligheten til å identifisere og anvende nødvendige ressurser for å forbedre våre valg mot bedre helse og et ultimatt liv (Lindström & Eriksson, 2010).

### **2.2.1 Opplevelse av sammenheng (SOC) og Generelle motstandsressurser (GRR)**

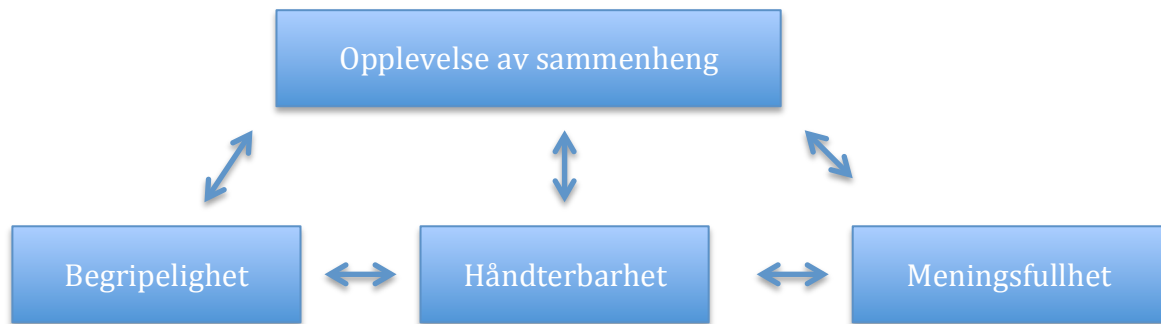
Teorien om salutogenese er basert på to konsepter: opplevelse av sammenheng (SOC) og generelle motstandsressurser (GRR). Oppmerksomheten vår blir i det salutogene perspektivet rettet mot faktorer som fremmer helse, og handler om å finne ut hvor på kontinuumet hver enkelt person til enhver tid befinner seg. For at en person skal bevare sin plassering på kontinuumet og eventuelt bevege seg i retning av helseenden, var Antonovsky overbevist om at opplevelse av sammenheng (SOC) er avgjørende. Opplevelse av sammenheng (SOC) kan defineres som:

*”en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men dynamisk følelse av tillitt til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i” (Antonovsky, 2012, s.41).*

SOC inneholder tre kjernekomponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2010). SOC anses som en livsorientering, og kan sees på som en mestringsressurs som gir deg mulighet til å velge forskjellige strategier for å løse ulike problemer eller håndtere livshendelser (Lindström & Eriksson, 2010).

Oppfatningen av sammenheng bygger på atferds-, kognitiv- og motivasjonsfaktorer. Ved bevisstgjøring og myndiggjøring av befolkningen, samt engasjement på områder som er meningsfulle for befolkningen, blir disse faktorene forbedret (Lindström & Eriksson, 2009).

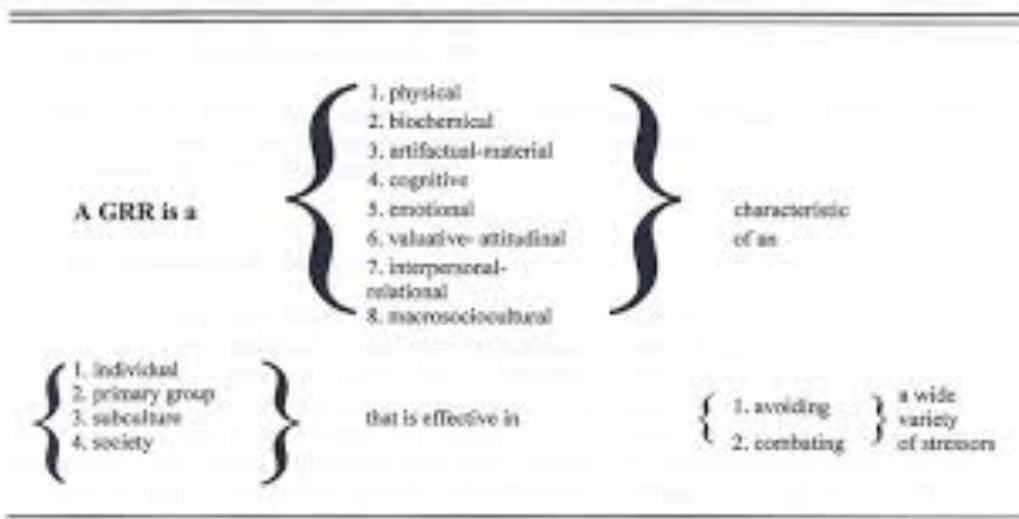
Figur 3. Opplevelse av sammenheng (SOC)



(Lindström & Eriksson, 2010, s. 21)

Generelle motstandsressurser (GRR) er det andre nøkkelkonseptet i salutogenese. GRR legger føringer for utviklingen av SOC og er av intern og ekstern karakter (Lindström & Eriksson, 2010). Mennesker besitter ressurser av både intern og ekstern karakter til rådighet, som medfører at det blir enklere å håndtere livet for dem (Lindström & Eriksson, 2009). GRR skaper, i følge Antonovsky (2010), livsopplevelser preget av indre sammenheng, medbestemmelse og en balanse mellom underbelastning og overbelastning, som videre skaper eller styrker en sterk SOC. Det som er av avgjørende betydning er at mennesker klarer å identifisere GRR, for så å anvende dem for sitt eget beste, samt for helseutvikling (Lindström & Eriksson, 2009).

Figur 4: Generelle motstands ressurser (GRR)



(Lindstrom & Eriksson, 2010, s. 19)

### **2.2.2 Salutogenese og helsefremming**

Uavhengig av hverandre, oppstod Antonovskys utvikling av salutogenese på omtrent samme historiske tid som utviklingen og opprettelsen av Ottawa Charteret. Det var ikke før senere at salutogenese skulle bli koblet til helsefremming (Antonovsky, 1996; Lindström & Eriksson, 2010). Helsefremming var i begynnelsen et politisk prinsipp med en svak teoretisk grunn. Selv etter løftet og prinsippene av WHO's Ottawa Charter, forble det meste av offentlig helse og helsefremmende forskning slik det hadde vært før – med et hovedfokus på helse i relasjon med sykdom og risiko gjennom forståelsen av determinantene som forårsaker sykdom. Antonovsky selv, var rett før hans død, i dialog med nøkkelaktørene ved den nye helsefremmende bevegelsen for å diskutere hvilken gevinst helsefremming kunne oppnå ved å anvende det salutogene rammeverket. Konklusjonen kom etter hans død, og det var tydelig at salutogenese kunne danne et solid teoretisk rammeverk for helsefremming (Ibid).

Antonovsky sa: ”*Tenk salutogent, og praktiser salutogent*” (Antonovsky, 1993; Lindström & Eriksson, 2009, s. 20). Når Antonovsky skaper syntesen og hovedkonseptet av salutogenese, virker det som han begrepsmessig søker støtte fra mange ulike teoretiske rammeverk (Antonovsky, 1979; Lindström & Eriksson, 2005b; Lindström & Eriksson, 2006). Salutogenese anses i dag som en av de sterkeste modellene og teoriene for å fremme helse. Det er viktig å understreke at salutogenese er et bredt konsept som ikke bare innebærer måling av SOC. Det foreligger mange andre teorier og konsepter som er med på å bidra til forklaringen av helse og velvære (Lindström & Eriksson, 2010). Et begrep hvor det er mulig å trekke paralleller til salutogenese er tverrfaglighet.

### **3.0 Tverrfaglighet**

Kjernen i denne oppgaven ligger i begrepet tverrfaglighet, som dekker et bredt spekter i dagens samfunn. Noe som er med på å understreke det bakenforliggende konseptet av tverrfaglighet, universalitet og kompleksitet, som videre synes å trosse definisjon. Likevel ser man at alle tverrfaglige aktiviteter forankrer seg i ideen om samhold og syntese, som skal bringe frem en felles epistemologi om å nå et bestemt mål (Chubin, Porter & Rossini, 1986; Klein, 1990). En av de fremste teoretikerne på området, Julie Thompson Klein, beskriver tverrfaglig arbeid som en måte å:

- *Besvare komplekse spørsmål*
- *Ta opp store problemer*
- *Utforske faglige og yrkesmessige relasjoner*
- *Løse problemer som er utenfor en disiplin*
- *Oppnå enhet av kunnskap i begrenset eller stor skala*

(Klein, 1990, s.11).

Når flere yrkesgrupper på tvers av faggrensene arbeider mot et felles mål, kan vi kalle samarbeidet for tverrfaglig (Glavin & Erdal, 2013). Tverrfaglig samarbeid regnes som en nødvendighet i dagens organisasjons- og samfunnsliv, både i teori og i praksis. Grunnen ligger i følge Lauvås & Lauvås (2004) i ”*at samfunnslivet er blitt så sektordelt, kunnskapen så spesialisert, og funksjonsdifferensieringen så langt drevet, at sammenheng og helhet er blitt vanskelig å håndtere*” (s.17). Selv om kravet og etterspørselen på tverrfaglighet er velkjent og tilstede, byr likevel et samarbeid på tvers av sektor-, organisasjon-, profesjons- og faggrenser på utfordringer. I praksis er et slikt samarbeid både vanskelig å få etablert, og ikke minst få til å fungere. Utfordringen ligger i kryssende særinteresser og ulike syn på selve virksomheten, i tillegg til praktiske problemer (Ibid). Styrken ved tverrfaglighet derimot, er den integrerende tilnærmingen som kan plasseres i rammen for utvikling av helse i en samfunnsmessige skala (Lindström & Eriksson, 2006).

Klein (1990) fastslår at innen tverrfaglighet er det kommet svært få bidrag, og hun mener diskusjonene rundt feltet er svært diffust. Dette forekommer selv om behovet for meningsfull interaksjon eksisterer overalt og det blir skrevet mye om det, blir likevel ikke de forskjellige bidragene sett i kontekst. Videre foreligger det en del usikkerhet rundt begrepet tverrfaglighet. Årsaken til dette ser ut til å ligge i at mange felter blir kalt tverrfaglige uten en klar definisjon av hva det innebærer. Begrepet anvendes om mange ulike former for arbeid og med ulike formål. Det blir uttrykt som et nostalgisk begrep på et tapt helhetsbilde, men også som en betegnelse på et nytt steg i vitenskapens utvikling. I følge Klein (1990) mangler mange av de som er involvert i tverrfaglig arbeid, en felles identitet med andre. Hun mener også at personene som holder på med forskjellige temaer innen ulike felt, likevel deler felles problemer og ideer, noe som indikerer et behov for et felles rammeverk for diskusjon og forskning. Med boka *Interdisciplinarity. History, Theory, and Practice*, ønsker Klein (1990) å bedre mulighetene for et slikt rammeverk ved å analysere de interne og eksterne kreftene som har formet tverrfagligheten.

Ethvert forsøk på å kartlegge begrepet tverrfaglighet er vanskelig. Det henger sammen med at utbredelsen av tverrfaglighet har sitt utspring fra så mange steder, at definisjonen kan varierer fra land til land, mellom institusjoner og innen samme universitet. Variasjonen kan til og med oppstå mellom personer i samme samarbeidsgruppe (Klein, 1990). Det er mulig å uttrykke fire grunnleggende typer samhandling, som har formet "tverrfaglig" samhandling i praksis. Det er lån, problemløsning, økt jevnhet av fag eller metoder, og fremvekst av et tverrfag (Ibid). Denne studien tar utgangspunkt i Klein og Newell (1997; Klein, 2004) sin definisjon på tverrfaglig praksis, som er *"en prosess for å svare på et spørsmål, løse et problem, eller ta opp et tema som er for bredt eller sammensatt til å løse tilfredsstillende nok av en enkelt disiplin eller fagprofesjon"* (s. 2). Ursula Hubenthal (1994; Klein, 2004) forklarer også nødvendigheten av tverrfaglig samarbeid. Grunnen ligger i at problemene er altfor sammensatte til å klare å bli bedømt passende, eller i mindre grad løst, ved bare å anvende emnekunnskap fra en enslig disiplin. Moderne samfunnsproblemer blir stadig mer sammensatte og gjensidig avhengige. Det indikerer at de ikke er isolert til enkelte sektorer eller disipliner, samtidig som de ikke er forutsigbare. De er kommende fenomener, som inneholder en lineær dynamikk, hvor påvirkninger har positive og negative tilbakemeldinger til årsakene. Usikkerhet er en faktor som fortsetter å oppstå og uventede resultater forekommer derfor. Det innebærer at "virkeligheten" kan betraktes som et kraftsenter av beslektede fenomener, som ikke kan reduseres til en enkelt dimensjon (Goorhuis, 2000; Egger & Jungmeier, 2000; Caetano, et al., 2000; Klein, 2004).

### **3.1 Det underliggende problemet ved kunnskap**

Roten til konseptet tverrfaglighet ligger i flere ideer som gjenspeiles overalt i den moderne avhandlingen av begrepet, ideene om enhetlig kunnskap, generell kunnskap, syntese og integrasjon av kunnskap (Klein, 1990). Spørsmålet om hvordan komme frem til enhetlig kunnskap, er et gammelt konsept som kan dateres tilbake til ideene hos de gamle greske filosofene, Platon og Aristoteles. Lenge før disiplinene oppstod, prøvde de å kategorisere menneskelig kunnskap for en bedre forståelse av hvordan kunnskap best ble opparbeidet og anordnet. For dem var filosofien den enhetlige disiplin som kunne samle alle former for kunnskap. Det at en disiplin kunne dekke alt, stilte andre seg mistenksomme til. På 1700 og 1800 tallet var samfunnet derfor preget av spesialisering innenfor ulike disipliner, som førte til en grunnleggende forandring i forskernes orientering (Weingart, 2010). Bekymringer for over-spesialisering oppstod ganske tidlig, og navn som Bacon, Descartes, Kant, Hegel og

Comte uttrykte sine bekymringer for fragmentering av kunnskapen. Den progressive utviklingen innen vitenskap, som ble utløst av et voksende antall disipliner, kontinuerte for de neste to hundre årene. Utformingen av de moderne universitetene på 1900 tallet bidro til at disiplinene igjen ble styrket på to hovedområder. Først ved at industrisektoren både krevde og etterspurte spesialister, og for det andre, ved at disiplinene svarte med å rekrutterte studenter (Klein, 1990).

Weingart (2010) påstår at oppsamling av mer og mer kunnskap ikke nødvendigvis vil være med på å løse dagens sosiale, politiske, intellektuelle og økonomiske problemer. En bedre forståelse av sammenhengen mellom kunnskapsfelt, hvordan produsert akademisk kunnskap kan overføres til samfunnet og fallgruvene, samt muligheten ved videre kunnskapsutvikling, mener han heller burde fremheves som en nødvendighet i dagens samfunn.

### **3.2 Hva er tverrfaglighet og hva er et fag?**

Tverrfaglighet forteller oss noe om relasjonene mellom fag, men hva kjennetegner selve begrepet fag? Et til dels vagt og abstrakt begrep som alle i samfunnet er ivrige forsvarere av. Og hvor går grensene mellom hva som er et fag og når noe går over å blir tverrfaglig?

Faget som yrkesutøvere representerer kan, i følge Løchen (1985; Lauvås & Lauvås, 2004) sammenliknes med ”*erobrede landområder eller intellektuelle territorier som skal forsvares mot invasjon eller forurensende immigrasjon fra fiendeland*” (s.32). Fag kommer her til uttrykt som verken noe nøytralt eller verdifritt. Beskyttelse av faget fremstår som noe iboende, og føler et fagmiljø seg truet utenfra, forsvinner indre splid og konfrontasjon medlemmene imellom for å danne en felles front og enighet rundt fagets eksistens og betydning. Vi regner både håndverksfag og vitenskapsfag som fag i norsk språkbruk. Hvert fag har sin egen kunnskapsbase som kan sies å definere faget. Det er utviklet i en kombinasjon mellom virkefelt, metoder, sannhetskriterier, begreper og teknologi. Det vil si at hvert fag representerer ulike perspektiver å betrakte, forklare og forstå virkeligheten på, med de begrensninger dette innebærer (Lauvås 1987; Lauvås & Lauvås, 2004). Over tid har både eksterne hendelser og interne intellektuelle krav bidratt til å forme og omforme fag. Det har ført til at et fag organiserer og fokuserer sine erfaringer innenfor et eget verdensbilde (Klein, 1990).



Angrep på faggrenser har nå blitt så utbredt at David Riesman (1974; Klein, 1990) uttalte at det kan anses som en del av et ”*standard repertoar av kritikk fra både utsiden og innsiden av Amerikansk høyere utdanning*” (s. 95). Det har bidratt til at forholdet mellom disipliner og tverrfaglighet ofte blir fremstilt som en opposisjon, et paradoks eller en dikotomi (Roederer, 1988; Klein 1990). Klein (1990) mener det har resultert i en oppfattelse av at tverrfaglighet kun fungerer som en kritikk av fagenes begrensninger. Angrep har foreligget fra alle sider, hvor ulike tematiske studier har beskyldt disiplinene for etnosentrisme, rasisme, sexisme, ukritisk forskning, positivisme og paradigmatisk fossilisering. Videre har de tverrfaglige og tematiske studiene blitt beskyldt for mangel på objektivitet, å være for lite strengt bedømt og for mye belaget på relativisme, erfaring og karakteristikk. I tillegg til dette, har det også blitt stilt spørsmål relatert til deres lojalitet til disiplinene. Med andre ord, det har vært bevegelse på begge sider, noe som understreker den produktive spenningen som kan oppstå ved slike konflikter. Uten denne kommunikasjonen kan verken spesialisten eller generalisten opptre som fullstendig kompetent. Å anse forholdet mellom en disiplin og tverrfaglighet som en ”dobbel blindgate”, eller som et fast valg mellom det ene eller det andre, blir å forenkle det kreative samspillet som har bidratt til endringer både innenfor disiplinens og tverrfaglighetens natur. Disipliner og tverrfaglighet kan derfor betraktes som ikke bare relative til hverandre, men også forpliktende i karakter (Ibid).

I følge Klein (1990), foreligger det et uunngåelig paradoks ved tverrfaglighet, som hun kaller disiplinens paradoks. Forstyrrelser har oppstått fordi det har foregått lån mellom ulike disipliner. Åpenhet fra noen disipliner, har ført til dannelse av nye disipliner, uten å bli merket som tverrfaglige. Selve paradokset Klein (1990) snakker om, har to sider; det første angår disiplinens rolle. Anerkjennelse av at ulike disipliner er det grunnleggende verktøyet for tverrfaglig arbeid. De ulike disiplinene er kilden til de instrumentelle og konseptuelle virkningene ved problem-løsning, grunnlaget for integrasjon og kritisk refleksjon. Dette behovet for disiplinene, bringer frem andre del av paradokset, nemlig rollen disiplinens oppførsel og struktur har i det tverrfaglige arbeidet. De tverrfaglige tematiske feltene, blir ofte kritisert for å være ikke-disiplinære, og oppfattes derfor mer som et virus i systemet enn næring for å støtte dem. Paradokset tilsier at det foreligger manglende respekt, før de selv kan bli kalt en disiplin. Igjen har det å bli en disiplin sin pris fordi disiplinene ofte blir sett på som en lukket, innadvendt stamme som i liten grad er åpen for endringer (Ibid).

### 3.2.1 Flerfaglig, tverrfaglig og transfaglig

Begrepet tverrfaglig er som tidligere nevnt, langt fra entydig. Utviklingen av flere tverrfaglige aktiviteter har ført med seg nye klassifiseringer som registrerer utvidelsen av den tverrfaglige slekten. Disse klassifiseringene, er i følge Klein (2010), drevet frem av nye typer av integrering, samarbeid, kompleksitet, kritikk og problemløsning. Ved å henvise til tverrfaglighet, sikter vi noen ganger til ”flerfaglig”, andre ganger til ”tverrfaglig” og ”kryssfaglig”, men også utover til ”transfaglig” (Nyseth, 2007). I litteraturen utgjør flerfaglig, tverrfaglig og transfaglig ulike typer og grader av tverrfaglighet (Klein, 2000). Dem imellom foreligger det viktige distinksjoner. Felles handler alle begrepene om kommunikasjon og dialog over faggrenser, i noen tilfeller integrasjon mellom fag som betegnelse på fagoverskridende virksomhet. Graden av integrasjon eller samarbeid beskriver forskjellen mellom begrepene (Michaud, 1972; Nyseth, 2007, s. 22).

Tabell 1: Karaktertrekk i typologien av tverrfaglighet

<b>Flerfaglig</b>	<b>Tverrfaglig</b>	<b>Transfaglig</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sidestilling</li><li>• Sekvens</li><li>• Innordne</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fullstendiggjøre</li><li>• Samhandle</li><li>• Sammenbinde</li><li>• Fokusere</li><li>• Forene</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Overgå</li><li>• Overskride</li><li>• Omdanne</li></ul>

(Klein, 2010, s. 16).

Flerfaglighet utgjør den svakeste formen for tverrfaglighet (Nyseth, 2007) og blir av OECD klassifisert som en sidestilling av fag. En slik sidestilling gir mulighet til bredere kunnskap, informasjon og metoder, selv om fagene forblir atskilt. Denne sidestillingen kan i hovedsak bli sett på som tilliggelser heller enn fullstendig-gjøring, fordi fagenes opprinnelige identitet beholdes og det stilles ikke spørsmål ved deres eksisterende organisering av kunnskap (Klein, 2010). I et flerfaglig arbeid er fagenes forhold til hverandre løse og begrensende, det foreligger ikke et aktivt samarbeid. Forholdet kan illustreres ved at nærliggende praksis av kunnskap fra et fag anvendes for å se sammenheng med et annet fag. Lauvås & Lauvås (2004) skriver at dette kan kalles tverrfaglig samordning og ikke tverrfaglig samarbeid. Når integrasjon og samspill oppstår, krysses skillet mellom flerfaglighet og tverrfaglighet (Klein, 2010).

Det gjør at tverrfaglighet er mer komplisert enn flerfaglighet:

*”Tverrfaglighet er vanligvis kjennetegnet ved integrering av informasjon, data, metoder, verktøy, konsepter og/eller teorier fra to eller flere disipliner eller personer med spesialisert kunnskap. Proaktivt fokus, blanding og innkobling av disiplinære tilførsler som fremmer en mer helhetlig forståelse av spørsmål, emne, tema eller problem av enkeltpersoner eller grupper” (Klein, 2014, s. 2).*

Nyseth (2007) understreker at nivået, typen, formålet og effekten av samhandlingen som oppstår ved tverrfaglighet vil imidlertid variere.

Transfaglig beveger seg ut over tverrfaglighet og er med det den mest integrerte og radikale formen (Nyseth, 2007). Ved å overgå det smale omfanget av faglige verdenssyn, kan transfaglig sees på som en overordnet syntese (Klein, 2014). I følge Nyseth (2007) kan det skje mellom, over eller på tvers av fagene. For Jantsch (1980; Lauvås & Lauvås, 2004) fremstår transfaglig som et ideal som vitenskapen bør strekke seg mot.

#### **4.0 Tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid**

Dagens folkehelsearbeid med både forebyggende og helsefremmende oppgaver bidrar til at det kreves tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. Det at folkehelsearbeidet i sin natur er sektorovergripende gjør at det beveger seg i et grenseområde for mange ulike profesjoner (Fosse, 2007). Det har ført til at både samarbeid og samhandling på mange måter er helt nødvendig for tilgang og utnyttelse av ressurser og kompetanse. Med et slikt bredt omfang er de organisatoriske aspektene som omfatter folkehelsearbeidet blitt enda viktigere (Axelsson & Axelsson, 2007). Fosse (2007) skriver at det tverrfaglige arbeidet innebærer samhandling mellom ulike fag eller profesjoner, mens det med tverrsektorielt arbeid er samhandling mellom tjenester og organisasjoner fra ulike samfunnssektorer.

Folkehelsearbeidet omfatter mange aktører. Hovedsakelig er disse aktørene å finne blant kommunale og statlige myndigheter, men også frivillige organisasjoner og private bidrag utgjør en viktig del av dette arbeidet. Det store antallet aktører har bidratt til en stor organisatorisk utfordring når det gjelder å føre alle berørte myndigheter og organisasjoner til felles innsats for å forbedre folkehelsen (Axelsson & Axelsson, 2007). Begrepene

samordning, samarbeid og samhandling anvendes om hverandre i tilknytning til arbeid i organisasjoner (Glavin & Erdal, 2013). Det foreligger dem imellom noe ulik betydning, samt grad av integrering. Integrasjon kan oppfattes som et overordnet begrep som impliserer å føre sammen de ulike aktørenes innsats til en helhet. Målet med integrasjon er å hindre fragmentering (Willumsen, 2009).

Både samhandling og samarbeid utøves på ulike nivå – personnivå og organisasjonsnivå. For å få et helhetlig perspektiv på samarbeid er det viktig å skille mellom nivåene (Ibid). Noen teorier belyser personfaktorer som ferdigheter, kompetanse, arbeidserfaring, etikk og lignende som kan bidra til kunnskap og forståelse om ulike samarbeidsformer som for eksempel nettverk, teamarbeid og ansvarsgrupper mellom personer (Ibid). Andre teoriers primærfokus er å belyse organisatoriske faktorer: som strukturene i organisasjonen, ansvarsfordeling, informasjonsflyt, grad av formalisering, fordeling av ressurser, konkurranse, ledelse og styring, relasjoner til staten, markedet og samfunnet. Hvor nettverk, partnerskap og allianser er ulike samarbeidsformer som blir benyttet (Ibid, s.39-40).

#### **4.1 Kommunikasjon**

Det er adskillige barrierer som stenger for tverrfaglighet. Kommunikasjon har å gjøre med en av dem (Nyseth, 2007). Kommunikasjon kan sees på som helt essensielt for å lykkes i et samarbeid. Begrepet kommunikasjon er hentet fra det latinske *Communicare*, som betyr ”å gjøre noe felles” (Eide & Eide, 2007). I et tverrfaglig samarbeid har kommunikasjon, i følge Lauvås & Lauvås (2004), to hovedfunksjoner:

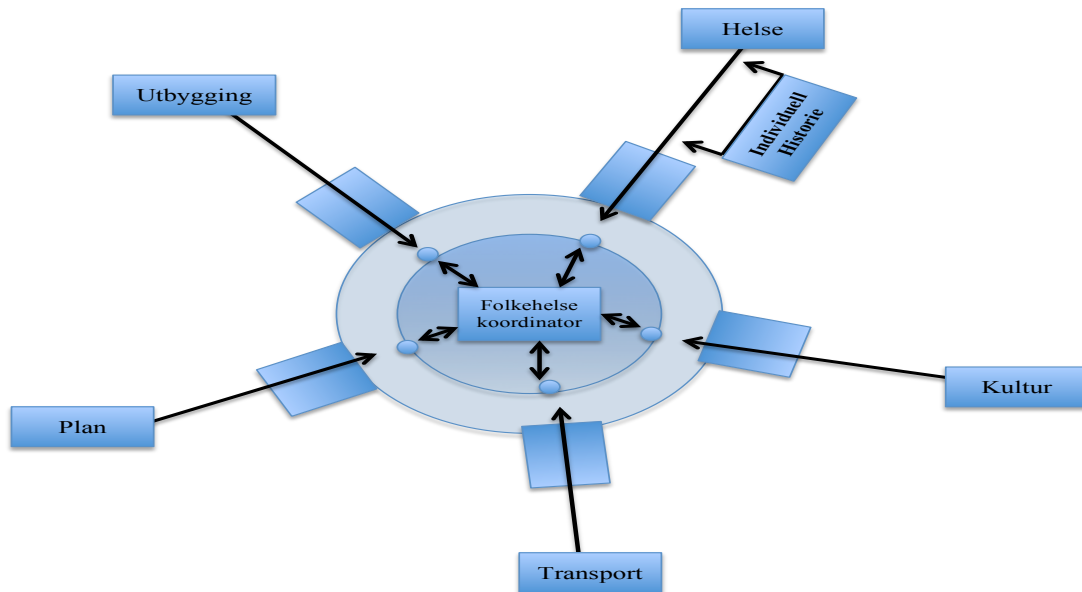
- Å gi relevant informasjon til de rette personene. Dette er det faglige og atferdsmessige aspektet ved kommunikasjonsprosessen
- Å medvirke til en sosial interaksjon mellom aktørene slik at kommunikasjonen får organisasjonen til å fungere som en sosial enhet.

(Lauvås & Lauvås, 2004, s. 178).

Faktorer som kunnskap, erfaringer, holdninger og motivasjon blant aktørene spiller en vesentlig rolle for kommunikasjonen. For at en dialog skal føre til kunnskapsutvikling må partene klare å skape tillit og trygghet dem imellom, gjennom åpenhet og ærlighet. Etablering av en god dialog krever dermed åpenhet blant de ulike aktørene for hverandre. Det indikerer

at deltakerne må utvikle både selvinnsikt og erkjennelse for at en dialog skal fungere og samarbeidet lykkes (Glavin & Erdal, 2013).

Figur 5: En tverrfaglig modell for å bygge sammenheng og fellesskap (Modifisert med fokus rettet mot folkehelsekoordinatoren)



(Modifisert etter Lindström & Eriksson, 2010, s. 52)

Hvert kvadrat utenfor sirkelen kan representere en samfunnssektor, hvor halen representerer individet. Utdanning, posisjon og disiplin må klargjøres før en tar steget inn på den tverrfaglige arena, hvor samarbeidet skal utøves (sirkel) (Lindström & Eriksson, 2010). Larsen (1994; Glavin & Erdal, 2013) beskriver det som nødvendig å innebefatte seg en sterk fagidentitet for selv å kunne tørre å eksponere seg, siden ikke alle fag er like dominerende. Det foreligger forskjellig status fagene imellom, og videre består de ulike fagene som grunnlag for den sosiale organiseringen av kunnskap, hvor faglig samarbeid kan betraktes som en sosialiseringssprosess. Steget inn på den tverrfaglige arena (den åpne området), kan det å fortelle sin "historie", og dele den med de andre sees på som første skritt i riktig retning for å skape et fellesskap. Det er like viktig å opparbeide seg kunnskaper om de andre profesjonenes ansvarsområde og faglige forståelse, som sin egen. Dette bidrar til å bygge en felles faglig forståelse for hverandre, men for at arbeidet skal være produktivt må noen enkle punkter følges: "respekter andre, slik du respekterer deg selv, del og lytt og bidra med egne erfaringer og bakgrunn. Fokuser på oppgaven, problemet som skal løses og la det utvikle seg til et felles problem hvor alle har lik innflytelse" (Lindström & Eriksson, 2010, s.53).

Folkehelsekoordinatoren er plassert i den innerste sirkelen, for å belyse sin funksjon i det tverrfaglige og tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Stegene inn i sirkelen er like viktig å forbeholde for folkehelsekoordinatoren for at samarbeidet skal fungere.

## **5.0 Forskningsmetode**

### **5.1 Valg av metode**

Det henvises til spesielle egenskaper ved begrepene kvalitativ og kvantitativ metode (Grønhaug & Kleppe 1989; Johannessen, Tuft & Kristoffersen, 2006). ”Kvalitet betyr *beskaffenhets* og viser til egenskaper ved fenomener, mens kvantitet viser til mengde eller *antall*” (Johannessen et al. 2006, s. 313).

Er ønsket å vite mer om menneskelige egenskaper som opplevelser, erfaringer, forventninger, tanker, motiver og holdninger, er kvalitative metoder et velegnet valg. Ved å bruke kvalitativ metode kan vi spørre etter betydningen, meningen og nyanser av hendelser og atferd, for å oppnå en økt forståelse av fenomenet vi ønsker å se nærmere på (Malterud, 2003).

Datainnsamlingen kjennetegnes av åpenhet og fleksibilitet. Målet er at materialet skal reflektere informantenes erfaringer og meninger. Videre assosieres kvalitativ metode som regel med nærhet til dem som undersøkes (Johannessen et al., 2006).

Ved kvantitativ metode ønsker vi som regel å teste en hypotese eller antakelse. Innsamlingen av datamaterialet inkluderer som regel mange enheter og muligheten til å trekke slutninger for hele befolkningen. Videre er kvantitativ metode i stor grad preget av strukturering og lite fleksibilitet. Datamaterialet bygger på tall, som analyseres ved bruk av statistiske modeller (Ibid).

Hvilken tilnærming som er mest hensiktsmessig å benytte i en studie avgjøres i stor grad av problemstillingen – ” *hva slags spørsmål er det prosjektet skal belyse eller besvare?* ” (Malterud, 2003, s. 32). Denne studiens problemstilling lyder; ” *Hvordan opplever folkehelsekoordinatoren det tverrfaglige arbeidet med folkehelsearbeidet?* ”. Som følge av problemstillingen, er det valgt å anvende en kvalitativ forskningsmetode siden målet søker forståelse, heller enn forklaring.

## 5.2 Forforståelse

På bakgrunn av at det er valgt en kvalitativ forskningsprosess for denne studien, er det viktig at jeg som forsker er klar over min forforståelse til materialet. Malterud (2003) skriver at forforståelsen er den bagasjen forskeren bringer med seg inn i forskningsprosjektet og består av de erfaringer, hypoteser, faglige perspektiver, samt holdninger og teoretiske referanserammer forskeren besitter. Ofte rommer denne bagasjen en motivasjonsfaktor og engasjement fra forskerens side til å innlede prosjektet rundt det bestemte temaet (Ibid). Jeg vil nå kort redegjøre for min motivasjon for studien.

Med en bachelor i idrett, visste jeg lite om folkehelsekoordinatorfunksjonen da jeg begynte på masterstudiet i helsevitenskap, høsten 2012. På et seminar i regi av NTNU, holdt folkehelsekoordinator Dina Von Heimburg, tidligere masterstudent på helsevitenskap, et innlegg om sitt bidrag til folkehelsearbeidet i sin kommune. Det fanget oppmerksomheten min og jeg ble nysgjerrig på hva denne stillingen innebar og hvordan det folkehelsearbeidet koordinatoren drev fungerte i praksis. Etter research kom det frem at imellom kommunene kunne folkehelsekoordinatorfunksjonen variere veldig. Jeg har troa på at en folkehelsekoordinator kan bidra til å styrke folkehelsearbeidet i kommunen. Derfor bestemte jeg meg for at min mastergradsavhandling, skulle se nærmere på folkehelsekoordinatoren og det tverrfaglige arbeidet med folkehelsearbeidet.

## 5.3 Forskningsintervjuet

Når en velger intervju som forskning, søker man ved et kvalitativt forskningsintervju å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Målet ved en slik innsamlingsform ligger i å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, samt vitenskapelige forklaringer. Et forskningsintervju er en profesjonell samtale, hvor det konstrueres kunnskap i samspill eller interaksjon mellom intervjueren og den intervjuede. En slik samtalen mellom to personer, gir rom for utveksling av synspunkter om et tema som opptar dem begge (Kvale & Brinkmann, 2010).

I denne studien er det blitt brukt et semistrukturert livsverdenintervju som kan beskrives som *”en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonenes livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener*

*som blir beskrevet*” (Ibid, s. 325). Et semistrukturert intervju, er verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. Det foreligger en intervjuguide, som fører samtalen inn på bestemte temaer ved hjelp av spørsmål som er laget på forhånd. Når det er sagt, så er det ikke noe krav om å følge guiden slavisk. Hensikten er heller at den skal tjene som huskeliste, for temaer du ønsker å ta opp i løpet intervjuet. Ved å anvende et fleksibelt intervju blir det også lettere å følge opp informantenes svar, slik at de kan begrunnes og utdypes av informanten selv (Repstad, 1998).

Ønsket med min intervjuguiden var at informantene mine i størst mulig grad skulle snakke fritt ut fra gitte tema rundt sin stillingsfunksjon som folkehelsekoordinator, og deres erfaringer og opplevelser rundt det tverrfaglige folkehelsearbeidet i kommunen.

### **5.3.1 Utvalg og rekruttering av informanter**

I følge Malterud (2003) er forskerens kilde til å gi svar på de spørsmålene som følger av problemstillingen å finne i datamaterialet. Et strategisk utvalg sammensatt på bakgrunn av målsettingen om at materialet skal inneholde data som har potensiale til å fremskaffe mest mulig relevante svar på problemstillingen, er derfor av avgjørende betydning. Det krever at forskeren har noe kjennskap om forholdet rundt temaet og dermed vet hvor det er hensiktsmessig å rette søkelyset (Ibid). Repstad (1998) meddeler at informantene i størst mulig grad bør være ulike. Dette bidrar til at intervjuene kan innhente et bredt spekter av inntrykk rundt den aktuelle problemstillingen.

Med tanke på at hensikten med denne studien er å se på hvordan folkehelsekoordinatoren opplever det tverrfaglige arbeidet med folkehelsearbeidet, var det å oppsøke personer som besitter en slik stillingsfunksjon naturlig. Derfor er alle informantene i denne studien folkehelsekoordinatorer fra ulike kommuner i Agder, hvor fire er fra Vest-Agder og fire er fra Aust-Agder. Kommunene som ble valgt ut, varierte i størrelse på antall innbyggere, som også kunne reflekterte grad av stillingsprosent folkehelsekoordinatoren var tildelt. Samtidig ble folkehelsekoordinatorens plassering i kommunen tatt i betraktning. Dette var bevisste valg fra min side, i henholdt til Repstad (1998) som påpeker behovet for ulikheter blant informantene. Det at Agder ble valgt som geografisk felt, var kun av praktiske årsaker.



De åtte utvalgte informantene ble kontaktet via mail, hvor kun tre responderte. De resterende ble derfor kontakter over telefon, hvor alle var mer enn villige til å stille til intervju. Det endelige utvalget i denne studien bestod av fem kvinner og tre menn, som representerte forskjellig stillingsprosent, samt plassering i kommunen som folkehelsekoordinator.

### **5.3.2 Innsamling av datamaterialet**

Hvor intervjuet finner sted, kan være av betydning for om det blir et vellykket intervju. Det kan være hensiktsmessig å utføre intervjuet på informantens arbeidsplass, slik at en følelse av trygghet og velvære blir opprettholdt. En annen viktig forutsetning er at intervjuet forblir uforstyrret (Repstad, 1998). Jeg kjørte derfor til de utvalgte kommunene for å møte mine informanter og gjennomføre intervjuet på deres arbeidsplass. Dette ble gjort for å oppnå en optimal intervjusituasjon. Hvert intervju varte mellom 30 – 60 minutter.

Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker som i følge Repstad (1998), har flere fordeler. Som intervjuer kunne jeg da ha fullt fokus på informantenes budskap og konsentrere meg om å notere ned nonverbal kommunikasjon som kroppsspråk og mimikk. Dette for å bedre bevare inntrykket og stemningen fra informantene under intervjuet.

For at det skulle oppstå en god samtale, slik at informantene snakket mest mulig fritt, har jeg som forsker og intervjuer en viktig rolle. Det å opptre som en god lytter og en støttende samtalepartner gjennom å utøve respekt ovenfor respondentene, kan sies å være av avgjørende betydning for å få flyt i samtalen (Ibid). Med dette i bakhodet, og ved å legge nøytrale og åpne spørsmål i begynnelsen av intervjuet, viste det seg i ettertid å være med på å skape en trygg atmosfære, som bidro til at kommunikasjonen mellom meg som intervjuer og de intervjuede fikk en god flyt.

### **5.3.3 Transkripsjon av datamaterialet**

Når alle intervjuene er gjennomført, er neste steg transkribering. Transkribering er å få den muntlige intervjusamtalen som er tatt opp på båndopptakeren, ført over til papir. Dette er en tidkrevende prosess, som noen forskere overlater til andre. Fortjenesten ved å gjøre dette arbeidet selv, er at jeg som forsker får en detaljert gjennomgang av arbeidsmaterialet (Malterud, 2003). Når en transkriberer ord for ord, påpeker Malterud (2003) at det fra muntlig

samtale til skriftlig tekst, alltid forekommer en fordreining av hendelsen. Grunnen ligger i at talespråket vårt er oppstykket og uformelt sammenlignet med skriftspråket. Det er derfor viktig å ikke forveksle den nedskrevne tekst med virkeligheten. For å gjøre denne overgangen fra muntlig til skriftlig tekst så myk som mulig tok jeg å transkriberte ned latter, tenkepauser og lignende.

For best mulig å overføre stemningen fra intervjuet ned på papiret, transkriberte jeg hvert intervju samme dag som det var blitt gjennomført. På den måten hadde jeg møtet og samtalen med hver enkelt informant friskt i minne. For å opprettholde anonymitet, er alle informantene omtalt med pronomen "han" i resultatdelen. De fremhevende sitatene er blitt skrevet om, for å oppnå bedre flyt i språket.

#### **5.4 Et hermeneutisk perspektiv**

Denne studien er teoretisk inspirert av hermeneutikken, som kan sies å ta for seg "*hvordan vi forstår virkeligheten gjennom våre fortolkninger av den*" (Langergaard et al., 2011, s. 126).

Hermeneutikken vokste frem på 1800-tallet som en motsats til den naturvitenskapelige forskningstradisjonen som baserer sin kunnskapsforståelse på konkrete, objektive og observerbare fenomener (Ryen, 2002; Glemmestad, 2011). I motsetning til den tradisjonelle naturvitenskap, står fortolkning og forståelse sentralt i hermeneutikken. Dette innebærer at vi prøver å lese sammenhenger og allmenne trekk inn i de observasjoner vi utfører.

Hermeneutikk blir derfor også kalt en fortolkningsprosess (Repstad, 1998).

I begynnelsen var hermeneutikkens hensikt å tilegne seg forståelse av budskapet i de hellige skrifter. Senere, utviklet det seg til også å innebære fortolkning av tekster i et bredere spekter. I det menneskelige liv spiller kultur, språk og felleskap en avgjørende rolle, de elementene betraktes derfor i hermeneutikken som felles forutsetninger for det å kunne oppnå kunnskap og kunnskapsproduksjon. Hermeneutikken bygger på at det ikke kun er i naturvitenskapen at kunnskap kan oppnås, men at det også er gjeldene ved den menneskelige delen av virkeligheten. Hvordan man fortolker ulike skrifter, vil i følge hermeneutikken ha en avgjørende betydning for den menneskelige praksis (Langergaard et al., 2011).

I den hermeneutiske fortolkningsprosessen spiller den hermeneutiske sirkel en avgjørende rolle, og henviser til forholdet mellom del og helhet (Kvale & Brinkmann, 2010). Steinar

Kvale (1979; Repstad, 1998) beskriver denne vekselvirkningen mellom del og helhet slik; ”Ud fra en indlende ofte vag og intuitiv global opfattelse af teksten som helhed, så tolkes de enkelte dele, hvorefter tolkningen af delene igjen relateres til helheden osv” (s.102). Målet med denne vekselvirkningen er å oppnå en dypere erkjennelse av meningsforståelsen (Kvale & Brinkmann, 2010). Det er vanlig å lese igjennom hele teksten, i dette tilfellet et nedskrevet intervju, for å prøve å oppnå et helhetlig inntrykk. Deretter vender man tilbake til delutsagn og enkelte temaer, for å utdype betydning og mening bak, før en retter oppmerksomheten tilbake til helheten for å reflektere og tolke, og slik fortsetter prosessen (Kvale, 1979; Repstad, 1998).

Wormnæs (1993) skriver at enhver fortolkning og fortolkningsprosess både formes av, og kan være en ukritisk projeksjon av visse forståelsesdisposisjoner. Bevissthet om de betingelsene som legger føringer for fortolkningsprosessen, kan være med på å unngå dette, og på den måten føre oss inn i den hermeneutiske sirkel på en god måte. Dette er viktig å være klar over, slik at fortolkningsarbeidet uttrykker tekstens verdi, og ikke blir et resultat av analytikerens verdier (Repstad, 1998).

## 5.5 Dataanalyse

Malterud (2003) skriver at analysedelen består av å bygge bro mellom rådata og resultater som oppnås gjennom fortolkning og sammenfatning av det organiserte datamaterialet. Selv om denne studien bygger på et hermeneutisk utgangspunkt, er det i analysedelen blitt anvendt et fenomenologisk analyse verktøy. Årsaken til dette er at det ikke foreligger en trinn-for-trinn analysemetode innenfor hermeneutikken (Kvale & Brinkmann, 2010). I henhold til dette, beskriver Malterud (2003) en detaljert fremgangsmåte som er tilpasset Giorgis fenomenologiske analyse, som kan anses som et relevant verktøy for å undersøke dataen på en systematisk og ordentlig måte. Det er utformet fire trinn, som det anbefales å følge i dataanalysen:

- 1) å få et helhetsinntrykk,
- 2) å identifisere meningsdannende enheter,
- 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, og
- 4) å sammenfatte betydningen av dette

(Malterud, 2003, s. 93).

Første steg handler om å bli kjent med materialet. Det å få overblikk og danne et helhetsbilde av alle intervjuene er viktig. Dette starter allerede etter hvert intervju, siden jeg hadde valgt å transkribere fortløpende som intervjuene ble gjennomført. Når alle intervjuene var gjennomført og ferdig transkribert, leste jeg nøye gjennom alle transkripsjonen i tur og orden, samtidig som jeg noterte ord og tema som kom frem, i margen. Neste steg handler om å finne ut hva som er relevant og irrelevant i materialet, og ut fra det trekke frem meningsbærende enheter. I datamaterialet ble det avdekket seks meningsbærende enheter. Tverrfaglighet, kommunikasjon, organisering, praksis, utfordringer og styrking av det tverrfaglige arbeidet. Tredje steg består i å hente ut meningen ved de identifiserte enhetene, ved hjelp av kondensering. Materialet det nå arbeides med, er betraktelig redusert i forhold til ved prosessstarten. Fjerde og siste trinn i analyseprosessen, er å rekontekstualisere og sammenfatte funnene våre. Målet er å validere de enkelte delene opp mot helheten. Dette for å forhindre reduksjonisme (Malterud, 2003).

## **5.6 Validitet og generaliserbarhet**

”Å validere er å kontrollere” (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 254). Validitet handler derfor om å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet, og er et viktig virkemiddel gjennom forskningsprosessen for å utføre kritisk refleksjon til materialet vårt (Malterud, 2003). Validering preger ikke bare en enkelt fase i undersøkelsen, men hele forskningsprosessen, og bør av den grunn brukes som kvalitetskontroll gjennom hele kunnskapsproduksjonen (Kvale & Brinkmann, 2010).

Innenfor intervjustudier stilles stadig spørsmålet om i hvilken grad funnene kan generaliseres. Antall intervjupersoner, er en vanlig kritikk til at resultatene ikke kan generaliseres (Ibid). I denne studien har jeg et utvalg på åtte informanter som har fortalt hvordan de opplever det tverrfaglige folkehelsearbeidet. Det gjør at denne studien representere subjektive opplevelser fra mine informanter. Underveis i prosessen har jeg lett etter teori som kan belyse temaet tverrfaglighet og tverrfaglig samarbeid, for å se om folkehelsekoordinatoren sin opplevelse kan sees i sammenheng med annen forskning på området fordi det er blitt gjort lite forskning spesifikt rettet mot folkehelsekoordinatoren og tverrfaglighet.

## **5.7 Metodekritikk**

Med kun åtte informanter er det med på å utgjøre et begrenset empirisk utvalg. Det problematiserer derfor muligheten for å generalisere studiens resultater til å være gjeldende for alle folkehelsekoordinatorer i norske kommuner.

Ulike forskere kan beskrive den samme virkeligheten ut fra forskjellige perspektiver. Forskerens posisjon og perspektiv får av den grunn stor betydning for hvilken kunnskap som avdekkes (Malterud, 2003). Mitt subjektive blikk kan derfor ha filtrert bort informasjon en annen person ville ha vektlagt.

## **5.8 Etske overveielser**

Det er viktig å overholde noen etiske prinsipper ved en kvalitativ studie fordi det foreligger interaksjon mellom mennesker når det kommer til datainnhenting. I den sammenheng at mennesker blir brukt som subjekt innen forskning, burde det i følge Fossheim (2009; Faanes, 2014) være basert på frivillig og informert samtykke. Alle informantene i denne studien fikk tilsendt et informasjonsbrev hvor hensikten med studien ble redegjort, og at deltagelse var frivillig. Før intervjuet startet, signerte informantene på et samtykkeskjema, som understreket at all innhentet data ville bli behandlet konfidensielt og innholdet som ble presentert ville være anonymisert. Videre har prosjektet vært sendt inn og blitt godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), personvernombudet for forskning.

## 6.0 Resultatdel

Etter gjennomlesning av de åtte gjennomførte intervjuene, avdekket analysen seks meningsbærende enheter som til sammen danner et helhetsbilde på hvordan folkehelsekoordinatorene opplever det tverrfaglige arbeidet med folkehelsearbeidet i ulike kommuner i Aust- og Vest Agder. De seks meningsbærende enhetene vil nå bli redegjort for, før en sammenfattende diskusjon vil bli gitt.

### 6.1 Tverrfaglighet

For bedre å kunne se nærmere på hvordan folkehelsekoordinatoren opplever det tverrfaglige arbeidet med folkehelsearbeidet, var det nødvendig å innhente en forståelse av hva informantene legger i begrepet tverrfaglighet. Gjennom intervjuene kom det frem at informantene assosierte tverrfaglighet med ulike fagbakgrunner og kunnskap, nye resultater på tvers, utfylle hverandre, samarbeid, gjensidig respekt, planlegging og involvering. En informant beskrev tverrfaglighet som:

*”Da tenker jeg i alle fall ikke flerfaglighet. Da tenker jeg at idealet er en samhandling med folk med ulik innfallsvinkel, men med felles målsetting og hvor du får den berømmelige synergieffekt om at  $2 + 2$  blir mer enn 4”*

Her kommer tverrfaglighet til uttrykk som noe positivt, som bør etterstrebes. Det indikerer også at hvis et tverrfaglig samarbeid fungerer, kan det bidra til å optimalisere arbeidet. Det var kun to av informantene som vektla at tverrfaglighet ikke er det samme som flerfaglighet, mens for flertallet av informantene virket dette skillet noe mer uklart. Noen av informantene poengterte at de ikke hadde så god innsikt i teorien(e) rundt begrepet tverrfaglighet. Det kan være med å belyse det Klein (2010) skriver om tverrfaglighetens mangfold, som har utviklet seg i nye klassifiseringer. I den sammenheng var det interessant at en informant fortalte at hans kommune nylig hadde gått i dybden på teorien(e) rundt tverrfaglighet. Det kan betraktes som et forsøk på å styrke forståelsen rundt begrepet og oppnå bevissthet rundt det tverrfaglige arbeidet i kommunen.

En annen informant la vekt på tverrfaglighet som et overordnet verktøy for felles problemløsning:

*”Det å ha planer som virker på tvers, som en paraply som flere sektorer og flere fag er nødt til å forholde seg til, er kjempeviktig. En sektor å jobbe mot et problem, det hjelper jo litt, men det monner ikke”*

Tverrfaglighetens nødvendighet blir her synliggjort. Samtidig understrekes viktigheten av å inkludere ulike fagprofesjoner og sektorer for å oppnå et effektivt og langsiktig folkehelsearbeid. Dette er i tråd med det Lauvås & Lauvås (2004) mener, når de beskriver dagens organisasjons- og samfunnsliv som sektordelt, som medfører at sammenheng og helhet ikke kan anskaffes av et fag eller en sektor alene. I tillegg understreker Fosse (2007) at folkehelsearbeidet i sin natur er sektorovergripende. Basert på svarene informantene oppgav rundt tverrfaglighet, men også rundt tverrfaglig samarbeid, var de alle innforstått med viktigheten av ulike perspektiver og innfallsvinkler for å klare å gjennomføre folkehelsearbeidet på best mulig måte. Det kan nevnes at informantene hadde ulike profesjonsutdanninger, fra helse-faglig personell til landskapsarkitekt og sivilingeniør. Derfor uttalte informantene at de alene, som folkehelsekoordinator, ikke kan løse kommunens folkehelseutfordringer, de er avhengig av at alle i kommunen tar et ansvar og jobber sammen på folkehelsefeltet. Det impliserer en bevissthet rundt eget fag, og at ingen fag kan se alt. Dette er i samsvar med det Lingås (2008; Jacobsen, 2010) sikter til rundt det å utvikle et helhetssyn. I første rekke handler det om å erkjenne at ingen kan vite eller forstå alt i egen dybde. Kun i team, hvor ulike fagpersoner med forskjellige dybdeperspektiver som utfyller hverandre, kan det oppnås noe som tilnærmet kan betraktes som et helhetssyn.

Kan tverrfaglighet i et overordnet perspektiv, betraktes som en god mulighet for å danne et sterkere helsefremmende og salutogent tankesett innad i kommunen på tvers av faggrensene og sektorer? Et tilbakeblikk på Ottawa Charteret (1986), viser et helsefremmende krav om koordinerte handlinger av alle berørte. Det legger føringen for at ulike aktører på forskjellige nivåer og sektorer må arbeide sammen for å øke muligheter og forutsetninger for helse. Positive helsedeterminanter som har innvirkning på enkeltpersoner, familier og lokalsamfunn, kan ikke sikres ved helsesektoren alene (WHO, 2009). Det å få enkeltpersoner, men også alle sektorene i kommunen til å tenke helsefremmende som en naturlig del i sitt arbeid (jmf. helse-i-alt-vi-gjør), kan oppfattes som et av de langsiktete målene ved folkehelsearbeidet. Kan

folkehelsekoordinatoren benyttes som en aktiv ressurs for en sterkere helse-i-alt-vi-gjør-implementeringsprosess i sin kommune?

## **6.2 Organisering**

Det viste seg at informantene representerte fire folkehelsekoordinatorer organisert inn under helse, og fire som var tillagt teknisk- eller samfunnssektoren i kommunen. Gjennom informantene var det tydelig at hvor deres stillingsfunksjon var plassert i kommunen, spilte en tydelig rolle i deres opplevelse av det tverrfaglige folkehelsearbeidet.

I de kommunene hvor en omorganisering var blitt gjort, og folkehelsekoordinatorfunksjonen var blitt omplassert fra helsesektoren, hadde det en positiv innvirkning på alle de involverte informantene. En informant som hadde blitt flyttet til rådmannens stab, beskrev hvilken betydning det hadde for han og det tverrfaglige folkehelsearbeidet:

*”Det betyr at rådmannen har tatt folkehelsekoordinatorfunksjonen til seg, og med det understreket poenget om at folkehelse inngår minst like mye i andre sektorer som i helsesektoren. Det er, etter min mening, en prinsipielt riktig og viktig måte å tenke på”*

I de kommunene hvor folkehelsekoordinatoren fremdeles var organisert inn under helsesektoren, hadde et overveiende flertall av informantene et ønske om å komme høyere opp, for å sitte på rådmannens nivå. Det kom tydelig til uttrykk gjennom en informant som beskrev: *“Jeg har jo bedt om at skal kommunen ta folkehelseloven på alvor, så bør folkehelsekoordinatoren sitte i rådmannens stab”*. Dette er et argument som er gjennomgående for flertallet av informantene som ikke har nærkontakt med rådmannens nivå, men som må gå gjennom en enhetsleder eller flere ledd for å komme dit.

Analysen avdekket flere årsaker til hvorfor informantene ønsket å sitte i rådmannens stab. Øverst stod gjennomslagskraften det kunne være med å gi dem på folkehelsefeltet, samt muligheten for bedre innsyn hos ulike sektorer. Opp til flere ganger, ble det understreket av informantene, at det er rådmannen som sitter med det overordnede ansvaret for folkehelsearbeidet i kommunen. Derfor kan en naturlig tanke være å knytte folkehelsekoordinatorfunksjonen nært opp til rådmannens omgivelser. Det skal nevnes, at



ideen bak ansettelse av en folkehelsekoordinatoren fra 1997, var at funksjonen skulle være plassert i rådmannens stab for å understreke feltets tyngde, men også det sektorovergripende i folkehelsearbeidet (NOU 1998). Likevel er mange folkehelsekoordinatorer plassert i helsesektoren (Helgesen & Hofstad, 2012 & Schou et al., 2014). Skal kommunen klare å realisere prinsippet om å tenke ”helse-i-alt-vi-gjør”, er det en kollektiv forståelse fra informantene, at folkehelsekoordinatorfunksjonen bør opp på rådmannens nivå. En av informantene som prøver å få funksjonen sin flyttet opp til rådmannen, uttrykte: *”Han hører jo 90 % hjemme i rådmannens stab og 10 % hjemme i helse, mener jeg”*.

Dette er i overensstemmelse med rapporten til Schou et al. (2014). Nå som ansvaret for folkehelsearbeidet, med folkehelseloven i spissen, er plassert i kommunen som sådan, indikerer det at helsesektoren ikke lenger skal ha ”enerett” på det politikkområdet. I følge Schou et al. (2014) vil plasseringen av folkehelsekoordinatoren ha innvirkning på hvor stort gjennomslag folkehelse har tverrsektorielt i kommunen. En prosjektoppgave, gjennomført i Bærum kommune, avdekket fem suksessfaktorer for å sikre folkehelselovens krav om å fremme folkehelse tverrsektorielt i kommunens planarbeid. Første suksessfaktor, var at folkehelsearbeidet blir forankret og operasjonalisert hos rådmannen og hans ledergruppe, med folkehelsekoordinatoren som en ressurs (Vågårøy et al. 2013). Det er mye som kan tyde på, at hvis kommunen ønsker å realisere ”helse-i-alt-vi-gjør”- tilnærmingen, og ytterligere utføre sitt arbeid helsefremmende, bør folkehelsekoordinatorens administrative plassering prioriteres. I tillegg avdekket analysen at det er mulig å trekke paralleller til hvilken arbeidsfunksjon folkehelsekoordinatoren utøver opp mot funksjonens fysiske plassering. De av informantene som har nærkontakt med rådmannens nivå, er innforstått med å ha en koordinerende rolle. En informant så på seg selv som: *”den i kommunen som jobber med å dra i gang ting og samarbeide det utover”*. En annen beskrev seg selv som: *”Jeg er koordinator, mer enn en utøver direkte”*. For å kunne styrke befolkningens helse, skal det ut i fra et salutogent perspektiv, vektlegges faktorer som har en positiv effekt på helsen. Ut i fra studiens analyse, kan folkehelsekoordinatoren betraktes som en ressurs i arbeidet med å samle aktuelle aktører på et høyt nivå innad i kommunen. Dette kan, i sin tur, bidra til å styrke folkehelsearbeidets forankring høyt i kommunen, som er i tråd med HiAP’s visjon (WHO, 2013). De informantene som ikke var plassert på rådmannsnivå, stilte seg derfor kritisk til om ledelsen i kommunen virkelig hadde forstått innholdet i den nye folkehelseloven. De ulike informantenes plassering, kan derfor tolkes som utslagsgivende for hvordan de opplever det tverrfaglige arbeidet med folkehelsearbeidet.

### 6.3 I praksis

Glavin & Erdal (2013) skriver at et tverrfaglig arbeid innebærer et samarbeid mellom ulike profesjoner og faggrupper rundt et gjensidig problem mot et felles mål. Med utgangspunkt i problemstillingen, burde informantene være en god indikator på å kunne fortelle hvordan det tverrfaglige arbeidet med folkehelsearbeidet faktisk fungerer i praksis. Det var av interesse å høre om folkehelsekoordinatoren mente arbeidet som utøves er tverrfaglig, eller om det jobbes mer flerfaglig i praksis, selv om det blir merket tverrfaglig. Bakgrunnen ligger i at flerfaglighet ofte blir brukt synonymt med tverrfaglighet (Ibid). Det viste seg at informantene hadde delte meninger om hvordan de opplevde at det tverrfaglige folkehelsearbeidet utartet seg i praksis.

En informant gav uttrykk for at: *”Jeg har jo opplevd at vi prøver å jobbe tverrfaglig, men så jobber vi flerfaglig”*. En annen fortalte: *”Det har vært, i beste fall flerfaglig. Ofte har det vært enfaglig ville jeg sagt”*. Det overveiende flertallet av informantene kunne meddele at arbeidet ofte var flerfaglig i stedet for tverrfaglig når det kom til folkehelsearbeidet i kommunen. En av informantene mente:

*”På det som jeg har prioritert så synes jeg det har blitt tverrfaglig, men det aller meste av det vi gjør er jo fremdeles flerfaglig. Ja, så det er mye igjen”*.

Kan det betraktes som at folkehelsekoordinatoren har en reell innvirkning på det tverrfaglige folkehelsearbeidet i kommunen? Alle informantene gav uttrykk for at det tverrfaglige arbeidet kunne bli bedre. Enkelte mente at deres kommune hadde en lang vei å gå, mens andre informanter gav uttrykk for at de var godt på vei. Hos hver enkelt kommune har endringer blitt utøvet i større eller mindre grad de siste to årene etter at folkehelseloven trådte i kraft, og mye er blitt gjort nettopp for å bedre samarbeidet mellom ulike fagpersoner og sektorer. Hva kan årsaken være til at arbeid som i utgangspunktet skal være tverrfaglig, ikke forblir det i praksis? En rapport gjort av Helgesen et al. (2014) viser at i tillegg til organisasjonsmodell, kan det fremheves to faktorer som har stor innvirkning på det tverrsektorielle og tverrfaglige samarbeidet. Det er varigheten kommunen har hatt på et helsefremmende og forebyggende fokus, og kommunens størrelse.

En informant gav uttrykk for hvorfor arbeidet ikke var tverrfaglig: *"Jeg har jo en veldig følelse av at det først da internt i kommunen jobbes veldig i båser"*. I følge Klein (2010) innebærer tverrfaglig samarbeid, til forskjell fra flerfaglig samarbeid, integrasjon og samspill. Ut i fra hvordan informantene beskrev arbeidet i kommunen, var det ikke overraskende at flere av dem hadde opplevd tverrfaglig samarbeid som ikke hadde fungert, og derfor endt i flerfaglighet. Kan et økt fokus, og tilrettelegging på at det tverrfaglige arbeidet blir vellykket i praksis, bidra med å styrke et helhetlig salutogent og helsefremmende perspektiv på flere områder? Ikke bare for de involverte i det tverrfaglige arbeidet på systemnivå, men for samfunnet som helhet, fordi samfunnet er en berørt part av beslutningenes resultater? Gjennom folkehelseslovens "helse i alt vi gjør", blir kommunene oppfordret til å føre en sunn offentlig politikk, som innebærer et felles ansvar for å anerkjenne, beskytte og utvikle helse og trivsel for innbyggerne (National Institute for Health and Welfare, 2014). Et velfungerende tverrfaglig arbeid, kan mellom linjene leses som avgjørende for å klare å utøve et velfungerende og godt folkehelsearbeid i hver enkelt kommune.

#### **6.4 Kommunikasjon**

Kommunikasjon mellom de involverte, er en viktig forutsetning ved et tverrfaglig arbeid. Ett interessant funn analysen avslørte, var at kun en av informantene nevnte noe om kommunikasjon når de beskrev tverrfaglighet. Videre avslørte analysen et lignende funn i et spørsmål relatert spesifikt mot tverrfaglig samarbeid. Med tanke på at kommunikasjon er avgjørende for i hvilken grad arbeidet kan kalles tverrfaglig, heller enn flerfaglig, var dette overraskende. Kan det forstås som at teorien(e) på tverrfaglighet blant informantene kan være mangelfull? Klein (1990) gir uttrykk for at rundt begrepet tverrfaglighet, ligger det en del usikkerhet. Det kan forklares ved at mange felter har fått merkelapp som tverrfaglig, uten en begrepsforklaring på hva det egentlig innebærer. For å klare å lykkes med et tverrfaglig arbeid, må det ifølge Glavin & Erdal (2013), foreligge kunnskap om kommunikasjon. Skal kommunen klare å styrke den tverrfaglige og tverrsektorielle innretningen på folkehelsearbeidet, kan kommunikasjon anses som et grunnleggende element for å lykkes. En informant understreket dette, når han trakk kommunikasjon frem som det viktigste for å bedre det tverrfaglige arbeidet rundt folkehelsearbeidet: *"Dialog, dialog, dialog, er det ikke det det heter?"*.

Videre avdekket analysen åpenhet, nøytralitet og uformelt som viktige faktorer av betydning for kommunikasjonen i det tverrfaglige arbeidet for informantene. Dette er faktorer Eide & Eide (2007) fremhever for at en gruppe skal klare å fungere godt. Gjennom intervjuene ble også gjensidig respekt understreket som en forutsetning for å styrke kommunikasjonen. En informant fortalte:

*”Hvis man ikke har de grunnleggende forutsetningene på plass og da tenker jeg på respekt, altså hvilke signaler man gir. Så vil jo ulik faglig innfallsvinkel kunne hemme kommunikasjonen”*

En annen informant mente at grunnen til at han opplevde at kommunikasjonen var så god, skyldtes den korte avstanden med de involverte i det tverrfaglige folkehelsearbeidet:

*”Jeg er plassert slik at avstanden er kort. Innover her sitter plansjef, rådmann, ordfører, alle på ledelses nivå. Det er bare for meg å gå ut døra å plukke og det gjør jeg. Det er også mye som skjer uformelt i gangene”*

Her kan den gode kommunikasjonen informanten opplever relateres til hans plassering i kommunen. Flere av informantene som var strategisk plassert, følte at det å ta kontakt med relevante aktører for folkehelsearbeidet var enklere, enn om de hadde vært plassert lenger nede i systemet.

Språk, ble av kun en informant sett på som en utfordring rettet mot kommunikasjonen i det tverrfaglige arbeidet. Det tverrfaglige folkehelsearbeidet i kommunen forutsetter involvering av ulike fagpersoner, noe som innebærer ulike måter å forklare og forstå virkeligheten på (Lauvås, 1987; Lauvås & Lauvås, 2004). Det kan bidra til å problematisere kommunikasjonen, hvis ikke en felles plattform blir etablert.

Et annet viktig funn analysen avslørte, var at ingen av informantene hadde noe direkte negativt å si angående kommunikasjonen i det tverrfaglige folkehelsearbeidet. Det overveiende flertallet uttrykte at faktorer som tillit, respekt og likeverd var tilstede, og bidro dermed til at de ikke betraktet kommunikasjon som en utfordring i det tverrfaglige arbeidet. Det kan nærmest omtales som et paradoks. Paradokset ligger i at det tverrfaglige arbeid i praksis ofte viste seg å være flerfaglig, noe som indirekte tyder på manglende kommunikasjon

mellom de involverte. Samtidig avdekket analysen at flertallet av informantene mente at kommunikasjonen i det tverrfaglige arbeidet til nå, hadde vært for dårlig. Blant informantene kan det derfor sies å foreligge en del motsetninger når det kommer til kommunikasjon. Først uttrykkes det at kommunikasjonen fungerer veldig bra, deretter avdekkes andre forhold som indikerer at kommunikasjonen kan bli bedre. En årsak til at informantene opplever kommunikasjonen i det tverrfaglige arbeide forskjellig, kan forklares ved at kommunikasjon er personavhengig. Selv om gode rammebetingelser er tilstede, forutsetter ikke det nødvendigvis en god dialog mellom aktørene. I et tverrfaglig samarbeid vil faktorer som kunnskap, holdninger, motivasjon og erfaringer blant aktørene også ha avgjørende betydning (Glavin & Erdal, 2013).

## **6.5 Utfordringer**

Når personer med ulike fagprofesjoner skal arbeide sammen, fører det naturligvis med seg noen utfordringer. Utfordringer som ble avdekket gjennom analyseringen, varierte fra informant til informant. Felles for noen av informantene kan sies å være mangel på respekt, lite delaktighet og kulturforskjeller. En av informantene trakk spesielt frem at det kunne være en utfordring å krysse ulike fagområder:

*”Det er noen ganger vanskelig å få tilstrekkelig respekt. I alle fall tydelige nok signaler om at respekt på tvers mellom tekniske og medisinske eller humanistiske fag”*

Likevel, mente de fleste informantene at utfordringene forbundet med det tverrfaglige arbeidet rundt folkehelsearbeidet, oftest skyldtes uvilje heller enn manglende respekt. En annen informantene la størst vekt på at manglende innblikk var det han opplevde som en utfordring som gjorde seg gjeldende i det tverrfaglige folkehelsearbeidet:

*”Jeg synes folk generelt er altfor lite flinke til å være nysgjerrige på hva andre driver med. Kunnskapen om hva hver og en driver med i dag er for liten, så jeg føler det er mer mangel på kjennskap til hverandre, enn mangel på respekt”*

Dette kan forstås ut i fra det Lauvås (1987; Lauvås & Lauvås, 2004) kaller fagets kunnskapsbase. Faget den enkelte representerer fremstår som noe iboende og blir av yrkesutøveren beskyttet. Klein (1990) kaller det fagenes paradoks. Noe som innebærer at det

foreligger både manglende respekt før de får tilnavnet et fag, samtidig som et fag kan bli oppfattet som lukket.

De av informantene som nevnte at stillingsprosent medførte en utfordringer, hadde stillingsprosent på under 50 % som folkehelsekoordinator. Årsaken til at stillingsprosenten ble ansett som en utfordring, var at tiden ikke strakk til og at de måtte prioritere bort mye de egentlig ønsket å være med på. Det som er av interesse, er at analysen avdekket at både tid og prioriteringer var de samme utfordringene som informanter med 100 % stillingsandel opplevde. Med økende stillingsandel, tillegges funksjonen flere oppgaver, enn de som besitter en liten stilling. Hvordan kommunen ønsker å bruke folkehelsekoordinatoren, kan heller sees på som avgjørende i stedet for stillingsandelen. En informant med stillingsprosent på under 50 % beskrev dette veldig godt:

*”Jeg er litt opptatt av at man ikke må bli for opphengt i folkehelsekoordinatorens stillingsbrøk som det eneste saliggjørende. Det handler mye om å jobbe på en måte som utløser andre ressurser. Det med å oppdra organisasjonen til å virkelig tenke folkehelse som en integrert bit i alt vi gjør, det gjør vi ikke best ved at vi har en, at der er han som steller med folkehelse. Det bør være flest mulig som blir trukket inn og blir medansvarlig for de prosessene”.*

Dette er av interesse, fordi Sunne Kommuner (Prop. 90 L, 2010-2011) har gitt uttrykk for at skal folkehelsekoordinatoren ha en reell effekt på kommunens folkehelsearbeid, må stillingen være innenfor 50-100 % rammen. Er det en mulighet for at vi har vært for opptatt av stillingsprosenten? Og med det, fokusert mindre på hvordan folkehelsekoordinatoren kan klare å utløse andre aktører fra ulike sektorer for å bidra på folkehelsefeltet? Det at folkehelsearbeidet i mye større grad enn før, toucher innom alt, kan være med på å understreke viktigheten av en synergieffekt på feltet. Det viste seg gjennom analysen, at for folkehelsekoordinatoren, var organiseringen av funksjonen i større grad avgjørende for det tverrfaglige arbeidet, enn stillingsprosenten.

## 6.6 Styrking av det tverrfaglig arbeidet rundt folkehelsearbeidet

Analysen var med på å avdekke noen sentrale faktorer som informantene mente måtte være tilfredsstilt for at det tverrfaglige arbeidet med folkehelsearbeidet skulle være mulig å gjennomføre på en effektiv og produktiv måte for alle involverte. Disse faktorene kan være av betydning for det videre tverrfaglige folkehelsearbeidet, uavhengig av hvor langt hver enkelt kommune er kommet i sitt folkehelsearbeid. Faktorene som viste seg å være mest sentrale for informantene kan oppsummeres ved: dialog, medvirkning, forankring, delegering, respekt, forståelse, nytteverdi og konkrete oppgaver. Gjennom intervjuene kom det frem at ved å prioritere disse faktorene, kan det tverrfaglige folkehelsearbeidet styrkes. Noe som kommunene bør etterstrebe, med tanke på at det tverrfaglige arbeidet som regel ikke var tverrfaglig i praksis, men flerfaglig.

Det aller meste av det kommunen planlegger, gjennomfører og gjør har folkehelseimplikasjoner. Det at folkehelseloven har gitt rådmannen hovedansvaret for folkehelsearbeidet, kan være med på å understreke betydningen av å tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordelingen fra øverste hold og utover i sektorene. Det bidrar til at ulike fagprofesjoner og sektorer blir involvert i arbeidet (jmf. Helse-i-alt-vi-gjør). Når det er flere med forskjellig fagbakgrunn som skal arbeide sammen, er det viktig at hver og en ser verdien av arbeidet som gjøres. Her kan folkehelsekoordinatoren besitte en rolle som medvirker til å få enkeltpersoner, samt sektorer til å tenke helsefremmende og salutogent i deres arbeid med folkehelse. En informant fortalte:

*”Det å være med å forme, at det ikke blir noe som er bestemt ovenifra. Si at sånn skal det være, men at det er ting som er forankret oven i fra med en ramme rundt deretter er de som er utpekt av ledelsen med på å forme det videre produktet. Det er kjempe viktig at du får et eierskapsforhold til det”*

En annen informant var opptatt av at det tverrfaglige folkehelsearbeidet måtte oppleves som et kollektivt gode for å gi resultatene man ønsker:

*”At det blir prioritert, at de som er med ser at de vil ha nytte av å være med. At alle føler at det fører til noe mer, enn om man hadde sittet hver for seg. Tverrfaglig arbeid må ikke oppleves som en ekstra oppgave. Det tror jeg er veldig viktig”*

Dette understreker også Larsen (2006), ved å si at samarbeid og felles innsats, vil som regel gi flere resultater enn hva summen av de enkelte bidragene ville gjort. Dette hersker det trolig enighet rundt, når det tverrfaglige arbeidet er vellykket. Ved å styrke folkehelsearbeidet på systemnivå, kan samfunnet som helhet høste frukter av det. Det at alle er involvert og har et ansvar for folkehelsearbeidet, ble allerede understreket i 1978, under Alma-Ata deklarasjonen. Gjennom ”helse for alle 2000”, skapte deklarasjonen en ny retning for helsepolitikken, som med Ottawa Charteret i 1986 fikk et mer helsefremmende perspektiv (WHO, 2009). Kjernen i Ottawa Charteret ligger i koordinerte handlinger ved tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, for å forbedre befolkningens helse (WHO, 1986). Med bakgrunn i dette, burde kommunene i større grad prioritere det tverrfaglige arbeidet rundt folkehelsearbeidet. Kan folkehelsekoordinatoren ilegges et ansvar for å styrke den helsefremmende innretningen på det tverrfaglige folkehelsearbeidet i kommunen? Informantene fikk spesifikke spørsmål knyttet til om de hadde mulighet til å delta i et tverrfaglig folkehelseforum, og hvordan det kunne bidra til å styrke det tverrfaglige folkehelsearbeidet i kommunen. Noen av informantene var involvert i flere tverrfaglige fora relatert til folkehelsearbeid, andre hadde et hoved forum, mens mindretallet ikke hadde opprettet et slikt forum rettet mot folkehelsearbeidet i kommunen. Resultatene kan igjen avspeile hvor langt den enkelte kommunen er kommet i sitt folkehelsearbeid. For informantene som deltok i tverrfaglige folkehelseforum, var det viktig at de ble opprettet etter behov og hadde en klar agenda. Det var først da, en slik tverrfaglige gruppe utrettet noe på folkehelsefeltet. En av informantene fortalte at han hadde dårlig erfaringer med faste tverrfaglige møter:

*”Det opprettes etter behov. Det er litt det jeg er ute etter, for vi hadde jo som sagt et sånt folkehelseråd eller gruppe for flere år tilbake, som jeg skulle lede og det var tungt. Du satt bare der, du fikk ikke noe igjen for det. Man må ha møter med de som er involvert. Hvis ikke er det ikke vits”.*

Når det tverrfaglige arbeidet foregår rundt en konkret oppgave som skal løses, var flere av informantene enige om at det fungerte også bedre i praksis. Arbeidet som da ble utført, kunne i mye større grad også kalles tverrfaglig, enn når ulike faggrupper kom sammen uten en direkte målsetting. Dette er i samsvar med det Glavin & Erdal (2013) skriver om at god planlegging, god struktur og felles mål er avgjørende i tverrfaglige møter for bedre å kunne klare å samarbeide.



Det var ett mindretall av informantene som ikke hadde slike tverrfaglige forum på folkehelsearbeidet, men arbeidet aktivt for at kommunen skulle prioritere å opprette ett. Mange mente at nytten ved en slik tverrfaglig gruppe kunne styrke kommunikasjonen rundt folkehelsearbeidet. En informant som prøvde å få iverksatt et tverrfaglig forum på folkehelsearbeidet sa:

*”Jeg tror at det arbeidet kan bli viktig for forståelsen av den nye folkehelseloven og hva den betyr for hvordan vi plikter å jobbe”*

Mye tyder på at et tverrfaglig forum konkret rettet mot folkehelsearbeidet, hvor folkehelsekoordinatoren besitter en viktig rolle, kan ha innvirkning på hvordan det videre folkehelsearbeidet i kommunen utarter seg. Siden folkehelse er en viktig ingrediens i alt kommunen arbeider med, burde slike tverrfaglige forum prioriteres.

## **7.0 Sammenfattende diskusjon**

Ottawa Charteret fra 1986 anvender helsebegrepet i vid forstand, og erkjenner at helse er et positivt konsept som skal fungere som en ressurs i hverdagen. Deklarasjonen vektlegger med det, at både sosiale, politiske og økonomiske determinanter har innvirkning på helsen. Det innebærer at politikere i alle sektorer og nivåer, samt samfunnet som helhet, har et ansvar for helse (WHO, 1986). Fosse (2007) skriver at den gjensidige forståelsen om at helse både skapes og bevares fortrinnsvis utenfor helsesektoren, bidrar til at andre samfunnssektorer som kultur, miljø, plan, utbygging og transport er av avgjørende betydning for folkehelsen. Det understreker viktigheten av tverrfaglig og tverrsektoriell interaksjon ved dagens helsefremmende og forebyggende folkehelsearbeid. Helse-i-alt-vi-gjør (HiAP) tilnærmingen fremhever sammenhengen mellom ulike sektors beslutninger og dets folkehelseimplikasjoner. Konseptet har utviklet seg gjennom ulike helsefremmende kontekster som har understreket betydningen av tverrfaglige og koordinerte handlinger på folkehelsefeltet (Leppo et al., 2013).

I den norske folkehelsepolitikken har tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid blitt et viktig innslag. Det kan relateres tilbake til WHO's mål og strategier, under betegnelsen ”Helse for Alle 2000” (1985), som Norge tidlig sluttet seg til. I årenes løp, har det kommet nasjonale oppfølgninger fra regjeringen hvor det er blitt argumentert for et holistisk syn på helse,

helsefremming og forebyggende arbeid, vektlegging av tverrfaglig- og tverrsektorielt samarbeid og hvordan det kommunale folkehelsearbeidet kan styrkes (St.meld. 1987, St.meld. 1992, NOU 1998:18; Fosse, 2007). I 2012, trådte både samhandlingsreformen og folkehelseloven i kraft, og markerte et tidsskille i det norske folkehelsearbeidet for en robust samfunnsutvikling. Ansvar for folkehelsearbeidet ble da tillagt kommunen, for å markere at den skal avdekke påvirkningsfaktorer i ulike samfunnssektorer (Helsedirektoratet, 2011, a.).

Folkehelsekoordinatoren ble allerede i folkehelsemeldingen fra 2002, lansert som ny stillingskategori i kommuneadministrasjonen (St.meld. 16, 2002-2003). Fotfeste for funksjon, kan likevel sies å ha kommet etter at folkehelseloven ble en realitet for kommunene. Tall fra en fersk NIBR-rapport viser at *”andelen kommuner med folkehelsekoordinator har økt fra 61 prosent av kommunene i 2008, via 74 prosent i 2011 til 85 % av kommunene i 2014”* (Schou, Helgesen & Hofstad, 2014, s. 44). Om denne positive utviklingen er en direkte påvirkning som følge av innføringen av folkehelseloven kan ikke bekreftes, men mye kan tyde på det. Med tanke på at flere kommuner nå har en folkehelsekoordinator, kan stillingsfunksjonen medvirke til et helsefremmende og salutogent tankesett i kommunes folkehelsearbeid?

I løpet av det siste århundret har ulike disipliner bidratt til en økt forståelse, som har ført til en allmenn anerkjennelse om at de komplekse problemene menneskeheten står ovenfor, krever nye tilnæringer for å organisere, syntetisere og anvende kunnskapen på. For å utvikle en overordnet forståelse for de komplekse samfunnsproblemene, spesielt for å klare å løse dem, kreves det tverrfaglig tenkning, forskning og samarbeid (Repko, 2012). En sunn offentlig politikk kan utgjøre en forskjell for helsen ved å skape sunne miljøer, som gjør befolkningen i stand til å ta sunnere valg (WHO, 2009). Ved å sette resultatene i studien inn i et salutogent rammeverk, vil det innebære å muliggjøre faktorer som fremmer muligheter, kompetanse, ressurser, kapasitet og kraft for å oppnå en opplevelse av sammenheng (SOC), som gjør det mulig å oppfatte livet som begripelig, håndterbart og meningsfullt, for både individet, grupper, organisasjoner og samfunnet (Hamalainen & Michaelson, 2014). På samfunnsnivå vil det salutogene tankesettet identifisere både de kulturelle og lokale drivkreftene som er meningsfulle for befolkningen (GRR's) (Lindström & Eriksson, 2009). Disse drivkreftene er å avdekke hos forskjellige aktører i ulike samfunnssektorer. En bevisstgjøring av HiAP-tilnærmingen kan av den grunn betraktes som gunstig for indentifisering av befolkningens GRR's.

Et av de første landene som vedtok en nasjonal "health in all policy", var Finland i samarbeid med WHO i 1987. Ved å se på regulering av folkehelsearbeidet i Finland, fremhever landets lange erfaring på folkehelsefeltet, viktigheten av tverrsektorielle, koordinerte tilnærminger som involverer relevant industri og integrering på alle forvaltningsområder, når det kommer til prosessen med politisering av folkehelsearbeidet (Prop. 90 L, 2010-2011). En sentral person for det finske folkehelsearbeidet og helsepolitikken, er Pekka Puska (Wickramasinghe, Bali, Kirn & Suomi, 2012). Han har erkjent at den salutogene tilnærmingen er av betydning når det kommer til påføring av et velvære perspektiv innenfor helsepolitikken (Hamalainen & Michaelson, 2014).

Dagens kommuner blir gjennom folkehelseslovens "helse-i-alt-vi-gjør", oppfordret til et langsiktig, tverrsektorielt samarbeid for å fremme befolkningens helse. På samfunnsnivå har det salutogene rammeverket et potensiale for å frembringe en sunn offentlig politikk, og med det danne en grunnmur for å klare å realisere prinsippet om helse-i-alt-vi-gjør (HiAP) (WHO 1986; Ståhl, Wismar et al. 2006; Lindström & Eriksson, 2009; Lindström & Eriksson, 2010). Det indikerer at det politiske rammeverket kan anvendes for å skape den nødvendige sammenheng, som kreves for å klare å forme et helsefremmende samfunn basert på salutogenese. Lindström & Eriksson (2010) understreker at det kommer til å kreve at alle sektorer fokuserer på hvilke faktorer og strukturer som kan bidra til et bærekraftig og en sammenhengende sunn retning i samfunnet. Kan folkehelsekoordinatoren fungere som en viktig bidragsyter i arbeidet med aktivt å søke muligheter for å påvirke og opparbeide et samarbeide med ulike sektorer, for oppnåelse av viktig støtte ved sektorovergrepene folkehelseiltak? Ut i fra analysen betraktet brorparten av informantene seg selv som en viktig ressurs og rolleinnhaver i å nå ut til de forskjellige aktørene. De følte også et ansvar i forhold til arbeidet med å få den enkelte sektor til å ta hensyn til folkehelseimplikasjoner i sine beslutninger.

Blant informantene varierte stillingsprosenten fra mellom 20 – 100 prosent. Som tidligere nevnt. Halvparten var plassert i helsesektoren, mens de resterende var å finne under plan, teknisk eller samfunnssektoren, nært tilknyttet rådmannsnivået. Det å forankre folkehelsekoordinatoren på et høyt nivå i kommunen, kunne i følge analysen, ha en positiv innvirkning på det tverrfaglige arbeidet, samt det generelle folkehelsearbeidet i kommunen. Det kom også til syne ved at de som ikke satt på rådmannsnivå, både ønsket og arbeidet med å få innpass der. Det samsvarer med kartleggingen til Schou et al. (2014) "om at det er

*rimelig å anta at jo høyere opp i beslutningshierarkiet folkehelsekoordinatoren er plassert, desto sterkere gjennomslag vil arbeidet kunne få”* (s.8). Også Helgesen et al. (2014, s. 11) viser til at kommuner som har folkehelsekoordinator i stab hos rådmannen eller plassert i andre sektorer utenfor helse, har ført til at folkehelsearbeidet i større grad kommer på kommunens agenda.

Det er mulig å dra noen likhetstrekk mellom salutogenese og tverrfaglighet. Salutogenese betraktes som en læringsprosess, hvor ett mål er å reflektere over faktorer som styrker helsen for den enkelte, men også samfunnet som helhet (Lindström & Eriksson, 2010).

Tverrfaglighet kan også oppfattes som en læringsprosess, som tar sikte på å få ulike fagprofesjoner til å arbeide sammen mot et felles mål. Lauvås & Lauvås (2004) understreker nødvendigheten av et slikt samarbeid i dagens samfunn. Analysen fremhevet at den administrative plasseringen til folkehelsekoordinatoren, i større grad hadde innvirkning på opplevelsen og utfallet av det tverrfaglige folkehelsearbeidet, enn stillingsprosenten. Gjennom analysen kom det også frem at informantenes oppfattelse av egen arbeidsfunksjon varierte, noe som indirekte utspilte seg i det tverrfaglige arbeidet. Skal folkehelsekoordinatoren fungere som en utøver selv? Eller operere som en koordinator og utløser? Dette var et moment, hvor det lå uklarerheter i hvilken direkte rolle folkehelsekoordinatoren var tillagt. En årsak til dette, kan igjen relateres til plassering. Fordi det er vanskelig å innta en koordinatorrolle når stillingen er tillagt helsesektoren, noe som kan tilsi et stykke ned i hierarkiet, enn om stillingen er tillagt en annen kommunal sektor (Schou et al., 2014). For å oppnå en synergieffekt på kommunens folkehelsearbeid, antyder analysen at det vil være hensiktsmessige å tillegge folkehelsekoordinatoren en strategisk rolle, slik at funksjonen enkelt kan utløse andre aktuelle ressurser. Det kan bekreftes gjennom Abelsen et al. (2012; Schou et al. 2014) som skriver at arbeidet med folkehelse forlanger en koordinert helhetlig og langsiktig innsats for å oppnå resultater, ikke spredte enkelttiltak.

Videre kan tverrfaglighet, i likhet med salutogenese, betraktes som en ressurs i hverdagen. En forutsetning er at arbeidet ikke blir merket tverrfaglig, for så å utspille seg flerfaglig i praksis. Det forlanger at de aktuelle aktørene må være innforstått med hva et tverrfaglig arbeid innebærer. Klein (1990) fremhever både interaksjon og samhandling mellom de involverte som avgjørende elementer. Det at analysen avdekket at det tverrfaglige arbeidet, ofte var flerfaglig i praksis, kan tyde på at interaksjon og samhandling mangler. Også kommunikasjon, som er en forutsetning for tverrfaglighet, hadde i følge informantene, til nå vært for dårlig.

Igjen, avspeilet folkehelsekoordinatorens plassering og arbeidsfunksjon seg som avgjørende for deres opplevelse av tverrfaglighet.

Andre faktorer, som manglende respekt og lite kjennskap og kunnskap om hverandre, var utfordringer informantene beskrev i forhold til opplevelsen av det tverrfaglige folkehelsearbeidet. Willumsen (2009) skriver at dynamikken mellom ulike forståelseshorisonter er det som danner grunnlaget for et tverrfaglig samarbeid. Det forutsetter bevissthet rundt kompetanse til egen profesjon. Like viktig er forståelse og kjennskap til de andre profesjonenes kompetanse. Skal det tverrfaglige arbeidet stimulere til faglig utvikling og sikre kvalitet, vil det å ha respekt for hverandres ulike bidrag og kompetanse være viktig. For at grunnlaget skal ligge til rette for tverrfaglighet og ikke bare flerfaglighet, må de ulike aktørene i følge Lauvås & Lauvås (2004), respektere hverandres bidrag og deretter tillegge alle bidragene lik verdi. Det indikerer at fagenes egenart, hvor deres styrke og svakheter ligger, samt hvilke metodologiske forutsetninger de bygger på, bør klargjøres i starten av ethvert tverrfaglig arbeid. Først da er det mulig å oppnå en arbeidsdeling som både fremmer kommunikasjon og læring mellom fagene (Svein Jentoft, 2007; Jacobsen, 2010). Dette er også i tråd med Tysland (2012) sin studie, som fremhever tillit og respekt som viktige faktorer for betydning av kommunikasjon og roller i det tverrfaglige samarbeidet. Dette medfører at skal et tverrfaglig arbeid fungere, baserer det seg på en gjensidig avhengighet fra alle de involverte. Folkehelsekoordinatoren alene, kan ikke gjøre folkehelsearbeidet tverrfaglig. For å styrke kommunens tverrfaglige innretning på folkehelsearbeid, kan folkehelsekoordinatoren betraktes som en mulig foregangsmann i arbeidet med å synliggjøre de positive helseeffektene en HiAP-tilnærming kan ha på samfunnet.

Tiden, ble av et flertallet av informantene nevnt som en utfordringen i det tverrfaglige arbeidet. Det er naturlig i en hektisk hverdag. Tid var også et moment studien til Jacobsen (2010) avdekket som utfordrende i det tverrfaglige arbeidet. Her kan en tverrfaglige folkehelsegruppe på systemnivå fremheves som et aktuelt bidrag. Det kan også betraktes som hensiktsmessige for helse-i-alt-vi-gjør-tilnærmingen. Schou et al. (2014) oppgir er at det er utfordrende å få gjennomslag om at helsefremming og forebygging angår alle sektorer. Det påpekes at "helse-i-alt-vi-gjør" tankegangen er vanskelig å realisere, og bør derfor utgjøre et gjennomgående tema for hele den kommunale organisasjonen, for å klare å oppnå en holdningsendring blant alle aktørene. Av informantene var det kun et fåtall som hadde tilhørighet til en fast tverrfaglig arbeidsgruppe på systemnivå rundt folkehelsearbeidet. Noen

samlet seg når det var aktuelt med de aktuelle aktørene, mens andre sa at et slikt forum ikke var oppe å gikk i kommunen enda. I en slik tverrfaglig gruppe, kan det i følge Willumsen (2009) være viktig å tydeliggjøre hva det tverrfaglige arbeidet handler om, hvordan man kan få det til å fungere, samt hvilke personlige, profesjonelle og strukturelle forutsetninger som kreves. Kan folkehelsekoordinatoren fungere som en ”APP”, som besitter et overordnet syn på at folkehelsearbeidet i kommunen går i en helsefremmende retning, både når det gjelder struktur (politiske spørsmål, lover) og innhold (hvor et verdigrunnlag er nødvendig, i form av et helsefremmende, salutogent syn)?

Gjennom analysen er det tydelig at folkehelsekoordinatoren ser på det tverrfaglige folkehelsearbeidet som noe positivt. Likevel er det hindringer og utfordringer som bidrar til at det tverrfaglige arbeidet ikke fungerer optimalt. Basert på studiens resultater kan en felles opplevelse av det tverrfaglige arbeidet med folkehelsearbeidet for folkehelsekoordinatoren, sies å til tider være mangelfull.

## **8.0 Svakheter med studien**

Ettersom det kun er én folkehelsekoordinator i hver kommune, ble studiens åtte informanter valgt strategisk. Det ble gjort for å skape et mangfold i datamaterialet, og derved kunne belyse et bredere omfang på problemstillingen. Dette kan i følge Kvale & Brinkmann (2010) bidra med å styrke studiens validitet. Det som også kan ha hatt en innvirkning på studiens validitet, er at utvalget ble plukket fra kun to regioner på Sørlandet. Hadde utvalget representert ulike regioner i Norge, kunne det ha bidratt til å styrke studiens validitet og reliabilitet. En annen ting, er at det er blitt gjort lite forskning spesifikt rettet mot studiens tre fokusområder; folkehelsekoordinatoren, tverrfaglighet og helsefremming. Det kan oppfattes som en svakhet ved studien fordi det har ført til lite sammenlignbart datagrunnlag å sette studiens resultater opp imot.

## 9.0 Konkluderende bemerkning

Befolkningens helse er å betrakte som ett av samfunnets viktigste ressurser, og grunnlaget for god helse legges primært utenfor helsetjenesten, noe som indikerer at det er et samfunnsansvar å bidra til god helse i befolkningen. Ved utformingen av samhandlingsreformen og folkehelseloven, ble kommunene pålagt til å medvirke til en samfunnsutvikling som både styrker befolkningens folkehelse, utjevner sosiale helseforskjeller og levekår. Helsedirektoratet anbefalte derfor kommunene til å opprette stillinger som «folkehelsekoordinator», «FYSAK – koordinator», mfl med et primærfokus på området. Under Alma Ata deklarasjonen (1978) og den første helsefremmende konferansen i Ottawa (1986), ble viktigheten av koordinerte handlinger mellom involverte aktører, utenfor helsetjenesten på folkehelsefeltet tydeliggjort. Helse-i-alt-vi-gjør (HiAP) tilnærmingen, bygger på en bevisstgjøring hos enkeltpersoner i alle sektorer og på alle nivåer for å ta hensyn til folkehelseimplikasjoner i sine beslutningsprosesser. Denne studien har valgt et helsefremmende fokus med et salutogent utgangspunkt. Det innebærer et fokus på helse-determinanter som bidrar til å styrke helsen blant enkeltindivider, men også samfunnet som helhet. Begrepet tverrfaglighet kan inngå som et konsept i salutogenese, og dekker et bredt spekter i dagens samfunn. Videre kan tverrfaglighet betraktes som avgjørende for å klare å utføre et helsefremmende folkehelsearbeid i dagens samfunn.

Hovedhensikten med studien er å belyse hvordan folkehelsekoordinatoren opplever det tverrfaglige arbeidet med folkehelsearbeidet. Det ble utarbeidet to underproblemstillinger: *”Hvordan er kommunikasjonen mellom folkehelsekoordinatoren og kommunens enheter for oppnåelse av et tverrfaglig- og tverrsektorielt folkehelsearbeid?”* Og *”Hvor er det mest hensiktsmessig at folkehelsekoordinatoren er plassert?”*. De ble presisert for bedre å kunne gi et svar på problemstillingen, av hensyn til at stillingsprosent, arbeidsfunksjon og plassering av folkehelsekoordinatorstillingen varierer mellom kommunene. Åtte dybdeintervjuer med folkehelsekoordinatorer fra et strategisk utvalg blant kommuner i Agderregionen ble gjennomført for å innhente data. Ettersom den hermeneutiske tilnærmingen ikke følger noen steg for steg i analysen, ble Giorgis fenomenologiske fremgang benyttet. Studiens resultater avdekket flere forhold som hadde innvirkning på hvordan folkehelsekoordinatoren opplevde det tverrfaglige arbeidet med folkehelsearbeidet. Det eksisterer ett fåtall av kartlegginger som direkte retter seg mot folkehelsekoordinatoren (Vestby & Hofstad, 2009, Helgesen & Hofstad, 2012, Helgesen et al., 2014, Schou et al., 2014). Det foreligger derimot mye litteratur og

forskning rundt det omdiskuterte begrepet tverrfaglighet. Studien har tatt utgangspunkt i Julie Thompson Klein, som regnes som en av de fremste teoretikerne på feltet. Sammenligning og underbygning av funnene denne studien avdekket, viser at flere av funnene korrelerer med tidligere forskning studien har basert seg på. Likevel er det vanskelig å kunne dra noen endelige konklusjoner, fordi det foreligger lite forskning direkte knyttet mot feltet studien tar for seg, samt studiens begrensede antall informanter og geografiske felt.

Oppsummert avdekket analysen at det tverrfaglige folkehelsearbeidet til tider kunne oppleves som mangelfull for folkehelsekoordinatoren. Det er mulig å relatere det til at det tverrfaglige arbeidet i praksis, ofte viste seg å være flerfaglig. Noe som indikerer mangel på kommunikasjon og interaksjon mellom folkehelsekoordinatoren og de involverte aktørene. På bakgrunn av at folkehelsearbeidet av natur er sektorovergripende, bør kommunen arbeide for å styrke samarbeidet mellom de ulike aktørene i alle sektorer og på ulike nivåer. Dersom folkehelsekoordinatoren kan fungere som en ressurs med å forene ulike fagpersoner og sektorer i kommunens folkehelsearbeidet, for eksempel gjennom en sterkere bevissthet rundt HiAP, samt bidra til et helsefremmende og salutogent fokus, kan ulike forhold rundt funksjonen betraktes som viktig å avdekke for videre forskning. I den sammenheng, viser studien at folkehelsekoordinatorens plassering i kommunen utgjorde en avgjørende betydning for hvordan folkehelsekoordinatoren erfarte det tverrfaglige folkehelsearbeidet. Det å sitte på rådmannsnivå og ikke være tillagt helsesektoren, bidro til en tydeligere arbeidsfunksjon som koordinator og utløser. Ved å bli tillagt en slik rolle, kan funksjonen yte oppgaver på folkehelsefeltet mer produktivt.

På WHO's niende helfremmende konferanse, som skal avholdes i Shanghai 2016, skal i utgangspunktet ligge i tverrfaglig- og tverrsektorielt arbeid. Det understreker viktigheten og betydningen av et velfungerende arbeid på tvers av fagdisipliner og sektorer for utvikling av ny kunnskap og resultatoppnåelser for et helsefremmende folkehelsearbeid.



## Referanseliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium – den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Axelsson, B., & Axelsson, S.B. (2006). Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International journal of health planning and management* 2006; 21: 75-88
- Axelsson, R., & Axelsson, S.B. (Red.). (2007). *Folkhalsa i samverkan – mellan professioner, organisationer och samhallssektorer*. Forfattarna och Studentlitteratur
- Bert, F., Scaiola, G., Gualano, M. R., & Siliquini, R. (2015). How can we bring public health in all policies? Strategies for healthy societies. *Journal of Public Health Research* 2015; volume 4: 393
- Bunton, R., & Macdonald, G. (Red.). (2002). *Health promotion. Disciplines, diversity and developments*. New York, Routledge
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.reviderte og utvidede utg.), Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2010). *Bringing It All Together: The Salutogenic Response to Some of the Most Pertinent Public Health Dilemmas*. Health Assets in a Global Context, s. 339-351
- Espnes, G. A., Riseth, L., & Lillefjell, M. (2011). *Folkehelse: Samhandlingsreformen I Orkdalsregionen*. Rapportserie fra senter for helsefremmende forskning HIST/NTNU (2011: 3)
- Faanæs, E. K. (2014). *Smart homes and smart homes technologies*. (Masteroppgave, NTNU). Levanger: NTNU

- Fosse, E. (2007). *Interprofessionell och intersektoriell samverkan i halsoframjande arbete*. I R. Axelsson & S.B. Axelsson (Red.), *Folkhalsa i samverkan – mellan professioner, organisationer och samhallssektorer* (s. 123-143). Polen: Studentlitteraturen
- Glavin, K., & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge i Kommune-Norge*. Kommuneforlaget
- Glemmestad, H. (2011). *Sosialt arbeid i en ny tid; Hvordan forstå sosialt arbeids rolle i NAV kontoret?* (Masteroppgave, Høyskolen i Lillehammer). Lillehammer: Høyskolen
- Hamalainen, T. J., & Michaelson, J. (Red). (2014) *Well-Being and Beyond: Broadening the Public and Policy Discourse*. Sitra: the Finnish Innovation Fund
- Hofstad, H., & Vestby, G.M. (2009). *Lokalt folkehelsearbeid. Underveisevaluering av Helse i Plan og Partnerskap for folkehelse*. NIBR-notat 2009:102. Oslo: Norsk Institutt for by- og regionforskning.
- Helgesen, M.K., & Hofstad, H. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse*. NIBR-rapport 2012:13. Oslo: Norsk Institutt for by- og regionforskning.
- Helgesen, M.K., Hofstad, H., Risan, L.C., Stang, I., Rønningen, G.E., Lorentzen, C., & Goth, U.S. (2014). *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. NIBR-rapport 2014:3. Oslo: Norsk Institutt for by- og regionforskning.
- Helsedirektoratet. (2011a). *Samhandlingsreformen og ny folkehelselov; Behov for "samfunnskompetanse" i kurs- og utdanningstilbud. Drøftings- og prosessnotat*. Rapport IS-1931. Tilgjengelig på:  
[http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsreformen-og-ny-folkehelselov-behov-for-samfunnskompetanse-i-kurs--og-utdanningstilbudet-droftings--og-prosessnotat/Publikasjoner/Samhandlingsreformen\\_348139a.pdf](http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsreformen-og-ny-folkehelselov-behov-for-samfunnskompetanse-i-kurs--og-utdanningstilbudet-droftings--og-prosessnotat/Publikasjoner/Samhandlingsreformen_348139a.pdf), hentet 12 september, 2014

Helsedirektoratet. (2011b). *Om samhandlingsreformen*. Tilgjengelig på:

<http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>, hentet 12 september, 2014

Helsedirektoratet. (2013). *Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet*. Tilgjengelig på:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/status-for-samhandlingsreformen-2013/Publikasjoner/status-for-samhandlingsreformen-2013.pdf>, hentet 10 september, 2014

Helsedirektoratet. (2014). *Samfunnsutvikling for god helse*. Tilgjengelig på:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samfunnsutvikling-for-god-folkehelse/Publikasjoner/IS-2203%20Samfunnsutvikling%20for%20god%20folkehelse.pdf>, hentet 10 september, 2014

Jacobsen, G. (2010). *Tverrfaglig samarbeid – pynt eller praksis?* (Masteroppgave, Høyskolen i Oslo) Oslo: Høyskolen

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2006). *Kvalitativ og kvantitativ metode – forskjeller og likheter*. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Abstrakt forlag, 2006: kap 18.

Klein, J.T. (1990). *Interdisciplinarity – History, Theory & Practice*. Detroit: Wayne state University Press

Klein, J.T. (2000). *A conceptual Vocabulary of Interdisciplinary Science*. I P. Weingart & N. Stehr (Red.), *Practising interdisciplinarity* (s. 3-25). Canada: University of Toronto Press Incorporated 2000.

Klein, J.T. (2004). *Interdisciplinarity and complexity: An evolving relationship*.

Interdisciplinarity and complexity: An evolving relationship E:CO Special Double Issue Vol. 6 Nos. 1-2 2004 pp. 2-10

- Klein, J.T. (2010). *A taxonomy of interdisciplinarity*. I R. Frodeman (Red.), *The Oxford Handbook of Interdisciplinarity* (s. 15-31). New York: Oxford University Press
- Klein, J.T. (2014). *Interdisciplining Digital Humanities: Boundary Work in A Starting Field*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Langergaard, L.L., Rasmussen, S. B., & Sørensen, A. (2011). *Viden, videnskab og virkelighed*. Gylling: Samfundslitteratur
- Leppo, K., Ollila, E., Pena, S., Wismar, M., & Cook, S. (Red.). (2013). *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). *The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis –salutogenic pathways to health promotion*. Folkehälsan research center Health promotion research. Research (2010: 2)
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2009). The salutogenic approach to the making of HIAP/ healthy public policy: illustrated by a case study. *Global Health Promotion, Vol 16 (1): 17-28*
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International, 21 (3), 238-244*
- Lovdata. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)*
- Lovdata. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*

- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (2.utg.) Oslo: Universitetsforlaget AS
- National Institute for Health and Welfare. (2014). *Health in All Policies*. Tilgjengelig på: <http://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/topics/information-packages/health-in-all-policies/introduction>, hentet 26 januar, 2015
- NOU. (1998:18). *Det er bruk for alle – Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Nyseth, T. (2007). *Introduksjon*. I Nyseth, T., Jentoft, S., Førde, A., & Bærenholdt, J.O. (Red.). (2007). *I disiplinenes grenseland. Tverrfaglighet i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Prop. 90 L. (2010-2011). *Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement.
- Puska, P., & Ståhl, T. (2010). Health in All Policies – The Finnish Initiative: Background, Principles, and Current Issues. *Public Health 31: 315-28*
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag* (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget
- Schou, A., Helgesen, M, K., & Hofstad, H. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner*. NIBR-rapport 2014:21. Oslo: Norsk Institutt for by- og regionforskning.
- St.meld. nr. 34. (2012-2013). *Folkehelsemeldingen, God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement.

- Tysland, K.H. (2012). *Spiller yrkesbakgrunn og rolle en rolle? En kvalitativ studie om kommunikasjon i det tverrfaglige folkehelsearbeidet*. (Masteroppgave, Nordic School of Public Health). Göteborg: NHV
- Vestby, G. M., & Hofstad, H. (2009). *Lokalt folkehelsearbeid. Underveisevaluering av Helse I Plan og Partnerskap for folkehelse*. NIBR-rapport 2009:102. Oslo: Norsk Institutt for by- og regionforskning.
- Von Heimburg, D. (2010). *Public health and health promotion: A salutogenic Approach*. (Masteroppgave, NTNU). Levanger: NTNU
- Vågårdøy, T., Husby, M.L., Sloth, L., & Flovik, A.M. (2013). *Suksesskriterier for å fremme folkehelse på tvers av sektorer i Bærum kommune – Helse og omsorg i plan 2012/2013*. (Prosjektoppgave, fakultet for helsevitenskap Vestfold). Vestfold: Høgskolen
- Weingart, P. (2010). *A short history of knowledge formations*. I R. Frodeman (Red.), *The Oxford Handbook of Interdisciplinarity* (s. 3-15). New York: Oxford University Press.
- WHO. (1986). *The Ottawa charter*. Genève: World Health Organization
- WHO. (1988). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*. Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, South Australia
- WHO. (2009). *Milestones in Health Promotion - statements from global conferences*. Switzerland: World Health Organization
- WHO. (2014). *Health in All Policies (HiAP). Framework for Country Action*. Tilgjengelig på: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf) , hentet 15 april, 2015
- WHO. (2015). *Intersectoral Action for Health (ISA)*. Tilgjengelig på: [http://www.who.int/kobe\\_centre/interventions/intersectorial\\_action/ISA/en/](http://www.who.int/kobe_centre/interventions/intersectorial_action/ISA/en/), hentet 3 februar, 2015

Wickramasinghe, N., Bali, R.K., Kirn, S. & Suomi, R. (Red.) (2012). *Critical Issues for the Development of Sustainable E-health Solutions*. Finland: Springer

Willumsen, E. (Red.) (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget

Wormnæs, O. (1993). *Vitenskapsfilosofi (2.utg.)*, Tangen: Gyldendal AS

## VEDLEGG A

### Analysematrise

Informanter nummerert fra 1-8

Tall i boksene = linje i hvert intervju

x = antall ganger sentrale elementer i et tema blir nevnt

TEMAER	1	2	3	4	5	6	7	8
Tverrfaglighet	116: x 148: x	227: x 293: x	62: x 64: x	149: x 152: xxx 266: xx	82: x 131: x	85: x 213: x 214: xx 216: x 218: x	109, 110: xxx 112: xx 119: xx	77: xx 81: xxx  165: xx
Organisering	7: x 19x 179: x 265: x 299,300: xx 310: x	42: x 188: x 267: x 400: xx	37: x 145: x 160: x	33: x 34: x 201: x	75: x 217: x 225: x	19: x 99: x 134: x 256: x	37: x 42: x 234: x	39: x 57: x 128: x 191: x 212: x
Tverrfaglighet i praksis?	92: x 94: x 126: x 128: x 133: x 170: x 232: x	304: x	97: x 140: x	174: x 180: x	106: x 86: x 106: x	103: xx 104: x	132: xx 136: x	52: x 87,88: xx
Kommunikasjon	243: x	351: x 263: x 370: x	96: x 97: x 143: x	237: x 239: x 247: x	156: x 160: x 162: x 170: x	147: x 157: x	166: x 169: x	128: x 138: x
Utfordringer (Respekt, tillit, stillingsprosent mm)	172: x 173: x 238: x 345: x	56: x 137: x 326: x	80: x 85: x 89: x 103: x 134: x	233: x 239: x 279: x 306: xx	113: x 119: x 140: x 146: x 150: x	138: x 142: x 147: x 151: x 161: x 162: xx	113: x 118: xx 127: xx 139: x 140: x 142: x	90: x 108: xx 128: x 169: x 187: xx
Styrking av det tverrfaglige arbeidet rundt folkehelsearbeidet (dialog, forankring, nytteverdi, konkret oppgave, forum)	256: xx 267: x 272: xx 297: xx	242: x 253: x	74: x 130: x 138: x	119: x 263: xx 182: x 214: x	127: x 131: x 162: x 176: x	205: x 213: x 214: xx 218: x	118: x 173: x 199: x 204: x	70: x 105: x



## VEDLEGG B

Introduksjon:

Jeg vil takke for at du tok deg tid til å stille opp på intervju. Ved å stille som informant hjelper du meg å gjennomføre hovedoppgaven min ved NTNU. Jeg ønsker å minne deg på at du når som helst kan trekke deg fra intervjuet. Du har også mulighet til å trekke deler eller hele samtalen.

Fortell litt om masterprosjektet og hvorfor de er valgt som informanter. Innføringen må være presis, slik at jeg forsikrer meg om at informantene forstår hva jeg mener.

1) Før vi begynner intervjuet, er det noe du lurer på?

### 1.0 Generell info

- 2) Kjønn                      3) Stillingsprosent FH koordinator    4) Kommune  
5) Kompetansebakgrunn? (Utdanning/tidligere jobberfaring)

### 2.0 Hoveddel

6) Kan du fortelle meg litt om din stilling som folkehelsekoordinator i kommunen? (Stikkord: viktigste oppgaver, fokusområder, stillingen innebærer)

7) Tror du kommunens innbyggere kjenner til din stilling som folkehelsekoordinator?

a) Hvorfor/hvorfor ikke?

8) Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft i januar 2012 og folkehelseloven kom, hvilke arbeidsoppgaver har du som folkehelsekoordinator blitt tildelt?

a) Merker du forskjell fra før loven ble iverksatt? b) Kan du gi noen eksempler?

9) Et av målene i samhandlingsreformen er å få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen, hva tenker du om det? hvordan påvirker dette ditt arbeid med folkehelsen i kommunen?

- 10) Når vi er inne på samhandling, hva tenker du når jeg sier tverrfaglighet?
- 11) Hvis jeg videre sier tverrfaglig samarbeid, hvordan vil du beskrive det?
- 12) Opplever du at din kommune prioriterer tverrfaglig samarbeid?
- 13) I teorien kan tverrfaglig samarbeid kanskje virke enkelt, hvordan opplever du det arbeidet i praksis? Kan du fortelle meg litt om det?
- 14) Har du selv opplevd tverrfaglig samarbeid som ikke har fungert? Kan du fortelle meg litt om hva du tror grunnen til at det ikke fungerte var?
- 15) Samhandlingsreformen som ligger til grunn for dagens folkehelsearbeid, understreker viktigheten av både tverrfaglig- og tverrsektorielt samarbeid, tror du at du spiller en viktig rolle i det arbeidet? På hvilken måte da?
- 16) Hva tror du din stilling som folkehelsekoordinator kan bidra med til å bedre utnytte det tverrfaglige samarbeidspotensialet i din kommunen?
- 17) Hvilke utfordringer opplever du, som folkehelsekoordinator, i det tverrfaglige arbeidet? (Nb Stillingsprosent)
- 18) Kommunikasjon er helt avgjørende for å lykkes med ulike samarbeid, hvordan opplever du kommunikasjonen med andre enheter og sektorer i folkehelsearbeidet? (Stikkord: gjensidig respekt, tillit, trygghet)
- 19) Det at ulike kompetanser er representert i et tverrfaglig samarbeid, hvordan er det med på å påvirke kommunikasjonen, tror du? (roller, makt)
- 20) Opplever du at kommunikasjon til tider kan være vanskelig?
- 21) Har du mulighet til å være med i et tverrfaglig forum? Kan du fortelle meg litt om hvordan forumet fungerer? (Stikkord: hvem leder, er til stede, hvor ofte møtes dere, hva tas opp) → Hvis ikke – hvilke tanker har du rundt opprettelse av et slikt forum i din kommune?

HVIS JA: 22) Hvordan opplever du klimaet i det tverrfaglige forumet/gruppa? (Stikkord: blir du hørt, lett å ta opp saker og synspunkter)

23) Hvordan kan et slikt forum bidra til å styrke ditt arbeid?

24) Kan du beskrive hvilke elementer du mener er avgjørende for at et tverrfaglig samarbeid skal fungere?

25) Hvordan bidrar du til et godt tverrfaglig samarbeid?

26) Kan et godt og velfungerende tverrfaglig samarbeid hjelpe deg i din arbeidshverdag? På hvilken måte da? (stikkord: mestring, trygghet iht arbeidsoppgaver)

27) Det at folkehelsearbeidet er sektorovergripende, kan du beskrive hvordan du opplever samarbeid med andre sektorer?

28) Hvor ligger din stilling i kommunen, inn under helse, plan eller evt annet?

29) Hvordan påvirker din plassering, ditt tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeid? a) Tror du det hadde vært mer hensiktsmessige at du var plassert et annet sted? Begrunn.. (Stikkord: mtp koordinering, oversikt, gjennomslag i alle sektorer)

30) Når du forholder deg til temaet vi nå har snakket sammen om, er det noe mer du vil tilføye som du har kommet på underveis?

## VEDLEGG C

Gina Håbesland  
Master Student i Helsevitenskap  
Telefon: 97094955  
E-mail: gini\_892@hotmail.com

### Folkehelsekoordinatoren – styrking av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet

Jeg avslutter min mastergrad i Helsevitenskap ved NTNU i løpet av våren 2015 og skriver hovedoppgave på temaet folkehelsekoordinatoren – styrking av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Samhandlingsreformen ble iverksatt i januar 2012 og la med det føringen for et mer tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid i folkehelsearbeidet. Jeg lurer på hvordan folkehelsekoordinatoren opplever det tverrfaglige folkehelsearbeidet. For å klare å fullføre hovedoppgaven har jeg behov for å gjennomføre intervjuer med folkehelsekoordinatorene i ulike kommuner. Det vil foreligge et semistrukturert intervju, som vil bli ført som en samtale mellom intervjuer og den intervjuede. Varigheten på intervjuet vil ligge på 30 – 60 minutter. Professor Bengt Lindström ved NTNU er veileder på hovedoppgaven.

Aller først, det er helt frivillig om du ønsker å stille som informant til studien og du kan trekke deg når som helst. Selve intervjuet vil bli tatt opp på båndopptaker og notater underveis vil bli skrevet, slik at dine meninger kan gjengis fullt og helt og så nøyaktig som mulig. Skulle det oppstå en situasjon, hvor du som intervjuede ikke ønsker at opplysninger og meninger du oppgir, eller om hele intervjuet skal trekkes, er det fullt mulig uten at du begrunner hvorfor. De opplysninger som blir gitt under intervjuet vil bli behandlet konfidensielt, og det er kun meg (student) og veileder som har tilgang til materialet. I det ferdige resultatet vil det ikke være mulig å gjenkjenne noen ut i fra opplysninger som kommer frem under intervjuet. Etter planen, skal prosjektet avsluttes 15. april og alt av datamaterialet vil da bli slettet.

Det settes stor pris på ærlige svar under intervjuet. Skulle det være noen spørsmål rettet mot oppgaven er det bare å ta kontakt.

Takk for at du tar deg tid.

Med vennlig hilsen,  
Gina Håbesland

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta og tillater herved at mine opplysninger brukes i oppgaven (anonymt)

.....	.....	.....	.....
Dato	Sted	Underskrift	Underskrift (Gina Håbesland)

## VEDLEGG D

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Bengt Lindstrom  
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 26.02.2015

Vår ref: 42068 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.02.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

42068	<i>Folkehelsekoordinatoren - styrking av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Bengt Lindstrom</i>
<i>Student</i>	<i>Gina Håbesland</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.04.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

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

*Avdelingskontorer / District Offices:*

*OSLO:* NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

*TRONDHEIM:* NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)

*TROMSØ:* NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)

## VEDLEGG E

### Personvernombudet for forskning



#### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 42068

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 15.04.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

