

Kommunalt samarbeid om folkehelse

En prosjektoppgave i studiet

SPL-6304 Helse og omsorg i plan 2013/2014

Kandidatnummer: 2

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn	3
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	4
1.3 Avgrensning av oppgaven	4
1.4 Begrepet ”forankring”	5
2.0 Teori om planlegging	6
2.1 Instrumentell vs kommunikativ planleggingsstrategi.....	6
2.2 Planprosessen	7
3.0 Samarbeidsteori	9
4.0 Metode.....	13
5.0 Drøfting	13
5.1 Planprosessens første og tredje steg.....	13
5.1.1 Nødvendigheten av/tid avsatt til planlegging.....	14
5.1.2 Det helhetlige folkehelsearbeidet	15
5.1.3 Kompetanse i planleggingen av folkehelsearbeidet	16
5.2 Planprosessens andre steg	18
5.3 Planprosessens fjerde steg.....	19
5.4 Folkehelsekoordinatorens rolle	19
6.0 Avslutning	20
7.0 LITTERATURLISTE	22

1.0 Innledning

Folkehelse defineres som ”befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning (lov om folkehelse) og folkehelsearbeid er definert som ” samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen” (lov om folkehelse). Folkehelsearbeid er dermed alt som gjøres som kan påvirke de som bor i en kommune, både kommunalt arbeid og arbeid av frivillige og private aktører.

1.1 Bakgrunn

Gjennom lovverket har folkehelsearbeid regionalt og kommunalt blitt satt ekstra fokus på de siste årene. 1.januar 2012 trådte ny lov om folkehelse og ny lov om helse- og omsorgstjenester i kraft. Begge lovene inngår i samhandlingsreformen og har gitt kommunene større ansvar for folkehelsearbeid. Ansvaret for forebyggende arbeid har blitt flyttet fra kommunehelsetjenesten til kommunen ”som sådan”.

En annen sentral lov er plan- og bygningsloven, som sier noe om hensynet til befolkningens helse i kommunal og fylkeskommunal planlegging. Det er ikke lenger nok å forebygge og behandle sykdom i kommunehelsetjenesten, kommunene har fått en plikt gjennom Folkehelsemeldingen til å vurdere hvilke utfordringer de har og sette inn forebyggende tiltak i forhold til det. Dette skal forankres i kommunale planer. Dette innebærer at alle sektorer i kommunen skal ha et bredt syn på folkehelse og tenke ”helse i alt vi gjør”. Det er altså her jobben skal gjøres, og da er det viktig at hver kommune er seg dette ansvaret bevisst.

I Folkehelsemeldingen står det at det fortsatt er behov for bedre verktøy for å ivareta helse i alle sektorer. Det er ikke bare helseplanleggingen som skal ha folkehelse som formål, men helse må komme tidligere inn i planprosessene og være et overordnet mål i kommuneplanens samfunnsdel og følges videre opp gjennom kommunens arealdel, delplaner, i økonomiplan,

budsjett og konkrete aktiviteter (Folkehelsemeldinga, s.153). For å få til et kunnskapsbasert folkehelsearbeid i sektorer som ikke har vært vant til å tenke helsefremmende og forebyggende arbeid er det behov for økt kunnskap innen dette feltet. Både kunnskap om å foreta analyser, kunnskap om helsefremmende faktorer, tverrsektorielt samarbeid og plankompetanse må økes i kommunene (Folkehelsemeldinga, s.152).

1.2 Presentasjon av problemstilling

Som relativt nyansatt folkehelsekoordinator i en liten kommune, ansatt på helseavdelingen under kommuneoverlegen, lurer jeg på hvordan vi skal gå frem i vår kommune for å få denne tankegangen forankret i de andre sektorene.

I vår kommune fikk kommuneoverlegen i oppdrag av rådmannen å sette sammen en gruppe for å lage en Folkehelseplan. Kommuneoverlegen satte sammen en tverrfaglig gruppe på 6 personer, han valgte personer som han har samarbeidet godt med tidligere og som representerte ulike etater i kommunen. I løpet av tre møter hadde gruppen utarbeidet en Folkehelseplan. Denne planen ble etter hvert forkastet som egen plan og ble til et hjelpemiddel for de som skrev kommuneplanen, utdrag fra den ble puttet inn i samfunnsplanen, som for øvrig rådmannen ble sittende igjen med etter at innleid konsulent plutselig sluttet. Kommuneoverlegen var lite involvert i arbeidet med samfunnsplanen, hans sjef, Helse- og sosialsjefen synes det var greit, da han sier at ”planer er bare tull”. Hvordan skulle arbeidet med folkehelseplanen vært gjort for å sikre forankring i kommunen, slik at den ikke ble forkastet før den hadde kommet til politisk behandling? Hvordan kan man sikre at folkehelsearbeid- og tiltak man arbeider med ikke blir personavhengig? Det er dette jeg vil finne ut av, og da blir min problemstilling:

HVORDAN ER FOLKEHELSEARBEIDET FORANKRET TVERRSEKTORIELT I NORSKE KOMMUNER I FORHOLD TIL TEORI OM PLANPROSESSER OG SAMARBEIDSTEORI?

1.3 Avgrensning av oppgaven

For å løse oppgavene kommunene har fått gjennom lover og forskrifter, beskrevet i Folkehelsemeldinga er det nødvendig at hele kommunen, også privat og frivillig sektor,

samarbeider om et helhetlig folkehelsearbeid. På grunn av oppgavens omfang, vil jeg her kun gå videre inn på hvordan vi kan få kommunens etater til å tenke ”helse i alt” og hvordan vi som jobber i kommunal sektor kan jobbe sammen om et målrettet folkehelsearbeid som er forankret i både planarbeidet og alle kommunale etater.

Jeg vil bruke teori om forankring, planprosesser og samarbeid for å belyse dette temaet. For å sikre at kommunale planer blir brukt og ikke blir skrivebordsplaner, er det blitt forsket og skrevet mye om planprosesser. Jeg har valgt ut stort sett pensumlitteratur om planprosesser og samarbeid i denne oppgaven. Siden folkehelsearbeid utføres i alle sektorer, kan man tenke at tverrfaglig samarbeid blir viktig for å få det til.

På grunn av oppgavens omfang vil jeg ikke bruke teori om medvirkning, da jeg mener det hadde vært mer relevant dersom jeg også skulle vurdere samarbeid med privat og frivillig sektor.

1.4 Begrepet ”forankring”

Basert på Jørgen Amdam har kommunetorget definert forankring slik:

Forankring av en plan betyr at de aktørene som skal/må/kan ha ansvar og som er avhengig av å gjennomføre planen, tiltak m.m. ”eier planen”, de har vært med på å:

- *utvikle innholdet,*
- *de er enige i innholdet,*
- *de erkjenner sin rolle som iverksettere og*
- *de er i stand til å gjøre noe med feltet*

For at folkehelsearbeidet skal være forankret, må det nødvendigvis inn i planene i kommunen. For å få til en forankring av folkehelsearbeidet i kommunen, må alle som har muligheten til å påvirke folkehelsen se viktigheten av det de gjør.

Jørgen Amdam beskriver noen hovedgrep man kan gjøre for å sikre forankring (kommunetorget.no). Medvirkning er viktig i forankringsbegrepet, det verste man kan gjøre er å skrive en plan selv, fordi da er det ingen andre som eier planen (kommunetorget.no). Det er viktig å finne ut hvem som har makt til å gjennomføre eller hindre vedtak og hvordan disse

personene kan medvirke i arbeidet, deretter må man lage prosesser hvor de blir involvert og dermed utvikler et eierskap til planen (kommunetorget.no, hvordan forankre). I følge Yttredal (2011) er det ikke bare å sikre medvirkning og så er tiltaket/planen forankret. De som medvirker skal også ha fått et aktivt og positivt forhold til tiltaket som fører til engasjement og tilslutning. Forankring innebærer altså to faktorer; deltagelse og eierskap.

2.0 Teori om planlegging

Vi skiller mellom ulike former for planlegging. Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T. og Kristiansen, R (2012, s.226-227) beskriver dette:

Den institusjonelle planleggingen er rammen for aktiviteten som blir satt, for eksempel lovverket. Dette kan være planstrategien for kommunen og dette er på et overordnet nivå. På neste nivå må man samle seg for å få felles verdigrunnlag i forhold til hva man vil oppnå. Dette kalles for strategisk planlegging. Her skal man bli enige om visjonen for folkehelsearbeidet, de overordnede målene og strategien videre. Det kan være samfunnsdelen av kommuneplanen, eller en delplan for folkehelse. Når rammene er satt og man er enige om de langsiktige målene, skal man følge opp dette i den taktiske planleggingen. Dette innebærer å hente inn, utvikle og organisere ressursene, for eksempel og lage et handlingsprogram for folkehelsearbeidet. Til slutt er det de konkrete tiltakene og den daglige gjennomføringen av tiltakene som skal planlegges og dette kaller Aarsæther et al. for den operative planleggingen.

2.1 Instrumentell vs kommunikativ planleggingsstrategi

Man kan bruke en instrumentell eller en kommunikativ planleggingsstrategi, noen ganger en kombinasjon av disse. En instrumentell planleggingsstrategi fordrer at man har oversikt, klare mål og vet hva man skal gjøre for å realisere målene. Her er det ekspertene som lager planer og bestemmer tiltak. Det er en ”top down” måte å planlegge på, ekspertene forteller oss hva vi skal gjøre (Amdam, 2011, s.20). Folkehelsearbeidet er komplekst og det er vanskelig å dokumentere nøyaktig hvordan de tiltakene man setter i verk har effekt, og til tross for at der er eksperter på folkehelse er kommunikativ planleggingstrategi en mer egnet metode i folkehelsearbeidet. Jeg går derfor ut fra en kommunikativ planleggingsstrategi i denne oppgaven. I praksis vil det være riktig for folkehelsearbeidet at begge disse strategiene blir brukt i en god kombinasjon (Amdam, 2011, s.20).

For å forstå de prosessene som er nødvendige i samfunnsendring nedenfra ("bottom up") og gjennom samarbeid, er det viktig å forstå kravene til kommunikativ rasjonalitet i følge Aarsæther et.al s.278:

- *Alle berørte aktører er til stades eller er representerte;*
- *At talspersonar er legitime representantar for dei som dei taler på vegne av;*
- *At alle er kompetente og likeverdige i stand til å representere;*
- *At alle er interesserte i å kome til sams forståing og semje med kvarandre;*
- *At alle har same grad av innverknad gjennom deltakinga;*
- *At alle synsmåtar og ytringar må kunne kritiserast og diskuterast;*
- *At alle må kunne innrømme feil og skifte oppfatning i dei tilfella dei vert møtte med betre argument;*
- *At det dei seier til kvarandre (talehandlingar), er:*
 - *sant, dvs. inneheld fullstendige fakta;*
 - *ekte i tydinga at ein står for det ein seier;*
 - *rett i høve til gjeldande normer, lover og reglar;*
 - *forståelig, språkleg sett.*

Dette er de ideelle kravene til kommunikativ rasjonalitet, og man skal forsøke å strebe etter disse for å få til en god kommunikativ planprosess.

2.2 Planprosessen

Planlegging av folkehelsearbeid er en stor oppgave og man trenger derfor verktøy for å sikre at prosessen blir kunnskapsbasert og at den er forankret tverrsektorielt. HEPRO-prosjektet er et internasjonalt prosjekt for å utvikle et systematisk og målrettet folkehelsearbeid. Modellen kombinerer top-down og bottom-up tilnærminger for å gjøre folk i stand til å ta ansvar for egen helse og for individuell og kollektiv kapasitetsbygging (Amdam, 2011, s.4)

Dette gjelder i alle sektorer, men fordi jeg har valgt å kun se på forankring i kommunal sektor er det kun det jeg vil legge til grunn i den videre presentasjonen av planteorien. Modellen fra HEPRO-prosjektet har seks steg. Modellen er sirkulær, da planlegging forstås som en kontinuerlig prosess og stegene må ikke følges slavisk, men det er viktig at alle stegene er til stede i en planprosess (Amdam, 2011, s.3).

Det første steget er attention/oppmerksomhet. Hovedpoenget her er at man må inkludere alle sektorer for å øke muligheten for implementering av folkehelsearbeidet (Amdam, 2011, s.4). Et viktig punkt på dette stadiet er å gjøre en SWOT-analyse (Amdam, 2011). SWOT står for strengths, weaknesses, opportunities og threats. I Folkehelsearbeidet kan SWOT-analyse sammenlignes med oversiktsdokumentet som kommunene er pålagt å lage for å kartlegge folkehelsa og hvilke styrker og svakheter man har i forhold til den i kommunene.

Det andre steget i prosessen er insight and new knowledge/innsikt og ny kunnskap. Under dette steget er det viktig å kartlegge folkehelsesituasjonen og formulere utfordringer som så blir satt på den politiske agendaen (Amdam, 2011, s.5). Når man har fått oppmerksomhet rundt folkehelsearbeidet og har laget oversiktsdokumentet, som kan brukes som grunnlag for å lage handlingsplan og bør være med når man planlegger hvilke tiltak man har, må man sørge for at politikerne får satt det på dagsordenen. Dette er et krevende punkt, da det først må eksperter/administrasjonen i en kommune til å peke på hovedutfordringene man har, deretter må politikerne sette de på agendaen og holde fokus på de i konkurransen med andre utfordringer som må løses (Amdam, 2011, s.5).

Det tredje steget er building a platform for joint action/bygge en samarbeidsplattform. Det viktige i denne fasen er å lage tverrsektorielle arbeidsgrupper for å lage handlingsprogram, kartlegge budsjettressursene, i tillegg til å involvere privat og frivillig sektor (Amdam, 2011, s.5). Her gjorde de seg erfaringer gjennom HEPRO-prosjektet på at dette ble en kamp mellom visjonene og forventningene i forhold til ressurser og realismen (Amdam, 2011, s.5).

I teori knyttet til komplekse planlegginssituasjoner, som jo folkehelsearbeid må kunne sies å være, er det en strategi man kan bruke under dette punktet som kalles for muddling through (Amdam og Veggeland, 2011, s.149). Da har man et overordnet mål og må bruke små skritt for å komme dit og man må improvisere underveis pga lite kunnskap om hva som får oss til å nå målet. Denne taktikken gjør det lett å korrigere tiltak underveis, men det kan fort utarte seg til en brannslukningsstrategi dersom man ikke har overordnede mål og verdier og holde seg til (Amdam og Veggeland, 2011, s.149).

Implementation/implementering er det fjerde punktet i den sirkulære prosessen, Under dette punktet poengteres viktigheten av å sette i gang tiltak når de ulike aktørene er klare til å delta, ikke nødvendigvis når planprosessen er kommet til det fjerde punktet (Amdam, 2011, s.5).

Documentation/dokumentering er det femte steget (Amdam, 2011, s.6). Å samle inn data fra prosessen og tiltakene er ikke en vanskelig del av dokumentasjonen, derimot er det svært krevende å samle data på utfall av tiltak og hvordan folkehelsearbeidet man har satt i gang har innvirkning på folkehelsen i et samfunn (Amdam, 2011, s.6). Dette punktet tenker jeg er veldig viktig for forankringen av folkehelsearbeidet politisk, da man trenger data på innvirkningen av folkehelseiltak for å legitimere folkehelsearbeidet, holde det på den politiske agendaen og involvere mer folk og styrke kapasiteten for å løse folkehelseutfordringer (Amdam, 2011, s.6). I tillegg er det viktig for å kunne drive med et kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Det siste punktet i sirkelen er evaluation/evaluering. Dette punktet skal være integrert i hele prosessen og refleksjonen over hva som er oppnådd under hvert steg kan føre til bedre evne til å møte folkehelseutfordringene senere (Amdam, 2011, s.7). Jeg tenker at evaluering er viktig for å vite hva man skal endre og hva man har gjort riktig.

3.0 Samarbeidsteori

Kommunene har store og komplekse oppgaver de skal løse, som igjen blir delt inn i deloppgaver for å bli håndterbar. Dermed får vi kommunale etater som har spesialisert seg innenfor deloppgaver i kommunene (Jacobsen, 2012, s.76). Det blir større behov for arbeidsdeling jo mer komplekse problemstillinger en organisasjon får, og ved stor grad av arbeidsdeling oppstår det behov for tverrsektorielt samarbeid (kommunetorget.no).

Folkehelse er en sektorovergripende arbeidsoppgave som skal inn i hele organisasjonen, noe som gjør at når man skal arbeide med folkehelse i kommunene er man avhengig av å få til et godt tverrsektorielt samarbeid. For å få til et godt folkehelsearbeid må man tenke helhetlig, det er ikke nok at helsesøster tenker på å forebygge overvekt og har vektkontroller og forteller foreldre og barn om kosthold når de er på kontroll. Helsesøster gjør en viktig jobb her, men flere må inn for å påvirke barn og unge til å forstå viktigheten og i tillegg lære seg å bruke denne informasjonen i dagliglivet. Det må komme inn fra alle sektorer.

I folkehelsearbeid rettet mot barn og unge har barnehager og skoler en unik mulighet til å påvirke i et folkehelseperspektiv siden de møter barna i hverdagen. Barnehager og skoler har derimot mange andre oppgaver å fokusere på og det kan være vanskelig å se ansvaret man har

for folkehelsa. De kan heller ikke gjøre dette arbeidet alene, da andre sektorer må være med for å løse de helhetlige utfordringene som for eksempel fysisk aktivitet.

Dersom man jobber mye med deloppgaver kan man miste evnen til å se helheten og Jacobsen (2012, s.79) snakker om en frivillig og en tvungen koordinering man kan forsøke å påvirke for å øke den tverrfaglige koordineringen.

Jacobsen (2012, s.83) presenterer fire strategier for å øke koordineringen:

- minske behovet for koordinering
- oppmuntre til økt samarbeid
- redusere barrierer for samarbeid
- en tredje part pålegger to andre å samordne seg/tvungen koordinering.

I forhold til denne oppgaven ser jeg det som mest relevant og gå videre inn i de tre siste punktene. I forhold til å oppmuntre til økt samarbeid legger han blant annet vekt på at man kan forsøke å knytte prestisje til et spesielt område. Jeg tenker her at dersom ledelsen fokuserer spesielt på folkehelsearbeid og viktigheten av det, vil det bli mer interessant for de som jobber i skolen, på teknisk etat eller i kulturavdelingen og jobbe med det. Man får belønning ved at man føler man gjør en viktig oppgave. Da nødvendigheten for det tverrsektorielle samarbeidet oppstår på bakgrunn av profesjonsdeling og økt effektivisering av deloppgaver, er en måte å få den enkelte å se sin plass i helheten (Jacobsen, 2012, s.85).

Å redusere barrierer for samarbeid kan man gjøre ved å redusere den fysiske avstanden, noe som fører til drastiske endringer i kontakthyppheten (Jacobsen, 2012, s.95). Dette kan være i forhold til hvor folkehelsekoordinatoren er plassert fysisk i organisasjonen, og som har noe å si for hvem man møter på i gangen og hvem man diskuterer utfordringer med på lunsjrommet. En annen ting Jacobsen (2012, s.94) nevner under dette punktet er at man kan ha en felles utdanning for de man vil ha til å samarbeide, han påpeker at det da er snakk om en utdanning som går på tvers av de spesialiserte utdanningene man har fra før. Det kan føre til både at man får felles normer og verdier, i tillegg til at man har vært i en klasseromssituasjon sammen som i seg selv kan virke koordinerende.

I denne oppgaven ser jeg på hvordan folkehelseiltak kan forankres i kommunen, og med et bredt perspektiv på folkehelse tenker jeg da alle sektorene i kommunen. Det er muligens vanskelig å få en felles utdanning for alle etatene i kommunen, men det kan tenkes at det

hadde vært aktuelt med felles kurs/foredragsholder for alle i kommunen angående folkehelse og at man da kunne redusert barrierene for samarbeid ved at man hadde felles forståelse av det man lærer på kurset.

Det siste punktet er at man blir pålagt å koordinere seg av en tredje part, det kan være ved å ha felles regler for flere enheter ved at man har felles rutiner (Jacobsen, 2012, s.99). For folkehelsearbeidet tenker jeg at dette i så fall må komme fra rådmannen eller kommunestyret da hele kommunen må pålegges et samarbeid angående folkehelsearbeid.

Møter og utveksling av muntlig informasjon har blitt den vanligste måten å tenke på for å koordinere virksomheter, det kan være faste møter eller prosjektgrupper (Jacobsen, 2012, s.102). Prosjektgrupper er folk fra ulike sektorer som blir satt sammen for å løse en spesifikk oppgave og har en tidsfrist til arbeidet.

I folkehelsearbeidet kan man sette sammen en prosjektgruppe for å løse en bestemt oppgave, for eksempel å skrive en handlingsplan eller en oversikt over folkehelsen i en kommune. Da får man det tverrsektorielle aspektet inn i arbeidet. Man kan også ha faste møter, disse varer over lengre tid og de kan man ha dersom man skal utveksle informasjon som er relevant på tvers av sektorer. Å ha faste møter i forhold til folkehelsearbeidet kan være en god arena for å sette fokus på dette arbeidet, fordi man da blir påmint å tenke folkehelse jevnlig.

Kommunen er pålagt gjennom folkehelseloven å ha overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som skal være nedfelt i kommuneplanen (Folkehelseloven). Vangen og Huxham (2009, s.70) skiller mål som kan påvirke innhold og retning i en samarbeidsprosess fra hverandre ut fra seks dimensjoner:

- Nivå
- Utgangspunkt
- Autentisitet/oppriktighet
- Relevans
- Innhold
- Åpenhet

Det er satt mål for folkehelsearbeidet gjennom folkehelseloven, kommunene skal ha mål for folkehelsen i kommuneplanene som gjelder for hele kommunen. Dette er overordnede mål som hele kommunesektoren skal jobbe sammen mot. Det er også viktig at for eksempel prosjektgrupper forsøker å sette seg mål for selve samarbeidet, de som deltar i prosjektgruppene har kanskje noen mål de ønsker å oppnå for sin avdeling/etat og alle disse nivåene av mål kan motivere og påvirke handlingsmåten hos deltagerne i et samarbeid. Dimensjonene går også ut på at man må bli enige om hvilke mål som kan forventes oppnådd for det aktuelle samarbeidet og mål for selve gjennomføringen og prosessen. I forhold til forankringen av ulike folkehelse tiltak er det viktig med denne synliggjøringen av de ulike målene man har og forsøke å bruke de for å nå de overordnede målene i folkehelsearbeidet.

Tillit er en forutsetning for et vellykket samarbeid, men virkeligheten viser at tilliten ofte er svak eller fraværende og mistenksomhet i samarbeidsrelasjoner er utbredt (Vangen og Huxham, 2009, s.73). Dersom man ikke stoler på sine samarbeidspartnere, er det et dårlig utgangspunkt for forankring av gode folkehelse tiltak og dermed vanskelig å oppfylle lovkravene fra staten. Det blir viktig å skape tillit til hverandre i kommunesektoren, slik at de ulike aktørene i samarbeidet tør å ta sjansen på å gå inn i et samarbeid. For å skape tillit er det viktig at forventningene blir synliggjort i formelle kontrakter og avtaler, og at alle parter i samarbeidet tør å ta en risiko på et samarbeid (Vangen og Huxham, 2009, s.73).

I en prosjektgruppe for å bestemme hvilke folkehelse tiltak man skal sette i gang, ved oppstart av faste møter for folkehelsearbeid i en kommune og ved alle andre koordinerende møteplasser for folkehelsearbeid, kan det være lurt å avklare forventninger skriftlig tidlig i samarbeidet. Når man har gjort det og alle har tatt risikoen og samarbeidsgruppen er i gang, etableres tillit gradvis ved å starte med noen små, realistiske mål for så å starte et mer ambisiøst samarbeid etter hvert som graden av tillit i gruppen forsterkes (Vangen og Huxham, 2009, s.75). Tillit kan redusere sosial kompleksitet og usikkerhet og man må bygge og dele felles grunnleggende verdier og normer og ha tillit til at andre gjør det samme for å kunne mobilisere (Amdam og Veggeland, 2011, s.66). For å forankre folkehelsearbeidet i kommunal sektor, må man jobbe med å etablere tillit tverrsektorielt. Alle i samarbeidsgruppene må være trygge på at alle følger de samme spillereglene, og det er viktig at man kommuniserer disse tydelig, repeterer de og videreutvikler de i fellesskap og at også nye medlemmer får disse formidlet, slik at man unngår misforståelser og konflikter (Amdam og Veggeland, 2011, s.67).

4.0 Metode

På grunn av oppgavens størrelse og omfang har jeg brukt litteraturstudie som metode. Jeg har søkt på internett og på ulike forskersider på ord som ”folkehelsearbeid i kommunene”, ”samarbeidsteori”, ” folkehelse i plan”, ”forankring” , ”tverrsektorielt samarbeid” og ”kommunal planlegging” i ulike kombinasjoner. Jeg har funnet tre undersøkelser som er relevant for denne oppgaven, to av disse ser på status i folkehelsearbeidet i norske kommuner. Den ene, ”regionalt og lokalt folkehelsearbeid” har kartlagt folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner, den andre ”partnerskap for folkehelse og Helse i plan” har sammenlignet folkehelsearbeidet i de kommunene som har inngått partnerskap for folkehelsearbeid og/eller er med i prosjekt ”Helse i plan” med kommuner som ikke har inngått partnerskap eller er med i prosjektet. Den tredje undersøkelsen, ”kartlegging av plankapasitet og plankompetanse i kommunene” som har kartlagt situasjonen på planfeltet i norske kommuner. Jeg har kun søkt på norsk forskning. Det kan være undersøkelser som er relevante jeg ikke har funnet.

5.0 Drøfting

Teorien er klar på viktigheten av å følge planprosesser og at man bør ha et tverrfaglig samarbeid i kommunene for å få forankret planene. Hvordan norske kommuner organiserer folkehelsearbeidet i praksis i forhold til denne teorien er interessant å se på for oss som jobber med folkehelsearbeid. Jeg vil forsøke å sette undersøkelsene jeg har lest i sammenheng med Amdams sirkulære prosess, de fire første stegene. De siste to stegene i prosessen, dokumentering og evaluering, har jeg ikke klart å finne noen sammenheng med til undersøkelsene og de er derfor ikke med i drøftingen.

5.1 Planprosessens første og tredje steg

Steg en i planprosessen var oppmerksomhet, under dette punktet var det viktig å inkludere alle aktører for å forankre folkehelsearbeidet og dermed øke muligheten for implementeringen. For å se på hvordan norske kommuner har fulgt det første punktet i planprosessen i forhold til planlegging av folkehelsearbeid i kommunal sektor, vil jeg se på etableringen av tverrfaglige arbeidsgrupper. Etableringen av tverrfaglige samarbeidsgrupper er også relevant for å se

hvordan kommunene jobber med punkt tre i Amdams sirkulære prosess, hvor man skal bygge en samarbeidsplattform.

Under halvparten av norske kommuner har etablert tverrfaglige arbeidsgrupper i folkehelsearbeidet (partnerskap for folkehelse og helse i plan). Det er interessant å se dette i sammenheng med at 68 % av kommunene sier at de omtaler folkehelsearbeidet i kommuneplanens samfunnsdel (regionalt og lokalt folkehelsearbeid). Når kommunene ikke har tverrfaglige samarbeidsgrupper, men har beskrevet folkehelsearbeidet i samfunnsdelen kan det se ut som at flere kommuner har gått utenom planprosessen i forhold til viktigheten av å forankre planene, når vi vet at deltagelse og eierskap var det som sikrer forankring. Av de kommunene som har etablert tverrsektorielle samarbeidsgrupper er det 66 % som arbeider med mer enn fem temaer i folkehelsearbeidet, bare 34 % av kommunene som ikke har etablert tverrfaglige samarbeidsgrupper har like mange tema (Partnerskap for folkehelse og helse i plan). Det kan tyde på at etablering av tverrsektorielle samarbeidsgrupper ikke bare fører til sterkere forankring av folkehelsearbeidet, men også fører til et bredere perspektiv på folkehelsearbeid. Dersom planene ikke har blitt forankret, er det større mulighet for at de ikke blir brukt i praksis. Skrivebordsplaner er ingen tjent med.

Hvorfor setter ikke kommunene sammen tverrsektorielle samarbeidsgrupper for folkehelsearbeidet når de skal planlegge det? Er det fordi de lager planer kun fordi det er lovpålagt og ikke ser at det er nødvendig? Er det fordi de ikke ser det helhetlige folkehelsearbeidet? Eller er det fordi de ikke vet hvordan de skal få folkehelse forankret i planene?

5.1.1 Nødvendigheten av/tid avsatt til planlegging

Dersom kommunene mener det ikke er nødvendig å følge planprosessen når de jobber med overordnede planer for folkehelsearbeidet sitt, kan det være at de har gjort seg opp erfaringer over flere år og synes at det kommunale arbeidet fungerer godt. Dersom folk har det godt i kommunen og alle er fornøyde, hvorfor skal man endre på ting da? Spesielt i små kommuner vil en planprosess, dersom man følger teorien, ta mye tid. I små kommuner har man ofte små stillingsandeler og et faglig miljø er da ikke til stede i samme forstand som i større kommuner. Kun 28 % av kommunene har et fagmiljø innenfor kommunal planlegging, dersom man legger til grunn at man må være minimum 2 personer for å ha et fagmiljø (Kartlegging av plankapasitet og plankompetanse i kommunene). Man kan tenke seg at dette kan overføres til

flere avdelinger i små kommuner. I små kommuner kan det derfor kanskje være et samarbeid mellom sektorer på en annen måte fordi de ikke har så mange i samme avdeling, med samme profesjonsutdannelse som en selv og dermed ikke har disse kulturene som man kan danne seg innenfor en avdeling. Man kjenner hverandre godt, alle har møttes i ulike samarbeid og på ulike møter tidligere. Er det nødvendig å bruke tid på å danne nye grupper og ha nye møter, dersom man mener ting fungerer bra som det er? Det er mulig at tiden man da bruker på planprosessen, går på bekostning av direkte tiltak ut mot befolkningen i kommunen. Man lager mer byråkrati og velger kanskje derfor å heller bruke kort tid på planprosessen.

Tiden folkehelsekoordinatorene har avsatt til folkehelsearbeid er varierende, men i 38 % av kommunene bruker de 10-20 % av tiden sin til folkehelsearbeid, i 20 % av kommunene bruker de 30-40 %, 50-60 % og 90-100 % (regionalt og lokalt folkehelsearbeid).

Folkehelsekoordinatorer har altså i de fleste kommuner lite tid avsatt til dette arbeidet. Mange norske kommuner opplever at de ikke har den nødvendige kapasiteten i samfunnsplanleggingen, blant annet er det de omfattende medvirkningskravene som virker utmattende (Kartlegging av plankapasitet og plankompetanse i kommunene). Det kan virke som om tid, eller mangel på tid, er en viktig faktor når man skal vurdere hvilken planprosess man skal ha og dermed hvordan man forankrer folkehelsearbeidet.

Dersom kommunene ikke har ressurser i form av tid å avsette til å gjøre en planprosess ”etter boka”, kan det være at lovkrav om planarbeid blir uten effekt. Kommunene har likevel ikke tid til å følge planprosessen og planene blir muligens like fullt skrivebordsplaner.

5.1.2 Det helhetlige folkehelsearbeidet

Kan det være fordi kommunene ikke ser det helhetlige perspektivet i folkehelsearbeidet, de får kanskje en uttalelse fra kommuneoverlegen eller andre fra kommunehelsetjenesten over hvordan det står til med folkehelsen i kommunen og hva som må gjøres, og skriver det inn i samfunnsplanen. Hvem er det som føler eierskap og ansvar for at det som står i planen blir fulgt? Da vil folkehelsearbeidet være forankret hos kommuneoverlegen og han følger opp at kommunehelsetjenesten gjør det folkehelsearbeidet som står i planen. Dette er en typisk instrumentell planleggingsstrategi, ekspertene bestemmer ut i fra en antagelse om at man vet best og har full oversikt over hvordan man skal komme dit. Innenfor noen områder i forebyggende arbeid kan dette være hensiktsmessig. Det helsefremmende arbeidet er preget av mer usikkerhet og man vet ikke hvordan tiltak man setter i gang virker på helsa til folk, det

er vanskelig å dokumentere og effektene kommer ikke med en gang. I dette arbeidet vil det antagelig være mer riktig med en kommunikativ planleggingsprosess, man er avhengig av en forankring tverrsektorielt for at alle skal dra i samme retning.

Den strategiske planleggingen ser ut til å mangle her, man har ikke blitt enige tverrsektorielt om visjonen. I den strategiske planleggingen er det viktig med den tverrsektorielle forankringen, her må deltagelse sikres og eierforhold skapes. I følge samarbeidsteorien vil overordnede mål ikke bli fulgt dersom ikke alle aktørene som skal delta i arbeidet har vært med på å formulere dem, bli enige om dem gjennom en kommunikativ rasjonalitet. I følge planprosessen til Amdam vil man, dersom man ikke jobber etter samme mål, ikke dra i samme retning i folkehelsearbeidet. Man setter inn tiltak etter hvert som det melder seg behov for de, følger en såkalt muddling through strategi, og uten felles mål poengterte Amdam og Veggeland (2011) at det fort kan utvikle seg til en brannslukningsstrategi.

5.1.3 Kompetanse i planleggingen av folkehelsearbeidet

Muligheten for at norske kommuner ikke sikrer forankring av folkehelse i planarbeidet fordi de mangler kompetanse på hvordan det skal gjøres er til stede. 68 % av kommunene mener de har den nødvendige kompetansen i forhold til samfunnsplanleggingen (kartlegging av plankapasitet og plankompetanse i kommunene). Det vil si at 32 % av kommunene ikke opplever at de har nødvendig kompetanse. I tillegg kommer det frem at kun 17 % mener at de har kompetanse på alle plantemaer (kartlegging av plankapasitet og plankompetanse i kommunene).

Folkehelsekoordinatorene opplever at det trengs mer kunnskap på mange folkehelsefelt og hvorfor dette er relevant overfor de ulike aktørene (Partnerskap for folkehelse og Helse i plan). Dette er også relevant i forhold til planprosessen, i forhold til alle stegene i Amdams sirkulære prosess er det viktig at man har en felles forståelse av folkehelsearbeid for å kunne bli enige om mål, se nødvendigheten av samarbeid og for å vite noe om hvordan man sammen kan gjøre noe med utfordringene i folkehelsearbeidet.

Hvordan kan man da få til dette? Jacobsen (kompendiet) har under punktet ”reduere barrierer for samarbeid” et punkt om å ha en felles utdanning for de man vil ha til å samarbeide.

Det kan være kostbart og uoverkommelig og sende hele kommunen på en felles utdanning, men kanskje kan man ha felles kurs for alle. Det kan tenkes at man kan få en engasjert foreleser til å komme til kommunen og at rådmannen hadde lagt til rette for at alle kommunale sektorer skal delta på et slikt kurs eller forelesning. I regionalt og kommunalt

folkehelsearbeid skriver de at oppgaven med å få alle kommunens virksomheter til å rette oppmerksomhet mot folkehelse er vanskelig og at det antageligvis er få kommuner som er godt i gang med dette arbeidet. Utfordringen, i følge denne undersøkelsen, er å bevisstgjøre både kommunale og ikke-kommunale aktører på hvordan de kan bidra til helsefremming. Det er mulig at et felles kursopplegg for kommunens ansatte, både for å bevisstgjøre om hva folkehelsearbeid er, hva man allerede gjør av folkehelsearbeid og hvordan man kan bidra til helsefremming ville ha vært en god måte å starte en slik prosess på. Da vil man kunne få kunnskap om hvordan deloppgaver i kommunen henger sammen, og dermed økt fokus på den enkeltes avdeling i forhold til helheten, noe som Jakobsen (kompendiet) snakker om for å oppmuntre til økt samarbeid.

Dessverre ser dette ut til å være en svak koordineringsmekanisme i følge Jakobsen, da man fortsatt må basere seg på frivillighet og at alle ønsker et samarbeid. Det er vanskelig å basere seg på totalt frivillig arbeid, likevel kan det kombineres med andre koordineringsmekanismer for å oppnå en bedre effekt. Man kan øke kunnskapen slik at alle ser sitt ansvar og sine muligheter for å gjøre noe i folkehelsearbeidet og samtidig innfører en mer tvungen koordinering. Den tvungne koordineringen kan for eksempel være gjennom å innføre felles planer for flere enheter, en plan for folkehelsearbeidet i denne sammenhengen. Det må da beskrives hvem som skal delta i prosessen av denne planen. Den tvungne koordineringen kan også være å pålegge kommunens etater og etablere en tverrfaglig samarbeidsgruppe i folkehelsearbeidet. I følge Jakobsen (kompendiet) blir det ofte en del motstand i begynnelsen i slike tvungne samarbeidsgrupper, men det har vist seg at slik motstand går fort over.

Det er imidlertid ikke bare å sette sammen en tverrsektoriell gruppe og så har man løst problemet. Det er gjort mye forskning på hvordan man får tverrsektorielt samarbeid til å bli effektivt og i følge samarbeidsteorien må gruppa være enig om felles mål. Å bli enige om felles mål for folkehelsearbeidet for hele kommunen er viktig for å få til et samarbeid på tvers av sektorer, det er imidlertid ikke helt uten utfordringer å få til. Teorier om samarbeid uttrykker usikkerhet i forhold til om det er mulig å oppnå felles mål i praksis. Det kan være utfordrende når folk med ulike ressurser, erfaringer og ekspertise skal enes om felles mål (Vangen og Huxham, kompendiet). Å bli enige om felles mål er en prosess det er viktig å ta i begynnelsen av et samarbeid og det bør være nedfelt skriftlig, det er viktig at denne prosessen ikke blir undervurdert. En annen ting Vangen og Huxham trekker fram som grunnleggende viktig i et samarbeid var tillit. Det er tidskrevende og opparbeide tillit i et samarbeid. Kanskje har små kommuner en fordel her, med at man stort sett kjenner til hverandre og har samarbeid

på andre arenaer også. Det kan imidlertid like godt være en ulempe, dersom man har hatt et samarbeid som ikke har fungert tidligere. Dersom man skal bruke tvungen koordinering for å etablere tverrfaglige samarbeidsgrupper i kommunene, ser det ut til at det er viktig å bruke god tid i oppstartsfasen på å enes om mål for samarbeidet og starte arbeidet med å etablere tillit.

5.2 Planprosessens andre steg

I følge steg to i Amdams planprosess er det viktig å kartlegge folkehelsesituasjonen og formulere utfordringer som deretter blir satt på den politiske agendaen. For å kunne sette dette i sammenheng med hvordan norske kommuner jobber, vil jeg se på hvordan kommunene jobber med oversiktsdokumentet.

Utarbeidelse av oversiktsdokumentet over helsetilstanden i kommunene, med positive og negative faktorer som påvirker helsen har blitt lovpålagt. Viktigheten av å ha dette oversiktsdokumentet med når man planlegger folkehelsearbeidet har blitt poengtert i Amdams sirkulære planprosess, i tillegg til at det er nødvendig for å kunne drive et kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

71 % av kommunene har ikke utarbeidet en slik oversikt. 61 % opplever et stort behov for kunnskap i forhold til oversiktsarbeidet (regionalt og lokalt folkehelsearbeid). Etter denne undersøkelsen har det kommet en veileder som beskriver hvordan man lager oversiktsdokumentet, det er imidlertid et stort arbeid som krever mye samarbeid og koordinering på tvers. Dokumentet er ment å skulle brukes for å planlegge folkehelsearbeidet helt fra institusjonelt og ned til operativt nivå og det kan derfor se ut til at det er viktig at dette er forankret og at alle involverte i folkehelsearbeid i kommunene føler eierskap til dokumentet for at det skal bli brukt i planleggingen.

Det kan se ut som at også under dette punktet hadde etablering av en tverrsektoriell samarbeidsgruppe om folkehelsearbeid vært hensiktsmessig. På den andre siden kan dette arbeidet gjøres uten etablering av samarbeidsgrupper, folkehelsekoordinatoren kan sikre deltagelse i utarbeidelsen av dokumentet ved å oppsøke de forskjellige etatene etter hvert som det er behov for deltagelse og få i gang et uformelt samarbeid. Det er mange punkter i oversiktsdokumentet og alle aktørene trenger kanskje ikke å være deltagende til en hver tid, det kan kanskje føles som bortkastet tid i en tverrsektoriell gruppe når ikke alt er like relevant for alle.

5.3 Planprosessens fjerde steg

Punkt fire i Amdams prosess er iverksetting. Dette punktet kan ikke sammenlignes direkte med undersøkelsene om hvordan kommunene jobber. I underkant av halvparten av kommunene oppfattes det som en av folkehelsekoordinatorens oppgaver, å iverksette tiltak i brukerrettede tjenester (regionalt og lokalt folkehelsearbeid).

Koordinering på tvers var den arbeidsoppgaven for folkehelsekoordinatorene som ble vektlagt av flest kommuner. I underkant av halvparten av folkehelsekoordinatorene har som arbeidsoppgave å iverksette tiltak i brukerrettede tjenester (regionalt og lokalt folkehelsearbeid). Dette er folkehelsearbeid på et operativt nivå. Når folkehelsearbeidet planlegges med mål og strategier er det planlegging på et strategisk nivå. Dersom folkehelsekoordinatoren skal kunne være med på å koordinere det tverrsektorielle aspektet i kommunens folkehelsearbeid, kan det være lurt å være med i planleggingen på det strategiske nivået. Med den tiden folkehelsekoordinatorene har til å bruke på folkehelsearbeid kan det være utfordrende å få tid til koordinering på alle planleggingsnivåene.

5.4 Folkehelsekoordinatorens rolle

Folkehelsekoordinatorene har ulike arbeidsoppgaver i kommunene. Den arbeidsoppgaven det er størst enighet om at er folkehelsekoordinatoren sin viktigste oppgave er koordinering på tvers av enheter (Regionalt og lokalt folkehelsearbeid). For å få folkehelsearbeidet forankret, kan det virke som at det ligger et ansvar her for å sikre deltagelse og eierskap til folkehelsearbeidet tverrsektorielt i kommunene. Samtidig har ikke folkehelsekoordinatoren noen beslutningsmyndighet og er avhengig av hjelp til dette arbeidet.

Folkehelsekoordinatoren kan ikke pålegg noen å samarbeide.

Hvor folkehelsekoordinatoren er plassert i organisasjonen sier noe om hvordan folkehelsearbeidet er forankret og prioritert i kommunen. Tradisjonelt sett har forebyggende arbeid vært lagt til kommunehelsetjenesten, dersom folkehelsekoordinatoren er plassert under denne avdelingen vil det kanskje sende ut et signal om at folkehelsearbeid er lik helsearbeid. I 46 % av kommunene er kommuneoverlege eller helsesjef nærmeste leder til folkehelsekoordinatoren. Da stillingsandelen ofte er liten, kombinerer ofte folkehelsekoordinatoren stillingen med andre oppgaver i organisasjonen. De fleste kombinerer det med enten administrative oppgaver i helsesektoren, eller ved helsestasjonen/skolehelsetjenesten i mer brukerrettede stillinger (regionalt og lokalt folkehelsearbeid). Det kan se ut som helsesiden fortsatt er sterkt fremtredende i folkehelsearbeidet i kommunene.

Er plassering av folkehelsekoordinatoren organisatorisk et bevisst valg av kommunene?

Vi vet fra samarbeidsteorien at både fysisk og organisatorisk plassering har noe å si for hvem man samarbeider med. Når den fysiske plasseringen er i kommunehelsetjenesten vil folkehelsekoordinatoren antagelig ha mer samarbeid med de som jobber i helsetjenesten. Når den organisatoriske plasseringen er under kommuneoverlegen, vil sannsynligvis folkehelsekoordinatoren diskutere arbeidsoppgaver og utfordringer med kommuneoverlegen/helsesjefen. Dersom rådmannen var nærmeste leder, kan man gå ut fra at folkehelsearbeidet hadde blitt diskutert med rådmannen, som da kanskje hadde fått mer innsikt i folkehelsearbeidet og utfordringene og det kan tenkes det er derfor tanken om at folkehelsekoordinatoren burde være plassert under rådmannen kommer fra. Man kan derfor tenke at folkehelsekoordinatoren burde vært organisatorisk plassert under rådmannen. Likevel er det slik at kommuneoverlegen også har ansvar for folkehelsearbeidet gjennom sin stilling, og dersom man tenker på samarbeidsteorien i forhold til at man samarbeider bedre med den man har samme profesjon, bakgrunn eller interesser som, kan det kanskje være at man har lettere for å samarbeide dersom man jobber innenfor samme område og har noen sammenfallende arbeidsoppgaver? Hvilken bakgrunn den som jobber som folkehelsekoordinator har, vil muligens ha noe å si her. Dersom bakgrunnen er helsefaglig, kan dette være mer sannsynlig enn dersom profesjonen er helt annerledes enn kommuneoverlegen. Når man har kommuneoverlegen som leder og denne innser sin rolle og ansvar i forebyggende arbeid, har man en kollega å diskutere utfordringer med. Det ser ut til å være personavhengig om kommuneoverlegene involverer seg i dette arbeidet eller ikke (regionalt og lokalt folkehelsearbeid) og det kan da tenkes at den fysiske og organisatoriske organiseringen av folkehelsekoordinatoren må være avhengig av hvordan forholdene er i den enkelte kommune.

6.0 Avslutning

Jeg kan ikke konkludere med hvordan norske kommuner forankrer folkehelsearbeidet i kommunal sektor i forhold til teori om planprosess, men jeg mener likevel jeg har kommet fram til noen grep vi som kommune kan gjøre for å starte en prosess med å få hele kommunesektoren involvert i folkehelsearbeidet.

Etter å ha drøftet undersøkelsene mot praksis mener jeg å kan se at tverrfaglige samarbeidsgrupper er viktig for å sikre forankring av folkehelsearbeidet. Disse gruppene må jobbe mot å bli enige om felles mål og jobbe med tillit i gruppen slik at alle tør å satse på et samarbeid.

En annen ting jeg mener å kan se ut fra drøftingen er at kommunens etater trenger en felles forståelse av hva folkehelse og folkehelsearbeid er og hvordan vi alle kan bidra til dette viktige arbeidet, både administrativt og politisk. Et felles kurs eller felles foredrag for kommunens etater om folkehelse og folkehelsearbeid kan være en måte å gjøre dette på.

Det tredje punktet jeg vil trekke frem her er at det kan se ut til at det er viktig at kommunene vurderer plasseringen i organisasjonen for folkehelsekoordinatoren, da jeg ikke kan konkludere med at det er likt for alle kommuner hvor denne bør være organisatorisk plassert. Jeg mener også det ser ut til at oversiktsdokumentet er viktig å få forankret tverrsektorielt, gjennom å sikre deltagelse i utarbeidelsen av dokumentet fra flere sektorer, om enn ikke i gruppe.

Dersom vi som kommune får startet prosessen med tverrsektoriell forankring gjennom å følge dette, tror jeg vi er godt i gang med det kommunale folkehelsearbeidet.

7.0 LITTERATURLISTE

- Amdam, Jørgen og Veggeland, Noralv. Teorier om samfunnsstyring og planlegging. 2011.
- Amdam, Roar (2010) Planning in Health Promotion Work: an empowerment model, Routledge studies in public health, 2011, Routledge.
- Helgesen, Marit K, Hofstad, Hege. Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. NIBR 2012:13
- Jacobsen, Dag Ingvar (2012). Hvorfor er samarbeid så vanskelig. I Repstad, Pål (red). Dugnadsånd og forsvarsverker. Oslo: Universitetsforlaget. (s.75-114).
- Langset, Magne. Kartlegging av plankapasitet og plankompetanse i kommunene, NIVI Rapport 2014:1.
- Meld.st.34. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. 2012-2013.
- Partnerskap for folkehelse og Helse i plan”. Sluttrapport, 2010. Møreforskning Volda. Randi Bergem, Susanne Moen Ouff, Unni Aarflot, Guri-Mette Vestby, Hege Hofstad, Marit Kristine Helgesen.
- Vangen, Siv og Huxham, Chris (2009): En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I: Willumsen, Elisabeth (red): Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning. Universitetsforlaget, Oslo. S.67-87.
- Yttredal (2011). Forankring av regionale utviklingstiltak – hva er det? Møreforskning Volda, Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T. og Kristiansen, R. (red) (2012): Utfordringer for norsk planlegging. Oslo: Cappelen-Damm.

<http://www.kommunetorget.no/Temaomrader/Rusmiddelpolitisk-handlingsplan/Hvordan-komme-raskt-igang-med-planarbeidet/Slik-legger-du-opp-planarbeidet/Viktige-planpoeng-steg-2-/Hvorfor-tverrfaglig---og-sektorielt-samarbeid/> internettsøk 01.05.14, kl 10.00.

http://www.kommunetorget.no/PageFiles/123/hvar_er_forankring.jpg

Internettsøk 01.05.14 kl 10.15

http://www.kommunetorget.no/PageFiles/123/hvordan_forankre.jpg

Internettsøk 01.05.14 kl 10.15