Prosjektoppgave i studiet
Helse og omsorg i plan

Fakultet for helsevitenskap

HØGSKOLEN I VESTFOLD - Fakultet for helsevitenskap

Helse og omsorg i plan

Kandidatnummer:

6, 19, 21, 40

Mai 2013

Antall ord: 11.645

Innholdsfortegnelse

Forord 4

Sammendrag 5

Innledning 6

Om kommunene 7

Problemstilling 8

Metode 8

Organisering av arbeidet 8

Tilpasset metodikk og modell 9

Teori 11

NIBR-rapport "Regionalt og lokalt folkehelsearbeid, Ressurser, organisering og koordinering", 2012. 11

Folkehelse på tvers 12

Ledelsesteorier 13

Grunnleggende endring 13

Små seire 14

Konflikt og maktkamp 15

Iverksettingsteori 15

Lærende organisasjoner 19

Planleggingsteori 19

Kommunikativ planlegging 19

Samarbeidende planlegging 19

Reformsituasjoner i planleggingen 20

Kommunikasjon 21

Profesjonalisering 22

Følelsesmessige reaksjoner forbundet med endring 22

Dugnadsånd og forsvarsverker – Samarbeidsprosesser 23

Effektivitet og kompleksitet ... 24
Verkstedmetodikk ... 24
Resultater fra kartleggingen ... 26
Resultat fra verksted: ... 26
Drøfting ... 28
Erfaringer fra verkstedprosessen ... 28
Refleksjon over svarene ... 28
De sammensatte utfordringene ... 30
Eierskap til utfordringer, felles kunnskap og kulturforståelse ... 31
Samarbeidets synergi ... 32
Kunnskap, kompetanse, læring ... 32
Styresmaktenes føringer for kompetanseheving ... 33
Bred forankring krever grunnleggende kompetanse ... 34
Helsesektorens rolle i det tverrfaglige arbeidet ... 36
Samhandlingskompetanse ... 36
Kompetanseprogram for folkehelsen ... 37
Utfordringer for det tverrfaglige arbeidet ... 38
Folkehelse i planverk ... 39
Eksempel fra Suldal kommune ... 40
Lederrollen i folkehelsearbeidet ... 40
Det politiske ansvaret ... 42
De tverrsektorielle samarbeidsarenaer ... 42
Suksessfaktorer i folkehelsearbeidet ... 43
Konklusjon ... 45
Litteraturliste ... 47
Vedlegg ... 49

Forord

Arbeidet med oppgaven har gitt oss et bredt teoretisk perspektiv på praksisfeltet.Vi har tilegnet oss ny kunnskap og innsikt i arbeidsmetoder og muligheter for innovasjon og kvalitetsutvikling, som den nye folkehelsloven og helse- og omsorgsloven krever og legger til rette for. Vi har gjennom studiet tilegnet oss et godt grunnlag for å legge effektive strategier for en helhetlig, inkluderende og helsefremmende samfunnsutvikling.

Vi har i denne oppgaven drøftet hvilke faktorer som er viktige for å lykkes i den gode tverrfaglige samhandlingen om de gode løsningene. Der det er vilje til endringsledelse, felles forståelse for utfordringer og roller, respekt for hverandres kompetanse, og ydmykhet for at ingen er spesialister på det gode liv, der kan det være potensiale for økte synergieffekter. Arbeidet med oppgaven har gitt oss nye perspektiver på ledelse og planlegging.

Vi takker Høgskolen i Vestfold for dyktige forelesere, for viljen til å gi oss de beste, slik at vi skulle få størst mulig utbytte av studiet. Vi takker Eyvin Bjørnstad, HIVE, vår veileder i prosjektarbeidet, for konstruktive tilbakemeldinger og gode innspill til konkrete problemstillinger og drøftingstema.

Vi takker John Jakobsen, KS, for god tilrettelegging og oppfølging, vi har følt oss privilegert, som det første kullet i studieopplegget fra KS og Helsedirektoratet. Vi takker våre medstudenter for sosialt fellesskap, gode diskusjoner og refleksjoner. Vi takker deltakerne i verkstedene for positiv velvilje og for å dele sine tanker og kunnskaper med oss. De av oss som har fått bruke deler av arbeidstiden til studiet, takker for velvilje fra arbeidsgiver, som ga oss tid og ressurser til å kunne arbeide med studiet og prosjektet.

Sammendrag

Denne oppgaven er skrevet av fire studenter fra kommunene Porsgrunn, Våler (Ø), Hjartdal og Suldal. Problemstillingen har utgangspunkt i studentenes erfaringer fra implementering av Samhandlingsreformen og ny Folkehelselov i egne kommuner, og hovedspørsmålet er:

«Hva skal til for å utvikle felles forståelse for betydningen av tverrsektorielt samfunnsrettet folkehelsearbeid?»

Forståelse av folkehelseperspektivet og egen lederrolle står sentralt, sammen med kunnskap og kompetanse om sammenhenger i folkehelsearbeidet. Er det mulig å utvikle nye arbeidsformer som gir rom for større grad av tverrsektoriell samhandling i den langsiktige samfunnsutviklingen.

Studentene har brukt verkstedmetodikk til å forske i ledergrupper i egne kommuner, støttet av NIBR's baselineundersøkelse rapport om Regionalt og lokalt folkehelsearbeid og drøftet problemstillinger opp mot relevant litteratur og teorier. Oppgaven berører ledelses- og endringsteori, lærende organisasjoner, planleggingsteori, kommunikasjon, profesjonalisering, samarbeidsprosesser og iverksettingsteori, og ser dette i sammenheng med rapporten «Folkehelse på tvers».

Konklusjonen er at det er komplekst å iverksette nye reformer og nye måter å samarbeide på. Forankring i overordnet planverk, godt lederskap, tydelige mål og strategier, sammen med kommunikative planleggingsprosesser med bred involvering er viktig. Det å skape felles forståelse for utfordringer og sammenhenger, danner et godt utgangspunkt for planprosessene. Skrittvis utvikling og små seire kan være veien å gå for å oppnå:

Utjevning av sosiale helseforskjeller – Helse i alt vi gjør - Bærekraftig utvikling – Føre var prinsippet – og Medvirkning.

Innledning

Etter den nye folkehelseloven skal kommunene selv velge sine mål og tiltak for å fremme befolkningens helse på kort og lang sikt. Slik bør det være. Den enkelte kommunen vet best hva dens innbyggere trenger for å leve gode, lokale liv. Folkehelseloven gir kommunene ansvar, samtidig som den åpner muligheter for en koordinert folkehelsesatsing der alle sektorer er med, ikke bare helse. Det kreves god ledelse, forankrede planer og gjennomføringskraft. Mange kommuner har tatt utfordringen med stort engasjement ……

…Å lykkes med folkehelsesatsingen er et løft vi må klare. Tunge trender i samfunnet peker mot mer ensomhet, livsstilssykdommer som diabetes, kols og økning i psykiske lidelser. Norge er et land med små økonomiske forskjeller. Likevel finner vi de tydeligste sosiale forskjellene innen helse. God fordelingspolitikk er god folkehelsepolitikk. Jeg har tillit til at kommunene vil være i front i denne dugnaden. Kilde: Helseminister Jonas Gahr Støre til VG-nett, 24.10.2012.

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen med den nye folkehelseloven danner bakteppe for vår problemstilling. Det er tre grunnpilarer i samhandlingsreformen, ny helse- og omsorgslov, ny folkehelselov og nasjonal helse- og omsorgsplan . (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

Den nye Folkehelseloven (FHL) styrker kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer og bygger på fem gjennomgående prinsipper:

Utjevning av sosiale helseforskjeller - Helse i alt vi gjør - Bærekraftig utvikling - Føre-var-prinsippet og Medvirkning.

Sentralt i det nye lovverket er ansvaret for folkehelse. Ansvaret er flyttet fra helsetjenesten til å gjelde alle sektorer og utpeker rådmannen som ansvarlig for folkehelsearbeidet.

Plan og bygningsloven (PBL) er verktøyet for helhetlig samfunnsplanlegging, og legger føringer for hvordan blant annet folkehelse skal forankres i ulike faser i planprosesser.

Både Folkehelseloven og Plan og bygningsloven setter krav til medvirkning og samarbeid med næringsliv og frivillig sektor, for å nå målene om et bærekraftig og helsefremmende samfunn.

Vi har valgt å bruke lovverkets definisjoner av sentrale begreper i oppgaven. Vi går ikke nærmere inn på dette i oppgaven.

Om kommunene

Porsgrunn kommune har 35 000 innbyggere, ligger ved kysten i Telemark fylke og er en industrikommune i endring. Kommunen har vært partner med Folkehelseprogrammet i Telemark siden 2007, har folkehelsekoordinator i 100 % stilling, som organisatorisk ligger til virksomheten Legetjenester og miljørettet helsevern. Kommunen har 2 formelle ledernivåer rådmann/kommunalsjefer og virksomhetsledere.

Våler kommune har ca 4.700 innbyggere, er en kommune i sterk vekst og ligger sentralt i Østfold. Våler har vært i partnerskap med Østfoldhelsa siden oppstarten i 2002. Ansvaret for folkehelse er lagt til stillingen som helsesjef i samarbeid med plansjef. Våler kommune har 3 formelle ledernivå: Rådmann, 2 kommunalsjefer og virksomhetsledere.

Hjartdal kommune har ca. 1600 innbyggere, er en landbrukskommune og ligger i Øst-Telemark. Kommunen er partner i Folkehelseprogrammet i Telemark og har hatt folkehelsekoordinator i 20 % stilling siden mai 2011, organisert i helsetjenesten. Hjartdal har, som Våler, 3 formelle adm. ledernivå.

Suldal kommune har ca 3850 innbyggere, er en kraftkommune og ligger lengst nord-øst i Rogaland fylke. Kommunen har vært med i Partnerskap for folkehelse i Rogaland siden 2011. Suldal har folkehelsekoordinator i 50 % stilling i kombinasjon, organisatorisk plassert i Kultursektoren. Kommunen har 2-nivå modell med rådmann og områdesjefer.

Kommunene, som i stor grad er sektoriserte og spesialiserte i sin organisasjonsform, møter på nye utfordringer i det nye tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Det stilles større krav til vurdering av helhet og sammenheng og til tverrsektoriell samhandling. De nye lovkravene utfordrer kommunene til å finne nye samhandlingsmønstre, bryte ned tradisjonell sektortenkning, samt åpne opp prosesser for økt medvirkning fra lokalsamfunnet.

Vi ønsker i oppgaven å rette oppmerksomheten mot ledernivået i kommunene, og har valgt rådmannens utvida ledergrupper til verkstedene vi har gjennomført. Kommunene er ulikt organisert, og vi har ulik tilnærming til hvilke ledergrupper som involveres.

Som sentrale personer i folkehelsearbeidet i våre kommuner, har vi så langt erfart at implementering av lovverket, og føringene disse legger opp til for kommunene, er utfordrende. Vi ønsker å bli klokere på egen organisasjon, og undersøke faktorer som kan bidra til å utvikle systematikk, nye metoder og arbeidsformer. Våre egne erfaringer om varierende kunnskap og forståelse av folkehelse i kommunene, har bidratt til valg av problemstilling.

Problemstilling

Hva skal til for å utvikle felles forståelse for betydningen av tverrsektorielt samfunnsrettet folkehelsearbeid?

Vi ønsker i denne oppgaven å finne svar på blant annet følgende:

1. Hvilken betydning har den enkeltes definisjon eller forståelse av folkehelsebegrepet for det tverrsektorielle samarbeidet?
2. Hvilken betydning har lederens rolleforståelse for å lykkes med tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid?
3. På hvilke måter kan kommunen, som en lærende organisasjon, utvikle nye arbeidsformer som gjør at kommunene setter det langsiktige folkehelsearbeidet inn i en større tverrfaglig sammenheng?

Metode

Organisering av arbeidet

Vi er ansatt i kommuner som ligger geografisk langt fra hverandre. Avstanden var utfordrende fordi vi ikke kunne møte hverandre så ofte som vi ønsket. Vi har tiltross for stor avstand, samarbeidet godt gjennom hele skoleåret, og blitt godt kjent med hverandres hjemkommuner.

Vi har brukt eksisterende kartlegginger som blant annet NIBR's baseline rapport (2012) som utgangspunkt for vårt prosjekt, gjennomgått relevant teori og benyttet verkstedmetode for å søke å få svar på de spørsmålene vi har. Vi har drøftet praktisk tilnærming til metoder, som

kan fremme større grad av felles forståelse, som grunnlag for å lykkes i det brede folkehelsearbeidet i hele organisasjonen.

Tilpasset metodikk og modell

I planleggingen av vårt prosjektarbeid diskuterte vi ulike tilnærminger, og utarbeidet en powerpoint-presentasjon til bruk i verkstedet, slik at vi hadde en lik introduksjon til temaet.

Vi har søkt å tilpasse prosessutformingen til den konkrete problemstillingen, som vi ønsket å belyse. Målet var å undersøke hvilken forståelse som gjorde seg gjeldende blant ledere i de fire kommunene. Vi valgte å bruke to ulike temavinklinger, *fysisk inaktivitet*, og *sosial ulikhet i helse*. Begge omtales av Aarsæther som ” wicked problems”, sammensatte problem med kompliserte årsakssammenhenger.

Vi har valgt disse fordi det er temaer, som de fleste kan relatere til egen rolle og ansvar. Fysisk inaktivitet ble valgt fordi det kunne avdekke deltakernes breddeforståelse og synliggjøre påvirkningsperspektivet i helse. Eksempelet kan bidra til å vise at er behov for nye samarbeidsformer på tvers i organisasjonen.

Sosial ulikhet i helse krever en dybdeforståelse for årsakssammenhenger og nødvendigheten av tverrsektorielt samarbeid i tilnærmingen.

Vi stilte følgende spørsmål, og deltagerne forholdt seg til det første spørsmålet uten å kjenne det neste.

Spørsmål 1

a. *Hva betyr folkehelse for deg?*

b. *Hvilke faktorer mener du i størst mulig grad bidrar til å opprettholde ulikhet i helse?*

Spørsmål 2

a. *Hva skal til for å utvikle felles forståelse for folkehelseutfordringene i vår kommune?*

b. *Hva mener du skal til for å utvikle nødvendig tverrsektorielt samarbeid i vår kommune?*
   Hva mener du evt kan hindre oss i å lykkes med nødvendig tverrsektorielt samarbeid?

Spørsmål 3

> *Inaktivitet i befolkningen er bakenforliggende årsak til en rekke livsstilssykdommer. Derfor er det et viktig mål i folkehelsearbeidet å øke aktivitetsnivået.*
>
> *Ta utgangspunkt i hvilke faktorer som kan påvirke en ønsket helsefremmende utvikling.*
>
> *Beskriv hvilke funksjoner og ansvarsområder dere mener bør involveres, for å nå målet om mer aktivitet, på hvilket tidspunkt og hvorfor.*

Spørsmålene ble besvart i en kombinasjon av egen refleksjon, to og to, og plenumsamtale.

Utgangspunktet vårt var en felles mal og presentasjon. Kommunene våre er forskjellige, både i størrelse, organisering og kultur. Prosessen ble tilpasset lokale forhold, og oss som prosessledere. Vi la vekt på fleksibilitet, og brukte prosessen som en arena for læring og utvikling av forståelse.

Teori

NIBR-rapport "Regionalt og lokalt folkehelsearbeid, Ressurser, organisering og koordinering", 2012.

Denne NIBR-rapporten, utarbeidet av Marit K. Helgesen og Hege Hofstad, bidrar til å støtte opp om våre erfaringer fra egne kommuner.

Rapporten tar for seg en statusanalyse av norske kommuners folkehelsearbeid, og resultatene peker på at den instrumentelle planleggingen fortsatt er rådende, og at planetatene i mindre grad er involvert i folkehelsearbeidet. Forfatterne mener dette er et tankekors, i og med at folkehelse nettopp skal forankres i planer etter PBL. De mener folkehelsearbeidet fortsatt har en «helseslagside» i de fleste norske kommuner.

Kommuner strever med å sette folkehelse på dagsorden i administrative og politiske fora, og det er svært ulikt fra kommune til kommune hvilke planer som kobles på. Noen kommuner har etablert folkehelseforum/-råd til å styre retningen på arbeidet, andre organiserer dette i det eksisterende systemet i organisasjonen. Folkehelsekoordinator er ofte organisert i helsetjenesten, og det bidrar til at det er størst fokus på det forebyggende helsearbeidet og mindre på det generelle helsefremmende samfunnsrettede arbeidet.

Andre funn i rapporten:

- *Manglende kunnskap om påvirkningsfaktorer i kommunene*
- *Store organisasjonsmessige forskjeller mellom kommunene*
- *Folkehelsearbeidet er stort sett organisert i helsetjenesten*
- *Stort fokus på levevaner, mindre fokus på samfunnsrettet folkehelsearbeid*
- *Rådmannsstaben og tekniske fag er sjelden representert i tverrsektorielle arbeidsgrupper*
- *Folkehelsekoordinator og kommuneoverlege involveres sjelden i planprosessene*
- *Konsekvensutredninger for å fremme helse er lite brukt i norske kommuner*

Folkehelse på tvers

Publikasjonen "Folkehelse på tvers" (Sunne kommuner & Folkehelseforeningen, 2012) tar for seg de fagområder man ønsker å arbeide med i en integrert helseinnsats. Publikasjonen presenterer utfordringene, og beskriver hvordan folkehelsearbeidet fremover vil måtte bli annerledes enn det helsearbeid man tradisjonelt har bedrevet. Publikasjonen omhandler også hvorfor det er nødvendig å la arbeidet med folkehelse foregå i alle deler av en kommune, og om hva den kommunale ledelsen kan gjøre for å sette folkehelse på dagsordenen i alle sektorer.

Denne publikasjonen er sentral som et teoretisk perspektiv i vår oppgave, hvor vi nettopp søker å finne svar på hvordan tverrsektoriell samhandling kan utvikles i våre kommuner.

Vi gjengir et utdrag fra publikasjonens der teori om ledelse og tydelige vedtak, som plasserer ansvar, vektlegges som sentrale elementer for å lykkes med ovennevnte problemstilling:

"Tilstrekkelig oppbakking fra ledelsen og bevisst styring i alle sektorer er de viktigste suksesskriterier for et tverrsektorielt folkehelsearbeid. Før man kan tenke helsefremmende i alle sektorer, må man være i gang med å identifisere felles mål og midler, og se hvilke muligheter for samarbeid som foreligger. Både politiske vedtak og handlingsplaner kan være nyttige i arbeidet for å styrke felles kultur, og følelsen av at folkehelse er et felles ansvar. Allerede mens man forbereder et politisk vedtak om å prioritere folkehelse kan man involvere alle relevante sektorer i definisjonen av mål og tiltaksformer og forplikte hver av dem overfor de deler av folkehelsen som de kan påvirke i sitt arbeid. Et slikt vedtak kan gis en oversektoriell form, slik at det viser hvilket ansvar som påligger hver sektor. Alternativt kan det utformes slik at ansvaret for å ta folkehelse med i beslutninger delegeres til sektorene, og skal gjøres til gjenstand for prosess der. Det ligger mange utfordringer i ønsket om å skape styringsmessige og organisatoriske koblinger mellom ulike forvaltningsområder og sektorer, det er ikke alltid lett å få en organisasjon til å trekke i én retning. Skal den politikk kommunestyret og fagutvalgene har vedtatt virkelig kunne realiseres, må den brytes ned til konkrete mål for hver sektor slik at ansvar blir tydelig."

Ledelsesteorier

"Samordningsforsøk og sterkere statlig styring via lover og forskrifter kan ha gode intensjoner og gi formelle rettigheter, men er ingen garanti for at det tverrfaglige samarbeidet vil fungere i praksis. Mange omorganiseringer den siste tiden, innenfor de gjeldende hjelpetjenester, gjør at tjenestetilbudet ikke er like fasttømret og entydig som før når det gjelder ansvarsfordeling og myndighet." (Rommetveit, 2005)

Hun sier videre at samhandlingsreformen vil for kommunene handle om omfattende endringer fra en nåsituasjon til en ny pålagt situasjon, som fordrer en gjennomgripende forandring ikke bare på overflaten, men også dypere inn i kommuneorganisasjonen. Det handler om å omforme lovpålagte oppgaver i en gitt fremtid til en ny hverdagsvirkelighet. Kommunene må utvikle en forståelse for hva den skal bli, og omforme det til praktisk forståelse. Å komme seg fra en nåsituasjon til en ønsket situasjon, må man ta spranget gjennom endringsrommet. Poenget med å gå gjennom endringsrommet betyr at vi forandrer oss.

Hennestad & Revang (2009) peker på at vi både trenger underveisforståelse, tid og forståelse for underveissituasjonen. Endring av en kommunal organisasjon som følge av samhandlingsreformen vanskelig kan skje over natten. Den formelle strukturen kan endres over natten, avdelinger kan flyttes, bli borte, og nye avdelinger kan bli lagt til. Men kommuneorganisasjonens identitet, kollektive tanke- og handlingsmønstre endres ikke fra en dag til en annen. Kommuneorganisasjonene er for komplekse til det.

Samspillet kan ikke slutte en dag og begynne på nytt ut fra nye premisser neste dag. Det nye må vokse ut av det gamle. Kommuneorganisasjonene skal overleve også i endringsprosessen; organisasjonen må overleve det den dels skal fjerne seg fra.

Grunnleggende endring

Endringsledelse handler om forskjellen på en ønsket situasjon og nåværende situasjon; det handler om å styre det store spranget inn i en framtidig situasjon. (Hennestad & Revang, 2009) Å være i endringsrommet betyr å møte på ulike mer eller mindre ukjente utfordringer. I nåsituasjonen er den ønskede situasjonen ikke annet enn en ide eller et sett av ideer. Endringsoppgaven er å gjøre ideen virksom i en kollektiv hverdag, og gradvis gjennomsyre både tanke og handling i kommuneorganisasjonen.

Små seire

Hennestad & Revang (2009) sier det er utfordrende i det hele tatt å få i gang en endringsprosess i en organisasjon. Langt mer utfordrende er det å etablere et helt nytt tanke- og handlemønster som gjennomsyrer hverdagsvirkeligheten. Og akkurat det må til for å få gjennomført en organisasjonsendring som samhandlingsreformen er for kommunene.

Endringsprosessen trenger eget fokus om man skal realisere en ny visjon som en endret virksomhetsorientering for å kunne utvikle det vell av ideer og forståelser, løsninger, nye delstrukturer og systemer som fordres. Den nye orienteringen må skapes gjennom flere skritt.

Når endringsprosessene blir gjennomført med suksess, kan det se ut som de er styrt av logikk. Endring blir til underveis. Gradvis bygges det politisk støtte for en ny visjon. Gradvis finner en understøttende løsninger og arbeidsformer. Implementeringstiltakene blir til underveis, men følger en overordnet logikk som må sikres av strategisk orienterte ledere. Å gå gjennom endringsprosessen med små og flere skritt vil i mange tilfeller også avdramatisere endringsprosessen og bidra til sterkere forankring av denne.

Hennestad & Revang viser til Karl Weicks og hans definisjon av en endringsprosess som går fremover gjennom flere skritt som ”de små seieres psykologi”. Han sier at sosiale og organisatoriske problemer og utfordringer ofte blir definert for store, og foreslår derfor å omdefinere til mindre overveldende utfordringer hvor folk kan identifisere kontrollerbare muligheter av moderat størrelse som gir synlige resultater. Hans teori er at utfordringer oppleves som mindre overveldende når de omgjøres til delenheter som gir ”små seire”; det gir bedre diagnoser, tar vare på gevinstene og oppfordrer til innovasjon. Små seire gjør det lettere å få oversikt over hvordan ting henger sammen, årsak og virkning; tilbakemeldinger kan være mer direkte osv. At seieren er innen rekkevidde, gjør bestrebelsen forståelige og håndterbare og gir fokus og energi.

Små seire er lettere å gripe og hyggelige å oppleve. Det er lettere å imøtekomme små anmodninger fordi forandringer oppleves mindre truende i små skritt. Små avvik fra tilpasset nivå er hyggeligere enn store. Små skritt harmonerer med menneskelige preferanser for læring, oppfatning og motivasjon.

Konflikt og maktkamp oppstår i endringsprosessen fordi ikke alle ser endringsbehovet, eller har ulik forståelse for endringen. Deler av organisasjonen ønsker å holde fast ved det gamle, mens andre er uenige i veien fram mot ønsket situasjon. Det er likevel ikke alltid at utfallet av en endringsprosess er den som er ønsket og planlagt.

Å tidlig gi organisasjonen et klart bilde av ønsket situasjon, er viktig i endringsarbeidet. Jo klarere en ønsket situasjon står for organisasjonen, jo bedre grunnlag har man for å arbeide videre med endringene. Likevel betyr ikke eksistensen av et fremtidsbilde at problemene er løst. Organisasjonen vet ikke hvordan den skal tenke og handle innenfor de ønskede rammene. De vet bare i hvilken retning de skal utvikle rammen. Det betyr at et fremtidsbilde eller en visjon er en forutsetning for å drive endringsarbeid.

Konflikt og maktkamp

Ifølge Hennestad & Revang kan endring beskrives som faser, som sekvenser av handlinger, som bølger eller som en utviklingsspiral, og at noe av det mest kritiske er å forstå forandringens natur.

Endringsrommet fremstår som et kraftfelt av drivkrefter og motkrefter, som påvirker hverandre gjensidig i utviklingsprosessen, og utvikler seg framover mot en ønsket fremtidig situasjon. Endringsprosessen vil derfor være full av konflikt.

Iverksettingsteori

Iverksettingsteori (Offerdal 2005) handler om det som skjer i offentlig sektor, i etterkant av politske vedtak, De fleste undersøkelser som det vises til i artikkelen til Offerdal, fant stor avstand mellom vedtatt politikk og hvordan administrasjonen evnet å iverksette politikken. Det vises bl.a. til økt profesjonalisering og endringer i samspillet mellom politikk og fag, som årsaksfaktorer.

Velferdsstatens vekst og utvikling har vært preget av at staten vedtar en politikk (for eksempel Samhandlingsreformen) der kommunene blir de viktigste iverksettingsorganer. Kommunenes autonomi påvirkes og det skjer en større grad av økt integrasjon mellom nivåene. Dette påvirker behovet for kommunikasjon og informasjonsflyt.

Innen iverksettingsteorien utviklet det seg to tilnærminger, en ovenfra-og-ned og motsatt, nedenfra og opp. Den første tar utgangspunkt i mål som blir utformet og definert av aktører som har sentrale posisjoner i organisasjonen, fulgt av politisk vedtak. Gjennomføring avhenger videre av om mål samsvarer med organisasjonens praksis og vilje til iverksetting.

Nedenfra-og-opp- tilnærmingen kom i kjølvannet til den første, som en reaksjon på det som skjedde. Nedenfra-og-opp tilnærmingen ble oppfattet mer som en prosess, der aktørene var et åpent spørsmål. Det kunne være flere aktører, fra offentlig, privat og frivillig sektor, som kunne bidra i iverksetting av politikken.

I nyere iverksettingsstudier hevder Offerdal at et fellestrekk er fokus på læring. I det perspektivet ser man på hvilke betingelser som må være tilstede, for at en organisasjon skal kunne lære av erfaringer gjennom de vanlige prosessene. Det trekkes fram fire betingelser av teknisk, kulturell, etisk og politisk art som innvirker på kommunens evne til å iverksette og lære. Læringsdrivende informasjonsflyt er ofte kulturelt betinget. Grad av maktavstand i organisasjonen påvirker informasjon oppover i systemet, om ting som går galt. Grad av aksept for å gjøre feil innvirker på åpenheten, blir det utpekt syndebukk.

Resultat av for stor maktavstand og usikkerhetsangst kan føre til passivitet og lite fornyelse i organisasjonen. Endring av organisasjonskulturen ved å redusere maktavstanden og øke tilliten, kan bidra til å fremme læring.

Empowerment i ledelse

Roar Amdam's teorier om empowerment i planlegging og planprosesser som dannelsesprosjekt er et interessant utgangspunkt for oss når vi er opptatt av kommunikasjon, språk og endringsledelse for å skape ny erkjennelse og bevissthet om hva som kreves for å lykkes med gode strategier i folkehelsearbeidet.

Amdam (2011) drøfter en slik tilnærming, med utgangspunkt i HEPRO prosjektet i Østfold, et internasjonalt prosjekt med mål om å integrere helsehensyn i arealplanlegging og utvikling, og gi et viktig bidrag til bærekraftig folkehelsepolitikk i Europa. Prosjektets mål var å hjelpe til med å finne effektive verktøy for å fremme helse, og bringe resultatene fram til de med beslutningsmyndighet. Perspektivet om at politikkutforming er en kontinuerlig prosess, ligger i bunn for denne tilnærmingen.

I dette perspektivet drøfter Amdam de forskjellige stegene i en sirkulær prosess.

1. Oppmerksomhet.

   Folkehelse er tverrsektorielt, og må bygge legitimitet

2. Innsikt og ny kunnskap

   Folkehelseoversikt er et viktig verktøy for å peke ut folkehelseutfordringer, krevende prosess som krever omfattende analyser for å avdekke hovedutfordringer. Det kreves politisk kompetanse for å sette folkehelseutfordringene på dagsorden, som skal konkurrere med andre viktige oppgaver. Og det kreves en kommunikativ prosess, som involverer personer fra offentlig, privat og frivillig sektor, ikke en instrumentell prosess, der planlegger er ekspert og den viktigste personen.

3. Bygge en plattform for felles innsats

   Det er viktig å konsentrere fokus på små endringer og skape en varig plattform for samhandling, det vil si implementering av handlingsplaner. Amdam foreslår å bygge strukturer og prosesser, som hele tiden fremmer folkehelsevennlige løsninger og minne folk om verdien av folkehelsearbeid.

4. Implementering

   Amdam peker på at implementering av folkehelsearbeid skjer langs flere akser, for eksempel er det frivillige som kontinuerlig utfører godt folkehelsearbeid. Det er viktig å inngå partnerskap med de som vil når de vil, og ikke vente på at handlingsplaner blir vedtatt.

5. Dokumentasjon

   Her er det viktig å balansere resultat og hvilke virkning det har hatt for folkehelsen

   for å få til læringsprosesser og for å legitimere folkehelsearbeidet, holde det på den politiske agendaen, involvere flere mennesker og forsterke handlingskapasiteten i folkehelsearbeidet.

6. Evaluering av resultatet

Bør være en integrert del av hele prosessen, og at refleksjon på hvert steg i prosessen, kan forsterke læringseffekten og forbedre handlingskapasiteten til å møte utfordringene i folkehelsearbeidet.

Empowerment i folkehelseplanlegging er et handlingsorientert konsept, som har til formål å fjerne formelle og uformelle barrierer og etablere kraftfulle samarbeid og en antagelse om at community cultural assets kan bli forsterket gjennom dialog og handling (Amdam, 2011)

I følge Amdam kan ikke empowerment gis folk, det er noe folk tar gjennom prosesser, der folk setter momentum, tilegner seg egne ferdighet og setter i verk egne endringer. Nicola and Hatcher (2000) peker på at lederes kunnskap om lokalsamfunnet er helt vesentlig i empowerment-strategier.

Empowerment snur tanker og praksisen på hodet (Lars Ueland Kobro, Telemarkforskning, 2011): *"Empowerment handler om å snu opp ned på vanlig tenkning om at ressursrikdom konsentreres mer og mer dess høyere opp i et hierarki man kommer, også om man snakker om kunnskap eller innsikt."*

Han sier videre at viktigste kunnskapen en kan ha, er evnen til å ta inn og bearbeide fersk kunnskap…. Og om makt: *"Å delegere myndighet og ansvar til den enkelte, som ofte i siste hånd allikevel skal utføre arbeidet, handler om å slippe løs initiativ og engasjement. Empowerment handler derfor om makt. Makt oppfattes ofte som et nullsumspill, der mer makt til den ene betyr mindre makt til den andre. Men makt trenger ikke forstås slik. En person kan få makt uten at andres makt minsker. I foreldreskap, veiledning og coaching er det nettopp slik…… Å lede empowerment handler om å jakte på andres ressurser, oppmuntre og motivere."*

I en artikkel om Bemyndigelse stiller Ingunn Stang stiller det retoriske spørsmålet: *".. for hvordan skal en kunne fremme bemyndigelse basert på demokratisk ideologi overfor brukere og nærmiljøer dersom demokrati ikke praktiseres innad i organisasjonene som skal legge forholdene til rette for bemyndigelse?*" Hun peker på den enkelte arbeidstakers mulighet for medbestemmelse og innflytelse avhenger av tilgang på tilstrekkelig og hensiktsmessig informasjon og at både informasjon og deltakelse må komme på et tidlig nok tidspunkt til at reell innflytelse i beslutningsprosessene er mulig. (Stang 2003).

Lærende organisasjoner

Senge omtaler fem disipliner som må til for å skape en lærende organisasjon:

1. personlig mestring
2. bygge felles visjoner
3. mentale metoder
4. teamlæring
5. systemtenkning, som integrerer de andre fire disipliner

Senge hevder de fem disipliner fører til systemtenkning. Læring er en form for vekst, bottom-up prosess, som starter med personlig mestring og deling av visjoner med andre, refleksjon over mentale modeller, bringer de inn i team, og lager en systematisk måte å tenke på i organisasjonen. (Senge 1999).

Planleggingsteori

Kommunikativ planlegging

Erkjennelsen av at planlegging i det moderne samfunnet ikke lenger kan gå for seg med kommunen som enerådende planaktør har ført til fremveksten av kommunikativ planlegging. Kommunen er en av mange aktører og interessenter i planleggingen. Kommunikativ planlegging dreier seg om selve planprosessen. Her er det dagligspråket som skal gjelde, ikke ekspertspråket. Ekspertspåket er bare en liten del av alle språkene i prosessen. Målet i kommunikativ planlegging er å komme frem til konsensus gjennom å utvikle en gjensidig forståelse mellom partene. Det er i samhandlingen mellom ulike aktører det blir avgjort hvilke problem det er viktig at planarbeidet skal prøve å løse. (Nyseth & Aarsæther, 2002)

Samarbeidende planlegging

En annen variant her er såkalt samarbeidende planlegging. Denne formen bygger på en ide om ansikt-til-ansikt-dialog mellom de som har interesser i planutformingen. Et viktig poeng her er

at mange og ulike interesser er med, både for å unngå klage og konflikter i ettertid, og for å få frem nytenkende løsninger. Deltagerne i prosessen kan da ikke være for like, men heller ikke flere enn at dialog er mulig. Denne prosessen er ikke en ovenfra-og-ned-prosess, og heller ikke nedenfra-og-opp.

Planleggerne i denne sammenhengen er tilretteleggere og veiledere i en åpen diskusjon om mål og mulige løsningsalternativ; ikke eksperter eller politisk overordnede med en ferdig oppskrift. Dette kan i mange sammenhenger også kalles diskursive fellesskap, det vil si en oppnår resultat gjennom samarbeid og økt forståelse for andre sine interesser. Denne planprosessen er en form for deltakelse som både innebærer læring og som fører til noe, ved at den gir deltagerne makt til å selv skape endring; empowerment.

En annen effekt av denne type planprosesser er at de skaper nettverk som fungerer lengre enn det selve planprosessen gjør. Enkelte mener at denne type planprosess overser problemet med makt som vil være ulikt fordelt i prosessen, og som kan gi seg utslag i manipulasjon og overtalelse. Samtidig mener andre at meninger og holdninger kan endres gjennom diskursive dialoger der ny kunnskap kommer på bordet, der man får innsikt i andre sin verden, og der man i fellesskap skaper nye veier ut av enn problemskapende situasjon.

Vesentleg i all planlegging er at de rette aktørene er med. Det har lite for seg å legge til rette for omfattende medvirkning uten at de som fatter vedtakene til slutt er med, det vil si politikerene. Om ikke politikere er med i planprosessene har man ingen garanti for at det som kommer fram i planprosessen blir tatt hensyn til i den politiske sluttbehandlingen. (Nyseth & Aarsæther, 2002)

Reformsituasjoner i planleggingen

Jørgen Amdam og Noralv Veggeland presenterer i boka "Teorier om samfunnstyring og planlegging" ulike planleggingsteorier knyttet til den omfattende reformvirksomheten og organisatoriske innovasjoner i offentlig forvaltning og administrasjon de siste tiåra. De skriver følgende: *"I styring og planlegging av utviklingen av organisasjoner eller samfunn,...., må man håndtere mange utfordringer samtidig, utfordringer der ens egen påvirkningskraft er begrenset."* Videre viser Amdam og Veggeland til at større endringer i den offentlige forvaltningen bør gjennomføres ved oppfordring og små forandringer "…*for å unngå uro og fordi man ikke har kunnskap nok om sammenhenger til å gjennomføre de store forandringene*

fra toppen – man frykter uforutsigbare skadevirkninger." Amdam og Veggeland konkluderer med at slike situasjoner er *"…mer egnet til reformer og avgrensede instrumentelle analyser som kombineres med "vurderinger" og "skjønn" – man har en reformsituasjon."*

Amdam og Veggeland sier at man i sånne situasjoner forsøker å tilnærme seg helhetlige, kontinuerlige og uavgrensede planleggings- og styringssituasjoner ved å ta små skritt om gangen, og korrigere underveis ut fra det som er politisk og praktisk mulig med bakgrunn i mange utfordringer i prosessen, og ofte generelle, uklare eller konfliktfylte mål. Amdam og Veggeland kaller dette kontinuerlig styring. I slike situasjoner vil man oppleve at man kan ikke ta optimale beslutninger fordi man mangler kunnskap, kompleksiteten er for stor, man mangler tid til utredinger og så videre.

Kontinuerlig styring medfører, i følge Amdam og Veggeland, at man får avgrensingsproblemer ved komplekse reformer med tanke på høy grad av detaljering, antall aktører, tidsaspektet og så videre. Slike situasjoner skaper usikkerhet, det blir vanskelig å sette mål, finne konsekvenser og vurdere løsninger. Amdam og Veggeland sier at disse situasjonene må møtest ved å forsøke å avgrense og forenkle problemene. (Amdam & Veggeland, 2011).

Kommunikasjon

Da vi er på søken etter faktorer som kan fremme underveisforståelsen, kan det være hensiktsmessig å konsentrere seg om språkets og kommunikasjonens betydning.

I boka Dugnadsånd og forsvarsverker (2004) viser Tellefsen til Berger og Luckmann som hevder at i alle kulturer er det språket som både er meningsbærende og meningsskapende. Vi kan forstå forestillingen om tverretatlig samarbeid som et språklig uttrykk og et symbol som bidrar til å skape mening og oversikt for aktørene i en kompleks verden.

Spesialisering innebærer at vår forståelse av samfunnet blir begrenset av vår egen spesialiserte deltakelse i det. (Berger m fl. iflg. Tellefsen, iflg. . Tellefsen viser til The Social Construction of Reality (1967), der Berger m fl. hevder at i alle kulturer er det språket, som både er meningsbærende og meningsskapende. De sier at vi kan forstå forestillingen om tverretatlig samarbeid som et språklig uttrykk og symbol, som bidrar til å skape mening og oversikt for

aktørene i en kompleks verden. Jacobsen (2012) konkluderer med at koordineringstiltak ofte er blitt mer et viktig symbol enn et tiltak for å løse konkrete problemer.

Profesjonalisering

Terje Tellefsen drøfter om problemer i tverretatlig samarbeid skyldes partenes ulike virkelighetsoppfatning, og om dette kan forstås som uttrykk for profesjonaliseringen. Berger lener seg til kunnskapssosiologiens grunnleggende sammenheng mellom kunnskap eller ideer på den ene siden og sosial struktur på den andre.

Wicked problem fordrer en tverrsektoriell tilnærming, som involverer sterke fagprofesjoner, og det er interessant å drøfte utfordringen i lys av dette.

Følelsesmessige reaksjoner forbundet med endring

Morten Emil Berg beskriver i sin ledelseslitteratur at alle endringsprosesser er krevende fordi den innvirker på medarbeidernes måte å tolke sin situasjon, deres syn på egen plass i organisasjonen og deres selvbilde. Det er viktig å identifisere følelsesmessige reaksjoner og mentale sperrer i hele endringsprosessen, ellers kan dette skape store hindringer for prosessen. (Berg,M. E., 2006)

Berg omtaler videre flere årsaker til motstand mot endring:

- Manglende bevissthet og manglende erkjennelse

  Medarbeiderne er ikke klar over at endringen er nødvendig. Hvorfor må det skje endring hvis arbeidssituasjonen føles tilfredsstillende?

- Avfeiing av problemet

  Utfordringen blir skyvd vekk og avfeid som mindre viktig, og motsetter seg derfor endringen.

- Manglende kjennskap og forståelse for løsningen

Man aksepterer utfordringen, men motsetter seg endringen fordi man ikke forstår løsningen. Hensikten er ofte for vagt formulert eller for dårlig kommunisert. Det er for lite informasjon i prosessen. Der informasjonen stopper, starter ryktene.

- Avvisning av løsningen

  Man erkjenner utfordringen og har kjennskap til løsningen, men er uenige i løsningen og nekter derfor å støtte endringen.

- Frykt for konsekvensene

  Det kan være frykt for personlige konsekvenser eller for at man ikke klarer å tilpasse seg de nye kravene. Det er gitt tilstrekkelig informasjon vedr. utfordringen, løsningen og virkemidlene, og løsningen avvises ikke. Likevel støtter man ikke løsningen, fordi man er redd hva løsningen fører med seg.

- Motstand mot bruk av virkemidlene

  Ofte dreier dette seg om motstand som i forrige punkt, der kritikk av virkemidlene blir brukt som et vikarierende motiv. Virkemidlene er oftest lettest å gripe fatt i og kritisere.

- Likegyldighet

  Motstanden kan skyldes mangel på interesse, verken for utfordringen, løsningen eller virkemidlene.

En medarbeider som tror han har noe å tape på en omstilling, vil ofte motarbeide den. En medarbeider som tror han har noe å vinne, vil støtte den.

Dugnadsånd og forsvarsverker – Samarbeidsprosesser

I «Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser» (Knudsen 2004) hevdes det at offentlig sektor nå har nådd sitt maksimum og at det er nødvendig å gjøre noe for å begrense denne veksten. Det stilles spørsmål om bedre samarbeid og økt samhandling mellom sektorer og virksomheter kan bidra til å oppnå kapabilitetsutvikling. Kapabilitetsutvikling betyr bedre kompetanse- og kapasitetsutnyttelse gjennom å spørre hva som skal til for å oppnå bedre samhandling i offentlig sektor, og hvilke betingelser som bør være tilstede.

Knudsen drøfter om nettverksbygging og interorganisatorisk koordinering er nødvendig for å få til kapabilitetsutvikling. Interorganisatorisk koordinering er betegnelsen på fenomener som samarbeid, samhandling, nettverksbygging og kommunikasjon mellom organisatoriske enheter.

Forfatteren konkluderer med at tillit mellom parter og reell nytte av samarbeid har avgjørende betydning for økt samarbeid og samhandling, og interesse og makt er blant annet faktorer som innvirker på dette.

Det hevdes at gode nettverk og samarbeid er avgjørende for at god læring og fornyelse skal skje. Samarbeidet oppstår fordi det oppleves som nyttig og derfor er nytteopplevelsen like viktig der det etableres formelle samarbeidsavtaler .

Effektivitet og kompleksitet

(Jacobsen 2004) drøfter hvorfor samarbeidet er vanskelig i et organisasjonsteoretisk perspektiv. Velferdsstaten er preget av store og formelle organisasjoner. Den håndterer store og komplekse oppgaver ved å dele de opp i mindre deler slik at man kan spesialisere seg på avgrensede områder. En slik oppsplitting kan skape behov for koordinering der problemet, som skal håndteres, er sammensatt og komplekst. Delene må likevel inngå i en helhet – ting bør henge sammen – for at mottaker skal oppleve å få et helhetlig produkt. Det er her en risiko for gråsoner eller dobbeltarbeid, dersom oppgavedelingen er uklar.

Dag Ingvar Jacobsen hevder i boka at all forskning om organisering er entydig på ett punkt: *«Når man samler deloppgaver innenfor formelle enheter og grupper, så prioriterer man koordinering internt i enheten på bekostning av koordinering mellom enheter».*

Det oppstår også en institusjonaliseringsprosess der man fort blir en sektorforsvarer og mister evnen til å se helheten.

Verkstedmetodikk

Farner (2008) beskriver *verkstedet* som metodikk/verktøy for planprosesser. I verkstedet, der deltagerne gjennom dialog, argumentasjon og prioriteringer kan bli enige om felles

utfordringer. I verkstedet, workshop, kan kryssende interesser avdekkes og avveies, og en kan komme til felles forståelse for hvilke utfordringer og mulige løsninger som finnes.

Metoden fordrer relevant prosesskompetanse og at deltagerne finner tid til å kunne delta i den felles prosessen.

Et verksted har noen kjennetegn:

- Det er en **arena** for kommunikativ samhandling
- Det består i **interaktiv samhandling** mellom inviterte deltagere for å belyse eller løse et problem eller en oppgave.
- Det får sitt faglige **innhold skapt av deltagerne** gjennom en **organisert prosess**, der hovedtrekkene er planlagt og styrt – men likevel kan tilpasses den dynamiske utvikling i arbeidet.

Farner omtaler to bruksområder for verksted, som er relevant for vår tilnærming:

1. Verksted i utrednings- og analysearbeid – redskap for kvalitativ tilnærmingsmåte
   I kvalitative forsknings- og utredningsopplegg baserer utreder seg på direkte opplevelser framfor innsamlet kvantitativt materiale. Da kan verksted være et effektivt verktøy for å innhente fakta og synspunkter fra ulike informantgrupper. Metoden kan særlig være til hjelp der det dreier seg om å få satt ord på taus kunnskap hos informantene
2. Verksted i samfunnsplanlegging – verktøy for offentlig diskusjon og viljedannelse
   Samfunnsplanlegging er både en viljedannende og en handlingsforberedende aktivitet. Overordnet planlegging er først og fremst en viljedannende prosess, men, planlegging på detaljnivå gir instrukser om gjennomføring. Verkstedsmetodikk vil kunne bidra til effektivisering av kommunikasjonen mellom de ulike aktører og gi nødvendig frirom for høytenkning, som et supplement til de formelle hørings- og beslutningsprosedyrene.

Farner peker på at oppfølging etter verkstedet bør avklares på forhånd. Han sier:

”Deltakernes motivasjon henger naturlig sammen med at verkstedet skal føre til noe, at de kan se at innsatsen fører til noe for dem selv eller andre. At resultatet fra verkstedet brukes og følges opp, er en viktig premiss for valg av verksted som arbeidsform. Uansett skal deltakerne orienteres om hvordan resultatene fra verkstedet skal benyttes, hvem som eventuelt skal bruke

dem, på hvilken måte de vil bli brukt, og hvordan de senere vil bli involvert eller orientert om dette".

I følge forfatteren er en viktig suksessfaktor for prosessdesign og opplegg av verksted er «skreddersøm».

Resultater fra kartleggingen

Resultat fra verksted:

Metode: IGP - Egenrefleksjon, snakke sammen to og to, dele med alle.

Spørsmål	Hovedtrekk fra verkstedene	Kommentarer
Hva betyr folkehelse for deg?	Frisklivfokus og tradisjonell sykdomsforebygging dominerer Sprik i forståelsen fra et samfunnsperspektiv til et individperspektiv, og fra sykdomsperspektiv til påvirkningsperspektiv.	Folkehelse og ulikhet i helse er ikke automatisk koblet.
Hvilke faktorer mener du i størst mulig grad bidrar til å opprettholde ulikhet i helse?	Deltakerne nevner økonomi, utdanning, arbeid, aktivitet, arv og miljø. At det er faktorer som innvirker på valg og levekår.	Det viser en helhets-tenkning, som er i tråd med hovedutfordringene i folkehelsearbeidet nasjonalt.
Hva skal til for å utvikle felles forståelse for folkehelseutfordringene i vår kommune	Politisk og administrativ prioritering, felles forståelse av utfordringsbildet og forankring i planverk, blir pekt på som sentralt. Deltakerne peker på faktorer som informasjon, deltakelse, kultur og tid,	Uttrykker reflekterte tanker om hva som skal til for å utvikle felles forståelse. Sammenfaller med det teoretiske bakteppet vi baserer vår oppgave på.
Hva mener du skal til for å utvikle nødvendig tverrsektorielt samarbeid i vår kommune?	Engasjement for tverrsektorielle samarbeidsformer, medbestemmelse og demokrati, kunnskap og kompetanse, økonomisk handlingsrom, tidlig opplæring, Må ha overordnede handlingsplaner og tydelige virksomhetsplaner, politisk velvilje til satsing. Eierskap og forståelse og utvikle felles mål. Involvere virksomhetene og avklare roller og ansvar.	Viser innsikt i forbedringspotensialet i egen organisasjon. Det kan kanskje også oppfattes som at verkstedet ble en trygg arena for utveksling av tanker og meninger.
Hva mener du kan hindre oss i å lykkes med nødvendig tverrsektorielt samarbeid?	Revirbygging og kamp om ressurser. «Virksomhetsorienterte småkonger», ansvarsfraskrivelse, manglende relasjoner, for mye individfokus, sykdomsfokus, faglig uenighet, mangel på felles mål og retning. Verdiforståelse. Mangel på forståelse av «helse i det vi gjør»	Her beskrives noe av «slagsiden» ved en organisasjonsmodell der virksomheter har stor grad av autonomi.

Inaktivitet. **Hvilke faktorer kan påvirke en ønsket helsefremmende utvikling**	Informasjon og kunnskap til befolkning. Bygge kultur for fysisk aktivitet. Begynn med barna, bygge ut gang og sykkelveier. Vedta utvikling til et aktivitetsskapende samfunn. Legge grunnlag for gode vaner i barnehage og skole. Alle skal med. Sosiale møteplasser og nettverk. Politisk vedtak må ligge i bunnen	Observasjon: inaktivitet ble ikke nevnt som mulig årsak til ulikhet i helse. Samfunnsperspektivet!
Beskriv hvilke funksjoner og arbeidsområder som må involveres, når og hvordan?	Helsestasjon – foreldreveiledning Barnehage – skole – er viktig. Innspill: Lage tidslinje for de ulike utfordringene våre, der vi diskuterer hvem som bør involveres på hvilke stadier i livet. Et hjelpemiddel for å skape felles forståelse.	Konkret arbeidsverktøy. Visualisere tidslinje fra vugge til grav, Handlingsplaner og MÅL

Drøfting

Erfaringer fra verkstedprosessen

Deltagerne satt på tvers av etatene og diskuterte to og to. Verkstedmetodikken er effektiv tidsmessig, vi kunne imidlertid planlagt ennå mer strukturert fra vår side. Vi brukte gule lapper hvor deltagerne skrev ned stikkord/korte setninger. Vi kategoriserte ikke i verkstedet, men samlet inn lappene og skrev alt ned i et skjema umiddelbart etter prosessen. Alt som stod på lappene ble kommunisert i plenum, slik at alle som deltok visste hva som ble svart. Slik sett ble også informasjonsflyten god.

Flere deltagere ga uttrykk for at verkstedene var en egnet møteplass for utvikling av egen forståelse. Det var en arena der det var invitert til tid og rom for refleksjon, og deltagerne var selv aktive i prosessen. Etatstilhørighet var førende for hva som ble vektlagt.

Vi opplevde at metoden i seg selv er egnet for å utvikle samhandling. Svarene var til dels preget av profesjonstilknytning, noe som underbygges av funnene i NIBR's base line rapport.

Refleksjon over svarene

Hva betyr folkehelse for deg?

Det kom ikke fram svar som overrasket oss. Utjevning av sosiale helseforskjeller ble ikke nevnt, men i stikkordene, fange opp det usynlige, forebygging fremfor reparasjon og alminnelige helsetilstander, kan vi likevel finne noe om en helhetlig forståelse når vi samlet ser på hva som ble svart.

Hvilke faktorer mener du i størst mulig grad bidrar til å opprettholde ulikhet i helse?

Deltagerne legger vekt på mangelfull utdanning, på meningfylt arbeid, aktivitet og arv og miljø, i tillegg til usunn mat og dårlig økonomi, overgrep og manglende oppmerksomhet/inkludering. Når deltagerne blir spurt spesifikt om temaet, er det en helhetstenkning, som er i tråd med hovedutfordringene i folkehelsearbeidet nasjonalt.

Hva mener du skal til for å utvikle felles forståelse for folkehelseutfordringene i vår kommune?

Deltagerne peker på sentrale faktorer, som informasjon, deltakelse, kultur og tid, som sammenfaller med det teoretiske bakteppet vi baserer vår oppgave på. At provokasjon blir nevnt i denne sammenhengen er interessant. I teorien er kriseforståelse et godt utgangspunkt for endringsvilje, det går vi imedlertid ikke nærmere inn på her.

At provokasjon blir nevnt i denne sammenhengen er interessant. I teorien er kriseforståelse et godt utgangspunkt for endringsvilje. Det er interessant å se på om provokasjon kan og være en kilde til endringsvilje, det går vi ikke nærmere inn i.

Hva mener du skal til for å utvikle nødvendig tverrsektorielt samarbeid i vår kommune?

Her finner vi god innsikt i forbedringspotensialet i egen organisasjon. Det kan kanskje også oppfattes som at verkstedet ble en trygg arena for utveksling av tanker og meninger. Felles forståelse, tid, kompetanse, eierskap og planforankring ble pekt på som sentralt, noe som sammenfaller med teori om forutsetninger for å lykkes med samarbeid.

Hva mener du kan hindre oss i å lykkes i et nødvendig tverrsektorielt samarbeid?

Flere av deltagerne var opptatt av at folkehelsearbeidet må føre til tiltak. Samtidig sier de at økonomi er en utfordring, og at effekt ikke kommer umiddelbart. Caset strøing ble brukt som eksempel på hva skader kan påføre av helseutgifter, og har blitt brukt i mange kommuner, som eksempel på tiltak med rask synlig gevinst, og som tydeligvis noen hadde festet seg ved. Deltagerne er klar på at profesjonskamp kan være et hinder, ledere som ikke ser viktigheten eller som ikke involveres, samt mangel på levende planer og tid. Det samsvarer godt med det Harald Knutsen (2004) hevder om behov for kapabilitetsutvikling. Han sier at interorganisatorisk koordinering og nettverksbygging er nødvendig for å få til kapabilitetsutvikling i den oppfentlige sektor.

Inaktivitet - Hvilke faktorer kan påvirke en ønsket helsefremmende utvikling?

Alle hadde et forhold til inaktivitet, og det ble en god dialog. Det var også bred enighet om at grunnlaget for kunnskap om og kultur for fysisk fostring, legges tidlig, og at barnehagen er en viktig arena for gode vaner, sunn mat og ulike smaker. Betydningen av sosiale fellesskap som gir nettverk ble også vektlagt. Her blir folkehelse nevnt som en investering, det er en

utfordring å koble tiltak som koster, til investeringsperspektivet i det daglige. Observasjon: inaktivitet ble ikke nevnt som mulig årsak til ulikhet i helse.

Beskriv hvilke funksjoner og arbeidsområder som må involveres, når og hvordan?

Her brukte vi litt ulik tilnærming i verkstedene. Det ble vekslet mellom egen refleksjon, to og to og plenumsdiskusjon med oppklarende spørsmål. I løpet av plenumsdiskusjonen foreslo en av rådmennene å lage en tidslinje for de ulike utfordringene våre, der vi diskuterer hvem som bør involveres på hvilke stadier i livet. I arbeidet med å finne konkrete metoder og arbeidsformer vil vi se nærmere på tidslinjen, om den på en systematisk måte kan være et hjelpemiddel som kan bidra til å skape felles forståelse.

Verkstedene viste at individfokuset er langt framme når lederne ble utfordret til å si noe om hva folkehelse betyr for dem. Når de ble spurt om ulikhet i helse, finner vi en forståelse som er i tråd med Folkehelseloven. Det vil kanskje si at folkehelseperspektivet er for lite gjennomdrøftet. Hva handler folkehelse egentlig om. KS var tydelig i sine første innspill til den nye Folkehelseloven; at det var en alt for bred definisjon, det var "grenseløst".

De sammensatte utfordringene

Kilde: KS – kommunesektorens interesse og arbeidsgiverorganisasjon

Folkehelseperspektivet handler om både kortsiktige tiltak og mer strukturelle tiltak. Det er først og fremst de sammensatte problemene, som krever en bred tverrsektoriell tilnærming. Det er nødvendig å utvikle undervegsforståelse. Vi kan finne holdepunkter, for å hevde at undervegsforståelse er viktig, hos Hennestad m.fl.(2009), som beskriver nåsituasjonen som en ide eller et sett med ideer, og at endringsoppgaven er å gjøre ideen virksom i en kollektiv hverdag, og at vi trenger underveisforståelse. De peker på at endringsrommet også handler om tid, og at vi må innta et prosessuelt og dynamisk perspektiv for å forstå underveissituasjonen.

Ser vi på tiltaksmønsteret i ulikheter i helse er erkjennelse og økt bevissthet en forutsetning for å ønske å gjøre noe. Å utvikle felles forståelse forutsetter, hvis vi følger Hennestad m.fl. en erkjennelse og bevissthet om hva utfordringene er, de underliggende oppstrøms årsakene ifølge Whitehead og Dahlgren i Helsedirektoratets publikasjon "Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse" (2009), og et ønske om å gjøre noe med det. Hvordan de sammensatte problemene kan møtes forutsetter flerfaglig, tverrsektoriell tilnærming (Aarsæther, 2012).

Når vi drøfter felles forståelse, så er en viktig forutsetning for forståelse felles kunnskap om de sammensatte helseutfordringene, viktig for å kunne se sin plass og sin oppgave i det. Gjennom empowerment baserte prosesser kan ledere bidra til å øke kunnskap og forståelse for arbeidet med helseutfordringene i grunnlaget for kommunal planstrategi.

Eierskap til utfordringer, felles kunnskap og kulturforståelse

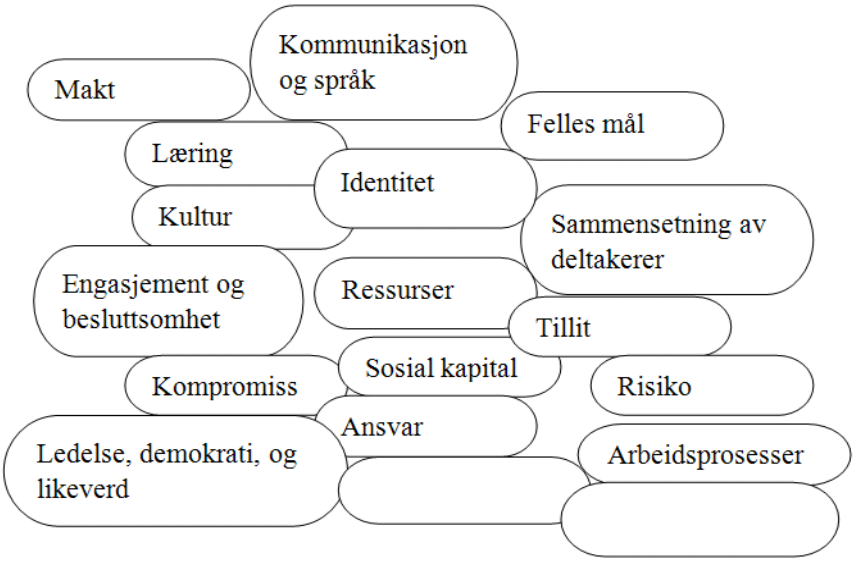
Offerdal (2005) peker på at felles forståelsesrammer blir utviklet over tid og gjennom samhandling, men at disse ikke foregår i et tomrom. Det finner sted i organisasjoner med en historie der tidligere forhandlinger har nedfelt seg i det kollektive nivået i organisasjonen og som i stor grad gir mening til forhandlingene, som er deres "seed-bed of meaning" (Vickers 1972:203).

Det er flere aspekter ved kommunens evne til å lære av egne erfaringer, bl.a politiske og kulturelle forhold. Makt og avstand i organisasjonen vil kunne påvirke åpenhet og toveislæring (Ned og opp). Derfor vil det å kunne åpne opp og skape trygghet i en organisasjon, kunne bidra til større grad av læring. Noe som er sentralt ved utvikling av felles forståelse av utfordringer. (Offerdal 2005)

Samarbeidets synergi

Ifølge Vangen & Huxham (2009) kan ikke teorien om samarbeidets synergi tas for gitt. Det krever aktiv håndtering av selve samarbeidsprosessen for å få det til å fungere, og det kreves en velutviklet vurderingsevne. Det å forstå samarbeidets natur gir et viktig grunnlag for slik vurdering.

De har tatt for seg forskning siden 1989 og synliggjør kompleksiteten som ligger til grunn for ulike samarbeisssituasjoner og utfordringene som er knyttet til dem gjennom figuren ”Temaer i praktisk samarbeid”:



Temaer i praktisk samarbeid (Vangen & Huxham, 2009)

Kunnskap, kompetanse, læring

I følge Aarsæther (2012) er de sammensatte problemene de som ikke går over. Det krever omfattende systematisk tilnærming, og det er et spørsmål om kompetanse og ulike fagprofesjoner for å løse, eller i det minste kunne gjøre noe med problemet. Whitehead & Dahlgren sier i Helsedirektoratets (2009) publikasjon “Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse. Utjevning av helseforskjeller del 2”, at ulikhet i helse er et wicked problem, fordi det forutsetter kunnskap om de oppstrøms årsaksfaktorer og en inngående

forståelse både av egen rolle i kommuneorganisasjonen og hvilken effekt tverrsektorielt samarbeid kan gi.

Ved å ta fatt i wicked problems, løfte og drøfte det som metode for læring, kan det gi både læring og forståelse for sammenhenger. Det er teoretisk grunnlag for å hevde dette med utgangspunkt i Empowerment som planleggingsmodell (Amdam, 2011).

Læring skjer på institusjonelt, strategisk, taktisk og operativt nivå. Hvis vi ønsker fundamental endring utfordres vi i følge Amdam til læring på strategisk nivå, der nye verdier, normer og handlingsmønstre utvider handlingsreportoaret. Hva skal så til for å lære på strategisk nivå? Han peker på betydningen av å stille grunnleggende spørsmål. For oss ville et slikt spørsmål være: Hvordan kan vi få til endring som bidrar til å jevne ut sosiale forskjeller i vår kommune?

Altså hvordan komme fra nåsituasjon nærmere en ideell situasjon? Viktige forutsetninger for å svare på et slikt spørsmål er grunnleggende forståelse av utfordringene, og at det er felles vilje til å handle for å oppnå en bedre situasjon i framtiden. Fordi utfordringene sannsynligvis vil vare over tid, kan strategisk planlegging brukes som verktøy for å stimulere til å tilegne seg ny kunnskap, øke oppmerksomheten og skape ny forståelse, i et håp om at det vil føre til ny adferd.

Amdam bruker dette for å belyse partnerskap, men det er relevant å isolere det også til å gjelde den kommunale organisasjonen. Amdam advarer mot at i politiske viljesprosesser kan noen synes å være mer opptatt av å snakke om hva andre bør gjøre enn å ta ansvar for at noe blir gjort. Han konkluderer med at det er viktig at alle variabler er aktive i prosessen, og at det er viktig å stimulere de svakeste leddene når vi skal skape empowerment. Det er viktig å ha med seg for oss.

Styresmaktenes føringer for kompetanseheving

For å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet, jf. samhandlingsreformen og nytt lovverk, argumenteres det i Helsedirektoratet sitt drøftings- og prosessnotat "*Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: Behov for "samfunnskompetanse" i kurs-og utdanningstilbud"*, (Helsedirektortatet, 2011) for betydningen av økt kompetanse på områder

som tradisjonelt har hatt mindre oppmerksomhet; folkehelsearbeid som samfunnsutvikling og temaer relatert til dette.

Vektleggingen av faktorer som påvirker helsen er avgjørende for å kunne møte helseutfordringene tidligere, før de gjør seg utslag i sykdomsutvikling og beslaglegger kapasitet i helsetjenesten. Når et påvirkningsperspektiv legges til grunn synliggjøres behovet for nye strategiske tilnærminger i folkehelsearbeidet.Det er viktig at levevaneperspektivet som ernæringsutfordringer, inaktivitet, rus- og tobakksvaner mv. i større grad kobles tettere til levekårsperspektivet med oppmerksomhet mot bakenforliggende faktorer og andre sektorers fagområder.

I notatet defineres samfunnskompetanse som kompetanse på tema som samfunnsforhold, samfunnssektorer, forvaltning, planarbeid og organisering, relatert til helsefremmende og forebyggende arbeid. Utgangspunktet er forståelsen av at folkehelsen speiler samfunnsutviklingen, oppvekst-og levekår, og at den utvikles og vedlikeholdes i lokalsamfunn og kommuner. Folkehelsearbeid og utviklingen av aktive og trygge lokalsamfunn kan betraktes som to sider av samme sak. Og videre, at virkemidlene som kan tas i bruk befinner seg i ulike sektorer og at tiltak bl.a. krever politisk forankring og samarbeid mellom forskjellige aktører.

Det er grunn til å anta at behovet for en styrket samfunnsfaglig innretning/et samfunnsperspektiv er relevant også for å realisere deler av helse-og omsorgstjenesteloven. Utvikling av de forebyggende tjenestene vil for eksempel forutsette forståelse av påvirkningsfaktorer på helse og virkemidler som forankring av tiltak i planverk.

Bred forankring krever grunnleggende kompetanse

Folkehelseloven har et økt fokus på å møte de utfordringene samfunnet står ovenfor blant annet når det gjelder sykdomsutvikling, helseforskjeller og miljøutfordringer som har innvirkning på folks helse. Loven legger til grunn et påvirkningsperspektiv der oppmerksomheten rettes mot faktorer som påvirker helsen, og dermed et bredt samfunnsrettet folkehelsearbeid.

Med påvirkningsperspektivet synliggjøres et behov for nye strategiske tilnærminger i folkehelsearbeidet der fokuset er retta mot de bakenforliggende faktorene og også mot andre sektorer og fagområder enn det tradisjonelt helsetjenesten har hatt.

Helsedirektoratet publiserte i 2011 et prosessnotat der direktoratet synliggjør kompetansebehovet for å øke den samfunnsretta kompetansen i folkehelsearbeidet, primært retta mot aktører på kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Her blir det pekt på følgende kompetanseelement:

1. Helsetilstand – utfordringsbildet
2. Folkehelsepolitikken – perspektiver og prinsipper
3. Sosiale (og fysiske) faktorer på helse
4. Utøvelse av helsefremmende og forebyggende arbeid –
    a. forvaltningsnivåer, aktører og prosesser
    b. plan som virkemiddel
    c. andre virkemidler
5. Organisasjon, samhandling og nettverk

Helsedirektoratet peker videre på helsetjenestens viktige pådriverrolle i folkehelsearbeidet, og at helsepersonell bør tilbys utdanningstilbud i det brede, tverrsektorielle arbeidet.

Den nye Stortingsmelding nr. 34, Folkehelsemeldingen "God helse – felles ansvar", vektlegger å styrke folkehelseperspektivet i utdanningstilbudet, bygge opp folkehelsekompetanse i kommunene og fylkeskommunene, og utvikle verktøy for å ivareta helsehensyn på tvers av sektorer.

Regjeringen vil i samarbeid med kommunesektoren vurdere tiltak for å bygge opp kompetanse innen folkehelse i kommunene. Meldingen vektlegger blant annet folkehelsekoordinatorens kompetansebyggende ansvar i kommuneorganisasjonen. Folkehelsemeldingen sier i tillegg at det skal utvikles to til tre dagers kurstilbud om folkehelseloven for kommunene som har til formål å styrke kommunenes kompetanse på helhetlig planlegging og få integrert samhandling mellom kommunene og helseforetakene i planarbeidet.

Meldingen sier at "Kommunenes engasjement gir muligheter for en folkehelsesatsing der alle sektorer er med. Dette krever god ledelse, politisk engasjement, forankrede planer og gjennomføringskraft. Mange kommuner har allerede tatt utfordringen med stort engasjement, og folkehelsearbeidet er satt høyere på den politiske planleggingsagendaen."

Forståelsen av hva folkehelse er og for hvilke faktorer som påvirker helse/uhelse, krever etter vår mening kunnskap om sammenhenger. Slik kunnskap er ikke umiddelbart til stede i alle ledd i kommunenes etater og fagmiljø. Det viser også resultatene fra verkstedene, der kapabilitet (kapasitet, som tid og ressurser, og kompetanse), det som skal til for å mestre oppgavene, blir trukket fram som elementer som hemmer tverrsektorielt samarbeid.

Etter vår mening og erfaringer har kompetansebygging på ett grunnleggende nivå fått ufortjent lite plass i den nye meldingen. Vi mener at for å lykkes med det brede tverrsektorielle folkehelsearbeidet, er det helt avgjørende at alle deler av den kommunale organisasjonen, politisk og administrativt, sikrer en felles grunnleggende dybdeforståelse for hva folkehelsearbeid er. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013)

Helsesektorens rolle i det tverrfaglige arbeidet

Den nye folkehelsemeldingen tydeliggjør at helse- og omsorgsektoren har ansvar for å støtte opp om det forebyggende arbeidet i andre sektorer, gjennom oversikt og kunnskap om helseutfordringer, årsakssammenhenger og tiltak. Spesialisthelsetjenesten får i meldingen i tillegg et medansvar for kunnskaps- og kompetanseutvikling i samarbeid med blant annet annet kommunene. Fastlegen blir her nevnt som ryggraden i helsetjenesten i kommunen, og som bør engasjere seg sterkere i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013)

Samhandlingskompetanse

Folkehelsearbeid skal utøves i alle samfunnssektorer og i felles innsats på tvers av sektorene. Det er vesentlig å kjenne til og samarbeide med andre sektorer og aktører, og det er derfor viktig å forstå betydningen av ulike kompetanseområder og hvordan disse kan samhandle mot et felles mål. Samhandlings- og nettverkskompetanse, og kunnskap om samarbeidsstrukturer

og mulige møteplasser og arenaer, er videre sentralt for å kunne lykkes med den tverrfaglige forankringen av folkehelsearbeidet.

Våre kartlegginger viser en variasjon i hvordan lederne i kommunene grunnleggende definerer folkehelse og folkehelsearbeid, og rollene i folkehelsearbeidet. Grunnleggende felles begrepsforståelse og definisjoner knyttet til folkehelsearbeidet er avgjørende faktorer for å ha et felles utgangspunkt for det gode og brede tverrsektorielle arbeidet. Denne grunnleggende forståelsen utvikles i et stadig samspill mellom ulike faktorer, som for eksempel individuelle forutsetninger, forkunnskaper, målsetninger og erfaring.

Med bakgrunn i dette mener vi at det, i tillegg til kompetanseheving for sentrale aktører i folkehelsearbeidet og i helsetjenesten, er avgjørende at det blir skapt et grunnleggende opplæringsløp i samfunnskompetanse for alle tilsatte på tvers i kommunene. Slik opplæring bør også være en naturlig del i grunn- og videreutdanninger på tvers av fagområder. Sentralt tema i en slik opplæring bør også være hvordan vi kan ta i bruk og utvikle eksisterende kompetanse i kommuneorganisasjonen i det tverrsektorielle arbeidet i kommunene.

Kompetanseprogram for folkehelsen

Vi ser det som sentralt å bygge opp et kompetanseprogram som bidrar til kunnskap- og kompetanseheving i hele kommuneorganisasjonen både på politisk og administrativt nivå. I mange tilfeller ser man at kompetansealibiet i kommunene knytter seg til at det blir tilsatt en folkehelsekoordinator i kommunen. Skal man lykkes med det tverrsektorielle folkehelsearbeidet viser vår kartlegging at det er avgjørende med kompetanseheving i grunnleggende folkehelsekunnskap i alle ledd i kommunen. På den ene siden har vi mange dyktige spesialister som har lang tradisjon med å utøve faget. På den annen side fordrer folkehelsearbeid at ulike kompetanser gir sitt bidrag for å løse sammensatte problemer, noe som gjør at kompetanse blir et spørsmål om hvilke utfordringer som skal løses.

Høgskolen i Bergen har utviklet en utdanningsmodell for Statens Byggtekniske etat i kompetanseheving i Universell utforming. Dette er en modell for grunnleggende kompetanseheving på ulike nivå som bør kunne overføres til tema folkehelse for å sikre kompetansebehovet innenfor folkehelsen og samfunnskunnskap i kommunene. Denne modellen er bygget opp som følger: *(http://uukurs.dibk.no)*

MODUL 1 Introduksjon til uu	MODUL 2 Lover og forskrifter	MODUL 3 Planlegging	MODUL 4 Transport–systemet	MODUL 5 Frilufts–områder	MODUL 6 Bygg og uteområder	MODUL 7 Eiendoms–forvaltning

Universell utforming

Kompetanseprogrammet

Kompetanseprogrammet er et opplæringsprogram for politikere og ansatte i kommuner og fylkeskommuner om universell utforming innenfor plan- og bygningslovens virkeområde. Kompetanseprogrammet inngår som et tiltak (K5) i regjeringens handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet 2009–2013, "Norge universelt utformet 2025".

Programmet er utviklet av Høgskolen i Bergen for Direktoratet for byggkvalitet. Det består av sju tematiske moduler som kan brukes i undervisning og opplæring, og som en kilde til informasjon om universell utforming.

Direktoratet for byggkvalitet,
koordinator for Kompetanseprogrammet

Opplegget kan brukes i sin helhet, eller du kan bruke fagstoffet ut fra hvilken målgruppe du tilhører:

Modul 1	Modul 2	Modul 3	Modul 4	Modul 5	Modul 6	Modul 7	Politikere og ledere
X	X						Kommunepolitikere
X	X						Fylkespolitikere
X	X	X					Rådmenn/fylkesrådmenn
X	X	X	X	X	X	X	Etatsjefer
X	X	X	X	X	X		Regionalt planansvarlige
	X	X	X	X	X	X	Rådet for funkjsonshemmede
	X	X	X	X	X	X	Eldreråd
							Utredere og saksbehandlere
X	X	X	X	X			Arealplanlegging
X	X	X			X	X	Byggesak
X	X				X	X	Eiendomsforvaltning
X	X			X		X	Helse og omsorg
X	X			X		X	Skole og opplæring
X	X			X			Idrett/friluftsliv
X	X			X			Folkehelse
X	X	X		X		X	Kulturminnevern

Utfordringer for det tverrfaglige arbeidet

Forpliktende samarbeid mellom ulike sektorer med tanke på helsefremmende og forebyggende arbeid er utfordrende viser vår kartlegging og bakgrunnsdokumentasjon som NIBR-rapporten. Vi vil hevde at helse og folkehelse blir fortsatt i stor grad oppfattet som helsesektoren sitt ansvar, og at andre sektorer ser ikke helsefremming og forebyggende arbeid som sine primære oppgaver.

Ulikheter i kultur og tenking er utfordringer for tverrsektorielt samarbeid. Andre barrierer når det gjeld løsning av tversgående oppgaver er ulike organisatoriske strukturer, motstridende profesjonsinteresser og manglende kommunikasjon.

Vi legger til grunn at egen rolleforståelse henger sammen med viljen til samarbeid. En profesjon kjennetegnes av faglig autonomi, det vil si at det bare er medlemmer av yrkesgrupppen som bestemmer hva som er korrekt yrkesutøvelse, og av faglig monopol, det vil si at yrkets utøverer har et lovbestemt monopol eller en fortrinnsrett til å utføre bestemte

oppgaver og bekle bestemte stillinger. Helse- og omsorgsloven er i utgangspunktet profesjonsnøytral. Det betyr at kommunen har ansvaret for å benytte den samlede kompetansen, som best kan føre til ønsket resultat. I et folkehelseperspektiv gir dette spennende muligheter for kompetanseutveksling mellom profesjonsgrenser.

Ifølge Tellefsen står vi overfor et strukturelt paradoks, hvor spesialisering kan være både en pådriver og et hinder for større grad av tverretatlig samarbeid. I tillegg vil ideologi være et viktig element for graden av vilje til samarbeid. Tellefsen legger sosiologen Göran Therborns (1980) definisjon av ideologi til grunn når han sier at den kommer svært nær en sosiologisk forståelse av begrepet kultur. Videre at vi kan dra nytte av teorier omkring sammenhengen mellom kultur og adferd. Det er interessant i vår kontekst, der felles forståelse handler om hvilke faktorer som er medvirkende til vår virkelighetsforståelse og for hva vi mener er viktige elementer for å lykkes i å legge strategier for endra arbeidsformer og praksis.

Kunnskap om hvordan kommunen skal lykkes i arbeidet med sammensatte problem er viktig. Det å vite hvilke strategier som vil gi størst effekt når, er ingen eksakt kunnskap, derfor blir verdidrevet endringsledelse et spennende felt å gå inn i. Hennestad & Revang sier at endringsoppgaven er å gjøre ideen virksom i en kollektiv hverdag, og gradvis gjennomsyre både tanke og handling i kommuneorganisasjonen. For å gjøre en ide virksom må den knyttes opp til felles verdier og mål.

Folkehelse i planverk

Oversikt over kommunens helseutfordringer skal danne grunnlag for strategier, mål og tiltak forankret i planverket etter plan- og bygningsloven. Med den nye plan- og bygningsloven er der et større fokus på kommuneplanens samfunnsdel, og at denne skal legge føringer for arealbruken.

Folkehelse i planverket skal ta utgangspunkt i helseutfordringene kommunen har; i nåsituasjonen. Da er det i planleggingen viktig å trekke inn de fagpersonene som har kunnskap om de utfordringene man har, og danne samhandlingsarenaer for dette arbeidet.

Vi vil hevde at det likevel ikke er nok at folkehelseperspektivet er med i planverket for at en skal kunne se at ulike folkehelsetemaer blir realiserte. Det må vedtas handling gjennom tiltak og økonomiske bevilgninger i den årlige handlingsplan og økonomiplan. Hvordan

folkehelsearbeidet er synliggjort og plassert i planverket har etter vår mening betydning for folkehelsearbeidet. Det er ulik oppfatning av hvor kjent en delplan er i en kommuneorganisasjon. Det kan lett utvikle seg en kultur der delplanen kun blir en plan for sektoren(e) som "tror" planen gjelder kun deres avdeling

Eksempel fra Suldal kommune

I Suldal kommune har folkehelse et eget kapittel i kommunen sitt handlingsprogram, og i tillegg ligger de ulike tiltakene ansvarliggjort på de ulike sektorene i planen. Det fører også til at andre sektorer i kommunen kan bli stående som ansvarlig for tiltak på andre sektorer. En sånn bruk av planverket tvinger frem en form for tverrfaglighet.

Vi mener at ved å benytte kjente styringsverktøy vil det være naturlig å vurdere folkehelseperspektivet i forhold til mål og tiltak som utarbeides i planene. Kjente verktøy kan være til hjelp når nye perspektiver skal innarbeides i planverket. Fordi kommuner er ulikt organisert vil det være viktig at hver enkelt kommune finner sin egen lokaltilpassede modell for å integrere og implementere folkehelse i sine sektorer, virksomheter og ulike fagavdelinger. Vi synes Suldal kommune har valgt å gjøre dette på en måte som i stor grad kan sikre iverksettelse. Det synes i vår gjennomgang av teori som iverksettelse er vår store utfordring, hvordan gjøre vi det, er et sentralt spørsmål, som vi tror Suldal har nærmet seg dette på en god måte.

Lederrollen i folkehelsearbeidet

Vi mener at en av de viktigste årsakene til at endringsprosjekter ofte ikke fører frem, er at de ikke ledes. Det kreves også en ledelsesendring. Det er ikke nok å tegne et nytt organisasjonskart, og tro at resten går av seg selv. Lederen skal skape en ny organisasjonsvirkelighet med utgangspunkt i det bestående samspillet mellom mennesker. Lederen må vise vei og skape oppslutning.

Det er, slik vi ser det, fortsatt mange som undervurderer hvor vanskelig det er å bryte ut av gamle etablerte mønstre. Organisasjoner er selvforsterkende systemer som holder seg selv fast på en etablert kurs.

Kunnskap og innsikt vil være til god hjelp i endringsarbeidet. Til syvende og sist kreves det kreative ferdigheter for å få grep om og påvirke den sosiale (organisatoriske) situasjonen.

Publikasjonen Folkehelse på tvers peker på viktigheten av å ha forståelse for at arbeidet med implementering av et bredt samfunnsrettet folkehelsearbeid tar tid. Videre peker publikasjonen på at det ikke finnes raske løsninger som sikrer et godt tverrsektorielt arbeid. Implementering av nye arbeidsformer, metoder og utvikling av nye samarbeidsarenaer vil naturlig nok ta tid i en kommuneorganisasjon, og kreve et vedvarende lederfokus. Etter vårt syn er det avgjørende å ta et skritt av gangen, gjøre gradvise fremskritt som kan betraktes som små seire. Dette vil være mindre truende og mer motiverende for ansatte i organisasjonen, jamfør forannevnte ”de små seires psykologi”.

I vår kartlegging pekes det på behovet for tydelig politisk forankring, klare mål og en tydelig administrativ ledelse for å kunne oppnå resultater på tvers av sektorer. Videre er der et fokus på felles forståelse av utfordringene, kunnskap og utvikling av samarbeidsarenaer som suksesskriterier for å få til et godt tverrsektorielt helsefremmende arbeid. Vi ser det som sentralt å unngå sektortenkning for å få til et felles fokus.

Det er sammenfall mellom vår kartlegging, og det publikasjonen peker på som nødvendige kriterier for å lykkes. Man ser behovet for et bredt samarbeid, men har i varierende grad kunnskap om helsefremmende arbeid. Spørsmålet vil da være hvordan vi skal kunne komme fra erkjennelse til handling og praksis.

Nytt lovverk og samhandlingsreformen stilte krav om en umiddelbar endring i kommunene fra 01.01.12 på enkelte områder. Nasjonale føringer legger opp til en fullstendig implementering av reformen innen 2016. Pengestrømmen vil ikke kunne endres i stor grad innen 2016 i en kommune, det vil ta tid. Det betyr i praksis at kommunene vil få utgifter til behandlende virksomhet og en omlegging av det helsefremmende og forebyggende arbeidet samtidig. Langsiktig planlegging og tiltak, som kan iverksettes relativt raskt, bør vurderes samlet for å oppnå resultater.

I dag benyttes minimalt av kommunenes samlede budsjett til helsefremmende arbeid. Dette fenomenet ser vi også på et nasjonalt nivå. Endring må til i alle sektorer for å legge til rette for at vi skal nå målet om en friskere og funksjonsdyktig befolkning, med livskvalitet i hverdagen. Et eksempel: På den ene siden legges det planer for at flere skal kunne bo lenger i eget hjem, og oppleve større grad av egenmestring. På den annen side viser undersøkelser at

ensomhet er et økende problem. Det er dette perspektivet som er viktig å ha med seg i folkehelsearbeidet, refleksjon om effekt og virkning av tiltak, uten å gå inn på om det finnes en sammenheng mellom økt ensomhet og det at flere bor hjemme lengre.

Det politiske ansvaret

For å lykkes med folkehelsearbeidet i kommunene er vi etter vår mening avhengige av at lokalpolitikerne setter folkehelse på agendaen. De må etterspørre faglige råd, vedta og utøve en bærekraftig folkehelsepolitikk. Politikerne bør stille krav til administrasjonen om et tverrsektorielt fokus, etterprøvbare og forpliktende mål som sikrer at folkehelseperspektivet innarbeides som et prioritert satsingsområde i alle kommunes sektorer og fagavdelinger. Politikerne bør også sørge for at hver enkelt sak de behandler alltid blir vurdert i et folkehelseperspektiv.

Det kan for oss bety at å drøfte tverrsektorielt samarbeid er utilstrekkelig uten å trekke inn betydningen av den politiske viljesutformingen, gjennom vedtak og strategier for utjevning av helseforskjeller og det brede samfunnsretta folkehelsearbeidet.

De tverrsektorielle samarbeidsarenaer

I alle kommuner er det eksisterende samarbeidsarenaer. Vi mener at man må benytte og utvikle etablerte samarbeidsarenaer i arbeidet med å utvikle felles forståelse for utfordringer, kunnskap og kompetanse om folkehelse. Etablerte samarbeidsformer og etablerte arenaer med trygge rammer vil kunne bidra til økt kreativitet til tross for at sektorene vil kunne utfordres i sin faglighet, og stå mot hverandre i forhold til prioriteringer.

Vi vil hevde at det er nødvendig å etablere nye arenaer for tverrsektoriell samhandling i kommunene, da den nye folkehelseloven utfordrer det tradisjonelle samhandlingsmønsteret. Det handler om prioritering av tid til de ulike delene i en planprosess.

Når felles mål skal utvikles på tvers av sektorer og hierarkier kan det naturlig nok oppstå uenighet selv om deltagerne i gruppen har felles kunnskap og kompetanse om utfordringer i lokalsamfunnet. De ulike faggruppene vil naturlig nok ha ulikt faglig fokus til tross for felles kunnskap om utfordringsbildet. Det er nettopp den faglige ulikheten som kan danne grunnlag

for det helhetlige helsefremmende arbeidet. Fagbakgrunn kan også være avgjørende for hvilken rolle man får i arbeidet. Hver enkelt sektor eller fagavdeling vil ikke kunne klare oppgaven alene, og er helt avhengig av andre fagavdelinger eller sektorer for å oppnå resultater.

Når uenighet oppstår er det viktig med et tydelig lederfokus. Rådmannen, eller den han har delegert ansvaret til, må sette retning, sørger for å utvikle kompetansen innen målrettet kommunikasjon, og på denne måten sørge for levering av helhetlige resultater.

Gjennom verkstedet vi gjennomførte i de 4 kommunene fikk vi gode innspill til ulike modeller og metoder som kan benyttes i arbeidet med å implementere et bredt samfunnsrettet folkehelsearbeid lokalt i de ulike kommunene.

Suksessfaktorer i folkehelsearbeidet

Vi er av den oppfatning at våre funn i dette prosjektarbeidet støtter opp om Helsedirektoratet sin opplisting av hvilke faktorer som skal til for å lykkes med tverrfaglighet i folkehelsearbeidet:

- God kunnskap om andres profesjoner
- Respektere andres profesjoner og roller
- Sette felles mål for samhandlingen/samarbeidet
- Avklare roller, forventninger og praktiske oppgaver
- Ha et klart mandat fra ledelsen
- Samarbeidet må ha en verdi/nytte for alle deltakerne

Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI) har i rapporten “Saman om felles mål”, 2010:18, satt i fokus erfaringer med organisering, styring og finansiering av tversgående oppgaver. De lister opp et sett av faktorer for å lykkes med samarbeid og samhandling:

- God forankring av mål og planer:

  - Prosjekt vokst frem ut fra felles kjente behov
  - God politisk forankring gir samarbeidet nødvendig legitimitet og gjennomslagskraft.
  - Ledelsen i virksomhetene må være representert i sentrale samarbeidsforum for å gi prosjektene tilstrekkelig prioritet samt stabile og forutsigbare rammer.
  - Involvering og god forankring i fagmiljøene bidrar til felles forståelse for avveininger og prioriteringer.

- Klar organisering
  - Klare ansvars- og avgjørelsesforhold i organisasjonen.
  - Ha en motor i samarbeidet; et sekretariat eller lignende preget av faglig tyngde, kapasitet, dialog, fleksibilitet og forhandlingskompetanse.
- Klart definert og akseptert styringsmodell
- Klare økonomiske modeller i samarbeidet
  - Avklar forholdet mellom samfinansiering av felles løsninger og forholdet til sektorvise kostnader og gevinster; både i utviklingsfasen og i driftsfasen av et samarbeid.
  - Synliggjør gjensidig nytteverdi og forpliktelser gjennom modeller for konkretisering av kost-nytte og etablere løsninger som skaper vinn-vinn situasjoner.
  - Samfunnsøkonomiske analyser er vanskelig i tverrsektorielle prosjekt der gevinster og kostnader kommer frem i ulike virksomheter og sektorer.
- Skap gode relasjoner
  - Tillit er en avgjørende faktor for samarbeid. Tillit legger grunnlaget for en samarbeidskultur basert på frivillig deltakelse, likeverdighet, involvering og bred representasjon.
  - Det er nødvendig å investere i samarbeid – og samtidig akseptere at samarbeid og samhandling tar tid.

Konklusjon

Vi mener at forankring av folkehelseperspektivet begynner med å utvikle felles forståelse på toppen, hos ledelsen. Videre ser vi at våre funn samsvarer med Amdam, som sier at folkehelseplanlegging skal ha institusjonell kapasitetsbygging og styrking av lokale maktstrukturer som sitt overordna perspektiv. Våre funn støttes også av Hennestad og Revang (2009) og Senge (1999) sine teorier, som sier at læring er en form for vekst, bottom-up prosess, som starter med personlig mestring og deling av visjoner med andre, refleksjon over mentale modeller, som bringes inn i team, og lager en systematisk måte å tenke på i organisasjonen. Det er en lederoppgave.

For å skape tverrfaglig forankring og forståelse, mener vi det er avgjørende at hele kommuneorganisasjonen, administrativt og politisk, får løftet kunnskapen om folkehelsearbeid på det nivået i organisasjonen de ulike arbeidstakerne er. Basisen for den grunnleggende og felles folkehelseforankringen i kommunene, er at det eksisterer en felles forståelse for hva tverrsektorielt folkehelsearbeid handler om i hele kommuneorganisasjonen.

Den grunnleggende og felles kunnskapen må også være basis for de endrings- og iversettingsprosessene kommunene må gjennom, som en følge av samhandlingsreformen. Endringsledelse, hvor empowerment-tankegangen er systematisert inn i prosessene, er etter vår mening en måte å drive utviklingsarbeid på som vil få kommunene på rett vei. Det kreves i en slik prosess en ledelse, som viser vei og skaper oppslutning.

Folkehelseloven er en del av samhandlingsreformen, og en reform i seg selv er en så omfattende endring at det vil være avgjørende å gå gradvis frem i prosessen fram mot en situasjon der hele kommuneorganisasjonen tenker ”Helse i alt vi gjør”. Man må la de små seire skape fremgang, forståelse, læring og forankring, og akseptere at man må bruke tid for å få dette arbeidet forankret i kommuneorganisasjonen.

Gjennom å gå skrittvis frem, vil en kunne dempe eventuelle konflikter forbundet med reformen; konflikter som likevel ofte er nødvendige for ønsket utvikling, og som vil bygge opp framover mot en underveisforståelse. Underveisforståelse betinger grunnleggende kunnskap og medfører i seg selv ofte endringer i endringsprosessen. Endringene i prosessen fører til korrigeringer underveis, som foregår ut fra det som er politisk og praktisk mulig, med bakgrunn i mange utfordringer i prosessen, og ofte generelle, uklare eller konfliktfylte mål.

Tiltak som kan styrke samarbeidet er blant annet overordnet planlegging, med felles mål og strategier for de ulike enhetene. Selve planprosessen i seg selv har koordinerende effekt, og bidrar til økt kontakt. Grunnleggende for det gode, tverrsektorielle samarbeidet er at de som skal samarbeide/samhandle kjenner hverandre som mennesker, ikke bare som arbeidstakere. Det er etter vår mening derfor viktig å skape arenaer for å kunne treffes i sosiale sammenhenger sånn at det skapes rom for å kunne snakka *med* hverandre i stedet for *om* hverandre.

Vi har gjennom arbeidet med dette prosjektet erfart at verksted som metode er en god måte å skape en dialogarena, der deltagerne syntes prosessen var positiv, og åpnet opp for en tverrsektoriell dialog.

Vi introduserer Tidslinjen, som en metode for samhandlingstenkning, og felles forståelse for hva som må til for å komme nærmere målet om ”helse i alt vi gjør”. Ved å bruke Tidslinjen, som bilde på et menneskes livsløp, gir det et konkret, enkelt verktøy for alle instanser, etater og fagmiljø, til å se og drøfte sin rolle langs tidsaksen i samhandling med andre. Det er etter vårt syn en inkrementell innovasjon, kjent metode tas i bruk på nye områder. Sammen med eksemplet fra Suldal, kan det sammen bidra til viktige avklaringer i iverksettingsprosessen.

Arbeidet med oppgaven gjennom studiet Helse og omsorg i plan har gitt oss verdifull kompetanse om sammenhenger knyttet til god helse og utjevning av sosiale forskjeller. Vi har blitt mer bevisste på hvordan vi, som offentlig ansatte, kan bidra til god kvalitetsutvikling. Studiet har gitt oss mulighet til å se nærmere på det spennende feltet i skjæringspunktet mellom planleggings-, styrings- og ledelsesteorier, drøfte suksessfaktorer og fallgruver, og kunne peke mot mulige sammenhenger, som også andre kan lære av.

Litteraturliste

Amdam R. (2011). *Planlegging og prosessleiing. Korleis lykkas i utviklingsarbeid.* Oslo: Samlaget

Amdam, R. (2011). *Planning in Health Promotion work. An empowerment model*. London: Routledge.

Berg, M. E. (2006). *Ledelse – Verktøy og virkemidler*. Oslo: Universitetsforlaget.

Direktoratet for forvaltning og IKT. (2010) *Saman om felles mål? Erfaringar med organisering, styring og finansiering av tverrgående oppgåver.* Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT. Hentet fra http://www.difi.no.

Farner, A. (2008). *Verksted som verktøy. Å planlegge og lede workshops.* Oslo: Kommuneforlaget

Helse- og omsorgsdepartementet. 2013. *God helse – felles ansvar*. (St.meld. nr 34 (2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra http://www.regjeringen.no/

Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet. 2011. *Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: Behov for "samfunnskompetanse" i kurs- og utdanningstilbud. Drøftings- og prosessnotat.* Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, (2009). *Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse. Utjevning av helseforskjeller del 2.*

Hennestad & Revang. (2009). *Endringsledelse og ledelsesendring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jacobsen, D.I. (2004). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? I P. Repstad (Red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis,* (2. utg. s. 126-146). Oslo: Universitetsforlaget.

Knudsen, H (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser, i P. Repstad (Red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis,* (2. utg. s. 126-146). Oslo: Universitetsforlaget.

Medlex Norsk Helseinformasjon. (2011). *Folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven med departementets merknader. Fakta om samhandlingsreformen.*

Mæland, J.G.(2010). *Forebyggende helsearbeid – folkehelsearbeid i teori og praksis.* Oslo: Universitetsforlag

Nyseth T. & Aarsæther N. (2002). *Nærdemokrati. Teori og praksis*. Gjøvik: Det Norske Samlaget.

Offerdal, A (2005): Iverksettingsteori – resultatene blir sjelden som planlagt, og det kan være en fordel? I Baldersheim, H. og Rose, L.E. (red) *Det kommunale laboratorium*. (s 253-279) Bergen: Fagbokforlaget.

Rommetveit, M., artikkel ”*Tverrfaglig samarbeid – fagpersonenes utfordring!*” (SOR-rapport nr.2, 2005)

Senge, P.M. (1999). *Den femte disiplin. Kunsten å utvikle den lærende organisasjon.* Oslo: Egmont hjemmets bokforlag.

Stang, I. (2003). Bemyndigelse : en innføring i begrepet og "empowermenttenkningens" relevans for ansatte i velferdsstaten. I: Hauge, H.A. og Mittelmark, M.B. (red). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid : fra monolog til dialog?* Bergen, Fagbokforlaget**:** (s. 141-161, 20 sider).

Sunne kommuner & Folkehelseforeningen. 2012. *Folkehelse på tvers*.

Tellefsen, T. (2004). Hva har ideologien å si for hverdagspraksisen? I P. Repstad (Red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis*, (2. utg. s. 126-146). Oslo: Universitetsforlaget.

Willumsen, E. (red.) (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid. *Kap. 5. En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. Oslo: Universitetsforlaget*

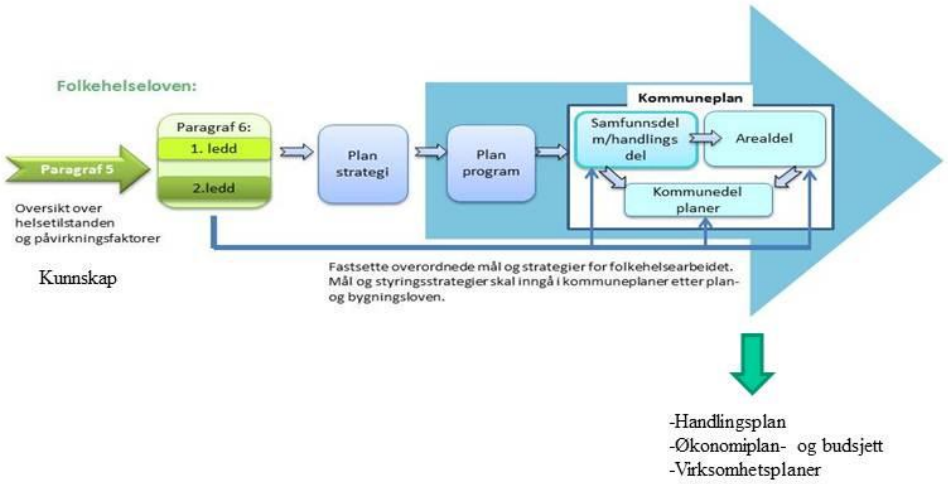
Aarsæther, *N., Falleth, E., Nyseth, T., Kristiansen, R. (2012): Utfordringer* for norsk planlegging. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Figurer og illustrasjoner er hentet fra http://www.kommunetorget.no/

Vedlegg

1. Presentasjon fra verksted
2. Fremdriftsplan

Plan- og bygningsloven og Folkehelseloven



Tverretatlig samarbeid

- Når et sykdomsperspektiv legges til grunn for folkehelsearbeidet vil oppmerksomheten rettes mot bestemte sykdommer eller helsetilstander.
- Med et påvirkningsperspektiv vil oppmerksomheten rettes mot faktorer som påvirker helsen.
- Det siste perspektivet, som ligger til grunn for ny folkehelselov, peker mot et bredt samfunnsrettet folkehelsearbeid – og nye samhandlingsmuligheter.

Spørsmål til refleksjon

1 a) Hva betyr "folkehelse" for deg?

Spørsmål til refleksjon, forts.

- b) Hvilke faktorer mener du i størst grad bidrar til å opprettholde ulikhet i helse?

Spørsmål til refleksjon, forts.

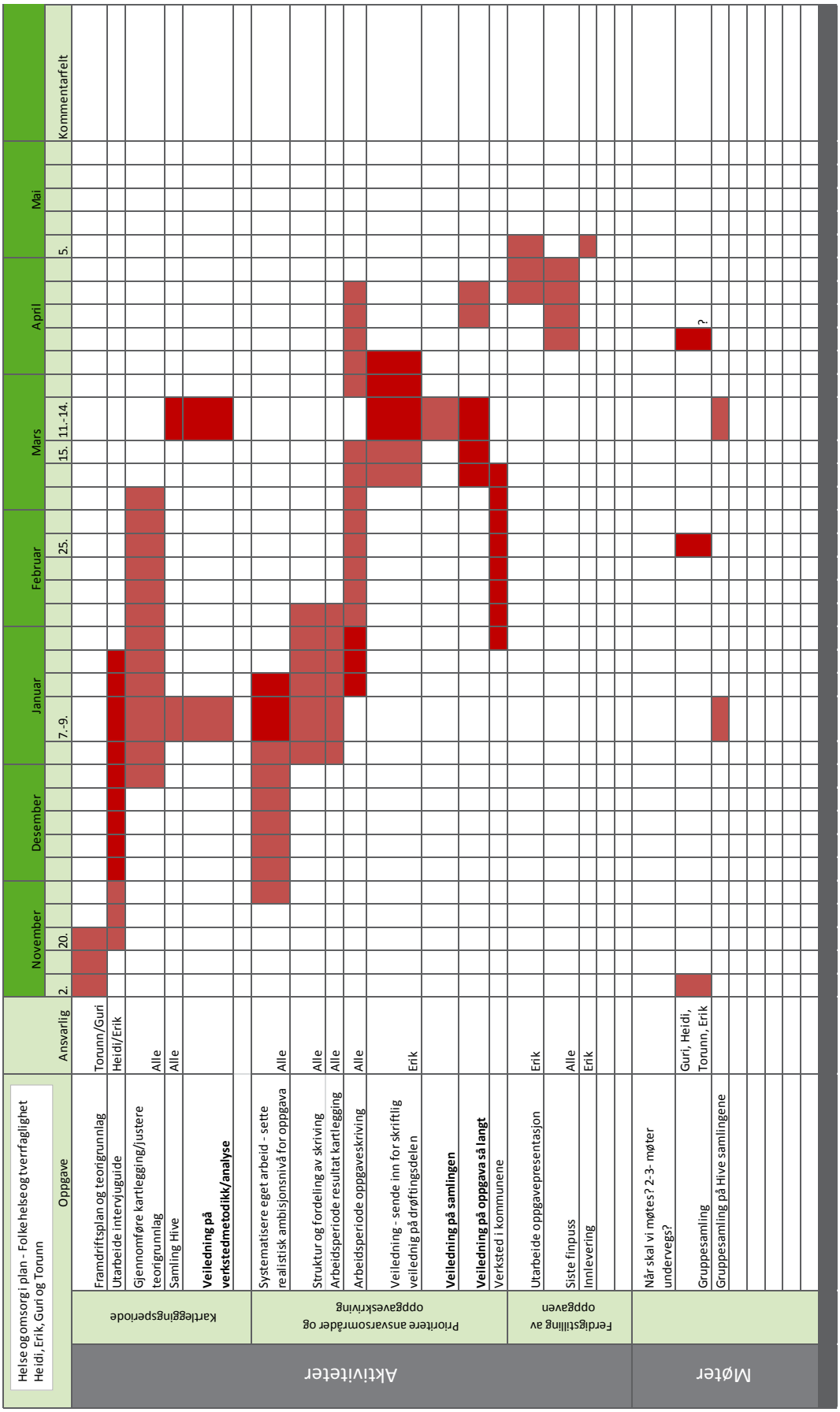
2 a) Hva skal til for å utvikle felles forståelse for folkehelseutfordringene i vår kommune?

b) Hva mener du skal til for å utvikle nødvendig tverrsektorielt samarbeid i vår kommune?

Hva mener du evt kan hindre oss i å lykkes med nødvendig tverrsektorielt samarbeid?

3) Inaktivitet i befolkningen er bakenforliggende årsak til en rekke livsstilssykdommer. Derfor er det et viktig mål i folkehelsearbeidet å øke aktivitetsnivået.

Ta utgangspunkt i hvilke faktorer som kan påvirke en ønsket helsefremmende utvikling.

Beskriv hvilke funksjoner og ansvarsområder dere mener bør involveres, for å nå målet om mer aktivitet, på hvilket tidspunkt og hvorfor.

2. Fremdriftsplan