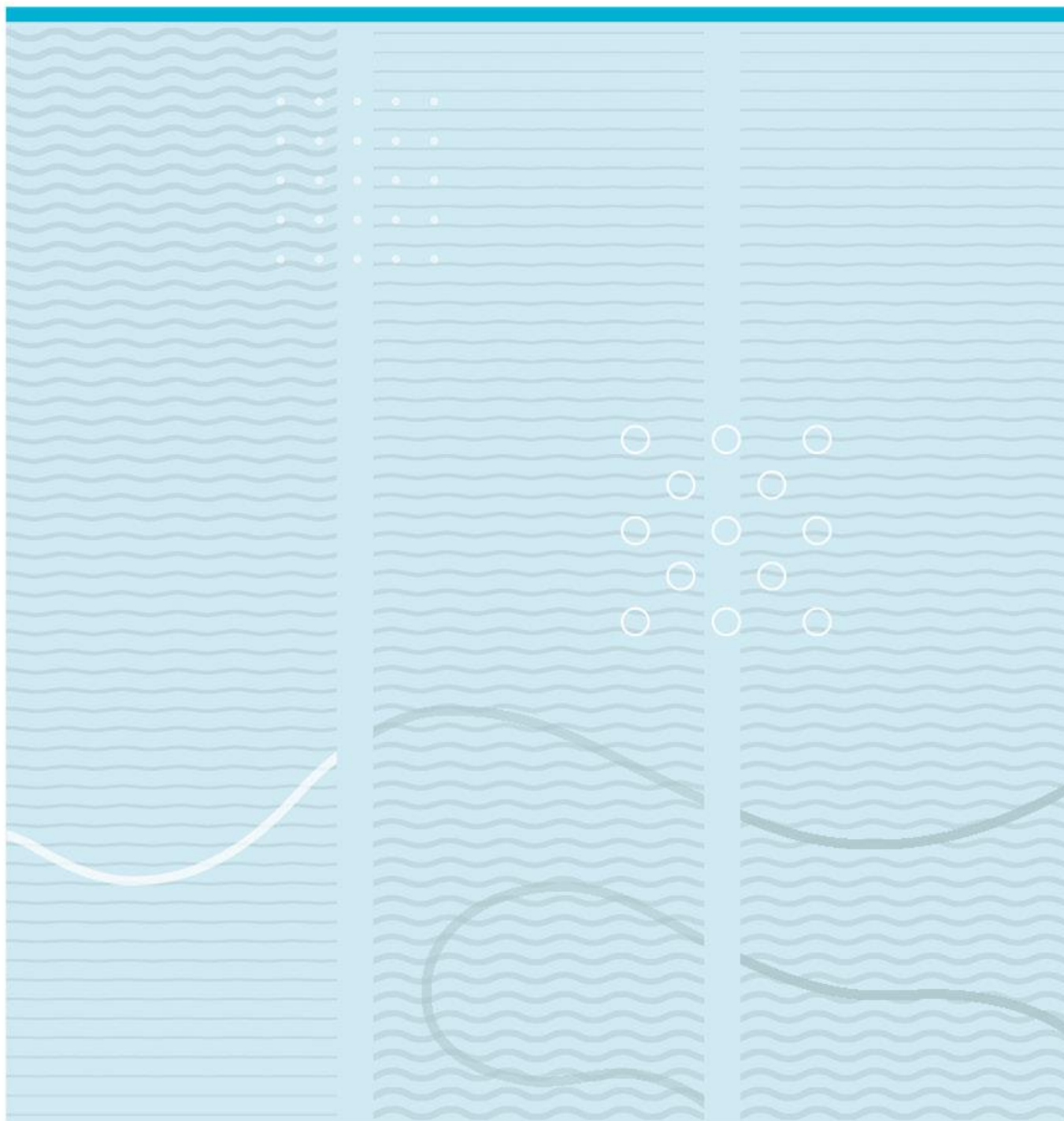


Slavica Pejic Djurasovic

Veien til tverrfaglig samarbeid

En kvalitativ studie om ledelsens erfaringer med bruk av empowerment i samhandling mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse og sosialfag
Institutt for helse-, sosial- og velferdsforskning
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Slavica Pejic Djurasovic

Denne avhandlingen representerer 45 studiepoeng

Opplysninger om oppgaven

Forfatter	Slavica Pejic Djurasovic
Grad	Master i Helsefremmende arbeid
Fakultet	Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt	Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
Veileder	Førsteamanuensis Anne Elisabeth Münster Halvari
Innlveringsdato	16.05.2022
Oppgavenstittel	Veien til tverrfaglig samarbeid
Antall ord	19 338
Søkeord	helsefremmende arbeid, empowerment, tverrfaglig arbeid, tverretatlig arbeid, ledelse, organisering av tjenester i velferdssamfunn

Sammendrag

Bakgrunn: Tannhelse- og barnehagetjenesten har som tjenestene rundt småbarn overordnet plikt i henhold til lovverk og barnekonvensjonen å være pådrivere for tettere samarbeid. Per i dag foreligger det ingen samarbeidsavtaler på systemnivå.

Formål: Hensikten med studien er å belyse behov for samarbeid og for å finne ut om bruk av empowerment og bevissthet rundt det samme kunne føre til endringer.

Metode: Studien har et kvalitativt forskningsdesign, og innsamling av data ble gjort via individuelle semistrukturerte intervjuer av fire ledere i tannhelse- og barnehagetjenesten.

Funn: Ledelse i begge tjenester har vist en positiv og engasjerende innstilling til å få til tverrfaglig samarbeid og med et felles ønske om at tverrfaglig samarbeid skal forankres i lovverket. Bruk av empowermentprosesser har ikke blitt anvendt mye i praksis.

Konklusjon: Empowerment som helsefremmende perspektiv bør ligge til grunn for samarbeidet mellom disse tjenestene. Dette er et styrkende perspektiv som ledelsen kan bruke til å ivareta mennesket- personens autonomi og opplevelse av det å kunne påvirke- til forskjell fra å utvikle maktesløshet og hjelpeløshet.

Nøkkelord: helsefremmende arbeid, empowerment, tverrfaglig arbeid, tverretattlig arbeid, ledelse, organisering av tjenester i velferdssamfunn

Abstract

Background: The dental health service and the kindergarten service, being services that surround the youngest children, have an executive duty according to legislation and the Convention on the Rights of the Child to further closer collaborations. As of today, there is no protocol for collaboration at the system level.

Purpose: The objective of this study is to shed light on the need for collaboration and to work out whether use of *empowerment* and *consciousness* at the same system level might lead to (positive) changes.

Method: This study a qualitative research design, and the collection of data was conducted via individual semi-structured interviews of four managers at system level in the dental health- and kindergarten service.

Results: Management in both services has shown a positive and somewhat eager attitude toward accomplishing interdisciplinary collaborations with the common aim that this happens at the very highest level, based on legislation. The use of empowerment processes has not been used much in practice.

Conclusion: *Empowerment* as a health-promoting perspective should underlie the collaboration between these services. As a personal strength-focused approach, empowerment may guide leaders as to how formal cooperation-agreements might be formulated that maintain autonomy and responsibility among individual parties, and aim to avoid experiences of powerlessness or helplessness that can arise in cross-discipline collaborations.

Keywords: health-promoting work, empowerment, interdisciplinary collaborations, management, organization of services in a welfare society.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	4
Innholdsfortegnelse	5
Forord	7
1 INNLEDNING	9
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	9
1.2 Kunnskapsstatus.....	11
1.2.1 Vurdering av kunnskapsstatus	13
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	13
1.4 Definerings av begreper	15
1.5 Oppgavens struktur	15
2 TEORI	16
2.1 Empowerment	16
2.1.1 Empowerment og bemyndigelse.....	17
2.1.2 Empowerment på systemnivå	19
2.2 Helsefremmende arbeid og helsepolitikk.....	23
2.2.1 Nasjonale strategier i folkehelsearbeidet og helsefremmende arbeid.....	24
2.2.2 Nasjonale faglige retningslinjer for tannhelsetjenesten	27
2.2.3 Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten.....	28
2.3 Tverrfaglig samarbeid	29
2.3.1 Barnehagetjenesten	31
2.3.2 Tannhelsetjenesten	32
3 METODE	34
3.1 Metodevalg og forskningsdesign	34
3.1.1 Det kvalitative forskningsintervjuet som datainnsamlingsmetode	35
3.2 Utvalg, utvalgsstørrelse og rekrutteringsprosess	37
3.3 Praktisk gjennomføring av datainnsamling	38
3.3.1 Intervjuguide og gjennomføring av intervjuene	38
3.3.2 Transkribering.....	39
3.4 Forskningsetikk og informativt samtykke	40
3.5 Analyse	41

3.6	Litteratursøkeprosess	42
3.7	Metoderefleksjoner	42
3.7.1	Reliabilitet, validitet og konsekvenser	42
4	PRESENTASJON AV FUNN	44
4.1	Hvilke faktorer som ligger til grunn og hva som skal til for at samarbeid mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten prioriteres og innføres i de kommunale tverrfaglige satsinger?	45
4.1.1	Påvirkende faktorer	46
4.1.2	Tjenestens plikter	46
4.1.3	Prioriteringer	47
4.2	Hvordan kan ledelse bruke empowerment som strategi i sitt videre arbeid slik at tverrfaglig samarbeid ivaretas i større grad enn i dag?	48
4.2.1	Individ- og systemnivå	49
4.2.2	Strategisk arbeid mot bedre tjenestetilbud	50
4.2.3	Individuell visjon/ tilnærming	51
5	DRØFTING	53
5.1	Hvilke faktorer som ligger til grunn og hva som skal til for at samarbeid mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten prioriteres og innføres i de kommunale tverrfaglige satsinger?	53
5.1	Hvordan kan ledelse bruke empowerment som strategi i sitt videre arbeid slik at tverrfaglig samarbeid ivaretas i større grad enn i dag?	55
5.1.1	Ansvar for implementering av lovverk	58
6	AVSLUTNING	60
6.1	Oppsummering av de sentrale funnene	60
6.2	Studiens sterke og svake sider	61
6.3	Implikasjoner for fremtiden	62
	REFERANSER	63
	Oversikt over tabeller og figurer	69
7	Vedlegg 1- Informasjonsskriv med samtykke og Intervjuguide.....	70
8	Godkjenning NSD- Vurdering	76

Forord ¹

Etter mer enn fire inspirerende år ved Universitetet Sørøst Norge, på videreutdanningen i tannpleie og helsefremmende arbeid og masterstudiet i helsefremmende arbeid, kan jeg lett si «well done». Egne erfaringer og ny kunnskap setter jeg inn i nye perspektiver og ser min nåværende rolle med et mer kritisk blikk og enda større ansvarlighet.

Denne faglige reisen og arbeidet rundt masteroppgaveskriving har blitt gjennomførbart takket være gode kollegaer ved Avdeling for Tannpleievitenskap, Universitetet i Oslo, spesielt universitetslektor Anne Eikeland og fagleder Anne Møystad.

Her ønsker jeg å rette en stor takk til de fire ledere ved barnehage- og tannhelsetjenesten som stilte opp som informanter, og som har bidratt med sine synspunkter, erfaringer, kunnskap og velvilje for at denne studien gjennomføres så godt som mulig.

Med førsteamanuensis Anne Elisabeth Münster Halvari som inspirerende veileder, kunnskapsrik og støttende, har arbeidet med livsverket mitt vært en turbulent faglig reise berørt av utfordringer under Covid 19. Hjertelig takk Anne Münster Halvari for konkrete faglige tilbakemeldinger, bistand, oppmuntringer under vanskelige tider og ikke minst stor tro på meg at jeg kommer til å klare denne prosessen. I tillegg takk til mine studiekollegaer.

Tusen takk til Gry Ingebrigtsen Jakhelln, fagansvarlig i Norsk tannpleierforening, som stilte opp til gjennomlesning av studien, språkvask og tekniske løsninger like før oppgaveinnlevering.

Stor takk til min mor, onkel og tante i hjemlandet, som med stolthet har hatt stor tro på min suksess tross mange utfordringer gjennom tider.

Sist, men ikke minst, takk til min lillebror for at du har oppmuntret og støttet meg gjennom hele dette studieløpet. Og takk til min mann og mine gutter for at dere har vist forståelse, støtte og respekt for mitt arbeid.

Oslo, mai 2022

Slavica Pejic Djurasovic

¹ Forord og takkeord

1 INNLEDNING

I dette kapitlet presenteres bakgrunn for valg av tema, før det redegjøres for kunnskapsstatus. Deretter kommer en presentasjon og begrunnelse for problemstillingen, forskningsspørsmål og problemstillingens relevans. Presentasjon av begrepsdefinisjoner og en beskrivelse av oppgavens videre struktur kommer avslutningsvis i kapitlet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Norge er et land med velutbygget velferdsstat, og «offentlige tjenestetilbud følger oss fra vugge til grav». På godt og vondt er omsorg og hjelp blitt et offentlig anliggende, og at omfanget av den samme savner sidestykke i historien (Mittelmark, 2003, s.26).

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2018, s.25) er et viktig mål for folkehelsearbeidet å redusere forskjeller i helse i befolkningen, mens en folkehelsestrategi har til mål å motvirke, redusere og muligens fjerne det som kan forårsake sykdom (Mæland, 2005, s. 16). Når det er snakk om slike strategier angående barnas helse og trivsel har tverrfaglig samarbeid hatt sin naturlige plass. Forutsetningene for et godt resultat av et slikt samarbeid ligger i «at de ulike fagmiljøer arbeider sammen og ser tilbudene til barn og unge i sammenheng», og at «de ansatte i tjenestene må snakke godt sammen». Det har blitt presisert at ansatte i tjenestene må se på barnas behov som utgangspunktet for samarbeidet (Kunnskapsdepartement, 2019, s.78).

I FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989 i del 1, artikkel 3 (Barne- og familiedepartementet, 2003, s. 10) står det blant annet at «partene skal sikre at de institusjoner og tjenester som har ansvaret for barns omsorg eller beskyttelse, retter seg etter de standarder som er fastsatt av de kompetente myndigheter, særlig med hensyn til sikkerhet, helse, personellets antall og kvalifikasjoner samt kvalifisert tilsyn.» Videre i artikkel 4 understrekes det at «partene skal treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative og andre tiltak for å gjennomføre de rettigheter som anerkjennes i denne konvensjonen».

Gjennom yrkeslivet som tannpleier har jeg fått muligheter til varierte arbeidsoppgaver innenfor det kliniske og utadrettete arbeidet. I august 2014 begynte jeg å jobbe som prosjektannpleier i Tannhelsetjenesten i Oslo kommune og i et prosjekt som fikk støtte fra byrådet. I løpet av de kommende 3,5 år var vi i kontakt med rundt 30 barnehager i Oslo, og det var til tider vanskelig å få innpass og avtaler om samarbeid. Samarbeid skulle gå ut på å holde undervisning gjennom lek og

moro med de minste, dele ut tannbørster, tannkremer, og være på foreldremøter og undervise om tannhelse og kosthold. Hovedgrunn for manglende vilje og engasjement fra daglige ledere i barnehagene var at det ikke kom noen overordnede avtaler mellom tjenestene.

Helsedirektoratet (2011, s. 17) understreker at god tannhelse er noe som vi var født med da vi ble født friske. I løpet av de første barneårene er det foreldrenes valg på barnets vegne om den gode tannhelsen ødelegges eller holdes frisk/ bevares. Alt rundt vår tannhelse skjer der hvor vi er og om den vedlikeholdes eller ødelegges der vi lever våre liv; i barnehagen, i skolen, i arbeidslivet, i sport og andre fritidsaktiviteter.

Denne studien springer ut fra et ønske om at tannhelsetjenesten skal få innpass i barnehagene og når barna under 3 år kan nåes der de er, frembringer kunnskap om tannhelse til de minste og småbarnsfamilier, og utvikle et tverrfaglig samarbeid med barnehagetjenesten og få dette eksplisitt på dagsorden og integrert på systemnivå.

Det er folkehelseloven som plasserer ansvaret for folkehelsearbeidet inn på de tverrfaglige og tverrsektorielle arenaer. Som et hensyn på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer må det være ”Helse i alt vi gjør” (Health in All Policies). I tråd med det samme prinsippet innebærer en slik bred samfunnsmessig tilnærming at det tas hensyn til påvirkningsfaktorer i alle samfunnssektorer for eksempel både i skole, barnehage og helsesektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). I tillegg til dette har valget mitt falt for empowerment, som er hovedprinsipp i folkehelsearbeid.

Empowerment handler blant annet om å påvirke strukturelle forhold og livsbetingelser som individet må forholde seg til, om å styrke egenskaper ved enkeltmennesket, samt å legge til rette for at mennesker skal kunne delta i prosesser som har betydning for å kunne ta kontroll over eget liv og helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). I denne oppgaven ønsker jeg å anvende empowerment, som hovedprinsipp knyttet til folkehelsearbeid. Dette fordi empowerment er et positivt begrep *per se* og referer mer til løsninger enn problemer og innebærer demokratisering. Det er et dynamisk begrep som assosieres med vekst og utvikling (Tveiten & Boge, 2014, s.16 &17). WHO (1986) har definert empowerment som helsefremmedes hovedprinsipp på verdenskonferansen i Ottawa 1986, og det har blitt representert som et slags paradigmeskifte, fra paternalistisk tenkning til empowerment (s. 16).

I NOU 1988:18 beskrives empowerment slik:

«Empowerment er et mål, en metode som passer så vel for den profesjonelle som den ikke-profesjonelle og en pedagogisk, sosial og helsefremmende strategi».

Gjennom kvalitative forskningsintervjuer samlet jeg inn synspunkter fra ledelse i tannhelse- og barnehagetjenesten om tema tverrfaglig samarbeid, behov for det samme og bruk av empowerment i deres praksis. Videre gjennom masteroppgaven var intensjonen å belyse behov for økt samarbeid mellom tjenestene i henhold til velferdssamfunnets idealer, og i et helsefremmende perspektiv. Innovasjon skulle være en naturlig del av denne tankegangen.

1.2 Kunnskapsstatus

I Norge har forebyggende arbeid vist resultater i moderne tid, og med å gjennomføre praktiske og konkrete tiltak som har konsekvenser for både livsstil, omgivelser og samfunnsforhold har vært dette vært avgjørende. Et godt eksempel er en god kombinasjon av restriktive tiltak, terapeutiske tiltak og opplysningstiltak i forbindelsen med røyking. Det anses som en selvfølge at forebyggende tiltak bør være kunnskapsbaserte for det gjelder å bruke god teori og god empiri som fører til at mer systematiske og konsekvente tiltak kan utvikles til gode tiltak (Hauge & Mittelmark, 2003, s.5-6). Helsedirektoratet (2011, s.18) understreker at tannhelseutviklingen i Norge viser at forebygging nytter, men at det er fortsatt er potensial for enda bedre tannhelse og helse i befolkningen. Forebyggende tiltak utøves av helsetjenestene på to måter: 1) med å tilby forebyggende tjenester til enkeltpersoner eller grupper og 2) å sikre at helsehensyn blir ivaretatt i andre samfunnssektorer. Samtidig kreves det at helsektoren har oversikt over folkehelsen, faktorer som påvirker denne, og bidrar til å skaffe kunnskap om årsakssammenhenger og hvordan de samme kan påvirkes (Mæland, 2016, s.216).

Allerede i prosjektbeskrivelsen til denne studien har jeg fått frem at empowerment kan bidra til å utvikle individer og grupper, som igjen kan bidra til å utvikle inkluderende og støttende lokalsamfunn der den enkelte eller gruppen blir i stand til å identifisere sine egne problemer og finne sine egne løsninger (såkalt «bottom-up»). Dette har utvalget ved Norges offentlige utredning (1998, s. 187) konkludert. Dette utvalget har gått nærmere inn på det som ligger i begrepet empowerment, og har, selv om de vedgår at det engelske begrepet er mer omfattende, landet på oversettelsen myndiggjøring. Med at engelsk, empowerment, er et mer omfattende begrep menes at

dette har flere aspekter: å gjøre noen i stand til noe, å tillate eller gi makt eller autoritet til (NOU:18,1998, s.187). Empowerment som begrep har stått sentralt i helsefremmende arbeid siden utarbeidelsen av Ottawa-charteret i 1986, og defineres som en prosess hvor en hjelper mennesker til å oppnå kontroll over faktorer som påvirker deres helse (Mæland, 2016, s. 79, WHO, 1986). De viktigste innsatsområdene som var trukket frem i Ottawa- charteret har en tett sammenheng med tema for denne studien. Nemlig, reorientering av helsetjenester mot forebyggende arbeid, utvikling av helsefremmende politikk og utvikling av personlige helsefremmende ferdigheter. Men tema for denne studien har bl.a. en flerfaglig og tverrfaglig tilnærming til helse, som er en moderat form og måten hvordan helsefremmende ideologien (i denne studien empowerment) fremtrer (Mæland, 2005, s. 67).

I tidligere forskning har det blitt brukt mange ulike perspektiver i analyse av empowerment, men utfordringene har ligget i å finne ut overføringsverdien til denne oppgaven. Jeg har bl.a.² valgt en artikkel som handler om «community empowerment» som har vært et grunnleggende prinsipp og sett som den viktigste mekanismen for å fremme helse i moderne tid. Her understrekes at styrking av felleskap bør forstås som et middel snarere enn et mål, og det med å bruke såkalt «top down» og bottom-up»- metoder kan det føre til at det løses de etiske spenningene i helsefremmende programmer kan løses (Braunack-Mayer & Louise, 2008).

I en annen forskningsartikkel kom det frem at definisjon av «community empowerment» forutsetter definisjon av selve begrepet empowerment (Maton, 2008). Ulike former for empowerment omfatter økt kontroll, innflytelse og kapasitet i ett eller flere domener i enten politisk, økonomisk eller i form av psykologisk empowerment. Mens betydning av konseptet å «empower community» settinger delvis ligger i det brodannende og integrerende potensialet. Gjennom dette potensialet bidrar slike settinger til samfunnsforbedring, positiv sosial endring og individuell utvikling. Det kan sies at det med å øke antallet og virkingen til «empowerd» eller styrkende settinger kan anvendes som et ledende ideal på tvers av settinger der det utføres forskning og der det settes i gang handlinger (Maton, 2008). I denne studien har jeg gått for tema om tverrfaglig samarbeid mellom tannhelse- og barnehagetjenesten i velferdssamfunnet, og bruk av empowerment i samhandling mellom tjenestene. Gjennom en kvalitativ studie av ledernes erfaringer og intensjoner angående samarbeid mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten og i lys av empowerment, som en sentral prosess

² Bl.a. = blant annet

i det helsefremmende arbeidet, skal denne studien ha som formål å ikke miste fokuset fra enkeltindividets opplevelse og tanker om hva de kan endre selv.

Når det gjelder barnehagetjenesten har det ikke hittil blitt sett på eller undersøkt hvordan den samarbeider med andre instanser her i Norge og i et helsefremmende perspektiv. Men det finnes et godt eksempel på internasjonalt samarbeid som direkte styrket barnehagelærerens kompetanse. Ut fra følgende prosjekt har jeg tolket det som en måte å styrke eller «empowere» egne ressurser med intensjon om å bedre barnas velvære. I prosjekt Enhancing Opportunities for Toodler`s Wellbeing (forkortelse ToWe) (Utdanningsforskning, 2017), har det blitt oppnådd samarbeid mellom høyere utdanninginstitusjoner i Spania, England og Norge. Prosjektet ble avsluttet i 2018. Det ble utviklet en rekke strategier, verktøy og materiell i form av håndbøker. Dette var et stort EU-støttet prosjekt med mål om å forbedre livskvaliteten til barnehagebarn og det ble forventet å oppnås ved at barnehagelærerne fikk utvikle sine kunnskaper og forståelse hvordan de kunne bidra til at småbarna trivdes bedre i barnehagene (Utdanningsforskning, 2017).

1.2.1 Vurdering av kunnskapsstatus

Under litteraturgjennomgang har det vist seg at det er lite forskning og lite empiri som har direkte sammenheng med samarbeid mellom tjenester og bruk av empowerment som et sentralt helsefremmende prinsipp. Det finnes hverken i Norge eller i verden mye forskning på dette tema, men dette gjorde meg bare mer motivert til å forsøke å finne ut mer knyttet til min egen problemstilling. Jeg har vært klar over jeg beveget meg på en fagmessig lite kjent grunn, men desto viktigere synes jeg det ble å belyse min problemstilling og forhåpentligvis kommer til noen flere svar gjennom teori, mitt eget datamateriale og drøfting.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Jeg har opplevd underveis at kunnskapsbehovene som underbygger relevansen av den valgte problemstilling til tider store har vært store. Har gått fra en antakelse om at samarbeid mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten er mangelfull i praksis, og ikke minst om at empowerment som helsefremmende perspektiv ikke ble brukt i denne sammenhengen.

Dette er en studie som har til hensikt å belyse nåværende status om samarbeid mellom tjenestene i kommune og fylkeskommune sett i lys av empowerment og anvendt som kjernebegrep tett relatert til helsefremmende arbeid og folkehelse.

I praksis foreligger det ikke noen retningslinjer om overordnet samarbeid mellom disse tjenestene, men den nasjonale strategien har i de siste årene omfattet flere tjenester enn tidligere, som for

eksempel retningslinjer for samarbeid mellom tannhelsetjenesten og helsestasjonstjenesten (Helsedirektoratet, 2018).

På bakgrunn av dette har problemstillingen min fått en følgende formulering:

«Hvordan kan bruk av empowerment i samhandling mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten bidra til at de nasjonale strategiene om det helsefremmende arbeidet ivaretas?»

Målet mitt er å operasjonalisere denne problemstillingen med hjelp av følgende forskningsspørsmål og forhåpentligvis finner svar i mine innsamlende empiriske data og i litteraturen.

Forskningsspørsmål som skal besvare en slik problemstilling lyder som følger:

- 1. Hvilke faktorer som ligger til grunn og hva som skal til for at samarbeid mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten prioriteres og innføres i de kommunale tverrfaglige satsinger?*
- 2. Hvordan kan ledelse bruke empowerment som strategi i sitt videre arbeid slik at tverrfaglig samarbeid oppnås i større grad enn i dag?*

Studiens avgrensninger:

Gjennom studien har jeg valgt å legge fokus på tjenestene som setting, nasjonale retningslinjer i et velferdssystem, samarbeidsordninger og bruk av empowerment på systemnivå. Jeg ønsker ikke å legge fokus på viktigheten av tannhelse, definisjoner av begreper rundt oral helse, pedagogiske tilnærminger i arbeidet med barn eller forskning som er knyttet til disse tema i denne oppgaven. Studiet har ikke fått geografisk og administrativ avgrensning. Har gått for avgrensning ved intervju av ledere i den offentlige tannhelsetjenesten og på fylkeskommunenivå. Det vil si fylkestannlegene og under dem: overtannlegene som er første ledd over mellomledere- klinikkledere. Deretter seksjonsledere i barnehagetjenesten i bydeler og det vil si ledere over de daglige ledere i barnehagene. Altså første ledd over mellomledere i denne tjenesten. Dette med tanke på at det bringes frem mest mulig relevant informasjon fra systemnivå i tjenestene. Under analyse av funn kom det mange kategorier og koder knyttet til forskningsspørsmål og problemstillingen, noe som det viste seg nødvendig å avgrense knyttet til drøftingen.

1.4 Definerings av begreper

I det følgende defineres begreper som inngår i problemstillingen og oppgaven:

Samhandling brukes ofte som uttrykk for evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte i helse- og omsorgstjenesten (Kunnskapsdepartementet, 2009, s.13). I problemstillingen ble det brukt begrep «samhandling» for det har passet bedre uttrykksmessig, men videre i oppgaven skal anvendes begrepet «samarbeid».

Samarbeid kan anvendes i en vid betydning; som samlebegrep for begreper som samordning, koordinering, samhandling o.l. (Repstad, 2004, s. 11 & s.151), og blir ofte brukt om hverandre (Glavin & Erdal, 2018, s. 25).

Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid blir også brukt om hverandre. Tverrfaglig samarbeid defineres ofte som tverrprofesjonelt samarbeid mellom ulike fagutdannede yrkesgrupper, mens tverretatlig som samarbeid utføres på tvers av etatsgrensene i kommunen (Glavin & Erdal, 2018, s. 24).

Empowerment er et begrepet som springer ut fra et humanistisk menneskesyn. Det innebærer en grunnleggende antakelse om at mennesket under rimelige betingelser vil utvikle ferdigheter og evner som vil sikre overlevelse og et best mulig liv for både individet og fellesskapet (Sørensen, Graff-Iversen, Haugstvedt, Enger-Karlsen, Narum, & Nybø, 2001, s.1)

1.5 Oppgavens struktur

I dette kapitlet er det gjort rede for innledning, kunnskapsstatus, problemstilling og forskningsspørsmål. Videre i kapittel 2 vil det presenteres og redegjøres for studiens teoretiske referanserammer, som etterfølges av kapittel 3 med studiens metode. Studiens funn presenteres i i kapittel 4. I kapittel 5 vil drøfting av de mest relevante funnene knyttet til forskningsspørsmål og problemstillingen presenteres. Kapittel 6 er forbeholdt avslutning med oppsummering.

2 TEORI

Som utgangspunkt for denne studien har jeg et personlig ønske om å gi mitt kunnskapsbidrag til et fagfelt som jeg gjennom min profesjonelle karriere har fått nær kjennskap til. Dette innebærer også et ønske om innovasjon og visse endringer innenfor det samme. Jeg har valgt en problemstilling som handler om bruk av empowerment i samhandling mellom tjenestene og hvordan bruk av empowerment kan bidra til at de nasjonale strategiene for det helsefremmende arbeidet overholdes. Med henvisning til faglitteratur vil jeg presentere ulike empowerment-prosesser og knytte disse til kvalitative forskningsspørsmål og etterfølgende analyser. I dette kapittelet vil jeg redegjøre for teorier som omhandler nasjonale strategier knyttet til det helsefremmende arbeidet og tverrfaglig/tverretatlig samarbeid. Den avsluttende delen av teorikapittelet skal forbeholdes barnehagetjenesten og tannhelsetjenesten med relevans til teoriene nevnt i denne studien. Jeg vil nå redegjøre for definisjoner av relevante begreper knyttet til både problemstilling og kontekst.

2.1 Empowerment

Ifølge Askheim og Starrin (2007, s. 13) har begrepet empowerment blitt svært populært, men det er ikke lett å ta rede på hva empowerment innebærer. Populariteten kan skyldes at det inneholder ordet power, som betyr makt, kraft og styrke, og at det med dette appelleres til menneskets dypeste ønsker: Vi vil ha innflytelse, vi vil føle oss kraftfulle, og vi vil ha makt og kontroll over våre liv. Empowerment deler skjebne med mange andre populære begreper akkurat på grunn av det motstridende i det å regnes som noe godt selv om det gode ikke enkelt lar seg definere, og begrepet er diffust (s.13). De ser på empowerment med forskjellige tilnærminger: empowerment som liberal styringsstrategi, empowerment som etablering av motmakt, og empowerment som terapeutisk tradisjon (s.7).

Som tidligere nevnt merker vi oss at dette begrepet springer ut av power, som bredt kan oversettes med kraft, styrke eller makt (s. 21), og som igjen er et kanskje vanskeligere begrep å definere. Og det sies at når empowerment oppleves blir det ikke vanskelig å registrere. Når man gjør litteratursøk, finner man at det mest sentrale i teori om og forskning på empowerment handler om makt, og at det virker kjent nok slik at det ikke kreves grundigere forklaring eller definisjon av begrepet. Men jo nærmere man går inn på søk av ordet «makt», jo større bekreftelse får man på at virkeligheten er noe annerledes. Gjennom litteraturen har empowerment blitt fremstilt som paradigmeskifter i sosialfaglig arbeid (Adams, 1996 i Askheim & Starrin, 2007, s. 22), og mange ulike retninger og fagfelt har forsket på og benyttet seg av begrepet empowerment. Idegrunnlaget

ligger i Paulo Freiers pedagogikk, men opprinnelsen til empowerment-begrepet skriver seg til den amerikanske borgerrettsbevegelsen (Solomon, 1976 i Askheim & Starrin, 2017, s. 21). Det knyttes også til den sosiale aktivistideologien som vokste frem i USA på 1960-tallet, og til daværende ideer om selvhjelp. I sin bok «Den undertryktes pedagogikk» var Paulo Freiers allerede i 1974 inspirasjonskilde innenfor empowerment-tradisjonen gjennom å definere den undertryktes rolle i sin egen frigjørelse og se sammenhenger mellom samfunnsmessige forhold og egen livssituasjon. Denne sammenhengen har han sett på som en mulighet for å oppheve egenundertrykking ved bevisstgjøring av undertrykte grupper, og har selv spesielt vært opptatt av refleksjon som grunnlag for handling (s.23). I neste underkapittel skal jeg gå mer i dybden på denne tenkningen og forsøke å finne dens relevans for empowerment på systemnivå.

2.1.1 Empowerment og bemyndigelse

Ifølge Arntzen (2014, s. 52) er ikke de nye stortingsmeldingene, reformene og lovendringene mangelfulle på politiske ambisjoner og målsettinger for norsk helsetjeneste. Samtidig viser det seg at det er mye kunnskap om folkehelse, kvalitet og pasientsikkerhet, og mange gode eksempler på organisering av helsetjenesten til pasienters og brukeres beste. Det å utnytte denne kunnskapen til å oppnå en rett fordeling av ressursene slik at befolkningen får så gode helsetjenester som de skal ha, bærer med seg en del utfordringer. Dette har jeg tatt opp i et tidlig stadium av denne studiens oppbygning, nemlig i prosjektbeskrivelsen.

Et solid maktgrunnlag har fag- og ekspertkompetanse gitt i tro mot, både for å ta avgjørelser på andre menneskers vegne, og for å få gjennomslag for faglige intensjoner (Hauge & Mittelmark, 2003, s.153). Vanlige mennesker lytter til fagutøvere, og som brukere av velferdsstatens organisasjoner har vi lite å stille opp med når ekspertisen legger sin tyngde i debatter om beslutningsprosesser. Som enkeltmennesker føler vi oss ofte maktesløse overfor sterke organisasjons- og samfunnskrefter. Som en viktig årsak til denne maktesløsheten har Paulo Freire i 1974 sett på hvordan undertrykkende samfunns- og levevilkår fører til fremmedgjøring, som igjen gjør at man stilltiende godtar slike undertrykkende forhold (s.153).

Stang (2009, s. 14) anser bemyndigelse som en godt synonym, en god ordforklaring og en god oversettelse fra det engelske ordet empowerment, og påpeker at hovedpoenget både i bemyndigelse og empowerment er å gjøre noen i stand til noe eller å gi noen myndighet. I hovedsak kan dette beskrives som å myndiggjøre, men hvordan dette skal skje, sies det ingenting om. Det å definere bemyndigelse (empowerment) må derfor skje ut fra den sammenhengen det brukes i eller ut fra

selve konteksten. På grunn av dette, understreker Stang, kunne det være fristende å finne et annet ord (enn ordet bemyndigelse) som bedre dekker den situasjonen eller konteksten en ønsker å forklare eller beskrive. Videre understreker hun at bemyndigelse må operasjonaliseres forskjellig, avhengig av sammenheng. Det er et overordnet begrep og derfor ikke særlig konkret utenfor kontekst. Forskjellene mellom konkretisering og operasjonalisering gjelder ikke bare for ulike fagfelt, men også innenfor ulike områder i ett og samme fagfelt (s.14).

Gjennom å beskrive makt i et empowerment-perspektiv og definere den psykologiske opplevelsen av makt som mennesker har erfart gjennom empowerment-prosesser, skal jeg forsøke å unngå misforståelser og gi en kortfattet definisjon. Vi kan skille mellom tre former for (eller dimensjoner av) makt som opplevelse: makt i form av følelsen av å være kompetent, makt i form av kontroll, og makt i form av å ha energi til å jobbe for måloppnåelse (Menon, 2001, s.159). Tymon (referert i Menon, 2001) deler den akademiske litteraturen om empowerment inn på følgende måte: motivasjonstilnærming, strukturell tilnærming, og ledelsestilnærming. I henhold til problemstillingen og forskningsspørsmålet til denne studien ville det være naturlig å gå i dybden på ledelsestilnærmingen, men det betyr ikke at jeg vil forbigå motivasjonstilnærmingen, for de to er nært knyttet til hverandre (Menon, 2001). Motivasjonstilnærmingen innebærer forskning på en form for psykologisk opplevelse som medlemmene av det aktuelle systemet har hatt. Den har også blitt sett på som en prosess rettet mot å øke medlemmenes følelse av økt kompetanse og følelse av selvdrevenhet. Innen ledelsestilnærmingen finnes et såkalt energigivende aspekt ved empowerment (Menon, 2001). Dette vil si at ledere gir energi og bestyrker sine ansatte ved å tilby en meningsgivende fremdriftsvisjon som innehar et høyere mål eller en høyere ide, og som krever samarbeid, innsats og kollegialitet av alle medlemmer eller ansatte i et system.

Tveiten (2007, s. 26) påpeker at fravær av empowerment kan karakteriseres som reell eller innbilt maktesløshet. Omvendt handler empowerment om makt og maktfordeling (Stang, 2009, s. 12) på den måten at individet styrkes og blir mer betrodd hvis det gis makt eller autoritet (Tveiten & Boge, 2014, s.14). For at dette skal finne sted, må det skje en omfordeling av makt. Det midlet som skal fremme slik omfordeling er i første rekke dialog, og dialog er den viktigste fremgangsmåten for at mennesker skal forstå egne ressurser, muligheter og ønsker (Hauge & Mittelmark, 2003, s. 162). Videre understreker de at dialog som fremgangsmåte antas å virke bemyndigende. Det vil si at gjennom å stimulere folk og samfunnsgrupper til å ta i bruk egne ressurser for å løse egne problemer jevnes det ut myndighets- og maktforskjeller. Det stilles også spørsmål om hvorvidt dialog er en sikker vei å gå mot idealet om bemyndigelse (s. 162). Maktforskjeller må jevnes ut for

at dialog som virkemiddel skal virke helsefremmende. Denne overgangen til sterkere vektlegging av dialogbaserte virkemidler kan forstås som et skritt i retning av maktutjevning i helsefremmende arbeid og demokratisering (s. 165). Hauge og Mittelmark (2003) ser på bemyndigelse som et potent begrep, og understreker at en fare kan oppstå i velferdsetatens føringer for hvordan makten anvendes eller treffer valg som eventuelt gjelder vedtatte helsefremmende ønskelige mål. Som nevnt lar Stang (2009, s. 12) begrepet empowerment oversettes til bemyndigelse som igjen betyr maktoverføring. Bemyndigelse (eller maktoverføring) handler om myndigheten en person får til å bestemme over faktorer som er viktige i sitt eget liv. Dette kan gjøres gjennom å styrke den enkeltes posisjon i ulike relasjoner og kontekster. I denne studien har valget derfor falt på empowerment som helsefremmende begrep med tanke både på ledelsens posisjon i velferdsetaten, og, ikke minst, målgruppa som presenteres i barnehage- og tannhelsetjenesten, nemlig barn fra 0-5 år.

2.1.2 Empowerment på systemnivå

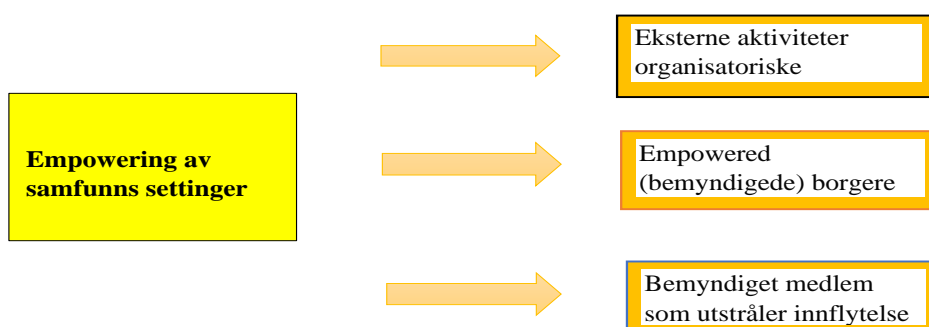
Makt er et viktig fundament for bemyndigelse, og uten makt (som er sentral faktor) er bemyndigelse ikke mulig. Makt utøves enten på individ- eller systemnivå, men i begge tilfeller innebærer det å få gjennomslag for sine egne eller andres interesser. Det vil si at grunnlaget for maktbruk ligger i makt, og måten denne blir brukt på, blir valør for den samme (Stang, 2009, s. 41). Stang påpeker (s. 52) at det kan være vanskeligere å synliggjøre makt på systemnivå enn på individnivå. Mulige årsaker kan ligge i kulturelle og strukturelle elementer, og en vesentlig årsak er at makten i et system er vanskeligere å knytte til noe bestemt (konkret). Når det er snakk om strukturelle elementer, ligger disse stort sett i den formelle systematisering av en organisasjons virksomhet, mens kulturelle elementer ligger i organisasjonskulturen. De siste omfatter alle de uformelle normene som finnes i enhver organisasjon inkludert myter og historier som bekrefter disse normene.

Stang (2009) skrev at det er vanskelig å definere begrepet empowerment, og at «det alltid må ses i sammenheng med den aktuelle konteksten». Det viser seg helt fra starten at det er nødvendig å beskrive sammenheng mellom begrepene bemyndigelse og makt fordi bemyndigelse betyr at man bruker makt på en bestemt måte (Stang, 2009, s. 42). Bemyndigelsen innebærer maktoverføring fra den sterke til den svake, slik at den svake kan oppnå kontroll i situasjonen. Samtidig handler bemyndigelse om å styrke den svakes posisjon, og den har til hensikt å forhindre eller oppheve en tilstand som påvirker individet negativt eller eventuelt en tilstand av faktisk eller potensiell maktesløshet. Selve maktesløsheten hos den som skal hjelpes, er utgangspunktet for bemyndigelsen, og siden makt er en forutsetning for hjelperens handling, må den også anses som en

side ved bemyndigelse. Det vil si at makt og maktesløshet er to vesentlige faktorer som til sammen danner grunnlaget for bemyndigelse (s. 42).

Forskning har vist hvordan innføringen av en ren nedenfra og opp-tilnærming (såkalt bottom-up-tilnærmingen) i samfunns empowerment-programmer gir en rekke dilemmaer for helsefremmende utøvere (Braunack-Mayer & Louise, 2008). Gjennom å knytte disse dilemmaene til teoretiske betraktninger har det videre blitt argumentert av Braunack-Mayer & Louise (2008) at styrkning av felleskap bør forstås som et middel snarere enn et mål. Her ble det argumentert at bruk av «top-down» og «bottom-up»-metoder ville hjelpe til med å løse de etiske spenningene i helsefremmende programmer i et såkalt reflekterende samfunn- og empowerment community.

Ifølge Maton's artikkel fra 2008 er en av våre primære oppdrag som felt å hjelpe til med å endre maktløsende og ikke-styrkende settinger til styrkende. Ut ifra studiene om styrkende settinger, som han hadde gjennomgått for denne artikkelen, ble følgende innflytelsesveier identifisert (figur 1). Det er snakk om: eksterne organisatoriske aktiviteter, økt antall bemyndigede borgere og bemyndiget medlem som utstråler innflytelse.



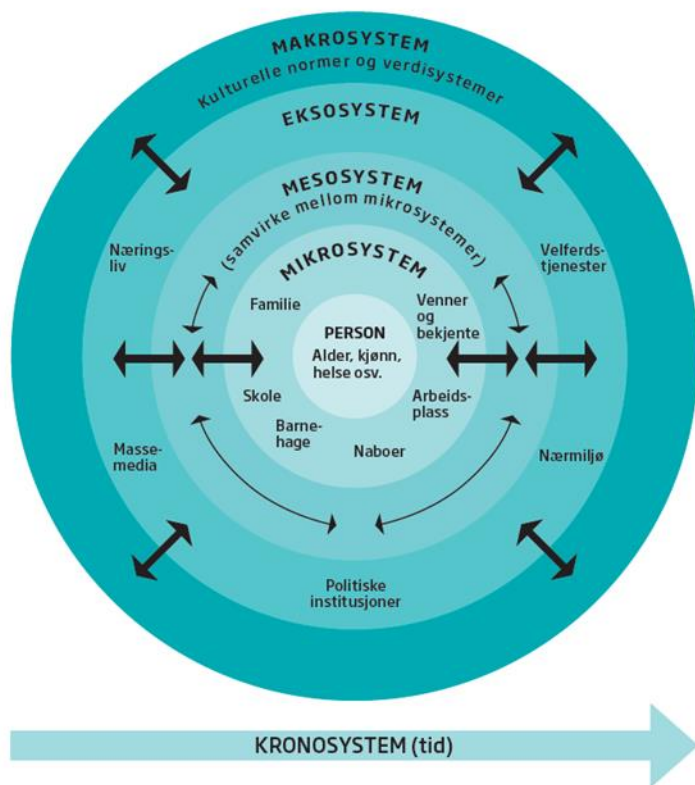
Figur 1 Empowering av samfunnets settinger (Maton, 2008)

Figuren beskriver konseptets betydning som er viktig i tannpleiers fagdisiplin. Dette fordi det her ligger brodannende potensiale, samtidig som de er i de integrerende forhold i de ulike nivåene. De ulike nivåer av myndiggjøring kan omfattes, både som individuelle og kollektive (Maton, 2008).

I sin studie konkluderer Maton (2008) med at empowerment som konsept er en gruppebasert, deltakende, utviklingsprosess der marginaliserte eller undertrykte individer og grupper får større kontroll over sine liv og omgivelser. I tillegg til dette tilegner de seg verdifulle ressurser og grunnleggende rettigheter, oppnår viktige livsmål og erfarer redusert samfunnsmessig marginalisering.

I denne studien presenterer jeg en praksisnær forskning og en form for innovasjon som myndighetene etterlyser i sin handlingsplan om oral helse om forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet (2017- 2027) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s.11-14). Som en del av kontinuerlig utvikling og forbedring av tannhelsetjenesten ligger målrettet kvalitetsarbeid, forskning og innovasjon som viktige forutsetninger (s.11). Det vil si at implisitt i innovasjonsbegrepet står innføring av en ny tjeneste, prosess eller organisasjonsform, og en bedret og fornyet tjeneste parallelt og i samsvar med verdiskapning (s. 13). Praksisnær forskning kan, blant annet, bidra til å avdekke relevante kliniske problemstillinger «og gi økt treffsikkerhet i utforming og gjennomføring av forskningsprosjekter» (s.11). Som problemstilling og forskningsspørsmål påpeker skal jeg relatere empowerment-begrepet til systemnivå i kommunen/ fylkeskommunen og se på ledelsens oppfatning av makt og innflytelse i organisering av tjenestene mot de nasjonale helsefremmende strategier, og ikke minst samarbeidet mellom de samme. Med dette er det naturlig også å inkludere individnivå i denne studien, som blir presentert av hver leder i hver tjeneste og ikke minst barnehagebarn som målgruppe.

I henhold til dette er Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell godt forklarende om hvordan miljøfaktorene henger sammen og påvirker hverandre gjennom samspill mellom settinger og individ (Bronfenbrenner, 1979). Her snakkes det også om interaksjoner (samarbeid) innenfor de ulike systemene/ nivåene. De overnevnte miljøfaktorene ses fra storsamfunnet og inn til individets nære setting i hverdagen.



Figur 2 Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell (Bronfenbrenner, 2005)

Figuren 2 viser den siste av Bronfenbrenners versjon knyttet til den utviklingsøkologiske teorien. Gjennom kronosystemet har han synliggjort tidsdimensjonen i individets utvikling. Med dette vises det tydelig frem hvordan hendelser og endringer i livshistorien til individet kan påvirke individets utvikling (Bronfenbrenner, 2005). I denne masteroppgaven kan dette være om hvordan innføringen av nye samarbeidsavtaler mellom tannhelse- og barnehagetjenesten (nasjonale strategier) kan påvirke individet i dets utvikling fra barn til ungdom, og til voksen person.

Denne modellen (figur 2.2.) beskriver konkret hvordan sosiale interaksjoner blir formet av gjensidig samhandling mellom fire samfunnssystemer. Disse samfunnssystemene er omtalt som mikro-, meso-, ekso- og makrosystemene og i litteraturen er ganske godt kjent som den utviklingsøkologiske modellen til Bronfenbrenner (Wold,2012). Det vil si interaksjoner innenfor de ulike systemene, mikro, meso, eksosystem og mikrosystem foregår over tid (kronosystem) (figur 2). Figuren viser det innerste systemet som er mikrosystemet og de sosiale settingene som er i nærheten av barnet og hvor man møter andre ansikt til ansikt (Bø, 1985, 2005). Gode eksempler på dette er barnets nærmiljø hvor barnet lærer, utvikler seg, kommuniserer, oppdras og dette skjer i kontakt og i samspill med familie, venner og personer i barnehagen. I mesosystemet gjenspeiles barnas interaksjoner med sine omgivelser, og det kan være hjem-venner og hjem- barnehage. I tilfeller når barnet viser aggressiv atferd i barnehagen vil dette noen ganger ha opprinnelse i hvordan barnet

utagerer blant sine nærmeste hjemme (foreldre, søsken) eller omvendt (Bø, 1985). I mesosystemets kontekst blir samarbeid mellom barnehage og foreldre spesielt sentralt.

Eksosystemet handler om et nivå som har indirekte påvirkning og involvering av barnet (eksempel mor som har det bra på jobb får mer positiv energi til barnet hjemme), og mesosystemet som blir til gjennom samfunnets grunnstrukturer og overbygninger (Bronefebrenner, 2005, s.46).

Ifølge Wold (2012) er barn og ungdom (i denne utviklingsøkologiske teorien) mer tilbøyelig til å tilegne seg atferd dersom de samme normene gjelder for eksempel i hjemmet og på skolen. Det vil si på flere utviklingsområder i livet deres som da representerer meso- og mikrosystemene.

2.2 Helsefremmende arbeid og helsepolitikk

Fem strategiske innsatsområder innenfor helsefremmende arbeid ble angitt på

Verdensorganisasjonens første verdenskonferanse i helsefremmende arbeid i Ottawa, Canada, i 1986. Disse innsatsområdene ble omtalt som Ottawa charteret. Det ble blant annet utmeislet strategier om å bygge opp en helsefremmende politikk og om å reorientere helsetjenesten i retning av forebyggende helsearbeid (Hauge & Mittelmark, 2003, s.19). Disse to strategiene har i utgangspunktet vært grunnlaget for denne studien. De tre resterende er å utvikle personlige ferdigheter, skape et støttende miljø, og å styrke lokalmiljøets muligheter for handling (WHO, 1986). Som mål for helsefremmende politikk ble det satt oppfølgende: helse blir en del av beslutningsgrunnlaget for alle politisk avgjørelser uavhengig av tema og nivå, og at gjennom påvirkning av politiske beslutninger kan det legges grunnlag for en vedvarende positiv helseutvikling i samfunnet. Det menes ikke at helse skal alltid skal være den høyest prioriterte verdien, men at alle politiske vedtak skal ha tydelige helsekonsekvenser (Mæland, 2005, s.72; WHO, 1986).

Helsefremmende politikk inkluderer alle sektorer der det utarbeides vedtak som fører til helsekonsekvenser for hele eller deler av befolkningen (Hauge & Mittelmark, 2003, s. 27). Det forutsettes at de helsemessige konsekvensene av alle typer vedtak er vurdert og at ansvaret for ivaretagelse er plassert. Helsefremmende politikk er svært sentralt i helsefremmede arbeid. Dette handler ikke bare om fag, men snarere om politisk intervensjon i en allerede eksisterende praksis og på mange nivåer; lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt. De viktige premisene for helseutviklingen kommer fra beslutninger som utformes innen politikken, og politiske vedtak har helsemessige implikasjoner (Hauge & Mittelmark, 2003, s.27, Mæland, 2007, s. 73).

«Helse i alt vi gjør» (Health in All Policies) er en del av en internasjonal utvikling innen politikktutforming. Den er basert på økt kunnskap om, og forståelse for, forholdet mellom helse og

samfunnet for øvrig. Det er en meget nær sammenheng mellom økonomisk og sosial utvikling og helse. Utviklingen i helsetilstand og demografi gjør det nødvendig å investere i befolkningens helse selv om helseutfordringene krever sektorovergrepene tiltak (Helse- og omsorgsdepartement, 2011, s. 48).

Forebyggende arbeid har vist resultater i moderne tid, og det å gjennomføre praktiske og konkrete tiltak som har konsekvenser for både omgivelser, livsstil og samfunnsforhold, har vært helt avgjørende (Hauge & Mittelmark, 2003, s.5). Et godt eksempel er en god kombinasjon av restriktive tiltak, terapeutiske tiltak og opplysningstiltak er vist i forbindelse med røyking. Det er en selvfølge at forebyggende tiltak bør være kunnskapsbaserte, men det finnes også tiltak som kan fungere bra uten at de er basert på forskning. Det gjelder å bruke solid teoretisk kunnskap og god empiri som fører til at en mer systematisk og konsekvent kan utvikle gode tiltak (Hauge & Mittelmark, 2003, s. 5).

Barnekonvensjonen er en del av helsefremmende arbeid og helsepolitikk. Konvensjonen ble inkorporert i norsk lov i 2003 og er høyeste føringsdokument når det gjelder barns helse og deres barns rettigheter. I FNs konvensjon om barns rettigheter (Barne- og familiedepartementet, 2003, s. 19 & 20) i Artikkel 24 punkt 1, 2e og 2f blant annet anerkjennes blant annet «barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard» i tillegg til at «det sikres at alle grupper i samfunnet, særlig foreldre og barn, er informert om, har tilgang til undervisning om og støttes i bruken av grunnleggende kunnskaper om barns helse og ernæring» og ikke minst utvikler «forebyggende helseomsorg og foreldreveiledning».

2.2.1 Nasjonale strategier i folkehelsearbeidet og helsefremmende arbeid

En folkehelsestrategi er en prosess som inkluderer flere instanser. Som tidligere sagt, har Mæland påpekt at en folkehelsestrategi har som mål å motvirke, redusere og om mulig gjerne det som kan forårsake sykdom, mens det helsefremmende arbeidet ikke tar utgangspunkt i risikofaktorer og sykdom, men snarere de faktorene som kan forsterke ressurser som fører til god helse (Mæland, 2005, s. 16, 2016, s. 17).

Mediating og advocacy er to av tre WHO-strategier innenfor det første av de fem strategiske innsatsområdene, som for øvrig bygger på grunntanken om at helse skapes og utvikles i alle hverdagslige settinger, nemlig det som går ut på helsefremmende arbeid (Ottawa-charteret, 1986).

Mediating handler om samarbeid på tvers av sektorer, mens advocacy dreier seg om politisk påvirkning som har som mål å legge til rette for befolkningens helse. Disse to strategiene kommer til å vektlegges i denne studien. Enabling er den tredje strategien, som innebærer mobilisering av folks ressurser og handler om hvordan man kan sette folk i stand til å foreta helsefremmende valg. Jeg anser ikke enabling som veldig relevant for denne studien.

Når det er snakk om strategier som gjelder barns helse og trivsel, har tverrfaglig samarbeid vært en forutsetning for et godt resultat. Som nevnt i Meld.St. 6 må de ansatte i tjenestene snakke godt sammen, og ulike fagmiljøene bør arbeide sammen og se tilbudene til barn og unge i sammenheng med hverandres områder. Samtidig at ansatte i tjenestene må se på barnas behov som utgangspunktet for samarbeidet.

I sin rapport om helsetilstander i Norge i 2018 har Folkehelseinstituttet understreket at det er et overordnet mål å utjevne helseforskjeller som kan tilskrives alder, kjønn, inntekt, utdanning og geografisk tilhørighet. Det vil si at det er et helsepolitisk mål at alle i landet skal ha like gode muligheter til å ha god helse uavhengig av hvor de kommer fra, hvor de bor, hvilket kjønn eller hvilken alder de har, eller om de har høy eller lav utdanning, tjener godt eller dårlig. Dette målet har vært på dagsorden for den norske regjeringen i nesten 20 år (Folkehelseinstituttet, 2018, s.50).



Figur 3: Innsatsområder for å utjevne sosial ulikhet i helse. Kilde: Folkehelseprofilene 2016 (Folkehelseinstituttet, 2016)

Figur 3 viser eksempler på aktuelle innsatsområder for å redusere sosiale helseforskjeller: fra ulikheter i grunnleggende sosiale forhold, ulikheter i levevaner til helsetjenester som kan demme opp ulikheter skapt tidligere i årsakskjeden og at innsats på dette område er aktuelt for å oppnå likeverd i helse (Folkehelseinstituttet, 2017, s. 2).

I Meld. St. 19 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) har regjeringen kommet med en forpliktelse i å redusere sosiale helseforskjeller, og at regjeringen ønsker å legge til rette for å oppfylle allerede lovpålagte krav. Regjeringen vil legge til rette for å oppfylle krav i folkehelseloven og utredningsinstruksjoner som har til formål «å legge et godt grunnlag for beslutninger om statlige tiltak,

som for eksempel reformer, regelendringer og investeringer». Vurdering av konsekvenser for folkehelse, der hvor det er relevant, burde foretas gjennom en systematisk vurdering av hvilke tiltak og strategier som påvirker folks helse/helsetilstand, både sosialt og geografisk.

Jeg mener at det er viktig å påpeke at helseforskjellene ikke utelukkende berører utsatte grupper, men hele befolkningen.

Det å redusere sosial ulikhet i barn og unges helse er ett av ni innsatsområder i regjeringens samarbeidsstrategi for barn og ungdom i lavinntektsfamilier «Like muligheter i oppveksten (2020-2023)». Denne strategien omtales mer i neste del av oppgaven.

Helsedirektoratet (2017) har utarbeidet en helsekonsekvensutredning (HKU) som et verktøy for å jobbe systematisk med folkehelse på tvers av sektorer og som kan synliggjøre hvordan beslutninger og tiltak i ulike sektorer kan påvirke befolkningens helse.

Sektorer og tema	Eksempler på spørsmål til vurdering
<p>Helse- og omsorgstjenester</p> <p>Alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Påvirkes tilgang til eller kvalitet på helse- og omsorgstjenester? • Påvirkes helsetjenestens muligheter for behandling eller forebygging? • Påvirkes noen utsatte grupper mer enn andre? • Påvirkes muligheten for å arbeide tverrsektorielt?

Tabell 1 Tabell lånt fra Helsedirektoratet (2017) og viser helsekonsekvensutredning i helse- og omsorgstjenester

Tabellen 1. viser helse- og omsorgstjenesten som sektor og med tema om at alle skal et likeverdig tilbud om helsetjenesten uavhengig av sosiale, økonomiske, helse- og kjønnsmessige, geografiske, etniske og andre årsaker. I forbindelse med dette kommer eksempler på spørsmål til vurdering som har nær sammenheng med oppgavens tema, og som under alle punkter viser behov for videre innsats fra offentlige tjenester i form av tiltak som kan påvirke befolkningens helse.

2.2.2 Nasjonale faglige retningslinjer for tannhelsetjenesten

Grunnlaget for denne studien ligger i disse nasjonale faglige retningslinjene, som jeg anser som en relevant del av teorien, og som forhåpentligvis kan gi denne studien en faglig forankring samt bidra til å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålet.

Helsedirektoratet (2020) er bundet til et lovfestet mandat til å utgi nasjonale retningslinjer, og da gjerne med fokus på problemstillinger hvor det foreligger stor variasjon i praksis eller stor faglig uenighet. Retningslinjene blir gitt på områder med behov for nasjonal normering, men hvis det oppstår stor faglig uenighet innen et fagområde, blir det nødvendig å involvere eksterne bidragsytere, og selve prosessen krever omfattende utredning. I slike tilfeller følges det et metodisk rammeverk nærmere definert i Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer (Helsedirektoratet, 2020).

Det helsefremmende og forebyggende perspektivet ligger til grunn for utarbeidelsen av den første nasjonale faglige retningslinjen for tannhelsetjenester for barn og unge (Helsedirektoratet, 2018 s. 1). I tillegg til dette foreligger også perspektivet om utjevning av ulikhet i tannhelse. Denne retningslinjen omfatter ikke anbefalinger om folkehelsearbeid, verken om grupperettede eller befolkningsrettede helsefremmende og forebyggende tiltak. Den omfatter i stedet tannhelsetjenester og helsefremmende og forebyggende tjenester for det enkelte individ. Den er altså en klinisk retningslinje som inneholder anbefalinger om tjenester innenfor forebygging, diagnostikk og behandling, samt organisering og samarbeid eller samhandling (s. 1). Det overordnede målet for denne retningslinjen er best mulig tannhelse for barn og unge fra 0 til 20 år, reduksjon av sosial ulikhet og annen ulikhet i tannhelsen, og at alle barn og unge får tilpassede og gode tann- og munnhelsetjenester. Dette skal være uavhengig av diagnose, kjønn, sosial bakgrunn eller bosted. Ifølge tannhelsetjenesteloven § 2-1, jf. § 1-3 har barn og unge fra 0 til 20 år «rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg». Retningslinjen skal bidra til at tannhelsetjenesten også følger opp bestemmelser i lovverket om opplysningsplikten til politi og barnevern, og ved mistanke om overgrep, mishandling eller omsorgssvikt skal tannhelsepersonell melde fra til rette myndighet.

Utforming av anbefalingene er gjort med tanke på allmenntannhelsetjenesten. Det vil si ansvarlige i den offentlige tannhelsetjenesten og tannhelsepersonell som yter tannhelsetjenester til barn og unge, både offentlig og privat. I tillegg gjelder det den spesialiserte tannhelsetjenesten, undervisningsinstitusjonene og de regionale odontologiske kompetansesentrene. De sekundære målgruppene er institusjoner som yter tjenester til barn og unge: helsestasjon og skolehelsetjenesten, barnevernet, fastleger, psykologer, øvrig helsepersonell og andre.

I denne retningslinjen legges det ansvar på tannhelsetjenesten om å ha et systematisk samarbeid med helsestasjons- og skolehelsetjenesten, slik at helsesøstre og annet personell ved helsestasjonen får veiledning og opplæring om tannhelse. På denne måten skal foreldre/foresatte få informasjonen og tilbudet barna har krav på, og fylkeskommunen skal kunne oppfylle kravet til oppsøkende virksomhet for pasientgruppe 0-3 år. Munnundersøkelser for barn under tre år skal utføres av lege eller helsesøster på helsestasjonen. I kommunene bør det være forankret på ledernivå en samarbeidsavtale mellom den offentlige tannhelsetjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten. En overordnet samarbeidsavtale mellom kommune og fylkeskommune bør også være forankret på ledernivå (Helsedirektoratet, 2018).

2.2.3 Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten

Denne retningslinjen følger av forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-1 tredje ledd som tilsier at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal samarbeide med den offentlige tannhelsetjenesten, og skal ha rutiner for samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten jf. forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 4 bokstav c. Nødvendige samarbeidsrutiner skal sikres av leder. Et systematisk samarbeid mellom helsestasjon, skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom, og den offentlige tannhelsetjenesten vil bidra til å sikre barn og ungdom god kvalitet i det samlede helsetilbudet. Dette samarbeidet bør sikre at helsestasjonen får gjennomført munnundersøkelser på barn 0-3 år (ved 6 uker, ½ år, 1 år og 2 år) på en forsvarlig og trygg måte, og at det gis opplæring og informasjon til foresatte til barn under 3 år. Tidlig intervensjon er viktig, og det skal legges vekt på etablering av gode vaner for å fremme tannhelsen og forebygge tannsykdom, samt opprettholde god tannhelseatferd (sunt kosthold, tannpuss) fra tidlig alder. Med dette blir tannhelse et viktig område for å se og vurdere ernærings- og omsorgssituasjonen, og eventuelt avdekke karies eller generell sykdom som kan påvirke tann-/munnhelsen. Helsestasjonen har et særlig ansvar for å følge opp barnas tannhelse før treårsalder, og henvise til tannhelsetjenesten ved behov.

Når det gjelder samarbeid mellom den offentlige tannhelsetjenesten og skolehelsetjenesten, er målet å sikre at personellet i skolehelsetjenesten gir gode og relevante tannhelse råd. I tillegg til dette gjelder også henvisning av barn og unge til tannhelsetjenesten ved behov. Tannhelse er særlig et tema i skolestartundersøkelsen som gjennomføres på 1. trinn og i helsesamtalen som gjennomføres på 8. trinn.

I en systematisk oversikt om effekten av foreldreopplæring for å forebygge karies hos førskolebarn har Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten laget en kunnskapsoppsummering som viste at gjentatt opplæring av foreldre muligens hadde bedre effekt på barnas tannhelse enn ingen opplæring. Effektiviteten av enkelte opplærings- og veiledningsstrategier kunne ikke rangeres (Helsedirektoratet, 2019).

2.3 Tverrfaglig samarbeid

Ifølge Vabø (2014, s.19) omfatter nye og gode løsninger i velferdsorganisasjoner ulike kompetanseområder og forutsetter samarbeid på tvers av både administrative nivåer og tjenesteområder, og av offentlig og privat sektor. I offentlig sektor har innovasjon og tjenesteutvikling derfor vært på dagsorden i Norge (Forskningsrådet, 2018, s. 48), selv om begrepet innovasjon ofte har blitt oppfattet som fremmed i de offentlige velferdstjenestene (Hartley, 2005, i Støkken, 2019, s.14). Ved undersøkelser av forskjellene mellom innovasjon i offentlig og privat sektor understreket Hartley (i Støkken, 2019, s. 27) at: «innovasjon bare er en ny ide, men med en ny praksis».

Det viser seg at offentlig sektor har uttrykt denne nye praksisen som prosesser mer enn som produkter, og at det kan dreie seg om langsiktige prosesser preget av faglig utviklingsarbeid i ulike former og faser. Utvikling av en ny praksis skal blant annet skje i samspill mellom offentlig sektor, næringsliv, brukere, og ikke minst forskningsmiljøer (Kunnskapsdepartementet, 2018, s. 5 & 7). Støkken (2019, s. 12) mener at nytenking og innovasjon i velferdstjenester forventes å bli fremmet gjennom tverrprofesjonelt og tverrsektorielt samarbeid innenfor offentlig sektor eller i samarbeid mellom offentlig og privat sektor. Med det forventes at profesjonelle skal jobbe tverrfaglig og ha tilstrekkelig oversikt over hele velferdssystemet. I Meld. St. 13 om velferdsutdanningene står det at de både skal utvikle egen kompetanse og kunnskap om og forståelse av det generelle velferdssystemet for å kunne få til en samhandling med andre yrkesgrupper og for å kunne møte brukerens behov (Kunnskapsdepartementet, 2012, s. 54 og 55).

Samarbeid er et positivt ladet begrep og bør reserveres for de tilfellene når det skjer frivillig innsats fra alle involverte parter. Partene blir enige seg imellom om hvordan vektleggingen av de enkelte delene skal være, og de blir gjensidig avhengige av hverandre (Repstad, 2004, s. 82). Det er ikke vanskelig å finne eksempler på at dette «fagre» begrepet ikke følges opp i praksis, og det er vanskelig å stå opp i en tverretattlig forsamling og si for eksempel at man er imot samarbeid (s. 11).

I regjeringens samarbeidsstrategi for barn og ungdom i lavinntektsfamilier «Like muligheter i oppveksten (2020-2023)» har utvalget hatt stor tro på samarbeid som nøkkel til en vellykket strategi, fordi dette samarbeidet vil kunne gi store gevinster. Den nye strategien forventer at alle tjenestene (fra mange sektorer: helse, barn og familievern, utdanning, bolig, kultur- og fritidsaktiviteter) må jobbe sammen og gi mer helhetlig hjelp til barna og deres familier (s. 5). Det viser seg at det ikke finnes generell lovgivning om tverretatlig samarbeid, og årsakene til dette er mange og ulike. Det berører både kommunal, fylkeskommunal, og statlige sektor (Repstad, 2004, s. 147). Jeg skal nøye meg med en kort og ufullstendig oversikt over begrunnelser for den manglende rettslige reguleringen, der jeg kun tar med det som er relevant for denne studien. Det kan foreligge følgende begrunnelser: profesjonsmessige årsaker, forholdet statlig styring - kommunalt selvstyre, tillit, og retten til egnet styringsinstrument (s.147-148). Under profesjonsmessige årsaker inngår utfordringer med å gi rettslige normer for samarbeid mellom for eksempel sosionomer og psykologer (Repstad, 2004, s. 148), tannpleiere og barnehageansatte, tannleger og tannpleiere, og mange andre profesjoner.

Det som kan oppfattes i lokalforvaltningen som statlig overstyring og inngrep i det kommunale selvstyre, er det som kommer i form av statlige lovpålegg om at kommuner skal samarbeide med private institusjoner, pålegg om at kommunene skal samarbeide seg imellom, eller pålegg om at det skal inngås avtaler mellom det offentlige og privatpraktiserende leger eller fysioterapeuter (s. 147-148). Tillit mellom aktører (samarbeidsparter) som samarbeidets grunnforutsetning for å lykkes vil kunne byråkratiseres med innføring av rettslige reguleringer for hvem som skal samarbeide, hvordan og om hva (s.148).

Det forventes at rettslige normer normalt vil ha universell karakter, men dette innebærer at de er relativt statiske, noe som medfører at rettsregulering kan hindre utvikling av mer fleksible og funksjonelle samarbeidsmønstre (s.149). Den rettslige reguleringen ville foregå overfor et utall av ulike kommunestørrelser, ulike kommunestrukturer, ulike oppgaver og så videre. I utgangspunktet kreves det ikke positiv lovhjemmel for å søke å delta eller etablere et samarbeid, og det gjelder som en alminnelig rett for hvem som helst, inkludert offentlige etater, at man kan samarbeide med hvem man ønsker. Videre understrekes det at det ikke kreves noen positiv lovhjemmel for å søke å etablere eller delta i et samarbeid. Følgende forhold som mål for eventuell lovregulering kunne være aktuelle ved den rettslige reguleringen av samarbeidet: påvirkning til mer samarbeid, å pålegge en plikt til samarbeid for å fastlegge regler for hvordan samarbeidet skal foregå og rettslig regulering som setter grenser for hvordan og når samarbeidet skal foregå (s.149).

Tverretatlige samarbeid mellom helse- og sosialsektoren er spesielt interessant fordi organiseringen og profesjonaliseringen av disse sektorene krever et utstrakt samarbeid og det vises at det i praksis

ikke fungerer tilfredsstillende. Dette gjelder mangesektorer som for eksempel skoletjenesten, PP-tjenesten (pedagogisk-psykologisk tjeneste) (s.150), barnehagetjenesten og andre. De generelle prinsipper som behandles i samarbeidet mellom helse- og sosialsektoren vil i hovedsak også gjelde for andre etaters samarbeid (s.150).

Tverrfaglig samarbeid handler om at ulike fagmiljøer arbeider sammen. I Meld. St. 6 (Kunnskapsdepartement, 2019, s. 78) har regjeringen presisert at det tverrfaglige samarbeidet som gjelder barn og unge skal skje etter prinsippet at kompetansen bør være så nær barna som mulig. Ønske er at alle barn og unge blir sett og får den hjelpen når de trenger den. Det understrekes at barnas behov må være utgangspunkt for samarbeidet, og at de ansatte i alle ovennevnte tjenestene må snakke godt sammen. Det å skape en kultur for samarbeid og felles engasjement for barns utvikling i hele kommunen som organisasjon blir det sentral rolle for kommuneledelsen (s. 78). Videre har regjeringen forventninger om samarbeid på tvers av tjenestene for å gi barn og unge som trenger det, et helhetlig tilbud, at kommuner og fylkeskommuner arbeider målrettet for en felles kultur (s. 89).

Det blir nødvending for at ledere står i en mer tvungen koordinering, altså samordning (Rønningen 1999 i Mittelmark, 2003, s. 61). En mulig forutsetning for vellykket tverrfaglig samarbeid er opplæring i det samme parallelt med organisasjonsendringer i kommunene. Det viser seg at det kan skape større legitimitet for samarbeid mellom deltakere og ønske om formalisering av samarbeidsformene (s. 61).

2.3.1 Barnehagetjenesten

I denne undertittelen skal jeg belyse de strukturelle og organisatoriske delene ved barnehagevirksomhet som en del av oppvekstsektoren og som kan gi innblikk i de potensielle prosessene som et mulig samarbeid med tannhelsetjenesten kunne medføre. Enhver barnehage, som en del av helheten organisert i form av barnehagetjenesten, er etter min oppfatning og mening en av de landets viktigste og største bedrifter. Det er et sted hvor barna tilbringer mesteparten av sine våkne timer, hvor de opplever og kommer for første gang i kontakt med samfunnet utenfor sin kjernefamilie og eget hjem, hvor de formes og hvor grunnlaget deres legges. Det er mange flere faktorer og opplevelser som en barnehage gjør til det aller viktigste og tryggeste sted å være for et lite barn under 6 år.

Ifølge Børhaug, Helgøy, Homme, Lotsberg, og Ludvigsen (2011, s. 137) er barnehage en del av et større styringssystem og må forholde seg til kommunale, regionale og statlige styringsnivåer som selv er bundet sammen og gjensidig avhengig av hverandre.

Ansvarsfordeling for barnehagene går imellom Utdanningsdirektoratet, Kunnskapsdepartementet, Fylkesmannen, kommunen og barnehageeier.

Barnehageledere og barnehageansatte har en viss grad av handlingsfrihet i sin fortolkning av sentrale myndighetens vedtak, pålegg og veiledninger selv om barnehagene er regulert gjennom regelverk (Børhaug m. fl, s. 143). I praksis vil det si at barnehagene selv kan utforme og velge virkemidlene for å oppfylle målsettingene, men statlige og kommunale myndigheter fastsetter målene for barnehagen. Ut ifra dette blir det opp hver enkelt barnehage å organisere sin virksomhet på den måten at de sentrale målene oppnås inkludert iverksetting av rammeplanen. Det vil si at det pålegges mål og hensyn som skal gjennomføres akkurat på grunn av flernivåstyring og gjensidighet mellom styringsnivåene, men samtidig kan barnehagen påvirke mål og rammer for sin egen virksomhet.

Ledelse er å sikre at livsviktige funksjoner for organisasjonen ivaretas av lederen eller andre, og i tillegg til dette har ledelse ansvaret hvordan organisasjonen fungerer (s. 113).

Barnehagen betraktes som en avgrenset organisasjon med sin egen verdi knyttet til det å yte en viktig velferdstjeneste. Barnehageeiere kan være private eller kommunale og uavhengig av dette kan barnehage ses som det ytterste leddet i en kjede. Den type tjenesten utformer og gjennomfører det vi kan tenke på som barnehagepolitikk. Det kan konkluderes med at barnehage er en offentlig organisasjon som utfører en samfunnsoppgave som lokale og sentrale myndigheter har vedtatt (s.135).

2.3.2 Tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten har vært en helsefremmende pådriver som er organisert på fylkeskommune nivå, mens hver kommune skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og skal bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen (Folkehelseloven, 2011).

Tannhelsetjenesten er ansvarlig for forebyggende tiltak som innebærer generelle råd til individtilpassede råd og veiledning til enkeltmennesker, hele befolkningen, samt informasjon og rådgivning til personell i førstelinjetjenesten som har den daglige oppfølgingen av hjelpetrequende pasienter og brukere. Den bør inngå i individuelle planer og målsettingen bør da i størst mulig grad være å unngå invasiv (operativ) behandling. Det er viktig å huske på tannhelsebehov når det utarbeides individuell plan og spesielt for pasienter med store hjelpebehov. Dette fordi slik behandling kan være en stor belastning, både fysisk, psykisk og økonomisk (Helsedirektoratet, 2011, s. 18).

Den offentlige tannhelsetjenesten skal etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 gi et «regelmessig og oppsøkende» tannhelsetilbud til utvalgte prioriterte grupper, herunder barn og ungdom 0–20 år. Gruppene i tannhelsetjenesteloven § 1-3 har også rett på nødvendig tannhelsehjelp, jf. tannhelsetjenesteloven § 2-1. I underkapittelet 2.2.2 har jeg redegjort for hva samarbeidet med helsestasjoner innebærer i dagens praksis.

3 METODE

I dette kapitlet skal studiens vei gå via redegjørelse for metodiske valg og forskningsdesign etterfulgt av et kvalitative forskningsintervjuet, utvalg og rekrutteringsprosess. Deretter redegjøre metodene som er brukt til datainnsamling og analyse, få en kort innføring i forskningsetiske aspekter og studiens kvalitet og studiens troverdighet. Studiens kvalitet skal berøre metodekritikk som handler om svakheter og begrensninger ved metoden som jeg har valgt, og hva slike begrensninger kan bety for konklusjoner (Sverdrup, 2020, s.17).

3.1 Metodevalg og forskningsdesign

Å bruke en metode skal føre til et mål, men man må følge en bestemt vei. Hvis man velger å vise eller finne andre veier til målet, må man vite (bestemme seg) hva målet er (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 140).

På bakgrunn til selve problemstillingen og forskningsspørsmål har jeg valgt å gå for kvalitativ metode som i er prinsippet basert på et nært forhold mellom forsker og de personene en studerer. Det finnes en fallgrube i form av noen konsekvenser og blant annet at både forsker og deltakere påvirker forskningsprosessen (Thagaard, 2009, s. 19).

I denne studien har kvalitativ metode og hermeneutisk tilnærming blitt valgt som best egnet. Kvalitative forskningsmetoder egner seg både til forskning innenfor områder med lite forskningsbasert kunnskap fra før og eksplorerende forskning som tar sikte på å finne ut noe mer om forståelser og sammenhenger som ikke er beskrevet i annen forskning (Sverdrup, 2020, s. 59) Ifølge Malterud (2011, s. 111) tar kvalitative design sikte på å beskrive eller forstå et fenomen og fokuserer da på den subjektive opplevelsen til deltakeren innenfor den konteksten av det som skjer og innenfor dens ramme. Det med å velge en metode i form av kvalitativt, deskriptivt (beskrivende) og utforskende design skal stå i sammenheng med problemstillingen som utgangspunkt, og naturlig nok har valget her falt på en kvalitativ metode, dette for å kunne undersøke et fenomen grundig.

Videre understreker Malterud (2011, s. 111) at kvalitativ metode bygger på teorier om fenomenologi (menneskelige erfaringer) og hermeneutikk (fortolkning). Noe som egner seg spesielt godt til å studere meninger, opplevelse (betydningen og nyanser av hendelser) og atferd (s. 111). Siden opplevelser er subjektive former for menneskets uttrykk av situasjoner så kan ikke en kvantitativ metode anvendes fordi den i utgangspunktet måler og teller. Mens kvalitative metoder

vektlegger ofte nærhet som et viktig element, og gir et mer nyansert bilde av kontekst og individ (Jacobsen, 2005, s. 39).

Hermeneutisk tilnærming viser seg å være mest relevant å bruke i denne studien for den legger fokuset på de erfaringene menneskene har hatt og hvordan de tolker disse erfaringene i tråd med forskningsspørsmål, og ikke minst oppnås økt forståelse av hvorfor ledelse i tjenestene gjør som de gjør. Dette forhåpentligvis kommer til å bidra til ny innsikt, forståelse og kunnskap av det fenomenet som studeres i denne oppgaven.

Innsamling av data har blitt utført gjennom en prosess i form av semi- strukturerte forskningsintervjuer, og med å stille åpne spørsmål. Intervjukunnskap produseres i en samtalerelasjon og gjennom intervju som en aktiv kunnskapsproduksjonsprosess får intervjueren og intervjuende produsere kunnskap sammen. Denne samtalerelasjonen er språklig, narrativ, kontekstuell og pragmatisk (Kvale & Brinkmann, 2009, s.36), og metoden ble valgt med hensikt for, og ønske om å få kunnskap om informantenes livsverden og erfaringer innenfor forfatterens forskningsspørsmål. Ifølge Kvale og Brinkmann (s.156) søker det semistrukturerte livsverdenintervjuet å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden med henblikk på å fortolke betydningen av de beskrevne fenomenene.

Hermeneutikk betyr fortolkningslære og i dens tradisjon vektlegges opplevelse og fortolkning av mening og hensikt, mens tankegangen går gjerne sammen med fenomenologisk tankegang (s. 73). På bakgrunn av denne tradisjonen og at vi ikke evner å oppfatte noe «der ute» uten våre (for)tolkninger som danner meninger for oss selv (s. 17) har min fortolkning av innsamlede data skapt min egen forståelse samt at mine tidligere erfaringer mest sannsynlig kommer til å påvirke og prege mine konklusjoner. Så lenge det følges som et hermeneutisk prinsipp, om at ulike deler må forstås i lys av den helheten de tilhører forventes det enda mindre personlig preg i studien. Hvilket paradigme man bekjenner seg til er avgjørende for måten en skaffer seg kunnskap på og hva en får vite. Det finnes flere ulike teoretiske perspektiver på vitenskap, men brillene en ser verden gjennom er overordnet de metodevalg som gjøres (Malterud, 2011, s.42).

3.1.1 Det kvalitative forskningsintervjuet som datainnsamlingsmetode

Et intervju betyr «utveksling av synspunkter» mellom to personer, som snakker sammen om et felles tema. Det kvalitative forskningsintervjuet egner seg godt til å få innsikt i informantenes egne

erfaringer, følelser og tanker (Dalen, 2004, s.15). Det innebærer å registrere og fortolke informasjon som fremkommer muntlig, og som omhandler informantens erfaringer fra livet (Thagaard, 2009). Det kan tilføre velfundert kunnskap om vår samtalevirkelighet, og gjennom kvalitativ forskning kan vi få overbevisende beskrivelser av den kvalitative menneskelige verden. Det med å intervju i forskningsøyemed er dermed kunnskapsproduserende virksomhet (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 69). Takket være filosofiske oppfatninger av forskningsverden gjennom tidene, har intervjubasert kunnskap fått sine syv trekk og kan karakteriseres som produsert, relasjonell, samtalebasert, kontekstuell, språklig, narrativ og pragmatisk (s. 16). Disse trekkene er felles både for intervjukunnskap og for de objektene (informanter) intervjuene kan gi oss kunnskap om. Samtidig danner disse trekkene et utgangspunkt for avklaring om hva karakteriserer kunnskapen som oppnås via forskningsintervjuet, og ikke minst for utvikling for dens potensial. Selve formålet med kvalitative forskningsintervjuet er å få frem sider og å forstå intervjupersonenes dagligliv og ut ifra deres perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015).

Til denne studien, som tidligere nevnt, har jeg gått for anvendelse av semistrukturerte/halvstrukturerte forskningsintervjuer og har valgt bort ustrukturerte og strukturerte (Leseth & Tellmann, 2019, s.70-71). Semistrukturert/halvstrukturert intervju har en forutsetning i form av intervjuguide og med spørsmål formulert på forhånd, som danner grunnlag for intervjuet. Det kan forekomme variasjon i spørsmålsstilling og rekkefølge på spørsmålene (s.71). Samtidig har det ikke blitt utarbeidet forhåndsdefinerte svar, og det har vært åpne svaralternativer. Variasjon i rekkefølge av spørsmål og tema har vært avhengig hvordan intervjuet (samtalen) har forløpt. Jeg har vært ute etter mest mulig kunnskap om informanters vurderinger, holdninger, erfaringer og meninger og det kunne oppnås kun med mulighet til variasjon (Sverdrup, 2020, s. 62). Jeg har oppfattet denne type intervju som mer fleksibel form og med en rimelig balanse mellom åpenhet og struktur. Det har gitt meg mer rom for å styre samtalen videre med bruk av oppfølgingsspørsmål uten at informantene mistet interessen for dialog, og ikke minst har oppfølgingsspørsmål vært et godt verktøy for å unngå misforståelser.

Jeg er av den oppfatning at et semistrukturert intervju egnet seg best til denne type masteroppgave nettopp fordi selve intervjuet kan struktureres i den grad at man lager en intervjuguide på forhånd. Helheten blir justerbar i forhold til rekkefølge på spørsmål og det gir rom for tilleggsinformasjon for å støtte informanten. Noen ganger blir det nødvendig å utelate enkelte spørsmål (Robson, 2002). Så det gis fleksibilitet gjennom å få relevant informasjon om aktuelle områder og med at forsker blir åpen for det uforutsette (Dalen, 2004, s. 29).

3.2 Utvalg, utvalgsstørrelse og rekrutteringsprosess

I informasjonsskrivet som jeg har sendt inn til NSD³ (Dalland, 2018, s. 236) satt jeg opp følgende utvalgskriteriene: ledere i den offentlige barnehagetjenesten og ledere i den offentlige tannhelsetjenesten (vedlegg- informasjonsskriv med samtykke), og at det er ønskelig at vedkommende har jobbet som leder i minst 3 år. Har kontaktet flere ledere i begge tjenester via e-postadresser som var registrerte på fylkeskommunes- og kommunes sider. Har sendt både informasjonsskriv og intervjuguide samt presentert meg. En leder på fylkeskommunes nivå (en som jeg ikke kjente fra før) har vist god respons med å hjelpe meg til å finne e-postadresse i vedkommendes fylke med å sende til meg e-postadressene til ledere som kunne eventuelt stille opp. Det visste seg at pandemiåret har ført til større arbeidsmengde og uforutsigbarhet når det gjaldt deres tidsdisponering, og selv om mange stilte seg positivt til å delta i prosjektet måtte de sende avbud noen ganger like før et intervju. Så jeg har vært nødt til å gå videre og forsøke igjen å få nok av informanter med å samle inn kontaktinfo og e-postadresser via Workplace (sosial- og digital plattform som kommunene har kjøpt av Facebook og forbeholdt ansatte i et angitt område). Det viste seg igjen at ledere hadde en meget positiv innstilling til deltakelse og var interesserte i tema, men de hadde mer enn nok å gjøre på grunn av alle endringene som Covid 19 førte til på kort varsel, og enda større arbeidsomfang som igjen bidro til at de ikke hadde tid til å delta i prosjektet. Noen av lederne viste sin solidaritet og vilje til å hjelpe, med å videresende min e-post til sine under-ledere som ble satt inn som vikarer under pandemien, og med oppmuntring til å delta. Så snart jeg hadde fått positiv respons og takk for deltakelse i prosjektet hadde jeg satt i gang med å avtale tid til individuelt intervju, og igjen viste seg at det ble stor utfordring og for noen umulig å finne passende dato og tid, enten på grunn av kommende sommerferie eller på grunn av økende arbeidsmengde i pandemitid.

Det empiriske materialet har blitt basert på kvalitative intervjuer med 2 ledere i tannhelsetjenesten fra en fylkeskommune (fylkestannlege og overtannlege) og 2 seksjonsledere i barnehagetjenesten (seksjonsledere; ledere over daglige ledere) fra en kommune som ikke har tilhørighet til en og samme fylkeskommune. Informanter er benevnelse som jeg har gått for når det gjelder intervjupersoner i denne studien. I utgangspunktet har det vært min intensjon å få inn 5 informanter fra hver tjeneste. Siden informantene representerer høyere nivå i hvert sitt system og hver sin tjeneste har jeg vurdert at dette antallet på 2 fra hver tjeneste ikke nødvendigvis må utvides, nettopp fordi utvalget i kvalitative design vanligvis er små. Utvalgskrav i form av kjønn og alder var ikke

³ Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, personvernombud for blant annet alle universiteter og høyskoler

aktuelt, men bare for å nevne var det kjønnsmessig fordeling på 3 kvinner og 1 mann, og i alderen mellom 35-60.

I utgangspunktet har jeg ikke hatt behov for et strategisk utvalg blant informantene på grunn av at det handlet om ledere på høyere systemnivå, noe jeg har presentert i mitt utvalg. At utvalget var lite mener jeg personlig var en fordel da alle kunne gi omfattende helhetlig dybde- informasjon, noe som jeg mener er relevant for min problemstilling. Ifølge Dalland (2020, s. 59) baseres kvalitative studier seg på et strategisk utvalg. Men utvalget jeg fikk mener jeg var representativt for å kunne besvare min problemstilling på en god måte. Så i denne studien og forholdene tatt i betraktning så kunne jeg ikke bedt om bedre utvalg allikevel.

3.3 Praktisk gjennomføring av datainnsamling

I denne delen av metodekapittelet skal jeg redegjøre for de prosessene som måtte til for at planlegging og gjennomføring av innsamling av data skulle utføres etter de etiske prinsippene for forskningsstudier. Nemlig, utarbeidelse av intervjuguide, gjennomføring av intervjuer og transkribering.

3.3.1 Intervjuguide og gjennomføring av intervjuene

Gjennom tidligere prosjektarbeid, bacheloroppgaveskriving og ikke minst arbeid som hovedredaktør i ungdomsavis har jeg fått med meg litt erfaring med å intervjuer målpersoner, men i denne studien måtte jeg bygge opp en intervjuguide (vedlegg 1) med hjelp av teoretiske rammer og danne en god teoretisk førforståelse for selve prosessen, og før den skulle settes i gang.

Det med å utarbeide intervjuguide er en arbeidskrevende prosess, og den handler om å omsette studiens overordnede problemstillinger til temaer med underliggende spørsmål så konkret som mulig (Dalen, 2004, s. 30). Den er en stikkordsform som minner forsker om temaer man ønsker å samle data om (Malterud, 2017, s. 133).

Intervjuguiden i seg selv er en samtaleform som kjennetegner det kvalitative intervjuet, og kunnskap skapes gjennom intervjuprosessen. Det med å utarbeide en intervjuguide innebærer faglig og mental forberedelse til å møte intervjupersonen hvor man tar opp et fenomen som angår begge parter, og gjennom samtalen blir fenomenet bedre forståelig. Større sjanse for å få levende, spontane og uventede svar oppnås med mer åpen intervjusituasjonen i motsetning til en strukturert intervjusituasjonen som igjen gjør det lettere å ferdig strukturere og analysere intervjuet senere (Dalland, 2020, s. 83).

Siden utvalget var fra to forskjellige sektorer, helse og omsorg, måtte jeg tilpasse intervju spørsmål i forhold til deres arbeidsverden, studiens tema og problemstilling. Som tidligere nevnt har jeg gått

for anvendelse av semistrukturerte/halvstruktureerte forskningsintervjuer, og har variert med rekkefølge med spørsmål i forhold til hvordan samtalen har foregått. Tilbake igjen til studiens utvalg og ledere på systemnivå. Deres førforståelse av problemstillingen og forskningsspørsmål har vært grunnlaget for at intervjuene var åpne, fleksible og i en finbalansert struktur. Akkurat med denne muligheten for variasjon har jeg fått det som jeg var ute etter. Nemlig, mest mulig kunnskap om informanters erfaringer og meninger samt vurderinger og holdninger.

Pilotintervju ble utført med en leder i lokal tannhelsetjenesten i forkant av de aktuelle intervjuene, og med målet for å teste ut teknisk utstyr (zoom, taleoptak) og prøve ut intervjuguide/intervjuspørsmål. Det visste seg at både teknisk og tidsmessig perspektiv på intervjuet fungerte bra, mens noen av spørsmålene var tilsynelatende vanskelig å forstå og måtte gjennomgå en liten redigering. I helhet har opplevelse av prøveintervjuing vært god som ga meg nyttig kunnskap og selvtillit på at min rolle, tidsaspektet og intervjuguiden fungerte tilstrekkelig og godt. Det medførte også mer bevissthet til fagfeltet og det var viktig å få med meg at jeg ikke skulle skli inn i samtale om egne erfaringer, men framfor alt holde fokuset på informantene.

Har allerede nevnt utvalgets positive innstilling til deltakelse i studien, men det viste seg at det ble vanskelig å få avtale passende tid akkurat på grunn av deres rolle i hver sin sektor, og stort personalansvar under pandemien og ellers.

Etter min mening var det mange gode hyggelige brevtvekslinger (e-poster), vennlig og rolig situasjon før intervjuene fant sted. Vi har bygget opp gode relasjoner selv om vi ikke kjente hverandre på forhånd. I samtalen med en informant fra barnehagetjenesten oppdaget vi tilfeldig at vi møtt hverandre tidligere (for mange år siden) under mitt prosjektarbeid når tannhelsetjenesten besøkte barnehage hvor hun jobbet. Dette ga en enda mer behagelig tone til hele intervjuet.

Jeg har hatt inntrykk at informantene var komfortable med hele intervjusituasjonen og de delte sin kunnskap og meninger med meg på en naturlig og akademisk måte. Skal nevne igjen at utvalget har vært en gruppe med høyutdannede, faglig - og erfaringssterke ledere ved begge tjenestene. I hovedsak skulle intervjuene vare 45 (max 60 minutter), men det viste seg at enkelte var meget engasjerte og tiden lå på 30- 45 minutter til slutt.

Det viste seg at intervju med fagfolk har vært saklig og faktaorientert, og med å bruke «samme» språk med intervjueren har mulighetene for misforståelser blitt mindre (Dalland, 2020, s. 81).

3.3.2 Transkribering

Fortolkning av representasjoner av de forholdene som vi ønsker å studere danner grunnlag for all forskning, og etter datainnsamling skal materialet organiseres og gjøres klar for analyse. Innenfor

forskning skjer omforming av erfaringer og hendelser til tekst og mening fra samtaler og observasjoner i løpet av den kvalitative forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 78).

Transkribering i seg selv har vært en spennende prosess, og overraskende nok har den tatt mer tid enn jeg kunne anta. Har skrevet ned på forhånd og overført til pc, og deretter har jeg hørt om igjen alle intervjuene og gått gjennom teksten på nytt. Har valgt å skrive om til bokmål alt datamateriale som ble sagt på dialekt. I første omgang har jeg gått til detaljert skriving av alle ord som informantene hadde sagt og gjennom strukturering ble den en del av analysedelen. Har fått et godt utbytte av denne prosessen for jeg har blitt kjent med datamateriale på en ny måte (Dalland, 2018, s. 88, Malterud, 2008, s. 78). Har fulgt Malterud (2008, s. 78) sin metode og fjernet typiske muntlige tilleggsord. Har ivaretatt informantenes erfaringer og meninger, og samtidig vært lojal det opprinnelige materialet.

3.4 Forskningsetikk og informativt samtykke

Siden denne studien har mennesker som informasjonskilder til datainnsamlingen har etiske spørsmål vært meget aktuelle (Everett & Furseth, 2004, s. 137). Som tidligere skrevet, har jeg levert informasjonsskriv (vedlegg nr.) til NSD, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Det har blitt presisert hva det innebærer å delta, personvern, anonymisering, og informasjon om frivillig deltakelse samt trekk fra studien når vedkommende skulle eventuelt ønske. Informasjonsskriv inneholdt både bakgrunn og overordnede formål med denne studien, og det ble informert om intervju via zoom og lydopptak, og til slutt informert samtykke.

Konfidensialitet har vært en naturlig del av forskningsprosessen for den handler om beskyttelse av informanter (forskningsdeltakere) som kilder (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106).

Samtykkeskjemaer har blitt oppbevart lagret på min personlig privat bærbar- pc og slettes fortløpende etter oppgavens godkjenning. Ingenting av datamateriale har blitt merket med navn eller initialer, tjenestens tilhørighet eller en annen form for identifisering. Taushetsplikt og informasjonsplikten som en del av tannpleieyrke har vært en selvfølge og uunngåelig i denne studien også, og til sammen er de en del av pliktetikken (Ohnstad, 2015).

Gjennom konfidensialitet beskyttes deltakere med anonymitet og det er et etisk krav, mens på den andre siden kan det tjene som alibi for forskere til tolking av deltakerens utsagn uten å bli motsagt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106).

Forskere kan være motiverte ut fra idealet om demokratisk kunnskapsproduksjon (Gullestad, 2003, i Støkken, 2019, s. 89) og ved at de ikke først og fremst forsket «på», men snarere forsket «sammen med». I denne studien er roller blitt utformet og erfart gjennom samspill og fra forskningsvokabularet kan disse defineres som informanter og medforskere, og ikke minst samarbeidspartnere (s. 77). Informantene har vært åpne for drøfting og tolking av utdrag fra deres del av datainnsamling (Støkken, 2019, s. 78; Kvale & Brinkmann, 2019, s.223). Flere av informantene har sagt at de kommer til å delta i formidling av godkjent studie til andre ledere samt har jeg fått blitt invitert fra 2 av 4 til å gjøre det selv på deres interne møter eller eventuelt større faglige sammenkomster (fagdager).

3.5 Analyse

I løpet av analyseprosessen viser det seg som mest nødvendig å være systematisk og få med seg forpliktende tolkninger og resultater, forene ryddige fremgangsmåter og kreativ logikk og gjøre det som kreves; både med nærhet og distanse. Selve fremgangsmåten for analyse av kvalitative data vil variere fra prosjekt til prosjekt, avhengig av hva slags data vi har, og hva slags kunnskap vi leter etter. Samtidig må styrker og svakheter overveies (Malterud, 2017, s.91).

Etter nøyere gransking av litteratur om dataanalyse som Malterud (2017), Jacobsen (2005), Dalland (2020) og Kvale og Brinkmann (2015) har beskrevet falt valget på Kvale og Brinkmann analysemetode fra 2015 (s. 223). Har sett for meg at styrker i denne metoden ligger i fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming og svakheter at en mengde av data ble ikke brukbar på grunn av tolkningene måtte følges logisk fra teorien. Gjennom denne prosessen måtte konstant stilles spørsmål om de valgte teoriene er gyldige for det som forskes på, og å finne meninger i informantens utsagn som kunne settes opp mot forskningsspørsmål og problemstilling.

Som tidligere nevnt har transkribering av intervjuer foregått i flere faser med å høre samtale på nytt, skrive i kladdebok og så på pc. På denne måten ble jeg bedre kjent med datamateriale og intervjusamtalene ble strukturert, skapt bedre oversikt og påbegynt selve analyseprosessen med å avdekke flere temaer og kategorier (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206). Har oppdaget at flere begreper gjentok seg og med å ha hatt problemstilling og forskningsspørsmål foran meg laget jeg et tankekart, og så benyttet jeg meg av meningsfortetting (s. 233). På denne måten ble materialet redusert ytterligere, og enda mer etter at jeg omformulerte de med informantenes egne ord til enda kortere utsagn. Videre har jeg gått for den mest vanligste formen for dataanalyse; koding og kategorisering. I praksis betyr koding å knytte et eller flere nøkkelord til en tekstdel og tillate senere indentifisering av en uttalelse, og det har jeg gjort med å skrive noen stikkord og oppfatninger i kommentarfelt. Koding fører til kategorisering av materialer, og det innebærer at mening uttalt i

lange intervjuuttalelser reduseres til noen få enkle kategorier (s. 226). Kategoriene ble etter hvert begrepsstyrte i forhold til forskningsspørsmål, og justering av de samme var ikke nødvendig. Denne fasen endte opp med mange kategorier og koder som trengte reorganisering, og det førte til enda en runde med å se på materialet og å kode det hele med nye kategorier. Det kom helt tydelig frem både kategoriens relevans og mange sitater som passet inn, men i første omgang ble ikke med. Jeg fant tydelig logikk, og videre ble disse resultatene drøftet opp mot problemstillingen og teori.

3.6 Litteratursøkeprosess

Allerede fra prosjektbeskrivelse har jeg søkt om relevant faglitteratur som kunne danne det teoretiske grunnlaget for å støtte min visjon om skriving av dette tema for masteroppgave. Utvidelse av litteratursøk har skjedd med hjelp av både elektroniske og manuelle former for søk. Den elektroniske formen ga fem databaser etter søk i Health Promotion databaser og helserelevante og helsefaglige databaser. I løpet av tiden har det vist seg behov for enda flere litteratursøk og det ble til en kontinuerlig innhenting av enda flere faglige kilder. Mest relevante søkeord (enten anvendt sammen eller separat) har vært: Health Promotion, empowerment, tjenester i velferdsstaten, tannhelsetjenesten, barnehagetjenesten, helse. Samtidig har jeg i flere omganger inspisert faglitteratur som vi har hatt som pensum, har tatt kontakter med medstudenter og ikke minst min veileder har bidratt med gode forslag om litteratur.

3.7 Metoderefleksjoner

Det har vist seg at semistrukturerte intervju i en kvalitativ studie har sine fordeler av flere grunner i motsetning til observasjonsstudier. I utgangspunktet har selve intervjuet ikke vært så tidskrevende, men selve prosessen er omfattende på grunn av alle de elementene i form av reliabilitet (pålitelighet), validitet og etikk.

I denne underkapittel skal jeg remstille kvaliteten på oppgaven min gjennom validitet, reliabilitet og generalisering (overførbarhet).

3.7.1 Reliabilitet, validitet og konsekvenser

I løpet av oppgavens prosesser har jeg stilt meg kritisk til mitt arbeid for jeg har vært bevisst min manglende erfaring, men kritikk har ikke fått negativ konnotasjon. Den har hatt saklig bevisstgjøring, gjennom å lete etter skjulte forutsetninger som kan være problematiske, uventende konsekvenser av standpunkter og gjennom å lete etter frem svake argumenter (Nyeng, 2014, s.218). Som en del av dette har reliabilitet (pålitelighet) og validitet (gyldighet og relevans) kommet ut i form av troverdig kunnskap og i henhold til samfunnsvitenskapens normer (Dalland, 2018, s. 43).

Det å samle inn empiri er en kompleks metodisk prosess for den bør tilfredsstillende to krav: 1) den må være gyldig og relevant (valid) og 2) den må være troverdig og pålitelig (reliabel) (Jacobsen, 2005, s. 19).

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 84) kvaliteten på de produserte data i et kvalitativt intervju avhenger av kvaliteten på intervjuerens ferdigheter og kunnskaper om tema samt relasjon som oppstår mellom intervjueren og informantene. Samtidig har jeg vært oppmerksom på etikken som hjalp meg å skape nødvendig avstand og tilstrekkelig nærhet til studiens tema som tilsammen dannet grunnlag for yrkesetisk profesjonalitet (Henriksen og Vetlesen, 2006, s. 34) Som en konsekvens av nærhet har det kommet frem kontekstkunnskap og dens styrke i form av lettere forståelse av studiens tema, tolkning og personlig engasjement. På andre siden har det vært behov for avstand eller distanse fra studiens forskningsfelt og dette har jeg forsøkt å ivareta med å være bevisst egne standpunkter med å stille aktuelle spørsmål underveis (s. 34).

I henhold til krav om troverdighet og pålitelighet har jeg underveis forsøkt å legge inn argumenter for mine valg, gjennomført studien på en troverdig måte og på en måte som kan vekke tillit (Jacobsen, 2005, s. 20). Relevans og gyldighet er også blitt ivaretatt med å følge grunnleggende krav til data (i litteraturen og i intervjuer) som er relevante for problemstillingen (Dalland, 2018, s. 63), og med å la fokuset for studien og forskningsprosessen bli bevisste om hensikten med undersøkelsene har gyldighet fått sin form (Granheim og Lundman, 2004). Med å intervju 4 informanter fra to forskjellige tjenester og fra systemnivå har jeg fått kvalitetssikre en moderat bredde og variasjon i datamaterialet.

Som en delkomponent for gyldighet finnes såkalt den eksterne gyldighet eller overførbarhet. Den sier noe om i hvilken grad et funn kan generaliseres til å gjelde i andre sammenhenger (Jacobsen, 2005, s. 20).

I denne oppgaven har jeg betraktet funn fra et helsefremmende perspektiv og det har ført til fortolkninger og ny kunnskap, som kan være mulig utgangspunkt til videre arbeid eller implementering. Har lagt stor vekt på detaljert og transparent beskrivelse av hele forskningsprosessen med å redegjøre for teoretiske rammer, utvalg, analyseprosesser, funn (underbygget med informantenes utsagn), og alt dette gir en kvalitet på prosessen og resultater som en annen forsker kan etterprøve. Hvis dette ikke aktuelt, anser jeg oppgaven som god refleksjons- og kunnskapskilde med all informasjon og funn fra informanter som kom frem, og som muligens kan gi ideer for ny forskning.

4 PRESENTASJON AV FUNN

Gjennom analysen har det blitt utarbeidet to hovedkategorier av dataene og med grundig presentasjon av funn skal vi komme nærmere til problemstillingens besvarelse:

«Hvordan bruk av empowerment i samhandling mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten kunne bidra til at de nasjonale strategiene om det helsefremmende arbeidet ivaretas?»

I utgangspunktet presenteres funn ut fra forskningsspørsmålene som ligger til grunn for følgende kategorier og koder. Store forskjeller i utsagn fra ledere i tannhelse- og barnehagetjenesten har ikke forekommet og derfor ble det ikke relevant å legge fokus på de i analyseprosessen. De fire informantene skal betegnes som tht1, tht2, bhg1, bhg2, hvor tht og bhg står som forkortelser til tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten (og informantene fra de samme).

I denne oppgaven har jeg hatt ledere som representanter for systemnivå og det har vært nødvendig å dokumentere funnene med mange og lange sitater slik at deres meninger kommer tydelig fram og at troverdigheten sikres. På denne måten skaper og etablerer deres sitater en nærhet til studiens formidlingsdel, det styrkes leserens vurderinger og skapes mulighet for refleksjon. Har valgt å la disse utsagn være gjeldende som informantenes egne «analyse» av dagens status i tjenestene, og grundigere gjennomgang av mest relevante har jeg foretatt i drøftingsdel.

De empiriske funn fra disse intervjuene blir organisert i to hovedtemaområder (kategorier) i henhold til forskningsspørsmål og med hver sin overskrift (avhengig av koder). Til sammen blir det to overskrifter som en del av to hovedtemaområder (forskningsspørsmål).

Bruk av «[ord]» skal benyttes der hvor informanten snakket om en vis kontekst, mens «(...)» blir brukt der hvor en del av sitatet ble tatt bort på grunn av liten relevans i forhold til kategorien/kode/ problemstilling.

Tabell under viser følgende: to hovedkategorier med tilhørende koder og korte beskrivelser av utsagn og dens relevans for oppgaven (forskningsspørsmål, problemstilling).

Kategorier	Beskrivelse og relevans
Tverrfaglig samarbeid Påvirkende faktorer, tjenestens plikter, prioriteringer på systemnivå	Her kommer utsagn knyttet til forskningsspørsmål 1, og denne delen beskriver informantenes tanker om og erfaringer med tverrfaglig samarbeid mellom to aktuelle tjenester. Videre kan dette ha betydning for samhandling mellom tannhelse- og barnehagetjenesten og anses som aktuelt og relevant for å besvare problemstillingen.
Makt/ empowerment Individ- og systemnivå, strategisk arbeid mot bedre tjenestetilbud, individuell visjon/ tilnærming	Dette underkapitlet inneholder utsagn som knyttes til forskningsspørsmål 2, og beskriver informantenes oppfatning av empowerment/ makt. Det at empowerment oppfattes som vanskelig å omsette i praksis kan ha betydning for svar på problemstillingen.

Tabell 2 Kategorier med tilhørende koder, beskrivelser og relevans

4.1 Hvilke faktorer som ligger til grunn og hva som skal til for at samarbeid mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten prioriteres og innføres i de kommunale tverrfaglige satsinger?

Under kategorien «tverrfaglig samarbeid» finnes funn i form av følgende koder: påvirkende faktorer, tjenestens plikter og prioriteringer som på et eller annet vis avklarer hva det ligger til grunn, og som mulige svar på det første forskningsspørsmålet.

Funnene som anses mest relevante for dette forskningsspørsmålet handler om hva ledere/ informantene fra tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten har kommet med både fra sitt individuelt ståsted og sin rolle på systemnivå som ledere.

4.1.1 Påvirkende faktorer

I første del av hvert intervju har informantene fått gi sitt uttrykk for faktorene som ligger til grunn for at samarbeid mellom tjenestene er mangelfullt.

Tht 2: «Utfordringene der, i hovedsak, er for å få innpass i barnehagene, er det store forskjeller ut i fra hvilke personer sitter på begge sider, tror jeg. Det er ikke veldig mange tannklinikker som har innpass i barnehagene.».

Bhg 1: «Det er ikke sånn at det er bare å ringe til, ringe bort til [navn] så høre om hun kan komme. Det er vanskelig med ukjente her. Mens her [stedsnavn] hvis jeg hadde satt som styrer i en barnehage så måtte jeg bruke energi på. Først så måtte jeg prioritere og så bruke energi, og så finne ut hvor jeg finner noen som kan hjelpe meg.».

En informant (bhg 2) trakk inn taushetsplikt som mulig sperre for samarbeid: *«Det er veldig mye begrensninger mellom tjenestene med deling av informasjon. Vi skal på en måte være lag rundt barnet, men vi har ikke rom for å dele [informasjon] i forhold til taushetsplikt og de grensene da.».*

Informantene trakk frem flere grunner for at samarbeidet er mangelfullt på grunn av de organisatoriske faktorer for noen mente at *«samarbeidet ikke er etablert(…)for å treffe barna her [tannhelsetjenesten] er vi ikke på helsestasjon. Og vi har dem inne til 3 års kontroll og 4 års kontroll, og etter det er det individuelle [kontroller]»* (tht 1), mens en annen mente at *«i hovedsak så er det vel opp til hver enkel tannklinikk. Tannpleierne og folkehelsekontaktene har vel noe diskusjon om det, men det er ikke noe, det er ikke noe klart pålegg fra fylkestannlegen om å igangsette samarbeid med barnehagetjenesten».* (tht 2)

4.1.2 Tjenestens plikter

Flere informanter trakk inn plikter som tjenestene sitter med når det gjelder barnas helse og velvære. Deres tankegang er nok bundet til roller de sitter i og slik jeg tolket det kan det være uttrykk for personlig engasjement. Sitater under viser noen av grunnlag for mine inntrykk.

Tht 2: «Skal vi få til noe samarbeid i det hele tatt så må det først komme noe fra, for å si, statlig nivå. Men det burde komme noen signaler fra overordna myndigheter som forventer samarbeid. For, hvis det ikke gjøres, hvis det ikke ligger noen forventning om samarbeid skal mye til at både barnehage- og tannhelsetjenesten bruker ressurser på å få til et samarbeid. Og gjerne så burde jo legges til grunn om hvorfor det skulle være samarbeid mellom tjenestene.».

Bhg1: *«(...)i den ene brosjyren som vi har laget så mener at tannhelse er en del av det. Så det er feltet som er forpliktende i våre barnehager å bruke».*

En informant (Bhg 2) understreker: *«(..)en god del familier i [stedsnavn] spesielt hadde trengt støtte»,* og tilfører at mange familier er kunnskapssvake i sitt eget morsmål og forstår seg heller ikke på alle norske tjenester. *«Det er vi som er tettest på barna og det er veldig mye tillit rundt barnehagepersonale. Vi blir jo liksom den lille utvidede familien deres».*

Her er det flere som beskrev konkrete situasjoner som de selv har opplevd og sett behov for at deres tjeneste har hatt plikt til å handle for barnas beste og ikke minst familiens beste.

4.1.3 Prioriteringer

Informantene trakk fram prioriteringer, om samarbeid mellom tjenestene, som enten systemet forlanger eller det bestemmes internt, på lavere nivå. Tankegangen er underbygget med deres praktiske erfaringer ute i fagfeltet og som sitater under viser til er det behov for endringer og at de måtte skje.

Tht 2: *«I hovedsak så er det vel opp til hver enkel tannklinikk. Tannpleierne og folkehelsekontaktene har vel noe diskusjon om det, men det er ikke noe, det er ikke noe klart pålegg fra fylkestannlegen om å igangsette samarbeid med barnehagetjenesten».*

Tht1: *«I henhold til Lov om folkehelsearbeid fra 2011 er det også rom for at det kan være personlig initiativ i våres distrikt. Det er eksempler på at enkelte bare ble spurt om dem kan oppsøke enkelte institusjoner som ikke er felles bestemmelser på, som dem har gjort det da».*

Min konklusjon under intervjuer var at det finnes åpenhet og at alle var positive til samarbeid, men det finnes ulempe- at det ikke er forankret noe sted. I tillegg at det avhang av det individuelle engasjementet.

Informanten bekreftet dette med: *«Ikke flere initiativer for det ikke er forankret».*

En informant (bhg1) mente at det finnes noe om tannhelse, men kun i et hefte og at det ikke er forankret videre noe sted: *«Det er en hefte som arbeidet ut ifra nasjonale standard. Jeg mener at det er et kapittel [om tannhelse] i det. Og det sier litt egentlig om at hvor mye er tannhelse prioritert».*

Bhg 2: «Jeg tror man kjenner på i barnehagen at man mangler en del kompetanse akkurat på dette feltet for det er ikke tema et sted, det er ikke noe i forhold til utdanningen, så snakker man ikke om dette da. Vi får bare vite at tannlege melder bekymring. Og så har man fått brosjyre i ny og ne om sånn pusser man tenner så vi kan dele ut til mamma og pappa. Men det er jo, jeg tenker tannhelsetjenesten er noe mer enn bare å sjekke tenner. Det er mye veiledning, ikke sant. Og kanskje vi kunne lært av hverandre der da».

Bhg 1: «Det jeg savner egentlig det er jo en slags naturlig forankring i bydel. Det er jo den gangen vi hadde Frisklivssentralen på foreldremøter, så det var de som ordnet det med en tannhelseperson. Og når jeg ser på oversikten over bydeler så er jeg litt usikker på om vi har noen representanter for tannhelse i bydel. Det er ikke forankret sånn jeg har opplevd det i alle fal.».

Tht1: «Ja, og det jo klart at det er litt sånn valg av prioriteringer. Vi kan ikke gape over alt med en gang(..)».

Bhg1: «(..)så tidligere så var det forankret i lovverket så det er ikke spesifikt nevnt noe lengre da. Men det er ikke brukt ned til lavere nivå og konkret inn i barnehagene. Det er opp til hver enkelt å tolke ut av lovverket hva betyr det med å ha folkehelseperspektivet for eksempel. Det er vi jo pålagt liksom ha i planene våre at barna har det bra på alle vis».

Avslutningsvis for dette avsnittet og kategorien «tverrfaglig samarbeid» ønsker jeg å konkludere at det finnes intensjon hos ledere til å formidle kunnskap om munnhelse og samarbeid, men at det ikke har blitt etablert i daglig praksis hverken på individ- eller systemnivå. Det viser seg at det er flere faktorer som ligger til grunn og at tjenestens plikter ikke overholdes for prioriteringene er langt lavere i forhold til forventende kommunale satsinger.

4.2 Hvordan kan ledelse bruke empowerment som strategi i sitt videre arbeid slik at tverrfaglig samarbeid ivaretas i større grad enn i dag?

Under kategorien «makt/ empowerment» presenteres funn som beskriver hva informantene ser foran seg når det gjelder empowerment og maktbruk enten ved deres eget ståsted og deres lederroller, eller generell oppfatning av begrepet «empowerment». For å belyse de ulike meningene og i samsvar med forskningsspørsmål, har jeg valgt følgende koder: individ- og systemnivå, strategisk arbeid mot bedre tjenestetilbud, individuell visjon/ tilnærming.

4.2.1 Individ- og systemnivå

I analysen har jeg kommet frem til at enkelte informanter så på empowerment som en del av sin arbeidshverdag, mens andre viste usikkerheten hva selve begrepet innebærer og hvordan den kunne anvendes i deres praksisfelt.

Bhg1: *«Og det om empowerment og ut ifra barnehageledelse fra bydelen ut mot barnehager er jeg den rette personen. Så er det byråd for oppvekst og kunnskap, og det er på en måte over hver bydel. Dette er en instans som kan løfte og si dette skal være fokus.»*

Tht 1: *«Jeg kan ikke huske om at det har skjedd noen retningslinjer som handler om barnehagene ... Vi har en sånn folkehelsegruppe og en folkehelserådgiver som er tannpleier (...). Veldig mye som bestemmes i forhold hvordan tannpleiere skal jobbe og hvilken gruppe dem skal prioritere ligger i folkehelsa sin makt (...). Du kan jo si at på systemnivå er det jo lagt opp sånn at folkehelsegruppa kan styre en del av det her».*

Tht2: *«En ting er det forebyggende aspektet som vi i tannhelsetjenesten ofte ser at vi kan nå alle barna samtidig uavhengig av det at dem skal på klinikken. Vi kan gjøre noe forebyggende i barnehager, men det er ikke noe lovpålagt (...). Jeg skal ikke si at barnehagetjenester er slappe, men så ser ikke barnehagetjenesten stor nytteverdi at tannhelsetjenesten kommer inn og bidrar i deres tjeneste».*

BHg1: *«Nei, det har vært lite på systemnivå (...). Jeg tror ikke det var forankret i bydelen, men da var det noen styrer i bydelen som tok eller var det Frisklivssentralen som tok kontakt med oss kanskje».*

Bhg2: *«Jeg vet ikke, man må liksom opp på kommunenivå, ansatte i byrådet da, men det vil nok være en politisk sak, kanskje, for oppvekst byråd».*

Tht2: *«Dessverre ikke helt sikker på (...). Må vende tilbake så å kunne bruke det som strategi, så må det ligge overordnet avtale og uten dem så stopper alt opp».*

Flere informanter relaterte empowerment begrepet til makt og hvordan overordnede prosesser og beslutninger foregikk, og de selv følte ikke muligheter til innflytelse. Mens en beskrev ledelse i tannhelsetjenesten som åpen og som ga rom for at folkehelsegruppa kommet styrkende ut når deres «signaler» tok på alvor og fikk sjanse til å styre folkehelse prosesser på systemnivå.

4.2.2 Strategisk arbeid mot bedre tjenestetilbud

Informanter fra begge tjenester har gitt uttrykk for at det er manglende tilbud akkurat på grunn av manglende tjenester rundt småbarn og småbarnsfamilier fordi disse to tjenestene samarbeider ikke. Deres utsagn er nok varierende, men min tolkning er at de sitter med en del gode ideer rundt strategisk arbeid mot bedre tjeneste tilbud, og ikke minst er allerede i et strategisk arbeid.

Informant Tht1 påpeker: *«(...) det er jo litt styrt av hvilke tilbakemeldinger man har fått fra egentlig mest fra vår egen tjeneste, hvilke problemstillinger som er presserende å få løsning på. I møte med kommunen så ville det også deres ønsker og utfordringer påvirke våres perspektiv på hva som/ hvor forbedring må skje».*

Tht2: *«Vi er nødt til å få på plass avtaler som sier at det er en forventning om at Den offentlige tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten i en gitt kommune samarbeider om ulike folkehelseiltak. Og hva de tiltakene skal være i de ulike kommunene veldig ofte kunne variere ut fra barnas helsetilstand i de enkelte kommunene og hvilke utfordringer dem har».*

Tht1: *«Vi har akkurat inngått samarbeidsavtale med [by/kommune] der vi tar sikte på tettere samarbeid med de kommunale tjenester, og da vil de kommunale barnehagene gå inn i det der. Det er helt klart mulig å bestemme noen ting der helt øverst på systemnivå. Vi har et samarbeidsutvalg som har akkurat hatt et møte nå. Vi skal velge oss ut noen satsningsområder vi skal jobbe med i løpet av året, men der kunne man ha samarbeid med barnehage».*

Bhg1: *«Jeg tenker jo at vi har jo i (navn) bydelene områdesatsing som sitter på en del penger, som vi kan bruke til en del barnehager. Det er på en måte oppvekstdirektør og barnehagesjef som bestemmer. Og i den satsingen så har vi hatt utvikling av en del materiell både på fysisk aktivitet og på kosthold».*

En annen informant, fra samme tjeneste, sa følgende om samarbeid mellom andre tjenester:

Bhg2: *«(...) [navn] kommune har en del sånne avtaler: avtale mellom barnehage og skole, barnehage og helsestasjon, barnehage og barneverntjeneste. Der ligger det avtaler eller standarder på hvordan vi skal samarbeide».*

Her vise utsagn fra individer/ informanter som representerer ledelse i hver sin helsesektor, og om de hadde noen nærmere innstillinger til empowerment som hovedprinsipp i folkehelsearbeid. skal til at det settes i gang endringsprosesser på systemnivå.

4.2.3 Individuell visjon/ tilnærming

Ifølge en informant finnes det noen muligheter til å påvirke samarbeid mellom tjenestene med bruk av makt og for så vidt med bruk av empowerment: «Ja, det kan jeg føle at jeg kan påvirke i stor grad» (Th1).

Mens en annen fra samme tjeneste (Th2) mente at det kan settes i gang noe og bruke empowerment og sin egen makt når det gjelder samarbeid før det har kommet noen endringer på høyere systemnivå. Informanten sa at: «(...)det skal vi ta med oss inn i arbeidet med tannhelseplan for [navn]fylkeskommune. I løpet av året, eventuelt våren neste år, så begynner vi arbeidet med å lage en ny tannhelseplan på hvordan tannhelsetjenesten i fylke [navn] ser ut framover. Om det er neste 10, 20 eller 30 år det vet jeg ikke nå, men hvordan det skal se ut framover. Men da vil det jo være en naturlig problemstilling å ta med inn der: samarbeid med barnehagetjenesten.» (Th2).

Bhg1: «Jeg tenker i (navn) kommune er organisert og jeg så at det var mye lettere ute på bygdene der det er tettere og mindre forhold. Jeg ser at (navn) bydel der tenker jeg burde være satt i et system, og det kan hende at det burde vært satt i system fra helsestasjon kanskje. Siden lovverket er kanskje forankret i helselovverk».

Bhg2: «Det er mange ledd, ikke sant. Vi kan gå og ønske oss. Jeg har en oppvekstsjef over meg igjen som har da bydelsdirektøren da. Nå vet jeg, jeg kan si heldigvis en oppvekstsjef som er veldig opptatt av barn og unge, og levekår og utenforskap, og sosial utjevning i [stedsnavn](...)hvis vi kommer og sier til [navn] hva vi er opptatt av så tar [navn] det også på alvor og tar det med seg videre....og så vil det være da eventuelt en sånn (stedsnavn) satsing er jo på en måte et sted man kunne gått til.».

Th2: «For å få til noe forbedring så må man starte på et systemnivå. Det er klart. Og det er der jobben må gjøres for i det øyeblikket vi har fått med oss en avtale som tilsier at tannhelse- og barnehagetjenesten skal samarbeide så får de på lokalnivå til å samarbeide. Det er de overordnede føringa som mangler (...) Uten at det gjøres noe på systemnivå så kommer vi oss ikke videre – det er jeg ganske sikker på.».

Her viser informantenes utsagn at de har mange tanker i forhold til hvilke deler av systemet og dem selv kunne blitt «empowerd» slik at endringer skjer i praksis.

5 DRØFTING

I dette kapitlet vil jeg drøfte med bakgrunn i tidligere teori og forskning, og funnene presentert i kapittel 4. Forskningsspørsmål og tilhørende kategorier har gitt noe mer utdypende forståelse for selve fremstillingen i prosessene og for å finne svar på problemstillingen:

«Hvordan bruk av empowerment i samhandling mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten kan bidra til at de nasjonale strategiene om det helsefremmende arbeidet ivaretas?»

Hovedkategoriene i studien er «Tverrfaglig samarbeid» og «Makt/empowerment» og resultatene skal ses opp mot de to forskningsspørsmålene i tillegg til tidligere empiri og forskning presentert i teorikapittel.

5.1. Hvilke faktorer som ligger til grunn og hva som skal til for at samarbeid mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten prioriteres og innføres i de kommunale tverrfaglige satsinger?

Herunder drøftes det funn fra kategorien «Tverrfaglig samarbeid», og bygges mer utfyllende med tilhørende koder som drøftes samlet. Gjennom drøfting av kategorien og koder skal det belyses informantenes meninger som kan knyttes direkte til problemstilling.

Informantenes beskrivelse av faktorer som fører til at samarbeid mellom tjenestene ikke er etablert kan ses i tråd med Repstad (2004, s.147) som påpekte at det ikke finnes generell lovgivning om tverretatlig samarbeid. Som informant tht2 sa: *«Skal vi få til noe samarbeid i det hele tatt så må det først komme noe fra, for å si, statlig nivå»*. Ifølge Forskningsråd (2018, s. 44) møter de offentlige tjenestene store krav til kunnskap og kompetanse fremover blant annet på grunn av komplekse samfunnsendringer, høye kvalitetskrav og behovet for samspill mellom tjenestene.

Informantene viste bevissthet rundt behovet om at kompetansen bør være så nær barna som mulig som informant bhg2 sa: *«Vi skal være et lag rundt barna»*. Det med å bygge et lag rundt barna innebærer nærhet av kompetanse og sammenheng av tilbud, og sentral rolle for kommuneledelsen ville være i å skape en kultur for samarbeid og felles engasjement fro barnas utvikling (Kunnskapsdepartementet, 2019).

I henhold til barnekonvensjon og under punkt 3 nevnes det at partene (underskrivende stater) *«skal treffe alle effektive og egnede tiltak for å avskaffe tradisjonsbunden praksis som er skadelig for*

barns helse» (Barne- og familiedepartementet, 2003, s. 20) og gjennom intervjuer viste ledere fra begge tjenester enighet rundt behovet for mer samarbeid. Men prioriteringen var ikke gjort de siste årene enten på grunn av manglende individuelt engasjement eller at det ikke var forankret i systemet.

En informant (bhg2) trakk frem mangel på kompetanse om tannhelse blant barnehagepersonell som førte til manglende prioritering på internt nivå og samarbeid var satt på vent, mens informant fra tannhelsetjenesten (tht2) understreket at det var opp til hver enkel tannklinikk å få til noe internt samarbeid. Under hindringer for selve utviklingen av samarbeidet ligger vanligvis manglende ressurser og spesielt dersom oppgavene står i kø i egen etat (Glavin & Erdal, 2018, s. 41). Men for at samarbeidssystem skal overleve og ikke være avhengig av enkeltpersoner, må det forankres på et høyere nivå; i kommunens planer (s. 43).

I denne masteroppgaven er interaksjoner mellom ekso- og makrosystemet mest sentrale som en del av Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell (figur 2). Mens mesosystemet, det vil si tannhelsepersonell og barnehagepersonell og deres ansvar i forhold til makrosystemet (nasjonale lover, helsemyndigheter etc.), skal stå som bro mellom disse to systemene. Ifølge Mittelmark (2012) belyser denne utviklingsøkologiske tilnærmingen hvor nødvendig det er å tilrettelegge miljøet på alle nivåer for å oppnå helse og ikke minst trivsel i befolkningen. Det tydeliggjøres at individets helse og trivsel ikke er innenfor individets egen kontroll, men avhenger av faktorer og kontekst der grunnleggende forhold for helse og trivsel blir aktivert (Mittelmark, 2012).

I sammenheng med dette fremstiller Adams (2008 i Askheim, 2012, s. 56) at empowerment-arbeidet må ha en holistisk innretning og inkludere ulike nivåer og de ulike områder eller domenene bør være knyttet til hverandre. Det er snakk om innretning fra individuelt og gruppeorientert til å være rettet mot organisasjoner og lokalsamfunn, og at det må ha politiske aspekter.

Informant tht2 trakk frem de organisatoriske faktorene som spilte inn for at samarbeid kom ikke som klart pålegg fra fylkestannlegen selv om tannpleierne og folkehelsekoordinatorerne hadde en diskusjon om samarbeid med barnehagetjenesten. Funnene i denne studien viser som om praksis ikke er helt i samsvar med det som står i Folkehelseloven (2011) om at hver kommune skal fremme befolkningens helse. Samtidig er dette nok i tråd med nasjonale retningslinjer for tannhelsetjenesten som ikke omfatter anbefalinger om verken gruppe- eller befolkningsrettede helsefremmende og forebyggende tiltak, men individ (Helsedirektoratet, 2018, s.1).

En sterk politisering av forebyggende og helsefremmede arbeid kan ikke sammenlignes med ansvars plassering for helsekonsekvenser. Hvordan vanlige mennesker, profesjoner, forskning og myndigheter samhandler innenfor demokratiske systemer for å utvikle mål og strategier i forebyggende og helsefremmende arbeid, handler i hovedsak om politikk (Hauge & Mittelmark, 2003, s. 5).

Som tidligere nevnt i teoridelen, har Helsedirektoratet (2017) utarbeidet helsekonsekvensutredning (HKU). Dette verktøyet kan være til hjelp når tjenestene ønsker å jobbe systematisk med folkehelse på tvers av sektorer. Samtidig kan det synliggjøres hvordan beslutninger og tiltak påvirker befolkningens helse. Her reiser det seg spørsmål om hva konsekvensene for folkehelsen kunne vært hvis lovverket ikke implementeres eller anvendes hensiktsmessig.

En informant har påpekt taushetsplikt som faktor for mangel på bedre samarbeid for den gir: «mye begrensning mellom tjenestene med deling av informasjon». Det er behov for å kommunisere og utveksle informasjon mellom tjenestene, og taushetsplikten skulle ikke vært hinder for å utveksle opplysninger mellom de instansene som skal ivareta barnas behov og rettigheter. I henhold til regulativer i forvaltningsloven er forskjellige yrkesgrupper pliktige til å opprettholde taushetsplikten, men et av de viktigste unntakene fra denne plikten kommer gjennom samtykke fra den/de det gjelder. Det viser seg at tverrfaglig samarbeid som er bygget på samtykke bidrar til at barn og deres foreldre kan føle seg mer delaktige i (s. 47 & 56). Dette står i medvirkning kontekst som er en del av empowerment prosessen, og den omtales ikke mer siden den er mest relatert til individnivå, og dermed står ikke i relevans i forhold til problemstilling.

5.1 Hvordan kan ledelse bruke empowerment som strategi i sitt videre arbeid slik at tverrfaglig samarbeid ivaretas i større grad enn i dag?

I dette avsnittet drøftes funn fra kategorien «Makt/empowerment» sammen med tilhørende koder. Basert på informantenes beskrivelser av deres tolkning av empowerment prosesser knyttes innholdet til problemstilling.

Informantene har vist ulik forforståelse for begrepet empowerment og har forsøkt å besvare forskningsspørsmål om empowerment ut fra deres rolle i tjenesten.

Innenfor ledelsens beskrivelse (informant tht1) finnes empowerment ute i deres fagfelt i form av folkehelsegruppe og styringen som den samme foretar i forhold til folkehelseoppgaver. «Veldig mye

som bestemmes i forhold hvordan tannpleiere skal jobbe og hvilken gruppe dem skal prioritere ligger i folkehelse sin makt.». (tht1)

Det er i samsvar med Menon's (2001) energigivende aspekter ved empowerment og ledelsestilnærminger sine ansatte ved å tilby meningsgivende fremdriftsvisjon som innehar et høyere mål eller en høyere idé. Flere informanter la vekt på makt som styres ovenfra og ned så det oppleves ikke nærvær av empowerment, men «reell eller innbilt maktesløshet» (Tveiten, 2007. s. 26). Dette er et viktig perspektiv å hente frem, for på den ene siden ønsket ledere og henviste til at bare det kommer fra «toppen» (fra staten) så er de villige til, eller tenkte at de «kan» gjøre noe i forhold til dette med samarbeid og tettere oppfølging av barn og småbarnsfamilier. Mens på den andre siden vil det kun gi en meningsgivende fremdrift mellom partene for å kunne utvikle ansattes kompetanse. I tillegg kan sies at det er de som er på samme nivå i systemet og ofte langt fra maktens sentrum, som vil kunne foreta de viktige endringene. Dette for de er eksperter på egen virksomhet, de har nøklene og løsningene til mange ubesvarte spørsmål. Dette er helt på linje med desentralisering som skal foregå- blir det for mye og for stort lovverk som skal regulere alt og alle vil folket miste sine muligheter til å kunne være autonome, aktive innenfor systemene og innovative.

Det reiser spørsmålet om det er noen ildsjeler på systemnivå (i denne studien ledere på systemnivå) som kunne bruke sin «empowerd» status/rolle til å sette i gang noen prosesser og tenke nytt. Hvem er det som har ansvaret her? Er det politikere eller er det «grasrota som skal rope» og utvikle dynamisk samspill mellom stat og kommune gjennom dialog og empowerment?

Helsedirektoratet (2011, s.18) påpeker at *tannhelsetjenesten «må være en naturlig inkludert samarbeidspartner i all virksomhet som sørger for å sikre pasienter deres lovfestede tilbud».* Og den *«kan med sin lange erfaring og sine gode resultater fra forbyggende arbeid være en viktig aktør i partnerskap for folkehelse lokalt i kommuner og fylkeskommuner».* Videre understrekes det at samhandling på tvers av forvaltningsnivåer er meget viktig.

Folkehelseloven stiller krav til kommunene at de skal skaffe oversikt over helsetilstanden samt positive og negative påvirkningsfaktorer på helse.

På den ene siden kunne tannhelsetjenesten vært pågangsdriver i å åpne spørsmål om samarbeid med barnehagetjenesten, fordi vi er først og fremst underlagt tannhelsetjenesteloven og Folkehelseloven.

Med dette kunne den mest sårbare pasientgruppa ivaretas; barn under 3 år som ikke står under vårt årlige oppsyn, og ikke klarer å legge frem sin egen sak.

Her reiser det neste spørsmålet seg om hvem skal tale barnas sak? Informantene har vært tydelige på at tjenestene burde samarbeide for barnas beste og i henhold til overordnede føringer. Igjen, kommer spørsmålet om hvorfor ledelse ikke ser sin «empowerd»-status som fordel i slike prosesser og bidrar til endringer? Er det snakk om fraskriving av ansvar, manglende kunnskap om sin rolle og empowerment prinsippet eller er det snakk om prioriteringer som ligger på et helt annet nivå?

En informant (bhg2) påpekte at vedkommende ikke vet om og at man må foreta seg på kommunenivå og hvordan fremme en sak for ansatte i byrådet slik at det blir en politisk sak. Det er åpenbart snakk om et gap i systemet, og det kan virke som informantene var enige om dette i flere av sine uttalelser.

Jeg tolker det slik at informantene hadde begrenset forforståelse av empowerment som begrep og ikke minst som pedagogisk ledelsesverktøy.

Å finne ut hvordan det anvendes i praksis og på systemnivå har hatt betydning i forhold til problemstillingen, men jeg har sett som nødvendig å få inn individnivå (som utgangspunkt i alt) under kode «individuell visjon/tilnærming».

Av alle utsagn under denne koden skilte det seg utsagn fra informant tht2 seg ut, da det var mest knyttet til svar på problemstilling. Vedkommende nevnte empowerment i form av egen makt da det gjaldt fremtidig samarbeid mellom tjenestene og da i påvente av endringer på høyere systemnivå. Informanten mente at den fremtidige tannhelseplan i fylke skal inneholde plan over samarbeidet for *«det vil jo være en naturlig problemstilling å ta med inn der: samarbeid med barnehagetjenesten»*. Informanten snakket videre om nasjonale strategier og politiske føringer i denne prosessen.

Ledere i helse- og omsorgssektoren må etablere en virksomhetsstruktur som legger de organisatoriske forholdene til rette for medarbeidernes arbeidsoppgaver. Deres oppgave blir blant annet å få på plass velegnede styringssystemer, skape klarhet og balansere og forene ulike mål for virksomheten. Det kan sies at lederne i en offentlig organisasjon har den viktigste oppgaven som er «å angi retning og å sette fart» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Sistnevnte kan anvendes som empowermentstrategi. Det er viktig å påpeke at dette er et direkte ansvar som disse lederne har.

5.1.1 Ansvar for implementering av lovverk

Som tidligere formidlet har tannhelsetjenesten plikt til å ivareta blant annet folkehelseloven og tannhelsetjenesteloven. I henhold til dette kan det være forlokkende å plassere ansvar i denne sammenheng, men det er nødvendig å argumentere at det er «non-konstruktivt». Det med å fordele ansvar ville antakelig gi et annet resultat, gitt at vi ser på alle som likeverdige partnere og at maktoverføring fra ledelse er reelt. I denne sammenheng vil barnets rettigheter som individ og menneske bli ivaretatt av barnehagepersonell og gjennom god dialog med tannhelsetjenesten vil etiske spenninger løses og opprettholde brodannede potensiale, både individuelle og kollektive (Braunack- Mayer & Louise, 2009, Maton, 2008).

Denne implementeringen ville da inkludere samarbeid med barnehagetjenesten. I utgangspunktet kan ikke barnehagetjenesten stilles til ansvar for å være pådriver for å ivareta dette perspektivet, men vil nærmere å betrakte som en vesentlig samarbeidspartner.

Tjenestene har en overordnet plikt i henhold til lovverk og barnekonvensjonen å være pådrivere til et tettere samarbeid, og implementering av de samme skulle være satt opp på dagsorden, og på systemnivå.

Det viser seg at implementeringsanalyse følger samme retninger som empowerment prosessen (Braunack-Mayer & Louise, 2008).

Ifølge Offerdal (1998, i Hauge og Mittelmark, 2013red., s. 260) er det et skille mellom to hovedretninger innen implementeringsanalyse. Den ene er «top-down», som analyserer implementering ut fra grad av samsvar mellom sentrale mål og hvordan de blir utført i praksis. Mens den andre er «bottom-up» som analyserer samsvar mellom de ulike aktørenes eller gruppenes mål i implementeringen, og hvordan slike delartede delmål realiseres. Så fokus blir på offisielle og uoffisielle mål.

Denne implementeringsanalysen har overføringsverdi i hvordan de mulige implementeringsprosessene kunne foregått ute i praksis, hvis ledelsen hadde hatt lyttet til sine ansatte og gitt rom for empowerment, som denne studien har til hensikt å formidle noe om. Mangel på maktanalyser og analyser av prosesser som skaper makt og avmakt vil skje når en ikke griper fatt i de politiske og kollektive dimensjonene ved empowerment- begrepet (Askheim, 2012, s. 57). Profesjonell kunnskap og profesjonene spiller dermed en avgjørende rolle i flere segmenter. Det vil si for frambringelsen av kunnskap som legger grunnlag for styring av befolkningen eller bestemte grupper, og ved at det er de som setter i gang og bistår i selvstyringsprosessene (s. 87).

Under framtidige utfordringer fra folkehelsesiden er det, ifølge Hofstad (Kommunetorget, 2018), en oppgave å flytte fokus fra den tradisjonelle vektleggingen av enkeltindividers helse til bredere samfunnsmessige betingelser. Det innebærer også å kunne oversette folkehelsekunnskap og folkehelsemål til noe som kan forstås som fysisk virkelighet. Det å integrere folkehelse i den fysiske planleggingen handler dermed om å forene disse to ulike faglige tradisjoner, og i dette ligger noe løfterikt over seg. Nemlig, kvalitet i by- og tettstedssentra og i bomiljøer. Videre påpeker Hofstad at folkehelsepolitikkenes helhetlige tilnærming utfordrer inngrodde organisatoriske, handlings og tenkings måter. En aktiv og nysgjerrig holdning til folkehelse og planlegging med ambisjonene tilpasset lokal kompetanse og kapasitet vil kunne bidra positivt til lokal samfunnsutvikling, understreker Hofstad.

Helsedirektoratet (2011, s. 17) understreker at det foreligger sosiale forskjeller i tannhelse som i generell helse, og at utjevning av disse forskjellene er velferdssamfunnets store utfordring. Ut fra den store forbedringen i tannhelsen til den norske befolkningen konkluderes at det er mulig å bevare en god tannhelse, og at forebygging nytter. Vi har kunnskapen som skal til, men det som gjenstår er god organisering av samfunnet og hverdagslivet slik at de valgene som er helsemessig sunne, også blir foretrukket (s.17).

6 AVSLUTNING

I denne studien har tema vært tverrfaglig samarbeid på systemnivå mellom tannhelse- og barnehagetjenesten og hvor dagens status og empowerment som sentralt helsefremmende perspektiv er blitt forsket på.

Avslutningsvis vil jeg oppsummere de sentrale funnene, studiens sterke og svake sider og implikasjoner for fremtiden.

6.1 Oppsummering av de sentrale funnene

Resultatene viser at ledelse i barnehage- og tannhelsetjenesten opplever nærvær av helsefremmende prosesser i deres arbeid, men de forstår at omfanget burde vært større når det gjelder barnehagebarna som tannhelsetjenesten har ikke tilgang til i sin praksis. Samtidig opplever barnehageledelsen savn av samarbeid med tannhelsepersonell i sine programmer, og alt for barnas og småbarnsfamiliens beste.

Ledelse i tannhelsetjenestens viser evnen til å skape hensiktsmessig kultur med å «empowere» folkehelsegruppa og med optimalisere denne ressursen overfører den delen av sin lederrolle, selv om det forsvinner inn i lederens tradisjonelle overvåkningsfunksjon. Denne hensiktsmessige kulturen innehar holdninger som muntret opp til blant annet åpenhet, engasjement, initiativ og forståelse for verdiskapning (Morgan, 1989 i Glavin & Erdal, 2018, s. 34). Denne kulturen gir et godt grunnlag for empowerment prosesser på systemnivå. I teoretiske funn og i noen av informantenes uttalelser foreligger ønske om behov for mer kompetanse og kunnskap om empowerment hos alle personer som kan tale barnas sak. Ifølge de samme er det særdeles viktig å få på plass snarest.

I informantenes utsagn kommer det tydelig frem at barnas tannhelse er viktig og at disse ledere som representanter for tjenestene har et stort ansvar, men at større endringer rundt samarbeid mellom tjenestene ikke har blitt gjennomført på en mer hensiktsmessig måte, uten direkte innflytelse fra politiske instanser og fra overordnet hold vedrørende implementeringsprosesser. Utfordringene ligger i ledelse og måten hvordan de oppfatter sin rolle og i personlig engasjement i forhold til verdigrunnlaget for empowerment som hovedprinsipp innen helsefremmedes arbeid. Det er ledere som har ansvar for å utvikle tverrfaglig kompetanse, utvikle konstruktive og innovative samarbeidsprosesser, samt å ha kunnskap om empowerment som kan bidra positivt i disse prosessene. I tillegg skal de bidra til implementering av lovverk.

Det som kom tydelig frem i intervjuene at det er behov for samarbeid og ikke minst at overordnet/systemnivå skulle stå i utarbeidelse av det samme. På den andre siden har det kommet frem at ledelse på systemnivå kunne gjort noen kortvarige endringer gjennom empowermentprosesser og dermed utvikle mer folkehelse på sitt interne nivå. Det vil si i en bydel eller i en kommune. Empowerment er dermed viktig å fokusere på, fordi i dette begrepet sitter en del løsninger som kunne være avgjørende i utarbeidelse av nye samarbeidsformer mellom tjenestene. Det er derfor nødvendig, slik jeg vurderer det, å øke bevissthet rundt dette begrepet. I og med at dette er sentralt i helsefremmende arbeidet kan implementering av lovverk skje på en kvalitativ måte, der prosessen og individet selv vil bidra til endring og utvikling av ulike vitale samarbeidsprosesser, til fordel for folkehelseperspektivet. Individuer som opplever meningsfulle prosesser ved implementering av samarbeid og nye føringer, er vist i forskning å ha et eiet forhold til mål, verdigrunnlag og resultater innen helsefremmende arbeid, fremfor når de er pålagt å utføre ulike handlingsalternativer. Med andre ord, empowermentprosesser kan bidra til at ansattes stemme blir hørt, de blir tatt på alvor, de er aktive og de er involvert. På denne måten vil helsefremmende arbeid bli ivaretatt på en hensiktsmessig måte.

6.2 Studiens sterke og svake sider

I tidlig fase av denne studien, i prosjektbeskrivelsen, har jeg nevnt at kunnskapsbehovene som underbygger relevansen av problemstillingen vært til tider store, og dette strakk seg gjennom hele studieprosessen. Dette fordi samarbeid mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten er mangelfull i praksis, og at empowerment på systemnivå ikke har blitt anvendt i sammenheng med å utvikle tjenesten til fordel for å ivareta et lovpålagt folkehelsearbeid og en tjeneste som derfor ikke anvender et helsefremmende perspektiv.

Det har vært en fordel å ha egne erfaringer som tannpleier omkring dette at det tverrfaglige samarbeidet møter mange utfordringer når det gjøres noe forsøk på internt og lavere organisatorisk nivå i tjenestene. Dette har jeg reagert på, nettopp fordi barn under 3 år trenger like mye oppfølging, hvis ikke mer, enn andre pasientgrupper i tannhelsetjenesten. Det med å skape nærhet til og distanse i forhold til denne studien har vært en balansekunst gjennom hele prosessen.

I en velferdsstat som Norge har vi mange lover, føringer, retningslinjer innen folkehelse og derfor høy grad av prioriteringer innen helsefremmende arbeid. Av denne grunn vil det være nødvendig å ha et reelt og hensiktsmessig tilbud til barn i forhold til tannhelse. Det vil si at ingen barn og foreldre skal være utelatt fra helse- og omsorgstjenesten i forhold til å kunne ivareta egen helse.

Styringssystemet i Norge består av politiske institusjoner på kommunalt, regionalt og statlig nivå. Imellom disse vil det oppstå spenninger mellom ønsket om lokalpolitisk handlefrihet og nasjonal styring (Forskningsrådet, 2012). Forskning viser at empowerment er viktig for at systemet kan ivareta mennesket- personens autonomi og opplevelse av det å kunne påvirke- til forskjell fra å utvikle maktesløshet og hjelpeløshet. WHO (1986) har definert empowerment som politisk ideal og det er å forvente at i dagens samfunn blir anvendt hensiktsmessig som slik, verdiprioritert som et pedagogisk verktøy og som effekt av psykologiske prosesser. I dag, når demokratiet er truet av sterk statlig styring, så blir det særdeles viktig tanke å fremme empowerment innen utvikling og ivaretagelse av folkets helse.

6.3 Implikasjoner for fremtiden

Om foreldre og barnehagetjenesten fikk større mulighet til å inneha en mer bevisst rolle når det gjelder å være barnas talspersoner, bør det fremmes en kultur der alle implisitte parter kan bli hørt. Der kan medvirkning og empowerment bidra mer eksplisitt til implementering av ulike tiltak, til fordel for å kunne ivareta barnas helse og tannhelse. Og da som en konsekvens av å utvikle et mer hensiktsmessig tverrfaglig helsefremmende samarbeid i tråd med empowermenttenkning innen helsefremmende virksomhet.

I et empowerment perspektiv, kunne det tenke seg at denne studien er brodannende i seg selv for noen informanter ønsket oppdatering om den samme, og å holde kontakt til videre samarbeid. Det er noe bestyrkende som ligger i det for de er ressurser som kan foreta noen beslutninger i kommuner og fylkeskommuner, altså organisatoriske nivåer.

Det kunne være relevant å foreta en studie om opplevelser av empowerment med å utvide metoden på datainnsamling og med fokus på informanter fra flere offentlige instanser for eksempel helsestasjoner, skolehelsetjenester, politikere. Og gjerne inkludere forskningsspørsmål om hvordan de ivaretar de nasjonale strategier i praksis. En lignende form for dette kunne være hvordan ledere i tjenestene inkluderer empowermentprosesser i sine organisasjoner og i forhold til sine ansatte. Innledningsvis har jeg presentert at «helse i alt vi gjør» er et samfunnsansvar å bidra til god helse i hele befolkningen, og det kunne være interessant å undersøke implementering av folkehelseloven i praksis.

«Kunnskap er næring for sjelen»

Platon

REFERANSER

Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten. Arbeidsglede og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Askheim, O.P. & Starrin, B. (red), (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Askheim, O.P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Barnehageloven (2006). *Lov om barnehager (2005-06-17-64)*. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64>

Barne- og familiedepartementet. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf

Braunack- Mayer, A. & Louise, J. (2008). The ethics of Community Empowerment: tensions in the health promotion theory and practice. *Promotion & Education* (2008); 15(3): 5-8
DOI: 10.1177/1025382308095648

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (red.). (2005). *Making human beings human. Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, London og New Delhi: Sage Publications.

Bø, I. (1985). *Barn i miljø: oppvekst i en utviklingsøkologisk sammenheng*. Lillehammer: Cappelen.

Bø, I. (2005). *Påvirkning og kontroll: Om hvordan vi former hverandre*. Bergen: Fagforlaget.

Børhaug, K., Helgøy, I., Homme, A., Lotsberg, D., Ludvigsen, K. (2011). *Styring, organisering og ledelse i barnehagen*. Bergen: Fagforlaget.

Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativtilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk

Dalland, O. (2018) *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk

Dalland, O. (2020) *Metode og oppgaveskriving*. (7.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2018). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet fra:
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>

Everett, E. L. & Furuseth, I. (2004). *Masteroppgaven. Hvordan begynne- og fullføre*. Oslo: Universitetsforlaget.

Folkehelseinstituttet. (2017). *Folkehelseprofilene 2016*. Hentet fra: <file:///C:/Users/Dell%20Optiplex/Downloads/Folkehelseprofil-2016-nb-03-Oslo.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten – kortversjon. Helsetilstanden i Norge 2018*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>

Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven>

Forskningsrådet. (2012). *Demokrati, styring og planlegging Funn fra forskningen 2005–2010. Program Demokrati, styring og regionalitet – DEMOSRE*. <file:///C:/Users/Dell%20Optiplex/Downloads/Demokrati,%20styring%20og%20planlegging.pdf>

Forskningsrådet. (2018). *Årsrapport 2018. Felles kunnskapsbasert innsats for forskning og innovasjon*. Hentet fra: [file:///C:/Users/Dell%20Optiplex/Downloads/Forskningsr%C3%A5dets%20%C3%A5rsrapport%202018%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dell%20Optiplex/Downloads/Forskningsr%C3%A5dets%20%C3%A5rsrapport%202018%20(1).pdf)

Freire, P. (1999). *De undertrykkes pedagogikk*. Gyldendal Akademisk, Oslo.

Glavin, K. & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis- til beste for barn og unge i Kommune- Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.

Green, J. & Tones, K. (2004). *Health Promotion. Planning and Strategies* London, SAGE Publications.

Gullestad, M. (2003). *Kunnskap for hvem? Refleksjoner over antropologisk tekstproduksjon, formidling og tilbakeføring*. I Rugkåsa, M. & K.T. Thorsen (red.). *Nære steder, nye rom. Utfordringer i antropologiske studier i Norge*, s.233-262. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hansen, B., Dahl, K.E. & Halvari, A.E.M. (2015). *Tannpleierfunksjon, oral helse og tannpleiefag mot 2025. Norsk tannpleierforening (NTpF Rapport 8, 2015)*. Hentet fra http://medlemssiden.tannpleier.no/wpcontent/uploads/2015/08/Rapport_tannpleier_oral_helse_og_tannpleiefag.pdf (s.14).

Hartley, J. (2005). *Innovation in governance and public services: past and present*. *Public Money & Management*, 25(1):27-24.

Hauge, H. A., & Mittelmark, M. B. (2013). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: Fra monolog til dialog*. (red). Bergen: Fagbokforlag.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).*(Prop. 90L (2010-2011)). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/156cc635411248bda507c9411bdf4cd0/no/pdfs/prp201020110090000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Handlingsplan. Sammen om kunnskapsløft for oral helse. Forskning- og innovasjonstrategi på tannhelsefeltet (2017-2027). Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/a176427580234e5d818f446a7b66feb1/strategi_oral_helse_170907.pdf

Helsedirektoratet. (2019). Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester for barn og unge 0-20 år. *Barn og unge bør få en statusundersøkelse ved bestemte aldre*. Hentet 20.11.2021 fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar/tann-og-munnundersokelser-av-barn-og-unge#barn-og-unge-320-ar-bor-fa-en-statusundersokelse-ved-bestemte-aldre>

Helsedirektoratet. (2020). Nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp. Om Helsedirektoratets normerende produkter. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter#nasjonalfagligretningslinje>

Henriksen, J.-O.& og Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. (3.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2.utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Kommunetorget. (2018). *Møtet mellom folkehelse og plan- utvikling av nye tanker og arbeidsmåter i kommunene*. Hentet fra:

<https://www.kommunetorget.no/Planlegging/Kronikk-og-debatt/Motet-mellom-folkehelse-og-plan/>

Kunnskapsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen- Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Kunnskapsdepartementet. (2012). *Utdanning for velferd Samspill i praksis*. (Meld. St. 13 (2011–2012)). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>

Kunnskapsdepartementet. (2018). *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2019–2028* (Meld. St. 4 (2018–2019)). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/9aa4570407c34d4cb3744d7acd632654/no/pdfs/stm201820190004000dddpdfs.pdf>

- Kunnskapsdepartementet. (2019). *Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO* (Meld. St. 6 (2019 –2020)). *Melding til Stortinget*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/3dacd48f7c94401ebefc91549a5d08cd/no/pdfs/stm201920200006000dddpdfs.pdf>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Leseth, A.B. & Tellmann, S.M. (2019). *Hvordan lese kvalitativ forskning?*. Oslo: Cappelen Dam akademisk.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Maton, K.I. (2008). Empowering Community Settings: Agents of Individual Development, Community Betterment, and Positive Social Change. *Am J Community Psychol* (2008) 41:4–21 DOI 10.1007/s10464-007-9148-6
- Menon, S. T. (2001). Employee Empowerment: An integrative Psychological Approach. *Applied Psychology: An international Review*,50(1), 153-180.
- Mittelmark, M. B. (2012). *From associations to process*. In B. Wold & O. Samdal (Eds.), *An ecological perspective on health promotion systems, settings and social processes* (pp. 11-16). London: Bentham Science Publishers.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. (2.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J.G. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2015). Effekter av tidlig tann- og munnundersøkelse hos barn i alderen 0-5 år. Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/rapport_2015_25_tidlig_tann_munn_undersokelse_v2.pdf
- NOU 1998:8. (1998). *Det er bruk for alle: Styrkning av folkehelsearbeidet i kommunene*. Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7208dd51a36340a6b4e7401d6854f603/no/pdfa/nou199819980018000dddpdfa.pdf>
- NOU 2014:12. (2014). *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/16a0834c9c3e43fab452ae1b6d8cd3f6/no/pdfs/nou201420140012000dddpdfs.pdf>

- Nyeng, F. (2014). *Noen ganger skal man lyve. En innføring i etikk*. Bergen: Fagforlaget.
- Ohnstad, F.O. (2015). *Profesjonsetikk i skolen: lærerens etiske ansvar*. Oslo: Cappelen Damms akademisk.
- Poland, B.D., Green, L.W., & Rootman, I. (2000). *Settings for Health Promotion, Linking Theory and Practice*. London: Sage Publications.
- Repstad, P. (2004). *Dugnasånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. (red.) (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Robson, C. (2002). *Real World Research* (2 ed.). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Rønningen, G. E. (2005). *Helsefremmende og forebyggende arbeid*. Hentet fra: <http://www.forebygging.no/Artikler/2007-1998/Helsefremmende-og-forebyggende-arbeid/>
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.T., Enger-Karlsen, T., Narum, I.G., & Nybø, A. (2002). *Empowerment i helsefremmende arbeid*. Tidsskrift Norsk Legeforening. 122:2379-83
- Stang, I. (2009). *Makt og bemyndigelse – om å ta pasient- og brukervedvirkning på alvor*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Støkken, A.M. (2019). *Tjenesteutvikling ved ulike former for samarbeid*. (red.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sverdrup, S. (2020). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag. Råd og vink. Skritt for skritt*. (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (2. ug.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2007). *Den veit best hvor skoen trykker. Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. & Boge, K. (2014). *Empowerment i helse, pedagogikk og ledelse – nye perspektiv*. (red.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Universitetet i Sørøst-Norge. (2019). *Retningslinjer for behandling av personopplysninger i student- og forskerprosjekt ved Universitetet i Sørøst-Norge*. Hentet fra: https://www.usn.no/getfile.php/13547769-1546934679/usn.no/om_USN/Regelverk/Retningslinjer%20for%20behandling%20av%20personopplysninger%20i%20student-%20og%20forskerprosjekter%20ved%20USN.pdf

Utdanningsdirektoratet. (2017). *Rammeplan for barnehage. Forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver*
<https://www.udir.no/laring-og-trivsel/rammeplan/barns-medvirkning/>

Utdanningsforskning. (2017,17.02.). Stort nasjonalt prosjekt skal forbedre barnas trivsel. Hentet fra:
<https://utdanningsforskning.no/artikler/2017/stort-flernasjonalt-prosjekt-skal-forbedre-smabarns-trivsel/>

Vabø, M. (2014). *Dilemmaer i velferds organisering*. I Vabø, M. & S.I. (red.). *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.

WHO. (1986). *The Ottawa charter*. Genève: World Health Organization. Hentet fra:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

WHO, (2005). *Bulletin of the World Health Organization*. Sheiham, A. (2005).
Hentet fra: <https://www.scielosp.org/pdf/bwho/2005.v83n9/644-644/en>

Wold, B. (2012). *Social Influence Processes on Adolescents Health Behaviours. I: B. Wold & O. Samdal (Red.), An ecological perspective on health promotion systems, settings and social processes*, ss. 67- 77. London: Bentham Science Publishers.

Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1 Tabell lånt fra Helsedirektoratet (2017) og viser helsekonsekvensutredning i helse- og omsorgstjenester	26
Tabell 2 Kategorier med tilhørende koder, beskrivelser og relevans	45
Figur 1 Empowering av samfunnets settinger (Maton, 2008)	20
Figur 2 Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell (Bronfenbrenner, 2005)	22
Figur 3: Innsatsområder for å utjevne sosial ulikhet i helse. Kilde: Folkehelseprofilene 2016 (Folkehelseinstituttet, 2016).....	25

7 Vedlegg 1- Informasjonsskriv med samtykke og Intervjuguide

Vil du delta i forskningsprosjektet?

Tema: Veien til tverrfaglig samarbeid

- bruk av empowerment i samhandling mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten, og hvordan økning av empowerment kunne påvirke forbedring i tjenestene.

Du er invitert som deltager i et forskningsintervju som skal gjennomføres i videoverktøyet Zoom. I dette skrivet gir vi deg informasjon om hva deltakelsen vil innebære for deg. Det følger også med praktisk informasjon om gjennomføring av intervjuet.

Du må ha lest denne informasjonen før du samtykker til å delta i intervjuet og før du samtykker til et eventuelt opptak av intervjuet.

Intervjuet skal gjennomføres som personlig intervju.

Formål

Dette er en masterstudie i helsefremmende arbeid ved Universitetet i Sørøst- Norge. Gjennom masteroppgaven ønsker jeg å belyse nåværende status på samarbeid mellom tjenestene i velferdssamfunnet, og i helsefremmende perspektiv. Nemlig empowerment og dens bruk på individ- og systemnivå. Samtidig har jeg en vis nysgjerrighet i hvordan det helsefremmende perspektivet kan komme ut i praksis hvis målet er å øke forbedring i samarbeidet. På bakgrunn av dette har skal jeg analysere problemstillingen: «Hvordan bruk av empowerment i samhandling mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten kunne bidra til at de nasjonale strategiene om det helsefremmende arbeidet ivaretas?» Og forskningsspørsmål:

- Hvilke faktorer som ligger til grunn og hva som skal til for at samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten prioriteres og innføres i de kommunale tverrfaglige satsinger?

-Hvordan kan ledelse bruke empowerment som strategi i sitt videre arbeid slik at tverrfaglig samarbeid oppnås i større grad enn i dag?

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervjuere ledere i den offentlige tannhelsetjenesten og ledere i den offentlige barnehagetjenesten. Det er ønskelig at du har jobbet som leder i minst 3 år.

Hva innebærer det for deg å delta?

I denne studien ønsker jeg å gjøre individuelle intervju. Det er satt opp 45min- 60min til hvert intervju. Samtalen vil bli tatt opp på lydopptak og lagret. Jeg vil også ta notater fra intervjuet.

Personlige opplysninger som navn og jobbsted vil være anonymisert, men personlige meninger kan forekomme. Intervjuene vil bli lagret på kryptert ekstern minnepenn.

Spørsmål om personopplysninger

Personopplysninger blir anonymisert og tas ikke med i denne studien. Det vil ikke bli spurt spørsmål om din helse eller personopplysninger. Dersom respondenten gir personlig informasjon, blir dette anonymisert. Tredjeparter som kan oppstå i samtalen blir anonymisert.

Opptak og notater fra intervjuet

- Det vil bli tatt opptak av lyd og bilde i Zoom.
- Det vil bli tatt opptak av lyd i annet verktøy.
- Det blir ikke gjort opptak av intervjuet, bare notater.

Dersom det gjøres opptak, vil alt du sier bli med på opptaket.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i intervjuet. Hvis du velger å delta/svare, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger og utsagn vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formål jeg har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Uttalelsene anonymiseres og det skal ikke være mulig å føre/spore tilbake tildeltakerne.

I dette prosjektet er det kun veileder Anne Elisabeth Munster Halvari og masterstudent Slavica Pejic Djurasoic jeg som har tilgang til opplysningene.

Kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil være lagret på egen PC med en kode og med bare meg som skal ha tilgang.

Taushetsplikten må masterstudent og deltagere opprettholde under intervjuene.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- - innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- - å få rettet personopplysninger om deg,
- - å få slettet personopplysninger om deg, og
- - å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke i henhold til personvernforordningen artikkel 6 og artikkel 9.

ved alminnelige personopplysninger artikkel 6 a) «den registrerte har samtykket til behandling av sine personopplysninger for ett eller flere spesifikke formål»,

ved særlige kategorier som f.eks. helseopplysninger, fagforening eller liknende artikkel 6 a) og artikkel 9, nr 2 a) «Den registrerte har gitt uttrykkelig samtykke til behandling av slike personopplysninger for ett eller flere spesifikke formål, unntatt dersom det i unionsretten eller medlemsstatenes nasjonale rett er fastsatt at den registrerte ikke kan oppheve forbudet nevnt i nr. 1.»

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i desember 2021. Alle personopplysninger og opptak vil bli slettet ved prosjektslutt.

Ansvarlig

Hvis du har spørsmål om studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Sørøst- Norge ved prosjektansvarlig:

Anne Elisabeth Münster Halvari, Førstemanuensis

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
Campus Vestfold ()

Og masterstudent: Slavica Pejic Djurasovic, 219413@student.usn.no; tlf: 97883552

Eller

Vårt personvernombud ved Universitetet Sørøst-Norge:

Paal Arge Solberg, Paal.A.Solberg@usn.no, tlf:35575053/91860041

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon:
55 58 21 17.

På oppdrag fra Universitetet Sørøst-Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Takk for ditt bidrag til forskningen ved Universitetet Sørøst-Norge!

Med vennlig hilsen

Anne Elisabeth Münster Halvari, prosjektansvarlig

Slavica Pejic Djurasovic, masterstudent ved USN

Samtykkeskjema – Samtykkeerklæring til forskningsintervju via Zoom

Før du samtykker må du ha lest informasjonsskrivet *Zoom i forskningsintervjuer- Informasjonsskriv*, slik at du er orientert om formålet med intervjuet og rettighetene dine.

Jeg samtykker til å delta i forskningsintervju på zoom i forbindelse med forskningsprosjektet **«Veien til tverrfaglig samarbeid - bruk av empowerment i samhandling mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten, og hvordan økning av empowerment kunne påvirke forbedring i tjenestene.»**

Jeg samtykker til at det vil bli tatt opptak av lyd på lydopptaker.

Dato: Sted:

Navn (Blokkbokstaver).....

Navn (Underskrift)

Vedlegg 1. 2

Intervjuguide til masteroppgave i MH-OPP4401- 20H

Problemstilling: Hvordan kan bruk av empowerment i samhandling mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten bidra til at de nasjonale strategiene om det helsefremmende arbeidet ivaretas?

Forskningsspørsmål:

- Hvilke faktorer som ligger til grunn og hva som skal til for at samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og barnehagetjenesten prioriteres og innføres i de kommunale tverrfaglige satsinger?
- Hvordan kan ledelse bruke empowerment som strategi i sitt videre arbeid slik at tverrfaglig samarbeid oppnås i større grad enn i dag?

1. Hvilken erfaring har du når det gjelder samarbeid mellom disse tjenestene?
2. Hva synes du om avtaler på systemnivå?
3. Finnes det noen forankring i systemet i form av retningslinjer eller avtaler mellom barnehagetjenesten og tannhelsetjenesten?
4. Empowerment. Hva er din forforståelse? Hvilke tråder skal det trekkes i når det gjelder endring i samarbeid?
5. Hva synes du med innpass av tannhelsetjenesten i barnehagene?
Kunne det jobbes mer på systemnivå med tanke på samarbeid som tht har med helsestasjonstjenesten?
6. Viser til infoskriv og forskningsspørsmål:
Hvordan kan ledelse bruke Empowerment som strategi for å oppnå større grad av tverrfaglig samarbeid? (Føler du at du har makt for å kunne påvirke dette samarbeidet?)
7. Hva synes du om endringer på systemnivå?
8. Hvordan er det i praksis i dag: er det opp til hver enkel barnehage (lokalt nivå) å komme i kontakt med tannhelsetjenesten, og omvendt?
9. Etter dette intervjuet. Kunne du tenke deg til å sette i gang til å bruke Empowerment for å forbedre dette samarbeidet før det har kommet noen endringer på systemnivå? På hvilken måte?

8 Godkjenning NSD- Vurdering

Referansenummer

694949

Prosjekttittel

Veien til tverrfaglig samarbeid

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stiepdia)

Anne Elisabeth Münster Halvari, Anne.Halvari@usn.no, tlf 4741508413

Type prosjekt: Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student: Slavica Pejic Djurasovic, 219413@student.usn.no, tlf.97883552

Prosjektperiode: 22.03.2021 - 31.12.2021

[Meldeskjema](#) 

Dato 16.03.2021 **Type** Standard

Vurdering: Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 16.03.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD.

Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger frem til 31.12.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikkeviderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Zoom er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Gry Henriksen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)