

Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter

Hvordan motvirker man sosiale ulikheter?

INGUNN ULVESTAD

VEILEDER

Ingirid Geirsdatter Heald Kjær

Universitetet i Agder, 2022

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for ernæring og folkehelse

Forord

Utgangspunktet for denne masteroppgaven var mitt engasjement for barn og unges deltakelse og et ønske om å forstå mer om hvordan vi kan motvirke sosiale ulikheter. Gjennom mitt arbeid i en kommuneadministrasjon har jeg erfaring med utfordringer knyttet til å arbeide kunnskapsbasert på folkehelsefeltet på lokalt nivå. Jeg ønsket derfor å øke innsikten i lokal tiltaksutforming rettet mot sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge.

Jeg vil takke min flotte veileder Ingrid Geirsdatter Heald Kjær fra Universitetet i Agder. Hun har gitt meg konstruktive innspill, støtte og oppmuntring som har betydd enormt mye for både oppgaven og meg. Jeg vil også takke min samboer for all tålmodighet og mine foreldre og svigerforeldre for ekstra innsats for jentene våre mens jeg tilbragte lange dager på kontoret.

Gjennom arbeidet med masteroppgaven har jeg fordypet meg i dette temaet som engasjerer meg, og det har vært både utfordrende og lærerikt. Jeg går styrket ut av prosessen, og tar med meg erfaringer og kompetanse som jeg vil dra veksel på videre i arbeidslivet.

Sammendrag

Det er bred faglig og politisk enighet om at deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge er en beskyttelsesfaktor. Sosiale ulikheter øker i Norge, og folkehelseloven fastslår kommunenes ansvar for å iverksette sosialt utjevne tiltak. Det er derfor interessant å undersøke forutsetninger og mulighetsrom for det lokale folkehelsearbeidet på fritidsfeltet.

Studiens hensikt er å bidra til økt innsikt i lokal tiltaksutforming knyttet til sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge. Forskningsspørsmålet er: «I hvilken grad er det samsvar mellom Helsedirektoratets *Lokale folkehelse tiltak – en veiviser for kommunen* og lokal tiltaksutforming rettet mot sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge?»

Undersøkelsen er gjort ved å gjennomføre en kvalitativ dokumentanalyse av Helsedirektoratets *Lokale folkehelse tiltak – veiviser for kommunen* og kommuneplanens samfunnsdel i seks kommuner. Analysen av meningsinnhold identifiserte syv begrepsområder: (1) *Medvirkning og demokratisk utvikling*, (2) *Tverrsektorielt samarbeid*, (3) *Ansvarliggjøring*, (4) *Trygt psykososialt miljø*, (5) *Levekår*, (6) *Kompetanseutvikling* og (7) *Fremme deltakelse og motvirke barrierer for deltakelse*. I tillegg er tiltaksutformingens innretning undersøkt ved å se denne i lys av prinsipper for tiltaksutforming som utjevner sosiale helseforskjeller. Både innhold og innretning i tiltaksutforming varierer mellom kommunene og sett i forhold til Helsedirektoratets *Lokale folkehelse tiltak – veiviser for kommunen*. Funnene indikerer at det er ulik forståelse og vektlegging av undersøkelsens syv begrepsområder. Det kan synes som det er behov for økt støtte fra nasjonale myndigheter, samt konkretisering av både tilgjengelige virkemidler og eierskap til organiserte fritidsaktiviteter som innsatsområde.

Sosial ulikhet, folkehelsearbeid, organiserte fritidsaktiviteter, barn og unge.

Abstract

There is broad academic and political consensus that participation in organised leisure activities for children and young people is a protective factor. Social inequalities are increasing in Norway, and the Public Health Act state that the municipalities are responsible for implementing socially levelling actions. It is therefore interesting to investigate pretenses and opportunities for the local public health work in the leisure area.

The purpose of this study is to contribute to increased insight into local action design relating to social inequality in participation in organised leisure activities for children and young people. The research question is: «To what extent is there a correlation between the Norwegian Directorate of Health's *Local Public Health actions – guide for the municipality* and local strategies aimed at social inequality in participation in organised leisure activities for children and young people?»

The study was conducted as a qualitative document analysis of the Norwegian Directorate of Health's *Local public health actions – guide for the municipality* and the community section of the municipal plan in six municipalities. The content analysis identified seven conceptual areas: (1) Participation and democratic development, (2) Cross-sectoral cooperation, (3) Accountability, (4) Safe psychosocial environment, (5) Living conditions, (6) Competence development and (7) Promote participation and counteract barriers to participation. In addition, the direction of the strategies were examined in view of the principles for action design that equalise social health differences.

Both the content and the direction of the strategies vary between the municipalities and in relation to the Norwegian Directorate of Health's *Local public health actions – guide for the municipality*. The findings indicate that there is a different understanding of and emphasis on the seven conceptual areas of the study. It appears that there is a need for increased support from national authorities, as well as specification of both available instruments and ownership to organised leisure activities as area of priority.

Social inequality, public health work, organised leisure activities, children and young people.

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Sammendrag.....	ii
Abstract	iii
Innholdsfortegnelse.....	1
1. Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Avgrensninger	2
1.3 Oppgavens disposisjon.....	3
2. Teoretisk forankring.....	3
2.1 Folkehelse og helsefremmende arbeid	3
2.2 Sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge	12
2.3 Kommunen som aktør i sosialt utjevne tiltaksutforming	16
3. Metode	22
3.1 Utvalg av dokumenter	23
3.2 Analyseprosess.....	24
3.3 Etske betraktninger knyttet til dokumentanalysen.....	28
4. Presentasjon av resultater	29
4.1 Omfang og innhold i lokal tiltaksutforming knyttet til barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter	29
4.1.1 Medvirkning og demokratiutvikling.....	32
4.1.2 Tverrsektorielt samarbeid	33
4.1.3 Ansvarliggjøring	36
4.1.4 Trygt psykososialt miljø	36
4.1.5 Levekår.....	37
4.1.6 Kompetanseutvikling	39
4.1.7 Fremme deltakelse og motvirke barrierer for deltakelse	40
4.2 Innretning av lokal tiltaksutforming knyttet til barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter	42
5. Diskusjon.....	44
5.1 Diskusjon av resultater	44
5.2 Metodisk diskusjon.....	52
6. Konklusjon og implikasjoner.....	53
7. Referanseliste.....	56
Vedlegg	59
Vedlegg 1 - Arbeidsverktøy for analyseprosessen	59

1. Introduksjon

1.1 Bakgrunn

Folkehelsearbeidet i Norge er forankret i folkehelseloven, og formålsparagrafen fastslår at loven skal «.. bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller.»

(Folkehelseloven, 2011, § 3) Det er bred politisk og faglig enighet om at sosiale ulikheter er bakenforliggende årsaker til ulikheter i helse, samt at helse er ulikt fordelt mellom forskjellige sosioøkonomiske grupper befolkningen. (Dahl et al., 2014). For å møte denne gradientutfordringen pekes det på universelle helsefremmende tiltak, styrket innsats rettet mot risikogrupper og tverrsektorielt samarbeid (Marmot et al., 2010; Dahl et al., 2014; World Health Organization, 2014)

Videre er det etter folkehelseloven kommunene som er ansvarlige for tiltaksutforming som utjevner sosiale ulikheter (Folkehelseloven, 2011, §§ 6-7). Kommunens folkehelsearbeid skal være kunnskapsbasert (Folkehelseloven, 2011, § 23), og Helsedirektoratets veileder for systematisk folkehelsearbeid knytter dette til det kommunale plansystemet (Helsedirektoratet, 2019).

Kommunene har over tid meldt om manglende samsvar mellom oppgavene de er satt til å løse og tilgjengelige ressurser Vike, 2006; Willumsen & Ødegård, 2015). Spriket stiger mellom befolkningens rettigheter og forventninger og kommunenes mulighet for å «levere» velferdsgoder, etter hvert som vi får en stadig eldre befolkning som medfører økte utgifter. Det er behov for en omstilling i norske kommuner, og samskaping blir løftet frem som en løsning. Samskaping innebærer å skape velferd sammen; på tvers av sektorene, som likeverdige aktører og med målsetning om å sikre en bærekraftig utvikling (Kobro, 2018).

I 2017 ble det lansert en tiårig folkehelsesatsing for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet gjennom *Program for folkehelsearbeid i kommunene* (Helsedirektoratet, 2019). Her trekkes nedbygging av sosiale og økonomiske barrierer for barn og unges fritidsaktiviteter frem som et fokusområde (Helgesen et al., 2017). Deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter er definert som et forhold med betydning for barn og unges helse, og det er en tydelig sosial gradient i barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter (Jacobsen et al., 2021).

Fokuset for denne studien er kommunenes forutsetninger og mulighetsrom for å drive kunnskapsbasert folkehelsearbeid knyttet til deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge og sosial ulikhet. Jeg skal undersøke i hvilken grad Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen* samsvarer med seks kommuner sine strategier rettet mot sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge. Intensjonen er at denne studien bidrar til utvikling av kunnskap om lokal tiltaksutforming for barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter. Med bakgrunn i dette har jeg valgt følgende problemstilling:

«I hvilken grad er det samsvar mellom Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen* og kommunenes tiltaksutforming rettet mot sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge?»

1.2 Avgrensninger

En utfordring ved folkehelsefeltet og komplekse utfordringer er at «alt henger sammen med alt», og det er krevende å avgrense et fokusområde. I et mastergradsarbeid er det både formålstjenlig og nødvendig å avgrense, og jeg har gjort følgende vurderinger knyttet til dette.

Organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge er oppgavens kjerne, og jeg har kontinuerlig søkt å bruke dette begrepet som peilepinne for undersøkelsen. *Organiserte fritidsaktiviteter* forstås som fritidsaktiviteter som er ledet eller initiert av voksne, at de samler en gruppe med barn eller ungdom og at det er regelmessighet i møtene (Mahoney et al., 2004). Det innebærer fritidsaktiviteter i alle sektorer og også åpne møteplasser som eksempelvis ungdomshus eller fritidsklubber. *Barn og unge* er i denne sammenheng forstått som naturlig å avgrense til å gjelde barn i skolealder og utvideregående skole. Tallmaterialet fra Ungdata brukes i kunnskapsoppsummeringer og undersøkelser som er gjort i Norge for å skape innsikt i sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge (Hyggen et al, 2018; Andersen & Bakken, 2018; Jacobsen et al., 2021). På spørsmål om deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter blir ungdommene i Ungdata-undersøkelsen spurt om de har deltatt etter fylte 10 år, og undersøkelsene gjennomføres utvideregående skole (Ungdata, u.å.).

Med tanke på problemstillingens fokus på sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter har jeg i den teoretiske referanserammen konsentrert meg om tema som har betydning for lokal tiltaksutforming rettet mot barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter. Jeg har også avgrenset fokuset i selve undersøkelsen. For å opprettholde fokuset på barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter har jeg ekskludert tiltak rettet mot barnehage, skole og utdanning, samt tilrettelegging for grøntarealer og lekeplasser. En bærebjelke i sosialt utjevne tiltaksutforming er tiltak som rette seg mot levekår, og jeg har derfor vurdert at levekår må inkluderes i nedslagsfeltet også for denne problemstillingen. Derfor har jeg inkludert tiltak som retter seg mot foreldrenes/foresattes økonomi, bosituasjon og arbeid som bakenforliggende rammevilkår for barn og unges deltakelse og livskvalitet. Dette er i tråd med Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak –en veiviser for kommunen* sine råd for tiltaksutforming. Avgrensningene i undersøkelsen utdypes i metodekapittelet, og øvrige sentrale begreper adresseres i den teoretiske delen av oppgaven.

1.3 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven består av 6 deler. Innledningsvis har jeg redegjort for studiens bakgrunn, tema og avgrensninger. Videre følger et kapittel om den teoretiske referanserammen for studien. Her presenterer jeg sentrale begreper, teorigrunnlag og perspektiver, og jeg har delt kapittelet inn i de tre hovedlinjene (1) Folkehelse og helsefremmende arbeid, (2) Sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge og (3) Kommunen som aktør i sosialt utjevnende tiltaksutforming. Det tredje kapittelet er oppgavens metodedel, og her gjør jeg rede for studiens metodiske valg, gjennomføring og etiske betraktninger. Undersøkelsens resultater blir presentert i kapittel fire. I det femte kapittelet diskuteres resultatene i lys av den teoretiske referanserammen og forhold knyttet til studiens metode drøftes. Avslutningsvis oppsummeres arbeidet i kapittel seks, med konklusjon og betraktninger rundt implikasjoner for forskning og praksis for tiltaksutvikling rettet mot sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge.

2. Teoretisk forankring

Her presenterer jeg den teoretiske referanserammen for denne studien. I følge Johannessen et al. (2016) består en referanseramme av teorier, begreper og perspektiver som kan brukes til å forstå empiriske funn. På folkehelsefeltet er fag og politikk sterkt sammenvevd. Lovverk og politiske føringer globalt, nasjonalt og lokalt har stor betydning for mulighetsrommet for tiltaksutforming. Jeg vil derfor også presentere sentrale lovbestemmelser og politiske føringer. Jeg har delt dette kapittelet inn i de tre hovedlinjene som er gjennomgående i denne undersøkelsen: (1) Folkehelse og helsefremmende arbeid, (2) Sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge samt (3) Kommunen som aktør i sosialt utjevnende tiltaksutforming.

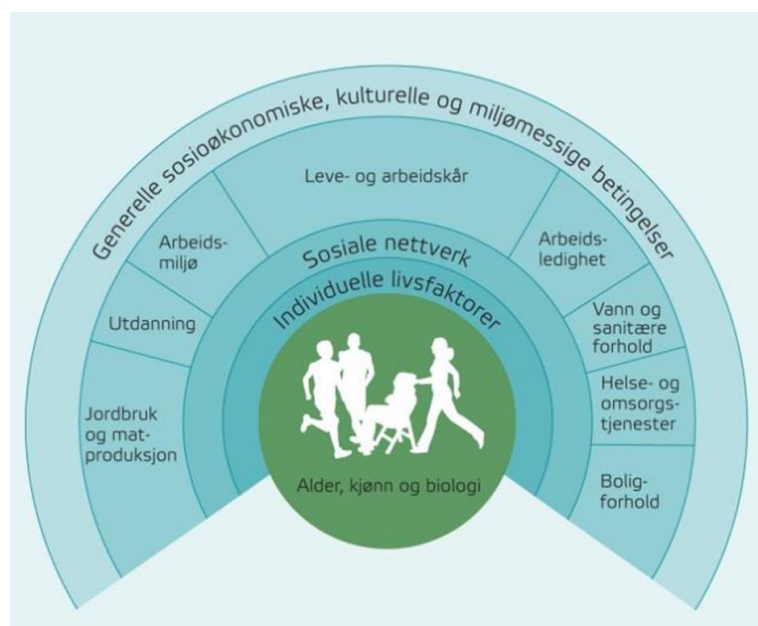
2.1 Folkehelse og helsefremmende arbeid

Fra den greske mytologien kan vi lese at «helbredelsesguden» Asclepius hadde to døtre; Hygeia og Panakeia. Hygeia representerte ivaretagelse av helse gjennom å leve sunt, mens Panakeia representerte ivaretagelse av helse gjennom å behandle sykdom. Folkehelse og folkehelsearbeid kan altså spores tilbake i årtusener, og vi kan følge hvordan disse perspektivene gjør seg gjeldene gjennom historien (Earle et al., s. 11) Dagens forståelse av folkehelse og folkehelsearbeid er forankret i Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon av helse (Earle et al., 2007 s. 2). WHO definerte ved opprettelsen i 1948 helse som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser (World health organization, 2022). I tillegg fastslår WHO at helse er en menneskerett, og setter gjennom sitt arbeid helse på den politiske dagsordenen (Earle et al., 2007 s. 2-4) De to greske gudinnene som er nevnt over representerer to innfallsvinkler til helse som har

preget og fortsatt preger innsatsen på folkehelsefeltet. Gjennom utvikling av kunnskap knyttet til både forebygging og behandling av sykdommer har vi stadig forbedret helsetilstanden i befolkningen.

Da Lalonde-rapporten, *A new Perspective on the Health of Canadians* (Lalonde, 1974), ble publisert markerte den et skifte i hvordan man forstår helse og hvordan man som samfunn kan bedre befolkningens helsetilstand. Lalonde-rapporten peker på de sosiale og økonomiske faktorenes betydning for helse og er opptakten til et bredere fokus for helsetiltakene: helsefremmende arbeid (Earle et al, 2007, s. 15). Rapporten kom med bakgrunn i at mange myndigheter på 70-tallet så med økende bekymring på samfunnets høye utgifter til helsetjenester, og at disse ikke stod i forhold til effekten det hadde på helsetilstanden i befolkningen. Med fremveksten av helsefremmende arbeid ser vi et perspektiv på folkehelse som utvider forståelsen – og tiltaksutforming. *The Ottawa Charter for Health Promotion* (1986) definerte fem innsatsområder for helsefremmende arbeid: (1) Build healthy public policy, (2) Create supportive environments, (3) Strengthen community action (4) Develop personal skills og (5) Reorientation of health services. Dette er en utvikling som tar opp i seg WHO sin definisjon av helse fra 1948 som anerkjenner at helse er mer enn fravær av sykdom, og også at sykdom i seg selv ikke er ensbetydende med at man har dårlig helse. Videre blir fokus rettet mot betydningen av grunnleggende økonomiske og sosiale forutsetninger som påvirker helsen, og Ottawa-charteret har slik spilt en avgjørende betydning for det moderne folkehelsearbeidet (Earle et al., 2007).

I 1991 publiserte Dahlgren og Whitehead en modell som forklarer ulike lag av forutsetninger for helse; helsedeterminanter (Se figur 1).



Figur 1. Helsedeterminanter (Dahlgren & Whitehead, 1991)

Denne modellen brukes fremdeles som grunnlag for vår forståelse og innsats på folkehelsefeltet. Det ytterste laget i modellen beskriver strukturelle forhold i samfunnet. Så følger sosiale og materielle betingelser. Sosiale aspekter knyttet til eksempelvis familie, venner og nærmiljø utgjør det neste laget. Deretter kommer de individuelle valgene vi gjør knyttet til livsstil. Innerst i modellen er betingelser vi er født med og slik har liten grad av mulighet til å påvirke (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Det helsefremmende perspektivet og fokuset på koblingen mellom økonomiske og sosiale faktorer og helse, skapte også et økt fokus på forskjellene i helse mellom ulike sosioøkonomiske grupper i samfunnet også kalt sosial ulikhet i helse. Med sosial ulikhet i helse forstår vi at helsetilstanden varierer med posisjon i sosioøkonomiske strukturer i samfunnet, som utdanning og inntekt (Dahl et al., 2014). Helsedirektoratets ekspertgruppe – sosial ulikhet i helse utarbeidet i 2005

Handlingsprinsipper for å takle sosial ulikhet i helse og beskriver i innledningen hvorfor sosial ulikhet i helse er et problem. De beskriver at sosial ulikhet i helse er et folkehelseproblem, et sosialpolitisk problem og et velferdsproblem. I folkehelsesammenheng handler problemet om at helsepotensialet i befolkningen ikke utnyttes fullt ut. Mennesker i lavere sosioøkonomiske grupper opplever kortere liv med færre friske levekår, og det er slik en dobbel reduksjon i livssjanser. Sosialpolitisk argumenterer ekspertgruppen for at sosial ulikhet er et problem for den norske velferdsstatens økonomiske fundament gjennom lavere sysselsetting og verdiskapning og økte offentlige utgifter.

Velferdsproblemet handler ifølge ekspertgruppen om sosial eksklusjon som følger av helseproblemer og lav sosial status i Norge. De argumenterer for at man forhindres fra å lede et aktivt, skapende, produktivt og sosial deltakende liv, og at man dermed har langt dårligere forutsetninger for subjektivt velvære, generell tilfredshet og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2005). Ekspertgruppen oppsummerer slik:

«Sosial ulikhet i helse, dvs. at helsa gjennomgående er dårligere blant personer med lav utdanning, yrkesklasse eller inntekt, er et moralsk, demokratisk problem fordi det innebærer en dyp urettferdighet i et samfunn som bekjenner seg til sosial likhet og rettferdighet: Sosial ulikhet i helse innebærer et brudd med prinsippet om sjanselikhhet.»

(Helsedirektoratet, 2005).

Policies and strategies to promote social equity in health (Dahlgren & Whitehead, 1991), *Closing the gap in a generation - Health equity through action on the social determinants of health* (CSDH, 2008) og *The Marmot Review* (2010) gir beskrivelser av hvordan sosial ulikhet i helse kan forstås og hvordan denne gradientutfordringen adresseres. Dahlgren og Whitehead skrev i 1991 arbeidsnotatet *Policies*

and strategies to promote social equity in health som beskriver behovet for samtidig utforming av tiltak på ulike nivåer for å oppnå effektiv utjevning av sosial ulikhet i helse. Notatet ble publisert som *Background document to WHO – Strategy paper for Europe* av Institute for future studies i 2007. Videre beskriver WHO i sin rapport *Closing the gap in a generation - Health equity through action on the social determinants of health* hvordan ulikheter formes av bakenforliggende sosiale strukturer og prosesser. Ulikhetene er systematiske og produseres av sosiale normer, politikk og praksis som tolererer eller faktisk fremmer urettferdig distribusjon av og tilgang til makt, rikdom og andre nødvendige sosiale ressurser (CSDH, 2008, s.14). *The Marmot Review* (2010) undersøker ulikhetene i helse og livskvalitet mellom sosioøkonomiske grupper i samfunnet og beskriver hvordan den sosiale gradienten i ulikhet i helse følger den sosiale gradienten i fullføring av utdanning, sysselsetting, inntekt, kvalitet i boområde og så videre.

Sosiale helseforskjeller er et såkalt «wicked problem», en kompleks utfordring som forårsakes av en rekke faktorer, mangler en åpenbar og definert løsning og krever tverrsektoriell tilnærming (Willumsen & Ødegård, 2015). Gradienttilnærmingen søker utforming av befolkningsrettede tiltak for å møte denne komplekse utfordringen, og Marmot et al. (2010) argumenterer videre for «proposjonal universalisme» i tiltaksutformingen.

“To reduce the steepness of the social gradient in health, actions must be universal, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of disadvantage. We call this proportionate universalism. Greater intensity of action is likely to be needed for those with greater social and economic disadvantage, but focusing solely on the most disadvantaged will not reduce the health gradient, and will only tackle a small part of the problem.”

(Marmot et al., 2010, s. 16)

I Norge har denne kunnskapsutviklingen på folkehelsefeltet vært bakteppe for at vi med virkning fra 2012 fikk Folkehelseloven, som adresserer de grunnleggende årsakene til helseforskjeller; helsedeterminantene.

Det er fem grunnleggende prinsipper som ligger til grunn for Folkehelseloven (Regjeringen, 2021). I tillegg til prinsippet om å utjevne sosiale helseforskjeller, som allerede er redegjort for, baserer Folkehelseloven seg på prinsippene om «helse i alt vi gjør» (Health in All Policies), bærekraftig utvikling, føre-var og medvirkning.

Prinsippet om helse i alt vi gjør handler om at løsningene på helseutfordringer i mange tilfeller finnes utenfor helsesektoren. I 2014 gav WHO ut rapporten *Health in All Policies (HiAP): Framework for Country Action*. Her retter WHO retter søkelyset mot den tverrsektorielle innsatsen som må legges

ned for å skape endringer i befolkningens helse. Helse i alt vi gjør skal sikre at sosiale helsedeterminanter fremmes tverrsektorielt, og innebærer at man må ta beslutninger i alle sektorer som fremmer befolkningens helsetilstand og helse (World Health Organization, 2014). For å lykkes med HiAP på lokalt nivå fordres kommuneorganisasjoner som evner å arbeide på tvers av interne hierarkiske linjer, i samspill med privat og frivillig sektor og i tråd med føringer fra politisk nivå.

Prinsippet om bærekraftig utvikling anerkjenner at vi har begrensede ressurser på jorden og at vi har felles interesse av å ta vare på disse (Brundtland, 1987). I 2015 ble FNs bærekraftsmål lansert. (Se figur 2.) Det er 17 mål og 169 delmål for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030 (United Nations, u.å). I Norge ble stortingsmeldingen *Mål med mening – Norges handlingsplan for å nå bærekraftsmålene innen 2030* lagt frem våren 2021, og den behandles i Stortinget våren 2022. Når det gjelder sosial ulikhet i helse er bærekraftsmålene nummer 1 (Utrydde fattigdom), 3 (God helse og livskvalitet), 10 (Mindre ulikhet) og 17 (Samarbeid for å nå målene) spesielt relevante.



Figur 2. FNs 17 bærekraftsmål (FN, 2022).

Føre-var-prinsippet kommer fra miljørettsfeltet. Det handler om at man ikke skal treffe beslutninger som kan føre til vesentlig skade på naturen og miljøet, og at mangel på kunnskap ikke skal brukes som begrunnelse for å unnlate å treffe tiltak (Naturmangfoldsloven, 2009, § 9).

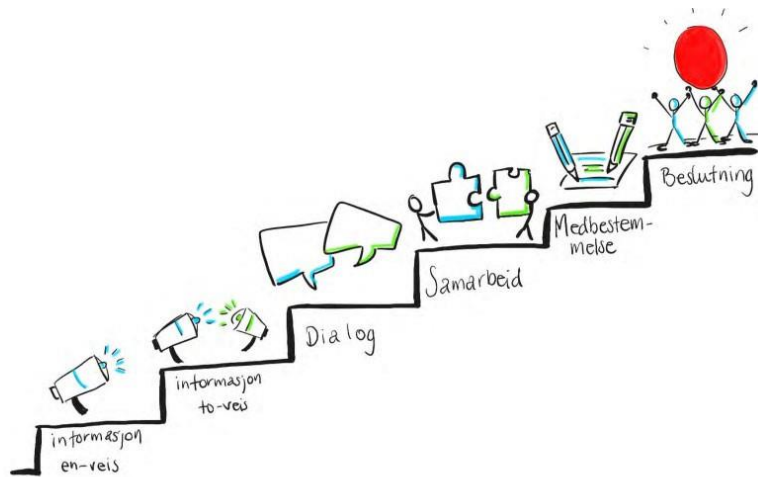
Når det gjelder medvirkning er det vanlig å skille mellom medvirkning på individ-, tjeneste- og systemnivå. På individ- og tjenestenivå er det særlig aktuelt innen velferdsområdet, og retten til

medvirkning er lovfestet i Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven) fra 1999. Retten til medvirkning i kommunale planprosesser er lovfestet og styrket etter at prinsippene om medvirkning og lokaldemokratiet i 2008 ble tatt inn i formålsparagrafen i ny Lov om planlegging og byggesaksbehandling (Plan- og bygningsloven). Videre fastsetter Kommuneleven (2018) eldres, personer med funksjonsnedsettelsers og ungdommers muligheter for deltakelse og innflytelse i offentlige beslutningsprosesser. Eldreråd, råd for personer med funksjonsnedsettelse og ungdomsråd eller annet medvirkningsorgan for ungdom skal opprettes etter bestemmelsene i kommuneloven (Kommuneleven, 2018 § 5-12).

Sherry R. Arnstein sin artikkel *A Ladder Of Citizen Participation* ble publisert i 1969. Hun spør hva innbyggermedvirkning er og svarer selv:

“My answer to the critical what question is simply that citizen participation is a categorical term for citizen power. It is the redistribution of power that enables the have-not citizens, presently excluded from the political and economic processes, to be deliberately included in the future. It is the strategy by which the have-nots join in determining how information is shared, goals and policies are set, tax resources are allocated, programs are operated, and benefits like contracts and patronage are parceled out. In short, it is the means by which they can induce significant social reform which enables them to share in the benefits of the affluent society.... participation without redistribution of power is an empty and frustrating process for the powerless.” (Arnstein,1969)

Deltakelsestrappa illustrerer ulike former for medvirkning og grad av innbyggerinvolvering. For hvert trinn oppover i trappa får innbyggerne større muligheter for deltakelse og større innflytelse på utviklingsprosesser. Den opprinnelige illustrasjonen til Arnstein har siden inspirert til andre trapper, som Elizabeth Rocha's Ladder of Empowerment (Rocha, 1997) and Roger Hart's Ladder of Children's Participation (Hart, 1992). I Norge har Distriktsenteret laget illustrasjonen i figur 3 med inspirasjon fra den opprinnelige deltakelsestrappa. Optimal grad av involvering og innflytelse avhenger av hva man ønsker å oppnå, og det vil være behov for ulike strategier for å møte ulike formål.



Figur 3. Distriktssenterets illustrasjon av deltakelsestrappa (Distriktssenteret, 2022).

Folkehelseloven løfter altså frem disse fem prinsippene som grunnleggende i folkehelsearbeidet.

Videre fastslår lovens formålsparagraf at den skal:

«... bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.»

(Folkehelseloven, 2011, §1)

Folkehelseinnsatsen skal ifølge loven altså være helsefremmende, forebyggende og sosialt utjevnenende. Når det gjelder innsatsen rettet mot barn og unge er tidlig innsats og inkluderende fellesskap vektlagt som avgjørende i det helsefremmende og forebyggende arbeidet (Meld. St. 19 (2018–2019) s. 1; Meld. St. 6 (2019–2020) s. 1; Meld. St. 10 (2018–2019) s.1).

De fleste barn og unge som vokser opp i Norge har gode oppvekstvilkår. Statistisk sentralbyrå (SSB) publiserte 31.mars 2022 en oversiktsartikkel som viser indikatorer for vedvarende lav husholdningsinntekt for 2020. I artikkelen brukes begrepet «vedvarende lavinntekt» som inntekt under 60% av mediangjennomsnittet over tre år. Andelen barn i lavinntektsfamilier var 4% i år 2000. Denne andelen hadde i 2020 økt til at det var 11,7% av barna under år 18 år som vokste opp i familier med vedvarende lav inntekt. Dette tilsvarer 115 000 barn i Norge (Normann & Epland, 2022). (Se figur 4.)



Figur 4. Andel barn under 18 år med vedvarende lav husholdningsinntekt.

Hele 6 av 10 barn som vokser opp i lavinntektsfamilier har innvandrerbakgrunn, og det er barn som selv har innvandret til Norge som er mest utsatt. Blant barn uten innvandrerbakgrunn er andelen som lever i vedvarende lavinntekt betydelig lavere enn blant barn med innvandrerbakgrunn, 5,8%. Men andelen har økt noe også for disse barna, fra 4,6% i 2011 (Normann & Epland, 2022).

Artikkelen peker videre på en mulig positiv utvikling. Antall og andel barn som lever i vedvarende lav inntekt er lik i 2020 som det var i 2019, og i tillegg viser statistikken de to siste årene en nedgang i årlig lavinntekt blant barn. Dette kan bety at økningen av barn som tilhører lavinnteksgruppen stopper opp, men det gjenstår å se om trenden er varig (Normann & Epland, 2022).

Forskning viser at de sosioøkonomiske forholdene man blir født inn i henger sammen med en rekke sykdommer og helseutfordringer. Grøholt et al., (2001) fant høyere forekomst av kroniske plager som astma, allergi og eksem blant barn av foreldre med lavere sosioøkonomisk status. Den sosiale gradienten er også tydelig for opplevelse av smerte (Grøholt et al., 2003), fedme (Andersen et al., 2005) og psykiske lidelser (Tvetene, 2006).

Viner & Macfarlane (2005) trekker frem fokus på barn og unges helseadferd, og viser til fem hovedgrunner til dette. Den første grunnen handler om at helseadferden man har som voksen kan spores bakover til helseadferd som etableres tidlig i livet. Etablering av gode helsevaner tidlig i livet kan ifølge Viner & Macfarlane (2005) altså virke beskyttende når man som ungdom og ung voksen blir ansvarlig for å etablere en selvstendig helseadferd. Videre argumenterer forfatterne for de umiddelbare effektene ved å adressere ungdoms helseadferd, som eksempelvis når det gjelder fysisk

aktivitet og risikofylt seksuell adferd knyttet til seksuelle overførbare sykdommer og uønsket graviditet. Bekymring knyttet til barn og unges økende utfordringer knyttet til fysisk og psykisk helse er den tredje grunnen som fremholdes for målrettet tiltaksutforming for barn og unge.

Tiltaksutforming rettet mot den voksne befolkningen kan synes å ikke treffe yngre mennesker, og dette kan ha sammenheng med at man tidlig i livet har en konkret forståelse av årsaksforhold og at man ikke er ferdig utviklet kognitivt. Forfatterne argumenterer med dette som bakgrunn for behov for egen tiltaksutforming rettet mot barn og unges helseadferd. Avslutningsvis er risikofylt helseadferd sin tendens til opphopning spesielt i ungdomstiden den femte grunnen som Viner & Macfarlane (2005) fremholder som argumentasjon for økt fokus på barn og unge i folkehelsesammenheng. Artikkelen til Vine & Macfarlane har fokus på individuell risikoadferd, og har slik et begrenset nedslagsfelt (Earle, 2007 s. 172). Samtidig kan man se dette fokusområdet i lys av Dahl et al. (2014) sine prinsipper for tiltaksutforming og behovet for å også ha tiltak rettet mot midt- og nedstrømsfaktorer, slik som beskrevet under kapittel 2.3 *Kommunen som aktør i sosialt utjevne tiltaksutforming*.

I 2018 publiserte Folkehelseinstituttet en kunnskapsoppsummering om barn og unges psykiske helse. Rapporten viser til at årene som barn, ungdom og overgang til tidlig voksen er av stor betydning, og oppsummerer seks punkter som råd for godt folkehelsearbeid (Skogen et al., 2019 s. 17). Det første handler om fokus på at helsefremmende tiltak har en tilleggsverdi ut over tiltakene som fokuserer på å redusere risiko. Ved å rette søkelyset på ressurser hos individet, sosial fungering og evne til å ta gode valg for helsa tilfører helsefremmende arbeid verdi ut over ren risikoreduksjon. Det andre rådet handler om å forstå, ta hensyn til og ivareta de sosiale, økonomiske, kulturelle og miljømessige helsedeterminantene i tiltaksutforming. Råd nummer tre er å følge Dahl et al. (2014) sine prinsipper for tiltaksutforming som vektlegger behovet for brede, befolkningsrettede strategier i tillegg til tiltak spesifikt rettet mot høyrisikogrupper. Som nevnt blir disse nærmere presentert i kapittelet om kommunen som aktør i sosialt utjevne tiltaksutforming. Det fjerde rådet handler om medvirkning og involvering ved å løfte frem at aktiv deltagelse og engasjement hos aktørene er en grunnleggende forutsetning for å lykkes med folkehelsearbeidet. Råd nummer fem trekker frem betydningen av å begynne tidlig da viktige risiko- og beskyttelsesfaktorer etableres i tidlige år og livsløpsperspektivet er sentralt for godt folkehelsearbeid. Det sjette rådet vektlegger tverrsektorielt samarbeid og bredde i kunnskap og virkemidler (Skogen et al., 2018 s. 17).

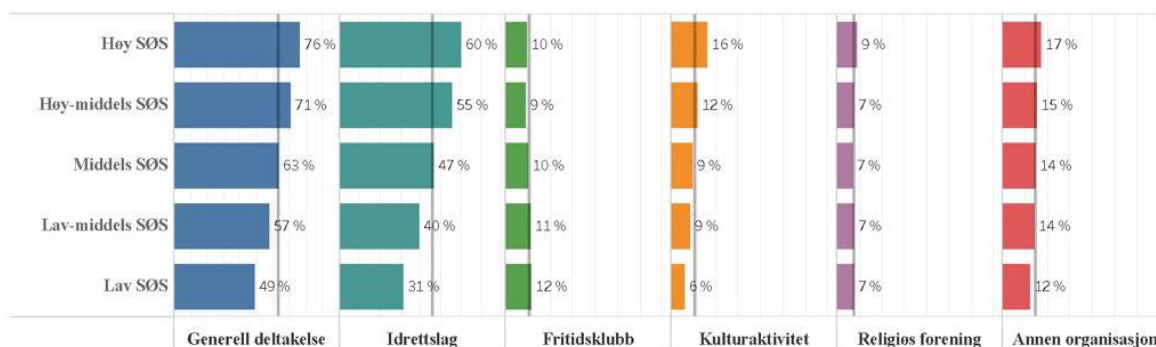
Oppsummert ser vi en rød tråd i forståelsen av helsefremmende arbeid, forskning på sosial ulikhet i helse og folkehelselovens bestemmelser. Folkehelseinstituttets kunnskapsoppsummering vektlegger videre at helsefremmende og forebyggende arbeid må skje der barn og unge befinner seg, og at de viktigste arenaene for å fremme psykisk helse og forebygge psykiske lidelser befinner seg utenfor

helsetjenesten. Arenaene som nevnes er familien, barnehage, skole, lokalsamfunnet og fritidsarenaer (Skogen et al., 2018 s. 14). I det følgende rettes fokuset på en av disse viktige arenaene i barn og unges liv; organiserte fritidsaktiviteter.

2.2 Sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge

Barn og unge som vokser opp i Norge er omgitt av tilbud om deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter. Men Ungdataundersøkelsen tyder på at det ikke er alle som har mulighet til å delta. Ungdata 2022 viser at 10 % av ungdommene på videregående skole og 14% av ungdommene på ungdomsskolen svarer at de aldri har deltatt i organiserte fritidsaktiviteter etter fylte 10 år. Andelen på ungdomstrinnet som oppgir å aldri ha deltatt i organiserte fritidsaktiviteter etter fylte 10 år har holdt seg forholdsvis stabil på 10-11% det siste tiåret, men viser nå en liten økning under koronapandemien. Når det gjelder deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter når undersøkelsen gjennomføres er andelen totalt sett 59% (Ungdata, 2022). Frivillighet Norge gjennomfører årlig en spørreundersøkelse i den norske befolkningen om temaer knyttet til frivillighet og deltakelse (Frivillighet Norge, u.å.). I 2019 inkluderte Frivillighetsbarometeret spørsmål om kostnader som barriere for deltakelse. Det var 27% av de spurte med 1-2 barn som svarte bekreftende på at økonomi var en barriere for deltakelse. Blant dem som hadde 3 eller flere barn i husholdningen svarte 33% at de hadde latt være å delta på en fritidsaktivitet på grunn av høye kostnader (Frivillighet Norge, 2019). Videre viser forskning at det er en tydelig sammenheng mellom barn og unges deltakelse og foreldrenes sosioøkonomiske bakgrunn. Dette gjelder både i hvilken grad man deltar og hva man deltar på (Jacobsen et al., 2021). Dette er forhold som adresseres nærmere i det følgende.

Vi finner altså den sosiale gradienten igjen også i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter. Rapporten *Sosial ulikhet i barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter (2021)* viser til høyere grad av deltakelse blant barn fra familier med høy sosioøkonomisk status i fritidsaktiviteter som idrett, kor, korps, kulturskoler, politiske og humanitære organisasjoner. Den eneste typen fritidsaktiviteter der man ikke kan se betydelige skjevheter knyttet til deltakelse fra ulike grupper er i religiøse organisasjoner. I fritidsklubbene er andelen ungdommer fra familier med lav sosioøkonomisk status størst (Jacobsen et al., 2021). (Se figur 5.)

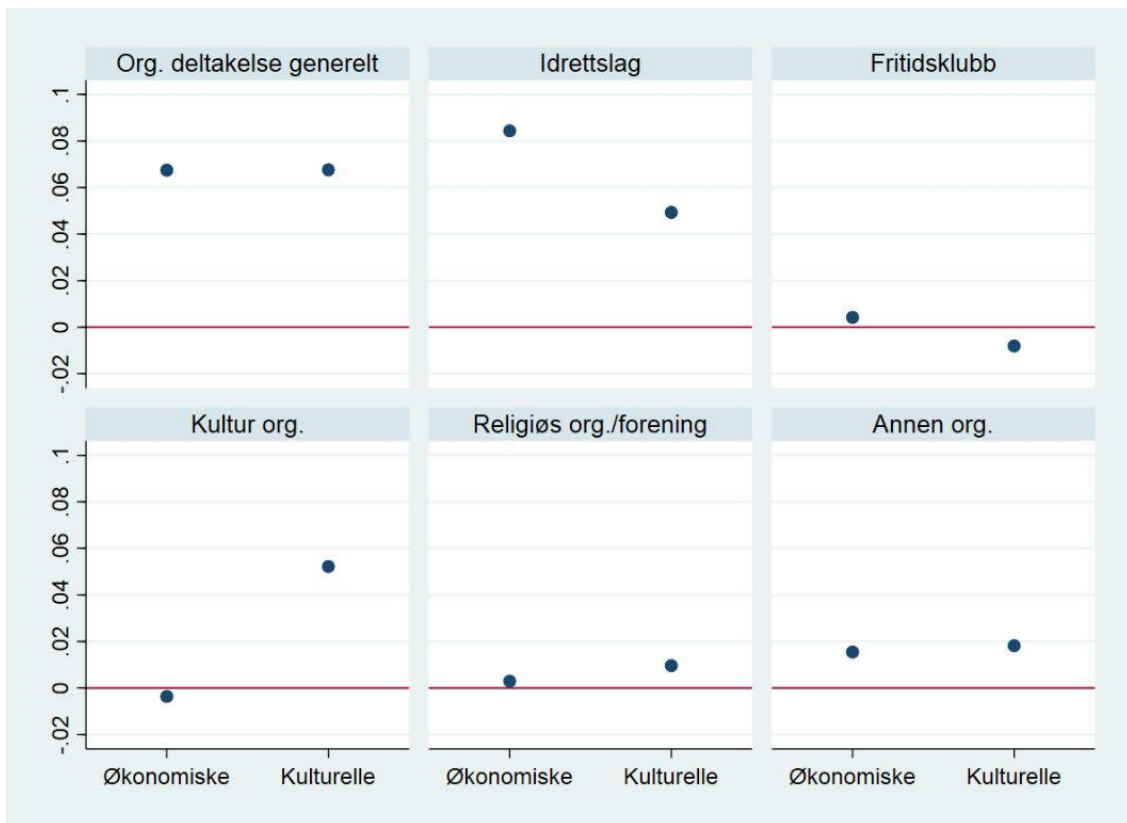


Figur 5. Andelen som deltar regelmessig i organiserte fritidsaktiviteter etter sosioøkonomiske kvintiler. Vertikal linje viser landsgjennomsnitt (Jacobsen et al., 2021).

Helt til venstre i figuren ser vi at deltakelse totalt sett følger den sosiale gradienten. Blant barn og unge i familier med lav sosioøkonomisk status ser vi at 49% svarer at de har deltatt jevnlig i minst én organisert fritidsaktivitet den siste måneden før undersøkelsen. I den øverste kvintilen, blant barn og unge med høyest sosioøkonomisk status svarer hele 76% at de deltar regelmessig i minst en organisert fritidsaktivitet. Videre viser den jevne, gradvise økningen ifølge Jacobsen et al., (2021) at det ikke er en spesifikk terskel med ressurser, som for eksempel fattigdomsgrensen, man må komme over for å delta i organiserte fritidsaktiviteter. Funnene gir oss ingen kausal forklaring, men fastslår at foreldrenes ressurser er systematisk relatert til deltakelse.

Hyggen et al., (2018) oppsummerer at forskning på sammenhengene mellom deltakelse og sosioøkonomisk bakgrunn peker mot at lavinntekt i seg selv ikke kan forklare skjevhetene. Samtidig pekes det på tilgangen til økonomiske ressurser som en viktig forklaringsfaktor. Analyser gjort av Andersen og Bakken (2018) av data fra Ung i Oslo knyttet til deltakelse i organisert idrett viser at sammenhengen med klassebakgrunn bare delvis kan forklares med faktorer som innvandringsbakgrunn, sosial kontekst og tilgang på kulturelle ressurser. Andersen og Bakken (2018) finner at den mest sentrale forklaringsfaktoren når det gjelder deltakelse i idretten er tilgang til økonomiske ressurser.

Jacobsen et al. (2021) undersøkte den relative betydningen av økonomiske og kulturelle ressurser for deltakelse i en rekke ulike typer organiserte fritidsaktiviteter. Forskerne undersøkte dette ved hjelp av lineære sannsynlighetsmodeller. De undersøkte økonomiske og kulturelle ressurser hver for seg i forhold til regelmessig deltakelse (3-4 ganger eller oftere) versus det å ikke delta i forskjellige fritidsaktiviteter. (Se figur 6.)



Figur 6. Regelmessig deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter etter økonomiske og kulturelle ressurser (Jacobsen et al., 2021, s. 38).

Ressursene er målt på en skala med tre punkter. Figur 6 viser sannsynligheten for endring i regelmessig deltakelse i prosentpoeng hvis man går et ressursnivå opp i denne skalaen. Overordnet viste analysene at nivået av både økonomiske og kulturelle ressurser påvirker sannsynligheten for deltakelse generelt. Når det gjelder deltakelse i ulike typer fritidsaktiviteter viser det seg at betydningen av kulturelle og økonomiske ressurser er ulik. De største utslagene finner de på deltakelse i kulturelle fritidsaktiviteter og i idretten. Kanskje ikke overraskende har kulturelle ressurser større betydning for kulturelle fritidsaktiviteter, der sannsynligheten øker med 7% for hvert ressursnivå. For idrett har økonomiske ressurser størst betydning, og sannsynligheten for deltakelse øker med 8% for hvert ressursnivå (Jacobsen et al., s. 38-39).

Som tidligere nevnt henger lavt sosioøkonomisk nivå sammen med innvandrerbakgrunn, og innvandrerfamilier er overrepresentert blant lavinntektsfamiliene (Normann & Epland, 2022). Jacobsen et al. (2021) har undersøkt om sammenhengene mellom deltakelse og økonomiske og kulturelle ressurser kan forklares med innvandrerbakgrunn som bakenforliggende variabel. Analysene viser at innvandrerbakgrunn har liten betydning for sammenhengen mellom deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter og henholdsvis kulturelle og økonomiske ressurser (Jacobsen et al., 2021). Oppsummert viser forskningen en tydelig sosial ulikhet i deltakelse i fritidsaktiviteter, men

uten noen klar årsaksforklaring. Vi står overfor en kompleks samfunnsutfordring et såkalt «wicked problem» (Willumsen & Ødegård, 2015).

Uavhengig av årsakene til ulikheten i deltakelse er det bekymring knyttet til dette. En bekymring for barn og unge som vokser opp i familier med vedvarende lavinntekt handler om at de blir sosialt ekskluderte som følge av at familiens manglende ressurser fører til at barna ikke kan delta i ulike aktiviteter (Fløtten & Nielsen 2020, s. 204). Dahl et al. (2014) fremholder at individuelle livsløp formes av strukturelle og institusjonelle rammebetingelser, og at fritidsaktiviteter er et av forholdene som har betydning for levekår og helse tidlig i livet. I organiserte fritidsaktiviteter opplever barn og unge å være del av et fellesskap og tilegne seg ferdigheter som kan være nyttige på andre arenaer i livet. Det er også en arena der man kan oppleve mestring, og som kan være betydningsfull for identitetsutviklingen (Sletten et al., 2015).

Regjeringen, Kommunenes sentralforbund (KS) og en rekke frivillige organisasjoner signerte i 2016 *Fritidserklæringen*. Erklæringen slår fast at alle barn skal ha mulighet til å delta jevnlig i minst én organisert fritidsaktivitet sammen med andre, og bygger på FNs barnekonvensjon artikkel 31:

Partene anerkjenner barnets rett til hvile og fritid og til å delta i lek og fritidsaktiviteter som passer for barnets alder og til fritt å delta i kulturliv og kunstnerisk virksomhet.

Partene skal respektere og fremme barnets rett til fullt ut å delta i det kulturelle og kunstneriske liv og skal oppmuntre tilgangen til egnede og like muligheter for kulturelle, kunstneriske, rekreasjons- og fritidsaktiviteter. (Regjeringen, 2016)

For å oppnå Fritidserklæringen vektlegges informasjonsarbeid og tverrsektorielt samarbeid (Regjeringen, 2016). Deltakelse i fritidsaktiviteter er et satsningsområde som det er bred politisk enighet om. Men vi har de siste årene sett politisk uenighet når det gjelder innretningen på tiltak for å øke deltakelsen. Et eksempel på dette er at Støres regjering ved regjeringsskifte i 2021 varslet at de vil stanse forsøket med «Fritidskort» som Solbergs regjering igangsatte i 2019. Forsøket har omfattet totalt 22 kommuner i Norge, og det er lagt ned store ressurser både i form av statlig finansering og lokal innsats i kommunal og frivillig sektor. Ordningen opphører 1.juli 2022 (Bufdir, 2022).

Videre har «Program for folkehelse i kommunene» satt barn og unges deltakelse på agendaen i kommunene. Dette er en tiårig satsning fra 2017 til 2027 med målsetninger om å bidra til tiltaksutvikling knyttet til deltakelse for å styrke barn og unges psykiske helse og livskvalitet (Helgesen et al., 2017). Nullpunktsundersøkelsen for Program for folkehelse i kommunene, *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet*, undersøkte blant annet status for kommunenes tiltak rettet mot deltakelse på ulike arenaer og mot sosial ulikhet. Når det gjelder

deltakelse oppsummerer Helgesen et al. (2017) at kommunene gjør en del knyttet til sine tjenester, og først og fremst rettet mot foreldre og foreldrerollen. Hele 90% av kommunene svarer at de samarbeider med frivillige organisasjoner knyttet til barn og unges fritid (Helgesen et al., 2017 s. 57). Over 90% av kommunene som har respondert på nullpunktsundersøkelsen svarer at de mener de kan bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. Tiltak som retter seg mot sosial ulikhet vektlegges, med bakgrunn i deres betydning for å bygge ned sosiale og økonomiske barrierer tilknyttet barn og unges aktivitet i fritiden. (Helgesen et al., 2017 s. 78). Videre pekes det på betydningen av å legge til rette for barn og unges medvirkning og at kommunene arbeider med tiltak knyttet til fritid og deltakelse i fritidsaktiviteter (Helgesen et al., s. 59-60). I den tredje delen av oppgavens teoretiske referanserammen presenterer kommunens rolle i denne sammenheng nærmere.

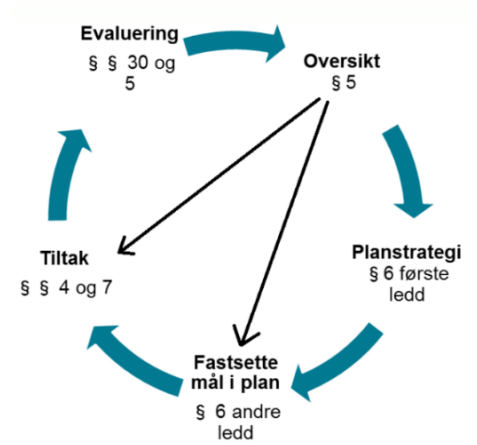
2.3 Kommunen som aktør i sosialt utjevningstiltaksutforming

Folkehelseloven beskriver at folkehelse er et ansvar i alle sektorer og på alle forvaltningsnivåer. Men det er kommunene som etter loven skal ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og iverksette tiltak med bakgrunn i utfordringsbildet (Folkehelseloven, 2011 §§5-7). Kommunen skal «... *ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne*» (Folkehelseloven, 2011, § 5). Med bakgrunn i utfordringsbildet skal kommunen etter §§ 6 og 7 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet og iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer.

Folkehelselovens §23 slår videre fast at kommunens folkehelsearbeid skal være kunnskapsbasert. Det innebærer at beslutninger skal fattes i tråd med kunnskap innen forskning, fag og erfaring. Det er behov for god kunnskap om befolkningens helsetilstand, årsakssammenhenger og effekten av forebyggende og helsefremmende tiltak for å oppnå kunnskapsbasert folkehelsearbeid (Mld. St 34 kap 6.) Forskrift om oversikt over folkehelsen (2012, § 1) sitt formål er å legge til rette for oversiktsarbeidet. Forskriften skal bidra til samordning og standardisering og beskriver kommunenes, fylkeskommunenes og Folkehelseinstituttets forpliktelser knyttet til arbeidet med oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne (Forskrift om oversikt over folkehelsen §§2-7). § 8 i forskriften beskriver hvordan man skal informere og legge til rette for medvirkning knyttet til oversiktsarbeidet. Det vektlegges at presentasjon av oversiktsarbeidet skal gjøres på en måte som ikke skaper stigmatisering og at «*Medvirkning fra befolkningen regnes som et bærende prinsipp i folkehelsearbeidet.*»

Det systematiske folkehelsearbeidet kobler oversiktsarbeidet til det kommunale plansystemet. Oversiktsarbeidet legges til grunn for planstrategien, der planbehovet for kommende fire år vurderes

og prioriteres. Deretter skal kommuneplanens samfunnsdel gi status og retning og det skal med bakgrunn i denne utvikles tiltak som evalueres og blir en del av ny omgang med oversiktsarbeid (Helsedirektoratet, 2019). (Se figur 7.)



Figur 7. Illustrasjon av det systematiske folkehelsearbeidet (Helsedirektoratets veileder *Systematisk folkehelsearbeid*).

Riksrevisjonen gjennomførte i 2014-2015 en undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid i Norge. I denne undersøkelsen kom det frem at nesten halvparten av kommunene mener levekår og sosial ulikhet er blant de største utfordringene på folkehelsefeltet, men kun 15% har iverksatt de fleste av tiltakene sine på feltet. Kommunene anga psykisk helse som den største utfordringen i folkehelsearbeidet. Videre viser rapporten til behov for styrket oppfølging av det kommunale folkehelsearbeidet, for å øke kunnskapen om hva som er effektive folkehelseiltak og forankringen av folkehelsearbeidet utenfor helsesektoren (Riksrevisjonen, 2015). Et av svarene på denne rapporten fra daværende statsråd for Helse- og omsorgsdepartementet Bent Høie var en satsning for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet: «Program for folkehelsearbeid i kommunene». (Riksrevisjonen, 2015). Folkehelseprogrammet ble iverksatt som et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, KS, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Målgruppen for programmet er altså barn og unge, og har fem elementer:

- *Kunnskapsbasert utvikling av tiltak i kommunene*
- *Kompetansestøtte og erfaringsspredning på tvers av kommuner og fylker*
- *Videreutvikling og implementering av styringsdata*
- *Styrket samarbeid mellom aktører*
- *Samordning av statlige føringer og virkemidler rettet mot kommunene*

«Program for folkehelsearbeid i kommunene» fremmer tiltak som retter seg mot brede grupper av barn og unge på arenaer barn og unge naturlig oppholder seg, samt medvirker til å redusere sosiale ulikheter i psykisk helse. Nedbygging av sosiale og økonomiske barrierer for barn og unges aktivitet i fritiden trekkes frem som ett fokusområde (Helgesen et al., 2017). Nullpunktsundersøkelsen hadde også fokus på hvordan kommunene tar i bruk plansystemet. Rapporten oppsummerer at de fleste kommunene er godt i gang med det systematiske folkehelsearbeidet, men undersøkelsen viser samtidig at rett i underkant av 10% av kommunene i undersøkelsen manglet en oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer. Videre svarte 11% av kommunene som hadde en folkehelseoversikt at forhold som fremmer psykisk helse ikke var inkludert. Kommunene ble også bedt om å oppgi hvorvidt de hadde tiltak for å forebygge psykiske lidelser og rusmiddelrelaterte skader for barn og unge, samt om mål for å redusere stress og øke livskvaliteten for barn og unge i planverket sitt. 55% av kommunene i undersøkelsen oppgav at de hadde mål i kommuneplanens samfunnsdel for å øke trivsel og livskvalitet hos barn og unge, mens 54% oppgav at de hadde målsetninger knyttet til forebygging av psykiske lidelser hos denne målgruppen i denne planen. Når det gjelder sosial ulikhet mener som tidligere nevnt over 90 % av kommunene at de kan redusere sosial ulikhet, og Helgesen et al., (2017 s. 78) oppsummerer at kommunene benytter egne tjenester, arenaer for fritidsaktiviteter og medvirkning for barn og unge til å fremme folkehelse tiltak som kan medvirke til å redusere sosial ulikhet i helse, men at de trolig i mindre grad anser det som sitt ansvar å inkludere dette generelt i egne tjenesteområder.

Videre har Helsedirektoratet utarbeidet en veiviser for kommunenes tiltaksutforming på folkehelsefeltet: *Lokale folkehelse tiltak – veiviser for kommunen* (Helsedirektoratet, 2021). Denne beskrives av Helsedirektoratet som «...en kunnskapsbase og faglig plattform, og skal være et hjelpemiddel for kommunenes kunnskapsbaserte og systematiske folkehelsearbeid.» I veiviseren er det definert 9 fokusområder for lokalt folkehelsearbeid: Alkohol, fysisk aktivitet, seksuell helse, tobakk, ernæring, bolig, arbeid, økonomi og psykisk helse og livskvalitet. Fokusområdene er pekt ut med bakgrunn i §7 i folkehelseloven: «Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunenes folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.» (Folkehelseloven, 2011, §7).

Veiviseren er altså myndighetenes retningsgivende dokument for kommunenes tiltaksutforming på folkehelsefeltet, og er en del av «Nasjonale faglige råd». Helsedirektoratet beskriver nasjonale faglige råd slik: «Nasjonale faglige råd blir gitt på områder med lite faglig uenighet, men der det likevel er behov for å gi nasjonale råd og praktiske eksempler relatert til pasienter og befolkning.

Helsedirektoratet har et lovfestet mandat til å utgi nasjonale faglige råd, både når det gjelder folkehelse, kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten.» (Helsedirektoratet, 2022). Lokale folkehelse tiltak – veiviser for kommunen har i sin innledning definert sin målgruppe slik:

- **Kommunene** arbeider med folkehelse på et strategisk nivå, både i planarbeid og i implementeringsfasen. Målgruppene her er folkehelsekoordinatorer, planleggere, lokalpolitikere og andre i kommunal virksomhet
- **Fylkeskommunen** som ansvarlig for folkehelsen i regional utvikling/planlegging (§§ 20 og 21 i folkehelseloven), og som understøtter av kommunalt folkehelsearbeid. Målgruppen her vil i likhet med kommunene være folkehelsekoordinatorer, planleggere, regionalpolitikere og andre.
- **Fylkesmannen** som ansvarlig for å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid (§ 23 i folkehelseloven).

(Helsedirektoratet, 2022)

Innledningsvis beskriver helsedirektoratets Lokale folkehelse tiltak – veiviser for kommunen at godt folkehelsearbeid også må handle om sosial ulikhet i helse, og peker på Dahl et al. (2014) sine prinsipper for tiltaksutforming for utforming av tiltak som reduserer sosial ulikhet i helse. I rapporten Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt (Dahl, 2014) vektlegges behovet for tiltak etter de to følgende prinsipper for å redusere sosiale ulikheter i helse:

1. Brede, befolkningsrettede strategier i tillegg til strategier rettet spesifikt mot høyrisikogrupper
2. Strategier rettet direkte mot alle ledd i årsakskjeden som fører til sosial ulikhet i helse, og spesielt mot helsedeterminantene

Det første prinsippet begrunnes med det som ofte kalles forebyggingsparadokset. Det innebærer at forebyggende tiltak rettet mot dem med høyest risiko i folkehelsesammenheng vil ha liten effekt. Dette fordi høyrisikogruppen i antall gjerne er liten, mens det i store befolkningsgrupper er så mange flere personer at effekten i sum også blir stor. Det andre prinsippet begrunnes med at helsegradienten peker mot felles bakenforliggende strukturelle årsaker, og at disse også må adresseres i tiltaksutformingen mot sosial ulikhet i helse (Helsedirektoratet, 2021).

Helsedirektoratet (2021) viser med bakgrunn i dette til at en vellykket strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller bør inneholde tiltak i alle celler av matrisen som vises i tabell 1.

Tabell 1. Oppstrøms-, midtstrøms-, og nedstrømsfaktorer for befolknings- og høyrisikostrategier, her illustrert av Helsedirektoratet som årsakenes årsaker, årsaker og effekt (Helsedirektoratet, 2021).

	Årsakenes årsaker	Årsaker	Effekt
Befolkningsstrategier	Oppvekst, arbeid, økonomi	Arbeidsmiljø, bomiljø, matvarepriser	Helsetjenester
Høyrisikostrategier	Inntektssikring	Målrettede livsstilstiltak	Målrettede helsetiltak

I matrisen finner vi oppstrømsfaktorer (årsakenes årsaker), midtstrømsfaktorer (årsaker) og nedstrømsfaktorer (effekt) (Dahlgren & Whitehead, 1991; Rantala et al., 2014). Denne tilnærmingen fordrer langsiktig tverrsektorielt samarbeid knyttet til komplekse utfordringer, og kunnskap om effektiv tiltaksutforming i alle cellene. Kunnskapsoppsummeringen *Social and health policies or interventions to tackle health inequalities in European cities: A scoping review* (Pons-Vigués et al., 2014) konkluderte med at til tross for at helseatferd ikke er den grunnleggende determinanten for helseforskjeller, så fokuserer majoriteten av de publiserte intervensjonene på nettopp dette. Forfatterne etterlyser i sin oppsummering intervensjoner rettet mot sosiale helseforskjeller.

Dahl et al., (2014) beskriver forskningsbasert kunnskap om lokal tiltaksutforming slik:

«Det er en drift mot spesifikk kunnskap om de «små» og umiddelbare spørsmål, det vil si om betydningen av enkelte nedstrøms faktorer, mens kunnskap om tiltakseffekten av makrososiale oppstrøms faktorer i stor grad mangler.»

Westin og Giæver (2012) kalte dette loven om den omvendte evidens: vi har dårligst kunnskap om tiltak som har størst potensial for å redusere ulikhet i helse.

Sosial ulikhet i helse er et «wicked problem»; en sammensatt utfordring som må løses på tvers av sektorene (Kobro, 2018). De siste tiårene har det vært et økende fokus både i offentlig og frivillig sektor, blant forskere og politikere på hvordan fremtidens velferdsbehov skal dekkes (Guribye, 2016). Vi har utgifter til velferdstjenester som ikke er bærekraftige, og for å skape bærekraft pekes det fra sentrale myndigheter på samspill mellom offentlige tjenester, næringsliv og frivilligheten. (Meld. St. 13 (2018–2019) Muligheter for alle - Fordeling og sosial bærekraft. Meld. St. 10 (2018–2019) Frivilligheita - sterk, sjølvstendig, mangfaldig, Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn).

Bærekraftig utvikling ble først satt på den internasjonale agendaen i 1987, gjennom rapporten «Our common future» som også er kjent som Brundtland-rapporten. Rapporten omtaler fattigdoms- og miljøutfordringer og ser på hvordan vi kan skape en utvikling som ikke ødelegger for kommende generasjoner (World Commission on Environment and Development, 1987). FN har videre fulgt opp

dette fokuset gjennom tusenårsmålene som ble lansert i 2000 og varte til 2015, og bærekraftsmålene som ble lansert i 2015 og varer til 2030 (FN-sambandet, 2022).

Utfordringer knyttet til bærekraft gjør seg også gjeldende i norske kommuner. Over tid har kommunene meldt om manglende samsvar mellom oppgavene de settes til å løse og ressursene de står over (Vike, 2006; Willumsen & Ødegård, 2015). For fremtiden må vi bygge et velferdssamfunn – ikke en velferdsstat. Videre er det i praksis slik at velferdsproduksjonen foregår der menneskene lever sine liv, i kommunene. Til tross for statlig finansiering og institusjoner på fylkeskommunalt nivå er kommunene i stor grad ansvarlig for velferdsproduksjonen til sine innbyggere. Når fokus på innbyggernes rettigheter og forventningene fra befolkningen til velferdstjenester stiger samtidig som demografien endrer seg og utgiftene øker, blir kommunene satt i en presset situasjon. I denne sammenheng blir samskaping holdt frem som modell (Kobro, 2018). Samskaping handler om å koble ressurser på tvers av sektorene, og det handler om å utvikle løsninger sammen med innbyggerne i stedet for til dem. Når man samskaper tilbud og tjenester er alle deltakere (fra offentlig, privat og/eller frivillig sektor) likeverdige aktører. Samskaping er en modell som kan gi demokratiske, økonomiske og sosiale gevinster (Kobro, 2018).

Videre legger modellen som nevnt til grunn at man går inn i utvikling av lokalsamfunnets tilbud og tjenester som likeverdige aktører; om man er innbygger, offentlig ansatt, privat næringsdrivende eller frivillig forening. Samskaping forutsetter altså en endring i maktstrukturer. Kommunen kan ikke lenger (alene) være premissleverandør eller sitte på definisjonsmakta verken for hva problemstillingen eller løsningen er. Samtidig kan ikke aktører i sivilsamfunnet forvente at kommunen skal «levere» utvikling av velferdsgoder og lokalsamfunnsutvikling, men må ta eierskap og ansvar for utvikling i likeverdige partnerskap (Kobro, 2018). Denne utviklingen av kommunen som aktør var Skanderborg kommune i Danmark først ute med å beskrive som ulike versjoner av kommuner. Kommune 1.0 er formynderkommunen; der innbyggerne henvendte seg til kommunen med «lua i hånda». Kommune 2.0 er servicekommunen; der innbyggerne bestemmer og forventer levering av tjenester fra kommunen. Kommune 3.0 er altså kommunen der vi skal skape velferd sammen; den samskapende kommunen (Kobro, 2018). (Se figur 8.)



Figur 8. Utvikling av kommunen (KS, 2022).

Gjennom KS stiller altså kommunene seg bak Fritidserklæringen (2016) og samarbeider også med Frivillighet Norge og Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) om læringsløft for og med kommuner, fylkeskommuner og lokal frivillighet som oppfølging av Fritidserklæringen. «Program for folkehelse i kommunene» har videre rettet fokus mot fritidsarenaer og betydningen for sosial ulikhet i helse. I Norge arrangeres majoriteten av organiserte fritidsaktiviteter av frivillig sektor gjennom lag og foreningers tilbud om idrettsaktiviteter, kor, korps, friluftsliv samt religiøse og interessegrupper (Bakken, 2018). Innsats for å sikre at alle barn og unge har mulighet til å delta i fritidsaktiviteter må derfor nødvendigvis være tverrsektoriell, og vi må i fellesskap finne løsninger for sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge (Fritidserklæringen, 2016).

3. Metode

Metode, som kommer av det greske ordet *methodos*, betyr å følge en bestemt vei mot et mål (Johannessen et al., 2021, s. 21) Samfunnsvitenskapelig metode handler om måten man går frem for hente inn, analysere og tolke informasjon, eller data som det heter i forskningssammenheng. Metodelæren gir oss fremgangsmåter som bevisstgjør oss og sikrer at vi undersøker informasjonen med systematikk, grundighet og åpenhet. (Johannessen et al., 2021 s. 21-22). Jeg vil her redegjøre for valg av design og metode, beskrive datainnsamlingen og analysen samt drøfte etiske aspekter ved studien.

Forskningsdesignet dreier seg om formen på og planen for forskingen. Det gir en beskrivelse av undersøkelsens fokus og problemstilling samt hvordan undersøkelsen skal foregå (Johannessen et al., 2021 s. 265). Fokuset for denne undersøkelsen var å se på kommunenes forutsetninger og mulighetsrom for å drive kunnskapsbasert folkehelsearbeid knyttet til deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter og sosial ulikhet. Oppgavens teoretiske referanseramme har vært en av faktorene

som har påvirket valget av forskningsdesign. I samfunnsvitenskapelig forskning er forholdet mellom teori og empiri bundet tett sammen. Dersom man tar utgangspunkt i teori og tester om empiri bekrefter eller avkrefter førstnevnte kalles det for deduktiv tilnærming. Dersom man begynner med empirien og jobber mot å finne mønstre som kan bli til teorier kalles det en induktiv tilnærming. Verken teorier uten empirisk underbygning eller empiriske undersøkelser uten teoretisk forankring vil kunne bidra til å belyse eller skape ny innsikt knyttet til samfunnsvitenskapelige fenomener. Koblingen mellom teori og empiri er altså avgjørende for å kunne utvikle kunnskap på det samfunnsvitenskapelige feltet (Johannesen et al., 2021 s. 30-31). Jeg valgte å undersøke dokumenter for å rette søkelyset mot det systematiske folkehelsearbeidet i sammenheng med sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge. Ved å se på dokumenter på lokalt nivå i forhold til sentrale myndigheter sine råd og anbefalinger er målsetningen å bidra til økt innsikt knyttet til lokal tiltaksutforming. I problemstillingen «I hvilken grad er det samsvar mellom Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen* og kommunenes tiltaksutforming rettet mot sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge?» ligger det altså gitt at datagrunnlaget er tekster. Jeg vil med utgangspunkt i dette datagrunnlaget søke å finne meningsfulle mønstre. Når data foreligger som tekst, og kan gi innsikt og helhetlig forståelse av spesifikke kontekster, vil man ofte benytte kvalitativ metode. (Johannesen et al., 2021 s. 152). Mitt valg av metode er basert på problemstillingen, teoretisk referanseramme og det jeg ønsket å undersøke; jeg valgte å gjennomføre en kvalitativ dokumentanalyse.

3.1 Utvalg av dokumenter

Problemstillingen stiller spørsmålstegn ved graden av samsvar mellom råd fra sentrale myndigheter og strategier på lokalt nivå. Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser for kommunen*. Dette er myndighetenes retningsgivende dokument for kommunenes tiltaksutforming på folkehelsefeltet, og gir en rekke råd knyttet til hvordan man kan møte folkehelseutfordringer knyttet til temaområdene alkohol, fysisk aktivitet, seksuell helse, tobakk, ernæring, bolig, arbeid, økonomi og psykisk helse og livskvalitet. Med bakgrunn i oppgavens problemstilling er det delen som omhandler psykisk helse og livskvalitet i denne veiviseren som i hovedsak har vært fokusområde.

På folkehelsefeltet kreves det langsiktig og tverrsektoriell innsats for å skape endringer. I kommunene er det kommuneplanens samfunnsdel som legger overordnede føringer for kommunen med et 12 års perspektiv. Samfunnsdelen gir retning og har konkretisert mål og strategier for kommunen både som organisasjon og som lokalsamfunn. Valget mitt falt derfor ned på å undersøke dette styringsdokumentet. Alle kommuner i Norge omfattes av Helsedirektoratets *Lokale*

folkehelseiltak – en veiviser for kommunen. Når det gjelder utvalg knyttet til antall og hvilke kommuner skjedde det på bakgrunn av refleksjoner rundt avgrensning med bakgrunn i oppgaves omfang samt ønske om både mangfold og sammenheng blant de utvalgte kommunene. Kommunene i Norge er svært ulike blant annet når det gjelder størrelse i antall innbyggere og kommuneadministrasjon. Jeg ønsket at utvalget skulle ha noe mangfold i så henseende. På denne måten tenkte jeg at jeg kunne undersøke en viss bredde. Samtidig vurderte jeg at det ville være hensiktsmessig om utvalget stod i en viss sammenheng til hverandre, og hadde noen fellestrekk med tanke på utfordringsbilde og utviklingstrekk. Begrunnelsen for dette var mulighet for se på likheter og forskjeller. Det ble derfor naturlig å undersøke kommuner med felles tilhørighet i en felles region, og samtidig gjøre et utvalg som stod i passende forhold til omfanget i en masteroppgave. Jeg falt derfor ned på at jeg ville undersøke samfunnsdelen av kommuneplanen i seks kommuner i en region i Sør-Norge. De seks kommunene har fellestrekk knyttet til geografi og kulturelle forhold. Samtidig er de svært ulike når det gjelder befolkning, der dette varierer fra rett over tusen innbyggere til godt over 100 000 innbyggere. Jeg søkte etter og lastet ned samfunnsdelen av kommuneplanene gjennom kommunenes nettsider og innsynsløsninger. Jeg har vurdert at det ikke er viktig for undersøkelsen hvilke kommuneplaner som er i utvalget. Med dette som bakgrunn har jeg valgt å benevne kommunene som Kommune 1-6.

Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser for kommunen* er i hovedsak skrevet for offentlig ansatte som skal bruke det i sitt arbeid med tiltaksutforming på folkehelsefeltet. Kommuneplanens samfunnsdel er et dokument som skal beskrive overordnede satsningsområder og strategier. Dokumentet er utarbeidet både for kommunens ansatte og for innbyggerne i kommunen. Tekstene jeg valgte å analysere er utarbeidet uavhengig av min undersøkelse, og med en annen hensikt enn å bli brukt til å besvare et forskningsspørsmål. Dette må jeg ta hensyn til i min behandling av dem ved å ha deres opprinnelige intensjoner med meg (Bowen, 2009).

3.2 Analyseprosess

Innen folkehelse er den sosiale gradienten en grunnleggende forståelsesramme, og vi ønsker å avdekke bakenforliggende årsaker. Med dette som bakteppe følger det naturlig for meg å etterstrebe søken etter noen sentrale forhold knyttet til problemstillingen i dokumentanalysen. Dette sammenfaller med Johannesen et al. (2021, s. 165) sin beskrivelse av at man i fenomenologiske studier er på jakt etter det som viser seg eller fremstår for oss i datamaterialet. Jeg ønsket å identifisere meningsfulle mønstre for min problemstilling, og analysere dataene med mål om å utvikle innsikt om tiltaksutforming på folkehelsefeltet. Jeg ønsket å beskrive hvordan fenomener fremstår, men er bevisst på at jeg tar med meg min forforståelse inn i undersøkelsen. Fordi man i

kvalitativt arbeid alltid må erkjenne at forskerens forforståelse setter sitt preg på undersøkelsen, er det ifølge Malterud (2017 s. 46) svært viktig å ha et aktivt og bevisst forhold til dette for å forebygge at man går inn i prosjekter med skylapper og begrenset horisont. Jeg har med bakgrunn i dette forsøkt å ha et kontinuerlig fokus på å forholde meg til tekstene med et åpent sinn og å ha en induktiv tilnærming i undersøkelsen.

Johannesen et al. (2021, s. 152) forklarer altså at man i arbeid med tekst vil være opptatt av å få frem meningsinnholdet i teksten. Kvalitative design er mangfoldige, og åpner opp for mange måter å løse prosjektet sitt på. Det fordrer en sterk bevissthet knyttet til transparens slik at undersøkelsen som er gjort kan ettergås. I følge Johannessen et al. (2021) vil valg av et etablert forskningsdesign gjøre det lettere å skape transparens i undersøkelsen. Jeg valgte i denne undersøkelsen å gjøre en analyse av meningsinnhold i fire steg: (1) helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold, (2) meningsbærende enheter, (3) kondensering og (4) sammenfatning. Malterud (2017, s. 97) bruker begrepet «Systematisk tekstkondensering», og gir en detaljert beskrivelse av en slik dokumentanalyse. Denne undersøkelsen er gjort etter beskrivelsene Johannesen et al. (2021 s. 170-179) gir. Denne beskrivelsen er valgt etter gjennomlesning av begge beskrivelsene, og en vurdering av hvilken fremgangsmåte som var formålstjenlig for denne undersøkelsen. Det er ikke store forskjeller, men jeg vurderte at Malterud (2017) sin svært detaljerte og «gravende» fremgangsmåte er mer egnet for eksempelvis analyse av transkriberte tekstsider etter intervjuer mens Johannesen et al. (2021) sin beskrivelse er mer egnet for denne undersøkelsen av offentlige dokumenter. Valget sikrer systematikk i analysearbeidet, der målsetningen er å identifisere beskrivelser som gir innsikt i lokal tiltaksutforming rettet mot sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge.

Denne undersøkelsen har altså vært på jakt etter forhold som har betydning for sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge. Dokumentene er lest med mål om å finne meningsinnhold knyttet til dette tema. Det innebærer at hovedfokus for undersøkelsen når det gjelder Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser for kommunen* har vært temaområdet psykisk helse og livskvalitet. Hele veiviseren er lest gjennom og undersøkt, men fokuset på dette temaområdet er et resultat av at det var under dette området jeg fant meningsbærende elementer med betydning for problemstillingen. Jeg startet alle fasene av dokumentanalysen ved å undersøke *Lokale folkehelseiltak – en veiviser for kommunen*. Deretter tok jeg for meg kommuneplanenes samfunnsdel i tilfeldig rekkefølge.

Ved gjennomlesning og koding av Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser til kommunen* kommer det tydelig frem at tiltak mot sosial ulikhet i deltakelse i organiserte

fritidsaktiviteter omfatter forhold utover det som dreier seg om konkrete barrierer som eksempelvis deltakeravgifter eller logistikk. Jeg har i denne undersøkelsen valgt å avgrense gjennom å forholde meg til «organiserte fritidsaktiviteter» som sentralt begrep i problemstillingen min. Det vil si at jeg ikke har inkludert tiltak som retter seg mot eksempelvis utvikling av lekeplasser og grøntområder eller fysisk aktivitet. Jeg har videre inkludert faktorer for deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn unge som levekår, medvirkning og oversiktsarbeid. Dette er gjort med bakgrunn i erkjennelsen av grunnleggende strukturer og premisser i samfunnet sin betydning for barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, som presentert i den teoretiske delen av oppgaven. Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser* vektlegger også at deltakelse er sentralt for god helse og livskvalitet for barn og unge, og at man derfor må sørge for gode rammebetingelser for deltakelse (Helsedirektoratet, 2021).

I den første fasen av en analyse av meningsinnhold skal man lese gjennom materialet for å skaffe seg et helhetsinntrykk og se etter temaer som peker seg ut (Johannesen et al., 2021 s. 170). Ved første gjennomlesning var jeg opptatt av å skape meg et inntrykk av «essensen» av hvert enkelt dokument. Jeg skrev ut dokumentene og noterte meg temaer jeg opplevde var sentrale i margin underveis i lesinga. Etter å ha lest gjennom hele dokumentet lagde jeg en kort oppsummering av innholdet. Deretter tok jeg meg en kort pause før jeg gjentok prosessen med neste dokument.

Neste fase i dokumentanalysen kalles koding. Når man leser teksten søker man å identifisere meningsbærende elementer i teksten. Disse markeres så med ett eller flere kodeord som klassifiserer tekstelementet. På denne måten kan man senere skape sammenheng mellom ulike tekstelementer (Johannesen et al., 2021 s. 172). Når jeg skulle begynne arbeidet med koding, lagde jeg en tabell for hvert dokument. Der la jeg inn tekst med meningsbærende elementer for problemstillingen, og lagde koder som beskrev de meningsfulle utsnittene. Her arbeidet jeg parallelt med det utskrevne dokumentet og en digital versjon. Jeg leste i det utskrevne dokumentet for å identifisere meningsbærende elementer, skrev koder i margin og brukte så den digitale versjonen til arbeidet i tabellen. Mange av kodene ble laget under lesingen av veiviseren, men jeg supplerte også med flere koder i arbeidet med kommuneplanene når jeg fant at kodene jeg hadde ikke dekket den nye meningsbærende teksten. Jeg gikk også tilbake til veiviseren for å se om jeg fant meningsbærende tekstelementer som jeg tidligere hadde oversett knyttet til koder som jeg opprettet med bakgrunn i funn i kommuneplanene.

I denne delen av analysen opplevde jeg at det falt veldig naturlig å kode materialet med bakgrunn i teori- og forforståelsen min. Forforståelsen kan være til hinder for identifiseringen av funn i det empiriske materialet (Malterud, 2017 s. 113). Jeg var bevisst på å se etter mer enn det forforståelsen

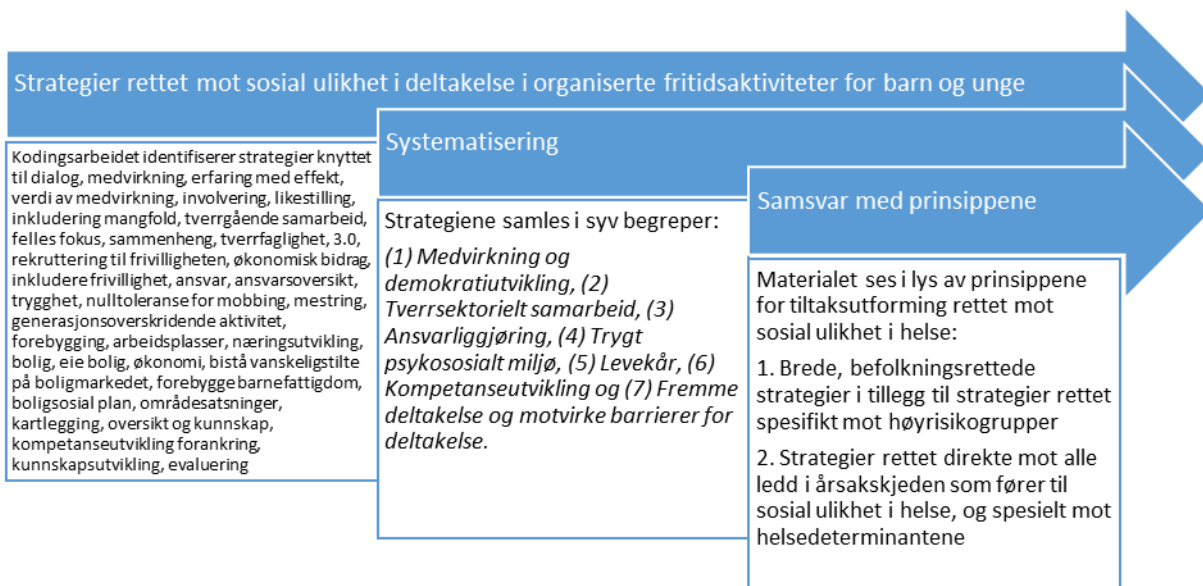
min «antok» å finne, og jeg etterstrebet derfor å senke lesefarten og reflektere kontinuerlig over det jeg leste.

I den tredje fasen av analysen skal man trekke ut de delene av teksten man har definert som meningsbærende og kodet. Man sitter da igjen med et redusert materiale, og fasen kalles derfor kondensering. Det kondenserte materialet ordnes så etter kodeordene (Johannesen et al., 2021 s. 174 - 176). I kondenseringen av materialet benyttet jeg meg av et Excel-dokument som verktøy. Jeg systematiserte de meningsbærende tekstelementene etter kodeordene, og samlet rådene fra veiviseren i en kolonne og strategiene i kommuneplanene i neste kolonne. Da jeg arbeidet med de meningsbærende elementene på denne måten så jeg at noen av kodeordene kunne slås sammen, og jeg utviklet mer abstrakte kategorier. Jeg hadde også ulike farger på de meningsbærende elementene fra forskjellige kommuneplaner, for å holde oversikt og kunne sammenligne tiltak mellom kommunene.

I den fjerde fasen skal materialet settes sammen igjen med utgangspunkt i kodeordene. Da jeg satt sammen det fortettede materialet opplevde jeg at enda flere av kodene og kategoriene kunne slås sammen og jeg kunne sammenfatte til relevante beskrivelser og begreper knyttet til lokal tiltaksutforming for sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge. Jeg så sammenhenger i dataene som jeg ikke hadde sett på et tidligere tidspunkt, slik Johannesen et al. (2021 s. 177) beskriver at kan skje. Jeg gikk da tilbake til Excel-dokumentet og rettet dette opp. Jeg endte til slutt opp med de syv begrepene *(1) Medvirkning og demokratiutvikling (2) Tverrsektorielt samarbeid, (3) Ansvarliggjøring, (4) Trygt psykososialt miljø, (5) Levekår, (6) Kompetanseutvikling og (7) Fremme deltakelse og motvirke barrierer for deltakelse*. Funnene som ble gjort på veien gjennom fasene blir nærmere beskrevet i presentasjonen av resultater.

Videre undersøkte jeg materialet i lys av Dahle et al. (2014) sine prinsipper for effektiv tiltaksutforming på folkehelsefeltet. På denne måten får vi et annet bilde av kommunenes tiltaksutforming rettet mot sosial ulikhet i helse i deltakelse i fritidsaktiviteter. Dette bildet viser hvordan vekten av tiltakene er fordelt både når det gjelder målgruppe og innretning mot oppstrøms-, midtstrøms og nedstrømsfaktorer.

Jeg har altså både undersøkt materialets meningsinnhold og innretning av strategier sett i lys av prinsippene for tiltaksutforming etter Dahl et al. (2014). (Se figur 9.)



Figur 9. Analyseprosessen i tre hovedbolker som ligger bak presentasjonen av funn: fra koder til begreper, samt sett i lys av prinsippene for tiltaksutforming rettet mot sosial ulikhet i helse etter Dahl et al. (2014).

Jeg har valgt å presentere resultatene sortert etter de syv begrepene som ble identifisert i analyseprosessen, etterfulgt av en gjennomgang av funnene knyttet til innretningen av tiltak i lys av Dahl et al. (2014) sine prinsipper for tiltaksutforming.

3.3 Etske betraktninger knyttet til dokumentanalysen

Det er alltid viktig å gjøre vurderinger knyttet til etiske aspekter i forskning. Denne undersøkelsen inneholder ikke personopplysninger, og er dermed ikke underlagt meldeplikten til Norsk senter for dataforskning (NSD) (Johannesen et al., 2021).

Dokumentene i denne undersøkelsens utvalg er offentlige dokumenter, og ligger tilgjengelig på Helsedirektoratets og kommunenes nettsider. Jeg har likevel valgt å la være og bruke kommunenavnene. Dette henger sammen med de små forholdene i enkelte kommuner, der man kan se for seg at det er få personer som utarbeider og er ansvarlige for en kommuneplan.

Kommuneplanene er videre ikke utarbeidet i forskningsøyemed. Det var med bakgrunn i dette ønskelig å skape en viss distanse til den konkrete kommunen. På denne måten tar undersøkelsen hensyn til enkeltpersoner og det ble også vurdert at kommunenes identitet i seg selv ikke anses som betydningsfull for oppgavens resultat eller diskusjon.

Perspektivet til forskeren kan påvirke valg av dokumenter, hvilket kan føre til et skjevt utvalg (Malterud, 2017 s. 68). Samtidig argumentere Malterud (2017 s. 58-59) for at forskerens feltkunnskap og teoretisk bakgrunn er viktige forutsetninger for å kunne søke etter relevante datakilder. For å ta hensyn til dette har jeg hatt et bevisst forhold til begrunnelsene for utvalget i undersøkelsen, og redegjort for disse for å skape transparens i undersøkelsen. Jeg vil også diskutere forhold som kan ha påvirket undersøkelsen under *5.2 Metodisk diskusjon*.

4. Presentasjon av resultater

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere resultatene av den gjennomførte dokumentanalysen. Innledningsvis presenteres funnene systematisert etter begrepene jeg kom frem til gjennom analysen. Jeg viser hvordan koder ble til mer abstrakte kategorier og begreper, samt presenterer de meningsbærende elementene systematisert etter begrepene jeg endte opp med. Jeg ser deretter på materialet i lys av prinsippene Dahl et al. (2014) anbefaler for tiltaksutforming på folkehelsefeltet. Jeg har undersøkt i hvilken grad kommuneplanene speiler rådene for tiltaksutforming i veiviseren når det kommer til sosial ulikhet i helse i deltakelse i fritidsaktiviteter.

4.1 Omfang og innhold i lokal tiltaksutforming knyttet til barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter

Jeg presenterer i det følgende resultatene knyttet til begrepene jeg kom frem til gjennom dokumentanalysen, og ser både på tiltaksområdene i kommunene samlet sett samt noen forskjeller mellom Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser* og kommuneplanenes samfunnsdel. Når jeg senere presenterer funnene i lys av de anbefalte prinsippene for tiltaksutforming vil jeg også komme nærmere inn på forskjeller mellom kommuneplanenes samfunnsdeler.

Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser for kommunen* (2021) inneholder eksempler på anbefalinger knyttet til alle de nevnte begrepene. I kommuneplanene er vektleggingen forskjellig på de ulike begrepene. (Se tabell 2.) Samlet sett er det en overvekt av strategier knyttet til å (7) Fremme deltakelse og motvirke barrierer for deltakelse i fritidsaktiviteter. Det er videre et fokus i kommunene både på (5) Levekår og (2) Tverrsektorielt samarbeid. Når det gjelder (3) Ansvarliggjøring er det ingen funn knyttet til dette begrepet i kommuneplanenes samfunnsdel i noen av de utvalgte kommunene, og knyttet til (6) Kompetanseutvikling er det to strategier å finne i to kommuneplaner.

Tabell 2. Andel kommuner med strategier og antall strategier fordelt på dokumentanalysens begreper.

Begrep	Andel kommuner med strategier	Antall strategier
(1) Medvirkning og demokratiutvikling	5/6	13
(2) Tversektorielt samarbeid	5/6	21
(3) Ansvarliggjøring	0/6	0
(4) Trygt psykososialt miljø	4/6	7
(5) Levekår	6/6	24
(6) Kompetanseutvikling	2/6	2
(7) Fremme deltakelse og motvirke barrierer for deltakelse	6/6	35

Analysen av meningsinnhold begynte med å skape en oversikt over dokumentenes innhold knyttet til oppgavens problemstilling. Temaer, koder og kategorier og begreper ble utformet med mål om å skape innsikt i tiltaksutforming rettet mot sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge. I tabell 3 oppsummeres kodene, kategoriene og begrepene som fremkom gjennom analysen av meningsinnhold.

Tabell 3. Oversikt over koder, kategorier og begreper som fremkom gjennom analysen av meningsinnhold.

Koder	Kategorier	Begreper
Dialog, medvirkning, erfaring med effekt, verdi av medvirkning, involvering, likestilling, inkludering mangfold.	Medvirkning Involvering LIM	(1) Medvirkning og demokratiutvikling
Tverrgående samarbeid, felles fokus, sammenheng, tverrfaglighet, 3.0, rekruttering til frivilligheten, økonomisk bidrag, inkludere frivillighet	Tverrsektorielt Tverrfaglig Samskaping	(2) Tverrsektorielt samarbeid
Ansvar og ansvarsoversikt	Ansvarliggjøring	(3) Ansvarliggjøring
Trygghet, nulltoleranse for mobbing, mestring, generasjonsoverskridende aktivitet, forebygging	Trygt miljø Mestring	(4) Trygt psykososialt miljø
Arbeidsplasser, næringsutvikling, bolig, eie bolig, økonomi, bistå vanskeligstilte på boligmarkedet, forebygge barnefattigdom, boligsosial plan, områdesatsninger	Levekår Områdesatsning	(5) Levekår
Kartlegging, oversikt og kunnskap, kompetanseutvikling forankring, kunnskapsutvikling, evaluering	Oversiktsarbeid Kartlegging Kunnskapsbehov	(6) Kompetanseutvikling
Tilrettelegging for frivilligheten, informasjon, tilrettelegging for barn og unge som ikke deltar, åpne møteplasser, motvirke økonomi som barriere, motvirke barrierer for deltakelse, fremme deltakelse, utlånsentraler, gratis deltakelse, bredt tilbud	Tilrettelegging Informasjon Motvirke økonomi som barriere	(7) Fremme deltakelse og motvirke barrierer for deltakelse

4.1.1 Medvirkning og demokratiutvikling

(1) *Medvirkning og demokratiutvikling* dreier seg om å anerkjenne og benytte seg av barn, unge og ansattes erfaringskunnskap og å ha gode rutiner for medvirkning. Det handler også om strategier som retter seg mot utvikling av grunnleggende strukturelle samfunnsforhold som for eksempel involvering, demokratisk deltakelse, likestilling og mangfold.

Tabell 4. Tiltaksområder som anbefales knyttet til (1) *Medvirkning og demokratiutvikling* i Helseidirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser*.

Tiltaksområder som anbefales knyttet til (1) *Medvirkning og demokratiutvikling* i

Helseidirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser*

Hent inn erfarings- og brukerbasert kunnskap.

Ha dialog med ansatte om områder med behov for kompetanseheving.

Barn og unge og deres familier er viktige kunnskapskilder.

Ha en rutine for barn og unges medvirkning i kommunale prosesser.

Hør barn og unge på arenaer de ferdes ofte; som på fritidsarenaen.

Møt barn og unge på deres arenaer og anerkjenn deres kunnskap og meninger om livet i kommunen.

Tiltak for kompetanse og kapasitet for å sikre reell medvirkning fra barn og unge.

Sikre reell medvirkning slik at barn og unge også ønsker å engasjere seg i fremtidige prosesser.

Innbyggerne må tidlig inn i prosesser og det er en fordel å bruke forskjellige måter og metoder å involvere på.

I Helseidirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser* ble det gjennom den kvalitative dokumentanalysen identifisert ni områder for lokal tiltaksutforming, som vist i tabell 4. Områdene som Helseidirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser* konkretiserer er knyttet til holdninger, kunnskap og praksis til medvirkning. Noen av anbefalingene handler om årsakene til at man bør sikre medvirkning, slik som at hvis man legger til rette for reell medvirkning genererer det forståelse og tillit til at det nytter å involvere seg. Andre anbefalinger handler mer konkret om hvordan man bør gjennomføre medvirkning i praksis, gjennom å som kommune ta en aktiv rolle i innhenting av erfaringskunnskap og å bruke ulike strategier for innhenting og involvering på ulike områder. I utvalget av kommuneplanenes samfunnsdel fant jeg 13 strategier som inneholder meningsinnhold knyttet til dette begrepet. (Se tabell 5.) Strategiene i kommuneplanenes samfunnsdel vektlegger likestilling, mangfold, inkludering og medvirkning, og flere av strategiene beskriver kommunen som ansvarlig for å tilrettelegge for rammer som sikrer dette. Det er få konkrete strategier som beskriver

praksis for medvirkning og involvering. Videre er vektleggingen av demokratiutviklende rammer sterk i kommuneplanenes samfunnsdel. Dette i kontrast til Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser*.

Tabell 5. Strategier knyttet til (1) Medvirkning og demokratiutvikling i kommuneplanenes samfunnsdel.

Strategier knyttet til (1) Medvirkning og demokratiutvikling i kommuneplanenes samfunnsdel
<i>Barn og unge medvirker aktivt i sin hverdag.</i>
<i>Vi har en strategi for innbyggerinvolvering, integrering, nærdemokrati og vi har frivillighetspolitikk.</i>
<i>Alle ansatte har høy bevissthet og kompetanse om likestilling, likeverd og inkludering.</i>
<i>Vi sikrer likestilling, inkludering og mangfold.</i>
<i>Inkludering som ideal og grunnlag for praksis.</i>
<i>Likestilling skal ligge til grunn for alle tjenester.</i>
<i>Biblioteket skal være en uavhengig møteplass og arena for offentlig samtale og debatt.</i>
<i>Vi arbeider forebyggende for å hindre utenforskap, kriminalitet, framvekst av parallellsamfunn og negativ sosial kontroll.</i>
<i>Være en foregangskommune på likestilling, inkludering og mangfold, og i kampen mot radikalisering.</i>
<i>Motivere til samfunnsengasjement, demokratisk deltakelse og mobilisere innbyggernes interkulturelle kompetanse.</i>
<i>Vi sikrer et helhetlig og tverrfaglig tjenestetilbud med utgangspunkt i individets forutsetninger og medvirkning.</i>
<i>Vi sikrer god informasjon om våre tjenester og tilrettelegger for åpne og inkluderende medvirkningsprosesser.</i>
<i>Brukerne blir tatt med, involvert og spurt om sin opplevelse av drift og utvikling av tjenestene.</i>

4.1.2 Tverrsektorielt samarbeid

(2) *Tverrsektorielt samarbeid* handler om felles forståelse og mål, etablere og gi mandat til tverrgående samarbeid, nyttiggjøring av verktøy for å skape tverrfaglig sammenheng samt kjennskap til og fokus på frivilligheten. Tabell 6 viser tiltaksområder knytte til dette begrepet i Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser*.

Tabell 6. Tiltaksområder som anbefales knyttet til (2) Tverrsektorielt samarbeid i Helsedirektoratets Lokale folkehelseiltak – en veiviser.

Tiltaksområder som anbefales knyttet til (2) Tverrsektorielt samarbeid i Helsedirektoratets

Lokale folkehelseiltak – en veiviser

Kommunen bør iverksette tverrsektorielle satsinger og etablere samarbeidsstrukturer for å ha felles mål, forståelse og «språk» i arbeidet med barn og unges psykiske helse og livskvalitet.

Etabler tverrfaglige samarbeidsstrukturer som jobber mer individrettet med barn og unges psykiske helse, for eksempel i form av et oppvekstteam.

Etabler tverrsektorielle grupper som får mandat til å arbeide med barn og unges psykiske helse og livskvalitet på et strategisk nivå.

Ha fritidsklubber.

Bruk bibliotek, nærmiljøsentre og andre møteplasser til å skape aktivitet, sosiale nettverk og inkludering mellom mennesker.

Kulturskolene kan ses som viktige aktører i samfunnsutvikling og folkehelsearbeid, Kulturskole 3.0.

Ha fokus på frivillighet i tiltaksutvikling.

Ta i bruk verktøy for å skape sammenhengende tjenester.

Kartlegg interessenter utenfor kommuneorganisasjonen.

Områdene som Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser* trekker frem viser en interesse for og aktiv tilnærming til tverrgående samarbeid, samt nyttiggjøring av ressurser på tvers av sektorene. Videre vektlegges mulighetene som kommunene har til å benytte egne ressurser i form av arenaer som fritidsklubber, bibliotek og nærmiljøsentre til å skape tverrsektorielt samarbeid. Kommuneplanene vektlegger tverrsektorielt samarbeid i sine kommuneplaner, og jeg fant 21 strategier som blant annet omhandler samarbeid med frivilligheten, felles bruk av kommunale anlegg og tilrettelegging for møteplasser fordelt på de seks kommuneplanene. En rekke av strategiene i kommuneplanenes samfunnsdel omhandler samarbeid med og tilrettelegging for frivilligheten, og det er også flere strategier som dreier seg om felles bruk av kommunale anlegg og å skape felles møteplasser og arenaer som tilrettelegger for tverrsektorielt samarbeid. (Se tabell 7.) Innholdet knyttet til dette begrepet samsvarer i stor grad i Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser* og kommuneplanenes samfunnsdel.

Tabell 7. Strategier knyttet til (2) Tverrsektorielt samarbeid i kommuneplanenes samfunnsdel.

Strategier knyttet til (2) Tverrsektorielt samarbeid i kommuneplanenes samfunnsdel
<i>Sikre aktiv og attraktiv samhandling med frivillig sektor og ideelle organisasjoner.</i>
<i>Kommunen skal ha et bredt idrett- og fritidstilbud. Bidra til et aktivt og variert idretts- og friluftsliv, blant annet gjennom realisering av kommunedelplan for idrett og friluftsliv.</i>
<i>Videreutvikle fritidspark, idrettsplass og skiløyper.</i>
<i>Tidlig koordinert innsats, hvor frivillighet inkluderes.</i>
<i>Skape gode kulturarenaer og møteplasser sammen med byens kunst- og kulturinstitusjoner, profesjonelle kunstnere, kulturliv, kommunale tilbud, universitets og studentmiljøene og frivilligheten.</i>
<i>Vi videreutvikler bibliotek, skoler, kultur- og idrettsanlegg som arenaer der innbyggerne kan møtes på tvers av alder og ulike interesser.</i>
<i>Vi har møteplasser i nærmiljøet som skaper tilhørighet og forebygger ensomhet for alle.</i>
<i>Tilrettelegge for møteplasser mellom eldre og barn og unge</i>
<i>Videreutvikle fritidsklubb som et forebyggende tiltak med blant annet kultur som arena.</i>
<i>Aktiv bruk av kulturhuset som formidlingsarena.</i>
<i>Skape arenaer for godt samarbeid med grunnskolen og Kulturskolen.</i>
<i>Tilrettelegge for en aktiv og meningsfylt fritid i samarbeid med frivillige organisasjoner, blant annet gjennom å utvikle gode møteplasser.</i>
<i>Vi samarbeider med innbyggerne, frivilligheten og næringslivet om gode løsninger.</i>
<i>Samarbeide regionalt, nasjonalt og internasjonalt om målrettet satsing på levekår, klima og miljø, både lokalt og globalt.</i>
<i>Styrke samarbeidet med frivillige organisasjoner.</i>
<i>Bidra til å øke antallet medlemmer i idrettslaget, slik at det kan tilbys et mangfold av aktiviteter til alle aldersgruppe.</i>
<i>Lag og foreninger skal være en naturlig del av kommunens samlede folkehelsearbeid</i>
<i>Bidra til å få med flere innbyggere i frivillige lag og foreninger</i>
<i>Yte kommunale tilskudd til arrangement som fremmer trivsel i befolkningen</i>
<i>Legge til rette for et aktivt samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor</i>
<i>Skape arenaer der innbyggere, næringsliv, akademia, offentlig og frivillig sektor deltar i utviklingen.</i>

4.1.3 Ansvarliggjøring

Strategier og tiltak knyttet til (3) *ansvarliggjøring* handler om bevisstgjøring og plassering av ansvar til både sektorer og privatpersoner som eksempelvis foreldre.

Tabell 8. Tiltaksområder som anbefales knyttet til (3) *Ansvarliggjøring* i HelseDirektoratets Lokale folkehelseiltak – en veiviser.

Tiltaksområder som anbefales knyttet til (3) Ansvarliggjøring i HelseDirektoratets Lokale folkehelseiltak – en veiviser

Gå gjennom de kommunale sektorenes ansvar for å styrke barn og unges psykiske helse og livskvalitet. Lag en ansvarsoversikt som inngår i strategiske plandokumenter i kommunen basert på gjennomgangen.

Ha tiltak rettet mot foreldre eller foresatte som ansvarlige for å legge til rette for barnets første sosiale relasjoner.

HelseDirektoratets Lokale folkehelseiltak – en veiviser anbefaler å konkretisere kommunalt ansvar knyttet til barn og unges psykiske helse og livskvalitet, der deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter er et definert undertema. Det anbefales også å konkretisere det private ansvaret som ligger hos foreldre og foresatte knyttet til barnets første sosiale relasjoner. (Se tabell 8.) Denne undersøkelsen har ikke lyktes i å identifisere strategier i kommuneplanenes samfunnsdel knyttet til begrepet (3) Ansvarliggjøring. Her viser den lokale tiltaksutformingen å ikke samsvare med myndighetenes retningsgivende anbefalinger.

4.1.4 Trygt psykososialt miljø

(4) *Trygt psykososialt miljø* inneholder tiltaksområder og strategier knyttet til å ha et trygt miljø, nulltoleranse for mobbing og opplevelse av mestring.

Tabell 9. Tiltaksområder som anbefales knyttet til (4) *Trygt psykososialt miljø* i HelseDirektoratets Lokale folkehelseiltak – en veiviser.

Tiltaksområder som anbefales knyttet til (4) Trygt psykososialt miljø i HelseDirektoratets Lokale folkehelseiltak – en veiviser

Tiltak for et trygt og godt psykososialt miljø

Ha uttalt nulltoleranse mot mobbing og krenkelser

Tiltak for veiledning, informasjon og kurs knyttet til trygge psykososiale miljøer for barn og unge

Denne undersøkelsen identifiserte tre tiltaksområder som anbefales i Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser* knyttet til (4) Trygt psykososialt miljø, som vist i tabell 9.

Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser* sine anbefalinger handler om øke kunnskapen til voksenpersonene rundt barn og unge og å ha tydelige grenser for hva som er akseptabelt og ikke. I kommuneplanenes samfunnsdel fant jeg syv strategier knyttet til dette begrepet, gjengitt i tabell 10. Også kommuneplanenes samfunnsdel har strategier som omtaler eksempelvis nulltoleranse for mobbing og krenkelser og styrking av kompetanse. I tillegg er mestring et tema som fremkommer av strategiene, hvilket ikke samsvarer med fokuset i Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser*.

Tabell 10. Strategier knyttet til (4) Trygt psykososialt miljø i kommuneplanenes samfunnsdel.

Strategier knyttet til (4) Trygt psykososialt miljø i kommuneplanenes samfunnsdel

Sikre at barn og unge blir verdsatt som den de er, og utvikler ferdigheter i å mestre eget liv.

Sikre trygge relasjoner mellom barn og overfor voksne.

Sikre nulltoleranse mot mobbing.

Tilrettelegge for økt mestring gjennom å utvikle entusiasme for sang, musikk og andre kreative uttrykksformer i Kulturskolen

Vi sikrer nulltoleranse mot krenkelser og mobbing, og forebygger vold i nære relasjoner.

Vi styrker kompetanse og samhandling for å gjenkjenne og hindre omsorgssvikt, vold og overgrep.

Fokus på mobbing og utestengelse.

4.1.5 Levekår

Når det gjelder (5) *Levekår* er det identifisert anbefalinger og strategier knyttet til bolig, arbeid og økonomi. I Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser* vektlegges gode rammebetingelser for barn og unges deltakelse.

Tabell 11. Tiltaksområder som anbefales knyttet til (5) *Levekår* i Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser*.

Tiltaksområder som anbefales knyttet til (5) *Levekår* i Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser*

Sørg for tilgang til arbeid, god og stabil bosituasjon og forutsigbar familieøkonomi.

Områdesatsninger

Det er to områder i Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser* som blir vektlagt knyttet til begrepet (5) Levekår slik det er avgrenset i denne undersøkelsen. (Se tabell 11.) Anbefalingene knyttet til (5) Levekår dreier seg om å sikre arbeid, økonomi og bolig samt jevne ut forskjeller gjennom områdesatsninger. Alle de seks kommuneplanene inneholder strategier rettet mot levekår, og gjennom dokumentanalysen ble det identifisert totalt 24 lokalt utformede strategier knyttet til dette begrepet, som er gjengitt i tabell 12. Kommuneplanenes samfunnsdel sine strategier gjenspeiler anbefalingene i Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser*, og har konkretisert en rekke virkemidler som eksempelvis praksisplasser, boligsosial handlingsplan, samarbeid med næringsliv og sikring som utjevner sosiale forskjeller. Det er et bredt fokus i materialet ved at det retter seg mot ulike forhold som påvirker levekår.

Tabell 12. Strategier knyttet til (5) Levekår i kommuneplanenes samfunnsdel.

Strategier knyttet til (5) Levekår i kommuneplanenes samfunnsdel
<i>Arbeide aktivt for å forbedre områder med store levekårsutfordringer.</i>
<i>Kommunen bruker sin planmyndighet slik at boområder utvikler seg på en bærekraftig måte.</i>
<i>Vi bistår vanskeligstilte på boligmarkedet slik at de kan eie sin egen bolig.</i>
<i>Utvikle gode botilbud, skape bolyst, attraktive arbeidsplasser og økt handel.</i>
<i>Aktivt arbeid med å forebygge barnefattigdom.</i>
<i>Ivareta barn og unges oppvekstmiljø gjennom en tilpasset boligsosial plan/kommunal boligplan.</i>
<i>Tilrettelegge for attraktive boligtomter med gode nærmiljøkvaliteter som fremmer folkehelsen.</i>
<i>Fokus på høy kvalitet ved utvikling av boligområder.</i>
<i>Sammen med næringslivet finner vi gode løsninger for et inkluderende arbeidsmarked, og ser jobbpotensialet hos de som er utenfor arbeidslivet.</i>
<i>Vi tilrettelegger for at mennesker kan få brukt sin arbeidsevne ved behov for redusert stilling.</i>
<i>Vi jobber aktivt for å motvirke sosial ulikhet og bidrar til utjevning av levekårsforskjeller.</i>
<i>Vi arbeider for at innbyggere som faller utenfor de formelle, etablerte støtteordninger identifiseres og blir tatt vare på.</i>
<i>Vi jobber for at barn som vokser opp under svake økonomiske og sosiale kår får muligheter til å bidra og delta i fellesskapet.</i>
<i>Legge til rette for mangfoldige og barnevennlige bomiljøer med god tilgang til lekearealer og nye boformer som gir grunnlag for en variert befolkningssammensetning.</i>
<i>Være pådriver for et likestilt og inkluderende arbeidsliv.</i>

Vi legger til rette for varierte og gode bomiljøer.

Systematisk satsing på områder definert i kommunal boligplan/boligsosial plan.

Tilrettelegge for arbeidsplasser og næringsseting i tråd med strategisk næringsplan.

Legge til rette for nyskaping og vekst i nytt og eksisterende næringsliv.

Gi koordinerte tjenester av høy kvalitet som sikrer gode levekår for barnefamilier med særlige utfordringer.

Bruke boligpolitikken til å redusere geografiske levekårsforskjeller og utvikle et variert og rimelig boligtilbud i hele kommunen.

Videreutvikle eksisterende næringsliv, etablerer- og innovasjonsmiljøer og entreprenørskapskultur.

Arbeide aktivt gjennom krav og kontroll for et ordnet og seriøst arbeidsliv som sikrer anstendig arbeid for alle, og motarbeide svart økonomi.

Vi tilbyr praksisplasser til personer som ønsker arbeidserfaring i samarbeid med næringslivet.

4.1.6 Kompetanseutvikling

(6) *Kompetanseutvikling* dreier seg om strategier og tiltak for å øke kunnskapsgrunnet i

kommunene knyttet til barrierer for deltakelse i fritidsaktiviteter.

Tabell 13. Tiltaksområder som anbefales knyttet til (6) Kompetanseutvikling i Helsedirektoratets Lokale folkehelseiltak – en veiviser.

Tiltaksområder som anbefales knyttet til (6) Kompetanseutvikling i Helsedirektoratets Lokale folkehelseiltak – en veiviser

Kartlegg økonomiske, fysiske, transportmessige, kulturelle, språklige eller sosiale barrierer for barn og unges deltakelse i fritidsaktiviteter.

Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser* trekker frem området for tiltaksutforming som gjengis i tabell 13. Anbefalingen i Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser* handler om å utvikle kompetanse knyttet til ulike typer barrierer for barn og unges deltakelse i fritidsaktiviteter.

Anbefalingen identifiserer ulike former for barrierer som det anbefales å ha kunnskap om i kommunene. I kommuneplanenes samsfunndel identifiserte jeg to strategier som knytter seg til (6) Kompetanseutvikling, som er vist i tabell 14. Begge vitner om behov for kompetanse og peker på kunnskapshull knyttet til folkehelsearbeidet i disse kommunene.

Tabell 14. Strategier knyttet til (6) Kompetanseutvikling i kommuneplanenes samfunnsdel.

Strategier knyttet til (6) Kompetanseutvikling i kommuneplanenes samfunnsdel

*Utarbeide et helhetlig og tverrsektorielt oversiktsdokument over folkehelsestanden i kommunen
I større grad få frem informasjon om hva som er gode oppvekstvilkår, hvorfor dette må
prioriteres, og hvordan få dette til.*

4.1.7 Fremme deltakelse og motvirke barrierer for deltakelse

Strategier for å (7) Fremme deltakelse og motvirke barrierer for deltakelse favner alt fra tilretteleggende strategier for de som driver organiserte fritidsaktiviteter til strategier rettet mot barn og unge som ikke deltar.

Tabell 15. Tiltaksområder som anbefales knyttet til (7) Fremme deltakelse og motvirke barrierer for deltakelse i Helseidrettsrådets Lokale folkehelseiltak – en veiviser.

Tiltaksområder som anbefales knyttet til (7) Fremme deltakelse og motvirke barrierer for deltakelse i Helseidrettsrådets Lokale folkehelseiltak – en veiviser

Subsidier kostnader knyttet til aktivitets- og fritidstilbud for barnefamilier med lav inntekt.

Sørge for god og målrettet informasjon om mulige fritidstilbud.

Skolen, skolefritidsordningen, bibliotek, og kommune- og bydelshus kan også fungere som viktige sosiale møteplasser i lokalmiljøet.

Tilrettelegg for et nærmiljø med trygge, sosiale møteplasser og aktiviteter for barn og unge i ulike aldre.

Gratis utlån og leie for lag og foreninger som har aktiviteter for barn og unge.

Helseidrettsrådets Lokale folkehelseiltak – en veiviser peker på tilrettelegging for tilbydere av fritidsaktiviteter, subsidiering av tilbud til familier med lav inntekt, god informasjon om aktivitetsmuligheter og tilgjengeliggjøring av kommunale anlegg og arenaer som verktøy for tilrettelegging. (Se tabell 15.) I kommuneplanenes samfunnsdel er det eksempler på strategier som gjenspeiler alle de nevnte temaene. I tillegg er det utarbeidet lokale strategier knyttet til inkludering av personer som trenger ekstra oppfølging, samarbeid med foreldre og frivillighet, transporttilbud og utvikling sammen med innbyggere i enkelte av kommuneplanene. Materialet viser bredde i utformingen av strategier som fremmer deltakelse og motvirker barrierer for deltakelse. I kommuneplanenes samfunnsdel var det dette begrepet jeg identifiserte flest strategier knyttet til.

Totalt fant jeg hele 33 lokalt utformede strategier som søker å fremme deltakelse eller motvirke barrierer for deltakelse. Disse gjengis i tabell 16.

Tabell 16. Strategier knyttet til (7) Fremme deltakelse og motvirke barrierer for deltakelse i kommuneplanenes samfunnsdel.

Strategier knyttet til (7) Fremme deltakelse og motvirke barrierer for deltakelse i kommuneplanenes samfunnsdel

Identifisere og tidlig sette inn tiltak for de som står i fare for å falle utenfor.

Vi arbeider for et mangfoldig fritidstilbud for barn og unge, uten betydelige økonomiske terskler for deltakelse.

Utforme bygninger og uteområder slik at de kan brukes av alle. (Universell utforming)

Universell utforming og tilgjengelighet for alle skal vektlegges i all planlegging.

Vi satser på inkludering, og for å motvirke utenforskap arbeider vi for at alle er inkludert i fritid og i arbeid.

Legge til rette for barn og unges deltakelse.

Bredt tilbud i kulturskolen.

Bedre kartlegging av lokale menneskelige ressurser for å involvere, slippe til og ansvarlig gjøre nye krefter, ikke minst ungdom.

Videreutvikle kultur- og fritidstilbudet til barn og unge på alle alderstrinn.

En aktiv fritid for alle.

Vi legger til rette for at alle barn og unge trives, i et godt og inkluderende miljø.

Aktiviteter som ikke er for dyre.

Fokus på aktivitetenes sosiale formål.

Fokus på aktivitetstilbudet for unge med funksjonsnedsettelse.

Ordning for lån og kjøp av billig brukt fritidsutstyr.

Vi bidrar til at kollektivtransporttilbudet er tilpasset brukernes behov.

Vi legger til rette for at alle barn og unge har mulighet til å delta på minst én gratis fritidsaktivitet.

Innbyggere og næringsliv bruker primært digitale tjenester i dialog med kommunen, og de som ikke er fortrolig med dette, får veiledning.

Sikre at alle barn og unge er inkludert og har mulighet til å delta i fritidsaktiviteter.

Vi tilrettelegger for utlånssentraler flere steder i kommunen.

Vi legger til rette for tilbud og aktiviteter for innbyggere med spesielle utfordringer.

Vi samarbeider med foreldre, barn og unge, lag og foreninger slik at alle barn og unge får delta på minst en fritidsaktivitet.

Vi legger til rette for et mangfold av inkluderende kulturaktiviteter.

Bedre informasjon om hvilke aktiviteter som finnes.

Kommunale bygninger og digitale tjenester er universelt utformet slik at alle kan delta.

Vi bruker klart språk i all kommunikasjon, og informasjonen er lett tilgjengelig.

Legge til rette for et mangfold av deltakelse og tilbud på fritidsarenaer.

Legge til rette for at alle innbyggere kan delta aktivt i kunst-, kultur- og fritidslivet.

Skape nye måter for dialog og samarbeid med innbyggerne.

Sikre likeverdige forhold for deltakelse i informasjonssamfunnet.

Vi jobber for at alle kan få mulighet til å delta i frivillig arbeid etter eget ønske og interesse.

Inkludering av personer som trenger ekstra oppfølging.

Vi avdekker barn og unges behov for støtte og hjelp tidlig, og de følges opp.

Vurdere kompenserende tiltak for barn og unge i lavinntektsfamilier.

Sørge for tilrettelegging og igangsette tiltak med sikte på å utjevne sosial ulikhet innen helse og velferd.

4.2 Innretning av lokal tiltaksutforming knyttet til barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter

I det følgende vil analysene av datamaterialet i lys av Dahl et al. (2014) sin anbefaling for tiltaksutforming på folkehelsefeltet presenteres.

Jeg identifiserte totalt 102 tiltak i kommuneplanene som adresserer forhold knyttet til sosial ulikhet i deltakelse i fritidsaktiviteter. Samlet sett er det en klar overvekt av befolkningsrettede strategier i kommuneplanene i utvalget. Totalt 18,5 % av strategiene retter seg mot høyrisikogrupper, mens 81,5% retter seg mot befolkningen som helhet. Når det gjelder fordelingen mellom oppstrøms-, midtstrøms- og nedstrømsfaktorer er den på henholdsvis 23,5%, 73,5% og 3%. Jeg fant ingen befolkningsstrategier innrettet mot nedstrømsfaktorer i kommuneplanene. (Se tabell 17.)

Tabell 17. Fordeling av strategier i kommuneplanene samlet sett i lys av prinsippene for tiltaksutforming etter Dahl et al. (2014).

	Oppstrøms- faktorer	Midtstrøms- faktorer	Nedstrøms- faktorer	Andel totalt
Befolkningsstrategier	21,5 %	60 %	0 %	81,5 %
Høyrisikostrategier	2 %	13,5 %	3 %	18,5 %
Andel totalt	23,5 %	73,5 %	3 %	100 %

Ved å se nærmere på den enkelte kommuneplan finner jeg stor variasjon i omfang av strategier som retter seg mot sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge, som vist i tabell 18.

Tabell 18. Kommunenes strategier rettet mot sosial ulikhet i deltakelse i fritidsaktiviteter fordelt etter prinsippene for tiltaksutforming etter Dahl et al. (2014).

Kommune 1		Oppstrøms-faktorer	Midtstrøms-faktorer	Nedstrøms-faktorer	Andel totalt
	Befolkningsstrategier	4/27	15/27	0/27	19/27
Høyrisikostrategier	2/27	5/27	1/27	8/27	
Andel totalt	6/27	20/27	1/27	27/27	

Kommune 2		Oppstrøms-faktorer	Midtstrøms-faktorer	Nedstrøms-faktorer	Andel totalt
	Befolkningsstrategier	6/17	8/17	0/17	14/17
Høyrisikostrategier	0/17	3/17	0/17	3/17	
Andel totalt	6/17	11/17	0/17	17/17	

Kommune 3		Oppstrøms-faktorer	Midtstrøms-faktorer	Nedstrøms-faktorer	Andel totalt
	Befolkningsstrategier	5/23	15/23	0/23	20/23
Høyrisikostrategier	0/23	2/23	1/23	3/23	
Andel totalt	5/23	16/23	1/23	23/23	

Kommune 4		Oppstrøms-faktorer	Midtstrøms-faktorer	Nedstrøms-faktorer	Andel totalt
	Befolkningsstrategier	2/20	16/20	0/20	18/20
Høyrisikostrategier	0/20	2/20	0/20	2/20	
Andel totalt	2/20	18/20	0/20	20/20	

Kommune 5		Oppstrøms-faktorer	Midtstrøms-faktorer	Nedstrøms-faktorer	Andel totalt
	Befolkningsstrategier	1/3	2/3	0/3	3/3
Høyrisikostrategier	0/3	0/3	0/3	0/3	
Andel totalt	1/3	2/3	0/3	3/3	

Kommune 6		Oppstrøms-faktorer	Midtstrøms-faktorer	Nedstrøms-faktorer	Andel totalt
	Befolkningsstrategier	4/12	5/12	0/5	9/12
Høyrisikostrategier	0/12	2/12	1/5	5/12	
Andel totalt	4/12	7/12	1/5	12/12	

I Kommune 5 finner jeg totalt tre strategier i min problemstillings nedslagsfelt, mens i kommuneplanen med flest strategier rettet mot sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge identifiserte jeg 27 strategier (Kommune 1). Denne kommuneplanen har 14 strategier innen begrepsområdet (7) *Fremme deltakelse og motvirke barrierer for deltakelse*. (Se vedlegg 1.) Når det gjelder fordelingen av strategier etter prinsippene for tiltaksutforming i matrisen for utjevning av sosiale helseforskjeller viser kommunene relativt samsvar i sammenligning med hverandre. Vi ser at kommuneplanene har hovedvekten av sitt fokus på befolkningsstrategier rettet mot midtstrømsfaktorer.

5. Diskusjon

Oppgavens problemstilling handler om hvilken grad av samsvar det er mellom Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – en veiviser for kommunen* og lokal tiltaksutforming rettet mot sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge. Jeg valgte å undersøke problemstillingen ved å gjennomføre en dokumentanalyse av Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen* og kommuneplanenes samfunnsdel i seks kommuner i en region i Sør-Norge. Jeg har undersøkt problemstillingen både ved å se på meningsinnholdet i strategiene i alle dokumentene og ved å se på innretningen av strategiene i kommuneplanene i lys av anbefalingen for tiltaksutforming som utjevner sosiale helseforskjeller etter Dahl et al. (2014) som legges til grunn i Helsedirektoratets veiviser. Funnene viser at det er ulikhet mellom Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen* og kommuneplanenes samfunnsdel hva angår både omfang og innhold i tiltaksutformingen knyttet til sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge. Når det gjelder befolknings- og høyrisikostategier rettet mot oppstrøms-, midtstrøms- og nedstrømsfaktorer etter Dahl et al., (2014) sin anbefaling for tiltaksutforming som utjevner sosiale helseforskjeller viser funnene at det er ulik fordeling av strategiene i samfunnsdelen av kommuneplanene. Jeg vil i det følgende diskutere funnene i undersøkelsen og hvordan oppgavens teoretiske referanseramme kan belyse dem, samt drøfte metodiske faktorer som kan ha hatt betydning.

5.1 Diskusjon av resultater

Jeg fant i undersøkelsen min at de syv begrepene (1) *Medvirkning og demokratisk utvikling*, (2) *Tverrsektorielt samarbeid*, (3) *Ansvarliggjøring*, (4) *Trygt psykososialt miljø*, (5) *Levekår*, (6) *Kompetanseutvikling* og (7) *Fremme deltakelse og motvirke barrierer for deltakelse* samlet sett gir et bilde av tema som Helsedirektoratet anbefaler tiltaksutforming knyttet til for å utjevne sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge. Kommuneplanens samfunnsdel i denne undersøkelsens seks kommuner gjenspeiler denne tiltaksviften i varierende grad.

Gjennom dokumentanalysen ble det identifisert 13 strategier knyttet til begrepet (1) *Medvirkning og demokratisk utvikling* i kommuneplanenes samfunnsdel. Begrepet inneholder tema som innbyggerinvolvering, nærdemokrati og deltakelse i utvikling. Retten til medvirkning er som presentert i teoridelen lovfestet på individ-, tjeneste- og systemnivå (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Plan og bygningsloven, 2008 og Folkehelseloven, 2011). Denne forankringen i lovverket kan være en forklaring på hvorfor kommuneplanene *ikke* vektlegger tema i særlig grad; ved at kommunene anser at lovverket ivaretar tema. Når det er sagt, er det samtidig ulike former for medvirkning, og graden av involvering og innflytelse er illustrert som en deltakelsestrapp (Arnstein, 1969). Eksemplene som gis i Helsedirektoratets veiviser peker på aktiv innhenting av barn, unge og ansattes erfaringskunnskap og meninger. Dette står i kontrast til medvirkning i form av retten til å respondere på materiale som man blir forelagt, eksempelvis gjennom høringer, slik det i stor grad er beskrevet i lovverket. Resultatene kan tyde på at kommunene har noe ulik forståelse og vektlegging av innbyggermedvirkning. I én kommuneplan er det ikke funnet strategier som retter seg mot tema, mens i andre kommuneplaner har tema flere strategier og er løftet opp som egen målsetning. Et eksempel som synes å rette seg mot medvirkning i midten av Arnstein (1969) sin deltakelsestrapp er «*Brukerne blir tatt med, involvert og spurt om sin opplevelse av drift og utvikling av tjenestene.*» Strategien synes å rette seg mot tjenestemottakere, og omfattes i så fall av Pasient og brukerrettighetsloven (1999). Utviklingen mot å legge til rette for mer innflytelse til innbyggerne i beslutningsprosesser fremkommer i lokal tiltaksutforming gjennom strategier som eksempelvis: «*Vi har en strategi for innbyggerinvolvering, integrering, nærdemokrati og vi har frivillighetspolitikk.*» og «*Motivere til samfunnsengasjement, demokratisk deltakelse og mobilisere innbyggernes interkulturelle kompetanse.*» Her ser vi at kommunene synes å ville fremme deltakelse oppover i deltakelsestrappa. I denne sammenheng handler ikke demokrati kun forstått som å avgi stemme ved valg; indirekte demokrati. Det handler om å ha medvirkningsordninger som skaper reell innflytelse og anerkjennelse av at kompetansen man sitter på som for eksempel ungdom er like verdifull som fagkompetanse. Som både Arnstein (1969) og Kobro (2018) peker på vil slike demokratiske verdier utfordre etablerte maktstrukturer. Dersom innbyggernes innspill til politiske eller økonomiske prosesser ikke vektlegges og faktisk påvirker beslutningene som tas vil det virke utarmende på befolkningens tillit, og Arnstein (1969) argumenterer med det som bakteppe for at reell medvirkning fra befolkningen ikke kan skje uten redistribuering av makt. Ved å involvere og lytte til barn og unge kan vi få ny kunnskap som øker treffsikkerheten i strategiene våre og vi skaper også en kultur som fremmer demokratiet. Det er altså en dobbel gevinst i dette. Befolkningen, inkludert barn og unge, må altså involveres i beslutningsprosesser på en måte som faktisk gir dem innflytelse. Dette er også en grunnleggende forutsetning for en utvikling av kommunene som samskapende i likeverdige partnerskap med aktører i sivilsamfunnet (Kobro, 2018). Denne forståelsen av

medvirkning, på de øverste trinnene i deltakelsestrappa, kan vi finne igjen under (2) *Tverrsektorielt samarbeid* når dette etableres med lik grad av involvering og ansvar.

(2) *Tverrsektorielt samarbeid* gis stor plass i kommuneplanenes samfunnsdel i alle kommunene bortsett fra én. Kommuneplanen der jeg ikke har funnet strategier som omtaler dette er fra 2015, og peker på behovet for å utarbeide et helhetlig og tverrsektorielt oversiktsdokument som kan ligge til grunn for en overordnet kommuneplan. Dette kan tyde på at kommunen var i startgropen av sitt arbeid med å utarbeide planverk etter Folkehelseloven (2011) da gjeldende kommuneplan ble utarbeidet. Blant kommunene som har strategier knyttet til tverrsektorielt samarbeid er meningsinnholdet samsvarende med flere av anbefalingene som gis i veilederen fra Helsedirektoratet. Dette gjelder strategier som handler om å legge til rette for frivilligheten og arenaer der man kan møtes på tvers av sektorene. Eksempler på slike strategier som kan nevnes er: «*Sikre aktiv og attraktiv samhandling med frivillig sektor og ideelle organisasjoner.*», «*Yte kommunale tilskudd til arrangement som fremmer trivsel i befolkningen.*» og «*Vi videreutvikler bibliotek, skoler, kultur- og idrettsanlegg som arenaer der innbyggerne kan møtes på tvers av alder og ulike interesser.*» Strategiene kan tyde på at kommunene ser en rekke muligheter som tilrettelegger for tverrsektorielt samarbeid, og flere av kommunene viser frem sine virkemidler gjennom strategiene. Når det gjelder mer forpliktende samarbeid i retning av at tverrsektorielle grupper får mandat til å arbeide sammen på strategisk nivå er det ikke så mange strategier med slikt innhold. Men eksempelet *Tidlig koordinert innsats, hvor frivillighet inkluderes* kan tyde på en utvikling der frivilligheten tas inn som en integrert del av kommunens innsats for å øke deltakelsen i organiserte fritidsaktiviteter. Dette er som nevnt over i tråd med en utvikling i forståelsen av medvirkning og involvering, samt av kommunen som samskapende og frivilligheten som likeverdig partner i løsningen av komplekse samfunnsutfordringer (Kobro, 2018). Dette krever omstilling for alle involverte parter, der man må utvikle synet på egne og andres roller og der maktforholdene må redistribueres, slik Arnstein (1969) viste til. Videre henger makt sammen med ansvar. Når kommunene avgir makt, kan de også dele på ansvaret. Samtidig fordrer det en frivillig og privat sektor som er beredt til å ta ansvar og ivareta makten. Dette er en krevende øvelse for alle parter, men dersom vi lykkes kan vi ifølge Kobro (2018) høste demokratiske, økonomiske og sosiale gevinster. Sosial ulikhet i deltakelse i fritidsaktiviteter for barn og unge er åpenbart et tverrsektorielt anliggende. Hyggen et al. (2018) peker på at lavinntekt i seg selv ikke kan forklare skjevhetene i deltakelse, og Jacobsen et al. (2021) viser at både økonomiske og kulturelle faktorer har betydning for deltakelse. Kunnskapen om at skjevhetene og betydningen av ulike faktorer varierer mellom ulike typer fritidsaktiviteter (Jacobsen et al., 2021) innebærer et behov for å tilpasse strategiene deretter. Det kan være ulike barrierer for deltakelse på kulturskolen eller i korpset enn det er på håndballen

eller i speideren. I denne sammenheng vil felles forståelse og forankring på tvers av sektorene være avgjørende for å kunne utforme treffsikre strategier rettet mot sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge.

Jeg finner ingen strategier knyttet til (3) *Ansvarliggjøring* i kommuneplanenes samfunnsdel, mens det i Helsedirektoratets veiviser blant annet pekes på utarbeidelse av en ansvarsoversikt i kommunal sektor knyttet til å styrke barn og unges psykiske helse og livskvalitet som inngår i kommunens strategiske plandokumenter. Etter folkehelseloven skal kommunen iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Dette omfatter blant annet oppvekst- og levekårsforhold og fysiske og sosiale miljøer (Folkehelseloven, 2011, § 7). Kommuner som tradisjonelt har arbeidet innenfor sine tjenesteområder utfordres, som tidligere argumentert for, av at treffsikre tiltaksutforming på folkehelsefeltet fordrer både tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid (Kobro, 2018). Når det gjelder deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter er kommunenes eierskap til feltet aktualisert gjennom at KS stiller seg bak Fritidserklæringen (2016) og deltar i samarbeidet om læringsløft for og med kommuner, fylkeskommuner og lokal frivillighet med Frivillighet Norge og Bufdir som oppfølging av Fritidserklæringen. Det er allikevel et eierskap med relativt kort fartstid, og det fører naturlig nok med seg ulik forståelse og praksis knyttet til plasseringen av ansvar i kommunene. Nullpunktsundersøkelsen for «Program for folkehelse i kommunene» gjorde et interessant funn i denne sammenheng. Helgesen et al. (2017 s. 78) fant at over 90 % av kommunene som svarte på undersøkelsen mente at de kan redusere sosial ulikhet i helse. Samtidig peker forfatterne på at det kan se ut som de knytter sosial ulikhet til tiltak på folkehelsefeltet, og at de synes å i mindre grad se det som et ansvar å inkludere dette generelt i tjenesteområdene de har ansvar for. Manglende plassering av ansvar kan også resultere i manglende økonomiske rammer, da ingen av de kommunale tjenesteområdene har eierskap til feltet. For kommuner med krevende økonomiske situasjoner kan deltakelse i prosjekter åpne for å kunne jobbe med tema som det ikke ligger midler til i de kommunale budsjettene. Gjennom disse ulike pilotprosjektene og utprøvinger av tiltak skaffer kommunene seg erfaringer og utvikler kunnskap, som kan være både nyttig og formålstjenlig. Men samtidig er det en utfordring at kommunenes utviklingsarbeid står i fare for å styres av tilskuddsmidlenes innretning. Hvis man setter det på spissen kan man se for seg at tilskuddsordninger legger føringene for utvikling i stedet for at det er kommunens utfordringsbilde som ligger til grunn. Utfordringene kommunene står i knyttet til at det ikke er bærekraftig å videreføre velferdsmodellen vår og omstillingen til å bli samskapende kommuner kan føre til usikkerhet knyttet til roller og prioriteringer. Manglende konkretisering av kommunenes ansvar når det gjelder utjevning av sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter i kommuneplanens

samfunnsdel kan være et uttrykk for at det er behov for tydeligere avklaringer rundt dette fra sentrale myndigheter.

Innholdet i Helsedirektoratets veiviser og kommuneplanenes samsfunndel knyttet til (4) *Trygt psykososialt miljø* synes å samsvare i stor grad. Dokumentene slutter seg til nulltoleranse for mobbing, og peker på sin forebyggende rolle. Innholdet i strategiene i kommuneplanene varierer når det kommer til hvor detaljert og konkret formulert de er. Det kan føre til at ulike lesere kan tolke strategiene ulikt. Eksempelvis kan man stille seg spørsmål ved hvorvidt strategiene er ment å omfatte deltakelse i fritidsaktiviteter utenfor kommunal sektor. Et eksempel på en slikt strategi er: *Vi styrker kompetanse og samhandling for å gjenkjenne og hindre omsorgssvikt, vold og overgrep.*

Helsedirektoratets veiviser inntar en aktiv tilnærming til kommunens rolle som kunnskapsformidler knyttet til barn og unges psykososiale miljø også overfor aktører i sivilsamfunnet enn hva man kan slutte ut innholdet i kommuneplanene. Fra kunnskapsoppsummeringer ser vi at Sletten et al. (2015) peker på organiserte fritidsaktiviteter sin betydning for barn og unges opplevelse av fellesskap og mestring, og Dahl et al. (2014) trekker frem organiserte fritidsaktiviteter som en betydningsfull arena for helse tidlig i livet. Våren 2022 kan vi lese i media om manglende bakgrunnssjekk og innhenting av politiattester ved rekruttering av frivillige til idrettsklubber (Tønset, 2022). I lys av en samfunnsutvikling med økende fokus på å finne løsninger på tvers av sektorene er spørsmålet hva kommunens rolle er og bør være i denne sammenheng. Dette kan også ses i sammenheng med (3) *Ansvarliggjøring*. Videre er det slik at en sterk og uavhengig frivillig sektor også avhenger av frivillige lag og foreninger som tar eget ansvar (Kulturdepartementet, 2019). Samtidig er det fastslått at kommunene etter folkehelseloven har et ansvar for helsefremmende tiltaksutforming (Folkehelseloven, 2011, §§5-7), men denne studien kan ikke avklare om lokal tiltaksutforming knyttet til barn og unges psykososiale miljø i utvalget også omfatter organiserte fritidsaktiviteter i frivillig regi som arena.

(5) *Levekår* trekkes i Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen* frem som avgjørende for å sikre gode rammevilkår for barn og unges deltakelse. Dette baserer seg på den brede enigheten rundt levekår som determinant for helse (Dahlgren & Whitehead, 1991). I denne undersøkelsen har jeg inkludert tekst og strategier som retter seg mot de bakenforliggende faktorene arbeid, bolig og økonomi. Anbefalinger og strategier rettet mot utvikling av eksempelvis grøntarealer og lekeplasser er ikke inkludert. Avgrensningen er gjort for å opprettholde undersøkelsens hovedfokus på sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter og samtidig inkludere viktige rammevilkår for deltakelse. Alle kommunene har en eller flere strategier knyttet til levekår, og jeg fant totalt 24 strategier fordelt på de seks samfunnsdelene av kommuneplanene. Når det gjelder strategier rettet mot bolig og boområder er innholdet i strategiene konkrete og aktive i

sin formulering. Kommunene fremstår å ha en samsvarende og klar oppfatning av sitt ansvar, sin rolle, sine verktøy og sitt mulighetsrom knyttet til å utforme strategier på dette feltet. Eksempler som «*Kommunen bruker sin planmyndighet slik at boområder utvikler seg på en bærekraftig måte.*» og «*Vi bistår vanskeligstilte på boligmarkedet slik at de kan eie sin egen bolig.*» illustrerer dette. Kommuneplanenes strategier rettet mot familier med økonomiske utfordringer viser anerkjennelse og målrettet innsats for å utjevne ulikheter, slik som for eksempel *Gi koordinerte tjenester av høy kvalitet som sikrer gode levekår for barnefamilier med særlige utfordringer.* Dette er en høyrisikostrategi som retter seg direkte mot utjevning av sosiale forskjeller (Dahl et al., 2014). Strategier rettet mot arbeid er generelt mer åpne i sin formulering, som for eksempel: «*Legge til rette for nyskaping og vekst i nytt og eksisterende næringsliv.*» Et unntak i denne sammenheng er følgende eksempel: «*Arbeide aktivt gjennom krav og kontroll for et ordnet og seriøst arbeidsliv som sikrer anstendig arbeid for alle, og motarbeide svart økonomi.*» Her viser kommunen sitt mulighetsrom for å påvirke forhold i arbeidslivet, og peker på en utfordring som hindrer gode arbeidsforhold; svart arbeid. En utvikling av flere strategier som peker på verktøy og mulighetsrom som kommunene har knyttet til arbeid kan bidra til å synliggjøre innsatsen, og for sivilsamfunnet kan det bidra til økt forståelse også for hvordan man kan samarbeide rundt dette. Samarbeid knyttet til utvikling av arbeidsplasser og inkludering av flere i arbeidslivet vil tjene og skape synergier i alle sektorer. Strategiene i kommuneplanenes samfunnsdel kan tyde på at dette er ønsket, og at man vil legge til rette for å finne løsninger sammen med næringslivet. Slik sett kan man si at kommunene viser tegn til å bevege seg mot å være samskapende kommuner (Kobro, 2018). Kunnskapen om sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge (Jacobsen et al., 2021) fordrer fokus på levekårsstrategier også når man arbeider for å oppfylle Fritidserklæringen. Dokumentanalysen kan tyde på at kommunene anerkjenner ulikhetene i levekår, og at det for mange kommuner er et prioritert innsatsområde. Fokuset på sosial ulikhet som denne undersøkelsen finner i kommunene understøttes av resultatene fra nullpunktsundersøkelsen for «Program for folkehelse i kommunene», som viste at over 90% av kommunene som ble spurt mente de kunne bidra til å redusere sosial ulikhet i helse (Helgesen et al., 2017 s. 78).

Begrepet (6) *Kompetanseutvikling* inneholder to strategier som tyder på behov for å øke kunnskapsgrunnlaget. Eksempelet: «*I større grad få frem informasjon om hva som er gode oppvekstvilkår, hvorfor dette må prioriteres, og hvordan få dette til.*» kan ses som en stadfestelse fra kommunen på at oppgaven som ansvarlig for sosialt utjevne tiltaksutforming overgår innehavende kunnskap og kompetanse om mulighetsrom. Her kan det synes som at kommunene er på ulike stadier i kompetanseutviklingen. Andre kommuner viser gjennom sine strategier at de innehar en forståelse av relevante verktøy og mulighetsrom de besitter på feltet. Dette bildet

stemmer med funnene Helgesen et al. (2017) gjorde i nullpunktsundersøkelsen for «Program for folkehelsearbeid i kommunene», der 1 av 10 kommuner ikke har en folkehelseoversikt og blant kommunene som har en folkehelseoversikt svarer 1 av 10 at de ikke har inkludert forhold som fremmer psykisk helse. Det systematiske folkehelsearbeidet er komplekst og omfattende, og oppgaven er gitt til kommunene uavhengig av deres størrelse, kompetanse og ressurstilgang. Man kan spørre seg om det er rimelig, eller om kommunene burde få mer støtte fra sentrale myndigheter.

(7) *Fremme deltakelse og motvirke barrierer for deltakelse* er begrepet med desidert flest strategier i kommuneplanene. Strategienes innhold samsvarer i stor grad med innholdet i Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen*. Videre er det varierende hvor konkrete strategiene er, og de mest konkrete strategiene synes å kun angå kommunens egne tjenesteområder – som eksempelvis Kulturskolen. Konkrete strategier knyttet til dette fordrer bred tverrsektoriell enighet og samhandling. Som argumentert for i tilknytning til begrepet (2) *Tverrsektorielt samarbeid* viser strategiene i kommuneplanenes samfunnsdel gode intensjoner om å samarbeide, men det kan synes som at utviklingen enda ikke er kommet dit at det samarbeides på en måte som gjør at det lokalt kan utformes strategier knyttet til barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter som (også) er forankret i lokal frivillig sektor. Når det gjelder meningsinnholdet i strategiene på lokalt nivå handler det gjerne om informasjon, bredde i tilbudet og økonomiske forhold. Dette gjenspeiles i eksemplene: «Vi bruker klart språk i all kommunikasjon, og informasjonen er lett tilgjengelig.», «Bredt tilbud i kulturskolen.» og «Ordning for lån og kjøp av billig brukt fritidsutstyr.» Fra forskningen ser vi at både økonomiske og kulturelle forhold er forklaringsfaktorer for sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge (Jacobsen et al., 2021). Lokal tiltaksutforming i utvalget gjenspeiler ikke denne betydningen av kulturelle faktorer. Det samme gjelder for innholdet i Helsedirektoratets *Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen*. Det kan synes som at det fortsatt gjenstår arbeid knyttet til konkretiseringen av virkemidler for å motvirke kulturelle barrierer for deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge. Ved å se til nyansene som analysene til Jacobsen et al. (2021) har fått frem knyttet til ulike forklaringsfaktorer for deltakelse kan tiltaksutforming rettet mot sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter bli mer treffsikker. De økonomiske ressursenes betydning for deltakelse i idretten kan adresseres mer målrettet og direkte, og likeså de kulturelle barrierene for deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter som eksempelvis Kulturskolen. Videre er det interessant å se nærmere på hva fraværet av sosial ulikhet i deltakelse i religiøse organisasjoner handler om, og fritidsklubbenes evne til å inkludere barn og unge med lavere sosioøkonomisk tilhørighet (Jacobsen et al., 2021).

Når det gjelder tiltaksutforming sett i lys av Dahle et al. (2014) sine anbefalinger om å utforme samtidige befolknings- og hørerisikostrategier rettet mot oppstrøms-, midtstrøms- og

nedstrømsfaktorer er det nyttig å se nærmere på hva dette innebærer for denne undersøkelsens problemstilling. Resultatene viser at tiltaksutformingen i kommunene rettet mot sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter er mest omfangsrik når det gjelder befolkningsrettede strategier. Dette peker mot at kommunene har tatt inn over seg forebyggingsparadokset; at forbyggende tiltak rettet mot gruppene med høyest risiko vil ha begrenset effekt i folkesammenheng da befolkningen som helhet i sum utgjør så mange flere (Helsedirektoratet, 2021). Videre viser resultatene at vi har en overvekt av strategier rettet mot midtstrømsfaktorer, totalt 73,5%, mens 23,5% er rettet mot oppstrømsfaktorer. 3% er rettet mot nedstrømsfaktorer. Undersøkelsen identifiserer få eksempler på strategier som konkretiserer hvordan kommunene gjennom tjenesteapparatet sitt kan fremme helse eller motvirke effektene av sykdom, skade eller lidelse gjennom deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge. Sett i lys av Marmot et al. (2010) sin vektlegging av proporsjonal universalisme i tiltaksutformingen kan det synes som at kommunene har et lerret å bleke i denne sammenheng. Knyttet til sosial ulikhet i deltakelse i fritidsaktiviteter for barn og unge er det kjent fra forskningen at både økonomiske og kulturelle faktorer har betydning for deltakelse (Jacobsen, et al., 2021). Dersom kommunene skal ha tiltak der omfanget og intensiteten er proporsjonelt med nivået av ulempe på dette feltet, kan man se for seg både befolknings- og høyrisikostراتيجier knyttet til henholdsvis helsetjenester og målrettede helsetiltak. Et eksempel på dette kan være at ungdom med utfordringer knyttet til psykisk helse, ensomhet eller utenforskap gjennom helsetjenester kobles på deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge. Her kan man finne tilnærminger som tar inn over seg kompleksiteten i årsakene til at barn og unge har og utvikler utfordringer, og som arbeider målrettet og intensivt for å motvirke barrierer og fremme deltakelse blant barn og unge. Når det gjelder oppstrømsfaktorer kan omfanget være en gjenspeiling av manglende kunnskap om disse tiltakene som har størst potensial for å redusere ulikhet i helse (Westin & Giæver, 2012). Kunnskapsoppsummeringer peker på behovet for utvikling av kunnskap om lokale tiltaksutforming rettet mot oppstrømsfaktorer (Dahl et al., 2014).

Det er ikke nødvendigvis slik at jo flere strategier som er utformet på et område, jo bedre er det. Et høyt antall strategier ikke er det samme som at man treffer godt med strategiene. Én virkelig treffsikker strategi skaper åpenbart større effekter enn ti strategier som bommer på målet. Det er rimelig å anta at det i denne problemstillingens fokus naturlig fremkommer en overvekt av strategier rettet mot midtstrømsfaktorer, mens strategier rettet mot nedstrømsfaktorer muligens ikke er inkludert da helsetjenester og målrettede helsetiltak ikke ses som naturlig å angå deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter direkte. Det er samtidig slik at fordelingen av strategier kan henge sammen med kommunens forståelse av sitt ansvarsområde eller mulighetsrom. Resultatene viser at flere strategier er lite konkrete og/eller uforpliktende. Dette kan man tenke seg handler om

manglende kunnskap eller forståelse av kommunens ansvarsområde eller mulighetsrom. Dersom man som kommune forstår seg som en leverandør av velferdsgoder i stedet for en aktør som skaper velferdsgoder sammen med sivilsamfunnet vil dette ha konsekvenser for hvilke strategier man legger til grunn for å nå målsetningene sine (Kobro, 2018). Det samme gjelder dersom man forstår medvirkning kun på de nedre trinnene av deltakelsestrappa (Arnstein, 1969) eller overser betydningen av løsningene på helseutfordringer som finnes utenfor helsesektoren (WHO, 2014). Det kan synes som det er et uutnyttet potensial i det strategiske folkehelsearbeidet når det gjelder sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge.

5.2 Metodisk diskusjon

Det finnes mange måter å undersøke en problemstilling på. Fremgangsmåten man velger påvirker resultatene, og det er positive og negative sider knyttet til valgene som er gjort i denne undersøkelsen. Ettersom Helsedirektoratets *Lokale forlehelsetiltak – en veiviser* og de seks samfunnsdelene av kommuneplanene ikke er utformet som forskningsmateriale kan utvalg av materialer ha påvirket resultatene i denne undersøkelsen (Bowen, 2009). Materialet i denne undersøkelse er utformet for en annen målgruppe og med en annen hensikt enn å besvare problemstillingen for denne oppgaven, og Johannesen et al. (2021, s. 243) peker på at dette kan føre til at de ikke inneholder tilstrekkelig med detaljer til å kunne besvare problemstillingen.

Forforståelse er et viktig aspekt i en kvalitativ dokumentanalyse, den kan både virke til det gode og til det onde for studien (Malterud, s. 44). Mitt perspektiv kan ha påvirket både utvalg og tolkning av materialet (Johannesen et al., 2021 s. 243) Med tanke på at jeg arbeider i en av kommunene som er med i utvalget, kan dette påvirke hvordan jeg vurderte utvalg av og tolket tekstene/innholdet av kommuneplanenes samfunnsdel. En viktig presisering er at jeg ikke var involvert i selve utarbeidelsen av kommuneplanen. Min arbeidssituasjon som frivillighetskoordinator påvirker også min forståelse av konteksten datamaterialet er utarbeidet i, og forståelse av forfatterens intensjoner kan bidra til treffsikkerhet i tolkninger (Malterud, 2017 s. 44-46).

Kommuneplanens samfunnsdel inneholder ikke «alt» en kommune er og arbeider med. Det er tjenester og tiltak i kommunen som ikke trekkes frem, det betyr ikke nødvendigvis at de ikke finnes. Likevel er det slik at kommuneplanens samfunnsdel er det dokumentet som skal gi både ansatte og innbyggere et overordnet bilde av kommunens satsningsområder og strategier. Med bakgrunn i vektleggingen av betydningen av barn og unges helsetilstand for helsetilstanden i voksen alder og deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter sin beskyttende effekt for barn og unge (Graham & Power,

2004; Jacobsen et al, 2021; Sletten et al., 2015; Fløtten & Nielsen, 2020) vil det være rimelig å forvente at kommunene retter fokus på arbeidet gjennom sitt overordnede styringsverktøy.

Delen av undersøkelsen der jeg har sett på strategiene på lokalt nivå i lys av Dahl et al. (2014) sine anbefalinger om å utforme samtidige befolknings- og høyrisikostrategier rettet mot oppstrøms-, midtstrøms- og nedstrømsfaktorer har noen begrensninger som bør adresseres. Det varierer hvor konkrete og detaljerte strategiene i kommuneplanenes samfunnsdel er formulert. Dette fører til at leserens (for)forståelse gjør seg gjeldene når man vurderer meningsinnholdet. Det er ikke alltid tydelig om strategiene er ment å rette seg mot oppstrøms-, midtstrøms- eller nedstrømsfaktorer. I tvilstilfeller der det kan synes som strategien er ment å rette seg mot to eller tre av begreper har jeg plassert tiltakene i begrepet jeg vurderer er mest omfattende, og det må da tas høyde for at min (for)forståelse kan ha påvirket plasseringen.

Jeg kunne ha valgt å intervju nøkkelpersoner i en eller flere kommuner for å få innsikt i problemstillingen. Valget falt på styringsdokumentene for å undersøke problemstillingen mer strukturelt, og sammenheng mellom de valgte styringsdokumentene vil slik jeg ser det være sentralt. Jeg er bevisst at strategier og tiltak rettet mot deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter også kan forekomme i kommunale delplaner eller handlingsplaner. Det kan derfor være at jeg ikke fanger opp alle strategier som er utformet i en gitt kommune i mitt nedslagsfelt ved å velge kommuneplanenes samfunnsdel. Når det er sagt, er det slik at kommuneplanens samfunnsdel skal gi overordnet retning med utgangspunkt i folkehelseoversikten, og konkretiseringer i del- eller handlingsplaner skal være forankret i det overordnede styringsdokumentet som kommuneplanens samfunnsdel er. Det var også interessant å se på kommuneplanens samfunnsdel siden det er dette dokumentet det systematiske folkehelsearbeidet retter seg mot. Jeg har i sum vurdert det slik at kommuneplanens samfunnsdel er det lokale styringsdokumentet der kommunens tiltaksutforming rettet mot sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge bør fremkomme.

6. Konklusjon og implikasjoner

I dette kapitlet presenteres oppsummering og konklusjon av studien samt vurderinger knyttet til studiens implikasjoner for praksisfeltet og videre forskning.

Denne studien har satt søkelys på sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge. Funnene kan bidra til økt innsikt i hvordan man gjennom lokal tiltaksutforming motvirker sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge. De lokalt utformede strategiene er svært forskjellige så vel i innhold som i omfang og innretning. Denne studiens nedslagsfelt er

avgrenset, men belyser slik jeg ser det noen grunnleggende forhold knyttet til lokal tiltaksutforming knyttet til folkehelse. Folkehelse er som jeg har redegjort for i teoridelen av denne oppgaven et komplekst felt, og vi har ikke noen fasit på hvordan vi kan løse utfordringer knyttet til eksempelvis sosial ulikhet, deltakelse og utenforskap. Kommuneplanens samfunnsdel skal gi overordnet retning for en rekke sammensatte forhold som er av betydning for samfunnsutviklingen. Samtidig har kommunene relativt kort erfaring med å gjøre dette i henhold til folkehelselovens bestemmelser der oversiktsarbeidet skal ligge til grunn for lokal tiltaksutforming som utjevner sosiale helseforskjeller. Sammenhengene på folkehelsefeltet er også relativt ny viten, og vi ser fra kunnskapsoppsummeringer at det etterlyses mer forskning på oppstrømsfaktorer; tiltak med størst potensial for å utjevne sosial ulikhet i helse (Westin & Giæver, 2012; Dahl et al., 2014). Det kan også synes som at det fortsatt gjenstår arbeid knyttet til konkretiseringen av virkemidler for å motvirke sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge, og i dette uoversiktlige landskapet manøvrerer kommuneplanleggerne. Her ses det behov for forskning på lokal tiltaksutforming med målsetning om støtte opp om det strategiske folkehelsearbeidet i kommunene.

Videre er ansvaret for det systematiske folkehelsearbeidet lagt til kommunene uavhengig av deres forutsetninger og rammer for å vurdere og prioritere tiltak. Kommunene i Norge er svært ulike hva angår forhold som eksempelvis deres størrelse, økonomi og utfordringsbilde. Helsedirektoratets *Lokale folkehelse tiltak – en veiviser for kommunen* (2021) gir råd og eksempler på tiltak, men uten konkret bistand i form av råd knyttet til for eksempel prioriteringer av tiltak. Det blir opp til hver enkelt kommune å løse denne komplekse oppgaven. Forutsetningene for å løse dette i en stor tverrfaglig stab med analysekompetanse og i små kommuneadministrasjoner er i seg selv skjevfordelt. Videre legger kommuneøkonomien føringer for hvilke tiltak det er mulig å innføre, uavhengig av hva som ville være treffsikkert med tanke på å utjevne forskjeller. Premissene for kommuner med store levekårsutfordringer vil også være mer krevende. Resultatet av at kommunenes forutsetninger påvirker evnen til å arbeide systematisk på folkehelsefeltet blir at vi som innbyggere i ulike kommuner får ulike forutsetninger for våre liv. Kommunene står i og overfor et enormt omstillingsarbeid for å sikre en bærekraftig utvikling. Kommunene er forventet å utvikle seg i en samskapende retning som innebærer innbyggerinvolvering og økt innflytelse til sivilsamfunnet. Ved en utvikling der forventninger fra innbyggerne og praksis i kommunene ikke er avstemt, står vi i fare for at befolkningens tillit til det offentlige svekkes. Det kan altså skapes demokratiske implikasjoner dersom kommunene ikke lykkes i sitt omstillingsarbeid. I lys av en samfunnsutvikling med økende fokus på å finne løsninger på tvers av sektorene er ett spørsmål hva kommunens rolle er og bør være når det kommer til sosial ulikhet i deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og unge. Det retter søkelyset mot behov for ytterligere avklaringer knyttet til eierskap og

ansvarsforhold, samt støttestrukturer fra sentrale myndigheter som sikrer alle kommuner- små, store, rike og fattige- sitt mulighetsrom for å «...bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller.» (Folkehelseloven, 2011, §1)

7. Referanseliste

- Andersen, L.F., Lillegaard, I.T.L., Overby, N., Lytle, L., Klepp, K.I., & Johansson, L. (2005). Overweight and obesity among Norwegian schoolchildren: Changes from 1993 to 2000. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(2), 99-106.
- Andersen, P.L & Bakken A. (2019). Social class differences in youths' participation in organized sports: What are the mechanisms? *International Review for the Sociology of Sport*, 54(8), 921-937. doi:[10.1177/1012690218764626](https://doi.org/10.1177/1012690218764626)
- Arnstein, S. (1969) A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224 <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01944366908977225>
- Bakken, A. (2018). *Ungdata. Nasjonale resultater 2018*. (NOVA Rapport nr. 8, 2018). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Bufdir. (2020) Oppvekststatus (bufdir.no) [database] Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (BUFDIR). Hentet 23. april 2022.
- Bufdir. (2021, 16.november). *Utprøving av fritidskortet*. <https://www.bufdir.no/Familie/fritidskortet/>
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. A. (2014) *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt* (Hovedrapport). Høgskolen i Oslo og Akershus. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/738/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. (Arbetsrapport 2007:14) Institute for Futures Studies. https://www.researchgate.net/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe
- Earle, S., Loyd, C. E., Sidell, M., Spurr, S. (2007). *Theory and research in promoting public health*. Sage Publications.
- Fløtten, Tone & Roy A. Nielsen (2020) *Barnefattigdom – en kunnskapsoppsummering. Vedlegg til Like muligheter i oppveksten. Regjeringens samarbeidsstrategi for barn og ungdom i lavinntektsfamilier (2020–2023)*. Barne- og familiedepartementet. <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/eksterne-rapporter/barnefattigdom-en-kunnskapsoppsummering-2?msckid=9e82f39fd08e11ec9085be96f8901cda>
- FN-sambandet (2022, 14.mai). *Bærekraftig utvikling*. <https://www.fn.no/tema/fattigdom/baerekraftig-utvikling>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Helsetilstanden i Norge 2018: Folkehelse rapporten - kortversjon*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/fhr-2018/?msckid=e5eb2b17d08d11ec80d30bc6c87d8b02>
- Folkehelseloven. (2011) Lov om folkehelsearbeid. (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29>
- Frivillighet Norge (2019). *Frivillighetsbarometeret 2019*. Frivillighet Norge. <https://www.frivillighetnorge.no/nyheter/frivillighetsbarometeret-2019>
- Frivillighet Norge (u.å.). *Frivillighetsbarometeret*. Hentet 29.mai 2022 fra <https://www.frivillighetnorge.no/fakta/frivillighetsbarometeret/>
- Graham, H. & Power, C. (2004) Childhood disadvantage and health inequalities: a framework for policy base don lifecourse research. *Child: Care, Health and Development*, 30(6), 671-678. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2004.00457.x>
- Grøholt, E.K., Stigum, H., Nordhagen, R. og Kohler, L. (2001). *Children with chronic health conditions in the Nordic countries in 1996 - influence of socioeconomic factors*. *Ambulatory Child Health*, 7, 177-189. <https://doi.org/10.1046/j.1467-0658.2001.00129.x>
- Grøholt, E.K., Stigum, H., Nordhagen, R., og Kohler, L. (2003). *Recurrent pain in children, socioeconomic factors and accumulation in families*. *European Journal of Epidemiology*, 18, 965- 975. <https://doi.org/10.1023/A:1025889912964>

- Guribye, E. (2016) *Mot 'Kommune 3.0'?* (FoU-rapport nr. 3/2016) Agderforskning.
<https://nordicwelfare.org/integration-norden/en/eksempel/med-hjerte-for-arendal/>
- Hart, R. A. (1992). *Children's Participation: From tokenism to citizenship*. Innocenti Essay no. 4.
https://www.researchgate.net/publication/24139916_Children's_Participation_From_Tokenism_To_Citizenship
- Helgesen M. K., Abebe, D. S. og Schou, A. (2017) *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelse i kommunene settes i verk*. Samarbeidsrapport NIBR/NOVA 2017. HelseDirektoratet.
[Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk. \(budir.no\)](https://www.budir.no/oppmerksomhet-mot-barn-og-unge-i-folkehelsearbeidet-nullpunktsundersokelse-for-program-for-folkehelsearbeid-settes-i-verk)
- HelseDirektoratet. (2005). *Handlingsprinsipper for å takle sosial ulikhet i helse*. HelseDirektoratet.
[Handlingsprinsipper for å takle sosial ulikhet i helse.pdf \(helseDirektoratet.no\)](https://www.helse.no/handlingsprinsipper-for-a-takle-sosial-ulikhet-i-helse)
- HelseDirektoratet. (2019, 12.april). *Program for folkehelsearbeid i kommunene*.
[Program for folkehelsearbeid i kommunene - HelseDirektoratet](https://www.helse.no/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene)
- HelseDirektoratet. (2019, 12.september). *Systematisk folkehelsearbeid*.
[Systematisk folkehelsearbeid - HelseDirektoratet](https://www.helse.no/systematisk-folkehelsearbeid)
- HelseDirektoratet. (2020, 3.mars). *Om HelseDirektoratets normerende produkter*.
[Om HelseDirektoratets normerende produkter - HelseDirektoratet](https://www.helse.no/om-helseDirektoratets-normerende-produkter)
- HelseDirektoratet. (2021, 23.november). *Lokale folkehelseiltak – veiviser for kommunen*.
<https://www.helseDirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen>
- Hyggen, C., Brattbakk, I. og Borgeraas, E. (2018). *Muligheter og hindringer for barn i lavinntektsfamilier: en kunnskapsoppsummering* (NOVA Rapport 11/2018). Velferdsforskningsinstituttet NOVA
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tuft, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utg.). Abstrakt forlag.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Minister of Supply and Services Canada. Public Health Agency of Canada. [Lalonde \(uwaterloo.ca\)](https://www.uwaterloo.ca/~lalonde/)
- Mahoney, J. L., Eccles, J. S. & Larson, R. W. (2004). Processes of Adjustment in Organized Out-of-School Activities: Opportunities and Risks. *New Directions for Youth Development*, 101, s. 115–144.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., & Geddes, I. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England*. Institute of health equity. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
- Meld. St. 10 (2018–2019) *Frivilligheita - sterk, sjølvstendig, mangfaldig*. Kulturdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-10-20182019/id2621384/?msclid=f7273b75d09211ecb67213a55d9c9951>
- Meld. St. 19 (2018–2019) *Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/?msclid=22ce71f6d09311ecb129ae576d50fa39>
- Meld. St. 13 (2018–2019) *Muligheter for alle - Fordeling og sosial bærekraft*. Finansdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20182019/id2630508/?msclid=59f4b378d09311ec8e06935b55cc0e39>
- Meld. St. 6 (2019–2020) *Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO*. Kunnskapsdepartementet. [Meld. St. 6 \(2019–2020\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/meld-st-6-2019-2020)
- Normann, T.M. & Epland, J. (2022) Barn i lavinntektshusholdninger - Fremdeles 115 000 barn med vedvarende lavinntekt i 2020. Statistisk sentralbyrå. [Fremdeles 115 000 barn med vedvarende lavinntekt i 2020 \(ssb.no\)](https://www.ssb.no/fremdeles-115-000-barn-med-vedvarende-lavinntekt-i-2020)
- Rantala, R., Bortz, M. & Armada, F. (2014). *Intersectoral action: local governments promoting health*.

- Health Promotion International, 29(Suppl. 1), 92-102.
<https://doi.org/10.1093/heapro/dau047>
- Regjeringen. (2016). *Fritidserklæringen*. Hentet 25.mai 2022 fra [Fritidserklæringen \(regjeringen.no\)](http://fritidserklæringen.regjeringen.no)
- Regjeringen. (2021, 1.juni). *Folkehelseloven*. [Folkehelseloven - regjeringen.no](http://folkehelseloven.regjeringen.no)
- Riksrevisjonen. (2015) *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*. (Dokument 3:11 (2014-2015)). Riksrevisjonen. [Undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid \(riksrevisjonen.no\)](http://undersokelse.av.offentlig.folkehelsearbeid.riksrevisjonen.no)
- Rocha, E. M. (1997). *A Ladder of Empowerment*. Journal of Planning Education and Research, 17(1), 31-44. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0739456X9701700104>
- Skogen, J. C., Smith, O. R. F., Aarø, L. E., Siqveland, J., Øverland, S., (2018) *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelse tiltak. En kunnskapsoversikt*. (Rapport 2018). Folkehelseinstituttet.
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/barn_og_unges_psykiske_helse_forebyggende.pdf
- Sletten, M. Å., Strandbu, Å., Gilje, Ø. (2015). Idrett, dataspilling og skole: konkurrerende eller «på lag»? *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 99, 334- 350. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2987-2015-05-03>
- Tvetene, K.G. (2006). *Fattigdom blant barn, unge og familier – et kunnskaps og erfaringshefte*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Tønset, T. S. (2022, 8.mai). Hvor trygge er egentlig barn og unge når de går på trening? NRK [https://www.nrk.no/osloogviken/xl/mange-nye-fotballtrenere-mangler-politiattest- -klubbene-vet-ikke-om-noen-av-disse-er-overgripere-1.15888594](https://www.nrk.no/osloogviken/xl/mange-nye-fotballtrenere-mangler-politiattest--klubbene-vet-ikke-om-noen-av-disse-er-overgripere-1.15888594)
- Ungdata. (u.å). *Hva er Ungdata?* Hentet 21.mai 2022 fra <https://www.ungdata.no/hva-er-ungdata/>
- United Nations. (u.å.). *Sustainable development goals*. Hentet 25.mai 2022 fra <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>
- Vike, Halvard (2006) *Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Akribe forlag.
- Viner, R. & Macfarlane, A. (2005). ABC of adolescence: Health promotion. *British Medical Journal*, 330, 527-529. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7490.527>
- Westin, S. & Giæver, Ø. (2012). *Loven om den omvendte evidens*. I Larsen, Ø., Fretheim, A.
- Willumsen E. & Ødegård A. (red). (2015). *Sosial innovasjon – fra politikk til tjenesteutvikling*. Fagbokforlaget.
- World Commission on Environment and Development. (1987). *Our Common Future*. Oxford University Press.
- World Health Organization. (2014). *Health in All Policies (HiAP): Framework for Country Action: January 2014*. <https://www.who.int/healthpromotion/hiapframework.pdf>
- World Health Organization (WHO) (2022, 10.mai). *Constitution*. World Health Organization. <https://www.who.int/about/governance/constitution?msclkid=4d72c4d2d06d11eca07ac7061800329c>

Vedlegg

Vedlegg 1 - Arbeidsverktøy for analyseprosessen

Kategorier	Koder	Veiviserens råd	Kommunenes strategier
Medvirkning og demokratiutvikling	Dialog Medvirkning	Hent inn erfarings- og brukerbasert kunnskap Ha dialog med ansatte om områder med behov for kompetanseheving Barn og unge og deres familier er viktige kunnskapskilder	Barn og unge medvirker aktivt i sin hverdag. Brukerne blir tatt med, involvert og spurt om sin opplevelse av drift og utvikling av tjenestene.
Medvirkning		Ha en rutine for barn og unges medvirkning i kommunale prosesser	Vi sikrer god informasjon om våre tjenester og tilrettelegger for åpne og inkluderende medvirkningsprosesser
Involvering		Hør barn og unge på arenaer de ferdes ofte; som på fritidsarenaen	Vi sikrer et helhetlig og tverrfaglig tjenestetilbud med utgangspunkt i individets forutsetninger og medvirkning.
LIM		Møt barn og unge på deres arenaer og anerkjenn deres kunnskap og meninger om livet i kommunen	Motivere til samfunnsengasjement, demokratisk deltakelse og mobilisere innbyggernes interkulturelle kompetanse.
		Tiltak for kompetanse og kapasitet for å sikre reell medvirkning fra barn og unge	Være en foregangskommune på likestilling, inkludering og mangfold, og i kampen mot radikaliserings.
	Erfaring med effekt/verdi av medvirkning	Sikre reell medvirkning slik at barn og unge også ønsker å engasjere seg i fremtidige prosesser. Innbyggerne må tidlig inn i prosesser og det er en fordel å bruke forskjellige måter og metoder å involvere på.	Vi arbeider forebyggende for å hindre utenforskap, kriminalitet, framvekst av parallellsamfunn og negativ sosial kontroll.
	Involvering		Biblioteket skal være en uavhengig møteplass og arena for offentlig samtale og debatt
			Likestilling skal ligge til grunn for alle tjenester.

Likestilling,
inkludering og
mangfold

Inkludering som ideal og grunnlag for praksis.

Vi sikrer likestilling, inkludering og mangfold

Alle ansatte har høy bevissthet og kompetanse om likestilling, likeverd og inkludering

Vi har en strategi for innbyggerinvolvering, integrering, nærdemokrati og vi har frivillighetspolitikk

Tverrsektorielt samarbeid	Tverrgående samarbeid	Kommunen bør iverksette tverrsektorielle satsinger og etablere samarbeidsstrukturer for å ha felles mål, forståelse og «språk» i arbeidet med barn og unges psykiske helse og livskvalitet.	Sikre aktiv og attraktiv samhandling med frivillig sektor og ideelle organisasjoner.
Tverrsektorielt	Felles fokus	Kartlegg interessenter utenfor kommuneorganisasjonen	Samarbeide regionalt, nasjonalt og internasjonalt om målrettet satsing på levekår, klima og miljø, både lokalt og globalt
Tverrfaglig	Sammenheng	Ta i bruk verktøy for å skape sammenhengende tjenester	Skape arenaer der innbyggere, næringsliv, academia, offentlig og frivillig sektor deltar i utviklingen.
Samskaping	Tverrfaglighet	Ha fokus på frivillighet i tiltaksutvikling Kulturskolene kan ses som viktige aktører i samfunnsutvikling og folkehelsearbeid .. Kulturskole 3.0 Bruk bibliotek, nærmiljøsentre og andre møteplasser til å skape aktivitet, sosiale nettverk og inkludering mellom mennesker.	Legge til rette for et aktivt samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor
		Ha fritidsklubber Etabler tverrsektorielle grupper som får mandat til å arbeide med barn og unges psykiske helse og livskvalitet på et strategisk nivå Etabler tverrfaglige samarbeidsstrukturer som jobber mer individrettet med barn og unges	Yte kommunale tilskudd til arrangement som fremmer trivsel i befolkningen
			Bidra til å få med flere innbyggere i frivillige lag og foreninger Lag og foreninger skal være en naturlig del av kommunens samlede folkehelsearbeid
			Bidra til å øke antallet medlemmer i idrettslaget, slik at det kan tilbys et mangfold av aktiviteter til alle aldersgruppe
			Styrke samarbeidet med frivillige organisasjoner.

psykiske helse, for eksempel i form av et oppvekstteam.

Kommunen skal ha et bredt idrett- og fritidstilbud. Bidra til et aktivt og variert idretts- og friluftsliv, blant annet gjennom realisering av kommunedelplan for idrett og friluftsliv.

Videreutvikle fritidspark, idrettsplass og skiløyper.

Tidlig koordinert innsats, hvor frivillighet inkluderes.

Skape gode kulturarenaer og møteplasser sammen med byens kunst- og kulturinstitusjoner, profesjonelle kunstnere, kulturliv, kommunale tilbud, universitets og studentmiljøene og frivilligheten.

Vi videreutvikler bibliotek, skoler, kultur- og idrettsanlegg som arenaer der innbyggerne kan møtes på tvers av alder og ulike interesser.

Vi har møteplasser i nærmiljøet som skaper tilhørighet og forebygger ensomhet for alle.

Tilrettelegge for møteplasser mellom eldre og barn og unge

Videreutvikle fritidsklubb som et forebyggende tiltak med blant annet kultur som arena.

Aktiv bruk av kulturhuset som formidlingsarena.

Skape arenaer for godt samarbeid med grunnskolen og Kulturskolen

Tilrettelegge for en aktiv og meningsfylt fritid i samarbeid med frivillige organisasjoner, blant annet gjennom å utvikle gode møteplasser

Vi samarbeider med innbyggerne, frivilligheten og næringslivet om gode løsninger

--	--	--	--

Gå gjennom de kommunale sektorenes ansvar for å styrke barn og unges psykiske helse og livskvalitet. Lag en ansvarsoversikt som inngår i strategiske plandokumenter i kommunen basert på gjennomgangen.

Ansvarliggjøring

Ansvar

Ansvarsoversikt		Ha tiltak rettet mot foreldre eller foresatte som ansvarlige for å legge til rette for barnets første sosiale relasjoner	
Psykososialt miljø	Trygghet Mestring	Tiltak for et trygt og godt psykososialt miljø Ha uttalt nulltoleranse mot mobbing og krenkelser Tiltak for veiledning, informasjon og kurs knyttet til trygge psykososiale miljøer for barn og unge	<p>Sikre at barn og unge blir verdsatt som den de er, og utvikler ferdigheter i å mestre eget liv.</p> <p>Sikre trygge relasjoner mellom barn og overfor voksne.</p> <p>Sikre nulltoleranse mot mobbing.</p> <p>Tilrettelegge for økt mestring gjennom å utvikle entusiasme for sang, musikk og andre kreative uttrykksformer i Kulturskolen</p> <p>Vi sikrer nulltoleranse mot krenkelser og mobbing, og forebygger vold i nære relasjoner</p> <p>Vi styrker kompetanse og samhandling for å gjenkjenne og hindre omsorgssvikt, vold og overgrep.</p> <p>Fokus på mobbing og utestengelse.</p>
Levekår	Arbeid, bolig, økonomi	Sørg for tilgang til arbeid, god og stabil bosituasjon og forutsigbar familieøkonomi	<p>Arbeide aktivt for å forbedre områder med store levekårsutfordringer.</p> <p>Kommunen bruker sin planmyndighet slik at boområder utvikler seg på en bærekraftig måte.</p> <p>Vi bistår vanskeligstilte på boligmarkedet slik at de kan eie sin egen bolig.</p> <p>Utvikle gode botilbud, skape bolyst, attraktive arbeidsplasser og økt handel.</p> <p>Aktivt arbeid med å forebygge barnefattigdom</p> <p>Ivareta barn og unges oppvekstmiljø gjennom en tilpasset boligsosial plan/kommunal boligplan</p> <p>Tilrettelegge for attraktive boligomter med gode nærmiljøkvaliteter som fremmer folkehelsen</p> <p>Fokus på høy kvalitet ved utvikling av boligområder.</p>
Trygt miljø	Områdesatsinger	Områdesatsinger	
Mestring			

Sammen med næringslivet finner vi gode løsninger for et inkluderende arbeidsmarked, og ser jobbpotensialet hos de som er utenfor arbeidslivet.

Vi tilbyr praksisplasser til personer som ønsker arbeidserfaring i samarbeid med næringslivet.

Vi tilrettelegger for at mennesker kan få brukt sin arbeidsevne ved behov for redusert stilling.

Vi jobber aktivt for å motvirke sosial ulikhet og bidrar til utjevning av levekårsforskjeller

Vi arbeider for at innbyggere som faller utenfor de formelle, etablerte støtteordninger identifiseres og blir tatt vare på

Vi jobber for at barn som vokser opp under svake økonomiske og sosiale kår får muligheter til å bidra og delta i fellesskapet

Legge til rette for mangfoldige og barnevennlige bomiljøer med god tilgang til lekearealer og nye boformer som gir grunnlag for en variert befolkningssammensetning

Være pådriver for et likestilt og inkluderende arbeidsliv.

Arbeide aktivt gjennom krav og kontroll for et ordnet og seriøst arbeidsliv som sikrer anstendig arbeid for alle, og motarbeide svart økonomi.

Videreutvikle eksisterende næringsliv, etablerer- og innovasjonsmiljøer og entreprenørskapskultur.

Bruke boligpolitikken til å redusere geografiske levekårsforskjeller og utvikle et variert og rimelig boligtilbud i hele kommunen.

Gi koordinerte tjenester av høy kvalitet som sikrer gode levekår for barnefamilier med særlige utfordringer.

Legge til rette for nyskaping og vekst i nytt og eksisterende næringsliv

Tilrettelegge for arbeidsplasser og nærings-satsing i tråd med strategisk næringsplan

Systematisk satsing på områder definert i kommunal boligplan/boligsosial plan

			Vi legger til rette for varierte og gode bomiljøer
Kartlegging	Kartlegging	Kartlegg økonomiske, fysiske, transportmessige, kulturelle, språklige eller sosiale barrierer for barn og unges deltakelse i fritidsaktiviteter.	Utarbeide et helhetlig og tverrsektorielt oversiktsdokument over folkehelseilstanden i kommunen I større grad få frem informasjon om hva som er gode oppvekstvilkår, hvorfor dette må prioriteres, og hvordan få dette til.
Oversiktsarbeid, kunnskapsbehov	Kunnskap		
Fremme deltakelse og motvirke barrierer for deltakelse	Tilrettelegging for frivilligheten	Subsidier kostnader knyttet til aktivitets- og fritidstilbud for barnefamilier med lav inntekt. Gratis utlån og leie for lag og foreninger som har aktiviteter for barn og unge.	Identifisere og tidlig sette inn tiltak for de som står i fare for å falle utenfor.
	Informasjon		
	Tilrettelegging for barn og unge som ikke deltar	Tilrettelegg for et nærmiljø med trygge, sosiale møteplasser og aktiviteter for barn og unge i ulike aldre.	Sikre at alle barn og unge er inkludert og har mulighet til å delta i fritidsaktiviteter.
	åpne møteplasser, motvirke økonomi som barriere, motvirke barrierer for deltakelse fremme deltakelse utlåssentraler	Skolen, skolefritidsordningen, bibliotek, og kommune- og bydelshus kan også fungere som viktige sosiale møteplasser i lokalmiljøet.	Innbyggere og næringsliv bruker primært digitale tjenester i dialog med kommunen, og de som ikke er fortrolig med dette, får veiledning.
	gratis deltakelse	Sørge for god og målrettet informasjon om mulige fritidstilbud.	Vi avdekker barn og unges behov for støtte og hjelp tidlig, og de følges opp.
			Sørge for tilrettelegging og igangsette tiltak med sikte på å utjevne sosial ulikhet innen helse og velferd
			Vurdere kompenserte tiltak for barn og unge i lavinntektsfamilier.
			Inkludering av personer som trenger ekstra oppfølging.
			Vi jobber for at alle kan få mulighet til å delta i frivillig arbeid etter eget ønske og interesse

bredt tilbud

Sikre likeverdige forhold for deltakelse i informasjonssamfunnet

Skape nye måter for dialog og samarbeid med innbyggerne. Legge til rette for at alle innbyggere kan delta aktivt i kunst-, kultur- og fritidslivet.

Legge til rette for et mangfold av deltakelse og tilbud på fritidsarenaer.

Vi bruker klart språk i all kommunikasjon, og informasjonen er lett tilgjengelig.

Kommunale bygninger og digitale tjenester er universelt utformet slik at alle kan delta.

Bedre informasjon om hvilke aktiviteter som finnes

Vi legger til rette for et mangfold av inkluderende kulturaktiviteter

Vi samarbeider med foreldre, barn og unge, lag og foreninger slik at alle barn og unge får delta på minst en fritidsaktivitet

Vi legger til rette for tilbud og aktiviteter for innbyggere med spesielle utfordringer

Vi tilrettelegger for utlånssentraler flere steder i kommunen. ·

Vi bidrar til at kollektivtransporttilbudet er tilpasset brukernes behov.

Vi legger til rette for at alle barn og unge har mulighet til å delta på minst én gratis fritidsaktivitet.

Ordning for lån og kjøp av billig brukt fritidsutstyr.

Fokus på aktivitetstilbudet for unge med funksjonsnedsettelse.

Fokus på aktivitetenes sosiale formål.

Aktiviteter som ikke er for dyre

Vi legger til rette for at alle barn og unge trives, i et godt og inkluderende miljø.

En aktiv fritid for alle

Videreutvikle kultur- og fritidstilbudet til barn og unge på alle alderstrinn.

Bedre kartlegging av lokale menneskelige ressurser for å involvere, slippe til og ansvarlig gjøre nye krefter, ikke minst ungdom

Bredt tilbud i kulturskolen.

Legge til rette for barn og unges deltakelse.

Vi satser på inkludering, og for å motvirke utenforskap arbeider vi for at alle er inkludert i fritid og i arbeid

Universell utforming og tilgjengelighet for alle skal vektlegges i all planlegging.

Utforme bygninger og uteområder slik at de kan brukes av alle. (Universell utforming)

Vi arbeider for et mangfoldig fritidstilbud for barn og unge, uten betydelige økonomiske terskler for deltakelse

--	--	--	--