

Kommunalt folkehelsearbeid for å redusere sosial ulikhet i helse

En kvalitativ studie av hvordan tre norske kommuner innretter det systematiske folkehelsearbeidet for å redusere sosial ulikhet i helse

ANDREAS DAHLSLETT RATVIK

VEILEDER

Charlotte Kiland

Universitetet i Agder, 2019

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for folkehelse, idrett og ernæring

Forord

Gjennom min fem år lange utdanning har jeg hatt en gryende interesse for kommunefeltet og da opp mot hvordan kommuner driver folkehelsearbeid. Før jeg skal ta fatt på arbeidslivet ville jeg derfor fordype meg i hvordan kommuner arbeider med de sosiale determinanter i helse («kilden til alt liv») – før jeg en dag kanskje må stå der selv, på kommunens vegne, og svare på spørsmål fra en ung, naiv masterelev.

Å gjennomføre dette året med masteroppgave har vært litt som å løpe et langt maraton. Naturligvis vet man at ved å sette det ene benet foran det neste, så vil jeg nærme meg mållinjen. Så enkelt, men allikevel så langt unna.

Gjennom året har jeg gjort meg sentrale erfaringer i hva det vil si å levere et vitenskapelig arbeid. I alt fra skriveprosessen, dialog med informanter uti kommunene, til den teoretiske kunnskapsinnhentingene innenfor fagfeltet.

Jeg vil gjerne takke min kunnskapsrike veileder, Førsteamanuensis Charlotte Kiland, for sitt pågående engasjement og hyggelige diskusjoner. Erfaringene mine herfra vil jeg ta med meg videre. Jeg vil også takke min mor Kathrine Dahlslett Graff og far Hans Emil Ratvik som har støttet meg på veien i forhold til de utfordringer jeg har møtt, og mine venner som aldri var en lang telefonsamtale unna.

Til slutt men ikke minst vil jeg rette en stor takk til alle de ansatte uti kommunene som valgte å stille opp for å dele av sin tid og erfaringer, for at dette skulle bli en masteroppgave.

Til dem sier jeg bare:

«Vi sees der ute!»

Kristiansand, mai 2019

Andreas Dahlslett Ratvik

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: I denne studien er hensikten å øke kunnskapen om hvordan norske kommuner driver folkehelsearbeid for å redusere sosiale helseforskjeller. Etter folkehelseloven ble iverksatt i 2012, viser studier at det er store forskjeller i hvordan kommuner tilnærmer seg sosiale helseforskjeller. De siste årene ser det imidlertid ut til at flere kommuner prioriterer arbeid og innsats innrettet mot sosiale determinanter i helse, og arbeidet med den såkalte gradienten, i tillegg til de tradisjonelle levevanetemaene som ernæring, fysisk aktivitet og rus.

Metode: Studien baseres på et kvalitativt design. Metoden for innhenting av data er kvalitative forskningsintervju analysert ved bruk av en klassisk tematisk analyse. Det er foretatt et strategisk utvalg av 9 informanter fra tre kommuner.

Resultater: Funnene viser at kommunene driver folkehelsearbeidet på ulike måter. I to av de tre kommunene hvor det er blitt arbeidet systematisk med folkehelsearbeidet etter folkehelseloven, er omfanget av samarbeid med eksterne aktører større og flere tiltak er innrettet mot både universelle og selektive strategiske tilnærminger. I den tredje kommunen, hvor det enda ikke er utarbeidet et systematisk folkehelsearbeid, vektlegges en sterkere individ-tilnærming i folkehelsearbeidet, og da gjennom tiltak særlig rettet mot friluftsliv og nærmiljø. Kommunenes systematiske og langsiktige folkehelsearbeid utfordres av et stort oppgavespenn i kommunene, der begrensninger i ressurser, særlig kompetanse, fremheves som forklaring på at folkehelsearbeidet i noen grad blir nedprioritert og utsatt. Engasjement blant politikere og forankring i kommunens toppledelse ser imidlertid ut til å fremme det systematiske og langsiktige arbeidet.

Konklusjon: Kommunene beveger seg i en retning av stadig større systematisert og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, men i ulik grad. Å ha et systematisk folkehelsearbeid, HiAP, samarbeid med eksterne aktører ser ut til å være forbundet med i større å grad prioritere tiltak mot levekår/den sosiale gradient.

Nøkkelord: Folkehelsearbeid, Folkehelseloven, Sosiale Helseforskjeller, Sosiale Helse-determinanter, Kommunal Organisering

Abstract

Background and aim: The purpose of this project was to study how municipalities work to reduce social inequalities in the local community. Studies have indicated that there exist a multitude of solutions in how municipalities address this topic. The last couple of years studies have indicated that an increasing number of municipalities address social determinants of health, compared to traditional lifestyles solutions as nutrition, physical activity and drugs. A variety of studies have also indicated that municipal structure, capacity and collaboration with external actors affects in what degree municipalities implement a systematic public health work and prioritize living conditions and the social gradient.

Method: This study was based on a qualitative design. The method for obtaining data was qualitative research interviews analyzed with a thematic content analysis. A strategic selection was made of 9 informants from three municipalities.

Results: The findings indicate that the local authorities execute public health work in different ways. In two of the three municipalities where there has been a systematic work on public health in aftermath of the Public Health Act, the scope of cooperation with external actors is greater and several measures are aimed at both universal and selective groups. In the third municipality, where a systematic public health work has not yet been developed, a stronger individual approach is emphasized, and then through measures particularly oriented towards outdoor life and the local environment. The municipalities' systematic and long-term public health work is challenged by a large task force in the municipalities, where restrictions on resources, in particular competence, are emphasized as an explanation for the fact that public health work is to some extent down-prioritized and delayed.

Conclusion: The municipalities are moving in the direction of increasingly systematic and knowledge-based public health work, but to varying degrees. Having a systematic public health work, HiAP, collaboration with external actors seems to be associated with a greater degree of measures against the living conditions and the social gradient.

Keywords: Public Health Work, Public Health Act, Social Inequalities in Health, Social Determinants of Health, Municipal Organization

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	4
1.0 Innledning	7
1.1 Presentasjon av tematikk	7
1.2 Problemstilling og avklaringer	8
1.3 Videre oppbygging av studien	9
2.0 Teoretisk rammeverk	10
2.1 Sosiale helseforskjeller	10
2.1.1 Hva skaper sosiale forskjeller i helse?	11
2.2 Wicked problems – sosial ulikhet i helse – et tvetydig problem på lokalssamfunnsnivå	13
Hvordan tilnærme seg gjenstridige problemer?	13
2.3 Ulike strategiske tilnærminger i arbeidet med sosiale helseforskjeller	14
2.3.1 Høyrisikotilnærmingen	15
2.3.2 Universell befolkningstilnærming og de bakenforliggende determinanter	15
2.3.3 «Proporsjonal universalisme»	16
2.3.4 Livsløpsperspektivet	16
2.4 Fra strategiske tilnærminger til konkrete tiltak på lokalssamfunnsnivå	17
2.4.1 Manglende kunnskap om konkrete tiltak på lokalt nivå	17
2.4.2 Høyrisikotilnærmingen	17
2.4.3 Universell befolkningstilnærming og de bakenforliggende determinanter	18
2.5 Folkehelseloven	19
2.5.1 Utjevning av sosial ulikhet i helse – som grunnleggende prinsipp for folkehelseloven	19
2.5.2 Organisering av folkehelsearbeidet i kommunen (lovens prinsipp om helse-i-alt-vi-gjør)	20
2.5.3 Systematisk og langsiktig folkehelsearbeid	22
2.5.4 Eksterne aktører i folkehelsearbeidet	25
2.5.5 Kommunen	26
3.0 Metode	28
3.1 Oppgavens vitenskapsteoretiske tilnærming	28
3.2 Valg av design og metode	28
3.2.1 Design av casestudie	28
3.2.2 Kvalitativt intervju som metode	29
3.3 Begrunnelse for utvalg	31
3.3.1 Begrunnelse for valg av kommuner	31
3.3.2 Begrunnelse for valg av informanter	34
3.4 Datainnsamlingsprosessen	36
3.4.1 Rekruttering av informanter	36
3.4.2 Utarbeiding av intervjuguide	37
3.4.3 Gjennomføringen av selve intervjuene	38
3.5 Analyseprosessen	39
3.6 Forskningsetiske overveielser	41
3.7 Kritiske sluttrefleksjoner	43

3.7.1 Troverdighet og pålitelighet	44
4.0 Resultater	46
4.1 <i>Beskrivelse av case-kommunene</i>	46
4.1.2 Kommunenes utfordringer med fraflytting, næringsstruktur og sosial ytelse	46
4.1.3 Demografiutfordringer	46
4.1.4 <i>Utfordringsbildet i de tre kommunene</i>	47
4.1.5 Kommune A (Aust-Agder)	47
4.1.6 Kommune B (Oppland)	49
4.1.7 Kommune C (Finnmark)	51
4.1.8 Trekk ved den kommunale konteksten - oppsummert	54
4.2 <i>Systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommunene</i>	54
4.2.1 Kommunenes arbeid med helseoversikten	54
4.2.2 Kommunal planstrategi og mål og strategier i kommuneplaner	55
4.2.3 Evaluering av folkehelsearbeid i kommunene	56
4.3 <i>Strategiske tilnærminger og tiltak i arbeidet med sosiale ulikheter i helse</i>	56
Kommune A	56
Kommune B	58
Kommune C	59
4.4 <i>Organisering av folkehelsearbeidet i casekommunene</i>	60
Kommune A	60
Kommune B	61
Kommune C	63
4.5 <i>Hemmere i kommunens langsiktige og systematiske folkehelsearbeid</i>	64
4.6 <i>Samhandling - internt og eksternt</i>	65
4.7 <i>Oppsummering av empiri</i>	66
5.0 Drøfting av empiriske funn opp mot teoretisk rammeverk	68
5.1 <i>Å adressere sosiale helseforskjeller gjennom styrkebaserte tilnærminger</i>	68
5.2 <i>Hver kommune med sin «akilleshæl» – omstrukturering og omorganisering</i>	71
5.3 <i>Begrensede ressurser og kapasitet som utfordring for det systematiske folkehelsearbeidet</i>	73
5.4 <i>Politikernes betydning for folkehelsearbeidet i møte med sosial ulikhet som et gjenstridig problem</i>	75
5.5 <i>Betydningen av folkehelsekoordinatør og en tverrsektoriell folkehelsegruppe</i>	77
5.6 <i>Kommunenes strategier i lys av kommunal kontekst</i>	79
6.0 Konklusjon	80
6.1 <i>Implikasjoner for praksis og videre forskning</i>	81
7.0 Referanseliste	82
Vedleggsoversikt	91
VEDLEGG 1: <i>Intervjuguide til kommunene</i>	92
VEDLEGG 2: <i>Informasjonsskriv- og samtykkeerklæring til informantene</i>	94
VEDLEGG 3: <i>Melding til FEK - Godkjent</i>	97
VEDLEGG 4: <i>Melding til NSD</i>	99
VEDLEGG 5: <i>Referanseliste - Interne kommunale dokumenter</i>	105

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tematikk

Norge, sammen med de øvrige nordiske land (Danmark, Sverige, Finland og Island) har godt utviklede offentlige velferdstjenester sammenlignet med de fleste andre land i verden. Tjenestene, som er tilgjengelig for hele befolkningen spenner over et bredt spekter, og har betydning for befolkningens helse, i ulike faser av livet og i ulike situasjoner. Felles for alle tjenestene er at de eksisterer fordi de har en vedtatt politisk målsetting. For eksempel er retten til gratis utdanning av stor betydning for å bygge kompetansen blant norsk arbeidstakere, likeså bidrar Statens Lånkasse for utdanning i samme retning. Tjenester som alders- og uførepensjon bidrar til å sikre en minimumsstandard for eldre og uføre, likeså bidrar arbeidsledighetstrygd og sosialhjelp til å gi folk et viktig sikkerhetsnett i kritiske faser av livet. Helse- og omsorgstjenester, som sykehus og aldershjem sikrer trygghet for alle ved sykdom og i alderdom. Slik barnetrygd, foreldrepermisjon og barnehager er goder for alle foreldre og barnefamilier. Til tross for en velferdsmodell basert på betydelige offentlige velferdsordninger viser et økende antall studier at det finnes relativt store sosiale helseulikheter mellom grupper av befolkningen i Norge sammenliknet med andre land i Europa (Bambra, 2011; Huijts & Eikemo, 2009; Mackenbach, Kunst, Cavelaars, Groenhof & Geurts, 1997). Man ser blant annet at det er en tydelig forskjell i forventet levealder, i sykdommer og helseplager og levevaner mellom ulike utdanningsgrupper, og at disse fortsetter å stige (Helsedirektoratet, 2018c, s. 44). De sosiale determinantene i helse har vært lenge kjent innenfor fagkretser; men har de senere år fått økende politisk oppmerksomhet, blant annet gjennom stortingsmeldinger som *Nasjonal strategi for å redusere sosiale helseforskjeller* (2007), *Samhandlingsreformen* (2009), *God helse – felles ansvar* (2013), *Gode liv i et trygt samfunn* (2019). Med samhandlingsreformen fra 2012 ønsket en å pålegge kommunene et større ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid fordi det ble lagt til grunn at det var et stort potensiale for forbedring på området forebyggende helsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 22-24). Kommunens ansvar for å fremme forebyggende helsearbeid og å for å utjevne sosiale helseforskjeller ble stadfestet ved Folkehelseloven av 2012. Med folkehelseloven bar det et krav om at alle kommuner skal gjennomføre et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid, der utforming av helseoversikt, skal legge grunnlag for kommunens planer som videre sørger for en mer helhetlig forankring i kommuneorganisasjonen. Studier viser imidlertid at det varierer i hvilken grad kommuner klarer å gjennomføre dette (E. Fosse, Helgesen, Hagen & Torp, 2018; Hagen, Helgesen, Torp

& Fosse, 2015; S. Hagen, I. K. Øvergård, M. Helgesen, E. Fosse & S. Torp, 2018; Torp, Hagen, Fosse & Helgesen, 2016). Riksrevisjonens rapport *Offentlig evaluering av folkehelsearbeid* (2015) viste at levekår og sosial ulikhet i nesten halvparten av landets kommuner var blant de største folkehelseutfordringene. Likevel hadde kun 15 prosent av kommunene iverksatt de fleste av sine tiltak innenfor disse områdene (Riksrevisjonen, 2015, s. 49). Studier viser at flere kommuner er usikre på hvilke virkemidler og tiltak som kan brukes til å redusere lokale folkehelseutfordringer og særlig utjevning av sosiale helseforskjeller (E. Fosse et al., 2018; Riksrevisjonen, 2015, s. 50; Tallarek nee Grimm, Helgesen & Fosse, 2013, s. 230). En del kommuner finner det derfor enklere å iverksette tiltak mot levevaner (fysisk aktivitet, rus, ernæring og tobakk), som har en mer direkte virkning på helse, enn tiltak som retter seg mot såkalte helsedeterminanter eller de bakenforliggende, strukturelle årsakene til sosial ulikhet i helse. Denne trenden ser man er særlig sterk i mindre kommuner (M. Helgesen & Hofstad, 2012; Kvåle, Torjesen & Kiland, 2016, s. 20; Riksrevisjonen, 2015, s. 9). Studier tyder også på at de større kommunene i større grad definerer og iverksetter tiltak mot levekår i folkehelsearbeidet (E. Fosse et al., 2018; Hagen, Torp, Helgesen & Fosse, 2017, s. 984). Imidlertid viser nyere studier at stadig flere kommuner vektlegger de sosiale determinantene i helse, og at en ser stadig flere tiltak rettet mot gradienten (E. Fosse et al., 2018; Hagen et al., 2017). Samtidig er det evidensbaserte kunnskapen om hvilke tiltak som reduserer sosiale helseforskjeller begrenset, og særlig utfordres kommunesektoren av begrenset kunnskap om hvordan de kan arbeide med denne problemstillingen. Dette er derfor et tema som både er interessant og viktig å undersøke nærmere. Hensikten med studien er derfor å bidra til å øke kunnskapen hvilke erfaringer kommuner har gjort med å utjevne sosiale helseforskjeller, samt hva som hemmer og/eller fremmer slikt lokalt folkehelsearbeid.

1.2 Problemstilling og avklaringer

I denne studien vil jeg undersøke følgende problemstilling:

Hvordan drives folkehelsearbeid i kommuner for å redusere sosial ulikhet i helse?

Problemstillingen tar utgangspunkt i den norske konteksten, der fokuset rettes inn mot mindre kommuner som representerer en mer perifer geografisk plassering. I studien er det ansatte fra ulike nivåer og sektorer i den kommunale administrasjonen som arbeider

med folkehelselovens føringer på folkehelsearbeidet, og da først og fremst arbeidet med å redusere sosial ulikhet i helse. Studien har også som formål å øke kunnskapen om hvilke faktorer som hemmer og fremmer det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet i kommunene.

1.3 Videre oppbygging av studien

I kapittel to gjøres det rede for det teoretiske rammeverket som ligger til grunn for denne studien og som utgjør rammen for datainnsamlingen og analyse av funn. Her benyttes både lovverk og nasjonale styringsdokumenter i tillegg til mer klassisk teori og eksisterende forskning med særlig relevans for problemstillingen. I kapittel tre gjør jeg rede for valg av design og metode, og metodiske og etiske vurderinger og overveielser i prosessen med datainnsamlingen, samt en drøfting av oppgavens styrker og svakheter. Kapittel fire er studiens resultatkapittel. I første del presenteres data fra kommunene enkeltvis, mens andre del av resultatkapittelet sammenstiller dataene fra de tre kommunene i lys av særlige viktige temaer informantene har løftet frem. I kapittel fem drøftes viktigste funn opp mot det teoretiske rammeverket. I kapittel seks gis en oppsummerende konklusjon der jeg i lys av viktige funn også peker på implikasjoner for praksis og videre forskning.

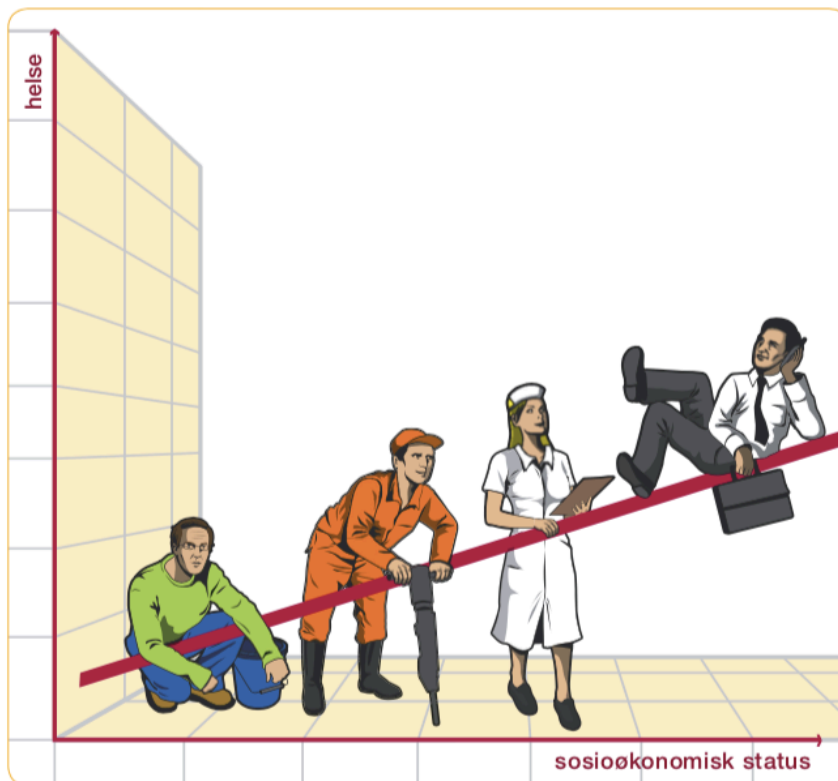
2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Sosiale helseforskjeller

I litteraturen finnes det mange ulike forsøk på å definere sosiale helseforskjeller. I denne oppgaven benyttes definisjonen fra den norske kunnskapsoversikten på sosial ulikhet i helse:

«Fenomenet og termen «sosial ulikhet i helse» refererer til hvordan helsetilstanden varierer med posisjon i inntektsfordelingen, utdanningshierarkiet, klassestrukturen, eller lignende sosioøkonomiske strukturer i samfunnet» (Dahl, Bergsli & Wel, 2014, s. 15).

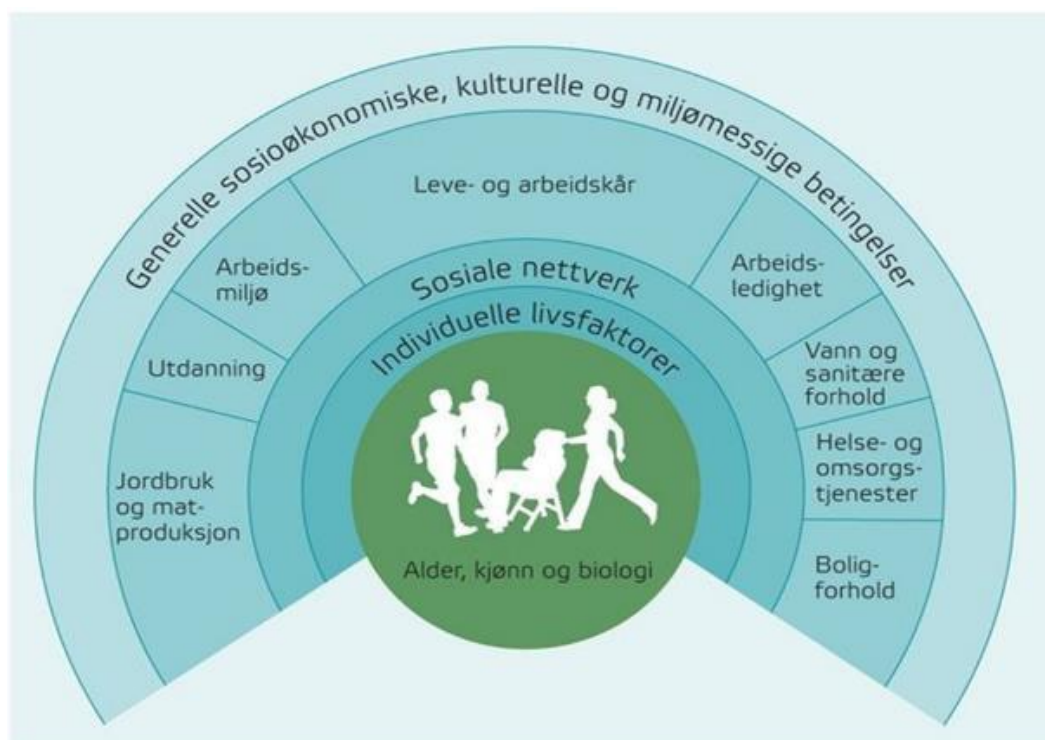
Sosial ulikhet i helse er et fenomen der ulike sosioøkonomiske strukturer i samfunnet gir tilgang til en rekke forskjellige materielle og psykososiale ressurser – hvor summen av disse får betydning for vår helse (Helsedirektoratet, 2018e). Å ha en god inntekt, utdanning og arbeid er for eksempel nært korrelerende med hva slags helse en gjennomsnittlig person i befolkningen utvikler. En bruker termen «gjennomsnittlig» da det inntreer selvfølgelig unntak, der personer ikke passer slike «gruppetildelinger». Men hvis en ser hele befolkningen under ett, er empirien ganske tydelig; dårligst helse er å finne hos de med lavest sosioøkonomisk status, for deretter å fordele seg progressivt oppover i det sosioøkonomiske hierarkiet. Sosiale helseforskjeller er med andre ord ikke noe bare som gjelder de verst stilte. Ifølge forskningen foreligger det en lineær sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse i hele befolkningen. Det vil si at de nest fattigste har bedre helse enn de fattigste og at de rikeste har litt bedre helse enn de nest rikeste. På fagspråket beskriver man dette som en sosial gradient som strekker seg gjennom hele befolkningen (Dahl et al., 2014, s. 68-71).



Figur 1: Den sosiale gradienten. Ifølge forskningen foreligger det en lineær sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse i befolkningen. Dårligst helse er ikke bare å finne hos de svakest stilte (Helse- og sosialdepartementet, 2005, s. 6).

2.1.1 Hva skaper sosiale forskjeller i helse?

Flere tiårs flerfaglig forskning har bidratt til å identifisere helsens sosiale determinanter (Braveman & Gottlieb, 2014; Commission on Social Determinants of Health, 2008, s. 1; Dahl et al., 2014, s. 20; Helsedirektoratet, 2009a, s. 27; World Health Organization, 1986). Med sosiale helsedeterminanter menes forhold i og utenfor mennesket, som påvirker helsen positivt eller negativt (Helsedirektoratet, 2009, s. 15). Det kan være alt fra egen helseatferd, til sosiale strukturer i nærmiljøet, leve- og arbeidsvilkår, tilgang til nødvendig varer og tjenester eller mer overordnede økonomiske, kulturelle og miljømessige forhold i samfunnet. Modellen nedenfor redegjør for noen av helsens viktigste determinanter, og ble utgitt i rapporten «Policies and strategies to promote social equity in health» som en oppfølging for hvordan Europeiske land kan arbeide med strategien «helse for alle innen år 2000». Rent generelt kan vi si at sosiale helseforskjeller skyldes primært forskjeller i materielle, psykososiale og atferdsrelaterte risikofaktorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s. 5).



Figur 2 Dahlgren & Whitehead (1992) viktigste generelle helsedeterminanter (Helsedirektoratet, 2017b).

I den innerste sirkelen finner vi enkeltmennesket. Her påvirker alder, kjønn og genetiske disposisjoner helsen, men holdes i stor grad uforanderlige. Nærmest individets påvirkningskraft er sirkelen med de individuelle livsfaktorer. Dette omslutter hvilke livstilsvalg og atferd personen tilslutter (røykevaner, fysisk aktivitet, kostholdsvaner osv.). Det tredje laget omhandler de sosiale nettverk og relasjoner enkeltmennesket lever med i sine omgivelser. I det fjerde laget finner vi menneskers forutsetninger for å ta vare på egen helse påvirket av leve- og arbeidskår, utdanningsnivå, matforsyning og tilgang på andre nødvendige varer og tjenester. Det ytterste laget som påvirker folkehelsen, består av de økonomiske, kulturelle og miljømessige forholdene som råder i samfunnet i stort (eks. skatt) (Helsedirektoratet, 2009b, s. 27). Ulikhet påvirket i stor grad av sosiale og miljømessige strukturer i samfunnet og er dermed sosialt urettferdige (Comission on Social Determinants of Health, 2008, s. 109; Dahl et al., 2014, s. 16).

Begrepet, sosial ulikhet i helse omhandler at mennesker med ulik sosioøkonomisk status har forskjellig kvalitet og tilgang til disse helsedeterminantene, eksemplifisert av Dahlgren & Whitehead. Det er en sterk tendens til at kvaliteten og tilgangen på disse i stor grad styres av inntekt, utdanning og yrkestilhørighet, men også av faktorer som for eksempel hvor en bor eller hvilke familier en vokser opp i (Helsedirektoratet, 2009b, s. 15). Personer med svak

sosioøkonomisk status opplever i større omfang flere *risikofaktorer* innenfor determinantene de lever under enn personer med høyere sosioøkonomisk status. De med høyere sosioøkonomisk status opplever på sin side flere *beskyttelsesfaktorer* og *positive helsefaktorer* i sin tilværelse. Det bidrar til en skjevfordeling i helseutvikling mellom mennesker over tid – og derav av ordet *sosiale helseforskjeller* (Helsedirektoratet, 2009b, s. 27, 30-35).

2.2 Wicked problems – sosial ulikhet i helse – et tvetydig problem på lokalssamfunnsnivå

Sosial ulikhet i helse føyer seg inn i rekken av problemer i samfunnet i nyere tid som kan tilskrives komplekse, uforutsigbare og hvor det ikke finnes en enhetlig løsning. Slike problemer blir i litteraturen kalt gjenstridige problemer («Wicked problems») (Head & Alford, 2015). Gjenstridige problemer kjennetegnes av at aktørene som er innblandet i dem har ulike virkelighetsoppfatninger om hva som er årsaken, kausalitetsforklaring og eventuelt hvordan en bør håndtere dem (Head & Alford, 2015, s. 718). På et lokalssamfunnsnivå er sosial ulikhet i helse et slikt tema (E. Fosse, Sherriff & Helgesen, 2019, s. 14). Fenomenet sosial ulikhet bestemmes av en rekke ulike determinanter, som er å finne på lokalt, regionalt, nasjonalt og globalt nivå.

Tar vi utgangspunkt i den sosiale helsedeterminantmodellen, har oppvekst-, kultur-, teknisk-, helse- og omsorgssektoren i kommunene alle påvirkningsfaktorer på helsen og dermed betydning for arbeidet med sosiale ulikheter i helse. I kommunal sektor har folkehelsearbeidet hatt en tradisjonell forankring i helse- og omsorgssektoren. Nye føringer pålegger imidlertid hele kommunen å tilnærme seg folkehelsearbeidet. Dette oppleves som vanskelig for mange kommuner som tradisjonelt er organisert i selvstendige, deregulerte sektorer der folkehelsearbeidet er forankret i helsesektoren (Head & Alford, 2015, s. 719). Å tilnærme seg sosiale ulikheter i helse kan derfor være komplekst og vanskelig på lokalt nivå. På kommunalt nivå kan en også være uenig om hvor det er mest effektivt å sette inn tiltak for å utjevne forskjeller. Dette forsterkes ytterligere av at forskningen på tiltak mot sosiale helseforskjeller er mangelfull (se delkapittel 2.5.1) (Dahl et al., 2014, s. 34, 55-60).

Hvordan tilnærme seg gjenstridige problemer?

Head & Alford argumenterer for at partene som er del av et problem bør inngå i en nettverkslignende form for samarbeid. Effektivt kollaborativt samarbeid kan bistå arbeidet

med å ta tak i gjenstridige problemer på tre måter: Et fungerende samstyringsnettverk øker sannsynligheten for at problemet og dets underliggende årsaker blir bedre forstått. Samarbeid øker også sannsynligheten for at man kan finne og komme til enighet rundt provisoriske løsninger, ikke bare fordi et videre nettverk tilbyr mer innsikt, men også fordi bedre samarbeid fører til bedre konsensus om hva ulike parter i et nettverk bør gjøre. Samarbeid letter også implementeringen av løsninger, ikke bare fordi partene med større sannsynlighet har blitt enige om de neste trinnene, men også fordi samarbeidet muliggjør delte bidrag, samordnede handlinger og gjensidig tilpasning, hvis avtalte løsninger skjærer seg i praksis (Head & Alford, 2015, s. 725-726).

Tradisjonelt er det lederen som gjennom transformasjonelt lederskap har tatt beslutninger for hele organisasjonen, kartlagt hvordan organisasjonen skal jobbe osv. Men ved gjenstridige problemer, som ved sosial ulikhet, har overordnet ledelse langt fra nok kunnskap, kapasitet og forståelse til å kunne handle eller fortelle sine ansatte hvordan de skal arbeide. I møte med «wicked issues» anbefales en lederform som kalles *adaptiv* eller *kollaborativ styring*. Ifølge Heifetz bør overordnede ledere lede interessentene og organisasjonsmedlemmene til selv å arbeide kollektivt med problemet. De som blir styrt, blir bedt om å ta lederansvar for å sette en retning i arbeidet. Men ifølge Heifetz blir underledere ofte nervøse og engstelige hvis de selv må ta ansvar. Lederens ansvar blir da ikke bare å utfordre dem til å ta et lederansvar, men også å tilrettelegge en sfære hvor dette kan blomstre («a holding environment»). Heifetz peker på et forum eller liknende der aktørers tilpassningsarbeid mot gjenstridige problem kan ligge (Head & Alford, 2015, s. 729-730).

For å håndtere et ondartet problem trekker Head og Alford også frem at organisasjonen bør ha en fleksibel struktur. Det må være mulig å forandre måten man organiserer arbeidet på i korte perioder, i form av stillinger e.l., hvis problemet skulle tilsi det (Head & Alford, 2015, s. 731).

2.3 Ulike strategiske tilnærminger i arbeidet med sosiale helseforskjeller

Ifølge de nasjonale målene i folkehelsearbeidet skal Norge skal være blant de tre landene i verden med høyest levealder. Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller og Norge skal være et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 11).

For å nå disse målene peker litteraturen på at tiltak må dreies mot hele årsakskjeden (Dahl et al., 2014, s. 31). Det vil si universelle tilnærminger rettet mot hele befolkningen (befolkningsrettede), selektive tilnærminger mot de med høy sykdomsrisiko (høyrisiko), og tiltak mot bakenforliggende årsaker til helse, de sosiale determinantene i helse.

2.3.1 Høyrisikotilnærmingen

En høyrisikotilnærming er en vanlig brukt tilnærming over de fleste land i verden.

Tilnærmingen søker å redusere sykdomsrisikoen betydelig hos et mindre antall med høy risiko, eksempelvis de med høyest mengder kolesterol i blodet, eller de som lever og omgås barnefattigdom daglig. Fordelen med denne tilnærmingen er at den er treffsikker, har et stort omfordelingspotensial og er billig for samfunnet å finansiere (Dahl et al., 2014, s. 27). Denne tilnærmingen har imidlertid møtt kritikk for at forebygging kan forveksles med medikalisering, at den stigmatiserer folk som sosiale avvikere, og viktigst av alt at den ikke endrer de reelle bakenforliggende årsakene til problemene (Dahl et al., 2014, s. 24).

Litteraturen taler derfor for at høyrisikostategien ikke uten videre kan løse de store folkehelseproblemene, der risikoene ligger spredt over hele befolkningen. I miniatyr betyr dette at innsats mot de dårligst stilte, vil kunne redusere deres sykdomsbyrde, men vil ha mindre innvirkning på den sosiale gradienten i helse, og dermed folkehelsen i stort (Dahl et al., 2014, s. 24).

2.3.2 Universell befolkningstilnærming og de bakenforliggende determinanter

En universell befolkningstilnærming blir trukket frem for sitt forebyggingspotensial fordi det er en tilnærming som omfatter alle og kan settes inn før problemene vokser seg for store og blir irreversible (Dahl et al., 2014, s. 27). En slik tilnærming fremheves også fordi den går til «røttene» på problemet, snarere enn å holde seg til overflaten (Dahl et al., 2014, s. 25). En universell determinanntilnærming er en tilnærming som i utgangspunktet vil kunne fremme helsen til hele befolkningen, både de som er langt nede og lenger oppe på gradienten.

Gjennom å endre reelle determinanter som påvirker helsen, vil en befolkningsstrategi også redusere antallet som har risiko for å utvikle seg til høyrisiko. Derfor blir det av mange ment at dette også er en god høyrisikostategi (Dahl et al., 2014, s. 25). Befolkningsstrategien vil redusere et stort antall syketilfeller og vil slik ha en større effekt på folkehelsen enn høyrisikostategien. Kritikerne mener imidlertid at dette er en samfunnsmessig dyr tilnærming

som vil gi små helsegevinster for den enkelte samt at den ikke kan redusere helseforskjeller fullstendig mellom ulike deler av befolkningen (Dahl et al., 2014, s. 25, 29).

2.3.3 «Proporsjonal universalisme»

Dersom en skal klare å redusere de sosiale forskjellene som har oppstått mellom mennesker, mener Marmot-kommisjonen (2010) at en må kombinere en universell befolkningstilnærming med en høyrisikotilnærming, såkalt «proporsjonal universalisme» (Marmot, 2010, s. 16). Strategien sikter mot at offentlige tjenester og ytelser skal være tilgjengelige for alle, men at innsatsens omfang og intensitet skal intensiveres proporsjonalt med de som ikke opplever tilstrekkelig helse. Dette betyr at de med størst ulempe skal få mest, de med nest størst ulempe nest mest, og så videre oppover hele den sosiale gradienten (Dahl et al., 2014, s. 28). Fordi denne helsen er urettferdig og sosialt skapt, karakteriserer flere denne formen for universalisme som en universell målretting av den norske velferdsstaten. Sentralt for denne tilnærmingen er at det inntreffer en fingradert differensiering av innsats langs hele den sosiale gradienten av befolkningen (Dahl et al., 2014, s. 30). Rent teoretisk peker litteraturen på at denne tilnærmingen vil gi de største folkehelse- og samfunnsgevinstene (Dahl et al., 2014, s. 38).

2.3.4 Livsløpsperspektivet

I den norske kunnskapsoppsummeringen, under delkapittelet «15.6 Hvilke sosiale determinanter bør prioriteres?», trekkes tidlig innsats i starten av livet frem som en svært viktig determinant å rette innsatsen mot. Ifølge kunnskapsoppsummeringen foreligger det etter hvert mye forskning med forankring i en rekke ulike vitenskapelige disipliner som understreker den avgjørende betydningen de aller tidligste leveårene har for helse og levekår på kort og lengre sikt (Dahl et al., 2014, s. 316; Heckman & Masterov, 2007, s. 476; Helsedirektoratet, 2015b, s. 4-8). Tidlig innsats og investering i et menneskes liv innebærer å skape gode oppvekstarenaer, spesielt i en fase av livet der mennesket er under sterk påvirkning, modning og utvikling og er svært mottakelig for ytre stimuli (Mustard, J.F, 2010; Skogen, Smith, Aarø, Siqveland & Øverland, 2018, s. 16-19)). Det eksisterer midlertid begrenset empiri på tiltak som vil fremme den psykiske helsen blant denne målgruppen (Skogen et al., 2018, s. 15). Studier fra USA viser at mangel på tidlig innsats og investering i barn og unges liv kan føre til høyere kriminalitetsrate, flere som slutter på skolen, økte velferdsutgifter m.m. sammenliknet med intervensjonsgrupper i vanskeligstilte områder (Heckman & Masterov, 2007, s. 482). Litteraturen er også klar på at å investere tidlig og ha et

livsløpsperspektiv i det man gjør, er samfunnsøkonomisk lønnsomt (Heckman & Masterov, 2007, s. 488; Marmot, 2010, s. 18; Masters, Anwar, Collins, Cookson & Capewell, 2017, s. 832; Public Health England, 2017a, s. 13 & 19; 2018, s. 13). Kunnskapsoppsummeringen til Dahlgren og Whitehead (2006) peker blant annet på at det å redusere de generasjonsovergripende årsakene til fattigdom og øke mulighetene for en sunn og positiv barndom, er en av de største utfordringene i arbeidet med å redusere sosiale helseulikheter (Helsedirektoratet, 2009b, s. 35).

2.4 Fra strategiske tilnærminger til konkrete tiltak på lokalssamfunnsnivå

2.4.1 Manglende kunnskap om konkrete tiltak på lokalt nivå

Det eksisterer begrenset empiri på hvilke tiltak som reduserer sosiale helseforskjeller på lokalt nivå i dagens forvaltning, og da særlig tiltak mot de bakenforliggende determinanter som påvirker helsen (Riksrevisjonen, 2015, s. 50). Til sammenlikning foreligger det betydelig mer evidens omkring tiltak på individnivå. I en samfunnskontekst har det vært langt større fokus på individ og patogene forhold. Intervensjoner på individnivå er enklere å gjennomføre, billigere og helsen kausalmekanismer fremtrer raskere (Dahl et al., 2014, s. 56).

Befolkningsintervensjoner er langt mer omfattende og krever mer omfattende målesystemer, der helseutviklingen utvikler seg langsommere (Dahl et al., 2014, s. 56; Skogen et al., 2018, s. 14). Tatt i betraktning at sentrale beslutningstakere i offentlig forvaltning ofte lever innenfor en fireårsperiode der utallige maktkamper kjemper om ressursene, har befolkningsintervensjoner ofte en tendens til å bli nedprioritert (Taylor-Robinson, Milton, Lloyd-Williams, O'Flaherty & Capewell, 2008, s. 5).

2.4.2 Høyrisikotilnærmingen

Målrettet innsats mot befolkningsgrupper i risikozonen eller de som allerede lever under dårlige levekår, bør ifølge litteraturen være *helhetlig*, både med tanke på konkrete tiltak opp mot familien, men også på systemnivå i kommunen (Bekken, Dahl & Wel, 2018b, s. 13-15; Fløtten, 2014, s. 43). Kjennetegnet for mennesker og familier som lever under fattigdomsgrensen eller med liknende utfordringer, er at deres problemer er *sammensatte*. Man ser ofte at de trenger lokalt tilpassede tiltak og oppfølging på flere områder samtidig, for eksempel foreldreveiledning (kompetanse på hvordan drive godt foreldreskap), fritidsaktiviteter for barn, hjelp med økonomiske spørsmål og boligspørsmål, hjelp med å orientere seg i kommunens tjenesteforvaltning, arbeidstreningstiltak og andre områder der

familien opplever det er behov for det (Bekken, Dahl & Wel, 2018a, s. 20; Bekken et al., 2018b, s. 14; Bekken, Dahl & Wel, 2018c, s. 24; Dahl et al., 2014, s. 33). For å gjennomføre dette kreves det ofte samarbeid mellom flere etater i tjenesteforvaltningen, for eksempel NAV, barnehage, helsestasjon, BUP og PPT, men også for eksempel sammen med frivillige organisasjoner (f.eks. frivilligsentral, Blå Kors, Norske Kvinners Sanitetsforening og Røde Kors) (Bekken et al., 2018a, s. 18-21). Brukermedvirkning bør stå sentralt, for effekten av et tiltak er sterkest dersom familien og barna kan identifisere seg med tiltakene. I tillegg trekkes oppfølging over lengre tid og kartlegging av behov og levekår frem som viktige prinsipper (Bekken et al., 2018b, s. 15). En del intervensjoner viser at å sikre overgangene mellom barnehage og skole, barneskole og ungdomsskole samt ungdomsskole og videregående er funksjonelt med tanke på å følge opp barn i familier med utfordrende levekår (KS, 2010, s. 6, 12). Andre ordninger kan være å tilby utsatte barn og unge «kulturkort» for å øke deltakelsen i kulturelle og sosiale aktiviteter (Bekken et al., 2018a, s. 30-31).

2.4.3 Universell befolkningstilnærming og de bakenforliggende determinanter

Siden det foreligger mindre empiri på hvilke tiltak på bakenforliggende determinanter som har en påviselig effekt på helsen er det begrenset hvor mye en kan gå i dybden på konkrete eksempler i dette arbeidet. Men siden vi vet mye rundt hvilke forhold som påvirker helsen og hva som forårsaker sosial ulikhet forstår vi også hvor det kan være hensiktsmessig å iverksette tiltak hen (Dahl et al., 2014, s. 34).

Et lokalsamfunn bør intensivere innsatsen sin mot forhold tidlig i et menneskets liv (E. Fosse et al., 2019, s. 2; Heckman & Masterov, 2007). Det innebærer å legge til rette for gode oppvekstforhold og levekår for alle. Å tilby barnehage av høy kvalitet til alle ser ut til å være viktig (Skogen et al., 2018, s. 52). Kommuner bør også kunne tilby en sterk og selvstendig helsestasjon (0–5 år) som er dyktig til å følge opp barn og familier både i svangerskapsomsorgen og spebarnsperioden (Helsedirektoratet, 2018a, s. 8). Konsultasjonene bør ta sikte på å veilede de voksne i foreldrerollen samt forebygge og avdekke eventuelle avvik som følge av omsorgssvikt (Helsedirektoratet, 2018a, s. 8-9; Skogen et al., 2018, s. 90). Kommunen skal kunne tilby en god grunnskole med et godt helsefremmende læringsmiljø, deriblant en sterk operativ skolehelsetjeneste, der kravene om normert bemanning innfris (Skogen et al., 2018, s. 99). De bør og kunne tilby en helsestasjon for ungdom opptil 20 år (Skogen et al., 2018, s. 38-39).

En kommune bør også ha et mangfold av sosiale og kulturelle møteplasser som dekker interesser og behov hos alle innbyggere (Mittelmark et al., 2017, s. 448). Det vil si at det er et bredt spekter av muligheter for barn og unge, som kulturskole, skolefritidsordning og andre organiserte og uorganiserte møteplasser. Nærmiljøet bør innby til aktivitet gjennom en lavterskelpreget tilnærming. Kommunen bør innenfor sine forutsetninger legge til rette for et yrende frivillighetsliv, f.eks. gjennom en frivillighetssentral med tilbud som møter ulike kulturelle og sosiale behov. Kommunen bør og etablere utstyrssentraler der alle barn, unge og voksne kan låne utstyr for fritidsaktiviteter gratis (Sund et al., 2016, s. 17). Man kan se for seg en rekke ulike tiltak innenfor determinanttilnærmingen, men her er det nevnt noen av de viktigste tiltakene fra litteraturen som kan være relevante for en kommune.

2.5 Folkehelseloven

Folkehelseloven av 2012 har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel og sosiale og miljømessige forhold, og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse (Folkehelseloven, 2012, § 1). Sentralt for den nye loven er at den legger til rette for en politisk forankring av folkehelsearbeidet. I motsetning til den gamle kommunehelsetjenesteloven der oppgavene og ansvaret var direkte plassert i kommunens helsetjeneste, er ansvaret nå flyttet ut til kommunen som sådan (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011a, s. 2). Med folkehelseloven fikk også kommunen det øverste ansvaret for iverksetting av folkehelsepolitikken.

2.5.1 Utjevning av sosial ulikhet i helse – som grunnleggende prinsipp for folkehelseloven

Utjevning av sosial ulikhet i helse er et av fem grunnleggende prinsipper i folkehelseloven som kommunene plikter å følge i folkehelsearbeidet (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011a, s. 20). Begrepet stammer fra WHO's første internasjonale konferanse om helsefremmende arbeid i Ottawa, Canada i 1986. Konferansen staket ut en ny kurs i folkehelsearbeidet. Helse skulle ikke lenger bare omfatte det som foregikk i helse- og omsorgssektoren eller hva slags helseatferd og livsstil folk har. Helse var mer enn kun fysiske attributter: Nå inngikk også psykologiske og sosiale forhold. Som følge av en større systematisk forståelse av faktorer som fremmet helsen, oppnådde man større erkjennelse av hvordan mennesker vokser opp under ulike samfunnsforhold. Konferansen stadfestet at helsefremmende arbeid skulle innebære å sikre like muligheter for alle mennesker til å oppnå

deres øverste helsepotensial (World Health Organization, 1986, s. 23-26; World Health Organization Europe, 1986).

I dag er utjevning av sosiale helseforskjeller sterkt forankret i nasjonale føringer som stortingsmelding 20 (2006–2007), 34 (2012–2013), 19 (2014–2015) og 19 (2018–2019) og lov om folkehelsearbeid (2012). Ut fra de internasjonale og nasjonale føringene skulle man tro at kommunene var godt i gang med dette arbeidet. Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid (2015) viste imidlertid at et fåtall av Norges kommuner hadde iverksatt tiltak for bedre levekår og utjevning av helseforskjeller. I nesten halvparten av landets kommuner var levekår og sosial ulikhet blant de største folkehelseutfordringene, men kun 15 prosent hadde iverksatt de fleste av sine tiltak innenfor disse områdene (Riksrevisjonen, 2015, s. 49). Studier viser at flere kommuner er usikre på hvilke virkemidler og tiltak som kan brukes til å redusere lokale folkehelseutfordringer og særlig utjevning av sosiale helseforskjeller (Riksrevisjonen, 2015, s. 50; Tallarek nee Grimm et al., 2013, s. 230). En del kommuner finner det derfor enklere å iverksette tiltak mot levevaner (fysisk aktivitet, rus, ernæring og tobakk), som har en mer direkte virkning på helse, enn tiltak som retter seg mot de bakenforliggende, strukturelle årsakene til sosial ulikhet i helse. Denne trenden ser man er særlig sterk i mindre kommuner (M. Helgesen & Hofstad, 2012, s. 86; Kvåle et al., 2016, s. 20; Riksrevisjonen, 2015, s. 9). Fra andre store kartleggingsstudier ser man en klar tendens til at større kommuner har større sannsynlighet for å definere levekår som en hovedutfordring sammenliknet med mindre kommuner (Kronenfeld, 2014, s. 164; Torp et al., 2016, s. 8). Dette kan delvis ha en sammenheng med at en ser at større kommuner også har mer politisk-administrativ kapasitet og kompetanse, eksempelvis innenfor helsefremmende arbeid, enn mindre kommuner (Kronenfeld, 2014, s. 176; Riksrevisjonen, 2015, s. 10; Torp et al., 2016, s. 7).

2.5.2 Organisering av folkehelsearbeidet i kommunen (lovens prinsipp om helse-i-alt-vi-gjør)
Ifølge lovens § 4 andre ledd skal kommunen fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder områdene lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Paragrafen gir ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunen som sådan og ikke, som tidligere, til kommunens helsetjeneste etter kommunehelsetjenesteloven. Det innebærer at kommunen som aktør skal iverksette tiltak ved å bruke de virkemidler de har, for eksempel «innenfor påvirkningsfaktorer som skole-, barnehage-, bolig-, kultur-,

miljø-, landbruks- nærings- og vegsektoren, i tillegg til helse- og omsorgssektoren» (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011a, s. 26).

Prinsippet «Helse i alt vi gjør», eller HiAP (fra engelsk «Health in All Policies»), er tuftet på en økende erkjennelse av at helsens påvirkningsfaktorer ikke først og fremst ligger i helsesektoren, men i samfunnsforhold utenfor helsesektoren. Det har vært en kulturendring der folkehelsearbeidet har gått fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv. Med et påvirkningsperspektiv gis kommunen bedre forutsetninger til å intensivere innsatsen mot de bakenforliggende faktorer som påvirker helsen og dermed fordelingen av helsen i befolkningen. HiAP-tilnærmingen forutsetter at det etableres et påvirkningsperspektiv på tvers av sektorgrenser, og at dette legger grobunn for integrerte tverrsektorielle strategier som er rettet mot bakenforliggende faktorer som påvirker helsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b, s. 48-49). Hensikten med en HiAP-tilnærming er at kommuner lettere skal kunne rette tiltak mot de brede determinanter i samfunnet som påvirker helse, gjennom å etablere tverrsektorielt samarbeid i kommunene. Denne antydningen ble ytterligere forsterket i tverrsnittstudien til Torp m.fl. som viste at kommuner som hadde tverrsektorielle arbeidsgrupper eller interkommunale samarbeid hadde henholdsvis to og tre ganger større sannsynlighet for å prioritere levekår i det lokale folkehelsearbeidet, enn kommuner der slikt arbeid var fraværende (Torp et al., 2016, s. 9). Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid fra 2015 viste at hele 41 prosent av norske kommuner ikke har etablert et systematisk samarbeid om folkehelse på tvers av sektorer (Riksrevisjonen, 2015, s. 9).

Flere forskningsartikler viser at dersom kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og virkemidler kommunen er tillagt, bør folkehelsearbeidet ha en sentral forankring på øverste nivå i kommunen (Elisabeth Fosse & K. Helgesen, 2015, s. 337; S. Hagen et al., 2018, s. 1; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 180). Tidligere nasjonale føringer har anbefalt at dette kan gjøres gjennom å ansette en koordinator høyt oppe i kommuneadministrasjonen som skal tilrettelegge for et tverrsektorielt arbeid. Koordinatoren skal være en fasilitator mellom sektorer med tanke på helsefremming, i tillegg til å være delaktig i kommuneplanleggingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003, s. 99; 2011b, s. 197). Tidligere evalueringer av denne stillingen har virket lovende, eksempelvis gjennom Hagen et al., som viser at kommunens sjanser for å drive tverrsektorielt samarbeid var mye høyere dersom de hadde en folkehelsekoordinator (Hagen et al., 2015, s. 8). Men noen oppsiktsvekkende viste nye funn fra Hagen et al (2018) at kommuner som ansatte

folkehelsekoordinatorer etter folkehelseloven ble innført, var nesten fire ganger mindre sannsynlig for å prioritere rettferdig fordeling i sine folkehelse tiltak, sammenliknet med kommuner som ikke hadde koordinatorene (S. Hagen et al., 2018).

I en tverrsnittstudie ble det avdekket at 28 prosent (70) av landets folkehelsekoordinatorer var plassert i rådmannens stab (Hagen et al., 2015). I en annen studie kom det frem at 46 prosent av koordinatorene var plassert i helsesektoren med helse- og omsorgsleder som øverste sjef (Tallarek nee Grimm et al., 2013, s. 231). Å være plassert langt fra beslutningsnivå i kommuneorganisasjonen er ikke forbundet med tverrsektorielt arbeid og HiAP-tankegang, og blir sett på som ineffektivt. Forskning konkluderer langt på vei med at å besitte en begrenset stilling på 10, 20 eller 50 prosent i helsesektoren gjør det svært vanskelig å implementere tverrsektorielt samarbeid og helsefremmende arbeid (Tallarek nee Grimm et al., 2013, s. 231). I studien til Hofstad (2016) ble dette forklart med at en koordinator da først må henvende seg til sin avdelingssjef før han eventuelt kan nå ut til de andre sektorene i organisasjonen. Dette blir ytterligere forsterket dersom forankringen og ansvaret også mangler på øverste nivå i organisasjonen (Hofstad, 2016, s. 572).

Med den nye loven følger nå en oppsatt arbeidsform i folkehelsearbeidet, som både kommuner og fylkeskommuner er lovpålagt å følge. Denne arbeidsformen vil bli redegjort for nedenfor.

2.5.3 Systematisk og langsiktig folkehelsearbeid

Ifølge folkehelseloven kapittel 1, § 1 om innledende bestemmelser og formål skal loven legge til rette for et *systematisk* og *langsiktig* folkehelsearbeid. Å drive systematisk arbeid vil si at man tar utgangspunkt i de folkehelseutfordringer som eksisterer på lokalt og regionalt nivå. Langsiktig arbeid er nødvendig fordi resultatene av folkehelsearbeid ofte viser seg først etter lang tid. Bestemmelsen fastslår derfor at folkehelsearbeidet må sees i et langsiktig perspektiv, og at det ikke bare er tiltak med umiddelbar virkning eller virkning innenfor en kort tidsperiode som er nødvendig å sette i verk, men også tiltak som vil ha en positiv effekt for folkehelsen lenger frem i tid (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011a, s. 21-22).

I kommunens tilfelle vil systematisk arbeidsform innebære å opparbeide seg oversikt over den lokale helsetilstanden, forankre disse til mål i planer, iverksette tiltak som er i tråd med dette og evaluere kommunens folkehelsearbeid på kort og lengre sikt (Helsedirektoratet, 2017b).



Figur 3: En illustrasjon av det systematiske folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2017b).

Ifølge folkehelselovens § 5 skal kommunen ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i kommunen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Denne oversikten skal være skriftlig og vurdere konsekvenser og årsaksforhold basert på de identifiserte folkehelseutfordringene i kommunen. Oversikten skal være «samlet» noe som innebærer at det skal fremkomme at kommunen har opplysninger om: befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand, jf. § 3 i forskrift for oversikt over folkehelsen (FHL, 2012; Helsedirektoratet, 2017b).

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv til folkehelseloven skal oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer så langt det lar seg gjøre speile fordeling av helse i befolkningen, jf. definisjonen av folkehelse i § 3 bokstav a. Utgangspunktet for å utjevne sosiale helseforskjeller er å skaffe seg et bilde av den sosiale fordelingen av en helseutfordring i et område og de faktorene som påvirker helse. Dette kan være for eksempel gjennom levevaner, fysiske faktorer som luftforurensning og sosiale miljøfaktorer eller levekår som utdanning, inntekt og arbeid (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011a, s. 28). En studie viste at kommuner med utarbeidet helseoversikt lettere adresserte levekårsfaktorer, enn de som ikke hadde oversikt (S. Hagen et al., 2018, s. 12). I riksrevisjonens evaluering av offentlig folkehelsearbeid (2015) kom det frem at små kommuner har kommet kortere i oversiktsarbeidet enn større kommuner. Manglende kapasitet og kompetanse pekes på som viktige årsaker til dette (Riksrevisjonen, 2015, s. 45).

Rundskrivet tydeliggjør at en del andre data ikke kan fremskaffes på kommunenivå. Dette kom også frem i en kvalitativ undersøkelse av Tallarek nee Grimm et al. (Tallarek nee Grimm

et al., 2013, s. 230). Flere informanter ga uttrykk for at sosiale ulikheter i helse har en tendens til å bli usynlig på kommunenivå. Datamaterialet kommunene rår over, er for begrenset til å synliggjøre de større strukturelle forskjellene og den sosiale gradienten i lokalsamfunnet (Hofstad, 2016, s. 570). Der det er hensiktsmessig og mulig, presiserer rundskrivet derfor at kommuner skal tilstrebe å utvikle slike data (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011a, s. 28). Flere kommuner møter imidlertid utfordringer med å utvikle god kvalitet på disse dataene. Der noen gir uttrykk for mangel på ressurser og kompetanse til for eksempel å gjennomføre en befolkningsundersøkelse (Hofstad, 2016, s. 570).

Helseoversikten og dens påvirkningsfaktorer skal etter lovens § 6 drøftes i kommunens planstrategi. Dette legger til rette for en politisk forankring av folkehelsearbeidet, og det plasserer folkehelsearbeidet over sektornivå. Den kommunale planstrategien legger grunnlaget for hvilke planer i kommunens plansystem som kommunen har behov for. Slik vil en være tilstrekkelig sikker på at helsemessige hensyn blir iverksatt og sikret i hele kommuneorganisasjonen (Helsedirektoratet, 2017b).

Folkehelseloven er en brobyggerlov med plan- og bygningsloven. Ifølge § 6 annet ledd skal kommunen i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet. Disse målene og strategiene skal være egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor, med utgangspunkt i oversikten etter § 5 annet ledd. Dette arbeidet sikrer at folkehelsearbeidet er tilstrekkelig kunnskapsbasert og systematisk (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011a, s. 32).

Fra et helsedeterminantperspektiv betyr det at kommunen må fastsette målformuleringer mot den sosiale fordelingen av helsedeterminanter i kommunen. Dette innebærer målformuleringer på flere nivåer i kommunens praksis: innen utdanning, levestandard, deltakelse i arbeidslivet og helseskadelig atferd, for å nevne noen (Dahl et al., 2014, s. 32).

Det siste leddet i et vellykket folkehelsearbeid omhandler evaluering. Her kan en trekke frem både § 5 og § 30 i folkehelseloven. Intensjonen med å evaluere er å sikre utvikling og kontinuerlig forbedring av folkehelsearbeidet. Evaluering kan skje på ulike måter. En hensiktsmessig måte å foreta evaluering på kan være i forkant av eller i sammenheng med arbeidet med det fireårige oversiktsdokumentet kommunen skal utarbeide i forbindelse med

kommunens planstrategi. Det er imidlertid viktigere å følge utviklingen i folkehelsen og folkehelsearbeidet tettere opp enn hvert fjerde år. Helsedirektoratet trekker på sine hjemmesider frem den årlige oppdateringen av handlingsdelen til kommuneplanens samfunnsdel og/eller utarbeidelsen av den årlige økonomiplanen som gode tidspunkt å evaluere folkehelsearbeidet på. De spesifiserer at evaluering også kan gjennomføres gjennom andre former for rapportering av økonomi-/og virksomhetsplaner (Helsedirektoratet, 2017b). Eksempelvis har Heimburg og Hakkebo vist at dette kan gjøres gjennom kommunens årsplan (Von Heimburg & Hakkebo, 2017). I riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid oppgir hver fjerde kommune at de ikke har evaluert egne folkehelse tiltak (Riksrevisjonen, 2015, s. 9).

Ifølge folkehelseloven § 7 skal kommunen iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan være 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 (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011a, s. 33).

2.5.4 Eksterne aktører i folkehelsearbeidet

Folkehelseloven § 1-3 understreker at folkehelsearbeid er *samfunnets* innsats for å påvirke faktorer som direkte og indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler. I tillegg dekker begrepet arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. Folkehelsearbeidet er med andre ord ikke kun forbeholdt én aktør. Det gjelder alle samfunnets aktører og sektorer, som har en innvirkning på helsen jf.

helse-determinantmodellen til Dahlgren og Whitehead (se figur 2). Ansvar for andre aktører styrkes ytterligere i lovens § 2-4 tredje ledd, der det presiseres at kommunens ansvar er å medvirke til at helsemessige hensyn ivaretas av andre myndigheter og virksomheter (næringsliv, fylkeskommune, fylkesmann og andre statlige instanser). Ivaretagelsen kan skje gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltakelse i planlegging. Folkehelseloven § 2-4 tredje ledd, tredje punktum fastslår at kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor. Med frivillig sektor menes her frivilligheten og andre aktører, både offentlige og private (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011a, s. 27). Disse har ingen plikt til å samarbeide med kommunen. Loven legger på den annen side opp til at det er kommunen som

skal¹ legge til rette for et samarbeid. Flere større tverrsnittstudier har vist at kommuner som er ute etter å styrke folkehelsekompetanse i organisasjonen og samarbeide med eksterne aktører var nesten tre ganger mer sannsynlig å prioritere rettferdig fordeling mellom sosiale grupper i lokale helsefremmende initiativ enn kommuner som ikke gjorde det (Hagen et al., 2017, s. 983; S. Hagen et al., 2018, s. 813).

2.5.5 Kommunen

Kommunen er vårt nederste og næreste forvaltningsnivå og spiller derfor en stor rolle for hvilket velferdsnivå og ikke minst sosiale determinanter et menneske fødes inn i og omgås daglig. Kommunen har et bredt saksfelt i og med at den har ansvaret for en rekke oppgaver innen velferd, helse, utdanning, kultur, tekniske tjenester samt utvikling og tilrettelegging for næringsvirksomhet. Kommunen er også ansvarlig for oppgaver innenfor samfunnsutvikling. Her inngår oppgaver som tettstedutvikling, næringsutvikling, miljø, folkehelse og planlegging av arealbruk. Kommunen er gjennom folkehelseloven og andre nasjonale føringer forpliktet til å arbeide målrettet og systematisk med sosiale ulikheter i helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 21; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 157; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 179). Ifølge folkehelseloven § 2-4 første ledd skal kommunen fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som *kan* ha negativ innvirkning på helsen. Denne paragrafen synliggjør føre-var-prinsippet, som er et av fem gjennomgående prinsipper i folkehelseloven. Det er ikke tilstrekkelig at kommunen arbeider mot faktorer man vet har negativ innvirkning på helsen. Kommuner skal også arbeide mot faktorer som «kan ha» innvirkning på helsen (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011a, s. 26). Kommunen er både samfunnsutvikler, myndighetsutøver og tjenesteutøver, og utøvelsen av disse rollene har dermed betydning for hvor store de sosiale ulikhetene i helse er og hvordan de utvikler seg (Sund, Wist & Krokstad, 2016, s. 11).

¹ Stortinget har etter at folkehelseloven ble vedtatt, endret lovteksten fra «bør legge til rette for» til «skal legge til rette for», nettopp for å tydeliggjøre kommunenes samarbeid med frivillig sektor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 27).

3.0 Metode

3.1 Oppgavens vitenskapsteoretiske tilnærming

Den vitenskapsteoretiske tradisjonen som ligger til grunn for en undersøkelse danner grunnlaget for den forståelsen vi utvikler i løpet av forskningsprosessen (Thagaard, 2018, s. 33). Formålet med studien er å få innsikt i hvordan folkehelsearbeidet i distriktskommuner drives for å redusere sosiale helseforskjeller. Gjennom kvalitative dybdeintervjuer har hensikten vært å få tilgang på relevante aktørers oppfatninger, refleksjoner og erfaringer med dette arbeidet. Studien er derfor forankret innenfor en fenomenologisk, hermeneutisk tradisjon. Sentralt innenfor fenomenologien er å forstå fenomener på grunnlag av perspektivene til de personene vi studerer, og å beskrive omverdenen slik den erfares av dem (Thagaard, 2018, s. 36). Fenomenet i denne studien er sosial ulikhet i helse og kommuners arbeid med å redusere disse. Studien er delvis deskriptiv (beskrivende), men har også som formål å forklare og forstå fenomenet som undersøkes. I denne oppgave benyttes en fortolkende fenomenologi, også kalt hermeneutikk. Hermeneutisk metode søker å forstå et fenomen nærmere gjennom å sammenlikne forskerens førforståelse om fenomenet med det som informanten erfarer og uttrykker (Jacobsen, 2018, s. 28). Ifølge hermeneutikken kan mening kun forstås i lys av den sammenhengen som det vi studerer, er en del av. Og for å få et klarere helhetsbilde av studiens fenomen, må fenomenet tolkes på flere nivåer (Thagaard, 2018, s. 37). Det finnes ikke en objektiv sannhet, ifølge Jacobsen (2015) er det nærmeste man kan komme en virkelighet med denne tilnærmingen, hvis flere oppfatter samme fenomen likt (Jacobsen, 2018, s. 28).

En av begrensningene ved kvalitativt design og datainnsamling, er at ikke finnes klart definerte retningslinjer for hvordan datainnsamling og analyse av det empiriske materialet skal gjennomføres.

3.2 Valg av design og metode

3.2.1 Design av casestudie

Denne oppgaven er en kvalitativ casestudie som søker å avdekke hvordan kommuner arbeider for å redusere sosiale helseforskjeller. I følge Yin (2014) er casestudie særlig nyttig når formålet er å få dybdekunnskap og forståelse av et fenomen i en virkelig kontekst, særlig når grensene mellom fenomenet som undersøkes, og selve konteksten, ikke er helt åpenbare (Yin, 2014, s. 13). Dette er tilfellet for studiet av relevante aktørers erfaringer, forståelse og

refleksjoner rundt deres arbeid med å utjevne sosial ulikhet i helse i tre kommuneorganisasjoner. Easton (2010) argumenterer for at organisasjoner, for eksempel kommuneorganisasjonen, gir en bestemt innramming av fenomenet som undersøkes, der de aktørene eller informantene som intervjues, inngår i noen bestemte organisasjonsstrukturer og samhandlingsrelasjoner, som påvirker og setter begrensninger eller gir muligheter for en bestemt atferd eller noen bestemte valg (Easton, 2010). Casestudie vektlegger nettopp hvordan den bestemte kommunale konteksten vil henge sammen med aktørers handlingsrom, erfaringer og forståelsesrammer. Casestudie trekkes frem for sin evne til å håndtere et bredt spekter av evidens - dokumenter, artefakter, intervjuer og observasjoner (Yin, 2014, s. 8). Denne oppgaven baseres primært på data fra intervjuer, men innlemmer også data fra dokumenter (kommuneplaner, helseoversikter, oppdragsrapporter) og nettsider som grunnlag for empiri. Lijphardt (1971) argumenterer for å benytte casestudie når studien retter et intensivt fokus mot en rekke ulike aspekter ved et fenomen (Lijphardt, 1971, s. 691). Tre kommuner ble valgt i stedet for ett enkelt case for å oppnå et rikere datamateriale og dermed større empirisk tilfang (Yin, 2014, s. 45). Ved å velge flere casekommuner var formålet å få innsikt i erfaringer og refleksjoner fra informanter som besitter like, men og ulike roller og posisjoner, involvert i kommunenes arbeid med å redusere sosial ulikhet i helse. Logikken bak dette var at dette kunne gi ulike perspektiver og erfaringer som kunne bidra til å belyse fenomenet fra ulike ståsted i kommuneorganisasjonen, og fortrinnsvis berike datamaterialet og analysene i studien (Kvale & Brinkmann, 2017). Samtidig er det å inkludere tre kommuner i studien også en utfordring med tanke på ressursmessige begrensninger innenfor rammen av en masteroppgave. En ulempe ved å undersøke flere case, er at mindre mulighet gis til å gå i dybden på den enkelte kommune og til å fange opp det komplekse samspillet mellom kontekst og individ, eller til å få tak i kausale prosesser (Jacobsen, 2018, s. 105). Jeg opplevde at tre kommuner var det høyeste antall caseer jeg kunne ha for å kunne gå tilstrekkelig i dybden på hver enkelt case. Jeg har vurdert det som nødvendig å begrense antallet informanter i de tre enkelte kommunene til totalt 9 informanter, der 3 informanter har utgjort utvalget i hver kommune. Det er et begrenset antall informanter i hver casekommune, men ved at informantene representerer en spredning i rolle og funksjoner, mener jeg dette styrker og beriker datamaterialet i tråd med argumentasjonen ovenfor.

3.2.2 Kvalitativt intervju som metode

Denne oppgaven benytter seg primært av kvalitativt intervju som metode. Kvalitativ metode kjennetegnes av en grunnleggende interesse om å få økt forståelse av og innsikt i folks

livsverden (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, s. 95; Polit & Beck, 2018, s. 49). Ifølge Jacobsen (2018) er kvalitativ metode egnet der man vet lite om det temaet man har tenkt seg å undersøke, og i dette tilfelle eksisterer det mangelfull empiri på hvordan folkehelsearbeid i små distriktskommuner drives for å redusere sosial ulikhet i helse (Jacobsen, 2018, s. 133). En egenskap ved åpne, kvalitative intervjuer er at de ikke bare gir kunnskap om det en spør om, men også viktige saker som vi ikke har spurt om (Thagaard, 2018, s. 90).

I denne oppgaven er det benyttet semi-strukturerte intervjuer som er tematisk inndelt med utgangspunkt i relevant teori. Det ble benyttet semi-strukturerte intervjuer slik at jeg kunne vurdere og analysere informantens svar opp mot identifiserte deltemaer i den overordnede problemstillingen, men allikevel så ustrukturerte at jeg kunne forvente å få rikholdige svar tilbake (Jacobsen, 2018, s. 149-150; Johannessen et al., 2016, s. 148). Semi-strukturerte intervjuer har en fleksibel struktur som lar oss tilpasse spørsmålene til intervjupersonens beskrivelser, samt at vi kan inkludere spørsmål underveis i intervjusituasjonen som ikke var planlagt i forkant (Thagaard, 2018, s. 91).

Brinkmann (2012) skriver at intervjuere bør reflektere over den rolle makt spiller i produksjonen av intervjukunnskap. Ifølge han er et kvalitativt forskningsintervju en konkret profesjonell samtale med et klart asymmetrisk maktforhold mellom forsker og den som blir intervjuet. Det er intervjueren som definerer intervjusituasjonen, bestemmer temaene for intervjuet, stiller spørsmål og beslutter hvilke svar han ønsker å følge opp. Det er også intervjueren som avslutter samtalen og har monopol på fortolkningen av data og hva informanten faktisk mente. Denne anerkjennelsen reiser økt bevissthet rundt epistemologiske spørsmål knyttet til den kunnskapen som skal produseres, og etiske spørsmål knyttet til hvordan asymmetriske maktforhold kan håndteres forsvarlig (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 51-52). Nedenfor redegjør jeg for de valg og refleksjoner jeg har tatt i den betraktning.

Intervjuene i denne studien er gjennomført med ressurssterke nøkkelinformanter. Det vil si personer som antas å ha særlig god oversikt over og innsikt i et spørsmål forskeren ønsker belyst. Ofte sitter de med informasjon om saker, situasjoner, relasjoner og kontekst som ikke er allment tilgjengelig (Andersen, 2006, s. 281). I en lokal kontekst er de også ofte vant til å argumentere for å forsvare egne meninger og handlinger, noe som Andersen (2006) fremhever gjerne er regelen snarere enn unntaket ved lokale opinionsledere, ledere for større organisasjoner og personer med trening i å operere i det offentlige rom (Andersen, 2006, s.

282). I flere tilfeller er det risiko for at forskeren kan havne i en underdanig rolle og miste kontroll over intervjusituasjonen fordi ressurssterke informanter snakker mye og godt for seg (Andersen, 2006, s. 282). Jeg tilstrebet derfor å innta en aktiv intervjuform der jeg utnyttet intervjusituasjonen til å prøve ut egne fortolkninger og informasjon fremkommet gjennom tidligere intervjuer med informanter slik at jeg benyttet informantene også til å validere utsagn, observasjoner, beskrivelser og vurderinger i arbeidet med å få svar på egne forskningsspørsmål. Dette ga meg økt analytisk kontroll og større validitet og reliabilitet i det kvalitative intervjuet (Andersen, 2006, s. 279). For å innta en aktiv intervjuform opparbeidet jeg meg forkunnskaper om temaene intervjuene dreide seg om, samt om hver casekommune (Andersen, 2006, s. 286). Faglige bestemmelser i folkehelseloven samt nasjonale føringer (stortingsmeldinger) ble lest, i tillegg til kommuneplaner (kommuneplanens økonomi/handlings-, samfunnsdel, kommunal planstrategi, fagplaner) og relevante kommunale nettsider. Min fem år lange utdanning med spesialisering innenfor fysisk aktivitet og helse og folkehelsevitenskap ga meg også gode forkunnskaper. Dette har trolig også styrket mine muligheter til å uttrykke meg på en forståelig måte overfor informantene og til å forstå og fortolke informantenes utsagn (Grønmo, 2004, s. 162; Kvale & Brinkmann, 2017, s. 170). For mer om det kvalitative intervju, se kapittel om datainnsamling (3.4).

3.3 Begrunnelse for utvalg

3.3.1 Begrunnelse for valg av kommuner

I denne undersøkelsen er utvalget gjort gjennom en strategisk utvelgelse. Strategisk utvelgelse innebærer at en systematisk velger personer eller enheter som har egenskaper eller karakteristika som er relevante sett opp imot oppgavens problemstilling (Thagaard, 2018, s. 54). Kommunene ble valgt strategisk for å sikre et så rikt datamateriale som mulig og for å få aksess til informanter fra kommuner i ulike geografiske nedslagsfelt, og informanter som kunne belyse fenomenet fra forskjellige og like posisjoner i kommunene og dermed skaffe til veie kunnskap som kan være overførbart til liknende situasjoner og kontekster (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 291-292). Man kan argumentere for at ved å undersøke samme fenomen på tvers av ulike kommuner så styrkes overførbarheten, ikke den statistiske generaliserbarheten men den teoretiske generaliserbarheten, ved å fremheve resultater som fremkommer på tross av ulikheter (Andersen, 2006; Kvale & Brinkmann, 2017, s. 291). Tre kommuner ble valgt fordi det var ansett som et tilstrekkelig antall for å gå i dybden på hver enkelt case og samtidig undersøke flere kommuner, noe som styrker overførbarheten av funn i

den enkelte kommune. I studien legger jeg ikke opp til et stringent komparativt design, men ved å innlemme tre caser får jeg muligheten til å undersøke forskjeller og likheter på tvers av tre kommuner. I tillegg åpner bruk av flere caser, ikke bare studie av en enkeltcase, opp for muligheten til å analysere informantenes erfaringer og refleksjoner i lys av de unike casene og i relasjon til de ulike kommunekontekstene.

Norske kommuner varierer betydelig når det kommer til demografiske trekk som innbyggertall, sentralitet, geografi osv. Alle de tre casekommunene er i nasjonal målestokk relativt små kommuner (fra 1 848 til 5 623 innbyggere). Majoriteten av norske kommuner utgjør per 1.januar 2019 under 5000 innbyggere, og de tre casekommunene er dermed typiske når det kommer til populasjonsstørrelse (Haugstveit, Otnes & Jensen, 2019). Det er valgt kommuner med en betydningsfull liten variasjon i størrelse for å undersøke eventuelle forskjeller og likheter i måten å arbeide på (kommunal kontekst), helseutfordringer kommunen har og hemmere og fremmere i kommunene. Eksempelvis har forskning fremhevet at større kommuner har kommet lenger i arbeidet med å implementere folkehelseloven enn mindre kommuner (S. Hagen et al., 2018; Riksrevisjonen, 2015). Alle de tre casekommunene kan kategoriseres som såkalte perifere kommuner i henhold til sentrum – periferi akse.

Distriktskommuner er delvis valgt fordi forfatteren har interesse for slike kommuner eventuelt med hensyn til fremtidig yrkessituasjon, men også med tanke på perifere kommuners utfordrende forutsetninger til å drive et godt folkehelsearbeid (mht. begrensede inntekter, færre med høy sosioøkonomisk status osv.). Utvalget av casekommuner i denne studien er gjort med utgangspunkt i at de geografisk tilhører fylker som skårer generelt lavere på levekår og sosiale forhold enn majoriteten av andre fylker i Norge. Jeg ønsket å innlemme kommuner fra fylker som sikret geografisk spredning (sør, midt og nord) for å forsikre en størst mulig bredde i datamaterialet, både når det gjaldt kontekstuelle forhold, geografi, folkehelseutfordringer, fylkeskommuner og fylkesmenn samt strategier og tiltak. Fylkene som er valgt som geografisk nedslagsfelt, deltar som programfylker i den nasjonale satsingen Program for folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2017a). Satsingen retter seg mot å styrke det langsiktige folkehelsearbeidet i kommunene, spesielt mot barn og unges psykiske helse og livskvalitet. En sentral ambisjon ved programmet er å redusere sosial ulikhet i helse blant barn og unge. Jeg ønsket å innlemme kommuner med dette som utgangspunkt, for å kunne

innlemme kommuner i utvalget som hadde et felles utgangspunkt gjennom å være del av en større nasjonal satsning på dette området.

Det ble deretter gjort en nøye utvelgelse og vurdering av kommunen som utpekte seg i negativ favør, det vil si hadde særlige utfordringer på helse- og levekårsforhold, basert på helseindikatorne i Kommunehelsa statistikkbank, Ungdata og folkehelseinstituttets folkehelseprofiler i de respektive fylkene. I alt over 50 parametere innenfor temaene oppvekst og levekår, miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand ble gjennomgått. I noen situasjoner var det flere kommuner som utpekte seg negativt, da fikk kommunestørrelse eller lokalisering (geografisk) betydning for valg av casekommune.

Tabell 1: Oversikt over case kommuner

	Størrelse, innbyggertall	Geografisk plassering	Kommuneøkonomi	Folkehelseutfordringer	Administrativ organisering
Kommune A	1 848	Nord-øst i Aust-Agder	Stram økonomi	Frafall i videregående skole, lavinntekts-husholdninger (0-17 år), høy andel med grunnskole og vgs. som høyeste utdanningsnivå, uføretrygd, lav andel barn og unge som tror de vil ta høyere utdanning, lav andel som trives på ungdomsskolen, tidlig død før 75 år	Sektororganisert forvaltning, folkehelsekoordinator (20 pst) plassert i rådmannens stab, tre kommunalavdelinger og tre ledernivåer.
Kommune B	5 623	Sør i Oppland	Stram økonomi	Høy andel med grunnskole og vgs. som høyeste utdanningsnivå,	Sektororganisert forvaltning, folkehelsestrateg (10 pst) i rådmannens

				uføretrygd, lavinntekt hush. (0-17 år), ensomhet blant barn og unge, barn og unge som ikke tror de vil få et godt og lykkelig liv, stor andel røykere under svangerskapet	stab, tre kommunalavdelinger og tre ledernivåer.
Kommune C	2 081	Nord-øst i Finnmark	Stram økonomi	Høy andel med grunnskole og vgs. som høyeste utdanningsnivå, lavinntekt i hush. (0-17 år), treffsteder for unge, levealder menn, psykiske symptomer (15-29 år), stor andel røykere under svangerskapet, tidlig død (før 75 år)	Resultatenhetsmodell, ingen sentraladministrasjon (rådmannen stab) tre kommunalavdelinger og to ledernivåer.

3.3.2 Begrunnelse for valg av informanter

For å kunne undersøke i dybden hvordan det arbeides innad i kommunene for å redusere sosiale helseforskjeller, er det valgt informanter i hver kommune som har en direkte eller indirekte sterk tilknytning til det konkrete folkehelsearbeidet. Disse informantene er såkalte eliter eller eksperter i form av sin stilling i kommunen som antas å ha betydelig relevans for det brede folkehelsearbeidet (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 175). Informantene er av interesse siden de besitter kunnskap om saker, situasjoner, relasjoner og kontekst som ikke finnes allment tilgjengelig. De besitter også informasjon og innsikt som kan bidra til mer helhetlige beskrivelser og tolkninger (Andersen, 2006, s. 281).

Tabell 2: informanter i de ulike kommunene

--	--	--	--

Kommune A	Folkehelsekoordinator	Kommunalsjef for oppvekst	Ordfører
Kommune B	Kommuneoverlege	Rådmann	Kommunalsjef for lokalsamfunn og stab/folkehelsestrateg
Kommune C	Kommuneoverlege	Rådmann	Ordfører

I utgangspunktet var ønsket å intervju fire ansatte fra tre ulike kommuner, og inkludere informanter med like stillinger i kommunene for å styrke sammenliknbarheten i intervjudataene. Men på grunn av ulik kommunal kontekst og av praktiske hensyn (aksessen til informanter) ble det vanskelig å rekruttere etter dette prinsippet. I oppgaven er det gjennomført intervjuer med rådmenn, folkehelsekoordinator/-strateg, kommunalsjefer og kommuneoverleger (tabell 2). I alt var det tre informanter (en fra hver kommune) som avsto eller ikke hadde mulighet til å delta i studien. Dette var rådmann i kommune A, ordfører i kommune B og kommunalsjef i kommune C.

Informantenes stillinger i kommunene – relevans for studien

Ordførere har en intern lokalpolitisk rolle som leder av kommunestyret og formannskap og er den eneste politiker som arbeider heltid i kommuneorganisasjonen. Ordføreren er det formelle kontaktpunkt mellom de folkevalgte og administrative organ; og innehar derfor stor innsikt rundt forhold som angår den politiske og administrative sfæren (T. Christensen, Egeberg, Lægreid & Aars, 2016, s. 157).

Rådmannen er den øverste lederen i den kommunale forvaltningen. Hans/hennes ansvar er å etterse at administrasjonen drives i overensstemmelse med gjeldende lover og forskrifter, og etterse at politiske vedtak gjennomføres i tråd med de folkevalgtes intensjoner. I en del saker av ikke-prinsipiell karakter, er vedtaksmyndigheten delegert til rådmannen. Rådmannen har også møte- og talerett i alle direkte eller indirekte folkevalgte organer, og har dermed betydelig innsikt både i de administrative underliggende forvaltningsenheter og den politiske sfære (T. Christensen et al., 2016, s. 157).

En folkehelsekoordinator sin rolle i kommunen er å arbeide med å ivareta det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, gjennomføre analyser, delta i plansamarbeid og iverksette nødvendige

tiltak, og besitter dermed betydelig kunnskap for hvordan folkehelsearbeidet drives (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003, s. 99).

Alle kommuner må ha den nødvendige faglige plattform for å ivareta samspillet mellom helse og samfunn og mellom individets behov for tjenester og samfunnets helsetjenester (Smith et al., 2008, s. 14). Kommuneoverlegen har en viktig rolle i det arbeidet, og er eneste aktør i kommunen som er delegert ett ansvar etter folkehelseloven, jf. kapittel om miljørettet helsevern og § 27 om samfunnsmedisinsk kompetanse (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011a, s. 13-16, 18). Kommuneoverlegen skal kunne tilby medisinsk-faglig rådgivning opp mot kommunens virksomhet og planlegging, blant annet i form av overvåking av sykdomsforhold i kommunen og sosialmedisinsk kompetanse (Smith et al., 2008, s. 13-14). Kommuneoverleger tar av og til ansvar også for annet forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunen, for eksempel gjennom samarbeid med frivillige organisasjoner (Smith et al., 2008, s. 14).

Kommunalsjefene i denne oppgaven er valgt ut ifra at de er øverste leder i en kommunalavdeling som kan ha betydelig innvirkning på forebyggende og helsefremmende forhold i lokalsamfunnet.

3.4 Datainnsamlingsprosessen

3.4.1 Rekruttering av informanter

Forespørsel om intervju og deltakelse i prosjektet ble sendt ut til samtlige informanters epostadresse. Som vedlegg i e-posten fulgte det informasjonsskriv- og samtykkeskjema (se vedlegg 2). Informanter som brukte tid på å respondere på henvendelsen ble kontaktet via telefon eller gitt en ny påminnelse via epost. Samtykkeskjema ble lest og godkjent av informanter før det ble signert og sendt tilbake. I eposten spurte jeg informantene om de hadde muligheten til å treffes ansikt-til-ansikt, eller om det var heller ønskelig å gjennomføre intervju på telefon eller Skype. Da kommunene i denne studien er plassert på forskjellige steder i Norge med store geografiske avstander ble det av praktiske og økonomiske årsaker bestemt å utføre de fleste intervju via telefon og Skype. Under mailkorrespondanse eller telefonsamtale ble det avtalt når og hvor eventuelt intervju skulle avholdes. Dette ble avklart i samråd med informantene. Informanter som avslo oppga enten travel arbeidshverdag eller at de anså at deres kommunalavdeling ikke hadde relevans for denne studien.

3.4.2 Utarbeiding av intervjuguide

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en felles semi-strukturert intervjuguide for de respektive informantene og kommunene. Utarbeidelsen av spørsmål og temaer tok utgangspunkt i identifiserte sentrale deltemaer fra den overordnede problemstillingen. Noen av spørsmålene i intervjuguiden ble tildelt underspørsmål slik at jeg fikk utdypet noen av temaene ytterligere (Johannessen et al., 2016, s. 149). Det ble også tilført tilleggsspørsmål for de enkelte kommune dersom det dukket opp interessante forhold i kommuneplanene eller andre statistiske forhold. Fordelen med tilleggsspørsmål er at det kan gi en utdyping og fyldigere beskrivelse av noe informanten forteller (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 170). Intervjuguiden er strukturert etter temaer, for å sikre en mest mulig hensiktsmessig og logisk struktur i intervjuet. Intervjuguiden har en naturlig oppbygning fra starten hvor det er enkle bakgrunnsspørsmål om informanten, til lenger ned i guiden hvor spørsmålenes kompleksitet og temaer tiltar (Grønmo, 2004, s. 163). Det ble tilstrebet å utvikle spørsmål som var lett forståelige, relativt korte og fri for akademisk språk, for å stimulere til et positivt samspill mellom intervjuer og informant under datainnsamlingen (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 163). En styrke ved å utarbeide en felles intervjuguide, er at informantene får like spørsmål som bidrar til at svarene blir sammenliknbare i ettertid (Johannessen et al., 2016, s. 148). Intervjuguiden inneholdt 22 spørsmål som dekket de fleste føringer fra folkehelseloven og kommunens rolle i det lokale folkehelsearbeidet. Det er bevisst valgt åpne spørsmål fordi de inviterer informanten til å presentere sine synspunkter og erfaringer (Thagaard, 2018, s. 97). Intervjuguiden (se vedlegg 1) berører temaer om informantens bakgrunn og rolle, organiseringen av folkehelsearbeidet, kunnskapsgrunlaget for å redusere sosiale helseforskjeller, systematikken i folkehelsearbeidet (helseoversikt, planstrategi, målsetting og strategier i kommuneplaner og evaluering), og føringer fra nasjonale myndigheter. Andre temaer som ble innlemmet i intervjuguiden var samarbeid på tvers av sektorer, samarbeid mellom politisk og administrativ sfære, samarbeid med næringsliv, fylkeskommune, fylkesmann og frivillighet med tanke på å redusere sosiale helseforskjeller, medvirkning, agendasettere i det lokale folkehelsearbeidet, tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller og innovasjon.

En svakhet ved å bruke en lang intervjuguide er at oppmerksomheten min rettes mot å «komme igjennom» alle spørsmålene, istedet for å ta meg tid til å lytte til informantene og stille gode oppfølgingsspørsmål. Andersen (2006) fremhever at denne svakheten kan inntre

ved eliteintervju, da informantene ofte er ressurssterke og kan ha viktige synspunkt utover det som er studiens hovedtema (Andersen, 2006, s. 282).

3.4.3 Gjennomføringen av selve intervjuene

I forkant av intervjuene forklarte jeg hensikten og bakgrunnen med studien, at det ville bli tatt opp med lydopptaker, litt om utvalget (kommuner og informanter), hvordan informasjonen som kom frem skulle benyttes i prosjektet, samt om informanten hadde noen spørsmål før intervjuet startet (Jacobsen, 2018, s. 155-156; Johannessen et al., 2016, s. 149).

To intervju ble gjort via Skype, mens fem intervjuer ble gjort over telefon, og to intervjuer ble gjennomført ansikt-til-ansikt. Fordelene jeg erfarte ved ansikt-til-ansikt og Skype-intervju var at det var en fin setting å etablere tillit og åpenhet mellom meg og informanten, der intervjutemaet- og problemstillingen kom i fokus. Ulempene det medførte var kostnadssiden, der jeg som intervjuer måtte reise med buss og tog for å komme frem til regionen kommunen var lokalisert (Jacobsen, 2018, s. 148). Telefon- og Skype-intervjuer var også mer kostnadseffektive der ingen av partene trengte å forflytte seg fysisk. Intervjuene ansikt-til-ansikt ble gjennomført på arbeidsplassen til informantene, mens intervju med informanter over Skype foregikk på informantens arbeidskontor, begge steder der informantene så ut til å slappe av og hvor det ikke var fare for å bli hørt (Jacobsen, 2018, s. 231; Johannessen et al., 2016, s. 159). Intervjuene varte mellom 30 og 80 minutter, og ble gjennomført i november og desember 2018. Intervjuene med rådmenn var av lengst varighet, der jeg fikk høre rådmannens betraktninger og refleksjoner omkring alle de ulike deltemaene i intervjuguiden. Dette var viktig da rådmannen er den øverste leder i den kommunale forvaltning, og besitter mye kunnskap om de underliggende nivåene i den administrative forvaltning samt blant de folkevalgte. Intervjuene av kortest varighet var med kommuneoverlege og ordfører.

Intervjuguiden ble fulgt kronologisk i de fleste tilfeller; med unntak av intervjuene med kommuneleger og folkehelsekoordinator. I de situasjoner hvor informantene tok opp temaer som ikke ble dekket av intervjuguiden eller forhold jeg fant særlig relevante ble det stilt oppfølgingsspørsmål. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd, det gjorde at jeg kunne velge å konsentrere meg om intervjuets emne og dynamikk (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 205). Dette sikret samtidig en mer presis datainnsamling, da jeg kunne gå tilbake å høre på lydopptaket når dataen skulle analyses og ved direkte sitatbruk i oppgaven.

Underveis i intervjuene kan jeg aldri være sikker på at det som blir sagt nødvendigvis representerer reelle forhold. Det kan alltid være en risiko for at informantene i noen situasjoner ønsker å sette seg selv eller kommunen i et mer gunstig lys. Ifølge Thagaard (2018) er det viktig å reflektere over hva samspillet i intervjusituasjonen kan ha å si på kunnskapsutviklingen (Thagaard, 2018, s. 108). Hvis det dukket opp situasjoner under intervjuet som satte kommunen/informanten i et mindre gunstig lys eller av andre forhold gikk mot det forventede, tilstrebet jeg å videreformidle til informanten at jeg erkjente situasjonen de/kommunen befant seg i og at det slettes ikke var unormalt, dette for å tilstrebe en høyere grad av jevnbyrdighet og skape en atmosfære der hver informant opplevde å kunne dele fenomenet slik det fremsto for dem (Thagaard, 2018, s. 108).

Under et intervju er det mye som kan påvirke intervjusituasjonen. Den informasjonen som kommer ut av intervjuet, er avhengig av relasjonen mellom forsker og informant. I intervjusituasjonen med informantene påvirkes vi av hverandre i alt fra tonefall, kroppsspråk, klær og stemning. Dette opplevde jeg sterkest under ansikt-til-ansikt og Skype-intervju, og ikke i like stor grad under telefonintervju (Jacobsen, 2018, s. 242-243).

Underveis i intervjuene ble det delvis tatt litt notater. Fordelen med notater er at det gir informasjon som kan gi videre innspill til analysen, samt at det gir informanten en indikasjon på at det han/hun sier er interessant og en lengre pause til å vurdere om det er noe mer verdt å fortelle (Jacobsen, 2018, s. 157-158; Thagaard, 2018, s. 112). Avslutningsvis ble det opplyst om at sitater som gjengis i empiridelen av oppgaven ville bli sendt ut til sitatvalidering, samt om informanten hadde andre spørsmål eller forhold han ønsket å avklare før intervjuet ble ansett som ferdig. Dette gjorde jeg for å redusere faren for at informantene eventuelt satt inne med informasjon han/hun ønsket å få belyst (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 159).

3.5 Analyseprosessen

Analyseprosessen i kvalitativ metode er en syklisk prosess som startet allerede under datainnsamlingen, der jeg som forsker lyttet til informantenes betraktninger og gjennom analytiske spørsmål søkte å fange en forståelse av informantens betraktninger opp mot forskerspørsmålet (Thagaard, 2018, s. 151). Intervjuene ble transkribert fortløpende etter hvert intervju, mens intervjuet fortsatt satt friskt i minnet. Gjennom å høre på lydopptak og

transkribere intervju før nye intervju fikk jeg innsyn i min egen intervjuteknikk , noe som var hjelpsomt inn i de nye intervjuene (Jacobsen, 2018, s. 199; Thagaard, 2018, s. 213).

Ifølge Kvale & Brinkmann (2017) bringer det med seg en rekke praktiske og prinsipielle utfordringer når en skal transkribere intervju fra en levende fysisk samtale mellom to parter til skriftlig form. I transkripsjonen blir den levende samtalen mellom disse abstrahert og fiksert i skriftlig form og en rekke ting kan gå tapt. Lydopptaket av intervjuet er den første abstraksjonen fra det sosiale samspillet mellom informant og intervjuer, der forhold som kroppsspråk, kroppsholdning og gester går tapt. Transkripsjonen fra lydopptak til tekst innebærer enda en form for abstraksjon der stemmeleie, intonasjon og åndedrett sviner hen (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 204-205). I analysen er det også forskeren som fortolker informantens utsagn, der en ikke med visshet kan vite at forskerens slutninger stemmer med informantens opprinnelige betraktninger (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 52). Ifølge Kvale & Brinkmann (2017) er transkripsjoner svekkede, dekontekstualiserte gjengivelser av direkte intervjusamtaler, som krever at jeg er bevisst mine vurderinger og valg (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 205). Eksempelvis, ble lydopptaket hørt på i et langsommere tempo/samt ofte, flere ganger, for å være sikker på at jeg fanget opp den reelle meningen (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 205).

Til sammen satt jeg igjen med 9 timer lydopptak. Transkriberingen førte til 70 tekstkrevne sider (skriftstørrelse 12) og tok 25 timer. En fordel med at det var jeg selv som gjennomførte og transkriberte intervjuene var at jeg ble enda bedre kjent med datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 207).

Datamaterialet ved kvalitative studier er både omfattende, komplekst og uoversiktlig. For å oppdage generelle og typiske mønstre er det vanlig å forenkle og sammenfatte innholdet i tekstene, slik at en lettere kan kartlegge sentrale og viktige tendenser i materialet (Grønmo, 2004, s. 246). Studien benyttet en klassisk tematisk analyse, der den hermeneutiske spiral ble etterfulgt. Til å analysere datamaterialet benyttet jeg meg av analyseprogrammet NVivo 12. Fordel med dataprogrammer er at de gir oss en mulighet til å sortere store mengder av data og identifisere mønstre innenfor omfattende mengder av data. Et av programmenes styrke er at det gir meg mulighet til å lagre informasjon rundt de refleksjoner jeg har knyttet til valg av meningsenheter og kategorier og bidrar sånn sett til en mer systematisk bearbeiding av datamaterialet (Thagaard, 2018, s. 178).

Gjennom å følge den hermeneutiske spiral vekslet jeg på å se dataene i dens deler og helhet med det formål å finne overordnede trekk og fenomener ved kommunenes folkehelsearbeid. Det forutsatte at jeg aller først leste igjennom tekstene for å tilskrive det uorganiserte datamaterialet inn i ulike meningsenheter. Dette ble gjort med en induktiv metode, for å overholde kravet om at kategoriene skal være fundert i den opprinnelige data (Jacobsen, 2018, s. 207). Den nye helhetsforståelsen la grunnlaget for større overordnede kategorier der de ulike meningsenhetene i tekstene ble plassert, og analysen på tvers av kommunene (informantene) startet (Jacobsen, 2018, s. 211). Gjennom å se meningsenhetene på tvers av enhetene i lys av kategoriene åpnet det seg opp en rekke forståelser og meninger som dannet grunnlag for såkalte underkategorier og superkategorier (Jacobsen, 2018, s. 209-210). Gjennom å veksle mellom å se datamaterialet i dens deler og helhet oppnådde jeg en stadig høyere fortetning og metning av materialet, der jeg til slutt oppnådde å sitte igjen med det jeg oppfattet som reelle mønstre og budskap av datamaterialet. Thagaard mener det er en fordel å jobbe på denne måten, fordi jeg som forsker reflekterer underveis i behandlingen av data (Thagaard, 2018, s. 154).

Utfordringer jeg opplevde med å gjennomføre kvalitative intervju var at det var ressurskrevende og tok lang tid, både under datainnsamlingen og at jeg satt igjen med et betydelig datamateriale, som krevde mye etterarbeid. Slik som å transkribere, strukturere og analysere datamaterialet (Jacobsen, 2018, s. 131-132). Denne delen av analysen utgjør empirien som presenteres i kapittel fire. Den siste delen av analyseprosessen er fortolkende, der jeg tolker datamaterialet opp mot det teoretiske rammeverket. Dette presenteres i kapittel fem.

3.6 Forskningsetiske overveielser

Etiske vurderinger i denne studie er gjort gjennom hele forskerprosessen (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 97). I isteden for å begrense seg til noen formaliserte etiske retningslinjer, har jeg snarere utøvd etiske situasjonsbestemte vurderinger opp mot hver enkelt kontekst og situasjon (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 101-102).

Prosjektet ble meldt inn til fakultetets etiske komite (FEK) ved fakultetet for helse og idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder og Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) før oppstart. Prosjektet til NSD er meldepliktig fordi det er mulig å indirekte

identifisere personopplysninger. Prosjektet ble godkjent av NSD i oktober 2018 (se vedlegg 4) og i FEK september 2018 (se vedlegg 3). Siden enkeltpersoner kan identifiseres indirekte ble det sendt ut et informert samtykke som var basert på NSD sine retningslinjer og mal for informert samtykke. I samtykkeskjemaet ble informanten tilstrekkelig informert om forskningsfeltet, forskningens formål, hvem som får tilgang til informasjonen, hvordan resultatene var tenkt brukt, følgende av å delta i forskningsprosjektet, samt muligheten for å trekke seg uten å oppgi grunn (Thagaard, 2018, s. 22-23).

Et viktig prinsipp ved en etisk forsvarlig forskningspraksis er å reflektere over de konsekvenser forskningen kan ha for deltakerne (Thagaard, 2018, s. 26). Ifølge Jacobsen skal man forsøke å gjengi resultater fullstendig og i riktig sammenheng (Jacobsen, 2018, s. 51-53). Jeg har forsøkt å tilstrebe at de dataene som er presentert er tro mot den sammenheng det ble uttalt i og at sitatene ikke tillegges en annen betydning. I praksis er dette vanskelig å oppnå, der sitater vil bli tatt ut av sin sammenheng, og forskeren med sin forforståelse kan ilagge informantene en annen mening (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 204-205). Dette er særlig aktuelt i overgangen fra tale- til skriftspråk. Ordrett gjengivelse av rådataen kan komme til uttrykk i usammenhengende setninger, som i verste fall kan fornærme informanten eller medføre uetisk stigmatisering. I slike tilfeller har jeg derfor alltid vært bevisst på å foreta en nøye omskriving, uten at meningsinnholdet går tapt.

Gjennom hele forskerprosessen skal forskeren forsøke å beskytte informantenes integritet (Thagaard, 2018, s. 26). Uheldige virkninger av å delta i dette forskningsprosjektet kan medføre hvis tolkningene dette prosjektet fører frem til ikke samsvarer med informantenes tolkninger. Dette kan i verste fall provosere eller fremmedgjøre informantene. Dette forsterkes ytterligere når teksten presenterer ulike parter i sosiale relasjoner, og informasjonen mellom relasjonene i teksten bryter med den forståelse partene skulle ha av relasjonene (Thagaard, 2018, s. 27). I verste fall kan det påføre informantene urimelige belastninger på arbeidsplassen i ettertid. Derfor har jeg vært nøye med å sende ut sitatvalideringer av den empirien som er fremlagt, for å forsikre meg at datamaterialet stemmer med informantenes virkelighet (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 244). Dette er som nevnt ekstra viktig i studier av miljøer der informantene kan bli identifisert (Thagaard, 2018, s. 24).

En risiko ved intervjuing av informanter er at jeg aldri kan være sikker på at det som kommer frem i intervjuene gjenspeiler det fullstendige virkelighetsbildet. Folk som vet de blir kartlagt,

har ifølge Jacobsen (2018) en tendens til å holde tilbake informasjon eller opptre på en annen måte for å tilfredsstille undersøkeren (Jacobsen, 2018, s. 46). I mine intervju situasjoner der jeg analyserer kommunenes folkehelsearbeid opp mot teori og det normative idealet i folkehelseloven, kan jeg aldri være sikker på at dette ikke kan skje. I ettertid har jeg foretatt valideringssamtaler med ansatte i kommunene, hvor det har dukket frem sentrale forhold som ikke var nevnt av informantene.

Det er etterstrebet å anonymisere informantene gjennom hele forskerprosessen, fra datainnsamling via analyse til rapportering (Thagaard, 2018, s. 24). Casestudie som forskningsstrategi krever at konteksten gjøres rede for; i denne kvalitative casestudie der datainnsamlingen baseres på intervjuer med fremtredende personer i kommunene vil det derfor ikke være mulig å sikre full anonymitet. I den grad jeg kan overholde kravet om anonymitet, er dette gjort på en måte uten å inkludere direkte personidentifiserende opplysninger til sitatene. Ifølge Thagaard kan forskeren oppleve et dilemma mellom hensynet til anonymisering av utvalget og kravene til etterprøvbarehet og pålitelighet i fremstillingen av resultater. Da bør imidlertid kravet til konfidensiell behandling av personopplysninger gå foran kravet om etterprøvbarehet (Thagaard, 2018, s. 25). I min fremstilling av kommunene har jeg valgt å ikke navngi eksakte kommuner, kun den fylkeskommunen de tilhører samt en omtrentlig lokalisering innenfor den aktuelle regionen. I tillegg har jeg i noen sitat endret eller utelukket enkelt ord dersom det har vært direkte/indirekte mulig å identifisere kommunen (eks. navn på arbeidsbedriften til den enkelte kommune som kan avsløre den respektive kommunen), dette er gjort for å opprettholde anonymiteten til informantene. Opptakene og transkripsjonene ble kodet og lagret på min passordbeskyttende PC (Thagaard, 2018, s. 24, 26). Det er kun jeg som har hørt lydopptakene av intervjuene, og jeg og min veileder som har hatt tilgang til transkripsjonene.

3.7 Kritiske sluttrefleksjoner

Denne studien har flere begrensninger og jeg har foretatt ulike metodologiske valg som kan diskuteres. I dette metodekapittelet har jeg etterstrebet å tydeliggjøre valg og begrunnelser for mine valg, og jeg har forsøkt å beskrive datainnsamlings- og analyseprosessen for å sikre størst mulig grad av transparens. I dette avsnittet vil jeg fokusere særlig på to av tre aspekter ved studien basert på inndelingen til det Lincoln og Cuba (1985) kategoriserer som intern validitet (troverdighet), reliabilitet (pålitelighet) og ekstern validitet (overførbarhet) (Lincoln

& Guba, 1985). Overførbarheten diskuteres under begrunnelse for valg av informanter (se 3.3.1).

3.7.1 Troverdighet og pålitelighet

Hensynet til intern validitet og reliabilitet handler om i hvilken grad man kan stole på resultatene og konklusjonene i denne studien (Bryman, 2012). I datainnsamlingsprosessen baserte jeg meg på bruk av en semi-strukturert intervjuguide, men som intervjuguiden viser er omfanget av spørsmålene relativt omfattende (se vedlegg 1). Likevel mener jeg at intervjuguiden har styrket den interne validiteten ved at intervjuene i stor grad har omhandlet samme temaer, selv om individuelle tilpasninger er gjort. Det gjør det lettere for leseren å vurdere hvilke temaer som er snakket om, og hvilke spørsmål som faktisk er stilt. I intervjuer med et bredt spekter av ulike typer informanter er det alltid en utfordring å ivareta begrepsvaliditeten, og sikre seg at informantene forstår hva jeg som intervjuer faktisk etterspør, særlig på et tverrfaglig og sammensatt felt som folkehelsearbeid faktisk er. Arbeidet med å redusere sosial ulikhet i helse er et svært «wicked», sammensatt og komplisert felt. Det innebærer at jeg har benyttet en del teoretiske begreper som jeg ikke kunne ta for gitt at alle informantene forsto. I intervjuene har jeg derfor vært oppmerksom på å etterstrebe at informantene bekrefter at de forstår spørsmålet og hva jeg mener og etterspør, og at jeg har tatt meg tid til å forklare og forsikre meg om at jeg også forstår hva informantene sier i intervjuene. Det at intervjuene er tatt opp på lydopptak mener jeg også har bidratt til å sikre at det informantene har sagt faktisk er korrekt sitert.

Det at jeg som forsker kommer inn som en «ekspert» å skal kartlegge/evaluere hvordan folkehelsearbeidet drives i kommuner med begrensede ressurser som fra før av opplever stor sosial ulikhet i helse, kan i verste fall påvirke den dataen som utvikles i intervjusituasjonen. At oppgaven har flere informanter i en og samme kommune gjør at jeg kan kontrollere hva en informant har sagt opp mot hva andre forteller om samme tema. Dette styrker den interne gyldigheten i studien. De ulike informantene er imidlertid ikke uavhengig av hverandre, og de kan i verste fall påvirke hverandre, og ha felles motiver for å gi et uriktig bilde av virkeligheten (Jacobsen, 2018, s. 231).

I gjennomføring av intervjuer hørte jeg på opptak i ettertid at jeg ved flere anledninger gikk bort fra spørsmålene slik de var formulert i intervjuguiden. Dette skal man være forsiktig med hvis det medfører at noe av betydningen i forskningsspørsmålet går tapt. Dette gjaldt

spørsmålet «Hva er de viktigste hemmere og fremmere for det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet?». Ved flere anledninger forhørte jeg meg kun om hemmerne, noe som kan ha medført at jeg ikke sitter igjen med tilstrekkelig informasjon om fremmere i kommunenes folkehelsearbeid. Dette har en liten innvirkning på den interne validiteten og påliteligheten i studien.

Under transkriberingen av en av intervjuene opplevde jeg utilstrekkelig lyd kvalitet, som følge at informanten pratet veldig lavt. Det kan medføre at jeg ved noen tilfeller kan ha trukket feil slutninger og/eller misforstått sammenhenger rundt det informanten har sagt og påvirker denne studiens validitet og reliabilitet.

I et godt intervju har forskeren et sterkt fokus på det informantene sier og uttrykker, lite fokus går på intervjueren selv (Thagaard, 2018, s. 109). Det at det var første gang jeg intervjuet informanter kan ha hatt betydning for hvordan kvaliteten på intervjuene utviklet seg. I ettertid så hørte jeg på lydopptak at jeg hadde en vane med å bryte inn når informantene endelig kom frem til interessante perspektiver, som kunne ha betydning for forskerspørsmålet. Denne manøveren virket ofte mot sin hensikt, fordi det i de fleste tilfeller førte til at informanten avsluttet resonnementet sitt.

En ulempe med kvalitative intervju er at kommunikasjonen mellom forskeren og informanten kan fungere dårlig. Det kan innebære at de to partene misforstår hverandre, at respondenten ikke forstår hva slags informasjon forskeren ønsker, og at forskeren feiltolker den informasjon respondenten gir. I forkant av intervjuene tematiserte jeg en intervjuguide med spørsmål som jeg trodde ville fremstå som forståelige og tydelige for informantene. Allikevel opplevde jeg ved noen anledninger at noen informanter misforsto spørsmål, som trengte en ytterligere oppklaring. I hele prosessen har jeg hatt tett dialog med min veileder og diskutert valg i forbindelse med datainnsamlingen og analyseprosessen. Jeg har prøvd ut og diskutert ulike fortolkninger av funnene under veiledning, i tillegg til at jeg har diskutert mine funn i lys av eksisterende forskning på dette feltet (Creswell & Miller, 2000). I metodekapittelet har jeg forsøkt å etterstrebe transparens i beskrivelsene av valg jeg har gjort, begrunnelse for disse og i beskrivelsen av selve fremgangsmåten for datainnsamlingen og analyseprosessen (Thagaard, 2018, s. 188). I analysen har jeg etterstrebet å være tydelig på hva som er mine empiriske observasjoner og hva som er fortolkning basert på teori og tidligere forskning.

4.0 Resultater

4.1 Beskrivelse av case-kommunene

Casekommunene i denne studien består av tre typisk norske distriktskommuner (< 6000 innbyggere) lokalisert innenfor tre ulike regioner i Norge. Kommune A er en innlandskommune med 1 848 innbyggere plassert i den sørlige delen av Norge. Kommune B er en grigrendt kommune i Midt-Norge med 5 623 innbyggere. Kommune C har en populasjon på 2 081 innbyggere og er plassert lengst nord i Finnmark. Som redegjort for i metodekapittelet er kommunene valgt med utgangspunkt i at de har en lokalisering innenfor fylkeskommuner som er såkalte programfylker som deltar i den nasjonale satsingen «Program for folkehelsearbeid i kommunene». Felles for disse fylkene er at de skårer vesentlig dårligere på levekår og sosiale ulikheter i helse sammenliknet med andre fylkeskommuner.

4.1.2 Kommunenes utfordringer med fraflytting, næringsstruktur og sosial ytelse

Felles for de tre kommunene er at de har opplevd en historisk høy fraflytning som følge av ulike samfunnsendringer som mekanisering, industrialisering, sentralisering, overgang fra primær til sekundærnærings og fremvekst av kunnskapsintensive yrker (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Alle kommunene har historisk hatt en høy andel tradisjonelle næringer innenfor skogsarbeid og fiskeri. Tap av næringer, arbeidsplasser og innbyggere har bidratt til reduserte arbeidsmuligheter som har gitt økt risiko for dårlig helse og isolasjon (Landsend & Fransson, 2015; Lepperød, 2017; Lilleby, 2016). Alle kommunene kjennetegnes av en høy andel uføretrygdte, der kommune A og B er helt i toppen på landsbasis.

4.1.3 Demografiutfordringer

Felles for kommunene er at de står ovenfor store demografiutfordringer, med økt andel eldre og færre unge voksne i yrkesaktiv alder. En nedgang i innbyggere i yrkesaktiv alder og oppgang i pensjonsdyktig alder medfører reduserte inntekter og betraktelig økte utgifter for kommunene (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014, s. 24).

Befolkningsframskrivinger for kommune A viser at andelen i pensjonsdyktig alder vil stige med fire-fem prosentpoeng. Andelen 0-66 år vil synke tilsvarende. I kommune B viser prognoser at andelen eldre i pensjonsdyktig alder vil øke med 10-15 prosent innen 2040. Mens andelen 0-66 år vil synke med ni-ti prosent. I kommune C vil andelen i pensjonsdyktig alder stige med ti-elve prosentpoeng, andelen 0-66 år vil synke med 7-8 prosentpoeng

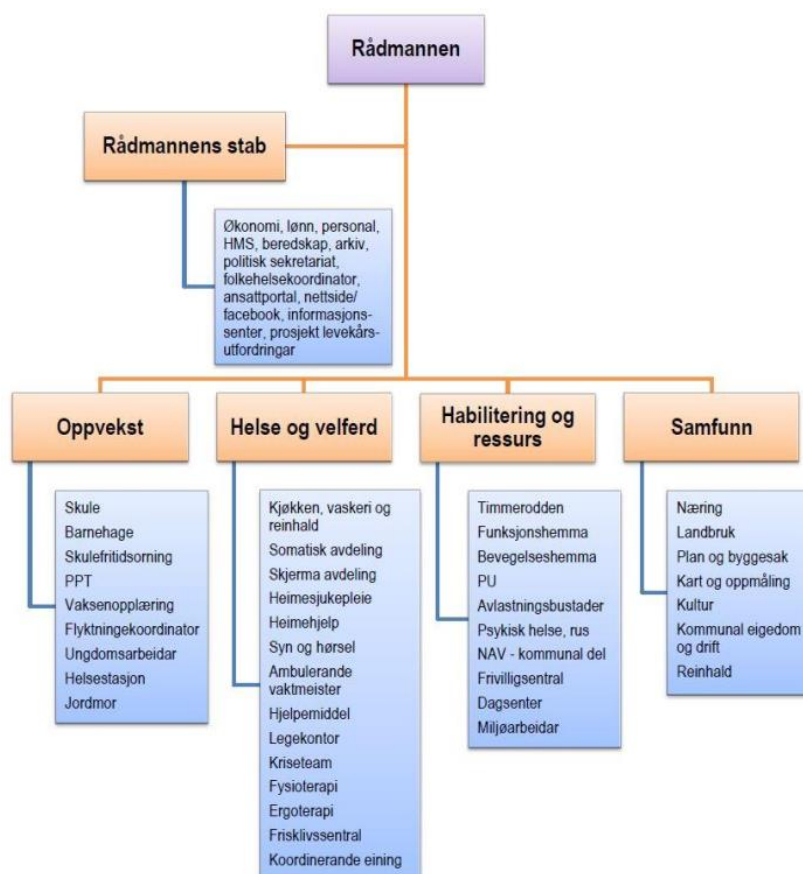
(Kommuneprofilen, 2018). En antar at en større og eldre befolkning vil medføre en solid økning i helse-, pleie- og omsorgskostnader, noe som kan gå på bekostning av et forebyggende og helsefremmende kommunebudsjett, særlig hos de minste kommunene (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014, s. 24).

4.1.4 Utfordringsbildet i de tre kommunene

4.1.5 Kommune A (Aust-Agder)

Administrativ organisering

Fra 01.01.2016 er kommune A organisert administrativt i fire ulike sektorer; oppvekst, helse og velferd, habilitering og ressurs, samt samfunn. Folkehelsekoordinator er organisatorisk plassert inn i rådmannens stab med en 20-prosent-stilling. Prosjekt «levetårnsutfordringer» er flyttet fra rådmannens stab hvor det var organisert i årene 2016-2017 til oppvekst. Kommunen har en tradisjonell sektororganisering.



Figur 1: Kommune A har en sektororganisert forvaltning. (Kommunal nettside)

Folkehelseprofil og folkehelseutfordringer

Folkehelseprofilene er unike rapporter for alle landets kommuner og fylker, og for bydelene i de største byene (se figur 4). Profilene inneholder tre hovedelementer: hovedtrekk i kommunens folkehelse, utdypning og illustrasjoner av utvalgte temaområder og et grafisk folkehelsebarometer. Profilene gir de store linjene for hver kommune, og må tolkes i lys av kunnskap om lokale forhold, men dataene skal fungere som hjelp med utarbeidelse av den lovpålagte helseoversikten (jf. § 2-5 i folkehelseloven).

Kommunen skårer lavest i fylket på personer mellom 30 og 39 år som har videregående eller høyere utdanning og som bor i kommunen (74 prosent). Mer enn hver fjerde innbygger (26 prosent) har kun grunnskoleutdanning som høyeste utdanning i kommunen (Folkehelseinstituttet – Kommunehelsa statistikkbank, 2017c).

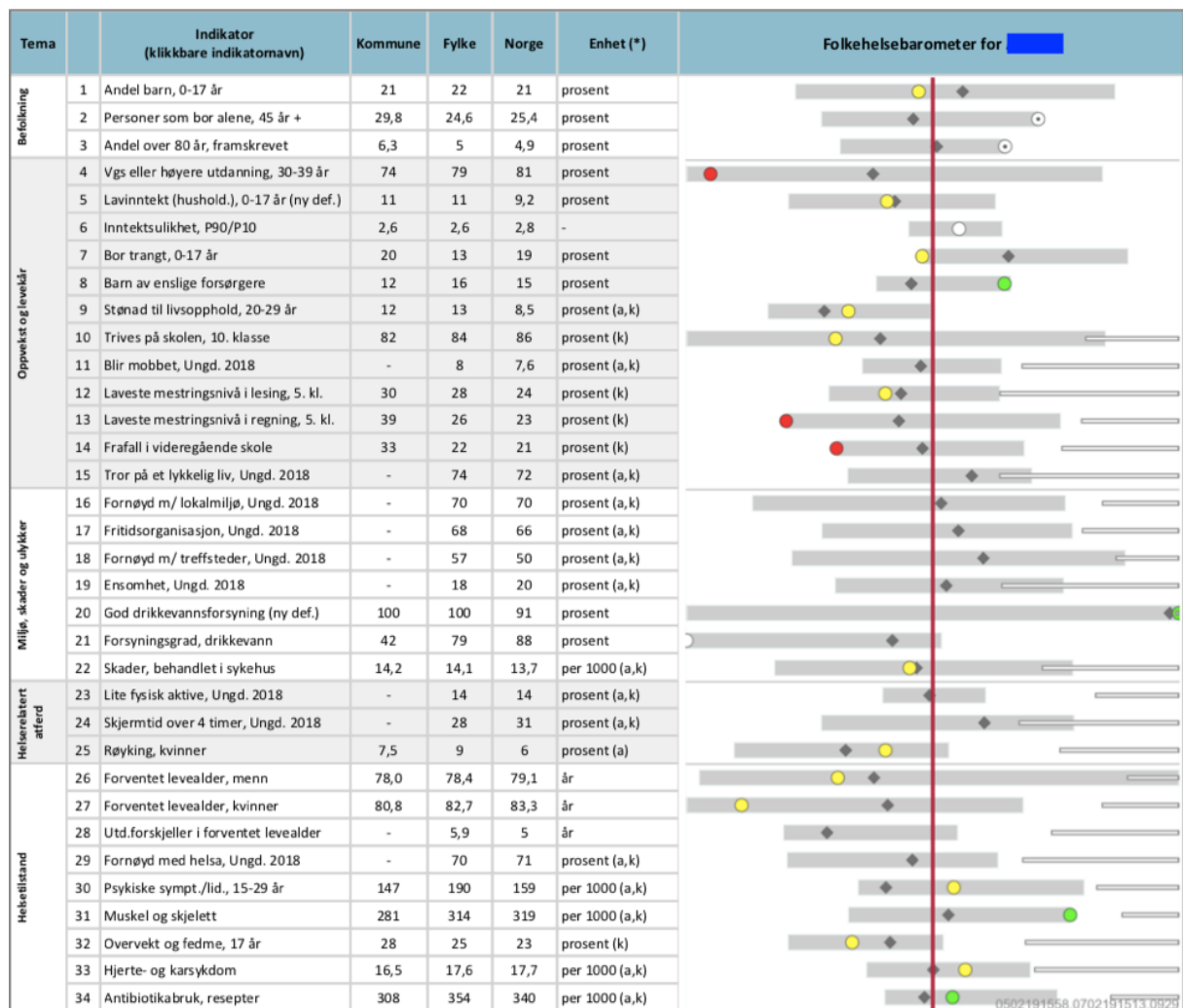
I 2016 bodde 20 prosent av 0–17-åringene i husholdninger klassifisert som lavinntekt (høyest i fylket) (Folkehelseinstituttet – Kommunehelsa statistikkbank, 2017d). I 2017 var andelen redusert til 11 prosent (midtplassert i fylket). Av disse utgjør en høy andel innvandrere.

Kommunen har klart høyest frafall i videregående skole blant kommunene i fylket og blant casekommunene i denne studie, med et frafall på 33 prosent i perioden 2015–2017 (Folkehelseinstituttet – Kommunehelsa statistikkbank, 2017b).

Andel mottakere av uføreytelser var på 17,6 prosent i alderen 18–67 år (Statistisk sentralbyrå, 2017). Det er nest høyest i fylket og signifikant dårligere enn landet som helhet (Folkehelseinstituttet – Kommunehelsa statistikkbank, 2017e). Tidlig død før fylte 75 år² var i perioden 2008-2017 på 372,7 per 100 000. Kommune A skårer nest høyest i fylket (Folkehelseinstituttet – Kommunehelsa statistikkbank, 2017a).

I en kartleggingsundersøkelse fra Ungdata rapporterte kun 52 prosent av ungdomsskoleelevene at de trivdes på skolen. Kommunen ligger signifikant dårligere an enn landet som helhet, og lavest i fylket (Ungdata, 2016).

² Tidlig død i Kommunehelsa statistikkbank måler dødsårsaker innenfor hjerte- og karsykdommer, kols, ulike former for kreft, ulykker og voldsomme dødsfall før fylte 75 år.



Figur 4: Folkehelseprofil fra folkehelseinstituttet – kommune A skårer svært dårlig i fylket på personer i aldersgruppen 30–39 år med vgs. eller høyere utdanning, lavinntekt (husholdninger) 0–17 år, laveste mestringsnivå i regning for 5. klasse og frafall i videregående skole.

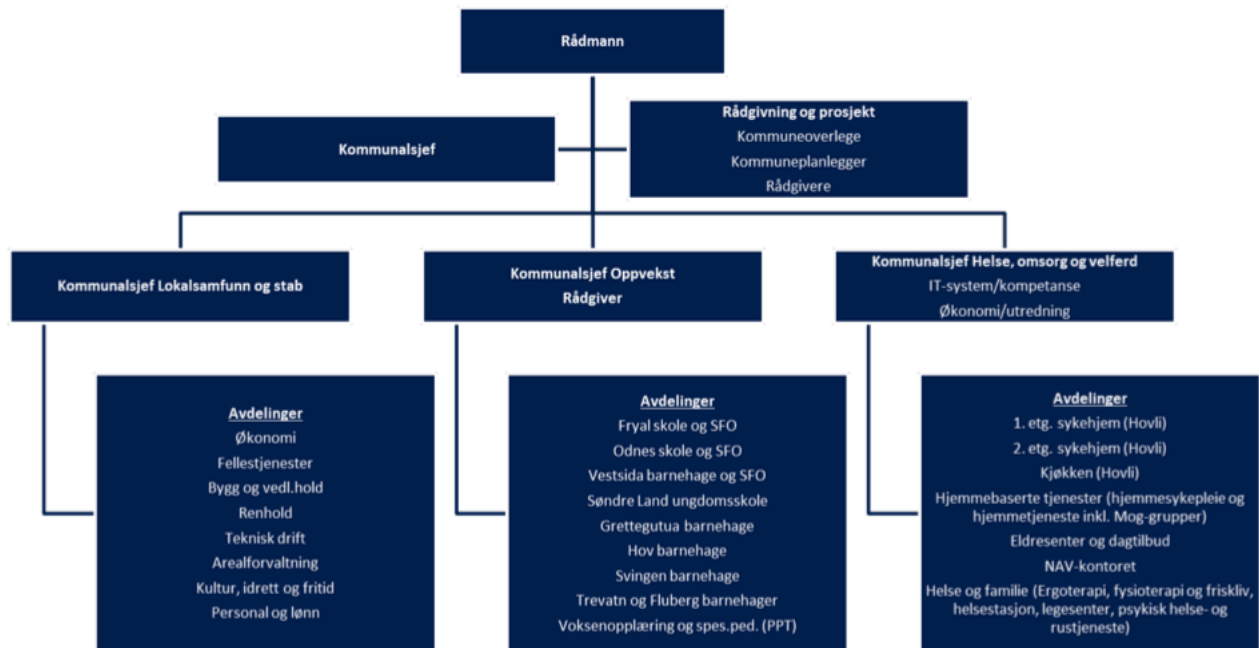
4.1.6 Kommune B (Oppland)

Administrativ organisering

Etter 2012 var kommune B organisert etter en kommunalsjefmodell, hvor tre kommunalsjefer har ansvaret for hvert sitt kommunalområde. Disse tre har myndighet til å sikre enhetens drift av faglige, økonomiske, personmessige og organisatoriske forhold. Ytterligere en kommunalsjef har ansvar for kommunens tverrsektorielle oppgaveportefølje.

Kommunalområdene speiler den politiske organiseringen. Kommunalsjef for lokalsamfunn og stab fungerer i en 10-prosentstilling også som folkehelsestrateg. Han er plassert sammen med kommunalsjefene i rådmannens stab. Kommunen har en tverrsektoriell folkehelsekomite som møtes en gang i måneden. Deler av folkehelsearbeidet blir outsourcet i en interkommunal løsning kalt «Gjøvikregionen miljø- og helsetilsyn IKS», jf. arbeidet om miljørettet helsevern

kapittel 3 i folkehelseloven (se underkapittel 4.2.1 for mer informasjon). Kommunestyret er prosjekteier for «folkehelseprosjekt 2025», som er kommunens øverste folkehelsesatsing.



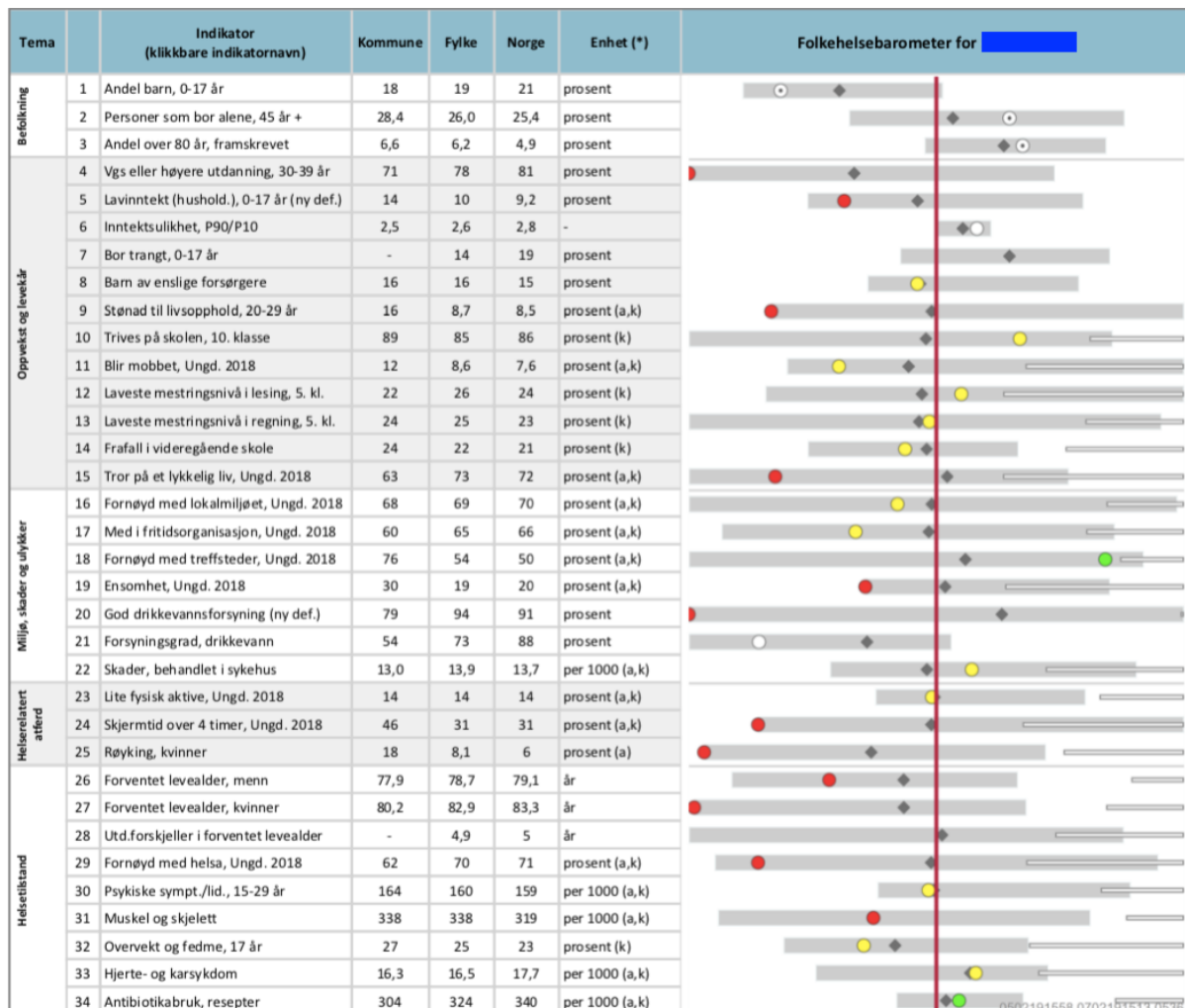
Figur 5: Kommune B har en kommunalsjefmodell/tradisjonell sektororganisering (kommunale nettsider)

Folkehelseprofil og folkehelseutfordringer

Tall fra folkehelseprofilen (2019) viser at det er 71 prosent av innbyggere i kommune B i alderen 30–39 år som har videregående eller høyere utdanning. Kommune B er blant kommunene som skårer høyest på barn i alderen 0–17 år som bor i husholdninger med lavinntekt i fylket. 14 prosent av barn og unge levde i husholdninger med lavinntekt i 2017. På landsbasis er dette tallet 9,2 prosent.

I kommune B var 18,7 prosent av innbyggerne i alderen 18–67 år varig uføretrygdet (Statistisk sentralbyrå, 2017). 25,3 prosent av kommunens innbyggere i alderen 18–62 år mottok ytelser av ulik art: uføretrygd, arbeidsavklaringspenger, arbeidsledighetstrygd, overgangsstonad for enslige forsørgere og tiltaksmottakere (Folkehelseinstituttet – Kommunehelse statistikkbank, 2017e). Tall fra Ungdata viser at 36 prosent svarte «nei» på om de trodde de ville få et lykkelig liv, og 30 prosent av ungdommene rapporterte å være «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» med ensomhet siste uken. Ungdata-

undersøkelsen viste også at 32 prosent av ungdomsskoleelevene er misfornøyd med lokalmiljøet sitt. 38 prosent rapporterte å være misfornøyd med egen helse (Ungdata, 2018).



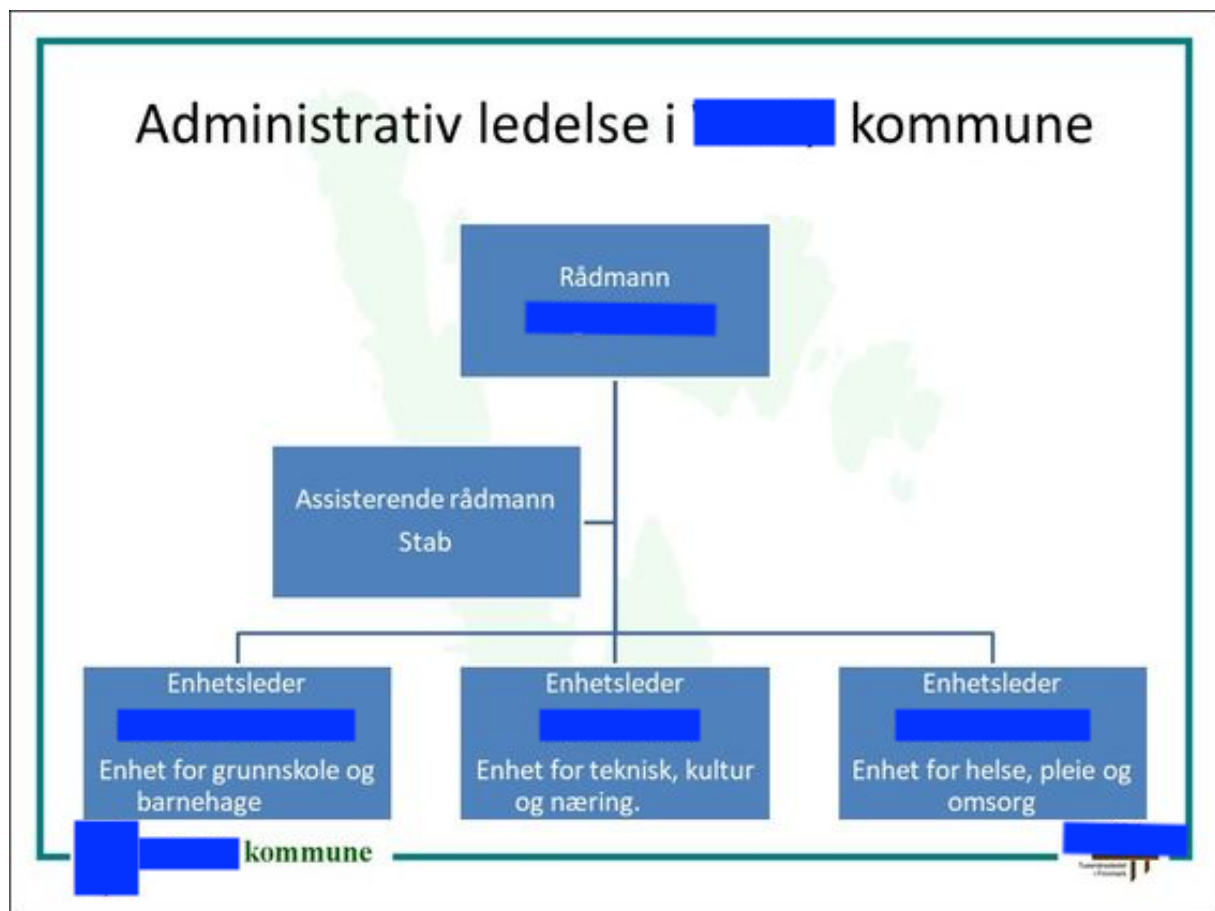
Figur 6: Folkehelseprofil fra folkehelseinstituttet – kommune B skårer svært dårlig i fylket på personer i aldersgruppen 30–39 år med vgs. eller høyere utdanning, lavinntekt (husholdninger) 0–17 år, stønad til livsopphold 20–29 år, troen på et lykkelig liv (Ungdata), tilfredshet med treffsteder blant unge, ensomhet (Ungdata), røyking (svangerskapskontroll), forventet levealder kvinner, unge misfornøyd med helse (Ungdata).

4.1.7 Kommune C (Finnmark)

Administrativ organisering

Kommunen er organisert i en såkalt tonivåmodell eller resultatenhetsmodell. De tradisjonelle sektorområdene er slått sammen til færre enheter, og ledernivåene redusert fra tre til to nivåer med større grad av delegering av ansvar og beslutningsmyndighet til lavere nivå i organisasjonen, der enhetene har et tilnærmet totalansvar for egen drift og egne resultater sammenliknet med den tradisjonelle sektororganiseringen (Torsteinsen, 2012). De tre enhetene, med hver sine enhetsledere, er: enhet for grunnskole og barnehage, enhet for

teknisk, kultur og næring og enhet for helse, pleie og omsorg. Kommunen har ikke folkehelsekoordinator. Folkehelseansvaret hører til under helse, pleie og omsorg.



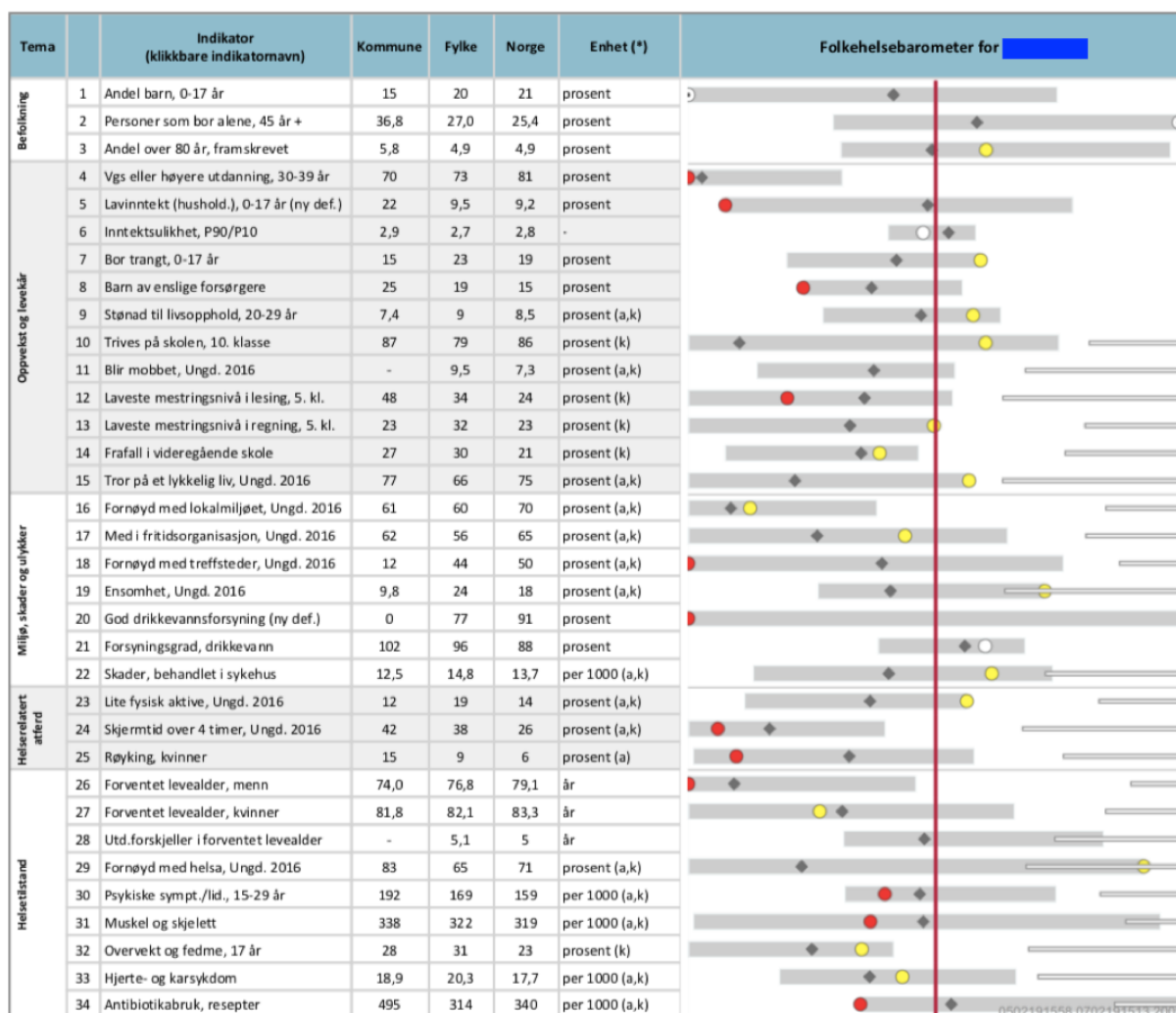
Figur 7: Kommune C har en resultatenhetsmodell/ -tonivåmodell. Sentraladministrasjonen (rådmannes stab) er bygd helt ned (kommunal nettside).

Folkehelseprofil og folkehelseutfordringer

Andelen innbyggere med videregående eller høyere utdanning var 70 prosent av innbyggerne i alderen 30–39 år. Det er lavest i fylket og blant casekommunene i denne studien. 22 prosent av innbyggere i alderen 0–17 år levde i husholdninger klassifisert som lavinntekt. Det er lavest i fylket og høyest blant casekommunene. Frafall i videregående skole ligger på 27 prosent.

Tall fra Ungdata viser at 12 prosent av ungdomsskoleelevene svarte «veldig bra» og «nokså bra» på spørsmålet «Hvordan opplever du at tilbudet til ungdom er når det gjelder lokaler for å treffe andre unge på fritida?» 39 prosent av ungdomsskoleelevene var misfornøyd med lokalmiljøet.

Forventet levealder for menn er 74 år. Det er lavest i fylket og blant de aller laveste i landet. En relativt høy andel av innbyggerne i kommune C var i perioden 2015–2017 innom fastlege og legevakt med psykiske symptomer i alderen 15–29 år, 192 av 1000. Det er øverst blant de tre casekommunene. Ifølge kommuneoverlegen er plager og sykdommer relatert til muskler og skjelett den hyppigste årsaken til innbyggers opphold hos fastlege og legevakt (data fra intervju). Tall fra folkehelseprofilen viser at 338 av 1000 brukere oppsøker primærhelsetjenestene (fastlege/legevakt/fysioterapeut/kiropraktor) med slike problemer (Folkehelseinstituttet, 2019).



Figur 8: Folkehelseprofil fra folkehelseinstituttet – kommune C skårer svært dårlig i fylket på personer i aldersgruppen 30–39 år med vgs. eller høyere utdanning, lavinntekt (husholdninger) 0–17 år, laveste mestringsnivå i lesing 5 klasse, tilfredshet med treffsteder for unge, røyking kvinner (svangerskapskontroll), forventet levealder (menn), psykiske symptomer/lidelser 15–29 år, og muskel- og skjelettplager.

4.1.8 Trekk ved den kommunale konteksten - oppsummert

Alle kommunene har felles utfordringer, med mange familier med lavinntekt og lav innbyggerandel med videregående eller høyere utdanning i forhold til landsnivået. Kommune A og C har større utfordringer med frafall i videregående skole, mens kommune B og A har betydelige utfordringer med omfang av sosiale ytelser, særlig uføretrygd. I kommune B er det en høy andel barn og unge som ikke tror de vil få et lykkelig liv, og som er misfornøyd med lokalmiljøet. Det er i tillegg en høy andel ensomme og mye mobbing. I kommune C opplever de en del spesifikke problemer knyttet til livstils- og kostholds sykdommer gjennom høye forekomster av psykiske plager, muskel- og skjelettplager og kreft. Når det gjelder organisering, har kommune A og B folkehelsekoordinatorstillinger på henholdsvis 20 og 10 prosent, plassert i rådmannens stab. Et prosjekt om levekårsutfordringer er organisert under oppvekst i kommune A. Kommune B har en tverrsektoriell folkehelsekomite og et folkehelseprosjekt som er sterkt forankret i kommuneorganisasjonen. I kommune C er folkehelsearbeidet organisert inn under helse, pleie og omsorg.

4.2 Systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommunene

4.2.1 Kommunenes arbeid med helseoversikten

Kommunene er etter folkehelselovens § 5 pålagt å holde oversikt over folkehelsen i befolkningen i kommunen. Oversikten skal omfatte helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer. Kommune B er den eneste av oppgavens tre kommuner som har et slikt oversiktsdokument som er i tråd med forskrift om oversikt over folkehelsen, det vil si at det tar for seg befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd, helsetilstand samt påvirkningsfaktorer mot dette (FHL, 2012). Kommunen administrerer dette arbeidet i et interkommunalt samarbeid med andre kommuner i Gjøvikregionen (Gjøvikregionen Helse- og Miljøtilsyn IKS). Kommune A har en egen plan for folkehelse og levekår som gir en forenklet kartlegging av befolkning, levekår, helsetilstand og helserelatert atferd samt faktorer som påvirker disse, men ingen utfyllende kartlegging, jf. forskrift om oversikt over folkehelsen. Folkehelsekoordinatoren forsøkte å sette i gang arbeidet med en helhetlig oversikt i 2016, men arbeidet fikk ikke prioritert. Koordinatoren forklarer dette med at det samtidig pågikk en større omorganiseringsprosess som krevde mye tid og arbeidsinnsats. Kommunen har vedtatt å starte dette arbeidet i 2019 etter at folkehelsekoordinatoren igjen løftet arbeidet med helseoversikten inn som sak i kommunestyret.

Kommune C har ikke noe oversiktsdokument. I 2012 etter at folkehelseloven ble vedtatt ønsket kommunen å se på og gjøre noe med levekårsutfordringene i kommunen. Det ble utarbeidet en omfattende rapport med kartlegging og anbefalte tiltak (Hodne, 2014). Det har imidlertid ikke kommet en ny oversikt i etterkant. Ordføreren forklarer dette med at kommunen har vært under sterkt økonomisk press over flere år, noe som har ført til andre prioriteringer (innsparing i administrative ressurser). Nyansettelser med det som beskrives som mer relevant kompetanse, fremheves som et viktig moment for at arbeidet med folkehelseoversikten og innlemmelse av folkehelse i den kommunale planprosessen nå skal igangsettes. Rådmannen i kommune C utdyper:

Leder i teknisk sektor som jeg nevnte, han har nedsatt en arbeidsgruppe og har igangsatt det her arbeidet. Så ble det dessverre sånn at han fikk en veldig alvorlig sykdom, han fikk kreft dessverre. Han er ikke gamle fyren. Han har ikke vært i drift på dette siste halve året. (...) Så arbeidet er igangsatt. Det er bare som følge av at vi nå har satt inn en som er konstituert inn i stillingen; da blir jo sånne oppgaver liggende (...) Disse delplanene skal være grunnlaget for det som kommer frem i kommuneplanen – og så skal vi tegne kartet i forhold til det (intervju, rådmann i kommune C).

4.2.2 Kommunal planstrategi og mål og strategier i kommuneplaner

Som en del av det systematiske folkehelsearbeidet skal oversiktsdokumentet inngå i kommunens planstrategi, samt at en skal fastsette mål og strategier i arbeidet med kommuneplaner. Informantene i kommune B fremhever at de har jobbet mye med helseoversikten og koblingen til planstrategien. Kommune C har en utgått planstrategi fra 2013–2015. I både kommune A og C er det noe begrenset informasjon om helseutfordringer i den kommunale planstrategien.

Både kommune A og B har målsetninger for folkehelsearbeidet definert i kommuneplanen. Begge har en målsetning som beskriver sosiale forskjeller: *Samarbeide for å utjevne sosiale helseforskjeller og skape god helse for flest mulig* (Plan for utvikling av folkehelse og levekår (2017-2021), s. 18) og *gjennom inkludering og deltakelse begrense forekomsten og utviklingen av psykiske helseplager og redusere sosiale helseforskjeller* (Kommuneplanens samfunnsdel (2014-2026), s. 6). Kommune B har også mange andre målsetninger som går inn på områder som fysisk aktivitet, folkehelse i alle planer, innovasjon m.m. Kommune A har

andre målsetninger innenfor psykisk helse og rus, vold, ekstremisme, barn og unge og livskvalitet. I kommune C har man innlemmet målsetninger for folkehelsearbeidet i kommunens politiske handlingsplan for rus samt i en kommunedelplan for idrett og friluftsliv.

4.2.3 Evaluering av folkehelsearbeid i kommunene

I intervjuene med informantene er det tydelig at det ikke vies mye tid og ressurser til å evaluere tiltak som iverksettes. Folkehelsekoordinatoren i kommune A forteller at folkehelsearbeidet ennå ikke er så systematisert at det er naturlig å evaluere, men at et oversiktsdokument vil kunne styrke mulighetene for en bedre systematikk. Ifølge oppvekstsjefen er evaluering noe de har ambisjoner om å bli bedre på. Han poengterer at de har erfart hvor viktig det er å ha gode implementeringsplaner, og viser til tidligere erfaringer hvor de har tapt ressurser fordi de ikke har planlagt godt nok. I kommuneplanens samfunnsdel er det ført opp en enkel matrise som forklarer hvordan en skal evaluere målsetningene jf. folkehelsearbeidet.

Ifølge kommunalsjef for lokalsamfunn/stab i kommune B har kommunene forbedringspotensial når det kommer til evaluering. Når det gjelder evalueringen, lager de årlige kommunale budsjetter og så følges dette videre opp i årsmeldingen. Han understreker at de kan bli bedre til å evaluere konkrete folkehelse tiltak, og at dette forløper seg litt mer fra hånd til munn i folkehelsekomiteen.

Når det gjelder kommunens overordnede satsing «Folkehelseprosjekt 2025» (se nærmere 6.2.2 for mer) skal en ifølge rådmannen se mot folkehelseprofilen og etterse om de skårer vesentlig bedre på parameterne unge uføre, psykisk helse, utdanningsnivå og levealder innen 2025.

Kommune C gir uttrykk for at denne systematikken ikke er på plass. Men rådmannen erkjenner at dette er et viktig arbeid for kommunen nå og i årene fremover.

4.3 Strategiske tilnærminger og tiltak i arbeidet med sosiale ulikheter i helse

Kommune A

I kommune A har de lagt vekt på universell og tidlig innsats gjennom prosjektet «tidlig innsats og trygg oppvekst». Gjennom prosjektet har de iverksatt tiltak som bedre tverrfaglig

innsats (BTI)³, fritidskort (gratis fritidsaktiviteter for 5.–7.-klassinger), utstyrsbank, kulturkarusellen (gratis kulturskoletilbud for 1.–5. klasse) og gratis ferietilbud. I tillegg er kommunen trukket ut som prosjektkommune i program for folkehelsearbeid, der en arbeider med helsefremmende skoler og barnehager (HBS)⁴. BTI er også inkludert her (Regionplan Agder, 2018). Andre tiltak innenfor tidlig innsats og universelle arenaer i kommunen er: læringsmiljøprosjektet⁵, kurset «Kjærlighet og grenser»⁶, samarbeid med Plattform⁷, kompetanse for mangfold⁸, foreldreveiledningskurs, kontakt mellom skole og forelder og 5-dagers skoleuke. Tiltak som er gjennomført ifølge folkehelseplanen er: mer tilrettelegging for daglig lek og lavterskelpreget fysisk aktivitet i skolehverdagen, pedagogiske tiltak som fremmer skoleprestasjoner, videreføring av sunne matvaner i barnehagen som følger statens ernæringsråds anbefalinger, tilrettelegging for sosiale møteplasser gjennom hele livet, babysvømming og massasjegrupper for de aller yngste (Plan for utvikling av folkehelse og levekår, s. 18). Kommunen er i tillegg «AV-OG-TIL»-kommune⁹ og røykfri kommune.

³ BTI er et program som retter seg mot bedre samarbeid mellom skole, barnehager, helsestasjon og andre fagmiljøer med sikte på tidlig identifisering og oppfølging av barn og unge det undres bekymring til (Helsedirektoratet, 2018d).

⁴ Prosjektet formål er å utvikle helsefremmende metoder og tiltak som skal bedre barn og unges psykiske helse og livskvalitet, samt bedre deres sosiale og emosjonelle kompetanse. Satsingen sikter også på å skape gode og inkluderende aktivitetstilbud (Regionplan Agder, 2018).

⁵ Målet med læringsmiljøprosjektet er å sikre gode og trygge barnehage- og skolemiljø uten mobbing og andre krenkelser (Læringsmiljøsentret, 2018, s. 7).

⁶ «Kjærlighet og rensing» er et universelt forebyggingsprogram rettet mot familier med ungdom på 7. og 8.trinn. Målsetningen er å styrke beskyttende faktorer når det gjelder psykiske helseplager og veilede foreldre i forkant av ungdomstida. Forebygge alkohol-, narkotika- og tobakksbruk blant tenåringer. Forbedre samarbeidet mellom hjem og skole, bygge gode foreldrenettverk samt øke ungdommenes sosiale kompetanse (Reuter Dahl, 2017).

⁷ I Plattform jobber politiet, Agder-kommunene og forskere sammen for å forebygge radikalisering, hatkriminalitet og voldelig ekstremisme (Plattform, 2019).

⁸ Hensikten med «Kompetanse for mangfold» er at ansatte i barnehager og skoler skal bli bedre i stand til å støtte barn, elever og voksne med minoritetsbakgrunn på en måte som fører til at disse i størst mulig grad fullfører og består utdanningsløpet (Utdanningsdirektoratet, 2013).

⁹ AV-OG-TIL er en ideell organisasjon som jobber for bedre alkovett. Gjennom forebyggende arbeid skal de bidra til å redusere de negative konsekvensene alkoholbruk har i samfunnet (Av-og-til, 2019).

Selektive satsinger i kommunen er LOS¹⁰(Langset, 2014), Kvello-metoden¹¹, frisklivssentral, arbeidsrettede tiltak i regi av NAV samt varig tilrettelagte arbeidsplasser (ProFlex¹²).

Kommune B

I kommune B benyttes et mangfold av tilnæringer i folkehelsearbeidet. Av tiltak som fokuserer på tidlig innsats og universelle arenaer, trekkes disse frem: kommunens delprosjekt «Utdanningsnivå – gode overganger i opplæringsløpet»¹³, mat i skoler og barnehager¹⁴, helsestasjon, FYSAK¹⁵, ungdomshus, utstyrssentral og foreldreveiledning. Av selektive tiltak i kommunen, nevnes følgende: livsmestringsprogrammet «Lyk-Z og døtre»¹⁶, familiekoordinator, frisklivssentral og «Kjør for livet»¹⁷. Av selektive tiltak for 18 år og eldre kan nevnes: individuell jobbstøtte (IPS)¹⁸, kompetanseheving blant ufaglærte¹⁹ og Prosjekt

¹⁰ Målet med en LOS er å legge til rette for mer samordnet tilbud og tettere oppfølging av ungdom som er i en vanskelig livssituasjon. Det skal utvikles bedre systemer for tidlig innsats for elever med skolevegring og det skal etableres rutiner, prosedyrer og tiltak for å hindre frafall. Målet er å styrke ungdommenes skoletilknytning, trivsel og mestring, slik at de kan gjennomføre videregående opplæring (Strategiplan (2017-2020) kommune A).

¹¹ Kvello-metoden er en satsing rettet mot å utvikle gode barnehage- og skoletilbud. Målet er å til et tett samarbeid mellom barnehage, skole, foreldre og evt. hjelpeapparat for de som trenger det. Modellen baseres på et positivt menneskesyn, der en gjennom kunnskap om beskyttelsesfaktorer, tilrettelegging og trening kan hjelpe barn og unges utvikling, samt gjennom veiledning av foreldre, kan endre måten/bekreftende måten de oppfører seg med barnet på.

¹² ProFlex AS er en vekstbedrift i Arendal som har som oppgave å hjelpe folk ut i arbeid.

¹³ Ingen tiltak er foreløpig presentert, men intervensjonen retter seg mot tidlig innsats og hva som kan sikre gode overganger i opplæringsløpet. Målsetningen er å sikre at kunnskap om det enkelte barns behov og utfordringer oppdages så tidlig som mulig, og at kunnskapen videreformidles gjennom alle relevante ledd (Kommunens nettsider, 2019).

¹⁴ Prosjektet ser for seg følgende tiltak: utarbeide felles mal for innkjøpsliste, utarbeide felles retningslinjer for kosthold for barnehagene, SFO og skolene, etablere "pakkekjøkken" som også bringer mat til barnehagene og skolene, arrangere kurs/temadager for ansatte, arrangere temakvelder/happenings for foreldre og øke fokuset på kosthold i arbeidet med uke-, måneds- og årsplaner (Kommunens nettsider, 2019).

¹⁵ FYSAK tilbyr 30 minutter obligatorisk fysisk aktivitet i skolen hver dag (FYSAK, 2019).

¹⁶ Lyk-z & døtre er en sosial entreprenør som arbeider med å hjelpe ungdom som har falt utenfor skole og jobb til å finne sine iboende kvaliteter og unike evner, og med dette komme raskt tilbake til skole og jobb (Lyk-Z & Døtre, 2019).

¹⁷ «Kjør for livet» er en sosial entreprenør som følger opp ungdom som står i fare for å falle ut av skolen.

¹⁸ IPS satser på direkte utplassering i arbeidslivet med oppfølging.

¹⁹ I kompetanseheving blant ufaglærte er målgruppen personer over 20 år uten varig tilknytning til arbeidslivet, som ønsker å ta fag- og svenneprøve. Disse tas inn i forberedende voksenopplæring. Formålet med Kombinasjonsforsøket er å prøve ut helhetlige og tilpassede opplæringsløp i kombinasjoner av moduler frem mot fag- og svenneprøven (Kommunens nettsider, 2019).

diabetes²⁰. Universelle tiltak som kan trekkes frem, er: revitalisering av to store møteplasser, redusering av sykefravær i kommunen²¹, prosjektet «NED»²² og samlokalisering av aktivitetstilbud i arbeidslivet²³. Prosjektet vil forhåpentligvis gå litt bort fra den normative tilnærmingen som kommunen har hatt ved tidligere anledninger og i stedet rette seg litt mer mot de dype strukturene, ifølge rådmannen:

Og så er det litt sånn med inngangen i det at du erkjenner at mye av folkehelsearbeidet har normative tilnærminger. Jeg kan fortelle deg at du ikke skal ete usunt, trene mye og alt er bra. Det har vi drevet ganske mye med. Men det hjelper lite for dem som ikke fikser det. For dem gjør vi egentlig terskelen enda høyere. Det gikk lenge før jeg skjønnte hvor gærent det egentlig var. Jeg tenker at vi kunne vært lenger i det tankesettet om at vi må bli mindre normative og prøve å heller ta tak i folk der de er (intervju, rådmann i kommune B).

Kommune C

I kommune C vektlegger rådmannen at de sørger for gode friluft- og turområder i kommunen for å legge bedre til rette for god livsstil og helseatferd blant innbyggerne. Blant annet har de ulike kampanjer som «perletur» og «julesprek». Ordføreren vektlegger holdningsarbeid som en viktig tilnærming for å redusere sosiale helseforskjeller:

Jeg tenker at det er ganske mye et holdningsspørsmål. Også er folkehelsearbeid, altså den type tiltak som vi har sammen med Finnmark friluftsråd blant annet, turer, og andre ting som det legges opp til, er bit av holdningsskapende arbeid. I kampanjer og sånne ting jobbes det med å skape holdninger, endre holdninger, spise mer sunt ikke sant og ikke røyke... (intervju, ordfører i kommune C)

²⁰ Målet med Prosjekt diabetes er å øke kvaliteten på fastlegenes diagnostisering og oppfølging av personer med diabetes, øke kunnskapen om risikofaktorer, forekomst og behandling av diabetes, bedre bruken av frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, og gi bedre informasjon om tilbudene som finnes for personer med diabetes (Kommunens nettsider, 2019).

²¹ Målet er å lære av hva sektorene med lavest sykefravær i kommunen gjør riktig (Kommunale nettsider, 2019).

²² «NED» er et samarbeid mellom KS og NAV for å få ned sykefraværet.

²³ Målsetningen med samlokalisering er at flere tjenesteytere skal samarbeide om å opprette et arbeidstilbud for deltakere i introduksjonsprogrammet for flyktninger og deltakere i ulike arbeidsmarkedstiltak som varig tilrettelagt arbeid, arbeidsforberedende trening, aktivitetsplikt og kvalifiseringsprogrammet (Kommunens nettsider, 2019).

Rådmannen og ordføreren oppgir begge at det har vært en langsiktig satsing på barn og unge i flere år. Et eksempel rådmannen nevner, er at haller for idrettsaktiviteter kan leies for en rimelig penge slik at flest mulig unge skal få være med. For 10 år siden ble kommunen kontaktet av departementet da de var blant de 40 dårligste i Norge på nasjonale prøver. De inngikk et samarbeid der de fikk betydelige midler til å løfte prestasjonene. Midlene er blant annet brukt til å gi Ipader til alle elever, som et tiltak for å minske forskjellene, forteller ordføreren²⁴. Kommunen har ifølge rådmannen hatt PALS²⁵ i skolen siden 2004 samt at de har satset maksimalt på kulturskolen. I tillegg har de totalrenovert skolene. Han understreker at kommunen har vært bevisst på å skape gode fritids- og kulturarenaer både for å tiltrekke seg innflyttere og skape fornøyde innbyggere. Ifølge rådmannen har de også skolehelsetjeneste og helsestasjon etter normerte anbefalinger fra statlig hold. Ordføreren er tydelig på at å skape flere og attraktive arbeidsplasser for de unge er den største folkehelseutfordringen kommunen står overfor.

4.4 Organisering av folkehelsearbeidet i casekommunene

Kommune A

En stor del av folkehelsearbeidet i kommune A har vært rettet mot prosjekt «Tidlig innsats og trygg oppvekst». Ordningen finansieres med midler fra fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder samt Nasjonal tilskuddsordning mot barnefattigdom. I prosjektets driftsfase 2015-2017, var ordningen plassert under rådmannens stab. I 2017 ble prosjektet flyttet over i avdeling for oppvekst der det skulle videreføres inn i den kommunale driften. I overgangen fra prosjekt til drift har kommunen opplevd utfordringer med å videreføre prosjektet i sin helhet. Tiltaket gratis ferieturer er forsvunnet, mens en har hatt problemer med å drifte utstyrsbanken slik det er nå. Den tidligere prosjektgruppen etterlyser en tydeligere organisering og avklaring av hvordan og hvem som skal videreføre prosjektet innad i organisasjonen, slik at det gode arbeidet som allerede er påbegynt ikke skal forsvinne. Prosjektet har bidratt til samarbeid mellom tjenester og fagområder, frivillige lag og foreninger i kommunen. Tiltakene i prosjektet har kommet gjennom en samskapingsprosess med levekårsutsatte familier,

²⁴ Det er gjort en rekke andre tiltak som nå plasserer kommunen på topp på nasjonale prøver i Finnmark, men ingen av disse er trukket frem av informantene.

²⁵ PALS er et universelt, psykososialt mestringsprogram i skolen som retter seg mot å gi positive tilbakemeldinger til elevene og forutsigbare reaksjoner på negativ atferd (NUBU, 2018).

kommunale ansatte og FoU-miljø. Både Agderforskning og universitetet i Agder inngår i samarbeidet.

Mye av det forebyggende og helsefremmende arbeidet utenom folkehelsekoordinatoren foregår i oppvekstsektoren, og kommunalsjef for oppvekst opplever at folkehelseperspektivet ivaretas godt gjennom sine månedlige enhetsmøter i oppvekstesenheten (her deltar; Oppvekstleder, skole og rektor for skole, kommunale barnehagestyrere, leder for PPT, rektor for voksenopplæring, flyktningkoordinator, LOS/SLT-koordinator, helsesykepleier og jordmor. I tillegg møter psykisk helse og kommunepsykolog ved behov). I tillegg er det møte med barnehage og skole hver 14 dag. Oppvekstleder deltar også i ledermøte med rådmannen og de andre kommunalområdene en gang i uka.

Folkehelsekoordinatoren deltok tidligere på de store oppvekstmøtene, men vil ikke lenger gjøre dette da hennes arbeidstid ikke er på de dagene oppvekstsamlingene foregår. Koordinatoren forteller at det var begrenset tid folkehelse sto på agendaen under disse møtene, og referer til møtets varighet på to timer, hvor 10–15 personer deltok. Særlig mye tid kunne gå til skolens og barnehagenes arbeidspunkter. Koordinatoren har også sittet som leder for fagutvalget folkehelse og levekår i Østre Agder, et samarbeid hun anså som svært fruktbart. Dette skal hun heller ikke delta på lenger, fordi møtevirksomhet utenfor kommunen ikke skal prioriteres. Koordinatoren beskriver at mye av tiden hennes går med til å snakke om folkehelse, program for folkehelsearbeid, ungdata, fagutvalget og oversiktsdokumentet. Hun sier det er så mye hun har lyst til å gjøre, men at hennes stillingsprosent ikke strekker til, og etterlyser en større stillingsprosent.

Koordinatoren savner en tverrsektoriell arbeidsgruppe som arbeider overordnet med folkehelse på administrativt nivå i kommunen. Fraværet av en slik arena og en begrenset stillingsprosent (20 prosent) medfører at mye av tiden hennes går med til å finne frem til relevante aktører, i stedet for tid hun kan bruke på det praktiske folkehelsearbeidet.

Kommune B

Organiseringen av folkehelsearbeidet i kommune B foregår på to arenaer: gjennom den tverrsektorielle folkehelsekomiteen og gjennom kommunens folkehelseprosjekt 2025²⁶.

²⁶ Prosjektet startet i 2017 og avsluttes i 2022.

Folkehelsekomiteen har bred representasjon og er satt sammen av ulike sentrale personer fra lokalsamfunnet²⁷ som møtes en gang i måneden. Komiteen består av to politikere, kommunalsjef for lokalsamfunn og stab/folkehelsestrateg, samfunnsplanlegger, leder for oppvekst, kommunens samfunnsmedisiner, rektor, helsesøster og leder for helsestasjon, kommunepsykolog og leder for frivillighetssentral.

Folkehelseprosjektet er organisert i fem delprosjekter som gjenspeiler kommunens største folkehelseutfordringer i henhold til folkehelseprofilen (unge uføre, psykisk helse, utdanningsnivå, levealder og sykefravær). Kommunestyret er prosjekteier, mens rådmannen er hovedprosjektleder og prosjektansvarlig. Hvert delprosjekt har hver sin leder og prosjektgruppe. Prosjektet har benyttet seg av samskaping med brukere og ansatte innenfor ulike kommunale etater (helsestasjon, barnehage, skole, SFO og ungdomshuset) og videregående skole (fylkeskommunen) for å kartlegge forholdene og utforme passende tiltak.

Prosjektet har en ressursgruppe med fungerende rådgivende lege i NAV Oppland, fagdirektør i helse- og omsorgsdepartementet, daglig leder i kommunens vekstbedrift²⁸ og leder i kommunens frivilligsentral. Eksterne rådgivere og faglig ansvarlige i prosjektet er professor Rolf Rønning ved Høgskolen i Innlandet²⁹ og førsteamanuensis Siv Magnussen ved NTNU Gjøvik. Kommunen får også bistand fra OsloMet, og samarbeider tett med NAV.

På spørsmål om hvilke sektorer som er tyngst involvert i det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet, svarer rådmannen:

Jeg tror kanskje slik situasjonen er per i dag, at det er oppvekstområdet, først og fremst skole og ungdomsskole som er mest operative.. Så håper jeg hvis du spør meg innen 3-4 år, er det tydeligere at vi er lenger frem på de fleste områder egentlig (intervju, rådmann i kommune B).

²⁷ Folkehelsekomiteen ble etablert midt på 80-tallet. Kommunen har også hatt folkehelsekoordinator siden den gang.

²⁸ Vekstbedriften arbeider med å få folk tilbake i arbeidslivet.

²⁹ Kommunen har inngått et formelt samarbeid med Høgskolen i Innlandet for å lære å arbeide mer systematisk med innovasjon. En PhD-stipendiat er også tilknyttet prosjektet gjennom programmet for innovasjon i tjenesteyting ved HINN.

Rådmannen presiserer at de ennå ikke er gode nok på det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, blant annet på grunn av den tradisjonelle organiseringen i norsk forvaltning:

Også, må vi erkjenne, at vi sliter i kommunen med at vi er ikke gode nok enda på det tverrsektorielle. Sånn kommuner og offentlig forvaltning er organisert med resultatenheter og npm-tankesett, så inviterer vi ikke til tverrsektorielt samarbeid. Hvis du har din resultatenheter og det er resultatene du blir målt på, og fulgt opp på, så har du lite incitament til å tenke helhet. Det har vi egentlig jobbet ganske mye med. Nå vi har ikke løsningen, men vi prøver å endre litt tankesett på det da (intervju, rådmann i kommune B).

Rådmannen sikter til at det har vært en bevisst satsing på innovasjon i kommunen.

Kommunalsjefene og rådmannen har gått på innovasjonsskolen på Lillehammer, og i 2018 og 2019 er det et mål at alle mellomledere skal gjennomføre. I tillegg skal han arrangere endagskurs («medarbeiderkurs») hvor innovasjon står på agendaen for alle kommuneansatte med over 20 prosent stilling. Ifølge rådmannen er mellomlederne en nøkkelfaktor dersom en skal klare å implementere satsing på folkehelse i hele organisasjonen. Rådmannen er tydelig på at folkehelseprosjektet 2025 blir et samfunnsprosjekt for hele kommuneorganisasjonen.

Kommune C

Rådmannen hadde følgende å si om organiseringen av folkehelsearbeidet i kommunen:

Vi er nok ikke der hvor egentlig direktoratet ønsker at vi skal være. Med at vi skal ha det organisert i et arbeid og en måte å jobbe på. Men sånn ansvarsmessig det som angår folk, ligger under den sektoren vi kaller pleie, helse og sosial (intervju, rådmann i kommune C).

Det er ingen formell eller systematisk organisering av folkehelsearbeidet i kommune C. Ifølge ordføreren har familieavdelingen med helsesøster et viktig ansvar. Samtidig svarer han at de ulike oppgavene fordeles på de enhetene som har det naturlige ansvaret. I kommune C foregår det rådmannen kaller et generasjonsskifte blant de ansatte. Ny rådmann og sjef for teknisk sektor skal sette i gang arbeidet med kommuneplaner og helseoversikt. Det vil etter hvert legge grunnlaget for en organisering av folkehelsearbeidet. Teknisk sektor nevnes også som

en bidragsyter, for eksempel gjennom strøing av veier og samarbeid med turlag og Finnmark friluftsråd, som de betaler tilskudd til. Ordføreren utdyper:

I administrasjonen her gjøres det en sånn koordineringsjobb med det. Og vi har for eksempel hatt møter med Finnmark friluftsråd, og det legges til rette for praktisk samarbeid med organisasjonene. Men det føles som litt sånn ekstraarbeid (intervju, ordføreren i kommune C).

4.5 Hemmere i kommunens langsiktige og systematiske folkehelsearbeid

I kommune A trakk kommunalsjef for oppvekst frem måten administrasjonen var organisert på tidligere med mange små enheter, noe som vanskeliggjorde samarbeidet på tvers av enhetene:

Organiseringen er i dag mye bedre på systemnivå, og man er ikke lenger like avhengig av enkeltindivider. Vi ser i større grad gevinsten av å jobbe tverrfaglig og tverrsektorielt (intervju, kommunalsjef oppvekst i kommune A).

Folkehelsekoordinatoren fremhever fravær av et felles, overordnet folkehelsesteam i kommunen som øverste hemmer for kommunens systematiske og langsiktige folkehelsearbeid. Ordføreren i kommune A trekker frem det forlengede tidsaspektet som følge av at man skal innarbeide noe nytt i kommuneorganisasjonen, som folkehelse kan sies å være:

Nei, altså hemmere (...) Nå er jo dette en litt ny type arbeid, så vi skal nok bruke litt tid på å jobbe det inn og få det i fokus. Det finnes jo helt klare kommunale oppgaver (...) det være seg skole, det være seg helse, det være seg alle disse tingene der. Så kommer dette med folkehelse inn (...) det må nok etter hvert finne sin plass som en sånn oppgave (intervju, ordfører i kommune A).

I kommune B forteller rådmannen på sin side at den største hemmeren er å finne tiltak som treffer befolkningen en ikke foreløpig har klart å nå i folkehelsearbeidet. Rådmannen oppgir at kommunen i større grad må gå bort fra en normativ tilnærming:

Å skape forståelse for betydningen av arbeid og aktivitet er viktig i det store. Legge til rette for det, og få folk til å tru på seg selv. Det er det store. Gå fra det normative med å fortelle folk at det er viktig at de må, det sitter ganske dypt da ikkesant, det er egentlig det som hemmer mest. Får vi til den driven da skal vi få til noe. Det er tungt altså (intervju, rådmann i kommune B).

Kommunelegen i kommune B trekker frem forutsetningene ressursmessig for å drifte et systematisk arbeid, som en liten organisasjon med et stort oppgavespenn på få ansatte.

Rådmannen i kommune C trekker frem mangel på kultur for å jobbe med folkehelsearbeid i administrasjonen som en hemmer for kommunens systematiske og langsiktige folkehelsearbeid:

Hemmere er jo ofte det å få folk engasjert, å forstå oppgaven og forstå viktigheten av en sånn oppgave. Når man blir oppnevnt til å være med i noe sånt, har man jo engasjementet blant de som skal være med og laga planen. På den måten jeg har styrt kommunen disse åra, har fokuset vært å holde kontroll og bygge opp økonomiske ressurser. Da blir kommunen fort styrt ovenfra, og da blir det en sovepute (intervju, rådmann i kommune C).

4.6 Samhandling - internt og eksternt

Å arbeide med å redusere sosiale helseforskjeller i lokalsamfunnet er en omfattende tilnærming som krever god samhandling både med eksterne og interne aktører i kommuneorganisasjonen. Forvalter man dette på en riktig måte kan det gi økte ressurser, tilnærminger, kapasitet og kvalitet i arbeider med helseforskjeller.

Politikerne deler synet på levekårsutfordringene i kommune A. Men på spørsmål om hvordan kommunalsjefen for oppvekst vil karakterisere forholdet mellom politisk og administrativ sfære, mener han allikevel at de har litt å gå på:

Der tror jeg faktisk det er litt å gå på, for at jeg tror det er en del politikere som ikke vet hvor mye som skal til for å få til et godt, systematisk folkehelsearbeid. For det er ikke noen quickfix ... Og hva skal ligge i bånd, det må faktisk være ressurser til dette.

Og det må være forutsigbart, og man må kunne jobbe målretta over lang tid. Det er nok en forståelse for folkehelsearbeidet, men det er ikke noen forståelse for hvor mye som faktisk skal til for å få til et godt og systematisk arbeid som virker (intervju, kommunalsjef oppvekst i kommune A).

Folkehelsekoordinatoren nevner blant annet at gratis skolefrukt og skolemat har blitt hindret i kommunestyret og at politikerne har en tendens til å etterspørre/henger seg på tiltak som kan vise en rask effekt.

I kommune C blir både fylkeskommunen og Finnmark friluftsråd sett på som ressurssterke bidragsyttere. Men ifølge rådmannen er det begrenset hvor mye fylkeskommunen kan hjelpe dem når de selv har kommet kort i det systematiske folkehelsearbeidet.

4.7 Oppsummering av empiri

I kommune A trekkes fram universelle tiltak som gratis fritidsaktiviteter, kulturkarusell, utstyrsbank, foreldreveiledningskurs, læringsmiljøprosjektet, BTI, HBS, daglig lek og lavterskelpreget fysisk aktivitet i skolehverdagen rettet mot barn og unge. De har også ulike kampanjer som sikter å fremme den psykiske helsen, redusere rus- og tobakkbruk (Kjærlighet og Grenser, «AV-OG-TIL»), samt aktivt arbeid mot radikaliserings og hatkriminalitet (Plattform). Av selektive satsinger trekkes frem en LOS som arbeider med å følge opp unge og det høye frafallet i videregående skole, Kvello-metoden, frisklivssentral, arbeidsrettede tiltak i regi av NAV og varig tilrettelagte arbeidsplasser (ProFlex).

I kommune B er det størst omfang av satsinger mot selektive grupper, deriblant kommunens uføre: IPS, kompetanseheving blant ufaglærte og samlokalisering av aktivitetstilbud i arbeidslivet. Selektive satsinger som går mot barn er livsmestringsprogrammet («Lyk-Z og døtre»), familiekoordinator, frisklivssentral og den sosiale møteplassen «Kjør for livet». Blant universelle tiltak nevnes 30 minutter fysisk aktivitet i skolen hver dag (FYSAK), «Utdanningsnivå – gode overganger i opplæringsløpet», «Mat i skoler og barnehager», helsestasjon, ungdomshus, utstyrssentral, foreldreveiledning, revitalisering av to sentrale møteplasser i kommunen, redusere kommunens sykefravær, blant annet gjennom prosjektet «NED».

I kommune C trekkes en frem nærmiljøet og arbeidet med holdningsendring for å få innbyggere til å ta vare på egen helse. Av universelle satsinger trekkes frem tilrettelegging av friluft- og turområder, blant annet gjennom kampanjene Perletur og Julesprek, foreldreveiledning, helsestasjon, jordmor, ungdomshus, kulturskole, IPAD til alle elever, flere kompetente lærere, skoleforebyggingsprogrammet PALS, skolehelsetjeneste, helsestasjon, billig utleie av kommunale bygg for inkludering av barn og unge, reduksjon av sykefravær i barnehage og arbeid med å styrke næringslivet for den yngre målgruppen. Det trekkes frem ingen selektive tiltak mot grupper i lokalsamfunnet.

Kommune A og B oppfyller i ulik grad det systematiske og kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet (oversiktsdokumenter, egen folkehelseplan, kommuneplan samfunns- og handlingsdel). I tillegg har de folkehelsekoordinator (<20 prosent stilling), og et hyppigere samarbeid med eksterne aktører som FoU-miljø, fylkeskommune og fylkesmann enn kommune C. Disse kommunene ser en har flere universelle og selektive satsinger i det lokale folkehelsearbeidet. I både kommune C og A er det ingen eller kun noen få selektive satsinger. I kommune B er det flere selektive tiltak, i tillegg til at de er den eneste av casekommunene med en tverrsektoriell folkehelsekomite. Kommune B har en helhetlig satsing mot å forankre helse i alle enheter og nivåer (politikere og administrasjon). Kommune A har gjennomført et systematisk folkehelsearbeid de siste 4 – 5 årene i henhold til kommunens levekårsutsatte familier, der folkehelsearbeidet har vært forankret i prosjekt «Tidlig innsats og trygg oppvekst». I tillegg er en stor del av folkehelsearbeidet forankret i oppvekstsektoren og gjennom samarbeid med eksterne aktører som fylkeskommune og fylkesmann. I kommune C gjøres det et vilkårlig arbeid med å tilrettelegge for turmiljøer og styrke barnas oppvekstvilkår, selv om det systematiske folkehelsearbeidet ikke er innarbeidet i organisasjonen.

5.0 Drøfting av empiriske funn opp mot teoretisk rammeverk

5.1 Å adressere sosiale helseforskjeller gjennom styrkebaserte tilnæringer

Alle kommunene satte i gang initiativ etter at folkehelseloven ble vedtatt med kartlegging av oversikt med hensikt å iverksette tiltak mot utfordringene. Det er imidlertid bare kommune B som har en omfattende, «samlet» oversikt over helsetilstand og dens påvirkningsfaktorer per dags dato. Mens kommune A har en lettere oversikt, har kommune C ingen oversikt per i dag. Rådmannen i kommune B stiller spørsmålstegn til hvor mye de får utbytte av helseoversikten. I steget fra kartlegging av utfordringer til iverksetting av tiltak gir kvantitative data ofte bare nye spørsmål, og spesielt i forhold til de utfordringer kommunen opplever med utenforskap (uføretrygd og sosiale ytelser) og i å utvikle helsefremmende satsinger i barn og unges oppvekstmiljø, der det eksisterer begrenset med empiri på hvilke tiltak som lønner seg mest (KS, 2019; Skogen et al., 2018, s. 96).

Rådmannen som også var folkehelsekoordinator i kommunen tilbake på 80-tallet trekker frem at kommunen over en lengre periode har forsøkt en normativ tilnærming. Det vil si en holdningsskapende tilnærming der de med dårligere helse blir bedt om å spise sunnere, være mer aktive og ta vare på seg selv. En slik tilnærming finner vi delvis også i kommune C. I riksrevisjonens evaluering av offentlig folkehelsearbeid (2015) oppga flest kommuner hovedutfordringer med psykisk helse og levekår og sosial ulikhet (42 prosent), allikevel så man klart flest tiltak innenfor fysisk aktivitet og friluftsliv og grøntområder, og kun 15 prosent tiltak innenfor levekår og sosial ulikhet. Dette kan forklares dels med historikken og dels med den kommunale kompetansen i organisasjonen. Fysisk aktivitet og tilrettelegging av grøntarealer er tradisjonelle levevanetemaer som har inngått som en sentral del av folkehelsearbeidet over lang tid, og slike tiltak er sånn sett enkle og billige å gjennomføre, og noe administrasjonen har «kompetanse» på (Riksrevisjonen, 2015, s. 49). Flere studier viser også at kommuner er usikre på hvilke virkemidler og tiltak som kan brukes i arbeidet med å redusere lokale folkehelseutfordringer, og særlig utjevning av sosiale helseforskjeller (Riksrevisjonen, 2015, s. 50; Tallarek nee Grimm et al., 2013, s. 230). Helgesen & Hofstad (2012) viste at særlig små kommuner setter levevanetemaer som fysisk aktivitet, rus, ernæring og tobakk høyt (M. Helgesen & Hofstad, 2012, s. 9).

Kommune B og Cs tilnærming har kjensler fra det en i litteraturen kaller en governmentality-tilnærming (Ayo, 2012). Denne springer ut fra en neo-liberalistisk samfunnsstradisjon der mennesket sees på som et fritt individ med evne til å ta egne valg og til å ta vare på seg selv. Tilnærmingen vokste voldsomt i takt med en ekspanderende helseindustri og høyresidens reformbevegelser på 70-80 tallet i vestlige neoliberales samfunn (Ayo, 2012, s. 100-101). Denne tilnærmingen å styre på har imidlertid møtt kritikk fra flere hold, blant annet i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller (Ayo, 2012, s. 104). I en studie gjort på en gruppe arbeidsløse menn i England ønsket en å se på hvordan sosiale markedsføringsstrategier (livsstil- og kostholdsvalg) kunne påvirke disse til å ta bedre vare på egen helse. Mennene ga uttrykk for at slike strategier ofte ga lite assosiasjon til dem da de abstraherte seg bort fra mennenes erfaringer i hverdagslivet og problemene de hadde med å ta vare på dem selv og sin familie, hvor de opplevde dypere sosioøkonomiske utfordringer. Mennene svarte at de ofte ikke forbandt helse med det å føle seg og se bra ut, og at opplevelsen av helse snarere ble konstruert gjennom deres sosioøkonomiske forhold de levde under. Studien illustrerer hvordan governmentality-strategier ofte feiler med å erkjenne de komplekse situasjonsfaktorer som påvirker og styrer mennesker i hverdagslivet og der opplevelsen og mening av helse dannes (Crawshaw, 2012, s. 204). En svakhet ved governmentality-styring slik Crawshaw tilskriver det, er at individet avgrenses til et atomisert byggverk som gjennom ekstern stimuli skal innprente nye holdninger og atferd for å oppnå god helse. En slik tilnærming har problemer med å rette seg mot de sosiale determinantene i helse (Crawshaw, 2012, s. 206)

Går vi tilbake til rådmannen i kommune B så erkjenner han at de har lært at det nytter ikke å tilnærme seg de dårligste gruppene på denne måten. Det det i verste fall medfører er å gjøre terskelen høyere. Rådmannen mener at skal de klare å gjøre noe med denne gruppen må man møte disse der de er.

Mesteparten av folkehelsearbeidet i kommune B tar derfor utgangspunkt i en samskappingsprosess (aksjonsforskning) mellom innbyggere, brukere, ansatte i ulike etater samt med eksterne forskere og FoU-miljøer. Samskapingen omhandler prosessen fra å kartlegge situasjon (status), til å finne mulige løsninger som er i tråd med innbyggernes ønsker og opplevelser. En liknende tilnærming ser vi i kommune A sitt arbeid med levekårsutsatte familier. Folkehelseutfordringene i både kommune B og A kan tilskrives komplekse, sosiale problemer som det ikke finnes fullstendig evidensbasert empiri på hvilke

tiltak som lønner seg. Litteraturen anbefaler at i møte med slike ustrukturerte problemer bør en engasjere et mangfoldig sett av aktører (innbyggere, ansatte og FoU-miljøer) for å i større grad kunne adressere problemet (Helsedirektoratet, 2018f, s. 10-11; Regeer & Bunders, 2009, s. 48-56, 67-96).

En sik tilnærming er forankret i dyp folkehelse teori om hva som er forutsetningene for helse (Helsedirektoratet, 2018f, s. 6). Aaron Antonovskys (1923-1994) salutogene modell tar utgangspunkt i at forutsetningen for helse i hvert enkelt individ er at et hvert individ opplever en følelse av sammenheng («sence of coherence»). Nysgjerrigheten til Antonovskys springer ut fra hvordan mennesker som tilsynelatende har gått gjennom mange triste hendelser og skjebner, allikevel ser ut til å ha et godt liv og opplever en følelse av mening. Antonovskys modell (1979) som enda ikke er empirisk motbevist, tar utgangspunkt i at individets generelle motstandsressurser (kunnskap, intelligens, ego identity, filosofi, a stable set of answers, life experience) styrer hvordan mennesker har det og tar det, uavhengig av de hendelser en opplever (Mittelmark et al., 2017, s. 9). Generelt tror man at gjennom å la mennesket selv være med på å forme hvordan lokalsamfunnet skal være eller ulike tjenester, så vil en lettere kunne finne tiltak som er treffsikre og går på akkord med individets egen opplevelse av sammenheng, og dermed bedre forutsetningene for helse. Denne tilnærmingen har fått større fotfeste i Norge og andre steder i verden i nyere tid (Bergen, Dahl, Olsen & Synnevåg, 2018; Helsedirektoratet, 2018f, s. 5-8). Styrkebaserte tilnærminger utgangspunkt er at innbyggerne bør være med å utforme tjenester (nedenfra-opp), fremfor å bli plassert som konsumenter i en forvaltning der byråkratene er ekspertene (ovenfra-ned) (Helsedirektoratet, 2018f, s. 8).

Når innbyggerne blir tatt med i en slik tilnærming vil de også oppleve større følelse av identitet, tilhørighet og fellesskap med stedet de bor i samt at kommunen utvikler en større utviklingskapasitet (Distriktssenteret, 2019a; Helsedirektoratet, 2018b, s. 52). Erfaring viser at dette er viktige momenter for å få folk til å bli boende eller flytte tilbake etter endt utdanning (Distriktssenteret, 2017b, 2019a, b, c). Sett i forhold til den situasjonen små distriktskommuner befinner seg i; med forgubbing, klientifisering, sentralisering, høye utgifter og en mindre oljeavhengig økonomi, kan dette være velbegrunnede strategier å ta utgangspunkt i for å utvikle nye bærekraftige lokale velferdsløsninger (Finansdepartementet, 2017, s. 5-7; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b, s. 48; Helsedirektoratet, 2018b, s. 51-52; Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014, s. 27; KS, 2019; Leknes, Syfe & Tønnessen, 2016; Rogne & Syse, 2017, s. 203; Statistisk Sentralbyrå, 2019). En felles

opplevelse av styrkebaserte tilnærminger i dag er at det setter i gang en rekke forløsende prosesser av iboende ressurser i lokalsamfunnet, som tradisjonelle byråkratiske kommunesektorer knapt kan se for seg (Helsedirektoratet, 2018f, s. 72).

5.2 Hver kommune med sin «akilleshæl» – omstrukturering og omorganisering

På hver sin spesielle måte opplever casekommunene problemer med å ta folkehelsearbeidet til et høyere nivå dels på grunn av organiseringen/fravær av organisering av folkehelsearbeidet i kommunenes virksomhet.

I kommune B sitt tilfelle foregår det ikke særlig mye tverrsektorielt folkehelsearbeid utenfor oppvekstavdelingen, noe som henger sammen med NPM-tankegangen i den lokale forvaltning. For å gjøre noe med dette har kommunen, blant annet, etablert en omfattende innovasjonssatsing i hele organisasjonen; der alle kommunens ansatte med stilling over 20 prosent skal delta på innovasjonskurs med rådmannen. I tillegg skal alle mellomledere og ledere i kommunen gjennomføre innovasjonsskolen på Lillehammer. Bakgrunnen for dette er å styrke integriteten hos hver aktør til selv å utvikle nye løsninger for å møte de lokale utfordringene på en bedre måte. Sett i sammenheng med at arbeidet med sosial ulikhet i helse på lokalt nivå er et «wicked issue»; faller kommunens tilnærming i tråd med det en i litteraturen kaller adaptivt lederskap (Head & Alford, 2015, s. 730). I stedet for at arbeidet rundt sosial ulikhet går gjennom noen få beslutningstakere på øverste hold med begrenset utsyn, bør en mobilisere relevante aktører og mellomledere til selv å interagere problemet, dette vil legge forutsetningene bedre til rette for et tverrsektorielt folkehelsearbeid, og samtidig forutsetningene for å redusere sosial ulikhet i helse (Head & Alford, 2015, s. 729-730).

I tillegg har kommunen to ganger forsøkt å kartlegge omstilling- og omorganiseringsbehov i kommunen. Den første førte til en omorganisering av kommunen i 2012. Resultatene av denne viste at det fortsatt eksisterer en silo-tenkning der kamp om interne budsjetter sto foran utviklingsoppgaver og samarbeid på tvers av avdelinger (Magnussen, Thorstensen, Vareide, Aastvedt, 2019, s. 61). I et nytt samarbeidsprosjekt med Telemarksforskning skal kommunen på nytt analysere sin organisasjonsstruktur opp mot utfordringsbilde og behovet for omstilling, med hensikt å styrke forutsetningene for utviklingsoppgaver og samarbeid. Svarene de får og endringene kommunen gjør deretter, kan styrke forutsetningene for et

tverrsektorielt folkehelsearbeid i kommunen. Som noen avbøtende tiltak har de ansatt en koordinator som skal jobbe tverrfaglig forebyggende opp mot barn og unge, plassert under rådmannen. I tillegg har de planer om å ansette familiekoordinator som representerer familien utad i møte med alle lokale, regionale og nasjonale hjelpeinstanser. Med tid kan kommunen opparbeide seg organisatoriske forutsetninger til å forankre helse i alle sektorer (HiAP) samt et samarbeid på tvers. Kommunen viser en stor endringsiver for å utvikle seg på måte der forebyggende og helsefremmende innsatser nås ut til innbyggerne. Flere studier viser at kommuner som lykkes med samfunnsutviklingen kjennetegnes av en kultur der det foregår mye samarbeid, ekstern oppmerksomhet og entreprenørskap, og hvor en tør å gjøre feil (Kobro, Vareide & Halting, 2012, s. 12-18; Vareide, 2018, s. 82-87).

I kommune A opplever en i likhet med de andre kommunene et økende oppgavespenn på en liten stab. Det medfører at noen oppgaver, deriblant folkehelsearbeidet og prosjektet «Tidlig innsats og trygg oppvekst» tar litt lenger tid å få innarbeidet ordentlig i organisasjonen. I overføringen av prosjektet fra rådmannens stab til oppvekstsektoren, gjenstår det fortsatt en del uavklarte roller for hvem som skal videreføre hva. Gratis ferieaktiviteter har de ikke klart å følge opp etter prosjektperioden, mens utstyrssentralen har en problemer med å organisere slik det foreligger nå. Det brede spennet av arbeidsoppgaver fordelt på en liten stab, forsterkeres ytterligere av kommunens svake økonomi. Kommune A så sett seg nødt til å skjære ned 1,4 stillinger på tre ansatte i administrasjonen samt redusere oppvekstbudsjettet med åtte prosent i inneværende år. Å få til en god organisering blir svært viktig for kommunens fremtidige satsing mot levekårsutsatte familier, og at den kompetanse «administrasjonen» har bygget opp gjennom programsatsingen ikke skal forsvinne.

I kommune C er den sentrale utfordringen å etablere en administrasjon og organisasjonsstruktur der de har mulighet til å arbeide med det systematiske folkehelsearbeidet. Som en følge av at organisasjonsstrukturen rundt folkehelsearbeidet ikke er innarbeidet, oppleves samarbeidet med Finnmark friluftsråd som et ekstraarbeid og samarbeidet med Finnmark fylkeskommune, som er en ressurssterk aktør, som fraværende. Å få dette innarbeidet kan virke hensiktsmessig da flere studier trekker frem at samarbeidet med eksterne aktører er den største signifikante betydningen for å adressere levekår (Hagen et al., 2017, s. 983; S. Hagen et al., 2018, s. 812; M. K. Helgesen, Fosse & Hagen, 2017). Dette støttes også i denne studien, der folkehelsearbeidet i kommune A og B og C blir ytterligere adressert som følge av deres samarbeid med eksterne aktører. At arbeidet med helseoversikten

har blitt utsatt som følge at lederen har fått en sykdom viser også hvor skjøre perifere distriktskommuner er mot uforutsette hendelser som sykdom og turnover (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014, s. 27). Litteraturen trekker frem at dette arbeidet er viktig, da kommuner med oversikt i langt større grad fremhever levekår som en utfordring eller tar tak i de lokale utfordringer (E. Fosse et al., 2019, s. 12; S. Hagen et al., 2018, s. 811).

At kommunen ikke har oppdaterte kommuneplaner eller årsverk til samfunnsplanlegging kan også medføre at den ikke klarer å ta godt nok tak i de lokale utfordringene (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019). Hensikten med samfunnsplaner er å kunne ta tak i temaer som folkehelse, utdanning og oppvekst, eldreomsorg, langsiktig arealbruk og utbyggingsmønster, steds- og sentrumsutvikling, næringsutvikling og planlegging for ivaretagelse av miljø og en bærekraftig utvikling, forhold som er svært relatert til de sosiale determinantene i helse. En omfattende casestudie gjennomført av Østlandsforskning viser at distriktskommuner som satser systematisk over lengre tid på kommuneplaner (planstrategi, samfunnsdel, arealdel, næringsplan, oppvekstplan o.l.) oppnår konkrete resultater i lokalsamfunnet innenfor områder som tettstedutvikling, integrering, fritidstilbud, sentrumsutvikling, idrett og friluftsliv, oppvekstforhold for barn og unge, arrangementer, økt stedstilhørighet, befolkningsvekst, næringsvekst og estetisk kvalitet i sentrum (Distriktssenteret, 2017a). Det virker derfor lovende at kommune C nå har kapasitet og kompetanse til å ta tak i disse tingene.

5.3 Begrensede ressurser og kapasitet som utfordring for det systematiske folkehelsearbeidet

Folkehelselovens føringer krever at kommunene skal iverksette tiltak innenfor de områder kommunen opplever størst folkehelseutfordringer, samt de områder kommunen har størst forutsetninger for forbedringspotensialet, jf. § 7. Det innebærer også at kommunen må vurdere sine tiltak innenfor de rammer kommunen arbeider innenfor, for eksempel kapasitet og ressursituasjon, og hva som gir mest helse innenfor disse ressursene, og ut ifra det foreta skjønnsmessige og politiske prioriteringer (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011a, s. 33).

I kommune C er en av de største utfordringene unge voksne i alderen 15-29 år med betydelige psykiske plager. Mange av disse har droppet ut av videregående og/eller er arbeidsledige. Kommunelegen trakk frem hvordan NAV har sett på mulighetene til å skape et tverrfaglig

samarbeid i kommunen, der ulike instanser som psykiatritjeneste, fastlegetjeneste osv. kan følge opp disse. Dette har det ikke blitt mye av, som følge av begrenset kapasitet og ressurser i kommunen. I en kommune der folkehelsearbeidet er forankret i helse- og omsorgssektoren spiller kommuneoverlegen med samfunnsmedisinsk kompetanse en sentral rolle.

Kommuneoverlegen forteller at hans folkehelsearbeid og samarbeid med helse- og omsorgssjefen blir svært begrenset og utsatt som følge av at de basale tjenestene på legekantoret og fastlegeordningen ikke er gode nok. Han forteller at han har jobbet betydelig de siste to årene med å sikre forsvarlighetskravet på legevakta og fastlegeordningen.

Kommunen opplever problemer med å rekruttere fastleger og psykolog. Dette fører til ekstra stor belastning på de fastlegene som jobber der både i å følge opp psykisk syke og drifte legevakta. I tillegg går mye ressurser (tid og økonomi) til opplæring av vikarleger.

Studier av flere helsefremmende og forebyggende intervensjoner i lokalsamfunnet viser at ved å sette inn innsats tidligere i helseløpet kan både primærhelsetjenesten og hvert individ spare mye. Flere intervensjoner som arbeider for å fremme mental helse og bygge resiliens hos elever i skolen har vist seg å ha en samfunnsbesparende effekt, i tillegg til å kunne lette pågangen i helse- og omsorg- og fastlegetjenesten (Public Health England, 2017a, s. 18, 85). Public Health England (PHE) som ligger under det engelske helsedepartementet har utarbeidet en modell med utgangspunkt i skoleprogrammet «Penn Resilience Programme». Programmet retter seg universelt mot alle elever i skolen og består av 18 skoletimer gjennom et år der elevene skal lære ulike teknikker for kognitivatferd og problembasertlæring, med formål å styrke resiliens og forebygge depresjon i ungdom. Modellen tar utgangspunkt i 150 ungdom og følger disse gjennom syv år fra 11-12 år til utgang av videregående, sett opp mot relaterte utgifter i spesialisthelsetjenesten, fastlegetjenesten, skolehelsetjenesten, psykiatritjenesten og sosialarbeidere m.m. sammenliknet med en kontrollgruppe. Intervensjonen viste en betraktelig økning i kvalitetsjusterte leveår, bedre skolerresultater, selvfølelse og skoleatferd, samt lavere frafall i skolen. En så også at risikoen for depressive symptomer var redusert med 55 prosent de første seks månedene etter intervensjonstart. Modellen viste at fastlegetjenesten kunne spare mellom 480-641 pund³⁰ (4848-6474 NOK) årlig som følge av færre unge i behandling (etter syv år: 41 177 NOK = 4077 pund). Over de syv årene sparte skolehelsetjenesten 450 pund, spesialisthelsetjenesten 18 065 pund, psykiatritjenesten 84 pund, sosialarbeidere 56 pund, «andre profesjoner» 636 pund, familier

³⁰ I 2017 valuta (britiske pund)

som slapp å ta fri fra jobben, 6 107 pund. Selve intervensjonen (opplæring av personell og materiell) kostet i løpet av syv år 1 298 pund (13 110 NOK). Generelt konkluderer PHE at for hvert pund investert i programmet kan samfunnet forvente å tjene tilbake 5,05 pund (return on investment 1 :5.05) (Public Health England, 2017a, s. 19-23; 84-86).

Andre programmer (CBT og ESCAPE³¹) rettet mot muskel- og skjelettplager, som også er en stor utfordring i kommune C, viser at helse- og omsorgstjenester og samfunnet kan spare 7,52 og 5,20 pund for hvert pund investert (Public Health England, 2017b, s. 19, 24-25). Ifølge PHE viser intervensjonene at tilnærminger mot forebyggende og helsefremmende forhold i skolen og mennesker med muskel- og skjelettplager kan redusere pågangen og kostnadene i kommunens fastlegetjeneste og helse- og omsorgstjeneste som følge av at mennesker mottar behandling tidligere (Public Health England, 2017b, s. 3). Dette kan videre sørge for at kommunen har de ressurser de trenger til å arbeide med ungdom som har falt ut.

5.4 Politikernes betydning for folkehelsearbeidet i møte med sosial ulikhet som et gjenstridig problem

Politikerne i kommune A og B opplever arbeid med levekår og sosial ulikhet i helse som generelt viktig, men virker ut ifra informantenes beskrivelser ikke å være de fremste driverne i det lokale folkehelsearbeidet. Oppvekstsjefen i kommune A og kommuneoverlegen i kommune B tror en del politikere ikke vet hvor mye som skal til for å få til et godt systematisk og langsiktig folkehelsearbeid, derav innenfor eksempelvis saker som kan være av mer kontroversiell eller nytenkende karakter. Folkehelsekoordinatoren i kommune A synes at politikere har en tendens til fort å henge seg på tiltak som kan vise raske effekter. Oppvekstsjefen trekker frem at det og kan ha med å gjøre at det som formidles til politikere ikke er konkret og godt nok.

I tidligere studier er det påvist at i mange kommuner er det en del politikere som har en noe begrenset oppfatning av hva den sosiale gradienten er for noe, samt hvilke tiltak som kan redusere den, og at dette ender opp med at disse satsingene nedprioriteres i praksis (E. Fosse,

³¹ «Cognitive behavioural therapy», inkluderer kognitiv atferdsterapi kombinert med trening hos personer med nedre ryggplager. Intervensjonen besto av åtte to-timers økter fordelt over fem uker i grupper på fire og 10 deltakere (Public Health England, 2017b, s. 6). ESCAPE er et treningsbasert rehabiliteringsprogram for personer med kneproblemer. Deltakerne deltok på 12 økter, to ganger i uken, over en periode på seks uker (Public Health England, 2017b, s. 7).

2016; E. Fosse et al., 2018, s. 49). Studien til Fosse (2016) trekker fram at sosial ulikhet er et «wicked issue» som krever politiske prioriteringer, der kontakten mellom politikere og administrasjon har betydning (E. Fosse, 2016, s. 497-498). Head & Alford trekker og frem at god kommunikasjon mellom politiske og administrativ sfære er av sentral betydning i tilnærmingen av komplekse problemer (Head & Alford, 2015, s. 728). Etter hvert som antall og ulike aktører, grupper og organisatoriske enheter som er involvert i et komplekst problem øker, så øker også behovet for styre- og ledelsesprosesser av høy kvalitet (Head & Alford, 2015, s. 729).

Å arbeide med komplekse problemer på organisasjonsnivå er et krevende arbeid som krever en innarbeidet forståelse både på beslutningsnivå og uti organisasjonen. Som litteraturen trekker frem løses ikke gjenstridige problemer gjennom isolerte tiltak, da problemets natur er mer omfattende enn som så. Det krever en adressering av en rekke tiltak mot problemets natur over lengre tid for å kunne hankses med (Head & Alford, 2015, s. 713).

I kommune A har politikerne stått i veien for skolefrukt/skolemat som var et av de planlagte tiltakene i prosjekt «Tidlig innsats og trygg oppvekst». Ifølge ordføreren ville det ikke vært store problemer med å finansiere ordningen, men opplever delvis at det er viktig å statuere et eksempel at politiske beslutninger på nasjonalt nivå får medførende konsekvenser for befolkningen lokalt. Kommunestyret har imidlertid endret synspunkt på skolemåltid, men det har foreløpig ikke skjedd endringer i kommunen som følge av litt ulike meninger generelt for hvordan dette bør implementeres (skolelunsj, -frokost osv.).

Et sunt skolemåltid trekkes frem av nasjonale myndigheter som et særlig konkret og sentralt virkemiddel for å redusere de sosiale forskjellene (Helsedirektoratet, 2018a, s. 14). Vi vet at det er en sosioøkonomisk gradient mellom innbyggeres sosioøkonomiske status og inntak og kvalitet på kostholdet (Hansen, Myhre, Johansen, Paulsen & Andersen, 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Helsedirektoratet, 2012, s. 21). Barn i familier med lav og middels sosioøkonomisk status spiser mindre frokost, grønnsaker og frukt og mer snacks og brus enn familier med høyere sosioøkonomisk status (HEMIL-senteret, 2016, s. 52). Gratis skolefrukt ser ut til å ha gode fordelingseffekter, der de relative sosiale ulikhetene i kostholdstiltak ser ut til å reduseres som følge av at det er de med lav sosioøkonomisk status som oppnår større helsegevinster av en slik ordning (Bugge, 2015, s. 64; Helsedirektoratet,

2015a, s. 24). Samtidig er det påvist at kostholdsvaner i ung alder har betydning for senere kostholdsvaner (Birch, 1992, s. 251-252; Lien, Lytle & Klepp, 2001, s. 224-225).

Som litteraturen rundt «wicked issues» var inne på (se delkapittel 2.2), forutsettes det en helhetlig tilnærming der alle aktører (uavhengige variabler) som har en påvirkning på sosial ulikhet i helse (avhengig variabel) interageres aktivt over lengre tid (kommune A) for bedre å kunne håndtere de komplekse problemer ved sosial ulikhet i helse og dermed også forutsetningene for å redusere den sosiale gradienten. Basert på disse data er det nærliggende å tro at å tilby sunn skolefrokost til elever i kommune A vil forsterke kommunens helhetlige arbeid mot sosial ulikhet, og på sikt føre til gunstige helsemessige konsekvenser for innbyggerne i kommunen.

5.5 Betydningen av folkehelsekoordinator og en tverrsektoriell folkehelsegruppe

Hensikten med å etablere folkehelsekoordinator-funksjoner er at de skal bidra til å ivareta det tverrsektorielle folkehelsearbeidet på tvers av sektorer, nivåer og aktører, i tillegg til å være delaktige i kommuneplanleggingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003, s. 99; 2011b, s. 197). Ifølge flere nasjonale kartlegginger vil koordinatorstillinger som arbeider deltid (<70 prosent) få utfordringer med å implementere det tverrsektorielle arbeidet på grunn av begrenset arbeidskapasitet (Hagen et al., 2015, s. 7; S. Hagen et al., 2018, s. 9; S. Hagen, K. I. Øvergård, M. Helgesen, E. Fosse & S. Torp, 2018, s. 8; M. K. Helgesen et al., 2017, s. 81; Hofstad & Schou, 2017; Tallarek nee Grimm et al., 2013, s. 231).

I kommune A sitt tilfelle opplever koordinatoren at mye av arbeidstiden går til å lete seg frem til aktører, hvor det blir minimalt med tid til det praktiske folkehelsearbeidet. At koordinatoren ikke lenger kan delta i oppvekstmøtene, som er den eneste møtearenaen hun har med avdelinger uti kommunen, og fagutvalg for folkehelse og levekår i Østre-Agder, gjør det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og arbeidet med levekår enda vanskeligere. Flere studier trekker frem at tverrfaglige samarbeidsgrupper i kommunen, samarbeid med eksterne aktører og inter-kommunalt samarbeid fører til en betydelig høyere satsing på levekår og rettferdig fordeling i kommunene (S. Hagen et al., 2018, s. 6; Torp et al., 2016, s. 983). Med tanke på at fagutvalget for folkehelse og levekår i Agder også består av et utvalg kommuner med liknende utfordringer i samme region, ville det vært en fin arena for problemutveksling og samarbeid. En studie av Hagen et al, spør seg om en del kommuner som ansetter

folkehelsekoordinator kanskje ser seg fornøyd i at de tilfredsstiller lovens anbefalinger, og dermed ikke arbeider videre med å tilstrekkelig gjøre dens potensial og mandat (Susanne Hagen et al., 2018, s. 8).

En omfattende kartlegging i EU har sett på hvilke betingelser som må være til stede for å bygge og opprettholde kapasitet i folkehelsearbeidet i offentlig sektor (Aluttis, Chiotan, Michelsen, Costongs & Brand, 2013). På lokalt nivå virker det essensielt at kommuner har en folkehelsekoordinator som har *autoritet* til å handle, og *tverrsektorielle arbeidsgrupper* til å adressere folkehelsearbeidet (M. K. Helgesen et al., 2017, s. 82).

For å gi koordinatoren autoritet trekker litteraturen frem at dette kan gjøres ved å plassere koordinatoren høyt i kommuneorganisasjonen i nærheten av lokale beslutningstakere, helst rådmannens stab (Hagen et al., 2015). Koordinatoren i kommune A er plassert i rådmannens stab, men sitter kun sammen med sekretariatet med kommunens økonomi- og stabsoppgaver, og ikke med kommunalsjefene for de andre kommuneavdelingene. Siden koordinatoren ikke lenger deltar i noen former for tverrsektorielle grupperinger og besitter minimal stillingsprosent, ser det ut til at koordinatoren har en liten autoritativ makt i kommuneorganisasjonen, slik litteraturen etterspør (M. K. Helgesen et al., 2017).

Gitt at tverrsektorielle arbeidsgrupper anses som primærvirkemiddelet til å adressere sosiale helseforskjeller, er det rart at hele 38 prosent av norske kommuner ikke har dette, inkludert kommune A og C (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011a). En tverrsektoriell folkehelsegruppe vil i et langsiktig tidsperspektiv kunne gi folkehelsearbeidet økt legitimert makt, og økt forståelse for de brede sosiale determinantene som påvirker helsen på tvers av hele kommuneorganisasjonen, og dermed bedre forutsetningene for å redusere de sosiale helseforskjellene. Kommunen er i landstoppen i andel uføre, men oppgir ingen selektive satsinger mot disse. All folkehelseinnsats går gjennom oppvekstavdelingen. Etter at kommunen måtte kutte i prosjektstillinger i «Tidlig innsats og trygg oppvekst» i 2018 har det stått igjen en del uavklarte roller for hvordan en skal videreføre det i organisasjonen. Kommunen opplever så mange oppgaver at det er begrenset hvor mye en liten stab rekker å ta tak i (se delkapittel 4.4).

Ved at kommunen utformer en helseoversikt som vil legge grunnlag for kommunens planstrategi, og mål og strategier i kommunens planer, vil det bli enda tydeligere hvilke

sektorer som er ansvarlig for hva i det lokale folkehelsearbeidet (HiAP) (S. Hagen et al., 2018; Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011a, s. 32). Men skal en kunne delegerer ansvar til de ulike sektorene og effektivisere driften mot folkehelsearbeidet, jf. prosjekt «Tidlig innsats og trygg opvekst», bør det eksistere en infrastruktur som legger til rette for dette (Aluttis et al., 2013; M. K. Helgesen et al., 2017).

Litteraturen på «wicked issues» trekker frem at et nettverksorientert samarbeid fører til at roten til det lokale problemet og dens underliggende mekanismer gjør seg bedre forstått. Ved å inkludere et bredt sett aktører med ulik profesjon- og kontekstkunnskap vil det komme tydeligere frem «hvilke forhold» som strukturer problemet. Nettverkssamarbeid vil også kunne styrke betingelsen for at en finner enighet rundt provisoriske løsninger samt lette implementeringen av løsninger, som følge at en etablerer en dynamisk kommunikasjonskultur som muliggjør delte bidrag og samordnede handlinger (Head & Alford, 2015, s. 725-726). Tverrsektorielt samarbeid vil på lang sikt kunne maksimere ressursene innenfor begrensede rammer i kommunene (Tom Christensen & Lægred, 2007, s. 1060; M. K. Helgesen et al., 2017, s. 78).

5.6 Kommunenes strategier i lys av kommunal kontekst

Studier har tidligere trukket frem at det foreligger en begrenset forståelse for gradient-spørsmålet uti kommuner og at de utviser en stor variasjon i tiltak, i alt fra levekårs- til individrettede tiltak, hvor særlig små kommuner ser ut til å prioritere tiltak av sistnevnte (M. Helgesen & Hofstad, 2012; Kronenfeld, 2014, s. 164; Kvåle et al., 2016, s. 20; Riksrevisjonen, 2015, s. 9; Tallarek nee Grimm et al., 2013, s. 230; Torp et al., 2016, s. 8). Litteraturen indikerer at det og foreligger en sammenheng mellom kommuner som har utarbeidet helseoversikt, samarbeider med eksterne aktører, tverrsektorielle arbeidsgrupper og kommunestørrelse, i forhold til hvor mye de klarer å adressere levekår og gradienten (S. Hagen et al., 2018; Kronenfeld, 2014). Kompetanse og kapasitet i store kontra små kommuner trekkes frem som mulige forklaringer på dette (Kronenfeld, 2014, s. 176; Riksrevisjonen, 2015, s. 10; Torp et al., 2016, s. 7).

I kommune B, studiens største kommune, der en har folkehelsekoordinator, folkehelsekomite, forankring blant politikere, et «samlet» oversiktsdokument, ser en også flest tiltak mot universelle og selektive arenaer. Både mot den generelle befolkning, men og den store andelen som har havnet på utsiden av samfunnet (uføre). I kommune A, der en har en mer

forenklet oversikt, en «relativt» sterk forankring i kommuneplaner, folkehelsekoordinator og samarbeid med eksterne aktører ser man en stor dreining av tiltak mot universelle arenaer (befolkningsstiltærning) og da tidlig innsats, blant annet gjennom utjevning av levekår i lavinntektsfamilier. Man ser også en gradvis dreining mot selektive satsinger (LOS, kvello-metoden), men tiltak mot kommunens uføre trekkes ikke frem. I kommune C, hvor det systematiske arbeidet ikke er innarbeidet, ser man kommunens innsats mot barn og unge, og særlig gjennom samarbeid med kunnskapsdepartementet har vært sentral, for å forbedre barns levekår (skole, kultur og inkludering). Kommunen dreier ellers mye av arbeidet mot en governmentality-tenkning, hvor en tilrettelegger for at innbyggerne holder seg friske og aktive.

Oppsummert, ser det ut til at kommune B dreier flest tiltak mot årsakskjeden og virker å være nærmest det en i litteraturen kan kalle en proporsjonal universalisme-tilnærming. Kommune A beveger seg i retning av en stadig større gradient-tilnærming, men utviser ingen tiltak mot kommunens høye andel uføre. Sammenliknet med kommune B har denne kommunen heller ingen tverrsektoriell folkehelsegruppe eller «samlet» oversiktsdokument. I kommune C hvor det er lavest grad av samarbeid med eksterne aktører, systematikk og hvor folkehelsearbeidet er minst innarbeidet i organisasjonen, ser man mindre trekk av en gradienttilnærming, utenom kommunens systematiske satsing i skolen.

6.0 Konklusjon

Funnene fra denne studien illustrerer at folkehelsearbeidet i de tre kommunene driftes forholdsvis ulikt, og at måten arbeidet er organisert på og i hvilken grad man baserer folkehelsearbeidet på en bestemt systematikk, avhenger av trekk ved den spesifikke kommunale konteksten. Casekommunenes forankring av folkehelsearbeidet begrenses i varierende grad av at de opplever et stort antall oppgaver fordelt på en begrenset stab (kompetanse), der motstridende interesser mellom ulike sektorer fører til at folkehelsearbeidet blir prioritert ned. Tilgang på kompetanse og økonomiske ressurser gjennom eksternt samarbeid ser ut til å være viktig for at disse distriktskommunene skal ha kapasitet til å adressere tiltak mot levekår, sett mot andre hensyn i kommuneorganisasjonen. De kommuner som har arbeidet systematisk med helseoversiktene i noen år, ser ut til i større omfang å rette tiltak mot den sosiale gradienten og arbeidet med helsedeterminantene. Disse kommunene har også langt hyppigere samarbeid med eksterne aktører, som FoU-miljø, fylkeskommuner og fylkesmenn, samt en mer innarbeidet folkehelseforståelse i organisasjonen. Funnene i denne

studien ser dermed ut til å støtte opp under nyere studier av det kommunale folkehelsearbeidet, der en ser en sakte dreining mot arbeidet med sosiale determinanter i helse og lokale folkehelseutfordringer.

6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Basert på funnene fra denne studien vil det i videre forskning som omhandler kommuners arbeid med å redusere sosial ulikhet i helse være interessant å undersøke formelle og uformelle relasjoner mellom den kommunale administrasjon og de folkevalgte. Funnene i denne studien tyder på at lokale politikere har behov for økt kunnskap om folkehelsefeltet og da særlig det systematiske folkehelsearbeidet og den brede tilnærmingen i folkehelsefeltet. Kunnskapsgrunnlaget og forståelse for hva et slikt arbeid innebærer vil trolig være svært viktig for å kunne omgjøre folkehelsepolitiske ambisjoner til praktisk folkehelsearbeid. Det forutsetter at folkehelsearbeidet blir satt på den politiske dagsordenen i kommunene og faktisk blir prioritert. Usikker og tvetydig kunnskap om og forståelse for hva som ligger i et systematisk folkehelsearbeid hos folkevalgte og blant ansatte i den kommunale administrasjonen oppfattes som en hemske eller flaskehals for arbeidet med å redusere sosial ulikhet i helse. Funnene indikerer også et behov for tettere samhandling på dette området mellom det administrative og politiske nivået i kommunen. I videre studier av denne tematikken ville det være interessant også å innlemme folkevalgte som del av utvalget i en slik studie. Det kan bidra med viktig innsikt i hvilke formelle og uformelle relasjoner som eksisterer eller benyttes i dette arbeidet mellom rådmenn, folkehelsekoordinatorer, kommuneoverleger, kommunalsjefer og folkevalgte. Økt kunnskap om hvilke forventninger disse ulike aktørene har til hverandre i arbeidet vil også kunne bidra til økt forståelse for den rollen som utøves i dette arbeidet. Folkehelsefeltet er et sammensatt og tverrdisiplinært fagfelt. I tillegg er det brede folkehelsearbeidet tuftet på «helse-i-alt-prinsippet». Dette er faktorer som trolig forsterker konkurrerende forståelser og oppfatninger av hva som oppfattes som hensiktsmessige tilnærminger i kommunenes arbeid med å redusere sosial ulikhet i helse. Kunnskap som kan bidra til å styrke rolleavklaring hos ulike aktører som er involvert i dette arbeidet vil være viktig fremover.

7.0 Referanseliste

- Aluttis, C. A., Chiotan, C., Michelsen, M., Costongs, C. & Brand, H. (2013). *Review of Public Health Capacity in the EU*. Luxembourg: European Commission Directorate General for Health and Consumers. Hentet fra https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/report_ph_capacity_2013_en.pdf
- Andersen, S. S. (2006). Aktiv informantintervjuing, S. 278-298, 351. Hentet fra https://www.idunn.no/file/pdf/33207747/aktiv_informantintervjuing.pdf
- Av-og-til. (2019). Om Av-og-til. Hentet fra <https://avogtil.no/om-av-og-til/>
- Ayo, N. (2012). Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health*, 22(1), 99-105. <https://doi.org/10.1080/09581596.2010.520692>
- Bambra, C. (2011). Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health 'puzzle', 65(9), 740-745. <https://doi.org/10.1136/jech.2011.136333h>
- Bekken, W., Dahl, E. & Wel, A. K. (2018a). *Barnefattigdom, helse og livssjanser. Hva kan kommunene gjøre? Noen tilnærminger*. (2). Hentet fra <http://handling.forebygging.no/Global/Barnefattigdom,%20helse%20og%20livssjanser.pdf>
- Bekken, W., Dahl, E. & Wel, A. K. (2018b). *Sosiale ulikheter blant barn og unge: Hva kan norske kommuner gjøre? Noen tilnærminger*. (1). Hentet fra <http://handling.forebygging.no/Global/Sosiale%20ulikheter%20blant%20barn%20og%20unge.pdf>
- Bekken, W., Dahl, E. & Wel, A. K. (2018c). *Unge i risiko for å bli stående utenfor: Hva kan kommunene gjøre? Noen tilnærminger*. (4). Hentet fra <http://handling.forebygging.no/Global/Unge%20i%20risiko%20for%20%C3%A5%20bli%20st%C3%A5ende%20utenfor.pdf>
- Bergen, R., Dahl, S. E., Olsen, M. & Synnevåg, S. E. (2018). *Nærmiljø og lokalsamfunn for folkehelse. Delrapport 2 frå evalueringa av satsinga Kartlegging og utviklingsarbeid om nærmiljø og lokalsamfunn som fremmar folkehelse* (87/2018). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2505562/Rapport%20nr%2087%20N%C3%A6rmilj%C3%B8%20og%20lokalsamfunn.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Birch, L. L. (1992). Children's Preferences for High-Fat Foods. *Nutrition Reviews*, 50(9). Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/212288328/fulltextPDF/43628C00C1664EECPQ/1?accountid=45259>
- Braveman, P. & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*, 129 Suppl 2, 19-31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291s206>
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Bugge, B. A. (2015). *HealthMeal. Hvordan nå de ernæringsmessige målsettingene om økt forbrukt av fisk og grønnsaker?* (01/2015). Hentet fra http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/sifo/files/file79985_health_meal_seminarrapport_150115_-_web.pdf
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P. & Aars, J. (2016). *Forvaltning og politikk* (4. utgave. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Christensen, T. & Læg Reid, P. (2007). The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform, 67(6), 1059-1066. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00797.x>
- Comission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organisation. Hentet fra https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
- Crawshaw, P. (2012). Governing at a distance: social marketing and the (bio) politics of responsibility. *Soc Sci Med*, 75(1), 200-207. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.040>
- Creswell, J. W. & Miller, D. L. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry. *Theory Into Practice*, 39(3), 124-130. https://doi.org/10.1207/s15430421tip3903_2
- Dahl, E., Bergsli, H. & Wel, A. K. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Hentet fra <https://fagarkivet-hioa.archive.knowledgearc.net/bitstream/handle/20.500.12199/738/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Distriktssenteret. (2017a). Fra kommunal plan til gjennomføring. Hentet fra <https://distriktssenteret.no/artikkel/kommunal-plan-gjennomforing/#target-2>
- Distriktssenteret. (2017b). Læringshefte: Med hjerte for den rette staden. Hentet fra <https://distriktssenteret.no/litteratur/hjarte-rette-staden/>
- Distriktssenteret. (2019a). Gode argumenter for innbyggerinvolvering. Hentet fra <https://distriktssenteret.no/eksempel/hvorfor-innbyggerinvolvering/>
- Distriktssenteret. (2019b). Involvering av barn og unge i lokal samfunnsutvikling. Hentet fra <https://distriktssenteret.no/artikkel/involvering-av-barn-og-unge-i-lokal-samfunnsutvikling/#hvaer-medvirkning>
- Distriktssenteret. (2019c). Utviklingskapasitet. Hentet fra <https://distriktssenteret.no/artikkel/utviklingskapasitet-2/>
- Easton, G. (2010). *Critical Realism in Case Study Research*.
- FHL. (2012). *Forskrift om oversikt over folkehelsen*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692>
- Finansdepartementet. (2017). *Perspektivmeldingen* (Meld. St. 29). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/aefd9d12738d43078cbc647448bbeca1/no/pdfs/stm201620170029000dddpdfs.pdf>
- Fløtten, T. G., S. A. (2014). Helhetlige tiltak mot barnefattigdom. Hentet fra <https://evalueringsportalen.no/evaluering/helhetlige-tiltak-mot-barnefattigdom-en-kunnskapsoppsummering/Helhetlige%20tiltak%20mot%20barnefattigdom%5B1%5D.%20En%20kunnskapsoppsummering.pdf/@@inline>
- Fosse, E. (2016). *Kommunenes rolle i å utjevne sosiale helseforskjeller - Norge som eksempel* (5). Hentet fra <http://socialmedicinsktdskrift.se/index.php/smt/article/view/1434/1265>
- Fosse, E., Helgesen, M. K., Hagen, S. & Torp, S. (2018). Addressing the social determinants of health at the local level: Opportunities and challenges, 46(20_suppl), 47-52. <https://doi.org/10.1177/1403494817743896>
- Fosse, E. & K. Helgesen, M. (2015). *HOW CAN LOCAL GOVERNMENTS LEVEL THE SOCIAL GRADIENT IN HEALTH AMONG FAMILIES WITH CHILDREN? THE CASE OF NORWAY*.

- Fosse, E., Sherriff, N. & Helgesen, M. (2019). Leveling the Social Gradient in Health at the Local Level: Applying the Gradient Equity Lens to Norwegian Local Public Health Policy, *0(0)*, 0020731419842518. <https://doi.org/10.1177/0020731419842518>
- FYSAK. (2019). Om Fysak. Hentet fra <https://fysak.net/kontakt>
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (1. utgave. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hagen, S., Helgesen, M., Torp, S. & Fosse, E. (2015). Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities, *43(6)*, 597-605. <https://doi.org/10.1177/1403494815585614>
- Hagen, S., Torp, S., Helgesen, M. & Fosse, E. (2017). Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health Promot Int*, *32(6)*, 977-987. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw052>
- Hagen, S., Øvergård, I. K., Helgesen, M., Fosse, E. & Torp, S. (2018). Health Promotion at Local Level in Norway: The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups. *International journal of health policy and management*, *7(9)*, 807-817. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.22>
- Hagen, S., Øvergård, K. I., Helgesen, M., Fosse, E. & Torp, S. (2018). Health Promotion at Local Level in Norway: The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups. *International journal of health policy and management*, *7(9)*, 807-817. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.22>
- Hansen, B. L., Myhre, B. J., Johansen, W. M. A., Paulsen, M. M. & Andersen, F. L. (2016). UNGKOST 3. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant elever i 4. -og 8.klasse i Norge, 2015. . Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/ungkost-rapport-24.06.16.pdf>
- Haugstveit, V. F., Otnes, B. & Jensen, A. (2019). Eldre-utfordringen kan være større for mindre kommuner. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldre-utfordringen-kan-vaere-storre-for-mindre-kommuner>
- Head, B. W. & Alford, J. (2015). Wicked Problems: Implications for Public Policy and Management, *47(6)*, 711-739. <https://doi.org/10.1177/0095399713481601>
- Heckman, J. J. & Masterov, D. V. (2007). The Productivity Argument for Investing in Young Children. *Review of Agricultural Economics*, *29(3)*, 446-493. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/4624854>
- Helgesen, M. & Hofstad, H. (2012). Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering, 1-190. Hentet fra <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/filer/2012-13.pdf>
- Helgesen, M. K., Fosse, E. & Hagen, S. (2017). Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities, *45(18_suppl)*, 77-82. <https://doi.org/10.1177/1403494817709412>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge* (St. meld. 16). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (Meld. St. 20). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (Meld. St. 47). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2011a). *IKRAFTSETTING AV LOV OM FOLKEHELSEARBEID (FOKEHELSELOVEN)* (I-6). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-62011/id667474/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* (Prop. 90 L (2010-2011)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/156cc635411248bda507c9411bdf4cd0/no/pdfs/prp201020110090000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen «Mestring og muligheter»* (Meld. St. 19 (2014–2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021)*. . Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldingen (Gode liv i et trygt samfunn* Meld. St. 19). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
- Helse- og sosialdepartementet. (2005). *Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Gradientutfordringen*. (01). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gradientutfordringen>
- Helsedirektoratet. (2009a). *Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/812/Begreper-og-prinsipper-for-a-utjevne-sosiale-helseforskjeller-utjevning-av-helseforskjeller-del-1-IS-1665.pdf>
- Helsedirektoratet. (2009b). *Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utjevning-av-helseforskjeller/Strategier%20og%20tiltak%20for%20%C3%A5%20utjevne%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse%20utjevning%20av%20helseforskjeller%20del%202.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *Norkost 3. En landsomfattende kostholdsundersøkelse blant menn og kvinner i Norge i alderen 18-70 år. 2010-2011*. (06/2012). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/301/Norkost-3-en-landsomfattende-kostholdsundersokelse-blant-menn-og-kvinner-i-norge-i-alderen-18-70-ar-2010-11-IS-2000.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015a). *Frukt og grønt i skolen. Samfunnsøkonomiske vurderinger 2015*. (03/2016). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1193/Frukt%20og%20gr%C3%B8nt%20i%20skolen%20-%20Samfunns%C3%B8konomiske%20vurderinger%202015%20IS-2434.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015b). *Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet* (IS-2412). Hentet fra

- <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sosiookonomisk-status-og-barn-og-unges-psykologiske-utvikling>
- Helsedirektoratet. (2017a). *PROGRAM FOR FOLKEHELSEARBEID I KOMMUNENE 2017-2027* (En satsing for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Folkehelsearbeid%20i%20kommunen/Program%20for%20folkehelsearbeid%20i%20kommunene%202017-2027.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017b). Systematisk folkehelsearbeid. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/systematisk-folkehelsearbeid#evaluering-i-det-kommunale-folkehelsearbeidet>
- Helsedirektoratet. (2018a). *Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/_attachment/download/61dc43e0-cdc6-43a7-97aa-033087123180:16c32d7c42b3ed5a8fbaf35742e986133a0749/Anbefalte%20tiltak%20mot%20sosial%20ulikhet%20i%20helse.pdf
- Helsedirektoratet. (2018b). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling* (Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken IS-2748). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1461/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling%20IS-2748.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018c). *Folkehelse rapporten – kortversjon. Helsetilstanden i Norge 2018*. Hentet fra <http://www.forebygging.no/Global/helsetilstanden-i-norge-2018.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018d). Hva er BTI? Hentet fra <http://tidliginnsats.forebygging.no/Aktuelle-innsater/BTI/Hva-er-BTI/Hva-er-BTI/#n0>
- Helsedirektoratet. (2018e). Sosial ulikhet i helse. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/sosial-ulikhet-i-helse#%C3%B8konomisk-og-sosial-bakgrunn-p%C3%A5virker-helsen>
- Helsedirektoratet. (2018f). *Styrkebasert tilnærming i lokalt folkehelsearbeid. Innbyggerinvolvering, myndiggjøring og deltakelse* (IS-2721). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1438/Styrkebasert%20tiln%C3%A6rming%20i%20lokalt%20folkehelsearbeid.pdf>
- HEMIL-senteret. (2016). *Helse og trivsel blant barn og unge* (01/2016). Hentet fra <http://filer.uib.no/psyfa/HEMIL-senteret/HEVAS/HEMIL-rapport2016.pdf>
- Hofstad, H. (2016). The ambition of Health in All Policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change. *Health Policy*, 120(5), 567-575. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.001>
- Hofstad, H. & Schou, A. (2017). Har samhandlingsreformen ført til mer oppmerksomhet på folkehelse i kommunene? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(01), 81-88. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-01-05> ER
- Huijts, T. & Eikemo, T. A. (2009). Causality, social selectivity or artefacts? Why socioeconomic inequalities in health are not smallest in the Nordic countries. *European Journal of Public Health*, 19(5), 452-453. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp103>
- Jacobsen, I. D. (2018). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Oslo: Cappelen Dakk Akademisk.
- Johannessen, A., Tufte, A. P. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utgave. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kobro, L. U., Vareide, K. & Halting, M. (2012). *Suksessrike distriktskommuner. En studie av kjennetegn ved 15 norske distriktskommuner.* (303). Hentet fra

- https://48vlp12642pa30ejq72t9ozh-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2013/04/suksessrike-distriktskommune-tf-303_2012-cute-pdf1.pdf
Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2014). *Kommuneproposisjonen 2015* (Prop. 95 S (2013-2014)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/3734f7f4f242428990d58993156f51e3/n/pdfs/prp201320140095000dddpdfs.pdf>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2019). *Kommuneproposisjonen 2019* (Prop. 88 S). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ba5ad522520f4c11adeb4419e3101790/n/pdfs/prp201720180088000dddpdfs.pdf>
- Kommuneprofilen. (2018). Befolkning framskrivninger >2040. Hentet fra https://www.kommuneprofilen.no/Profil/Kommunefakta/Befolkning_Framskrivninger_kommune.aspx
- Kronenfeld, J. (2014). *Technology, communication, disparities and government options in health and health care services*.
- KS. (2010). Tidlig innsats. Inspirasjon til arbeid med sosial utjevning og bedret læring. Hentet fra <https://www.verdal.kommune.no/Documents/oppvekst/inspirasjonheftetidliginnsats.pdf>
- KS. (2019). Hvorfor er KS opptatt av innovasjon? Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/test/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvåle, G., Torjesen, D. O. & Kiland, C. (2016). The Quest for Promoting Integrated Care in the Scandinavian Countries ? Recent Reforms, Possibilities and Problems. I *Towards A Comparative Institutionalism: Forms, Dynamics And Logics Across The Organizational Fields Of Health Care And Higher Education* (bd. 45, s. 195-213). Emerald Group Publishing Limited.
- Landsend, M. & Fransson, L. (2015). Her bor det flest uføre. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/nyheter/her-bor-det-flest-ufore/60493352>
- Langset, K. (2014). Silje motiverer elever med 90 prosent fravær. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/jPAoA/Silje-motiverer-elever-med-90-prosent-fravar>
- Leknes, S., Syfe, A. & Tønnessen, M. (2016). Distrikts-Norge blir forgubbet. Hentet fra <https://www.bt.no/btmeneringer/kronikk/i/p1BwW/Distrikts-Norge-blir-forgubbet>
- Lepperød, T. (2017). 100 kommuner på Nav-toppen. Hentet fra <https://www.nettavisen.no/nyheter/innenriks/100-kommuner-pa-nav-toppen/3423345321.html>
- Lien, N., Lytle, A. L. & Klepp, K.-I. (2001). Stability in Consumption of Fruit, Vegetables, and Sugary Foods in a Cohort from Age 14 to Age 21. *Preventive medicine*, 33(3). <https://doi.org/10.1006/pmed.2001.0874>
- Lijphart, A. (1971). Comparative Politics and the Comparative Method. *The American Political Science Review*, 65(3), 682-693. <https://doi.org/10.2307/1955513>
- Lilleby, J. (2016). Dette fylket har den høyeste andelen uføretrygdete i landet. Hentet fra <https://e24.no/makro-og-politikk/arbeidsliv/dette-fylket-har-den-hoeyeste-andelen-ufoeretrygdete-i-landet/23730662>
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE Publications.

- Lyk-Z & Døtre. (2019). Om lyk-z & døtre. Hentet fra <http://www.lyk-z.no/nb/om-lyk-z/>
- Læringsmiljøseneteret. (2018). *Læringsmiljøprosjektet*. Hentet fra <https://laringsmiljosenteret.uis.no/getfile.php/13447489/L%C3%A6ringsmilj%C3%B8senteret/Pdf/Forskning%20og%20prosjekter/Laringsmiljoprojektet-skole/Laringsmiljoprojektet-aug2018.pdf>
- Mackenbach, J. P., Kunst, A. E., Cavelaars, A. E., Groenhof, F. & Geurts, J. J. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet*, 349(9066), 1655-1659. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)07226-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)07226-1)
- Marmot, M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives*. Institute of Health Equity. Hentet fra <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>
- Masters, R., Anwar, E., Collins, B., Cookson, R. & Capewell, S. (2017). Return on investment of public health interventions: a systematic review, 71(8), 827-834. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208141> %J Journal of Epidemiology and Community Health
- Mittelmark, B. M., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, F. G., Pelikan, M. J., Lindström, B. & Espnes, A. G. (2017). *The handbook of salutogenesis*.
- Mustard, J.F. (2010). Early brain development and human development. Hentet fra <http://www.child-encyclopedia.com/importance-early-childhood-development/according-experts/early-brain-development-and-human>
- NUBU. (2018). Hva er PALS? Hentet fra <https://www.nubu.no/hva-er-pals/category1129.html>
- Plattform. (2019). Plattform. Norsk institutt for forebygging av radikaliserings og voldelig ekstremisme. Hentet fra <https://www.plattform.no/>
- Polit, F. D. & Beck, T. C. (2018). *Essentials of Nursing Research* (5. utgave. utg.). Kina: Wolters Kluwer.
- Public Health England. (2017a). *Commissioning Cost-Effective Services for Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Ill-Health*. Hentet fra https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/640714/Commissioning_effective_mental_health_prevention_report.pdf
- Public Health England. (2017b). *Return on Investment of Interventions for the Prevention and Treatment of Musculoskeletal Conditions*. Hentet fra https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/670211/musculoskeletal_conditions_return_on_investment_final_report.pdf
- Public Health England. (2018). *Cost-effectiveness and Return on Investment (ROI) of interventions associated with the Best Start in Life*. Hentet fra https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/771732/BSIL_ROI_report_01.19.pdf
- Regeer, J. B. & Bunders, G. F. J. (2009). *Knowledge co-creation: Interaction between science and society. A transdisciplinary approach to complex societal issues*. Hentet fra https://science.vu.nl/en/Images/Bunders_Regeer_%282009%29_Knowledge_Co-Creation1_tcm296-355212.pdf

- Regionplan Agder. (2018). På felles vei - Helsefremmende barnehager og skoler. Hentet fra <http://regionplanagder.no/planer-og-strategier/programfylke-folkehelsearbeid-i-kommunene/paa-felles-vei-helsefremmende-barnehager-og-skoler/>
- Reuter Dahl, C.-A. (2017). Kjærlighet og grenser. Hentet fra <https://www.korus-sor.no/utviklingsprogram/kjaerlighet-og-grenser/>
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid* (3:11). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2014-2015/offentligfolkehelsearbeid.pdf>
- Rogne, F. A. & Syse, A. (2017). *Framtidens eldre i by og bygd* (Befolkningsframskrivinger, sosiodemografiske mønstre og helse 32). Statistisk Sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/328026?ts=167c714ea80>
- Skogen, J. C., Smith, O. R. F., Aarø, L. E., Siqveland, J. & Øverland, S. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkhelsetiltak. En kunnskapsoversikt*. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/barn_og_unge_psykiske_helse_forebyggende.pdf
- Smith, A., Løken, G., Welle, A., Vige, V., Kvaal, B., Lappegard, Ø., ... Steinert, S. (2008). *Utvikling av kommunelegefunksjonen*. Hentet fra <https://kommunelegen.files.wordpress.com/2012/01/k-lege-rapport-avgitt-1-07-08.pdf>
- Statistisk Sentralbyrå. (2019). Vesentlig mer bruk av omsorgstjenester ved 85 år. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/vesentlig-mer-bruk-av-omsorgstjenester-ved-passerte-85-ar>
- Sund, R. E., Wist, G. & Krokstad, S. (2016). *REDUKSJON i sosiale ulikheter i helse* (Hva kan gjøres på lokalt og regionalt nivå?). NTNU. Hentet fra https://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/Red_av_sosiale_ulikheter_web.pdf/9fb99844-7988-4f19-b352-623761d13418
- Tallarek nee Grimm, M. J., Helgesen, M. K. & Fosse, E. (2013). Reducing social inequities in health in Norway: concerted action at state and local levels? *Health Policy*, 113(3), 228-235. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.019>
- Taylor-Robinson, D. C., Milton, B., Lloyd-Williams, F., O'Flaherty, M. & Capewell, S. (2008). Planning ahead in public health? A qualitative study of the time horizons used in public health decision-making. *BMC public health*, 8, 415-415. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-415>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse* Fagbokforlaget.
- Torp, S., Hagen, S., Fosse, E. & Helgesen, M. (2016). Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health Promotion International*, 32(6), 977-987. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw052> %J Health Promotion International
- Torsteinsen, H. (2012). *Resultatkommunen. Reformer og resultater*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Utdanningsdirektoratet. (2013). *Kompetanse for mangfold*. Hentet fra <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/kompetanse-for-mangfold/#95544>
- Vareide, K., Svardal, S., Storm, H. & Groven, S.,. (2018). *Suksessrike distriktskommuner anno 2018* (442). Hentet fra https://48vlp12642pa30ejq72t9ozh-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018/10/Suksessrike-distriktskommuner-anno-2018_sluttrapport-sept-18.pdf

- Von Heimburg, D. & Hakkebo, B. (2017). Health and equity in all policies in local government: processes and outcomes in two Norwegian municipalities. *Scand J Public Health*, 45(18_suppl), 68-76. <https://doi.org/10.1177/1403494817705804>
- World Helth Organization. (1986). *Targets for health for all*. Hentet fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/109779/WA_540_GA1_85TA.pdf
- World Helth Organization Europe. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*. Hentet fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
- Yin, R. (2014). *CASE STUDY RESEARCH*. London: SAGE Publications.

Vedleggsoversikt

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til informantene

Vedlegg 3: Melding til FEK

Vedlegg 4: Melding til NSD

Vedlegg 5: Referanseliste (interne kommunale dokumenter)

VEDLEGG 1: Intervjuguide til kommunene

Informantens rolle & bakgrunn

1. Hvilken bakgrunn har du for den jobben du har i dag?
2. Hvor lenge har du hatt jobben?
3. Hvordan vil du karakterisere din rolle i folkehelsearbeidet i denne kommunen?
4. Er din stillingsstørrelse av et slik omfang at alle arbeidsoppgaver/ evt.

problemstillinger tar seg tid til å løse den tiden du er på arbeidsplassen?

Kommunens organisering og ledelse av folkehelsearbeidet

5. Hvordan er folkehelsearbeidet i kommunen organisert?

- Ansvarsfordeling
- Ledelse

Forståelsen av folkehelsearbeidets kunnskapsgrunnlag

6. Hva oppfatter du er den viktigste kunnskapen som ligger til grunn for folkehelsearbeidet og formålet om å redusere sosial ulikhet i helse?

Gjennomføres det systematiske og langsiktige folkehelsearbeidet i kommunene

7. Hvordan vil du karakterisere oversiktsarbeidet over innbyggernes helsetilstand og de påvirkningsfaktorer som påvirker disse i kommunen?
8. Inngår folkehelseutfordringene som grunnlag for kommunens planstrategi og er det blitt fastsatt mål og strategier i forbindelse med arbeidet i kommuneplaner?
9. Foreligger det innarbeidete rutiner på kommunens evaluering av folkehelsearbeidet samt krav om internkontroll?
10. Hva er de viktigste hemmere og fremmere for det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet?

Nasjonale føringer i folkehelsearbeidet

11. I hvilken grad opplever du at de nasjonale føringene på folkehelsefeltet angir tydelige forventninger og føringer til kommunene?

Samarbeidet på tvers av sektorer internt i kommunen

12. Hvilke sektorer er tyngst involvert i det systematiske og langsiktige folkehelsearbeidet?
13. Hvordan organiserer man samarbeidet, hvilke møtearenaer benyttes osv.?
14. Hvilke faktorer vil du trekke frem som fremmer og hemmere av det tverrsektorielle samarbeidet på folkehelsefeltet?

Forholdet mellom politikk og administrasjon i kommunen

15. Hvordan vil du karakterisere samarbeidet mellom politisk og administrativ ledelse i kommunen på folkehelsefeltet?

16. Hvilke kontaktpunkter/ møtearenaer benyttes?

Kommunens samarbeid med ulike aktører i regionen

17. Eksisterer det og eventuelt hvilke samarbeidsrelasjoner har kommunen etablert med eksterne aktører som fylkeskommune, fylkesmann og frivillige organisasjoner med tanke på å redusere sosiale helseforskjeller?
18. Arbeider kommunen sammen med næringslivet om den lokale samfunnsutvikling med tanke på å redusere sosiale helseforskjeller?

Brukermedvirkning

19. Hvordan tilrettelegger kommunen for medvirkning overfor bestemte målgrupper?

Agendasetter i det kommunale folkehelsearbeidet

20. Hvilke aktører er viktige for å få løftet saker vedrørende folkehelsearbeidet på dagsorden?

Konkrete tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller

21. Hvilke tiltak har kommunen iverksatt eller tenker å iverksette med tanke på å redusere sosiale helseforskjeller?

Innovasjon

22. Hvordan arbeider dere med utviklingskultur og innovasjon i kommunens virksomhet med tanke på å finne løsninger i folkehelsearbeidet og/eller med å redusere sosiale helseforskjeller?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Hvordan drives folkehelsearbeidet i kommuner for å redusere sosial ulikhet i helse? ”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan kommuner arbeider med å redusere sosial ulikhet i helse. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Folkehelseloven (2011) har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer helse og trivsel og utjevner sosiale helseforskjeller. Loven retter seg mot kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter, og skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Dette er bakgrunnen for et forskningsprosjekt som har som formål å undersøke hvordan ulike kommuner arbeider med folkehelselovens føringer for folkehelsearbeidet for å redusere sosial ulikhet i helse. Studien har også som formål å øke kunnskapen om hvilke faktorer som hemmer og fremmer det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet i kommunene.

Dette forskningsprosjekt gjennomføres som et mastergradsprosjekt ved masterprogrammet i folkehelsevitenskap ved Universitetet i Agder, Kristiansand.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlig institusjon for forskningsprosjektet er Universitetet i Agder, Fakultet for helse- og idrettsvitenskap.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Studien gjennomføres som en casestudie der 2-3 kommuner inkluderes i utvalget. Datainnsamlingen baseres hovedsakelig på intervjudata der om lag 15 informanter inkluderes. Du er valgt ut som informant i kraft av den stillingen/vervet du har i kommunen. Kontaktopplysningene om deg har vi fått via kommunens nettsider.

Hvis du velger å delta i dette forskningsprosjektet innebærer dette å sette av tid til et intervju på om lag 60 minutter. Det er jeg, masterstudent Andreas som gjennomfører intervjuene. Fortrinnsvis ønsker jeg å gjennomføre intervjuet ansikt til ansikt, men dersom det er praktisk utfordrende kan intervjuet gjennomføres via Skype eller telefon.

I intervjuet vil jeg benytte en intervjuguide med noen forhåndsdefinerte spørsmål jeg ønsker å snakke med deg om. Tematisk vil spørsmålene omhandle eksempelvis forståelsen av folkehelsearbeidets kunnskapsgrunnlag, nasjonale føringer i folkehelsearbeidet, kommunens organisering og ledelse av folkehelsearbeidet, kommunens samarbeid med ulike aktører i regionen, samarbeidet på tvers av sektorer internt i kommunen, kommunens samarbeid med fylkeskommune og fylkesmann, forholdet mellom politikk og administrasjon i kommunen.

Under intervjuet vil jeg ta fortløpende notater, i tillegg til at jeg ønsker å ta et lydopptak via mobil. Dette for å kvalitetssikre informasjonen du gir meg. Lydopptaket vil umiddelbart overføres fra passordbeskyttet mobil til passordbeskyttet pc. Etter intervjuet er gjennomført vil lydopptaket bli skrevet ut i tekst. Ingen direkte personidentifiserende opplysninger vil kobles til lydopptaket, notater eller til de utskrevne intervjuene.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun meg og min veileder som vil ha tilgang til dataene ved behandlingsansvarlig institusjon (f.eks. prosjektgruppe, student og veileder, etc.)
- Alle data fra intervjuet og epost korrespondanse vil lagres på passordbeskyttet PC, uten direkte personidentifiserende opplysninger. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, lagret på server til Universitetet i Agder. Lydfiler som sendes mellom mobil og PC sendes kryptert via UNINETT Filesender.
- Det er jeg, undertegnede, som skal samle inn, bearbeide og lagre data.

I selve publikasjonen vil det ikke benyttes direkte personidentifiserende opplysninger. Studien benytter case studie som design, der konteksten i de utvalgte kommunene er en del av det empiriske materialet. Det er derfor relevant å opplyse i sluttpublikasjonen hvilke kommuner som er inkludert i utvalget. Dermed blir det vanskelig å ivareta anonymitet, selv om ingen navn knyttes til informasjon og direkte sitater. Det skal likevel benyttes indirekte personopplysninger, via en kombinasjon av bakgrunnsopplysninger som angir hvilke kommuner som er inkludert i utvalget og opplysninger om informantenes yrke/ stilling. For enkelte stillinger som eksempelvis ordfører, rådmann og sektorledere vil anonymitetshensyn av den grunn ikke kunne overholdes. Dataene fra intervjuet vil benyttes både indirekte som informasjon og presenteres som direkte sitater. De sitatene som jeg ønsker å innlemme i publikasjonen vil derfor bli sendt til deg for sitatsjekk før de innlemmes i selve publikasjonen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. mai 2019. Lydopptak, notater og utskrift fra intervjuene vil bli slettet senest innen 20. desember 2019.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,

- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Universitetet i Agder ved veileder og prosjektansvarlig Charlotte Kiland

(charlotte.kiland@uia.no , tlf 38141689) eller masterstudent Andreas Dahlslett Ratvik (adratvik@hotmail.com , tlf 40635617)

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

Med vennlig hilsen

Charlotte Kiland Andreas Dahlslett Ratvik Prosjektansvarlig Student (Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet (*Hvordan drives folkehelsearbeid i kommuner for å redusere sosial ulikhet i helse?*), og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervjuet
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes indirekte i kraft av opplysninger

om yrkestittel/ verv og kommunenavn.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 20. desember 2019

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 3: Melding til FEK - Godkjent

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt

Generelle opplysninger

1.1 Studienivå

Master

1.1 Studienivå undefined-- Ikke valgt --MasterPh.d.Ansatteprosjekter

1.2 Søker

1.3 Navn på veileder som har godkjent innsending av søknad

1.4 Prosjekttittel

Prosjektopplysninger

2.1 Hensikt med forskningsprosjektet

2.2 Forskningsdata

2.2.1 Skal du samle inn/behandle direkte personsensitive opplysninger?

Mer informasjon

Ja

2.2.1 Skal du samle inn/behandle direkte personsensitive opplysninger? undefined-- Ikke valgt --JaNei

2.2.2 Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (via kode som viser til koblingsnøkkel)?

Mer informasjon

Ja

2.2.2 Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (via kode som viser til koblingsnøkkel)? undefined-- Ikke valgt --JaNei

2.2.3 Skal du samle inn/behandle bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?

Mer informasjon

Ja

2.2.3 Skal du samle inn/behandle bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)? undefined-- Ikke valgt --JaNei

2.2.4 Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?

Mer informasjon

Nei

2.2.4 Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema? undefined-- Ikke valgt --JaNei

2.2.5 Skal du samle inn/behandle personopplysninger på digitale bilde- eller videopptak? Hvis ja, beskriv

2.2.6 Skal du bruke tidligere innsamlet data som inkluderer personopplysninger? Hvis ja, beskriv hvor disse er hentet fra

2.2.7 Skal du samle inn humant biologisk materiale? Hvis ja, beskriv innsamling, oppbevaring og destruksjon

2.3 Utvalg

2.3.1 Beskrivelse av forskningsdeltakere/utvalg

Mer informasjon

Mindreårige under 16 år

Personer mellom 16 og 18 år

Personer over 18 år

Personer med redusert samtykkekompetanse

Andre personer i en sårbar eller avhengig situasjon

2.3.2 Beskriv hvorfor disse personene skal inkluderes

2.4 Forskningsmetode

2.4.1 Metode for analysing av data

Kvalitative analysemetoder

Kvantitative analysemetoder

2.4.2 Metode for innhenting av data

Fysiske tester (eks. opplæringsprogram, treningsprogram)

Kliniske undersøkelser

Andre intervensjoner over tid (eks. pre- post målinger)

Spørreskjema

Intervju

Observasjon

Fotografi/film

ANNET

2.5 Gi en begrunnelse for dine metodevalg

Forskningsetikk

3.1 Samtykke

Samtykke vil bli innhentet

3.1 Samtykke undefined-- Ikke valgt --Samtykke vil bli innhentetSamtykke er allerede innhentetØnsker å søke om fritak fra kravet om å innhente samtykke

3.2 Hvilke risikofaktorer kan oppstå ved gjennomføring av prosjektet? Beskriv eventuelle tiltak

3.3 Forsvarlighet

Vurdering av andre instanser og interesser

5.1 Er det sendt søknad til REK?

Nei

5.1 Er det sendt søknad til REK? undefined-- Ikke valgt --JaNeiSendt fremleggelsesvurdering

5.2 Hvordan finansieres prosjektet?

5.3 Gis det kompensasjon til forskningsdeltakere?

5.4 Eventuelle interessekonflikter for prosjektleder/-medarbeidere

Vedlegg

Mer informasjon

Ansvarserklæring

Jeg erklærer at prosjektet vil bli gjennomført

I henhold til gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer

I samsvar med opplysninger gitt i denne søknaden

I samsvar med eventuelle vilkår for godkjenning fra FEK

Med i søknaden var også vedlegg 1 og 2.

VEDLEGG 4: Melding til NSD

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Lydopptak av personer
- Andre opplysninger som vil kunne identifisere en fysisk person

Type opplysninger

Du har svart ja til at du behandler andre opplysninger som vil kunne identifisere en person, beskriv hvilke

Opplysninger om stilling/funksjon og tilhørighet til kommune vil være viktige opplysninger i denne studien som gjør at full anonymitet vil være vanskelig å overholde.

Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedommer eller lovovertridelser?

Nei

Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

" Hvordan drives folkehelsearbeidet i kommuner for å redusere sosial ulikhet i helse?"

Prosjektbeskrivelse

Folkehelseloven (2011) har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer helse og trivsel og utjevner sosiale helseforskjeller. Loven retter seg mot kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter, og skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Dette er bakgrunnen for et forskningsprosjekt som har som formål å undersøke hvordan ulike kommuner arbeider med folkehelselovens føringer for folkehelsearbeidet for å redusere sosial ulikhet i helse. Studien har også som formål å øke kunnskapen om hvilke faktorer som hemmer og fremmer det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet i kommunene. Dette forskningsprosjekt gjennomføres som et mastergradsprosjekt ved masterprogrammet i folkehelsevitenskap ved Universitetet i Agder, Kristiansand.

Fagfelt

Medisinske fag, Samfunnsvitenskap

Dersom opplysningene skal behandles til andre formål enn behandlingen for dette prosjektet, beskriv hvilke

Nei.

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Datinnnsamlingen baseres hovedsakelig på intervjudata der om lag 15 informanter inkluderes. Informantene er valgt ut i kraft av den stillingen/funksjonen de har i den aktuelle kommunen. Disse opplysningene vil være viktige bakgrunnsinformasjon og kontekstinformasjon knyttet til tematikken i oppgaven. Opplysninger om navn og tilgang til epost-informasjon vil kun være tilgjengelig for veileder og masterstudent.

Prosjektbeskrivelse

Prosjektskisse -master.docx

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Andreas Dahlslett Ratvik, adratvik@hotmail.com, tlf: 40635617

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for folkehelse, idrett og ernæring

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Charlotte Kiland, charlotte.kiland@uia.no, tlf: 38141689

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Ordførere, rådmenn, folkehelsekoordinatorer, kommunalsjefer og kommuneleger.

Rekruttering eller trekking av utvalget

Sende ut spørsmål direkte via epost/telefon til de aktuelle informantene.

Alder

18 - 70

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer

- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Lydopptak av personer
- Andre opplysninger som vil kunne identifisere en fysisk person

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Vedlegg

Intervjuguide som sendes inn til FEK og NSD (1).docx

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

Andreas D. Ratvik Samtykkeskjema.doc

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Informantene vil få skriftlig og muntlig informasjon om at det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis de velger å delta, kan de når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Det skal trekkes tilbake gjennom en skriftlig tilbakemelding til student eller veileder. Alle opplysninger om dem vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for dem hvis de ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

De registrerte kan etter forespørsel få tilgang til sitatsjekk og dermed få mulighet til å kommentere og komme med innspill på opplysninger de har gitt gjennom intervjuet.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

- Annen godkjenning

Annen godkjenning

Prosjektet skal søke om etisk godkjenning ved fakultetets etiske komite ved fakultet for helse- og idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder. Jfr. reglene ved UiA skal prosjektet meldes NSD før søknaden sendes fakultets etiske komite.

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon
- Mobile enheter tilhørende behandlingsansvarlig institusjon
- Private enheter

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Student (studentprosjekt)
- Prosjektansvarlig

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (kodenøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Opplysningene anonymiseres
- Opplysningene krypteres under forsendelse
- Andre sikkerhetstiltak

Hvilke

Passordbeskyttet pc og mobil.

Varighet

Prosjektperiode

18.08.2018 - 20.12.2019

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Nei, alle data slettes innen prosjektslutt

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Ja

Begrunn

I denne studien betraktes opplysninger om informantenes stilling/funksjon og tilhørighet til kommunene som viktige kontekstuelle opplysninger for den studerte tematikken. Ettersom noen av informantene vil inneha ordfører- og rådmansroller vil disse være umulig fullt ut å anonymisere.

Tilleggsopplysninger

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 745207 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 02.10.2018. Behandlingen kan starte. MELD ENDRINGER Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.12.2019. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD finner at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter

art. 15-20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet. NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp behandlingen ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med det som er dokumentert. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

VEDLEGG 5: Referanseliste - Interne kommunale dokumenter

Hodne, T. (2014). *Levekår i Vardø 2014*. Vardø.

Vardø kommune. (2013, 11. desember). Administrativ organisering av Vardø kommune.

Hentet fra <https://www.vardo.kommune.no/organisasjon.306877.no.html>

Åmli kommune. (2017). *Bedre levekår blant barn og unge i Åmli kommune. Strategiplan*

2017-2020. Hentet fra https://www.amli.kommune.no/_f/p1/ia80eb98f-21f9-4350-9653-71830a1f554d/strategiplan-bedre-levekar.pdf

Åmli kommune. (2018, 4. september). Organisasjonskart. Hentet fra

<https://www.amli.kommune.no/politikk-og-organisasjon/organisasjonen/organisasjonskart/>

Åmli kommune. (2017). *Plan for utvikling av folkehelse og levekår i Åmli 2017-2021*. Åmli.

Søndre Land kommune. (2014). *Kommuneplanens samfunnsdel 2014-2026*. Hentet fra

https://www.sondre-land.kommune.no/globalassets/02-dokumenter/politikk-og-organisasjon/styringsdokumenter-og-planer/sondre_land_-_kommuneplanens_samfunnsdel_2014-2026_-_vedtatt_sept_2014.pdf

Søndre Land kommune. (2018, 18. september). Organisasjonskart. Hentet fra

<https://www.sondre-land.kommune.no/publisert-innhold/politikk-og-organisasjon/organisasjonskart/>

Magnussen, E., Thorstensen, A., Vareide, K. & Aastvedt, A. (2019). *Omstillingsbehov i*

Søndre Land kommune. Hentet fra https://www.sondre-land.kommune.no/globalassets/02-dokumenter/politikk-og-organisasjon/slk-i-mote-med-framtida/omstillingsbehov-i--sondre-land-rapport-478_endelig.pdf