

Kommunalt arbeid med utjevning av sosiale helseforskjeller i samfunnsutviklingsprosesser

En komparativ kasusstudie av styringsdokumenter i tre norske kommuner av ulik størrelse.

JULIE AURORA DRØPPING

VEILEDERE

Migle Helmersen (hovedveileder)
Henriette Hovland (biveileder)

Universitetet i Agder, 2023

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Institutt for ernæring og folkehelse

Forord

Det er med skrekkblandet fryd at øyeblikket for å levere masteroppgaven endelig har kommet.

Arbeidet har periodevis vært utrolig utfordrende, men også svært lærerikt.

Masteroppgaven er skrevet i Harstad, på andre siden av landet fra universitetet og medstudentene mine. Dette er ikke noe jeg vil anbefale videre, for arbeidet med prosjektet og studiehverdagen har tidvis føltes svært ensomt.

Samtidig har jeg fått teste motivasjonen min for å skrive en master, og min egen viljestyrke.

I denne anledning er det flere som fortjener en stor takk.

Først og fremst vil jeg takke min hovedveileder Miple Helmersen og min biveileder Henriette Hovland.

Tusen takk for deres engasjement for oppgaven, gode veiledninger og at dere har delt av deres faglige tyngde. Dere har formidlet interessante perspektiver på folkehelsefeltet, og gitt meg enestående oppfølging som student.

Videre vil jeg takke min familie, og særlig pappa og mamma.

Takk for at dere alltid har tro på at jeg kan klare det jeg vil, også når jeg mister troen selv. Tusen takk for all hjelp og støtte i alle mine år som student – det hadde ikke gått uten dere!

Til sist vil jeg takke Esben. Tusen takk for at du oppmuntrer, og gir meg frihet og mulighet, til å følge mine drømmer. Takk for at du motiverer meg, drar frem pågangsmotet mitt og heier på meg!

Sammendrag

Bakgrunn:

"Health in All Policies" (HiAP) er en tilnærming som skal plassere helseperspektivet i alle politiske prosesser (Von Heimburg & Hakkebo, 2017). For å ivareta HiAP-prinsippet bør kommuneplaner definere felles samfunns mål som er basert på teori, bevis og lokale data (Von Heimburg & Hakkebo, 2017). Studier har vist at sosial ulikhet var rapportert som en av de største utfordringene for folkehelsen i norske kommuner, men likevel hadde få av kommunene iverksatt de fleste av sine tiltak på disse områdene (Riksrevisjonen, 2015).

Studiens mål og problemstilling:

Studiens mål er å undersøke hvordan nasjonale målsettinger og folkehelsepolitikk oversettes til lokal handling og implementeres gjennom samfunnsutvikling.

Problemstillingen er følgende: *«Hvordan implementerer tre ulike norske kommuner politikk knyttet til utjevning av sosiale helseforskjeller i samfunnsutviklingsprosesser, og kan eventuelle forskjeller knyttes til kommunenes størrelse?».*

Metode:

Oppgaven er designet rundt en komparativ kasusstudie av tre norske kommuner av ulik størrelse, og det er gjennomført dokumentanalyse av kommunale dokumenter for å undersøke studiens problemstilling og hypotese.

Dokumentene er analysert gjennom innholdsanalyse.

Resultater:

Det er forskjell i antall relevante dokumenter for denne studien fra hver av kommunene. Alle de inkluderte kommunene tar hensyn til de sosiale helsedeterminantene i sin samfunnsplanlegging og samfunnsutvikling.

Den største kommunen har klare mål og strategier for politikimplementeringen.

Den middels store kommunen utviser tvetydighet om hvordan målsettinger skal oppnås.

Den minste kommunen gir begrenset informasjon om kommunens retningslinjer og strategier for å oppnå mål.

Konklusjon:

Studien viser at det er forskjeller i kommunenes politikimplementering, og funnene tyder på at ulikhetene i implementeringen av politikk knyttet til utjevning av sosiale ulikheter i samfunnsutviklingsprosesser kan knyttes til kommunenes størrelse.

Nøkkelord: Folkehelse, Kommune, Sosial ulikhet, Politikimplementering, Samfunnsutvikling.

Abstract

Background:

"Health in All Policies" (HiAP) is an approach that places the health perspective in all political processes (Von Heimburg & Hakkebo, 2017). To safeguard the HiAP principle, municipal plans should define common social goals that are based on theory, evidence and local data (Von Heimburg & Hakkebo, 2017). Studies have shown that social inequality was reported as one of the biggest challenges for public health in Norwegian municipalities, yet few of the municipalities had implemented most of their measures in these areas (Riksrevisjonen, 2015).

Aim and research question:

The aim of the study is to investigate how national objectives and public health policy is translated into local action and implemented through community development.

The research question is as following: *"How do three different Norwegian municipalities implement policies related to equalizing social health differences in community development processes, and can any differences be linked to the size of the municipalities?"*.

Method:

The study is designed as a comparative case study of three Norwegian municipalities of different sizes, and a document analysis of municipal documents has been carried out to examine the study's research question and hypothesis.

The documents have been analyzed through content analysis.

Results:

There is a difference in the number of relevant documents for this study from each of the municipalities.

All the included municipalities take into account the social determinants of health in their community planning and community development plans.

The largest municipality has clear goals and strategies for policy implementation.

The medium-sized municipality shows ambiguity about how objectives are to be achieved.

The smallest municipality provides limited information about the municipality's guidelines and strategies for achieving targets.

Conclusion:

The study shows that there are differences in the municipalities' policy implementation, and the findings suggest that the differences in the implementation of policies linked to equalizing social inequalities in community development processes can be linked to the size of the municipalities.

Keywords: Public health, Municipality, Social inequality, Policy implementation, Community development.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	6
1.1	Bakgrunn for studien	6
1.2	Tidligere forskning på feltet	7
1.3	Mål med masteroppgaven	10
1.4	Problemstilling og hypotese	10
1.5	Begrepsavklaring.....	10
2	Relevant teori og lovverk	11
2.1	Sosiale helsedeterminanter	11
2.1.1	FNs bærekraftsmål og sosialt bærekraftig samfunnsutvikling	14
2.1.2	Fortetting og kompakte byer som utviklingsstrategi	15
2.1.3	Gradientutfordringen og ufrivillig segregering	16
2.1.4	Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken	18
2.1.5	Lovverk	18
2.2	Politikkimplementeringsteori	21
2.2.1	Top-Down og Bottom-up tilnærming	22
2.2.2	Ambiguity-conflict modellen	23
3	Metode og design	26
3.1	Dokumentanalyse og komparativ kase studie	26
3.2	Utvalg	27
	Geografi.....	28
3.3	Inklusjonskriterier for kommunale dokumenter.....	28
3.4	Analyse.....	30
3.5	Etiske betraktninger.....	33
4	Resultat.....	34
4.1	Inkluderte dokumenter	34
4.2	Skjematisk og deskriptiv fremstilling av funnene.....	35

4.2.1	Stor kommune	35
4.2.2	Middels stor kommune	41
4.2.3	Liten kommune	46
5	Diskusjon.....	51
5.1	Forskjeller i dokumenter og frekvens av sentrale begrep	51
5.2	Helse-determinantenes plass i den kommunale samfunnsutviklingen	55
5.3	Implementering av folkehelsepolitikk kommunale planprosesser	58
5.3.1	Studiens styrker og svakheter.....	63
6	Konklusjon	66
6.1	Studiens implikasjoner og videre forskning	67
	Referanseliste	68
	Vedlegg	72
	Vedlegg 1 – Registrering av litteraturstudie til FEK.....	72
	Vedlegg 2 – Oversikt over inkluderte dokumenter fra de tre kommunene i studien (Narvik, Vågan og Kvæfjord)	73

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for studien

Folkehelse er en disiplin som søker å forbedre helsen til befolkningen som helhet ved å identifisere og adressere faktorer som påvirker helse og velvære. Folkehelseområdet omfatter en rekke tiltak for å forebygge sykdommer, fremme sunn livsstil og øke tilgjengeligheten til helsetjenester, blant annet gjennom å styrke folkehelsearbeidet og folkehelsepolitikken (WHO, 2008). Ifølge verdens helseorganisasjon (WHO, 2008) er folkehelsearbeid viktig for å sikre lik tilgang til helsetjenester og fremme sunn livsstil for alle, uavhengig av deres økonomiske, sosiale eller kulturelle bakgrunn.

Det norske folkehelsearbeidet omfatter et bredt spekter av initiativer, fra individuelle livsstilsintervensjoner til samfunnsbaserte tiltak som involverer flere sektorer og interessenter. Et sentralt prinsipp i folkehelsearbeidet er utjevning av sosiale helseforskjeller, som tar sikte på å redusere forskjellene i helsestatus mellom ulike befolkningsgrupper. Dette prinsippet er forankret i norsk lovgivning, inkludert Folkehelseloven (2011), som understreker at alle sektorer og forvaltningsnivåer har et ansvar for å arbeide for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Det politiske fokuset på folkehelsen har økt de siste tiårene, og særlig siden Folkehelseloven trådte i kraft i 2012 (Hofstad & Bergsli, 2017). Loven fastslår at folkehelse er et ansvar som foreligger alle sektorer og forvaltningsnivå – fra kommune til fylkeskommune og statlige myndigheter (Folkehelseloven, 2011, §4-7, §20-21 og §22-25). Folkehelseloven løfter frem fem grunnleggende prinsipper som utgjør grunnlaget for folkehelsearbeidet: 1. utjevning, 2. helse i alle politikkområder, 3. bærekraftig utvikling, 4. føre-var- prinsippet, og 5. medvirkning (Folkehelseloven, 2011).

Helse er et positivt konsept som legger vekt på sosiale og personlige ressurser, så vel som fysiske kapasiteter (WHO, 1986). Begrepet “Health in All Policies” (HiAP) viser til en tilnærming med fokus på helse i alle politiske prosesser og ledd der avgjørelser tas, og HiAP er sett på som en «gullstandard» innen folkehelsepolitikken (Von Heimburg & Hakkebo, 2017). Ifølge Von Heimburg & Hakkebo (2017) mangler skandinaviske kommuner generelt kapasitet til å implementere HiAP, og dette viser seg særlig når det kommer til adresseringen av helseforskjeller i samfunnet. Von Heimburg & Hakkebo (2017) viser at både styringssystemer og kunnskapen om folkehelsepolitikk har behov for å styrkes. Slike styringssystemer kan styrkes ved at HiAP styres i henhold til nasjonal lovgivning og i

henhold til et helhetlig styringssystem, men innføres på lokalt nivå. Altså bør kommuneplanene som er basert på teori, bevis og lokale data definere felles samfunns mål og samskappingsstrategier.

Riksrevisjonen (2015) gjennomførte en undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid i Norge, og denne viste at nesten halvparten av respondentene fra de inkluderte kommunene var av den oppfatning at levekår og sosial ulikhet er blant de største folkehelseutfordringene våre, men likevel hadde bare 15 prosent av kommunene iverksatt de fleste av sine tiltak på disse områdene.

Plan- og bygningsloven (2008) gir kommunene myndighet til å benytte ulike planformer, der kommuneplanen og arealplanen er de viktigste, da de gir mulighet til å regulere arealbruken gjennom arealbestemmelser og definere arealformål og hensynssoner (Hofstad 2019).

Planleggingen må ta hensyn til en bred forståelse av folkehelsepolitikk som viser til en rekke faktorer som påvirker befolkningens helse og fordelingen av helse i befolkningen (Hofstad, 2019). Det er av stor betydning å benytte en helhetlig og stedstilpasset tilnærming for å oppnå helseutjevning og helsefremming gjennom samfunnsplanlegging (Hofstad, 2019). En kombinasjon av fysiske, sosiale og velferdsmessige tiltak er ifølge henne nødvendig for å fremme god helse, og det er viktig å ta hensyn til faktorer som utdanning, arbeid og oppvekstmiljø. Fysisk tilrettelegging alene er altså ikke tilstrekkelig for å oppnå helseutjevning, og tiltak for sosialt liv og sosioøkonomisk variasjon i et område må kombineres med målrettede velferdstiltak (Hofstad, 2019).

1.2 Tidligere forskning på feltet

Van der Wel et al. (2016) kritiserer at det finnes en inkonsekvens mellom målet om å redusere ulikhet, og fraværet av virkemidler og tiltak for å oppnå dette målet i stortingsmeldingen «nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller» (St. Meld. Nr. 20, 2006-2007). Det vises videre til at det ble rettet lite oppmerksomhet til politikk for å takle helseforskjeller til tross for eksisterende kunnskap både om årsaker og effektive intervensjoner for å redusere slike ulikheter. Selv om stortingsmeldingen ble lagt fram nesten ti år før studien kom ut, viste altså studien at det var tegn til stagnasjon, og muligens reversering, i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller (Van der Wel et al., 2016).

Siden helse i stor grad skapes utenfor helsesektoren, må de andre sektorene oppfordres til å

bidra til helse gjennom styring, politikk og handling (De Leeuw, 2017).

De Leeuw (2017) mener at dette må skje på tvers av den offentlige og private sektoren med full involvering av sivilsamfunnet. Det er en betydelig naivitet når det gjelder politikk og maktspill og hvilken rolle helsesektoren kan eller bør ha. De ulike nivåene av styring, politikk og handling må utfylle hverandre for å få en god implementering. Det er også viktig å engasjere lokalsamfunnet og fagfolkene gjennom kommunikasjonskanaler og riktig retorikk (De Leeuw, 2017).

Hagen et al. (2018) gjennomførte en studie der kommunenes forståelse av folkehelse over en treårsperiode ble fulgt, og funnene viste at det var en positiv utvikling i kunnskap og bevissthet om Folkehelseloven. Flertallet av kommunene hadde en snever forståelse av folkehelse i starten, og prioriterte individuelle livsstils- og helserelaterte tiltak fremfor sosiale determinanter for helse. Men dette endret seg over tid, og flere kommuner begynte å prioritere levekår som en hovedutfordring for folkehelsen.

Hagen et al. (2018) fant at kommunene var blitt flinkere til å benytte seg av HiAP-verktøy etter at Folkehelseloven trådte i kraft. Folkehelseloven gjorde derimot ikke at kommunene ansatte flere folkehelsekoordinatorer, men flere kommuner begynte å lage helseoversikter sammenlignet med tidligere (Hagen et al., 2018). Mange kommuner var opptatt av rettferdig fordeling av helsefremmende tiltak mellom de sosiale gruppene, men de hadde likevel mindre fokus på rettferdig fordeling mellom de sosiale gruppene når det gjaldt politisk beslutningstaking. Likevel viste det seg at kommunene tolket Folkehelseloven ulikt, særlig når det handlet om å utjevne sosiale helseforskjeller (Hagen et al., 2018). Studien viste at myndighetenes fokus på å redusere sosiale forskjeller har økt etter at vi fikk Folkehelseloven (Hagen et al., 2018). Det argumenteres for at om kommunene skal kunne bidra i arbeidet med å redusere sosiale forskjeller, må man jobbe med problemene ut fra en HiAP-tilnærming, og dette krever tverrsektorielt samarbeid og involvering fra kommunetoppene. Studien slår også fast at Folkehelseloven har bidratt til å utvikle et større tverrsektorielt ansvar og øke HiAP-tilnærmingen i folkehelsearbeidet (Hagen et al. 2018).

Bekken et al. (2018) fremhever i sin rapport den økende andelen barnefattigdom i Norge det siste tiåret. Barn av innvandrere er overrepresentert og utgjør omtrent halvparten av alle fattige barn. Årsakene til og kildene til fattigdom er mange og inkluderer arbeidsledighet, lav eller ingen utdanning, mottak av sosialhjelp eller offentlige ytelser, og det å være aleneforsørger (Bekken et al., 2018). Barn som vokser opp i fattigdom har dårligere

livssjanser enn andre barn, de deltar i færre aktiviteter og har større risiko for å droppe ut av videregående skole. De har også flere helseproblemer enn andre barn og har dårligere helse og livskvalitet som voksne (Bekken et al., 2018). Derfor er det tverrpolitisk enighet om at barnefattigdom er uønsket og bør reduseres og bøtes på. Å gi barn mulighet til å delta i ulike aktiviteter uavhengig av familiens inntekt er et viktig satsingsområde i dagens regjeringens plan for å bekjempe barnefattigdom (Bekken et al., 2018). Inntektsoverføringer som øker inntekten til fattige familier er et effektivt verktøy, men barn og familier som lever i fattigdom trenger ofte flere typer intervensjoner. Tiltak rettet mot å hjelpe barn og unge som lever i fattigdom kan målrettes, men bør gjøres innenfor rammen av tiltak for alle for å unngå stigmatisering (Bekken et al., 2018).

Mange norske kommuner har iverksatt tiltak mot fattigdom, men mange av disse er ikke evaluert. Derfor er det behov for mer systematiske evalueringer av tiltak for å få mer kunnskap om deres effekter på mottakerne. Slik kan vi utvikle og tilpasse tiltak som kan hjelpe barn og unge som lever i fattigdom og gi dem bedre livssjanser (Bekken et al., 2018).

Senest i mars 2023 ble rapporten «Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014» (Goldblatt et al., 2023) publisert og presentert ved NTNU.

Rapporten ble laget på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som en del av grunnlaget for regjeringens kommende folkehelsemelding. I rapporten gjennomgår professor Sir Michael Marmot og hans team ved The UCL Institute of Health Equity i samarbeid med forskningssenteret WellFare ved NTNU Norges retningslinjer for sosial ulikhet i helse.

Rapporten viser at til tross for høy og økende levestandard er det vedvarende forskjeller i helse og relaterte faktorer som påvirker helsen i Norge. Rapporten understreker at å redusere sosiale ulikheter i helse er et mål for folkehelsearbeidet i Norge og vil kreve innsats fra flere sektorer og forståelse for at ulike sektorer kan spille en betydelig rolle for befolkningens helse. Tverrsektorielt ansvar og samarbeid fremheves som avgjørende for å nå målet om jevnere fordeling og mindre sosial forskjell i helse, og rapporten kommer med anbefalinger for å adressere helseforskjeller på både nasjonalt og kommunalt nivå.

Samlet sett viser tidligere studier at implementeringen av folkehelseperspektivet, særlig på områder innen sosial utjevning av helseforskjeller, har vært varierende og utfordrende. Forskningen viser at det er behov for å styrke kommunenes kapasitet og kompetanse på folkehelse for å utjevne sosiale helseforskjeller.

1.3 Mål med masteroppgaven

Målet med denne oppgaven er å undersøke hva som skjer når nasjonale målsettinger og politikk som har som mål å utjevne sosiale helseforskjeller skal oversettes til lokal handling og implementeres i et komplekst landskap gjennom samfunnsutvikling, og å sammenligne hvordan kommuner av ulik størrelse håndterer denne utfordringen i sine planprosesser.

1.4 Problemstilling og hypotese

På bakgrunn av den gjennomgåtte bakgrunns litteraturen og oppgavens teoretiske rammeverk utledes det en hypotese om at det vil være forskjeller mellom kommunene i omfanget av planer og styringsdokumenter som behandler utjevning av sosiale helseforskjeller i samfunnsutviklingsprosesser. Problemstillingen er følgende: «*Hvordan implementerer tre ulike norske kommuner politikk knyttet til utjevning av sosiale helseforskjeller i samfunnsutviklingsprosesser, og kan eventuelle forskjeller knyttes til kommunenes størrelse?*».

1.5 Begrepsavklaring

Samfunnsutvikling i denne studien sikter til en langsiktig og bærekraftig forandring i samfunnets sosiale, økonomiske og politiske strukturer og institusjoner, som har som mål å forbedre samfunnets velferd og livskvalitet for alle dens medlemmer (Kenny et al., 2019). Dette inkluderer utvikling av infrastruktur, utdanning, helsevesen, sosiale tjenester og andre viktige samfunnsområder, og krever ofte samarbeid mellom offentlige og private aktører (Kenny et al., 2019).

Sosial ulikhet kan defineres som forskjeller i økonomisk, sosial og helsemessig status mellom ulike grupper i samfunnet, som kan være basert på faktorer som kjønn, rase, utdanningsnivå og inntekt (Marmot, 2005). Slike ulikheter kan påvirke livssjansene til individer og kan ha konsekvenser for deres helse og velvære (Marmot, 2005). Sosial ulikhet er en utfordring for mange samfunn, da det kan føre til økt sykdomsbyrde og redusert levetid blant utsatte grupper.

Folkehelse er en vitenskap som tar sikte på å forbedre helsen til befolkningen som helhet, ved å identifisere og adressere faktorer som påvirker helse og velvære. Dette kan inkludere tiltak for å forebygge sykdom, fremme sunn livsstil og øke tilgangen til helsetjenester (WHO, 2008). Folkehelse er viktig for å sikre at alle mennesker har lik tilgang til helse- og

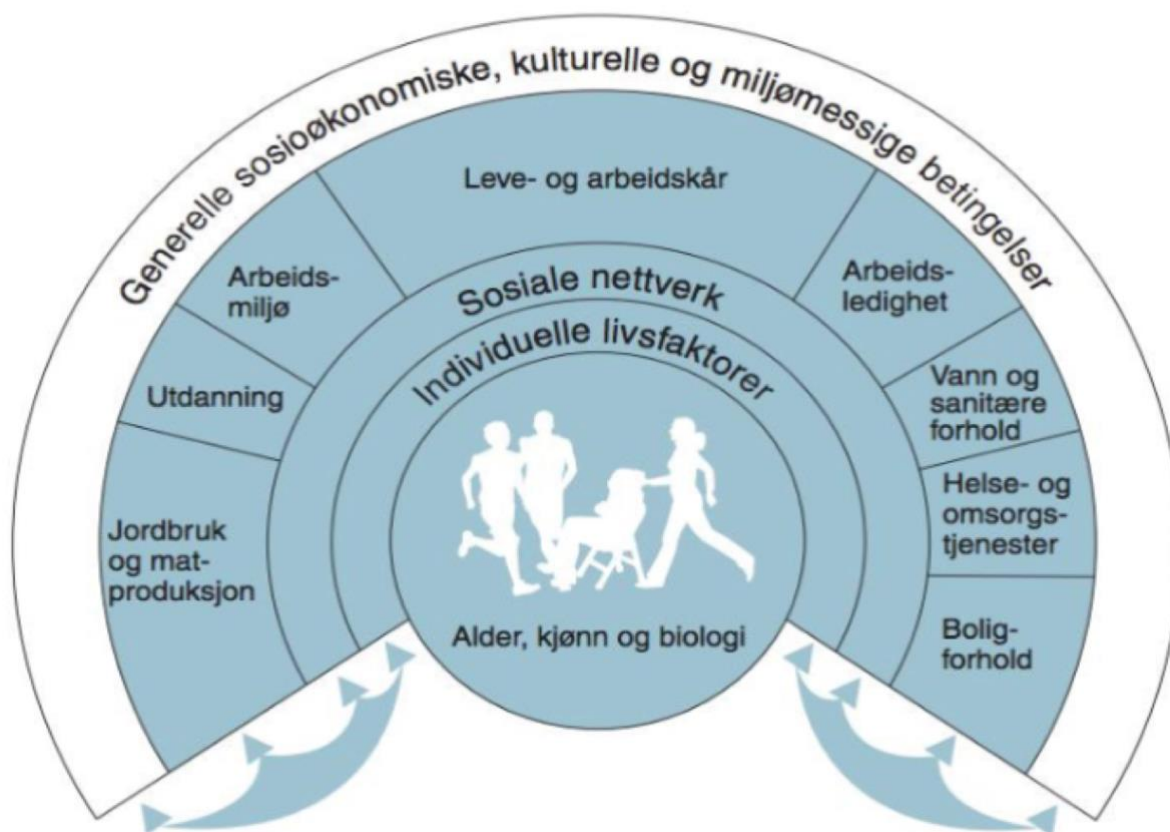
omsorgstjenester og at de kan leve sunne liv, uavhengig av deres økonomiske, sosiale eller kulturelle bakgrunn.

2 Relevant teori og lovverk

2.1 Sosiale helsedeterminanter

Det er bred enighet om at de viktigste determinantene for helseulikheter ligger utenfor helsevesenet og er knyttet til levekår og sosioøkonomiske faktorer (Dahlgren & Whitehead, 1991). Ressursfordeling og levekår har en avgjørende betydning for helseulikheter i befolkningen. En dårlig fordeling av ressurser som utdanning, inntekt og arbeid kan føre til en ujevn fordeling av helsefordeler i samfunnet. Ulik tilgang til og kvalitet på helsetjenester kan også føre til helseulikheter (Dahlgren & Whitehead, 2021).

Det er imidlertid viktig å påpeke at folkehelsen er et resultat av komplekse samspill mellom flere faktorer, og det kan være vanskelig å fastslå sikre årsakssammenhenger (Marmot, 2005). Folkehelseforskning og politikk bør derfor være opptatt av å forstå og adressere de underliggende sosiale og økonomiske faktorene som påvirker helse og helseulikheter i samfunnet (Whitehead & Dahlgren, 2021). Før en kan iverksette tiltak for å utjevne ulikheter i helse, må en forstå *årsakene* til at ulikheter i helse oppstår (Whitehead & Dahlgren, 1991). Determinantene fremstilles via Dahlgren og Whiteheads (1991) regnbuemodell som vist her i Figur 1.



Figur 1 Regnbuemodellen (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Figur 1 viser de ulike lagene i regnbuemodellen, der de individuelle egenskapene ligger i sentrum, og levekår som utdanning, bolig, arbeid og helsetjenester ligger ytterst. Personens livsstil og levevaner ligger mellom disse lagene. Modellen viser hvordan alle lagene henger sammen og er integrert i hverandre, og at det er et samspill mellom faktorene (Whitehead & Dahlgren, 2009). Det er viktig å merke seg at de individuelle egenskapene, som alder, kjønn og genetiske faktorer, er upåvirkelige faktorer i modellen (Whitehead & Dahlgren, 2009). Det som derimot kan påvirkes er altså de sosiale, økonomiske og kulturelle forholdene som utgjør levekårene, og som kan påvirke helsestatus og helseulikheter (Whitehead og Dahlgren, 2009). Det er derfor viktig å adressere og forstå disse faktorene for å kunne utvikle politiske tiltak som kan bidra til å redusere helseulikheter og bedre folkehelsen.

Dahlgren og Whitehead (2007) har laget en liste over politiske tilnærminger for å redusere de underliggende årsakene til sosiale ulikheter i helse. Hovedfokuset deres ligger på tiltak rettet mot inntektsutjevning, men prinsippene er også overførbare til andre fokusområder.

Anbefalingene deres inkluderer å redusere ulikheter i inntekt gjennom skattepolitikk, formue

og subsidier, samt å sikre gratis offentlige tjenester av høy kvalitet og trygge jobber med gode arbeidsforhold, og å motvirke arbeidsløshet (Dahlgren & Whitehead, 2007).

Folkehelseforskningen er opptatt av å forstå hvordan samfunnet påvirker helsetilstanden til befolkningen. Sosiale helsedeterminanter er sentrale for å forstå helseulikheter og hvordan disse fordeles i samfunnet. Helsedeterminanter refererer til faktorer som påvirker vår helse, og dette inkluderer blant annet helsetjenester, arbeid og inntekt, oppvekst, sosiale nettverk, kultur og individuelle helsevaner (Whitehead & Dahlgren, 2009). Perspektivet på sosiale helsedeterminanter ble utviklet for å forstå forekomsten og utviklingen av sosiale ulikheter i helse, og for å fungere som et verktøy for å utjevne disse ulikhetene (Dahl et al., 2014). Sosioøkonomiske forskjeller i helse kan virke opplagt å oppstå på grunn av skjev fordeling av helsedeterminanter i befolkningen og samfunnet (Dahl et al., 2014).

I samfunnet vårt er det en klar påvirkning av politiske beslutninger på helsestatusen og fordelingen av helsedeterminanter. Det er derfor en antakelse om at en mer rettferdig fordeling av helsedeterminanter vil føre til en jevnere fordeling av helse blant befolkningen (Marmot et al., 2012). Denne antakelsen støttes også av WHO's kommisjon om sosiale determinanter for helse, som hevder at tilgjengelige ressurser som utdanning, bolig, arbeid, lønn og sosialt nettverk tidlig i livet vil forme en person (WHO, 2008). Ifølge Raphael (2011) er alle disse faktorene påvirket eller formet av politikk. Dette stemmer overens med funn fra WHO's rapport om sosiale determinanter for helse (Marmot, et al., 2012). En viktig konklusjon som kan trekkes fra den sosiale helse-årsaksmodellen er at politikk ikke bør baseres på en "one size fits all" tilnærming, men heller utformes med tanke på ulike bakgrunnsfaktorer (Solar & Irwin, 2010). Mekanismene som skaper sosiale ulikheter i helse, vil variere avhengig av hvor man befinner seg på den sosiale gradienten. Derfor kan visse tiltak eller retningslinjer være effektive for enkelte befolkningsgrupper, men ikke for andre (Solar & Irwin, 2010). Med andre ord, det er en sammenheng mellom ulikheter i fordelingen av sosiale helsedeterminanter og ulikheter i den sosiale fordelingen av helse (Marmot et al., 2012). Selv om livsstilsvalg og personlige valg er en del av sosiale normer og vilkår, er de relatert til kulturelle, miljømessige og økonomiske faktorer (Whitehead & Dahlgren, 2009). Likevel er de største sosiale samfunnsstrukturene de mest påvirkende faktorene på helse og sosiale helseulikheter, og ikke individuelle livsstilsvalg (Raphael, 2011).

WHO har gjennomgått sosiale determinanter i Europa og anbefaler universell tilgang til

skolegang, utdanning og barnevern av høy kvalitet for å utjevne sosiale ulikheter i utdanning, sosial status og likestilling (WHO, 2013). I Norge er det viktig at ansvarlige for helsefremmende tiltak har god veiledning og kunnskap for å sikre god kvalitet, til tross for at disse tiltakene allerede er tilgjengelige (Marmot et al., 2012). Selv om befolkningens helse generelt har blitt bedre, har disse forbedringene ikke påvirket bredere sammenhenger mellom sosioøkonomisk status og helse (Marmot et al., 2012). Dette skyldes vedvarende sosial og økonomisk politikk som fordeler disse sosiale påvirkningene. Derfor er det viktig at de prosessene som kartlegges i den sosiale helse-årsaks modellen, oversettes til konkret handling ((Marmot et al., 2012). Kunnskap om sosiale helsedeterminanter er viktige for å øke velvære i befolkningen, ved å bedre utdanning, redusere kriminalitet, skape bærekraftige samfunn og øke sosial tilhørighet (Marmot et al., 2012). Disse fordelene samsvarer med WHO's definisjon på helse som en ressurs og vil bidra til økt helseverdi og samfunnsnytte (Marmot et al., 2012). Perspektivet på sosiale helsedeterminanter er både et produkt av samlet forskningsbasert kunnskap og videreføring av denne kunnskapen til politikk og strategiutforming (Dahl et al., 2014).

2.1.1 FNs bærekraftsmål og sosialt bærekraftig samfunnsutvikling

FNs bærekraftsmål er en global felles målstrategi for å oppnå en mer bærekraftig og rettferdig verden. Mange av målene, inkludert målene om god helse og livskvalitet, kvalitetsutdanning, anstendig arbeid og økonomisk vekst, redusert ulikhet og bærekraftige byer og samfunn, fokuserer på å utjevne sosial ulikhet og skape mer rettferdige samfunn. (FN, 2023).

Samfunnsplanlegging spiller en viktig rolle i å realisere disse målene ved å bidra til å utvikle og implementere bærekraftige og rettferdige samfunn og lokalsamfunn. Dette innebærer å ta hensyn til sosiale og økonomiske ulikheter når man planlegger og utvikler offentlige tjenester og infrastruktur, og å sikre at planleggingen og utviklingen av samfunnet skjer i samarbeid med lokalsamfunn og interessenter. (FN, 2023).

For eksempel tar mål nummer 3 i FNs bærekraftsmål for seg god helse og livskvalitet, inkludert utjevning av sosiale helseforskjeller. Mål nummer 11 fokuserer på bærekraftige byer og samfunn, og inkluderer mål om å sikre inkludering, deltakelse og tilgang til grønne og offentlige rom for alle. (FN, 2023).

Sammenhengen mellom FNs bærekraftsmål, utjevning av sosial ulikhet og samfunnsplanlegging er beskrevet i flere kilder, blant annet Hofstad & Bergsli (2017).

Bærekraftige byer og samfunn krever et helhetlig perspektiv som tar hensyn til sosiale, økonomiske og miljømessige faktorer. De peker på at utjevning av sosial ulikhet er viktig for

å oppnå bærekraftige byer, og at samfunnsplanlegging og utvikling må ta hensyn til sosiale faktorer som for eksempel tilgang til grøntområder, sosial infrastruktur og boliger for å skape inkluderende og rettferdige samfunn (Hofstad & Bergsli, 2017).

WHO (2008) påpeker at helseforskjeller mellom ulike grupper i samfunnet ofte skyldes sosiale determinanter som for eksempel inntekt, utdanning og tilgang til helsetjenester. Rapporten argumenterer for at utjevning av sosiale helseforskjeller krever en helhetlig tilnærming som tar hensyn til disse sosiale determinanter og som involverer flere sektorer, blant annet samfunnsplanlegging og byutvikling.

Sosial bærekraft handler om å sikre at samfunnet kan ivareta og forbedre velferden til nåværende og fremtidige generasjoner ved å sikre rettferdig fordeling av ressurser og muligheter, beskytte menneskerettigheter og fremme sosial inkludering og mangfold, og å skape en samfunnsstruktur som gir alle mennesker likeverdige muligheter (WHO, 2008).

2.1.2 Fortetting og kompakte byer som utviklingsstrategi

Fortetting er en strategi som brukes for samfunns- og arealutvikling i Norge, og det er en økning i befolkningstetthet i bysentrale og tettbygde områder (Helsedirektoratet, 2018).

Fortetting har blitt en populær byutviklingsstrategi på grunn av dens positive effekter på miljøet, økonomien, infrastrukturen og innbyggernes livskvalitet (Millstein & Hofstad, 2017).

En bærekraftig byutvikling krever at ny utbygging i hovedsak skjer som transformasjon av eksisterende bebygde arealer eller fortetting av allerede bebygde områder for å skape tettere bydeler og kvartaler med ulike funksjoner som kontorer, handel og boliger (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021). Retningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging understreker betydningen av høy arealutnyttelse, fortetting og transformasjon i by- og tettstedsområder, særlig rundt kollektivknutepunkter for å oppnå en klima- og miljøvennlig byutvikling (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2021).

Kompakte byer som følger fortettingsprinsippet og vektlegger knutepunktutvikling er mer klima- og miljøvennlige og mer helsefremmende i kraft av at de skal bidra til reduserte utslipp, tilrettelegge for økt hverdagsaktivitet gjennom mer gåing og sykling, og tanken er at slike miljøer også kan skape attraktive og sosiale nærmiljøer for innbyggerne (Millstein & Hofstad, 2017). Fortetting er derfor en viktig strategi for å møte utfordringene i byutviklingen og skape bærekraftige, attraktive og livlige byområder som kan møte dagens og fremtidens behov (Helsedirektoratet, 2018).

For å oppnå dette fordrer det likevel at strategien for bo- og nærmiljøene i kommunene er basert på kunnskap, grundig planlegging og bevissthet for å skape sosialt bærekraftige miljøer.

2.1.3 Gradientutfordringen og ufrivillig segregering

Folkehelse rapporten fra 2022 slår fast at det er store sosiale helseforskjeller i Norge i dag, og når en sammenligner ulike grupper i samfunnet finner man systematiske forskjeller.

Gradientutfordringen refererer til fenomenet ved at det er en gradient i helse på tvers av ulike sosioøkonomiske grupper. Dette betyr at personer med lavere sosioøkonomisk status har dårligere helse enn personer med høyere sosioøkonomisk status, og at helseproblemene øker gradvis jo lavere sosioøkonomisk status man har (Van der Wel et al., 2016).

De med lengst utdanning og høyest inntekt lever mellom 5 til 8 år lenger, og oppgir å ha bedre helse, sammenlignet med de som har kortest utdanning og lavest inntekt (Folkehelseinstituttet, 2022). Disse systematiske helseforskjellene fordeler seg tydelig som en gradient, en slags trappetrinns-modell, der de nest fattigste faktisk har bedre helse (i snitt) enn de aller fattigste, og de aller rikeste har også litt bedre helse enn de nest rikeste. Tilsvarende gjelder også for utdanningslengde. Sosioøkonomiske forskjeller danner med andre ord et mønster eller en *gradient* gjennom hele befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2022).

Forskning har vist at gradientutfordringen har økt i mange land, inkludert Norge, de siste tiårene (Goldblatt et al., 2023). Dette har blant annet ført til en økende oppmerksomhet rundt sosial ulikhet i helse og behovet for å utvikle tiltak som adresserer de underliggende årsakene til gradientutfordringen. En av utfordringene med gradientutfordringen i helse er at den ikke kan forklares av enkle årsaker, men skyldes en kompleks samhandling av ulike faktorer på individ-, samfunns- og systemnivå, slik som beskrevet i del 2.1 og vist gjennom Figur 1. Dette inkluderer, som tidligere nevnt, forhold som utdanningsnivå, arbeidsmiljø, inntekt, boligforhold, tilgang til helsetjenester, samt sosial eksklusjon og stigma (Dahlgren & Whitehead, 1991).

En mulig løsning på gradientutfordringen i helse er å utvikle mer helhetlige og koordinerte tiltak som tar hensyn til de brede samfunnsmessige faktorene som påvirker helse (Hofstad, 2019).

Det argumenteres for at disse utfordringene må forstås for å kunne skape handlinger som kan gi endringer innenfor kommunenes ansvarsområder som helsetjenester, sosialtjenester, arbeidsmarked og boligpolitikk (Hofstad, 2019). Fordi risikoen for dårlig eller god helse samsvarer med mekanismer forbundet med sosiale gradienter, innebærer dette perspektivet at

man må *vektlegge forebyggende tiltak* mot dårlig helse gjennom hele livet rettet mot *oppvekstforhold, skoler, miljø og helseatferd*. Dette inkluderer tiltak som fremmer utdanning, arbeidsplasser med gode arbeidsvilkår, rimelig bolig, sikre og tilgjengelige helsetjenester, samt tiltak som reduserer sosial eksklusjon og stigmatisering (Marmot et al., 2012).

Ufrivillig segregering refererer til fenomenet der personer med samme bakgrunn og sosioøkonomisk status bosetter seg i samme område, og at ikke alle kan påvirke hvor og hvordan de bor (Wassenberg, 2018).

Forskning har vist at gradientutfordringen i helse og ufrivillig segregering har en sammenheng, der områder med høy grad av ufrivillig segregering også har høyere grad av helseulikhet (Wassenberg, 2018). Dette kan delvis forklares ved at områder med høy grad av ufrivillig segregering ofte har dårligere tilgang til helsetjenester og andre viktige ressurser, noe som kan føre til at personer med lavere sosioøkonomisk status får dårligere helse (Zwiers et al., 2019), men en annen viktig faktor som kan bidra til sammenhengen mellom gradientutfordringen og ufrivillig segregering er at personer med lavere sosioøkonomisk status ofte har begrenset mulighet til å velge hvor de vil bo på grunn av økonomiske og sosiale begrensninger (NOU: 2020: 16). Dette kan føre til at personer med lavere sosioøkonomisk status bosetter seg sammen i områder med dårligere ressurser og tjenester, noe som igjen kan føre til helseproblemer og økt gradientutfordring.

Med denne segregeringen øker risikoen for opphopning av levekårsproblemer og skape et utsatt område hvor en høy andel av innbyggerne har store og sammensatte levekårsutfordringer, hvor utfordringer som lav sysselsetting, høyt frafall i skolen, lav deltakelse i samfunnet, få fritidstilbud og høy kriminalitet (Zwiers et al., 2019). Dette skaper nabolageffekter som har kan hemme beboernes utvikling og muligheter ellers i livet, fordi dårlige trekk ved utsatte nabolag kan forsterke dårlige levekår og med dette helsen i området (NOU: 2020: 16).

For å redusere gradientutfordringen i helse og ufrivillig segregering er det derfor viktig å utvikle politiske og samfunnsmessige tiltak som øker tilgangen til helsetjenester og andre ressurser i områder med høy grad av ufrivillig segregering (Wassenberg, 2018). Dette kan bidra til å redusere gradienten i helse og bedre helseutfallet for personer med lavere sosioøkonomisk status.

2.1.4 Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken

Den norske regjeringen lanserte i 2018 en nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken kalt "Bolig for velferd - Nasjonal strategi for sosial boligpolitikk 2018-2028" (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2018). Strategien har som mål å sikre at alle har tilgang til en egnet og stabil bolig, spesielt for de som har vansker med å skaffe seg bolig på egenhånd på grunn av lav inntekt eller andre utfordringer. Strategien inneholder tiltak som å øke tilbudet av kommunale utleieboliger, styrke bostøtten, styrke samarbeidet mellom stat, kommune og frivillige organisasjoner, samt legge til rette for økt boligbygging i kommunene.

I tillegg skal strategien bidra til at den offentlige innsatsen overfor vanskeligstilte på boligmarkedet målrettes.

Den sosiale boligpolitikken skal forebygge at samfunnets borgere får boligproblemer, og gi hjelp til dem som ikke selv klarer å skaffe og beholde en egnet bolig. Målet er at alle skal kunne skaffe seg og beholde en egnet bolig (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2020). Vanskeligstilte på boligmarkedet er en sammensatt gruppe som ikke helt enkelt lar seg definere, men det vi kan se er at det er dårligere levekår blant mennesker som er på boligleiemarkedet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2020). Mange utsatte grupper, det vil si, personer med lav inntekt og mottakere av sosialhjelp og bostøtte leier bolig, der flere av disse bor i uegnede boliger eller bomiljø og de fleste av leietakere befinner seg i det private leiemarkedet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2020).

Dette er interessant fordi Kommunal- og moderniseringsdepartementet slår fast at hovedansvaret for å forvalte gjennomføringen av den statlige boligpolitikken ligger hos *kommunene*. Altså er det kommunens ansvar å fremskaffe, og sikre, vanskeligstilte på boligmarkedet gode bolig- og oppfølgingstjenester. Dersom kommunen skal lykkes med god boligsosial måloppnåelse, forutsettes en hensiktsmessig organisering, og et godt samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer i kommuneorganisasjonen» (Kommunal – og moderniseringsdepartementet, 2020).

2.1.5 Lovverk

Lovverket spiller en viktig rolle i implementeringen av folkehelsearbeid på kommunalt nivå og gir kommunene nødvendige virkemidler for å gjennomføre helsefremmende og forebyggende tiltak. Eksempler på dette er Folkehelseloven (2011) og plan- og bygningsloven som gir kommunene mulighet til å utarbeide arealplaner som fremmer helse og trivsel i lokalsamfunnet (Folkehelseinstituttet, 2019). Folkehelseloven (2011) skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet

i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid (Folkehelseloven, 2011, §1). Målet med å innføre en slik lov i Norge var å sikre rettferdighet ved å adressere den sosiale gradienten i helseperspektivet. Det viktigste tiltaket som ble innført for å oppnå slik rettferdighet var å delegere ansvaret for å identifisere og iverksette tiltak til marginaliserte grupper, og for det andre så skulle loven sikre en «Health in all policies» (HiAP)-tilnærming der lokal politikktutforming generelt skal vurderes i lys av *konsekvenser* for folkehelsen (Hagen et al., 2018). Særlig §5 understreker ansvaret kommunene har ved at disse skal ha kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Kommunen skal være særlig oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan *skape eller opprettholde* sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2011, §5).

Plan- og bygningsloven står også sentralt. Denne loven skal fremme bærekraftig utvikling til det beste for *enkeltindividet, samfunnet og fremtidige generasjoner*. Loven skal bidra til at statlige, regionale og kommunale oppgaver samordnes, og skal gi grunnlag for vedtak om bruk og vern av ressurser samt at tiltak blir i samsvar med lov. Plan- og bygningsloven (2008) skal også sikre åpenhet og medvirkning for alle berørte, og det skal legges vekt på langsiktige løsninger og konsekvenser for miljø og samfunn. Loven skal fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner. Prinsippet om universell utforming skal ivaretas i planleggingen og kravene til det enkelte byggetiltak. Det samme gjelder hensynet til barn og unges oppvekstsvilkår og estetisk utforming av omgivelsene. For boliger skal prinsippet om universell utforming ivaretas gjennom krav til tilgjengelighet (Plan- og bygningsloven, 2008, §1-1).

Til slutt bør kommuneloven nevnes i en oppgave som denne da denne loven skal tilrettelegge for at kommuner og fylkeskommuner kan yte tjenester og drive samfunnsutvikling til beste for innbyggerne (Kommuneloven, 2018, § 1-1). Loven skal også legge til rette for kommunenes og fylkeskommunenes utøvelse av offentlig myndighet, bidra til at kommuner og fylkeskommuner er effektive, tillitsskapende og bærekraftige (Kommuneloven, 2018, § 1-1).

2.1.5.1 Sammenhengen mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven

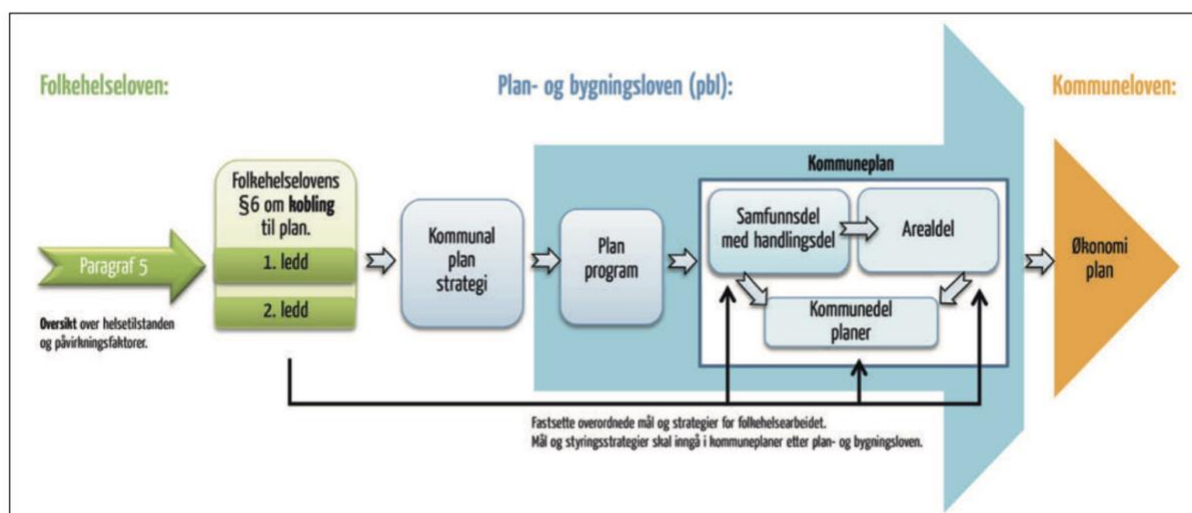
Folkehelsepolitikken har som mål å skape trygge og sosialt bærekraftige lokalsamfunn, og å fremme helsevennlige valg. Videre legger den vekt på å forebygge ensomhet, utjevne sosial ulikhet i helse, iverksette tidlig innsats for barn og unge, og tilrettelegge for et aldersvennlig samfunn (Meld. St. 40 (2020-2021) s. 6). Folkehelseloven pålegger kommunene og

fylkeskommunene å ha en langsiktig, systematisk og politisk forankret tilnærming til folkehelsen. Kommunene skal skaffe seg kunnskap om innbyggernes folkehelse og faktorer som påvirker denne, og denne oversikten skal knyttes til arbeidet med kommunal planstrategi og kommuneplaner i henhold til plan- og bygningsloven. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i planstrategien, og denne skal være med på å peile fokuset til det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen. (Folkehelseloven, 2011, § 6).

Folkehelseloven bygger på plan- og bygningsloven, som gir rammer for arealbruk, byggesaksbehandling og fysiske planer, og som har som formål å fremme bærekraftig utvikling til beste for samfunnet, den enkelte og fremtidige generasjoner (plan- og bygningsloven, 2008, § 1-1).

Plan- og bygningsloven og Folkehelseloven er sentrale lover i norsk lovgivning som påvirker byplanlegging og byutvikling. Studier har vist at Folkehelseloven kan brukes som verktøy for å fremme helsemessige hensyn i planprosesser, spesielt med tanke på økende bekymring for helsemessige konsekvenser av byutvikling (Tveit et al., 2019). På samme måte har plan- og bygningsloven blitt brukt til å støtte opp under helsefremmende tiltak i byplanleggingen, spesielt ved å ta hensyn til fysisk aktivitet og tilrettelegging for transport (Sælensminde, 2016). Forskning viser at disse to lovene påvirker hverandre gjensidig når det gjelder byplanlegging og byutvikling. Folkehelseloven kan brukes som et verktøy for å fremme helsemessige hensyn i planprosesser, mens plan- og bygningsloven kan støtte opp under helsefremmende tiltak i byplanleggingen. Plan- og bygningsloven er en nødvendig forutsetning for å kunne implementere HiAP-prinsippet i byplanleggingen.

Det er altså en nær kobling mellom plan- og bygningsloven og Folkehelseloven, som en videre kan se illustrert i Figur 2.



Figur 2 Sammenhengen mellom Folkehelseloven, PBL og Kommuneloven (Kilde: Helsedirektoratet)

Det første leddet (grønn) i Figur 2 viser Folkehelselovens §5 som sier at kommunen er pliktet å skaffe seg oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som kan påvirke denne både positivt og negativt (Folkehelseloven, 2011, §5). Ledd to (grønn) i figuren illustrerer hvordan kommunene i følge §6 i Folkehelseloven skal knytte oversikten over helsetilstanden i befolkningen til arbeidet med kommunal planstrategi og kommunalplaner jf. plan- og bygningsloven § 10-1.

I planstrategien bør en drøfting av kommunens folkehelseutfordringer inngå, og denne skal deretter være med på å peile fokuset til det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen, som en kan se illustrert gjennom ledd to (grønn) og tre (blå) i figuren.

Kommunen må videre fastsette overordnede strategier og mål for folkehelsearbeid som kan bidra til å møte kommunens konkrete folkehelseutfordringer, noe som skal konkretiseres i kommuneplanens samfunnsdel, arealdel og kommunedelplaner slik vi kan se i kjernen av den blå pilen i figur 1. Samfunnsdelens handlingsdel har et handlingsprogram som presiserer hvordan kommuneplanen skal følges opp.

Den oransje pilen viser til kommunens økonomiplan. Denne er forankret i kommuneloven og kan inngå i handlingsdel av samfunnsdelen. Det er her de politiske prioriteringene til slutt må gjøres.

2.2 Politikkomplementeringsteori

Folkehelsearbeidet fremhever viktigheten av å ta hensyn til de ulike aktørene som er involvert i implementeringen av folkehelsepolitikken, som lokale politikere, folkehelsepersonell, helsepersonell og samfunnsorganisasjoner. Den understreker også viktigheten av å forstå den gjensidige avhengigheten mellom stadier av politikkomplementering, som

politikkformulering, vedtak og evaluering. Videre kan kontekstuelle faktorer som det politiske klimaet, tilgjengelige ressurser og fellesskapskarakteristikker i betydelig grad påvirke implementeringsprosessen og til slutt suksessen til folkehelseiltak på kommunalt nivå (Matland, 1995).

For å studere hvordan implementering av folkehelsepolitiske målsettinger om utjevning av sosiale helseforskjeller operasjonaliseres og implementeres i kommunale planprosesser benyttes det i denne oppgaven Matlands (1995) politikkimplementeringsteori som gir et rammeverk for å forstå implementeringen av offentlig politikk. Teorien understreker betydningen av aktører som er involvert i implementeringsprosessen, den gjensidige avhengigheten mellom aktører og stadier, og rollen til kontekstuelle faktorer i utformingen av implementeringsresultater. Videre i dette delkapitlet vil en gjennomgang av Matlands politikkimplementeringsteori gis.

2.2.1 Top-Down og Bottom-up tilnærming

Det finnes flere retninger innenfor implementeringsteorien, og debatten mellom dem handler i stor grad om hvordan man skiller mellom utgangspunktet for et tiltak, politikkutformingen, og selve implementeringen av vedtaket (Matland, 1995).

Top-Down tilnærmingen gjenspeiler politikkutviklernes, politikere eller ledere for eksempel, . perspektiv, og ser på politikkutviklerne som de sentrale aktørene i implementeringsprosessen. Denne tilnærmingen konsentrere seg om å avdekke faktorer som kan påvirkes sentralt, og tilnærmingen innebærer å se effektene av implementeringer opp mot opprinnelige målsettinger (Mazamania & Sabatier, 1981).

Ifølge Hill og Hupe (2014, s. 6) er Top-Down retningen preget av en klar teoretisk tilnærming til implementeringsproblemer. De legger vekt på sentral styring i gjennomføringen av tiltak, og ser på overordnet kontroll som det mest effektive instrument. Denne retningen kjennetegnes også av bygging av modeller og utvikling av generaliserbare råd.

Bottom-up retningen derimot, vektlegger de uformelle prosessene og forholdene på det nederste trinnet i implementeringsprosessen. Matland (1995) ser denne retningen på implementering av politikk på to nivåer - makroimplementeringsnivået og mikroimplementeringsnivået. Sentrale aktører konstruerer statlige styringsprogrammer på makronivået, mens lokale aktører på mikronivået reagerer på planene og implementerer egne programmer. Retningen argumenterer for at lokale aktører må få muligheten til å tilpasse tiltakene til lokale forhold for at implementeringen skal lykkes (Matland, 1995).

Det skjedde etter hvert en utvikling i retning av såkalte kombinasjonsmodeller som knytter variablene på makro- og mikronivå sammen (Matland, 1995), der disse modellene kan deles inn i to grupper. Den første gruppen bestod av forskere som prøvde å kombinere ulike modeller, mens den andre gruppen undersøkte om de ulike modellene kunne tilpasses forskjellige sammenhenger (Matland, 1995; Hill & Hupe, 2014, s. 56).

2.2.2 Ambiguity-conflict modellen

Ifølge Matlands (1995) «ambiguity-conflict» modell påvirkes implementeringsprosesser av konflikt og tvetydighet. Konflikt oppstår når flere organisasjoner ser en politikk som direkte relevant for sine interesser, men deres synspunkter ikke er sammenfallende. Konflikten kan skyldes ulike tilnærminger til enten politikktutforming eller implementering. Mens ovenfra-og-ned-retningen fokuserer på å minimere konflikt, ser nedendra-og-opp-retningen på konflikt som uunngåelig i alle implementeringssituasjoner.

Tvetydighet kan ha forskjellige kilder og kan grovt deles inn i tvetydige mål og tvetydige midler. Tvetydighet kan manifestere seg på ulike måter, for eksempel i uklare roller for ulike organisasjoner i en prosess, uklare og inkompatible målformuleringer eller utfordringer med å bestemme hvilke verktøy som skal brukes, hvordan de skal brukes og hvilken effekt de vil ha. Graden av tvetydighet som er til stede i et vedtak, påvirker sannsynligheten for at vedtaket vil bli tolket likt av de involverte organisasjonene, og dermed påvirker det lokale faktorer i implementeringen. Mens ovenfra-og-ned-retningen anbefaler tydelige mål for å minimere tvetydighet, kan for store mengder tydelighet også føre til konflikt, ifølge Matland (1995).

I følge Matland (1995) finnes det ikke et felles mål for implementering blant byråkrater. Han argumenterer for at konflikt om målsettingen er nødvendig for å oppnå fremgang. Enighet oppnås gjennom koalisjoner og forhandlinger mellom avhengige parter, men konflikter kan oppstå når ulike parter anser noe som viktig, når det er betydelige forskjeller, stor interesse og flere avhengige parter er involvert. Matland (1995) peker også på at politisk tvetydighet i forhold til mål og midler kan redusere konfliktnivået. Klare mål kan øke konfliktnivået, mens diffuse mål kan være konfliktdempende når det gjelder omfanget av tiltakene som skal gjennomføres. Dette kan føre til kompromisser og enighet om implementering. Matland (1995) mener at saken er positiv, sett fra ulike nivå og aktørers perspektiver, og at mulighetene for kompromisser og enighet om implementering øker.

Matland (1995) hevder at evaluering av implementeringssuksess krever nøye undersøkelse av hver enkelt implementering og at det er betydelig usikkerhet rundt opprettelsen av generelle retningslinjer. Mange studier utført frem til tidlig på 1990-tallet baserte seg på enkle casestudier. Funnene fra disse studiene viser at evalueringen varierer avhengig av hvilken type politikk som vurderes. Matland foreslår at for å vurdere gjennomføringen, bør det gjennomføres en nøye evaluering av policykarakteristikker. I sin utvikling av *The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation*, som illustrert under i Figur 3, søker han å gi et mer sammenhengende bilde av grunnleggende implementering. Modellen bygger på forestillingen om at implementering må sees fra fire ulike perspektiver «basert på nivået av tvetydighet og konflikt i de politiske beslutninger som skal iverksettes» (Matland, 1995).

		CONFLICT	
		Low	High
AMBIGUITY	Low	<p><i>Administrative Implementation</i></p> <p>Resources</p> <p>Example: Smallpox eradication</p>	<p><i>Political Implementation</i></p> <p>Power</p> <p>Example: Busing</p>
	High	<p><i>Experimental Implementation</i></p> <p>Contextual Conditions</p> <p>Example: Headstart</p>	<p><i>Symbolic Implementation</i></p> <p>Coalition Strength</p> <p>Example: Community action agencies</p>

Figur 3 Tvetydighet/konflikt modellen for politikimplementering (Matland, 1995).

Om både tvetydighet og konfliktnivå er lavt, antyder Matlands modell (Figur 3) at resultatet er *administrativ implementering*, hvor det er få innvendinger og implementeringsproblematikk typisk skyldes tekniske problemer (Matland, 1995). Implementeringsprosessen sammenlignes med en maskin med en sentral myndighet på toppen, og informasjon flyter fra topp til bunn. Lav grad av klarhet gjør at det er tydelig hvilke aktører som skal være aktive i implementeringen, og stabile aktører utvikler standard driftsprosedyrer for å fremskynde arbeidet (Matland (1995).

Hvis tvetydigheten er lav og konflikten er høy, skjer *politisk implementering*. I slike tilfeller kan det være betydelig uenighet om hvordan implementeringen skal foregå, selv om målet er klart. Utfallet bestemmes av makt, som betyr at dersom aktørene har tilstrekkelig makt og dermed får nødvendig støtte for å gå videre, vil vedtaket bli iverksatt (Matland, 1995).

Når tvetydigheten er høy og konflikten lav, styres løsningen vanligvis av de som er mest aktive og involverte, noe Matland (1995) omtaler som *eksperimentell implementering*.

Kontekstuelle forhold styrer implementeringen, og utfallet i slike scenarier kan være mer eller mindre tilfeldig og opp til hva de som implementerer anser som viktig.

Til slutt diskuterer Matland perspektivet når både tvetydighet og konfliktnivå er høyt, som han kaller *symbolsk implementering*. Politikk er avhengig av samhandling med aktører som har midler og de som skal implementere politikken på lokalt nivå (mikronivå). Denne modellen drar nytte av både en bottom-up og en top-down-tilnærming. Mens politikken styres fra toppen, kontrollerer lokale aktører ofte prosessen. Mens ledere på øverste politiske eller administrative nivå lager prosedyrer og regler som skal følges, kan ansatte oppleve at prosedyrene ikke blir fulgt som planlagt (Matland, 1995).

3 Metode og design

Med utgangspunkt i denne studiens mål om å undersøke hvordan folkehelsebegrep forbundet med utjevning av sosiale helseforskjeller i samfunnsutviklingsprosesser behandles og operasjonaliseres i kommunale dokumenter, vil oppgavens metodikk bygges rundt en komparativ case-studie av tre norske kommuner i forskjellige størrelser der liten, middels og stor kommune er inkludert. En kan se mer om kriteriene for utvalget i del 3.2 av denne oppgaven.

Datainnsamlingen gjøres som en dokumentanalyse av kommunenes styringsdokumenter som er relevante for å besvare oppgavens problemstilling. Dokumentene som gjennomgås er offentlig tilgjengelig for alle innbyggere gjennom kommunenes nettsider fra år 2012, da Folkehelseloven tredde i kraft, frem til første halvdel av 2023 når datainnsamlingen for denne studien gjennomføres.

3.1 Dokumentanalyse og komparativ kasusstudie

En kasusstudie er en studie av en case - en enhet eller et tilfelle. Kasusstudier er empiriske undersøkelser av fenomener som undersøker situasjoner «in real life», og slike kasuser kan for eksempel være et land, en organisasjon, eller som brukt i dette tilfellet, en kommune (Andersen, 2013, s. 23). En *komparativ kasusstudie* er en studie der en studerer hver kasus for seg, men benytter samme fremgangsmåte for datainnsamlingen, og bruker disse dataene for å sammenligne de ulike kasusene (Andersen, 2013, s. 24).

Et av argumentene for å bruke sammenligning mellom tre kommuner som en del av metoden i denne oppgaven, er at komparative kasusstudier gir en muligheten til å etablere referanserammer for å måle fenomener som i utgangspunktet ikke har en gitt målestokk, slik som her i dette tilfellet der fenomenene som skal måles består av meningsinnhold og implementering av folkehelsepolitikk. Systematisk sammenligning mellom casene gir en tilgang til å se nærmere på variablene og sammenhengen mellom disse (Andersen, 2013). Slik vil sammenligningen mellom de tre kommunene her kunne fremheve resultatene i hver enkelt kommune, ved at disse kan samsvare eller stå i kontrast til resultater fra en av de andre kommunene, og kasusene sammenlignes for å oppnå et bredere datagrunnlag som kan belyse utfall på tvers av kasusene (Andersen, 2013).

Denne studien vil også kunne betegnes som deskriptiv, fordi den formes av de meningsbærende enhetene som finnes i dataene som samles inn. Oppgaven bygger selvsagt på

eksisterende teori og litteratur på feltet, men dette er ikke det som er formende for analysen av datamaterialet. Det vil si at dokumentene i datasettet ikke leses i lys av en spesiell teoretisk retning, men fra forskerens personlig fortolkende syn, på lik linje med hvordan alle fortolker den informasjonen vi innhenter og prosesserer. De observasjoner som har blitt gjort på tvers av kasusene har så blitt knyttet til etablert teori gjennom systematisk fortolkning med varierende grad av abstraksjon (Andersen, 2013).

3.2 Utvalg

I kvalitativ forskning ønsker man å gå i dybden av datamaterialet for å oppnå den kvalitative kunnskapen om feltet (Tjora, 2021), og det er også målet med denne oppgaven. Derfor vil datasettet her bestå av relevante dokumenter fra tre norske kommuner, og videre vil det følge en gjennomgang av utvalgskriterier for de valgte kommunene.

Kommunene som er gjenstand for datainnsamlingen i denne studien, er utvalgt for at man forhåpentligvis kan få et innblikk i hvordan norske kommuner arbeider med operasjonaliseringen av målet om utjevning av sosiale helseforskjeller i sine styringsdokumenter som behandler samfunnsutviklingsprosesser jf. §4 i Folkehelsesloven (2011).

Kommunene i denne studien er *strategisk valgt* ut basert på demografi og geografi.

Demografi

Kommunene i studien er av ulik størrelse (liten, middels og stor kommune) og dette er gjort for å kunne sammenligne kommunene på bakgrunn av størrelse, slik som tidligere beskrevet del 2.7 om studiens hypotese. Statistisk sentralbyrå (SSB) (Langørgen et al, 2006) deler norske kommuner inn i denne størrelsesordenen:

- Små kommuner har 0-4 999 innbyggere
- Mellomstore kommuner har 5 000- 19 999 innbyggere
- Store kommuner har minst 20 000 innbyggere

Kommunene i denne studien har følgende innbyggertall:

- Kvæfjord 2861 innbyggere
- Vågan 9752 innbyggere
- Narvik 21573 innbyggere

(Innbyggertallene er hentet fra SSB, og gjelder for 4. kvartal av 2022).

Geografi

Det andre utvalgsriteriet er geografi, altså hvor kommunene ligger i forhold til hverandre. Her har det vært viktig å undersøke at kommunene ligger såpass spredt at de ikke samarbeider om folkehelsearbeid eller planprosesser på tvers av kommunegrenser da det ville kunne påvirke resultatene.

3.3 Inklusjonskriterier for kommunale dokumenter

Utvalgte dokumenter er kommunale planrelaterte styrings- og høringsdokumenter ligger åpent tilgjengelig for alle på kommunenes nettsider. De utvalgte styringsdokumentene må være vedtatt eller gjelde fra tidligst 2012 med den begrunnelse at når en analyserer dokumenter vil det være strategisk å sette seg inn hvilken kontekst dokumentet er skrevet i. Dokumentet bidrar i seg selv med å lage en kontekst for leseren, men leseren må også aktivt søke å forstå. Dette kan for eksempel innebære å sette seg inn i debatter som foregår i tiden rundt dokumentet blir til, altså *konteksting* (Asdal & Reinertsen, 2022). I 2012 trådte Folkehelseloven i kraft, og konteksting er altså årsaken til at 2012-2023 er satt som referanseramme for datainnsamlingen i denne studien. Det kan i tillegg være interessant å se om folkehelse og sosiale helseforskjeller blir mer synlige eller gitt større rom for behandling i dokumentene etter hvert som Folkehelseloven blir mer implementert i kommunenes arbeid generelt. Det viste seg likevel å være utfordrende å finne dokumenter på nettidene som strekker seg så langt tilbake i tid som til 2012 på kommunenes nettsider. Årsaken til dette er noe uklar da offentligloven (2009) sier at saksdokumenter, journaler og liknende register for organer, her kommunene, skal være åpne for innsyn dersom ikke annet følger av lov eller forskrift med hjemmel i lov (Offentligloven, 2009, §3), men det kan hende at kommunenes rutiner for digitalisering av kommunale dokumenter ikke ble implementert før noe senere på 2010-tallet, og at disse dokumentene vil kunne være tilgjengelige på forespørsel i fysiske arkiver. Det er ikke gjort forsøk på å få tilgang til dokumenter som ikke er tilgjengelige på kommunenes nettsider, da et av kriteriene for datainnsamlingen var at dokumentene skulle ligge offentlig tilgjengelig. Eventuelle dokumenter som ikke er digitale, men muligens relevante og innenfor referanserammen for årstall for datainnsamlingen, er derfor ikke inkludert i denne studien.

Det må også understrekes at det ikke har vært mulig å gjøre en systematisk og helhetlig analyse av *alle* dokumentene på kommunene sine hjemmesider – omfanget av dokumenter er for stort til det. Derfor kan det hende at det finnes flere relevante dokumenter på

hjemmesidene som ikke er inkludert i denne studien. Dokumentvalget måtte begrenses gjennom *strategisk utvalg* til kommuneplanens samfunnsdel, kommuneplanens arealdel, boligplan og dersom tilgjengelig en folkehelsestrategi eller folkehelseoversikt. Noen høringsdokumenter har også blitt inkludert der dette har vært relevant for å besvare oppgavens problemstilling, og dette utgjør en liten del av det gjennomgåtte datamaterialet i denne studien. I tillegg har metoden åpnet opp for å benytte «snøballmetoden», som er beskrevet av Asdal & Reinertsen (2022) som at en starter med en liten snøball som vokser seg større og større etter hvert som en lar ballen rulle – uten at en vet hvilken retning den vil ta. Dette vil si på samme måte har disse utvalgte dokumentene ledet videre til nye relevante dokumenter som kan ha særskilt betydning for studiens tematikk og med relevans opp mot de utvalgte styringsdokumentene.

Prosessen med å velge ut relevante dokumenter har vært svært omfattende, og antallet av gjennomgåtte dokumenter som ikke ble inkludert i datamaterialet er stort, og understreket på mange måter viktigheten av å innskrenke inkluderingskriteriene for datamaterialet.

Dokumentene som er utvalgt er altså strengt begrenset til kommunale dokumenter som kan *omhandle* eller *behandle* samfunnsutviklingsprosesser, problemstillinger knyttet til folkehelse eller utjevning av sosiale helseforskjeller.

Dette har fungert som en guide til hvilke styringsdokumenter som kan være relevante, og alle dokumenter som oppfyller de gjennomgåtte kriteriene for datainnsamlingen ble derfor forsøkt inkludert i studiens rådata. Selve undersøkelsen av hvordan folkehelseperspektivet, og da spesifikt utjevning av sosiale helseforskjeller i samfunnsutviklingsprosesser, er ivaretatt i kommunale dokumenter gjøres i denne sammenhengen ved å forekomsten og bruken av folkehelserelaterte begreper i planarbeidet til kommunene, og hvordan disse er operasjonalisert. For å avgjøre hva som kan regnes som «sentrale» begreper, er begrepene *strategisk valgt ut* blant de mest gjennomgående og definerende begrepene i litteraturen og rapporter som er beskrevet i bakgrunnen for denne oppgaven, og videre har også dokumentene som er gjennomgått i datainnsamlingsarbeidet med denne masteroppgaven bidratt til å belyse begreper som kan fungere som substitutter, altså erstattere for de vanligste begrepene, men med lik betydning. Dette har bidratt til å gi et nærmere innblikk i «hovedbegrepene» innen *folkehelsevitenskap*, *sosial utjevning av helseforskjeller* og *by- og stedsutvikling*, og nærliggende begreper eller begrep som ofte brukes som substitutt.

Prosessen med å velge ut begreper har vært kontinuerlig fordi begreper har åpenbart seg

underveis i prosessen med å bli kjent med forskningsfeltet. Følgende begreper som vist i tabell 1 er derfor valgt ut:

Tabell 1 Utvalgte begrep for studien med begrunnelse

Folkehelse	Kjernebegrep i denne oppgaven
Sosial ulikhet/ sosial utjevning av sosial ulikhet/helseforskjeller	Kjernebegrep i denne oppgaven
Levekår	kjernebegrep i denne oppgaven
Livskvalitet	Bærekraftsmål 3 tar for seg «good health and well-being». Well-being oversettes gjerne til livskvalitet.
Sosial boligpolitikk/boligsosial plan	Den nasjonale strategien for den sosiale boligpolitikken (2021-2024) samler og målretter den offentlige innsatsen overfor vanskeligstilte på boligmarkedet. Den sosiale boligpolitikken skal forebygge at folk får boligproblemer, og gi hjelp til dem som ikke selv klarer å skaffe og beholde en egnet bolig. Målet er at alle skal kunne skaffe seg og beholde en egnet bolig (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2020)
Sosial bærekraft	Sosialt bærekraftige samfunn handler om samfunn preget av tillit, trygghet, tilhørighet og tilgang til goder som arbeid, utdanning og gode nærmiljø. Gjennom planprosessene kan kommunen legge til rette for en sosialt bærekraftig samfunnsutvikling (Folkehelseinstituttet, 2021)
Fortetting	Fortetting er en overordnet strategi for samfunns- og arealutvikling i Norge, og vi opplever befolkningsvekst i bysentrale og tettbygde strøk i Norge i dag.

3.4 Analyse

Asdal og Reinertsen (2022, s. 196) oppfordrer til å tenke på dokumentanalyse som en form for feltarbeid der en gradvis gjør seg kjent i et nytt landskap, og bruker begrepet *digitalt feltarbeid* om denne prosessen. Når en gjennomfører en moderne dokumentanalyse i dag, vil digitalt feltarbeid være en sentral framgangsmåte for å samle inn data (Asdal og Reinertsen, 2022, s. 196). Dette er også den anvendte strategien i for denne studien, fordi datagrunnlaget er samlet inn gjennom de offentlige digitale dokumentene som ligger tilgjengelige på de utvalgte kommunenes hjemmesider. For at studien skal være er pålitelig og transparent må det digitale feltarbeidet og analysen av datamaterialet som er gjort i denne studien gjøres rede for

(Flick, 2018, s. 547). Innholdsanalyse er en systematisk tilnærming for å analysere innholdet av kommunikasjon, ofte tekst eller bilder, for å identifisere mønstre og temaer. Krippendorff (2013) beskriver innholdsanalyse som en kvantitativ eller kvalitativ metode som søker å identifisere og kvantifisere kommunikative egenskaper og/eller meninger i en tekst eller bilde. Innholdsanalyse er en svært fleksibel og allsidig metode som kan brukes i mange forskjellige forskningskontekster.

For å utføre en innholdsanalyse, må forskeren først velge enheter av analyse, som kan være ord, setninger, avsnitt eller hele dokumenter. Deretter må forskeren utvikle en kodebok som identifiserer kategoriene eller temaene som skal analyseres. Analysen utføres ved å kode hvert utvalgte element i henhold til kodeboken, og deretter utføre kvantitative eller kvalitative analyser av kodingene.

Innholdsanalyse kan brukes både som en metode i seg selv og som en supplerende analysemetode til andre metoder, som for eksempel casestudier (Flyvbjerg, 2006).

Metoden forutsetter ikke et definert eller begrenset rammeverk, men gir heller en beskrivelse av hva som kan gjøres med det empiriske materialet i metodiske sammenhenger (Flick, 2018, s. 475). Fremgangsmåten brukt i denne studien vil her beskrives stegvis, der arbeidet har foregått med kriteriene for utvalgsriteriene beskrevet i delkapittel 3.2. Fremgangsmåten er også illustrert i Figur 4.

Steg en handlet om å bli kjent med litteraturen og prosjektene som finnes på forskningsfeltet. Dette har også vært en kontinuerlig prosess, og har vært hovedgrepet for å velge ut relevante konsepter og tema for oppgaven og studien.

Steg to besto i å velge ut kommunene. Dette ble gjort med utgangspunkt i utvalgsriteriene i 3.2.1.

I *steg tre* startet prosessen med å bli kjent med kommunenes hjemmesider, og å få en oversikt over hvilke dokumenter som er tilgjengelige for hver av de utvalgte kommunene.

Steg fire handlet om å vurdere hvilke dokumenter som skulle inkluderes for hver enkelt kommune. Fordi studien er *komparativ* og skal undersøke eventuelle forskjeller basert på kommunenes størrelse ble det i dette steget viktig å notere hvor mange relevante dokumenter som omhandler eller behandler tematikken i hver kommune, da dette i seg selv vil være et

funn i denne typen studie. Det var likevel viktig å sikre at det ikke ble for stor diskrepans mellom de utvalgte kommunenes *typer* av inkluderte dokumenter da dette kan påvirke resultatene og gi utslag i ulike retninger som ikke er realistiske.

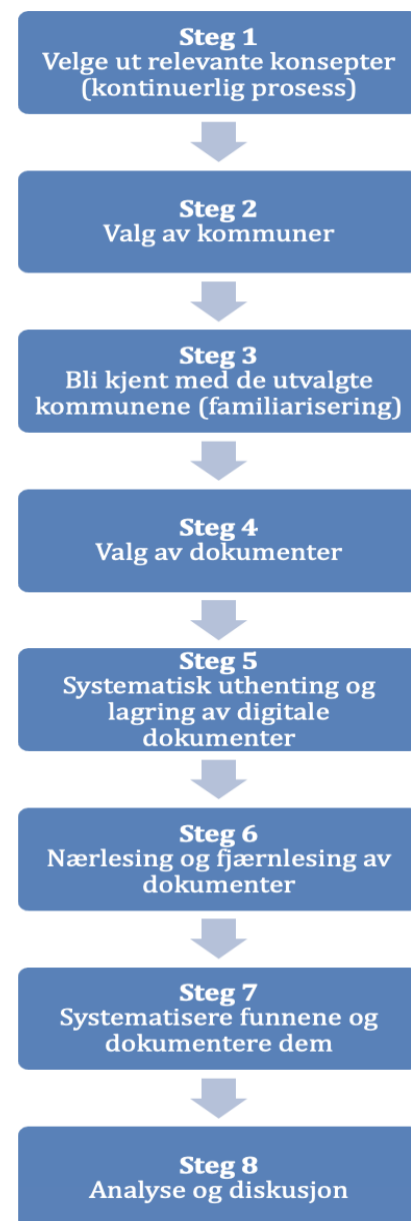
Steg fem gikk ut på at det potensielle datamaterialet ble systematisk lagret underveis i tråd med anbefalingene for digitalt feltarbeid (Asdal og Reinertsen, 2022, s. 175-179). Alle gjennomgåtte dokumenter, både de som var relevante og de som viste seg å være irrelevante, ble notert og lagt inn et eget dokument med beskrivelser. De dokumentene som ble valgt ut som rådata ble lagret i en egen mappe for rådata og hver kommune hadde egen mappe-i-mappe der dokumentene ble lagret på datamaskin. Dette gjorde datamaterialet oversiktlig.

På *steg seks* startet arbeidet med å gjennomgå dokumentene og identifisere de utvalgte konseptene. Dokumentanalyser kan både ha kvalitativ- og kvantitative egenskaper, og i det digitale feltarbeidet vil det kunne bli nødvendig å kombinere teknikker fra begge retningene (Asdal og Reinertsen, 2022, s. 143). En mer kvantitativ teknikk ble benyttet for å få en inngang til analysen. Dette ble gjort gjennom å benytte søkefunksjon i de digitale dokumentene.

Begrepene måtte skrives på ulike måter (entall, flertall, eller ulik bøyning), og med ulike former av hvert ord.

Så ble dokumentene lastet opp i NVivo 12 for videre behandling. Nå startet den mer kvalitative delen av dokumentanalysen ved å *nærlese* dokumentene, det vil si å lese dokumentene grundig og prøve å forstå dokumentets kvaliteter - som språk, struktur, og innhold (Asdal og Reinertsen, s. 199). Dokumentene måtte så *fjernleses*, som vil si å zoome ut fra selve teksten og dens «individuelle kvaliteter,» og se dokumentene på avstand, hoppe mellom dem, og oppdage tendenser på tvers av dokumentene (Asdal og Reinertsen, 2022, s. 199-200).

Arbeidet med *nærlesing* og *fjernlesing* av dokumentene ble gjort i tekstbehandlingsprogrammet NVivo 12. Programmet gjorde det mulig å kode tekstutdrag og lagre de som koder med navn som tilsvarte de utvalgte begrepene. Arbeidet med å identifisere politikk som sammenfalt med de utvalgte begrepene, og sammenligningen mellom de utvalgte kommunale dokumentene ble dermed svært oversiktlig.



Figur 4 Flytskjema over det digitale feltarbeidet

Som et *syvende steg*, blir de utvalgte begrepene analysert, systematisert og sortert etter hver enkelt kommune og hvert enkelt dokument, og beskrevet i oppgavens resultatdel.

Det *åttende steget* består i å knytte sammen funn og teori i diskusjonsdelen.

3.5 Etske betraktninger

Dette masterprosjektet er et dokumentstudie, og skal ikke behandle noen personopplysninger. Det er derfor ikke meldepliktig til SIKT.

Studien ble meldt inn til FEK i oktober 2022 (se Vedlegg 1).

I denne studien skal det kun benyttes offentlige tilgjengelige dokumenter fra kommunenes hjemmesider for å søke svar på oppgavens problemstilling, det kreves derfor heller ingen handlinger fra den enkelte kommune å bli inkludert i dette masterprosjektet.

Underveis i planleggingen av prosjektet har det likevel vært vurdert om kommunene skulle aidentifiseres, fordi det kan være en mulighet for at resultatene av studien kanskje kan oppleves uheldig for enkeltkommuner. Samtidig er tekstutdrag fra kommunenes styringsdokumenter offentlige og dermed kan disse søkes opp og kommunenes identitet kan avsløres. At kommunene ikke er anonyme, vurderes i seg selv ikke som en etisk utfordring, fordi alle dokumenter er offentlige og tilgjengelige for allmenheten. Den etiske utfordringen med oppgaven ligger heller i at formålet med denne masteroppgaven er å undersøke og belyse innholdet i kommunenes arbeid, men også å se hvilke kommuner som gjør hva og sammenligne disse. Etter en samlet vurdering falt valget likevel på å la kommunenes identitet være kjent i denne oppgaven da formålet ikke er å si noe om den enkelte kommunen, men å sammenligne kommunene basert på *kommunestørrelsen*. Eventuelle interessante funn kan derfor få fungere som inspirasjon eller læring dersom resultatene skulle vise seg å være positive eller uheldige for enkelte kommuner.

4 Resultat

Resultatene presenteres som en beskrivelse av hvordan de utvalgte begrepene defineres og anvendes i styringsdokumentene – hvordan kommunene fyller dem med meningsinnhold. Resultatene presenteres først via en felles tabell for å gi en oversikt over alle de inkluderte dokumentene og tidsrom for utarbeidelse, før en mer spesifikk fremstilling av funnene for hver kommune vil følge.

Funnene fra hver enkelt kommune vil først presenteres skjematisk for å fremstille frekvens og eventuell definisjon av utvalgte begreper, før en deskriptiv beskrivelse av dokumentenes meningsinnhold og operasjonalisering av begrepene følger.

4.1 Inkluderte dokumenter

Følgende dokumenter er inkludert for hver av kommunene og Tabell 2 viser at Narvik kommune hadde 9 relevante dokumenter for denne studien, Vågan kommune hadde 7 relevante dokumenter og Kvæfjord kommune hadde 5 relevante dokumenter for denne studien. Funnet i Tabell 2 gir også en oversikt over når de ulike dokumentene ble utformet, og tidsrommet de gjelder for.

Tabell 2 Dokumenter som er inkludert i studien fra tre ulike kommuner (Narvik, Vågan og Kvæfjord).

Kommune	Dokumenttype	Dokumenttittel	Gyldighet
Narvik	Kommunedelplan	«Kommunedelplan for oppvekst»	2012 – 2025
	Kommunedelplan	«Kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelser»	2014 – 2026
	Kommunedelplan	«Kommunedelplan – Klima, energi og miljø»	2015 – 2026
	Kommuneplan	«Planbeskrivelse – kommuneplanens arealdel 2017-2028»	2017 – 2028
	Boligstrategiplan	«Boligstrategi Narvik kommune»	2018 – 2020
	Kulturplan	«Kulturplan Narvik»	2018 – 2022
	Temaplan	«Temaplan mot barnefattigdom i Narvik kommune»	2018 – 2022
	Helseoversikt	«Vår helse – Helseoversikt for Narvik kommune»	2018 – d.d.
	Kommuneplan	«Kommuneplanens samfunnsdel»	2022 – 2040
Vågan	Kommunedelplan	«Kommunedelplan – Helse- og omsorgstjenester»	2014 – 2025
	Folkehelseplan	«Folkehelseplan for Vågan kommune»	2017 – 2022
	Kommuneplan	«Vågan kommuneplan – Beskrivelse til arealdelen med kystsone»	2017 – 2029
	Rapport	«Med ungdom i fokus – Rapport etter fokusdager for Vågan kommune»	2018 – ...
	Kommunedelplan	«Plan for miljørettet helsevern i barnehager og skoler»	2019 – d.d.
	Kommunedelplan	«Kommunedelplan – Oppvekst og inkludering»	2020 – d.d.
Kvæfjord	Kommuneplan	«Kommuneplanens samfunnsdel – Hoveddokument»	2020 – 2032
	Næringsplan	«Strategisk Næringsplan»	2020 – 2024
	Kommuneplan	«Kommuneplanens samfunnsdel med langsiktig arealstrategi»	2021 – 2024
	Folkehelseoversikt	«Levekår og helse i Kvæfjord kommune»	2022 – 2025
	Boligplan	«Boligplan for Kvæfjord»	2022 – 2025
Kommunedelplan	«Kommunedelplan for helse- og omsorg»	2022 – 2030	

Som tabell 2 viser er kommuneplanens samfunnsdel og arealdel inkludert, samt siste versjon av folkehelseoversikt eller folkehelseplan for hver av kommunene.

De andre dokumentene er planer, rapporter og strategiplaner som kommunene selv kan *velge* å utarbeide ifølge Folkehelselovens §5 (2011) og plan- og bygningslovens §10-1 (2008).

4.2 Skjematisk og deskriptiv fremstilling av funnene

4.2.1 Stor kommune

I Tabell 3 kan frekvens og eventuelle definisjoner av de utvalgte begrepene *folkehelse*, *sosial ulikhet/utjevning av sosiale helseforskjeller*, *levetår*, *livskvalitet*, *sosial boligpolitikk/boligsosial plan*, *sosial bærekraft* og *fortetting* observeres i de kommunale dokumentene fra den største kommunen (Narvik), og en kan se utviklingen av begrepsbruken over tid.

Tabell 3 Frekvens og definisjon av begreper i inkluderte kommunale dokumenter for den store kommunen (Narvik kommune)

Utvalgte begreper frekvens og definisjon for den store kommunen (Narvik)
<p>Kommunedelplan for oppvekst 2012-2025 <i>Folkehelse</i> nevnes 12 ganger <i>Utjevning av forskjeller</i> nevnes 1 gang <i>Levetår</i> nevnes 6 ganger</p>
<p>Kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelser 2014-2026 <i>Folkehelse</i> brukes 12 ganger <i>Sosiale helseforskjeller</i> brukes 1 gang. <i>Livskvalitet</i> brukes 5 ganger.</p>
<p>Kommunedelplan Klima, energi og miljø (2015-2026) <i>Folkehelse</i> brukes 2 ganger</p>
<p>Kommuneplanens arealdel 2017-2028 <i>Folkehelse</i> brukes 5 ganger <i>Sosial boligpolitikk/boligsosial plan</i> brukes 3 ganger</p>
<p>Helseoversikt for Narvik kommune 2018 <i>Folkehelse</i> brukes 22 ganger. «den overordnede helsetilstanden og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen» s. 6 <i>sosial ulikhet</i> brukes 8 ganger Defineres gjennom å vise til den sosiale helsegradienten, og hvordan ulikhet i helsen følger et systematisk mønster som viser at personer med lav utdanning kan forvente færre leveår enn personer med høyere utdanning, s. 8. <i>Levetår</i> brukes 6 ganger Defineres ikke eksplisitt, men brukes som paraplybegrep for å favne utfordringer knyttet til inntekt og ulikhet, ledighet, utdanning, oppvekst, rus, psykiatri og eldreomsorg <i>Livskvalitet</i> brukes 2 ganger <i>Boligsosialt arbeid</i> brukes 3 ganger Defineres gjennom strategiens tre overordnede mål; Alle skal ha et godt sted å bo, alle med behov for tjenester skal få hjelp til å mestre boforholdet og den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv.</p>

Et godt boligsosialt arbeid får positive konsekvenser for måloppnåelse innen arbeid, helse, utdanning og integrering.

Boligstrategi for Narvik kommune 2018-2020

Folkehelse brukes 1 gang

Sosial ulikhet/sosial utjevning brukes 1 gang

Boligsosialt arbeid/sosial boligpolitikk brukes 19 ganger

Fortetting brukes 3 ganger

Kulturplan Narvik 2018-2022

Folkehelse brukes 2 ganger

Samfunnsutvikling brukes 8 ganger

Livskvalitet brukes 2 ganger

Temaplan mot barnefattigdom i Narvik kommune 2018-2022

Folkehelse brukes 1 gang

Levekår brukes 4 ganger

Kommuneplanens samfunnsdel 2022-2040

Folkehelse brukes 20 ganger

Sosial ulikhet brukes 7 ganger

Levekår brukes 1 gang

Livskvalitet brukes 10 ganger

Boligsosial politikk brukes 3 ganger

Sosial bærekraft brukes 4 ganger

Fortetting brukes 5 ganger


4.2.1.1 Sosial ulikhet, folkehelse, levekår og livskvalitet i stor kommune

Kommunedelplan for oppvekst fremmer tiltak som skal sikre rettferdighet og like muligheter for alle, uavhengig av sosioøkonomisk bakgrunn. Kommunedelplanen vektlegger viktigheten av å skape trygge oppvekstvilkår for barn og unge, sikre deres medvirkning og deltakelse i samfunnsutviklingen, samt tilstrekkelig støtte for familier og foreldre. Videre blir folkehelse fremhevet som et viktig fokusområde for å bedre levekårene for alle innbyggere, spesielt barn og unge.

Kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelser har strategier for å øke tilgjengeligheten og tilretteleggingen av fysisk aktivitet og naturopplevelser i Narvik for alle befolkningsgrupper. Dette inkluderer utvikling av friluftsanlegg som gir alle muligheten til fysisk aktivitet og naturopplevelser. Det blir lagt vekt på å sikre økt nærhet og tilgang til attraktive områder og ferdselsårer for friluftsliv, samt å stimulere til friluftslivsaktivitet gjennom samarbeid mellom idrettsrådet, eldrerådet og ungdomsrådet. Folkehelsetenkning blir også trukket frem som grunnleggende for tilretteleggingen, slik at alle får mulighet for fysisk aktivitet.

Kommuneplanens samfunnsdel beskriver kommunens langsiktige målsettinger og strategier for å utvikle Narvik til en bærekraftig og attraktiv kommune for alle innbyggerne. Det blir

lagt vekt på å utjevne sosiale helseforskjeller ved å fremme arbeid, aktivitet og deltagelse, og ved å sikre alle innbyggerne grunnleggende behov som trygge og gode bo- og oppvekstvilkår, arbeid, skole og barnehage, god helse og omsorgstjenester. Kommuneplanens samfunnsdel har også fokus på klima og miljø, økonomisk utvikling og samferdsel for å sikre bærekraftig vekst og utvikling. I Figur 5 kan en se et eksempel fra kommuneplanens samfunnsdel som viser hvordan Narvik kommune jobber for å implementere god helse og livskvalitet basert på FNs bærekraftsmål inn i sin samfunnsplanlegging og strategi for måloppnåelse.

 <p>3 GOD HELSE OG LIVSKVALITET</p> <p>Foto: Ballangen skole</p>	<p>Delmål: Dette skal vi oppnå</p> <p>I Narvik kommune er det et godt samarbeid mellom innbyggerne, frivilligheten, næringslivet og andre aktører for å sikre god helse og fremme livskvalitet. I Narviksamfunnet er det behov for alle.</p>	<p>Strategier: Slik skal vi gjøre det</p> <p>Narvik kommune skal fremme frivillighet som en sterk ressurs i samfunnet, og styrke samarbeidet med frivillige organisasjoner og næringsliv for å gi økt mangfold og aktivitet for den enkelte.</p> <p>Narvik kommune skal i samarbeid med ulike aktører jobbe aktivt for å forebygge utenforskap og sosiale ulikheter. Det skal være fokus på tilhørighet, livsmestring og et aktivt samfunnsliv.</p> <p>Narvik kommune skal videreutvikle et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene.</p> <p>Narvik kommune skal vurdere å opprette et eget folkehelseforum, for å sikre et godt og tett samarbeid om folkehelse på tvers av enheter i kommunen. Forumet kan jobbe med saker som omhandler folkehelse og dele kunnskapsoversikten slik at alle medlemmer i forumet får en helhetlig oversikt over folkehelsen i kommunen.</p>
	<p>Narvik kommune er best i Nord-Norge på trygghet samt gode leve- og oppvekstvilkår.</p>	<p>Narvik kommune skal arbeide målrettet for oppvekstmiljøer som gir trygghet og utviklingsmuligheter, med god kvalitet på barnehager og skoler. Det skal være et fokus på mestring og lavterskelaktiviteter.</p> <p>Narvik kommune skal føre en boligsosial politikk- med varierte bo- områder på tvers av sosioøkonomisk status og alder, og med en høy andel selveie. Det skal i større grad benyttes velferdsteknologi for å effektivisere tjenestetilbudet og for å oppnå trygghet og mestring for brukerne og deres pårørende.</p> <p>Narvik kommune skal arbeide med tverrsektoriell innsats og medvirkning for å bidra til at eldre kan bo lengst mulig hjemme. Det skal legges til rette for at eldre kan delta i samfunnet og ha aktive liv.</p> <p>Narvik kommune skal sikre at det er trygt for barn og unge å ferdes i trafikken og aktiv transport skal prioriteres.</p>

Figur 5 Viser delmål med strategi for måloppnåelse i "kommuneplanens samfunnsdel" basert på FNs bærekraftsmål (Narvik kommune).

Helseoversikten for Narvik kommune beskriver kommunens ansvar for å fremme folkehelsen og utjevne sosiale helseforskjeller. For å oppnå dette skal det legges til rette for en samfunnsutvikling som gir gode betingelser for helse, samt å koordinere folkehelsearbeidet og forebyggende tiltak på tvers av kommunens enheter. Helseoversikten viser også at kommunen har fått et tydeligere ansvar for å bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. For å oppnå dette ønsker kommunen at det settes økt fokus på tiltak som kan gis tidlig, som har forebyggende,

helsefremmende, rehabiliterende og/eller habiliterende effekt.

Folkehelsearbeidet i Narvik kommune er fordelt på ulike enheter og planer, og det er behov for en mer helhetlig plan som konkretiserer ansvar og tiltak. Det er også viktig å øke fokuset på tidlige tiltak som kan forebygge helseproblemer og redusere behovet for tjenester.

Kommunen har et tydelig ansvar for å fremme befolkningens helse, utjevne sosiale helseforskjeller og beskytte mot faktorer som kan påvirke helsen negativt. Ifølge planen krever dette samarbeid og innsats fra ulike enheter og sektorer i kommunen.

Kulturplanen for Narvik tar for seg samfunnsutvikling i Narvik kommune og hvordan kommunen kan jobbe med å utjevne sosiale helseforskjeller. Kulturplanen bygger på FNs bærekraftsmål og har som mål å tilrettelegge for et allsidig kulturtilbud og å integrere kultur som en del av samfunnsutviklingen i Narvik kommune.

Temaplan mot barnefattigdom i Narvik kommune har som mål å bekjempe barnefattigdom og har tiltak som blant annet inkluderer å styrke familienes økonomi, å øke deltakelse i fritidsaktiviteter og å forbedre barnas skolesituasjon.

Gjennom *Kommuneplanens samfunnsdel for Narvik kommune* implementeres HiAP-prinsippet i plandokumentene, og viser til målsettingen om å tenke folkehelse i alt de gjør. For å oppnå dette skal kommunen legge til rette for en samfunnsutvikling som gir gode betingelser for god helse og sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det. Kommuneplanen har et overordnet fokus på å bygge gode tjenester og tilbud for den befolkningsutviklingen som kommer, samt å ha fokus på utjevning av sosiale helseforskjeller. Narvik kommune vurderer å opprette et eget folkehelseforum for å sikre et godt og tett samarbeid om folkehelse på tvers av enheter i kommunen.

Kommuneplanen slår fast at Narvik kommune skal jobbe aktivt for å forebygge utenforskap og sosiale ulikheter i samarbeid med ulike aktører. Det skal rettes fokus på tilhørighet, livsmestring og et aktivt samfunnsliv. For å øke livskvaliteten til befolkningen vil kommunen legge til rette for oppvekstmiljøer som gir trygghet og utviklingsmuligheter, med god kvalitet på barnehager og skoler. Det vil også være et fokus på mestring og lavterskelaktiviteter.

4.2.1.2 Boligsosialt arbeid, sosial bærekraft og fortetting i stor kommune

I *Kommuneplanens arealdel* fokuseres det på å fremme folkehelsen og redusere sosial ulikhet. Planen tar opp utfordringer knyttet til ulike levekår og boligbehov, og hvordan kommunen skal planlegge for en variert og bærekraftig boligmiks som inkluderer både sosial boligbygging og private utbyggingsprosjekter. Fortetting blir presentert som en viktig strategi for å oppnå målene om bærekraftig og effektiv byutvikling, samtidig som man ivaretar viktige

verdier som nærhet til naturen og et godt bymiljø. Planen legger vekt på å skape et attraktivt og trygt bymiljø med gode fritidstilbud, grønne områder og effektiv trafikkavvikling for å oppnå livskvalitet. Kommunen må legge til rette for å aktivisere de gruppene som er mest stillesittende og som faller utenfor de tradisjonelle idretts- og aktivitetstilbudene for å fremme folkehelse. Kommuneplanens arealdel understreker også viktigheten av å planlegge for en variert og bærekraftig boligmix som inkluderer både sosial boligbygging og private utbyggingsprosjekter.

Narvik kommunes boligstrategi fokuserer på boligsosialt arbeid og fortetting for å utjevne sosiale helseforskjeller. Boligsosialt arbeid er definert som å tilby egnet bolig og hjelp til å mestre boforholdet, med spesielt fokus på å ivareta vanskeligstilte på boligmarkedet i denne planen. Dette arbeidet involverer både kommunen, statlige aktører og frivillige organisasjoner. Kommunen forankrer sitt ansvar for å ivareta vanskeligstilte på boligmarkedet samt utjevne sosiale forskjeller og fattigdom gjennom FNs bærekraftsmål som er rammeverket for boligstrategien.

Fortetting er en annen viktig faktor som blir operasjonalisert gjennom planene om å bygge kompakt og forsterke bysentrene med et godt tjenestetilbud, handel, næring, skoler og barnehager, attraktive møteplasser, kollektivtilbud, grønne lunger og tilrettelegging for den myke trafikanten.

Kommuneplanens samfunnsdel fokuserer også på fortetting og utfordrer kommunens rolle og redskaper gjennom mer transformasjon av eksisterende by- og boligmasse og mindre ny feltutbygging. Planen legger føringer for hvor og hvordan det kan bygges, og beskriver behovet for mindre boenheter. Gjennom en kombinasjon av boligsosialt arbeid og fortetting, ønsker Narvik kommune å bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller og skape en vinn-vinn-situasjon for både markedet og de boligsosiale utfordringene. Videre har kommunen fokus på utvikling av byer og tettsteder gjennom kommuneplanens samfunnsdel som kan ha betydning for innbyggernes helse, hverdag og følelse av trygghet og tilhørighet. Beredskap, vannforekomster av god kvalitet, massehåndtering, landbruk og matsikkerhet, effektive og miljøvennlige renovasjons- og avfallsløsninger, og trygge, tilgjengelige og bærekraftige transportsystemer til en overkommelig pris skal også ha høy prioritet. Satsingsområdene og strategiene for areal og transport som vist i kommuneplanens samfunnsdel for Narvik kommune kan ses i Figur 6.

Satsingsområder	Strategier for areal og transport
Økonomi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortette rundt knutepunkt og prioritere utvikling i kommunesenteret Narvik og lokalsentrene Bjerkvik, Ballangen og Kjøpsvik. 2. Avsette egnede og tilstrekkelige næringsarealer etter prinsippet "Rett virksomhet på rett sted." Dette kartfestes i kommuneplanens arealdel. 3. Ha transport - og mobilitetsystemer som er lett tilgjengelige, trygge, forutsigbare og miljøvennlige og som binder kommunen sammen på en hensiktsmessig måte for innbyggere og besøkende. 4. Verne kulturminner og kulturmiljøer som positive elementer i stedsutvikling.
Sosiale forhold	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ha trygge og tilgjengelige arealer til møteplasser for alle, samt utbedre og tilrettelegge eksisterende grøntområder som sosiale møtepunkter. 2. Legge til rette for et bærekraftig bosettingsmønster, varierte boområder og områder for fritidsbebyggelse. 3. Sikre grøntområder, friluftsområder og infrastruktur. 4. Avsette egnede arealer som tilrettelegger for et aktivt og variert friluftsliv.
Klima og miljø	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ha en klima- og miljøvennlig utvikling gjennom arealeffektivisering. 2. Vise langsiktig utbyggingsgrenser i arealplankartet. 3. Ta hensyn til effektene av et klima i endring i all planlegging som påvirker arealbruken. 4. Begrense nedbygging av dyrket mark iht. nytt utvidet jordvernbegrep, samt utarbeide kommunal jordvernstrategi. 5. Bevare naturmangfoldet på land og i sjø og vassdrag. 6. Fokusere på fornybar energi og energieffektivisering.

Figur 6 Satsingsområder og strategier for areal og transport i "kommuneplanens samfunnsdel" (Narvik kommune).

4.2.2 Middels stor kommune

I Tabell 4 kan frekvens og eventuelle definisjoner av de utvalgte begrepene *folkehelse*, *sosial ulikhet/utjevning av sosiale helseforskjeller*, *levkår*, *livskvalitet*, *sosial boligpolitikk/boligsosial plan*, *sosial bærekraft* og *fortetting* observeres i de kommunale dokumentene for den middels store kommunen (Vågan), og en kan se utviklingen av begrepsbruken over tid.

Tabell 4 Frekvens og definisjon av begreper i inkluderte kommunale dokumenter for den middels store kommunen (Vågan kommune)

Utvalgte begreper frekvens og definisjon for den middels store kommunen (Vågan)
Helse og omsorgsplan 2014-2025 <i>Folkehelse</i> brukes 25 ganger Defineres: «Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot ytre helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen». <i>Sosial ulikhet/sosial utjevning</i> brukes 1 gang <i>Livskvalitet</i> brukes 2 ganger
Folkehelseplan Vågan 2017-2022 <i>Folkehelse</i> brukes 104 ganger Defineres: «Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkningen» s. 3 <i>Sosial ulikhet/sosial utjevning</i> brukes 17 ganger Defineres: «Systematiske forskjeller i helse mellom sosioøkonomiske grupper, oftest målt etter utdanningslengde, yrke og inntekt. Slike ulikheter i psykisk og somatisk helse (på gruppenivå), er altså i stor grad resultat av materielle og sosiale ressurser, og er til dels en konsekvens av sosial arv». <i>Levekår</i> brukes 15 ganger <i>Livskvalitet</i> brukes 10 ganger
Vågan kommuneplan 2017-2029 – Beskrivelse til arealdelen med kystsoner <i>Folkehelse</i> brukes 1 gang <i>Fortetting</i> brukes 7 ganger
Rapport etter fokusdager for Vågan kommune «MED ungdom i fokus» 2018 <i>Fortetting</i> brukes 3 ganger
Plan for miljørettet helsevern i barnehager og skoler 2019 <i>Folkehelse</i> brukes 3 ganger
Kommunedelplan oppvekst og inkludering 2019 <i>Folkehelse</i> brukes 1 gang <i>Livskvalitet</i> brukes 3 ganger <i>Sosial boligpolitikk/boligsosial plan</i> brukes 1 gang
Kommuneplanens samfunnsdel - Hoveddokument (2020-2032) <i>Folkehelse</i> brukes 9 ganger <i>Sosial ulikhet</i> brukes 4 ganger Defineres: «De sosioøkonomiske helseforskjellene i samfunnet påvirkes av de sosiale betingelsene mennesket lever i, og hvordan samfunnet organiseres» s. 5. <i>Levekår</i> brukes 9 ganger

Defineres: «Levekår handler om hvilke forhold vi lever våre liv under. Levekårsforhold er viktige premisser for helse og livskvalitet, og for hvordan helse fordeles i befolkningen» s. 10.

Livskvalitet brukes 8 ganger

Defineres: «*Livskvalitet handler både om materielle levekår og hvordan livet oppleves. Mange helseutfordringer er nært knyttet til sosiale levekår, og de sosiale forskjellene i samfunnet er økende*».s. 10

Sosial bærekraft brukes 2 ganger

Fortetting brukes 3 ganger

Defineres: «*Fortettingen gir muligheter for utvikling av god infrastruktur i kommunen, men stiller samtidig krav til kreative og helhetlige løsninger som knytter kommunen sammen til ett. På denne måten skal kommunen møte framtidens utfordringer som et robust, attraktivt og inkluderende samfunn*».

S. 11

4.2.2.1 Sosial ulikhet, folkehelse, levekår og livskvalitet i middels stor kommune

Folkehelse og sosial utjevning av helseforskjeller er viktige temaer i både *helse og omsorgsplanen* og i *folkehelseplanen* for Vågan.

Vågan kommune ønsker gjennom planene å legge til rette for en dreining fra reparasjon til forebygging og å stimulere innbyggerne til å ta ansvar for egen helse og ta sunne valg. For å oppnå dette må kommunen fokusere på å utjevne sosiale forskjeller gjennom god skole og trygge arbeidsplasser, legge til rette for fysisk aktivitet og kosthold, utarbeide en samordnet og forpliktende plan for kommunale enheter for tiltak på kort og lang sikt, registrere "Ungdata" i Vågan for å få bedre kunnskap om ungdommers levekår og helse, og innarbeide økonomiske konsekvenser av ny folkehelselov i kommunens handlingsplan.

Folkehelseplanen definerer flere begreper som er sentrale i folkehelsearbeidet, slik som «*folkehelse*», «*helse-determinanter*», «*sosial ulikhet i helse*» og «*helse i alt*» (s. 3-5), og understreker behovet for en felles kunnskapsbase og forståelse av disse begrepene for å fremme mer effektivt folkehelsearbeid.

Rapport etter fokusdager for Vågan kommune 'MED ungdom i fokus' 2018" viser at deltakerne på fokusdagene diskuterte ulike aspekter ved samfunnsutvikling i Vågan kommune. Planen inneholder ikke direkte informasjon om sosiale helseforskjeller, men deltakerne diskuterte strategier innen boligsosialt arbeid, fortetting, folkehelse, livskvalitet og levekår for å utjevne sosiale helseforskjeller i samfunnsutviklingsprosesser. Forslag som å styrke helsesøstertjenesten, øke tilbudet av fritidsaktiviteter, bedre tilgangen til helsetjenester og utvide byen uten å skade naturen ble diskutert. Disse tiltakene kan bidra til å forbedre folkehelse, livskvalitet og levekår, og dermed utjevne sosiale helseforskjeller i kommunen.

Kommunedelplan oppvekst og inkludering beskriver hvordan Vågan kommune ønsker å sikre en trygg og god oppvekst for alle barn og unge i kommunen. Planen legger vekt på å oppnå god folkehelse, utjevne sosiale ulikheter og sikre sosial bærekraft gjennom ulike tiltak, blant annet gjennom å implementere FNs bærekraftsmål i planarbeidet. Dette er illustrert i Figur 7, som viser satsingsområdene for kommunedelplan for oppvekst og inkludering. Målsettingene om å redusere frafall i videregående skole, øke trivsel og trygghet i skolemiljøet og tilby utdannings- og yrkesveiledning til elever. Videre har planen tydelige målsettingene om å utvikle en helhetlig og inkluderende barnehage- og skolestruktur og tilby tjenester tilpasset ulike behov. Kommunedelplanen beskriver videre flere tiltak som er knyttet til Nordlands satsning "Vårres Unge - vårres framtid" og FNs barnekonvensjon, som er en internasjonal avtale om barns rettigheter. Arbeidsmodellen legger spesielt vekt på ti artikler fra barnekonvensjonen, som blant annet omhandler barns medbestemmelse, rett til god omsorg, vern mot overgrep, særskilt vern og støtte, fullverdig liv og rett til god helse. Tiltakene som beskrives i planen er rettet mot å sikre barns rettigheter og trivsel, og bidra til god helse, utjevning av sosiale forskjeller og sosial bærekraft.



Figur 7 Illustrerer satsingsområdene for «Kommunedelplan oppvekst og inkludering 2019» (Vågan kommune).

Kommuneplanens samfunnsdel har satt mål for å oppnå god folkehelse, utjevning av sosial ulikhet, livskvalitet og gode levekår i samfunnsutviklingsprosesser. Kommuneplanen presiserer på at kommunens satsning på gode og trygge oppvekst- og læremiljø er av stor betydning for folkehelse, trivsel og livskvalitet i lokalsamfunnet. Planen fastsetter at barn og unge i Vågan skal ha gode og trygge oppvekst- og læremiljø, som bidrar til at alle unge får likeverdige muligheter til å mestre livet gjennom, og forbereder de unge på et voksenliv med

god fysisk og psykisk helse og utviklingsmuligheter for hver enkelt.

For å oppnå dette målet, legger planen vekt på å skape gode og trygge oppvekst- og læremiljø i alle tettsteder og grender, legge til rette for utvikling av god fysisk og psykisk helse for alle barn og unge, sørge for at barn og unge opplever å ha gode relasjoner til andre barn og voksne i hjemmet, i barnehagen, på skolen og på fritiden, og legge til rette for gode og utviklingsorienterte læremiljøer i hele kommunen.

Kommunedelplanen sier også at barn og unge i Vågan skal oppleve å kjenne tilhørighet i sitt miljø, og kommunen skal ha gode møteplasser der alle er inkludert. Det foreslås at dette kan oppnås ved å sørge for gode sosiale arenaer gjennom barnehage, skole og fritid, skape varierte, tilpassede og tilgjengelige kultur- og fritidstilbud, og legge til rette for at alle arenaer der barn ferdes i kommunen er inkluderende og tilgjengelige med tanke på universell utforming. Kommuneplanen slår også fast at barn og unge skal ha innflytelse på utviklingen av stedet der de bor. Dette kan oppnås ved å sikre barn og unges medvirkning i kommunale prosesser, og sørge for god demokratiopplæring i barnehager og skoler gjennom fag og deltakelse i råd og utvalg. Kommuneplanen fastsetter at gode levekårsforhold er viktige premisser for helse og livskvalitet, og for hvordan helse fordeles i befolkningen. Høy arbeidsdeltakelse er en derfor en viktig faktor for samfunnet, og for å muliggjøre en stabil og bærekraftig utvikling i Vågan. Kommunen skal derfor skape et godt arbeids- og næringsliv i kommunen, og samtidig redusere sosiale forskjeller.

4.2.2.2 Boligsosialt arbeid, sosial bærekraft og fortetting i middels stor kommune

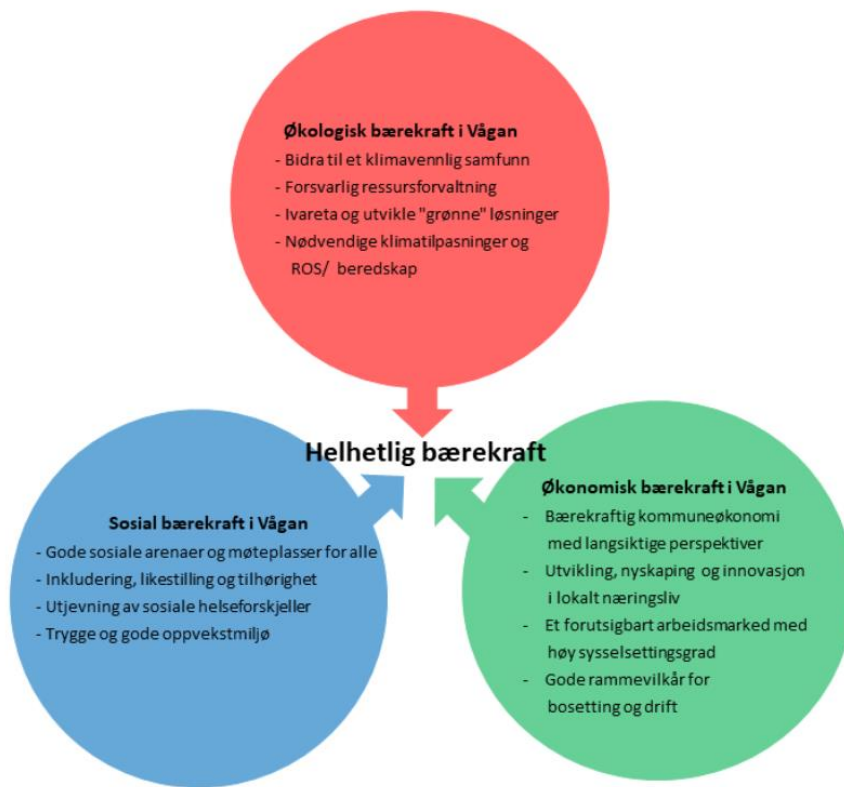
I Kommuneplans arealdel vises det til at det er ønskelig å innarbeide tiltak og virkemidler som reduserer utslipp av klimagasser og styrker tilpasningsevnen til et endret klima, som kan oppnås gjennom blant annet fortetting. Referanser til de statlige planretningslinjene for differensiert forvaltning av strandsonen blir også nevnt som viktige føringer for arealpolitikken i Vågan. Begrepet *fortetting* er brukt flere ganger i planen som en overordnet strategi for byutviklingen.

Rapporten etter fokusdager for Vågan kommune "MED ungdom i fokus" diskuterer å skape en felles idrettsklubb på tvers av alle tettstedene i kommunen som kan sees på som en form for fortetting av tjenester og ressurser i kommunen. For å oppnå fortetting og utvidelse av byen uten å skade naturen, ble det foreslått blant annet å bygge hus i høyden med flere etasjer, rive ned gamle bygninger før nybygg settes opp, og bygge hus tettere. Rapporten kan ses som en

oppfølging av *Vågan kommuneplans arealdel*, som også vektlegger betydningen av fortetting og kunnskapsbasert arealplanlegging for en bærekraftig samfunnsutvikling.

I *Plan for miljørettet helsevern i barnehager og skoler* nevnes det at miljørettet helsevern omfatter faktorer i miljøet som kan ha en indirekte eller direkte innvirkning på helsen, og at kommunen skal føre tilsyn med disse faktorene for å fremme gode sosiale og miljømessige forhold. I planen blir folkehelse trukket fram som en av kommunens plikter, og kommunen har ansvar for å føre tilsyn med faktorer og forhold i miljøet som kan påvirke helsen.

Målsettingene i *Kommuneplanens samfunnsdel* om fortetting, sosial bærekraft og en sosial boligpolitikk i Vågan kommunes samfunnsutviklingsprosesser skal oppnås gjennom flere tiltak. For å opprettholde en bærekraftig befolkningsvekst med positiv netto tilflytning og utvikle kommunen som en helhet med et sterkt bysentrum og livskraftige distrikter, skal kommunen videreutvikle Svolvær som et av de viktigste regionsentrene i Nordland, og fortette i etablerte byområder for å videreutvikle kompakte strukturer med gode urbane kvaliteter. I Figur 8 illustreres det hvordan Vågan kommune skal ivareta det sosiale bærekraftperspektivet som en del av en større strategi for *helhetlig bærekraft* i kommunen. Kommunen skal også ivareta kontrastene i kommunens ulike tettsteder som en styrke, med grunnlag i stedenes identitet og historie, og bidra til å opprettholde og utvikle sosial/teknisk infrastruktur ved hvert enkelt tettsted.



Figur 8 Illustrerer hvordan det sosiale bærekraftperspektivet ivaretas i «kommuneplanens samfunnsdel for Vågan Kommune».

Kommuneplanens samfunnsdel sier videre at for å være en attraktiv kommune for tilflyttere, skal Vågan tilrettelegge for tilstrekkelig og variert boligbygging som ivaretar ulike behov og ønsker, samt legge til rette for gode sosiale møteplasser som skaper tilknytning til stedet og bånd mellom innbyggerne. Kommunen skal også fokusere på sammenhengende infrastruktur og miljøvennlige transportløsninger ved planlegging og utvikling av næring og bolig, samt ha et aktivt samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeid med fokus på forebygging og ROS. Klimatilpasning skal være en naturlig og viktig del av kommunens planlegging, med fokus på havnivåstigning og overvannshåndtering, og kommunen skal ha trygge lokalsamfunn med kontinuerlig ROS-arbeid for kartlegging av potensielle risikomomenter og videre løsningsfokusert tilnærming.

4.2.3 Liten kommune

I Tabell 5 kan frekvens og eventuelle definisjoner av de utvalgte begrepene *folkehelse, sosial ulikhet/utjevning av sosiale helseforskjeller, levekår, livskvalitet, sosial boligpolitikk/boligsosial plan, sosial bærekraft* og *fortetting* observeres i de kommunale dokumentene for den minste kommunen (Kvæfjord), og en kan se utviklingen av

begrepsbruken over tid.

Tabell 5 Frekvens og definisjon av begreper i inkluderte kommunale dokumenter for den minste kommunen (Kvæfjord kommune)

Utvalgte begreper frekvens og definisjon for den minste kommunen (Kvæfjord)
Strategisk næringsplan 2020-2024 <i>Folkehelse</i> brukes 2 ganger <i>Livskvalitet</i> brukes 2 ganger <i>Sosial bærekraft</i> brukes 1 gang
Kommuneplanens samfunnsdel med langsiktig arealstrategi 2021-2035 <i>Folkehelse</i> brukes 3 ganger <i>Sosial ulikhet/sosial utjevning</i> brukes 3 ganger <i>Levekår</i> brukes 1 gang <i>Livskvalitet</i> brukes 5 ganger <i>Sosial bærekraft</i> brukes 1 gang <i>Fortetting</i> brukes 1 gang
Kommunedelplan for helse- og omsorg 2022-2030 <i>Folkehelse</i> brukes 6 ganger <i>Sosial ulikhet/sosial utjevning</i> brukes 1 gang <i>Livskvalitet</i> brukes 3 ganger <i>Sosial boligpolitikk/boligsosial plan</i> brukes 3 ganger
Folkehelseoversikt – Levekår og helse i Kvæfjord kommune 2022-2025 <i>Folkehelse</i> brukes 39 ganger «Folkehelse: befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen» Del 2.3: Definisjoner. <i>Sosial ulikhet/sosial utjevning</i> brukes 7 ganger <i>Levekår</i> brukes 11 ganger «Levekår påvirker helse og hvordan helse fordeles hos innbyggerne». Del 5: Oppvekst og levekårsforhold. <i>Livskvalitet</i> brukes 6 ganger <i>Sosial boligpolitikk/boligsosial plan</i> brukes 7 ganger «Det ble i mars 2022 vedtatt en ny helhetlig boligplan for Kvæfjord. Målet med denne boligplan vil blant annet være å finne ny strategi i både boligpolitikk og boligsosial planlegging. Det høye tallet med lavinntektsfamilier og aleneboende blant Kvæfjords innbyggere tillegges vekt i boligplanleggingen». Del 5.9 Oppvekst og levekår – innspill i prosessen
Boligplan for Kvæfjord 2022-2025 <i>Folkehelse</i> brukes 2 ganger <i>Sosial ulikhet/sosial utjevning</i> brukes 1 gang <i>Livskvalitet</i> brukes 1 gang <i>Sosial boligpolitikk/boligsosialt arbeid</i> brukes 15 ganger «Boligsosialt arbeid handler om å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet til å få seg en passende bolig og om å gi hjelp til å mestre boforholdet. Eksempler på boligsosialt arbeid kan være å gi råd og veiledning, tilby utleieboliger, lånefinansiering til kjøp av egen bolig, eller gi oppfølging og tjenester i hjemmet». s. 11. <i>Sosial bærekraft</i> brukes 1 gang

4.2.3.1 Sosial ulikhet, folkehelse, levekår og livskvalitet i liten kommune

Strategisk næringsplan for Kvæfjord legger vekt på å tilrettelegge for supplerende tjenester til offentlige tjenester og å utvikle næring basert på omsorg og pleie for både lokalt, regionalt og nasjonalt behov. *Næringsplanen* understreker behovet for å øke bruken av velferdsteknologi, som kan gjøre det lettere for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne å bo hjemme og delta aktivt i samfunnet. Fokuset på opprettholdelse og videreutvikling av universelt utformede natur- og friluftsområder skal bidra til å sikre at personer med ulike funksjonshemninger og eldre også kan benytte seg av disse områdene og dermed oppleve bedre helse og livskvalitet.

Kommunen, næringsliv og frivilligheten skal jobbe sammen for at folkehelseperspektivet blir ivaretatt i alle deler av Kvæfjordsamfunnet. Ved nybygg og nyetablering skal lokalisering vurderes ut fra hvilken rolle de skal spille i stedsutviklingen og i forhold til reformen «Leve hele livet». *Næringsplanen* skal også tilrettelegge for sosiale møteplasser og kulturtilbud, og vektlegger dessuten behovet for å tilrettelegge for turveier og grøntområder som kan bidra til økt livskvalitet og trivsel for alle innbyggere i Kvæfjord, uavhengig av deres sosiale og økonomiske status.

I *Kommuneplanens samfunnsdel* for Kvæfjord kommune er folkehelse et gjennomgående og et viktig satsingsområde. Dette innebærer å skape gode bomiljøer for alle, uansett alder, samt å fremme god helse og livskvalitet for alle innbyggere.

Kommunen arbeider for å motvirke økende ulikhet og utenforskap, og sikre at alle innbyggere opplever gode oppvekstmiljøer og har lik tilgang til viktige velferdsgoder som utdanning, helse- og omsorgstjenester og kultur- og aktivitetstilbud.

Kommunedelplan for helse- og omsorg for Kvæfjord kommune har en helhetlig tilnærming til forebyggende arbeid. Det foreslås å utvikle et samordnet forebyggende arbeid rettet mot barn og unge, samt å gi forebyggende tilbud til eldre som ikke har helse- og omsorgstjenester. Helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten vil spille en viktig rolle i det forebyggende arbeidet. Det planlegges også å tilby forebyggende hjemmebesøk og frisklivssentralen vil bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller ved å tilby helsefremmende aktiviteter og kurs til innbyggere i kommunen. *Kommunedelplanen* beskriver ulike tiltak som kan bidra til å gi økt tilgang til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende. For eksempel tilbys det ulike

tilrettelagte aktiviteter, velferds- og fritidstiltak til hjemmeboende med behov for bistand til dette. Det etableres også tilrettelagte botilbud til personer med demenssykdom og personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengighet. Sykepleietjenesten gir tjenester til innbyggere som trenger helsehjelp, praktisk bistand, hjemmehjelp og omsorg for å kunne bo i eget hjem lengst mulig. Kommunen tilbyr også dagtilbud til hjemmeboende med demens.

I Folkehelseoversikt – Levekår og helse i Kvæfjord kommune blir folkehelse definert som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen det påpekes at utdanningsforskjeller bidrar til sosial ulikhet i helse. *Folkehelseoversikten* bekrefter at levekår påvirker helse og hvordan helse fordeles hos innbyggerne, og derfor skal kommunen investere i gode oppvekstmiljøer for barn og unge, tilby velferdsordninger og tjenester som fanger opp barn og unge i risikogrupper, og arbeide for et inkluderende arbeidsliv og sikre inntekter for den voksne befolkningen. Livskvalitet blir også nevnt som en faktor som kan påvirke helsen positivt, og det blir derfor viktig å fremme fysisk aktivitet, god ernæring, god søvn og mental helse. Boligsosiale tiltak nevnes også, og det blir påpekt at det er vedtatt en ny helhetlig boligplan for Kvæfjord som vil bidra til å finne ny strategi i både boligpolitikk og boligsosial planlegging, med fokus på å bekjempe lavinntektshusholdninger og arbeidsledighet i kommunen.

4.2.3.2 Boligsosialt arbeid, sosial bærekraft og fortetting i liten kommune

Boligsosiale tiltak er et viktig satsingsområde i kommuneplanens samfunnsdel for å sikre god folkehelse og utjevne sosiale helseforskjeller. Kommunen legger til rette for fortetting og knutepunktutvikling, samtidig som det sikres tilgang til gode boliger for alle. Kommunen jobber for å skape inkluderende og bærekraftige lokalsamfunn, der alle innbyggere har lik tilgang til viktige tjenester og goder, dette er illustrert i Figur 11 som viser de tre satsingsområdene i kommuneplanens samfunnsdel, basert på FN's bærekraftsmål. Fortetting er også en viktig strategi i planen for å skape en mer bærekraftig kommune der det legges til rette for næringsarealer, næringsetablering og boligutvikling.



Figur 9 De tre satsningsområdene i kommuneplanens samfunnsdel basert på FN's bærekraftsmål (Kvæfjord kommune).

Til sist tar *Boligplanen for Kvæfjord kommune* opp flere temaer som er relevante for samfunnsutviklingsprosesser og for å utjevne sosiale helseforskjeller i kommunen, har boligplanen flere tiltak som kan bidra til dette, som økt bruk av virkemidler gjennom Husbanken, mer varierte boligstørrelser og godt bomiljø med møteplasser og forskjønning av uterom, samfunnsinnsatser på et godt lokalsamfunn og en god oppvekstkommune, og økt samarbeid og smartere bruk av tiltak og virkemidler.

Som vist i Figur 10 har kommunen definert 3 satsingsområder for sin *Boligplan*.

Boligplanen vektlegger at boligområder bør være godt utformet og legge til rette for fysisk aktivitet og tilgang til grøntareal og rekreasjonsområder for å fremme helse blant befolkningsgrupper som har lavere inntekt og dermed kanskje har mindre tilgang til slike fasiliteter.

Videre skal kommunen jobbe med økt bolyst og attraktive bomiljø, tilrettelegging for aldersvennlige boliger og økt samarbeid mellom kommunen og private utbyggere for å realisere flere behovsrettede boliger.



Figur 10 Målområder fra "boligplanen for Kvæfjord kommune".

5 Diskusjon

I denne delen vil studiens funn diskuteres i lys av oppgavens teoretiske rammeverk og litteratur. Diskusjonen er strukturert for å besvare studiens problemstilling: : «*Hvordan implementerer tre ulike norske kommuner politikk knyttet til utjevning av sosiale helseforskjeller i samfunnsutviklingsprosesser, og kan eventuelle forskjeller knyttes til kommunenes størrelse?*».

Samt hypotesen om at det vil være forskjeller mellom kommunene i omfanget av planer og styringsdokumenter som behandler utjevning av sosiale helseforskjeller i samfunnsutviklingsprosesser, og at disse forskjellene kan knyttes til kommunenes størrelse.

5.1 Forskjeller i dokumenter og frekvens av sentrale begrep

Funnene presentert i tabell 2, i delkapittel 4.1, viser at det er noen variasjoner i hvilke dokumenter som er utarbeidet fra hver kommune. Likt for alle kommunene var at de lovpålagte dokumentene som kommuneplanens samfunns- og arealdel, samt en folkehelseplan eller oversikt, fantes tilgjengelige på de tre kommunenes nettsider. Dette er dokumenter som alle norske kommuner er pålagt å utarbeide ifølge Folkehelseslovens §5 (2011) og plan- og bygningslovens §10-1 (2008).

Forskjellen i tilgjengelig relevant datamateriale på nettsidene for hver av kommunene inkludert i denne studien, lå i de valgfrie dokumentene som kommunene selv velger å utforme.

Den store kommunes dokumenter utgjør det største datamaterialet i denne studien, og denne kommunen er også den som tidligst vedtok dokumenter med relevans opp mot utjevning av sosiale helseforskjeller i samfunnsutviklingsprosesser, tilbake i 2012.

Noen videre definisjon av de mest sentrale begrepene som *folkehelse*, *sosial ulikhet* og

boligsosialt arbeid kommer dog ikke før i kommunens heleversikt fra 2018 (Helseoversikt for Narvik kommune 2018).

Det er spesielt i dokumentene fra 2018 og fremover at kommunen har en økende grad av fokus på utjevning av sosiale helseforskjeller, da særlig gjennom en boligsosial politikk og strategier for å bekjempe barnefattigdom. Begrepene *livskvalitet* og *samfunnsutvikling*, som kan være relatert til å redusere sosiale helseforskjeller i samfunnsutviklingen, brukes også hyppigere i de senere dokumentene. Kommunenes fokus på utjevning av sosiale helseforskjeller er spredt over ulike dokumenter, og er ikke alltid like konkret. Det er likevel positivt å se at temaet blir nevnt i flere planer og strategier, som kan bidra til å øke bevisstheten og prioriteringen av dette i kommunens samfunnsutviklingsprosesser.

Inkluderte dokumenter i denne studien er utarbeidet i perioden 2012-2022, og i løpet av denne tiårsperioden har det vært økt fokus på å utjevne sosiale helseforskjeller i Norge. Hagen et al. (2018) viste blant annet at i perioden mellom 2011 og 2017 økte antall kommuner som laget folkehelseoversikter og brukte dem som grunnlag for planlegging og utforming av politikk og tiltak. Dette har vært sentralt for å iverksette folkehelsearbeidet i kommunene (Hagen et al., 2018).

Flere nasjonale strategier og planer som har som mål å bedre helsen til sårbare grupper har blitt lansert, og senest i mars 2023 kom den seneste folkehelsemeldingen «Nasjonal strategi for utjevning av helseforskjeller» (Meld. St. 15, 2022-2023). Folkehelsemeldinga «Gode liv i et trygt samfunn» (Meld. St. 19, 2018-2019) fastslo at regjeringen skulle forsterke innsatsen på områder som gjaldt barn og unge, forebygging av ensomhet og mindre sosial ulikhet i helse. I tillegg ble ny nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken som samlet og målrettet den offentlige innsatsen overfor vanskeligstilte på boligmarkedet iverksatt for tidsrommet 2021-2024. Denne økte satsingen på utjevning av sosial ulikhet nasjonalt i tidsrommet gjenspeiles i samtlige kommunale dokumenter som behandler samfunnsutviklingsprosesser inkludert i denne studien, ved at frekvensen av begreper knyttet til utjevning av sosial ulikhet og folkehelse stort sett øker i takt med hvor nye dokumentene er.

Den middels store kommunen hadde nest flest relevante dokumenter tilgjengelig på sine nettsider, og det tidligst vedtatte dokumentet for denne kommunen er fra 2014. Basert på frekvensen og bruken av de utvalgte begrepene i kommunale dokumenter fra denne kommunen, kan det sies at *folkehelse* og *sosial ulikhet/sosial utjevning* er hyppig omtalt i dokumentene, og defineres allerede i kommunenes folkehelseplan for perioden 2017-2022

(Folkehelseplan Vågan 2017-2022). *Levekår* og *livskvalitet* er også begreper som brukes relativt hyppig, og det er en definisjon på disse begrepene i dokumentene.

Mens *sosial ulikhet/sosial utjevning* ble nevnt kun en gang i kommunens helse og omsorgsplan (Helse og omsorgsplan 2014-2025, Vågan) ble begrepene brukt 17 ganger i kommunens folkehelseplan fra 2017 (Folkehelseplan for Vågan kommune 2017-2022).

Dette kan indikere at kunnskapen om gradientutfordringen er økende blant kommunens beslutningstakere. Bruken av begrepene som *sosial boligpolitikk/boligsosial plan*, *sosial bærekraft* og *fortetting* kan indikere at kommunen ønsker å ta hensyn til de sosiale faktorene som kan påvirke helsen og trivselen til innbyggerne. Kommunen planlegger å ta i bruk helhetlige og kreative løsninger for å møte framtidige utfordringer som et attraktivt og inkluderende samfunn.

Det er imidlertid verdt å merke seg at begrepene *sosial ulikhet/sosial utjevning* ikke blir brukt like hyppig som begrepet *folkehelse* i dokumentene, og det er ikke like mange definisjoner knyttet til dette begrepet. Dette kan indikere at fokuset på utjevning av sosiale helseforskjeller ikke har vært like sterkt som fokuset på folkehelse generelt i kommunens samfunnsutviklingsprosesser.

Den mellomstore kommunen hadde utarbeidet en rapport etter fokusdager i kommunen (Rapport etter fokusdager for Vågan kommune «MED ungdom i fokus», 2018), der ulike temaer skulle fokuseres på gjennom dagene slik som «fysisk og psykisk helse», «læring og trivsel, og «kultur og fritid». Fokusdagene ble holdt i forbindelse med kommuneplanarbeidet i den mellomstore kommunen. MED ungdom i fokus ble invitert til kommunen for å lære opp lokal ungdom som tilretteleggere, slik at ungdommene selv kunne gjennomføre en serie av fokusdager for elever fra kommunen. Hovedmålet med fokusdagene var at kommunen skulle få innspill fra barn og unge for videre planarbeid samt inspirere til videre engasjement i planarbeidet.

Dette er et godt eksempel på hvordan kommunene kan jobbe for medvirkning og livskvalitet for unge i kommunene. Den mellomstore kommunen var den eneste av kommunene som hadde utarbeidet en slik rapport som dokumenterer en slik medvirkningsprosess og forsøk på inkluderingen av unge innbyggere i folkehelsearbeidet i kommunen.

Medvirkningsprinsippet innebærer at alle skal ha mulighet til å bidra med sine synspunkter i utarbeidelse av folkehelsearbeidet, og lovfester borgernes mulighet for politisk deltakelse og innflytelse. Folkehelseloven slår fast at «Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging» (Folkehelseloven, 2011, § 4).

Ved manglende medvirkning kan kommuner gå glipp av mange gode tiltak som kan hjelpe til med å redusere de sosiale helseforskjellene kommunen har, i tillegg til å oppdage og påvirke negative faktorer som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Den minste kommune hadde færrest relevante dokumenter for denne studien tilgjengelig på kommunens nettside, og var også den kommunen som senest vedtok dokumenter med relevans for denne studien.

Basert på funnene i denne studien kan det virke som om den minste kommune også har en økende oppmerksomhet på utjevning av sosiale helseforskjeller i samfunnsutviklingsprosesser. Begreper som *sosial ulikhet/sosial utjevning* og *levkår* blir nevnt flere ganger i de nyeste kommunale dokumentene.

Begrepene *sosial bærekraft* og *fortetting* brukes imidlertid sjeldnere, men kommunen har vedtatt en ny helhetlig boligplan i 2022 (Boligplan for Kvæfjord 2022-2025) for å skape en ny strategi for både boligpolitikk og boligsosial planlegging, der målet er å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet til å få seg en passende bolig, og denne tar hensyn til både levekår og sosial ulikhet.

Et av funnene fra denne studien som særlig bør trekkes frem i er at den minste kommunen og den største kommunen inkludert i denne studien hadde begge utarbeidet en plan eller strategi for boligsosialt arbeid i kommunen. Det hadde ikke den mellomstore kommunen, selv om det er fastslått at ansvaret for å forvalte den statlige boligpolitikken ligger hos kommunene (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2020). Fosse et al (2018) sier at større kommuner har høyere sannsynlighet for å definere levekår som en hovedutfordring sammenlignet med mindre kommuner. Man kan ifølge Fosse et al. (2018) anta at det å sikre gode levekår er mer krevende i større og mer urbaniserte kommuner enn i mindre kommuner. De større og mer urbaniserte kommunene er mer heterogene og komplekse, og urbaniserte steder tiltrekker seg både undergrupper av mennesker med mangel på ressurser og er preget av et internt gap av sosiale ulikheter i helse (Fosse et al., 2018).

Likevel kommer den minste kommunen inkludert i denne studien bedre ut på dette området sammenlignet med den mellomstore kommunen.

Funnene viser samlet sett at den minste kommunen har et visst fokus på utjevning av sosiale helseforskjeller i samfunnsutviklingsprosesser, men dette fokuset er ikke like tydelig som for eksempel fokuset på folkehelse og livskvalitet. Kommunen har imidlertid inkludert begreper som *sosial ulikhet/sosial utjevning* og *sosial boligpolitikk/boligsosial plan* i flere av sine dokumenter, og det er også positivt å se at begrepene brukes hyppigere over tid.

Generelt tyder funnene på at implementeringen av folkehelsepolitikk kom tidligst i gang i den største kommunen, deretter fulgte den middels store kommunen og til sist den minste kommunen i denne studien.

Alle de studerte kommunene viser et økende fokus på utjevning av sosiale helseforskjeller fra 2012 i sine samfunnsutviklingsplaner, og særlig fra 2018 og frem til i dag har frekvensen av de utvalgte begrepene økt i de kommunale dokumentene.

Disse funnene bekrefter tidligere forskning på området som beskrevet i delkapittel 1.2 (Fosse et al, 2018; Berg et al, 2018; Hagen et al. 2018), som viser disse tendensene til at de små kommunene har slitt mer med HiAP-implementering enn de store kommunene, men at kommunene stort sett har blitt bedre til å implementere HiAP-prinsippet etter at Folkehelseloven tredde i kraft. Funnene fra denne studien kan dessuten tyde på at det største gapet mellom kommunenes politikkomplementeringsarbeid på folkehelsefeltet er i ferd med å tettes, og at ressurser for å utjevne sosiale helseforskjeller i samfunnsutviklingsprosessene i kommunene prioriteres.

5.2 Helse-determinantenes plass i den kommunale samfunnsutviklingen

Helse-determinanter som *sosial ulikhet, folkehelse, levekår og livskvalitet* er særlig på agendaen i den største kommunen. Kommunen har flere dokumenter og planer som understreker betydningen av å skape trygge forhold for barn og unge, fremme sysselsetting, aktivitet og deltakelse i samfunnet, samt sikre tilgang til trygge og gode levekår, helsetjenester og utdanning. Det kommer frem i funnene at kommunen ikke prioriterer noen innbyggere fremfor andre, og kommunale planer og dokumenter har som mål å redusere sosiale helseforskjeller og skape gode levekår for alle.

Den største kommunen har en boligstrategi (Boligstrategi for Narvik kommune 2018-2020) som tar sikte på å utjevne *sosiale helseforskjeller* gjennom *boligsosialt arbeid og fortetting*, og kommunen utfordrer sin egen rolle og redskaper gjennom transformasjon av eksisterende by- og boligmasse og mindre ny feltutbygging. Kommunens kulturplan har som mål å fremme kulturelt mangfold og sosial rettferdighet, og understreker betydningen av kultur for å øke sosial trivsel og fremme likestilling, og søker å skape et kulturmiljø som er inkluderende og tilgjengelig for alle.

Funnene tyder på at denne kommunen tar hensyn til de sosiale helse-determinantene i sin planlegging og arbeid. Plan for Oppvekst understreker betydningen av å skape trygge levekår for barn og unge, og Plan for fysisk aktivitet og naturopplevelser har som mål å øke

tilgjengeligheten til fysisk aktivitet og friluftsliv for alle befolkningsgrupper og fremme en sunn livsstil. Kommuneplanens samfunnsdel har som mål å fremme sysselsetting, aktivitet og deltakelse og sikre tilgang til grunnleggende behov som trygge boliger, utdanning, helse og omsorgstjenester. Kommunens helseoversikt legger opp til økt fokus på tidlig forebygging, intervensjoner, rehabilitering og habilitering for å redusere sosiale helseforskjeller.

Som påpekt av Hagen et al. (2018) bør alle offentlige initiativ, tiltak og reformer vurderes for å finne ut om de favoriserer noen grupper eller slår uheldig ut for andre. Ifølge Fosse et al. (2018) har det vært en økning i antall kommuner som har laget oversikter over helseutfordringer og som bruker disse som grunnlag for planlegging og utforming av politikk og tiltak. Dette kan ses som en konsekvens av innføringen av Folkehelseloven i 2012, hvor utjevning av sosiale helseforskjeller er en av hovedmålsettingene. Kommunene har også økt sin kompetanse om hva de kan gjøre for å redusere sosiale helseforskjeller (Fosse et al, 2018). Forskningen viser at det å ha tilgang til trygge og gode levekår, helsetjenester, utdanning og arbeid kan bidra til å redusere sosiale helseforskjeller og forbedre folkehelsen generelt (Marmot, 2005).

Å sikre at alle har like muligheter til å nyte disse fordelene er også en viktig faktor for å redusere sosial ulikhet i helse. Kommunale planer og tiltak som tar sikte på å utjevne sosiale helseforskjeller og skape like muligheter for alle innbyggere er derfor avgjørende for å bedre folkehelsen og livskvaliteten i samfunnet.

I den middels store kommunen viser funnene at er det en rekke strategier og planer som tar sikte på å adressere sosiale determinanter for helse.

Rapporten «Med Ungdom i Fokus» viser at deltakerne diskuterte ulike sider ved samfunnsutviklingen i kommunen, og strategier ble diskutert innen *fortetting*, folkehelse, livskvalitet og levekår for å redusere sosiale helseforskjeller i samfunnsutviklingsprosesser. Kommunedelplanen for oppvekst og inkludering beskriver også hvordan den middels store kommunen ønsker å sikre en trygg og god oppvekst for alle barn og unge. Planen legger vekt på å oppnå god folkehelse, utjevne sosiale ulikheter og sikre sosial bærekraft gjennom ulike tiltak.

En reduksjon av sosiale helseforskjeller kan oppnås gjennom tiltak som fokuserer på sosiale determinanter for helse, som utdanning, arbeid og bolig, og tiltak som øker tilgangen til helsetjenester, fremmer forebyggende helsetjenester og tilrettelegger for sunne miljøer og livsstiler kan også bidra til å redusere helseforskjeller (Marmot et al., 2012).

Den middels store kommunen har en helhetlig tilnærming til å utjevne sosiale helseforskjeller

gjennom sine ulike strategier og planer. Den tar sikte på å skape gode boligmiljøer for alle, tilbyr tjenester og velferdsordninger som ivaretar barn og unge i risikogrupper, fremmer forebyggende helsetjenester og tilbyr tjenester til eldre og funksjonshemmede. Kommunen satser også på å utvikle natur- og friluftsområder som tilrettelegger for mennesker med nedsatt funksjonsevne og eldre. Videre legger kommunen vekt på å utvikle en helhetlig og inkluderende barnehage- og skolestruktur og tilbyr utdannings- og yrkesveiledning til elever. Disse tiltakene er i tråd med litteraturens anbefalinger for å redusere sosiale helseforskjeller.

Den minste kommunens fokus på å redusere sosial ulikhet og fremme helse er tydelig i de ulike strategier og planer.

Den minste kommunen fremhever også behovet for universelt utformede natur- og friluftsområder for å bedre helsen og livskvaliteten til mennesker med ulike funksjonshemninger og eldre trekkes også særlig frem i den minste kommunens dokumenter. Funnene tyder på at den minste kommunens fokus på boliger og bærekraftige lokalsamfunn stemmer overens med relevant litteratur om sosiale determinanter for helse, og gjennom å utvikle en boligplan har den minste kommunen tatt grep for å forsøke å sikre tilpassede boliger for alle sine innbyggere.

Den minste kommunens innsats for å redusere sosiale forskjeller i samfunnsutviklingsprosesser og fremme helse gjennom ulike strategier og planer, inkludert fokus på boliger og bærekraftige lokalsamfunn, er i tråd med relevant litteratur om sosiale determinanter for helse.

Kommunens dokumenter vektlegger viktigheten av å skape gode bomiljøer for alle innbyggere, og forskning indikerer at bolig er en kritisk determinant for helse og er assosiert med ulike helseutfall, inkludert mental helse, fysisk helse og helseatferd (Marmot, 2005).

Derfor bør boligpolitikk som tar sikte på å redusere sosiale ulikheter og fremme helse fokusere på å tilby rimelige, tilstrekkelige og trygge boliger, forbedre kvaliteten på eksisterende boliger og skape inkluderende og bærekraftige samfunn (Marmot, 2005).

Kommunens helhetlige og langsiktige perspektiv på å redusere sosiale ulikheter er i tråd med litteraturen, som understreker behovet for helhetlige tilnærminger for å adressere sosiale determinanter for helse (Marmot, 2005).

Når det kommer til involvering av helsedeterminanter i deres kommunale dokumenter, viser funnene fra de studerte kommunene at alle har en bevissthet om betydningen av å utjevne sosiale helseforskjeller og fokuserer på å skape trygge forhold for barn og unge, fremme

sysselsetting, aktivitet og deltakelse, samt sikre tilgang til trygge og gode levekår, helsetjenester og utdanning.

De inkluderte kommunene tar hensyn til de sosiale helsedeterminantene i sin samfunnsplanlegging og sitt arbeid med samfunnsutvikling, og at kommunale planer og tiltak som tar sikte på samfunnsutvikling også tar høyde for å utjevne sosiale helseforskjeller og skape like muligheter for alle innbyggere er avgjørende for å bedre folkehelsen og livskvaliteten i samfunnet.

5.3 Implementering av folkehelsepolitikk kommunale planprosesser

Funnene fra den store kommune viser at kommunen planlegger å skape trygge rammer for barn og unge, sikre deres deltakelse i samfunnsutviklingen, gi tilstrekkelig støtte til familier og foreldre, og prioritere folkehelse for å bedre levekårene for alle innbyggere, spesielt barn og unge.

De kommunale planene og dokumentene legger også vekt på klima og miljø, økonomisk utvikling og transport for å sikre bærekraftig vekst og utvikling. Helseoversikten for Narvik kommune beskriver kommunens ansvar for å fremme folkehelse og redusere sosiale helseforskjeller ved å legge til rette for et fellesskap som gir gode helseforhold og koordinere folkehelsearbeid og forebyggende tiltak på tvers av kommunens enheter. Kommunens mål er å forebygge fysisk og psykisk sykdom, skade eller funksjonshemming, redusere sosiale helseforskjeller, og beskytte befolkningen mot faktorer som påvirker helsen negativt.

Planen krever imidlertid mer samarbeid og innsats fra ulike enheter og sektorer i kommunen for å nå målet om å fremme folkehelse, redusere sosiale helseforskjeller, og beskytte innbyggerne mot faktorer som påvirker helsen negativt. Funnene indikerer at kommunen jobber mot å implementere folkehelsepolitikk som reduserer sosiale helseforskjeller og beskytter innbyggerne mot faktorer som påvirker helsen negativt, men det kreves mer innsats for å sikre at politikimplementeringen lykkes.

Matlands Policy Implementation Theory fra 1995 beskriver faktorene som påvirker vellykket implementering av policyer. Teorien sier at policyimplementering påvirkes av flere variabler som policydesign, egenskapene til de som skal implementere politikken, målpopulasjonen og det ytre miljøet (Matland, 1995). Det understreker også viktigheten av samarbeid og koordinering mellom interessenter for å nå politiske mål.

Samlet sett viser funnene at Ambiguity-Conflict-modellen for politikimplementering er anvendelig i Narvik kommune, der konflikt og tvetydighet kan påvirke utfallet av politikk.

Matlands modell identifiserer to sentrale utfordringer: tvetydighet og konflikt. Tvetydighet refererer til mangel på klarhet eller usikkerhet i politiske mål eller virkemidler, mens konflikt refererer til uenighet mellom interessenter om målene eller virkemidlene for en policy.

Basert på funnene har den store kommunen iverksatt ulike retningslinjer rettet mot å gi like muligheter og skape trygge og støttende forhold for barn, fremme fysisk aktivitet og naturopplevelser for alle, og sikre tilgang til grunnleggende behov som bolig, arbeid, utdanning og helsetjenester.

Om en skal se på tvetydighet, ser politikken ut til å ha klare mål og strategier, som beskrevet i ulike kommuneplaner som Kommunedelplan for oppvekst, Kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelser, og Kommuneplanens samfunnsdel. Det kan imidlertid fortsatt være en viss usikkerhet om hvordan man best implementerer disse retningslinjene eller hvor effektive de vil være for å nå sine mål.

Når det gjelder konflikt, gir planene ingen informasjon om uenigheter mellom interessenter angående disse retningslinjene. Det er imidlertid viktig å merke seg at konflikt kan oppstå på alle stadier av policyimplementering, og det er viktig å håndtere konflikter effektivt for å sikre vellykket implementering.

Basert på Matlands ambiguity/Conflict-modell, kan funnene fra den store kommunen tolkes som en kombinasjon av administrativ, politisk og eksperimentell implementering.

I kommunedelplanen for oppvekst for eksempel, virker implementeringen å være mer administrativ, da det er klart hvilke aktører som skal være involvert og tiltakene som skal gjennomføres for å sikre trygge oppvekstsvilkår og bedre levekårene for innbyggerne.

Men om en ser på kommunedelplanen for fysisk aktivitet og naturopplevelser, virker implementeringen å være mer eksperimentell, da kontekstuelle forhold, som tilgjengelighet og friluftslivsaktivitet, styrer implementeringen.

Kommuneplanens samfunnsdel kan sees som en kombinasjon av politisk og administrativ implementering, da målene og strategiene for å utvikle den store kommunen til en bærekraftig og attraktiv kommune er bestemt fra toppen, men lokale aktører og innbyggere spiller også en viktig rolle i implementeringen. For eksempel kan lokalbefolkningen og ulike interessegrupper samarbeide for å fremme arbeid, aktivitet og deltagelse, og for å sikre grunnleggende behov og gode bo- og oppvekstsvilkår for alle innbyggerne.

Funnene fra den middels store kommunen viser at kommunen har som mål å sette fokus på forebygging og stimulere innbyggerne til å ta ansvar for sin helse ved å redusere sosiale

forskjeller gjennom gode skoler og trygge arbeidsplasser, fremme fysisk aktivitet og sunt kosthold, og lage en samordnet og forpliktende plan for kort- og langsiktige tiltak.

Kommunens fokus på folkehelse og sosial likestilling i sine planer kan redusere uklarhet i gjennomføringen.

Målene for kommunedelplan for oppvekst og inkludering er blant annet å redusere frafallet i videregående skole, øke trivsel og sikkerhet i skolemiljøer og tilby utdannings- og karriereveiledning til elever. Videre har planen klare mål om å utvikle en helhetlig og inkluderende barnehage- og skolestruktur og tilby tjenester tilpasset ulike behov. Planen beskriver også flere tiltak knyttet til fylkeskommunens satsing «Vårres unga – vårres fremtid» og FNs barnekonvensjon, som er en internasjonal avtale om barns rettigheter.

Arbeidsmodellen legger vekt på ti artikler fra konvensjonen, inkludert barns deltakelse i beslutningsprosesser, rett til god omsorg, beskyttelse mot overgrep, spesiell beskyttelse og støtte, fulle liv og rett til god helse. Tiltakene beskrevet i planen har som mål å sikre barns rettigheter og trivsel, fremme god helse, redusere sosiale ulikheter og sikre sosial bærekraft.

Kommunens samfunnsutviklingsplan har satt mål om å oppnå god folkehelse, redusere sosial ulikhet, bedre livskvalitet, og sikre gode levekår. Planen understreker at kommunens fokus på å skape gode og trygge oppvekst- og læringsmiljøer har stor betydning for folkehelsen.

Fokuset på folkehelse og sosial likestilling i kommunens planer kan redusere uklarhet i gjennomføringen.

For å se på implementeringen av folkehelsepolitikk rettet mot å redusere sosial ulikhet samfunnsutviklingsprosesser i den middels store kommunen fra Matlands Ambiguity-Conflict-modell for policyimplementering (1995), må en identifisere potensielle kilder til tvetydighet og konflikt i politikken.

En potensiell kilde til tvetydighet er at politikken er ganske bred og generell. For eksempel kan fokus på å bedre helseresultater og redusere sosiale forskjeller gjennom gode skoler og trygge arbeidsplasser, fysisk aktivitet og sunt kosthold, og en koordinert og forpliktende plan for kort- og langsiktige tiltak være vanskelig å operasjonalisere i praksis. Noe som kan skape uklarhet rundt de konkrete strategiene som må implementeres for å nå politikkenes mål.

En potensiell kilde til konflikt er at politikken kan kreve endringer i eksisterende strukturer og praksis som kan være vanskelig å implementere. For eksempel kan målet om å redusere frafallet i videregående skole kreve betydelige endringer i utdanningssystemet, noe som kan skape konflikt med eksisterende strukturer og praksis. I tillegg kan noen av de foreslåtte tiltakene, som å utvide byen uten å skade naturen, være utfordrende å gjennomføre i praksis og kunne skape konflikter mellom ulike interessegrupper.

For å adressere disse potensielle kildene til tvetydighet og konflikter, kan det være behov for beslutningstakere i den middels store kommunen å utvikle mer spesifikke og målrettede retningslinjer som gir klare føringer for hvordan man kan nå målene om å redusere sosiale forskjeller og bedre helseresultater. De kan også trenge å jobbe tett med sentrale interessenter for å identifisere potensielle kilder til konflikt og utvikle strategier for å håndtere dem. Til slutt kan det hende de må overvåke implementeringen av retningslinjene nøye for å identifisere områder der konflikter eller uklarheter oppstår og foreta justeringer som er nødvendig for å sikre at retningslinjene når de tiltenkte målene.

Basert på disse funnene kan policyimplementeringen fra den middels store kommunen tolkes som en kombinasjon av eksperimentell og politisk implementering i lys av Matlands ambiguity/Conflict-modell. Det høye fokuset på sosial utjevning og folkehelse viser at det er et klart mål for implementeringen, men det er høy tvetydighet og lav konflikt om hvordan dette skal oppnås. Dette kan derfor også sees som et eksempel på eksperimentell implementering. Dette skyldes at tvetydigheten er høy når det gjelder hvordan folkehelseplanene skal implementeres og hvilke tiltak som er mest effektive. Samtidig er konfliktnivået lavt, og implementeringen påvirkes av lokale faktorer og aktører som er aktive og involverte. Dette kan føre til en mer tilfeldig tilnærming til implementeringen og et utfall som i stor grad avhenger av hva aktørene anser som viktig (Matland, 1995).

I den minste kommunen innebærer politikimplementeringen for å redusere sosial ulikhet en flerstrengt tilnærming. Den strategiske virksomhetsplanen understreker behovet for å utvikle omsorgstjenester basert på lokal, regional og nasjonal etterspørsel og øke bruken av velferdsteknologi. Planen fremhever også viktigheten av å opprettholde og utvikle universelt utformede natur- og rekreasjonsområder for å sikre at personer med ulike funksjonshemninger og eldre kan bruke dem.

Samlet sett ser politikimplementeringen i den minste kommunen ut til å innebære et samarbeid mellom ulike interessenter, inkludert kommune, næringsliv og frivillige organisasjoner, for å fremme god helse og livskvalitet for alle innbyggere. Selv om det kan være noen tvetydigheter og konflikter som oppstår under implementering av politikk, antyder de ulike planene og rapportene at det er et felles mål om å redusere sosial ulikhet og forbedre trivselen til alle innbyggere. Politikken tar sikte på å skape gode bomiljøer for alle, uavhengig av alder, og å gi lik tilgang til utdanning, helsetjenester og kultur- og fritidsaktiviteter. Strategiplanen for kommunen understreker behovet for å utvikle virksomheter basert på

omsorgs- og hjelpetjenester for både lokale og regionale behov, samt viktigheten av å øke bruken av velferdsteknologi for å støtte eldre og funksjonshemmede til å bo i hjemmet og delta aktivt i samfunnet.

Det er tydelig at den minste kommunen har et økende fokus på folkehelse og økt livskvalitet for alle innbyggere. Dette er et gjennomgående tema i flere av kommunens planer og strategier, og det er flere konkrete tiltak for samfunnsutviklingen som skal bidra til dette målet. Imidlertid kan det være utfordringer knyttet til implementeringen av disse planene. For eksempel kan det være motstridende interesser og mål mellom næringslivet og kommunens planer om å utvikle omsorgstjenester og velferdsteknologi. Det kan også være motstridende interesser mellom ulike grupper av innbyggere, for eksempel når det gjelder bruk av natur- og friluftsområder.

På den annen side kan den minste kommunens fokus på folkehelse og økt livskvalitet også bidra til å redusere konfliktnivået. Ved å skape gode bomiljøer og tilby velferdsordninger og tjenester til alle innbyggere, kan kommunen bidra til å redusere ulikheter og utenforskap. Ved å tilrettelegge for universelt utformede natur- og friluftsområder og tilby frisklivssentralen og ulike helsefremmende aktiviteter, kan kommunen også bidra til å øke trivsel og livskvalitet for alle innbyggere.

Alt i alt kan implementeringen av kommunens planer og strategier knyttet til folkehelse og livskvalitet påvirkes av ulike faktorer, inkludert motstridende interesser og mål. Det er viktig å være oppmerksom på disse utfordringene og jobbe aktivt for å løse dem.

Policyene som den minste kommunen benytter er i tråd med Matlands Ambiguity-Conflict-modell for policyimplementering (1995), da de understreker behovet for klare målsettinger og samarbeid mellom interessenter. Disse retningslinjene tar sikte på å redusere tvetydighet og konflikter i implementeringsprosessen ved å gi klare retningslinjer og mål for interessenter og fremme samarbeid mellom interessenter for å sikre effektiv policyimplementering.

Basert på Matlands ambiguity/conflict-modell, kan funnene fra den minste kommunen beskrives som en kombinasjon av administrativ og eksperimentell implementering. Et lavt konfliktnivå antyder at det ikke er uenighet om implementeringen av planene, mens en høy grad av tvetydighet antyder at utfallet kan være mer tilfeldig og opp til hva aktørene anser som viktig.

For eksempel så fokuserer kommunens næringsplan på å tilrettelegge for velferdsteknologi og universelt utformede natur- og friluftsområder. Planen understreker også viktigheten av samarbeid mellom kommunen, næringslivet og frivilligheten for å ivareta

folkehelseperspektivet i alle deler av samfunnet. Kommuneplanens samfunnsdel har også som mål å skape gode bomiljøer for alle og fremme god helse og livskvalitet for alle innbyggere. Dette indikerer en mer administrativ tilnærming til implementering av planene, hvor det er klart hvilke aktører som skal være aktive og stabile aktører utvikler standard driftsprosedyrer for å fremskynde arbeidet. Samtidig er det også en eksperimentell implementering, hvor kontekstuelle forhold styrer implementeringen, og utfallet kan være mer eller mindre tilfeldig og avhengig av hva aktørene anser som viktig (Matland, 1995).

Om en sammenligner funnene fra de tre kommunene viser disse noen forskjeller i policyimplementeringen mellom dem. Den store kommunen har klare mål og strategier i kommunedelplaner som fokuserer på å gi like muligheter og skape trygge og støttende forhold for barn, fremme fysisk aktivitet og naturopplevelser for alle, og sikre tilgang til grunnleggende behov som bolig, arbeid, utdanning og helsetjenester. Implementeringen kan tolkes som en kombinasjon av administrativ, politisk og eksperimentell implementering. Den middels store kommunen har også klare mål for å redusere sosiale forskjeller og bedre helseresultater. Imidlertid er det tvetydighet om hvordan dette skal oppnås, og implementeringen kan tolkes som en kombinasjon av eksperimentell og politisk implementering.

Den minste kommunen har også mål for å bedre innbyggernes livskvalitet, men det er begrenset informasjon om kommunens retningslinjer og strategier for å oppnå disse målene. Implementeringen kan tolkes som eksperimentell og administrativ, hvor lokale faktorer og aktører påvirker implementeringen.

Dette kan indikere at beslutningstakere i kommuner av ulik størrelse kan ha utbytte av å inspireres av hverandres politikktutformingsprosesser, slik at mer spesifikke og målrettede retningslinjer med klare føringer for måloppnåelse kan utvikles.

5.3.1 Studiens styrker og svakheter

Denne studien er gjennomført som en komparativ kasusstudie basert på utvalgte dokumenter som er åpent tilgjengelige fra tre ulike kommuners hjemmesider.

Andersen (2013) antyder at det ikke er antall kasuser som er avgjørende, men deres betydning innenfor en analytisk ramme. Det vil nok være variasjoner i hvordan alle de 356 norske kommunene implementerer begreper og politikk knyttet til utjevning av sosiale helseforskjeller i sine dokumenter.

Derfor blir det ifølge Andersen (2013) heller et spørsmål om når "metningspunktet" i antall kasuser er nådd. Denne studiens hensikt er ikke å generere ny teori, men å gi innsikt i hvordan hva som skjer når nasjonale målsettinger og politikk som har som mål å utjevne sosiale helseforskjeller skal oversettes til lokal handling og implementeres i et komplekst landskap gjennom samfunnsutvikling, og å sammenligne hvordan kommuner av ulik størrelse håndterer denne utfordringen i sine planprosesser. Flyvbjerg (2006) bemerker at evnen til å studere samtidsspørsmål er en sentral fordel med casestudier og derfor anses tre nøye utvalgte kommuner basert på de tidligere begrunnede utvalgs-kriterier som tilstrekkelige til å gi et innsyn.

Resultatets overførbarhet er knyttet til om resultatene har relevans utover de enhetene som faktisk er undersøkt (Tjora, 2018).

Overførbarheten i denne studien styrkes gjennom litteratur på tilsvarende tema, gjennomført på større utvalg, viser noen av de samme utviklingstrekkene som denne studien konkluderer med. Dette dokumentstudiet er gjennomført innenfor de rammer som er mulige for et mastergradsprosjekt av denne størrelsen, og det ville ikke vært rom for å gjennomføre dette prosjektet med flere kommuner. Andersen (2013) hevder imidlertid at «generalisering ikke utelukkende handler om å trekke ut essensen fra et gitt datamateriale, men også om å utlede nye observerbare implikasjoner av nye eller etablerte generaliseringer» (s. 161).

Derfor er de studerte casene, *kommunene*, muligens for få til å kunne si noe om overførbarheten funnene fra denne studien har for alle de 356 kommunene i Norge. Det kan likevel kanskje ha en overførbarhet for å si noe om de generelle *trendene* for implementeringen av folkehelsepolitikk i lignende kommuner som de som er inkludert i denne studien. Hensikten med denne studien er oppnådd dersom den bidrar til en bedre forståelse av sammenhenger og utfordringer knyttet til implementering av folkehelsepolitikk i lokale sammenhenger, og er ikke nødvendigvis et bidrag i seg selv, men sammen med annen litteratur og empiri har det potensial til å bidra til generaliseringer av kunnskap.

Beslutningen om å benytte dokumentanalyse alene som metodisk verktøy i denne studien, og ikke kombinert med for eksempel intervjuer, tas ut fra studiens formål. Mens intervjuer med planleggere eller folkehelsekoordinatorer i de utvalgte kommunene kunne gitt mer kunnskap om hvordan de utvalgte begrepene *tolkes*, og hvordan politikimplementeringen *oppfattes*, søker denne studien å svare på hva som faktisk nedtegnes i de kommunale dokumentene. En annen styrke ved denne metoden er at den gir mulighet for sammenligning av praksis på

tvers av ulike kontekster. Ved å studere tre ulike kommuner, kan forskeren identifisere likheter og forskjeller i politikken og praksisen med sosial helseutjevning i dokumentene. Dette kan hjelpe til med å identifisere beste praksis og utfordringer som er unike for hver kommune.

Noen svakheter ved metodevalget som må utdypes er at dokumentene som studeres ikke nødvendigvis gir et fullstendig bilde av konteksten dokumentet er utarbeidet i. Dokumentene kan være ufullstendige eller ikke gi tilstrekkelig informasjon om visse aspekter ved hendelser eller situasjoner, eller hvilke faktorer som kan ha påvirket implementeringen av politikken. Dette kan begrense muligheten for forskeren til å trekke konklusjoner basert på dokumentene (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 116).

Dokumenter eller forskeren kan være påvirket av ulike bias, som kan påvirke dataene som blir samlet inn eller hvordan disse tolkes. For eksempel kan dokumenter som politiske vedtak og strategiplaner gi en formell og idealisert fremstilling av implementeringen, som ikke nødvendigvis samsvarer med virkeligheten, eller forskeren kan være påvirket av sine tidligere erfaringer (Asdal & Reinertsen, 2022, s. 130).

Derfor er det også svært viktig å diskutere reliabilitet og validitet, som er sentrale begreper for å vurdere forskningens pålitelighet og troverdighet.

Reliabiliteten viser til om forskningen og dataene i prosjektet er troverdige, og betyr at dersom andre forskere gjennomførte et tilsvarende prosjekt med samme kriterier, ville de fått lignende resultater (Thagaard, 2013, s.201-202).

For å øke studiens reliabilitet, har først og fremst kriteriene som ble brukt til å velge ut og vurdere de inkluderte dokumentene i denne studien vært tydelig beskrevet i oppgavens metodedel, og forskeren har etterstrebet en transparent tilnærming til metoden.. Det har også vært viktig å ha en systematisk tilnærming til datainnsamlingen og -analyseprosessen, for å sikre at alle relevante data er samlet inn og evaluert på en konsistent måte.

Validiteten i forskning handler om gyldigheten i tolkningen av data som forskeren kommer frem til. Ved å vurdere forskningens validitet vil vi kunne få svar på om resultatene i undersøkelsen er pålitelige, gjenspeiler virkeligheten av det en har studert, og besvarer problemstillingen (Thagaard, 2013, s.204).

Denne studiens validitet er forankret i planleggingsprosessen for gjennomføringen av studien, og at de kriteriene som lå til grunn for å vurdere de inkluderte dokumentene faktisk reflekterte

de aspektene ved dokumentene som var relevante for denne studien. Studiens empiri støtter opp om, og besvarer studiens problemstilling og hypotese.

Resultaters overførbarhet er knyttet til om resultatene har relevans utover de enhetene som faktisk er undersøkt (Tjora, 2018). Overførbarheten i denne studien styrkes gjennom forskningslitteratur på tilsvarende tema, gjennomført på større utvalg, viser noen av de samme utviklingstrekkene som denne studien konkluderer med. Dette dokumentstudiet er gjennomført innenfor de rammer som er mulige for et mastergradsprosjekt. Derfor er det studerte utvalget, *kommunene*, for lite til å kunne si noe om overførbarheten funnene fra denne studien har for alle de 356 kommunene i Norge. Det kan likevel kanskje ha en overførbarhet for å si noe om de generelle *trendene* for folkehelsepolitikken i lignende kommuner som de som er inkludert i denne studien.

6 Konklusjon

Sammenligningen mellom de tre kommunene viser noen forskjeller i policyimplementeringen. Den største kommunen har klare mål og strategier for politikimplementeringen. Den middels store kommunen har også klare mål for kommunens folkehelse, men det er tvetydighet om hvordan dette skal oppnås. Den minste kommunen indentifiserer mål for å bedre innbyggernes folkehelse, men det er begrenset informasjon om kommunens retningslinjer og strategier for å oppnå disse målene.

Funnene viser at den største kommunen i studien var den første til å implementere folkehelsepolitikk, etterfulgt av den middels store og til slutt den minste kommunen. Alle kommunene viser økt fokus på utjevning av sosiale helseforskjeller i sine samfunnsutviklingsplaner, og det er en økning i frekvensen av begrep knyttet til folkehelse fra 2018 og frem til i dag. Funnen viser at det er forskjeller mellom kommunene i omfanget av planer og styringsdokumenter som behandler utjevning av sosiale helseforskjeller i samfunnsutviklingsprosesser, og at disse forskjellene kan knyttes til kommunenes størrelse. Dette bekrefter funn fra tidligere forskning som viser at små kommuner har slitt mer med HiAP-implementering enn store kommuner, men denne studiens funn kan også tyde på at gapet mellom kommunenes HiAP-implementeringsarbeid er i ferd med å tettes på dette området.

Når det gjelder involvering av helse-determinanter i sine kommunale dokumenter, viser funnene at alle kommunene har en bevissthet rundt betydningen av å utjevne sosiale helseforskjeller og fokuserer på å skape trygge forhold for barn og unge, fremme

syssetning, aktivitet og deltakelse, samt sikre tilgang til trygge og gode levekår, helsetjenester og utdanning. Alle kommunene tar hensyn til de sosiale helsedeterminantene i sin samfunnsplanlegging og sitt arbeid med samfunnsutvikling.

6.1 Studiens implikasjoner og videre forskning

Denne studien har undersøkt hvordan tre ulike norske kommuner har implementert politikk knyttet til utjevning av sosiale helseforskjeller i sine samfunnsutviklingsprosesser.

Studien antyder at det er rom for forbedring i implementeringen av politikk knyttet til sosial ulikhet i helse i norske kommuner. En mulig implikasjon av denne studien er at kommunene kan lære av hverandre og utvikle mer effektive implementeringsstrategier ved å identifisere styrker og svakheter ved sin egen implementering. Dette kan bidra til å redusere sosiale helseforskjeller og forbedre helsen og livskvaliteten til befolkningen i kommunene.

En mulig tilnærming for å oppnå en dypere forståelse av implementeringen av politikk knyttet til folkehelse og sosial ulikhet i norske kommuner, kan være å utvide studien til å inkludere flere kommuner fra forskjellige landsdeler i Norge. Ved å analysere kommunale dokumenter fra flere kommuner, kan man identifisere ulike strategier og tilnærminger som kan bidra til en mer helhetlig forståelse av implementeringen av politikk knyttet til utjevning av sosiale helseforskjeller.

Samtidig kan man undersøke faktorer som påvirker implementeringen av politikk, som politisk styring, partnerskap med lokalsamfunnet og koordinering på tvers av sektorer. Dette kan gi en dypere forståelse av hvilke faktorer som kan bidra til å øke sannsynligheten for en effektiv implementering av politikk knyttet til sosial ulikhet og helse i norske kommuner.

Referanseliste

Andersen, S.S. (2013). Casestudier: forskningsstrategi, generalisering og forklaring. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Asdal, K. & Reinertsen, H. (2022). Hvordan gjøre dokumentanalyse – En praksisorientert metode (1. utg). Cappelen Damm.

Bekken, W., Dahl, E., & van der Wel, K. A. (2018). Barnefattigdom, helse og livssjanser. Hva kan kommunene gjøre? Noen tilnærminger. OsloMet – storbyuniversitetet Rapport.

Brott, S., & Pelling, M. (2016). Contemporary urbanization and sustainable cities: Can we bridge the divide? Routledge.

Dahlgren, G. & Whitehead, M (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Background document to WHO-strategy paper for Europe. Stockholm, Institute for future studies.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Background document to WHO-strategy paper for Europe. Arbeidsrapport 2007:14, Stockholm: Institute for future studies.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 200, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>

De Leeuw, E. (2017). Engagement of Sectors Other than Health in Integrated Health Governance, Policy, and Action. *Annual Review of Public Health* 38:329–49. DOI:10.1146/annurev-publhealth-031816-044309

De forente nasjoner (FN). (2023, 04. april). FNs bærekraftsmål. Hentet 06.04.23 fra <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>

Forskrift om oversikt over folkehelsen. (2012). (FOR-2012-06-28-692). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692/§3>

Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Folkehelseinstituttet. (2021, 29. mars). Sosialt bærekraftige lokalsamfunn. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/artikler/sosialt-barekraftige-lokalsamfunn/>

Folkehelseinstituttet (2022) Sosiale helseforskjeller i Norge. Folkehelse rapporten (nettdokument), oppdatert 16.09.2018, Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/sosiale-helseforskjeller/?term=&h=1>. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research* (6th edition). SAGE Publications, Ltd. (UK).

Fosse, E., Helgesen, M.K, Hagen, S. & Torp, S (2018) Addressing the social determinants of health at the local level: Opportunities and challenges. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2018;46 (20) 47-52.

DOI:10.1177/1403494817743896

Flyvbjerg B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative inquiry* 12(2):219-45. <http://dx.doi.org/10.1177/1077800405284363>.

Goldblatt, P., Castedo, A., Allen, J., Lionello, L., Bell, R., Marmot, M., von Heimburg, D., & Ness, O. (2023). Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014 (Report No. 3/2023). Hentet fra:

<https://www.ntnu.edu/documents/207205/1312811055/Rapid-review-of-inequalities-in-health-and-wellbeing-in-Norway-since-2014.pdf>

Grønmo, S. & Malt, U. (2020). Operasjonalisere. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/operasjonalisere>.

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.

DOI:10.15171/ijhpm.2018.22

Helsedirektoratet. (2018). Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling -Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken. (Rapport IS-2748). Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling>

Hill, M., & Hupe, P. (2014). *Implementing Public Policy: An Introduction to the Study of Operational Governance*. Sage Publications.

Hofstad H, & Bergsli, H. (2017). Folkehelse og sosial bærekraft. En sammenligning og diskusjon av begrepsinnhold, målsettinger og praktiske tilnærminger. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR-rapport 2017:15)

Hofstad, H. (2019). Kommunal planlegging som redskap for å redusere sosiale helseforskjeller: Oppsummering av erfaringer fra tidligere forskning og workshop med nøkkelaktører. NIBR-rapport, 2019(6).

Kenny, S., Friesen, W., & Hall, B. (Eds.). (2019). *The Routledge Handbook of Community Development*. Routledge.

Kommuneloven. (2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner* (LOV-2018-06-22-83).

Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2019). Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2019–2023. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonale-forventninger-til-regional-og-kommunal-planlegging-20192023/id2645090/>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2020). Alle trenger et trygt hjem; nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021-2024).

<https://www.regjeringen.no/contentassets/c2d6de6c12d5484495d4ddeb7d103ad5/oppdatert-versjon-alle-trenger-en-nytt-hjem.pdf>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2021). Høringsnotat: Forslag til endringer i plan- og bygningsloven om fortetting, transformasjon, utbyggingsavtaler mv. <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ec9191bec7a4e83ae8045591df2395a/horingsnotat-i-endringer-i-pbl.-om-omradeutvikling-utbyggingsavtaler.pdf>

Langørgeren, A., Galloway, T. A., & Aaberge, R. (2006). Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2003. Rapporter 2006/8, Statistisk sentralbyrå.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. 365(9464):1099-104. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6.Marmot

Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*, 380(9846), 1011-1029. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61228-8.

Marmot, M. (2021). Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On. The Health Foundation. <https://www.health.org.uk/publications/reports/the-marmot-review-10-years-on>

Matland, R. E. (1995). Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2), 145-174. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a037242>

Millstein, S., & Hofstad, H. (2017). Fortetting og folkehelse: Hvilke folkehelsekonsekvenser har den kompakte byen? NIBR-rapport 2017:2.

NOU 2020:16. (2020). Levekår i byer: Gode lokalsamfunn for alle. Kunnskapsdepartementet.

Nylenna, M., Braut, G. S. & Thelle, D.S. (2022, 31. oktober). Folkehelse. Store norske leksikon. Hentet fra <https://sml.snl.no/folkehelse>

Plan- og bygningsloven. (2009). Lov om planlegging og byggesaksbehandling (LOV-2008-06-27-71). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>

Raphael, D. (2011). A discourse analysis of the social determinants of health. *Critical Public Health*, 21(2), 221-236. Routledge.

Riksrevisjonen. (2015). Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid 2014–2015. Dokument 2015; 3: 11. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2014-2015/offentligfolkehelsearbeid.pdf>

Røvik, K.A. (2007). *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. World

- Health Organization. Hentet fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sælensminde, K. (2016). The influence of planning policies on promoting walking and cycling in suburban areas: A review of the evidence from the developed world with a focus on Norway. *Journal of Transport and Health*, 3(3), 373-387. doi: 10.1016/j.jth.2016.03.006
- Tan, M., Liu, X., & Wu, F. (2021). How does urban spatial form influence the physical activity of residents in the city center? Evidence from Wuhan, China. *Land Use Policy*, 106, 105519. doi: 10.1016/j.landusepol.2021.105519
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. 4. Utg. Bergen: Fagbokforlaget
- Tjora, A.H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (4. utg). Oslo: Gyldendal.
- Tveit, M. S., Haukeland, J. V., & Kaplan, R. (2019). Healthy by design? Exploring the link between urban form and public health. *Landscape and Urban Planning*, 191, 103.
- Van der Wel, K. A., Dahl, E., & Bergsli, H. (2016). The Norwegian policy to reduce health inequalities: key challenges. *Nordisk Velfärdsforskning*, 1(1), 20-27. DOI: 10.18261/ISSN.2464-4161-2016-01-03
- Von Heimburg, D., & Hakkebo, B. (2017). Health and equity in all policies in local government: processes and outcomes in two Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(1), 68-76. <https://doi.org/10.1177/1403494817705804>
- Wassenberg, F. (2018). Beyond an Ugly Appearance: Understanding the Physical Design and Built Environment of Large Housing Estates. I: *Housing Estates in Europe Poverty, Ethnic Segregation and Policy Challenges*. Hess, D. B, Tammaru, T. og van Ham, M (red.). Springer.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization. https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
- Zwiers, M., van Ham, M., & Kleinmans, R. (2019). The effects of physical restructuring on the socioeconomic status of neighbourhoods. *Urban Studies*, 56(8), 1647-1663. <https://doi.org/10.1177/0042098017747284>

Vedlegg

Vedlegg 1 – Registrering av litteraturstudie til FEK

UiA Universitetet Agder

MIN SIDE FAVORITTER MINE UTKAST HANDLEVOGN SPRÅK JD JULIE AURORA DRØPPING

Hjem > Sak

Søk

Registrering av litteraturstudier og REK-godkjente prosjekter

Din henvendelse er mottatt

Nummer	RITM0188584
Opprettet av	Julie Aurora Drøpping
Status	Closed Complete
Opprettet	6 måneder siden
Oppdatert	6 måneder siden

Fase

- ✓ Under behandling
- ✓ Sak opprettet
- ✓ Fullført

Vedlegg

Prosjektskisse masteroppgave dokumentstudie.pdf (256.4 KB)

6 måneder siden

Registrering av litteraturstudier og REK-godkjente prosjekter

Studieprogram: MASTFHV | Folkehelsevitenskap, masterprogram

* Fakultet/institutt: Institutt for ernæring og folkehelse

* Prosjekt: Kommunalt arbeid med utjevning av sosiale helseforskjeller i byutviklingsprosesser - En komparativ kasusstudie av styringsdokumenter

* Hovedveileder / Intern prosjektleder: Migle Helmersen

Vedlegg 2 – Oversikt over inkluderte dokumenter fra de tre kommunene i studien (Narvik, Vågan og Kvæfjord)

Kommune	Dokumenttype	Dokumenttittel	Gyldighet
Narvik	Kommunedelplan	«Kommunedelplan for oppvekst» Hentet fra: https://www.narvik.kommune.no/f/p28/ia8141cbcaadeb-4c3f-b924-35d82315ed32/dokument_kommunedelplan_for_oppvekst_2012-2025.pdf	2012 – 2025
	Kommunedelplan	«Kommunedelplan for fysisk aktivitet og naturopplevelser» Hentet fra: https://www.narvik.kommune.no/f/p28/ic775d451-6610-4636-9bdb-5e6875d1ae44/kommunedelplan-for-fysisk-aktivitet-og-naturopplevelser.pdf	2014 – 2026
	Kommunedelplan	«Kommunedelplan – Klima, energi og miljø» Hentet fra: https://www.narvik.kommune.no/f/p-1/i2ef432ac-679e-4c6f-bc61-8f9eaf9c0002/kommunedelplan_for_klima_energi_og_miljoe_siste_l516959.pdf	2015 – 2026
	Kommuneplan	«Planbeskrivelse – kommuneplanens arealdel 2017-2028» Hentet fra: https://www.narvik.kommune.no/f/p28/ieabf8bab-4ca0-4887-9308-de2ad1d4ac03/kommuneplanens-arealdel-planbeskrivelse.pdf	2017 – 2028
	Boligstrategiplan	«Boligstrategi Narvik kommune» Hentet fra: https://www.narvik.kommune.no/f/p-1/i231765e9-aad2-4a67-a23e-6943b1f9582f/planstrategi-2020-2023-narvik-kommune.pdf	2018 – 2020
	Kulturplan	«Kulturplan Narvik» Hentet fra: https://www.narvik.kommune.no/f/p28/i5ad85de7-	2018 – 2022

		15d5-4795-8a27-c7969adb2e7b/plan kultur narvikkommune 2018 2022.pdf	
	Temaplan	«Temaplan mot barnefattigdom i Narvik kommune» Ikke lenger tilgjengelig på kommunens hjemmesider.	2018 – 2022
	Helseoversikt	«Vår helse – Helseoversikt for Narvik kommune» Hentet fra: https://www.narvik.kommune.no/sok.aspx?MIId1=2408&soketekst=barnefattigdom&OrderBy=ByDatePublishAscending&Period=AllTime&Type=0	2018 – d.d.
	Kommuneplan	«Kommuneplanens samfunnsdel» Hentet fra: https://www.narvik.kommune.no/f/p-1/i7bffbe9b-79c5-4450-a8cf-38a1d9708cdc/kommuneplanens-samfunnsdel-2022-2040_planforslag_06012022.pdf	2022 – 2040
Vågan	Kommunedelplan	«Kommunedelplan – Helse- og omsorgstjenester» Hentet fra: https://vagan.kommune.no/f/p1/i45fa55c7-d252-42b1-a0a7-023db390bf09/helse-og-omsorgsplan-2014-2025-vedtatt-i-kommunestyret-i-sak-079-2013.pdf	2014 – 2025
	Folkehelseplan	«Folkehelseplan for Vågan kommune» Hentet fra: https://vagan.kommune.no/f/p1/i29e480de-8eb8-4b45-948e-3e33f89b6eaf/folkehelseplan-vagan-2017-2022.pdf	2017 – 2022
	Kommuneplan	«Vågan kommuneplan – Beskrivelse til arealdelen med kystsonen» Hentet fra: https://vagan.kommune.no/f/p1/i1c6c7590-4d16-4847-bc49-744beee7027f/kommuneplanens-arealdel-med-kystsonen-2017-2029-beskrivelse.pdf	2017 – 2029
	Rapport	«Med ungdom i fokus – Rapport etter fokusdager for Vågan kommune» Hentet fra: https://vagan.kommune.no/f/p1/i0c36cc0b-6746-	2018 – ...

		48e7-8f31-95f1add30b30/hovedrapport-vagan-med-ungdom-i-fokus.pdf	
	Kommune delplan	«Plan for miljørettet helsevern i barnehager og skoler» Hentet: https://vagan.kommune.no/f/p1/ic20d207c-ad71-45b7-a8ad-7ffd3f00ce76/plan-for-miljorettet-helsevern-i-bhg-og-skole.pdf	2019 – d.d.
	Kommune delplan	«Kommunedelplan – Oppvekst og inkludering» Hentet fra: https://vagan.kommune.no/f/p1/i95cf78b2-5f2e-4675-95fe-f33bae3d4657/oppvekstplanen.pdf	2020 – d.d.
	Kommune plan	«Kommuneplanens samfunnsdel – Hoveddokument» Hentet fra: https://vagan.kommune.no/f/p1/i28e8ef39-2139-4bc8-9620-8bd7ed014583/vagan-kommune-kommuneplanens-samfunnsdel-2020-2032-vedtatt-kst-065-20.pdf	2020 – 2032
Kvæfjord	Næringsplan	«Strategisk Næringsplan» Hentet fra: https://kvafjord.custompublish.com/getfile.php/5081315.2536.blw7mzkbjimpiaa/Strategisk%2BNæringsplan.pdf	2020 – 2024
	Kommune plan	«Kommuneplanens samfunnsdel med langsiktig arealstrategi» Hentet fra: https://www.kvafjord.kommune.no/getfile.php/4872839.2536.wwn7linwstnumq/Kommuneplanens+samfunnsdel+vedtatt+17.juni+2021.pdf	2021 – 2035
	Folkehelseoversikt	«Levekår og helse i Kvæfjord kommune» Hentet fra: https://www.kvafjord.kommune.no/getfile.php/5039356.2536.ijpszwbz7k7mkl/Folkehelseoversikt+for+Kvæfjord+2022-2025.pdf	2022 – 2025

	Boligplan	<p>«<i>Boligplan for Kvæfjord</i>»</p> <p>Hentet fra: https://kvafjord.custompublish.com/getfile.php/5081318.2536.qqkiqtauba7pz/Boligplan%2Bfor%2BKvæfjord%2B2022-2025.pdf</p>	2022 – 2025
	Kommune delplan	<p>«<i>Kommunedelplan for helse- og omsorg</i>»</p> <p>Hentet fra: https://kvafjord.custompublish.com/getfile.php/5081313.2536.nianp7wnkwsbwa/Vedtatt%2Bhelse-%2Bog%2Bomsorgsplan%2B2022-2030+%281%29.pdf</p>	2022 – 2030