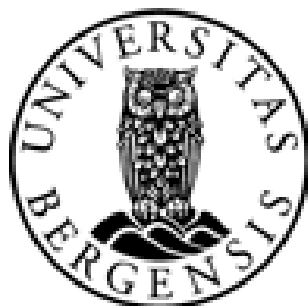


Sosial ulikhet i helse som tema i kommunalt folkehelsearbeid

En kvalitativ studie om en kommunes tilnærming til folkehelsearbeid og sosial ulikhet

Maren Helene Rinke Storetvedt



Universitetet i Bergen

Masteroppgave

Masterprogram i helsefremmende arbeid og helsepsykologi

Det psykologiske fakultet

Institutt for helse, miljø og likeverd - HEMIL

Våren 2021

Forord

Idéen til denne masteroppgaven har utspring i min interesse for sosial ulikhet. Jeg har i flere år arbeidet med marginaliserte grupper som i stor grad er avhengige av kommunale tjenester. Dette motiverte meg til å lære mer om arbeid med sosial ulikhet fra et helsefremmende perspektiv. Da delprosjektet om kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommuner ble presentert var dette en tematikk jeg hadde veldig lyst til å skrive om.

Å skrive en masteroppgave under koronapandemien har ført til mye alenetid på hjemmekontor, og begrensede muligheter til å dra på universitetet og møte folk. Likevel har arbeidet vært lærerikt, og prosessen har fremmet mer av både selvstendighet og struktur.

Jeg vil takke deltakerne i studien for at de har satt av tid til å bli intervjuet. Videre vil jeg takke mine medstudenter i prosjektgruppen som jeg har samarbeidet med. Solveig Lund, Kristin Vikane og Vigdis Bøe har vært viktige støttespillere under hele skriveprosessen. Deres oppmuntring, støtte og faglige innspill har vært til stor nytte i skriveprosessen. En stor takk til min veileder professor Elisabeth Fosse for gode samtaler, nyttige tilbakemeldinger og inspirasjon. Det har vært utrolig lærerikt å bli veiledet av en som har så stor faglig tyngde som forsker og professor. Jeg har satt pris på hennes evne til å oppmuntre og gi råd om å balansere studier og fritid. Jeg vil også takke familie, venner og ikke minst min samboer for støtte, oppmuntring og omsorg dette året.

Innholdsfortegnelse

Forord	
Sammendrag	
Abstract	
1.0 Introduksjon	1
1.1. Bakgrunn	1
1.2. Studiens tema	2
1.3. Disposisjon	3
2.0 Teoretisk referanseramme	3
2.1. Helsebegrepet	3
2.2. Helsefremmende arbeid	4
2.2.1. Helse-determinanter	6
2.2.2. Helse-determinanter versus sosiale helse-determinanter	7
2.3. Sosial ulikhet	8
2.4. Lovgrunnlag	11
3.0 Litteraturgjennomgang	13
3.1. Litteratursøk	13
3.2 Litteraturgjennomgang	15
3.2.1. Kunnskapshull – forskning på lokalt nivå	15
3.2.2. Politisk forpliktelse, lovverk og prioriteringer	16
3.2.3. Studiens temaer	19
3.2.4. Forståelse	19
3.2.5. Samarbeid	20
3.2.6. Tilnæringer til sosial ulikhet	21
3.2.7. Kunnskap	23
4.0 Hensikt og problemstillinger	27
4.1. Studiens hensikt og relevans	27

4.2. Problemstillinger	27
5.0 Metode	27
5.1. Vitenskapsteori	28
5.1.1. Forforståelse	29
5.2. Forskningsdesign og metode	29
5.3. Utvalg	31
5.3.1. Rekruttering, inklusjons- og eksklusjonskriterier	32
5.3.2 Beskrivelse av informanter	33
5.4 Datainnsamling	33
5.4.1. Rammer for datainnsamlingen	33
5.4.2. Transkribering	34
5.4.3. Databehandling	34
5.5. Analyse	34
5.5.1. Tematisk analyse	35
5.6. Etikk	37
5.6.1. Samtykke	37
5.6.2. Konfidensialitet	37
5.6.3. Forskerens redelighet og ansvarlighet	37
5.6.4. Etske hensyn i studien	38
5.6.5. Reliabilitet, validitet og overførbarhet	38
5.6.6. Etske retningslinjer for forskning	39
6.0 Resultater	40
6.1. Beskrivelse av kommunen	40
6.2. Funn	41
6.2.1. Forståelse av folkehelsearbeid	41
6.2.2. Samarbeid	43
6.2.3. Tilnærminger til sosial ulikhet	47

6.2.4. Kunnskapsgrunnlag	55
7.0 Diskusjon	63
7.1. Forståelse og samarbeid om folkehelse	63
7.2. Tilnæringer til sosial ulikhet	66
7.3. Kunnskapsbasert folkehelsearbeid	71
8.0 Avslutning	80
8.1. Oppsummering og konklusjon	80
8.2. Studiens begrensninger	82
8.3. Implikasjoner for helsefremmende arbeid og forskningsfeltet	83
Referanseliste	84
Vedlegg	
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	
Vedlegg 3	
Vedlegg 4	

Sammendrag

Sosiale ulikheter er et økende problem i Norge. Folkehelseloven fastslår at kommuner har ansvar for å implementere sosialt utjevnende politikk på lokalt nivå, og derfor er det interessant å se på hvordan kommuner adresserer denne utfordringen. Forskning har vist at lokalt folkehelsearbeid preges av et overveiende fokus på helseatferd heller enn på samfunnsstrukturer, som anses som grunnleggende årsaker til helseforskjeller. Denne studien undersøker en kommunes tilnærming til folkehelsearbeid og sosial ulikhet, fra et helsefremmende perspektiv. Forsknings spørsmålene som har blitt undersøkt er: «Hvordan forstår og samarbeider kommunen om arbeid med folkehelse og sosial ulikhet?», og «Hvilken kunnskap benyttes i kommunens arbeid med folkehelse og sosial ulikhet?». Dette er en kvalitativ case-studie som er inspirert av en konstruktivistisk tilnærming. Individuelle intervju ble benyttet til å samle inn data. Deltakerne i studien var 8 representanter fra en norsk kommune.

Resultatene viste at kommunen hadde forståelse for at folkehelsearbeid er et tverrsektorielt ansvar, som må adresseres på ulike tiltaksområder for å kunne påvirke sosial ulikhet. Det var imidlertid tvil blant informantene om hvordan dette konkret skulle gjøres, og informantene rapporterte behov for bedre samarbeid. Tilpasset terminologi kan være en måte å fremme felles forståelse og samarbeid om folkehelsearbeidet. Funnene indikerte at overordnede strukturelle tiltaksområder var utfordrende å adressere. Kommunen benyttet et variert kunnskapsgrunnlag i folkehelsearbeidet, og det var ulike meninger om kvaliteten og nytteverdien av ulike kunnskapsgrunnlag. Informantene etterlyste prioritering av en folkehelsestilling med tilstrekkelig høy stillingsprosent, til å holde sammen folkehelsearbeidet. Prioritering av en koordinerende stilling kan bidra til å fremme kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Nøkkelord: Sosiale helseforskjeller, norsk kommune, Folkehelsearbeid, Helsefremmende arbeid, Sosiale helsedeterminanter, Gradientperspektivet, Proporsjonal universalisme, «Health in All Policies», Folkehelseloven.

Abstract

Social inequities in Norway are growing. The Public Health Act states that municipalities are responsible for implementing socially levelling policies, which makes it interesting to look at how municipalities address this work. Research shows that the predominant focus in local public health is on health behaviour, rather than societal structures which are considered the root causes of social inequities in health. This study examines a municipality's approach to public health and social inequity, from a health promotion perspective. The research questions are: «How does the municipality understand and collaborate on work with public health and social inequity?», and «What sort of knowledge is used in the municipality's work with public health and social inequities?». This is a qualitative case-study, inspired by a constructivist approach. Data collection consisted of eight individual interviews with participants from a Norwegian municipality.

The informants understood public health as a cross-sectoral responsibility, which must be addressed in different action areas to influence social inequity. However, the participants were unsure about how this should be done, and they reported a need for better cooperation.

Adapted terminology can contribute to promote a common understanding and better collaboration on public health. The findings indicated that structural action areas were challenging to address. There were different opinions about the quality and usefulness of the municipality's knowledge base. The informants called for prioritization of a public health position with enough hours per week to work with public health. Prioritization of a coordinating position might contribute to promote knowledge based public health.

Key words: Social inequities in health, Norwegian municipality, Public health, Health Promotion, Social determinants of health, The Gradient perspective, Proportionate universalism, The Public Health Act, "Health in All Policies".

1.0 Introduksjon

1.1. Bakgrunn

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å fremme helse, forebygge sykdom og utjevne sosiale ulikheter i helse (Folkehelseloven, 2011, § 3). Folkehelsearbeid består av både forebyggende og helsefremmende arbeid (Mæland, 2016, s. 20). Helsefremmende arbeid kan defineres som en prosess som fremmer menneskers mulighet til å kontrollere og forbedre helsen sin (World Health Organization, 1986). Hovedstrategien i helsefremmende folkehelsearbeid er å påvirke forutsetninger for helse og levekår (St. Meld. 47 (2008-2009), s. 72). Tverrsektorielt samarbeid er en nøkkelfaktor i helsefremmende arbeid (World Health Organization, 2008).

Verdens helseorganisasjon (WHO) fastslår at myndigheter har ansvar for å ivareta befolkningens helse gjennom adekvate helse- og sosialtiltak (World Health Organization, 1948, 7. april). Mange europeiske land har forbedret folkehelsen de siste ti årene, men til tross for dette er det fortsatt store ulikheter i helsestatus mellom land og innad i land, og forskjellene øker (Fosse et al., 2019, s. 539). Ulikheter i helse er en betegnelse på systematiske forskjeller i helse-status eller fordeling av helse-ressurser blant forskjellige grupper i en befolkning (World Health Organization, 2017). Sosiale ulikheter forekommer der mennesker vokser opp, lever, arbeider og eldes og er formet av politiske, sosiale og økonomiske faktorer, ofte kalt sosiale determinanter/hesledeterminanter (CSDH, 2008). Forskjellene er primært strukturelt forankret i ulik fordeling av sosiale og økonomiske ressurser, utdanning og arbeid, og mange av disse forskjellene kan påvirkes politisk (Fagrådet for sosial ulikhet i helse, 2018, s. 5; Fosse et al., 2019, s. 539). Ulikheter i helse blir systematisk produsert gjennom politikk, sosiale normer og praksiser som fremmer en skjev fordeling av ressurser som penger, makt og sosiale ressurser (CSDH, 2008, s. 10). Slike systematiske helseforskjeller kan anses som unngåelige og kan derigjennom karakteriseres som urettferdige (CSDH, 2008).

Helse er en menneskerett, og det er et grunnleggende argument for å sette sosial ulikhet i helse på den politiske agendaen. «The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion political belief, economic or social condition» (World Health Organization, 1948, 7. april). Heving av helsestatusen til mindre privilegerte samfunnsgrupper bør være et grunnleggende mål i internasjonal, nasjonal og lokal helsepolitikk (Whitehead & Dahlgren, 2009b, s. 11).

Til tross for langvarig fokus på velferdspolitik og strukturelle tiltak for å redusere sosiale ulikheter, har de nordiske landene hatt en økning i sosiale ulikheter over tid; en tendens som betegnes som velferdsparadokset i de nordiske landene (Fosse & Helgesen, 2019, s. 13). Norge har større sosiale helseforskjeller enn mange andre europeiske land (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 8). Den norske folkehelseloven er unik i europeisk sammenheng, med hensyn til adressering av de sosiale helsedeterminantene (Fosse et al., 2019, s. 551). Det var først med folkehelseloven at Norge tydelig formidlet at alle administrative nivåer har et lovpålagt ansvar for å forbedre folkehelse og redusere sosiale helseforskjeller (Bekken et al., 2017, s. 57). Loven skal sikre forsvarlige tiltak og samordnet folkehelsearbeid i kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter, som tilrettelegger for bærekraftig, systematisk folkehelsearbeid (Folkehelseloven, 2011, § 1). Påvirkningsfaktorer som miljø, sosiale og økonomiske forhold, biologiske forutsetninger og miljøfaktorer adresseres i ulike samfunnssektorer og på alle forvaltningsnivåer (St. Meld. 47 (2008-2009), s. 72-73). Kommunen har ansvar for å fremme gode sosiale og miljømessige forhold, innbyggernes helse og trivsel, samt forebygge fysisk og psykisk sykdom, skade eller lidelse (Folkehelseloven, 2011, § 4). Folkehelseloven fremholder at kommuner har et særlig ansvar for å overvåke tendenser som kan fremme sosiale og helsemessige problemer eller sosiale ulikheter i helse (Folkehelseloven, 2011, § 5).

1.2. Studiens tema

Mitt masterprosjekt inngår i et delprosjekt om kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommuner (prosjektet). I prosjektet forskes det på folkehelsearbeid i Bergen og omkringliggende kommuner med fokus på anvendelse av tilgjengelig kunnskap, og hvilken type kunnskap dette er. Hensikten med prosjektet er å bidra med innsikt i kunnskapsgrunnlaget bak kommunale strategier og tiltak for folkehelsearbeid. Intensjonen er å undersøke hvordan indikatorer kan benyttes som kunnskapsgrunnlag til videreutvikling av kommunale tjenester. Temaet i min studie er kommunalt arbeid med folkehelse og sosial ulikhet. Jeg skal undersøke hvordan ulike sektorer forstår og samarbeider om folkehelsearbeid og sosial ulikhet, og hvilke tilnærminger og ulike typer kunnskap som benyttes i dette arbeidet.

1.3. Disposisjon

Denne studien består av 8 deler. Jeg har innledningsvis redegjort for studiens bakgrunn og tema. Videre følger et kapittel om studiens teoretiske referanseramme med presentasjon av relevante begreper, perspektiver og teoretiske grunnlag. Det påfølgende litteraturkapitlet innleder med en beskrivelse av søk og videre en litteraturgjennomgang av relevant forskning på feltet. Deretter presenteres oppgavens hensikt og problemstillinger. Videre følger et metodekapittel som beskriver studiens metodiske valg og gjennomføring. Neste del er en fremstilling av studiens funn, som følges av et resultatkapittel hvor funnene drøftes opp mot den teoretiske referanserammen og forskning. Avslutningsvis presenteres oppsummering og konklusjon, refleksjoner om studiens svakheter, og implikasjoner for helsefremmende arbeid og videre forskning.

2.0 Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet presenteres studiens teoretiske rammeverk. Teoretisk referanseramme kan beskrives som «de brillene vi har på når vi leser vårt materiale og identifiserer våre mønstre» (Malterud, 2017, s. 47). Denne rammen kan bestå av overlappende konsepter som definisjoner, begreper, modeller, teorier og forskningstradisjoner, som brukes til å forstå empiriske funn i lys av en større sammenheng (Johannessen et al., 2016, s. 47; Malterud, 2011, referert i Malterud, 2017, s. 47). I det følgende presenteres relevante begreper, perspektiver og teoretiske grunnlag som har blitt benyttet i denne studien. Innledningsvis beskrives ulike forståelser av helsebegrepet, og videre følger en presentasjon av prinsipper i helsefremmende arbeid. Deretter redegjøres det for sosial ulikhet og tilnærminger til å adressere denne utfordringen. Avslutningsvis beskrives relevante lovgrunnlag, med utvalgte prinsipper.

2.1. Helsebegrepet

I 1948 fastslo WHO i sin konstitusjon at: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (World Health Organization, 1948, 7. april). Mæland (2016, s. 27) påpeker at denne helsedefinisjonen må tolkes som en idealbeskrivelse som er nærliggende begrepet livskvalitet. Videre trekker han frem tre forskjellige forståelser av helse: helse som velvære, ressurs og fravær av sykdom. Disse ulike forståelsene finner vi i forebyggingsfeltet hvor sykdomsforebygging vektlegger fravær av sykdom og risikofaktorer, mens den helsefremmende ideologien vektlegger helse

som ressurs og velvære (Mæland, 2016, s. 27). I helsefremmende arbeid kan helse beskrives som en ressurs i hverdagslivet; et positivt konsept som både vektlegger sosiale og individuelle ressurser og fysisk kapasitet (World Health Organization, 1986).

2.2. Helsefremmende arbeid

Fremveksten av det helsefremmende arbeidet markerte et brudd med den dominerende medisinske modellen som var gjeldende for folkehelsearbeidet på 1900-tallet (Green et al., 2015, s. 21; Klepp et al., 2017, s. 22). Lalonde rapporten, som ble publisert i 1974, utfordret det dominerende, smale sykdomsfokuset i folkehelsearbeidet, og fremmet en bredere, sosial modell for helse (Green et al., 2015, s. 83). Dokumentet anses som et viktig grunnlag for det helsefremmende arbeidet (Green et al., 2015, s. 83). På 1980-tallet fulgte en helsefremmende bølge som skulle komme til å prege det nye folkehelsearbeidet (Mæland, 2016, s. 19-20). Den banebrytende Black-rapporten, som ble publisert i 1980 i Storbritannia, presenterte mulige forklaringer på ulikheter i helsestatus mellom sosiale klasser (Department of Health and Social Security, referert i Green et al., 2015, s. 100). I rapporten ble det konkludert med at mesteparten av de underliggende faktorene for helse var relatert til materiell ulikhet og deprivasjon, og at genetiske og kulturelle faktorer kun utgjorde en liten forskjell (Department of Health and Social Security, referert i Green et al., 2015, s. 100). Helsefremmende arbeid ble for første gang lansert i 1986 på Ottawa-konferansen i Canada (Øverby et al., 2011, s. 17). Ottawa-charteret var blant annet inspirert av den positive helsedefinisjonen i WHO-konstitusjonen og Lalonde rapporten, og betegnes ofte som det grunnleggende dokumentet for helsefremmende arbeid (Potvin & Jones, 2011, s. 244; World Health Organization, 1986). Helselighet står sentralt i helsefremmende arbeid, hvor hensikten er å redusere forskjeller i helsestatus og sikre mennesker muligheten til å oppnå sitt fulle helsepotensiale (World Health Organization, 1986). Ottawa-charteret fastslår at muligheten til å forbedre menneskers helse krever en sikker forankring i de grunnleggende forutsetningene for helse: fred, ly, utdanning, mat, inntekt, et stabilt økosystem, bærekraftige ressurser, sosial rettferd og likhet (World Health Organization, 1986). Raphael og Bryant (2020, s. 374) påpeker at konseptet forutsetninger for helse har blitt erstattet av begrepet sosiale helsedeterminanter, som dekker mye av det samme.

Ottawa-charteret presenterer fem handlingsområder for helsefremmende arbeid: «Building Healthy Public Policy, Create Supportive Environments, Strengthen Community Actions, Develop Personal Skills, Reorient Health Services» (World Health Organization, 1986). Handlingsområdene er gjensidig avhengig av hverandre, men «healthy public policy»

etablerer forhold som muliggjør de andre handlingsområdene (World Health Organization, 1988, 5-9. april). Mæland (2016, s. 204) poengterer at alle områder i politikken er av betydning for befolkningshelse og livskvalitet, og at folkehelsearbeid må styres av helhetlig, langsiktig folkehelsepolitikk og tverrsektorielle løsninger. Alle sektorer på alle nivåer kan ha innvirkning på helse, ettersom determinantene for sosiale helseulikheter skyldes sosiale, miljørelaterte og økonomiske faktorer som ligger utenfor helsesektorens og helsepolitikkenes ansvarsområder (World Health Organization, 2014, s. 1). Det er et grunnleggende prinsipp i helsefremmende arbeid at helse produseres og opprettholdes i andre sektorer enn helsesektoren (Mæland, 2016, s. 79). Tverrsektorielt samarbeid er derfor nødvendig for å ivareta målene med helsefremmende arbeid. Dette innebærer samarbeid mellom offentlig tjenesteyting, men også med næringslivet og frivillig sektor; tverrsektorielt fokus på helse i alle sektorer og på alle nivåer (Mæland, 2016, s. 79; World Health Organization, 1986).

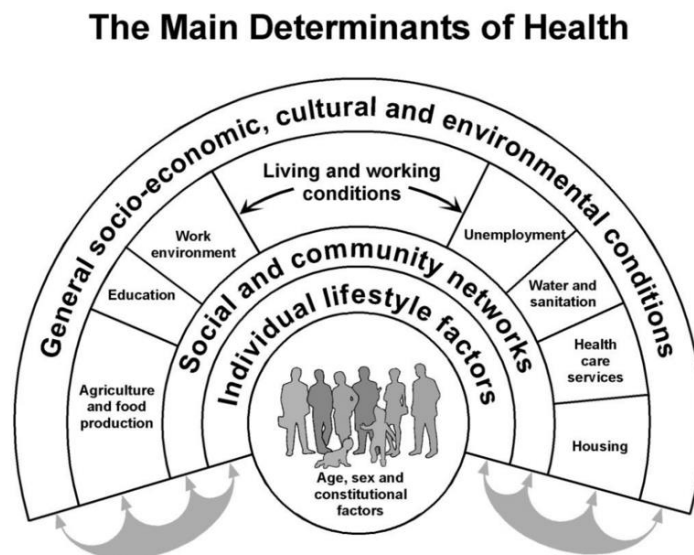
Mæland (2016) formidler at empowerment-begrepet kan oversettes til: «[...] det å vinne større makt og kontroll over» (s. 79). Likheter og empowerment utgjør grunnpilarer i helsefremmende arbeid, hvor målet er å fremme enkeltmenneskers og felleskapets muligheter til å få kontroll over faktorer som påvirker helsen (Green et al., 2015, s. 16; Mæland, 2016, s. 17). Green et al. (2015, s. 6) påpeker at det å ha kontroll er en sentral del av helsedefinisjonen, og at empowerment derfor kan forstås som synonymt med en positiv helseforståelse. Et av handlingsområdene i Ottawa-charteret består av å styrke samfunnshandling, og empowerment kan bidra til dette ved å fremme befolkningers innflytelse på politikk (Green et al., 2015, s. 41; World Health Organization, 1986). Kommisjonen for sosiale helsedeterminanter (CSDH, 2008, s. 24) påpeker at empowerment utgjør et viktig middel til å oppnå helse, og vektlegger betydningen av å tilrettelegge strukturelle betingelser som er nødvendig for å fremme empowerment.

Demokratisk bruker- og befolkningsmedvirkning er avgjørende i helsefremmende prosesser (Mæland, 2016, s. 17). Medvirkning står sentralt i Ottawa-charteret som fremmer empowerment-tenkning og samfunnsdeltakelse (World Health Organization, 1986). I Ottawa-charteret står det at: «Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love» (World Health Organization, 1986). Et grunnleggende trekk ved helsefremmende arbeid er vektlegging av sosiale og miljømessige helsedeterminanter fremfor individuell atferd (Green et al., 2015, s. 258).

2.2.1. Helse-determinanter

Helse-determinanter er faktorer som kan ha positiv eller negativ innvirkning på helse; faktorer relatert til alder, kjønn, genetikk og sosiale, økonomiske og livsstilsrelaterte determinanter (Whitehead & Dahlgren, 2009b, s. 15). I 1991 publiserte Dahlgren og Whitehead et bakgrunnsdokument for WHO med tittelen: «Policies and strategies to promote social equity in health». I dokumentet fremstilte forfatterne helse-determinantene i en lagdelt, sosial modell som illustrerer ulike faktorer som påvirker helse og velvære (Dahlgren & Whitehead, 1991, s. 11). Modellen skilte seg ut fra tidligere forståelser som tenderte mot å se faktorer som påvirker helse som separate enheter (Green et al., 2015, s. 88). Dahlgren og Whitehead (1991, s. 11) tilførte fokus på samspillet mellom individ, miljø og helse i sin modell. Overordnet nivå, det ytterste laget i illustrasjonen, representerer strukturelle forhold i samfunnet. Deretter følger materielle og sosiale forhold som påvirkes av sektorer for bolig, utdanning, helsetjenester, landbruk med mer. Sosial gjensidig støtte fra familie, venner naboer og lokalsamfunn utgjør det neste laget. Det siste laget representerer individets handlinger som for eksempel maten de velger å spise, om de drikker eller røyker. Kjernen i modellen er individets alder, kjønn og biologi som også har betydning for helse, men dette er faktorer som i liten grad kan kontrolleres (Dahlgren & Whitehead, 1991, s. 11).

Figur 1: Den sosiale helsemodellen



Note. Fra: "Policies and strategies to promote social equity in health" av G. Dahlgren og M. Whitehead, 1991, Institute for Future Studies, s. 11,

<http://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>.

Gjengitt med tillatelse.

Dahlgren og Whitehead (1991, s. 11-12) poengterte at politikk og strategier må baseres på kunnskap om faktorer som truer, fremmer og beskytter helse. Forfatterne delte lagene i modellen inn i fire kategorier for politisk intervensjon, fra det ytterste laget til det innerste. Nivå 1 dreier seg om å sikre langsiktige strukturelle endringer relatert til økonomiske strategier, skattepolitikk, handel og miljøavtaler mellom land. Her kreves handling på nasjonalt eller internasjonalt nivå. Nivå 2 går ut på å forbedre levekår og arbeidsforhold gjennom gode offentlige strategier eller strategier i ulike sektorer. Dette kan foregå på nasjonalt, regionalt eller lokalt nivå for eksempel gjennom ernæringspolitikk i landbrukssektoren eller sysselsettingspolitikk i arbeidssektoren. Nivå 3 handler om å styrke sosial- og samfunnsstøtte til individer og familier. Fokuset her er på hvordan man kan samle folk og skape relasjonell støtte. Nivå 4 dreier seg om å påvirke individers livsstil og holdninger gjennom formidling av helsekunnskap og støtte rettet mot utsatte grupper (Dahlgren & Whitehead, 1991, s. 11-12). De ulike nivåene er i tråd med Ottawa-charterets handlingsområder (World Health Organization, 1986). I denne studien benyttes modellen som en illustrasjon på hvordan man i et helsefremmende perspektiv forstår samspillet mellom faktorer som påvirker helse, og hvilke nivåer politiske intervensjoner må rettes mot.

Dahlgren og Whitehead (1991, s. 7) mente at essensen i likhetsorientert politikk dreier seg om tilrettelegging for at mindre privilegerte grupper skal få like muligheter til å oppnå god helse. Forfatternes holistiske helseforståelse og fokus på sosial ulikhet gjør modellen særlig relevant i det helsefremmende arbeidet, og den har blitt benyttet i relevante nasjonale helsedokumenter (Fosse, 2006, s. 15; Meld. St. 34 (2012-2013), s. 51; Prop. 90 L (2010-2011), s. 31).

2.2.2. Hersedeterminanter versus sosiale hersedeterminanter

I 2008 etablerte WHO «Kommisjonen for sosiale hersedeterminanter» for å få oversikt over evidens om hva som kunne gjøres for å fremme helselighet (CSDH, 2008). Kommisjonens rapport fastslår at forhold i dagliglivet og strukturelle determinanter påvirker helseulikhet mellom og innad i land, og at dette kan rettes opp gjennom vedvarende handling globalt, nasjonalt og lokalt (CSDH, 2008, s. 1-2). Kommisjonen formidlet tre anbefalinger for handling: Forbedring av forhold i folks hverdag, håndtering av skjevfordeling av penger, makt og ressurser, og evaluering av handling for å fremme forståelse av problemet (CSDH, 2008, s. 1-2). For å kunne adressere sosiale ulikheter i helse må de grunnleggende årsakene (determinantene) til ulikhetene forstås (Whitehead & Dahlgren, 2009b, s. 25). Forebygging av sosial ulikhet i helse krever oppmerksomhet på hele årsakskjeden – årsakene til årsakene – og

ikke utelukkende risikofylt atferd (Fagrådet for sosial ulikhet i helse, 2018, s. 5).

Determinanter for sosiale helseulikheter omfatter ikke alltid det samme som generelle helsedeterminanter (Whitehead & Dahlgren, 2009b, s. 12). Dette er viktig å poengtere ettersom begrepene ofte blandes sammen og behandles likt i politikktutvikling; noe som resulterer i generelle tiltak som ikke reduserer helseforskjeller (Whitehead & Dahlgren, 2009b, s. 25). Sosiale helsedeterminanter refererer til sosiale, økonomiske og livsstilsrelaterte helsedeterminanter som reduserer eller øker de sosiale ulikhetene i helse; faktorer som kan reguleres av politiske, kommersielle og personlige avgjørelser (Whitehead & Dahlgren, 2009b, s. 15). Det er de sosiale helsedeterminantene som utgjør faktorene i de politiske intervensjonsnivåene som nevnes i modellen til Dahlgren og Whitehead (1991) (se figur 1). Kommisjonen for sosiale helsedeterminanter (CSDH, 2008, s. 111) understreker at regjeringer må utvikle folkehelsepolitikk som sikrer at alle styringsnivåer tar ansvar for handling etter de sosiale helsedeterminantene. Denne studien har fokus på sosiale helsedeterminanter.

2.3. Sosial ulikhet

Sosial ulikhet kan defineres på ulike måter. I denne studien vektlegges forståelsen av at sosial ulikhet er systematiske ulikheter i helsestatus mellom sosioøkonomiske grupper, at disse kan unngås og må anses som urettferdige (Marmot, 2010, s. 3; Whitehead & Dahlgren, 2009a, s. 11). Sosioøkonomisk status er en nøkkeldeterminant for ulikheter i helse (Kirst et al., 2017, s. 1). Begrepet benyttes til å klassifisere posisjon som følge av yrke, utdanning eller inntekt og brukes ofte som et mål på sosial ulikhet (Dahl et al., 2014, s. 61).

Helseulikheter kan anses som et «wicked problem», et begrep som refererer til utfordringer som er sosialt komplekse, vanskelige å definere, forårsakes av en rekke ulike faktorer, medfører uforutsette konsekvenser og mangler en tydelig løsning (Australian Public Service Commission (APSC), 2007; Blackman et al., 2016, s. 70). «Wicked problems» krever et helhetlig systemperspektiv ettersom problemet brer seg over tradisjonelle tjenester og organisasjonsgrenser; en holistisk heller enn en lineær tilnærming (Australian Public Service Commission (APSC), 2007; Blackman et al., 2016, s. 70).

Marmot (2017, s. 1312) understreker at både absolutt fattigdom og relativ fattigdom har stor betydning for helse. Absolutt fattigdom kan i stor grad forklare sammenhengen mellom nasjonal inntekt og forventet levealder i land med en nasjonal inntekt på mindre enn \$10000 per innbygger, og kan sannsynligvis forklare gradienten i barnedødelighet i India og Uganda (Marmot, 2015, s. 42). I både fattige og rike land følger helse og sykdom en sosial gradient: jo

lavere sosioøkonomisk status, jo verre helse (CSDH, 2008). Bor man i et fattig land er det mer sannsynlig at man får dekket sine grunnleggende behov, jo høyere man befinner seg på velstandsskalaen. Men når det kommer til ulikhetene vi ser i rike land behøves en annen forklaring enn absolutt fattigdom for å forstå helseforskjeller i befolkninger som jevnt over har dekket sine grunnleggende behov. Marmot (2015, s. 42) argumenterer for at relativ deprivasjon, det å befinne seg på den gale siden av ulikhet, kan være forklaringen på helseforskjeller innad i rike land. Han påpeker at det ikke alltid er et spørsmål om hvor mye man har, men hva man har mulighet til å gjøre med det man har, og viser til empowerment-begrepet (Marmot, 2017, s. 1313). Diskusjonen om absolutt fattigdom og relativ fattigdom er ifølge forfatteren høyst relevant for det som kalles den sosiale gradienten i helse (Marmot, 2017, s. 1313). Den sosiale gradienten påvirker hele befolkningens helse, både de med lav, middels og høy inntekt (Whitehead & Dahlgren, 2009a, s. 22). The Marmot review (Marmot, s. 16) fastslo i 2010 at alle mennesker må inkluderes i tiltak for å skape et mer rettferdig samfunn, og at dette må skje gjennom påvirkning av den sosiale helsegradienten. Gradienttilnærmingen sikter mot å redusere sosiale ulikheter gjennom tiltak som påvirker hele befolkningen (Whitehead & Dahlgren, 2009a, s. 22). Strategiens mål er å fordele helseressurser jevnt utover hele det sosioøkonomiske spekteret (Whitehead & Dahlgren, 2009a, s. 22).

The Marmot review avdekket at politikk som fokuserer på helseulikheter ofte er rettet mot den lave enden av den sosiale gradienten, og at slik politikk mislykkes i å adressere ulikheter mellom andre sosioøkonomiske grupper (Marmot, 2010, s. 86). Politikk som utelukkende vektlegger helsen til de fattigste gruppene, vil resultere i redusert fokus på den helhetlige gradienten og kan føre til økte helseforskjeller som følge av stigmatisering (Fosse et al., 2019, s. 539; Marmot & Bell, 2012, s. 10). For å sikre en effekt som er proporsjonalt større for grupper lavest i det sosioøkonomiske hierarkiet, må politikken omfatte både de på bunnen av gradienten, men også gradienten som helhet, med et proporsjonalt fokus nedover gradienten (Marmot, 2010, s. 16; Marmot & Bell, 2012, s. 10). Denne tilnærmingen kalles proporsjonal universalisme og er en kombinasjon av målrettede og universelle tiltak (Marmot & Bell, 2012, s. 10). Målrettede tiltak rettet mot marginaliserte grupper må komme i tillegg til tiltak som er rettet mot hele befolkningen (Dahl et al., 2014, s. 14). For å redusere den sosiale helsegradienten må tiltak være universelle, og i en skala og intensitet som muliggjør utjevning av ulikheter i en befolkning (Marmot, 2010, s. 15). I Norge har myndighetene omfavnet

prinsippet om proporsjonal universalisme, som er forankret i folkehelseloven (Fosse et al., 2019, s. 545).

Helsedirektoratet (2018) fastslår at godt folkehelsearbeid innebærer å adressere sosial ulikhet. Organisasjonen presiserer at det er viktig å følge to prinsipper i tiltaksutforming: en kombinasjon av befolkningsrettede strategier (universelle tiltak) og høyrisikostategier (målrettede tiltak), og at innsats rettes mot de grunnleggende årsakene til helseforskjellene – de sosiale helsedeterminantene (Helsedirektoratet, 2018). Proporsjonal universalisme har blitt foreslått som et redskap til å adressere de bakenforliggende årsakene til ulikheter gjennom implementering av oppstrøms-politikk (Francis-Oliviero et al., 2020, s. 8). Hele spekteret av sosiale determinanter kan deles inn i oppstrøms-, midtstrøms-, og nedstrøms-determinanter (Rantala et al., 2014, s. 96). Oppstrøms-determinanter refererer til distribuering av makt og ressurser, midtstrøms-determinanter er relatert til helseatferd og livsstil, mens nedstrøms-determinanter omfatter helsetjenester (Rantala et al., 2014, s. 96).

Figur 2: Intervensjonskart for omfattende politikk for å redusere sosiale helseforskjeller

	Social reform Upstream	Risk reduction Midstream	Effect reduction Downstream
Universal measures	public system for education, taxes, labour market policies etc	Working and living environment, broad lifestyle measures etc	Health systems
Selective measures	means-tested social benefits etc	targeted lifestyle measures etc	targeted health services

Note. Fra: “Developing an Intersectoral National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health: The Norwegian Case”, av T. P. Torgersen, O. Giæver og O. T. Stigen, 2007, s. 8, <https://www.who.int/social-determinants/resources/isa-national-strategy-nor.pdf?ua=1>.

Gjengitt med tillatelse.

Figur 2 viser et intervensjonskart over strategiske innsatsområder for politisk handling på tvers av hele årsakskjeden (de sosiale helsedeterminantene), inndelt i universelle og målrettede tiltak (Torgersen et al., 2007, s. 8). Hensikten med fremstillingen er å rette

oppmerksomhet mot alle de ulike tiltakstypene, og ikke bare mot målrettede helsetjenester som ofte er tilfellet (Torgersen et al., 2007). Matrisen er hentet fra en case-studie av Norge (Torgersen et al., 2007, s. 8), og har også blitt inkludert i en WHO-rapport (World Health Organization, 2008, s. 39). Helsedirektoratet har en mye brukt matrise som bygger på intervensjonskartet. Den benytter andre betegnelser som befolkningsstrategier (universelle tiltak), høyrisikostrategier (målrettede tiltak), og i stedet for oppstrøms-, midtstrøms-, og nedstrøms-determinanter vises det til årsakenes årsaker, årsaker og effekt (Helsedirektoratet, 2018). Jeg mener at matrisen jeg har valgt å bruke består av begreper som viderefører det teoretiske grunnlaget i studien, relatert til sosiale helsedeterminanter og proporsjonal universalisme. I likhet med Dahlgren og Whitehead (1991, s. 11) sine kategorier for politisk intervensjon, kan intervensjonskartet utgjøre et verktøy for å vurdere hvorvidt ulike innsatsområder på forskjellige nivåer er dekket. Jeg benytter dette som et analytisk redskap til å tolke funn i studien.

2.4. Lovgrunnlag

Folkehelseloven

Formålet med folkehelseloven (2011, § 1) er å fremme samfunnsutvikling som bidrar til forbedring av folkehelse gjennom utjevning av sosiale ulikheter. Loven fastslår at kommuner har ansvaret for å holde oversikt over befolkningens helsetilstand, både positive og negative faktorer (Folkehelseloven, 2011, § 5). En slik oversikt skal baseres på informasjon fra nasjonale helsemyndigheter og fylkeskommunen, fra kommunale helse- og omsorgstjenester, og lokal kunnskap om faktorer og tendenser i kommunen som kan påvirke befolkningens helse. «Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller» (Folkehelseloven, 2011, § 5). «Folkehelseloven bygger på fem prinsipper for folkehelsearbeidet; prinsippene om å utjevne sosiale helseforskjeller, «helse i alt vi gjør» (Health in All Policies), bærekraftig utvikling, føre-var og medvirkning» (Regjeringen, 2020). Det overordnede målet med loven er å utjevne den sosiale gradienten i helse ved bruk av HiAP-tilnærmingen (Fosse et al., 2019, s. 551).

Helse i alt vi gjør (HiAP)

«Helse i alt vi gjør» (HiAP) er en tverrsektoriell tilnærming til folkehelsepolitikk (World Health Organization, 2014, s. 1). HiAP-tilnærmingen bygger på omfattende evidens, handling og idéer som har fremkommet siden Ottawa-charteret (World Health Organization, 2014, s. 2-

4). HiAP var temaet på den åttende konferansen for helsefremmende arbeid i Helsinki i 2013, og WHO laget et dokument basert på forarbeidet og innholdet fra konferansen. Dokumentet konkluderte med at folkehelsepolitikk og beslutninger i alle sektorer og på ulike nivåer kan ha stor innvirkning på befolkningshelse og helselighet, og at HiAP-tilnærmingen er et viktig middel for å oppnå dette (World Health Organization, 2014, s. 2-4). HiAP tar høyde for hvordan beslutninger kan påvirke helse, hvordan man kan unngå negative helseutfall, fremme befolkningshelse og helselighet (World Health Organization, 2014, s. 1). Tilnærmingen skal sikre at hensyn til de sosiale helsedeterminantene fremmes gjennom bidrag fra alle samfunns- og politiske sektorer (Tallarek née Grimm et al., 2013, s. 229).

Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Folkehelseloven fastslår at lokalt og regionalt folkehelsearbeid skal være kunnskapsbasert, blant annet gjennom veiledning og råd til kommuner og fylkeskommuner (Folkehelseloven, 2011, § 23). Eksempelvis lages det årlig en folkehelseprofil til alle kommuner i Norge, som viser positive og negative faktorer for helse i den enkelte kommune, samt indikatorer for sosial ulikhet (Hofstad & Bergsli, 2017, s. 71). Helseprofilene utgjør et kunnskapsgrunnlag for kommunenes folkehelsearbeid. For å lykkes med folkehelsearbeid kreves et bredt kunnskapsgrunnlag basert på: «forskning og teori, kunnskap ervervet gjennom erfaringer, brukerne eller borgernes kunnskap og medvirkning, samt verdier, ressurser og politikk» (Lillefjell et al., 2011, s. 15). I folkehelsearbeidet skal kunnskapsbaserte beslutninger fattes med utgangspunkt i forskningsbasert-, brukerbasert-, og erfaringsbasert kunnskap (Mæland, 2005, referert i Lillefjell et al., 2011, s. 13).

Et av formålene med «Forskrift om oversikt over folkehelsen» (2012, § 1) er å tilrettelegge for systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid. I merknader til forskriften står det at folkehelsearbeidet skal bygge på faglig anerkjente metoder, og kunnskap om lokale ressurser og folkehelseutfordringer (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012).

Befolkningsmedvirkning er et bærende prinsipp i folkehelsearbeid og det skal tilrettelegges for medvirkning (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012). Kommunene har ansvar for å fremme medvirkning gjennom å involvere befolkningen i planlegging, tilrettelegge for samarbeid, råd og uttalelser (Folkehelseloven, 2011, § 4). Denne studien undersøker hvilken kunnskap kommunene bruker i utvikling av folkehelsepolitikk- og tiltak med vekt på forskningsbasert- og teoretisk kunnskap, kompetanse til å jobbe kunnskapsbasert, kunnskap om lokale forhold og medvirkningskunnskap.

Plan- og bygningsloven

Folkehelseloven er tett sammenkoblet med plan- og bygningsloven (pbl) (Regjeringen, 2020). Plan- og bygningsloven forplikter til å: «[...] fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller [...]» (Plan- og bygningsloven, 2008, § 3-1). Loven fastslår at kommuner skal lage en kommuneplan bestående av samfunnsdel, handlingsdel og arealdel (Plan- og bygningsloven, 2008, § 11-1). Samfunnsdelen i kommuneplanen skal danne grunnlaget for kommunens planer og virksomhet (Plan- og bygningsloven, 2008, § 11-1). «Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet [...]» (Plan- og bygningsloven, 2008, § 6)

3.0 Litteraturgjennomgang

I dette kapitlet fremstilles forskning på folkehelse og sosial ulikhet. Innledningsvis presenteres søkestrategier og deretter forskningen som kom frem av søkene.

3.1. Litteratursøk

Systematiske søk ble gjennomført for å innhente litteratur til denne studien. Jeg formulerte noen inklusjons- og eksklusjonskriterier for å spisse søket mitt mot relevante artikler (Aveyard, 2019, s. 75). Jeg har fremstilt mine inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for litteratursøket i tabell 1.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Forskning som omtaler sosial ulikhet eller folkehelsearbeid, med relevante tilnærminger og begreper som er angitt som søkeord• Forskning publisert etter 2000-tallet• Studier på norsk og engelsk• Primært studier på lokalt/kommunalt nivå, men også nasjonalt nivå i norsk kontekst	<ul style="list-style-type: none">• Artikler som ikke omtaler sosial ulikhet, folkehelsearbeid, eller relevante tilnærminger og begreper• Forskning publisert før 2000-tallet• Studier på andre språk enn norsk og engelsk• Artikler som fokuserer på individnivå

Litteratursøket startet med tematiske søk i databasene: Oria, Google Scholar, PsycINFO, Web of Science, Idunn, LovdataPRO, Regjeringen og Helsedirektoratet. Jeg orienterte meg i begrepsbruken i aktuelle artikler og søkte etter synonymord for å fremstille relevante søkeord. Jeg benyttet en rekke søkeord på engelsk og norsk relatert til temaet mitt som for eksempel: “public health”, “municipal*”, “intersectoral”, “social inequ*”, “health inequ*”, “folkehelse”, “sosial ulikhet» (se vedlegg 1 for alle søkeord). Søkeordene ble kombinert med de boolske operatorene AND og OR (Aveyard, 2019, s. 85) til ulike kombinasjoner av søkestrenger i de internasjonale og norske databasene. Ved flerleddete søketermer benyttet jeg klammer (som «health promotion») for å få spesifikke treff på ordkombinasjonen, og trunkering ble benyttet for å favne ulike variasjoner på slutten av en ordstamme (som municipal* favner municipality og municipalities) (Aveyard, 2019, s. 84-85). Litteratursøket ble avgrenset til etter år 2000, og funn fra de siste 10 årene ble prioritert. Jeg benyttet et skjema for dokumentasjon av søk (se vedlegg 1 for eksempel) for å holde oversikt over databaser, dato for søk, søkehistorikk med søkestreng, antall treff, artikler til vurdering og inkluderte artikler. Mitt skjema var inspirert av helsebiblioteket sin tilnærming til dokumentasjon av søk (Folkehelseinstituttet, 2018, 12. november).

Andre søkestrategier i tillegg til elektroniske søk inkluderer søk i referanselister og forfattersøk (Aveyard, 2019, s. 88). Jeg undersøkte relevante litteraturreferanser i artikler, pensumbøker, lover, rapporter, stortingsmeldinger og forskningsoppgaver, og fikk litteraturtips fra veileder og medstudenter. Referansesøk på forfattere ble gjennomført i google, da dette ledet til nettsider med oversikt over forfatterens publikasjoner. I etterkant av litteratursøket, vurderte jeg overskrifter, abstrakt og funn. Etter mange runder med gjennomgang av artikler satt igjen med et utvalg av relevant forskning. De inkluderte artiklene favner flere litteraturgjennomganger, noen diskusjonsartikler, kommentarartikler, rapporter, lovverk og mye forskning basert på kvalitative studier. Mesteparten av forskningen er fra lokale eller kommunale kontekster i Norge og Skandinavia, men også i Europa. Noen relevante artikler på nasjonalt nivå i norsk kontekst har også blitt inkludert.

Det er viktig å være selvkritisk til egne litteratursøk (Aveyard, 2019, s. 96). Det kan hende jeg har utelatt relevante søkeord, eller har formulert søkestrenger som gjør at jeg har gått glipp av relevante artikler. Jeg har forsøkt å motvirke dette ved å lage flere, ulike søkestrenger i de utvalgte databasene. En begrensning ved litteratursøkene mine er at jeg bare har inkludert artikler på norsk og engelsk. Dette innebærer at jeg sannsynligvis har gått glipp av relevante artikler på andre språk. Etersom konteksten for min studie er norske kommuner, vil det

likevel være mest relevant å undersøke forskning fra Norge, men også fra Skandinavia, hvor forholdene på mange måter ligner en norsk kommunal kontekst. Nye søk ble gjennomført regelmessig i løpet av arbeidsprosessen for å favne eventuelle nye, relevante publikasjoner.

3.2 Litteraturgjennomgang

I denne litteraturgjennomgangen presenteres relevant forskning relatert til folkehelsearbeid og sosial ulikhet. Innledningsvis presenteres kunnskapshull i forskningen. Deretter redegjøres det for forskning om politiske forpliktelser, lovverk og prioriteringer. Videre følger forskning om denne studiens overordnede temaer: forståelse, samarbeid, tilnærminger til sosial ulikhet, og kunnskap.

3.2.1. Kunnskapshull – forskning på lokalt nivå

De siste 10 årene har det blitt etterlyst forskning på sosial ulikhet på lokalt nivå. Weiss et al. (2016, s. 12) fant i sin oversiktsartikkel at til tross for økende nasjonalt og internasjonalt fokus på de sosiale helsedeterminantene, henger det lokale nivået etter hva gjelder konkret handling. Forfatterne hevdet at den systematiske, økologiske karakteren i slikt arbeid gjør det vanskelig å navigere (Weiss et al., 2016, s. 12). En oversiktsartikkel av Pons-Vigués et al. (2014, s. 10) konkluderte med at det behøves flere vitenskapelige publikasjoner med eksempler på lokal politikk og intervensjoner for å redusere sosiale helseulikheter. Forfatterne reflekterte over om mangelen på publiserte artikler kunne henge sammen med at lokale erfaringer ikke er like attraktivt for vitenskapelige tidsskrift å publisere som nasjonale og internasjonale strategier (Pons-Vigués et al., 2014, s. 10). Scheele et al. (2018, s. 58) fant få eksempler på studier som hadde fokus på lokal implementering av politikk rettet mot helseulikheter.

Van-Vliet-brown et al. (2018, s. 719) fant i sin oversiktsartikkel at det er behov for mer forskning på bruk av HiAP-tilnærmingen i kommunal setting, da majoriteten av artikler om emnet fokuserer på arbeid i provinser, stater eller på nasjonalt nivå. Forfatterne påpekte at mangelen på forskning på kommunalt nivå kan føre til at HiAP oppleves som uanvendelig i kommunale kontekster, som igjen kan fremme forestillingen om at det er helsesektoren som er ansvarlig for HiAP, eller at HiAP utelukkende benyttes til politikkutforming på høyere nivåer. Overordnet rapporterte de fleste forfatterne som ble inkludert i oversikten, at det er mangel på forskning om lokale beslutningstakers innflytelse og politikk relatert til helse og velvære (Van Vliet-Brown et al., 2018, s. 719). Forfatterne av en rapport om håndtering av helseulikheter i Skandinavia poengterte at det foreligger svært begrenset kunnskap om

hvordan man skal utvikle og tilpasse lokal politikk for å adressere helseulikheter på tvers av sektorer (Diderichsen et al., 2015, s. 10). Videre fant de lite evidens for at HEiAP (Health Equity in All Policies) har gjort seg signifikant gjeldende i lokale myndigheters arbeid (Diderichsen et al., 2015, s. 10).

Til tross for at nylig publiserte studier formidler et kunnskapshull relatert til lokalt arbeid med sosial ulikhet og HiAP, har mine litteratursøk vist at det foreligger flere eksempler på forskning på lokalt nivå, som det ikke har blitt vist til i de overnevnte studiene. Et utvalg som er relevant for min studie vil bli presentert i denne litteraturgjennomgangen. Min studie vil bidra til å adressere kunnskapshullet i forskning på lokalt nivå.

3.2.2. Politisk forpliktelse, lovverk og prioriteringer

Fosse og Helgesen (2019, s. 393) studerte hvordan de nordiske landene anvender politikk for å adressere de sosiale helsedeterminantene. De fant at: «the wickedness of the problem of health inequalities is being under-communicated in all of the Nordic countries.» (Fosse & Helgesen, 2019, s. 402). Forfatterne mente at dette var tilfellet ettersom de fant at majoriteten av tiltak foregikk på lokalt nivå, og fokuserte på individuelle livsstils-, eller sosiale problemer som adresseres av helsetjenester eller lokale tjenestetilbud. Dette mente de utgjorde en redefinisjon av «wicked problems» til «tame problems», og at det var en indikasjon om at de vide helsedeterminantene ikke ble anerkjent i nasjonal politikk og tiltak (Fosse & Helgesen, 2019, s. 402). Diderichsen et al. (2015, s. 16) poengterte at selv om skandinaviske land praktiserer desentralisert ansvar for folkehelse på kommunalt nivå, avhenger effektiviteten i folkehelsearbeidet av det som skjer på nasjonalt og regionalt nivå. Den mest effektive politikken mot sosial ulikhet foregår på nasjonalt nivå (Diderichsen et al., 2015, s. 16).

Guglielmin et al. (2018, s. 288) fant i sin oversiktsartikkel at lovpålagt HiAP kan anses som et redskap for nasjonal ledelse, og at fravær av slik forankring i lov gjør det mer utfordrende å utøve nasjonal innflytelse. Synnevåg et al. (2019, s. 4) sin studie av tre norske kommuner fant at folkehelseloven ble fremholdt som essensiell for å legitimere HiAP-tilnærmingen.

Intervjuer med kommunalt ansatte og politikere fra de tre kommunene avdekket forståelsen av at folkehelseloven plasserer ansvar for folkehelseutfordringer hos administrative og politiske ledere i kommunene. Funnene indikerte at folkehelseloven fremmet bruk av ulike veiledninger og retningslinjer til å inkludere folkehelseutfordringer i dokumenter, handlingsplaner og årlige rapporter. Helseevalueringer ble tatt høyde for i alle administrative og politiske utfordringer i kommunene (Synnevåg et al., 2019, s. 4). Diderichsen et al. (2015,

s. 39) konkluderte med at Norges tydelige nasjonale ledelse og lovgivning fremmer HiAP på lokalt nivå, men at det å oversette lovgivningen til spesifikk politikk utgjør en utfordring.

Guglielmin et al. (2018, s. 291) rapporterte at styringsform og politisk ideologi tilsynelatende har innvirkning på HiAP implementering lokalt. Land preget av re-distributiv politikk er mer orientert mot å fremme HiAP og fokusere på å skape helsefremmende omgivelser, enn liberale velferdsstater (Raphael et al., 2008, referert i Guglielmin et al., 2018, s. 291).

Guglielmin et al. (2018, s. 291) reflekterte over at det sannsynligvis er utfordrende å opprettholde HiAP-innsats lokalt, som følge av at politiske ideologier skifter med ulike regjeringer. I drøftingsartikkelen til Bekken et al. (2017, s. 57) reflekterte forfatterne over at økt innsats lokalt kan være forgjeves dersom ikke nasjonalt nivå opprettholder sin forpliktelse til å redusere helseulikheter. Forfatterne viste til at Norges forpliktelse til å adressere sosial ulikhet tok seg gradvis opp med en nasjonal strategi for sosial ulikhet i 2007 og med folkehelseloven i 2012, som vektlegger betydningen av å adressere den sosiale gradienten. Denne nasjonale forpliktelsen gav tydelig uttrykk for statens ansvar for folkehelse og ulikheter. Videre drøftet forfatterne betydningen av regjeringsskiftet, da de fant at fokuset på sosial ulikhet har blitt betydelig redusert på nasjonalt nivå siden folkehelseloven ble vedtatt i 2012. Dette ble sett i sammenheng med at den sittende regjeringen, en borgerlig konstellasjon, tilsynelatende beveget seg i en annen retning. Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter fra 2015 ble fremholdt som eksempel på at den sosiale gradienten omtrent ikke ble adressert i politiske tiltak; som primært var målrettede. Forfatterne stilte spørsmål ved om den daværende regjeringens manglende opprettholdelse av fokuset på sosial ulikhet kan ha vært hemmende for framdriften i arbeid med helseulikheter lokalt (Bekken et al., 2017, s. 57). Van der Wel et al. (2016, s. 19) fant tre bekymringsfulle tendenser i norsk politikk: vedvarende strukturert ulikhet, manglende fokus på gradienten i implementering av tverrsektorielle reformer, og en mulig reorientering bort fra politikk som fokuserer på re distribuering og universalisme. Dersom lokalt arbeid med HiAP ikke kombineres med vedvarende nasjonal forpliktelse kan innsats for å redusere sosiale ulikheter i helse være forgjeves (Bekken et al., 2017, s. 58).

Hofstad (2016, s. 574) sin artikkel tok for seg HiAP-politikk i en norsk kontekst på lokalt nivå, med utgangspunkt i kvalitative og kvantitative data, diverse forskning og evalueringer gjennomført av andre. Hun konkluderte med at nasjonale myndigheter bør bevare og styrke det solide grunnlaget som folkehelseloven utgjør, slik at lokale myndigheter blir i stand til å gjennomføre lovens intensjoner. Staten og regionale styresmakter har en viktig rolle som

støttespillere for lokal implementering, og denne studien viste at støtten behøves på lokalt nivå (Hofstad, 2016, s. 574). Arbeid med folkehelse og helselighet må prioriteres politisk og støttes for at det skal bli vedlikeholdt i lokal planlegging (Hofstad, 2016, s. 571).

Tallarek née Grimm et al. (2013, s. 233) anbefalte i sin artikkel at det bør forskes på betydningen av økonomi og andre ressurser relatert til folkehelsearbeid i kommuner. Forfatterne antydte at øremerkede midler til kommunene kunne bidratt til å holde sosiale helseulikheter på den politiske agendaen (Tallarek née Grimm et al., 2013, s. 233). Fosse et al. (2018, s. 51) fant i sin studie av norske kommuner at finansiering var et viktig insentiv for å få kommuner til å prioritere folkehelsearbeid, og at det ikke har blitt økte bevilgninger til folkehelsearbeid i kjølvannet av folkehelseloven. Forfatterne påpekte at nasjonal finansiering kan anses som koordinert handling på nasjonalt nivå, og at det kan utgjøre et betydningsfullt redskap til å utvikle lokal HiAP politikk (Fosse et al., 2018, s. 51). Helgesen et al. (2017, s. 80) påpekte at det er få økonomiske insentiver for kommuner til å utvikle politikk som er i tråd med folkehelseloven (Helgesen et al., 2017, s. 80).

Det fremstår som forankring av kommunenes folkehelseansvar i lov er et viktig og tydelig virkemiddel, som kan bidra til å fremme fokus på folkehelse og sosial ulikhet i kommunene. Forskingen tyder likevel på at politiske tendenser kan hemme prioritering, fokus og støtte fra nasjonalt nivå. Flere har foreslått at nasjonal finansiering kan bidra til kommunenes arbeid med sosial ulikhet.

Plan- og bygningsloven

Hagen et al. (2019, s. 254) fant at redusering av helseulikheter ikke lenger er et kontroversielt tema i Norge, fordi målsetningen i stor grad har blitt institusjonalisert i folkehelsearbeid som adresserer de sosiale helsedeterminantene. Forfatterne påpekte at den nære forbindelsen mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven har bidratt til dette, ettersom begge lovene inneholder målsetningen om å redusere sosial ulikhet lokalt (Hagen et al., 2019, s. 254).

Aarsæther et al. (2018, s. 18) hevdet at det er enklere å gjennomføre politiske målsetninger ved å lovfeste planstrategier, og gjennom å fremme en direkte kobling mellom samfunnsdelen og økonomidelen i kommuneplanen. Til tross for at samfunnsdelen skal være et strategisk rammeverk for areal og detaljplanlegging, viste forfatterne til flere vurderinger som har påpekt en svak sammenkobling mellom samfunnsdelen og arealdelen og økonomiplanen (Aarsæther et al., 2018, s. 21-23). En NIBR-rapport fra 2017 fant at kommuner hadde forankret folkehelsearbeid i kommuneplaners samfunnsdel og planstrategi, mens arealdelen i

liten grad hensyntok folkehelse (Hofstad & Bergsli, 2017, s. 67). I studien til Hofstad et al. (2016, s. 32) stilte forfatterne spørsmål ved hva som er viktige betingelser for et helsefremmende lokalsamfunn og hvilke hindringer som kan hemme et slikt samfunn. De påpekte at: «Kommuneplanleggingen kan påvirke tilgangen til fellesskap, ressurser og rettferdig fordeling av goder» (Hofstad et al., 2016, s. 34).

3.2.3. Studiens temaer

Her fremlegges forskning som er spesifikt rettet mot de overordnede temaene i resultatdelen og drøftingen.

3.2.4. Forståelse

Tallarek et al. (2013, s. 230) fant i sin artikkel at paradigmeskiftet fra medisinsk orientering til HiAP-tilnærmingen utgjorde en grunnleggende utfordring for folkehelsearbeid i norske kommuner. En informant poengterte at det var vanskelig å etablere forståelsen av at helseutfordringer ikke utelukkende er helsesektorens ansvar (Tallarek née Grimm et al., 2013, s. 230). En studie av en svensk kommune fant også at helse ikke ble oppfattet som en kjerneoppgave for andre sektorer enn helsesektoren (Van Vliet, 2018, s. 34). Tallarek et al. (2013, s. 232) mente at funnene deres gav grunn til å stille spørsmål ved om helse ble forstått som et felles ansvar på tvers av sektorer i norske kommuner, og at det var behov for mer forskning på dette. Til tross for at flere kommuner hadde iverksatt tverrsektorielle tiltak, påpekte forfatterne at det var behov for å undersøke i hvilken grad helse og sosiale ulikheter i helse anerkjennes i kommuner (Tallarek née Grimm et al., 2013, s. 232).

Betydningen av å etablere kunnskap og forståelse om hva folkehelse er ble understreket av informantene i studien til Hofstad og Bergsli (2017, s. 72-73). Dette ble ansett som et viktig ledd i å oversette ambisiøse mål til praksis (Hofstad & Bergsli, 2017, s. 72-73). Synnevåg et al. (2018b, s. 70-72) studerte dilemmaer med folkehelseterminologi i implementering av politikk i tre norske kommuner. Begrepene folkehelse og folkehelsearbeid ble oppfattet som omfattende, diffuse og komplekse. Informantene opplevde at folkehelsearbeid kunne omfatte alt og ingenting. Bruken av helsebegrepet ble ansett som problematisk i implementering av HiAP, ettersom det kunne hemme forståelsen av at folkehelse er et tverrsektorielt ansvar som primært ligger utenfor helsesektoren. Forfatterne poengterte at alle ikke behøver å være folkehelsearbeidere, såfremt de forstår sitt ansvar for å bidra og hvilke konsekvenser handlinger kan ha på folkehelse. De fant at én av kommunene benyttet begrepet levekår som et alternativ eller sammen med begrepet folkehelse. Det ble rapportert at det å fremme et mer forståelig begrep gjorde det lettere å relatere folkehelsearbeidet til lokale utfordringer og mål i

kommunen (Synnevåg et al., 2018b, s. 70-72). Scheele et al. (2018, s. 62) fant i sin studie av danske, norske og svenske kommuner at de tre kommunene som vektla vide mål som sosial bærekraft, rapporterte større suksess med å iverksette tiltak for helselighet på tvers av sektorer. Forfatterne poengterte at utvikling av et felles språk kan bidra til å fremme eierskap, kommunikasjon og tverrsektoriell implementering av tiltak mot sosial ulikhet (Scheele et al., 2018, s. 66). Hofstad og Bergsli (2017, s. 68) fant i sin studie at en norsk kommune hadde valgt å tilnærme seg folkehelse i et bærekraftperspektiv. Dette fungerte som en felles referanseramme som det var: «mulig for folkehelsekoordinatorer, samfunnsmedisinere, samfunns- og arealplanleggere, klima- og miljøansvarlige og næringsutviklingsansvarlige å enes om» (Hofstad & Bergsli, 2017, s. 68). Informantene poengterte at dette fokuset hindret misforståelsen om at folkehelse dreier seg om arbeid med livsstil og livsstilsendringer (Hofstad & Bergsli, 2017, s. 68). Holt (2018, s. 1163) mener at vektlegging av likhet fremfor helse muligens kan bidra til et større tverrsektorielt fokus på de sosiale helsedeterminantene.

3.2.5. Samarbeid

Carey et al. (2014, s. 2) undersøkte om forskning på «Joined up Government» kunne bidra til å styrke implementering av HiAP. Forfatterne påpekte at «Joined up government» eller «Whole of government» har blitt fremholdt som en tilnærming til å håndtere «wicked problems» og sosialpolitikk gjennom tverrsektorielt samarbeid, et konsept som er nærliggende HiAP (Carey et al., 2014, s. 2). De konkluderte med at det var vanskelig å finne eksempler på vellykkede «Joined up» tilnærminger i litteraturen, og at forskning som støtter tilnærmingen var i sin spede begynnelse (Carey et al., 2014, s. 9). Videre fant de at prosessbaserte intervensjoner rettet mot de sosiale helsedeterminantene ville bli styrket gjennom ansvarliggjøring og insentiver som kan fremme integrering (Carey et al., 2014, s. 9). Larsen et al. (2014, s. 654) rapporterte i sin studie at endring av ansvarsområder over tid gjør det komplisert å etablere eierskap over folkehelsepolitikken. Diderichsen et al. (2015, s. 16) poengterte at selv om alle sektorer har ansvar for å adressere sosiale helsedeterminanter og sosiale ulikheter, betyr ikke det at sektorene føler seg ansvarlig for å implementere endringer som fremmer likhet i determinantene. Guglielmin et al. (2018, s. 288) fant i sin oversiktsartikkel at flere studier anerkjenner mangel på eierskap og ansvarlighet som en barriere for implementering av HiAP. Forfatterne foreslo at tydeligere roller og forventninger, samt inkludering av alle sektorer i politikktutforming, kan fremme ansvarliggjøring og eierskap (Guglielmin et al., 2018, s. 288).

Holt, Waldorff et al. (2018, s. 35-40) gjennomførte en dokumentanalyse av anbefalinger for tverrsektoriell, politisk handling for helse rettet mot danske kommuner. Forfatterne fant at dokumentene fremmet fokus på hva kommunene skulle fokusere på, for eksempel fysisk aktivitet i ulike sektorer, men generelt beskrev de ikke hvordan kommunene skulle gjennomføre tverrsektorielle tiltak (Holt, Waldorff, et al., 2018, s. 35-40). Det norske Helsedirektoratet publiserte i 2020 en veileder til lov og forskrift om systematisk folkehelsearbeid. Denne viste til undersøkelser fra de siste ti årene som har avdekket at kommuner har etterlyst kunnskap om hvordan de skal arbeide for å etablere et systematisk folkehelsearbeid, deriblant hvordan de skal arbeide tverrsektorielt (Helsedirektoratet, 2020, s. 3). Holt, Carey et al. (2018, s. 56) poengterte i sin artikkel at verdsetting av 'otherness' eller andres kompetanse/innspill kreves for å oversette folkehelsemål til mål som ligger i grenselandet mellom ulike sektorer. Slik kan folkehelsearbeidet strekke seg utover folkehelsesiloer. Mangelen på et slikt samarbeid kan fremme silo-tenkning og resultere i fokus på livsstils-problematikk heller enn de sosiale helse-determinantene (Holt, Carey, et al., 2018, s. 56). I en studie av en svensk kommune konkluderte Van Vliet (2018, s. 34) med at det behøves koordinering og samarbeid på tvers av sektorer for å unngå silo-tenkning, og lykkes med å fremme helselighet.

Helgesen et al. (2017, s. 80) undersøkte norske kommuners kapasitet til å redusere helseforskjeller. De fant at ikke alle kommuner nødvendigvis hadde kapasitet til å iverksette tiltak for å redusere helseforskjeller, ettersom det forelå store variasjoner i måten kommunene adresserte sitt folkehelseansvar. Forfatterne konkluderte med at dersom kommunene tar utgangspunkt i de forutsetningene de kan kontrollere, som er å ansette en folkehelsekoordinator høyt i organisasjonen og etablere tverrsektorielle grupper, vil nasjonal styring og regionale ressurser kunne opprettholde kommunenes kapasitet (Helgesen et al., 2017, s. 80). Studien til Hagen et al. (2017, s. 986) fant at de kommunene som hadde etablert samarbeid mellom ulike sektorer i kommunen og med andre kommuner, i større grad prioriterte levekår i kommunens helsefremmende arbeid.

3.2.6. Tilnærminger til sosial ulikhet

I en oversiktsartikkel undersøkte Pons-Vigués et al. (2014, s. 1) 54 ulike sosiale- og helsepolitiske intervensjoner for å takle helseulikheter i Europeiske byer, mellom 1995-2011. Forfatterne konkluderte med at majoriteten av de inkluderte artiklene omhandlet tiltak rettet mot helseatferd (Pons-Vigués et al., 2014, s. 1). I en nederlandsk studie av 16 kommuner fant forfatterne at politikken primært var rettet mot livsstil og sosial setting, heller enn politikk

som påvirker sosioøkonomiske faktorer og fysisk miljø (Storm et al., 2016). Vallgård (2014, s. 339-342) undersøkte danske myndigheters helsefremmende veiledere rettet mot kommuner, og stilte spørsmål ved hvorfor myndighetene deklarerer intensjoner om å adressere sosiale ulikheter når det ikke følges opp i større grad. Hun fant at hovedfokuset i veiledningene var på endring av helseatferd, og at det stort sett ble det foreslått målrettede høyrisikostراتيجier (Vallgård, 2014, s. 339-342). Hofstad (2016, s. 571) fant i sin studie at norsk helseforskning primært har konsentrert seg om helseatferd fremfor de vide helsedeterminantene, og studien til Hagen et al. (2017, s. 986) konkluderte med at mindre enn halvparten av norske kommuner adresserte de sosiale helsedeterminantene i tilstrekkelig grad.

Litteraturoversikten til Francis-Oliviero et al. (2020, s. 8) er ifølge forfatterne den første som har fokusert på proporsjonal universalisme. Forfatterne fant at majoriteten av inkluderte artikler som viste direkte til proporsjonal universalisme beskrev målrettede, nedstrøms-determinanter for å fremme tilgang til tjenester og forebygging. De påpekte at det ikke nødvendigvis er i strid med et proporsjonalt universalisme-fokus, ettersom både nedstrøms- og oppstrøms-intervensjoner kan anses som komplementære tiltak som foregår på ulike nivåer. Likevel reflekterte forfatterne over om et utelukkende fokus på nedstrøms-determinanter, kan forklare hvorfor folkehelseintervensjoner som har vist seg effektive også har ledet til økte helseforskjeller (Francis-Oliviero et al., 2020, s. 8). Rantala et al. (2014, s. 96) gjennomgikk 25 kasusstudier av tverrsektorielt folkehelsearbeid fra forskjellige land og fant at bare tre av dem hadde elementer av oppstrøms-fokus. Feyaerts et al. (2017, s. 23) konkluderte i sin studie med at det dominerende politiske paradigmet fokuserer på nedstrøms, individuelle livsstilsfaktorer heller enn oppstrøms, sosiale forhold. I en studie av norske kommuner som hadde begynt å implementere folkehelseloven fant forskerne en vag forståelse av konseptet helseulikheter og den sosiale gradienten (Fosse et al., 2018, s. 51). Majoriteten av de inkluderte informantene oppfattet at problemet måtte løses med politikk rettet mot marginaliserte grupper (Fosse et al., 2018, s. 51).

Forskningen tyder på at det i europeisk sammenheng er større vekt på intervensjoner rettet mot helseatferd, nedstrøms- livsstiltiltak og målretting enn det er på sosiale helsedeterminanter, oppstrøms-tiltak, den sosiale gradienten og universelle tiltak.

3.2.7. Kunnskap

Forskningsbasert- og teoretisk kunnskap

Rapporten til Diderichsen et al. (2015, s. 5) som tok for seg håndtering av helseulikheter i en skandinavisk kontekst, formidlet erfaringer fra arbeid i regioner og kommuner i Danmark, Norge og Sverige. Forfatterne fant at kommunene i alle tre landene primært etterlyste kunnskap i form av detaljerte råd om hvordan de skulle identifisere effektive intervensjoner og utforme politikk (Diderichsen et al., 2015, s. 31-33). De påpekte at dette kunne fremstå overraskende ettersom det foreligger både internasjonale og nasjonale oversikter med anbefalinger om tiltak rettet mot sosiale determinanter for helseulikhet. Forfatterne mente at ønsket om mer detaljerte råd kunne henge sammen med at detaljnivået i tiltakene ikke ene og alene kan identifiseres av folkehelseadministrasjoner eller folkehelseaktører. Det kreves innspill fra profesjonelle på ulike områder. Et eksempel som trekkes frem er spørsmål om hvordan man skal sikre arbeid til arbeidsledige med lav utdanning. Forfatterne fant at kontekst er sentralt i slike spørsmål, og at svarene kan avhenge av lokale forhold. Videre fremhevet de at kunnskap om mulige konsekvenser av politikk kan være nyttig for å estimere mulige helseeffekter. De fant at skandinaviske kommuner sjelden benytter slike estimater fordi teknologien er kompleks (Diderichsen et al., 2015, s. 31-33). Informantene til Lillefjell et al. (2018, s. 41-44) påpekte et kunnskapshull i norske kommuners evalueringsmetoder. De etterlyste større grad av samarbeid med forskningspartnere og andre relevante partnere, når kommunene skal velge passende metoder for evaluering og indikatorer for evaluering. Forfatterne etterlyste veiledning og metoder for implementering av folkehelsearbeid i kommuner. Videre fant de at det å skape nye arenaer for kunnskapsdeling var av betydning for å lykkes med arbeid med sosial ulikhet. Forfatterne påpekte at kommunene manglet en systematisk 'feedback loop' som kunne sikre at kunnskap fra iverksatte tiltak kunne danne grunnlag for videre beslutningstaking og politikk (Lillefjell et al., 2018, s. 41-44).

I 2015 publiserte Riksrevisjonen (2014-2015) en undersøkelse om offentlig folkehelsearbeid. Rapportens hovedfunn viste at de fleste norske kommuner ikke hadde etablert et systematisk folkehelsearbeid, at folkehelse og folkehelseiltak ikke var tilstrekkelig kunnskapsbasert eller forankret i andre sektorer utenfor helse. Rapporten konkluderte med at det kommunale folkehelsearbeidet behøver mer oppfølging (Riksrevisjonen, 2014-2015, s. 8).

Kompetanse til å jobbe kunnskapsbasert

Tallarek née Grimm et al. (2013, s. 232) rapporterte at deres studie indikerte behov for mer kunnskap og kompetanse om sosial ulikhet blant kommunale aktører. Også Synnevåg et al. (2018a, s. 984) avdekket at flere kommunalt ansatte og politikere ikke visste hva slags kunnskap som skulle danne grunnlaget for planlegging av folkehelseiltak, og hvordan kunnskap skulle oversettes til praksis. Von Heimburg og Hakkebo (2017, s. 74) fant i sin studie av to norske kommuner at det ikke var mangel på kunnskap om helse og sosiale helsedeterminanter som utgjorde en barriere for å implementere HiAP, men manglende forståelse for politikkutvikling og kompetanse til å oversette kunnskap til handling.

Hofstad og Bergsli (2017, s. 72) fant i sin studie av norske kommuner at folkehelsekoordinatorene arbeidet kunnskapsbasert, utviklet planer- og styringssystemer, og jobbet for å fremme folkehelsearbeid i hele organisasjonen. Vestby et al. (2020, s. 44-45) fant at det var viktig at noen tok ansvar for at stedsbasert kunnskap og innspill (medvirkningskunnskap) ble fulgt opp av egnede aktører. Forfatterne påpekte at kommunene behøver en koordinator som kan videreformidle materialet, og koble sammen ulike aktører for å vurdere og anvende forslag. Hvem denne oppgaven burde tilfalle vil være avhengig av størrelsen og kapasiteten i en kommune, men det ble foreslått at ansvaret burde tilfalle en folkehelsekoordinator eller planarbeider (Vestby et al., 2020, s. 44-45).

Helgesen et al. (2017, s. 80-82) undersøkte norske kommuners kapasitet til å redusere helseforskjeller og hvordan denne kapasiteten kan vedlikeholdes. De konkluderte med at et tiltak som kan bidra til å opprettholde kapasiteten var ansettelse av en folkehelsekoordinator i en 70% stilling eller mer. Forfatterne argumenterte for at en folkehelsekoordinator burde ha en profesjonell bakgrunn som fremmer kompetanse til å bruke helseprofiler, samle lokale data og systematisere kunnskapen i oversikter. Forfatterne mente at plassering høyt i organisasjonen var viktig for å sikre koordinatoren nødvendig autoritet (Helgesen et al., 2017, s. 80-82).

Hagen et al. (2018, s. 813) fant at kommuner som hadde ansatt folkehelsekoordinator i etterkant av folkehelseloven hadde fire ganger mindre sannsynlighet for å fremme rettferdig fordeling i folkehelseiltak sammenlignet med kommuner som ikke hadde folkehelsekoordinator. Dette funnet ble tolket som et resultat av at folkehelsekoordinatorer ofte ansettes i mindre stillingsprosenter og på et nivå med liten innflytelse (Hagen et al., 2018, s. 813). Denne antagelsen ble støttet av Bekken (2018, s. 1062) som poengterte at

folkehelsekoordinatorer bør ansettes i posisjoner med innflytelse i kommunen. I 2019 fremmet det norske rådet for sosiale ulikheter i helse 29 anbefalinger for å motvirke sosiale ulikheter i helse (Arntzen et al., 2019, s. 598). Et av rådene lyder: «Appoint public health coordinators in all local authorities' planning departments or municipal secretariats to coordinate efforts to combat social inequalities in health» (Arntzen et al., 2019, s. 604). Folkehelsekoordinatoren sin rolle består i å bygge bro mellom ulike aktører og departementer for å fremme tverrsektorielt folkehelsearbeid (Arntzen et al., 2019, s. 604).

Kunnskap om lokale forhold

I en studie av en svensk kommune undersøkte Van Vliet (2018, s. 35) hvordan evidensbaserte anbefalinger for å fremme helselighet kunne anvendes i politikkutforming og handling på lokalt nivå. Hun foreslo at lokale myndigheter burde starte med monitorering av pågående handling og aktiviteter. Deretter burde det foretas en evaluering og oppfølging av tiltakenes effekt på helselighet, som særlig vurderer proporsjonal universalisme. Neste steg hun foreslo var at resultatene burde diskuteres og bearbejdes i lokale prosesser med ulike interessenter (stakeholders), da dette kunne bidra til systematisk kvalitetsforbedring (Van Vliet, 2018, s. 35). I den danske kommunen Varde fant Larsen et al. (2014, s. 654) mangel på politiske mål og grunnleggende målinger. De målene som forelå, var vanskelig å oppnå ettersom det manglet grunnleggende informasjon (Larsen et al., 2014, s. 654).

Hofstad (2016, s. 572-574) drøftet behovet for å systematisere det lokale folkehelsearbeidet for å fremme en mer solid kunnskapsbase. Ettersom politiske trender skifter, mente forfatteren at det er nødvendig å gjøre HiAP mindre avhengig av politisk ledelse gjennom å systematisere mål og prioriteringer. Blant begrensningene som forhindrer slik systematisering påpekte forfatteren usikkerhet og utfordringer relatert til innholdet i helseoversikter, vagt definerte mål og prioriteringer i kommunale planer, og usikkerhet relatert til håndtering av helseulikheter, som oppfattes som komplekse og utfordrende (Hofstad, 2016, s. 572-574). Arntzen et al (2019, s. 604) konkluderte i sin artikkel med at utforming av lokale helseoversikter har fremmet et større fokus på sosial ulikhet blant lokale myndigheter. Fosse et al. (2019, s. 551) fant at de fleste norske kommuner har laget lokale folkehelseoversikter. Forfatterne påpekte at kommunene nå har tilgang til gradient-vennlige helseprofiler, og at indikatorene i disse profilene gir kommuner muligheten til å monitorere og adressere sosiale helsedeterminanter (Fosse et al., 2019, s. 551). En annen studie har

rapportert at kommunalt ansatte var usikre på hva de skal bruke folkehelseprofilen til (Hofstad & Bergsli, 2017, s. 71). En informant fra denne studien mente folkehelseprofilen gav et elendighetsbilde av kommunen. Det ble rapportert at den var vanskelig å benytte til å lage tiltak og måle endring fordi den opplevdes for abstrakt (Hofstad & Bergsli, 2017, s. 71).

Medvirkning

I en studie av arbeid med folkehelse og sosial ulikhet i tre norske kommuner fant forfatterne at deltakerne vektla betydningen av å anvende ulike typer kunnskap, og at det ikke utelukkende måtte begrenses til kunnskap relatert til helsesektoren eller forskningsbasert kunnskap (Lillefjell et al., 2018, s. 41). Det ble det rapportert om behov for å involvere flere målgrupper i arbeid med å definere problemstillinger og identifisere løsninger for å fremme helse og redusere helseforskjeller. Ifølge informantene ville dette sikre befolkningsrettet politikk og handling, og reflektere lokale behov (Lillefjell et al., 2018, s. 41). I en samarbeidsrapport fra NIBR og Uni Rokkansenteret ble det formidlet at kommunale beslutninger kan forbedres gjennom medvirkning, ettersom vedtak dermed baseres på mer informasjon om behov, konsekvenser og løsninger (Klausen et al., 2013, s. 140-160). Medvirkning kan bidra til bedre forankring av beslutninger som derigjennom kan bli lettere å gjennomføre. Forfatterne av rapporten fant at det var viktig å forankre medvirkning, og at de kommunene som var særlig gode på innbyggermedvirkning hadde en overordnet strategi for medvirkning. En slik overordnet medvirkningsstrategi fremmet en mer systematisk tilnærming til innbyggermedvirkning. Forfatterne poengterte likevel at en medvirkningsstrategi i seg selv ikke er tilstrekkelig, men at det må settes av ressurser til iverksetting av strategien, gjerne i form av en demokratikoordinator. De fant at kommunene som hadde prioritert stillinger med fokus på demokratisk arbeid og innbyggerinvolvering hadde lyktes med vedvarende innbyggermedvirkning i hele organisasjonen (Klausen et al., 2013, s. 140-160). Vestby et al. (2020, s. 44) påpekte at medvirkningskunnskap består av stort og smått av innspill, og at realisering av slike innspill ofte krever sammensatte løsninger. Forfatterne studerte brukermedvirkning i norske kommuner og fant at innbyggerne ofte opplever at de ikke ser at innspillene deres tas videre. Dette kan lede til frustrasjon og redusere befolkningens interesse for å delta i fremtidige prosesser (Vestby et al., 2020, s. 44).

Det foreligger lite forskning på lokalt kunnskapsgrunnlag og medvirkningskunnskap relatert til arbeid med folkehelse og sosial ulikhet. Min studie vil bidra til å belyse disse temaene.

4.0 Hensikt og problemstillinger

4.1. Studiens hensikt og relevans

Fokuset for denne studien er folkehelsearbeid og sosial ulikhet. Dette har blitt undersøkt gjennom å studere hvordan Bjørnafjorden kommune forstår, samarbeider om og tilnærmer seg folkehelsearbeid og sosial ulikhet, og ved å undersøke hva slags kunnskap kommunen benytter i dette arbeidet. Studien min vil utgjøre et bidrag til det overordnede prosjektet. Ved å sammenligne kunnskapen jeg innhenter med Folkehelseloven, prinsipper fra helsefremmende arbeid og tilnærminger til sosial ulikhet, kan jeg bidra til kunnskapsutvikling om kommunalt folkehelsearbeid relatert til sosial ulikhet.

4.2. Problemstillinger

1.) Hvordan forstår og samarbeider kommunen om arbeid med folkehelse og sosial ulikhet?

- Hvordan forstår de ansatte i kommunen folkehelsebegrepet og hva innebærer det for måten organisasjonen samarbeider?
- Hvordan preger kommunens forståelse av sosial ulikhet organisasjonens tilnærming til folkehelsearbeid, og hvordan prioriterer kommunen i folkehelsearbeidet?

2.) Hvilken kunnskap benyttes i kommunens arbeid med folkehelse og sosial ulikhet?

- Hvilke typer kunnskap prioriteres i kommunens arbeid, og hvordan vurderer de ansatte i kommunen kvaliteten og nytteverdien av kunnskapsgrunnlaget som anvendes?

5.0 Metode

Kvale og Brinkman (2015, s. 83) formidler at metode kan forstås i vid forstand, og at ordets opprinnelige betydning er *veien til målet*. Med en slik vid forståelse til grunn vil dette kapitlet ta for seg de ulike metodene jeg har benyttet i mitt forskningsprosjekt. Innledningsvis redegjør jeg for vitenskapsteori, ontologisk, epistemologisk og metodologisk ståsted. Videre presenteres forskningsdesign, metodevalg og utvalg. Deretter følger en beskrivelse av datainnsamling etterfulgt av analyse. Avslutningsvis drøftes etiske aspekter ved studien.

Ettersom datainnsamlingen har foregått i samarbeid med en annen student vil gjennomføringsdelen av intervjuene bli beskrevet som et samarbeid med bruk av pronomenet «vi». Alle andre deler av oppgaven beskriver mine selvstendige valg og vurderinger og omtales som mine valg.

5.1. Vitenskapsteori

I forskning brukes begrepet «modell» om det overordnede rammeverket for forskerens realitetsoppfatning (Silverman, 2017, s. 133-134). Andre begreper for modell er paradigme, teoretisk rammeverk eller filosofisk verdensbilde (Creswell, 2014, s. 6; Thomassen, 2006, s. 106). Creswell (2014, s. 6) beskriver filosofisk verdensbilde som forskerens forståelse av verden og forskningens art. Forskning formes av forskerens antakelser: om den sosiale virkeligheten (ontologisk perspektiv), og om egnede måter å undersøke et fenomen; hvordan kunnskap kan frembringes (epistemologisk perspektiv) (Johannessen et al., 2016, s. 49; Silverman, 2017, s. 133-134). Det filosofiske verdensbildet former måten forskeren oppfatter og løser praktiske forskningsproblemer (Silverman, 2017, s. 281). Mitt verdensbilde er inspirert av konstruktivisme.

Lincoln og Guba (2011, s. 168) fremstiller karakteristikk ved det ontologiske, epistemologiske og metodologiske grunnlaget i et konstruktivistisk verdensbilde. Ontologi dreier seg om hvorvidt forskeren mener at forhold eksisterer uavhengig av menneskelig praksis og forståelse, eller om forskeren mener at disse er uadskillelige – og derigjennom at kunnskap alltid vil preges av menneskers perspektiv (Braun & Clarke, 2013, s. 27).

Ontologien i konstruktivisme kjennetegnes av relativisme, i det Lincoln og Guba (2011, s. 168) beskriver som lokale og spesifikt konstruerte realiteter. Epistemologi omfatter hva som regnes som legitim kunnskap, hvilken kunnskap som anses som troverdig og hvordan meningsfull kunnskap kan genereres (Braun & Clarke, 2013, s. 28). Metodologibegrepet benyttes om de grunnleggende formene for fortolkning og forståelse som preger utviklingen og bruken av metoder (Grønmo, 2016, s. 43). Epistemologien i konstruktivisme preges av transaksjonelle, subjektivt produserte funn, mens metodologien karakteriseres som hermeneutisk eller dialektisk (Lincoln & Guba, 2011, s. 168). Med andre ord baserer et konstruktivistisk verdensbilde seg på at interaksjonen som foregår mellom forskeren og deltakerne i studien former forskningsresultatene (Thagaard, 2018, s. 40). Deltakerne og forskeren konstruerer kunnskapen i fellesskap, og begge parter påvirker kunnskapsutviklingen. Hva som oppfattes som gyldig kunnskap vurderes opp mot interaksjonen mellom forskeren og deltakerne (Thagaard, 2018, s. 40). Jeg benyttet en

konstruktivistisk tilnærming fordi jeg anser kunnskap som et produkt av menneskelig samspill og fortolkning.

Ifølge Cresswell (2014, s. 6) er det forskerens filosofiske verdensbilde som former en preferanse for kvalitative-, kvantitative, eller miksede metoder som tilnærming. I samfunnsvitenskapen skilles det ofte mellom kvantitative og kvalitative metoder, men Grønmo (2016, s. 22) poengterer at kvantitativ/kvalitativ først og fremst beskriver egenskapene ved dataene som samles inn. Studier anses som kvantitative dersom de hovedsakelig baserer seg på talldata, og kvalitative om de baseres på andre former for data (som tekstdata) (Grønmo, 2016, s. 22). Jeg skal gjennomføre en kvalitativ studie, og mener derigjennom at tekstdata er egnet til å belyse min problemstilling. I kvalitativ forskning studerer man ofte hvordan fenomener erfares eller konstrueres i menneskers hverdag (Silverman, 2017, s. 133-134).

5.1.1. Forforståelse

Forforståelse er de erfaringer, hypoteser, faglige perspektiver, og teoretiske referanserammer som forskeren tar med seg inn i en studie (Malterud, 2017, s. 44-45). Alle disse elementene vil påvirke måten jeg samler inn, leser og tolker data (Malterud, 2017, s. 44-45). Som utdannet vernepleier har jeg med meg et fokus på empowerment og brukervedvirkning, og som person er jeg opptatt av å motarbeide marginalisering.

5.2. Forskningsdesign og metode

Forskningsdesign

Forskningsdesign er en plan eller skisse over hvordan forskningen skal gjennomføres (Thagaard, 2018, s. 50). Slike retningslinjer for prosjektet inkluderer redegjørelse for hva som er fokus for undersøkelsen, potensielle deltakere, hvor undersøkelsen skal utføres og hvordan (Thagaard, 2018, s. 50). Hensikten med mitt prosjekt var å studere kommunalt arbeid med folkehelse og sosial ulikhet. Dette ble undersøkt gjennom å studere forståelse, samarbeid, tilnærminger og utforming og bruk av kunnskap i kommunen. Datainnsamlingen bestod av individuelle intervjuer med ansatte fra ulike sektorer i kommunen, og intervjuene ble utført over den digitale plattformen teams.

Det finnes mange ulike kvalitative forskningsdesign, ettersom kvalitativ forskning kan gjennomføres på en rekke forskjellige vis, og det kan være vanskelig å skille tydelig mellom

ulike typer forskningsdesign (Green & Thorogood, 2018, s. 65; Johannessen et al., 2016, s. 77). Kasus-studie-design er ikke knyttet til spesifikke teoretiske eller metodologiske karakteristikk, egner seg til dybdeundersøkelser og presisjon, til å undersøke et lite utvalg kasuser i en naturlig kontekst og kan basere seg på en kombinasjon av datametoder (Green & Thorogood, 2018, s. 65). Kasus-studier karakteriseres av undersøkelsesopplegg som studerer omfattende informasjon om få enheter/caser, og kan fokusere på én eller flere caser (Thagaard, 2018, s. 51). Dette er en kasus-studie av en kommune, og individuelle intervjuer har blitt benyttet som datainnsamlingsmetode.

Videre har jeg benyttet dokumenter fra kommunen i studien min. Jeg har ikke gjennomført en systematisk dokumentanalyse, men vil bruke informasjon fra dokumentene som bakgrunnsinformasjon til å belyse kommunekonteksten og funnene mine.

Kvalitativ metode – individuelle intervju

Kvalitative forskere unngår som regel hypoteser og stiller åpne spørsmål om hva som foregår i en gitt kontekst (Silverman, 2017, s. 133-134). En slik tilnærming, som baserer seg på fortolkning heller enn teoritestning, betegnes ofte som induktiv og innebærer at forskeren trekker slutninger fra det spesielle til det mer allmenne; fra empiri til teori (Grønmo, 2016, s. 51; Johannessen et al., 2016, s. 47). Forskeren kan også bevege seg frem og tilbake mellom teori og empiri flere ganger i løpet av en studie (Grønmo, 2016, s. 50) Min studie er hovedsakelig induktiv, men jeg har beveget meg noe mellom teori og empiri for å danne et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for studien. Induktive opplegg og kvalitative metoder er egnet til å undersøke fenomener det har blitt forsket lite på (Grønmo, 2016, s. 51; Johannessen et al., 2016, s. 28). Motsatsen til den induktive tilnærmingen er deduktive opplegg, som egner seg til å undersøke områder som det har blitt forsket mye på, gjennom hypotesetesting (Grønmo, 2016, s. 51).

I mitt prosjekt har jeg anvendt individuelle intervju som forskningsmetode. I kvalitativ forskning er det mye fokus på intervju som metode, og i slike forskningsintervju skapes kunnskap gjennom sosiale interaksjoner mellom forskeren og intervjupersonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 83). «Å snakke om erfaringer i en intervjukontekst kan derfor betraktes som en form for sosial handling. Personer rettfærdiggjør sine erfaringer og plasserer sine opplevelser innenfor den kulturelle rammen de forholder seg til» (Thagaard, 2018, s. 53). Metoden er i tråd med et konstruktivistisk verdensbilde, som forfekter at kunnskap blir til

gjennom menneskelig samspill (Thagaard, 2018, s. 40). Vi anså individuelle intervjuer som den best egnede metoden for å få innblikk i kommunens folkehelsearbeid. Denne metoden anså vi som bedre egnet til å fremme ærlige svar enn et gruppeintervju. Dette viste seg å være en riktig vurdering ettersom flere av informantene ba om bekreftelse på at de kom til å bli anonymisert i intervjuene. Kvale og Brinkmann (2015, s. 141) formidler at intervjuer kan ha eksplorative formål, og at slike utforskende intervjuer preges av åpenhet og fleksibilitet. Vi benyttet en semistrukturert tilnærming til intervjuene. En semistrukturert tilnærming tillater forskeren å konsentrere intervjuet mot det som fremstår relevant, og muliggjør revidering av intervjuguiden underveis i datainnsamlingen (Malterud, 2017, s. 133-134). Det er viktig å utarbeide en intervjuguide i forkant av datainnsamlingen, ettersom den utgjør en rettesnor for temaene som skal tas opp i intervjuet (Grønmo, 2016, s. 168). Jeg og medstudenten jeg samarbeidet med brukte mye tid på å utarbeide en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg 2) som dekket de områdene vi ville å undersøke. Semistrukturerte intervju betegnes ofte som uformelle intervju (Grønmo, 2016, s. 167), og denne tilnærmingen gav informantene rom til å snakke fritt rundt temaene i intervjuguiden. Den frie formen på intervjuene gjorde at vi, som intervjuet, kunne omformulere spørsmål som vi ønsket mer utfyllende svar på, og stille oppklarende spørsmål ved behov. Grønmo (2016, s. 167) formidler at intervjuets utvikling formes av informantens respons og av kommunikasjonen mellom forskeren og respondenten. Den semistrukturerte formen gjorde det lett å hoppe frem og tilbake i intervjuguiden ut ifra hvilken retning informantens svar beveget seg. Dette bidro til at vi fikk flyt i samtalen, og unngikk å legge føringer på informantens assosiasjoner og refleksjoner.

5.3. Utvalg

I all forskning anvendes prosedyrer for utvelgelse av data til undersøkelsen (Everett & Furseth, 2012, s. 133). Ettersom kvalitative studier som regel kjennetegnes av et begrenset antall deltakere, må utvelgelsesprosessen stå i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2018, s. 54). Dette er viktig for at dataanalysen skal kunne gi en forståelse av det fenomenet som studeres. Denne studien var basert på strategisk utvalg. Strategisk utvalg innebærer et systematisk valg av deltakere som besitter egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk relatert til problemstillingen (Thagaard, 2018, s. 54). Vi satt et ønsket antall deltakere til mellom 6-12 personer.

5.3.1. Rekruttering, inklusjons- og eksklusjonskriterier

Når forskeren har valgt en strategi for utvalg, kan det være nyttig å opprette kontakt med personer som kan representere prosjektet i forskningssettingen (Thagaard, 2018, s. 56).

«Gatekeepers» eller portvoktere tilrettelegger tilgang til deltakere eller forskningsfelt, ofte ved å assistere med rekruttering (Green & Thorogood, 2018, s. 91). I samarbeid med veileder kontaktet vi kommunens folkehelsekontakt, for å få bistand til rekruttering av deltakere. Vi formidlet ønskene om deltakerne til folkehelsekontakten. Både veilederen vår og folkehelsekontakten i kommunen ble derigjennom portvoktere for hvilke deltakere vi fikk intervjuet. Et av inklusjonskriteriene for studien var at deltakerne skulle komme fra ulike sektorer eller avdelinger i kommunen, ettersom folkehelseloven formidler at folkehelsearbeid skal foregå i alle sektorer (Regjeringen, 2020). Et annet inklusjonskriterie var at deltakerne skulle være administrative ledere, da ledere skal ha et overordnet blick på sektoren/avdelingen. Vi valgte å ikke sette «andre enn administrative ledere» som eksklusjonskriterie, da vi tenkte at det kunne være begrensede muligheter til å få tak i ledere. Deltakerne som ble rekruttert var ikke utelukkende administrative ledere, noen jobbet på et lavere nivå, og noen jobbet mer direkte med befolkningen enn administrativt.

Utvelgelsesprosessen i kvalitative studier kan karakteriseres som en organisk prosess som innebærer at man kan supplere med deltakere underveis i prosjektet (Thagaard, 2018, s. 54). Da vi fikk mulighet til å intervjuet to personer som ikke var med i det opprinnelige utvalget, takket vi ja til det. Disse deltakerne ble intervjuet samtidig, ettersom de hadde satt av samme tidspunkt til å bli intervjuet. Da vår kontakt i kommunen hadde rekruttert deltakere til studien, tok vi kontakt med dem individuelt og avtalte intervju-tider. Vi rekrutterte i alt 8 personer til studien.

Det menneskelige samspillet som kreves i intervju påvirker intervjupersonene og kunnskapen som produseres (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 95). Vi intervjuet kommunalt ansatte som kan anses som profesjonelle innenfor sitt fagfelt. Vi antok at de ikke vil føle seg underlegen i en intervjusituasjon med studenter, men vi var påpasselig med respektfull spørsmålsformulering, og unngikk for fagspesifikk terminologi. Vi var oppmerksomme på at intervjuene kunne oppleves som en kvalitetsvurdering av kommunens arbeid, og understreket at vi var interessert i deres perspektiver.

5.3.2 Beskrivelse av informanter

Deltakerne i denne studien består av 8 ekspertinformanter som er ansatt i ulike seksjoner i kommunen. Alle deltakerne hadde ulik utdanningsbakgrunn relatert til økonomi, helse- og sosialarbeid, samfunnsplanlegging med mer. Informantene hadde ulike funksjoner i kommunen der 2 jobbet innenfor helse, 2 i overordnet ledelse, 4 arbeidet brukernært, 1 jobbet med koordinering, og 2 arbeidet med samfunnsplanlegging. Alle informantene var kvinner.

5.4 Datainnsamling

5.4.1. Rammer for datainnsamlingen

Jeg gjennomførte intervjuene i samarbeid med en student som også skriver oppgave for folkehelseprosjektet, da vi ble tildelt den samme kommunen som studieområde.

Prosjektlederen ønsket at vi utarbeidet intervjuguide og utførte intervjuene sammen.

Da datainnsamlingen var nært forestående ble det innført strengere smittevernregler i forbindelse med den pågående korona-pandemien. Vi hadde avtalt å gjennomføre intervjuene ansikt til ansikt, men vår kontaktperson i kommunen formidlet at det måtte gjennomføres digitalt. Vi benyttet plattformen teams til dette. Jeg og medstudenten jeg samarbeidet med gjennomførte et prøveintervju for å teste ut om intervjuguiden behøvde justeringer, og for å finne ut om det tekniske fungerte. Jeg opplevde problemer med å se personen vi intervjuet, og vi besluttet derfor at vi skulle sitte sammen med én pc og gjennomføre intervjuene. De to første intervjuene gjennomførte vi fra samme sted, via en pc. Dette var en positiv erfaring, det var lett å kommunisere og lite avbrytelser. Etter dette kom det strengere smitteverntiltak, med anbefalinger om redusert antall nærkontakter i løpet av en uke. Vi besluttet derfor å sitte hver for oss og intervju via to pc-er. Jeg opplevde en del tekniske utfordringer med bildet, jeg kunne ikke se flere av informantene, men jeg kunne høre dem og se medstudenten min. Dette var et eksempel på at det var hensiktsmessig å være to, da medstudenten min hadde anledning til å notere seg kroppsspråket til intervjudeltakerne. Vi byttet på å lede intervjuene. Den som ikke ledet sørget for at intervju-guiden ble tilstrekkelig dekket, kom med innskytelser underveis og avsluttet med å trekke frem spørsmål fra intervjuguiden som eventuelt ikke hadde blitt stilt. Vi benyttet manuell båndopptaker til å ta opp intervjuene, og fikk skriftlig og muntlig samtykke fra deltakerne om at de aksepterte at intervjuene ble tatt opp.

5.4.2. Transkribering

Transkribering er en fortolkningsprosess hvor ulikhetene mellom muntlig språk og skriftlig språk kan skape praktiske og prinsipielle utfordringer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204-207). Transkriberingen av intervjuer fra muntlig til skriftlig form resulterer i en struktur som er bedre egnet for analyse. Det fins ikke mange standardregler for transkripsjon, men heller en rekke valg man må ta, og en grunnregel er at forskeren bør gi en tydelig beskrivelse av hvordan transkripsjonen er gjennomført (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204-207). Ettersom transkribering er en fortolkningsprosess, vil mine valg prege fremstillingen av intervjuene i skriftlig form. Etter hvert som intervjuene ble utført fordelte jeg og medstudenten jeg samarbeidet med intervjuene mellom oss for å transkribere dem, og vi ble enige om en felles fremstilling av rådataene. For å kvalitetssikre transkriberingen lyttet jeg gjennom alle opptak etter transkriberingen, og sjekket transkripsjonene til min medstudent i tråd med Braun og Clarke (2006, s. 88) sin anbefaling. Jeg gjorde noen justeringer da vi hadde litt ulik formening om bruk av tegnsetting, pauser, følelsesuttrykk og detaljnivå i transkriberingen. Ordrette intervjutranskripsjoner resulterer i kunstige fremstillinger som potensielt ikke er dekkende for den muntlige samtalen eller skriftlig, formell stil (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Jeg valgte å ta bort mange av bekreftelseslydene som «ja», «mhmm» og «sant», og repeterende bruk av «på en måte», «liksom» og «ehh». Der det forekom påbegynte setninger, som ble avbrutt benyttet jeg tre punktum etter hverandre.

5.4.3. Databehandling

Datatilsynet formidler prosedyrer som innebærer at studiens papir- og datamateriale skal oppbevares innelåst, utilgjengelig for andre (Malterud, 2017, s. 215). Notater og intervjuopptak har blitt oppbevart og behandlet i tråd med dette. Transkriberingene ble kryptert i prosessen, og hver deltaker ble tildelt en kode. Kodene ble oppbevart på en minnepenn i en safe. Gjennomgang av opptak og transkribering har foregått hvor andre ikke har kunnet overheøre eller lese rådataene, og transkriberingen har blitt utført i samarbeid med en medstudent. Opptakene og transkripsjonene ble lagret i Uib sin skylagring.

5.5. Analyse

Analysen i kvalitative metoder går ut på å avdekke generelle tendenser i datamaterialet, og tendenser som skiller seg ut (Grønmo, 2016, s. 266). «Kvalitative data taler ikke for seg selv. De må tolkes» (Johannessen et al., 2016, s. 161). Det finnes mange måter å analysere og tolke

kvalitative data (Johannessen et al., 2016, s. 161). Jeg valgte å fremstille mine analyser i word-dokumenter.

5.5.1. Tematisk analyse

Tematisk innholdsanalyse er mye anvendt i kvalitativ forskning og går ut på å presentere nøkkelelementer fra deltakernes redegjørelser (Green & Thorogood, 2018, s. 258). Denne analyse-metoden er pragmatisk og fleksibel, og refleksivitet er en forutsetning for å forankre analysen tydelig (Malterud, 2017, s. 95). Refleksivitet innebærer at forskeren er åpen om hvordan egne erfaringer og bakgrunn, samt hvilke metoder og referanserammer som kan påvirke forskningen (Grønmo, 2016, s. 143). Malterud (2017, s. 95) skriver at Braun og Clarke gir en detaljert fremgangsmåte for tematisk analyse som ikke legger føringer for bestemte metodetradisjoner, teorier eller filosofier. Braun og Clarke (2006, s. 83) formidler at tematiske analyser kan utføres enten induktivt eller deduktivt. I en induktiv tilnærming, som jeg har valgt, har temaene som utarbeides en tydelig kobling til dataene. Induktiv analyse innebærer at forskeren koder data uten å prøve å få dataene til å passe inn i et eksisterende rammeverk, eller i forskerens forforståelser. Men det er viktig å erkjenne at forskere ikke kan frigjøre seg helt fra sine egne forforståelser, eller teoretiske og epistemologiske standpunkt (Braun & Clarke, 2006, s. 83-84). «Data blir ikke kodet i et epistemologisk vakuum» (Braun & Clarke, 2006, s. 84). Min analyse vil være påvirket av arbeidet som har blitt gjort i forkant av analysen. Stegene i Clarke og Braun (2006, s. 87) består av å: 1.) Gjøre seg kjent med dataene, 2.) Generere koder, 3.) Søke etter temaer, 4.) Gjennomgå temaer, 5.) Definere og navngi temaer, 6.) Produsere rapporten. Jeg benyttet denne tilnærmingen til dataanalysen.

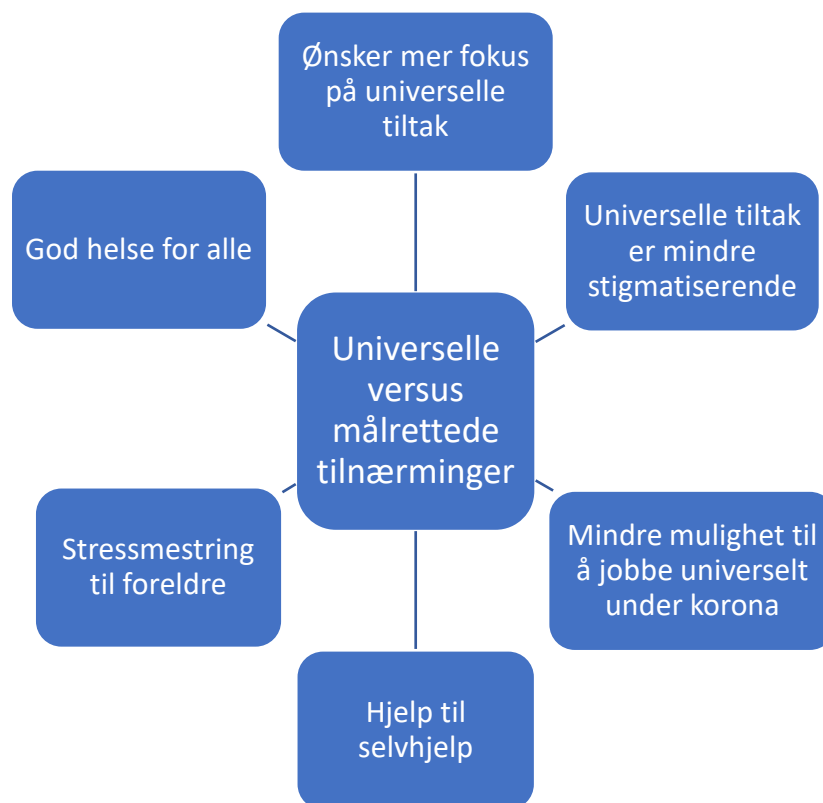
Fremgangsmåten

Jeg startet analyseprosessen med å gjøre meg kjent med dataene (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Jeg valgte både å lytte til opptakene, lese gjennom transkriberingene og notatene fra intervjuene som anbefalt av (Green & Thorogood, 2018, s. 259). Jeg tok notater underveis (Braun & Clarke, 2006, s. 87) som jeg bearbeidet til stikkord og sorterte i et tankekart for hvert enkelt intervju. I tillegg laget jeg en liste over temaer, begreper og avsnitt som utmerket seg.

I steg 2 utarbeidet jeg koder til alle intervjuene, hver for seg. Koding er den mest brukte formen for dataanalyse av intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 226). Jeg startet med å lese gjennom transkripsjonene og kode eller beskrive utvalgte avsnitt. Koding består i å identifisere nøkkelord til små deler av teksten som gjør det mulig å finne frem til et

tekstutdrag senere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 226). Jeg noterte kodene i en kolonne til venstre i word, med de tilhørende sitatene til høyre for kolonnen.

Videre i steg 3 sorterte jeg kodene fra hvert enkelt intervju under grunnleggende temaer jeg identifiserte. Jeg gjorde dette i skjemaer i word, der kodene ble limt inn i en kolonne til venstre, og grunnleggende temaer ble notert inn i kolonnen til høyre for denne. Noen av de utvalgte sitatene overlappet med ulike temaer, og enkelte koder ble derfor koblet til flere temaer i denne fasen. Deretter benyttet jeg tankekart til å bearbeide forholdet mellom koder, temaer, og ulike nivåer av temaer (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Figur 3 illustrerer koder som har blitt koblet til et grunnleggende tema.



Figur 3: Illustrasjon av koder som er koblet til et grunnleggende tema.

Steg 4 i prosessen bestod i å gå gjennom temaene og endre på temaer som ikke passet inn (Braun & Clarke, 2006, s. 91). Jeg leste gjennom alt materialet på nytt for å undersøke om temaene var representative for innholdet i intervjuene. Deretter gikk jeg gjennom kodene og

temaene, og vurderte om temaene utgjorde et mønster på tvers av dataene (Braun & Clarke, 2006, s. 91).

I steg 5 identifiserte jeg essensen i hvert hovedtema (Braun & Clarke, 2006, s. 92). I denne fasen må forskeren vurdere om hovedtemaene behøver undertemaer, for å gi struktur til et stort tema (Braun & Clarke, 2006, s. 92). Et av mine hovedtemaer ble kunnskapsbasert folkehelsearbeid, og undertemaer ble: forskningsbasert- og teoretisk kunnskap, kunnskap om lokale forhold og medvirkningskunnskap. Steg 6 bestod i å utarbeide en ferdigstilt rapport av resultatene.

5.6. Etikk

Etiske faktorer som må adresseres i planleggingsprosessen av intervjuforskning er samtykke, konfidensialitet og vurderinger av konsekvenser som intervjusituasjonen kan ha for deltakerne (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97).

5.6.1. Samtykke

Informert samtykke går ut på at deltakere ikke skal tvinges, overtales eller forledes til å delta i forskning, at det er frivillig og krever forståelse for hva deltakelse innebærer (Green & Thorogood, 2018, s. 89). Min samarbeidspartner og jeg utarbeidet et informasjonsskriv (se vedlegg 3) til studiens deltakere, som de fikk i forkant av intervjuene. Vi innhentet samtykkeerklæring fra de som deltok i studien i det samme dokumentet. I tillegg spurte vi deltakerne muntlig da intervjuene startet om de ønsket å delta, og opplyste om at deltakerne når som helst kunne trekke seg fra studien og få slettet informasjonen de hadde gitt oss.

5.6.2. Konfidensialitet

Konfidensialitet dreier seg om hvilken informasjon som skal være tilgjengelig for hvem, og som regel innebærer det at private opplysninger som kan være tilgjengelig for andre utelukkes fra studien (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). Navn og personkarakteristikk ble utelatt i intervjuene.

5.6.3. Forskerens redelighet og ansvarlighet

Forskerens erfaring, kunnskap, ærlighet og rettferdighet er et viktig etisk aspekt ved kvalitative studier (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). Jeg har etterstrebet å gjengi informantenes uttalelser så presist som mulig, og har fokusert på at utdragene fremstilles i en

korrekt kontekst. Resultatene er forsøkt gjengitt i en ikke dømmende fremstilling av informantenes perspektiver.

5.6.4. Ethiske hensyn i studien

Det har vært vanskelig å sikre fullstendig anonymitet i intervjuene. Et etisk dilemma var at intervjudeltakere potensielt kan gjenkjennes gjennom sektortilhørighet eller nivå i organisasjonen, da særlig blant kollegaer. Da deltakerne visste hvem som deltok i studien og jobber tett sammen er det mulig at de vil kunne gjenkjenne hverandres meninger og uttalelser. Selv om det var utfordrende å sikre total anonymitet, oppfattet vi at temaet i intervjuene ikke omhandlet personlige forhold som kan skade eller utlevere andre. Jeg anser det som lite sannsynlig at de delene av intervjuene jeg har fokusert på vil få uheldige konsekvenser for deltakerne.

Flere informanter spurte gjentatte ganger om anonymisering og ønsket å forsikre seg om at deres uttalelser ble gjengitt anonymt. Dette var gjenstand for drøfting mellom meg, medstudenten jeg samarbeidet med og veilederen vår, og vi kom frem til at dette måtte håndteres på en grundig måte. Der det var mulig generaliserte vi slik at det ikke kom frem at noen ledet eller deltok i spesifikke grupper som ikke var folkehelsegruppen eller barnefattigdomsgruppen. Informantene fikk mulighet til å lese gjennom empiri-kapitlet og godkjenne sitatene som har blitt brukt der.

5.6.5. Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Reliabilitet, validitet og generalisering er opprinnelig knyttet til kvalitetsvurdering av kvantitativ forskning (Thagaard, 2018, s. 19). I kvalitative studier benyttes blant annet begrepene reliabilitet, validitet, og overførbarhet om vurderinger av den kvalitative forskningens kvalitet. Kvalitetsvurdering i kvalitative studier innebærer andre kriterier enn i kvantitative studier. Reliabilitet refererer til forskningens pålitelighet, mens validitet henviser til forskningens gyldighet. Overførbarhet er relatert til hvorvidt en studies tolkninger kan ha overføringsverdi i andre sammenhenger (Thagaard, 2018, s. 19).

Kredibilitet sier noe om studiens interne validitet (Guba, 1981, referert i Shenton, 2004, s. 64). Kredibilitet dreier seg om relevansen av utvalgte begreper og kartleggingsmetoder, og innebærer å gjennomgå verktøy som skal brukes til kunnskapsinnhenting og reflektere over om metoder og referanserammen er egnet til å gi gyldige svar på forskningsspørsmålene (Malterud, 2017, s. 23). Jeg har sikret kredibilitet gjennom regelmessig debrifing med veileder. Dette gav kvalitetssikring ved at jeg ble gjort oppmerksom på alternative

tilnærminger, mangler ved studien, og mine bias og preferanser (Shenton, 2004, s. 67). Dette var særlig nyttig i analysefasen. Jeg har også samarbeidet med fire studenter som skriver oppgave innenfor det samme prosjektet. Dette har bidratt til ulike perspektiver og utfordret mine antakelser, noe som ifølge Shenton (2004, s. 67) styrker studiens kvalitet på ulike områder. Overførbarhet kalles gjerne ekstern validitet (Guba, 1981, referert i Shenton, 2004, s. 64). I kvalitative studier er overførbarhet av funn ofte knyttet til relevansspørsmålet - på hvilken måte disse resultatene kan belyse en lignende problemstilling i en annen sammenheng (Malterud, 2017, s. 24). Min studie er en del av et større prosjekt, og ble tilrettelagt for å ha relevans for kunnskapsutvikling relatert til kommunal kontekst. Det overordnede prosjektet og mitt prosjekt tar utgangspunkt i folkehelseloven som er gjeldende for alle norske kommuner. Derigjennom fremmer studiens rammeverk overførbarhet til andre norske kommuner.

Reliabilitet eller pålitelighet dreier seg om muligheten til å replisere en studie (Shenton, 2004, s. 72). Pålitelighet kan sikres ved detaljerte beskrivelser av: forskningsdesign og implementering som beskriver planlegging og utførelse på et strategisk nivå, operasjonelle detaljer fra datainnsamling som adresserer detaljer fra felten, og reflekterte vurderinger av prosjektet som evaluerer undersøkelsesprosessen (Shenton, 2004, s. 72). Jeg har gitt en grundig beskrivelse av mitt prosjekt for å sikre studiens pålitelighet.

I tillegg til reliabilitet, validitet og overførbarhet anses bekreftelse eller objektivitet som en viktig del av kvalitetsvurderingen (Guba, 1981, referert i Shenton, 2004, s. 64). Bekreftelse dreier seg om å sikre at funn kommer fra informanter heller enn forskerens karakteristikk og preferanser (Shenton, 2004, s. 72). Et nøkkel-kriterie for kvalitativ objektivitet er redegjørelse for for forståelse, da den kan påvirke metodevalg og beslutninger i studien (Miles & Huberman referert i Shenton, 2004, s. 72). En detaljert metodologisk beskrivelse som gjengir steg-for-steg i forskningsprosessen muliggjør andres vurdering av om studien gir mening (Shenton, 2004, s. 72). For å kvalitetssikre studien min har jeg redegjort for min forståelse tidligere i metodekapitlet, og gitt en detaljert metodologisk beskrivelse.

5.6.6. Etiske retningslinjer for forskning

Jeg har registrert mitt prosjekt hos NSD – norsk senter for forskningsdata, og har fått etisk godkjenning til studien (se vedlegg 4).

6.0 Resultater

Innledningsvis i dette kapitlet presenteres en beskrivelse av kommunen jeg har studert.

Deretter presenteres studiens funn. Informantene har blitt tildelt ulike nummer som er notert foran deres uttalelser i funn-delen. Hensikten med studien å undersøke hvordan kommunen tilnærmer seg arbeid med folkehelse og sosial ulikhet og presenteres etter følgende overordnede temaer: Forståelse av folkehelsearbeid, samarbeid, tilnærming til sosial ulikhet og kunnskapsgrunnlag.

6.1. Beskrivelse av kommunen

Bjørnafjorden kommune består av tidligere Os- og Fusa kommune som ble sammenslått 1. januar 2020 (Bjørnafjorden kommune, 2021). Kommunen har en populasjon på 25049 innbyggere spredt over et areal på 519 km² (Bjørnafjorden kommune, 2021). I kommunens intensjonsavtale ble det presisert at sammenslåingen skal skje med forutsetning om at kommunene skal behandles som likeverdige parter (Forhandlingsutvalget i kommunene Fusa og Os, 2016). I folkehelseprofilen for Bjørnafjorden 2021 står det at: «Forskjellen i forventet levealder mellom de som har grunnskole og de som i tillegg har videregående eller høyere utdanning, er ikke signifikant forskjellig fra landsnivået» (Folkehelseinstituttet, 2021, s. 1). Når det gjelder antall mennesker som bor i vedvarende lavinntekts-husholdninger er andelen lavere enn i landet som helhet (Folkehelseinstituttet, 2021, s. 1).

I kommunens planstrategi formidles det at bærekraftmålene skal være styrende for samfunns- og arealplanlegging, og at det er en klar sammenheng mellom bærekraftmålene og folkehelse (Bjørnafjorden kommune, 2020, s. 4-8). Kommunens folkehelseoversikt (Bjørnafjorden Kommune, u.å., s. 6-10) viser til lovpålagte krav om at kommuner skal utjevne sosiale ulikheter, og dokumentet vektlegger proporsjonal universalisme. I oversikten presenteres tiltaksområder som omfatter inntekt, oppvekst og utdanning, bolig, arbeid, levevaner, fysiske og sosiale miljøfaktorer og helsetjenester. I folkehelseoversikten står det at det er lav arbeidsdekning på Os-siden med omtrent 4000 daglige arbeidspendlere, men næringslivet anses likevel som robust. På Fusa er det motsatt med litt flere arbeidsplasser enn tallet på bosatte yrkesaktive, mens næringslivet har blitt plassert som det tredje mest sårbare sammenlignet med tidligere kommuner som var en del av det nåværende Vestland fylke. Folkehelseoversikten fastslår at det er store forskjeller mellom Os og Fusa når det gjelder folketall, alderssammensetting og bosettingsmønster, og at dette har konsekvenser for

utforming av politikk og planer. Eksempelvis bor 87% av innbyggerne i tidligere Os kommune i tettbygde strøk sammenlignet med bare 14 % i tidligere Fusa kommune (Bjørnafjorden Kommune, u.å., s. 6-10). Mens Os-siden har mange innbyggere og kompakt geografi er det lite folk og vidstrakt geografi på Fusa-siden (Bjørnafjorden Kommune, u.å., s. 25). Dette medfører av befolkningen fra Fusa er mer avhengige av transport for å få tilgang til aktivitets- og tjenestetilbud. Kollektivtilbudet mellom Os og Fusa er begrenset (Bjørnafjorden Kommune, u.å., s. 25). Det ble presisert i Bjørnafjordens intensjonsavtale (Forhandlingsutvala i kommunane Fusa og Os, 2016) at en sammenslått kommune ville bli langstrakt og avhengig av gode ferge og bussforbindelser. For å kunne oppnå dette ble det fastslått at det måtte innledes samtaler med daværende Hordaland Fylkeskommune, som er leverandør av kollektivtjenester, for å vurdere strukturen i kollektivtilbudet i Bjørnafjorden (Forhandlingsutvala i kommunane Fusa og Os, 2016).

Kommunen har en ambisjon om å ha en bærekraftig økonomi, og startet i 2020 et omstillingsprosjekt (Bjørnafjorden kommune, 2020, s. 14). Det ble presisert at kommunen må komme frem til et driftsnivå på tjenestetilbud som står i forhold til organisasjonens inntekter og også innfrir statlige målsetninger om driftsmargin. Bjørnafjorden har satt seg mål om å iverksette varige innsparingstiltak på 90 millioner kroner (Bjørnafjorden kommune, 2020, s. 14).

6.2. Funn

6.2.1. Forståelse av folkehelsearbeid

I Bjørnafjorden kommune hadde samtlige informanter forståelse av at folkehelsearbeid skal ivaretas i alle sektorer. Flere poengterte at folkehelsearbeid ikke var helsesektorens hovedansvar, og en informant rapporterte at helsesektoren var minst involvert i folkehelsearbeidet i kommunen. I kommunens folkehelseoversikt (Bjørnafjorden Kommune, u.å., s. 8). presiseres det at virkemidlene for å drive med folkehelsearbeid ligger i andre sektorer enn helsetjenesten og at alle sektorer har ansvar for å fremme folkehelse.

003 «Det handler om å løfte livskvalitet til alle mennesker, uansett livssituasjon. Det er sånn jeg tenker folkehelse og hvis det er definisjonen, så jobber jo vi alle vi med folkehelse.»

002 «En av kommunens viktigste oppgaver er å tilrettelegge og støtte gode enkelttiltak, men også at man passer på at folkehelseperspektivet gjennomsyrrer alt planleggingsarbeid i kommunen. At man tar hensyn til dette når man planlegger både fysisk planlegging og samfunnsplanlegging, og at det er tverrfaglig, ikke noe som helse skal eie.»

007 «Jeg er veldig opptatt av at det med folkehelse er alle sitt ansvar. Det er ikke folkehelsegruppen, eller helsesektorens ansvar. Dette berører og omfatter alle sektorer og de viktigste bidragene ligger absolutt utenfor helsesektoren. Det krever tverrfaglig innsats på mange områder for å få det til.»

Det var en klar forståelse av at folkehelse påvirkes av bestemmelser i alle sektorer.

Informantene nevnte mange ulike arenaer og viktige fokus i kommunalt folkehelsearbeid som: arkitektur, byplanlegging, sosial utjevning, forebygging, friluftsliv, trafiksikkerhet, gode oppvekstmiljø, skoler og barnehager, utdanning, sysselsetting, fritidstilbud og integreringstiltak. Samtidig som alle informantene var tydelig på at folkehelse skal gjennomsyre alt kommunalt arbeid, var det flere som opplevde folkehelsebegrepet som omfattende og utydelig, og stilte spørsmål ved hva folkehelsearbeid egentlig innebærer.

001 «Det er altfor stort, altfor diffust. Alle sier de skal ha fokus på folkehelse, men hva menes egentlig med folkehelse?»

003 «Jeg synes det er veldig vanskelig å svare på hvordan kommunen jobber med folkehelse.»

Det var gjennomgående ulike meninger om nødvendigheten av å operasjonalisere/konkretisere folkehelsearbeidet. Én informant ønsket at folkehelsebegrepet skulle byttes ut med sosial bærekraft. Andre mente at folkehelsebegrepet måtte bli anvendt i større grad, mens noen ikke anså det som viktig å kalle noe for folkehelsearbeid.

006 «En må snakke mer om folkehelse og det begrepet, det kan være lurt i en kommune.»

007 «[...] hvis de bare gjør jobben sin. Hvis de gir oss inkludering i barnehage, skoler og alle de andre tingene så gjør vi et folkehelsearbeid selv om det ikke har den merkelappen. Den er mindre viktig for meg, jeg tenker at det er løsningene som er viktig. Resultatene er viktig.»

Mens informantene selv utviste forståelse for at folkehelse er et felles ansvar, gav mange uttrykk for at det ikke forelå en felles forståelse for folkehelse og sosial ulikhet i kommunen. Flere påpekte at det var en vei å gå hva gjaldt felles forståelse.

003 «[...] jeg tror veldig få i kommunen spesifikt jobber med ordet folkehelse i bakhodet. Jeg opplever ikke at man er omforent om en folkehelsestrategi, eller at det er rammet inn. [...] Jeg med min bakgrunn tenker folkehelse i alt jeg gjør, men jeg tviler på at andre gjør det. Det er litt dumt for man kan jo tenke folkehelse på ulike nivåer. Man kunne fått flere perspektiver.»

001 «[...] vi har ingen felles visjon for hvor vi skal gå hen sammen. Det er veldig tjeneste for tjeneste.»

005 «Men om det er en konkret forståelse for hva folkehelsearbeid innebærer, det vet jeg ikke.»

6.2.2. Samarbeid

Tverrsektorielt samarbeid

Betydningen av å kjenne til andre etaters arbeid ble fremhevet av flere som viktig. Både for å vite om kommunen jobber godt med folkehelse, og som en viktig forutsetning for tverrsektorielt samarbeid. To av de som jobbet tett på befolkningen gav uttrykk for opplevelsen av godt tverrsektorielt samarbeid, og samarbeid med frivilligheten. De dro nytte av at en seksjon i kommunen hadde samlet sammen kunnskap om alt kommunen holdt på med. Denne kunnskapen ble delt med relevante aktører i kommunen, og det ble understreket at slik kunnskapsdeling var viktig og fremmet læring. En annen informant etterlyste oversikt over hva de andre sektorene i kommunen jobbet med. Flere nevnte at det hadde blitt snakket om å opprette en stabsfunksjon der man kunne oppdatere hverandre om prosjekter og arbeid i kommunen.

008 «Det er fordelen med å jobbe sånn som vi har gjort. Å vite om hva hver enkelt etat gjør for disse gruppene og familie er kjempeviktig, for vi sitter på mye kunnskap og informasjon vi kan dele, som gjør at vi kan gjøre en bedre jobb enn om vi ikke hadde gjort det.»

003 «Vi behøver en bedre forståelse for hva folkehelse er, og det gjelder så mye. Felles forståelse for hva folkehelse er, for hverandres arbeid innenfor det. Det kan godt hende vi jobber superbra med folkehelse. Men hvis ikke folk vet om det da?»

007 «Og det er snakket om at vi skal samle alle disse stabene til en felles stab, for å sikre at vi kjenner til hverandres arbeidsoppgaver, kan dele på oppgaver og sikre at vi ikke jobber dobbelt [...].»

En informant som jobbet både befolkningsnært og var involvert i overordnet folkehelsearbeid var mindre fornøyd med kommunens samarbeid, og mente at mangel på oversikt over hva andre jobbet med utgjorde en barriere for samarbeid. Andre informanter som jobbet på systemnivå i organisasjonen, eller på mellomnivå, gav uttrykk for at samarbeidet ikke fungerte optimalt. Flere opplevde at fokus på samarbeid var individavhengig, og at det foreløpig ikke var så godt tilrettelagt for samarbeid i den nye kommunen.

003 «Jeg opplever ikke at det overordnet er lagt til rette for samarbeid. [...] Det er nok et stykke å gå her før det er optimalt.»

001 «Vi er veldig silo i denne kommunen, veldig lite samarbeid, veldig mye vern om egne pasienter, brukere eller hva du kaller det i egen sektor. I hvert fall i kommunen.»

007 «Vi snakker mye om å rive «siloene». Det er kanskje et litt feil begrep for det ligger mye spisskompetanse i siloene. Men det er noe med å få hull på siloene så vi jobber sammen og så ikke ting faller mellom flere stoler.»

Flere fremhevet behovet for mer dialog og kommunikasjon i kommunen. De fleste informantene fremholdt kommunesammenslåingen som en viktig barriere for samarbeidet og kommunikasjonen.

003 «Mer dialog mellom avdelinger internt. Det er kanskje første steg i vår kommune, som vi trenger å få på plass.»

002 «Nei, det er en vei å gå med samarbeid, ikke minst når man er en ny kommuneorganisasjon, man må jo bli mer kjent på tvers og hun som er folkehelsekontakt må og få innpass, og få det nettverket oppe og gå i en større kommune [...].»

Koronapandemien ble nevnt av samtlige informanter som en ytterligere utfordring både for samarbeidet og kommunesammenslåingen. Flere nevnte at pandemien var en barriere for å bli

kjent i den nye kommuneorganisasjonen og at alle de digitale møtene ofte var tunge å dra og hemmet kreative løsninger.

005 «Så kom kommunesammenslåingen, og det var jo planlagt, man visste at det kom til å ta fokuset en stund. Men så kom korona og gjorde at vi egentlig ikke hadde noe formelt samarbeid, og så hverandre ikke, hørte ikke om hverandre og alle satt hjemme på sine egne kjøkken.»

Til tross for at koronapandemien skapte mange problemer i kommunen, påpekte flere at det hadde vokst frem nye løsninger og økt digital kompetanse som følge av pandemien.

Overgangen til mer digital kommunikasjon og møtevirksomhet hadde åpnet opp for at det ble lettere å få med seg folk som ellers var vanskelig tilgjengelig.

002 «Ja, vi har jo hos oss som i de fleste kommuner blitt lyn-digitalisert. [...] Så det er jo ting vi vil ta videre, og at det ikke er så nøye hvor du sitter og jobber. Du kan være med i møter og jobbe tverrfaglig, selv om du sitter hjemme eller hvor du nå sitter.»

007 «Hvis næringslivet vårt overlever og vi blir kvitt koronaen uten for mye mer skader på liv og helse, så kommer det gode ting ut av det. Det er ikke tvil for det har vært en enorm læringsøkt på så mange forskjellige måter.»

Tverrsektorielle grupper

Bjørnafjorden hadde etablert en folkehelsegruppe og en barnefattigdomsgruppe. Både fattigdomsgruppen og folkehelsegruppen ble av mange fremholdt som viktige tverrfaglige tiltak for folkehelse og sosial utjevning. Det ble poengtert at kommunen hadde valgt å koordinere barnefattigdomsarbeidet i en tverrfaglig gruppe, for å få frem ulike perspektiver på utfordringer knyttet til barnefattigdom. Det ble antatt at det kunne bidra til å løfte frem et mangfold av løsninger på sammensatte behov.

005 «Og det er jo en egen gruppe som går under navnet barnefattigdom, men det er jo egentlig sosial utjevning som er fokuset deres [...]»

006 «Folkehelse er dette med... for eksempel barnefattigdomsgruppen. Dette med sosial ulikhet, at vi må tenke høyt om hvordan vi kan hjelpe alle sammen til et godt liv, til folkehelse, god helse. Og det er veldig mange måter å gjøre det på.»

007 «Det krever tverrfaglig innsats på mange områder for å få det til. [...] jeg kan jo nevne den folkehelsegruppen som vi har som står bak det oversiktsarbeidet som ble laget.»

Det var likevel flere informanter som hevdet at folkehelsegruppen ikke hadde hatt særlig innflytelse på kommunens folkehelsearbeid. Noen mente at det var ulik forståelse blant gruppens medlemmer om hva gruppearbeidet skulle innebære. Uklart mandat, mangelfullt samarbeid, kommunikasjon og travelhet ble fremholdt som barrierer.

005 «Men det er ikke sånn at folkehelsegruppen som helhet har vært involvert i noen diskusjon om hva man skulle foreslå å satse på.»

005 «Hvordan man skal jobbe i mellomtiden, i de fire årene imellom disse rapportene, det tenker jeg er viktig å tydeliggjøre. Og hvordan prosessen i folkehelsegruppen bør være. Om man skal ha beslutningsmyndighet, om man skal ha den funksjonen at man skal foreslå tiltak og i så fall hvilken vei det da skal gå.»

007 «Jeg skal ikke si hvor godt folkehelse er dekket i år, for vi hadde tenkt i folkehelsegruppen at vi skulle jobbe med det i høst, men så har det vært... Permisjoner, pandemi og... det har vært altfor travelt nå i høst.»

Informantene fremstod to-delt i opplevelsen av hva som var barrierer for folkehelsegruppen. Flere på mellomnivå rapporterte at de ikke ble involvert i prosesser, eller i spørsmål om generelle anbefalinger om folkehelsearbeid og prioriteringer i kommunen. Noen opplevde at deres perspektiver ikke ble hørt. To stykker, som var organisert høyt oppe i kommunen, oppfattet at utfordringen med kommunens folkehelsearbeid og folkehelsegruppen, primært var et tidsproblem. Alle deltakerne var enige om at det hadde vært mange omstillinger som følge av kommunesammenslåingen, politisk skifte i organisasjonen og koronapandemien, og at dette hadde betydning for kommunens virke. Andre tverrsektorielle samarbeid som ble nevnt var «innolab», «venneuken», «ung aren» og «digi-hjelp».

002 «Så har man og startet med innolab, som skal være en tverrfaglig møteplass der man kan samle både eksterne folk og folk fra ulike deler av kommuneorganisasjonen til å drodle, ha ideskaping og innovasjonstenking rundt tema som er relevante.»

006 «[...] Venneuken er noe som går veldig på tvers av de som jobber i kommunen. Der er kirken med, blant annet. I fjor hadde vi venneuken for å få med det med

inkludering, dette med å se alle. En hel uke der en hadde program fra konsert til skravlekoppen.»

6.2.3. Tilnærminger til sosial ulikhet

Alle informantene syntes å mene at arbeid med sosial ulikhet var viktig, og det ble rapportert om et gjennomgående fokus på dette i det kommunale arbeidet.

002 «Ja, det å ha det perspektivet på sosial ulikhet med seg er jo et viktig utgangspunkt.»

005 «Nå har ikke jeg oversikt over hele kommunen, men det er et gjennomgående fokus på utjevning både i budsjettdiskusjoner og tiltaksutforming.»

Informantene nevnte et bredt spekter av tiltaksområder som de mente var viktige for å adressere sosial ulikhet. Arbeid med samfunnsplanlegging og bolig ble trukket frem av de fleste som et viktig område å tilrettelegge. Det ble poengtert at slik planlegging var med på å avgjøre innbyggernes tilgang til lokalsamfunnet, og at det var avgjørende for hvilke kontaktflater man la opp til for marginaliserte grupper.

003 «Måten det jobbes i planavdelingen handler om sosial ulikhet. Med tanke på at det planlegges for differensiert boligtilbud i reguleringsarbeidet, altså i langsiktig planarbeid, så mener jeg planavdelingen har styrket seg det siste halvannet året. Hvordan planlegges det for en aldrende befolkning med flere funksjonsfriske eldre? Det er en utfordring, hvordan de skal ivaretas i samfunnet. Asylsøkere, innvandrere, hvordan skal man tilrettelegge for best mulig integrering på et tidlig stadie?»

002 «[...] det med bosted, tilrettelegging, at en får differensierte tilbud som virker med på det sosiale.»

004 «[...] at ikke kommunen har kommunale boliger der det blir gettoer, at man tenker differensiert og tenker inkludering [...].»

Alle informantene påpekte at kommunen prioriterte barn og unge. Flere vektla betydningen av tidlig innsats, at en god oppvekst varer livet ut og at det er økonomisk gunstig å satse på barn og unge. I den forbindelse ble oppvekst og levekår, utdanning, arbeid, og sosiale miljøer ansett som viktig. Flere informanter påpekte at forebyggende arbeid er komplekst og at det er

et spørsmål om hvem som møter barna og hvordan ulikheter fanges opp. Det ble fremhevet at det ikke nødvendigvis er Nav og barnevernet som er den viktigste plassen å fange opp utsatte, men at skoler, barnehager, idrettslag og fritidsaktiviteter er i gode posisjoner til å gjøre dette.

008 «Det er komplekst, alt henger sammen. Men det er jo ofte blant barna man ser ulikhetene. Hvem kan delta og hvem kan ikke være med, og hvordan fange dette opp. Hvem skal fange dette opp, hvem er det som møter disse barna?»

004 «Det er dette med å ha fokus på barn og unge og tenke samlet. [...] overordnet mål er å få folk i jobb, det er det viktigste tiltaket vi har i forhold til fattigdom og utenforskap, men samtidig er det jo mange nivå unna. Ja, hva er det de sier: en god oppvekst varer livet ut.»

007 «[...] vi har mange ungdommer som ikke har jobb og heller ikke er i utdanning. De står i fare for å falle utenfor samfunnet og har ikke egen inntekt i årevis [...] «innolab» jobber med et prosjekt for å hjelpe disse på en bedre måte enn vi har gjort til nå. Så de har laget en slags møteplass hvor det er veiledning, hjelp og opplæring i å skrive en CV for å hjelpe disse ungdommene til å komme seg videre i livet.»

Frivilligheten, organisasjoner og lag ble fremhevet som viktige aktører i arbeid med sosial utjevning, og en informant mente at disse er vel så viktige som hvordan sosialsatsene er. En annen poengterte at idrettshall for alle var et sosialt utjevneende folkehelseiltak. Ernæring i institusjoner ble også nevnt av en av informantene som et viktig folkehelseiltak, og andre nevnte tilgang til å drive med fysisk aktivitet og benytte naturen.

006 «Men god folkehelse handler om alle disse idrettsorganisasjonene, frivilligheten og frivillighetssentralen er jo kjempesentrale i folkehelse, alt det de gjør.»

002 «Også fra naturen sin side så har vi en kommune som det ligger godt til rette for folkehelse. Vi har friluftsmuligheter rett rundt hjørnet. Vi opplevde jo veldig sterkt i korona- nedstengingsfasen i vår at det er veldig positivt for folk, man er ikke isolert inne i et hus, man kan gå ut på tur og gå omveier rundt andre.»

Kommunen hadde etablert flere tiltak mot sosial ulikhet. Nesten alle informantene nevnte «Ung arena» som en viktig møteplass for ungdommer, som hensyntar sosial ulikhet. Videre nevnte flere at «friskus» var et godt verktøy for å gi innbyggerne oversikt over tilbudene i kommunen, og at det var en plattform som kunne nå mange uten at man måtte være bruker av tjenester.

007 «Vi har etablert noe som heter «Ung arena» [...] hvor det er åpent bygg for ungdommer. Det krever ingenting. Du kan drive med dataspill for eksempel. Så har de koblet på ulike fagfolk, som for eksempel en ruskonsulent som er tilgjengelig et par kvelder i uken. Det er helsesykepleiere, det er en rådgiver fra Nav som er ekspert på gjeld, personlig økonomi og sånne ting.»

004 «Friskus er en digital aktivitetskalender, sånn at både private og alle kan legge inn en aktivitet, og den kan bygges ut med fritidskort. Sånn teknisk så er det mulig å gjøre det større enn det, men tanken er at man kan samle alt av informasjon.»

Koronapandemien hadde skapt nye utfordringer relatert til sosial ulikhet og kommunen planlagte tiltak for å bøte på utfordringene, blant annet heving av digital kompetanse gjennom digi-hjelp. På kommunens nettsider (Bjørnafjorden kommune, 2020, 20. november) fremheves det at mangel på digital kompetanse kan bli et folkehelseproblem som fremmer utenforskap.

007 «Digi-hjelp er jo og på en måte et folkehelseiltak, men jeg kommer ikke på å kalle alt det, men nå hører dere nå litt hva vi driver på med.»

Kommunesammenslåingen ble nevnt som medvirkende til at befolkningen på Fusa fikk vanskeligere tilgang til tilbud. Blant annet nevnte en informant at det ble litt oppstandelse når Nav-kontoret på Fusa-siden ble nedlagt. De fleste informantene problematiserte at Fusa-siden hadde for dårlig kollektivtilbud med få buss- og fergeavganger. Et eksempel som ble trukket frem var at «Ung Arena» var vanskeligere tilgjengelig for Fusa-ungdom, som følge av at dette tilbudet var på Os og at kollektivtilbudet var så begrenset. Informantene formidlet at de fleste tilbudene i kommunen foregikk i Os-delen av kommunen, ettersom dette var den største delen, og fordi det allerede forelå flere tilbud i den delen enn på Fusa. Noen påpekte at det var uunngåelig at delen med flest innbyggere hadde flere tilbud. Samtidig var informantene bevisste på at de ikke måtte glemme Fusa-siden, og det ble poengtert at tilgjengelighet er et viktig virkemiddel for å sikre likeverdige tilbud til hele kommunen.

Universelle vs. målrettede tilnærminger

I kommunens folkehelseoversikt (Bjørnafjorden Kommune, u.å., s. 6-8) presiseres det at tiltak må være både universelle og målrettede for å kunne adressere sosial ulikhet. I dokumentet (Bjørnafjorden Kommune, u.å., s. 6-8) vises det til en matrise fra helsedirektoratet som er

basert på tabellen av Torgersen et al. (2007) som jeg presenterte i teoridelen av denne studien. Mange av informantene som arbeidet på systemnivå hadde kjennskap til universelle tilnærminger, og poengterte at tiltak må rettes ut mot alle. Det ble rapportert at kommunen iverksatte universelle tiltak. En informant viste til at enkelte elevgrupper har høyt skolefravær, men at kommunen må jobbe ut mot alle elevene, ikke bare enkeltgrupper. De fleste informantene vektla betydningen av tilgjengelighet og tilrettelegging for bruk av tjenester, tilbud og lokalsamfunnet.

002 «Og at man da skal satse en god del på tiltak som motvirker sosial ulikhet, men som er for alle slik at det ikke blir spesialtiltak.»

007 «Innenfor det nasjonale folkehelseprogrammet, så er det krav om at tiltakene skal være kunnskapsbasert, de skal være helsefremmende, universelle, og skal nå flest mulig. Så må vi jobbe for at vi skal få det til på en måte.»

001 «Ja, så de som kommer nærmere brønnen, faren eller elven. Jo nærmere du er, jo større behov for individuelle tiltak. Men alle er nede og slukker midt i brønnen, det er ingen som er utenfor, veldig få. Man skal nå de svake, men kanskje skal man ikke bare nå de svake.»

Informanten som viste til elv-metaforen refererte til en teori som fremstiller menneskers helse langs et kontinuum, i en elv. Jo lenger ned i elven man befinner seg, jo dårligere helse har man. Informanten påpekte at dersom man befinner seg lenger nede i elven behøver man mer individuelle tiltak, og hun mente at det var her kommunen primært arbeidet. Informanten etterlyste arbeid med de menneskene som ikke har falt i elven, men som står på elvebredden; forebyggende arbeid.

Noen av informantene var tilsynelatende usikre på forskjellen mellom universelle og målrettede tilnærminger. En av informantene spurte hva som menes med universelle tiltak. Flere av disse informantene arbeidet befolkningsnært. En annen informant etterlyste større fokus på universelle tilnærminger, og mente at slike tiltak er mindre stigmatiserende.

005 «Jeg ønsker at vi skal ha mer fokus på det fremover fordi universelle tiltak vil favne alle, også de sårbare.»

005 «Jeg tenker samfunnsplanlegging er en viktig del av det, altså utforming av nærmiljø og hvor vi tilbyr bolig gjennom kommunen for eksempel. Skal vi samle sårbare flyktningfamilier sammen med rusmisbrukere, eller skal vi velge en helt annen

strategi. For da ville jeg jo valgt det siste, men jeg tror ikke det blir gjort, og det har jo selvfølgelig med praktiske utfordringer å gjøre, men det er viktig å ha fokus på sånne faktorer. Hvem har man i kontaktflaten sin og hvem er det man liksom lager kontaktflate opp mot for familiene.»

Alle informantene fremholdt gode møteplasser som et viktig tiltak mot sosial ulikhet. Universelle aspekter som gratis tilgang, tilrettelegging og tilgjengelighet ble ansett som viktig. Informantene nevnte at fordeler ved å skape møteplasser var at det tilrettelegger for generasjonsmøter, integrering, forbereder unge til arbeidslivet og reduserer ensomhet.

002 «Så en ting man har satset mye på er gode møteplasser for alle. At det er møteplasser i ulike former, og tilgang for alle generasjoner og grupper, og at det er møteplasser som er gratis, der du kan komme uavhengig av lommebok.»

006 «Det er noe som heter «Ung Arena», det er en møteplass, et lavterskelhjelpetilbud. [...] Det er en stor del av folkehelsen for ungdommer, for der kan alle komme og bare være.»

002 «Idrettshall for alle, det er et folkehelseiltak som er sosialt utjevnet. Og man har satt i gang full pakke [...] et tilbud for ungdom fra ungdomsskolealder til og med seniorer. Da er det mange aktiviteter i flerbrukshallen samtidig som er gratis og som alle kan være med på.»

Flere rapporterte at koronapandemien hadde skapt store utfordringer i forbindelse med sosial ulikhet, da særlig i arbeid med sårbare grupper og spesielt barn og unge. Noen poengterte at pandemien hadde hemmet muligheten til å iverksette universelle tiltak.

002 «Nei, jeg tenker at det universelle perspektivet har lidd under dette her. Det har jo i lange perioder vært stengt ned mange tilbud da. Så det er jo kun små grupper man har kunne hatt, så for å møtes fysisk så må det være mer målrettet, det må være veldig avgrenset.»

005 «Ja, det blir mindre mulighet til å rette det ut universelt.»

Målsetninger, satsningsområder og prioriteringer i folkehelsearbeidet

Kommunen hadde etablert noen satsningsområder og mål for folkehelsearbeidet.

Bærekraftmålene dannet grunnlaget for kommunens folkehelseprioriteringer, og det fremstod som informantene mente at folkehelsearbeidet var godt forankret i disse målene.

005 «Det er godt forankret i forhold til bærekraftmålene, det er veldig gjennomgående. Og det er godt forankret både i politisk og administrativ ledelse at man skal ha fokus på folkehelse.»

002 «Planstrategien er tett koblet til bærekraftmålene og bærekraftmålene er godt koblet til folkehelse. Så har man valgt ut ifra bærekraftmålene. Vi tenker at tre av disse skal være våre på tvers mål som alle skal jobbe med, og den som heter bærekraftige byer og tettsteder, har vi gjort til bærekraftige tettsted og lokalsamfunn for å favne vår kommune.»

Selv om mange informanter mente at folkehelsearbeidet var godt forankret i bærekraftmålene uttrykte flere et ønske om at kommunen skulle bevege seg bort fra sykdomsfokus, og mer i retning av forebygging og helsefremmende arbeid. Det var flere som ønsket et mindre medisinsk fokus i folkehelsearbeidet, og mer vektlegging av helse som en ressurs.

003 «Men, få det vekk fra dette her sykdomsfokuset, og få det over på mer forebygging i form av planarbeid.»

004 «Det er jo dette med forebygging tenker jeg, at det er mye vanskeligere å jobbe skadereduserende selv om man selvfølgelig må gjøre det og.»

Det var ofte delte meninger om hvordan kommunen lyktes med folkehelsearbeidet. En informant opplevde at det var blitt mer fokus på barnefattigdom og levekår. En annen informant mente at det var mye og bra fokus på risikofaktorer, men etterlyste fokus på sosiale helsedeterminanter og helsefremmende faktorer.

008 «Ja, jeg tenker at det har blitt mye mer fokus på dette med barnefattigdom og levekår, og at det i stor grad påvirker de ulike familiene og barna som dette treffer.»

005 «[...] det er ofte veldig gode tiltak og veldig godt fokus med barneverntjenesten i ledelsen, for de som har risikofaktorer knyttet til foreldre som har begrenset omsorgsevne, som ruser seg, eller sånne typer risikofaktorer. Men økonomi for eksempel, og lav utdanning, dårlige boforhold, lav deltakelse i fritidsaktiviteter, sånne faktorer har ikke vært spesielt i fokus.»

005 «[...] vi kan godt tenke mye på hva man skal ha lite av i livet, men vi kan og tenke på hva vi skal ha mer av. For hvis du tilfører resiliensfaktorer så vil jo det bidra til å utvanne det som gir risiko da, for alle.»

Informantene var enige om at kommunen hadde forankret folkehelsearbeidet sitt i bærekraftmålene, og synliggjort dette fokuset i organisasjonen. De hadde likevel ulike formeninger om sammenhengen mellom det som forelå av planer og målsetninger, versus det arbeidet og de prioriteringene som ble foretatt i kommunen.

002 «Så det er nok i teorien en forståelse og alt sånt, men så å prioritere det i en hektisk hverdag, det er jo en utfordring vi ser da.»

001 «For det er veldig kult å si: |«Vi satser på folkehelse». Ja, hva mener vi? Hva mener de? Ja, så mener de egentlig ingenting, men det er kult å si. Så det er vanskelig å få tak i.»

Mange informanter stilte spørsmål ved kommunens prioriteringer i forbindelse med økonomiske nedskjæringer. Flere poengter at forslaget om å kutte flere forebyggende stillinger var et usosialt tiltak. Informantene understreket at dette ville gå utover de svake i samfunnet som ville miste gratis lavterskeltilbud, og få lang reisevei til helsehjelp dersom de skulle bli syke. Ifølge en informant ville kuttene få økonomiske konsekvenser for sårbare grupper.

002 «[...] så foreslår man å kutte i forebyggende tiltak. Tjenester som går utover, som egentlig er tvert imot sosial utjevning. Så det er jo litt trasig å se da, det er i hvert fall det administrative forslaget.»

001 «Helsefremming burde vært et satsingsområde. Det står i dokumenter at vi skal ha tidlig innsats og satse på det, men pengene følger ikke etter. [...] Det eneste stedet de kuttet på helsetjenester, det var stillinger som skal jobbe med helsefremming.»

Majoriteten av informantene opplevde at kuttene var problematiske og uheldige for folkehelsearbeidet. Men en av informantene som jobbet på systemnivå hadde et annet perspektiv på de foreslåtte kuttene. Denne informanten poengterte at kuttene var rettet mot stillinger som ikke alle kommuner har.

007 «Stillinger som er foreslått kuttet nå er forebyggende stillinger, som kanskje har vært litt luksus, som ikke alle kommuner har. Vi har hatt kreftkoordinator og

demenskoordinator. Vi har en del sånne stillinger som nesten går over i spesialisthelsetjenesten.»

Mange av informantene påpekte at de ansatte hadde for mange hatter i kommunen, eller at enkeltpersoner hadde for mange oppgaver. En av informantene viste til at den gamle kommunen hadde skrytt av å være den mest effektivt drevne kommunen i landet. Og hun påpekte at det i realiteten innebar at man hadde færre personer til å gjøre den samme jobben. I kommunen var det en ansatt som fungerte som folkehelsekontakt. Det ble rapportert at det var satt av begrenset med tid og ressurser til denne folkehelserollen. Flere mente at kommunen burde prioritere en stilling som var dedikert til folkehelsearbeid, en med kunnskap om folkehelsearbeid, som fikk tilstrekkelig tid og mandat til å jobbe tverrfaglig.

003 «I teorien så høres det veldig lurt ut å ha, om det heter folkehelsekoordinator, i hvert fall en som jobber aktivt med folkehelse. Da tenker jeg på det som kommer fra staten og det man skal forholde seg til, at det er en som ordner litt i sysakene i kommunen.»

001 «Folkehelsekoordinator er i hvert fall er et steg riktig retning, en som får lov til å jobbe med folkehelse på tvers.»

001 «Det er viktig, og den folkehelsekoordinatoren bør være organisert høyt oppe. Og at det er det en jobber med. Ikke at man får en haug med hatter som det er nå.»

Tidsaspektet og ressurser ble gjentatte ganger nevnt som en utfordring i kommunen. Mange problematiserte at folkehelsearbeidet ble oppfattet som en tilleggsoppgave som det måtte settes av ekstra tid til, og mente at dette hadde ført til manglende prioritering av folkehelsearbeid. To informanter viste til at kommunen hovedsakelig prioriterte lovpålagte tjenester.

001 «Folkehelsegruppen fikk alle disse oppgavene oppå alle de andre oppgavene. Så det blir ikke prioritert og gitt tid. Det er noe med at du må gjøre det i tillegg.»

002 «Det er en utfordring da som er knyttet opp til den tverrfaglige viktigheten sant, å få de ulike enhetene og områdene til å prioritere tid til å jobbe med søknad.»

005 «Alle tjenestene er veldig presset på ressurser og tid. Så det blir fort at de ulike enhetene jobber med de mandatene som er lovpålagt, og det er mitt inntrykk at de har lite frihet til å gjøre andre oppgaver enn de rent konkrete, lovpålagte oppgavene som de har.»

En av informantene påpekte at folkehelse må anses som en primær oppgave heller enn en tilleggsoppgave. Den samme informanten uttrykte likevel bekymring for at tidspress kunne komme til å påvirke prioritering av folkehelsearbeid i negativ retning. Informanten hevdet at pandemien hadde svekket folkehelsearbeidet fordi det forelå færre ressurser å bruke.

007 «Folkehelsearbeidet ut i tjenestene og ut i sektorene er jo deres primær oppgaver, spør du meg, så det er ikke satt av noen spesielle ressurser til dette.»

007 «Jeg er litt bekymret for det. For hvis folk får det enda travlere, hvor lett er det da på en måte å være med på ting som ikke sjefen din leder?»

Travelhet og kutt i kommunen ble også holdt frem som barrierer for samarbeid. En informant påpekte at det med alle de forestående nedskjæringene kunne bli vanskelig å sikre likeverdige tilbud til Os og Fusa som helhet.

004 «Det kan hende at når det blir mindre å rutte med så begynner folk å se innover og tenke på seg og sitt. Det kan bli en konsekvens og det er jo ikke gitt at det er det per i dag, men det kan jo skje tenker jeg.»

005 «Jeg synes det er utfordrende, for vi har en krevende ressursituasjon og vi skal ha kjempenedtrekk i år og neste år. Samtidig skal det være likeverdige tilbud på begge sider av fjorden.»

6.2.4. Kunnskapsgrunnlag

Informantene understreket viktigheten av å basere folkehelsearbeid og sosial utjevning på gode kunnskapsgrunnlag. En av informantene understreket at det er et nasjonalt krav at tiltak i kommunen skal være kunnskapsbaserte. Informantene rapporterte at de benyttet en rekke ulike kunnskapsgrunnlag i sitt arbeid. Den lokale folkehelseoversikten, strategidokumentet for kommunesammenslåingen, lokale undersøkelser som ungdomdata, statistikk, medvirkningskunnskap, nasjonale og fylkeskommunale veiledere, lover, anbefalinger og indikatorer ble nevnt. Det var likevel ulike meninger blant informantene om hvilken kunnskap som faktisk ble benyttet og kvaliteten på kunnskapen.

Forskningsbasert- og teoretisk kunnskap

Alle informantene gav uttrykk for at kunnskap, støtte og krav fra nasjonalt nivå og fra fylket fungerte som pådrivere for det kommunale folkehelsearbeidet. Én av informantene syntes det var lettere å anvende nasjonal kunnskap i folkehelse relatert planarbeid enn å anvende den

lokale folkehelseoversikten, og en annen erfarte at det var nyttig å kunne slå i bordet med lovverk.

002 «[...] nasjonale føringer og at det for eksempel er lovfestet at folkehelseoversikten skal ligge til grunn for alt planarbeidet er jo en veldig viktig ting som man kan slå i bordet med. Det er hjelp, det er absolutt en drahjelp tenker jeg. Nasjonalt fokus det er viktig.»

003 «Kunnskapsgrunnlaget har økt de siste to årene. Folkehelse og sosial ulikhet er et ansvar som blant annet dekkes av planavdelingen. Hovedsakelig er det jo plan- og bygningsloven som brukes i planarbeid, hos arealplanleggere.»

007 «[...] det er ofte gratis det vi er med på, det er ikke noe vanskelig å prioritere det. Og det er utrolig godt å ha fylkeskommunen i ryggen. De veileder oss, de er utrolig imøtekommende og hjelpsomme hvis det er konkrete spørsmål eller hva som helst. De er kjempegreie. Så jeg er veldig takknemlig for det fylkeskommunale nivået og deres støtte.»

Til tross for utelukkende positive holdninger til nasjonal kunnskap og kunnskap fra fylket rapporterte flere at svært få leste slike skriftlige kunnskapsgrunnlag. En fra planavdelingen rapporterte at de ikke var så flinke til å lese på veiledere om sosial ulikhet på avdelingen. Det fremstod på informantene som at de fleste prioriterte sine egne fagområder, fremfor å sette seg inn i folkehelsekunnskap.

001 «Det er ingen andre som leser. Du hadde jo den flotte rapporten, som jeg trakk med inn i folkehelse rapporten om de ti byrdene, ti tiltak som kunne løfte folket, jeg husker ikke ordlyden. Den hadde de heller ikke sett.»

005 «[...] jeg får ikke tid til å sette meg inn i det som jeg gjerne vil sette meg inn i, for å få den oversikten som egentlig trengs til å bruke ting systematisk.»

Både folkehelseloven og plan- og bygningsloven ble aktivt brukt som kunnskapsgrunnlag i utforming av dokumenter og planer. Likevel ble det poengtert at rekkefølgen på utarbeidingen av planer var til hinder for at folkehelsekunnskap ble benyttet til utforming av arealplanen. Informantene som arbeidet med planlegging, gav uttrykk for at de tenkte sosialt i planarbeidet. Men de påpekte at det var vanskelig å endre på ting i kommunen straks noe var planfestet, og derfor vektla informantene viktigheten av å sikre det sosiale aspektet i plan. Det var en informant som problematiserte rekkefølgen på kommunens planlegging, og pekte på at

det ikke stod i stil med anbefalingene i Plan- og bygningsloven. Informanten hevdet at majoriteten av norske kommuner utarbeider arealplan før samfunnsplan. Hun reflekterte over hvilke konsekvenser dette kunne ha for kvaliteten på arealplanen, med hensyn til folkehelse og sosial ulikhet.

003 «Om lag 80% av alle kommuner lager samfunnsplan etter arealplan. Bare det tiltaket der hadde vært et folkehelseiltak nummer 1. Kanskje det viktigste tiltaket i kommunen. Den skal være rammen for hele arealplanen. Og det er jo sånn det er tenkt, men nesten ingen kommuner jobber sånn. Hadde man gjort det, hadde man fått en arealplan som tar for seg sosial ulikhet, som tar for seg alle disse temaene i samfunnsplanen.»

003 «Vi kan jobbe så mye vi vil med folkehelse i bakhodet, men det må være forankret, alt må være forankret i kommunen. Er det ikke forankret så kommer du ingen vei. Og har vi det forankret i en samfunnsplan så kan man liksom ikke si «men vi vil at de skal få bygget en blokk her».

003 «Jeg tenker det er den viktigste grunnen til å ha en samfunnsplan. Noe som alle har gått god for før man kommer med arealbiten. Det tror jeg er den viktigste og største svakheten i mange kommuner.»

I kommunens planstrategi (Bjørnafjorden kommune, 2020, s. 3) ble det presisert at sammenslåingen gir kommunen mulighet til å gjøre ting i riktig rekkefølge, og intensjonen ser ut til å ha vært at samfunnsplanen skal lages før arealplanen. Likevel påpekes det i dokumentet at kommunen er i en spesiell situasjon som følge av sammenslåingen. Dette har medført at strategidokumentet har utgjort en substitutt for samfunnsplan det første året i den nye kommunen, og den gjelder frem til samfunnsplanen blir vedtatt. Det fremgår ikke av strategidokumentet om det anses som en god nok substitutt til at arealdelen kan lages med utgangspunkt i denne, men det presiseres at samfunnsdelen skal være retningsgivende for kommunens politikk, og danne grunnlaget for andre planer. Strategidokumentet ble utarbeidet med utgangspunkt i samfunnsdelene i begge de tidligere kommunene (Bjørnafjorden kommune, 2020, s. 3).

Kunnskap om lokale forhold

Kommunens folkehelseoversikt (Bjørnafjorden Kommune, u.å., s. 7) viser til krav om at kommuner skal lage en 4-årig oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen. Denne består av forskningsbasert kunnskap om lokale forhold, og lokal kunnskap. En av informantene rapporterte at folkehelseoversikten var basert på alt som var å finne av kunnskapsgrunnlag, og poengterte at den nok kunne inneholdt mer kvalitative, lokale data, og at de sannsynligvis ikke hadde fått med seg alt av lokale undersøkelser. Noen fremholdt folkehelseoversikten som et viktig kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet og arbeid med sosial utjevning i kommunen.

002 «[...] kommunen har akkurat sendt ut på høring utkastet til kommunal planstrategi, der folkehelse rapporten ligger til grunn som viktigste kunnskapsgrunnlag for den da.»

007 «[...] den der 4-årige oversikten, for eksempel, som vi laget nå nylig. Da er jo sosial ulikhet et av temaene som jeg har vært opptatt av i det arbeidet.»

007 «[...] det oversiktsdokumentet har vært et grundig tverrfaglig arbeid, og det har vært løftet opp og synliggjort for hele organisasjonen, og politisk. Det syns jeg er utrolig viktig for det skal være kunnskapsbasert, og der er det veldig mye god kunnskap man kan hente, som kan brukes i planarbeid og annet arbeid i neste runde.»

Folkehelseoversikten ble fremstilt som to-delt, etter de tidligere kommune-inndelingene. Dette mente de fleste informantene var hensiktsmessig, og noen stilte spørsmål ved potensielle utfordringer med å lage en folkehelseoversikt over den nye kommunen som helhet. Forskjeller i befolkningsgrunnlag, areal og infrastruktur ble blant annet nevnt som utfordringer.

002 «Det vil endre seg med sammenslåingen nå, da vil det bli litt jevnere tall. For du skjuler en del utfordringer som er i den ene delen av kommunen fordi at tallene der er så små at de forsvinner. Så det var en grunn til at man mente at det var viktig å sette det opp som todelt da i den siste folkehelseoversikten som ble laget i fjor.»

På den andre siden var de flere informanter som mente at folkehelseoversikten og lokale kunnskapsgrunnlag var mangelfulle eller vanskelige å anvende. For mye fokus på ungdom, lite fokus på eldre og yrkesaktive, dårlige statistikker, lite fokus på livskvalitet, for lite kvalitative, lokale data, begrenset befolkningsgrunnlag i undersøkelser og mangel på systematikk i anvendelse ble blant annet nevnt som utfordringer med kunnskapen. En

informant som hadde deltatt i utarbeiding av rapporten mente at den inneholdt masse flotte ord som ikke hadde ført til noe.

001 «Spør du meg så synes jeg at den folkehelse rapporten er blitt altfor rettet mot ungdom, fordi det var for mange fra oppvekst som satt i den gruppen. De statistikkene man får er ikke så gode. Hvis du har sett spørsmålene til ungdata, de er dårlige spør du meg, også har de ikke munnet i noe.»

003 «Jeg synes ikke arbeidet med den folkehelseoversikten ble helt ... Jeg prøvde å snike inn dette sosial bærekraft så dokumentet kunne bli anvendt aktivt. Nå ble det litt mer statistikk på krefttilfeller og litt om prognose på befolkningsvekst, men det ble ikke som jeg så for meg. Jeg sliter litt med å finne kunnskap i det, ny kunnskap.»

005 «For det eneste som er satt er at vi skal skrive en rapport hvert fjerde år. Men jeg tenker det er ikke vits å ha en sånn rapport hvis man ikke bruker den helt konkret til både planlegging, utforming av tilbud og eventuelt vekkprioritering.»

En informant opplevde ikke at kommunen prioriterte å skaffe gode lokale kunnskapsgrunnlag. Hun mente at gode kunnskapsgrunnlag var essensielt for å kunne planlegge bra. Informanten poengterte viktigheten av å forankre folkehelsearbeidet i planer.

003 «Nå er det noen nye budsjetter som skal legges frem og det skal kuttes. [...] Det handler jo om hva en synes det er viktig å prioritere. Jeg synes det er viktig å prioritere å skaffe gode kunnskapsgrunnlag for å planlegge bra. Jeg opplever, overordnet, at det ikke er like viktig.»

En type kunnskap som flere av informantene etterlyste var innblikk i hvordan tiltak hadde fungert. Det ble poengtert at det ofte er vanskelig å måle slike effekter, men at evaluering er viktig å ta med seg til neste prosjekt. Ifølge informantene hadde kommunen jobbet med konsekvensvurdering av tiltak, for å vurdere eventuelle negative effekter i det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

003 «Ja, oppfølging og se har vi fått de effektene vi ønsket, har vi gjort det vi skulle? [...] Områdeplaner og stedsutviklings-prosjekter er ofte så omfattende at du aldri ser slutten på det. Men vi prøver å bli flinkere på å evaluere prosjekter. Skriftlige evalueringer av prosjekter er en erfaring som er kjempeviktig å ha med videre. Men det er nok et stykke å gå.»

007 «[...] en mal som ble gjeldende for hvordan vi skulle beskrive og analysere konsekvensene av kutt-tiltakene våre ble brukt nå i høst. Vi har passet på om de tiltakene som er konsekvensvurdert kommer i konflikt med satsning på barnefattigdom. I så tilfelle har vi sagt det i vurderingen. Kommer de i konflikt med ønsket om å satse på helsefremming, forebygging, tidlig innsats så har vi sagt det i konsekvensvurderingene, sånn at politikerne har med det som et beslutningsgrunnlag.»

For å kunne evaluere tiltakene i kommunen ble det understreket at det var behov for mer konkrete, lokalt tilpassede indikatorer tilknyttet kommunens mål.

007 «Det har vært mye budsjettarbeid i høst, med målformuleringer og indikatorer på om vi når mål eller ikke. Og alt som kommer inn fra de ulike enhetene koordineres og gjøres ordentlig og forståelig før det går ut politisk i neste runde.»

001 «Vi har sagt at vi må utvikle flere indikatorer når vi jobber med samfunnsplan. Da skal vi konkretisere målene opp mot bærekraftmålene, lokale mål, og komme med gode indikatorer der. Vi venter på fylkeskommunen som jobber med indikatorer ut ifra utviklingsplanen, så vi kan dra veksler på de også. Mer målbare mål kommer i samfunnsplanen.»

Medvirkningskunnskap

Et tema som fremstod som viktig for flere av informantene var medvirkning. I kommunens planstrategi (Bjørnafjorden kommune, 2020, s. 25) står det at hensikten med medvirkning er å heve kvaliteten i kunnskaps- og vedtaksgrunnlag, fremme demokratisk utvikling, forankring og eierskap, og økt stedsidentitet. Det står i planstrategien at det har blitt laget en sjekklister for planarbeid, og at det foreligger en strategi for medvirkning i kommunens kvalitetssystem (Bjørnafjorden kommune, 2020, s. 25). Samtlige informanter mente at medvirkning var viktig for å lykkes med å gi innbyggerne treffsikre tjenester. Det ble poengtert at medvirkning kunne løfte perspektivene til de som sjelden kommer til ordet, gi innblikk i innbyggernes ønsker og behov og fungere som en demokratisk prosess. En informant var særlig opptatt av å benytte medvirkning som kunnskapsgrunnlag og poengterte at dette er en viktig del av å kartlegge hvordan kommunen kan utjevne sosial ulikhet.

003 «Det å bli lyttet til ser jeg på som en del av demokratiet. Demokratiske verdier, jeg tror det er det som driver meg helt sånn grunnleggende. Man kan ha de beste

intensjoner når man jobber i kommunen. Du kan planlegge for det beste, men det hjelper ikke å planlegge når du ikke vet hva som er ønsket.»

003 «Det har vært en del medvirkningsundersøkelser blant ungdom for eksempel. [...] Vi kan planlegge med de beste intensjoner, men treffer vi ikke det de ønsker, så er det bortkastet. Så det er viktig å prøve å få et godt kunnskapsgrunnlag der. Det siste nå var seniortråkk-prosjektet – kartlegging av behov og ønsker for aldersgruppen 65+. Jeg mener det er å kartlegge hvordan man skal planlegge for utjevning av sosial ulikhet.»

001 «Å se ting i et annet perspektiv. Ja, og det er jo derfor de har medvirkning.»

Tross enighet om betydningen av medvirkning var det varierende synspunkter om hvorvidt kommunen satset på medvirkningskunnskap. Flere kunne vise til eksempler på at kommunen praktiserte medvirkning. Mange løftet frem at kommunen hadde et engasjert eldreråd, som var involvert i planleggingsprosesser. Det ble også påpekt at kommunen hadde invitert representanter fra kommunen, politi, kirken, videregående skoler, idrettsrådet og frivilligheten med flere, for å diskutere funn og få tilbakemeldinger knyttet til utarbeidingen av folkehelseoversikten. Eksempelene på medvirkning som ble trukket frem omfattet sårbare grupper som barn og unge, eldre, flyktninger, arbeidsledige, personer med funksjonsnedsettelse og rusmisbrukere.

001 «Ja, de har hatt barnetråkk og seniortråkk knyttet opp til sentrumsplan for kommunesenteret da, og det er en arbeidsmåte som man skal videreføre i arealplanarbeidet.»

007 «Vi skal faktisk ha innolab-økt i morgen som går på det å hjelpe innbyggerne med å bli mer digitale. [...] Vi inviterer veldig bredt, vi inviterer banker, eldrerådet og noen andre eldre, ungdom fra videregående. Vi blir trettifem stykker nå hvis alle henger seg på, for å se på hvordan vi kan hjelpe innbyggerne å finne frem i det digitale samfunnet som vi er en del av. Og hvordan kan vi få til opplæring for å styrke den digitale kompetansen til for eksempel flyktninger, rusmisbrukere eldre, ja, ulike grupper som av en eller annen grunn kanskje henger litt etter i den utviklingen.»

Det var stort engasjement for medvirkning blant informantene. Flere uttrykte at det ikke var tilstrekkelig satsning på gode kunnskapsgrunnlag og medvirkning i kommunen. En informant fortalte om et medvirkningsprosjekt som ble avlyst fordi det kom kutt i kommunens budsjett, og informanten påpekte at slikt var ødeleggende for medvirkningsprosesser. Det fremstod

som om medvirkningskunnskap ble benyttet, men det virket som om flere anså at medvirkningskunnskapen hørte til i samfunnsplanen heller enn i andre planer.

003 «Så jeg ønsker jo en medvirkningsstrategi for eksempel. Men det har jeg fått beskjed om at vi ikke råd til. Så da må vi heller lage en liten rutine på hvordan vi jobber med medvirkning. Det synes ikke jeg er godt nok, for medvirkning må fungere i bredden, på tvers i organisasjonen internt, og utad. Ja, på alle nivå.»

003: «Jeg skal i hvert fall sørge for at seniortrakk og ungdomsundersøkelser blir tatt med i samfunnsplanen. Men frem til det arbeidet begynner så har vi aktivt brukt de dokumentene.»

001 «Og når vi endelig fikk en erfaringskonsulent man hadde lyst til å lønne så var ikke pengene der. Så medvirkning er det ikke godt nok implementert i planutvikling.»

Sammendrag av funn

I det kommende kapitlet skal jeg drøfte utvalgte temaer fra funn-delen. Jeg skal drøfte kommunens forståelse av- og samarbeid om folkehelsearbeid med vekt på folkehelsebegrepet, folkehelsearbeid i praksis, tverrsektorielt samarbeid og kjennskap til kommunens arbeid. Videre skal jeg ta for meg kommunens tilnærminger til og utfordringer med sosial ulikhet gjennom drøfting av kommunens forståelse av sosial ulikhet, universelle og målrettede tilnærminger, fokusområder i folkehelsearbeidet (levestandard, helsedeterminanter, forebygging, fattigdom, helsefremming), kommunesammenslåingens betydning for sosial ulikhet, og kommunens prioriteringer i forbindelse med økonomiske kutt. Avslutningsvis skal jeg drøfte kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Først forskningsbasert- og teoretisk kunnskap med fokus på bruk av lovverk som kunnskapsgrunnlag og kompetanse til å arbeide kunnskapsbasert. Deretter skal jeg drøfte kunnskap om lokale forhold med vekt på informantenes vurderinger av kunnskapens kvalitet og nytteverdi. Og til sist skal jeg drøfte kommunens innhenting og bruk av medvirkningskunnskap.

7.0 Diskusjon

Denne studien har undersøkt hvordan de ansatte i en utvalgt kommune forstår, samarbeider om og tilnærmer seg arbeid med folkehelse og sosial ulikhet. Videre har studien tatt for seg kommunens bruk av kunnskap. I dette kapitlet vil resultatene fra analysekapitlet bli diskutert opp mot tidligere forskning og studiens teoretiske referanseramme.

7.1. Forståelse og samarbeid om folkehelse

Samtlige informanter var tydelige på at folkehelse var et tverrsektorielt ansvar. Deres forståelse er i tråd med Ottawa-charterets tverrsektorielle forankring, som fremmer fokus på helse i alle sektorer (World Health Organization, 1986). I kontrast til forskning som har funnet at kommunalt ansatte anser helseutfordringer som helsesektorens ansvar (Tallarek née Grimm et al., 2013, s. 230; Van Vliet, 2018, s. 34), påpekte informantene det motsatte, og én oppfattet at helsesektoren var minst involvert i folkehelsearbeidet i kommunen. Dette funnet kan henge sammen med at alle som ble intervjuet var direkte involvert i grupper som eksplisitt jobbet med folkehelse og sosial ulikhet. Det kan også tyde på at kommunen har lyktes med å etablere en tverrsektoriell forståelse for folkehelsearbeid i organisasjonen.

Det som tilsynelatende var mindre tydelig for informantene var hvordan de skulle jobbe med folkehelse; hva det konkret innebærer. Dette kan sees i sammenheng med funnene til Holt, Waldorff et al. (2018, s. 40). De fant at anbefalinger om tverrsektoriell praksis rettet mot danske kommuner vektla hva kommunene skulle fokusere på, som fysisk aktivitet, men at det generelt ikke forelå anbefalinger om hvordan kommunene skulle gjennomføre tverrsektorielt arbeid (Holt, Waldorff, et al., 2018, s. 40). Mangel på slike anbefalinger kan forstås i lys av forskning på skandinaviske kommuner, som har funnet at det foreligger svært begrenset kunnskap om hvordan lokal politikk skal utvikles og tilpasses for å adressere helseforskjeller på tvers av sektorer (Diderichsen et al., 2015, s. 10). Tilbakemeldingene fra informantene fra Bjørnafjorden stemmer overens med tilbakemeldinger fra norske kommuner de siste ti årene, som i stor grad har dreid seg om hvordan man skal etablere et systematisk folkehelsearbeid, deriblant hvordan kommuner skal jobbe tverrsektorielt med folkehelse (Helsedirektoratet, 2020, s. 3). Den overnevnte forskningen indikerer at det er utilstrekkelig forskningsgrunnlag til å komme med konkrete anbefalinger og veiledning om hvordan kommuner skal jobbe tverrsektorielt. Mangel på slik veiledning kan være en medvirkende årsak til informantenes usikkerhet relatert til hvordan de skal jobbe tverrsektorielt med folkehelse. Forskning har avdekket at Norges tydelige nasjonale ledelse og lovgivning har fremmet arbeid med HiAP på

lokalt nivå, men at det å oversette lovgivningen til konkret politikk anses som krevende (Diderichsen et al., 2015, s. 39). Studien demonstrerte at informantene hadde en tverrsektoriell forståelse for folkehelsearbeid som var i tråd med folkehelseloven, men det å oversette teori til praksis ble ansett som utfordrende.

Informantene til Hofstad og Bergsli (2017, s. 72-73) påpekte at forståelse og kunnskap om hva folkehelse er, utgjør en viktig forutsetning for å kunne oversette ambisiøse mål til praksis. Mange av informantene fra Bjørnafjorden rapporterte at folkehelsebegrepet opplevdes sammensatt, omfattende og diffust. Tilsvarende funn ble avdekket i studien til Synnevåg et al. (2018b, s. 70) hvor informantene opplevde folkehelsebegrepet som omfattende, diffust og komplekst. Noen av informantene fra Bjørnafjorden etterlyste samtaler om folkehelsebegrepet, mens andre mente at det var unødvendig med merkelappen folkehelse. En informant, som ville bytte ut folkehelsebegrepet med sosial bærekraft, formidlet at det var vanskelig å svare på hvordan kommunen jobbet med folkehelse. Informanten påpekte at dersom folkehelse i likhet med sosial bærekraft dreier seg om å løfte livskvalitet for alle mennesker, så jobber hele kommunen med folkehelse. Flere forskere har funnet at kommuner velger å benytte andre begreper sammen med eller i stedet for folkehelse, som sosial bærekraft eller levekår (Scheele et al., 2018, s. 62; Synnevåg et al., 2018b, s. 71). Hofstad og Bergsli (2017, s. 68) fant at en norsk kommune benyttet bærekraftig utvikling som felles referanseramme for folkehelsearbeidet. Dette fungerte for ansatte med ulike utdanningsbakgrunn, som arbeidet i ulike sektorer. Informantene påpekte at et slikt fokus forhindret misforståelsen om at folkehelse handler om arbeid med livsstil og livsstilsendringer (Hofstad & Bergsli, 2017, s. 68). Holt (2018, s. 1163) reflekterte over om begreper som vektlegger likhet fremfor helse kan fremme et større tverrsektorielt fokus på de sosiale helsedeterminantene. Informantene i studien til Synnevåg et al. (2018b, s. 70) problematiserte bruken av helsebegrepet i arbeid med implementering av HiAP, ettersom det ble antatt at det kunne hemme forståelsen av at folkehelse er et tverrsektorielt ansvar. Informantene fra Bjørnafjorden gav uttrykk for svært ulike meninger om folkehelsebegrepet og var usikre på hvordan de skulle gripe fatt folkehelsearbeidet i felleskap. Forskning viser at det å utvikle et felles språk kan bidra til å fremme eierskap, kommunikasjon og implementering av tiltak mot sosial ulikhet, på tvers av sektorer i kommunal sektor (Scheele et al., 2018, s. 66). Det kan hende det vil bli lettere å oversette målsetninger til praksis dersom kommunen benytter begreper tilpasset kommunens språklige kontekst, som for eksempel de overnevnte begrepene: sosial bærekraft, levekår eller likhet. Dette kan muligens bidra til å fremme

tverrsektorielt eierskap til oppgaver som har en folkehelseoverskrift, ved at helsebegrepet unngås. I Bjørnafjorden sitt tilfelle er det nærliggende å tenke at sosial bærekraft eller bærekraftig utvikling kunne resonneres i kommunen, som har utviklet målsetninger i tråd med FNs bærekraftsmål. Som Synnevåg et al. (2018b, s. 72) poengterer er det ikke nødvendig å gjøre alle til folkehelsearbeidere, så lenge folk forstår at de må bidra og er bevisst konsekvensene som handlinger kan ha for folkehelse.

Til tross for at samtlige informanter viste forståelse for at folkehelsearbeid er et tverrsektorielt ansvar, var det mange som tvilte på at resten av organisasjonen anså det som et felles ansvar. En informant støttet denne påstanden opp med at kommunen ikke var omforent om en folkehelsestrategi og en annen hevdet at organisasjonen ikke hadde en felles visjon, men jobbet veldig tjeneste for tjeneste. Sistnevnte informant mente at kommunen var silo-orientert og samarbeidet lite. En annen informant poengterte at de snakket om å ta hull på siloene i kommunen, i betydningen bryte opp tendensen til at sektorer jobber som enkeltenheter. Silo-orientert fokus går dårlig overens med HiAP-tilnærmingen som skal sikre at hensyn til de sosiale helsedeterminantene fremmes gjennom bidrag fra alle samfunns- og politiske sektorer (Tallarek Née Grimm, et al. 2013, s. 229). Forskning har avdekket at mangel på samarbeid kan fremme silo-tenkning, og føre til fokus på helseatferd og livsstil heller enn fokus på de sosiale helsedeterminantene (Holt, Carey, et al., 2018, s. 56). Flere informanter opplevde at samarbeidet og kommunikasjonen i kommunen ikke fungerte optimalt.

Kommunen hadde opprettet en tverrsektoriell folkehelsegruppe, og en tverrsektoriell barnefattigdomsgruppe. Dette er viktige tiltak ettersom etablering av tverrsektorielle grupper kan bidra til å øke kommuners kapasitet til å redusere helseforskjeller (Helgesen et al., 2017, s. 80). Likevel opplevde flere at arbeid med folkehelsegruppen ikke hadde blitt tilstrekkelig prioritert, og at samarbeidet kunne vært bedre. En informant pekte på at travelhet og redusert bemanning, hadde utgjort barrierer for arbeid med folkehelsegruppen. Andre viste til at gruppen hadde et uklart mandat, og at det forelå ulik forståelse av hva gruppens arbeid skulle innebære. Ifølge Guglielmin et al. (2018, s. 288) kan mangel på eierskap og ansvar utgjøre en barriere for implementering av HiAP. Forfatterne foreslo at dette kunne forbedres gjennom tydeligere rolleavklaringer og forventninger. Det er sannsynligvis utfordrende å ta ansvar og eierskap over folkehelsearbeidet dersom folkehelsegruppen har et uklart mandat. Under slike forutsetninger er det ikke rart at gruppemedlemmene har ulik forståelse om hva arbeidet skal omfatte. Det fremstår som om tydeliggjøring av rollefordeling og forventninger kan være relevant for å adressere noen av barrierene i folkehelsegruppen. Det er viktig å poengtere at

kommunen sannsynligvis behøver tid til å «falle på plass» etter sammenslåingen og det politiske skiftet. På toppen av det har koronapandemien gjort det utfordrende å møtes og etablere samarbeidsstrukturer.

For å fremme helse og unngå silo-tenkning kreves det både samarbeid på tvers og koordinering (Van Vliet, 2018, s. 34). Mange informanter vektla viktigheten av å kjenne til andre sektors arbeid. Det ble poengtert at det var en forutsetning for å kunne samarbeide om folkehelse, og for å vite om kommunen jobbet godt med folkehelse. De ansatte hadde snakket om å opprette en stabsfunksjon som kunne skape oversikt over de ulike sektorenes arbeid. Et slikt tiltak er i tråd med forskning som viser at det å skape nye arenaer for kunnskapsdeling er viktig for å lykkes med arbeid med sosial ulikhet (Lillefjell et al., 2018, s. 41). I en studie av 10 danske kommuner fant Holt, Carey et al. (2018, s. 56) at verdsetting av 'otherness' (andres innspill og kompetanse) er av betydning for å oversette eller formidle folkehelse mål til målsetninger som ligger mellom ulike sektorer. Det fremstår som om informantenes forståelse av folkehelsearbeid som et tverrsektorielt ansvar har bidratt til å gjøre dem oppmerksomme på viktigheten av å bryte opp silo-orienterte tendenser i egen kommune. Til tross for rapporterte utfordringer med samarbeid, virket informantene orientert mot å forbedre det tverrsektorielle samarbeidet. Initiativ som å opprette en koordinerende stabsfunksjon kan bidra til å skape oversikt over samarbeidsmuligheter, og derigjennom fremme tverrsektorielt samarbeid.

7.2. Tilnæringer til sosial ulikhet

Kommunens folkehelseoversikt (Bjørnafjorden Kommune, u.å., s. 6-9) har et tydelig fokus på sosial ulikhet. Oversikten viser til lovpålagte krav om at kommuner skal arbeide med å utjevne sosiale ulikheter. Dokumentet fremstiller ulike tiltaksområder som omfatter: inntekt, oppvekst og utdanning, bolig, arbeid, levevaner, fysiske og sosiale miljøfaktorer og helsetjenester (Bjørnafjorden Kommune, u.å., s. 6-9). Samtlige av disse punktene ble også nevnt av informantene på spørsmål om tiltaksområder relatert til sosial ulikhet. Prinsippet om proporsjonal universalisme er tydelig forankret i folkehelseoversikten, hvor kommunen har inkludert en matrise som illustrerer målrettede og universelle tiltaksområder (Bjørnafjorden Kommune, u.å., s. 9). Majoriteten av informantene hadde kjennskap til universelle tilnæringer og fremmet viktigheten av at tiltak må rettes ut mot alle, blant annet for å unngå stigmatisering. Det ble poengtert at koronapandemien hadde utgjort en barriere for å iverksette universelle tiltak, og at pandemien hadde fremmet mer bruk av målrettede tiltak.

Studien til Hagen et al. (2017, s. 986) fant at kommuner som hadde etablert samarbeid mellom ulike sektorer og med andre kommuner prioriterte levekår i sitt helsefremmende arbeid. I Bjørnafjorden, som hadde etablert tverrsektorielt samarbeid, var det delte meninger om hvorvidt sosiale helsedeterminanter ble prioritert i kommunens folkehelsearbeid. Til tross for informantenes forståelse av at sosial ulikhet må adresseres på ulike innsatsområder, var det flere som ytret at det var avstand mellom det som forelå av planer og det som ble prioritert i praksis. En informant mente det var blitt økt fokus på barnefattigdom og levekår, mens en annen etterlyste større fokus på sosiale helsedeterminanter. Noen av informantene som arbeidet befolkningsnært hadde mest fokus på målrettede tiltak mot sårbare grupper under intervjuene. Det fremstår naturlig at de som arbeider direkte med marginaliserte innbyggere i kommunen fokuserer på de gruppene som deres arbeidsoppgaver skal favne. Både økte sosialsatser, som kan karakteriseres som behovsprøvd sosialhjelp, og tiltak for å hjelpe unge inn i arbeidslivet, som kan anses som et målrettet livsstiltiltak (Torgersen et al., 2007, s. 8), ble trukket frem som konkrete eksempler på kommunale tiltak mot fattigdom og utenforskap. Disse tiltakene kan regnes som målrettede oppstrøms- og midtstrøms-tiltak (Torgersen et al., 2007, s. 8). Et slikt fokus på målrettede tiltak står ikke i motsetning til proporsjonal universalisme, såfremt kommunen også iverksetter universelle tiltak (Francis-Oliviero et al., 2020, s. 8). Selv om de ansatte som arbeidet befolkningsnært primært viste til konkrete, målrettede tiltak, var det flere som poengterte at det meste av forebyggende arbeid mot sosial ulikhet foregikk på andre arenaer enn Nav og barnevernet. De hadde en tydelig forståelse for at sosial ulikhet kan påvirkes på ulike nivåer. Skoler, fritidsaktiviteter og idrettslag ble fremholdt som viktige arenaer for å fange opp barn som risikerer å falle utenfor. Også boligpolitikk ble fremholdt som et viktig aspekt, blant annet for å unngå kommunale gettoer. Det fremstod som om noen av informantene som jobbet befolkningsnært i større grad vektla et forebyggende perspektiv heller enn et helsefremmende perspektiv i folkehelsearbeidet, som illustrert ved fokus på å fange opp barn som risikerer å falle utenfor og unngå kommunale ghettoer. Hovedfokuset i de konkrete eksemplene var på levekår relatert til fattigdom og utenforskap i spørsmål om sosial utjevning. Med andre ord ikke et gradientperspektiv (CSDH, 2008), men et fokus på adressering av fattigdom.

Informanten som ønsket mer fokus på sosiale helsedeterminanter mente at kommunen jobbet godt med risikofaktorer, men hun, og flere av de andre informantene, savnet fokus på helsefremmende faktorer i folkehelsearbeidet. Hun mente det hadde vært lite fokus på sosiale helsedeterminanter som økonomi, lav utdanning, dårlige boforhold og lav deltakelse i

fritidsaktiviteter. Flere mente at kommunen var medisinsk orientert og fokuserte lite på positiv helseforståelse. En slik orientering står i motsetning til et helsefremmende perspektiv som har til hensikt å påvirke forutsetninger for helse og levekår (St. Meld. 47 (2008-2009), s. 72), og vektlegger helse som velvære og ressurs (Mæland, 2016, s. 27). På den andre siden kunne andre informanter vise til tiltak som gratis tilgang til aktiviteter i idrettshall, for ungdom fra ungdomsskolealder til og med seniorer. Er slikt tiltak er et midtstrøms-, universelt tiltak, ettersom det kan karakteriseres som et bredt livsstiltiltak som er tilgjengelig for alle (med unntak av barn under 13 år) (Torgersen et al., 2007, s. 8). Dette tiltaket er i tråd med Ottawa-charterets helsefremmende målsetninger om å tilrettelegge for at mennesker skal kunne oppnå sitt fulle helsepotensiale (World Health Organization, 1986). Det er mulig at informanten som etterlyste fokus på lav deltakelse i fritidsaktiviteter, ikke anså dette tiltaket som utjevneende, eller at hun ikke kjente til tiltaket. Ettersom mine funn har vist at kommunen har noen utfordringer med kommunikasjon og oversikt over hverandres arbeid, er det nærliggende å anta at ikke alle er kjent med tiltakene som iverksettes i ulike deler av kommunen. Det betyr ikke nødvendigvis at påstandene om at det hadde vært lite fokus på økonomi, lav utdanning, dårlige boforhold og lav deltakelse i fritidsaktiviteter er ubegrunnede. En rekke studier viser at det i kommunalt folkehelsearbeid er overveiende fokus på helseatferd og nedstrøms-, målrettede tilnærminger, heller enn oppstrøms-, sosiale forhold (Feyaerts et al., 2017, s. 23; Fosse et al., 2018, s. 51; Hofstad, 2016, s. 571; Pons-Vigués et al., 2014, s. 9; Vallgård, 2014, s. 342). I likhet med denne forskningen viser funnene i denne studien at de fleste konkrete tiltakene informantene viste til var relatert til helseatferd, lavterskeltilbud, midtstrøms- og nedstrøms-tiltak, og ikke så mye strukturelle, oppstrøms-tiltak. Informantene hadde en klar forståelse for at eksempelvis arealplanlegging var av betydning for sosial utjevning, men når det kom til oppstrøms-, universelle tiltak var det ingen som viste til noe konkret kommunen hadde iverksatt. Det er ikke ensbetydende med at kommunen ikke adresserer oppstrøms-determinanter på universelt nivå. Det kan være en indikasjon om at det er utfordrende å gjøre koblingen mellom tiltak på et så overordnet nivå med en utjevneende effekt i befolkningen. En annen mulig forklaring kan være at det tar tid å påvirke strukturelle forhold, og at denne kommunen som både har vært gjennom en kommunesammenslåing og et politisk skifte ikke har rukket å adressere strukturene enda.

Det at funnene i studien avdekket lite informasjon om eventuelle oppstrøms-, universelle tiltak, kan også være en indikasjon på at det er et utfordrende tiltaksområde å adressere. Diderichsen et al. (2015, s. 16) formidlet at selv om skandinaviske land praktiserer

desentralisert ansvar for folkehelse på kommunalt nivå, avhenger effektiviteten i folkehelsearbeidet av det som skjer på nasjonalt og regionalt nivå. Den mest effektive politikken mot sosial ulikhet foregår på nasjonalt nivå (Diderichsen et al., 2015, s. 16). Dersom kommunen har begrenset innflytelse på strukturelt nivå kan det også være en medvirkende grunn til at det er mindre fokus på tiltak på strukturelt nivå. Noen strukturer kontrolleres ikke utelukkende av kommunen, men krever samarbeid med for eksempel fylkeskommunen. Som det ble påpekt i kommunens intensjonsavtale ville sammenslåingen resultere i en vidstrakt kommune som ville kreve gode buss- og fergeforbindelser (Forhandlingsutvala i kommunane Fusa og Os, 2016). For å få til dette ble det poengtert at det måtte inngås samtaler med fylkeskommunen, som er leverandør av kollektivtjenester (Forhandlingsutvala i kommunane Fusa og Os, 2016). Intensjonsavtalen vektlegger at begge de tidligere kommunene skal være likeverdige parter i den nye kommunen, i tråd med et fokus på sosial likhet. Intensjonen om å forbedre kollektivtilbudet viser at kommunen har forståelse for at strukturelle betingelser som tilgjengelighet via kollektivtransport er viktig, og mulig å påvirke. Adressering av kollektivtilbudet kan karakteriseres som et universelt, oppstrøms-tiltak. Så er spørsmålet hvorvidt disse intensjonene har blitt iverksatt i praksis.

Informantene fremholdt betydningen av tilgjengelighet, gratis tilbud, møteplasser og tilrettelegging for bruk av tjenester og tilbud i forbindelse med utjevning av sosial ulikhet. Funnene mine indikerte at kommunesammenslåingen kan ha bidratt til økte sosiale forskjeller mellom Fusa og Os, til tross for intensjoner om at Fusa og Os skal ha likeverdige tilbud. En informant problematiserte at «Ung Arena» var vanskelig å komme til for ungdom fra Fusa-siden som ikke like enkelt kunne anvende dette lavterskeltilbudet. Informantene påpekte at det var dårlige buss og fergeforbindelser mellom de sammenslåtte kommunene, og flere problematiserte den mangelfulle tilgangen for befolkningen på Fusa-siden. Det er vanskelig å spekulere i hvorvidt det mangelfulle kollektivtilbudet skyldes nedprioritering fra kommunen sin side, om det er fylkeskommunen som har satt begrensninger for tilbudet, eller om prosessen er pågående. Det er uansett viktig å påpeke at det ikke utelukkende er kommunen som styrer denne strukturelle faktoren. Informantenes beskrivelser av kollektivtilbudet tydet på at kommunen ikke har fått gjort noe med tilbudet, som var en av intensjonene fastsatt i intensjonsavtalen (Forhandlingsutvala i kommunane Fusa og Os, 2016). En informant viste til at det ble litt oppstandelse da kommunen valgte å avvikle det fysiske Nav-kontoret på Fusa. Hofstad et al. (2016, s. 34) har avdekket at kommunal planlegging kan ha betydning for folks tilgang til ressurser og fellesskap, og at det kan påvirke fordeling av goder. De overnevnte

eksemplene viser en skjevfordeling i tilgangen til tjenester og tilbud på Os og Fusa. Ettersom den største kommunen i utgangspunktet hadde flere tilbud enn den minste, er det naturlig at det er flere tilbud på Os, der det også bor flere innbyggere enn på Fusa. Likevel er det viktig å planlegge for at begge sider sikres tilgang til tilbudene i kommunen, for å opprettholde intensjoner om likeverdige tilbud på Fusa og Os. Informantene var oppmerksomme på at Fusa-siden ikke måtte glemmes. En annen måte sammenslåingen potensielt kan fremme sosiale ulikheter, som en av informantene påpekte, er ved at man sammenstiller tall fra Os og Fusa i en folkehelseoversikt. Informanten mente at dette kunne skjule en del utfordringer i den ene delen av kommunen, ettersom tallene der er så små at de ville forsvinne. Dette hadde foreløpig blitt omgått ved at folkehelseoversikten viste separate tall fra Os og Fusa.

Flere informanter problematiserte kommunens forslag til kutt i flere forebyggende stillinger. Det ble påpekt at dette var tvert imot prioritering av arbeid med sosial utjevning, og at det kun var forebyggende stillinger som ble kuttet fra helsetjenestene. En informant forsvarte kuttene med at de stillingene som var foreslått kuttet kunne regnes som luksus-stillinger som nesten gikk over i spesialisthelsetjenesten. Det kan stilles spørsmål ved hvorvidt dette rettferdiggjør at samtlige kutt i helsetjenesten rettes mot forebyggende stillinger, men her er det viktig å poengtere at kommunen ikke praktiserer folkehelsearbeid i et vakuum. Forskning har vist at finansiering er et viktig insentiv for å få kommuner til å prioritere folkehelsearbeid, og at det ikke har blitt økte bevilgninger til folkehelsearbeid etter at folkehelseloven ble vedtatt (Fosse et al., 2018, s. 51). Dersom kommunen har en tendens til å nedprioritere forebyggende stillinger kan det muligens gi negative utslag på forebygging av sosial ulikhet, men løsningen ligger kanskje ikke i kommunen. Samtidig som det forventes at kommunen skal følge opp bestemmelser i folkehelseloven om å jobbe med sosial utjevning, må kommunen klare å iverksette varige innsparingstiltak på 90 millioner kroner. Dette må gjøres for å sikre en bærekraftig økonomi som står i forhold til kommunens inntekter og innfrir nasjonale målsetninger (Bjørnafjorden kommune, 2020, s. 14). Ifølge Helgesen et al. (2017, s. 80) er det få økonomiske insentiver for kommuner, som kan fremme politikkutvikling i tråd med folkehelseloven (Helgesen et al., 2017, s. 80). Tallarek neé Grimm et al. (2013, s. 233) mente at øremerkede midler til kommunene kunne bidratt til å holde sosiale helseulikheter på den politiske agendaen. For å kunne praktisere i tråd med folkehelseloven kan det argumenteres for at det er hensiktsmessig å ivareta stillinger som har kompetanse til å arbeide forebyggende, for å implementere kommunens folkehelsepolitikk. Den nye kommunen bærer tydelig preg av å ha begrenset med tid og ressurser til å jobbe med folkehelse og sosial

utjevning. Det kan fremstå som om kommunens økonomiske situasjon hemmer prioritering av stillinger som er knyttet til folkehelsearbeid.

7.3. Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

I kommunens folkehelseoversikt (Bjørnafjorden Kommune, u.å., s. 7) presiseres det at det skal tilrettelegges for systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommunene.

Informantene kunne vise til at kommunen benyttet ulike typer kunnskap som forskning og teoretisk kunnskap i form av veiledninger, lovverk og nasjonale ressurser, kunnskap om lokale forhold, og medvirkningskunnskap som seniortrakk og barnetrakk.

Forskningsbasert- og teoretisk kunnskap

Lovverk som kunnskapsgrunnlag

Til tross for at informantene etterlyste mer spesifikk kunnskap om gjennomføring av folkehelse tiltak, uttrykte alle at de var fornøyde med det nasjonale kunnskapsgrunnlaget, og kunnskap fra fylkeskommunen. Funnene mine indikerte at lovfestet folkehelsearbeid fremmet kunnskapsbasert arbeid med folkehelse og sosial ulikhet i kommunen. Flere påpekte at lovpålagte oppgaver ble prioritert i kommunen. En informant trakk frem verdien av å kunne slå i bordet med lovverk, og det lovpålagte kravet om at folkehelseoversikten skal ligge til grunn for planarbeidet ble holdt frem som eksempel. Dette funnet samsvarer med studien til Synnevåg et al. (2019, s. 4) som fant at folkehelseloven fremmet inkludering av folkehelseutfordringer i dokumenter, handlingsplaner og årlige rapporter, samt bruk av veiledninger og retningslinjer. På den andre siden antydet flere informanter at mange var lite flinke til å lese nasjonale kunnskapsgrunnlag, som veiledere og retningslinjer om folkehelse og sosial utjevning. Til tross for slike rapporter viser kommunens folkehelseoversikt (Bjørnafjorden Kommune, u.å.) at organisasjonen har lagt til grunn et forskningsbasert- og teoretisk kunnskapsgrunnlag basert på nasjonale anbefalinger. Dermed har kommunen sørget for å gjøre relevant kunnskap og folkehelse og sosial ulikhet tilgjengelig for de ansatte i organisasjonen. Lovverk, som folkehelseloven, kan derigjennom fremme kunnskapsbasert folkehelsearbeid ved å stille krav til utarbeiding og bruk av kunnskapsgrunnlag.

En av informantene som rapporterte at hun og de andre i planavdelingen ikke var så flinke til å lese på veiledere om folkehelse og sosial utjevning, utviste likevel god forståelse og fokus på folkehelsearbeid og sosial utjevning i planarbeidet. Informanten viste til at plan- og bygningsloven var et av de viktigste kunnskapsgrunnlagene som ble benyttet av arealplanleggerne i kommunen. Hagen et al. (2019, s. 254) formidler at den nære koblingen

mellom Folkehelseloven og Plan- og bygningsloven har bidratt til å institusjonalisere målet om sosial utjevning, som begge lovene har som målsetning. Det kan fremstå som at denne forbindelsen mellom lovverkene fremmet fokus på folkehelse og sosial ulikhet i kommunen, ved at ansatte som ellers ikke anvender folkehelseloven eksplisitt, forholder seg til loven implisitt gjennom bestemmelser i plan- og bygningsloven.

Informantene rapporterte at folkehelseloven og Plan- og bygningsloven ble benyttet som kunnskapsgrunnlag i utforming av dokumenter og planer. En NIBR-rapport fra 2017 fant at folkehelse hadde blitt integrert i overordnet, strategisk planlegging i kommuneplaners samfunnsdel og planstrategi, men at fokuset på folkehelse i arealdelen var svært begrenset (Hofstad & Bergsli, s. 67). Denne forskningen kan ses i lys av en av informantenes uttalelser om at kommunen, og også majoriteten av norske kommuner, har en tendens til å lage arealplanen før samfunnsplanen. Informanten mente at det viktigste folkehelseiltaket kommunen kunne gjøre var å starte med å utarbeide samfunnsplanen. Deretter burde samfunnsplanen brukes som kunnskapsgrunnlag i utarbeiding av arealplanen, for å sikre at folkehelse og sosial utjevning også forankres i arealplanen. Informanten mente at feil rekkefølge i planleggingen kunne påvirke kvaliteten i arealplanen, med hensyn til fokus på folkehelse og sosial ulikhet. Det presiseres i plan- og bygningsloven (2008, § 11-2) at samfunnsdelen av kommuneplanen skal danne grunnlaget for videre planer og virksomhet i kommunen. Det er også forankret i Bjørnafjordens planstrategi (Bjørnafjorden kommune, 2020, s. 3) at samfunnsplanen skal være retningsgivende for planer og virksomhet. Dette kan vitne om et sprik mellom kommunens uttalte intensjoner i planer, og kommunens praksis i utforming av planer. Påstanden om at kommuner ofte lager arealplanen før samfunnsplanen, kan være en mulig forklaring på forskning som har funnet en svak sammenkobling mellom kommuners samfunnsdel, arealdel og økonomidel (Aarsæther et al., 2018, s. 23). Ifølge Aarsæther et al. (2018, s. 18) blir det lettere å gjennomføre politiske målsetninger ved å skape en direkte kobling mellom samfunnsdelen og økonomidelen i kommuneplanen. Det fremstår rimelig å anta at det vil bli lettere å gjennomføre politiske målsetninger om folkehelse og sosial ulikhet i arealplan og økonomiplan, dersom disse baseres på en samfunnsplan som inneholder kunnskap om folkehelse og sosial ulikhet. Dette er i tråd med Plan- og bygningslovens (2008, § 11-2) anbefalinger om rekkefølge i planutviklingen. En informant påpekte at det er vanskelig å endre på noe som er forankret i kommunal plan. På samme måte kan det tenkes at det er vanskelig å få gjennomslag for folkehelseiltak og sosial utjevning dersom det ikke er forankret i en samfunnsplan, som brukes til å danne et kunnskapsgrunnlag

i utformingen av nye planer. Det skal likevel sies at kommunen har benyttet strategidokumentet som en substitutt for samfunnsplanen, men det fremgår ikke av strategidokumentet om det anses som en god nok substitutt til at arealdelen kan lages med utgangspunkt i denne (Bjørnafjorden kommune, 2020, s. 3).

Kompetanse til å jobbe kunnskapsbasert

Mange informanter mente at det var utfordrende å vite hva folkehelsearbeidet skulle innebære, og hvordan det skulle gjennomføres i praksis. Dette er i overensstemmelse med forskning som har avdekket at kommuner behøver mer kunnskap og kompetanse til å oversette kunnskap til praksis (Synnevåg et al., 2018a, s. 984; Tallarek née Grimm et al., 2013, s. 232). Flere etterlyste prioritering av en koordinerende folkehelsestilling i kommunen, for å lykkes med å binde sammen folkehelsearbeidet. Informantene problematiserte at enkeltindivider hadde for mange oppgaver på seg, og at folkehelsekontakten i kommunen fikk begrenset med tid til å jobbe med folkehelserelatert arbeid. Det ble nevnt at ansvaret for å koordinere folkehelsearbeidet for eksempel kunne tilfalt en folkehelsekoordinator. Helgesen et al. (2017, s. 82) fant at ansettelse av en folkehelsekoordinator i en tilstrekkelig stor stilling (70% eller mer) kan bidra til å heve kommuners kapasitet til å redusere helseforskjeller. I likhet med disse funnene mente flere av informantene fra Bjørnafjorden at kommunen burde prioritere en større folkehelsestilling. Ansettelse av en folkehelsekoordinator i kommunen er i tråd med anbefalingene fra det norske rådet for sosiale ulikheter i helse (Arntzen et al., 2019, s. 604). Rådet formidler at dette er et viktig grep for å sikre prioritering av folkehelsearbeid og innsats mot sosial ulikhet på lokalt nivå (Arntzen et al., 2019, s. 604). Hofstad og Bergsli (2017, s. 72) fant at folkehelsekoordinatorer arbeider kunnskapsbasert, utvikler planer- og styringsdokumenter og arbeider med å sikre et tverrsektorielt folkehelsearbeid i hele kommuneorganisasjonen. Folkehelsekoordinatorer fremmer tverrsektorielt arbeid ved å bygge broer mellom ulike aktører og departementer (Arntzen et al., 2019, s. 604).

Empiri fra Norden har avdekket at kommuner primært etterlyser kunnskap i form av detaljerte råd om gjennomføring av effektive intervensjoner (Diderichsen et al., 2015, s. 31). Dette kan være utfordrende å bistå med fordi lokale forhold og kontekst er av betydning for hvilke tiltak som kan anvendes i en gitt kontekst (Diderichsen et al., 2015, s. 31). En folkehelsekoordinator kan muligens bistå med råd om gjennomføring av folkehelsearbeid, basert på sin profesjonelle kompetanse. Helgesen et al. (2017, s. 82) argumenterte for at en folkehelsekoordinator bør ha en profesjonell bakgrunn som fremmer kompetanse til å bruke helseprofiler, samle lokale data

og systematisere kunnskapen i oversikter. Prioritering av en slik stilling er i tråd med å fremme kompetanse til å jobbe kunnskapsbasert med folkehelsearbeid.

Helgesen et al. (2017, s. 80) vektla betydningen av at en folkehelsekoordinator burde plasseres i en stilling med autoritet. I likhet med denne forskningen påpekte informantene at en folkehelsestilling burde plasseres høyt i organisasjonen, slik at vedkommende har mandat til å påvirke i kommunen. I lys av den overnevnte drøftingen om tilnærminger til sosial ulikhet kan være hensiktsmessig å presisere at en slik koordinator bør ha innflytelse til å påvirke universelle determinanter, med særlig fokus på oppstrøms-determinanter i kommunens folkehelsearbeid. Dette er i tråd med anbefalinger om hvordan sosiale helseforskjeller bør adresseres (Francis-Oliviero et al., 2020, s. 8). Bekken (2018, s. 1062) understreker at en folkehelsekoordinator bør prioriteres og gis status i kommunen. På den andre siden fant en studie av norske kommuner at de kommunene som hadde ansatt folkehelsekoordinator i etterkant av folkehelseloven hadde fire ganger mindre sannsynlighet for å prioritere rettferdig fordeling i lokale folkehelse tiltak, sammenlignet med kommuner som ikke hadde ansatt en folkehelsekoordinator (Hagen et al., 2018, s. 813). Forfatterne mente at dette kunne henge sammen med at folkehelsekoordinatorer ofte ansettes i mindre stillingsprosenter, mangler utdanning som står til stillingen og havner i posisjoner med liten innflytelse (Hagen et al., 2018, s. 813). Også Arntzen et al. (2019, s. 604) understreker viktigheten av at folkehelsekoordinatorer ansettes i tilnærmet full stilling for å kunne adressere folkehelsearbeid.

Tre aspekter synes å ha betydning for at en koordinatorstilling kan påvirke folkehelsearbeidet: størrelse på stillingsprosenten, utdanning og posisjon. Alle disse forutsetningene ble nevnt som viktige av informantene. I Bjørnafjorden sitt tilfelle var folkehelsekontakten riktignok i en posisjon med innflytelse, men det ble rapportert at kommunen prioriterte altfor lite tid til arbeid med folkehelseoppgaver. Verken folkehelsekontakten eller noen av medlemmene i folkehelsegruppen hadde folkehelse relatert utdanning. Det kan godt hende at det ikke er nødvendig å ansette en med folkehelse relatert utdanning for å lykkes med folkehelsearbeidet, og at folkehelsekompetansen er tilstrekkelig i kommunen som den er. Det er sannsynligvis flere ansatte som har erfaring med å jobbe med koordinering, helseprofiler, innsamling av lokale data og systematisering av kunnskap i oversikter, ettersom denne typen arbeid har blitt løftet frem i denne studien. Likevel tydet funnene på at det kan vært hensiktsmessig å prioritere en større folkehelsestilling som har tid til å koordinere det overordnede folkehelsearbeidet, og dermed kan bidra til at kommunen jobber kunnskapsbasert. Sett i lys av

den tidligere drøftingen om kutt i forebyggende stillinger kan funnene tyde på at kommunen ikke prioriterer stillinger som har folkehelsearbeid som primæroppgave. Jeg skal ikke spekulere i årsakene til dette, men det er nærliggende å tenke at dette henger sammen med kommunens økonomiske situasjon.

Kunnskap om lokale forhold

Mens informantene rapporterte at de var fornøyde med kunnskapen og støtten fra nasjonalt nivå og fra fylket, uttrykte flere misnøye med kunnskapen om lokale forhold. Folkehelseloven (2011, § 5) fastslår at kommuner skal ha oversikt over indikatorer som kan påvirke befolkningens helse. Fosse (2019, s. 551) viser til at kommuner årlig får tilgang til gradientvennlige indikatorer i folkehelseprofiler, og at disse indikatorene gjør det mulig for kommuner å få oversikt over og adressere de sosiale helsedeterminantene. På den andre siden har en annen studie funnet at folkehelseprofilen ble ansett som vanskelig å anvende (Hofstad & Bergsli, 2017, s. 71). Profilen ble oppfattet som abstrakt, og utfordrende å bruke til utarbeiding av tiltak og måling av endring (Hofstad & Bergsli, 2017, s. 71).

I studien av Bjørnafjorden var det ingen informanter som spesifikt nevnte folkehelseprofilene når de snakket om kunnskap om lokale forhold. Men i tråd med de overnevnte funnene til Hofstad og Bergsli (2017, s. 71) mente mange at det var vanskelig å bruke kunnskapen om lokale forhold til noe konkret, blant annet fordi kunnskapen var så fokusert på statistikker. Folkehelseprofilene inneholder en god del statistikk og sammenligning av den enkelte kommune, med fylkeskommunen og nasjonale tall (Folkehelseinstituttet, 2021, s. 4). Det er derfor nærliggende å tro at kunnskapen i folkehelseprofilen inngår i informantenes kritikk av det lokale kunnskapsgrunnlaget. Disse profilene utarbeides på nasjonalt nivå, men omhandler kunnskap om lokale forhold. To av informantene understreket behovet for å utvikle mer konkrete, lokalt tilpassede indikatorer. Det ble poengtert at indikatorene måtte knyttes til kommunens mål, og at de ventet på flere indikatorer fra fylkeskommunen. Det ble rapportert at planen var å utvikle flere målbare indikatorer i arbeidet med samfunnsplanen. Som tidligere nevnt har forskning på skandinaviske kommuner avdekket at lokale forhold er av betydning for hvilke tiltak som kan anvendes i en gitt kontekst (Diderichsen et al., 2015, s. 31). I lys av denne forskningen fremstår det fornuftig å knytte indikatorene til kommunens målsetninger, for å fremme kontekstspesifikke indikatorer som kan danne grunnlaget for kontekstspesifikke tiltak. Informantene i studien til Lillefjell et al. (2018, s. 43) etterlyste mer samarbeid med

forskningspartnere og andre relevante aktører i arbeid med å velge passende indikatorer for evaluering. Dersom kommunen erfarer at det er utfordrende å benytte den lokale kunnskapen, kan det muligens være hensiktsmessig å samarbeide med forskningspartnere og andre aktører som kan bidra i dette arbeidet. Som tidligere nevnt peker Helgesen et al. (2017, s. 82) på folkehelsekoordinatoren som en relevant aktør i kommuners folkehelsearbeid. Det argumenteres for at folkehelsekoordinatoren bør ha en profesjonell bakgrunn som fremmer kompetanse til å bruke helseprofiler, samle lokale data og systematisere kunnskapen i oversikter (Helgesen et al., 2017, s. 82). Dersom kommunen har ansatte med denne kompetansen, eller har muligheten til å konsultere noen med slik kompetanse kan det muligens bidra til at det blir enklere å anvende kunnskap om lokale forhold.

To av informantene som nevnte behovet for bedre lokale indikatorer, fremholdt den lokale folkehelseoversikten som et viktig kunnskapsgrunnlag for arbeid med folkehelse og sosial ulikhet. Arntzen et al. (2019, s. 604) bekrefter at utarbeiding av lokale helseoversikter har bidratt til å rette større søkelys på sosial ulikhet blant lokale myndigheter. En av informantene mente at dokumentet var et resultat av grundig, tverrfaglig arbeid, og at det inneholdt god kunnskap som kunne brukes i videre planarbeid. På den andre siden opplevde flere informanter at det var vanskelig å anvende folkehelseoversikten, og det ble påpekt at det ble litt for mye informasjon av typen statistikk på krefttilfeller. Videre ble det rapportert at det var overveiende fokus på barn og unge i oversikten, og en informant koblet dette mot at det var for mange i folkehelsegruppen som jobbet i oppvekstsektoren. Det fremstår som et viktig poeng at sammensetningen av en tverrsektoriell folkehelsegruppe bør favne representanter som arbeider med hele befolkningen. Dersom folkehelseoversikten har et overveiende fokus på barn og unge, og i liten grad adresserer andre grupper, kan det argumenteres for at dokumentet ikke har tilstrekkelig fokus på å adressere gradienten gjennom hele befolkningen (Whitehead & Dahlgren, 2009a, s. 22). Derigjennom er det rimelig å anta at dokumentet kan være vanskelig å anvende som kunnskapsgrunnlag i arbeid med andre grupper enn barn og unge. Lokale undersøkelser ble kritisert både for spørsmålsformuleringer og befolkningsgrunnlag i undersøkelsene. Det ble også etterlyst mer av kvalitative, lokale data, og større fokus på livskvalitet, eldre og yrkesaktive. Hofstad (2016, s. 572-574) fant at systematisering av lokalt folkehelsearbeid kan fremme en mer solid kunnskapsbase. Hun avdekket at begrensninger som kan forhindre slik systematisering er usikkerhet og utfordringer relatert til innholdet i helseoversikter, vagt definerte mål og prioriteringer i kommunale planer, og usikkerhet relatert til håndtering av helseforskjeller (Hofstad, 2016, s.

572-574). Det kan fremstå som om Bjørnafjorden opplever lignende utfordringer med det lokale folkehelsearbeidet, som de begrensningene Hofstad nevner. For å fremme et mer solid kunnskapsgrunnlag om lokale forhold fremstår det konstruktivt at kommunen skal utarbeide lokalt tilpassede indikatorer for folkehelsearbeidet. Dette kan utgjøre et nyttig grunnlag for å utarbeide kontekstrelevante mål og prioriteringer i den kommende samfunnsplanen. Når det gjelder folkehelseoversikten indikerte funnene at det var uenighet om oversiktens anvendelighet, med hensyn til de overnevnte problemstillingene som informantene tok opp. Det kan være et utgangspunkt for drøfting om hvordan oversikten kan forbedres, og kan potensielt bidra til at folkehelseoversikten blir mer anvendelig for flere.

Medvirkningskunnskap

I kommunens planstrategi (Bjørnafjorden kommune, 2020, s. 25) formidles det at hensikten med medvirkning blant annet er å heve kvaliteten i kunnskaps- og vedtaksgrunnlag. Det fastslås i dokumentet at det har blitt laget en sjekklister for planarbeid, og at den omfatter en strategi for medvirkning som ligger i kommunens kvalitetssystem (Bjørnafjorden kommune, 2020, s. 25). Bruk av en slik strategi er i tråd med forskning som har avdekket at kommuner som prioriterer en overordnet medvirkningsstrategi i større grad lykkes med innbyggermedvirkning (Klausen et al., 2013, s. 155). På den andre siden påpekte en av informantene at det ikke forelå en medvirkningsstrategi i kommunen, ettersom det ikke var penger til det. Informanten hadde fått beskjed om at de heller skulle lage en liten rutine på medvirkning. Det mente vedkommende var utilstrekkelig, ettersom medvirkning må fungere på tvers i hele organisasjonen. Informanten mente at kommunen ikke prioriterte å skaffe gode kunnskapsgrunnlag til planlegging. En annen informant formidlet at medvirkning ikke var godt nok implementert i planutvikling. En overordnet medvirkningsstrategi kan fremme en mer systematisk tilnærming til innbyggermedvirkning (Klausen et al., 2013, s. 157). Jeg har ikke lykkes med å finne medvirkningsstrategien som det refereres til i planstrategien. Dermed tar jeg utgangspunkt i informasjonen som ble gitt av informanten om at denne ikke foreligger. Av intervjuene fremstod det som om kommunen hadde innhentet og delvis benyttet medvirkningskunnskap, men informantene formidlet at bruk av medvirkningskunnskap i mange tilfeller var avhengig av enkeltpersoner. En av informantene som arbeidet i planavdelingen formidlet at hun ville sørge for at hvert fall seniortrakk og ungdomsundersøkelser ble inkludert i samfunnsplanen.

Selv om kommunen har et tydelig fokus på medvirkning, gav informantene uttrykk for at denne formen for kunnskap ble benyttet mindre systematisk enn andre kunnskapsgrunnlag i planutforming. I kommunens folkehelseoversikt (Bjørnafjorden Kommune, u.å., s. 7) poengteres det at folkehelsearbeidet skal være systematisk og kunnskapsbasert. Mine funn indikerte at kommunen ikke hadde en systematisk strategi for innhenting og anvendelse av medvirkningskunnskap.

Forskning på brukermedvirkning i norske kommuner har avdekket at innbyggerne ofte opplever at de ikke ser at innspillene deres tas videre (Vestby et al., 2020, s. 44). Dette kan skape frustrasjon og redusere befolkningens vilje til å delta i fremtidige medvirkningsprosesser (Vestby et al., 2020, s. 44). Etersom helsefremmende arbeid har til hensikt å fremme enkeltmenneskers og felleskapets muligheter til å få kontroll over faktorer som påvirker helsen, anses demokratisk bruker- og befolkningsmedvirkning som en avgjørende del av denne prosessen (Mæland, 2016, s. 17). En av informantene problematiserte mangelfulle medvirkningsprosesser og mente at det var ødeleggende. Det ble rapportert om tilfeller der medvirkningsprosjekter hadde blitt stoppet underveis i prosessen. Mangelfulle medvirkningsprosesser kan potensielt føre til at befolkningen i kommunen ikke ønsker å engasjere seg i fremtidige medvirkningsprosesser som en konsekvens. I stedet for at slike medvirkningsprosesser styrker samfunnshandling, og fremmer empowerment gjennom å tilrettelegge for befolkningsinnflytelse på politikk (Green et al., 2015, s. 41; World Health Organization, 1986), kan det tenkes at kommunen oppnår motsatt effekt ved mangelfulle medvirkningsprosesser. Det fremstår rimelig å anta at medvirkningskunnskapen kan bli svekket dersom befolkningen opplever at medvirkningen er av symbolsk karakter, og at de i realiteten ikke har noen mulighet til å påvirke i kommunens anliggender.

Formålet med plan- og bygningsloven (2008, § 1-1) er blant annet å sikre medvirkning for alle berørte parter, og motvirke sosiale helseforskjeller (Plan- og bygningsloven, 2008, § 3-1). En informant påpekte at brukermedvirkning (eller befolkningsmedvirkning) er en måte å kartlegge og skape kunnskapsgrunnlag som behøves til å planlegge for utjevning av sosial ulikhet. Dersom kommunen legger opp til medvirkningsprosesser, men ikke tar med seg innspillene i planutforming, jobber kommunen bare delvis kunnskapsbasert med folkehelsearbeid, som skal være forskningsbasert, erfaringsbasert og brukerbasert (Mæland, 2005, referert i Lillefjell et al., 2011, s. 13). En informant poengterte at kommunen kan planlegge med de beste intensjoner, men dersom de ikke treffer befolkningens ønsker og behov så vil det være bortkastet. Ottawa-charteret (World Health Organization, 1986)

formidler at helse skapes og erfares av mennesker i hverdagslige settinger; der de lærer, arbeider, leker og elsker. Med utgangspunkt i en helsefremmende forståelse kan man argumentere for at befolkningen sitter på verdifull, førstehåndskunnskap om disse hverdagslige settingene, og at dette er verdifull kunnskap som bør anvendes. Forskning viser at medvirkning kan bidra til å forbedre kommunale beslutninger ettersom vedtak derigjennom produseres med utgangspunkt i mer informasjon om behov, løsninger og konsekvenser (Klausen et al., 2013, s. 140)

I en rapport om innbyggermedvirkning understrekes viktigheten av at innspill fra befolkningen tas med videre (Vestby et al., 2020, s. 44). Dette innebærer at noen må ta ansvar for at stedsbasert kunnskap og forslag om tiltak tas til etterretning av en egnet aktør. Medvirkningskunnskap består gjerne av stort og smått av innspill, og realisering av innspill krever ofte sammensatte løsninger. Vestby et al. (2020, s. 44-45) påpeker at dette krever en koordinator som kan formidle materialet, og koble sammen ulike aktører for å vurdere og sette forslag ut i livet. Hvem denne oppgaven skal tilfalle vil avhenge av kommunens størrelse og kapasitet, men det foreslås at for eksempel en folkehelsekoordinator eller en planarbeider kunne hatt dette ansvaret (Vestby et al., 2020, s. 44-45). Også Klausen et al. (2013, s. 157) viser til at kommuner som har prioritert koordinatorstillinger med fokus på innbyggermedvirkning og demokratisk arbeid i større grad har lyktes med å ivareta vedvarende innbyggermedvirkning i hele organisasjonen. Forfatterne poengterer at en medvirkningsstrategi alene ikke er tilstrekkelig, men at det må prioriteres ressurser til å iverksette strategien, gjerne i form av en demokratikoordinator (Klausen et al., 2013, s. 157). Befolkningsmedvirkning er et grunnleggende prinsipp i folkehelsearbeid (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012), og funnene i denne studien indikerer at en koordinator med egnet kompetanse kan bidratt til å ivareta, videreformidle og forankre medvirkningskunnskap og andre kunnskapsgrunnlag i kommunen.

8.0 Avslutning

I dette kapitlet presenteres en oppsummering og konklusjon av studien. Videre drøftes studiens begrensninger og styrker, etterfulgt av studiens implikasjoner for helsefremmende arbeid og forskningsfeltet.

8.1. Oppsummering og konklusjon

Denne studien har satt søkelys på hvordan en kommune forstår, samarbeider om og tilnærmer seg folkehelsearbeid og sosial ulikhet, og hvilken kunnskap som benyttes i dette arbeidet. Det var en etablert forståelse blant informantene om at folkehelse er hele kommunens ansvar, og kommunen var svært orientert mot å forbedre det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. På den andre siden vitnet funnene om usikkerhet knyttet til hva folkehelsearbeidet skulle innebære, og det rådet uenighet om bruken av begrepet folkehelse, som flere mente det kunne vært hensiktsmessig å bytte ut med et annet begrep. Kommunen hadde etablert tverrsektorielle samarbeidsgrupper, men samarbeidet ble hemmet at uklart mandat, utilstrekkelig prioritering, travelhet og ulike forståelser av hva tverrsektorielt folkehelsearbeid skulle innebære. Mange uttrykte at kommunikasjonen og samarbeidet i kommunen var mangelfullt og silo-orientert. Tilpasset språk kan bidra til oppklaring om hvordan kommunen skal jobbe med folkehelse og sosial ulikhet, og fremme eierskap, kommunikasjon og tverrsektorielt samarbeid. (Hofstad & Bergsli, 2017, s. 68; Scheele et al., 2018, s. 66). Videre kan det være hensiktsmessig å tydeliggjøre rollefordeling og mandat. Funnene tydet på at kommunen trenger tid til å «sette seg» etter sammenslåingen, det politiske skiftet og koronapandemien.

Kommunen hadde forankret folkehelsearbeidet sitt i anbefalte tilnærminger til sosial ulikhet. Kommunens folkehelseoversikt viser til universelle og målrettede tiltaksområder, på nedstrøms-, midtstrøms- og oppstrøms-nivå. Alle tiltaksområdene som illustrert av Torgersen et al. (2007, s. 8) ble nevnt som viktige av informantene, men det ble rapportert om avstand mellom det som forelå av kunnskapsgrunnlag og planer, og kommunens prioriteringer i praksis. Informantene viste primært til konkrete tiltak på midtstrøms- og nedstrøms-nivå. Det var kun et konkret eksempel på oppstrøms, universelle tiltak som ble nevnt (forbedring av kollektivtilbud), men det fremstod som om dette strukturelle tiltaket ikke hadde blitt adressert til tross for at det var intensjonen. Funnene indikerte at oppstrøms-, universelle tiltak var det mest utfordrende tiltaksområdet å adressere. Noen av informantene tenkte forebygging i større grad enn helsefremming i folkehelsearbeidet, og koblet utjevning av sosial ulikhet til adressering av fattigdom og utenforskap heller enn gradientperspektivet.

Det fremstod som om kommunesammenslåingen hadde ført til at Fusa-siden av kommunen i noen tilfeller ble nedprioritert, som ved nedleggelsen av Nav-kontoret. De fleste kommunale tilbud og aktiviteter var lagt til Os, og disse var vanskeligere tilgjengelig for befolkningen på Fusa. Her indikerte funnene mine at kommunesammenslåingen kan ha bidratt til økte sosiale forskjeller mellom ulike geografiske områder i kommunen.

Ettersom kommunen skulle iverksette sparingstiltak på 90 millioner kroner, ble det foreslått kutt i forebyggende stillinger. Informantene mente at dette var tvert imot prioritering av arbeid med sosial utjevning. Kommunen befant seg i et spenn mellom å innfri bestemmelser i folkehelseoven og sikre en bærekraftig økonomi. Funnene tydet på at kommunens økonomiske situasjon hemmet prioritering av stillinger knyttet til folkehelsearbeid.

Det var delte meninger om kvaliteten og nytteverdien av kunnskapsgrunnlaget som ble benyttet i kommunens folkehelsearbeid. Lovverk ble fremholdt som nyttige redskaper til å legitimere folkehelsearbeid, og var et prioritert kunnskapsgrunnlag i kommunen. Funnene tydet på at lovverk fremmet kunnskapsbasert folkehelsearbeid gjennom å stille krav til utarbeiding og bruk av kunnskapsgrunnlag. Den nære forbindelsen mellom folkehelseoven og plan- og bygningsloven syntes å bidra til å fremme fokus på folkehelse og sosial ulikhet. Informantene benyttet lovverk i utarbeiding av planer og dokumenter. Likevel ble det poengtert at rekkefølgen på planleggingen, var til hinder for at folkehelsekunnskap ble benyttet til utforming av arealplanen.

De ansattes uttalelser tydet på at det var utfordrende å oversette folkehelsekunnskap til praksis. Kommunen hadde etablert folkehelsesamarbeid på tvers, men informantene etterlyste tilstrekkelig prioritering av en koordinerende folkehelsestilling, som kunne holde folkehelsearbeidet sammen. Forskning tyder på at det kan være hensiktsmessig å prioritere en koordinerende folkehelsestilling i en høy stillingsprosent som et plassert høyt i organisasjonen, for å fremme kunnskapsbasert folkehelsearbeid og kommunens kapasitet til å redusere helseforskjeller. Informantene fremhevet kompetanse, mandat og tid som viktige forutsetninger for at en ansatt i en koordinerende folkehelsestilling skal kunne påvirke folkehelsearbeid. Funnene kan tyde på at kommunen ikke har prioritert en tilstrekkelig stillingsprosent til den koordinerende folkehelsestillingen i kommunen; og at stillinger med folkehelsearbeid som primæroppgave ikke prioriteres.

Det var ulike meninger om kvaliteten og nytteverdien av lokal kunnskap. Flere av informantene mente at det lokale kunnskapsgrunnlaget var mangelfullt. For mye fokus på

statistikker, lite kvalitative data, dårlige spørsmål og lite befolkningsgrunnlag i undersøkelser ble nevnt. Det forelå planer om å utvikle mer lokalt tilpassede, målbare folkehelseindikatorer i kommunen. Folkehelseoversikten var et prioritert kunnskapsgrunnlag i kommunen. Noen informanter var fornøyde med folkehelseoversikten og mente den utgjorde et godt kunnskapsgrunnlag, mens andre mente den var vanskelig å anvende. Oversikten ble kritisert for å fokusere for mye på barn og unge og for lite på andre grupper i kommunen.

Mange av informantene vektla viktigheten av å anvende medvirkningskunnskap. Det fremkom motstridene informasjon om hvorvidt kommunen hadde en medvirkningsstrategi eller ikke. Det ble rapportert at medvirkningskunnskap ikke ble anvendt systematisk, men at det ofte var opp til enkeltpersoner å inkludere medvirkningskunnskap i utforming av planer og dokumenter. Forskningen indikerer at det kan være hensiktsmessig å benytte en koordinator til å sikre at denne typen kunnskap blir ivaretatt, bearbeidet og videreformidlet i kommunen.

8.2. Studiens begrensninger

Ettersom det overordnede folkehelseprosjektet undersøker en rekke kommuner, vil resultatene fra denne studien bli anvendt i en sammenstilling av kunnskap om flere kommuner. Det vil alltid være forskjeller mellom kommuner både relatert til geografi, ulik tilgang til ressurser, ulik størrelse på kommunene, og noen vil preges av effekter som følge av kommunesammenslåing. Dette kan utgjøre forskjeller som det bør tas høyde for ved sammenstilling av enkeltstudier. På den andre siden er kommuner underlagt samme lovkrav, oppgaver og mandater, og innehar en noenlunde lik styringsform. Dette bidrar til at det er rimelig å sammenligne og sammenstille mine funn med andre kommunale studier.

Majoriteten av deltakerne var fra oppvekstsektoren i kommunen, eller involvert i arbeid med barn og unge. Det kan hende det har ført til mindre fokus på helsefremmende arbeid rettet mot den øvrige befolkningen, og at et mer variert utvalg ville vært hensiktsmessig og i henhold til et universelt perspektiv.

Det at datainnsamlingen, som var ment å gjennomføres ansikt til ansikt, ble gjennomført over teams kan ha påvirket kommunikasjonen mellom oss som intervjuet og deltakerne i studien. Det var tidvis dårlig lyd og bilde på kommunikasjonsplattformen, og vi måtte flere ganger be informantene gjenta det de sa, eller de måtte be oss gjenta spørsmål. Dette kan ha vært ukomfortabelt og irriterende for informantene, og kan ha påvirket hvor utfyllende svar de har gitt videre i intervjuene. Når det gjelder valg av metode så kunne jeg valgt å gjennomføre en kvalitativ innholdsanalyse av kommunens dokumenter. Dette ville muligens fremmet en mer

systematisk kunnskapsuthenting fra kommunens dokumenter. Jeg vurderte det likevel som mer hensiktsmessig å benytte kommunens dokumenter som supplerende kunnskap, da jeg ønsket å ha mest vekt på informasjonen fra intervjuene.

8.3. Implikasjoner for helsefremmende arbeid og forskningsfeltet

Resultatene i denne studien kan bidra til å rette søkelys mot kommuners tilnærming til folkehelsearbeid og sosial ulikhet, og i hvilken grad dette arbeidet muliggjør sosial utjevning. Dette er viktig for å sikre innbyggerne mulighet til å nå sitt helsepotensiale, i tråd med prinsipper for helsefremmende arbeid.

Det behøves mer forskning på bruk av hensiktsmessig terminologi i folkehelsearbeidet, for å finne ut hvordan kommuner kan fremme tverrsektorielt samarbeid, tilpasset den kommunale konteksten. Videre kan det være nyttig å forske på hvordan kommunesammenslåing kan påvirke sosial ulikhet i kommuner.

Litteratursøket viste at det har blitt forsket lite på proporsjonal universalisme generelt, og i kommunale kontekster. Ved å ta utgangspunkt i anbefalte tilnærminger til sosial utjevning kan min studie bidra til å rette større fokus mot proporsjonal universalisme, og oppstrømsdeterminanter, som anses som bakenforliggende årsaker til ulikheter (Francis-Oliviero et al., 2020, s. 8). Derigjennom kan min studie være et bidrag til å fremme en helsefremmende tilnærming til kommunalt folkehelsearbeid. Videre kan studien bidra til å klargjøre forskjellen på ulike innsatsområder ut ifra om de er oppstrøms-, midtstrøms- eller nedstrøms-, og med hensyn til om de er målrettede eller universelle. Det bør forskes mer på proporsjonal universalisme og ulike innsatsområder mot sosial ulikhet i kommuner.

Det kan være hensiktsmessig å forske på hvorvidt kommuner ivaretar den anbefalte rekkefølgen i utforming av planer. Dette kan være av betydning for prioriteringen av folkehelsearbeid og sosial ulikhet i arealplanlegging og i økonomiplaner. Til sist anbefales det å forske mer på bruken av medvirkningskunnskap som kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeid og sosial ulikhet i kommuner, som er et viktig prinsipp i helsefremmende arbeid. Både i forhold til hvordan medvirkning praktiseres, og hvordan kunnskapen anvendes i kommunale dokumenter. Studiens fokus på medvirkning kan bidra til å løfte anerkjennelsen av denne formen for kunnskap i kommunal planlegging og praksis. Generelt anbefales det å forske mer på kunnskapsgrunnlag som benyttes i folkehelsearbeid og i arbeid med sosial ulikhet.

Referanseliste

- Arntzen, A., Bøe, T., Dahl, E., Drange, N., Eikemo, T. A., Elstad, J. I., Fosse, E., Krokstad, S., Syse, A., Sletten, M. A. & Strand, B. H. (2019). 29 recommendations to combat social inequalities in health. The Norwegian Council on Social Inequalities in Health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(6), 598-605.
<https://doi.org/10.1177/1403494819851364>
- Australian Public Service Commission (APSC). (2007). *Tackling Wicked Problems: A Public Policy Perspective*. Australian Government. https://legacy.apsc.gov.au/tackling-wicked-problems-public-policy-perspective?fbclid=IwAR02_u5e5fi7d8ps7wlQJ5xASII00dIIX8RPkRkMJ2QZLY7d5Fjr0LCeek4
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4. utg.). Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Bekken, W. (2018). Public Health Coordinator - How to Promote Focus on Social Inequality at a Local Level, and How Should It Be Included in Public Health Policies? Comment on "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 Management*, 7(11), 1061-1063.
<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.74>
- Bekken, W., Dahl, E. & Van Der Wel, K. (2017). Tackling health inequality at the local level: Some critical reflections on the future of Norwegian policies. *Scandinavian journal of public health*, 45(18), 56-61. <https://doi.org/10.1177/1403494817701012>
- Bjørnafjorden kommune. (2020). *Kommunal planstrategi: Bjørnafjorden kommune 2020-2024*. https://bjornafjorden.kommune.no/_f/p1/i5449e36e-ac6f-42e8-8ac4-4a8544c77b63/kommunal-planstrategi-bjornafjorden-kommune-2020-2024-hoyringsforslag-27102020.pdf
- Bjørnafjorden kommune. (2020, 20. november). *Vi treng alle eit digitalt løft*. <https://bjornafjorden.kommune.no/siste-nytt/vi-treng-alle-eit-digitalt-loft.25857.aspx>
- Bjørnafjorden kommune. (2021, 30. april). *Dette er Bjørnafjorden kommune*. <https://bjornafjorden.kommune.no/om-bjornafjorden/om-bjornafjorden-kommune/>
- Bjørnafjorden Kommune. (u.å.). *Levekår og helse i Bjørnafjorden kommune: Folkehelseoversikt 2019-2022*. <https://bjornafjorden.kommune.no/politikk-og-organisasjon/styringsdokument/folkehelseoversikt-for-bjornafjorden-kommune-2019-22/>
- Blackman, T., Greene, A., Hunter, D. J., McKee, L., Elliott, E., Harrington, B., Marks, L. & Williams, G. (2016). Performance Assessment and Wicked Problems: The Case of Health Inequalities. *Public policy and administration*, 21(2), 66-80.
<https://doi.org/10.1177/095207670602100206>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: a practical guide for beginners*. SAGE.
- Carey, G., Crammond, B. & Keast, R. (2014). Creating change in government to address the social determinants of health: how can efforts be improved? *BMC Public Health*, 14, Artikkel 1087. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1087>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4. utg.). SAGE.
- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Final Report of the Commission on Social Determinants of*

- Health*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Dahl, E., Bergsli, H. & Van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og Akershus. <https://oda.oslomet.no/oda/xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/738/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Future Studies. <http://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>
- Diderichsen, F., Scheele, C. E. & Little, I. G. (2015). *Tackling Health Inequalities Locally: The Scandinavian Experience* (Rapport). Københavns Universitet.
- Everett, E. L. & Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven: hvordan begynne - og fullføre*. (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Fagrådet for sosial ulikhet i helse. (2018). *Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse>
- Feyaerts, G., Deguerry, M., Deboosere, P. & De Spiegelare, M. (2017). Exploration of the functions of health impact assessment in real-world policymaking in the field of social health inequality: towards a conception of conceptual learning. *Global Health Promotion*, 24(2), 16-24. <https://doi.org/10.1177/1757975916679918>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Helsetilstanden i Norge 2018: Folkehelse rapporten - kortversjon*. Folkehelseinstituttet. <http://www.forebygging.no/Global/helsetilstanden-i-norge-2018.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 12. november). *Litteratursøk*. Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/litteratursok#Syv#Atte>
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Folkehelseprofil 2021: Bjørnafjorden*. <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil/>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forhandlingsutvalga i kommunane Fusa og Os. (2016). *Bjørnafjorden kommune: Intensjonsavtale for ny kommune* (Revidert intensjonsavtale datert 25. mai 2016.). <https://bjornafjorden.kommune.no/politikk-og-organisasjon/styringsdokument/intensjonsavtalen-for-den-nye-bjornafjorden-kommune-2016/intensjonsavtalen-for-den-nye-bjornefjorden-kommune-2016/>
- Forskrift om oversikt over folkehelsen. (2012). *Forskrift om oversikt over folkehelsen* (FOR-2012-06-28-692). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692?q=folkehelse>
- Fosse, E. (2006). *Sosial ulikhet i helse som tema i helsekonsekvensutredninger: verktøy og erfaringer i noen europeiske land* (Rapport). Sosial- og helsedirektoratet.
- Fosse, E. & Helgesen, M. K. (2019). *Policies to address the social determinants of health in the Nordic countries*. Nordic Welfare Centre. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1366078/FULLTEXT01.pdf>
- 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*, 46(Suppl. 20), 47-52. <https://doi.org/10.1177/1403494817743896>
- Fosse, E., Sherriff, N. & Helgesen, M. (2019). Leveling the Social Gradient in Health at the Local Level: Applying the Gradient Equity Lens to Norwegian Local Public Health Policy. *International Journal of Health Services*, 49(3), 538-554. <https://doi.org/10.1177/0020731419842518>

- Francis-Oliviero, F., Cambon, L., Wittwer, J., Marmot, M. & Alla, F. (2020). Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. *Revista panamericana de salud pública*, 44, Artikkel e110. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.110>
- Green, J. & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research* (4. utg.). SAGE.
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (2015). *Health promotion: planning & strategies* (3. utg.). SAGE.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Guglielmin, M., Muntaner, C., O'Campo, P. & Shankardass, K. (2018). A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy*, 122(3), 284-292. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.005>
- Hagen, S., Torp, S., Helgesen, M. K. & Fosse, E. (2017). Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health Promotion International*, 32(6), 977-987. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw052>
- Hagen, S., Øvergård, K. I., Helgesen, M. K., Fosse, E. & Torp, S. (2018). Health promotion at local level in Norway: The use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(9), 807-817. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.22>
- Hagen, S., Øvergård, K. I., Helgesen, M. K., Fosse, E. & Torp, S. (2019). Health Promotion at Local Level in Norway - Who, What, When, and How: A Response to Recent Commentaries. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(4), 253-255. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.01>
- Helgesen, M. K., Fosse, E. & Hagen, S. (2017). Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities. *Scandinavian journal of public health*, 45(Suppl. 18), 77-82. <https://doi.org/10.1177/1403494817709412>
- Helsedirektoratet. (2018, 26. januar). 2. prinsipper for tiltaksutforming. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/prinsipper-for-tiltaksutforming>
- Helsedirektoratet. (2020). *Systematisk folkehelsearbeid: Veileder til lov og forskrift*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid>
- Hofstad, H. (2016). The ambition of health in all policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change. *Health Policy*, 120(5), 567-575. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.001>
- Hofstad, H. & Bergsli, H. (2017). *Folkehelse og sosial bærekraft - en sammenligning og diskusjon av begrepsinnhold, målsettinger og praktiske tilnærminger* (NIBR-rapport: 2017:15). By- og regionforskningsinstituttet NIBR: Høgskolen i Oslo og Akershus. <https://www.statsforvalteren.no/contentassets/39fa0364feca496fa13f95e600525f1e/rapport-nibr---folkehelse-og-sosial-barekraft.pdf>
- Hofstad, H., Raanaas, R. K., Nordh, H., Aamodt, G. & Hjellset, V. T. (2016). Helsefremmende lokalsamfunn – hva sier forskningen? *Plan: Tidsskrift for samfunnsplanlegging, bolig og byplan og regional utvikling*, 48, 32-37. http://www.idunn.no/plan/2016/03-04/helsefremmende_lokalsamfunn_hva_sier_forskningen
- Holt, D. H. (2018). Rethinking the Theory of Change for Health in All Policies Comment on "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(12), 1161-1164. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.96>
- Holt, D. H., Carey, G. & Rod, M. H. (2018). Time to dismiss the idea of a structural fix within government? An analysis of intersectoral action for health in Danish

- municipalities. *Scandinavian journal of public health*, 46(Suppl. 22), 48-57.
<https://doi.org/10.1177/1403494818765705>
- Holt, D. H., Waldorff, S. B., Tjørnhøj-Thomsen, T. & Rod, M. H. (2018). Ambiguous expectations for intersectoral action for health: a document analysis of the Danish case. *Critical Public Health*, 28(1), 35-47.
<https://doi.org/10.1080/09581596.2017.1288286>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt forlag.
- Kirst, M., Shankardass, K., Singhal, S., Lofters, A., Muntaner, C. & Quiñonez, C. (2017). Addressing health inequities in Ontario, Canada: what solutions do the public support? *BMC Public Health*, 17, Artikkel 7. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3932-x>
- Klausen, J. E., Arnsen, S., Christensen, D. A., Folkestad, B., Hanssen, G. S., Winsvold, M. & Aaars, J. (2013). *Medvirkning med virkning?: Innbyggermedvirkning i den kommunale beslutningsprosessen* (Samarbeidsrapport NIBR/ Uni Rokkansenteret 2013). Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Klepp, K. I., Stigen, O. T. & Aarø, L., E.. (2017). Folkehelse og folkehelsearbeid blant barn og unge i Norge. I K. I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg., s. 17-37). Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Larsen, M., Rantala, R., Koudenburg, O. A. & Gulis, G. (2014). Intersectoral action for health: The experience of a Danish municipality. *Scandinavian journal of public health*, 42(7), 649-657. <https://doi.org/10.1177/1403494814544397>
- Lillefjell, M., Magnus, E., Knudtsen, M. S., Wist, G., Horghagen, S., Espnes, G. A., Maass, R. & Anthun, K. S. (2018). Governance for public health and health equity: The Trøndelag model for public health work. *Scandinavian journal of public health*, 46(Suppl. 22), 37-47. <https://doi.org/10.1177/1403494818765704>
- Lillefjell, M., Wist, G. & Knudtsen, M. S. (2011). *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid: kartlegging av kunnskapsgrunnlag, pågående satsinger samt forsknings- og kompetansebehov i folkehelsearbeidet lokalt og regionalt* (Rapport 2011/06). Senter for helsefremmende forskning/ HiST/ NTNU.
<https://www.ntnu.edu/documents/1268773379/1270895582/Kunnskapsbasert+folkehelsearbeid>
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The Sage handbook of qualitative research* (s. 97-128). SAGE.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Marmot, M. (2010). *Fair society healthy lives: The Marmot review: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010* (Report 2/2010). The Marmot Review.
<https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>
- Marmot, M. (2017). The Health Gap: The Challenge of an Unequal World: The argument. *International Journal of Epidemiology*, 46(4), 1312-1318.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyx163>.
- Marmot, M. & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126(Suppl. 1), 4-10.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>
- Marmot, M. G. (2015). *The health gap: the challenge of an unequal world*. Bloomsbury.
- Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen: god helse - felles ansvar*. Helse- og omsorgsdepartementet.

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling* (LOV-2008-06-27-71). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- Pons-Vigués, M., Díez, È., Morrison, J., Salas-Nicás, S., Hoffmann, R., Burström, B., Dijk, J. & Borrell, C. (2014). Social and health policies or interventions to tackle health inequalities in European cities: A scoping review. *BMC Public Health*, 14, Artikkel 198. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-198>
- Potvin, L. & Jones, M. C. (2011). Twenty-five Years After the Ottawa Charter: The Critical Role of Health Promotion for Public Health. *Canadian Journal of Public Health*, 102(4), 244-248. <https://doi.org/10.1007/BF03404041>
- Prop. 90 L (2010-2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/156cc635411248bda507c9411bdf4cd0/no/pdfs/prp201020110090000dddpdfs.pdf>
- Rantala, R., Bortz, M. & Armada, F. (2014). Intersectoral action: local governments promoting health. *Health Promotion International*, 29(Suppl. 1), 92-102. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau047>
- Raphael, D. & Bryant, T. (2020). Politics, policies, practices and outcomes: Despite Canada's reputation, the Nordic nations are the leaders in health promotion. *Socialmedicinsk Tidsskrift*, 97(3), 373-392. <https://socialmedicinsktidsskrift.se/index.php/smt/issue/view/153>
- Regjeringen. (2020, 22. September). *Folkehelseloven* <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>
- Riksrevisjonen. (2014-2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid* (Dokument 3:11). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2014-2015/offentligfolkehelsearbeid.pdf>
- Scheele, C. E., Little, I. & Diderichsen, F. (2018). Governing health equity in Scandinavian municipalities: The inter-sectorial challenge. *Scandinavian journal of public health*, 46, 57-67. <https://doi.org/10.1177/1403494816685538>
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22(2), 63-75. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>
- Silverman, D. (2017). *Doing qualitative research* (5. utg.). SAGE.
- St. Meld. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>
- Storm, I., Den Hertog, F., Van Oers, J. A. M. & Schuit, A. J. (2016). How to improve collaboration between the public health sector and other policy sectors to reduce health inequalities?: A study in sixteen municipalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health*, 15, Artikkel 97. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0384-y>
- Synnevåg, E. S., Amdam, R. & Fosse, E. (2018a). Intersectoral Planning for Public Health: Dilemmas and Challenges. *International Journal of Health Policy Management*, 7(11), 982-992. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.59>
- Synnevåg, E. S., Amdam, R. & Fosse, E. (2018b). Public health terminology: Hindrance to a Health in All Policies approach? *Scandinavian Journal of Public Health* 46, 68-73. <https://doi.org/10.1177/1403494817729921>

- Synnevåg, E. S., Amdam, R. & Fosse, E. (2019). Legitimising Inter-Sectoral Public Health Policies: A Challenge for Professional Identities? *International journal of integrated care*, 19(4), 1-10. <https://doi.org/10.5334/ijic.4641>
- Tallarek née Grimm, M. J., Helgesen, M. K. & Fosse, E. (2013). Reducing social inequities in health in Norway: Concerted action at state and local levels? *Health Policy*, 113(3), 228-235. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.019>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Torgersen, T. P., Giæver, O. & Stigen, O. T. (2007). Developing an Intersectoral National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health: The Norwegian Case. https://www.who.int/social_determinants/resources/isa_national_strategy_nor.pdf?ua=1
- Vallgård, S. (2014). Ethics, equality and evidence in health promotion Danish guidelines for municipalities. *Scandinavian journal of public health*, 42(4), 337-343. <https://doi.org/10.1177/1403494814525007>
- Van der Wel, K. A., Bergsli, H. & Dahl, E. (2016). The Norwegian policy to reduce health inequalities: key challenges. *Nordisk välfärdsforskning*, 1, 19-29. <https://doi.org/10.18261/ISSN.2464-4161-2016-01-03>
- Van Vliet-Brown, C. E., Shahram, S. & Oelke, N. D. (2018). Health in All Policies utilization by municipal governments: scoping review. *Health Promotion International*, 33(4), 713-722. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax008>
- Van Vliet, J. (2018). How to apply the evidence-based recommendations for greater health equity into policymaking and action at the local level? *Scandinavian journal of public health*, 46(Suppl. 22), 28-36. <https://doi.org/10.1177/1403494818765703>
- Vestby, G. M., Norvoll, R., Brattbakk, I. & Breistrand, H. (2020). *Seniortråkk og andre medvirkningsmetoder for aldersvennlige lokalsamfunn: Erfaringer, råd og anbefalinger* (NIBR-rapport: 2020:4). By- og regionforskningsinstituttet NIBR: Oslo - storbyuniversitetet. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/2990>
- 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(Suppl. 18), 68-76. <https://doi.org/10.1177/1403494817705804>
- Weiss, D., Lillefjell, M. & Magnus, E. (2016). Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs - a scoping review at the local community level. *BMC Public Health*, 16, Artikkel 140. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2811-9>
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2009a). *Utjevning av helseforskjeller: Del 1: Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utjevning-av-helseforskjeller>
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2009b). *Utjevning av helseforskjeller: Del 2: Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utjevning-av-helseforskjeller>
- World Health Organization. (1948, 7. april). *Constitution*. <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion International*, 1(4). <https://doi.org/10.1093/heapro/1.4.405>
- World Health Organization. (1988, 5-9. april). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/>

- World Health Organization. (2008). *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 Country Case studies*.
https://www.who.int/social_determinants/resources/health_equity_isa_2008_en.pdf
- World Health Organization. (2014). *Health in All Policies (HiAP): Framework for Country Action: January 2014*. <https://www.who.int/healthpromotion/hiapframework.pdf>
- World Health Organization. (2017). *10 facts on health inequities and their causes*.
https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/
- Øverby, N. C., Torstveit, M. K., Høigaard, R. & Stene-Larsen, G. (2011). *Folkehelsearbeid*. Høyskoleforlaget.
- Aarsæther, N., Hofstad, H. & Ringholm, T. (2018). En plan for strategisk politisk styring? *Plan: Tidsskrift for samfunnsplanlegging, regional- og byutvikling*, 50(3), 8-23.
https://www-idunn-no.pva.uib.no/file/pdf/67082574/en_plan_for_strategisk_politisk_styring.pdf

Vedlegg

Vedlegg 1

Søkeord

Søkeord på norsk	Søkeord på engelsk
"helsefremmende arbeid"	"health promotion"
"folkehelse"	"public health"
"kommun*"	"municipal*"
"lokal"	"communal"
«tverrsektoriell*»	"local government"
"sosial ulikhet"	"intersectoral"
"helseforskjeller"	"social inequ*"
"ulikhet* i helse"	"health inequ*"
«helselikhet»	"social equity"
"gradient*"	"health equity"
"proporsjonal universalisme"	"the gradient"
"Folkehelselov*"	"proportional universalism"
"sosial* helsedeterminant*"	"Public health Act"
	"social determinant*",

Eksempel på dokumentasjon av søk

Database: Web of Science
Dato for søk: 09.09.2020
Søkehistorikk/fremgangsmåte: 1.) "Health promotion" OR "Public health" AND municipal* OR communal OR "local government" OR intersectoral AND "Social inequ*" OR "health inequ*" OR "Social equity" OR "health equity"
Antall treff: 169
Inkluderte artikler: 11

Vedlegg 2

Intervjuguide

1.) Bakgrunn

Kan du starte med å fortelle litt om deg selv, stillingen din, hvor lenge du har hatt stillingen?

- *hvor lenge du har jobbet i kommunen?*
- *hva er utdanningsbakgrunnen din?*
- *Hva er dine ansvarsområder og oppgaver?*

2.) Forståelse

Vi har fokus på folkehelseloven i vår studie. En av intensjonene i folkehelseloven er å fremme befolkningens helse og jevne ut sosiale forskjeller.

- *Hvordan jobber kommunen med disse temaene?*
- *Hva slags ansvar har din avdeling/sektor?*
- *Hvilke målgrupper har dere i fokus?*
- *Er planene og tiltakene rettet mot utsatte målgrupper eller er de universelle? Eksempel?*

(Fremme, jevne ut sosiale forskjeller, universelle tiltak, gradient.)

- *Hva mener du er de viktigste oppgavene i det kommunale folkehelsearbeidet?*
- *Har du noen tanker om forståelsen av folkehelsebegrepet i kommunen? (Er det en tydelig, felles forståelse eller forstås begrepet ulikt?)*

3.) Samarbeid

I kommunens strategiplan står det at «Vi tenker folkehelse og forebygging på alle tjenesteområder – og sikrer tverrfaglig fokus»

- *Hvordan foregår dette samarbeidet i kommunen?*
- *Hvem er kommunens viktigste samarbeidspartnere? Hvordan samarbeider dere?*
- *Hvilke ressurser er satt av til samarbeidet (tid/budsjett)?*
- *Hvor forpliktende er dette samarbeidet?*
- *Hvordan opplever du at samarbeidet fungerer?*
- *Hvordan påvirker nasjonale ressurser og signaler arbeidet deres? (foreligger det tilstrekkelig støtte? (F.eks. veiledere, kurs, økonomi, nettsider eller politiske signaler)*

4.) Kunnskapsgrunnlag

- *Hva slags kunnskapsgrunnlag benytter dere til å utvikle forslag til strategier og tiltak?*
- *Hva slags kunnskap er det særlig behov for?*
- *Er det kunnskap som er vanskelig tilgjengelig i dag som ville være nyttig å ha?*

5.) Utarbeiding av planer og tiltak

- *Har du noen eksempler på hvordan dere jobber med utarbeiding av planer og tiltak i din sektor/avdeling?*
- *Kan du fortelle litt om hvordan dere tar hensyn til sosiale ulikheter i planleggingsprosessen? (Tilrettelagte tilbud)*
- *Hvilke hindringer kan påvirke mulighetene ulike grupper har til å benytte tiltak og tjenester?
(Som for eksempel spesiell kunnskap eller ressurser som er ulikt fordelt i befolkningen)*

6.) Barrierer og fasilitatorer

- *Hva tenker du fremmer arbeidet med folkehelse og sosial ulikhet i kommunen?*
- *Hva tenker du hemmer arbeidet med folkehelse og sosial ulikhet i kommunen?*

7.) Det har vært et spesielt år for kommunen både med kommunesammenslåing og korona-pandemien.

Kommunesammenslåing

- *Hvordan har kommunesammenslåingen påvirket det samlede folkehelsearbeidet?*

Korona

- *Hvordan har koronapandemien påvirker folkehelsearbeidet og måten dere arbeider på?*
 - *Sosial ulikhet*
 - *Tverrsektorielt*

Avslutningsvis er det noen temaer vi ikke har dekket som du tenker er relevant å få med?

Er det noe jeg har glemt Kristin/Maren?

Er det andre dokumenter du tenker er relevante for vår studie?

Vedlegg 3

Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

Kommunalt arbeid med sosial ulikhet - et helsefremmende perspektiv

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

Formål

Dette er et masterprosjekt som er en del av «Folkekommune prosjektet H3». Folkekommune-prosjektet H3 undersøker kunnskapsgrunnlaget for kommunal organisering av folkehelsearbeid og tverrsektoriell innsats for å utjevne sosiale helseforskjeller. Fire studenter gjennomfører masterprosjekter relatert til Folkekommune-prosjektet H3 fordelt på Alvær kommune og Bjørnafjorden kommune. Dette masterprosjektet er et samarbeid mellom to studenter som vil resultere i to masteroppgaver spisset mot helsefremmende arbeid med fokus på tverrsektorielt samarbeid og sosial ulikhet i Bjørnafjorden kommune. Målet er å bidra til utvikling av kommunalt folkehelsearbeid gjennom å identifisere faktorer (indikatorer) som påvirker dette arbeidet. Metodene i prosjektet vil bestå av dokumentanalyse av kommunale dokumenter og intervjuer med administrative ledere eller politikere. Gjennomføring av intervju er planlagt for høsten 2020. Informasjonen som fremkommer i intervjuene skal benyttes i de to masteroppgavene, og i Folkekommuneprojektet H3.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Bergen (UiB), Psykologisk fakultet, er ansvarlig for prosjektet og samarbeider med Bjørnafjorden kommune ved Folkehelsekoordinator.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er bedt om å delta i undersøkelsen fordi du er politiker/ administrativ leder i kommunen. Vi ønsker å intervju deg fordi du som administrativ leder/politiker vurderes å være en nøkkelperson med konkret kunnskap, erfaring, tanker og meninger som er relevante for det vi

ønsker å undersøke. Kontaktopplysninger er formidlet av Folkehelsekoordinator/kontaktperson i kommunen med ditt samtykke. Hvis du samtykker til utveksling av kontaktinformasjon/samtykker til deltakelse og utveksling av kontaktinformasjon, vil intervju planlegges i oktober/november 2020.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det å delta på et intervju på 60 – 90 minutter i lokaler i eller i nærheten av ditt arbeidssted. Du vil bli spurt om temaer som er relatert til kommunens organisering, tverrsektorielle samarbeid og tiltak for å utjevne sosiale forskjeller som del av kommunens helsefremmende arbeid. Svarene dine vil registreres på lydopptaker. En student vil være ansvarlig for intervjuet, mens en student vil ta supplerende notater. Det kan være aktuelt å bruke informasjon som kommer frem i løpet av intervjuet anonymisert i senere intervjuer. Det er ingen lønnskompensasjon for deltakelse, men studentene vil bidra med lett servering.
- Dersom det kommer nye smitteverntiltak i forbindelse med den pågående pandemien, kan det bli aktuelt å gjennomføre intervjuet elektronisk via zoom eller teams. Dette blir drøftet nærmere hvis det blir aktuelt slik at informanter er komfortabel med intervjusituasjonen.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dette vil ikke påvirke din arbeidsplass/arbeidsgiver.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Elisabeth Fosse, professor ved Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen, og arbeidsgruppen vil ha tilgang på anonymisert informasjon.
- Navnet ditt og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Du vil få en oppsummering av intervjuet til gjennomlesning før innlevering/publisering med mulighet til å korrigere eller utdype momenter i ditt intervju, samt vurdere om din anonymitet, slik du ser det, er tilstrekkelig ivaretatt. Vi vil ikke publisere personopplysninger.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, etter planen mai 2021. Personopplysningene og opptak vil bli slettet ved prosjektslutt og transkriberte data blir overlatt til Elisabeth Fosse sitt hovedprosjekt. Dataene vil bli lagret ved Universitetet i Bergen og Professor Elisabeth Fosse vil ha tilgang til materialet, som blir oppbevart ut prosjektperioden for Folkekommune i 2023.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Bergen, Psykologisk fakultet, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Psykologisk fakultet ved professor Elisabeth Fosse, epost: Elisabeth.Fosse@uib.no
- eller student Kristin Vikane, epost: kristin.Vikane@gmail.com
- eller student Maren Storetvedt, epost: marenstoretvedt@yahoo.no
- Universitetet i Bergen har utnevnt NSD – Norsk senter for forskningsdata AS som sitt personvernombud for forskning.
- Universitetet i Bergen sitt interne personvernombud er Janecke Helene Veim, epost: Janecke.Veim@uib.no

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personvertjenester@nsd.no) eller på telefon: 55582117.

Med vennlig hilsen

(Forsker/veileder)

(Studenter)

Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Helsefremming i Bjørnafjorden kommune» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at Maren Storetvedt og Kristin Vikane kan benytte transkribert intervju til masterprosjektet
- at Kristin Vikane og Maren Storetvedt videreføre transkribert intervju til Folkekommune prosjektet H3

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

En studie av Bjørnafjorden kommunes tilnærming til helsefremmende arbeid med sosial ulikhet

Referansenummer

129501

Registrert

25.08.2020 av Maren Helene Rinke Storetvedt - Maren.Storetvedt@student.uib.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Bergen / Det psykologiske fakultet / Hemil-senteret

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Elisabeth Fosse, Elisabeth.Fosse@uib.no, tlf: 55582758

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Maren Storetvedt, marenstoretvedt@yahoo.no, tlf: 47898789

Prosjektperiode

01.09.2020 - 30.06.2021

Status

18.05.2021 - Vurdert

Vurdering (2)

18.05.2021 - Vurdert

Vi viser til endring registrert 11.05.2021. Vi kan ikke se at det er gjort noen oppdateringer i meldeskjemaet eller vedlegg som har innvirkning på NSD sin vurdering av hvordan personopplysninger behandles i prosjektet.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Silje Fjelberg Opsvik

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

08.09.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 08.09.20, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.21. Ved slutten av prosjektperioden overlater anonyme transkriberte data til Elisabeth Fosse sitt hovedprosjekt.

LOVLIG GRUNNLAG

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

og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Uib Skylagring, Teams og/eller Zoom kan bli databehandlere i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Silje
Fjelberg Opsvik Tlf.
Personverntjenester: 55 58 21 17
(tast 1)