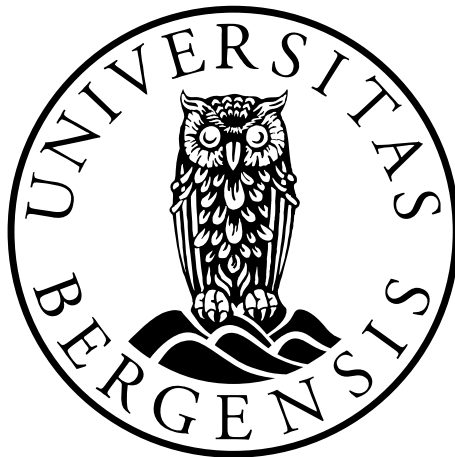


***Betydningen av folkehelseloven i arbeidet med å redusere
sosiale helseforskjeller***

*Et kvalitativt studie av nasjonale myndigheters erfaring av
virkningene til folkehelseloven i arbeidet med å redusere sosiale
helseforskjeller*

Dina Helene Bjørnæs



Masteroppgave

Universitetet i Bergen

Masterprogram i helsefremmende arbeid og helsepsykologi

HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen

Vår 2017

Forkortelser brukt i oppgaven:

SIH – Social Inequity in Health / Sosiale ulikheter i helse

SDH – Social Determinants of Health / Sosiale determinanter i helse

HiAP – Health in All Policies / Helse i alt vi gjør

HKU – Helsekonsekvensutredning

NIBR – Norsk institutt for by- og regionforskning

CSDH – Commission of Social Determinants of Health

WHO – World Health Organization / Verdens helseorganisasjon

Forord

Denne masteroppgaven har vært en lang og innholdsrik reise.

Den viktigste støttespilleren har vært veileder Professor Elisabeth Fosse. Takk for tålmodighet og velvalgte ord i møte med mine gleder og frustrasjoner underveis i arbeidsprosessen. I tillegg til veiledning, ga hun meg inspirasjon og trygghet til å kunne gjennomføre dette prosjektet.

En stor takk rettes også til informantene som valgte å delta i denne undersøkelsen! Studien hadde ikke latt seg gjennomføre uten de.

Videre vil jeg takke mine medstudenter på lesesalen for gode diskusjoner, mange hyggelige kaffepauser og støtte under hele skoleåret. En spesiell takk rettes til Siren, en medstudent jeg ikke ville vært foruten!

Støtte fra familie og venner har også gitt meg ro og trygghet til å gjennomføre dette studiet. Takk for at dere aldri tvilte!

Innhold

1.0 Sammendrag	1
2.0 Introduksjon	3
3.0 Teori.....	7
3.1 Teoretisk rammeverk: Helsefremmende arbeid.....	7
3.2 Sosiale determinanter i helse	9
3.3 Sosiale ulikheter i helse	11
3.3.1 <i>Social inequity og social inequality</i>	12
3.3.2 <i>Den sosiale gradienten</i>	12
3.3.3 <i>Strategier for å redusere sosiale ulikheter i helse</i>	13
3.3.4 <i>Politisk kontekst</i>	14
3.4 Helse i alt vi gjør	15
4.0 Bakgrunn for folkehelseloven	17
4.1 Politikken utvikling i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller	17
4.2 Folkehelseloven.....	19
4.3 Oppfølging av folkehelseloven.....	21
5.0 Litteraturgjennomgang	23
5.1 Litteratursøk	23
5.2 Faktorer som fremmer og hemmer implementering av politikk for å redusere sosiale helseforskjeller på nasjonalt nivå.....	24
5.3 Status i det norske folkehelsearbeidet.....	29
5.4 Oppsummering tidligere forskning	34
6.0 Forskningsspørsmål.....	35
7.0 Metode	36
7.1 Forskningsmetode og forskningsdesign.....	36
7.2 Deltagere og utvalgsstrategi	37
7.3 Datainnsamling.....	38
7.3.1 <i>Intervju</i>	38
7.4 Databehandling og analyse.....	40
7.4.1 <i>Databehandling</i>	40
7.4.2 <i>Analyse</i>	40

7.5 Kvalitet i studiet	41
7.5.1 Validitet	42
7.5.2 Reliabilitet	42
7.5.3 Generaliserbarhet	43
7.6 Forskerens rolle	43
7.7 Etske overveielser	44
7.8 Begrensninger i studien	45
8.0 Resultat	46
8.1 Resultat fra intervjuene.....	46
8.1.1 Mange prosesser ledet til folkehelseloven	46
8.1.2 Det systematiske folkehelsearbeidet er bedret nasjonalt.....	47
8.1.3 Vertikal og horisontal forankring i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller	49
8.1.4 Kommunale utfordringer	51
8.1.5 Helse i alt vi gjør	51
8.1.6 Statlige utfordringer	53
8.1.7 Politisk prioritering vanskelig	56
8.2 Oppsummering av resultater.....	57
9.0 Diskusjon	58
9.1 Kommunalt folkehelsearbeid og nasjonale myndigheters rolle	58
9.2 Folkehelseloven og institusjonalisering.....	61
9.3 Den horisontale integreringen, noe kan bli bedre	65
9.4 Metodiske begrensninger.....	68
10.0 Konklusjon	70
Referanseliste	73

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 3: Godkjenning Norsk senter for forskningsdata (NSD)

1.0 Sammendrag

Bakgrunn Selv om den norske befolkningen har god helse, er det ulikheter i hvordan helsen fordeler seg blant ulike grupper i samfunnet. Politiseringen av arbeidet med å redusere sosiale ulikheter i helse startet i begynnelsen av 2000-tallet. Senere ble temaet løftet opp og forankret i folkehelseloven, som trådte i kraft 1.januar 2012. Folkehelseloven bygger på prinsippet om «helse i alt vi gjør». Prinsippet omhandler ivaretagelse av helse og hvordan helsen fordeler seg i politiske beslutningsprosesser i alle sektorer og på alle forvaltningsnivå.

Hensikt og problemstilling Denne studien har undersøkt folkehelselovens virkning i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Hensikten var å bedre forstå og fremskaffe kunnskap om folkehelselovens virkning i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller, sentrert rundt sentralforvaltningens folkehelsearbeid.

Metode Metoden for undersøkelsen var en kvalitativ case-studie. Primærkilden av datatilfanget var intervjuer med sentralforvaltningens ansatte.

Resultat og konklusjon Studien indikerte at folkehelseloven har tilrettelagt for en vertikal integrering av arbeidet med å redusere sosiale ulikheter gjennom de ulike forvaltningsnivåene, men mye av arbeidet er opp til kommunene selv. Det var også antydninger for at folkehelseloven har bidratt til vedvarende vektlegging av arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller, gjennom forankring av nasjonale forpliktelser og det sektorovergripende samfunnsansvaret. Men det synes også indikasjoner for at folkehelselovens intensjoner om «helse i alt vi gjør» møter utfordringer grunnet manglende ivaretagelse av helsehensynet i sentralforvaltningens politikkutforming.

Nøkkelord Helse i alt vi gjør, folkehelse, helsefremmende arbeid, folkehelseloven, helsevennlig politikk, sosiale ulikheter i helse, sosiale determinanter i helse.

Abstract

Background Although the Norwegian population has good health, there are differences in how health is distributed amongst different groups in society. The reduction of social inequity in health was put on the political agenda in the early 2000s. Later, the theme was legally anchored in the Public Health Act, put into effect 1. January 2012. The Public Health Act is based on the principle “Health in all policies”. This concerns the consideration of health in political decision-making in all sectors at all levels of administration.

Aim The aim of this study was to investigate the effect the implementation of the Public Health Act has had on the reduction of social inequity in health. Particular attention was paid to the National public health policy.

Method This thesis was a qualitative case study. Interviews was the main method for data collection.

Results and conclusion This study indicates that the Public Health Act has contributed to adaptation of efforts to reduce social inequity at all administrative levels of government. Still, because of their independent role, much of the implementation is dependent on priorities in the municipalities. Furthermore, the Public Health Act has possibly contributed to sustained emphasis through anchoring national obligations and social responsibilities. However, there are also indications that the Public Health Act intention for “health in all policies” meets challenges due to lack of health considerations within central government policymaking.

Keywords Health in all policies, public health, health promotion, public health act, social inequity in health, social determinants in health.

2.0 Introduksjon

Denne masteroppgaven undersøker nasjonale myndigheters erfaring med folkehelselovens virkning i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Fokuset sentrerer rundt sentralforvaltningens folkehelsearbeid, hovedsakelig Helsedirektoratet. Nasjonale myndigheter er sentrale i utviklingen av den norske folkehelsepolitikken. Deres perspektiv på utviklingen av folkehelsearbeidet etter implementering av folkehelseloven, er viktig grunnet deres overordnede rolle i det politiske arbeidet med utjevning av sosiale ulikheter i helse.

Folkehelseutfordringer i dagens samfunn er ikke utelukkende knyttet til forekomst av sykdom og uhelse i befolkningen, men omhandler også den ujevne fordelingen av god helse blant ulike grupper i samfunnet. Mennesker med lavere sosioøkonomisk status har høyere risiko for tidlig død og sykdom enn de med høyere sosioøkonomisk status, og former dermed forskjeller i helse og helsetilstand mellom ulike klasser i samfunnet, som omtales som sosiale ulikheter i helse (Mackenbach et al., 2008; Whitehead & Dahlgren, 2006). De sosiale ulikhetene i helse følger en systematisk trinnvis gradient på tvers av hele befolkningen, der hvert trinn opp den sosiale stigen gir bedre forutsetninger for god helse enn de på lavere trinn, omtalt den sosiale gradienten (Marmot & Bell, 2016). Dette tilsier at hele befolkningen er berørt av denne urett som sosiale ulikheter i helse er, og at tiltak må rettes mot hele befolkningen og ikke kun de gruppene i den nedre delen av gradienten (Marmot & Bell, 2016).

Sosiale ulikheter i helse er skapt av sosiale forhold rundt menneskets hverdagsliv (Whitehead & Dahlgren, 2006). De sosiale forholdene og miljøet rundt mennesket omhandler faktorer som påvirker befolkningens helse og hvordan de fordeler seg i en befolkning. Disse omtales som de sosiale determinantene og inkluderer sosiale påvirkningsfaktorer fra individets adferd til skole, arbeidsplass, familie, miljøet og samfunnet som sådan (Graham, 2004; Whitehead, 1991). Med en slik forståelse, ser man forbi de umiddelbare årsakene til sykdom og retter fokus mot de bakenforliggende sosiale årsakene (CSDH, 2008).

Dette påvirkningsperspektivet impliserer at helsesektorens innsats for å forebygge sykdom og fremme helse og lik fordeling av helse, ikke strekker til alene. De andre sektorene må involveres for å påvirke de sosiale determinantene for befolkningens helse. I litteraturen er det stor enighet om at tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse må rettes mot de sosiale determinantene (CSDH, 2008; Graham, 2004; Mackenbach et al., 2008; Whitehead, 1991). Politikkenes betydning er derfor vital for å oppnå sosiale likheter i helse, der alle sektorer og forvaltningsnivåer må jobbe sammen mot et felles mål; å redusere sosiale ulikheter i helse.

Equity er et begrep som beskriver sosial rettferdighet og er nært relatert til helse som menneskerettighet (WHO, 1946: 2006). Equity omhandler like muligheter for å oppnå god helse, og at ingen skal fratras denne muligheten hvis det kan unngås (Whitehead, 1991). Dermed omhandler *equity* å skape like muligheter blant hele befolkningen for å oppnå god helse ved å redusere de årsakene som kan begrense dette (Whitehead, 1991). På bakgrunn av dette beskriver Whitehead (1991) begrepet inequity: «The term inequity has a moral and ethical dimension. It refers to differences which are unnecessary and avoidable, but in addition, are also considered unfair and unjust» (s. 219).

Prinsippet om equity står sentralt i det helsefremmende arbeidet. Den første helsefremmende konferansen ble avholdt i Ottawa, i 1986 og definerte helsefremmende arbeid på følgende måte: “Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health” (WHO, 1986). I kjølvannet av denne konferansen kom Ottawacharteret, en strategiplan for helsefremmende arbeid. Strategiplanen beskriver helsefremmende tiltak gjennom fem ulike tiltaksområder fra individ til samfunn, der samspillet mellom nivåene fremmer et økologisk perspektiv på helse (Samdal & Wold, 2012). Ottawacharteret beskriver equity som en grunnleggende ressurs og forutsetning for helse sammen med blant annet bolig, utdanning, mat og inntekt (WHO, 1986). I det helsefremmende arbeidet vektlegges samfunnsansvaret og dermed politikken for å skape et helsefremmende miljø, slik at gode helsevalg kan tas av befolkningen.

Selv om det er økende grad av helse og velferd i Europa, ser sosiale helseforskjeller ut til å vedvare både mellom og innen nasjoner (Marmot, Allen, Bell, Bloomer, & Goldblatt, 2012). Studier viser at Norge har kommet langt i implementering av folkehelsearbeidet sammenlignet med andre europeiske land (Mackenbach & McKee, 2013a), og at Norge er det eneste nordiske landet som har implementert konkret politikk for å adressere sosiale ulikheter og den sosiale gradienten (Povlsen, Karlsson, Regber, Sandstig, & Fosse, 2014). Likevel er sosiale ulikheter en politisk problemstilling også i Norge (Dahl, Bergli, & van der Wel, 2014). Dette indikeres av nylige publiserte politiske rapporter der det antydes at den sosiale gradienten ser ut til å vedvare. I St.meld. nr. 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen, Mestring og muligheter* skriver Helse- og omsorgsdepartementet at de sosiale helseforskjellene fortsatt er betydelige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 13). De viser blant annet til den økte levealderen hos grupper med høy utdanning og inntekt, som igjen har ført til større sosiale ulikheter i levealder sammenlignet med øvrige deler av befolkningen.

Sosiale ulikheter i helse har lenge vært på den politiske agenda, selv om Norge var noe sen i den politiske forankringen (Fosse & Strand, 2010). I begynnelsen av 2000 tallet ble sosiale ulikheter til en tverrpolitisk enighet og løftet opp i den nasjonale politikken. Tema ble ytterligere løftet gjennom samhandlingsreformens folkehelselov iverksatt 1.januar 2012. Formålet med folkehelseloven er å bidra til en samfunnsutvikling som kommer befolkningens helse til gode og utjevner de sosiale ulikhetene i helse (Folkehelseloven, 2011, § 1). Folkehelseloven klargjør ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene. Kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter skal alle bidra i folkehelsearbeidet, som inkluderer arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2011). Adressering og systematisk arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller ble lovfestet gjennom folkehelseloven, og kommunene fikk nøkkelroller i dette arbeidet. Folkehelseloven bygger på prinsippet om «helse i alt vi gjør» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Prinsippet innebærer at alle sektorer på alle forvaltningsnivå skal vurdere sine politiske beslutninger og tiltak som kan ha innvirkning på befolkningens helse, inkludert fordelingen av helse blant ulike grupper i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

Kommunene har sentrale oppgaver innenfor velferd. Blant annet står de for drift av barnehager, grunnskoler, helse- og omsorgstjenester, sosiale tjenester, kommunale veier, kulturtiltak og bruk av areal i kommuner (Kommunal- og regionaldepartementet, 2012, s. 19). Dermed har kommunene flere virkemidler tilgjengelig for å redusere sosiale ulikheter i helse. Den overordnede nasjonale politikken innenfor skatteområdet, skole og utdanning, ulikheter i inntekt, fattigdom, regulering av kosthold og tobakk er også viktig for å redusere de sosiale helseforskjellene (Fosse, 2016). For at tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse skal ha ønsket effekt, er det sentralt at lokalt og nasjonalt forvaltningsnivå samhandler. Tiltak på det lokale nivået kan dermed begrenses eller ha mindre effektiv virkning hvis den nasjonale politikken ikke samsvarer med den lokale (Diderichsen, Scheele, & Little, 2015; Sihto, Ollila, & Koivusalo, 2006).

Studier har evaluert virkningene av folkehelseloven på kommunalt og fylkeskommunalt nivå, og ga indikasjoner for at folkehelselovens intensjoner er utfordrende å få igjennom på det lokale nivået (Fosse & Helgesen, 2015; Riksrevisjonen, 2015; Schou, Helgesen, & Hofstad, 2014). Hensikten med denne masteroppgaven er å bedre forstå og gi et bredere perspektiv på virkningene av folkehelseloven i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller i det overordnede folkehelsearbeidet. Studien vil ta for seg spørsmål knyttet til folkehelselovens virkning, men vil også gi innblikk i utviklingen av det norske folkehelsearbeidet etter

innføringen av folkehelseloven og mulige barrierer i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller.

Kapittel 3 vil ta for seg det teoretiske rammeverket og sentrale konsepter i helsefremmende arbeid. Videre vil utviklingen av den norske politikken i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller og folkehelseloven gjøres rede for i kapittel 4. Kapittel 5 viser til tidligere forskning på feltet, som etterfølges av problemstilling i kapittel 6. Metoden vil gjøres rede for i kapittel 7, som etterfølges av resultat og funn fra intervjuene i kapittel 8. Kapittel 9 tar for seg funnene som diskuteres mot teori og empiri. Konklusjon på bakgrunn av diskusjon kommer avslutningsvis i kapittel 10.

3.0 Teori

I dette kapittelet presenteres det teoretiske rammeverket og det gis en beskrivelse av de sentrale konseptene. Det teoretiske rammeverket tar for seg helsefremmende arbeid og de sentrale konseptene er sosiale determinanter i helse, sosiale ulikheter i helse og «helse i alt vi gjør».

3.1 Teoretisk rammeverk: Helsefremmende arbeid

Tradisjonelt sett har begrepet «helse» vært definert som fravær av sykdom og folkehelsearbeidet knyttet seg primært til sykdomsforebyggende arbeid. Gjennom samfunnsendringer og utvikling, endret sykdomsbildet seg gradvis og ledet til en bredere forståelse av helse, blant annet ved inkludering av faktorer som velvære og trivsel (Green & Tones, 2010, s. 9). I 1946 definerte Verdens helseorganisasjon (WHO) helse som: «(...) complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (WHO, 1946: 2006, s. 1). I tillegg ble helse holdt frem som en menneskerettighet: “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” (WHO, 1946: 2006, s. 1).

Dette ga grobunn for forståelse av at helsens mange påvirkningsfaktorer ligger utenfor helsesektorens kontroll. Perspektivet om andre sektorerers påvirkning på helse, ble fremmet gjennom Alma-ata deklarasjonen i 1978, om primærhelsetjenesten i regi av Verdens helseorganisasjon (Green & Tones, 2010, s. 17). Deklarasjonen fremmet andre sektorerers betydning for helse, helse som menneskerettighet og sosiale ulikheter i helse som en utfordring gjeldende alle nasjoner. “The existing gross inequality in the health status of the people particularly between developed and developing countries as well as within countries is politically, socially and economically unacceptable and is, therefore, of common concern to all countries” (WHO, 1978).

Like etter kom Verdens helseorganisasjons strategi «Helse for alle i år 2000», som gjentok Alma-ata deklarasjonens krav om tiltak fra andre sektorer, og strategien fremsatte også konkrete mål i arbeidet for å fremme equity (Dahlgren & Whitehead, 1991; Whitehead, 1991).

I årene etter ble en bredere forståelse av helse videreført og styrket av flere internasjonale konferanser i helsefremmende arbeid og deklarasjoner (Baum, Ollila, & Peña, 2013; Green & Tones, 2010; Samdal & Wold, 2012). Gradvis aksepterte man en dreining bort fra fokus på

hva som skaper sykdom, mot hva som påvirker helse, både strukturelle og sosiale faktorer utenfor helsesektorens rekkevidde.

Som nevnt innledningsvis, i kapittel 2.0 introduksjon, ble den første helsefremmende konferansen gjennomført i Ottawa 1986, og resulterte i Ottawacharteret, en strategiplan med fem tiltaksområder for helsefremmende arbeid (WHO, 1986). Samfunnets innsats for å tilrettelegge og skape gode miljøer der mennesker lever, står i sentrum av Ottawacharteret. Helse holdes frem som en ressurs til hverdagslivet og gir dermed et positivt perspektiv på helse. De fem strategiene er: «build healthy public policy», «create supportive environments», «strengthen community action», «develop personal skills» og «reorient health services» og retter seg mot forholdene mennesker lever i (WHO, 1986). Strategien «build healthy public policy» omhandler å sette helse på alle sektors agenda og å bevisstgjøre hvilke ringvirkninger politikk har på helse (WHO, 1986). Strategien tar til ordet for at en helsefremmende politikk kombinerer flere ulike, men komplementerende tiltak, som skaper equity og et samfunn som fremmer god helse (WHO, 1986). Den andre helsefremmende konferansen ble holdt i Adelaide i 1988, der «healthy public policy» var det sentrale fokuset (Green & Tones, 2010, s. 19). “Healthy public policy” ble definert som: “(...) characterized by an explicit concern for health and equity in all areas of policy and by an accountability for health impact” (WHO, 1988). I følge Kickbusch (2010) ledet dette til helsekonsekvenskunnngjøringer som et verktøy for å vurdere hvilken påvirkning politikken har på helse og fordelingen av helse. Dette skulle føre til at det gradvis bredte seg en forståelse for de bakenforliggende årsakene til helse og at tiltak for å fremme helse krever innsats fra alle sektorer på alle forvaltningsnivåer (Kickbusch, 2010).

Videre omhandler helsefremmende arbeid og Ottawacharteret oppnåelse av equity i helse og å redusere de faktorene som kan være begrensende for dette (WHO, 1986). Equity er dermed sentralt i det helsefremmende arbeidet, og beskrives som en viktig forutsetning og fundament for helse (WHO, 1986). Andre viktige faktorer og betingelser for god helse er fred, beskyttelse, utdanning, mat, inntekt, et stabilt økosystem, bærekraftige ressurser og sosial rettferdighet (WHO, 1986). Disse forutsetningene for god helse krever innsats fra alle sektorer på alle forvaltningsnivåer for å skape et helsefremmende samfunn (WHO, 1986). Samfunnets ansvar for å fremme helse står dermed sentralt i den helsefremmende strategien, og skal sette individet i stand til å øke kontroll over og forbedre egen helse. Befolkningens helse er dermed ikke kun lagt i individets hender, den er også et samfunnsansvar (Green & Tones, 2010; Samdal & Wold, 2012). Det fremmes en balansegang gjennom strategien mellom tiltak

stimulert fra «top-down» og «bottom-up» (Samdal & Wold, 2012). «Top-down» kan være prosesser stimulert fra nasjonale myndigheter med mål om å fremme befolkningens helse, og er kritisert for å ikke tilpasse seg til individets behov (Samdal & Wold, 2012). Den motsvarende strategien, «bottom-up», er prosesser iverksatt av lokalsamfunn eller individer selv, basert på deres egne identifiserte behov (Samdal & Wold, 2012).

Senere helsefremmende konferanser følger, viderefører og vektlegger Ottawacharterets prinsipper som gradvis integreres i folkehelsearbeidet i mange land (Green & Tones, 2010; Potvin & Jones, 2011; Samdal & Wold, 2012). Konferansene og deklarasjonene som fulgte, reflekterte en stadig økende kunnskap om og forståelse av sosiale ulikheter i helse, påvirkningsfaktorer for helse og fordelingen av disse. Synspunktene fikk godt rotfeste både nasjonalt og internasjonalt.

Politikken er sentral i oppnåelsen av equity og fordrer et samfunn som fremmer god helse. Tverrsektorielt arbeid og involvering av alle forvaltningsnivåer som retter fokus mot de bakenforliggende faktorene for helse er sentrale virkemidler.

I det følgende vil det gjøres rede for sentrale begreper. Dette etterfølges av beskrivelse om utviklingen av det norske folkehelsearbeidet i lys av arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller.

3.2 Sosiale determinanter i helse

Helsens påvirkningsfaktorer er mange, og flere av disse ligger utenfor helsesektorens rekkevidde. Det helsefremmende arbeidet og Ottawacharteret erkjente flere forhold som viktige fundament og mulige påvirkningsfaktorer for helse; fred, beskyttelse, utdanning, inntekt, stabilt økosystem, bærekraftige ressurser, sosial rettferdighet og equity (WHO, 1986). Dette perspektivet ble fremtredende sammen med endringer i samfunnet, der befolkningens helseutfordringer endret seg til å være tett knyttet mot levevaner som påvirkes av det sosiale miljøet.

En slik forståelse av de bakenforliggende påvirkningsfaktorer for helse er omtalt som sosiale determinanter eller SDH-perspektivet (Graham, 2004). De tradisjonelle påvirkningsfaktorene for helse, det vil si levevaner, røyking og ernæring blir dermed endret mot en forståelse for de bakenforliggende årsakene. Sosiale determinanter beskrives som sosiale årsaksfaktorer som påvirker befolkningens helse, og er sosiale forhold mennesker lever under gjennom hele livsløpet; fra fødsel, til oppvekst, skole, arbeid og samfunnet som sådan (Graham, 2004).

Dahlgren og Whitehead (1991) illustrerer dette perspektivet gjennom en modell for påvirkningsfaktorer for helse, der faktorene vurderes som helsetruende, helsefremmende eller helsebeskyttende. Modellen viser til helsens påvirkningsfaktorer illustrert gjennom flere lag, der individet er plassert i sentrum av modellen. Det første nivået etter individet er individets helseatferd. Dette etterfølges av psykososiale faktorer som støtte fra lokalsamfunnet, naboer, venner og familie (Dahlgren & Whitehead, 1991). Distalt for dette nivået ligger de sosiale og materielle forholdene, som arbeid, skole, leveforhold, familie. Det ytterste og mest distale nivået inkluderer miljøet i samfunnet (Dahlgren & Whitehead, 1991). Slik Ottawacharteret og den helsefremmende strategien omfavner interaksjonene mellom nivåene (WHO, 1986), vektlegges også samspillet mellom nivåene i Dahlgren og Whiteheads modell (Dahlgren & Whitehead, 2006). Nivåene påvirker hverandre, der individuelle valg av livsstil påvirkes av sosiale og materielle forhold som er relatert til sosioøkonomiske faktorer (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 21).

Modellen har et aspekt innenfor equity. Politikk påvirker og skaper de miljøer mennesker møter gjennom livsløpet, og politikken kan derfor påvirke befolkningens helse og rettferdig fordeling av helse positivt eller negativt (Dahlgren og Whitehead, 1991). En slik forståelse av helse og dets komplekse sosiale årsaksmekanismer motiverer folkehelsearbeidet til å involvere andre sektorer enn kun helsesektoren, som også reflekteres i hovedstrategien til det helsefremmende arbeidet (WHO, 1986).

Dahlgren og Whitehead (1991) setter dette påvirkningsperspektivet i en politisk kontekst, der de ulike nivåene i modellen kan overføres til fire nivåer for politiske tiltak. De illustrerer dette med et eksempel hvor målet er å redusere bruken av tobakk. Tiltak rettet mot det ytterste laget av modellen kan inkludere økonomi- og skattepolitikk, og tar sikte på langsiktige endringer som krever tiltak fra det nasjonale nivået. Dette kan inkludere å øke avgifter på tobakk (Dahlgren & Whitehead, 1991). Neste nivå tar sikte på å bedre de sosiale og strukturelle forholdene. For å redusere bruken av tobakk kan dette omhandle beslutning om at tobakkreklame er ulovlig og skape tobakkfrie arenaer (Dahlgren & Whitehead, 1991). Å styrke sosial støtte til individer og familier er den tredje politiske strategien. Tiltak rettet mot å skape støttende miljø, kan inkludere å bidra til lokalsamfunnets innsats for å forhindre salg av tobakk til ungdommer (Dahlgren & Whitehead, 1991). Den fjerde politiske strategien er rettet mot individet og tar sikte på å endre individets helseatferd. Politiske tiltak rettet mot individets helseatferd kan være å formidle helseskadene ved å bruke tobakk (Dahlgren & Whitehead, 1991).

De mener en slik sammenhengende helsepolitikk rettet mot alle nivåer er nøkkelen for å forbedre befolkningens helse og redusere sosiale ulikheter i helse (Dahlgren & Whitehead, 1991). Nivåene for tiltak presentert i denne modellen kan ses i relasjon med den politikken som føres av de ulike forvaltningsnivåene, som må være sammenhengende og arbeide i synergi for å arbeide med å utjevne sosiale ulikheter i helse.

Det er bred enighet om at politikken som føres har mulighet til å påvirke helse og fordelingen av helse i positiv eller negativ retning (Dahlgren & Whitehead, 1991; Marmot, 2007; Marmot et al., 2012), og at tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller må rettes mot de sosiale determinantene i helse og fordelingen av disse (CSDH, 2008; Graham, 2004; Mackenbach et al., 2008; Whitehead, 1991). Dette perspektivet gjenspeiles i både nasjonale og internasjonale strategier i folkehelsearbeidet.

3.3 Sosiale ulikheter i helse

Equity og sosiale ulikheter i helse har lenge vært i søkelyset til internasjonale organisasjoner som Verdens helseorganisasjon. Dette har ført til bred aksept og økt fokus rundt tema.

Individets sosiale posisjon i samfunnet indikerer hvilke forutsetninger en har for helse og uhelse. Den delen av befolkningen med lavere sosioøkonomisk status, målt gjennom yrke, inntekt og utdanning, har høyere risiko for sykdom og uhelse sammenlignet med befolkningen i høyere sosiale lag (Mackenbach et al., 2008; Whitehead & Dahlgren, 2006). Ulikhetene mellom ulike grupper av sosioøkonomisk status kalles sosiale ulikheter i helse eller sosiale helseforskjeller (SIH) (Mackenbach et al., 2008; Whitehead & Dahlgren, 2006). Forskjellene i helse er ikke tilfeldig fordelt i befolkningen, men følger systematisk et konstant mønster etter sosiale skillelinjer mellom grupper (Marmot, 2007). En usunn livsstil er dermed ikke kun et fritt valg av individet, fordi dette hadde resultert i en tilfeldig fordeling av uhelse i befolkningen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Dermed må fokuset rettes mot de sosiale forholdene som påvirker individets helsevalg og adressere hvorfor noen deler av befolkningen i større grad er utsatt eller beskyttet mot uhelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Alle mennesker har like rettigheter og like muligheter for å leve et godt liv med fravær av uhelse og sykdom, men sosial posisjon og sosiale årsaksfaktorer ser ut til å begrense dette (Whitehead & Dahlgren, 2006). Noen forfattere mener dette kan relateres til dårlig sosialpolitikk med ulik fordeling av ressurser i samfunnet mellom de ulike gruppene av sosioøkonomisk status (CSDH, 2008; Marmot, 2007; Marmot et al., 2012). Tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller omhandler bedre fordeling av ressursene slik at mennesker

har like muligheter for å oppnå og vedlikeholde god helse (CSDH, 2008; Whitehead & Dahlgren, 2006).

Graham (2004) mener det er viktig å være tydelig i formuleringen av tiltak rettet mot sosiale determinanter slik at fordelingsaspektet ikke overses. Fokus rettet mot sosiale determinanter med formål om å bedre befolkningens helse, adresserer nødvendigvis ikke fordelingen av de sosiale determinantene blant ulike grupper i befolkningen (Graham, 2004).

Det er økende grad av helse og velferd i Europa, men sosiale helseforskjeller ser ut til å vedvare både mellom og innen nasjoner (Marmot et al., 2012). Som et svar på de økende helseforskjellene mellom og innad i land, etablerte Verdens helseorganisasjon «The Commission on Social Determinants of Health» (CSDH). Kommisjonen samlet kunnskap om håndtering av sosiale ulikheter i helse ved å fokusere på sosiale determinanter i helse, de bakenforliggende årsakene, og gir anbefalinger for mulige tiltak (CSDH, 2008). De uttrykte at helsen skapes der mennesker «fødes, vokser opp, lever, arbeider og eldres» (s. 1), og at tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller krever en «whole of government» -tilnærming (CSDH, 2008, s. 112, 204). En slik tilnærming fordrer innsats fra alle nivåer av myndigheter vertikalt, alle sektorer horisontalt, samt involvering av aktører utenfor offentlig sektor.

3.3.1 Social inequity og social inequality

Innledningsvis ble begrepet equity og inequity presentert. Dette er begreper som i noen tilfeller brukes synonymt med «inequality», noe Whitehead (1991) mener kan lede til misforståelser. Whitehead (1991) skiller mellom begrepene og beskriver «inequity» med et moralsk og etisk omfang og refererer til ulikheter som unngåelige, og derfor urettferdige. Begrepet «inequality» brukes i noen tilfeller som en oversettelse til forskjeller eller ulikheter uten en etisk eller urett dimensjon i seg, ifølge Whitehead (1991). På norsk finnes det ikke ett ord for hver av disse begrepene, slik at både der man snakker om «inequity» og der man snakker om «inequality», bruker man termen sosiale ulikheter. Denne oppgaven baseres på «inequity» som omfavner det etiske og moralske aspektet, når begrepet sosiale ulikheter i helse brukes.

3.3.2 Den sosiale gradienten

De iøynefallende store forskjellene i levealder mellom ulike sosiale grupper kan trekke oppmerksomhet mot de mest sårbare gruppene, men hele befolkningen er berørt. Dette illustreres gjennom den sosiale gradienten, en trinn-vis grafisk gradient som følger sosioøkonomisk status (Marmot, 2007). Menneskets plassering på den sosiale stigen etter

utdanning, inntekt og arbeid indikerer individets risiko for sykdom og uhelse. Mennesker plassert lavere på denne stigen har høyere risiko for sykdom og lavere forventet levealder. Ulikhetene i helse som følger denne stigen omtales som den sosiale gradienten (Marmot & Bell, 2016).

3.3.3 Strategier for å redusere sosiale ulikheter i helse

Litteraturen identifiserer flere ulike tilnærminger for å redusere de sosiale ulikhetene i helse, basert på om tiltak skal rettes mot hele eller deler av befolkningen. Whitehead og Dahlgren (2006, s. 16) presenterer tre ulike tilnærminger, fokus på de sårbare gruppene, redusere gapet mellom ulikhetene i helse og redusere den sosiale gradienten gjennom hele befolkningen. Ifølge Vallgård (2010) reflekterer strategiene som brukes for å redusere sosiale ulikheter i helse forståelsen av problemet, som igjen fører til ulike politiske tilnærminger av problemet.

Den første strategien omfatter tiltak rettet mot sårbare grupper, og blir også omtalt som målrettede tiltak. Denne første strategien går ut på å iverksette tiltak rettet mot de i det nedre sjiktet av den sosiale gradienten, der formålet er å forbedre helsen til de dårligst stilte (Whitehead & Dahlgren, 2006). Den andre strategien omfatter tiltak rettet mot gapet og tar utgangspunkt i ytterpunktene mellom best og verst stilte i befolkning. Målet er dermed å redusere helseforskjellene mellom de som har det best og de som har det verst (Whitehead & Dahlgren, 2006). Den siste strategien, består i å redusere sosiale ulikheter i hele befolkningen og erkjenner at hele befolkningen er berørt gjennom den sosiale gradienten. Her rettes universelle tiltak mot hele befolkningen, inkludert det midtre sjiktet av den sosiale gradienten (Whitehead & Dahlgren, 2006). Strategiene og målene en søker å oppnå legger dermed føringene for politikken. Whitehead og Dahlgren (2006) mener disse tilnærmingene må bygge på hverandre ved å kombinere de ulike strategiene, og fokuset må vektlegge både befolkningen nederst på den sosiale gradienten, gapet mellom ytterpunktene og befolkningen som en helhet.

Marmot et al. (2010) argumenterer for tiltak mot den sosiale gradienten gjennom universelle strategier, der intensiteten må tilpasses befolkningens plassering på gradienten og beskriver dette som «proportionate universalism» (s. 16). Dette impliserer at tiltak må kombinere målrettede og universelle tiltak rettet mot hele befolkningen, fordi fokusering på de sårbare gruppene alene ikke vil redusere den sosiale gradienten (Graham, 2004; Marmot et al., 2010).

Vallgård (2010) identifiserer bruk av ulike strategier i de nordiske landene, og peker på Norge og Finland som landene som i størst grad kombinerer målrettede og universelle tiltak.

Denne strategien er bredt akseptert, selv om det er noe manglende evidens om hvilke tiltak som effektivt reduserer sosiale ulikheter i helse. Utjevning av sosiale helseforskjeller er omtalt som «wicked problems» (Hofstad, 2015; Kickbusch & Buckett, 2010; Marmot et al., 2010). Dette beskriver at problemet er vanskelig å definere, ikke har umiddelbare løsninger og har et sektorovergripende behov for å finne løsningen (Hofstad, 2015). Det eksisterer en mengde litteratur om sosiale ulikheter i helse og at dette følger sosioøkonomisk status, men lite kunnskap eksisterer om hvordan politikk effektivt kan redusere de stadig økende forskjellene i helse (Bambra et al., 2010; Davies & Sherriff, 2012; Diderichsen et al., 2015). Litteraturen viser derimot til kunnskapsskjevheter, der det er økende kunnskap av effekter av målrettede tiltak og manglende kunnskap om virkningene av de universelle tiltakene for å redusere sosiale ulikheter i helse (Bambra et al., 2010; Dahl et al., 2014). Bambra et al. (2010) mener dette reflekterer kompleksiteten av å identifisere, rette tiltak og evaluere de bredere sosiale determinantene. Dette fordi målrettede tiltak rettet mot de tradisjonelle livsstilsfaktorene er mindre komplekse, enklere å gjennomføre og evaluere. I følge Baum og Fisher (2014) kan dette lede til at myndigheter retter tiltak mot individuell adferd, som fysisk aktivitet og røyking, uten å rette oppmerksomhet mot de bakenforliggende faktorene, fordi det er enklere å gjennomføre, evaluere, gir raskere resultater og er tidsbegrenset. Dette kan ses i sammenheng med den vanlige forståelsen av politiske prosesser, uttrykt som lineære, i form av «rett frem» stegene fra formulering av et problem til implementering av tiltak (Exworthy, 2008). Arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse kan anses som ikke-lineære, grunnet dens komplekse karakter av problem og løsning (Exworthy, 2008). Dermed kan tiltak som møter «minste motstands vei» med klare løsninger på problemer, utkonkurrerer de ikke-lineære komplekse prosessene (Exworthy, 2008).

3.3.4 Politisk kontekst

Forskning viser at styringsregime og politiske orienteringer har betydning for tilnærmingen til folkehelsearbeidet og den sosiale gradienten (Fosse, 2009, 2011; Mackenbach & McKee, 2013b). Liberale regimer, som for eksempel USA, tenderer til å fokusere på målrettede strategier og individets ansvar for helse. De såkalte sosialdemokratiske regimer i de nordiske land retter seg mer mot universelle tiltak og samfunnets ansvar for befolkningens helse (Fosse, 2009, 2011). Dette var også et funn fra Navarro og Shi (2001) i perioden mellom 1845 og 1880. De identifiserte sosialdemokratiske land som mer vellykkede i å forbedre folkehelsen gjennom fordeling av økonomi og sosial politikk. Mackenbach og McKee (2013b) sin studie indikerer også at tradisjoner i sosialdemokratiske velferdsstatsregimer har

positiv effekt på folkehelsearbeidet. Fosse (2012) mener å se pendelsvingninger i politikken og ser sammenheng mellom høyreorienterte regjeringer og en tendens til å prioritere individrettede tiltak, mens venstreorienterte regjeringer i større grad prioriterer universelle tiltak.

3.4 Helse i alt vi gjør

«Health in all policies» (HiAP) er en såkalt «whole of government» -tilnærming, som blir etterlyst av WHO i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller (CSDH, 2008).

Tilnærmingen sikter på en tverrsektoriell og vertikal integrering av helsevurderinger på alle nivåer av forvaltningen (Ollila, Baum, & Peña, 2013).

Utspringet kan spores tilbake til Alma-ata deklarasjonen, «helse for alle» strategien og Ottawacharterets strategier, som erkjente andre sektors betydning for helse (Baum et al., 2013; Melkas, 2013). Strategien ble vektlagt under finsk EU-presidentskap, der tema var «Health in All Policies». Temaet ble bredt akseptert og de tidligere terminologiene «Intersectorial Action for Health» og «healthy public policy» ble erstattet (Melkas, 2013). Kickbusch (2010) beskriver utviklingen av HiAP som en prosess i tre bølger. Første bølge beskrives gjennom Alma-ata deklarasjonens vektlegging av tverrsektorielt arbeid som en fordel for helse. Andre bølge var Ottawacharterets «healthy public policy» som fremmet helse som samfunnets ansvar. Siste bølge var Finlands presidentskap i EU med tema «Health in All Policies», som førte til at god helse ble ansett som en ressurs for andre sektorer og for en god samfunnsutvikling (Kickbusch, 2010). Dermed søker HiAP å skape samspill mellom god helse i befolkningen og andre viktige samfunns mål (Ollila et al., 2013).

Ollila et al. (2013) adapterer definisjonen av HiAP fra Verdens helseorganisasjon 8. globale konferanse i helsefremmende arbeid i Helsinki, og definerer HiAP som følgende:

Health in All Policies (HiAP) is an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health and health systems implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts, in order to improve population health and health equity. A HiAP approach is founded on health-related rights and obligations. It emphasizes the consequences of public policies on health determinants, and aims to improve the accountability of policy-makers for health impacts at all levels of policy-making. (Ollila et al., 2013, s. 6)

Strategien søker med andre ord å fremme betraktning om helse og fordeling av helse på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Målet er å bedre helsen til befolkningen ved å påvirke de

bakenforliggende årsakene til helse hvor helsesektoren selv ikke strekker til. Dette gjennom å skape synergi med andre sektorer. Sosiale ulikheter er relatert til de sosiale determinantene som dermed former begrunnelsen for HiAP som en strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.

4.0 Bakgrunn for folkehelseloven

I dette avsnittet presenteres utviklingen av den norske folkehelsepolitikken i lys av arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller og de prinsippene den hviler på.

4.1 Politikken utvikling i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller

Tradisjonelt sett var det norske folkehelsearbeidet primært opptatt av sykdomsforebyggende arbeid og rettet fokus mot de umiddelbare årsakene til sykdom (Fosse, 2012). Gjennom stortingsmeldinger og tiltaksplaner kom en dreining mot de bredere og bakenforliggende determinantene og den ujevne fordelingen av helse i befolkningen (Fosse, 2009). Med andre ord har den politiske utviklingen av folkehelsearbeidet vært gjennom stor endring i Norge.

Både Dahl og Lie (2009) og Fosse og Strand (2010) undersøker i sine artikler den politiske utviklingsprosessen, der sosiale ulikheter har vært fraværende i den norske politikken til å bli et forankret mål i folkehelsearbeidet. Forfatterne peker på St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* som et gjennombrudd for utjevning av sosiale helseforskjeller.

Stortingsmeldingen hadde reduksjon av sosiale ulikheter som et eget mål i folkehelsearbeidet, men hovedfokus var rettet mot sårbare grupper og individuell atferd (Dahl & Lie, 2009; Fosse, 2009; Fosse & Strand, 2010). Partnerskap for folkehelse kom som følge av stortingsmeldingen hvor formålet var å fremme folkehelsearbeid lokalt og regionalt gjennom etablering av forpliktende samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Formålet var å støtte og å bedre systematisere folkehelsearbeidet, der økonomiske tilskudd ble tildelt for blant annet å ansette en folkehelsekoordinator i kommunen. Hvert partnerskap skulle utvikle en plan for tiltak i folkehelsearbeidet, der folkehelsekoordinator hadde koordineringsoppgaver omkring dette arbeidet mellom ulike sektorer og aktører for å fremme det tverrsektorielle arbeidet (Hagen, Helgesen, Torp, & Fosse, 2015; Strand, Brown, Torgersen, & Giæver, 2009). Selv om stortingsmeldingen la mindre vekt på den sosiale gradienten, ledet den til redefinering av sosiale helseforskjeller som la grunnlaget til handlingsplanen *Gradientutfordringen* (Fosse, 2009; Fosse & Strand, 2010).

Formålet med *Gradientutfordringen* var å styrke kunnskapen om sosiale ulikheter i helse og tiltak for å utjevne helseforskjellene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Fokuset gikk fra å omhandle sårbare grupper og individuell helseatferd, til å se nærmere på den sosiale gradienten som strekker seg gjennom hele befolkningen (Fosse & Strand, 2010).

Handlingsplanen uttrykte sosiale helseforskjeller som et sektorovergripende ansvar og skulle

legge grunnlaget for videre arbeid i Helsedirektoratet (Fosse & Strand, 2010; Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Like etter fikk tema sosiale ulikheter et ytterligere løft i politikken gjennom St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller* (Fosse, 2009). Strategien hadde et tiårsperspektiv der målet i stortingsmeldingen var klart og tydelig: «reduere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s. 6). Samfunnets ansvar for befolkningens helse og de bakenforliggende årsakene til helse ble fremmet, der regjeringen uttrykket behovet for innsats på tvers av sektorer. Som et resultat av det tverrsektorielle fokuset kom et rapporteringssystem for sosiale ulikheter i helse; *Folkehelsepolitisk rapport*. Rapportene gir en samlet oversikt over utviklingen av samfunnsområder som har betydning for helse og fordeling av helse etter seks indikatorer: inntekt, arbeid, oppvekst, helseatferd, helsetjenester og sosial inkludering. Sektorer innen disse områdene rapporterer om tiltak og strategier for å redusere de sosiale helseforskjellene og bedre befolkningens helse (Helsedirektoratet, 2010).

Den nasjonale politikken gikk gjennom et skifte, der styringssignalene endret seg mot et fokus på de sosiale helseforskjellene for hele befolkningen, de bakenforliggende årsakene til helse og behovet for tverrsektorielt arbeid i for å bedre helse og å utjevne den skjeve fordelingen av helse i befolkningen.

Norge er en enhetsstat. Dette innebærer at den overordnede myndighetene ligger på et nasjonalt nivå, men at nasjonale myndigheter kan delegerer denne myndigheten ned til lavere nivå, som kommune og fylkeskommune. En kommune utgjør en selvstendig demokratisk forvaltningsnivå, men må i utøvelsen av sine oppgaver også ivareta nasjonal politikk og handle innenfor nasjonale mål og rammer (Kommunal- og regionaldepartementet, 2012, s. 5). Nasjonale myndigheter har delegert flere sentrale velferdsoppgaver til kommuner. Blant annet barnehage, grunnskoler, helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester (Kommunal- og regionaldepartementet, 2012, s. 19). Dermed er kommunene ansett som sentrale aktører i folkehelsearbeidet. Nasjonale myndigheter utvikler folkehelsepolitikken og fremmer ønskede prosesser i folkehelsearbeidet kommunalt, blant annet gjennom lover og forskrifter (Helgesen, 2014).

For kommuner kan juridiske forankringer i folkehelsearbeidet ses tilbake til sunnhetsloven fra 1860. Sunnhetsloven hadde elementer i seg som vi ser i dagens folkehelsearbeid, blant annet andre sektorers påvirkning på helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Sunnhetsloven

opprettet ordninger hos distriktslegene som senere ble gjort til kommunale kommuneleger gjennom kommunehelsetjenesteloven vedtatt 1982 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Gjennom kommunehelsetjenesteloven ble kommunenes ansvar for folkehelse stadfestet. Kommunene ble pålagt å følge med og ha oversikt over befolkningens helse og påvirkningsfaktorer, men dette ansvaret var tildelt helsesektoren selv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a).

Som følge av det nasjonale fokuset på de brede påvirkningsfaktorene på helse, ble også plan- og bygningsloven endret i 2009 for å fremme helse i beslutningsprosesser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a; Tallarek née Grimm, Helgesen, & Fosse, 2013). Etter lovens § 3-1 skal «Oppgaver og hensyn i planlegging etter loven fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet» (Plan- og bygningsloven, 2008, § 3-1). Dette indikerer at befolkningens helse og fordeling av helse skal ivaretas, samtidig som det forplikter kommunene juridisk til å foreta helsekonsekvensutredninger (Strand et al., 2009).

I møte med landets helseutfordringer, blant annet økende tilfeller av livsstilssykdommer, rettet politikken blikket mot forebyggende helsearbeid. Samhandlingsreformen tar sikte på å forebygge og fremme helse i større grad enn bare det å drive behandling av de som allerede er syke (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Som følge av samhandlingsreformen ble både lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester vedtatt i 2011, og begge lovene trådte i kraft 1. januar 2012.

4.2 Folkehelseloven

Folkehelseloven § 3 definerer folkehelse som: «(...) befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» og folkehelsearbeid som:

(...) samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. (Folkehelseloven, 2011, § 3)

Slik det fremkommer av formålsparagrafen, skal folkehelseloven bidra til å fremme en positiv samfunnsutvikling som kommer befolkningens helse til gode (Folkehelseloven, 2011, § 1). Folkehelseloven reflekterer og bygger på fem prinsipper for folkehelsearbeid: utjevne sosiale helseforskjeller, «helse i alt vi gjør», bærekraftig utvikling, føre-var-prinsippet og medvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Prinsippet om «helse i alt vi gjør» er

den norske oversettelsen av «Health in All Policies», og impliserer at alle forvaltningsnivåer skal integrere helsehensyn på tvers av sektorer i beslutningsprosesser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

Folkehelseloven legger til rette for bedre samarbeid horisontalt på tvers av sektorer og vertikalt gjennom de ulike forvaltningsnivåene. Alle forvaltningsnivåene omfavnes av loven, der roller og oppgaver klargjøres mellom kommuner, fylkeskommuner og sentralforvaltningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

Det følger en systematikk av folkehelseloven, hvor det systematiske folkehelsearbeidet gjelder for kommuner og fylkeskommuner. Det systematiske folkehelsearbeidet er illustrert i en syklus med fem faser som fremstiller direktivene som fremkommer av loven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). De fem fasene er oversikt, planstrategi, fastsette mål i plan, tiltak og evaluering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Folkehelseutfordringer skal identifiseres gjennom skriftlige oversikter som beskriver helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for helse, som legger premissene for planlegging og tiltak etter plan- og bygningsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Etter plan- og bygningsloven skal kommuner og fylkeskommuner utarbeide planstrategier i en fireårs-syklus, der kommunenes oversikt skal danne grunnlag for mål og strategier som skal forankres i kommuneplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

Grunnlaget for oversikten i kommunene er opplysninger fra statlige helsemyndigheter og fylkeskommuner, data fra lokale helse og omsorgstjenester og kunnskap om lokalmiljøets utviklingstrekk som kan påvirke lokalbefolkningens helse (Folkehelseloven, 2011, § 5). Folkehelseinstituttet gir årlig ut en folkehelseprofil med en oversikt over deres målinger på folkehelse indikatorer til kommuner og fylkeskommuner som følger § 25 (Folkehelseloven, 2011, § 25). Folkehelseinstituttets videre rolle er å gi brukerveiledninger og råd rundt disse (Folkehelseloven, 2011, § 25)

Nasjonale myndigheter skal støtte og fremme folkehelsearbeidet i kommunene. Nasjonale myndigheter har blant annet laget en veileder for kommunenes oversiktsarbeid (Helsedirektoratet, 2013). Som følge av folkehelselovens § 7, folkehelsetiltak, er det også laget en veiviser for lokale folkehelsetiltak (Helsedirektoratet, 2016b). Veiviseren er et praktisk hjelpemiddel som gir retningslinjer for kommuner, som kan hjelpe de i møte med folkehelselovens krav om systematisk folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2016b).

Fylkesmannen skal videreformidle statlige føringer og forventinger, og bidra til at dette blir forankret i planer i fylkeskommunene og kommunene, samt være en pådriver for folkehelsearbeidet (Folkehelseloven, 2011, § 23). Fylkesmannen har også rollen som tilsynsorgan for kommuner og fylkeskommuner, der Statens helsetilsyn er det overordnede tilsynsorganet for folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

Videre står det i folkehelselovens § 22: «statlige myndigheters skal i sin virksomhet vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant» (Folkehelseloven, 2011, § 22). Denne bestemmelsen følger utredningsinstruksen de statlige myndighetene er pålagt å følge, men paragrafen synliggjør ansvaret statlige myndigheter har for folkehelsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

For kommuner følger helsekonsekvensutredning folkehelselovens § 11, og vurdering av helsemessige konsekvenser i plan- og bygningsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b; Helsedirektoratet 2016a). Formålet med paragrafen er å vurdere hvilke påvirkning på helse tiltak som gjennomføres kan ha, der målet er å ivareta helsehensynet i andre sektorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

4.3 Oppfølging av folkehelseloven

Folkehelsearbeidet har blitt videreutviklet etter innføringen av folkehelseloven. Den sektorovergripende karakteren til folkehelsearbeidet skaper utfordringer for koordinering og samordningen av den nasjonale politikken. Statlige myndigheter søker stadig bredere forankring av folkehelsearbeidet på alle forvaltningsnivåene og sterkere forankring på tvers av de ulike sektorene. Både videreutvikling av kunnskapsbasen og videreformidling av dette, bedre nasjonal samordning, styrke understøttingen til kommuner og forsterke helsehensynet i andre sektorer gjennom helsekonsekvensutredningen er viktige prinsipper i oppfølgingen av loven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2015).

Som en oppfølging av St.meld. nr. 34 (2012-2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) ble det etablert et nasjonalt system for å oppfølging av folkehelsepolitikken. Denne følger samme fireårige syklus, slik folkehelseloven pålegger kommuner og fylkeskommuners folkehelsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Dette med mål om å forbedre samordningen og styringssignalene i folkehelsepolitikken, samt økte den politiske oppmerksomheten i folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 187). De nasjonale myndigheters ansvar belyses todelt gjennom folkehelseloven. Den nasjonale understøttingen og tilretteleggingen av det lokale og

regionale folkehelse arbeidet, og arbeidet etter prinsippet om «helse i alt vi gjør» som fremkommer av folkehelseloven § 22 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 159). Som følge av § 22 i folkehelseloven skrives det, at det er viktig å sikre at andre sektorer ivaretar helsehensynet i sin politikk. Videre skal det arbeides med å utvikle en veileder for helsekonsekvenser. Veilederen har som formål å bidra til samarbeid mellom sektorer, øke bevissthet for helsens påvirkningsfaktorer. Dette følges opp i St.meld. nr. 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*, der det fremkommer at det at i forbindelse med revidering av utredningsinstruksen vil publiseres en veileder om vurdering av helsekonsekvenser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 150).

Mandatet til rapporteringssystemet, som følger St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* utvides til å inkludere et bredere sett av indikatorer som påvirker befolkningens helse, følger også St.meld. nr. 19 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Som gjort rede for er rapporten en sammenstilling av innsatser på ulike politikkområder som kan påvirke befolkningens helse og fordeling av helse, som skal gi føringer for fremtidig politikk i de ulike sektorene (Helsedirektoratet, 2015).

Folkehelseloven søker å fremme helsehensynet, koordinering og samarbeid mellom alle sektorer og de ulike forvaltningsnivåene. Sosiale ulikheter er en integrert del i definisjonen av folkehelsearbeid og folkehelse, der kommuner fikk stort ansvar gjennom det systematiske oversiktsarbeidet. Grunnlaget for kommunenes systematiske oversiktsarbeid er støtte og veiledning gjennom verktøy og informasjon fra sentralforvaltningen. Imidlertid har også sentralforvaltningen et ansvar om å ivareta helse og fordelingen av helse blant befolkningen, der makro-politikken også påvirker befolkningens helse. Folkehelseloven legger til rette for samarbeid og samordning mellom de ulike forvaltningsnivåene, slik at en helhetlig og sammenhengende politikk kan føres på alle nivåer.

5.0 Litteraturgjennomgang

I dette kapittelet vil aktuell forskningslitteratur presenteres. Innledningsvis vil det redegjøres for litteratursøket, før en todeling av litteraturgjennomgangen gjøres. Den første delen omhandler faktorer som kan påvirke implementering av nasjonal politikk i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Den første delen er inndelt i tema, med utgangspunkt i tema for denne oppgaven. Den andre delen tar for seg forskning omhandlende den norske folkehelsepolitikken og folkehelseloven.

5.1 Litteratursøk

Litteratursøkene ble gjennomført i databasene PubMed, Oria og Web of Science, og en rekke ulike søkestrategier ble benyttet. For det første var det av interesse å søke etter litteratur som adresserer virkningene av folkehelseloven. Det var også av interesse å se etter studier og litteratur som adresserer faktorer som fremmer eller begrenser implementeringen av nasjonal politikk for å redusere sosiale helseforskjeller. Dette var inklusjonskriteriene for litteratursøket. Eksklusjonskriteriene var tiltak rettet mot spesifikke sykdommer eller tilstander i befolkningen og politikk rettet mot spesifikke settinger som skole og arbeidsplasser, og undersøkelser som fokuserte på lokale nivåer i andre land.

Søkeordene som ble brukt var følgende på norsk: sosiale ulikheter OR sosiale helseforskjeller OR sosial gradient OR folkehelselov* OR samhandlingsreform*. På engelsk ble disse søkeordene brukt: social inequalities OR social inequality OR social inequity OR social gradient AND public health OR public policy OR public health act OR governing OR government OR governance OR policy OR politics OR policies OR strategy*. Health in all policies OR health in all policy OR HiAP.

I starten fikk jeg tildelt en rekke artikler fra veileder om folkehelseloven. Videre ble det gjennomført enkle søk med de norske søkeordene i databasen Oria. Deretter ble det tatt spesifikke søk etter forfatternavn som er aktive forskere innenfor folkehelse i Norge.

Videre ble et og et søk gjennomført med de ulike kombinasjonene av synonymer i Pubmed og Web of Science med bruk av de engelske ordene. Følgende filter ble brukt. Språk: engelsk, publiserings år: 2000-2016, tittel/abstrakt. Deretter ble det gjennomført søk med søkeordene «health in all policies» OR «health in all policy» OR «HiAP» i databasen Web of Science. Filter som ble brukt var artikkel/review og engelsk språklige artikler.

Abstrakt til alle treffene ble lest. Deretter ble eventuelle relevante artikler skrevet ut for nærmere gjennomlesning. Etter gjennomlesningen ble ytterligere artikler ekskludert grunnet manglende samsvar med inklusjonskriteriene. Ytterligere artikler ble identifisert gjennom andre artiklers referanselister.

5.2 Faktorer som fremmer og hemmer implementering av politikk for å redusere sosiale helseforskjeller på nasjonalt nivå

For å redusere sosiale ulikheter i helse kreves det en felles innsats fra alle sektorer og alle forvaltningsnivå, med andre ord en «whole of government» -tilnærming (CSDH, 2008). Dette fordi de ulike påvirkningsfaktorene på helse ligger innenfor flere sektors kontroll og styring. Tradisjonelt sett er helse ansett som helsesektorens domene, der flere forfattere beskrev implementering av ivaretagelsen av helsehensynet og fordelingen av helse i andre sektorer som utfordrende, men nødvendig for å redusere de sosiale ulikhetene i helse (Brown, Harrison, Burns, & Ziglio, 2013; Carey & Crammond, 2015; CSDH, 2008; Ollila et al., 2013; Sihto et al., 2006).

Marmot og kollegers samling av kunnskap og råd om utviklingen av helseforskjeller i England understrekte også utfordringene: «Reducing health inequalities is clearly a task for the whole of government, locally and nationally. However, too often action has been limited by organisational boundaries and silos» (Marmot et al., 2010, s. 86).

Ifølge flere forfattere utfordrer implementering av HiAP de ulike sektors regjerende tankesett og eksisterende praksis (Carey, Crammond, & Keast, 2014; Greaves & Bialystok, 2011; Greer & Lillvis, 2014). Carey et al. (2014) uttrykte at formålet til en slik sektorovergripende strategi er å bryte ned barrierene mellom de ulike departementene og fremme tverrsektorielt arbeid. Imidlertid uttrykte Sihto et al. (2006) at dette er vanskelig i praksis, der en sentral problemstilling er å forankre vurderinger av helse i andre sektorer. Dette kan ifølge Marmot og Allen (2013) føre til utfordringer i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller, fordi alle sektorer og forvaltningsnivå må samarbeide og involveres for å lykkes.

Brown et al. (2013) rapport *Governance for health equity*, publisert i regi av Verdens helseorganisasjons Europakontor, beskrev mulige faktorer for hvorfor politikk og intervensjoner som adresserer sosiale helseforskjeller og sosiale determinanter mislykkes eller lykkes i nasjonale myndigheter. Rapporten er basert på intervjuer og gjennomganger av

forskningslitteratur, case-studier og offisielle møterapporter fra en rekke europeiske land. Rapporten sammenstiller generelle trekk i statlig styring av folkehelsearbeidet som kan fremme arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller gjennom tiltak rettet mot sosiale determinanter i helse.

Brown et al. (2013) viste til nasjonale myndigheters viktighet i utviklingen av folkehelsearbeidet, gjennom å utvikle og ta i bruk ulike virkemidler for å fremme felles innsats i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller (s. 11). De mente et viktig trekk i statlig styring av folkehelsearbeidet, er bruk av lover og rammeverk som forplikter og tilrettelegger samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivå (s. 47-48, 52-53). For å møte utfordringen med manglende vurdering av helsehensynet i den nasjonale politikken, anbefalte de bruk av virkemidler som tilrettelegger samarbeid og samtidig holder andre sektorer ansvarlige for sine eventuelle påvirkning av helse.

Dette ble også uttrykt i CSDH (2008) sin kunnskapsoversikt over hva som kan gjøres i møte samfunnsutfordringen sosiale ulikheter i helse. CSDH (2008) anbefalte plassering av forpliktelser og ansvar sentralt i myndighetene, slik at helse kan bli betraktet og være en del av all politikktutforming (s. 11). Dette støttes av Howard og Gunther (2012) sin studie som indikerte at politiske forpliktelser i de sentrale delene av forvaltningen, er en viktig faktor for vellykket implementering av HiAP for å redusere sosiale helseforskjeller. Deres studie var basert på litteraturgjennomgang og intervjuer med europeiske land gjennomført i 2011, med formål om å identifisere barrierer og muligheter i implementeringen av HiAP. Greer og Lillvis (2014) så dette i lys av politisk lederskap og argumenterte for at lederskap omhandler utvikling av mål og strategier som er forpliktende.

Helsesektorens rolle er beskrevet viktig av flere forfattere for å fremme HiAP nasjonalt (Brown et al., 2013; CSDH, 2008; Howard & Gunther, 2012; Marmot & Allen, 2013; Ollila, 2011). CSDH (2008) mente helsesektorens rolle er å vise lederskap og støtte andre sektorer i å reduserer sosiale helseforskjeller (s. 11, 22). Dette støttes av Ollila (2011), som i sin studie diskuterte hvordan HiAP kan endre seg fra å være retorisk til å forme seg som handlinger. Studien indikerte viktigheten av helsesektorens rolle for å undersøke hvordan politikk kan påvirke helse og å dele denne kunnskapen med andre sektorer på en klar og tydelig måte. Brown et al. (2013) stilte seg bak standpunktet, og uttrykte at helsesektoren har en viktig rolle i å formidle verdien av equity for samfunnet (s. 55).

Litteraturen peker på ulike strategier for å fremme betraktninger om helse og fordeling av helse i andre sektorer. I forbindelse med Finlands presidentskap i EU, der tema var «Health in All Policies», publiserte Ståhl og kolleger boken *Health in All Policies Prospects and potentials*. Formålet med boken var å belyse hvordan helse kan integreres i alle sektorer (Ståhl, Wismar, Ollila, Lahtinen, & Leppo, 2006). Sihto et al. (2006) så på forskjellene mellom helsestrategi og vinn-vinn-strategi i det første kapittelet. Helsestrategien ble beskrevet som en strategi der helsesektorens mål ivaretas og overføres til andre sektorer. I følge Sihto et al. (2006) kan dette være fordelaktig hvis helsesektorens mål samsvarer med andre sektors eksisterende mål, men kan også by på utfordringer hvis målene strider mot hverandre. Vinn-vinn-strategien fokuserer derimot på fordeler og gevinster som kan høstes hos begge parter, for eksempel bedre helse på helsesektorens side og økonomiske fordeler for den andre sektoren (Sihto et al., 2006). Den sistnevnte strategien var anbefalt av CSDH (2008), der identifisering av fordeler for begge parter kan lede til aksept i andre sektorer som er et viktig grunnlag for tverrsektorielt arbeid (s. 112).

Flere studier anbefalte vinn-vinn-strategier som en strategi for å motivere samarbeid mellom helsesektoren og andre sektorer (CSDH, 2008; Howard & Gunther, 2012; Molnar et al., 2016). Molnar et al. (2016) sin studie tok utgangspunkt i tre caser, Sverige, Qubec og Sør-Australias implementering av HiAP. Undersøkelsen var basert på litteraturgjennomgang og intervjuer med eksperter på HiAP fra de ulike casene. Formålet med undersøkelsen var å avdekke hvorfor ulike strategier mislykkes eller lykkes i å fremme samarbeid med andre sektorer. Studien sammenlignet vinn-vinn-strategier med bevisstgjøring- og direktivestrategier og konkluderte med at vinn-vinn-strategier i større grad motiverte til samarbeid mellom helsesektoren og andre sektorer. Strategien om bevisstgjøring omhandler formidling til andre sektorer om hvorfor tverrsektorielt arbeid er viktig for folkehelsearbeid og arbeidet med å utjevne sosial helseforskjeller. Direktive-strategier omhandler å overbevise andre sektorer å omfavne en politikk som er til fordel for helsesektorens mål (Molnar et al., 2016). Sistnevnte strategi kan ses i sammenheng med helsestrategien presentert av Sihto et al. (2006).

Marmot og Allen (2013) tok til orde for å begrense inntrykket av HiAP som helseimperialistisk. Dette støttes av Howard og Gunther (2012), som uttrykte at vinn-vinn-strategien kan oppleves som helseimperialistisk og mente aktører som bruker en slik strategi må trø varsomt. Ollila (2011) pekte derimot på faren av å bruke av vinn-vinn-strategi, fordi

det kan føre til tiltak rettet mot sårbare grupper som gjerne viser raske resultater. Dermed anbefalte Ollila (2011) samarbeidsstrategi som en mer gunstig tilnærming. Denne strategien ivaretar andre sektors mål gjennom å identifisere hva helsesektoren kan bidra med for deres måloppnåelser. Gjennom kunnskapsdeling av helsens fordeler for andre sektorer, kan dette bidra til fruktbart samarbeid (Ollila, 2011). Ollila (2011) understrekte videre at styrken av de ulike strategiene vil være situasjonsbetinget, der strategiene må ta utgangspunkt i situasjoner. Det kan være nødvendig å ta i bruk helsestrategi for å begrense skade i situasjoner der politikk direkte kan berøre befolkningens helse (Ollila, 2011).

Disse strategiene kan ses i sammenheng med Kickbusch (2010) sin beskrivelse av utviklingen av HiAP. Kickbusch (2010) uttrykte at HiAP endret seg fra å være imperialistisk til å bli en strategi som fremmet equity og helse, som en sentral og fruktbar del av samfunnsutviklingen. Melkas (2013) mente hvis dette bildet av helse ble sett i lys av positiv samfunnsutvikling av politiske ledere, ville implementeringsutfordringer av HiAP mulig møtes.

Studier indikerte også at konteksten og rammene som hver sektor er en del av må ivaretas for å motivere til felles innsats i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Molnar et al. (2016) uttrykte at forståelse av andre sektors rammeverk er en viktig mekanisme for å øke interesse for felles arbeid mot å bedre befolkningens helse. Molnar et al. (2016) mente at en bedre forståelse av andre sektors mål og arbeidsmetoder legger et bedre grunnlag for å tilpasse ideen om samarbeid. Dette funnet støttes av Carey og Crammond (2015) sin studie som intervjuet politiske aktører i australske myndigheter. Formålet med studien var å forstå hvordan politikktutforming utarter seg, sett i lys av å motivere tiltak mot sosiale determinanter for helse i andre sektorer. Carey og Crammond (2015) deltakere etterlyste at tema i større grad må tilpasses de ulike departementenes rammeverk, for å skape interesse og motivere tiltak mot sosiale determinanter i andre sektorer. Deltagerne ga videre uttrykk for at videreformidlingen av kunnskap var av like stor betydning som evidensen i seg selv, der moralske og filosofiske argumenter sammen med evidens kunne være fordelaktig for å øke motivasjon i andre sektorer. Studien konkluderer med at «joined-up-government»- eller «whole of government»-tilnærminger er vanskelig å gjennomføre i praksis (Carey & Crammond, 2015).

Greer og Lillvis (2014) studie undersøkte utfordringer i tverrsektorielt arbeid, identifisert i statsvitenskapelig litteratur, og ser dette i lys av implementering av HiAP. De identifiserte

koordinering og varighet som to utfordringer i implementering av HiAP og tre mulige løsninger på dette. Den første utfordringen, koordinering, omhandler vanskeligheter med å motivere ivaretagelse av helsehensynet i andre sektorer og skape et felles samarbeid for folkehelsen. Den andre utfordringen, varighet, omhandler hvordan slikt hensyn eller samarbeid skal vedvare over tid. Greer og Lillvis (2014) mente disse utfordringene kan møtes gjennom tiltak på tre områder. Den første løsningen de identifiserte var politisk lederskap, gjennom tydelige føringer og strategier som fordrer felles forpliktelser i arbeidet med å bedre befolkningens helse. Den andre løsningen var byråkratisk forandring som kan institusjonalisere HiAP og dermed bidra til varighet. De byråkratiske forandringer de foreslår er reorganisering eller innføring av nye enheter i byråkratiet, f.eks. tverrdepartementale grupper, eller ved innføring av helsekonsekvensutredninger. Den siste løsningen de rådet var indirekte strategier gjennom involvering av, eller øke engasjementet til, aktører utenfor offentlig myndighet. De mente at tilgjengeliggjøring av data og kunnskap om helse med aktørene utenfor offentlig forvaltning, kan lede til ytterligere press og forventinger av offentlige myndigheter til å vektlegge befolkningens helse i politikkkutforming (Greer & Lillvis, 2014).

Utfordringen omhandlende varighet, Greer og Lillvis (2014) refererer til, er blant annet varighet av strategier og tiltak gjennom politiske skifter. Dette støttes av Ollila (2011) som beskriver valgcyklus som en utfordring i det langsiktige arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Dette fordi politikere i større grad kan være opptatt av tiltak som viser raske resultater innenfor en valgperiode. Dette omtaler Bacigalupe, Esnaola, Martín, og Zuazagoitia (2010) som «policy myopia», der valgere gir politikere anledning til å løse problemer med kortsiktige tiltak.

Forskning indikerer også bruk av helsekonsekvensutredning (HKU) som en faktor som kan fremme tverrsektoriell integrering av helsehensynet (Greer & Lillvis, 2014; Haigh et al., 2013; Molnar et al., 2016). Helsekonsekvensutredning er et verktøy ment for å evaluere hvilke påvirkninger politiske tiltak kan ha på folkehelsen (Kemmer, 2007). Dermed bidrar verktøyet til å unngå ikke-intenderte konsekvenser av helsen og fordelingen av helse av politiske tiltak som har andre gode formål. CSDH (2008) anbefalte i sin kunnskapsoversikt institusjonalisering og systematisk bruk av HKU, samt frigi kapasitet på alle nivåer til å ta verktøyet i bruk, som kan fremme det tverrsektorielle arbeidet (s. 114, 190, 204). Haigh et al. (2013) sin studie undersøkte hvordan HKU påvirket politikkkutforming i Australia og New

Zealand mellom 2005 og 2009. Funnene indikerte blant annet at bruk av HKU fremmet en forståelse av sosiale determinanter i andre sektorer, samt kunne bidra til å skape gode relasjoner mellom helsesektoren og de andre sektorene.

To case-studier fra Skandinavia viste derimot at implementering og bruk av helsekonsekvensutredninger på nasjonalt nivå er utfordrende. Melkas (2013) case-studie tok for seg implementeringen og utfordringer møtt i integreringen av HiAP i Finland. En utfordring Melkas (2013) identifiserte var mangelfull bruk av helsekonsekvensutredninger i sentralforvaltningen. En annen case-studie av den norske utviklingen og politiseringen av sosiale ulikheter i helse i 2009, indikerte også mangelfull bruk av HKU på nasjonalt nivå i Norge (Strand et al., 2009). Sistnevnte case-studie ga indikasjoner for at bruk av HKU var overlatt til regionale og lokale myndigheter. De mente HKU må videreutvikles for at verktøyet skal tas i bruk i sentralforvaltningen (Strand et al., 2009). Som tidligere nevnt, i kapittel 4.3 oppfølging av folkehelseloven, anmodet Helse- og omsorgsdepartementet om å utgi en veileder for bruk av helsekonsekvensutredning på det nasjonale nivået i forbindelse med revideringen av utredningsinstruksen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

5.3 Status i det norske folkehelsearbeidet

Til tross for god helse og høy levealder i Norge, eksisterer det sosiale helseforskjeller. En norsk kunnskapsoversikt viste til forskjellene mellom befolkningens sosioøkonomiske status og helsens korrelasjon til denne (Dahl et al., 2014). Den delen av befolkningen med høy utdanning, inntekt og yrkesstatus har bedre helse sammenlignet med de med lavere utdanning. Dette utgjør en politisk utfordring i Norge. Velferdsstatene, som Norge er den del av, har en fordelingspolitikk som fremmer likhet gjennom universelle velferdsordninger (Raphael, 2014), som blant annet har ført til at den vedvarende gradienten i sosiale helseforskjeller er beskrevet som et paradoks (Mackenbach, 2012).

Den norske politikken for å redusere sosiale helseforskjeller er beskrevet som sammenhengende og konkret gjennom vektleggingen av den sosiale gradienten, de sosiale determinantene og det tverrsektorielle arbeidet (Fosse & Strand, 2010; Povlsen et al., 2014; Tallarek née Grimm et al., 2013).

Den praktiske gjennomføringen av HiAP i Norge kan ses gjennom ansettelsen av folkehelsekoordinator lokalt etter St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* og tverrdepartemental arbeidsgruppen som følge av rapporteringssystem etter St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* på det nasjonale nivået.

Strand et al. (2009) beskrev rapporteringssystemet som et virkemiddel for å sikre tverrsektorielle tiltak i arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse på det nasjonale nivået. Rapporteringen skal sektorer selv gjennomføre, som Strand et al. (2009) mente fremmer en vinn-vinn-strategi, der sektorene selv identifiserer felles mål.

Prinsippet om HiAP ble ytterligere løftet gjennom folkehelseloven, hvor målet var å fremme helsevurderinger på tvers av sektorer og alle forvaltningsnivåer. Folkehelseloven uttrykte behovet for samarbeid og koordinerte tiltak på alle nivåer av myndigheter som er nødvendig for å bedre befolkningens helse og fordeling av helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

Gjennom folkehelseloven fikk norske kommuner et stort ansvar for å utjevne sosiale ulikheter i helse, men forutsetter at alle forvaltningsnivåer må samarbeide på folkehelseområdet, for å utjevne sosiale helseforskjeller. Dette kan ses i sammenheng med samstyring også omtalt som «governance», en styringsform basert på nettverk og samarbeid (Røiseland & Vabo, 2012, s. 22). En slik form for styring, kan ses i sammenheng med at tiltak mot sosiale determinanter i helse for å redusere sosiale helseforskjeller er komplekse problemer, som også fører til komplekse løsninger (Dahl et al., 2014). Samstyring anses som nødvendig for å håndtere komplekse problemer som ingen sektor eller forvaltningsnivå kan løse alene (Vabo & Røiseland, 2008). Styringen av samstyring gjennomføres ofte med myke styringsvirkemidler, for å motivere og tilrettelegge oppnåelse av myndigheters mål (Røiseland & Vabo, 2012, s. 23). Dette skiller seg fra det tradisjonelle hierarkiske styringsregimet, som baseres på ovenfra og ned styring, i form av makt og autoritet (Byrkjeflot & Guldbrandsøy, 2013).

Samhandlingsreformen er beskrevet som et svar på komplekse problemer (Grimsmo, Kirchoff, & Aarseth, 2015), og har trekk både fra den hierarkiske styringen og den moderne samstyringen (Fosse & Helgesen, 2015; Helgesen, 2014). Folkehelsearbeidet er lovpålagt av statlige myndigheter der selve gjennomføringen tilrettelegges fra staten, uten sterke virkemidler for å korrigere og overstyre det arbeidet som gjøres.

Kommunenes folkehelsearbeid kan anses som en konsekvens av styringen fra nasjonale myndigheter. Nasjonale myndigheter utvikler folkehelsepolitikken, der målet er å fremme prosesser regionalt og lokalt (Helgesen, 2014). Kommunene styres ikke direkte grunnet sterke tradisjoner i desentraliseringen, men det brukes andre virkemidler for å fremme prosesser i kommunenes folkehelsearbeid (Tallarek née Grimm et al., 2013). Dette kan gjøres gjennom ulike former for virkemidler, som kan deles inn i økonomiske, juridiske og pedagogiske (Kommunal- og regionaldepartementet, 2012).

Folkehelseloven er en juridisk føring som kan ha betydning for implementeringen av arbeidet med å redusere sosiale ulikheter på lokalt nivå i Norge. Dette fremkom av en skandinavisk rapport som undersøkte det lokale folkehelsearbeidet i arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse i Norge, Sverige og Danmark (Diderichsen et al., 2015). Rapporten ga flere anbefalinger om hvordan implementering kan forbedres lokalt. En anbefaling omhandlet retningslinjer fra sentralforvaltningen for å fremme helse- og fordelingshensynet i all politikk. De uttrykte at lovgivning kan gi et sterkt juridisk grunnlag for implementering av arbeid med å redusere sosiale ulikheter i helse på lokalt nivå, men påpekte at ressurser og kapasitet til å gjennomføre arbeidet må være tilstede. Diderichsen et al. (2015) mente det tydelige norske lederskapet og bruk av lovgivning i folkehelsearbeidet har fremmet HiAP på det lokale nivået i Norge, men ga også antydninger for at dette ikke trenger være gjeldene for andre land. Dette fordi lokale myndigheter i Sverige var kommet langt i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller, uten lovpålagte føringer. En mulig forklaring var lange tradisjoner med nasjonal understøtting av lokalt folkehelsearbeid, som reflekterte den tidlige nasjonale vektleggingen av sosiale determinanter i helse.

Noen studier evaluerte kommunenes folkehelsearbeidet før innføringen av samhandlingsreformen og folkehelseloven. Disse indikerte at kommunenes folkehelsearbeid i større grad var rettet fokus mot livsstilsfaktorer, få kommuner hadde etablert oversikter over befolkningens helse og tatt i bruk helsekonsekvensutredninger, samt at folkehelsearbeidet i stor grad tilhørte helsesektoren selv (Helgesen & Hofstad, 2012; Tallarek née Grimm et al., 2013). Blant annet var dette indikert av en baselineundersøkelse gjennomført av Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) på oppdrag fra Helsedirektoratet. Undersøkelsen var basert på elektroniske spørreundersøkelser sendt til alle kommuner og fylkeskommuner. Formålet med undersøkelsen var å kartlegge folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner før innføringen av folkehelseloven (Helgesen & Hofstad, 2012). På dette tidspunktet var kommunenes folkehelsearbeid hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og helsekonsekvensutredningen hjemlet i plan- og bygningsloven.

I etterkant av innføringen av samhandlingsreformen er det gjennomført en rekke evalueringer, undersøkelser og tilsyn av folkehelsearbeidet, hovedsakelig på lokalt og regionalt nivå. To år etter implementeringen av samhandlingsreformen og folkehelseloven, gjennomførte Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) en oppfølgingsundersøkelse av det kommunale folkehelsearbeidet. Dette gjennom spørreundersøkelser sendt til alle kommuner i 2014. Undersøkelsen indikerte at det kommunale oversiktsarbeidet hadde økt etter reformstart, gitt

økende forståelse for viktigheten av tverrsektorielt folkehelsearbeid og at folkehelsearbeidet hadde forflyttet seg fra helsesektoren til kommunen som sådan etter samhandlingsreformens innføring (Schou et al., 2014). Deres funn hadde også indikasjoner for at de tradisjonelle folkehelseområdene fortsatt var vektlagt i kommunene, der sosiale helseforskjeller foreløpig ikke var en prioritet (Schou et al., 2014). Forfatterne mente at samhandlingsreformen var årsaken til det økte trykket på oversiktsarbeidet i kommunene, samt årsaken til en ny og bredere forståelse for folkehelsearbeidet (Schou et al., 2014).

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn av kommunenes oversiktsarbeid i 2014, bekreftet NIBRs funn om at mange kommuner hadde kommet godt i gang med oversiktsarbeidet. Deres tilsyn indikerte også store variasjoner over hvor langt oversiktsarbeidet var kommet mellom kommunene (Helsetilsynet, 2015).

Riksrevisjonens undersøkelse av folkehelsearbeidet i kommunene ga også indikasjoner om at flere kommuner var i gang med oversiktsarbeidet, men at graden av forankring i kommuneplaner var varierende blant kommunene (Riksrevisjonen, 2015). Revisjonen tok utgangspunkt i spørreundersøkelser sendt til alle kommuner og fylkeskommuner, intervju med to fylkeskommuner og fem kommuner, samt dokumentanalyse for å avdekke Helse- og omsorgsdepartementets styring og oppfølging av folkehelsearbeidet fra 2012-2014. Funnene ga videre indikasjoner for at det var manglende samsvar mellom de presenterte utfordringene i kommunene og de tiltakene som ble iverksatt. Kommunene identifiserte levekår og sosiale ulikheter i helse som viktige utfordringer, men dette var i mindre grad reflektert i kommunenes tiltaksplaner. Deres funn indikerte videre at folkehelsearbeidet ikke var godt nok tverrsektorielt forankret, at folkehelsearbeidet ikke var tilstrekkelig kunnskapsbasert og at det var behov for å styrke oppfølgingen av kommuner, samt ytterligere potensial for å forankre folkehelsearbeidet i de ulike forvaltningsnivåene (Riksrevisjonen, 2015). På bakgrunn av dette konkluderte Riksrevisjonen med at kommunene ikke hadde etablert systematisk folkehelsearbeid (Riksrevisjonen, 2015).

Fosse og Helgesen (2015) undersøkte i deres studie hvordan kommuner kan redusere sosiale ulikheter i helse med fokus på barnefamilier. Dette gjennom funnene fra NIBRs baselineundersøkelse basert på spørreundersøkelse (Helgesen & Hofstad, 2012), en oppfølgingsundersøkelse gjennomført våren 2014 og intervjuer med et utvalg av kommuner. Studien indikerte at folkehelselovens tilrettelegging ikke har gitt tiltak mot sosiale helseforskjeller rotfestet i kommunene, men likevel var det antydninger for en økt forståelse for en HiAP tilnærming i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller i kommunene. Deres

hovedfunn ga indikasjoner om at kommunene i ulik grad har implementert folkehelsearbeidet og helsefremmende politikk, og at ansvaret i stor grad fortsatt ligger i helsesektoren. Deres intervjudeltagere ga uttrykk for at finansiell støtte fra staten kan være en viktig faktor for å motivere til økt innsats for å bekjempe sosiale helseforskjeller på lokalt nivå.

En undersøkelse gjennomført av Hagen, Torp, Helgesen, og Fosse (2016) hadde som formål å undersøke hvordan kommunenes folkehelsearbeid adresserer levekår, assosiert med arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse. Undersøkelsen viste at mange kommuner mente de hadde virkemidler for å redusere sosiale helseforskjeller, men at det var få kommuner som adresserte levekår. De kommunene som ga oppmerksomhet omkring levekår, var kommuner som hadde etablert tverrsektorielt samarbeid. Derimot indikerte studien at insentivene fra nasjonalt og regionalt hold, som inkluderer midler, retningslinjer og partnerskap ikke var assosiert med kommuner som prioriterer leveforhold. Likevel mente forfatterne at den nasjonale politikken har lagt grunnlaget for å utvikle lokale tiltak rettet mot sosiale helseforskjeller.

Insentiver kan gjøre noe mer eller mindre attraktivt gjennom f.eks. økonomiske tilskudd eller skattepålegg (Røiseland & Vabo, 2012). I følge Helgesen (2014) kan også styringsvirkemidler i form av økonomiske insentiver ha innvirkning på kommunenes vektlegging av sykdomsforebyggende- eller helsefremmende arbeid. Forfatteren viste til de økonomiske insentivene tildelt kommuner ved etablering av frisklivssentraler, et senter med fokus på sykdomsforebyggende arbeid, som uteblir i det generelle helsefremmende folkehelsearbeidet. Forfatteren uttrykte at de økonomiske insentivene motiverer kommunene mot et sykdomsforebyggende fokus, rettet mot sårbare grupper i samfunnet, bort fra helsefremmende tiltak som retter seg mot hele befolkningen.

Fosse (2016) tok for seg funnene fra NIBRs baselineundersøkelse og oppfølgingsundersøkelsen av samhandlingsreformen, og diskuterte hvilke muligheter og begrensninger kommunene har i å redusere sosiale ulikheter i helse. Fosse (2016) pekte på de få virkemidler til stede for å øke iverksetting av folkehelsearbeidet i kommunene. Forfatter mente også at kommunene har mange virkemidler for å utjevne den sosiale gradienten gjennom forankring av arbeidet i kommunenes planverk. Videre fremmet Fosse (2016) de nasjonale virkemidlene, som er skattepolitikk, bolig- og utdanningspolitikk, utenfor kommunenes kontroll, viktig i arbeidet med å utjevne den sosiale gradienten.

5.4 Oppsummering tidligere forskning

Litteraturen beskriver arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller som utfordrende og en rekke trekk ved nasjonale myndigheter er identifisert som faktorer som kan begrense eller fremme arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller.

Nasjonale myndigheters folkehelsepolitikk har vært gjenstand ved tidligere forskning. Fosse og Strand (2010) undersøkte helseforvaltningens rolle i politiseringen av sosiale ulikheter i helse. Ansatte i Helsedirektoratet ble beskrevet som entreprenører og sentrale aktører i dette arbeidet. Helsedirektoratet ble også intervjuet før innføringen av folkehelseloven gjennom Tallarek née Grimm et al. (2013) studie. De beskriver den nasjonale politikken i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller som sammenhengende gjennom fokusering på sosiale determinanter i helse og tverrsektoriell involvering av sektorer. De indentifiserte et gap mellom den nasjonale og kommunale politikken, der de nasjonale føringen ikke gjenspeilte seg i det kommunale folkehelsearbeidet (Tallarek née Grimm et al., 2013). Helsedirektoratet har med andre ord vært pådriver i utviklingen av politikken om sosiale ulikheter i helse, der de nå har en rolle som inkluderer oppfølgingsansvar i folkehelsearbeidet. Som iverksetter av vedtatt politikk og som kompetanseorgan for folkehelse, spiller Helsedirektoratets en sentral rolle.

Virkningene av folkehelseloven er tidligere undersøkt sentrert rundt det kommunale og fylkeskommunale nivået. Samlet sett kan disse studiene forstås slik at folkehelseloven har ført til økt forståelse for tverrsektorielt arbeid, helsens brede påvirkningsfaktorer og sosiale ulikheter i helse, men at selve gjennomføringen av tiltak for å redusere sosiale ulikheter er utfordrende på kommunalt nivå. Etter å ha søkt etter forskning som adresserer folkehelselovens virkning, er det ikke identifisert studier som adresserer nasjonale myndigheters erfaring med folkehelselovens virkning om det overordnede folkehelsearbeidet. Denne studien vil være et bidrag til kunnskapstilfanget og gi dypere forståelse av folkehelselovens virkning i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller.

6.0 Forskningsspørsmål

Denne masteroppgaven har som hensikt å bidra med kunnskap om det norske folkehelsearbeidet, som i denne oppgaven sentreres rundt folkehelselovens virkning i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Fokuset vil rettes mot det sentrale nivået av folkehelsearbeidet, først og fremst Helsedirektoratet. Kunnskapen vil bli utviklet gjennom følgende problemstilling:

- 1) Hva er nasjonale myndigheters erfaring av folkehelselovens virkning i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller?

7.0 Metode

Dette kapittelet vil ta for seg de metodiske valgene gjennom studien. Forskningsmetode, design, deltagerne, utvalgsstrategi, datainnsamlingen, databehandling og analyse, samt en gjennomgang av hvilke tiltak som er gjort for å fremme kvalitet i studiet. Videre vil det komme en refleksjon om min egen forforståelse, etiske overveielser og begrensninger i denne studien.

7.1 Forskningsmetode og forskningsdesign

I et studie kan en velge mellom kvalitative metoder, kvantitative metoder eller er kombinasjon av begge, mikset metode, der de ulike metodene brukes for gi svar på ulike typer spørsmål (Creswell, 2014, s. 3). Kvantitative metoder undersøker ofte objektive hypoteser eller teorier, der målet er å tallfeste hyppigheter av ulike tilfeller og hva som påvirker de av variabler (Creswell, 2014, s. 4). På den andre siden er kvalitative undersøkelser en undersøkelsesmetode som søker dybde. Dette med formål om å forstå og undersøke meninger til individer eller grupper for å utforske ulike konsepter eller fenomener (Creswell, 2014, s. 4). I følge Kvale, Brinkmann, Anderssen, og Rygge (2015) brukes ofte kvantitative metoder for å besvare «hvor mye av en slags», der kvalitative metoden kan besvare «hva slags» eller hvordan noe oppleves (s. 151).

Forskningsspørsmålet former rasjonale og valg av metode, der en kvalitativ tilnærming var ansett som en anvendelig metodetilnærming for denne undersøkelsen med case-studie som forskningsdesign. Case-studier søker ofte etter dyptgående analyser av et case og studerer ofte et fenomen i nåtiden eller den «virkelige verden», og studien gjennomføres ofte der hvor fenomenet utspiller seg (Ramian, 2007, s. 22-25). Ofte er caser personer, samfunn, organisasjoner eller institusjoner (Flick, 2014, s. 122). Formålet med denne studien er å undersøke nasjonale myndigheters erfaring av folkehelseloven virkning i arbeidet med redusere sosiale helseforskjeller. Problemstillingen søker å få innsikt i betydningen av et fenomen gjennom meninger fra sentrale myndigheter. Innføringen av folkehelseloven representerer en endring i folkehelsearbeidet og kan derfor beskrives som et fenomen eller en begivenhet, der casen er intervjudeltagernes erfaringer og nasjonale myndigheter konteksten i denne undersøkelsen.

Det er vanlig å bruke kombinasjoner av innsamlingsmetoder i case-studier (Ramian, 2007, s. 26). Dokumentanalyser kan brukes alene som datakilde eller i kombinasjon med andre innsamlingsmetoder og kan berike forståelsen av det som studeres (Flick, 2014, s. 352-353). I

denne studien ble intervjuer vektlagt som datainnsamlings metode, som er en vanlig metode i case-studier (Flick, 2014; Kvale et al., 2015; Ramian, 2007). Politiske dokumenter ble brukt som en del av bakgrunnsinformasjon, og inngår dermed ikke som en egen del i analysen. En dokumentanalyse er tidkrevende og ville gitt utfordringer innenfor tidsperspektivet gitt i denne masteroppgaven.

Ulike metoder skaper ulik kunnskap, der det eksisterer ulike filosofiske antagelser om hva kunnskap er og hvordan de produseres, omtalt verdensbilder (Creswell, 2014, s. 5). Slike filosofiske betraktninger om kunnskap og hvordan kunnskap kan oppnås er også omtalt som epistemologi (Kvale et al., 2015, s. 69). Dette er noe forskeren bringer med seg i studien og vil kunne påvirke forskningsmetode og valg av forskningsdesign (Creswell, 2014, s. 5).

Verdensbildet i denne studien er et sosial konstruktivistisk verdensbilde. Dette omhandler en forståelse om at virkeligheten og kunnskap er sosialt konstruert av menneskers mening og erfaringer i deres kontekst (Creswell, 2014, s. 8). I følge Kvale et al. (2015) er forskningsintervju «et intervju der kunnskap skapes i samspillet, eller interaksjonen, mellom mennesker» (s. 49). En slik forståelse av kunnskap former derfor også studiens fall på kvalitativ tilnærming gjennom case-studie med bruk av intervju som datainnsamlingsmetode. Dette fordi kunnskap ble innhentet gjennom intervju av ansatte i Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, ansett som troverdig fakta og kunnskap om folkehelselovens virkning.

7.2 Deltagere og utvalgsstrategi

Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet er utvalget i denne studien. Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for befolkningens helse og gode helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og er et fag- og myndighetsorgan som arbeider for å bedre befolkningens helse. De har roller som faglige rådgivere og iverksettere av vedtatt politikk, samt forvalter lov og regelverk. Gjennom tidligere forskning har ansatte i Helsedirektoratet blitt beskrevet som viktige aktører i politiseringen av sosiale helseforskjeller (Fosse & Strand, 2010), der de nå har et viktig oppfølgingsansvar gjennom folkehelseloven. Derfor er ansatte i Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet utgangspunktet for denne studien. Deres kunnskap ble ansett viktig for å besvare problemstillingen grunnet deres ekspertise på tema som omhandler utjevning av sosiale ulikheter i helse og folkehelseloven.

Utvalgsstrategien for informantene til denne studien var strategisk gjennomført. Selve utvalget ble gjennomført sammen med veileder for dette prosjektet, da hun var i kontakt med disse. Selve utvelgelsen av deltagerne ble gjennomført ved hjelp av en gatekeeper i organisasjonen. Gatekeeperen ga meg mailadresser til ansatte ansett som eksperter på tema sosiale helseforskjeller og folkehelseloven, som også var inklusjonskriteriene for denne studien. Jeg fikk tilgang til syv mailadresser, der fem av syv deltagere takket ja til invitasjonen om å delta i studien. Fire informanter var ansatte i Helsedirektoratet og en informant var ansatt i Helse- og omsorgsdepartementet. Ingen av deltagerne valgte å trekke seg fra studien, så det er totalt fem informanter i denne undersøkelsen. De fem deltagerne representerer ikke hele Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet som organisasjon, men deler av det.

Dokumentene som ble brukt som bakgrunn i denne studien ble også strategisk utvalgt. Dokumentene ble søkt etter på Helsedirektoratets og Helse- og omsorgsdepartementets nettsider. Inklusjonskriteriene var stortingsmeldinger, handlingsplaner og politiske rapporter omhandlende folkehelsearbeid og sosiale helseforskjeller publisert av helsesektoren. Dette fordi det er helsesektoren som er av interesse i denne studien. Dokumentene ble valgt fordi de kunne gi informasjon om utviklingen av folkehelsearbeidet og hvilke nasjonale føringer som legges når det gjelder å utjevne sosiale helseforskjeller.

7.3 Datainnsamling

7.3.1 Intervju

For å besvare problemstillingen opplevdes det hensiktsmessig å benytte seg av individuelle intervjuer. Intervju som forskningsmetode beskrives av Kvale et al. (2015) som «en samtale med en viss struktur og hensikt» (s. 22). Intervju som metode tillater dybde i undersøkelser av subjektive synspunkter i ulike grupper (Flick, 2014, s. 196). Intervjuene kan gjennomføres i ulike former. En kan velge å gjennomføre intervju med flere informanter i grupper, som kalles fokusgrupper, eller med enkeltindivider (Kvale et al., 2015, s. 172-179). I denne studien virket det egnet å gjennomføre individuelle dybdeintervjuer, da dette kunne skape roligere atmosfære rundt intervjusettingen, samt mulig hindre en begrensning av informantens talevilje. Bruk av intervju som fokuserer på en bestemt person eller institusjon ses ofte i case-studier (Kvale et al., 2015, s. 151).

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 1) med tema og spørsmål i tilknytning til problemstillingen. Temaene i intervjuguiden var bakgrunnen for

folkehelseloven, sosiale helseforskjeller og «helse i alt vi gjør». Det var ønskelig å ha en balanse mellom struktur og åpenhet under intervjuene, som førte til valg av en semi-strukturert tilnærming. Et semi-strukturert intervju gir fleksibilitet under intervjuer og er ifølge Flick (2014) bedre egnet til å fremme meninger enn mer strukturerte og lukkede former for intervjuer (s. 207). Det var ønskelig at samtalen skulle styre rekkefølgen i spørsmålene, der jeg brukte notater i margin for å sikre meg at alle spørsmålene ble besvart.

Jeg anså det hensiktsmessig å gjennomføre et pilotintervju før datainnsamlingen skulle starte. Dette ble gjennomført med en ansatt på HEMIL, Universitet i Bergen, som har skrevet om lignende tema i tidligere masteroppgave. Dette ga meg mulighet til å kontrollere egnetheten til spørsmålene og forbedre disse ytterligere, men også bli bedre kjent med intervjusituasjonen. Før intervjuene med informantene, søkte jeg å være godt forberedt og sette meg inn i konteksten av det som skulle studeres for å øke kvaliteten av intervjuet. Dette inkluderte mye lesing av tidligere forskning om tema, teori, Helsedirektoratets oppgaver og deres fagspråk. Intervjuer med ansatte i Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet kan betraktes som eliteintervju grunnet deres ekspertise om tema, der god forberedelse vil kunne balansere intervjurelasjonens maktforhold (Kvale et al., 2015, s. 175).

For å gjennomføre intervjuene enklest mulig valgte jeg å reise til Oslo for å møte informantene. Alle intervjuer ble gjennomført i løpet av en arbeidsuke. Dette ga meg ytterligere mulighet til å videreutvikle og forbedre spørsmålene underveis. Intervjuene i Helsedirektoratet ble gjennomført både på møterom og kontor til de ansatte, der intervjuet i Helse- og omsorgsdepartementet ble gjennomført på informantens kontor. Det ble satt av 45 minutter til hvert intervju. Noen intervjuer varte ca. 30 minutter og et intervju varte i ca. 50 minutter. Jeg opplevde at alle intervjuene ga like mye og god informasjon grunnet deres ekspertise på tema og iver etter å besvare spørsmålene.

Før intervjuene startet, ga jeg informantene informasjon og samtykkeskjema (vedlegg 2). Denne inneholdt informasjon som studien, ivaretagelse av deres anonymitet og informasjon om frivillig deltagelse. Det ble også uttrykt gjennom skrevet at de kunne trekke seg når tid som helst i løpet av studien. Når disse var signert spurte jeg eksplisitt om samtykke for å ta i bruk lydopptaker under intervjuene. Ingen deltagere hadde innvendinger mot dette. Etter resultatkapittelet var ferdigstilt, ble dette sendt til informantene med mulighet om å gi tilbakemeldinger. Det ble gitt informasjon om at de utvalgte sitatene ville lage grunnlaget for diskusjonen i oppgaven, og at de kunne gi eventuelle tilbakemeldinger omkring disse. I

mailen ble det presisert at manglende svar på tilbakemeldinger ble ansett som en godkjenning. To informanter responderte på mailen.

7.4 Databehandling og analyse

7.4.1 Databehandling

Intervjuene ble forløpende transkribert etter intervjuene, og lydopptakene ble slettet etter endt transkribering. Transkripsjonene ble skrevet ned ordrett, men pauseord ble slettet for å skape flyt i teksten. Sitatene ble også endret fra muntlig til skriftlig form uten at innholdet av sitatene ble endret. Dette for å ta hensyn til informantens ekspert-status. Informantene fikk forkortelser i transkripsjonene (R1-R5) og samtykkeskjemaene ble oppbevart i låsbart skap. Transkripsjonene ble lagret på egen datamaskins harddisk med tilhørende passord. Disse tiltakene ble gjennomført for å sikre informantenes anonymitet i undersøkelsen.

7.4.2 Analyse

Dataanalyse omhandler å ta tekstmaterialet fra hverandre og sette de sammen igjen for å finne meningen med innholdet (Creswell, 2014, s. 195). Ifølge Kvale et al. (2015) er det forståelsen hva som skal undersøkes som gir grunnlaget til hvilken analysen en velger å bruke (s. 217). Det er flere analysemetoder i kvalitative undersøkelser. Kvale et al. (2015) skiller mellom analyser med fokus på mening, analyser med fokus på språk og teoretiske analyser (s. 223). Analyser med fokus på språk fokuserer mer på språkformer og hvordan utsagn blir sagt eller uttrykket, mens meningsanalyser er mer sentrert rundt betydningene av utsagn. Fordi jeg søkte etter meninger til informantene, ble det ansett hensiktsmessig å anvende en meningsfortolkende analyse.

I denne undersøkelsen ble det valgt tematisk analyse. Denne formen for analyse brukes ofte i studier der en søker etter forståelser eller meninger om fenomener (Jamieson, 2016). Formålet med tematisk analyse er å identifisere mønster eller tema i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Flere forfattere gir beskrivelser av modeller eller ulike steg i tematisk analyse, der jeg valgte å ta i bruk Cressewell's modell for kvalitativ dataanalyse grunnet dens oversiktlige illustrasjonsmodellen (s. 197). Stegene i denne modellen omhandlet lesing av all data, organisering av datamaterialet, koding for å kategorisere ulike tema og avslutningsvis fortolke meningen og sammenhengen av resultatene (Creswell, 2014, s. 197).

Det første steget i analysen var å få et helhelhetlig inntrykk av all datamaterialet gjennom flere gjennomlesinger. I dette steget samlet jeg alle informantenes utsagn under hvert av

spørsmålene tilhørende intervjuguiden. Jeg følte dette ga meg en godt utgangspunkt til det neste steget omhandlende koding.

Sitater som jeg fant meningsbærende i transkripsjonene ble indentifisert og kodet. Jeg følte det var oversiktlig og bruke Word Office i denne prosessen, der kodene ble skrevet i margene til dokumentene. Dette resulterte i en liste med ulike koder. Disse kodene ble deretter sortert etter likheter, ulikheter og mønster av meningene, som resulterte i ulike overordnede temaer som favnet kodene. Et eksempel på meningsbærende sitat, kode og tema fremstilles i underliggende tabell.

Meningsbærende sitat	Kode	Tema
«Vi er veldig siloorientert, kanskje aller mest på nasjonalt nivå. Så det er en utfordring å få til det tverrsektorielle».	Tverrsektorielt arbeid utfordrende	Statlige utfordringer
«Den helsekonsekvensutredningen fungerer ikke bra nok i staten».	Manglende helsehensyn nasjonalt	Statlige utfordringer

Tabell 1: utarbeidelse av tema (Inspirert av Creswell, 2014)

Noen tema utmerket seg tidlig og favnet tema etter intervjuguiden. Dette var temaene; mange prosesser ledet til folkehelseloven og helse i alt vi gjør. Etter flere gjennomganger og sortering av kodene ble følgende tema valgt videre: det systematiske folkehelsearbeidet er bedret nasjonalt, vertikal og horisontal forankring av arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller, kommunale utfordringer, statlige utfordringer og politisk prioritering vanskelig. Totalt syv overordnede tema fremkom. De valgte temaene ble ansett som viktig i tiknytning til problemstillingen.

7.5 Kvalitet i studiet

Begrepene validitet, reliabilitet og generiserbarhet er i utgangspunktet begreper fra den kvantitative forskningsmetoden, og vil i praksis omhandle ulike tilnærminger i kvalitative studier (Creswell, 2014, s. 201). Guba og Lincoln (referert i Guba, 1981, s. 79) foreslo alternative begrepsligninger for kvalitativ forskning. Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet. Noen kvalitative forfattere velger å beholde de tradisjonelle begrepene, blant

annet Kvale et al. (2015). Jeg har valgt å beholde de tradisjonelle begrepene med en forståelse om at begrepene vil forme seg ulikt i praksis gjennom kvalitative studier.

7.5.1 Validitet

I kvalitativ forskning omhandler validitet å validere alle fasene i forskningsprosjektet og stille spørsmål om undersøkelsen undersøker det som er ment å studere (Kvale et al., 2015, s. 276). I kvalitative studier kan begrepet gyldighet anvendes fremfor intern validitet (Jamieson, 2016).

I dette prosjektet kan kvaliteten blant annet påvirkes gjennom intervjuet, det flere grep ble tatt for å fremme validiteten. Konsensus mellom forskningsspørsmålet og spørsmålene i intervjuguiden er viktig for å få svar på det du faktisk skal undersøke. Intervjuguiden ble testet gjennom et pilotintervju som ga muligheten til å teste validiteten av spørsmålene. I de situasjonene jeg var usikker på utsagn og min egen fortolkning under intervjuene, stilte jeg verifiseringsspørsmål som reduserte mulighetene for feiltolking av informantenes utsagn og meninger. Intervjuene ble gjennomført over flere dager, slik at jeg fikk mulighet til å omformulere de spørsmålene som var uklare fra det første intervjuet til de neste. Etter at resultatkapittelet var ferdigstilt ble dette sendt til informantene, der de fikk mulighet til å gi tilbakemeldinger av utsagn. To informanter responderte på henvendelsen. Dette kan også ha bidratt til økt validitet i studien.

Malterud (2001) fremmet begrepet refleksivitet som en del av validiteten i kvalitative studier. Begrepet omhandler refleksjoner omkring forskerens påvirkning av den gjennomførte studien, blant annet hvilke forforståelser forskeren bringer med seg i forskningsprosessen (Malterud, 2001). Min forforståelse vil gjøres rede for i kapittel 7.6, som kan bidra til å øke validiteten til denne studien. Videre har jeg forsøk å gi klare og gjennomsiktede beskrivelser av mine valg gjennom forskningsprosessen og metodiske begrensninger.

7.5.2 Reliabilitet

Er forskningen troverdig? Dette spørsmålet omhandler forskningens reliabilitet i kvalitativ forskning (Kvale et al., 2015, s. 276). Reliabilitet omhandler gjerne om en annen forsker vil komme frem til det samme resultatet på andre tidspunkter (Kvale et al., 2015; Malterud, 2001). I det kvalitative studiet er forskeren en aktiv del av hele forskningsprosessen. Dette vil sette personlige spor og påvirke intervjuet, analysen og fortolkningsarbeidet, som vil kunne påvirke resultatene (Malterud, 2001). I følge Malterud (2001) er etterprøvbarehet mindre passende i kvalitative studier.

Grep kan likevel tas gjennom studiens forløp for å fremme reliabiliteten gjennom transkriberinger, i analysen av datamaterialet og i rapporteringen av studien. Jeg gjennomgikk transkripsjonene flere ganger for å kontrollere at mulige feil ble rettet opp. I følge Kvale et al. (2015) kan dette styrke reliabiliteten til transkripsjonene og selve meningsinnholdet av utsagnene. Videre gjennomgikk jeg kodene og kategoriene i analysen sammen med veileder. En slik samhandling mellom to forskere kan styrke funnenes reliabilitet (Creswell, 2014). Reliabiliteten øker også ved å beskrive hele forskningsprosjektet nøyaktig (Flick, 2014, s. 483). Dette ble gjort med en redegjørelse av de valgene som ble tatt i forskningsprosessen, som design, utvalgsstrategi, kriterier for utvalget og analysemetoden.

7.5.3 Generaliserbarhet

Kvalitative studier er sjeldent generaliserbare, men funnene kan være mer eller mindre overførbare (Jamieson, 2016). Dette omhandler om mine funn har en overføringsverdi til andre kontekster eller situasjoner (Kvale et al., 2015, s. 289). Case-studier er ofte vanskelig å generalisere på grunn av fokuset på en case (Flick, 2014; Ramian, 2007). Denne studien er en dybdeanalyse av den norske folkehelseloven, unik for Norge og skapt for norske forhold av styringsstrukturen, som gjør funnene mindre overførbare. Utvalget i denne studien er lite og gir derfor ikke informasjon som kan være gyldig for andre kontekster. Det er ikke et mål i denne studien å generalisere funnene til en populasjon eller en annen kontekst. I denne studien ligger verdien i virkningene av folkehelseloven og implikasjoner for videre forskning og praksis. På den andre siden kan mottaker av undersøkelsen selv avgjøre om resultatene har en overføringsverdi. I følge Kvale et al. (2015) er dette analytisk generalisering som forutsetter grundige beskrivelser av forskningsprosessen og argumenter for en eventuell overføringsverdi (s. 291).

7.6 Forskerens rolle

Det er en kjensgjerning at kvalitative studier ikke er objektive og helt upåvirket av forskeren. Valg som tas ubevisst eller bevisst, kan føre til påvirkning av selve undersøkelsen og resultatene (Ramian, 2007, s. 24). En faktor som kan påvirke studien er forskerens forforståelse av tema som studeres. Dette omhandler personlige og profesjonelle erfaringer som kan påvirke forskningsprosessen og min forståelse om tema som skal studeres, som følger meg som forsker gjennom forskningsprosessen. For å fremme kvaliteten i denne studien vil jeg nå gjøre rede for min egen forforståelse og hvilke bakgrunn jeg har som former mine tidligere personlig og profesjonelle erfaringer innen det valgte tema.

Fra tidligere har jeg bachelorgrad i Osteopati, et manuelt og individrettet fokus mot muskel-skjelett plager, og to års arbeidserfaring som terapeut. Denne erfaringen har gitt meg en forståelse av individuelle opplevelser av ulike plager. Jeg har ingen tidligere erfaring fra politiske miljøer og kontekster i forbindelse med folkehelsearbeid. Derimot fattet jeg interesse for tema under dette toårige masterprogrammet. Jeg har tilegnet meg god forståelse av helse i møte med individet, men ville lære mer om de politiske påvirkningene. Min forståelse var mulig preget av de faglige innfallsvinklene fra undervisningen, men opplevde ikke at jeg hadde en spesiell tro eller forutinntatte meninger hva denne studien skulle resultere i. Jeg gikk i møte med denne forskningsprosessen åpen, nysgjerrig og ivrig etter å tilegne meg ny kunnskap om tema.

I møte med informantene i undersøkelsen ble jeg mulig oppfattet som en helt vanlig student, der de selv er eksperter på tema som skulle undersøkes. Dette kan ha påvirket forskningsprosessen i den forstand at de unnlater å fortelle om faktorer som de mener jeg ikke har grunnlag og forutsetninger til å forstå. På den andre siden opplevde jeg at de møtte meg med respekt og en sann interesse for å svare på spørsmålene jeg stilte.

7.7 Etiske overveielser

I praksis omhandler forskningsetikk om å beskytte deltagerne og deres personvern (Hem, 2010). Manglende ivaretagelse av etiske aspekter kan skade forskningen eller lignende forskningsprosjekter i fremtiden, og viktigst av alt føre til skade og utgivelse av sensitiv informasjon av deltagerne (Fossheim & Ingierd, 2013). For å unngå skade og deling av sensitiv informasjon, er taushetsplikt og konfidensialitet viktige deler av forskningsprosessen.

Dette prosjektet ble meldt inn og godkjent av Norsk senter for forskningsdata AS (NSD), der meldeplikt er lovpålagt ved bruk av personopplysninger (vedlegg 3). I dette prosjektet ble det brukt indirekte personidentifiserbare opplysninger knyttet til bakgrunnsopplysninger, i dette tilfellet arbeidsplass. Et etisk prinsipp som er av stor viktighet er informantenes anonymitet for det offentlige. Konfidensialitet omhandler at de som undersøkes er anonyme, der deres identitet ivaretas og ikke avsløres (Kvale et al., 2015, s. 106). Det kan være etiske utfordringer når det kommer til gjenkjenning av informanter grunnet studiens tilknytning til en institusjon. Det ble tatt en rekke tiltak for å bevare deltagerne anonymitet, men grunnet få ansatte i folkehelseavdelingen i organisasjonene kan det foreligge gjenkjenning spesielt av kolleger i organisasjonen.

For å begrense muligheter for gjenkjenning ble ingen av personopplysningene transkribert der informantene ble nummerert etter tall (R1-R5), og detaljer som kan knyttets til informantenes identitet ble slettet. Deres arbeidsstillinger ble uttrykt generelt som ansatte i organisasjonen for å hindre identifisering av informantene. Lydopptakene ble slettet etter transkribering og samtykkeskjemaene oppbevart et sikkert sted som kun jeg som forsker har tilgang til.

Det foreligger også krav til samtykke fra deltagere i forskningen. Samtykkeskjema informerte deltagerne om studiens formål, ivaretagelse av deres anonymitet, informasjon om frivillig deltagelse i studien, samt at de kan trekke seg når som helst fra undersøkelsen (vedlegg 2). Disse ble tildelt informantene og signert før intervjuene. En problemstilling som kan oppstå i søken etter elitepersoner er å få tilgang til disse. Frivillig deltagelse er også et viktig etisk prinsipp som må varetas. I denne studien ble det brukt gatekeeper for å få tilgang til mulige deltagere, der gatekeeperen kan ha påvirket informantene til å delta i studien. På den andre siden ble det gitt informasjon at deltagelse var frivillig i informasjonsskrivet og samtykkeskjema.

7.8 Begrensninger i studien

En begrensning i denne studien kan være antall deltagere i undersøkelsen. Det var total fem informanter. Informantene var ansett som eksperter på tema og dermed forventet å gi utfyllende informasjon omkring problemstillingen. Likevel kunne en inkludering av flere informanter, fra for eksempel Helse- og omsorgsdepartementet, gitt flere nyanser av datamaterialet, men ville blitt utførende innenfor det tidsperspektivet som ble gitt i denne oppgaven.

En annen begrensning er at det ikke ble foretatt en dokument analyse av de politiske dokumentene. En slik triangulering kunne styrket kvaliteten til studiet ved å bli analysert som et isolert datamateriale, men ble brukt som bakgrunnsinformasjon i denne studien. Som tidligere nevnt opplevdes det utfordrende og gjennomføre dokument analyse sammen med intervjuer innenfor den gitte tiden i denne masteroppgaven.

Informantene opptrer og svarer på vegne av organisasjonen. Dette kan ha ledet til ønsker om å representere deres arbeidsplass på et riktig måte og dermed holde tilbake informasjon i frykt for å være motstridene til arbeidsplassen.

8.0 Resultat

Dette kapittelet vil ta for seg resultatene som fremkom gjennom intervjuene, ansett som viktige i tilknytning til problemstillingen. Denne studien søker å undersøke nasjonale myndigheters erfaring av folkehelselovens virkning i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Resultatene blir presentert etter syv identifiserte tema som belyser den valgte problemstillingen. Temaene er følgende; mange prosesser ledet til folkehelseloven, det systematiske folkehelsearbeidet bedret nasjonalt, vertikal og horisontal forankring i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller, kommunale utfordringer, helse i alt vi gjør, statlige utfordringer, politisk prioritering vanskelig. De utvalgte sitatene er skrevet i sitats form med kursiv tekst. Avslutningsvis vil funnene som utmerket seg fra resultatdelen oppsummeres, og danne grunnlaget for diskusjonen i det etterfølgende kapittelet.

8.1 Resultat fra intervjuene

8.1.1 Mange prosesser ledet til folkehelseloven

I spørsmålet om hvilke prosesser som ledet til folkehelseloven var det en bred enighet blant informantene om at det var mange forutgående prosesser som ledet til folkehelseloven. Gjennom mange år har folkehelsearbeidet utviklet seg. Svarene omfavnet utviklingen fra sunnhetsloven, den gamle kommunehelsetjenesteloven, St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*, regionreformen 2006-2007, revideringen av plan- og bygningsloven, politiseringen av sosiale ulikheter på det nasjonale nivået og til slutt samhandlingsreformen som ga økt trykk på forebyggende og helsefremmende arbeidet. Flere informanter viste til St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* som en viktig del av prosessen, der samfunnsperspektivet ble løftet frem og partnerskapsstrukturen grunnlagt.

«Jeg mener Resept for sunnere Norge er viktig å ta med i storyen. Fordi den definerte folkehelsearbeid mer inn i samfunnsutviklingsarbeidet. Fra å være noe som levde i en sånn tjenestefære, så ble et samfunnsutviklingsperspektiv løftet opp». R.5

Kommunenes ansvar for folkehelsearbeidet var forankret gjennom kommunehelsetjenesteloven. Kommuner var pliktige til å følge befolkningens helse og påvirkningsfaktorer, men dette ansvaret var tildelt helsesektoren selv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Gjennom en stadig større forståelse av samfunnets ansvar for folkehelsen og erkjennelsen av andre sektors påvirkning av befolkningens helse, ble føringene i kommunehelsetjenesteloven ansett som problematiske. Flere informanter viste til

utfordringer i den gamle kommunehelsetjenesteloven. Blant annet at ansvaret om å ivareta helse var tillagt helsetjenesten selv.

«Ulike evalueringer tydet på at dette ikke virket ordentlig. Det var en svakhet i konstruksjonen av kommunehelsetjenesteloven. Spesielt dette med at det ikke var samsvar mellom ansvar til helsetjenesten og andre sektors ansvar». R.1

Flere informanter påpekte at mange komponenter i folkehelseloven er hentet fra tidligere prosesser i folkehelsearbeidet, føringer og lovverk. Flere mente disse prosessene førte til folkehelseloven, der samhandlingsreformen kom som en siste bølge som fremmet en endringsprosess mot et økende fokus på forebyggende helsearbeid. En informant uttrykte:

«Men bakgrunnen er at vi trengte en lov som orienterte seg mot alle sektorer som hadde befolkningsperspektivet mye sterkere inne. Dette med alle determinantene for folkehelse eller alt som påvirker folkehelse». R.3

Den norske politisering av sosiale helseforskjeller kan ses gjennom St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Flere informanter nevnte den nasjonale politiseringen av sosiale ulikheter i helse som en viktig parallell prosess som førte til folkehelselovens vektlegging av sosiale helseforskjeller. En informant uttrykte folkehelseloven som en mekanisme for å løfte frem sosiale ulikheter i helse på kommunalt nivå.

«Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Vi hadde jobbet med den i noen år og det var en strategi for å implementere ulikhets- og fordelingsperspektivet på tvers i nasjonal forvaltningen. På tvers av departementer. Vi så at den strategien manglet en vertikal implementeringsmekanisme. (...). Også kom arbeidet med folkehelseloven som en anledning til å få en mekanisme for å implementere fordelingsperspektivet lokalt». R.4

8.1.2 Det systematiske folkehelsearbeidet er bedret nasjonalt

Gjennom folkehelseloven skal kommuner og fylkeskommuner arbeide med systematisk folkehelsearbeid. Kommuner og fylkeskommuner er pålagt å utarbeide oversikt over kommunens folkehelse med positive og negative påvirkningsfaktorer for helse (Folkehelseloven, 2011). Oversikten legger grunnlaget for planlegging av mål som skal integreres i kommuneplanen, forankret i plan- og bygningsloven, som lager grunnlaget for tiltak og evaluering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

Staten tilrettelegger det systematiske folkehelsearbeidet gjennom forskrifter, verktøy og informasjon, som en del av forankrings prosessen av folkehelsearbeidet på regionalt og kommunalt nivå. Som følge av kommunenes krav til systematisk folkehelsearbeid understøtter statlige myndigheter kommunene med data, råd og verktøy som integrerer temaet sosiale helseforskjeller. Flere informanter understrekte dette som en viktig endring etter folkehelseloven i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller på nasjonalt nivå.

«Det er en kjempeviktig ting som har skjedd fra statlig hold, at vi understøtter kommuner med det. (...). Og at direktoratet, istedenfor at vi mer ukoordinert støttet opp ulike tema, prøver vi å understøtte hvordan drive oversiktsarbeid. Vi prøver å lage veiledningsverktøy som fanger flere tema, hvor ulikhet er integrert». R.2

Som en oppfølging av folkehelseloven kom St.meld. nr. 34 (2013-2014)

Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar, der regjeringen presenterte et nasjonalt system for oppfølging av folkehelsearbeidet. Formålet med systemet var å bedre styringssignalene i folkehelsepolitikken gjennom oversikt, skape mål og strategier, tiltak og evaluering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Dette på en slik måte at den nasjonale oversikten følger den kommunale planleggingssyklusen som er innbakt i folkehelseloven. Noen informanter uttrykte at denne adaptasjon av fireårssyklusen på det nasjonale nivået har bedret den nasjonale oppfølgingen av folkehelsearbeidet, som en viktig endring i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller.

«Den legger opp til en veldig systematisk arbeid om ulikheter i helse på lokalt nivå. (...). Og det ble vanskelig å stå og formidle det til kommunene, når det ikke var tilsvarende systematikk på nasjonalt nivå. (...). Det har medført at vi nå har en tilsvarende fireårig syklus med oversikt og tiltak på nasjonalt nivå. En systematikk i folkehelsearbeidet på nasjonalt nivå. Både i forhold til ulikheter og i forhold til folkehelsearbeidet generelt». R.4

Det ble også uttrykt av noen informanter at folkehelseloven har gitt et bedre fundament og en større legitimitet i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller på nasjonalt nivå, men understreker at dette må ses i sammenheng med politiseringen av tema som startet på begynnelsen av 2000 tallet. I følge en informant var det den nasjonale satsingen på sosiale ulikheter i helse som løftet tema kommunalt og fylkeskommunalt gjennom folkehelseloven.

«Det er mer satsningen på ulikheter i helse som ble inkludert i loven, enn at loven førte til at det ble mere satsing på ulikheter i helse nasjonalt. Lokalt tror jeg det er motsatt. Folkehelse er definert, ikke bare som summen av helse i befolkningen, men fordelingen. Så det er flere

kommuner som satser på det. Men nasjonalt hadde vi hatt en bølge med satsning på ulikheter i helse når loven kom som gjorde at ulikhet er så tydelig i loven». R.2

8.1.3 Vertikal og horisontal forankring i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller

I spørsmålet om folkehelseloven har styrket arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse var det enighet blant informantene at folkehelseloven legger godt til rette for dette arbeidet. Både folkehelselovens definering av folkehelsearbeidet som inkluderer fordelingen av helse, og systematikken ble uttrykt som faktorer som legger til rette for arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller, særlig på kommunalt nivå.

«Mulighetene mener jeg absolutt er der. Først og fremst fordi det er innarbeidet når vi skal jobbe med å forbedre befolkningens helse. Det er implisitt at det også handler om å utjevne sosiale helseforskjeller. Det er klart at det hjelper ikke å ha noen fagre ord eller noen bokstaver i en paragraf, men allikevel er det er veldig viktig grunnlag». R.3

«Jeg tror det er store muligheter i den, særlig i det med systematikken. Det har jeg tro på. Den systematikken som folkehelseloven pålegger kommunene å ha i folkehelsearbeidet sitt, tror jeg vil ha effekt på folkehelsen. Både på kort og lang sikt egentlig. På kort sikt særlig ovenfor barn og unge, og på lengre sikt på befolkningen generelt. Så mulighetene er rett og slett bedre helse for alle». R.4

Alle informantene var enige om at folkehelseloven har styrket arbeidet på det kommunale og regionale nivået. Både verktøyene som integrerer sosiale ulikheter i helse og selve lov forankringen ble påpekt som mekanismer for dette. Samtidig var det noen deltagere som mente arbeidet er styrket på nasjonalt nivå, blant annet gjennom klargjøring av ansvar på de ulike nivåene og institusjonalisering gjennom lov. En informant belyste forankring gjennom lov som et viktig virkemiddel:

«Det er en del av institusjonaliseringen av arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Det er klart at loven ofte er, når det er snakk om institusjonaliseringer, så er en lov kanskje det sterkeste når man snakker om institusjoner». R.1

Sosiale ulikheter i helse var før politiseringen av sosiale helseforskjeller en del av den politiske skillelinjen mellom høyre og venstreorienterte regjeringer. Gjennom politisk forankring av sosiale helseforskjeller oppnådde temaet en tverrpolitisk enighet. Flere

informanter uttrykte at den tverrpolitiske enigheten og institusjonaliseringen fører et til jevnt trykk på arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller, men at dette ikke kan isoleres til folkehelseloven alene. En informant uttrykte at folkehelseloven kan ha bidratt til å forsterke den tverrpolitiske enigheten i arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse.

«Det er ikke lenger opp til en politisk trend om ulikheter i helse skal være en del av folkehelsearbeidet. Det er definert inn som en del av folkehelsearbeidet. Det er mer stabilt og bærekraftig slått fast som en del av folkehelsearbeidet. Så vil det antakeligvis gå i perioder hvor mye det vektlegges og ikke. Med at det nå står i en lov veldig tydelig, så kommer det hele tiden til å ha en viss, i noen perioder mye og andre perioder ikke så mye, oppmerksomhet».

R.2

Alle forvaltningsnivåer omfattes av folkehelseloven. Det kommunale, det fylkeskommunale og det nasjonale. Det nasjonale nivået har en todelt rolle; gjennom understøtting av det kommunale og fylkeskommunale folkehelsearbeidet og gjennom «helse i alt vi gjør» perspektivet som fremkommer av § 22 i folkehelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). En informant understrekte at folkehelseloven er en kommunal lov og nasjonal i form av understøtting av det kommunale folkehelsearbeidet.

«Det er en lov først og fremst for kommunene. Også er det de aktørene som skal understøtte kommunene, som selvsagt jobber etter den». R.2

Håndteringen av sosiale helseforskjeller omhandler i stor grad å inkorporere et samfunnsperspektiv i alle sektorer som favner fordelinger av ressurser i et samfunn. I spørsmålet om folkehelseloven har endret tankegangen om hvordan håndtere sosiale helseforskjeller, la informantene vekt på de kommunale endringene. Komponentene som ble løftet frem var systematikken kommunalt, løft av samfunnsperspektivet kommunalt og regionalt, samt at det er en økende forståelse i de andre sektorene.

«Jeg tror først og fremst at det er satt på dagsorden. Det er mye mere fokus på det. Jeg synes det begynner å bre seg ut en mye mer forståelse av hva ulike sektorer kan bidra med og hvordan man sammen kan løfte dette området». R.3

I lys av den nasjonale håndteringen av sosiale helseforskjeller var det en informant som mente defineringen av sosiale helseforskjeller i folkehelseloven gir stabilitet og bærekraftighet til tema sosiale ulikheter i helse.

«Den definerer folkehelse, ikke bare folkehelsens status, men også fordeling av folkehelse. Og det tenker jeg er en stille revolusjon, at det er slått fast i en lovsform. Det gjør at det ikke er så lett å gå bort fra det igjen. Og det skjedde med folkehelseloven (...). Vi strevde forut for folkehelseloven med at folkehelse henger på fordeling hver gang. Men nå er det definert en gang for alle av Stortinget». R.4

8.1.4 Kommunale utfordringer

Selv om informantene mente arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller er mer tilrettelagt og styrket kommunalt, var det noen informanter som viste til kommunale utfordringer. Blant annet kommunenes ulike implementering av folkehelsearbeidet.

«Vi er på tilbud siden med de verktøyene vi legger opp til kommunene (...). Det er en tendens til at den typen tilbud benyttes av de som trenger det minst. Det tror jeg er en utfordring som vi må adressere mer nå». R.4

I implementeringen av folkehelseloven ble det ikke gitt øremerkede finansieringer over statsbudsjettet (Fosse & Helgesen, 2015). Noen informanter mente få ressurser i implementeringen av folkehelseloven var en utfordring i implementeringsprosessen både lokalt og nasjonalt.

«Når de først laget loven burde de strødd på mer implementeringsressurser. Både for den nasjonale understøttingen av kommunene, men selvsagt også for kommunene. Hvis kommunene hadde fått implementeringsressurser, ville de hatt mye kapasitet eller ressurser selv til å bygge kapasitet». R.2

8.1.5 Helse i alt vi gjør

«Helse i alt vi gjør» er et av de fem prinsippene folkehelseloven bygger på. Dette omhandler en horisontal og en vertikal vurdering av helse i beslutningsprosesser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Loven tilrettelegger for bedre samarbeid mellom de ulike forvaltningsnivåene og bedre samarbeid på tvers av de ulike sektorene. Alle forvaltningsnivåer inkluderes i folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). For å løse utfordringen sosial helseforskjeller er det behov for deltagelse fra alle sektorer på alle forvaltningsnivåer. I spørsmålet om HiAP er bedre forankret etter innføringen av folkehelseloven, var det flere informanter som mente HiAP er styrket på lokalt og regionalt nivå som følge av folkehelseloven.

«Slik som jeg leser evalueringen av implementeringen, så ser det ut som om loven har bidratt til at kommunen, både som lokalsamfunn og som organisasjon, i større grad integrerer det i flere sektorer». R.1

I spørsmålet om folkehelseloven har bidratt til å styrke «helse i alt vi gjør» nasjonalt, var det noen informanter som viste til den tverrdepartementale arbeidsgruppen, etablert som følge av rapporteringssystemet etter St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (Helse- og omsorgsdepartement, 2007). En informant uttrykte at denne arbeidsgruppen er viktig for å skape nettverk med de andre sektorene.

«Det viktigste ved den er nettverket. Da har vi kontaktpunkter i alle departementene som virker begge veier». R.1

Under diskusjonen om «helse i alt vi gjør» er styrket nasjonalt som følge av folkehelseloven var det noen informanter som argumenterte for at «helse i alt vi gjør» i stor grad omhandler forhandlinger med andre sektorer og at helsehensynet skal ivaretas. Ikke at helse skal være et egent mål i de andre sektorene.

«Når det er sagt, så er ordet helse i alt vi gjør, eller begrepet dårlig. Men det er kanskje det beste vi har. Når man har laget politikk på mange samfunnsområder, så skal man vurdere hvordan det slår ut på helse og sosiale ulikheter i helse. Jeg tror det kan oppfattes litt negativt av andre sektorer at vi går rundt og gnåler om helse i alt vi gjør. (...) det er ikke slik at helse et viktigere mål enn alle andre samfunns mål. Men det vi ber om er at hensyn til helse og fordeling av helse skal vurderes». R.2

I folkehelselovens § 22 står det at: «statlige myndigheters skal i sin virksomhet vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant» (Folkehelseloven, 2011, § 22). Denne bestemmelsen følger utredningsinstruksen for statlige myndigheter, men paragrafen synliggjør ansvaret statlige myndigheter har for folkehelsen, som det står beskrevet i merknadene til folkehelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). I diskusjonen om «helse i alt vi gjør» på nasjonalt nivå var det noen informanter som indikerte at dette var eksisterende praksis gjennom utredningsinstruksen.

«Juridisk sett betyr ikke den så veldig mye mer i forhold til det som var før. Fordi hvis man leser i forarbeidet til den paragrafen som handler om helse i alt vi gjør i staten, så innebærer det mye det samme som følger av utredningsinstruksen for enhver offentlig politikktutvikling».

R.2

Det ble argumentert for at dette var grunnet i lov som styringsvirkemiddel for kommuner, der lover ikke regulerer staten i samme betydning.

«På nasjonalt nivå, det er ikke der den har den største betydning. (...) Når det gjelder kommunesektoren så styrer vi primært via lov. Det er hovedmåten vi styrer kommunesektoren på, men ikke i staten. Der styres det primært på andre måter. Det har noe med lov som verktøy å gjøre». R.1

En annen informant mente denne prinsippbestemmelsen kan lede til større skyts fra helsesektoren.

«Den gir nok litt mere skyts fra helsesektoren hvis de ønsker de. Så kan de med den loven i hånden si; se her står det. Den brukes nok mere som en begrunnelse for at helsehensyn skal ivaretas». R.2

Samtidig uttrykte en informant viktigheten med de sterke forpliktelsene på lokalt og regionalt nivå som reflekterer hvor virkemidlene for håndtering av sosiale helseforskjeller ligger.

«Jeg synes forpliktelsene er sterkere på regionalt og lokalt nivå. Og det er ikke noe rart, fordi det er der det viktige folkehelsearbeidet må skje. Så den er helt i tråd med tenkingen om at det er lokalt man har virkemidler». R.3

8.1.6 Statlige utfordringer

Tverrsektorielt samarbeid er en viktig mekanisme for å håndtere sosiale helseforskjeller, der helsens mange determinanter ligger utenfor helsesektorens rekkevidde. Tverrsektorielt arbeid reflekterer HiAP, men HiAP fremmer ikke bare viktigheten med å samarbeide på tvers av sektorer, men også vertikalt gjennom de ulike styringsnivåene.

Som tidligere indikert ble det vist til den tverrdepartementale arbeidsgruppen i spørsmålet om «helse i alt vi gjør» er styrket på nasjonalt nivå, innført som følge av St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. En informant uttrykte at folkehelseloven kan ha bidratt til å forsterke det tverrsektorielle arbeidet, men at det ikke er loven isolert som fører til det sektorovergripende fokuset nasjonalt.

«Jeg er ikke sikker. Jeg tror det (folkehelseloven) kan fungere som en tydeligere kile for at det ikke skal bli borte. Men jeg tror at det fluktuerer veldig med politisk klima på ulike sektorområdet til enhver tid. Jeg tror ikke det er loven i seg selv som plutselig gjør at det er mye bedre samarbeid på tvers av sektorer». R.2

For å utjevne sosiale ulikheter i helse må andre sektorer involveres, der helsesektoren alene ikke har virkemidler for å håndtere problemet alene. I diskusjonen om det tverrsektorielle arbeidet er styrket etter innføringen av folkehelseloven var det flere informanter som påpekte det tverrsektorielle arbeidet som utfordrende.

«En utfordring jeg kan trekke frem på nasjonalt nivå, er at vi er avhengig av de andre sektorene. Helsesektoren kan ikke løse dette alene og det er en utfordring. Vi er veldig siloorientert, kanskje aller mest på nasjonalt nivå. Så det er en utfordring å få til det tverrsektorielle». R.3

HiAP omhandler ikke kun en tverrsektoriell forankring, men også en vertikal gjennom de ulike styringsnivåene. Folkehelseloven konkretiserer ansvar på de ulike nivåene der samordning og samarbeid vertikalt tilrettelegges (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). I diskusjonen om det tverrsektorielle er styrket etter innføringen av folkehelseloven i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller, var det en informant som mente folkehelseloven kan ha bidratt til at nasjonale myndigheter må opptre koordinert ovenfor kommuner og fylkeskommuner.

«Du kan si at folkehelseloven har gitt enda mere understøtting til det å opptre koordinert ovenfor kommunene og da må man samarbeide bedre i staten. Sånn sett kan du kanskje si det, fordi den også styrker etterspørselen til helhetlig statlig politikk». R.2

Andre informanter etterlyste økt samstyring og koordinering mot kommuner og fylkeskommuner.

«Vi må prøve å jobbe mer på tvers på nasjonal nivå og gi de samme signalene ned. (...). At det kommer slike signaler fra helsesektoren ikke nok alene». R.3

Helsekonsekvensutredninger (HKU) er et verktøy med formål om å synliggjøre virkningene av andre sektorers politikk på befolkningens helse (Helsedirektoratet, 2016a). Dette gjennom vurderinger om et tiltak eller en beslutning vil påvirke de sosiale determinantene som direkte eller indirekte kan påvirke befolkningens helse. Kommuner er pliktige til en slik vurdering når det er antagelser om at et tiltak kan føre til uheldige følger for helsen eller fordelingen av helse i befolkningen, hjemlet i plan- og bygningsloven og folkehelseloven (Helsedirektoratet, 2016a). For sentralforvaltningen følger dette utredningsinstruksen for hver offentlig sektor. Videre i diskusjonen om «helse i alt vi gjør» er styrket på det nasjonale nivået var det flere informanter som mente helsekonsekvensutredninger ikke er godt nok ivaretatt nasjonalt.

«Den er en sovende paragraf foreløpig. Den helsekonsekvensutredningen fungerer ikke bra nok i staten. (...). Det er mer arbeid og det er ikke åpenbart for dem hvorfor de skal utrede helsekonsekvenser. De er pålagt det etter utredningsinstruksene, akkurat som vi skal utrede miljøkonsekvenser av det vi gjør. Hele forvaltningen er forpliktet til å ta en del hensyn, så der det litt opp og ned hvor mye de tar». R.4

En deltager mener det omhandler ressurser og politisk vilje, der manglende vurdering kan føre til økte sosiale helseforskjeller som en ikke-intendert konsekvens av tiltak med andre gode formål. I forbindelse med revideringen av utredningsinstruksen for nasjonale myndigheter vil Helse- og omsorgsdepartementet utgi en veileder for konsekvensvurderinger der helse og fordeling av helse er inkorporert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Noen informanter viste til denne, men pekte på implementering som en mulig utfordring.

«Det er et implementeringsarbeid den dagen den kommer ut. Jeg tror ikke veien å gå er at alle skal ha veldig grundig helsekonsekvensutredning av alt de gjør. Men at de gjør noen raske vurderinger om forslaget vil det påvirke helse og fordeling av helse». R.4

Grunnet den sektorovergripende karakteren til folkehelsearbeidet ble det implementert et rapporteringssystem for arbeidet med å redusere sosiale ulikheter, med utgangspunkt i St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Rapporteringssystemet ble utvidet til å inkludere flere indikatorer for befolkningens helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Formålet med rapporten er å sammenstille ulike sektorers politikkområder som kan påvirke folkehelsen, som gir utgangspunkter for fremtidig beslutninger i politikken (Helsedirektoratet, 2015). En informant mente rapporteringssystemet er en statusoppdatering og at kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for helsekonsekvensutredninger kan lede til tidlige vurderinger i beslutningsprosesser.

«Det viktigste med dette er at det kan gi et bedre grunnlag for å kunne påvirke politikken in progress. In the making. Folkehelsepolitisk rapporter er på en måte status, mens vi ønsker å bruke samme type kunnskap tidligere i beslutningsprosessene i de andre sektorene. Det viktigste er å komme i forkant». R.1

Arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter er langsiktig og tar tid før eventuelle effekter kan ses. En informant uttrykte at valgmekanismen kan lede til begrensninger i det langsiktige arbeidet, der politikken er ideologidrevet.

«Men jeg tror politiske prosesser vil overstyre det litt. Politikken er mer ideologidrevet enn kunnskapsdrevet, og det er en hovedutfordring både lokalt og nasjonalt. (...). Alt går i fireårs sykluser. Politikere velges for fire år og har egentlig ikke noe veldig stor interesse av effekter som er så langtids at det går utover fire år. Og det er vel de fleste effekter på folkehelsefeltet».

R.4

8.1.7 Politisk prioritering vanskelig

Som tidligere indikert var det flere informanter som uttrykte en tverrpolitisk enighet om sosiale helseforskjeller gjennom politiseringen av sosiale ulikheter i helse. Flere informanter ga uttrykk for at det er vanskelig å få til en politisk prioritering av sosiale helseforskjeller. Arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller omhandler inkorporering av et samfunnsperspektiv i de andre sektorene, fordeling av ressurser som igjen påvirker helsen og fordelingen av helsen. Denne forståelsen må ligge til grunn i de andre sektorene som flere deltagere indikerte som utfordrende. Noen informanter mente dette handler om å bygge forståelse i andre sektorer gjennom løft av samfunnsperspektivet. En annen informant mente det også handler om politisk vilje og understreker at folkehelseloven ikke er virkemiddel for det.

«Vi ser behovet for å jobbe videre med en tverrsektoriell forankring av loven nasjonalt. Det er egentlig en gavepakke for alle sektorer, å løfte et samfunnsutviklingsperspektiv, mer enn de klarer å skjønne selv. Men jeg tror ikke det handler om at de skal lære seg loven. Men at vi må bygge opp produktet nasjonalt, som flere sektorer ser som relevante». R.5

«Det å ha med seg et ulikhet i helse perspektiv når man gjennomfører tiltak er helt ekstremt viktig. Det handler om å bygge kapasitet og forståelse for hvordan du tenker gjennomføringen av tiltak. Kompetansen trengs helt fra nasjonalt hold til lokalt hold. Jeg tror ikke det er loven som er virkemidlet for det. Det handler om kapasitetsbygging, penger og politisk vilje, antageligvis aller mest politisk vilje». R.2

En informant mente også at folkehelseloven kan ha bidratt til å øke fokuset på sosiale helseforskjeller lokalt i kommuner, som lokale politikere vil ta med seg når de rekrutteres til Stortinget og dermed bidra til økt fokus omkring tema i Stortinget.

«Fordi du kommer til å få rekruttert inn i Stortinget lokalpolitikere som har vært opptatt av folkehelse. Og det er nok en konsekvens av folkehelseloven fordi politikere starter lokalt også kommer de inn i nasjonalpolitikken og kan mere om folkehelse. Og det er jo veldig spennende. Så der er jeg veldig optimistisk egentlig, i forhold til fremtiden». R.2

8.2 Oppsummering av resultater

Tre ting utmerker seg fra intervjuresultatene. Det første er vektleggingen av det kommunale folkehelsearbeidet. Dette gjennom den nasjonale understøttingen og tilretteleggingen fra sentralforvaltningen gjennom verktøy og veiledere slik at kommuner kan drive det systematiske oversiktsarbeidet der sosiale ulikheter er integrert. Informantene uttrykte at dette styrker arbeidet med å redusere sosiale ulikheter i helse og gir bedre grunnlag for håndtering på kommunalt nivå.

Det andre som utmerker seg, er at det ble gitt uttrykk for at folkehelseloven er en del av satsingen i arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse nasjonalt. Informantene uttrykte at folkehelseloven har gitt bedre oppfølging av folkehelsearbeidet nasjonalt gjennom adaptering av en fire-års syklus. Videre ble den tverrdepartementale arbeidsgruppen, rapporteringssystemet, tverrpolitisk enighet og ivaretagelse av helsehensynet beskrevet som byråkratiske forandringer og eksisterende praksis i sentralforvaltningen før innføringen av folkehelseloven. Informantene uttrykte at folkehelseloven kan ha bidratt til å institusjonalisere arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller, som fører til økt bærekraftighet av arbeidet.

Det siste punktet er indikasjonen for at det fortsatt er behov for tverrsektoriell integrering av folkehelsearbeidet og helsehensynet på det nasjonale nivået. Det var enighet om at arbeidet med å redusere sosiale ulikheter ikke kan oppnås av helsesektoren alene. Det ble gitt uttrykk for at helsekonsekvensutredninger sjeldent brukes nasjonalt, og at verktøyet kan bidra til at vurderinger av helsehensynet tas tidligere i beslutningsprosesser. Videre var det antydning utfordrende å få sosiale ulikheter som en politisk prioritet på det nasjonale nivået og at helse fortsatt er helsesektorens ansvarsområde. Informantene ga uttrykk for at samfunnsutviklingsperspektivet må styrkes, der forståelse og politisk vilje ligger til grunn for den manglende tverrsektorielle integreringen.

Disse tre punktene vil vektlegges og danne grunnlaget for diskusjonen i neste kapittel.

9.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien er å bedre forstå virkningene av folkehelseloven i arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse, der fokuset ligger på det nasjonale nivåets folkehelsearbeid. I dette kapittelet vil jeg diskutere funnene presentert i det foregående kapittelet. Strukturen vil følge de tre elementene som kom til uttrykk gjennom resultatene.

Det første punktet vil ta for seg informantenes vektlegging av det kommunale folkehelsearbeidet og nasjonale myndigheters rolle i understøttelsesarbeidet. Det andre punktet vil ta for seg folkehelseloven som en del av en lengre nasjonal satsing i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller og den mulige institusjonaliseringen av arbeidet. Det tredje og siste punktet vil ta for seg funnene av den mangelfulle integrering av helsehensynet i den nasjonale politikken.

Funnene vil presenteres og diskuteres omkring empiri og teori, som etterfølges av metodiske begrensninger. Dette vil etterfølges av oppsummering og konklusjon i siste kapittel.

9.1 Kommunalt folkehelsearbeid og nasjonale myndigheters rolle

Gjennom folkehelseloven fikk kommunene et sentralt ansvar i folkehelsearbeidet som inkluderer arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2011). Som følge av folkehelselovens krav til kommuner og fylkeskommuners systematiske folkehelsearbeid understøtter nasjonale myndigheter dette arbeidet med verktøy og veiledere som beskriver «hvordan drive godt folkehelsearbeid» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). I disse verktøyene er sosiale ulikheter i helse en integrert del (Helsedirektoratet, 2013, 2016b). Informantene la vekt på det nasjonale understøttelsesarbeidet av kommunene og fylkeskommunene som en viktig endring i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller, som følge av folkehelseloven. Informantene uttrykte at dette styrker og tilrettelegger arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller på kommunalt nivå.

Dette sammenfaller med Diderichsen et al. (2015) sin studie som indikerte at juridiske føringer og klare retningslinjer fra sentralforvaltningen kan være viktige for å fremme arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller på det kommunale nivået i Norge.

Diderichsen et al. (2015) mente det sterke lederskapet i den norske folkehelsepolitikken og bruk av lovgivning har ført til økt implementering av HiAP i kommunene.

Funnet korrelerer også med studiene og evalueringene av det kommunale folkehelsearbeidet etter innføringen av folkehelseloven. Før folkehelselovens trådte i kraft indikerte studier at

kommunenes folkehelsearbeid i større grad var forankret i helsesektoren, fokuserte på livsstilsfaktorer og at få kommuner hadde etablert oversiktsarbeid (Helgesen & Hofstad, 2012; Tallarek née Grimm et al., 2013). Oppfølgingsevalueringer og studier etter innføringen av folkehelseloven, indikerte en endring av folkehelsearbeid mot økt oversiktsarbeid (Helsetilsynet, 2015; Riksrevisjonen, 2015; Schou et al., 2014), og bedre forståelse for tverrsektorielt arbeid og de bakenforliggende årsakene til helse (Fosse & Helgesen, 2015; Schou et al., 2014). Imidlertid var det også indikasjoner for at selve gjennomføringen av tiltak i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller er utfordrende (Fosse & Helgesen, 2015; Hagen et al., 2016; Riksrevisjonen, 2015; Schou et al., 2014), og at det var variasjoner i hvor langt kommunene var kommet i møte med folkehelseovens intensjoner (Fosse & Helgesen, 2015; Helsetilsynet, 2015; Riksrevisjonen, 2015; Schou et al., 2014).

Imidlertid er det også viktig å legge press på det nasjonale nivå. For det første fordi nasjonale myndigheter er pådrivere og skapere av virkemidler og prosesser som kan fremme tverrsektorielt arbeid og sikre en helhetlig tilnærming for å redusere de sosiale helseforskjellene (Brown et al., 2013). For det andre besitter nasjonale myndigheter viktige virkemidler for å påvirke helse og sosiale helseforskjeller (Diderichsen et al., 2015; Sihto et al., 2006). Folkehelseloven kan være viktig for å fremme arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller på kommunalt nivå grunnet kommunenes sentrale velferdsoppgaver. Imidlertid er også den overordnede nasjonale politikken viktig i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller (Fosse, 2016). Både Diderichsen et al. (2015) og Sihto et al. (2006) mente nasjonale myndigheters politikk kan bremse kommunens arbeid med å redusere de sosiale ulikhetene i helse, hvis det ikke er samstemthet og harmoni i politikken som føres på det ulike forvaltningsnivåene. Flere studier mente helsesektoren selv har en særs viktig rolle for å fremme HiAP på tvers av sektorer nasjonalt (CSDH, 2008; Howard & Gunther, 2012; Marmot & Allen, 2013; Ollila, 2011). Greer og Lillvis (2014) argumenterte også for indirekte press på det nasjonale nivået. Dette gjennom deling av data og kunnskap om helse med aktører utenfor myndighetene, som kan bidra til å legge press på de nasjonale myndighetene om å rette oppmerksomhet mot befolkningens helse på tvers av sektorer.

Viktigheten av nasjonale myndigheters evne til å fremme prosesser og strategier, kan ses i den norske folkehelsepolitikken. De endringene som informantene og forskningen viser til i det lokale folkehelsearbeidet etter innføringen av folkehelseloven, kan ses som et resultat av den nasjonale folkehelsepolitikken og de styringsvirkemidlene som brukes for å fremme prosesser

i kommunene. Nasjonale myndigheter fremmer ønskede prosesser i kommuner ved hjelp av økonomiske, pedagogiske eller juridiske virkemidler (Kommunal- og regionaldepartementet, 2012). Folkehelseloven er en kombinasjon av den tradisjonelle hierarkiske styringen og den moderne formen for styring «governance» eller samstyring (Helgesen, 2014). Kombinasjonen av styringer reflekteres gjennom at folkehelsearbeidet er lovpålagt av sentralforvaltningen, men selve gjennomføringen tilrettelegges fra staten gjennom veiledningene og verktøyene, der det foreligger få sanksjoner for å styre det arbeidet som gjøres. Tilsynet av kommunenes implementering av folkehelsearbeidet i kommuneplanen er den eneste sanksjonen tilsynsmyndighetene har over kommunenes folkehelsearbeid. Dette kan ses i sammenheng med kompleksiteten til «governance» eller samstyring, som er et svar på komplekse samfunnsutfordringer, som ingen sektor eller forvaltningsnivå kan løse alene (Røiseland & Vabo, 2012). Styringen av samstyring gjennomføres ofte med det Røiseland og Vabo (2012) omtalte som «myke styringsvirkemidler», som tilrettelegging og veiledning. De myke styringsvirkemidlene er ikke direkte former for styring og dermed vanskelig å overstyre. Derimot kan statlige myndigheter bruke indirekte styringsformer for styring. Noen studier indikerte at økonomiske insentiver, som en indirekte styringsform, kan ha innvirkning på folkehelsearbeidet i kommunene (Fosse & Helgesen, 2015; Helgesen, 2014). Gjennom folkehelseloven er det de pedagogiske styringsvirkemidlene som rettleder kommunene i folkehelsearbeidet og i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Grunnet implikasjonen av samstyring kan funnene forstås slik at nasjonale myndigheter understøtter og veileder kommunene til et visst nivå i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller, men at mye av arbeidet er opp til kommunene selv.

Kommunenes autonomi i folkehelsearbeidet kan ses som en balanse mellom «top-down»- og «bottom-up»-strategier som er sentralt i helsefremmende arbeid (Samdal & Wold, 2012). Nasjonale myndigheter iverksetter politikk for å fremme tiltak og prosesser i kommunene, og kan ses som en «top-down» -strategi. «Bottom-up» -strategi kan ses gjennom kommunenes autonomi i folkehelsearbeidet, fordi de selv kan iverksette tiltak basert på deres egne identifiserte behov gjennom oversiktsarbeidet. «Top-down»-strategien er kritisert for å ikke tilpasse seg lokale eller individuelle behov (Samdal & Wold, 2012), der folkehelseloven gir kommunene rom for å handle innenfor deres egne identifiserte problemområder.

Videre kan funnene forstås slik at folkehelseloven har tilrettelagt for den vertikale integreringen av HiAP i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller gjennom de ulike forvaltningsnivåene. Dette på bakgrunn av nasjonale myndigheters evne til å fremme

prosesser i kommuner (Brown et al., 2013; Fosse & Helgesen, 2015; Helgesen, 2014; Kommunal- og regionaldepartementet, 2012), som reflekteres gjennom indikasjonene om positive endringer i det lokale folkehelsearbeidet etter innføringen av folkehelseloven (Fosse & Helgesen, 2015; Helsetilsynet, 2015; Riksrevisjonen, 2015; Schou et al., 2014). Også fordi informantene ga uttrykk for at understøttelsesarbeidet mot kommuner har tilrettelagt og styrket arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller lokalt.

HiAP er en «whole of government»-tilnærming, og er et av prinsippene folkehelseloven bygger på (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). HiAP omhandler ivaretagelse av helsehensynet i beslutningsprosesser horisontalt på tvers av sektorer og vertikalt gjennom de ulike forvaltningsnivåene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b).

Folkehelseloven har integrert perspektivene om sosiale determinanter, sosiale helseforskjeller og strategien «helse i alt vi gjør», som er tydelige spor fra internasjonale føringer fra WHO og det helsefremmende arbeidet. Indikasjonen om at folkehelseloven har tilrettelagt for den vertikale integreringen av HiAP i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller, samsvarer med behovet for deltagelse av alle forvaltningsnivåene i arbeidet med å redusere sosiale ulikheter i helse (CSDH, 2008; Dahlgren & Whitehead, 1991; Marmot et al., 2010). Dette er også sentralt i det helsefremmende strategiplanen (WHO, 1986). Dermed kan folkehelselovens tilrettelegging for den vertikale integreringen av arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller, være et viktig steg i riktig retning for å oppnå det nasjonale overordnede målet; « redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse» (Helse- og omsorgsdepartement, 2007, s. 6).

9.2 Folkehelseloven og institusjonalisering

Politiseringen av sosiale ulikheter i helse startet i begynnelsen av 2000-tallet. *Resept for et sunnere Norge* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003), *Gradientutfordringen* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) og *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (Helse- og omsorgsdepartement, 2007) indikerer denne gradvise forankringen av tema nasjonalt.

Informantene uttrykte at folkehelseloven var en del av en lang og større prosess med å integrere sosiale helseforskjeller i politikken. Gjennom intervjuene uttrykte informantene at folkehelseloven kan ha bidratt til å institusjonalisere arbeidet med å redusere sosiale ulikheter i helse, som gir bærekraftighet til tema.

Bærekraftigheten informantene refererte til var stabilitet i tema gjennom politiske skifter, der arbeidet med å redusere sosiale ulikheter tidligere var en del av den politiske skillelinjen

mellom høyre- og venstreorienterte regjeringer. Gjennom intervjuene ble det uttrykt at sosiale ulikheter i helse er en tverrpolitisk enighet, der folkehelseloven kan ha bidratt til å ytterligere styrke den tverrsektorielle enigheten og bærekraftigheten av tema. Imidlertid var det også uttrykt at vektleggingen av arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller vil kunne variere i perioder.

På den ene siden kan det omhandle ulik vektlegging av tema og tiltak gjennom politiske tradisjoner og regjeringsskifter. Flere studier ga indikasjoner for at folkehelsearbeidet vektlegges ulikt mellom høyre- og venstreorienterte regjeringer (Fosse, 2009, 2011; Mackenbach & McKee, 2013b; Navarro & Shi, 2001), og at valgcyklusen kan påvirke det langsiktige arbeidet (Greer & Lillvis, 2014; Ollila, 2011). Tiltak for å redusere den sosiale gradienten, som berører hele befolkningen, krever kombinasjon av universelle og målrettede strategier (Marmot et al., 2010; Whitehead & Dahlgren, 2006). Kombinasjoner av universelle og målrettede tiltak er også Norges strategi reflektert gjennom *Gradientutfordringen* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Imidlertid indentifiserte Fosse (2012) indikasjoner for ulik vektlegging av universelle og målrettede strategier fulgte høyre- og venstreorienterte regjeringer.

På den andre siden kan det omhandle konkurrerende samfunnsutfordringer som trenger mer umiddelbare løsninger og er enklere å håndtere. Arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller er beskrevet som «wicked problems» etter dens komplekse karakter, som ikke har umiddelbare løsninger og sammensatte årsaksforklaringer (Hofstad, 2015; Kickbusch & Buckett, 2010). Ifølge Baum og Fisher (2014) kan dette lede til at myndigheter velger å vektlegge de utfordringene som er mindre komplekse av karakter grunnet klarere problemdefineringer og løsninger.

Flere studier ga antydninger for at politiske forpliktelser er en viktig faktor for implementering og løft av arbeidet med å redusere de sosiale helseforskjellene (Brown et al., 2013; CSDH, 2008; Greer & Lillvis, 2014; Howard & Gunther, 2012). Blant annet Brown et al. (2013) rapport som indikerte at lovpålagte rammeverk med formulerte forpliktelser og løft av tema opp til et felles ansvarsområdet, kan være viktig for å fremme sektorovergripende arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller.

Sett i lys av politiske forpliktelser, uttrykte informantene at nasjonale myndigheters forpliktelser i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller følger stortingsmeldinger og utredningsinstruksen for offentlig sektor, der lov ikke er et virkemiddel for å regulerer stat.

Gjennom intervjuene kom folkehelseloven til uttrykk som en del av en lang prosess i utviklingen av politikken for å redusere sosiale helseforskjeller. Både informantene og litteraturen fremhevet St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* som en viktig del av denne politiseringen (Dahl & Lie, 2009; Fosse, 2009; Fosse & Strand, 2010). Stortingsmeldingen skulle lede til *Gradientutfordringen* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005), som ga et viktig grunnlag til St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller*, som satt utjevning av sosiale ulikheter i helse som et politisk mål i Norge (Fosse, 2009). Stortingsmeldingen beskrev retningslinjer i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller og hadde et tverrsektorielt fokus, som ledet til rapporteringssystemet og den tverrdepartementale arbeidsgruppen. En form for forpliktelse kan ses i sammenheng med det nasjonale rapporteringssystemet, der ulike sektorer evaluerer og fremmer tiltak i sine sektorer som kan påvirke helse og fordelingen av helse (Helsedirektoratet, 2015). Denne tverrsektorielle organiseringen er beskrevet som en viktig mekanisme for en horisontal og tverrsektoriell forankring i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller på det nasjonale nivået (Strand et al., 2009). Rapporteringssystemet indikerer at arbeidet med å redusere de sosiale helseforskjellene er et sektorovergripende ansvar.

Det kan synes at folkehelseloven ytterligere fremmer og understøtter de nasjonale forpliktelsene, gjennom blant annet formålsparagrafen; «(...) å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller» (Folkehelseloven, 2011, § 1), bygget på prinsippet om «helse i alt vi gjør» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Prinsippet impliserer at alle sektorer og forvaltningsnivåer må samarbeide for å bedre befolkningens helse og fordelingen av helse blant de ulike gruppene i samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Med dette løftes helse ut av helsesektoren, til å bli et sektorovergripende ansvar. Likeledes følger nasjonale myndigheters ivaretagelse av helsehensynet i politikktutforming den offentlige utredningsinstruksen, der folkehelseovens § 22 fremmer denne forpliktelsen ytterligere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). § 22 lyder slik: «Statlige myndigheter skal i sin virksomhet vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant» (Folkehelseloven, 2011, § 22).

Imidlertid indikerte forskning at byråkratiske forandringer i organisasjonen kan bidra til vedvarende implementeringen av HiAP strategier (Greer & Lillvis 2014). Sett i et slikt lys kan en mulig hevde at folkehelseloven har bidratt til å ytterligere institusjonalisere arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller gjennom byråkratiske forandringer. Før innføringen av folkehelseloven var rapporteringssystemet og den tverrdepartementale arbeidsgruppen

eksisterende byråkratiske forandringer på nasjonalt nivå. Folkehelseloven skaper ytterligere byråkratiske forandringer. Dette gjennom folkehelselovens krav til statens understøttelsesarbeid mot kommuner og adaptasjonen av kommunenes fireårssyklus i det nasjonale oversiktsarbeidet som følger av St.meld. nr. 34 (2012-2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Disse endringene som er følger av folkehelseloven, kan anses som byråkratiske endringer som kan bidra til varig implementering av arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller.

Informantene beskrev folkehelseloven som en del av en lang prosess i politiseringen av sosiale helseforskjeller, som ytterligere institusjonaliserer og gir bærekraftighet til arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Sett i sammenheng med de nasjonale føringene i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller fra blant annet *Gradientutfordringen* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) og St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (Helse- og omsorgsdepartement, 2007), kan folkehelseloven ses som en videreføring av prinsippbestemmelsene i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Funnene kan dermed forstås slik at folkehelseloven kom som det siste og sterkeste uttrykket for den nasjonale satsingen i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller.

I lys av forpliktelser gjennom rammeverk, strategier, lovverk og byråkratiske forandringer, som tidligere forskning mener er viktige faktorer for varig implementering av arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller (Brown et al., 2013; CSDH, 2008; Greer & Lillvis, 2014; Howard & Gunther, 2012), kan folkehelseloven ses som en bidragsyter og skaper av slike viktige faktorer. Dermed kan funnene forstås slik at folkehelseloven ytterligere understøtter nasjonale forpliktelser gjennom løft av samfunnets ansvar, som krever ivaretagelse av helsehensynet og tverrsektorielt arbeid i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Dette kan være viktig der folkehelselovens implisitte lov forankring av de nasjonale forpliktelsene, kan bidra til varig implementering av arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Derimot er det ikke gitt at folkehelseloven vil føre til at andre sektorer føler de har ansvar for å integrere vurderinger av helsehensynet i deres politikktutforming.

I lys av helsefremmende arbeid kan folkehelseloven anses som en forankring av flere av de sentrale prinsippene. For det første gjennom den eksplisitte inkluderingen av sosiale helseforskjeller i folkehelse og folkehelsearbeid. Dette samsvarer med den sentrale vektleggingen av equity i det helsefremmende arbeidet. Det helsefremmende arbeidet søker å skape like muligheter for å oppnå god helse i befolkningen og å redusere faktorer som frarøver mennesker denne muligheten (WHO, 1986). Videre synes det at folkehelseloven

ytterligere løfter de nasjonale forpliktelser i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller til et sektorovergripende ansvar. Dette reflekterer den tverrsektorielle karakteren i det helsefremmende arbeidet. I Ottawacharteret ble equity beskrevet som en ressurs og en forutsetning for helse, sammen med blant annet mat, utdanning og bolig (WHO, 1986). Disse faktorene er omtalt som sosiale helsedeterminanter, anliggende andre sektors kontroll og styring, ikke helsesektoren (CSDH, 2008; Dahlgren & Whitehead, 1991; Graham, 2004). De mange påvirkningsfaktorene utenfor helsesektorens kontroll skaper begrunnelsen for samfunnets innsats og politikkenes viktige betydning for å skape et helsefremmende samfunn. En slik forankring av det helsefremmende arbeidet krever felles innsats. Folkehelseloven kan ha bidratt til å fremme politikkenes ansvar for å skape et helsefremmende samfunn, som ivaretar befolkningens helse og fremme like muligheter til å oppnå god helse.

9.3 Den horisontale integreringen, noe kan bli bedre

Den norske folkehelsepolitikken i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller er beskrevet som sammenhengende og konkret gjennom tverrsektorielt arbeid, fokusering på de sosiale determinantene i helse og den sosiale gradienten (Fosse & Strand, 2010; Povlsen et al., 2014; Tallarek née Grimm et al., 2013). På grunn av den tydelige nasjonale politikken i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller, videreført i folkehelseloven, ble Norge beskrevet som det eneste nordiske landet som har konkret politikk i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller med fokus på den sosiale gradienten (Povlsen et al., 2014). Det kan tyde på at nasjonale myndigheter har et veletablert tverrsektorielt arbeid gjennom rapporteringssystemet og tverrdepartemental arbeidsgruppe. Imidlertid var det flere informanter som uttrykte utfordringer i det tverrsektorielle arbeidet og manglende tverrsektoriell integrering av helsehensynet på det nasjonale nivået. Det ble antydnet at helse må løftes opp til å bli en naturlig del av samfunnsutviklingen i de andre sektorene, der folkehelseloven ikke ble beskrevet som virkemiddelet for å fremme en slik prosess.

Dette sammenfaller med forskningen som indikerer at integrering av helsehensynet i de andre sektorene er en utfordring i implementeringen av HiAP-strategier i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller (Brown et al., 2013; CSDH, 2008; Greer & Lillvis, 2014; Ollila et al., 2013; Sihto et al., 2006).

På den ene siden kan det omhandle manglende implementering av helsekonsekvensutredninger på det nasjonale nivået. Helsekonsekvensutredninger er et verktøy med formål om å bistå sektorer med å vurdere konsekvenser av sin politikk på helse

og sosiale ulikheter i helse (Kemmer, 2007). For kommuner er helsekonsekvensutredninger lovpålagt gjennom folkehelseoven og plan- og bygningsloven (Helsedirektoratet, 2016a). For nasjonale myndigheter følger dette utredningsinstruksen for offentlig forvaltning, der folkehelseoven ytterligere understreker vurderinger av helsehensynet gjennom folkehelseovens § 22 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Studier indikerer at bruk og implementering av helsekonsekvensutredninger kan fremme tverrsektoriell integrering av helsehensynet (Greer & Lillvis, 2014; Haigh et al., 2013; Molnar et al., 2016). CSDH (2008) anbefalte institusjonalisering av arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller gjennom betraktninger omkring helse og sosiale helseforskjeller i politiske beslutningsprosesser, blant annet gjennom helsekonsekvensutredninger.

Imidlertid er det også indikasjoner for at helsekonsekvensutredninger er svakt implementert på nasjonale nivåer. Dette indikerte Melkas (2013) case-studie av implementeringen av HiAP i Finland. Dette var også en betraktning gjort av Strand et al. (2009) i deres case-studie av implementeringen av politikk for å redusere sosiale helseforskjeller i Norge. Slik det ble uttrykt i intervjuene er det manglende bruk av helsekonsekvensutredning i den nasjonale politikken. Dette samsvarer med St.meld. nr. 34 (2012-2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) og St.meld. nr. 19 (2014-2014) *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), der begge uttrykte ønsker om bedre tverrsektoriell integrering av helsehensynet på det nasjonale nivået. Som følge av dette skal det utgis en veileder for helsekonsekvensutredninger for å fremme helsehensynet i andre sektorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2015). Om veilederen til helsekonsekvensutredningen er et velfungerende virkemiddel for integrering av helsehensynet i andre sektorer, vil det foreløpig være vanskelig å kunne antyde grunnet den nylige publiseringen.

På den andre siden kan det omhandle manglende virkemidler nasjonale myndigheter har til å fremme slike betraktning i andre sektorer, slik Brown et al. (2013) belyste. Brown et al. (2013) mente blant annet at mekanismer som forplikter andre sektorer til å gjennomføre tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller, samt holde andre sektorer ansvarlige for sine påvirkninger på helse, kan være viktig for å fremme et tverrsektorielt helsehensyn. Men vil et slik pålegg av ansvar føre til synergi mellom helsesektoren og andre sektorer slik at helse anses som en positiv investering i deres sektor og for samfunnsutviklingen?

Slik det ble uttrykt gjennom intervjuene handler dette om løft av helse som en relevant og fruktbar investering for andre sektorer og for en positiv samfunnsutvikling. Dette er i tråd med

slik HiAP blir presentert gjennom litteraturen. HiAP ble gjennom litteraturen uttrykt som en strategi som søker samspill og synergi mellom helse og andre mål i samfunnet og dermed bidrar til en god og fruktbar samfunnsutvikling (Kickbusch, 2010; Ollila et al., 2013). Flere forfattere talte for at helsesektoren har en viktig rolle for å videreformidle et slikt perspektiv for andre sektorer (Brown et al., 2013; CSDH, 2008; Howard & Gunther, 2012; Ollila, 2011).

Studier indikerte at det kan være nyttig å ta i bruk vinn-vinn-strategier for å integrere helsehensynet i andre sektorer (CSDH, 2008; Howard & Gunther, 2012; Molnar et al., 2016). Strategien impliserer en tilnærming til andre sektorer som fremmer at goder kan høstes på begge sider av samarbeidet, og dermed gjør integreringen av helse- og fordelingshensynet relevant for deres mandat og domener (Sihto et al., 2006). Derimot kan også argumenter som vektlegger moralske og etiske aspekter, sammen med evidens fremme integreringen av helsehensyn i andre sektorer (Carey & Crammond, 2015). Hensyn til sektorers rammer under formidlingen vil også være viktig for å fremme tverrsektorielt helsehensyn (Carey & Crammond, 2015; Molnar et al., 2016).

Slik det ble indikert i forrige avsnitt, er det mulige indikasjoner for at folkehelseloven ytterligere forsterker og understøtter de nasjonale forpliktelsene gjennom tverrsektorielt arbeid og ivaretagelse av helsehensynet. Informantene uttrykte imidlertid at folkehelseloven ikke er virkemiddelet for å fremme ivaretagelsen av helse og fordelingshensynet i de andre sektorene. Studiene sammenfaller med at det er andre prosesser, slik som helsekonsekvensutredning (Greer & Lillvis, 2014; Haigh et al., 2013; Molnar et al., 2016) og dialogiske tilnærminger til andre sektorer (Carey & Crammond, 2015; Howard & Gunther, 2012; Molnar et al., 2016), som kan samordne vurderinger av helsehensynet i andre sektorer.

HiAPs formål er å integrere betraktninger om helse og fordelingen av helse i politiske beslutningsprosesser i alle sektorer og på alle forvaltnings nivåer, men på en slik måte at de andre sektorene ser verdien av helse for deres mål og et fruktbart samfunn (Ollila et al., 2013). Folkehelselovens § 1 beskriver formålet til loven: «(...) å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller» (Folkehelseloven, 2011, § 1). Slik det fremkommer av Rundskrivet innebærer prinsippet «helse i alt vi gjør» at helsehensynet skal integreres i politiske beslutningsprosesser på tvers av alle forvaltningsnivåer og sektorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). På bakgrunn av manglende integrering av helse- og fordelingshensynet på nasjonalt nivå, uttrykket av informantene, kan funnene tolkes slik at nasjonale myndigheter ikke har en fullstendig HiAP-tilnærming i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Staten tilrettelegger

tverrsektorielt arbeid og HiAP på kommunalt og fylkeskommunalt, men det synes å være mer utfordrende å implementere i sentralforvaltningens politikk.

Dette kan ses i sammenheng med at sosiale helseforskjeller er omtalt som «wicked problems», eller komplekse problemer (Hofstad, 2015; Kickbusch & Buckett, 2010; Marmot et al., 2010). Disse komplekse problemene kan være vanskelig å definere, har ingen umiddelbare løsninger, har flere årsaksforklaringer og ingen sektorer sitter på løsningen alene (Hofstad, 2015; Kickbusch & Buckett, 2010). «Wicked problems» krever komplekse løsninger. «Whole of government» er et forsøk på å møte slike type problemer, noe som er beskrevet som vanskelig å gjennomføre, blant annet av Carey og Crammond (2015) studie.

Helsefremmende arbeid omhandler å skape et samfunn som fremmer helse og equity i hele befolkningen (WHO, 1986). Strategien «build healthy public policy» fra Ottawacharteret er sentral i en slik prosess, med formålet om å bevisstgjøre andre sektorer på sine politiske valg og hvordan de påvirker helse og fordelingen av helse (WHO, 1986). Prinsippet om «helse i alt vi gjør» har sitt utspring fra denne strategien (Kickbusch, 2010). For å redusere sosiale helseforskjeller og fremme befolkningens helse kreves flere ulike og komplementære strategier (Dahlgren & Whitehead, 1991; WHO, 1986). Med bakgrunn i at helsehensynet ikke er godt nok ivaretatt i sentralforvaltningen, kan dette muligvis lede til at politikken som kommunene iverksetter møter motstand grunnet manglende vurdering av helsehensynet i den nasjonale politikken. Med andre ord kan dette begrense en helhetlig tilnærming i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller, når behovet er felles innsats fra alle forvaltningsnivåer.

9.4 Metodiske begrensninger

Antall deltagere kan ha påvirket resultatene i denne studien. Flere deltagere kunne ført til rikere datamateriale og flere nyanser av svarene. På den andre siden søker denne studien en dypere forståelse av virkningene av folkehelseloven, der de fem informantene er ansett som eksperter på tema, og dermed forventet å bidra til å svare på tema omkring problemstillingen.

Det ble ikke tatt høyde for informantenes arbeidsoppgaver i deres organisasjon. Ettersom ansatte har ulike oppgaver knyttet mot kommuner eller sentralforvaltningen, kan intervjudeltagerne ha vektlagt svarene etter sitt eget arbeidsområde. Et flertall av ansatte med arbeidsområdet knyttet mot kommuner, kan ha resultert i vektleggingen av kommuner i resultatene.

På den andre siden er dette tredje intervjurunde med noen av de mest sentrale aktørene i utviklingen av folkehelsearbeidet og arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Deres

perspektiver på utviklingen etter folkehelsesloven er viktig grunnet deres sentrale rolle i oppfølgingen og fremtidige utarbeidelser.

10.0 Konklusjon

Dette kapittelet tar for seg en oppsummering av de viktigste komponentene fra diskusjonen, som vil etterfølges av en konklusjon. Videre vil det gjøres rede for den praktiske implikasjon og forslag til videre forskning.

Denne masteroppgaven har undersøkt nasjonale myndigheters erfaringer av folkehelselovens virkning i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller, sentrert rundt sentralforvaltningens folkehelsearbeid. Studien har avdekket en rekke mulige komponenter av folkehelselovens virkning i det overordnede folkehelsearbeidet.

Funnene viser at folkehelseloven har inkludert arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller i defineringen av folkehelse og folkehelsearbeidet, og at nasjonale myndigheter understøtter det kommunale og fylkeskommunale folkehelsearbeidet gjennom verktøy og veiledere. Informantene mente at understøttingen av kommunenes folkehelsearbeid har styrket og tilrettelagt arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Tilretteleggingen av arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller i kommunene og fylkeskommunene, gir indikasjoner om at folkehelseloven har tilrettelagt for en vertikal integrering av arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller på tvers av forvaltningsnivåer. Den nasjonale understøttingen og de virkemidlene nasjonale myndigheter tar i bruk for å fremme prosessene i kommuner har få sanksjoner, som reflekterer samstyring. Implikasjonen av samstyring er at nasjonale myndigheter støtter og bistår kommunenes arbeid med å redusere sosiale helseforskjeller til et visst nivå, men mye er opp til kommunene selv.

Videre er folkehelsearbeidet et tverrsektorielt ansvar som gjelder alle forvaltningsnivåer. Informantene beskrev folkehelseloven som en del av den nasjonale satsingen i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Dermed kan folkehelseloven ses som det siste og sterkeste uttrykket av den langvarige prosessen med å integrere sosiale ulikheter i helse i politikken. Informantene uttrykte at den juridiske forankringen av arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller har bidratt til institusjonalisering og bærekraftighet av arbeidet. Funnene gir indikasjoner for at folkehelseloven ytterligere har forankret de nasjonale forpliktelsene gjennom det sektorovergrepene samfunnsansvaret i arbeidet med å redusere de sosiale ulikhetene i helse.

Funnene indikerer også at det tverrsektorielle arbeidet er utfordrende i sentralforvaltningen og at helsehensynet ikke ivaretas godt nok i sentralforvaltningens beslutningsprosesser.

Informantene uttrykte at samfunnsperspektivet må styrkes, slik at helse blir ansett som en fordelaktig investering i andre sektorer og en positiv samfunnsutvikling.

På bakgrunnen av funnene kan jeg samlet sett si at det er indikasjoner for at folkehelselovens virkning i arbeidet med å redusere sosial ulikheter i helse er en vertikal tilrettelegging for arbeidet gjennom de ulike forvaltningsnivåene, men mye av arbeidet er opp til kommunene selv. Videre har folkehelseloven muligvis forsterket bærekraftigheten av arbeidet, gjennom ytterligere forankring av de nasjonale forpliktelsene og løft av samfunnsansvaret i det politiske arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Men det synes også indikasjoner for at folkehelselovens prinsipp om «helse i alt vi gjør» møter utfordringer, grunnet den manglende ivaretagelsen av helsehensynet i den sentrale politikkutformingen.

Gjennom denne undersøkelsen har jeg fått innsikt i og bidratt til ytterligere kunnskap av folkehelselovens virkning i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Det er viktig å undersøke videreutviklingen av arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller gjennom videre studier på alle forvaltningsnivåer.

Den praktiske implikasjonen av funnene er at arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller synes å ha fått et løft gjennom den økte bevisstheten i kommuner og fylkeskommuner. Imidlertid indikerer forskningen at kommunene møter folkehelselovens intensjoner ulikt gjennom store variasjoner i implementeringen (Fosse & Helgesen, 2015; Hagen et al., 2016; Helsetilsynet, 2015; Riksrevisjonen, 2015). Dette kan bety at noen kommuner arbeider med å utjevne sosiale ulikheter i helse og andre ikke. Siste kommunestyre- og fylkestingsvalg var i 2015. Vi er nå i den første perioden der det systematiske folkehelsearbeidet blir fulgt opp i en fire års periode. Dette betyr at nåværende valgperiode for kommuner og fylkeskommuner er den første perioden der folkehelseloven kan virke i sin fulle kraft gjennom hele perioden. Derfor er det viktig å følge med på utviklingen av folkehelsearbeidet på de kommunale og fylkeskommunale nivåer, og om statlige myndigheter søker andre virkemidler for å fremme arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller.

Denne undersøkelsen gir indikasjoner for at folkehelseloven kan ha ført til ytterligere bærekraftighet og vedvarende fokus i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. De nasjonale forpliktelsene følger utredningsinstruksen og stortingsmeldinger, blant annet St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Denne studien gir indikasjoner om at folkehelseloven ytterligere kan ha forsterket de nasjonale forpliktelsene og samfunnsansvaret i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller.

Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller ble implementert i 2007 og hadde et tiårsperspektiv (Helse- og omsorgsdepartement, 2007). Dette betyr at vi nå er i det siste inneværende året av strategien. Hva som følger etter denne er uvisst. Det er indikasjoner i forskningen at vektlegging av strategier i møte med sosiale helseforskjeller svinger i perioder grunnet regjeringsskifter (Fosse, 2012). Vi går nå i møte med en ny valgperiode i regjeringen, der den nasjonale strategien for å utjevne sosiale helseforskjeller og folkehelseloven var klart fremmet av en sosialdemokratisk regjering. Derfor er det viktig å følge med på utviklingen av den nasjonale folkehelsepolitikken, når den nasjonale strategien utgår og folkehelseloven består.

Arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller er komplekst og behovet for å nå en reduksjon av helseforskjellene krever innsats fra alle sektorer. Flere lover tilhørende andre jurisdiksjoner har formål om å fremme helse, blant annet vegtrafikkloven, friluftsløven, barnehageloven og arbeidsmiljøloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Utviklingen av regelverket på disse områdene vil også være av betydning i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller og kan være et område for videre forskning omkring arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller i Norge.

Fra et helsefremmende perspektiv fremmer disse funnene god praksis i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Politikk skaper og har virkemidler over de sosiale determinantene og hvordan de fordeler seg i befolkningen (Dahlgren & Whitehead, 1991; Graham, 2004; WHO, 1986). Dette er sentralt i det helsefremmende arbeidet og munner ut fra forståelsen om at helsens mange påvirkningsfaktorer er under andre sektors kontroll og styring, ikke helsesektoren alene. Det helsefremmende arbeidet erkjenner at menneskets valg av levemåter formes av fysiske og sosiale forhold. Derfor er politikken sentral i å skape et helsefremmende miljø for befolkningen, slik at befolkningen har like muligheter til å oppnå god helse og mange gode leveår (WHO, 1986). Folkehelseloven synes å ha tilrettelagt for det tverrsektorielle arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller på tvers av forvaltningsnivåene, ytterligere institusjonalisert og understreket samfunnets ansvar nasjonalt, som muligens bidrar til vedvarende fokus i arbeidet. Dette er et viktig steg i riktig retning for å skape et helsefremmende samfunn, som fordrer et samfunn som fremmer god helse og equity i helse. I lys av en positiv samfunnsutvikling må nasjonale myndigheter fortsette å vise aktivt lederskap og søke etter virkemidler for å fremme økt tverrsektorielt innsats og ivaretagelse av helsehensynet i sentralforvaltning.

Referanseliste

- Bacigalupe, A., Esnaola, S., Martín, U., & Zuazagoitia, J. (2010). Learning lessons from past mistakes: how can Health in All Policies fulfil its promises? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(6), 504. doi:10.1136/jech.2010.110437
- Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A., Wright, K., Whitehead, M., & Petticrew, M. (2010). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of epidemiology and community health*, 64(4), 284-291. doi:10.1136/jech.2008.082743
- Baum, F., & Fisher, M. (2014). Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 213-225. doi:10.1111/1467-9566.12112
- Baum, F., Ollila, E., & Peña, S. (2013). History of HiAP. I K. Leppo, E. Ollila, S. Peña, M. Wismar, & S. Cook (Red.), *Health in All Policies Seizing opportunities, implementing policies*. (s. 25-42). Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Brown, C., Harrison, D., Burns, H., & Ziglio, E. (2013). *Governance for health equity. Taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region*. Hentet fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/235712/e96954.pdf
- Byrkjeflot, H., & Guldbrandsøy, K. (2013). Både hierarkisk styring og nettverk – En studie av utviklingen i styringen av norske sykehus. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54(04), 464-491. Hentet fra https://www.idunn.no/tfs/2013/04/baade_hierarkisk_styringognettverk_-_en_studie_av_utviklin
- Carey, G., & Crammond, B. (2015). Action on the social determinants of health: Views from inside the policy process. *Social Science & Medicine*, 128, 134-141. doi:10.1016/j.socscimed.2015.01.024
- 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(01), 1087. doi:10.1186/1471-2458-14-1087
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4. Utg.). Los Angeles, California: SAGE.

- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission of Social Determinants of health*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf
- Dahl, E., Bergli, H., & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Hentet fra <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Hovedrapport>
- Dahl, E., & Lie, M. (2009). Policies to Tackle Health Inequalities in Norway: From Laggard to Pioneer? *International Journal of Health Services*, 39(3), 509-523. doi:10.2190/HS.39.3.e
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. Hentet fra https://www.researchgate.net/profile/Goeran_Dahlgren/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe/links/569540f808aeab58a9a4d946.pdf
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Hentet fra <https://pdfs.semanticscholar.org/fa24/afeda53ecec80b600c159f3f1461fc00cf3e.pdf>
- Davies, J. K., & Sherriff, N. (2012). Evaluating policies: applying the gradient equity lens. I I. Stegeman & C. Costongs (Red.), *The Right Start to a Healthy Life. Levelling-up the Health Gradient Among Children, Young people and Families in the European Union - what works* (s. 155-176). Hentet fra <http://www.childhealthresearch.eu/research/add-knowledge/Gradient%20book.pdf>
- Diderichsen, F., Scheele, C. E., & Little, I. G. (2015). *Tackling Health Inequalities Locally: the Scandinavian Experience*. Copenhagen: University of Copenhagen, Department of Public Health.
- Exworthy, M. (2008). Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. *Health Policy and Planning*, 23(5), 318-327. doi:10.1093/heapol/czn022
- Flick, U. (2014). *An introduction to qualitative research* (5.utg.). Los Angeles, California: SAGE.
- Folkehelseoven. Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid.

- Fosse, E. (2009). Norwegian Public Health Policy: Revitalization of the Social Democratic Welfare State? *International Journal of Health Services*, 39(2), 287-300. doi:10.2190/HS.39.2.d
- Fosse, E. (2011). Different Welfare States—Different Policies? An Analysis of the Substance of National Health Promotion Policies in Three European Countries. *International Journal of Health Services*, 41(2), 255-272. doi:10.2190/HS.41.2.e
- Fosse, E. (2012). Norwegian Health Promotion Policy: The Pendulum Swings from 1984 to 2007. I B. Wold, & O. Samdal (Red.) *An Ecological Perspective on Health Promotion Systems, Settings and Social Processes*. (s. 78-84). Bentham Science Publishers.
- Fosse, E. (2016). Kommunenes rolle i å utjevne sosiale helseforskjeller - Norge som eksempel. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 93(5), 492-500. Hentet fra <http://socialmedicinsktidsskrift.se/smt/index.php/smt/article/view/1434/1265>
- Fosse, E., & Helgesen, M. K. (2015). How can local governments level the social gradient in health among families with children? The case of Norway. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 6(2), 328-346. doi:10.18357/ijcyfs.62201513505
- Fosse, E., & Strand, M. (2010). Politikk for å redusere sosiale ulikheter i helse i Norge: fornyet politisering av folkehelse spørsmål. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 13(1), 14-25. Hentet fra <https://tfv.portfolio.no/>
- Fossheim, H., & Ingierd, H. (2013). Innledning. I H. Fossheim & H. Ingierd (Red.), *Forskerens taushetsplikt og meldeplikt* (s.7-15). De nasjonale forskningsetiske komiteene.
- Graham, H. (2004). Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *Milbank Quarterly*, 82(1), 101-124. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00303.x
- Greaves, L. J., & Bialystok, L. R. (2011). Health in All Policies – All Talk and Little Action? *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 102(6), 407-409. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/pdf/41995645.pdf>
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion : planning and strategies* (2. Utg.). Los Angeles: SAGE
- Greer, S. L., & Lillvis, D. F. (2014). Beyond leadership: Political strategies for coordination in health policies. *Health policy*, 116(1), 12-17. doi:10.1016/j.healthpol.2014.01.019
- Grimsmo, A., Kirchhoff, R., & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske organisasjonsstudier*, 17(3), 3-12. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2433316>

- Guba, E. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational communication and technology*, 29(2), 75-91. doi:10.1007/BF02766777
- Hagen, S., Helgesen, M., Torp, S., & Fosse, E. (2015). Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(6), 597-605. doi:10.1177/1403494815585614
- Hagen, S., Torp, S., Helgesen, M., & Fosse, E. (2016). Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health Promotion International*. doi:10.1093/heapro/daw052
- Haigh, F., Baum, F., Dannenberg, A., Harris, M., Harris-Roxas, B., Keleher, H., Kemp, L., Morgah, R., Chok, H., Spickett, J., Harris, E. (2013). The effectiveness of health impact assessment in influencing decision-making in Australia and New Zealand 2005-2009. *BMC Public Health*, 13(1188). doi:10.1186/1471-2458-13-1188
- Helgesen, M. (2014). Governance of public health: Norway in a Nordic context. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(15), 25-30. doi:10.1177/1403494814546925
- Helgesen, M., & Hofstad, H. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse (NIBR-rapport 2012:13)*. Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NIBR/Publikasjoner/Publikasjoner-norsk/Regionalt-og-lokalt-folkehelsearbeid>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. (St.meld. nr. 20 2006-2007). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-20-2006-2007-/id449531/>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2009). *Samhandlingsreformen, Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (St.meld. nr. 47 2008-2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?q=Samhandlingsreformen, Rett behandling - på rett sted - til rett tid>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge* (St.meld. nr. 16 2002-2003). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a). *Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om Folkehelsearbeid* (Prop. 90L 2011-2010). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-l->

- 20102011/id638503/?q=Proposisjon til Stortinget, forslag til lovvedtak Lov om Folkehelsearbeid
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b). *Ikraftsetting av lov om folkehelsearbeid*. (Rundskriv 1-6/2011). Oslo: Departementenes servicesenter
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar* (St.meld. nr. 34 2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?q=Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter* (St.meld. nr. 19 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsemeldingen--mestring-og-muligheter/id2403403/>
- Helsedirektoratet. (2010). *Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjenve sosiale helseforskjeller. Folkehelsepolitisk rapport 2010* (IS-1856). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/folkehelsepolitisk-rapport-indikatorer-for-det-tverrsektorielle-folkehelsearbeidet>
- Helsedirektoratet. (2013). *God oversikt - en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer* (IS-2110). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/god-oversikt-en-forutsetning-for-god-folkehelse>
- Helsedirektoratet. (2015). *Folkehelsepolitisk rapport 2015* (IS-2776). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1130/Folkehelsepolitisk-rapport-2015-IS-2776.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016a, 6. juni). Helsekonsekvensutredning. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/helsekonsekvensutredning>
- Helsedirektoratet. (2016b, 2. mai). Hva er veivisere i lokale folkehelseiltak? Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/hva-er-veivisere-i-lokale-folkehelseiltak>
- Helsetilsynet. (2015). *Med blick for betre folkehelse. Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2014 med arbeidet i kommunane med løpande oversikt over helsetilstanden til befolkninga og påverknadsfaktorar etter folkehelselova* (4:2015). Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2015/helsetilsynetrapport_4_2015.pdf

- Hem, H. E. (2010). Etikk og politikk - om etikkens begrunnelse. I J. K. Hummelvold, E. Andvig, & A. Lyberg (Eds.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 154-166). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hofstad, H. (2015). Plan- og bygningsloven som verktøy i folkehelsearbeidet: Ambisiøst eller urealistisk? *Plan(03-04)*, 10-15. Hentet fra <https://www.idunn.no/plan/2015/03-04/plan-og-bygningsloven-som-verktoey-i-folkehelsearbeidet-am>
- Howard, R., & Gunther, S. (2012). *Health in All Policies: An EU literature review 2006-2011 and interview with key stakeholders*. Hentet fra <http://www.health-inequalities.eu/wp-content/uploads/2016/05/HiAP-Final-Report.pdf>
- Jamieson, S. (2016). Analyse qualitative data. *Education for Primary Care*, 27(5), 398-402. doi:10.1080/14739879.2016.1217430
- Kemm, J. (2007). What is HIA and why might it be useful? I M. Wismar, J. Blau, K. Ernst, & J. Figueras (Red.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe* (s. 3-12). United Kingdom: The Cromwell Press. Hentet fra http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf
- Kickbusch, I. (2010). Health in All Policies: the evolution of the concept of horizontal health governance. I I. Kickbusch & K. Buckett (Red.), *Implementing Health in All Policies Adelaide 2010* (s. 11-23). Adelaide: Department of Health, Government of South Australia. Hentet fra <http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf>
- Kickbusch, I., & Buckett, K. (2010). Introduction Health in All Policies: the evolution. I I. Kickbusch & K. Buckett (Red.), *Implementing Health in All Policies Adelaide 2010* (s. 3-10). Adelaide: Department of Health, Government of South Australia. Hentet fra <http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth-100622.pdf>
- Kommunal- og regionaldepartementet. (2012). *Stat og kommune - styring og samspel*. (St.meld. nr. 12 2011-2012). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-12-20112012/id671829/>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

- Mackenbach, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social science & medicine*, 75(4), 761-769.
doi:10.1016/j.socscimed.2012.02.031
- Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013a). A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. *The European Journal of Public Health*, 23(2), 195-201. doi:10.1093/eurpub/cks192
- Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013b). Social-Democratic Government and Health Policy in Europe: A Quantitative Analysis. *International Journal of Health Services*, 43(3), 389-413. doi:10.2190/HS.43.3.b
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A.-J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468-2481.
doi:10.1056/NEJMsa0707519
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. doi:10.1016/s0140-6736(01)05627-6
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*, 370(9593), 1153-1163. doi:10.1016/S0140-6736(07)61385-3
- Marmot, M., & Allen, J. (2013). Prioritizing health equity. I K. Leppo, E. Ollila, S. Pena, M. Wismar, & S. Cook (Red.), *Health in All Policies Seizing opportunities, implementing policies* (s. 63-80). Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846), 1011-1029. doi:10.1016/S0140-6736(12)61228-8
- Marmot, M., Allen, J., Glodblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grandy, M., & Geddes, I. (2010). *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. Hentet fra <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
- Marmot, M., & Bell, R. (2016). Social inequalities in health: a proper concern of epidemiology. *Annals of Epidemiology*, 26(4), 238-240.
doi:10.1016/j.annepidem.2016.02.003
- Melkas, T. (2013). Health in all policies as a priority in Finnish health policy: A case study on national health policy development. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(11), 3-28. doi:10.1177/1403494812472296

- Molnar, A., Renahy, E., O'Campo, P., Muntaner, C., Freiler, A., & Shankardass, K. (2016). Using Win-Win Strategies to Implement Health in All Policies: A Cross-Case Analysis. *PLoS One*, *11*(2). doi:10.1371/journal.pone.0147003
- Navarro, V., & Shi, L. (2001). The political context of social inequalities and health. *Social Science & Medicine*, *52*(3), 481-491. doi:10.1016/S0277-9536(00)00197-0
- Ollila, E. (2011). Health in All Policies: From rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health*, *39*, 11-18. doi:10.1177/1403494810379895
- Ollila, E., Baum, F., & Peña, S. (2013). Introduction to Health in All Policies and the analytic framework of the book. I K. Leppo, E. Ollila, S. Peña, M. Wismar, & S. Cook (Red.), *Health in All Policies. Seizing the opportunities, implementing policies* (s. 3-23). Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- Plan- og bygningsloven. Lov 27. juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandling.
- Potvin, L., & Jones, C. M. (2011). Twenty-five Years After the Ottawa Charter: The Critical Role of Health Promotion for Public Health. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Sante'e Publique*, *102*(4), 244-248. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/pdf/41995602.pdf>
- Povlsen, L., Karlsson, L. E., Regber, S., Sandstig, G., & Fosse, E. (2014). Are equity aspects communicated in Nordic public health documents? *Scandinavian Journal of Public Health*, *42*(3), 235-241. doi:10.1177/1403494813520358
- Ramian, K. (2007). *Casesstudiet i praksis*. Danmark: Academica.
- Raphael, D. (2014). Challenges to promoting health in the modern welfare state: The case of the Nordic nations. *Scandinavian Journal of Public Health*, *42*(1), 7-17. doi:10.1177/1403494813506522
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*. (Dokument 3:11 2014-2015). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2014-2015/OffentligFolkehelsearbeid.pdf>
- Røiseland, A., & Vabo, S. I. (2012). *Styring og samstyring - governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget Vigsmestad & Bjørke AS.
- Samdal, O., & Wold, B. (2012). Introduction to Health Promotion. In B. Wold & O. Samdal (Red.), *An Ecological Perspective on Health Promotion Systems, Settings and Social Processes* (s. 3-10). Bentham Science Publishers.
- Schou, A., Helgesen, M., & Hofstad, H. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. En nasjonal oversikt over status*

- i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner* (NIBIR-rapport 2014:21). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NIBR/Publikasjoner/Publikasjoner-norsk/Samhandlingsreformens-effekt-paa-kommunen-som-helsefremmende-og-sykdomsforebyggende-aktoer>
- Sihto, M., Ollila, E., & Koivusalo, M. (2006). Principles and challenges of Health in All Policies. I T. Ståhl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lathinen, & K. Leppo (Red.), *Health in All Policies Prospects and potentials* (s. 3-20). Hentet fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf?ua=1
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/280/Gradientutfordringen-sosial-og-helsedirektoratets-handlingsplan-mot-sosiale-ulikheter-i-helse-IS-1229.pdf>
- Strand, M., Brown, C., Torgersen, T. P., & Giæver, Ø. (2009). *Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway*. Hentet fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/110228/E93431.pdf
- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). *Health in All Policies Prospects and potentials*. Hentet fra: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf?ua=1
- 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. doi:10.1016/j.healthpol.2013.09.019
- Vabo, S. I., & Røiseland, A. (2008). Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 24(01-02), 86-107. Hentet fra https://www.idunn.no/nst/2008/01-02/governance_pa_norsk_samstyring_som_empirisk_og_analytisk_fenomen
- Vallgård, S. (2010). Tackling social inequalities in health in the Nordic countries: targeting a residuum or the whole population? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(6), 495-496. doi:10.1136/jech.2009.102459
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), 217-228. doi:10.1093/heapro/6.3.217
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Hentet fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

- WHO. (1946: 2006). *Constitution of the World Health Organization*. Hentet fra http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Hentet fra http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter For Health Promotion*. Hentet fra <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- WHO. (1988). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Bakgrunnen til folkehelseloven

1. Kan du forteller litt om bakgrunnen og prosessen som førte fram til Folkehelseloven?

Folkehelseloven og sosiale ulikheter i helse

2. Hva mener du er den største endringen etter folkehelseloven med tanke på arbeidet som gjøres for å utjevne sosiale helseforskjeller på det nasjonale nivået?
3. Har folkehelseloven styrket arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse?
 - a. Hvis ja: på hvilken måte?
 - b. Hvis nei: hvorfor ikke?
4. Hva mener du har vært hovedutfordringen i implementeringen av folkehelseloven lokalt, regionalt og nasjonalt?
5. Hva mener du er mulighetene og begrensningene for å utjevne sosiale ulikheter i helse gjennom folkehelseloven?
6. Hvordan arbeider det nasjonale nivået for å utjevne sosiale ulikheter i helse?
7. Hvilke aktører bidrar og hvilke aktører er sentrale i dette arbeidet?

8. Har folkehelseloven endret deres tanker om hvordan håndtere sosiale ulikheter i helse?

Folkehelseloven og «helse i all politikk»

9. Tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller er et ansvar for alle sektorer, hvordan mener du folkehelse loven har påvirket dette på det nasjonale nivået?

10. Mener du folkehelseloven har bidratt til å styrke en «helse i all politikk» tilnærming Nasjonalt?

a. Hvis ja: på hvilken måte?

b. Hvis nei: hvorfor ikke?

11. Har folkehelseloven bidratt til en større forståelse av «helse i all politikk» for å utjevne sosiale helseforskjeller?

12. Hva er de viktigste tiltakene fremover for å utjevne de sosiale helseforskjeller?

a. På nasjonalt, regionalt og lokalt nivå?

b. På hvilke områder?

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Betydningen av folkehelseloven i folkehelsearbeidet med vekt på sosiale ulikheter i helse».

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å sette søkelys på betydningen av folkehelseloven i folkehelsearbeidet. Denne undersøkelsen søker å bidra til økt kunnskap om hvordan politiske føringer kan bidra til å redusere sosiale helseforskjeller. Problemstillingen for dette prosjektet er følgende: Hvordan har folkehelseloven bidratt til å styrke arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller, og hvordan har folkehelseloven bidratt til en økt «helse i alt vi gjør» - forståelse? Dette prosjektet gjennomføres som en del av master i helsefremmende arbeid og helsepsykologi ved Universitetet i Bergen. Prosjektet skal munne ut i en mastergrad våren 2017.

Ansatte i Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet er strategisk utvalgt og forespørres om deltagelse grunnet deres ekspertise når det gjelder det systematiske folkehelsearbeidet som gjøres og betydning av folkehelseloven i dette arbeidet.

Hva innebærer deltagelse i studien?

Deltagelse i undersøkelsen krever aktiv deltagelse gjennom personlig intervju med varighet på ca. 45 minutter. Spørsmålene som stilles vil omhandle erfaringer rundt deres rolle som iverksettere av folkehelseloven og som rådgivere i arbeidet med utjevning av sosiale helseforskjeller som organisasjon. Det vil bli tatt i bruk lydopptaker og notering under intervjuene, som vil oppbevares sikkert og uten tilgjengelighet for andre enn student og veileder.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og vil ikke inkluderes i datamaterialet. Lydopptakene fra intervjuene vil transkriberes og slettes etter transkribering. Tilgang til transkripsjonene vil være forbeholdt student og veileder. Transkripsjonene vil slettes etter innlevering av sluttrapport. I sluttrapport vil deltagere beskrives som ansatte i deres organisasjon og vil med dette mulig kunne gjenkjennes grunnet arbeidsplass som anses som indirekte personopplysninger. Etter ønske vil deltagere få mulighet til å lese egne sitater før sluttrapporten ferdigstilles.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20.05.2017. Det kan forekomme videre publisering av funn i sluttrapport.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med student Dina Bjørnæs (Dina.Bjornes@student.uib.no), eller prosjektleder/veileder Elisabeth Fosse (Elisabeth.Fosse@uib.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Godkjenning Norsk senter for forskningsdata (NSD)



Elisabeth Fosse
HEMIL-senteret Universitetet i Bergen
Christiesgt. 13
5015 BERGEN

Vår dato: 15.09.2016

Vår ref: 49693 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.09.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

49693	<i>Betydningen av folkehelseloven i folkehelsearbeidet med vekt på sosiale ulikheter i helse</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Elisabeth Fosse</i>
<i>Student</i>	<i>Dina Helene Bjørnæs</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.