

"Helse i alt kommunen gjør?..."

-en undersøkelse av samvariasjoner mellom kommunale faktorer og norske kommuners bruk av folkehelsekoordinator, fokus på levekår og prioritering av fordelingshensyn blant sosioøkonomiske grupper.

Susanne Hagen

Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)
Universitetet i Bergen
2020

UNIVERSITETET I BERGEN



"Helse i alt kommunen gjør?..."

-en undersøkelse av samvariasjoner mellom kommunale faktorer og norske kommuners bruk av folkehelsekoordinator, fokus på levekår og prioritering av fordelingshensyn blant sosioøkonomiske grupper.

Susanne Hagen



Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)
ved Universitetet i Bergen

Disputasdato: 03.12.2020

© Copyright Susanne Hagen

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverkslovens bestemmelser.

År: 2020

Tittel: "Helse i alt kommunen gjør?..."

Navn: Susanne Hagen

Trykk: Skipnes Kommunikasjon / Universitetet i Bergen

© Copyright Susanne Hagen

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndverkslovens bestemmelser.

År: 2020

Tittel: «Helse i alt kommunen gjør? ...» -
en undersøkelse av samvariasjoner mellom kommunale faktorer og norske kommuners bruk av folkehelsekoordinator, fokus på levekår og prioritering av fordelingshensyn blant sosioøkonomiske grupper.

Forfatter: Susanne Hagen

Trykk: AIT Bjerch AS / Universitetet i Bergen

Fagmiljø

Dette doktorgradsprosjektet er gjennomført i samarbeid mellom Institutt for helse, sosial og velferdsfag ved Universitet i Sørøst-Norge, HEMIL-senteret knyttet til det psykologiske fakultet ved Universitet i Bergen og By- og regionforskningsinstituttet ved OsloMet (NIBR). Professor Elisabeth Fosse fra Universitet i Bergen har vært hovedveileder i prosjektet, mens professor Steffen Torp fra Universitet i Sørøst-Norge har vært biveileder.

Doktorgradsprosjektet har vært en del av forskningsprosjektet «Adressing the social determinants of health. Multilevel governance of policy aimed at families with children» (SODEMIFA). SODEMIFA har vært fullfinansiert av Norges forskningsråd i perioden 1. juli 2012 til 30. juni 2015. Prosjektnumrene for SODEMIFA har henholdsvis vært 213841/H10 og 229628/H10.

Doktorgradsprosjektet har hatt en lengre tidshorisont enn selve SODEMIFA prosjektet. Prosjektet er utført i en stipendiatperiode som i hovedsak har inneholdt 25 % pliktarbeid, men som i enkelte perioder også har bestått av en større andel pliktarbeid. Pliktarbeidet er utført ved Universitetet i Sørøst-Norge.

Takk til

The landscape changes,
the people change, our needs change,
but the train keeps moving.
Life is the train, not the station.

ALEF, Paulo Coelho

Tiden for å slutføre doktorgradsarbeidet er kommet, og med det også tiden for tilbakeblikk og ettertanke. Arbeidet har vært lærerikt, krevende og formende, og prosessen har vært lang. Det igjen har medført at livets mange fasetter har gitt seg til kjenne og krevd sitt, men det har også gjort at jeg har fått erfare verdien av omskiftelighet og det gjør meg ydmyk. Når jeg nå sitter og skriver de siste linjene i denne avhandlingen er det mye å takke for.

Først vil jeg gjerne få rette en stor takk til mine veiledere for uunnværlig hjelp på ulike måter, Elisabeth Fosse og Steffen Torp, men jeg retter også en stor takk til Marit Helgesen og Kjell Ivar Øvergård. Til sammen har dere bidratt til at jeg kunne se et større og mer tydelig bilde.

Jeg vil også gjerne få takke mine fantastiske kollegaer, både mine aller nærmeste av dere og alle dere andre. Jeg vil få takke for støtte, oppmuntring, veiledning, rettleiding, råd og omsorg.

Takk til mine kjære venner, på ulikt vis har dere fulgt med meg og støttet meg. Det er jeg takknemlig for.

Til min familie; tusen takk for støtte, tålmodighet og frihet ♦!

Til sist vil jeg få takke Andrea; tusen takk for at du hele tiden forstod!

Susanne Hagen, juli 2020

Abstract

In 2012, a new public health act took effect in Norway, highlighting the importance of health equity and the use of “health in all policies” (HiAP) approach to reduce social inequalities in health. The act passed the main responsibility for health promotion to the municipalities, and expected this level to act on the social determinants of health. The aim of this thesis was to investigate health promotion at local level in Norway, and examine how Norwegian municipalities address social inequalities in health. The main objectives were threefold: 1) to examine the use of public health coordinators (PHC) and the associations between having employed a PHC and municipal characteristics; 2) to examine municipal awareness of living conditions to address social inequalities in health; and 3) to examine municipal prioritization of fair distribution of socioeconomic resources among social groups, and its association with changes in HiAP- tools, such as health overviews and employment of PHCs.

For this study, registry data were combined with data from two questionnaire studies distributed to all Norwegian municipalities (N= 428) in 2011 and 2014. All data used in the study were collected and analyzed at a municipal level. Of the thesis’ three sub-studies, sub-study 1 and 2 made use of a cross-sectional design using data from respectively 2011 and 2014. Sub-study 3 combined data from both 2011 and 2014 in a longitudinal design where change in municipal use of HiAP-tools were explored. Data were analyzed by use of univariate, bivariate and multivariate statistics.

The first sub study found that 76% of Norwegian municipalities employed a PHC in the period just before 2012. Of the PHCs employed, 22% were employed full time and 28% were located within the staff of the chief executive officer. Based on the results from multiple logistic regression analyses, this study showed that partnership for health promotion with county councils (OR= 7.78), development of a health overview (OR= 3.53), collaboration with non-government sectors (OR= 2.85) and low socio-economic status (OR= 0.46) were all significantly associated with Norwegian municipalities having a PHC.

The second sub-study found that 40% of Norwegian municipalities defined living conditions as a main challenge in their local health promotion efforts, while 48% cited it as a main health promotion priority. The study showed that defining living conditions as a main challenge were positively associated with the size of the municipality (OR=1.60), and the municipality's assessment of its own capability in reducing inequalities in health (OR= 4.66). The latter factor was also positively associated with prioritizing living conditions in health promotion (OR= 3.89). Municipalities having established cross-sectorial working groups (OR= 3.01) or inter-municipal collaboration (OR= 2.23) were also associated with prioritizing living conditions in health promotion at local level.

The last sub-study investigated changes in municipal use of HiAP- tools, and whether such changes were associated with municipal prioritization of fair distribution among social groups. Thirty-eight percent of the municipalities reported that they prioritized fair distribution among social groups when making political decisions, while 70% prioritized fair distribution in their local health promotion initiatives. Results from multiple logistic regression analyses showed that municipalities that developed health overviews after the act was implemented were more likely to prioritize fair distribution in political decision-making (OR= 2.54) compared to municipalities that had not developed such overviews. However, municipalities that employed PHCs after the implementation of the public health act had a lower likelihood of prioritizing fair distribution in local health promotion initiatives (OR= 0.22) compared to municipalities without a PHC.

Taking the results from all the three sub-studies into account, this thesis suggests that the use of local health promotion addressing social inequalities in health are carried out in various degrees in the Norwegian municipalities. Nevertheless, when inequalities are addressed, it is done through advanced forms of integration where both vertical and horizontal structures apply. Finally, the results indicate that the PHC's role in addressing social inequalities in health seems to be unclear. Overall, it seems that the local level in Norway still has a way to go to accommodate the main principles of the Norwegian public health act to address social inequalities in health.

Publikasjonsliste

- 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. <https://doi.org/10.1177/1403494815585614>
- Hagen, S., Torp, S., Helgesen, M. & Fosse, E. (2016). Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health Promotion International*, 32(6), 977-987. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw052>
- Hagen, S., Øvergård, K. I., Helgesen, M. K., Fosse, E. & Torp, S. (2018). Health Promotion at Local Level in Norway: The use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(9), 807–817. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.22>

Innhold

FAGMILJØ	2
TAKK TIL	3
ABSTRACT	4
PUBLIKASJONSLISTE	6
INNHold	7
1. INNLEDNING	10
1.1 AVHANDLINGENS OPPBYGNING.....	12
2. TEORETISK REFERANSERAMME OG TIDLIGERE FORSKNING	14
2.1 SAMFUNN OG HELSE.....	14
2.1.1 <i>Helsedefinisjon</i>	14
2.1.2 <i>Sosiale påvirkningsfaktorer til helse</i>	16
2.2 SOSIALE ULIKHETER I HELSE.....	18
2.2.1 <i>Sosial rettferdighet og like muligheter til helse</i>	18
2.2.2 <i>Ulike forståelser av sosiale ulikheter i helse</i>	19
2.2.3 <i>Sosiale ulikheter i helse uttrykt som en gradient</i>	22
2.2.4 <i>Reduksjon av sosiale ulikheter i helse</i>	23
2.3 FOLKEHELSE OG FOLKEHELSEARBEID.....	25
2.3.1 <i>Historisk perspektiv</i>	25
2.3.2 <i>Folkehelse, folkehelsearbeid og «New Public Health»</i>	27
2.4 STYRING OG SAMARBEID I MODERNE FOLKEHELSEARBEID.....	30
2.4.1 <i>Integrering i det moderne folkehelsearbeidet</i>	30
2.4.2 <i>Nettverkstyring og «helse i alt vi gjør»- tilnærmingen i relasjon til folkehelsearbeid</i>	31
2.4.3 <i>Axelsson og Axelsson sitt konseptuelle rammeverk for integrering</i>	35
2.5 NORSK FOLKEHELSEARBEID.....	36
2.5.1 <i>Styring og samarbeid i norsk folkehelsearbeid</i>	39
2.5.2 <i>De norske kommunene</i>	41
2.5.3 <i>Norske kommuner og deres rolle i lokalt folkehelsearbeid</i>	43
2.5.4 <i>Virkemidler i lokalt folkehelsearbeid</i>	43

2.5.5	<i>Oppsummering av det lokale folkehelsearbeidet i Norge</i>	46
2.6	TIDLIGERE FORSKNING.....	46
3.	STUDIENS HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	54
3.1.1	<i>Studiens hensikt</i>	54
3.1.2	<i>Første overordnede problemområde (delstudie 1)</i>	54
3.1.3	<i>Andre overordnede problemområde (delstudie 2)</i>	55
3.1.4	<i>Tredje overordnede problemområde (delstudie 3)</i>	55
4.	METODE	57
4.1	FORSKNINGSDSIGN I DOKTORGRADSPROSJEKTET	57
4.1.1	<i>Vitenskapsteoretiske betraktninger</i>	57
4.2	DATAKILDER.....	58
4.2.1	<i>Utvalg og prosedyre</i>	60
4.3	STUDIENS VARIABLER	61
4.3.1	<i>Delstudie 1</i>	63
4.3.2	<i>Delstudie 2</i>	64
4.3.3	<i>Delstudie 3</i>	65
4.4	STATISTISKE METODER.....	66
4.4.1	<i>Delstudie 1 og 2</i>	66
4.4.2	<i>Delstudie 3</i>	68
4.5	ETIKK.....	69
5.	RESULTATER	70
5.1	DELSTUDIE 1	70
5.2	DELSTUDIE 2	71
5.3	DELSTUDIE 3	72
6.	DISKUSJON	74
6.1	DOKTORGRADSPROSJEKTETS SAMLEDE KUNNSKAPSBIDRAG.....	76
6.2	MODERNE FOLKEHELSEARBEID OG LOKAL UTFORMING-BETYDNINGEN AV INSTITUSJONELT DESIGN OG LEDELSE	78
6.2.1	<i>Ulike logikker og reorientering i norsk folkehelsepolitikk</i>	79
6.2.2	<i>Oversettelsesproblematikk</i>	82
6.2.3	<i>Lokal komfortsonetilpasning</i>	83

6.3	MODERNE FOLKEHELSEARBEID OG INTEGRERING - BETYDNINGEN AV STYRING, SAMARBEID OG HIAP-TILNÆRMINGEN PÅ LOKALT NIVÅ	85
6.3.1	<i>Moderne folkehelsearbeid og matrise</i>	85
6.3.2	<i>Kultur som hemmer og fremmer på lokalt nivå</i>	87
6.3.3	<i>Den lærende kommunen blir den samarbeidende kommunen</i>	89
6.4	MODERNE FOLKEHELSEARBEID- BETYDNINGEN AV FOLKEHELSEKOORDINATOREN PÅ LOKALT NIVÅ 90	
6.4.1	<i>Koordinatoren som «helseimperialist»</i>	91
6.4.2	<i>Paradoksale effekter</i>	92
6.4.3	<i>Suksess, kommunal handlekraft og et paradoks</i>	94
6.5	ADRESSERING AV SOSIALE ULIKHETER I HELSE OG HIAP- TILNÆRMINGENS RELEVANS - OPPSUMMERENDE KOMMENTAR	95
6.5.1	<i>Lokale nivå og ulike forutsetninger</i>	96
6.5.2	<i>Å kaste ut barnet med badevannet</i>	97
6.6	METODOLOGISKE BETRAKTNINGER	98
6.6.1	<i>Doktorgradsprosjektets design</i>	98
6.6.2	<i>Kausalitetsproblematikk ved tverrsnittstudier</i>	100
6.6.3	<i>Frafallsproblematikk</i>	101
6.6.4	<i>Utfordringer ved bruk av spørreskjema</i>	101
6.6.5	<i>Valg av variabelkonstruksjon og analyser</i>	103
6.6.6	<i>Overførbarhet av doktorgradsprosjektets funn</i>	104
6.7	IMPLIKASJONER OG VIDERE FORSKNING.....	104
6.8	OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.....	108
	LITTERATUR.....	110

1. Innledning

Dette doktorgradsprosjektet handler om sammenhenger mellom samfunn og helse. Det bygger på erkjennelsen av at sosiale- og økonomiske ressurser, ofte uttrykt gjennom sosial posisjon, er av betydning for menneskers helse. Erkjennelsen kommer fra et veldokumentert og lenge identifisert statistisk mønster som viser at helse blant folk (på gruppenivå) målt som levealder og selvrapportert helse, systematisk samvarierer med for eksempel folks yrke, utdanning eller inntekt og skaper ulikhet i befolkningens helsetilstand (Mackenbach, 2012; Mackenbach, Kunst, Cavelaars, Groenhof & Geurts, 1997; Marmot, 2004). Avhandlingen legger til grunn at dette systematiske mønsteret for sosiale ulikheter i helse, ofte kalt gradientutfordringen, skapes gjennom samfunnets ulike strukturer (Marmot, 2010; Marmot & Wilkinson, 2006; Wilkinson, Poulsson & Pickett, 2011). Siden mønsteret er samfunnsskapt, kan det også påvirkes og endres (WHO, 2008).

Internasjonalt, men også i norsk sammenheng, har folkehelsefeltet i lengre tid hatt som et sentralt mål å endre dette mønsteret, både gjennom å bedre den generelle helsen til folk og ved å jevne ut helseforskjellene. Utjevning handler om fordeling og omfordeling av sosioøkonomiske ressurser (Graham, 2004a, 2007), og relateres både til forståelse av rettferdighet og til samfunnets politikk og sett av regler.

Internasjonalt har Verdens Helseorganisasjon (WHO) vært pådriver til dette utjevningsarbeidet. Særlig har fagtradisjonen helsefremmende arbeid (Green, Tones, Cross & Woodall, 2019) hatt stor betydning, blant annet ved å identifisere og løfte opp faktorer som påvirker folks helse, ofte kalt sosiale helsedeterminanter, men også gjennom utforming av helsefremmende politikk. Helsefremmende politikk handler blant annet om hvordan et samfunn vektlegger ulike verdier som rettferdighet, likhet og deltagelse, men det handler også om hvordan samfunn velger å organisere seg for å løse samfunnsoppgavene (WHO, 1986, 1988, 2010). Samlet handler det om å bygge kapasitet i samfunnet.

Siden folks helse langt på vei bestemmes av samfunnets strukturer og dets kapasitet, er samfunnets ulike samfunnsområder, eller sektorer, av stor betydning. Denne

erkjennelsen er både mulighetsskapende, men også krevende og kompleks. I arbeid med å utjevne helseforskjeller er samarbeid avgjørende fordi utjevningsarbeidet kan kreve at ulike samfunnsområder og sektorer har felles forståelse, felles målsetning, felles arenaer og evne og vilje til å fordele og omfordele. Arbeid med å skape sosial rettferdighet i helse vil kreve felles innsats mellom ulike forvaltningsnivå og på tvers av samfunnets ulike sektorer (WHO, 2008).

I 2012 fikk Norge en egen lov om folkehelse (Folkehelseloven, 2011). Denne loven bygger blant annet på prinsippet om sosial rettferdighet i helse og løfter opp nødvendigheten av å jevne ut sosiale helseforskjeller. Loven vektlegger «Helse i alt vi gjør»- tilnærmingen (HiAP- tilnærmingen) som en ønsket samarbeidsform i utformingen og implementeringen av nasjonal, regional og lokal folkehelsepolitikk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Gjennom folkehelseloven har de norske kommunene fått en helt spesiell rolle i folkehelsearbeidet i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det er i kommunene Norges befolkning utformer og lever livene sine, og det er blant annet her de sosiale helseforskjellene skapes. Et anerkjent mål for helse er levealder. Tall viser at det er opp til 12 års forskjell i forventet levealder mellom menn som bor i de ulike norske kommunene, mens det tilsvarende er 10 års forskjell for kvinner (Folkehelseinstituttet, 2018). Lovverket har gitt kommunene et nytt og overordnet ansvar for folkehelsearbeidet. Befolkningens helse har i stor grad vært et anliggende for helsesektoren i kommunene, mens den nye loven legger ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunene som sådan. Dette er gjort for at alle kommunenes sektorer skal tas i bruk for å fremme folkehelsen i egen kommune. Gjennom loven har kommunene fått ansvar for å fastsette mål og strategier basert på egne, lokale folkehelseutfordringer og behov, og de er pålagt å forankre folkehelsearbeidet i eget kommunalt planarbeid (Folkehelseloven, 2011). Hensikten med dette er å skape et langsiktig, helhetlig og koordinert arbeid for å nå målet om å redusere sosial ulikheter i helse.

Gjennom «Folkehelseprogrammet 2011-2015» (Norsk Forskningsråd, 2011) ønsket Norges forskningsråd å bringe frem ny kunnskap om hva som påvirker den norske folkehelsen, årsaker til sosiale helseforskjeller, samt virkemidler for å redusere disse

forskjellene. Som et ledd i denne kunnskapsutviklingen finansierte forskningsrådet forskningsprosjektet ««Addressing the social determinants of health. Multilevel governance of policy aimed at families with children» (SODEMIFA). Formålet med forskningsprosjektet var å kartlegge norsk folkehelsearbeid og kommunenes innsats for å redusere sosiale helseforskjeller. Prosjektet hadde særlig fokus på innføringen av den nye folkehelseloven, og et av målene har vært å bidra med kunnskap til hvordan de norske kommunene og fylkeskommunene kan bidra til å redusere sosiale helseforskjeller i Norge.

Dette doktorgradsprosjektet har vært et delprosjekt i SODEMIFA. Prosjektet har fokusert på forhold knyttet til hvordan de norske kommunene adresserer sosiale ulikheter i helse. Folkehelselovens grunnprinsipp om sosial rettferdighet i helse og «helse i alt vi gjør» (Folkehelseloven, 2011) har vært retningsgivende. Under prosjektperioden bestod Norge av 428 kommuner, og det er disse kommunene dette prosjektet har basert datagrunnlaget på, blant annet gjennom to store spørreundersøkelser. Studiens mål har vært å etablere breddekunnskap om det lokale nivået i Norge, det vil si kommunenes fokus på sosiale påvirkningsfaktorer for helse, prioritering av utjevningsspektivet blant kommunenes sosiale grupper og bruken av ulike samarbeidsformer inn i dette arbeidet. Helt spesifikt har prosjektet utforsket samvariasjoner mellom ulike faktorer ved de norske kommunene og bruken av *folkehelsekoordinator, prioritering av levkår og fokus på fordelingshensyn blant sosiale grupper* i lokalt folkehelsearbeid (Hagen, Helgesen, Torp & Fosse, 2015; Hagen, Torp, Helgesen & Fosse, 2016; Hagen, Øvergård, Helgesen, Fosse & Torp, 2018).

1.1 Avhandlingens oppbygning

Denne avhandlingen består av 6 kapitler. Det første kapitlet har en innledende tilnærming til doktorgradsprosjektet. Kapittel 2 tar for seg sentrale perspektiver og relevante teorier retningsgivende for prosjektet. Kapittel 3 presenterer hensikten med selve doktorgradsprosjektet, dens problemområder og de respektive forskningsspørsmålene knyttet til prosjektets tre delstudier. Kapittel 4 redegjør for

prosjektets metodiske og analytiske valg og fremgangsmåter, mens kapittel 5 gir et sammendrag av resultatene i de tre delstudiene. Kapittel 6 er avhandlingens diskusjonskapittel. Kapitlet starter med å beskrive prosjektets samlede kunnskapsbidrag før det ekstraheres ut tre overordnede funn i doktorgradsprosjektet. Disse overordnede funnene danner basis for den videre diskusjon som forsøker å forklare funnene og se dem opp imot eksisterende forskning og relevante perspektiver. Diskusjonene foregår i tre ulike delkapitler, og hele den substansielle diskusjonen knyttet til funn avsluttes med en oppsummerende kommentar. Deretter følger metodologiske betraktninger rundt selve prosjektet, redegjørelser av implikasjoner og behov for videre forskning, før selve avhandlingen avsluttes med en kort oppsummering og konklusjon.

2. Teoretisk referanseramme og tidligere forskning

Dette kapitlet har til hensikt å tegne relevante linjer som doktorgradsprosjektet bygger på. Sentrale begreper som helse, påvirkningsfaktorer til helse, sosiale ulikheter i helse og folkehelse blir presentert. Likeledes vil samarbeid relatert til folkehelse og begreper knyttet til dette bli presentert og plassert. Det norske folkehelsearbeidet vil bli skrevet frem, og særlig det lokale nivået, altså de norske kommunene, vil bli løftet opp og aktualisert. Tidligere forskning og forskningsfronten som eksisterte da prosjektet tok til i 2012 blir også beskrevet i dette kapitlet.

2.1 Samfunn og helse

2.1.1 Helsedefinisjon

Helse forstås, defineres og modelleres ulikt av ulike disipliner og av ulike fagtradisjoner (Blaxter, 2010; Green, Tones, Cross, & Woodall, 2019; Mæland, Westin, Elstad, & Næss, 2009). Den måten helse defineres på, er av betydning for hvordan man relaterer seg til begrepet. Helse er et sensitiverende begrep (Blaxter, 2010). Sensitiverende begrep muliggjør ulike forståelsesretninger som sikrer mangfold og kompleksitet inn i begrepet (Blumer, 1969). En klassisk distinksjon er mellom den biomedisinske helseforståelsen (Boorse, 1977) og en sosial modell for helse (Blaxter, 2010). Førstnevnte baserer seg på en dikotom tilnærming til helse, og sees i lys av å være enten syk eller frisk. Forståelsen relaterer seg til kroppslig normalitet og biomedisinske forstyrrelser, og helse vil derfor innebære fravær av sykdom. Perspektivet er kritisert for å bære i seg reduksjonisme og en patologisk tilnærming (Blaxter, 2010). Den sosiale modellen er basert på en holistisk tilnærming hvor ressurser, muligheter, velvære og helhet er av betydning. Subjektive opplevelser og lekperspektivet, eller helse slik det erfares og ikke bare måles, er gjeldende innenfor denne modellen (Antonovsky, 1979; Blaxter, 2010). Dette doktorgradsprosjektet legger den sosiale helsemodellen til grunn.

I 1946 definerte WHO helse til å være «... ikke bare fravær av sykdom, men en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende» (WHO, 1948, s. 1). Definisjonen har vært et viktig bidrag for å utvide forståelsen av helse til også å inkludere betydningen av den sosiale dimensjonen. Ikke bare fremhever definisjonen at helse har en subjektiv karakter, men den løfter spesifikt opp kollektivets betydning for helse og at det å erfare gode liv må forstås i lys av omgivelser og livssituasjoner. WHO's utvidelse av helsebegrepet kan forstås som et motsvar til medisinsens dominans innen helseforståelse, og som et behov for en humaniserende tilnærming. Definisjonen ble formulert rett etter andre verdenskrig, samtidig med utvikling av menneskerettighetene og etablering av de Forente Nasjoner (FN). Gjennom WHO's konstitusjon ble også grunnprinsippet om at et hvert menneske skal ha rett til å kunne oppnå sin egen, høyest oppnåelige helsestandard, forfattet (WHO, 1948). Dette uavhengig av sosiale og økonomiske forhold, men også uavhengig av rase, religion, og politisk tilknytning (WHO, 1948). Den norske helsedirektøren Karl Evang var blant pådriverne i dette arbeidet. Han poengterte at mennesket eksisterer i en sosial sammenheng, og han målbar viktigheten av at mennesket må få realisert seg innenfor et fritt og rettferdig samfunn (Mæland, 2016).

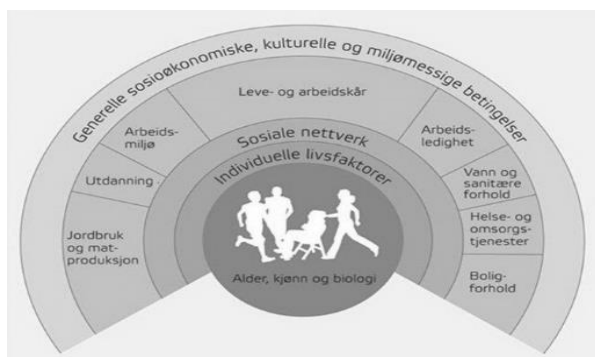
Samfunnets betydning for helse ble også senere tydeliggjort av WHO. I 1970-årene lanserte WHO en ny definisjon som la vekt på at helse handler om evnen til å leve et økonomisk og produktivt liv (WHO, 2017b), og gjennom Ottawa-charteret i 1986 ble helse omtalt som « en ressurs til å leve et individuelt, sosialt og produktivt liv» (WHO, 1986, s. 1). Helse ble ansett som en ressurs til livet, og ikke som et mål i seg selv, og WHO formulerte at helse fremmes ved å «sette mennesker i stand til å ta kontroll over forhold som påvirker helsen deres» (WHO, 1986, s. 1). Samfunnets betydning ble særlig løftet opp i Ottawa-charteret (WHO, 1986). Charteret poengterte at ved å legge til rette for utdanning, tilgang på bolig, sikker inntekt, sosial rettferdighet og likhet, så vil samfunnet bidra til å skape fundamentale forutsetninger for helse. WHO har hatt stor påvirkning på den sosial helsemodellen og det å forstå helse som et produkt av det samfunnet man lever i, og at arbeid med helse handler om å jobbe med strukturene i samfunnet.

2.1.2 Sosiale påvirkningsfaktorer til helse

Hvordan man forstår og definerer helse har betydning for hva man mener påvirker helse. Innenfor den sosiale helsemodellen er påvirkningsperspektivet og de sosiale helsedeterminantene helt sentrale.

Sosiale helsedeterminanter som begrep ble etablert på 1970-tallet som en type kritikk mot den biomedisinske helsemodellen. Kritikken målbar fokus på sosial politikk, sosiale påvirkningsfaktorer for helse og prioritering av befolkningens generelle helse, framfor prioriteringer av helsetjenester basert på sykdomsutfall og individfokus (Graham & Kelly, 2004). Ulike sosiale, kulturelle og samfunnsmessige påvirkningsfaktorer som ligger til grunn for helsens forutsetninger skulle løftes frem. I dag forstås de sosiale helsedeterminantene som alle påvirkningsfaktorer utenom genetiske- og biologiske påvirkninger til helse (Graham & Kelly, 2004). Disse påvirkningsfaktorene finnes i alle samfunnsområder og gir seg til kjenne gjennom samfunnets strukturer.

Dahlgren og Whitehead (2009) har utviklet en økologisk modell som reflekterer kompleksiteten relatert til hva som påvirker helse basert på de sosiale helsedeterminantene. Modellen visualiserer lagvis hierarkiske påvirkninger som uløselig henger sammen (figur 1).



Figur 1. De sosiale helsedeterminantene (Dahlgren & Whitehead, 2009)

Modellen består av *fem lag* hvor det innerste laget reflekterer menneskelig arv gjennom biologiske- og genetiske faktorer (Figur 1). Disse ligger i all hovedsak utenfor menneskets- og strukturenes kontroll. Laget over relaterer seg til menneskets livsstil. Livsstil kan knyttes til individuelle faktorer, men også til påvirkninger fra samfunnets strukturer som for eksempel kultur og politikk. Livsstilsfaktorer har stor innvirkning på helsen til folk. I den biomedisinske modellen har livsstil vært knyttet til enkeltmenneskets adferd og individuelle valg (Blaxter, 2010; Mæland, Westin, Elstad & Næss, 2009), mens i den sosiale helsemodellen relateres befolkningens livsstil i stor grad til bakenforliggende faktorer (Wilkinson & Marmot, 2006). Lagene som ligger ovenfor livsstilen i modellen, reflekterer hva som kan være bakenforliggende faktorer og mulige sammenhenger. Lag tre viser til sosiale nettverk og lokalsamfunn som mennesker lever i, men det viser også til samspillet mellom mennesker og menneskers samspill med deres eget nærmiljø. Lag fire viser videre til at sosiale nettverk og lokalsamfunn på sin side er påvirket av strukturer dannet gjennom politikk og praksis relatert til arbeid, utdanning, økonomi og skatt, helsetjenester, boligmarkedet, matproduksjon og øvrige store samfunnsområder. Det ytterste laget viser til makrostrukturer som generelle sosioøkonomiske forhold, kultur og ulike miljømessige forhold som for eksempel den særegne kulturen man lever i, og/eller de betingelsene og ressursene et land besitter (Dahlgren & Whitehead, 2009). Samtlige lag utenom det innerste, er altså uttrykk for de sosiale helsedeterminantene (Dahlgren & Whitehead, 2009; Graham & Kelly, 2004).

De sosiale helsedeterminantene i modellen er både uttrykk for positive helsefaktorer, beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer. Førstnevnte er faktorer som opprettholder og fremmer menneskers helse. Det kan være sikker økonomi, utdanning og et trygt nabolag. Faktorer som beskytter helsa kan være vaksiner, sosial støtte, sunt kosthold eller fysisk aktivitet, mens faktorer som kan skape sykdom kan være forurenset luft, røyking, korrupsjon eller generelle økonomiske nedgangstider i et land. Ofte kan det være vanskelig å gruppere determinantene i rene kategorier fordi de kan gli over i hverandre (Dahlgren & Whitehead, 2009). Det avgjørende er at modellen favner en utvidet og holistisk tilnærming til hvordan helse skapes. Overordnet reflekterer

modellen hvordan ulike faktorer på ulike nivåer, direkte eller indirekte, sammen eller alene, interagerer med hverandre i en type økologi.

Globalt ble determinantperspektivet særlig kjent gjennom WHO's kommisjonsarbeid for sosiale helsedeterminanter i 2008 (WHO, 2008). Siden den tid har perspektivet blitt anerkjent som essensielt og helt avgjørende for å fremme befolkningens helse (Donkin, Goldblatt, Allen, Nathanson & Marmot, 2018; Marmot, 2010, 2015; WHO, 2011). Blant de ulike sosiale helsedeterminantene er levekår identifisert til å være en av de aller viktigste (Helsedepartementet, 2003, 2006; WHO, 2008; Wilkinson & Marmot, 2006). Lavekår referer til *økonomiske forhold, bolig, sysselsetting og utdanning* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011; WHO, 2008) og modellen til Dahlgren og Whitehead (2009) visualiserer hvordan levekår relaterer seg til samfunnets sektorer og strukturer, dertil også levekårenes betydning for folks helse. Dette doktorgradsprosjektet bygger på at helse påvirkes av de ulike sosiale helsedeterminantene. Studien erkjenner at de sosiale helsedeterminantene fremmer helse, men studien erkjenner også at de sosiale påvirkningsfaktorene kan skape ulikhet i helse, eller såkalte sosiale helseforskjeller, blant folk.

2.2 Sosiale ulikheter i helse

2.2.1 Sosial rettferdighet og like muligheter til helse

Basert på forståelsen av at helse skapes gjennom strukturene i samfunnet, legger denne studien til grunn at sosiale ulikheter i helse også skapes på en slik måte. Ulik tilgang til ressurser og muligheter påvirker folks helse, og disse ulike tilgangene vil i all hovedsak relatere seg til prinsipper knyttet til rettferdighet og sjanselighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011; Marmot, 2010, 2015; WHO, 2008). Et viktig poeng er at urettferdig tilgang til ressurser lar seg endre (Anand, Fabienne & Sen, 2009; Wilson, 2014).

Filosofen John Rawls hevdet at rettferdige samfunn bør utformes etter prinsipper om fordeling som synes rimelige og som baserer seg på ideer om hva rettferdighet kan være (Rawls, 1973). Han tok til orde for at samfunnsinstitusjonene og fordelingen av de såkalte sosiale primærgoder, som for eksempel personlig og politisk frihet eller sosioøkonomiske forhold, burde utformes gjennom et "slør av uvitenhet". Med det forstod han at samfunn utviklet gjennom uvitenhet om hvem som er rik eller fattig, begavet eller ikke, sterk eller svak, vil ta hensyn til ulikhet og således unngå at det utvikles for stor grad av ulikhet mellom menneskene som inngår i samfunnet (Rawls, 1973). Rawls var særlig opptatt av primærgodenes rolle, og rettferdighet knyttet til primærgodene er et uttrykk for «equality of opportunity» eller sjanselikheter (Rawls, 1973). Daniels, Kennedy & Kawachi (2004) innlemmer helse i primærgodene til Rawls ved å argumentere for at helse er en sentral betingelse for nettopp rettferdige muligheter og sjanselikheter (Daniels, Kennedy & Kawachi, 2004). Dette finner relevans i helse forstått i en holistisk retning, plassert inn i en sosial modell hvor ulikheter i helse betraktes som sosialt skapte og urettferdige (Antonovsky, 1979; Blaxter, 2010; WHO, 1948, 1986).

2.2.2 Ulike forståelser av sosiale ulikheter i helse

På lik linje med at helse er et komplekst begrep (Blaxter, 2010), er forståelsen og forklaringene rundt sosiale ulikheter i helse også komplekse (Dahlgren & Whitehead, 2009; Mackenbach, 2012; Mæland, Westin, Elstad, & Næss, 2009; Whitehead & Dahlgren, 2009; WHO, 2008). Helseforståelsen som legges til grunn har som nevnt betydning for hvordan man tilnærmer seg og fremmer helse (Barrett et al., 2016; Blaxter, 2010). Slik er det også med hvordan man forstår sosial ulikhet i helse og hvordan man reduserer disse ulikhetene (Raphael, 2012b).

Epidemiologien er en av de fagtradisjonene som har befattet seg mest med tematikken sosiale ulikheter i helse. Her forstås helse i all hovedsak i en biomedisinsk tradisjon med fokus på sykdom og sykdomsrelaterte helseutfall, blant annet gjennom identifisering av risikofaktorer. Sosialepidemiologien, derimot, tar

ikke utgangspunkt i en bestemt type sykdom eller identifiserer sykdomsspesifikke egenskaper (Mæland et al., 2009). Den ser på den gjennomsnittlige helsen som finnes i de ulike sosioøkonomiske gruppene i samfunnet. Helsemål som total dødelighet, kronisk sykkelighet og selvrapportert helse er vesentlige variabler. Slik forstått relaterer sosiale ulikheter i helse seg til befolkningens helse, ikke til det enkelte individ sin helsetilstand. Man spør om hvordan helsen er fordelt i befolkningen (*deskriptivt*), hvilke sosiale faktorer som påvirker befolkningens helse (*etiologisk*) og man ser etter sammenhenger som kan forklare fordelingene som identifiseres (*fortolkende*) (Mæland et al., 2009). Sosialepidemiologien anerkjenner ulike faktorer og prosesser som kan tenkes å bidra til sosial ulikhet i helse, og kjerneområdet er de sosiale faktorene. Sosialepidemiologien henter kunnskap fra ulike samfunnsvitenskapelige tradisjoner, og grunnantagelser og metodologi fra ulike disipliner inkluderes i etableringen av teorier og modeller, kunnskapsetablering og anvendelse.

Det finnes ulike forklaringsmodeller som sosialepidemiologien kan relateres til. *Gener og genetisk variasjon* er én forklaringsmodell og henspiller til sosiale forskjeller i genetiske profiler mellom sosiale grupper, men blir utilstrekkelig for å forstå de store trekkene i sykdomspanoramaet som varierer mellom sosiale lag og sosial posisjon (Elstad & Næss, 2012). *Seleksjonsforklaringen* legger til grunn at enkeltindivids helsetilstanden bestemmer hvor i det sosiale hierarkiet individet plasserer seg (Dahl & Elstad, 2012). God helse vil kunne bidra til sosial mobilitet oppover i det sosiale hierarkiet. Sosial seleksjon henspiller til grunnleggende sosiale prosesser hvor normer, diskriminering og gjeldende maktbesittere bidrar til sorteringsprosesser av mennesker inn og ut av sosiale posisjoner, men forklaringen antas å ha en liten forklaringsgrad i årsakene til sosiale ulikheter (Dahl & Elstad, 2012).

I kontrast til seleksjonsforklaringen står den *materialistiske forklaringen* hvor materiell ressursmangel forklarer årsaken til lav levealder og utbredte sykdomsplager (van der Wel & Dahl, 2012). Faktorer som dårlige arbeidsforhold, dårlig ernæring, urent vann, manglende hygiene, manglende materielle goder, forurenset luft og

fattigdom uten særlig individuelt handlingsrom står sentralt, og forklaringsmodellen har hatt relevans og legitimitet helt siden 1800-tallet. Modellen stod særlig sterkt frem til etter andre verdenskrig, men med økende utfordringer knyttet til livsstil, fikk helseatferdsmodellen en stadig mer dominerende rolle (Elstad, 2005).

Helseatferdsmodellen tar utgangspunkt i at spesielle vaner, handlemåter og forbruksmønstre er hovedårsak til sykdom og ulikhet i helse (Elstad, 2005; van der Wel & Dahl, 2012). Atferden relateres til ulikhet i kunnskapsnivå, informasjonstilgang og viljestyrke hos det enkelte individ. Men forklaringsmodellen ser også individets livsstil i lys av mer kollektive fenomener som tradisjon, tilhørighet og markering. Levevaner relateres til kultur og reproduseres således uten særlig grad av refleksivitet, men levevaner og helseatferd kan også være uttrykk for sosiale tilhørighet, og således markere en villet distinksjonen mellom sosiale grupper i det sosiale hierarkiet. Selv om modellen hensynstar kollektive fenomener, er de fleste intervensjoner innen denne forklaringsmodellen basert på individuelle tilnærminger. Forskning har vist at helseatferdsmodellen er relevant for dødelighet og sykkelighet, men plassert inn i et ulikhetsperspektiv, viser det seg at ulikhet i dødelighet skyldes langt flere forhold enn livsstil (Mæland et al., 2009).

Den *neomaterialistiske forklaringsmodellen* kan sees på som et motsvar til helseatferdsmodellen (Mæland et al., 2009). Modellen tar utgangspunkt i at det er egenskaper ved omgivelsene, det kontekstuelle, som har betydning for helseulikhetene og modellen bærer i seg ulike perspektiv. Et perspektiv er at inntektsulikheter og de sosiale og psykologiske konsekvenser av disse, skaper helseulikhetene. Blant annet vil store inntektsulikheter skape normløse samfunn med desintegrasjon og høy grad av mistillit (Wilkinson, Poulsson, & Pickett, 2011). Et annet perspektiv løfter opp at helse er et spørsmål om politisk vilje, og grad av ulikhet tilskrives grad av velferdsorientert politikk. Gjennom velferd og tjenesteproduksjon vil det kunne skapes ressurser av helsemessig relevans (Fritzell & Lundberg, 2007). Helse og ulikhet i helse er således politisk og sosialt skapt (Mæland et al., 2009). Et tredje perspektiv kobler seleksjon og sosiale årsaksfaktorer. Perspektivet fokuserer på

betydningen av hele livsløpet, hvor både biologiske og sosiale faktorer gjennom ulike stadier av livet og på tvers av generasjoner, undersøkes og hensynstas.

Samlet sett kan man hevde at innen feltet legges sosiale, kulturelle og samfunnsmessige bestemmelsesfaktorer til grunn. Bruken av *sammensatte modeller*, hvor flere forklaringer er inkludert samtidig, er ikke uvanlig (Mæland et al., 2009). Gjennom ulike modeller og teorier får ulike determinanter ulike betydninger. Generelt kan det sies at helseatferd, sosiale nettverk, sosial kapital, geografisk plassering, arbeidsrelaterte forhold, etnisitet og kulturelle forhold er viktige områder som har betydning for hvordan helseforskjeller skapes og fordeler seg i befolkningen. Uavhengig av hvilke forklaringsmodeller som legges til grunn er det helt klart at helse er sensitiv til sosiale og økonomiske faktorer. Dette uttrykkes blant annet gjennom gradientperspektivet.

2.2.3 Sosiale ulikheter i helse uttrykt som en gradient

Sosiale og økonomiske ressurser har betydning for helse og det bidrar altså til sosiale ulikheter i helse. Et viktig empirisk mønster som bekrefter disse sammenhengene er helsegradientmønsteret. Det er et veldokumentert fenomen (Marmot, 2004) som er identifisert i mange land. Mønsteret viser at befolkningens helse systematisk samvarierer med befolkningens posisjon i det sosiale hierarkiet når man tar utgangspunkt i selvvaluert helse og dødelighet (Marmot, 2004). Det er dette mønsteret dette doktorgradsprosjektet relaterer seg til.

Mønsteret danner en gradient som går gjennom hele befolkningen. Grafisk kan den fremstilles som en økende lineær kurve, og gradienten reflekterer at jo høyere opp man befinner seg på den sosiale rangstigen, jo bedre helse besitter man, og jo lengre lever man. Forskjellene i selvopplevd helse og dødelighet relateres altså til sosial posisjon. Begrepet sosial posisjon, oftest forstått som sosioøkonomiske grupper, identifiseres på ulike måter (Arntzen, 2002), men i studier av den sosiale helsegradienten benyttes nesten konsekvent variablene *yrke, utdanning og inntekt*. Gradienten fanger altså opp sammenhengen mellom sosioøkonomiske forhold og

helse, speiler den stegvise stigningen mellom ulike sosioøkonomisk posisjoner, og helseforskjellene defineres som en utfordring. Litteratur har vist at det eksisterer en gradient innad i alle land og omtales gjerne som relative helseforskjeller (Bakker & Mackenbach, 2003; Mackenbach, 2012; Mackenbach et al., 1997). De relative forskjellene er viktige fordi de reflekter hvordan ulike sosioøkonomiske grupper innad i et land erfarer helse i forhold til hverandre. Målet med å håndtere gradientutfordringen er at alle mennesker skal kunne oppnå sin egen, høyeste standard av helse uavhengig av sosial posisjon (Stegeman & Costongs, 2012; World Health Assembly, 1998). Siden mønsteret relateres til prinsipper om rettferdighet, bærer utfordringsbilde både et moralsk og demokratisk anliggende i seg (Anand et al., 2009; WHO, 2008).

2.2.4 Reduksjon av sosiale ulikheter i helse

De grunnleggende påvirkningsfaktorene til helse er ikke nødvendigvis de grunnleggende påvirkningsfaktorene til ulikhet i helse (Dahlgren & Whitehead, 2009). Overordnet handler dette om fordeling og omfordeling av de sosiale helsedeterminantene, og viktigheten av å identifisere mønstre innenfor de ulike sosiale gruppene i et samfunn (Dahlgren & Whitehead, 2009; Graham, 2004a; Wilkinson et al., 2011). Å takle ulikheter i helse er å takle den urettferdige fordelingen av helsedeterminanter (Graham & Kelly, 2004). Det er viktig å skille mellom overordnet styrking av de sosiale helsedeterminantene, og en sosial fordeling av disse.

Det finnes ulike strategier og mål for å takle sosiale ulikheter i helse. Graham løfter tre ulike måter å tilnærme seg ulikhetsproblematikken (Graham & Kelly, 2004). En vanlig tilnærming er å etablere strategier som har som mål å bedre helse til de mest fattige og utsatte gruppene. En annen tilnærming er å minke gapet mellom de mest fattige og mest utsatt gruppene og de rikeste. En tredje tilnæringsmåte er å jevne ut gradienten ved å adressere sosiale ulikheter i helse gjennom hele befolkningen (Graham, 2004a). Bevissthet knyttet til de ulike tilnæringsmåtene er helt essensielt,

og for å redusere de sosiale ulikhetene i helse på en effektiv måte bør strategiene inneha en kombinasjon av de ulike tilnærmingene (Graham, 2004a, 2009). En mye benyttet tilnærming er å kombinere universelle tiltak for hele befolkningen med spesielle tiltak for utsatte grupper, ofte omtalt som «proporsjonal universalismen» (Marmot, 2010, 2015; Wilkinson & Marmot, 2006). Overordnet er det å takle helsegradienten i tråd med internasjonal helsepolitikk (WHO, 2008).

Det å bare håndtere en determinant, betyr ikke nødvendigvis at man takler hele gradienten. Folkets helse kan i sum øke, men gradienten som eksisterer mellom de sosioøkonomiske gruppene kan fortsatt vedvare (Graham & Kelly, 2004). Det er viktig å skille mellom det overordnede nivået i forbedring av en determinant, og fordelingen av denne mellom de ulike sosioøkonomiske gruppene. Det handler om totale og relative fordelinger i tilgangen til ressurser. Ved å fokusere på den ulike fordelingen av helsedeterminanter innad i befolkningen, vil man kunne utjevne den sosiale gradienten. Overordnet er det politiske utfordringer knyttet til alle tilnærmingene (Graham & Kelly, 2004).

Politikk skaper betingelser for de forhold som mennesker lever under. Å fokusere på den ulike fordelingen av helsedeterminantene, gjøre fordelingshensyn og omfordele disse gjennom politikkkutforming og i tiltak rettet mot befolkningen, blir helt avgjørende. Det kan være forskjell på politikk som skal takle de sosiale helsedeterminantene og politikk som skal takle de sosiale ulikhetsdeterminantene. Politikk som skal takle ulikheter må derfor være bredere enn politikk for å takle utfordringer knyttet til utsatte grupper, slik som for eksempel fattigdomstiltak (Graham, 2004a, 2009). Å jobbe med gradienten krever tydelig politisk vilje, langsiktighet og at alle samfunnets sektorer jobber på tvers (WHO, 2008). Det krever bevissthet om fordelingspolitikk og innsikt i politikkkutforming i mange av samfunnets sektorer slik som skattepolitikk, arbeidsmarkedet og innen utdanning (WHO, 2008, Fosse 2010), men det kan også løses på lokalt nivå (Graham, 2004a, 2009; Graham & Kelly, 2004). Dette prosjektet har sett på fordelingshensyn i lokal politikkkutforming og i utvikling av folkehelseiltak. Det å kunne gjøre et skille

mellom determinantene i sin helhet og ved sosial distribusjon, er helt essensielt i politikktutforming.

2.3 Folkehelse og folkehelsearbeid

2.3.1 Historisk perspektiv

Selv om den første definisjonen som eksplisitt beskrev relasjonen mellom samfunn og helse ble formulert i 1946 (WHO, 1948), har samfunnets betydning og innvirkning på folkets helse vært løftet opp i lang tid før dette. Klassiske europeiske tenkere som Engels, Virchow, Durkheim og Villerme (Rosen, 1993; Waitzkin, 1981) poengter betydningen av sosial posisjon, sosiale prosesser og samfunnspolitikkenes innvirkning på folkets helse. Gjennom 1800-tallet dokumenterte samtlige at de fattige hadde større tilbøyelighet enn de rike til å bli syke og å dø tidlig. Uavhengig av hverandre foreslo de tiltak relatert til samfunnets ulike områder eller sektorer, og felles for dem var at det var levekårene som skulle styrkes. Basert på Virchowas sitt arbeid knyttet til arbeidets og det sosiale livets betydning for helse, formulerte Neuman i 1848 (Rosen, 1993) et utkast til en av Europas første folkehelselover. Loven målbar at samfunnet hadde ansvaret for folkets helse, og foreslo strategier som skulle bedre ernæring, øke sysselsetting, utbedre boforhold og gi gratis utdanning til alle.

Også i Norge ble sammenhenger mellom samfunn og helse fokusert, blant annet gjennom Eilert Sundt sine studier av sosial posisjon og helse (Sundt, 2005). Folkehelsearbeidet på 1800-tallet baserte seg på tidligere erfaringer med epidemier og bruk av karantener, og aktualiserte viktigheten av å organisere samfunnet på hensiktsmessige måter for blant annet å unngå smitte. Et særlig viktig tiltak i dette arbeidet var å inkludere ulike faggrupper slik som byplanleggere og ingeniører (Lysholm, 2015). I 1860 innførte Norge Sunnhetsloven (Ø. Larsen, 2010) som gav folkehelseanliggende en plass i lokalforvaltningen. Sunnhetsloven gav pålegg om at de ulike lokale nivåene skulle etablere lokale kontrollstyrer som gjennom delegert myndighet iverksatte nødvendige folkehelseiltak når det måtte være nødvendig.

Loven baserte seg på tidligere tiders erfaringer som hadde vist at ved å benytte samfunnets ulike ressurser så kunne ulike folkehelseutfordringer løses.

Det er ikke bare Sunnhetsloven som reflekterte samfunnsinnsatsen for befolkningens helse på 1800-tallet. Retten til skolegang og lovverk knyttet til arbeidslivet ble også innført, sammen med andre sosiale reformer som kvinnefrigjøring, allmenn stemmerett og borgerrettigheter (Goth & Berg, 2014). Men også det sosiale fellesskapet representert gjennom ulike aktører som privatpersoner eller representanter fra ulike foreninger, gjorde seg gjeldende i arbeidet med å bedre folks helse. Særlig gjaldt dette kvinner som hjalp til med offentlige og sosiale oppgaver. For eksempel bidro sanitetsforeningen innen områder som ernæring og hygiene for barn, men også innen utfordringer knyttet til tuberkulose. Levekår og boligforhold ble også fokusert, blant annet gjennom Plan- og bygningsloven, men også gjennom politisk press og politikkutforming knyttet til store byer med stor tilflytning og boligknapphet. Spesielt bidro revideringen av Plan- og bygningsloven i 1924 til viktige forbedringer med hensyn til boforhold og levekår (Goth & Berg, 2014; Mæland, 2016). Dette viser at samfunnets ulike samfunnsområder og sektorer gjorde seg gjeldende i folkehelsearbeidet i tiden fra midten av 1800- tallet og utover 1900-tallet.

Disse anliggende som er beskrevet ovenfor danner konturer av det som i dag betegnes som «New Public Health» eller på norsk, det moderne folkehelsearbeidet (Green et al., 2019; Tulchinsky & Varavikova, 2010). Det hevdes at det moderne folkehelsearbeidet bærer i seg røtter og baserer seg på tidligere tiders folkehelsearbeid (Kindig & Stoddart, 2003), selv om det i all hovedsak har vært den biomedisinske tilnærmingen som gjennomgående har fått dominere og påvirke folkehelsefeltet, spesielt i perioden rett før og i lang tid etter andre verdenskrig (Frank, 1995). Dominansen kan knyttes til den vestlige verdens utbygging av offentlige tilbud og utviklingen av velferdsstaten etter krigen (Green et al., 2019). Blant annet var det i mange vestlige land et stort fokus på å etablere offentlige helsetjenester og helseforsikringsordninger hvor spesialisering og profesjonalisering ble sterkt aktualisert (Tulchinsky & Varavikova, 2010). I Norge, ofte forstått som en

meget velutviklet velferdsstat (Esping-Andersen, 1990), ble tiden etter andre verdenskrig også preget av de samme tendensene med profesjonalisering og spesialisering, samt differensiering og fragmentering (Hauge & Mittelmark, 2003; Mæland, 2016).

2.3.2 Folkehelse, folkehelsearbeid og «New Public Health»

Dette doktorgradsprosjektet relaterer seg til «New Public Health». Med tilfang fra ulike strømninger innen ulike disipliner, oppstod dette begrepet på 1990-tallet. Begrepet søker å favne utfordringer knyttet til ulikhet i helse, og til miljømessige- og sosiale forhold, men også til politisk styring og sosial og økonomisk utvikling (Ncayiyana, 1996). Begrepet kan relateres til den aller første definisjonen av folkehelse som ble formulert i 1920. Denne definisjonen beskrev folkehelse som «vitenskapen og kunsten å forebygge, forlenge og fremme helse gjennom systematisk innsats og kunnskapsbaserte valg foretatt av samfunnet, offentlige og private organisasjoner, lokalsamfunn og enkeltpersoner» (Winslow, 1920, s. 30), og benyttes stadig av internasjonale organisasjoner som for eksempel WHO (Marks, Hunter & Alderslade, 2011). Definisjonen løfter opp viktigheten av kollektivets innsats for folkets helse, og bærer i seg en erkjennelse av at befolkningen er mennesker som danner sosiale helheter gjennom samfunn. Ulike tilnærminger til helsebegrepet kan finne gjenklang i definisjonen, både den biomedisinske forståelsen (Boorse, 1977), men også forståelser som bygger på den sosiale helsemodellen (Barrett et al., 2016; Blaxter, 2010). En annen benyttet forståelse av folkehelse er «what we, as a society, do collectively to assure the conditions for people to be healthy» (Kindig & Stoddart, 2003), som også viser til at det sosiale aspektet ved befolkningens helse er av stor betydning.

«New Public Health» er knyttet til integreringsprosesser mellom tradisjonelt og mer moderne folkehelsearbeid (Green et al., 2019; Tulchinsky & Varavikova, 2010). Til tross for at enkeltaktører i lang tid har løftet opp samfunnets betydning for helse, har som nevnt folkehelsearbeidet vært preget av den biomedisinske tilnærmingen og

oppbygging av en offentlig helsesektor. Særlig ble helse forstått som en konsekvens av sosiale forhold neglisjert gjennom store deler av 1900- tallet, og folkehelsearbeid som en frontlinje for sosial endring ble ikke reflektert som en type hovedstrømning (Barrett et al., 2016).

Med «New Public Health» ble dette fokuset løftet opp og aktualisert (Tulchinsky & Varavikova, 2010). Empiri og teori knyttet til at helse skapes i alle samfunnsområder, og ikke bare i helsesektoren, begynte å ta form i løpet av 1960- og 1970- tallet (Blaum, 1974; Laframboise, 1973; Waitzkin & Waterman, 1974). Forskingen til Nancy Milio (1981) og Trevor Hancock (1985) har hatt betydning for å politisere folkehelsearbeidet (Hancock, 1985; Milio, 1981). Gjennom å samle empiri om hvordan samfunnsområder og ulike sektorer henger sammen med og påvirker befolkningens helse, relaterte de feltet til offentlig politikkkutforming. Blant annet viste Milio at sektorer som jordbruk, sosiale velferdstjenester og forsvar påvirket helsen i befolkningen. Hun målbar at samfunnssektorer burde gjøre analyser av hvordan ulike tiltak i deres egen sektor kunne påvirke helsen til befolkningen (Milio, 1981). Hancock var opptatt av den offentlige politikkens påvirkning på folkets helse (Hancock, 1985). Han målbar at folkehelsearbeidet burde fokusere på globale utfordringer slik som arbeidsløshet, forurensning og bærekraft, mens hans overordnede argument var at det lokale nivået var den viktigste arenaen for folkehelsearbeid. Han mente at lokalsamfunnet er essensielt fordi der vil politikerne ha direkte interesse i beslutninger, de vil ha lokal kjennskap som muliggjør samarbeid på tvers av områder og sektorer, i tillegg til å ha gunstig nærhet til innbyggerne (Hancock, 1985). Ved å omfavne en holistisk tilnærming løftet både Milio og Hancock opp at helse ikke tilhører helsesektoren alene, ei heller en enkelt aktør eller et enkelt nivå, samfunnsområde eller sektor. Begge hevdet at helse må relateres til samfunnet som helhet og dets strukturer, og de politiserte helse ved å understreke at de helsemessige konsekvensene av ulike politikkkutforminger og tiltak måtte vurderes og ansvars plasseres (Hancock, 1985; Milio, 1981).

Dette siste kravet om at helsekonsekvenser må vurderes og plasseres til gitte ansvarshavende når ulike tiltak etableres, er blant annet forløperen til HiAP-

tilnærmingen som har som mål å sette helsehensyn på agendaen i all politikktutforming (Clavier & de Leeuw, 2013). Det moderne folkehelsearbeidet har altså til hensikt å sikre at helse er beskyttet gjennom offentlig politikktutforming, og således er folkehelsefeltet blitt politisert. Dette står i kontrast til det mer tradisjonelle, ekspertstyrte og sykdomsforebyggende folkehelsearbeidet som har preget mye av 1900-tallet. Gradvis har denne tradisjonelle tilnærmingen blitt utfordret av denne nye, multidisiplinære tilnærmingen, New Public Health (Tulchinsky & Varavikova, 2010), som målbærer det samfunnsvitenskapelige perspektivets betydning for folkehelsen.

WHO og fagretningen helsefremmende arbeid har i særlig grad stått for moderniseringen av folkehelsearbeidet. Basert på den kjente Lalonde-rapporten fra 1974 (Lalonde, 1974) som identifiserte den kanadiske befolkningens økende helseproblemer til tross for en velutbygd helsesektor, relateres gjerne det moderne folkehelsearbeidet til verdens helseorganisasjon sin konferanse i Alma Ata i 1978. Konferansen, som ble holdt i Kasakhstan, formulerte visjonen om «Helse for alle innen 2000» (WHO, 1978). Mens Lalonde-rapporten påpekte behovet for nye perspektiver og omfordeling av ressurser som tiltak for å møte befolkningens helseutfordringer, målbar Alma Ata-deklarasjonen behovet for å etablere systemer som tar fatt i underliggende sosiale, økonomiske og politiske årsaker til helseforskjeller og nødvendigheten av å jobbe med helse på lavest mulig nivå, det vil si i lokalsamfunnene som for eksempel kommunene (WHO, 1978). Basert på kunnskap rundt ulike samfunnsområder sin betydning for helse, sammen med strømninger knyttet til opprør rundt spesialisering og profesjonalisering, fikk ideologier som fremmer demokratisering gjennom bruk av medvirkning og lokale krefter, sammen med prinsipper om likhet i helse, gjennomslagskraft (Green et al., 2019; Hauge & Mittelmark, 2003; Tulchinsky & Varavikova, 2010). Med Ottawa-charteret for helsefremmende arbeid i 1986, satte WHO (1986) virkelig samfunnets betydning for helse på agendaen og den favnet demokratiseringsperspektivet og den sosiale helsemodellen. Konsensusdokumentet formulerte fem innsatsområder og tre strategier som alle reflekteres i «New Public Health». Det å skape støttende miljøer, styrke lokalsamfunn og å jobbe frem en politikk som fremmer helse skulle blant

annet realiseres gjennom samarbeid og ved å påvirke beslutningstakere og utformere av offentlig politikk. En slik form for kapasitetsbygging var selve idegrunnlaget for helsefremmende arbeid, første gang beskrevet i Ottawa-charteret, men også videreført i nyere chartre (WHO, 1991, 2011, 2013a, 2013c, 2017a).

Samlet sett har disse dokumentene og chartrene tatt opp i seg behovet for sosial rettferdighet i helse og aktualiserte nødvendigheten av å jevne ut sosiale ulikheter i helse gjennom omfordeling av de sosiale helsedeterminantene. Utjevning av sosiale ulikheter i helse er en kompleks oppgave fordi utfordringsbildet er sammensatt av multiple årsaker, er diskursiv i sin natur og mangler enkeltstående løsninger til problematikken. Slike utfordringsbilder defineres ofte som «*wicked problems*», eller uregjerlige problemer (Rittel & Webber, 1973) basert på at de er vanskelige å definere, årsakene er overlappende og sameksisterende, og problemene leder ofte til uforutsette konsekvenser (Rittel & Webber, 1973). Folkehelsematikker er kjent for å bære i seg slik uregjerlig problematikk (Kickbusch & Gleicher, 2012), og løsningene krever ofte en type holistisk og økologisk tilnærming med innsats fra alle samfunnets nivå og områder fordi løsningene finnes i spennet mellom det globale og lokale nivået, og på tvers av sektorer og politikkområder (Lang & Rayner, 2012; Tulchinsky & Varavikova, 2010). Kapasitetsbygging gjennom politikktutforming og organisering av samfunnet er avgjørende for å sette både store og små samfunn i stand til finne løsninger på utfordringsbildet.

2.4 Styring og samarbeid i moderne folkehelsearbeid

2.4.1 Integrering i det moderne folkehelsearbeidet

For å bygge kapasitet i folkehelsearbeidet er det altså behov for å integrere de ulike samfunnsområdene som relaterer seg til helse og de sosiale helsedeterminantene. Et slik integreringsarbeid inkluderer offentlig sektorer, men også privat sektor, frivillige organisasjoner og andre aktører. Det aktualiserer en type handlingskapasitet for helse

ved å bringe de ulike sektorene sammen fordi samfunnssektorene i seg selv er relativt differensierte. Innen organisasjonsteori er integrering relatert til differensiering (Bolman & Deal, 2014). For å møte «den virkelige verden» med dens reelle behov, er spesialisering og differensiering nødvendig, men for å bringe dette sammen igjen i en helhet for å skape handlingskapasitet, må det skje en integrering av de samme sektorene som i utgangspunktet er differensiert (Lawrence & Lorsch, 1967).

Integrering defineres som “the quality of the state of collaboration that exists among departments that are required to achieve unity of effort by the demands of the environment” (Lawrence & Lorsch, 1967, s. 11). I samfunn med økende behov for ulike tjenester fra de ulike samfunnsområdene vil det naturlig skje en form for differensiering, men denne differensieringen skaper også avstand. Å bringe deler sammen til en helhet, særlig om de ulike delene ikke bare er innen et og samme system (som f.eks. en statsforvaltning), men også inkluderer ulike aktører utenifra, vil være en meget krevende øvelse. Det er dette som gjør seg gjeldene innen det moderne folkehelsearbeidet, og som krever både styring og samarbeid på ulike måter. Det er utfordrende både å bringe sammen deler i samme organisasjon, men det er også utfordrende å bringe ulike organisasjoner sammen.

2.4.2 Nettverkstyring og «helse i alt vi gjør»- tilnærmingen i relasjon til folkehelsearbeid

Gitt behovet for styring så har governancebegrepet i de senere årene fått sterk relevans innen folkehelsefeltet (Kickbusch & Gleicher, 2012; Ståhl, Wismar, Ollila, Lahtinen & Leppo, 2006; Tulchinsky & Varavikova, 2010; WHO, 2008, 2010, 2011). I vid forstand kan governance forstås som «...the process of coordinating actors, groups, and institution across levels of decision and interventions in view of a common goal or concern.” (de Leeuw, Townsend, Martin, Jones & Clavier, 2013, s. 109). Innen moderne folkehelse relaterer governance seg til behovet for kollektivt å samarbeide om komplekse utfordringer og sammensatte problemstillinger, såkalte «wicked problems», og derigjennom aktualiseres nettverksstyring. Ingen enkelt land, organisasjon, virksomhet, sektor eller aktør kan løse denne sammensatte

problematikken. Behovet for å samarbeide på tvers av land, sektorer, virksomheter og aktører er en nødvendighet. I kjølvannet av dette kreves det ulike former for styringsprosesser som sikrer kvalitet og effektivitet i arbeidet.

Begrepet governance relaterer seg til styringsmodellen New Public Governance (NPG) (Osborne, 2010; Røiseland & Vabo, 2016). NPG henspiller til en offentlig styring av samfunnet basert på en kollektiv tilnærming, blant annet gjennom bruk av nettverk og inkludering av ulike samfunnsaktører. NPG kan forstås som et tilsvar til andre styringsmodeller innen offentlig forvaltning som Public Administration (PA) og New Public Management (NPM). Styringsmodellene er distinkt forskjellige, men de kan også sameksistere (Osborne, 2010). I tiden etter andre verdenskrig fungerte PA som styringsidè og legitimerte styring gjennom profesjonskompetanse og demokratisk satte regler. Modellen baserte seg på faglig skjønn og lite medvirkning fra andre aktører utover forvaltningsapparatet. Denne klassiske administrasjonsmodellen ble avløst av NPM som en type kritikk til profesjonalismens enerådighet i PA. NPM- modellen som er forankret i markedsstyrte prinsipper om tilbud og etterspørsel, har til hensikt å etablere skille mellom bestiller og utfører, og den fokuserer på kvalitet og resultat gjennom strukturert kontroll. NPM som form er tilbøyelig til å skape fragmentering og differensiering. Fokus på resultat i egen enhet, etat og sektor er høyt prioritert slik at fokus på fellesskapet og gode totalløsninger blir mindre. Det hevdes blant annet at styringsmodellen har bidratt til fragmentering av velferdsstatens organisering og tjenesteproduksjon (Osborne, 2010). Det igjen har ført til behov for å integrere ulike tjenester og enheter (Røiseland & Vabo, 2016). Motsvaret til NPM ble således NPG som gjennom bruk av nettverk søker å integrere ulike samfunnsområder, sektorer og etater for å skape gode velferdsløsninger (Koppenjan, 2012).

WHO har i lang tid løftet opp behovet for intersektorielt samarbeid for helse. Først gjennom Alma Ata-deklarasjonen og Ottawa-charteret, senere gjennom Adelaide-deklarasjonen og Rio-deklarasjonen om de sosiale helsedeterminantene, og dernest i Helsinki- erklæringen om «helse i alt vi gjør» er det etterspurt et integrert samarbeid for helse og sosial rettferdighet (WHO, 1986, 1988, 2010, 2011, 2013c).

Intersektorielt samarbeid, hvor både offentlig sektor, privat sektor, frivillige og andre aktører kan inkluderes, kan utvikles gjennom etablerte strukturer, eller det kan etableres nye strukturer. Ulike mekanismer og verktøy er identifisert for å fremme et slikt samarbeid (Rantala, Bortz & Armada, 2014; Shankardass, Solar, Murphy, Greaves & O'Campo, 2012; St-Pierre, Hamel, Lapointe, McQueen & Wismar, 2009). Det kan være koordinerende strukturer, finansielle mekanismer, prosessverktøy og mer formelle mandater som for eksempel lokale planer og lokal politikk, nasjonale føringer eller lovverk (St-Pierre et al., 2009).

«Helse i alt vi gjør»-tilnærmingen

Behov for styring og samarbeid innen folkehelsefeltet er spesielt formulert gjennom «Health in All Policies», eller «helse i alt vi gjør»-tilnærmingen [HiAP- tilnærmingen] (Ståhl et al., 2006). Fundert i behovet for intersektorielt samarbeid løftet denne tilnærmingen opp viktigheten av å fokusere på helsehensyn og å identifisere konsekvenser for helse inn i andre politikkområder. HiAP defineres som:

“... an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts in order to improve population health and health equity. It improves accountability of policymakers for health impact at all levels of policy-making. It includes an emphasis on the consequences of public policies on health systems, determinants of health and well-being” (WHO, 2013b, s. 2).

Tilnærmingen er både en idé og en strategi som tar hensyn til og responderer på kompleksiteten i moderne folkehelsearbeid (Ståhl et al., 2006; WHO, 2013c). Kjernen i HiAP er at samfunn identifiserer sosiale helsedeterminanter som ligger i andre samfunnssektorer enn helsesektoren, og den søker å integrere en systematisk og bred betraktning av helse inn sektorer politikkutformingsprosesser og tiltak. Tilnærmingens hensikt er altså å styrke forbindelsen mellom helse og annen politikk, og er helt eksplisitt foreslått som en strategi med høyt potensiale for å styrke folkehelsen, eller befolkningens helse, med helsedeterminanter som bro mellom

politikk og helseutfall (Ståhl et al., 2006). «Helse i alt vi gjør» handler altså om å integrere helsehensyn, velvære og likhetsbetraktninger når det skal utvikles, implementeres og evalueres ulike politikk og ulike tiltak (WHO, 2010). Slike prosesser gjøres i politikkkutforming, i tiltaksutvikling og i langsiktige prosesser gjort av myndighetene (WHO, 2013b).

Et kritisk aspekt ved HiAP- tilnærmingen er at den plasserer helse som hovedkriterium for vellykkede samfunn (Kickbusch & Gleicher, 2012). Dette kan oppleves som vanskelig av andre samfunnssektorer utenfor helsesektoren (Kickbusch & Gleicher, 2012). Offentlig politikkkutforming opererer ofte i et landskap av ulike interesser og det kan oppstå interessekonflikt mellom helsehensyn og andre hensyn som for eksempel hensynet til økonomi eller andre forhold. Ved å jobbe likeverdig med å akseptere at helse ikke alltid er det eneste målet, verdien eller visjonen, kan folkehelsepolitikken få sin inntreden i annen politikkkutforming i samfunnet.

Innen offentlig politikk har det altså vært et skifte fra government til governance hvor myndighetene over tid har gått fra å styre for egen hånd til ta i bruk nettverk for å nå styringsmål. Bevegelser fra intersektoriell handling, via helsefremmende politikk mot HiAP- tilnærmingen, kan sees på som en utvikling hvor de to første tilnærmingene representerer en mer grunnleggende statlig styring for folkehelsearbeid, mens HiAP-tilnærmingen viser til en noe mer nettversbasert styringsform som er i behov av kollektiv kapasitet (Kickbusch & Gleicher, 2012; Peters et al., 2014). I 2010 løftet WHO (WHO, 2010) ytterligere opp behovet for å øke den kollektive kapasiteten for moderne folkehelsearbeid og poengterte at både global, nasjonal og lokal kapasitet er avgjørende for å nå målene. Måloppnåelsen handler om å utnytte bruken av knappe ressurser, skape synergier og tilby innbyggeren helhet. Kollektiv kapasitet og helhet kan søkes gjennom «joined up government»-, «whole of government»- og «whole of society»- tilnærmingene som hver på sin måte krever ulik grad av samarbeid og styring. Måter å styrke folkehelsearbeidet som en kollektiv oppgave er blant annet gjennom integrering av ulike styringsnivå og gjennom intersektorielt samarbeid (Kickbusch & Gleicher, 2012). Det gjelder å identifisere strukturer og mekanismer som fasiliteter dette arbeidet.

2.4.3 Axelsson og Axelsson sitt konseptuelle rammeverk for integrering

Hensikt med styring og samarbeid er å overskride grenser for å skape en større helhet som kan realisere gitte mål. Innenfor det moderne folkehelsearbeidet kan disse grensene være ulike disipliner, profesjoner eller organisatoriske grenser. Samarbeid forstås og defineres ulikt, ulike begrep benyttes, og litteraturen påpeker at anvendelsen er tvetydig (Heimburg & Hofstad, 2019). Integrering som overordnet begrep kan være klargjørende og reflekterer deler som bringes sammen (Axelsson & Axelsson, 2006, 2016).

Axelsson og Axelsson har utviklet et konseptuelt rammeverk for integrering innen folkehelsearbeid (Axelsson & Axelsson, 2006). Integreringen skjer gjennom vertikale og horisontale strukturer. Vertikal integrering reflekterer de klassiske byråkratiske strukturene mellom nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, men også de mer markedsorienterte strukturene hvor bestiller og leverandør aktualiseres, samt måling av interaksjonen mellom disse. Horisontal integrering skjer gjennom nettverk hvor samarbeidet i stor grad er basert på likeverdighet og frivillighet. Med utgangspunkt i de vertikale og horisontale strukturene vil ulike former for integrasjon tre frem og disse omtales henholdsvis som samordning, samhandling, kontraktstyring og samarbeid. Lav grad av horisontal og vertikal integrering vil reflektere såkalt kontraktstyring, mens høy grad av vertikale strukturer og lav grad av likeverdig og nettverksbasert samarbeid vil reflektere samordning. Lav grad av vertikale strukturer i kombinasjon med høy grad av horisontale strukturer reflekterer samarbeid, mens høy grad av både vertikale og horisontale strukturer relaterer seg til samhandling. Innen folkehelsearbeid vil graden av involvering fra myndighetene være noe ulik, men det er de to sistnevnte integreringsformene som har størst relevans i forhold til et slikt arbeid (Axelsson & Axelsson, 2006). Hva slags type samarbeid som trer frem varierer i forhold til grad av differensiering. Den mest avanserte formen for integrering skjer gjennom matriseliknede organisering hvor en form for hierarkisk integrering er kombinert med samarbeid basert på nettverk (Axelsson & Axelsson, 2006).

Dette prosjektet er opptatt av implementeringen av HiAP- tilnærmingen som integreringsform, hvor HiAP kan forstås som en type nettverksstyring gjennom «whole of government»- tilnærmingen, men som også inkluderer samarbeid med andre sektorer. Et av hovedprinsippene i folkehelseloven har nettopp vært å ta i bruk HiAP- tilnærmingen fordi sosial rettferdighet og likhet i helse hviler i verdiene til HiAP- tilnærmingen og realiseres gjennom politikktutforming på tvers av alle sektorer.

2.5 Norsk folkehelsearbeid

I Norge defineres folkehelse som «befolkningens helsetilstand og hvordan den fordeler seg i en befolkning» (Helsedirektoratet, 2010, s. 20), og arbeid med folkehelsen defineres 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 jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 57).

Norge har definert tre overordnede mål for norsk folkehelsearbeid; 1) Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder, 2) befolkningen skal erfare flere gode leveår med god helse og trivsel, og reduserte sosiale helseforskjeller, 3) samt at det norske samfunnet skal være et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen, altså legger gradientperspektivet til grunn (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 9). I 2012 fikk Norge en egen folkehelselov som legger prinsippene om *sosial rettferdighet i helse* og «*helse i alt vi gjør*» til grunn for selve arbeidet, men også prinsippene om *bærekraftig utvikling*, *føre var prinsippet* og *deltagelse*. Grunnprinsippene i loven og målet for norsk folkehelsearbeid relaterer seg til det moderne folkehelsearbeidet gjennom å reflektere likhet i helse, de sosiale forholdenes

betydning, men også behovet for politisk styring og sosial og økonomisk utvikling (Duncan, 2013; Green et al., 2019; Tulchinsky & Varavikova, 2010).

Folkehelseloven er produkt av en stadig reformulert norsk folkehelsepolitikk. Som tidligere nevnt finnes det historiske linjer i Norge som knytter samfunn og helse sammen; jf. «Sunnhetsloven» fra 1860 (Ø. Larsen, 2010), frivillighetsarbeid, revidering av Plan- og bygningsloven, ildsjeler som Karl Evang og et generelt levekårsperspektiv (Goth & Berg, 2014; Mæland, 2016). Som ellers i den vestlige verden, hadde også Norge både før og i tiden mellom første og andre verdenskrig, fokus på å bedre befolkningens helse gjennom bedret levekår og utvikling av politikk knyttet til velferd, lønn og bolig. Etter krigen derimot, ble helseperspektivet smalnet og relatert til spesialisering, profesjokrati og sentralisering (Goth & Berg, 2014; Mæland, 2016). Den biomedisinske modellen fikk fotfeste, og politikk knyttet til helse handlet i all hovedsak om å bygge opp helsesektoren, blant annet gjennom utstrakt sykehusutbygging. Folkehelsearbeid relaterte seg i stor grad til helseatferd og således ble folkehelse på et vis individualisert gjennom å anlegge en form for «victim-blaming» hvor enkeltindividets adferd var årsakforklarende til uhelse (Hauge & Mittelmark, 2003). Som ellers i verden, ble 1970-tallet tiden hvor opprop for demokrati, medvirkning og desentralisering fant sted i Norge. Dagens norske folkehelsepolitiske tilnærming tok form i denne tidsperioden, og gjennom 1980-årene skjedde det en styrking av nærmiljø og nettverksorientering, desentralisering ble iverksatt og tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid ble løftet frem.

I 1984 ble moderne folkehelsearbeid reflektert og eksplisitt formulert i Norge gjennom Nasjonal helseplan (St. mld. 41 1987-88). Planen artikulerte behovet for å redusere sosiale helseforskjeller for de svakeste, og den løftet opp behovet for å gjøre helsekonsekvensvurderinger i alle sektors tiltak. Kommuneloven kom også i 1984. Denne loven overtok for den nesten 120 år gamle Sunnhetsloven, og den gav ansvaret for primærhelsetjenesten til det lokale nivået. Tidligere hadde ansvaret vært delt mellom alle de tre nivåene i Norge, det nasjonale, det regionale og det lokale. Fire år etter ble bestemmelsen om miljørettet helsevern inkorporert i kommuneloven. Bestemmelsen kunne relateres direkte til Sunnhetslovens kapittel om helseråd og

samfunnets ansvar for befolkningens helse (Fosse & Røiseland, 1999; Ø. Larsen, 2010), og den løftet opp de sosiale miljøfaktorene sin betydning for helse. Den fremholdt også at de psykososiale faktorene skulle være helsetjenestens ansvarsområde, og poengterte at helsehensyn skulle være et premiss i all kommunal planlegging og gjennomføring i samtlige sektorer (NOU 1984). Dette viser at det også i Norge ble stilt spørsmål om helsetjenestens rolle alene var nok for å møte de forebyggende- og helsefremmende behovene befolkningen hadde. I 1993 ble kommuneloven reformert, og gjennom den ble kommunene omgjort til autonome enheter med stor grad av beslutningsmyndighet. Dette var et sterkt uttrykk for desentralisering og styrking av lokalmiljøet. Parallelt kom Stortingsmelding 37 (1992-93) som baserte seg på WHO sin sosiale helsemodell. Meldingen definerte helse som et sektoroverskridende ansvar og aktualiserte behovet for samarbeid på tvers av sektorer og fag, og gjennom dette anerkjente Norge at folkehelsearbeidet skulle være sektoroverskridende og utøves på det lokale nivået (Fosse & Røiseland, 1999). Allikevel manglet norsk folkehelsepolitikk mye av WHO sitt perspektiv knyttet til samfunnsstrukturenes og determinantens betydning for folkets helse (Fosse & Røiseland, 1999). Strukturelle problemområder relatert til de sosiale helsedeterminantene var i liten grad til stede i politikktutformingene (Fosse & Røiseland, 1999). Dette perspektivet kom ikke til syne i sin rene form før Gradientutformingene i 2005 (Fosse & Strand, 2010; Sosial-og helsedirektoratet, 2005).

Med Gradientutformingene (2005) kom et klart perspektivskifte relatert til hvordan man forstår påvirkningsfaktorer til helse, sosial ulikhet i helse og tilnæringer til hvordan man reduserer disse. Fokuset flyttet seg fra tiltak rettet mot de mest fattige og mest utsatte gruppene til også å favne hele befolkningen reflektert gjennom den sosiale gradienten (Fosse & Strand, 2010; Graham, 2004a). Bruken av universelle velferdsordninger, sammen med målrettede tiltak for dem som trenger det aller mest, altså en «proporsjonal universalisme» (Marmot & Wilkinson, 2006), ble strategien til norsk folkehelsepolitikk (Fosse & Strand, 2010). I lys av prinsippet om sjanselikheter betyr det at mennesker skal kunne inneha samme muligheter for å oppnå god helse, og i relasjon til de sosiale helsedeterminantene betyr det at man må fordele og

omfordele determinantene mellom de sosioøkonomiske gruppene for å jevne ut forskjellene (Graham, 2004a, 2009). Norges handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse fra 2005, «Gradientutfordringen», og dens påfølgende stortingsmelding, «Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007), tok til orde for at å nå ønsket mål om å redusere de sosiale helseforskjellene, så må gradientperspektivet omfavnes og strukturelle og tverrsektorielle strategier iverksettes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Sammen med de historiske linjene er disse to sistnevnte dokumentene med på å danne grunnlaget for reformen rundt helse- og sosialtjenestene i Norge, den såkalte Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), og den tilhørende folkehelseloven av 1. januar 2012 (Folkehelseloven, 2011). Gjennom Gradientutfordringen tok norsk folkehelsepolitikk eksplisitt opp i seg WHO's sosiale helsemodell og perspektivene til «New Public Health», og gjennom folkehelseloven etablerte Norge et avgjørende virkemiddel for et samfunnsrettet og tverrsektorielt folkehelsearbeid. Fremdeles er det å redusere sosiale ulikheter i helse fremskrevet som et eksplisitt mål i norsk folkehelsepolitikk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2015, 2019).

2.5.1 Styring og samarbeid i norsk folkehelsearbeid

Styring er som tidligere beskrevet en måte å fatte beslutninger på og muliggjøre at disse gjennomføres i praksis (de Leeuw et al., 2013; Osborne, 2010; Røiseland & Vabo, 2016). Styring handler altså om å påvirke og endre samfunnet på en bevisst måte. Det er et politisk mål at norsk folkehelsearbeid skal være langsiktig, systematisk og kunnskapsbasert og realiseres i et samspill mellom det nasjonale, regionale og lokale forvaltningsnivået, på tvers av ulike sektorer, også private og frivillige, samt andre aktører (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Dette samspillet omtales som flernivåstyring (Røiseland & Vabo, 2016). Flernivåstyring reflekterer en løsere, mer samarbeidsorientert, sømløs og kontekstavhengig styrings-

og samarbeidsform i forhold til den mer klassiske, hierarkiske styringen som ofte omtales som PA (Røiseland & Vabo, 2016). For norsk folkehelsepolitikk handler dette om at alle nivå styrker planleggings- og utviklingsprosesser for å nå målet om et bredt, samfunnsrettet og bærekraftig folkehelsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Folkehelseloven er en del av Samhandlingsreformen og er et sterkt, nasjonalt virkemiddel for et bredt, tverrsektorielt og samfunnsrettet folkehelsearbeid. Folkehelseloven er også koblet til Plan- og bygningsloven (Plan- og bygningsloven, 2008) for ytterligere å sikre en bærekraft samfunnsutvikling. Plan- og bygningsloven har til hensikt å fremme en utvikling som er bærekraftig til det beste for den enkelte, samfunnet og kommende generasjoner (Plan- og bygningsloven, 2008). Loven har eksistert lenge, men i 2008 kom en revidering som innlemmet befolkningens helse og folkehelse inn i planleggingsprosesser. I Paragraf 3-1, første ledd, bokstav f står det at «planer skal fremme helse og motvirke sosiale helseforskjeller» (Plan- og bygningsloven, 2008). Koblingen mellom disse to lovene er ment å styrke den tverrsektorielle kapasiteten for et robust folkehelsearbeid på regionalt og lokalt nivå, men også for å sikre at folkehelsearbeidet blir godt planlagt og bærekraftig gjennom å være systematisk, målrettet og langsiktig.

Folkehelseloven legger flernivåstyringen til grunn for det norske folkehelsearbeidet og tildeler de ulike nivåene ulike oppgaver. Det nasjonale nivået skal utvikle lovverk, stortingsmeldinger, forskrifter og veiledere, såkalte informative virkemidler (Hofstad, 2014), og de skal bidra med finansielle ordninger gjennom øremerkinger og andre økonomiske tilskudd (Folkehelseloven, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Videre gir loven det regionale nivået, det vil si Fylkesmannen, en uttalt tilsynsmyndighet, men også en mer fasiliterende rolle som skal initiere lokale og regionale folkehelse tiltak. Fylkeskommunen har fått en koordinerende rolle ovenfor kommunene i sitt fylke, og den skal sørge for samarbeid gjennom blant annet partnerskapsavtaler og utvalgte folkehelseprosjekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Ulike styringsvirkemidler er viktige for å bringe politikk i riktig retning (Hofstad, 2014). Gjennom folkehelseloven ble kommunene tillagt en helt spesiell

rolle. Loven gir kommuneorganisasjonen som helhet hovedansvaret for lokalt folkehelsearbeid og dermed et overordnet ansvar i dette samarbeidsprosjektet mellom de ulike forvaltningsnivåene.

2.5.2 De norske kommunene

Norge består av mange kommuner. Frem til 2017 bestod Norge av 428 kommuner, mens i 2017 ble antallet redusert til 426 for så å bli ytterligere redusert til 365 i 2020 (SSB, 2020). De norske kommunene varierer i forhold til innbyggertall og i forhold til geografisk beliggenhet, men også i forhold til hvordan de organiserer seg og etablerer strukturer, samt i forhold til fordeling av sosioøkonomiske grupper som bor i de ulike kommunene. Dessuten varierer kommunene når det gjelder for eksempel naturressurser og næringsvirksomhet som igjen har betydning for den enkelte kommunes økonomi. Disse ulike karakteristikene kan føre til strukturelle ulikheter og variasjoner i de norske kommunene.

Norges minste kommune er Utsira som innehar 192 innbyggere, mens Oslo, som er den mest folkerike kommunen, har et innbyggertall på 694 657 (SSB, 2020). I hovedsak lever en tiendedel av Norges befolkning i små kommuner, mens de aller fleste lever i mer befolkningstette kommuner (Hofstad, 2018). Enkelte kommuner er meget sentrale med kort avstand til både arbeidsplasser og funksjoner som tilbyr høy grad av tjenester og varer, mens andre kommuner har stor avstand og defineres som mindre sentrale. Gjennomsnittlig inntekt per innbygger varierer mellom kommuner, men øker i samsvar med økende antall innbyggere (Hofstad, 2018; Jensen & Narud, 2012). På en annen side er de største kommunene også de kommunene hvor de minst bemidlede innbyggerne bor. Kommuner med store naturressurser slik som for eksempel vassdrag og tilgang på mye fisk, vil kunne ha et større inntektsgrunnlag til sammenlikning med kommuner som i mindre grad besitter slike naturressurser (Jacobsen, 2009). Nasjonalt håndteres dette gjennom omfordelingssystemer slik at inntektsulikhetene jevnes ut mellom kommunene. Frie inntekter fra staten til kommunen er et slikt utjevningstiltak. Frie inntekter er midler som kommunene fritt

kan disponere og som kommer fra rammemidler og skatteinntekter og skal sikre at kommunene mest mulig kan gi likeverdige tilbud (Jacobsen, 2009).

Norske kommuner har ulike roller. Blant annet er de *tjenesteprodusent av velferdstjenester*, autonome *politiske arenaer med egne kommunestyre og politisk legitimitet*, men de er også en *integrert del av den nasjonale politikken* gjennom å tilhøre det nasjonale, politiske styringssystemet (Jacobsen, 2009). Norske kommuner styrer sin egen politikktutforming i eget territorium, men de er også forbundet til både det nasjonale og det regionale forvaltningsnivået gjennom flernivåstyring (Jacobsen, 2009; Røiseland & Vabo, 2016). På enkelte områder foregår det en relativt sterk statlige styringen fra myndighetene over det lokale nivået i tråd med likhetsidealet som ligger i den sosialdemokratiske modellen (Jacobsen, 2009), mens på andre områder er kommunene autonome og selvdrøve og styres av det eller de politiske partiene som fikk størst tilslutning i gitte kommunevalg. Disse forholdene vil føre til at de norske kommunene har ulik organisasjons- og styringsmodell hvor makt og delegert ansvar vil variere fra kommuneorganisasjon til kommuneorganisasjon, og det vil føre til at kommunenes politiske profil varierer.

Som tjenesteprodusent av velferdsytelser er norske kommuner både planmyndighet, samfunnsutvikler og eier av viktige institusjoner som for eksempel barnehager og skoler. Organisatorisk består kommunene av mange ulike sektorer som reflekterer samfunnets ulike områder, og gjennom disse sektorene besitter kommunene blant annet ulike virkemidler som relaterer seg til de sosiale helsedeterminantene og således har betydning for utjevning av sosiale ulikheter (Helsedirektoratet, 2016). Siden de norske kommunene i stor grad er selvbestemmende har de mulighet til å velge satsningsområder og ta beslutninger om blant annet fordeling og omfordeling (Fosse, Sherriff & Helgesen, 2019). Blant annet kan de selv velge hvordan bomiljø planlegges, hvilke inkluderingsmekanismer det skal satses på når det gjelder arbeidsliv og hva slags arbeidsplasser som bør skapes. De kan også planlegge og realisere nærmiljø som inviterer til aktivitet og sosialt samvær, hvilke sosiale tiltak mot mobbing som bør implementeres, hvilke tiltak mot forurensning relatert til for eksempel støy og luft som skal gjennomføres, samt velge å sette fokus på andre

fysiske faktorer av betydning for helsen. Kommunene kan også velge å etablere gratis kjernetid i barnehagen, innføre inntektsgradert foreldrebetaling, eller tilby ulike gratis fritidsaktiviteter til barn og unge. Satsning på kvalitetsutvikling av skoler og barnehage er også noe kommunene som selvstendige eiere kan gjøre. Videre kan kommunene selv velge måter å organisere seg på, og de kan danne strukturer hvor samarbeid og ressurstilgang mellom ulike samfunns- og politikkområder skjer på best mulig måte. Disse overnevnte virkemidlene kan alle være av betydning i arbeidet for å utjevne sosiale ulikheter i helse.

2.5.3 Norske kommuner og deres rolle i lokalt folkehelsearbeid

Gjennom den norske folkehelseloven er de norske kommunene satt i en særstilling. Loven har gitt kommunene ansvar for å fremme befolkningens helse og å bidra til å jevne ut sosiale ulikheter i helse blant innbyggerne gjennom å jobbe systematisk og kunnskapsbasert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Ansvaret for lokalt folkehelsearbeid er lagt til kommunen som sådan. Dette er gjort for å sikre en samfunnsorientert tilnærming hvor alle kommunenes sektorer arbeider sammen for å fremme helse og utjevne helseforskjeller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010, 2012). Kommunen som helhet skal løse oppgavene med de virkemidler som er tillagt innen både lokal utvikling, kommunal planlegging, forvaltning og innen tjenesteyting (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

2.5.4 Virkemidler i lokalt folkehelsearbeid

Folkehelseloven understreker at lokalt folkehelsearbeid skal løses gjennom tverrsektoriell tilnærming. All den tid loven baserer seg på prinsippet om HiAP-tilnærmingen er særlig virkemidler som tverrsektorielle grupper, partnerskapsavtaler om folkehelsearbeid med ulike aktører om folkehelse av stor betydning, men allikevel er det spesielt to virkemidler eller verktøy som blir løftet frem; nemlig helseoversikter og folkehelsekoordinatoren.

Helseoversikter

Paragraf §5 i folkehelseloven pålegger kommunen å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden til innbyggerne og til faktorer som påvirker denne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Oversikten skal være skriftlig og beskrive helsetilstanden, positive og negative påvirkningsfaktorer, men også inneholde konsekvensutredning og årsaksforhold til gitte tilstander. Oversikten skal fokusere på utviklingstrekk ved kommunen og den skal spesielt være oppmerksom på forhold som kan skape eller opprettholde sosiale helseforskjeller i egen kommune. Kunnskap gjort tilgjengelig fra nasjonalt nivå som for eksempel fra folkehelsedirektoratet og folkehelseinstituttet, og fra de regionale myndighetene, skal benyttes inn i oversiktsarbeidet. Men oversikten skal også basere seg på kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene og generell kommunal kunnskap av betydning.

Helseoversikten skal inngå som grunnlag i kommunenes planer og planstrategi. De norske kommunene har ansvar for å fastsette mål og strategier ut ifra identifiserte folkehelseutfordringer og behov, samt forankre dette i planarbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Plan- og bygningsloven, 2008). Kommuneplanen omhandler tjenesteproduksjon, arealplanlegging og samfunnsplanlegging og er kommunenes viktigste verktøy for ønsket samfunnsutvikling, og satsningsområder og visjoner. Helseoversiktens innlemmelse i planverket er nettopp for å skape et helhetlig og koordinert arbeid, definere langsiktige mål og tilpasse hensiktsmessige strategier for å fremme helse og redusere sosiale ulikheter i helse på lokalt nivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Kommunen er pålagt å iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Folkehelsekoordinatoren

Hvorpå helseoversikter er et lovpålagt virkemiddel i lokalt folkehelsearbeid, er folkehelsekoordinatoren kun et anbefalt virkemiddel. Allikevel har funksjonen vært fremskrevet som viktig i lang tid. Norsk folkehelsepolitikk har løftet opp behovet for koordinert tilnærming og viktigheten av rollen helt siden 1998 (Sosial- og

helsedepartementet, 1998), og Stortingsmelding nr. 16 løftet opp behovet for å avsette ressurser for å gi mulighet til et lokalt, tverrsektorielt folkehelsearbeid (Helsedepartementet, 2003). Samme melding løftet også opp at koordinatoren skulle utløse lokalt engasjement, initiere lokale tiltak og koordinere lokale aktører. Meldingen anbefalte koordinatoren å være forankret administrativt sentralt, nært det politiske beslutningsnivået og koordinatorens oppgave skulle være å fungere som «lim» mellom de ulike sektorene (Helsedepartementet, 2003).

Overordnet har koordinatorens oppgave vært å skulle øke kommunens kapasitet i arbeidet med folkehelsearbeidet. Det er knyttet lite formalisering til rollen, stilling kan fylles av ulike profesjoner og den kan gis ulikt innhold fordi stillingen krever ingen spesifikk utdanning eller spesifikke kvalifikasjoner (Helgesen & Hofstad, 2012). I utøvelse skal rollen rette seg mot befolkningen og bære i seg samfunnsperspektivet. Den er ment å skulle innhente opplysninger og bidra til oversikt over befolkningens helse, foreta analyser og legge til rette for strategisk arbeid, forstå og iverksette tiltak, samt stimulerer til tverrsektorielt samarbeid (Helsedirektoratet, 2014).

Globalt benyttes folkehelsekoordinatoren i varierende grad som verktøy for det moderne folkehelsearbeid (Guglielmin, Muntaner, O'Campo & Shankardass, 2018). Der det lokale nivået ikke har ansatt en spesifikk folkehelsekoordinator, tar gjerne nivået i bruk såkalte endringsagenter, sosiale entreprenører eller «health brokers» som kan ligne på koordinatorrollen, eller så benytter nivået seg av enheter og sektorer med spesielt ansvar for folkehelse (Guglielmin et al., 2018; van Rinsum, Gerards, Rutten, van de Goor & Kremers, 2017). For å adressere sosiale ulikheter i helse bør komplimentære tilnærminger som lovverk, finansielle ordninger, prosessuelle og organisatoriske tilnærminger tas i bruk, og koordinerte handlinger bør skje (St-Pierre et al., 2009). Det er det denne funksjonen i hovedsak skal bidra til, nemlig å realisere det moderne folkehelsearbeidet gjennom å koordinere delene på en slik måte at de integreres til et hele.

2.5.5 Oppsummering av det lokale folkehelsearbeidet i Norge

Det er mange norske kommuner og de varierer både når det gjelder innbyggertall, areal og demografi, men også når det gjelder tilgang på inntektsgivende ressurser. Kommunene er selvstendige organisatoriske enheter med egne territorier og selvstendige politiske arenaer, men de er også styrt av det regionale og nasjonale nivå. Gjennom folkehelseloven har de norske kommunene fått i ansvar å legge til rette for et systematisk, langsiktig og kunnskapsbasert folkehelsearbeid hvor en av hovedoppgavene er å adressere sosiale ulikheter og jevne ut helsegradienten. Fokus på levekår og prioritering av fordelingshensyn blant kommunenes sosioøkonomiske grupper er således noen av oppgavene kommunene skal fokusere på. Dessuten skal kommunene skape organisatorisk kapasitet slik at nasjonal folkehelsepolitikk kan oversettes via lokale tilpasninger. Det betyr at kommunene skal jobbe på tvers av forvaltningsnivå gjennom flernivåstyring og på tvers av sektorer, samt legge til rette for samarbeid med privat og frivillig sektor og andre aktører. Strategien er i hovedsak å benytte prinsippet om «helse i alt vi gjør» hvor blant annet folkehelsekoordinatoren og helseoversikter er viktige verktøy. Overordnet skal kommunen lage oversikt over helsetilstanden til kommunens innbyggere, det skal tas hensyn til kommunens påvirkningsfaktorer og dessuten skal det fastsettes overordnende mål og strategier som skal forankres i kommuneplanene, samt iverksette tiltak og evaluering av disse. Gjennom det systematiske folkehelsearbeidet skal innbyggernes helse fremmes og sosiale ulikheter i helse reduseres.

2.6 Tidligere forskning

Helse og velstand henger nøye sammen (Bloom, Canning & Jamison, 2004), og befolkningens helse og sosiale- og økonomiske ressurser er sterkt relatert til hverandre (Wilkinson & Pickett, 2006; Wilkinson et al., 2011). Således relateres befolkningens helse også til politikk og forvaltning på ulike nivå, fra det globale nivået og ned til det lokale (WHO, 2008, 2013c). Det er vel dokumentert at sosiale ulikheter

i helse skapes gjennom fordeling av sosiale og økonomiske ressurser, politikk og forvaltningen av denne (Graham, 2004a, 2007; Ståhl et al., 2006). Det er også godt kjent at ulikheten danner en gradient som reflekterer at økende ressurstilgang gir bedre helse (Marmot, 2004). Kunnskap om sosiale ulikheter i helse har eksistert i lang tid. Globalt er ulikhetene økende (Kawachi, Subramanian & Almeida-Filho, 2002; Marmot, Allen, Bell, Bloomer & Goldblatt, 2012; OECD, 2011), også i europeisk sammenheng og i de nordiske landene (Mackenbach, 2012; Mackenbach et al., 1997; Shkolnikov et al., 2012; van der Wel, Dahl & Bergsli, 2016). Blant annet identifiserte den kjente Black Report at selv i egalitære Norge fantes det systematiske ulikheter gjennom hele befolkningen (Mackenbach et al., 1997; Townsend & Davidson, 1982). Få land har utviklet helt spesifikke strategier knyttet til økonomisk og sosial politikk for å redusere de sosiale ulikhetene i helse og dette systematiske mønsteret (Dahlgren & Whitehead, 2009; Wilkinson, 2005). Globalt er det store variasjoner i forhold til hvordan de enkelte landene jobber med sitt moderne folkehelsearbeid og gradientutfordringen (Raphael, 2014, 2012b; Shankardass et al., 2012).

Studier har vist at i de landene hvor ulikhetsperspektivet fokuseres, benyttes det ulike strategier og man har i varierende grad lykkes i å takle ulikhetsproblematikken (Donkin et al., 2018; Raphael, 2012b). I USA er det identifisert lite oppmerksomhet relatert til sosiale ulikheter i helse og minimalt av strategier for å takle disse (Bezruchka, 2012). I Australia og England har derimot ulikhetsproblematikken hatt stort fokus, men landene har ikke lyktes i å håndtere dem i nevneverdig grad (Baum, Fisher & Lawless, 2012; Smith & Bambra, 2012). I Canada har viktige policydokumenter løftet opp sosial ulikhet i helse, men lite har blitt implementert og oversatt til offentlig politikk (Donkin et al., 2018; Raphael, 2012b). Disse anliggende står i kontrast til de nordiske landene hvor ulikhetsproblematikken har blitt beskrevet i politikkdokumenter, men også implementert i offentlig politikktutforming (Vallgård, 2007a, 2007b, 2008).

På hvilken måte man definerer og problematiserer rundt sosiale ulikheter i helse, vil avstedkomme ulik folkehelsepolitikk og praksis (Graham, 2004b). De nordiske

landene er spesielt kjent for sine velferdsstater med universelle ordninger (Esping-Andersen, 1990), og slik politikk er ofte løftet som viktige med hensyn til sosiale ulikheter i helse. De skandinaviske landene tar opp i seg gradientperspektivet, adresserer de sosiale helsedeterminantene og er identifisert med å benytte proporsjonal universalisme som strategi hvor universelle ordninger kombineres med individuelt tilpassede tjenester og tiltak (Marmot, 2010, 2015; Raphael, 2012b). Sverige har i lang tid fokusert på gradienten og levekårsproblematikk (Jansson & Tillgren, 2007), men i de senere årene har det nasjonale fokuset blitt dreiet noe vekk fra ulikhetsproblematikken (Backhans & Burstøm, 2012). Til tross for relativt lavt nasjonalt fokus, finnes det allikevel lokalt engasjement i Sverige (Diderichsen, Scheele & Little, 2015), men studier har også vist at det er store variasjoner mellom de svenske kommunene i hvordan de har implementert politikk for å redusere sosial ulikhet i helse (Jansson, Fosse & Tillgren, 2011). Norge har siden Gradientutfordringen (2005) satt de systematiske ulikhetene i helse mellom de sosioøkonomiske gruppene i befolkningen høyt på den politiske agendaen (Fosse, 2012; Fosse & Strand, 2010; Vallgård, 2011), mens man i Danmark i større grad har fokusert på individuell adferd og marginaliserte grupper (Diderichsen et al., 2015; Vallgård, 2007a). Det mest ambisiøse er å tenke helhetlig og redusere den sosiale gradienten (Graham, 2004a, 2009; Graham & Kelly, 2004). Det diskuteres i dag om Norge fortsatt har et klart holistiske syn på folkehelse, eller om det skjer en dreining mot en mer individualistisk tilnærming (Kvåle, Kiland & Torjesen, 2020; van der Wel et al., 2016).

Gjennom å jobbe med de sosiale helsedeterminantene og ved å benytte tverrsektorielle strategier skal utjevningsarbeidet løses (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, 2012; WHO, 1986, 1988, 2008). Det lokale nivået er essensielt i dette arbeidet (Hancock, 1985; WHO, 1986, 2008), og nivået kan skape mer rettferdig fordeling av ressurser og mer likhet i helse (WHO, 2008, 2013c). Basert på denne forståelsen gav den norske folkehelseloven (2011) de norske kommunene et tydelig ansvar i folkehelsearbeidet, og løftet opp viktigheten av HiAP-tilnærmingen. Globalt benyttes ulike strategier som respons til ulikhetsproblematikken (Shankardass et al., 2012). Andre land, slik som Finland,

Nederland og Danmark, har også lovgivning eller sterke anbefalinger fra nasjonalt nivå om at det lokale nivået bør bære betydelig ansvar (M. Larsen, Rantala, Koudenburg & Gulis, 2014; Storm, Aarts, Harting & Schuit, 2011; Ståhl & Perttilä, 2010). Nivåets særlige relevans ble fremhevet i Helsinki-uttalelsen i 2013 (WHO, 2013c), og forskere hevder at flere lokale nivå har etter den tid tatt nivåets relevans i større grad på alvor (van Vliet-Brown, Shahram & Oelke, 2018). Allikevel er det identifisert stor avstand mellom politiske intensjoner og reell politikktutforming (Fosse & Strand, 2010; Mackenbach et al., 1997).

Lokal handling på de sosiale helsedeterminantene for å adressere sosiale helseforskjeller krever koordinert handling og at aktører fra ulike samfunnsområder med ulike interesser, kommer sammen (Potvin & Clavier, 2013). Internasjonalt er det behov for kunnskap om intersektorielt arbeid i relasjon til HiAP-tilnærmingen (Leppo, Ollila, Pena, Wismar & Cook, 2013; McQueen, Wismar, Lin, Jones & Davies, 2012; Ollila, 2011; Ståhl et al., 2006). Forskning viser at oppmerksomhet på ulike sektors og den offentlig politikks innvirkning på befolkningens helse fortsatt er i sin spede begynnelse (de Leeuw et al., 2013). Forskning rundt HiAP-tilnærmingen er svak (Ståhl & Perttilä, 2010), særlig på lokalt nivå (Guglielmin et al., 2018; Holt, Carey & Rod, 2018; Rantala et al., 2014). Betydelige deler av kunnskapsgrunnlaget er ikke forskningsbasert, men kommer fra grå litteratur slik som for eksempel rapporter og politikkdokumenter (Rantala et al., 2014; Shankardass et al., 2012).

Tidligere forskning har vist at organisering av folkehelse nært lokale beslutningsmyndigheter har hatt betydelig påvirkning på politikktutforming knyttet til de sosiale helsedeterminantene (de Leeuw, 1999), men i all hovedsak har lokalt folkehelsearbeid erfart tilkortkommenhet i å håndtere utvikling av policy for å adressere de sosiale helsedeterminantene og redusere sosiale ulikheter i helse (Baum, Putland & Ziersch, 2011; Hoeijmakers, De Leeuw, Kenis & de Vries, 2007; Jansen, van Oers, Kok & de Vries, 2010; Shankardass et al., 2012). Det kan være utfordrende å integrere moderne folkehelsepolitikk i lokale autoritetsstrukturer (Fosse & Røiseland, 1999; Hofstad, 2016; Tallarek née Grimm, Helgesen & Fosse, 2013),

samtidig er det identifisert lite fokus på organisatoriske forutsetninger for at folkehelsearbeidet skal lykkes lokalt (Mittelmark & Hauge, 2003).

Til tross for at feltet er relativt ungt og relativt lite undersøkt (Guglielmin et al., 2018; Rantala et al., 2014; Shankardass et al., 2012), er hemmende og fremmende faktorer for moderne folkehelsearbeid på lokalt nivå til en viss grad identifisert. Nasjonalt lederskap, særlig lovverk og tydelige mandat er sett på som en fremmer i arbeidet (Ståhl & Perttilä, 2010), mens manglende nasjonale strategier erfares gjerne som en hemmer (Melkas, 2013). Finansiering er også en faktor som er identifisert til både å kunne være en fremmer og en hemmer (Hendriks et al., 2015). Videre er lokalt lederskap (M. Larsen et al., 2014; Weiss, Lillefjell & Magnus, 2016) og dedikerte aktører (Steenbakkens, Jansen, Maarse & de Vries, 2012) løftet frem som en meget viktig fasiliterende faktor. Ledere bør ha gode kommunikasjonsevner, være kunnskapsrike og inneha en demokratisk stil, og innovative og visjonære ledelsesperspektiver har vist seg å ha betydning for å realisere det moderne folkehelsearbeidet (Weiss et al., 2016). Etablering av felles mål og evnen til å danne felles visjoner mellom sektorene er også en viktig faktor (Hendriks et al., 2015), og evnen til å danne relasjoner over organisatoriske grenser, såkalt «boundary spanning-skills», blir ansett for å være en viktig kapasitetsbyggende evne (Holt et al., 2018). Overordnet er samarbeid identifisert til å være en essensiell fasilitator, og da særlig i form av team og tverrprofesjonelle grupper (Weiss et al., 2016), men samarbeid kan også fungere som en form for barriere dersom samarbeidet oppleves som en tilleggsoppgave av de ulike sektorene og impliserte aktører (M. Larsen et al., 2014). Manglende baselinedata, tilgjengelige registerdata, oversetterproblemer og håndteringsproblematikk mellom praksis og forskningsfeltet har vist seg å være betydningsfullt for selve forståelsesgrunnlaget og kompetansen i feltet. Styrking av disse elementene er ansett for å være av stor betydning for å styrke folkehelsearbeidet på det lokale nivået (Hendriks et al., 2015; Lillefjell, Knudtsen, Wist & Ihlebæk, 2013; Steenbakkens et al., 2012).

Overordnet er det identifisert at mange norske kommuner ikke har fokus på de sosiale helsedeterminantene og det å adressere sosiale ulikheter i helse (Tallarek née Grimm

et al., 2013) til tross for at dette er et nasjonalt fokus i Norge (Fosse & Strand, 2010; Vallgård, 2011). Ulike egenskaper på lokalt nivå slik som størrelse, sentralitet, struktur og inntekt, samt politisk profil og nærmiljøfaktorer, er identifisert å kunne ha betydning for hvordan det lokale nivået adresserer sosial ulikheter i helse (Rantala et al., 2014). Enkelte norske studier har foreslått at strukturelle- og sosialøkonomiske faktorer ved de norske kommunene kan relateres til vellykket implementering (Helgesen & Hofstad, 2012; Hofstad & Vestby, 2009; Ouff et al., 2010; Tallarek née Grimm et al., 2013). Få studier har omtalt folkehelsekoordinatoren i Norge (Helgesen & Hofstad, 2012; Hofstad, 2018; Ouff et al., 2010), og det er ikke identifisert studier som har undersøkt samvariasjoner mellom folkehelsekoordinatoren og kommunale faktorer. Dette gjelder også for levekårsperspektivet. Få studier har undersøkt hvordan levekår fokuseres i de norske kommunene (Bergem, Aarflot, Vestby, Hofstad & Helgesen, 2010; Helgesen & Hofstad, 2012), og det er ikke funnet studier som ser på samvariasjoner i relasjon til slike vesentlige helsedeterminanter. Lokalt er det helseatferd som har vært et naturlig fokus (Helgesen & Hofstad, 2014; Ouff et al., 2010).

Behov for forskning

Sammensatte problemer trenger sammensatte løsninger og gjennom å desentralisere ansvaret for folkehelse åpner det opp for lokale og tilpassede løsninger. Økt kunnskap knyttet til styring og samarbeid er viktig for å håndtere helseforskjeller som skapes gjennom politiske, sosiale og miljømessige faktorer (Carey & Crammond, 2015; Carey & Friel, 2015; Clavier & de Leeuw, 2013). Globalt er det behov for kunnskap om hvordan det lokale nivået takler de sosiale ulikhetene i helse (WHO, 2008; Wismar, McQueen, Lin, Jones & Davies, 2013). Dette gjelder også i Skandinavia hvor det lokale nivået er identifisert med manglende kapasitet til å adressere ulikheter (Diderichsen et al., 2015). Blant annet er det behov for kunnskap knyttet til om nasjonale føringer gjenspeiles på det lokale nivå, kunnskap relatert til hvilke sammenhenger som finnes og eventuelle hvilke hindringer som eksisterer (Marmot et al., 2012). Slik kunnskap kan blant annet fremskaffes gjennom å evaluere offentlig

politikk, tiltak og intervensjoner (Helsedepartementet, 2006; Helsedirektoratet, 2017). I og med at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) er det viktig å fremskaffe kunnskap om lokalt folkehelsearbeid for å utvikle innsikt i hvordan kapasitetsbærende elementer som strukturelle tiltak, implementeringer og organisering bidrar inn i arbeidet med å adressere de sosiale ulikhetene i helse (Helsedepartementet, 2006; Lillefjell et al., 2013; Mittelmark & Hauge, 2003).

Studier knyttet til intervensjoner og politikk for å redusere sosial ulikhet i helse har vist store variasjoner. Strategier som benyttes kan være relativt ulike og det kan føre til betydelig variasjon og svakere kunnskapssyntese relatert til spesifikke tilnærminger (Shankardass et al., 2012). Blant annet er det etablert få effektstudier av kontrollert-, kvasi- eksperimentell art, og de naturlige eksperimentene som er gjennomført er vanskelige å se i sammenheng og å generalisere ut ifra (Bambra et al., 2010; Mackenbach & Whitehead, 2015). Det er behov for tilstrekkelig forskning i forbindelseslinjene mellom prinsippet om HiAP, helsefremmende politikk og de sosiale helsedeterminantene (Ståhl, 2006). Studier har vist at få kommuner har fokusert på å implementere HiAP (Mannheimer, Lehto & Östlin, 2007; Steenbakkers et al., 2012), og det er identifisert lite systematisk dokumentasjon knyttet til erfaringer med intersektorielle tilnærminger på lokal nivå (Rantala et al., 2014). Studier som identifiserer faktorer som fasiliteter eller hindrer HiAP- tilnærmingen på lokalt nivå er i mindre grad undersøkt (Guglielmin et al., 2018).

Etablering av kunnskap knyttet til de sosiale helsedeterminantene og samarbeid på tvers av sektorer, ulike aktører og ulike styringsnivå for å fremme likhet i helse, er essensielt (WHO, 2010, 2013b). Det er et behov for å styrke styring og samarbeid knyttet til å adressere sosiale ulikheter i helse og de sosiale helsedeterminantene (WHO, 2008, WHO 2012, WHO 2019). Da dette doktorgradsarbeidet startet i 2012 var det relativt lite forskning knyttet til det lokale nivåets arbeid med å adressere sosiale ulikheter i helse, både globalt (Rantala et al., 2014; Raphael, 2012b; Shankardass et al., 2012), men også i europeisk sammenheng og i de nordiske landene (Backhans & Burstøm, 2012). Norge som sådan kom sent i gang med

eksplisitt å adressere de sosiale ulikhetene i helse, men er i dag blant de landene som er identifisert til å prioritere gradientperspektivet og å arbeide med å jevne ut denne (Diderichsen et al., 2015; Fosse & Strand, 2010; Raphael, 2012b). Det er behov for å kartlegge ulik praksis innad i samme land og hvordan dette arter seg på lokalt nivå (Wisnar et al., 2013). Det er derfor i norsk sammenheng behov for å identifisere hvordan de sosiale ulikhetene i helse adresseres på det lokale nivået og å identifisere hvordan det koordinerte folkehelsearbeidet og samarbeidet relaterer seg til mål i folkehelsearbeidet. Det er identifisert et gap mellom nasjonale føringer og lokale implementeringer (Riksrevisjonen, 2015; Tallarek née Grimm et al., 2013). Kunnskapsutviklingen vil derfor blant annet handle om hvordan implementeringen av folkehelselovens grunnprinsipper gjør seg gjeldene i de norske kommunene.

Dette doktorgradprosjektet søker å undersøke eventuelle samvariasjoner og kjennetegn i de norske kommunene når det kommer til å fokusere på koordinering, «helse i alt vi gjør»- prinsippet, kommunal prioritering av levekår og fordeling og omfordeling av ressurser mellom sosioøkonomiske grupper i de enkelte kommunene. Å undersøke hvordan ulike faktorer ved kommunene relaterer seg til hverandre er viktig kunnskap for å vite hva som henger sammen i dette komplekse arbeidet med å adressere sosiale ulikheter i helse og å jevne ut den sosiale gradienten. Slik lokal kunnskap er både ønskelig og nødvendig (Marmot et al., 2012; Shankardass et al., 2012; WHO, 2008).

3. Studiens hensikt og forskningsspørsmål

3.1.1 Studiens hensikt

Hensikten med dette doktorgradsprosjektet har vært å utforske lokalt folkehelsearbeid i Norge i relasjon til innføringen av folkehelseloven i 2012. Studien har ønsket å utvikle kunnskap knyttet til hvordan kommunene adresserer sosiale ulikheter i helse for å møte folkehelselovens grunnprinsipper om å arbeide for sosial rettferdighet i helse og å benytte «helse i alt vi gjør»- tilnærmingen. Studiens mål har vært å etablere breddekunnskap om det lokale nivåets bruk av ulike samarbeidsformer, fokus på sosiale påvirkningsfaktorer til helse og fokus på utjevningsspektivet blant kommunenes sosiale grupper. Helt spesifikt har studien utforsket omfang og samvariasjoner mellom ulike faktorer ved de norske kommunene og bruken av *folkehelsekoordinator*, prioritering av *levetårsperspektivet* og fokus på *fordelingshensyn* i kommunens folkehelsearbeid.

3.1.2 Første overordnede problemområde (delstudie 1)

Hensikten med første delstudie var å beskrive bruken av folkehelsekoordinator i norske kommuner før folkehelseloven ble innført, og å utforske om ulike kommunale karakteristika samvarierer med bruken av folkehelsekoordinator.

Følgende forskningsspørsmål ble formulert:

- I hvilken grad ansetter de norske kommunene en folkehelsekoordinator?
- I hvilken grad er folkehelsekoordinatoren ansatt i full stilling, eller på deltid?
- I hvilken grad er folkehelsekoordinatoren organisert under rådmannens stab?
- I hvilken grad er folkehelsekoordinatoren involvert i kommunale planleggingsprosesser?

- Hvilke samvariasjoner finnes mellom kommunale strukturvariabler, kommunens sosioøkonomiske status, implementering av HiAP- tilnærmingen og folkehelsekoordinatorrollen?

3.1.3 Andre overordnede problemområde (delstudie 2)

Hensikten med andre delstudie var å undersøke hvordan norske kommuner etter innføringen av folkehelseloven adresserer sosiale ulikheter i helse gjennom å fokusere på levekår, og om dette fokuset samvarierer med kommunale karakteristika, nasjonale og regionale virkemidler og lokale HiAP- tilnærminger.

Følgende forskningsspørsmål ble formulert:

- Anser de norske kommunene seg i stand til å redusere sosial ulikheter i helse?
- Definerer de norske kommunene levekår som en hovedutfordring i lokalt folkehelsearbeidet?
- Prioriterer kommunene levekår i lokalt folkehelsearbeid?
- Hvilke samvariasjoner finnes det mellom ulike karakteristika ved kommunene, nasjonale- og regionale virkemidler og lokale HiAP -strategier og det at kommunene definerer levekår som en hovedutfordring og prioriterer levekår i lokalt folkehelsearbeid?

3.1.4 Tredje overordnede problemområde (delstudie 3)

Hensikten med tredje delstudie var å undersøke om det har funnet sted en endring i kommunenes bruk av folkehelsekoordinator og helseoversikt i relasjon til innføringen av folkehelseloven, og om eventuell endring i bruk av folkehelsekoordinator og helseoversikter samvarierer med prioritering av fordelingshensyn i kommunal politikktutforming og i lokale folkehelseiltak.

Følgende forskningsspørsmål ble formulert:

- Hvilke endringer kan identifiseres i kommunenes bruk av folkehelsekoordinatorer og utvikling av helseoversikter etter innføringen av folkehelseloven?
- I hvilken grad prioriterer norske kommuner fordelingshensyn blant sosiale grupper i politiske saksfremlegg til politisk beslutning og i lokale folkehelseiltak?
- Hvilke samvariasjoner finnes det mellom kommunenes eventuelle endringer i bruk av folkehelsekoordinator og utvikling av helseoversikter og prioritering av fordelingshensyn i politiske saksfremlegg til politisk beslutning og i lokale folkehelseiltak?

4. Metode

4.1 Forskningsdesign i doktorgradsprosjektet

Dette doktorgradsprosjektet har hatt som mål å beskrive omfang, variasjoner og samvariasjoner av lokalt folkehelsearbeid sett i lys av den norske folkehelseloven. Prosjektet har basert seg på to ulike design, både et kryss-seksjonelt design og et longitudinelt design. Datamaterialet har i hovedsak kommet fra to ulike tverrsnittsundersøkelser, gjennomført i henholdsvis 2011 (Hagen et al., 2015) og i 2014 (Hagen et al., 2016). For å oppnå et longitudinelt design, hvor innføringen av folkehelseloven har vært uttrykk for en type intervensjon, har data fra disse to tverrsnittsundersøkelsene blitt kombinert (Hagen et al., 2018). Med bakgrunn i dette kan den siste delstudien (Hagen et al., 2018) betraktes som en variant av et naturlig eksperiment (Field, 2013; Jacobsen, 2005) fordi det er inkludert data fra både *før* (2011) og *etter* (2014) innføringen av folkehelseloven. Generelt kan endringer eller innføringer av lovverk og annet regelverk sees på som en type naturlig eksperiment ved at endringen defineres som en type intervensjon (Shadish, Cook & Campbell, 2002). Det kryss-seksjonelle designet er gunstig når man ønsker å undersøke variasjoner og søker å identifisere mønstre mellom ulike faktorer det er forsket lite på fra før, og det naturlige eksperimentet er godt egnet når man ønsker å se på endring over tid (Field, 2013; Jacobsen, 2005).

4.1.1 Vitenskapsteoretiske betraktninger

Det moderne folkehelsefeltet er et interdisiplinært fagfelt som stort sett er drevet frem gjennom en blanding av fortolkende tilnærminger basert på tekstanalyse og sosialkonstruktivistisk epistemologi og kunnskap fremkommet av mer kvantitativt orienterte tradisjoner slik som epidemiologi (Green, Tones, Cross & Woodall, 2015; Tulchinsky & Varavikova, 2010). Denne studien har en kritisk realistisk tilnærming ved at den *både* legger til grunn at forskning og mer menneskelig kunnskapsdannelse

har basis i sosiale konstruksjoner, samt at kunnskapsdannelse kan skje gjennom å identifisere empiriske mønstre i verden som kan være indikasjoner på underliggende mekanismer eller årsakssammenhenger (Jacobsen, 2005). Kritisk realisme anerkjenner at forskning og kunnskapsproduksjon er en sosial prosess som baserer seg på sosiale konstruksjoner, men hvor de underliggende mekanismene er uavhengig av mennesker og menneskelig aktivitet. Den sosialt delte kunnskapen anerkjennes, samtidig som man observerer sosiale systemer og ser etter regelmessigheter, eller undersøker om noe gjentar seg med en viss grad av regularitet (Bhaskar, 1975/2008).

I dette prosjektets delstudier har det blant annet vært en forventning om at de etablerte tilnærmingene innen moderne folkehelsearbeid skal ha en positiv sammenheng med lokalt folkehelsearbeid i Norge. Av denne grunn har det blitt prøvd ut om blant annet folkehelsekoordinator og helseoversikter har en positiv samvariasjon med kommunenes fokus på levekår og fordelingshensyn. Det er viktig å understreke at det er behov for mange studier for å kunne forkaste en teoretisk antagelse eller teori. En studie er aldri nok, dette på grunn av mulighet for avvik i utvalget eller feil med anvendelsen av vitenskapelig metode eller ved analyse og fortolkning av data. Dette betyr at konklusjonen i dette prosjektets delstudier ikke innehar noen form for overordnet entydighet i resultatene sine, men at de kan bidra til å peke på hvilke sammenhenger ulike faktorer kan ha på kommuners folkehelsearbeid.

4.2 Datakilder

Prosjektet baserer seg i hovedsak på data fra to spørreundersøkelser om lokalt folkehelsearbeid i Norge. Dataene ble samlet inn rett før (2011) og 2 år etter (2014) innføringen av folkehelseloven den 1. januar 2012. Begge undersøkelsene var finansiert av Norges Forskningsråd, og gjennomført av By- og regionforskningsinstituttet (NIBR). Hensikten med undersøkelsen i 2011 var å kartlegge status av lokalt folkehelsearbeid i Norge før iverksettelsen av

folkehelseloven, og å danne et utgangspunkt gjennom en baseline for fremtidige undersøkelser av norsk folkehelsearbeid på det lokale nivået (Helgesen & Hofstad, 2012). Spørreundersøkelsen som ble gjennomført våren 2014 var en evaluering av implementeringen av folkehelseloven (Schou, Helgesen & Hofstad, 2014).

Spørsmålene i begge spørreundersøkelsene ble innholds- og begrepsmessig validert gjennom pilottester og konsultasjon av relevante fagpersoner, litteratur og sammenlikning med tidligere spørreskjema og studier relatert til samme temaområde. Blant annet har fagpersoner fra både oppdragsgiver, fylkeskommuner og forskningsmiljøer blitt konsultert. Hensikten har vært å formulere spørsmål som respondentene kjenner seg igjen i og som det oppleves adekvat å svare på. Spørreskjemaene er også tilpasset gjeldende politikktutvikling. Det har blant annet medført at enkeltspørsmål og svaralternativ, som for eksempel spørsmål knyttet til helseoversikter, fremstår ulikt i de to ulike spørreskjemaene. Da baselineundersøkelsen ble gjennomført var ikke utvikling av helseoversikter en lovpålagt oppgave for kommunene, mens da 2014-undersøkelsen ble gjennomført var det å utvikle en helseoversikt blitt et lovmessig krav.

I tillegg til de nevnte spørreundersøkelsene om lokalt folkehelsearbeid, er dette prosjektet basert på data fra databasen Kommunal Organisering 2012 som samler inn informasjon om organisasjons- og arbeidsformer i norske kommuner og fylkeskommuner. Siden 1995 har NIBR stått for denne innsamlingen som ligger under Kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase. Registerdata fra Statistisk Sentralbyrå (SSB), Norsk senter for forskningsdata (NSD) og den statlige Arbeids- og velferdsetaten (NAV) er også benyttet i doktorgradsprosjektet.

Data fra de ulike kildene beskrevet ovenfor, ble sammenkoblet gjennom kommunenes respektive kommunenumre til tre ulike datasett benyttet i de respektive delstudiene.

4.2.1 Utvalg og prosedyre

Samtlige kommuner i Norge (N= 428) har vært inkludert i studien (SSB, 2011, 2014). Baselineundersøkelsen i 2011 og oppfølgingsundersøkelsen i 2014 var begge elektroniske spørreundersøkelser som ble sendt ut pr epost til alle norske kommuner. Undersøkelsene ble sendt til kommunenes postmottak, men stilet til rådmannen i de respektive kommunene. Etter erfaringer ved pilottesting for baselineundersøkelsen, og gitt folkehelsearbeidets sektorovergripende karakter, ble rådmannen valgt som mottaker. Ved at rådmannen mottok det nettbaserte skjemaet, ble det opp til rådmannen om vedkommende selv skulle svare på skjemaet, eller sende skjemaet videre til en egnet person eller personer.

Totalt svarte 58 % av de norske kommunene på hele baselineundersøkelsen, mens 87 % av kommunene svarte på deler av undersøkelsen. For 2014- undersøkelsen svarte 61 % av kommunene på hele spørreskjemaet, mens 75 % av disse avgav svar på enkeltspørsmål. Innen samfunnsvitenskapelige studier anser man en svarprosent på over 50 % for tilfredsstillende, mens svarprosent på over 70 % er å betrakte som meget godt (Jacobsen, 2005). Svarandelen knyttet til variabelen hentet fra Kommunal Organisering 2012 og registerdataene var tilfredsstillende (Jacobsen, 2005). Flere av de inkluderte variablene var så å si komplette. Detaljert svarprosent for alle inkluderte variable er presentert i de respektive artiklene (Hagen et al., 2015; Hagen et al., 2016; Hagen et al., 2018).

For baselineundersøkelsen og 2014-undersøkelsen ble det undersøkt om frafallet i svaropptak skyldtes systematiske skjevheter ved kommunene fordi det er problematisk å generalisere om observasjonene man baserer seg på ikke reflekterer populasjonen (Field, 2013). I baselineundersøkelsen ble det ikke funnet noen systematiske skjevheter i relasjon til kommunenes egenskaper (Helgesen & Hofstad, 2012). I 2014- undersøkelsen ble det funnet skjevhet relatert til kommunenes størrelse og geografi (Schou et al., 2014). Dette ble det korrigeret for i de to delstudiene som brukte data fra 2014- undersøkelsen (Hagen et al., 2016; Hagen et al., 2018).

4.3 Studiens variabler

For å utforske doktorgradsprosjektets hensikt, delstudienes overordnede problemområder og de ulike forskningsspørsmålene spesifikt for hver enkelt delstudie, er ulike variabler inkludert. Doktorgradsprosjektets utfallsvariabler er variabler knyttet til folkehelsekoordinatorrollen, levekårsperspektivet og prioritering av fordelingshensyn blant sosiale grupper. Øvrige variabler ble valgt ut basert på teorigrunnlaget for prosjektet, politisk rammeverk, samt annet relevant rammeverk og tidligere forskning, jf. kapittel 2. Overordnet kan de inkluderte variablene i dette prosjektet samles til kategorier som reflekterer henholdsvis; *kommunale karakteristika*, altså egenskaper ved de enkelte kommunene, nasjonale og regionale *virkemidler i folkehelsearbeidet*, *HiAP-verktøy* definert som folkehelsekoordinator og helseoversikter, samt ulike former for samarbeid som har fått betegnelsen *HIAP-strategier*. Utover disse variablene ble ytterligere *én* variabel inkludert. Denne variabelen ble inkludert i delstudie 2, og reflekterte kommunenes holdning til å redusere sosiale ulikheter i helse (Hagen et al., 2016). Tabell 1 illustrerer den samlede variabelinklusjonen for dette prosjektet med unntak av den sistnevnte.

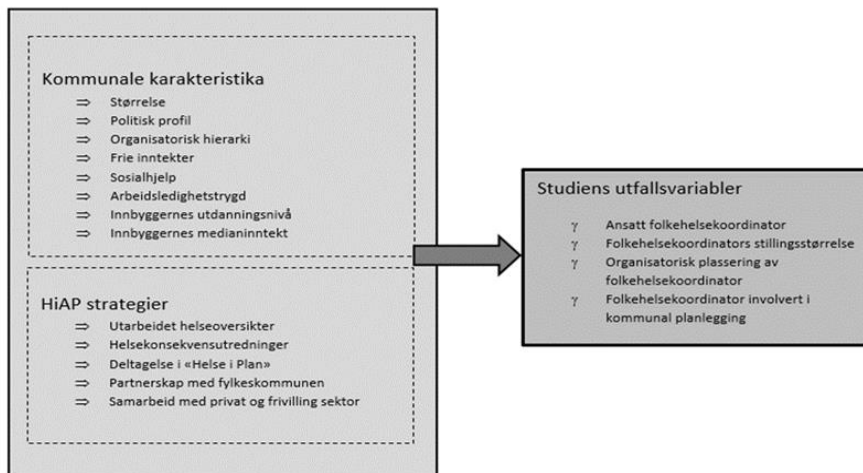
Tabell 1

Inkluderte variabler i doktorgradsprosjektet.

Kategorier	Variabler	Delstudie		
		1	2	3
Kommunale karakteristika	Størrelse	✓	✓	✓
	Politisk profil	✓	✓	
	Organisatorisk hierarki	✓		
	Frie inntekter	✓	✓	
	Sentralitet		✓	✓
	Sosialhjelp	✓		
	Arbeidsledighetstrygd	✓		
	Innbyggernes utdanningsnivå	✓		
	Innbyggernes medianinntekt	✓		
Virkemidler i folkehelsearbeidet -generelle styringsmidler	Folkehelseprofiler fra Folkehelseinstituttet		✓	
	Forskrifter og veiledere fra Helse- og omsorgsdepartementet		✓	
	Veiledere og annet materiell fra Helsedirektoratet		✓	
	Økonomiske tilskudd fra Helsedirektoratet/Fylkesmannen		✓	
	Tilsyn fra Fylkesmannen		✓	
	Råd og veiledning fra Fylkesmannen		✓	
	Stimuleringsmidler fra fylkeskommunen		✓	
	Råd og veiledning fra fylkeskommunen		✓	
HiAP- verktøy	Ansatt folkehelsekoordinator		✓	✓
	Utarbeidet helseoversikter	✓	✓	✓
HiAP- strategier	Helsekonsekvensutredninger	✓		
	Deltagelse i «Helse i Plan»	✓		
	Partnerskap med fylkeskommunen	✓	✓	
	Samarbeid med privat og frivilling sektor	✓		
	Tverrsektorielle arbeidsgrupper		✓	✓
	Interkommunalt samarbeid		✓	
	Samarbeid med eksterne aktører			✓
	Samarbeid med frivillig sektor			✓
	Styrket kunnskapsbasen for folkehelsearbeid			✓
Studiens avhengige variabler	Ansatt folkehelsekoordinator	✓		
	Folkehelsekoordinators stillingsstørrelse	✓		
	Organisatorisk plassering av folkehelsekoordinator	✓		
	Folkehelsekoordinator involvert i kommunal planlegging	✓		
	Levekår som en hovedutfordring i det lokal folkehelsearbeid		✓	
	Levekår som en hovedprioritet i det lokale folkehelsearbeid		✓	
	Fordelingshensyn i politisk beslutningstaking			✓
	Fordelingshensyn i lokale folkehelse tiltak			✓

4.3.1 Delstudie 1

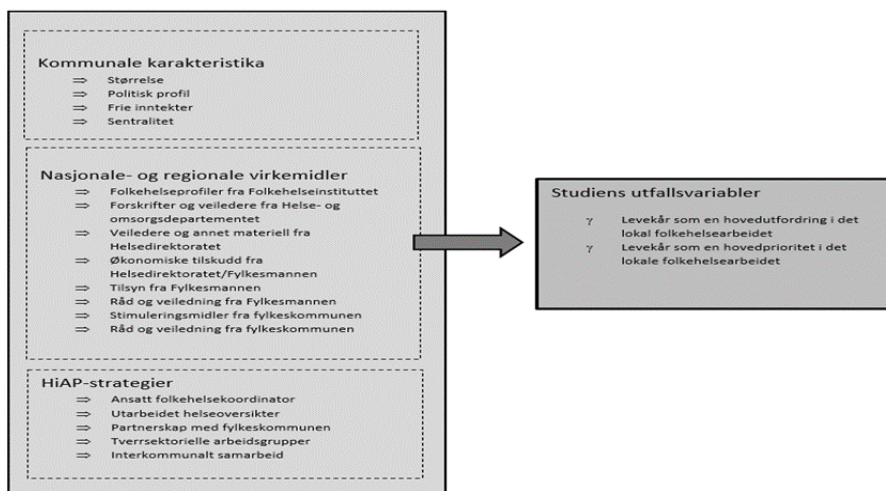
Første delstudie (Hagen et al., 2015) utforsket kommunenes bruk av folkehelsekoordinatorrollen og samvariasjoner mellom bruken av denne og ulike kommunale egenskaper. Delsstudie 1 inkluderte variabler som reflekterte *kommunale karakteristika* slik som strukturelle faktorer ved kommunene (f.eks. størrelse, politisk profil og frie inntekter) og sosioøkonomiske faktorer (f.eks. sosialhjelp og innbyggernes utdanningsnivå). Den inkluderte også faktorer som reflekterte *kommunale HiAP-strategier* slik som helsekonsekvensutredninger, partnerskap med fylkeskommunen og samarbeid med privat og frivillig sektor. Studiens utfallsvariabler relaterte seg til *folkehelsekoordinatoren*. De aktuelle variablene er vist i tabell 1 og merket med delstudie 1. Delstudie 1 er i sin helhet basert på baselineundersøkelsen gjennomført i 2011 og registerdata fra samme år. Figur 2 illustrerer de ulike variablene. For ytterligere informasjon om studiens variabler og koding av datasettet se første artikkel (Hagen et al., 2015).



Figur 2. Inkluderte variabler i delstudie 1.

4.3.2 Delstudie 2

Den andre delstudien (Hagen et al., 2016) var opptatt av hvordan kommunene adresserer sosiale ulikheter i helse og om de fokuserer på levekårene til innbyggerne sine. Denne studien inkluderte variabler knyttet til *kommunale karakteristika* som blant annet størrelse, sentralitet og frie inntekter. Videre inkluderte den variabler som reflekterte nasjonale og regionale *folkehelsevirkemidler*, samt fem spørsmål knyttet til kommunal bruk av henholdsvis *HiAP- verktøy* og *HiAP- strategier*. Datasettet inkluderte ytterligere et spørsmålet: «Slik du ser det, kan kommunen bidra til å redusere sosial ulikheter i helse?», sammen med utfallsvariablene knyttet til levekårsperspektivet. Samtlige variabler ble hentet fra 2014- undersøkelsen og er vist i figur 3 med unntak av spørsmålet om sosiale ulikheter i helse. Nærmere beskrivelse av datasettet og konstruksjon av dette finnes i den andre artikkelen (Hagen et al., 2016).



Figur 3. Inkluderte variabler i delstudie 2.

4.3.3 Delstudie 3

Den tredje delstudien (Hagen et al., 2018) undersøkte endringer i relasjon til innføringen av folkehelseloven knyttet til kommunenes bruk av HiAP-verktøyene, folkehelsekoordinator og helseoversikter. I tillegg utforsket studien om disse eventuelle endringene samvarierte med kommunenes prioritering av fordelingshensyn blant kommunens sosiale grupper.

For å undersøke eventuelle endringer med hensyn til bruk av folkehelsekoordinator og helseoversikter ble det benyttet spørsmål fra både baselineundersøkelsen og 2014-undersøkelsen. Gjennom omkoding ble det konstruert nye variabler som reflekterte bruken av folkehelsekoordinator og helseoversikter over tid, se tabell 2 for eksemplifisering. Prosedyren er beskrevet i den tredje artikkelen (Hagen et al., 2018).

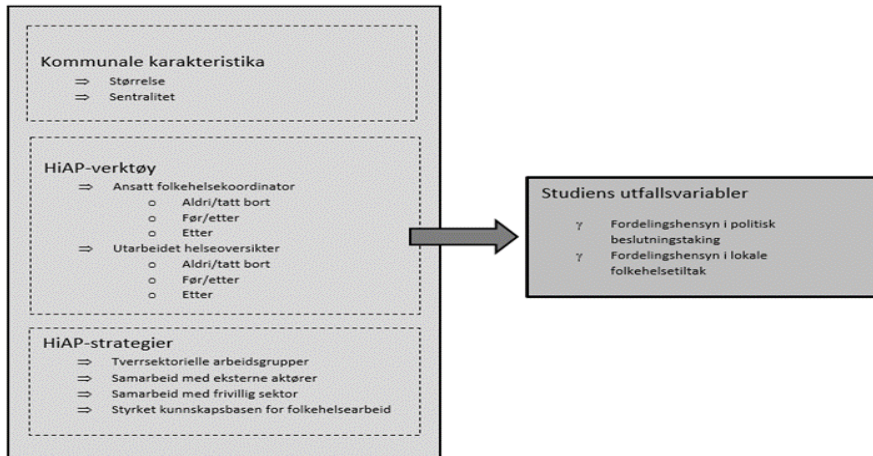
Tabell 2

Koding av endringsvariabel basert på helseoversikter i henholdsvis 2011 og 2014.

Opprinnelige svar-alternativer	2014		Ja	Nei	Vi er i ferd med å starte opp arbeidet	Vet ikke
	Omkoding		Ja	Nei / Vi er i ferd med å starte opp / Vet ikke		
2011	Omkoding		Ja	Nei / Vi er i ferd med å starte opp / Vet ikke		
Ja	Ja		"Hadde oversikt både før og etter innføring av Folkehelseloven"	"Sluttet med utarbeidelse etter innføringen"		
Nei	Nei / Vet ikke		"Utarbeidet etter innføring av Folkehelseloven"	"Aldri utarbeidet oversikt"		
Vet ikke						

Som i de to foregående studiene ble *kommunale karakteristika* inkludert, og studien inkluderte også variabler som reflekterte *HiAP- strategier*. Disse var hentet fra spørreundersøkelsen gjennomført i 2014. Utfallsvariablene relaterte seg til

fordelingshensyn i lokal politikkutforming og i lokale folkehelseiltak. Figur 4 reflekterer de inkluderte variablene.



Figur 4. Inkluderte variabler i delstudie 3.

4.4 Statistiske metoder

4.4.1 Delstudie 1 og 2

I doktorgradsprosjektets to første delstudier var hensikten å undersøke bruken av folkehelsekoordinatoren og fokus på levekår i kommunene. Det var også ønskelig å identifisere eventuelle samvariasjoner mellom ulike kommunale faktorer og folkehelsekoordinatorrollen og levekårsperspektivet.

Det ble utført deskriptive analyser av alle inkluderte variabler. Videre ble det undersøkt om det forekom multikollinearitet eller høy grad av korrelasjon (Pearson's $R > 0.7$) mellom alle inkluderte variabler (Pallant, 2010). Det ble ikke avdekket multikollinearitet.

Begge datasettene hadde variabler med en del manglende svar. For å løse dette ble datapunkter med manglende svar omkodet og gitt verdien 0. Dette var den samme verdien (0) som svaralternativene «nei» og «vet ikke» ble omkodet til (Hagen et al., 2015; Hagen et al., 2016). Ved en slik prosedyre vil effektene underestimeres, snarere enn å overestimeres, og dermed genereres det også relativt konservative resultater som minimerer såkalte «feil positiv» eller statistiske type-1-feil (Field, 2013).

For å utforske samvariasjon, ble regresjonsanalyser benyttet. Regresjonsanalyser ansees for å være en meget anvendelig teknikk innen statistisk analyse for å behandle ulike type data og teste ulike former for samvariasjon (Field, 2013; Midtbø, 2007; Pallant, 2010; Skog, 2004). Regresjonsanalysens styrke er at den tillater sammenstilling av mange påvirkningsvariabler slik at man kan se hvilke variabler som har størst unik samvariasjon med den avhengige variabelen. På den måten vil en regresjonsanalyse kunne skille på det som forklarer og det som ikke forklares. Den bidrar til å skille mellom systematiske og tilfeldige (spuriøse) samvariasjoner og den gir indikasjon på størrelsen av sammenhengene (Midtbø, 2007).

Innen regresjonsanalysene er logistisk regresjon en metode for å analysere samvariasjonen mellom dikotome utfallsvariabler og kontinuerlige kovariater (uavhengige variabler). I og med at verdiene på utfallsvariablene i de respektive delstudiene kun hadde to verdier, eksempelvis om kommunene har hatt folkehelsekoordinator eller ikke, eller om levekår er en hovedprioritet i lokalt folkehelsearbeid eller ei, ble det naturlig å velge denne analysemetoden. Logistisk regresjon estimerer om en kontinuerlig kovariat påvirker sannsynligheten for at en egenskap skal være til stede eller ikke. I samtlige delstudier ble binær logistisk regresjon valgt.

I begge delstudiene er det gjennomført både bivariat og multivariat analyse. Bivariate korrelasjoner gir kun estimater på samvariasjon mellom to variabler uten at andre variabler er tatt med i beregningen. Analysen tar derfor ikke høyde for felles forklart varians ved utfallsvariabelen. En multipel regresjonsanalyse vil derimot gi en indikasjon på de unike bidragene fra hver av kovariatene ved at den kontrollerer for

alle de andre inkluderte kovariatene (Midtbø, 2007; Skog, 2004). Videre vil en multipel regresjonsanalyse si noe om hvor god den ene forklaringen er i forhold til andre forklaringer, og den tillater å beregne forklaringsgrad på gruppen av inkluderte kovariater (Midtbø, 2007). Basert på disse egenskapene knyttet til multiple analyser er det lagt mest vekt på den multiple regresjonslikningen i samtlige delstudier.

Begge delstudier benyttet statistikkprogrammet SPSS for Windows versjon 21. Signifikansnivået ble for begge satt til $p < 0.05$ og det ble utført tosidig testing.

4.4.2 Delstudie 3

Hensikten i delstudie 3 var å undersøke eventuelle endringer i kommunenes bruk av folkehelsekoordinator og helseoversikter fra før til etter at folkehelseloven ble implementert. Videre var hensikten å undersøke mulige samvariasjoner mellom disse eventuelle endringene og fordelingshensyn i kommunal politikkutforming og i lokale folkehelseiltak.

Deskriptive analyser ble utført også i denne delstudien. Det ble også undersøkt for multikollinearitet mellom alle studiens variabler, og heller ikke i denne delstudien ble det avdekket for høy grad av korrelasjon mellom variablene (Hagen et al., 2018). Basert på samme argumentasjon som for de forgående delstudiene, ble binær logistisk regresjon valgt. Denne gangen ble kovariatene inkludert stegvis. Dette ble gjort for å undersøke de tidligere beskrevne endringsvariablene sin påvirkning på utfallsvariablene. Først ble endringsvariablene inkludert i en egen modell for multipel analyse (Model A), og så ble samtlige kovariater inkludert i en utvidet modell (Model B) (Hagen et al., 2018, s. 811-812).

Gjennom å kombinere data fra de to ulike tverrsnittundersøkelsene ble det utfordringer knyttet til studiens utvalgsstørrelse og selve populasjonen (Pallant, 2010; Skog, 2004). Da datasettene fra baselineundersøkelsen og 2014-undersøkelsen ble kombinert for å konstruere endringsvariablene, ble svarprosenten betydeligere lavere enn i de opprinnelige datasettene fordi responsraten fra de ulike kommunene varierte

mellom 2011 og 2014. Det resulterte i at de nye endringsvariablene baserte seg på et relativt lite utvalg ($n=155$), og gjennom frafallsanalyse viste det seg at utvalget ($n=155$) på enkelte kommunespesifikke variabler som størrelse og sentralitet var forskjellig fra selve populasjonen ($N=428$). For å løse dette ble det estimert vekt for avviket, og disse vektene ble benyttet i regresjonsanalysen. Artikkel 3 beskriver vektingen nærmere og viser resultater fra disse rekonstruksjonene (Hagen et al., 2018). I all hovedsak endret ikke resultatene seg i noen vesentlig grad.

Statistikkprogrammet SPSS for Windows versjon 22 ble benyttet i denne delstudien. Signifikansnivået ble også denne gangen satt til $p < 0.05$, og det ble utført tosidig testing.

4.5 Etikk

Hovedprosjektet, SODEMIFA, som denne avhandlingen utgår fra, ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Samtlige deltagere i både baselineundersøkelsen, 2014- undersøkelsen og undersøkelsen om Kommunal Organisering 2012 gav skriftlig informert samtykke gjennom å besvare spørreskjemaene i de respektive undersøkelsene. Registerdataene som er benyttet i denne studien er hentet fra registre som er både offentlige og åpne, og derfor har det ikke vært nødvendig å hente inn samtykke.

5. Resultater

5.1 Delstudie 1

Den første artikkelen fikk tittelen: *“Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators’ role in Norwegian municipalities”* (Hagen et al., 2015). Hensikten med denne var todelt. Først var hensikten å beskrive norske kommuners bruk av folkehelsekoordinatoren før innføringen av folkehelseloven. Deretter var hensikten å utforske samvariasjoner mellom kommunale karakteristika slik som kommunale strukturvariabler, kommunens sosioøkonomiske status, implementering av «Helse i alt vi gjør» tilnærmingen og folkehelsekoordinatorrollen.

Resultatene viste at 76 % av norske kommuner hadde tatt i bruk folkehelsekoordinatoren før innføringen av folkehelseloven i Norge i 2012. En andel på 22 % av kommunene hadde ansatt koordinatorene i full stilling, og 28 % av folkehelsekoordinatorene var plassert inn i rådmannens stab, det vil si høyt oppe i organisasjonshierarkiet og nært beslutningsrelevante aktører. Rundt halvparten av folkehelsekoordinatorene (49 %) var involvert i kommunale planleggingsprosesser.

Gjennom de multiple logistiske regresjonsanalysene viste resultatene positive samvariasjoner mellom kommuner som hadde etablert partnerskap for folkehelse med sine respektive fylkeskommuner (odds ratio [OR]= 7.78) og det å ha ansatt en folkehelsekoordinator i kommunen. De samme analysene viste også at kommuner som hadde etablert samarbeid med privat og frivillig sektor (OR= 2.85) samvarierte positivt med kommuner som hadde plassert folkehelsekoordinatoren sin i rådmannens stab. Videre ble det funnet positive samvariasjoner mellom kommuner som hadde utviklet helseoversikt over innbyggerne sine (OR= 3.53) og kommuner som benyttet folkehelsekoordinatoren sin i kommunale planleggingsprosesser. Det samme gjaldt for kommuner som hadde etablert partnerskap for folkehelse med sine respektive fylkeskommuner (OR= 4.41).

Resultatene identifiserte ingen signifikante samvariasjoner mellom kommunale karakteristika slik som kommunenes størrelse, politiske profil eller grad av frie inntekter og stillingsstørrelsen til folkehelsekoordinatoren. Det ble heller ikke funnet noen signifikante samvariasjoner mellom kommunale karakteristika slik som arbeidsløshet, sosialhjelp eller utdannelsesnivået til kommunenes innbyggere og bruken av folkehelsekoordinator.

5.2 Delstudie 2

«*Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities*» ble tittelen på den andre artikkelen (Hagen et al., 2016). I denne delstudien var hensikten å undersøke om norske kommuner fokuserer på levekår i relasjon til sosiale ulikheter i helse. Studien undersøkte om norske kommuner anså seg til å være i stand til å redusere sosial ulikheter i helse. Videre undersøkte studien om kommunene definerte levekår som en hovedutfordring i sitt lokale folkehelsearbeid, og om kommunene faktisk gav dette perspektivet hovedprioritet. Studien undersøkte også om levekårsperspektivet samvarierte med kommunale karakteristika slik som størrelse og sentralitet, nasjonale- og regionale virkemidler for folkehelsearbeid, samt lokale HiAP- strategier.

Resultatene viste at 82 % av de norske kommunene rapporterte at de anså kommunen sin å være i stand til å redusere sosiale ulikheter i helse. Videre viste de beskrivende analysene at 40 % av kommunene definerte levekår som en hovedutfordring for lokalt folkehelsearbeid, mens 48 % av kommunene prioriterte å fokusere på levekårsperspektivet i relasjon til folkehelsearbeidet deres.

De multiple regresjonsanalysene viste at både størrelsen på kommunen (OR= 1.60) og det å anse kommunen sin i stand til å kunne redusere sosiale ulikheter i helse (OR= 4.66) samvarierte positivt med det å definere levekår som en hovedutfordring i lokalt folkehelsearbeid. Når det kom til det å faktisk prioritere levekår i lokalt

folkehelsearbeid, viste analysene positive samvariasjoner mellom HiAP- strategier og levekårsperspektivet. Analysene viste positive samvariasjoner mellom henholdsvis tverrsektorielle arbeidsgrupper (OR= 3.01) og interkommunalt samarbeid (OR= 2.23) og det å faktisk prioritere levekårsperspektivet. I tillegg viste analysene positive samvariasjoner mellom kommuner som anså seg å være i stand til å redusere sosiale ulikheter i helse (OR= 3.89) og det å prioritere levekårene i kommunen.

Nasjonale og regionale virkemidler for folkehelsearbeid viste ingen signifikante samvariasjoner med levekårsperspektivet i de norske kommunene. Dette gjaldt også for variablene folkehelsekoordinator og helseoversikt.

5.3 Delstudie 3

Den siste artikkelen fikk tittelen: *“Health promotion at local level in Norway: The use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups”* (Hagen et al., 2018). Studien hadde til hensikt å undersøke eventuelle kommunale endringer i bruken av HiAP- verktøyene, *folkehelsekoordinator og helseoversikter*, i relasjon til implementeringen av folkehelseloven. Videre var hensikten å undersøke om eventuelle endringer i disse verktøyene samvarierte med kommunenes prioriteringer av fordelingshensyn blant sosioøkonomiske grupper. Dette gjaldt både fordelingshensyn i kommunal politikkkutforming og i lokale folkehelseiltak. Studien kontrollerte for kommunal størrelse, sentralitet og for HiAP- strategier.

Beskrivende analyser viste at 70 % av de norske kommunene hadde tatt i bruk folkehelsekoordinatoren før loven trådte i kraft, og hadde fortsatt med denne funksjonen etter iverksettelsen. Videre viste analysene at 16 % av kommunene hadde tilsatt en folkehelsekoordinator etter 2012. En andel på 14 % av kommunene hadde aldri gjort bruk av en slik koordinatorfunksjon, eller de hadde sluttet å benytte denne.

Videre viste de beskrivende analysene at 12 % av de norske kommunene hadde utviklet helseoversikter før loven trådte i kraft, og fortsatt med å bruke disse oversiktene etter innføringen, mens 30 % av de norske kommunene hadde startet å utvikle slike oversikter først etter implementeringen. 58 % av de norske kommunene hadde aldri utviklet slike helseoversikter som kartlegger de tilhørende positive og negative påvirkningsfaktorene til folks helse.

Studien undersøkte omfang av fordelingshensyn knyttet til sosioøkonomiske grupper i de norske kommunene. Analysene viste at 38% av de norske kommunene gjorde fordelingshensyn blant sine sosiale grupper når de utformet lokal politikk, mens 70% av kommunene gjorde slike fordelingshensyn når de utviklet lokale folkehelseiltak.

Multiple regresjonsanalyser viste at kommuner som hadde utviklet helseoversikter etter innføringen av folkehelseloven (OR= 2.54) og kommuner som samarbeidet med eksterne aktører (OR= 2.70) samvarierte positivt med kommuner som gjorde fordelingshensyn blant sine sosioøkonomiske grupper i lokal politikktutforming. Kommunens størrelse (OR= 1.78) og sentralitet (OR= 0.66) samvarierte også positivt med kommuner som gjorde slike fordelingshensyn. Analysene identifiserte ingen signifikant samvariasjoner mellom kommuner som hadde folkehelsekoordinator og denne type fordelingshensyn.

Når det kom til fordelingshensyn blant sosioøkonomiske grupper i tilknytning til lokale folkehelseiltak, viste regresjonsanalysene positive samvariasjoner mellom kommuner som hadde styrket kunnskapsbasen sin for folkehelsearbeid (OR= 2.95) og kommuner som samarbeidet med eksterne aktører (OR= 2.98) og kommuner som gjorde fordelingshensyn i sine lokale folkehelseiltak. Regresjonsanalysene viste i tillegg en negativ samvariasjon mellom det å ha ansatt en folkehelsekoordinator etter innføringen av folkehelseloven (OR= 0.22) og det å gjøre fordelingshensyn blant sosioøkonomiske grupper i lokale folkehelseiltak. Det ble også funnet signifikante samvariasjoner mellom kommunenes størrelse (OR= 1.51) og fordelingshensyn i lokale folkehelseiltak.

6. Diskusjon

Hensikten med dette doktorgradsprosjektet har vært å utforske lokalt folkehelsearbeid i Norge i relasjon til innføringen av folkehelseloven i 2012. Det overordnede forskningsspørsmålet har vært hvordan norske kommuner adresserer sosiale ulikheter i helse gjennom å imøtekomme folkehelselovens grunnprinsipp om sosial rettferdighet i helse og bruk av «helse i alt vi gjør»- tilnærmingen. Målet har vært å utvikle breddekunnskap om norske kommuner knyttet til samarbeidsformer, sosiale helsedeterminanter og utjevningsspektivet.

Første delstudie (Hagen et al., 2015) viste at de fleste kommunene i Norge hadde ansatt en folkehelsekoordinator før innføringen av folkehelseloven. Studien viste at kommuner som hadde organisert koordinatoren inn i strategiske og overordnede posisjoner også i stor grad var kommuner som samarbeidet på tvers med både interne og eksterne sektorer. Studien konkluderte derfor med at det lokale nivåets bruk av HiAP- strategier var assosiert med kapasitetsbyggende betingelser for folkehelsekoordinatoren, men også at de aller fleste kommunene i Norge ikke la til rette for slike betingelser som kan bidra til å gjøre koordineringsoppgaven enklere.

Med utgangspunkt i spørsmålet knyttet til norske kommuners adressering av sosiale ulikheter i helse, viste resultater fra den andre delstudien (Hagen et al., 2016) at nesten samtlige norske kommuner så seg i stand til å reduseres sosiale ulikheter i helse. Samtidig identifiserte studien at under halvparten av de norske kommunene fokuserte på levekårspektivet. Dette til tross for at levekår er en av de mest essensielle determinanter for helse (Helsedepartementet, 2003, 2006; WHO, 2008; Wilkinson & Marmot, 2006). Studien fant at kommuner som prioriterte levekår i folkehelsearbeidet, i større grad var kommuner som også hadde en samarbeidende tilnærming. Delstudie to konkluderte med viktigheten av å undersøke hva som fasiliteter samarbeid for derigjennom å kunne bygge kapasitet til å adressere sosiale ulikheter i helse.

Den siste studien i prosjektet (Hagen et al., 2018) undersøkte om kommunene gjorde fordelingshensyn blant sosioøkonomiske grupper når de utformet kommunal politikk og når de utviklet lokale folkehelseiltak. Kommunal politikkkutforming er en essensiell arena for omfordeling av ressurser på lokalt nivå. Studien identifiserte at litt over en tredjedel av kommunene gjorde slike fordelingshensyn i lokal politikkkutforming, mens tilnærmet tre firedeler av kommunene gjorde slike hensyn i utformingen av lokale folkehelseiltak. Resultatene viste at samarbeidende kommuner var assosiert med å gjøre fordelingshensyn blant sosioøkonomiske grupper. Studien konkluderte med at norske kommuner i økende grad har ervervet seg HiAP- verktøy etter innføringen av folkehelseloven og dermed i noe grad tilpasset seg det nasjonale nivået i forhold til ønsket folkehelsepolitikk. Men studien konkluderte også med at det fortsatt finnes politisk avstand mellom det nasjonale og lokale nivået.

Figur 5 under illustrerer doktorgradsprosjektet i sin helhet gjennom å vise til de tre inkluderte delstudiene og deres bakteppe.



Figur 5. Samlet fremstilling av doktorgradsprosjektet.

6.1 Doktorgradsprosjektets samlede kunnskapsbidrag

Det kan trekkes frem *tre overordnede funn* når doktorgradsprosjektets delstudier sammenstilles. Det første overordnede funnet er at det moderne folkehelsearbeidet i relativt liten utstrekning er realisert på lokalt nivå, tatt grunnprinsippene i folkehelseloven i betraktning. Prosjektet har identifisert at norske kommuner i stor utstrekning ser seg i stand til å redusere sosiale ulikheter i helse, ansetter folkehelsekoordinator og gjør fordelingshensyn blant sosioøkonomiske grupper når de utformer lokale folkehelse tiltak. Dette er i og for seg viktige folkehelsepolitiske mål, og således kan dette synes som måloppnåelser. Samtidig spiller dette funnet at kommunene i mindre grad har relatert seg til faktorer av mer strukturell karakter som det moderne folkehelsearbeidet løfter opp som avgjørende for å lykkes i å fremme helse og å redusere sosiale ulikheter i helse (Baum, Lawless & Williams, 2013; Green et al., 2019; Tulchinsky & Varavikova, 2010; WHO, 2008). Dette argumentet funderes i resultatene som viser at få kommuner har organisert folkehelsekoordinatoren i en stor stilling, plassert den inn i rådmannens stab eller gjort funksjonen til en del av den kommunale planleggingen (Hagen et al., 2015). Kommunene har også i mindre grad utviklet helseoversikter (Hagen et al., 2018). Dette er en krevende prosess som inkluderer mange ulike aktører og sektorer (Hofstad, 2016), men som allikevel er pålagt kommunene å utvikle for på best mulig måte kunne imøtekomme de lokale behovene når det kommer til helse og sosial likhet i helse (Folkehelseloven, 2011; Hofstad, 2016). Videre har kommunene fokusert lite på levekårsperspektivet og det å gjøre fordelingshensyn i kommunal politikktutforming (Hagen et al., 2016; Hagen et al., 2018). Nettopp disse faktorene berører i særlig grad de sosiale helsedeterminantene og gradientperspektivet som er avgjørende for å redusere sosiale helseforskjeller. I sum kan dermed doktorgradsprosjektets samlede resultater tyde på at grunnprinsippene i folkehelseloven knyttet til å adressere sosiale ulikheter i helse og det moderne folkehelsearbeidets tilnærming i mindre grad utøves i de norske kommunene.

På en annen side viser resultater fra dette prosjektet at når det moderne folkehelsearbeidet realiseres og kommunene relaterer seg til folkehelselovens

grunnprinsipper ved å organisere folkehelsekoordinator inn i strategiske strukturer, fokusere på levekår og å gjøre fordelingshensyn blant sine sosioøkonomiske grupper (Hagen et al., 2015; Hagen et al., 2016; Hagen et al., 2018), blir det samtidig tatt i bruk integreringsmekanismer og samarbeid. Den første delstudien viste blant annet at de kommunene som tok i bruk folkehelsekoordinatoren sin i tråd med prinsipper i det moderne folkehelsearbeidet også i større grad var de kommunene som hadde partnerskapsavtaler med fylkeskommunen, og som i stor grad samarbeidet med privat og frivillig sektor. Resultater fra delstudie to og tre viste samme tendens. Kommuner som fokuserte på levekårsperspektivet var også kommuner som i større grad hadde tverrsektorielle arbeidsgrupper og interkommunalt samarbeid, mens kommuner som gjorde fordelingshensyn i lokal politikktutforming også var kommuner som hadde samarbeid med eksterne aktører og som hadde utviklet helseoversikter. I sum indikerer resultatene at det forekommer både vertikale og horisontale former for integrering i lokalt folkehelsearbeid i Norge. Basert på dette kan man antyde at i Norge realiseres det moderne folkehelsearbeid lokalt når integreringsarbeidet skjer gjennom avanserte integreringsformer (Axelsson & Axelsson, 2006).

Det siste sammenstillende funnet relaterer seg til folkehelsekoordinatoren. Med utgangspunkt i fokuset og funnene i doktorgradsprosjektets første delstudie, undersøkte de to andre delstudiene folkehelsekoordinatorens rolle i arbeidet med å realisere det moderne folkehelsearbeid. Funn i den andre delstudien avdekket ingen sammenheng mellom folkehelsekoordinatoren og levekårsperspektivet til tross for at denne funksjonen nettopp skal være kapasitetsbyggende og bidra til å løfte opp de sosiale helsedeterminantenes betydning. Den siste studien viste heller ingen sammenheng når det gjaldt å gjøre fordelingshensyn i lokal politikktutforming, men når det gjaldt fordelingshensyn i lokale folkehelseiltak, var resultatet annerledes. Resultatene viste at kommuner som hadde ansatt en folkehelsekoordinator i etterkant av at folkehelseloven ble innført, hadde fire ganger mindre sannsynlighet for å gjøre fordelingshensyn i folkehelseiltak, i motsetning til kommuner som ikke hadde folkehelsekoordinator. Basert på resultatene i dette doktorgradsprosjektet kan man derfor antyde at folkehelsekoordinatoren sin rolle i å adressere sosiale ulikheter i

helse og å bygge kapasitet for å realisere det moderne folkehelsearbeidet, fortsatt er noe uklart.

Doktorgradsprosjektets overordnede hensikt var å undersøke hvordan det lokale nivået i Norge adresserer sosiale ulikheter i helse. Samlet viser prosjektet at 1) moderne folkehelsearbeid i mindre grad utøves på det lokale nivået, 2) og når det realiseres, gjøres det gjennom avanserte former for integrering hvor både vertikale og horisontale strukturer gjør seg gjeldende, og 3) folkehelsekoordinatoren sin rolle i å realisere det moderne folkehelsearbeidet synes fortsatt noe uklart. Basert på dette kan det antydes at det lokale nivået i Norge fortsatt har en vei å gå for å imøtekomme grunnprinsippene i folkehelseloven og å adressere sosial ulikheter i helse.

I den videre diskusjonen belyses de tre overordnede funnene under hvert sitt delkapittel, og deretter avsluttes doktorgradsprosjektets samlede funn i noen sammenstillende refleksjoner.

6.2 Moderne folkehelsearbeid og lokal utforming-betydningen av institusjonelt design og ledelse

Doktorgradsprosjektets første overordnede funn viser at under halvparten av de norske kommunene tilsynelatende mangler en bred og strukturorientert tilnærming som retter oppmerksomheten på de sosiale helse-determinantene og ulikheter i folkehelsearbeidet sitt. I all hovedsak er det nettopp disse faktorene som er selve essensen i det moderne folkehelsearbeidet (Baum et al., 2013; Tulchinsky & Varavikova, 2010; WHO, 2008), og således har dette prosjektet vist at å etablere strukturer for folkehelsearbeid av en mer dyptgående karakter, kan synes vanskelig. Å etablere strukturer og kapasitet i norsk lokalt folkehelsearbeid knyttet til et bredt og samfunnsorientert folkehelsearbeid med den hensikt å redusere sosiale ulikheter i helse gjennom HiAP-tilnærmingen, er identifisert som både ambisiøst, krevende og komplisert (Hofstad, 2016, 2018; Tallarek née Grimm et al., 2013).

Dette første samlede funnet som doktorgradsprosjektet har identifisert harmonerer med annen internasjonal forskning som også har identifisert at den brede, samfunnsorienterte tilnærmingen reflektert gjennom den sosiale helsemodellen og det langsiktige, systematiske og tverrsektorielle arbeidet, i mindre grad utøves på det lokale nivået i forhold til en mer smal og klassisk tilnærming til folkehelsearbeid (Rantala et al., 2014; van Vliet-Brown et al., 2018). Globalt har det vist seg at det er stor variasjon i de lokale nivåenes tilnærming i forhold til hvordan de utøver folkehelsearbeid og i hvilken grad de arbeider for å adressere sosiale ulikheter i helse (Guglielmin et al., 2018; Rantala et al., 2014). HiAP- tilnærmingen, anbefalt som en overordnet og relevant tilnærming i det moderne folkehelsearbeidet (Tulchinsky & Varavikova, 2010; WHO, 2010, 2013a), viser seg i flere studier å være betydelig mindre anvendt i forhold til mer sakspesifikke tilnærminger som ikke bærer i seg det samfunnsorienterte perspektivet (Guglielmin et al., 2018; Rantala et al., 2014; Shankardass et al., 2012; van Vliet-Brown et al., 2018).

6.2.1 Ulike logikker og reorientering i norsk folkehelsepolitikk

I Norge har det moderne folkehelsearbeidet, reflektert gjennom prinsipp om sosial rettferdighet og HiAP- tilnærmingen, vært en ønsket strategi fra nasjonale myndigheter til det lokale nivået (Folkehelseloven, 2011). På tross av dette har Kvåle et al. (2020) identifisert at det eksisterer to ulike institusjonelle logikker i norsk folkehelsearbeid. En logikk som bærer i seg et individualistisk perspektiv, og en annen logikk som reflekter dette ønskede samfunnsperspektivet. Disse logikkene materialiserer seg i ulik praksis og i ulik symbolikk (Kvåle et al., 2020), og kan sees i lys av ulike måter å forstå helse på (Blaxter, 2010; Boorse, 1977). Den individualistiske logikken forstår folkehelsearbeid som arbeid som skal påvirke individets helseatferd gjennom å foreta sunne valg. Gjennom dette får individet ansvar for egen helse og dertil også for befolkningens helse. Således kan dette forstås som en behavioristisk tilnærming (Blaxter, 2010). Perspektivet hensynstar altså ikke de sosiale helsedeterminantene som styrer de individuelle valgene, altså de

bakenforliggende årsakene, kun de individuelle valgene som kommer som en følge av disse (Whitehead & Dahlgren, 2009). Individet reduseres og umyndiggjøres, og anerkjennes ikke for summen av viktige påvirkninger som ligger i de sosiale helsedeterminantene. En slik logikk kan opprettholde høy grad av avstand mellom sektorer hvor helsesektoren beholder en suveren rolle og helseprofesjonen forblir ekspert. Logikken bærer også i seg at individuell adferd og individuelle forhold blir et anliggende for risiko, diagnose og sykdom, og folkehelsearbeidet blir i stor grad rammet inn i den biomedisinske og behavioristiske tradisjonen istedenfor å legge den sosiale helsemodellen til grunn der helse forstås som et produkt av samfunnet man lever i (Blaxter, 2010). Innenfor den individualistiske logikken vil ikke sosiale ulikheter i helse og gradientperspektivet i samme utstrekning være et sentralt og relevant mål i folkehelsearbeidet (Kvåle et al., 2020).

På tross av at Norges nasjonale folkehelsepolitikk helt siden 2003 og frem til folkehelseloven i 2012 har orientert seg mot innhold som ligger i det moderne folkehelsearbeidet (Folkehelseloven, 2011; Fosse & Strand, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2007; Helsedepartementet, 2003; Sosial- og helsedirektoratet, 2005), mener Kvåle et al. (2020) at det finnes spor i folkehelseloven som åpnet opp for at begge logikkene skulle kunne leve side om side i norsk folkehelsearbeid. Gjennom folkehelselovens fokus på frisklivssentre og derigjennom individets ansvar for egen helse hevdes det at lovverket åpnet opp for den individualistiske logikken. Videre vises det til at nasjonal politikk gjennom de tre siste stortingsmeldingene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2015, 2019) i stor grad også målbærer den individualistiske logikken. Der hvor sentrale policydokumenter i perioden fra 2003 til 2012 skrev frem fokus på sosiale ulikheter i helse, gradientperspektivet og tverrsektorielt samarbeid, har Kvåle et al. (2020) identifisert at senere policydokumenter i høyere grad fokuserer på individet gjennom fokus på å skape muligheter for sunn livstil, fokus på tiltak og politikk for spesifikke og sårbare grupper i befolkningen og prioritering av spesifikke diagnoser. Samme tendens støttes av en annen studie som viser at nasjonal folkehelsepolitikk løfter opp ulikhetsproblematikken, men at det ikke utformes nasjonal politikk som aktivt jobber frem tiltak eller politikk for å løse gradientutfordringene (van der Wel et al., 2016).

Sistnevnte studie betrakter dette som selvmotsigende og setter spørsmålstegn ved om det skjer en form for erosjon av gradientperspektivet, eventuelt en stagnasjon (van der Wel et al., 2016). Basert på dette kan vi stille spørsmålet om det for tiden skjer en reorientering i norsk nasjonal folkehelsepolitikk. Det kan se ut til at man beveger seg noe bort fra den sosiale helsemodellen til en mer biomedisinsk modell hvor folkehelsepolitikken er mer orientert mot saksrettet folkehelsearbeid til tross for at grunnprinsippene i folkehelseloven løfter opp prinsipper om sosial utjevning og HiAP, og det prosessuelle og langsiktige arbeidet dette krever. Et viktig spørsmål i denne sammenheng vil være hvordan dette påvirker det lokale nivået, nemlig de norske kommunene.

Basert på diskusjonen ovenfor vedrørende to ulike logikker som ser ut til å leve side om side i norsk folkehelsepolitikk, er muligens funnet i dette prosjektet som viser at under halvparten av kommunene ser ut til å jobbe i tråd med det moderne folkehelsearbeidet, ikke så overraskende. Kan det være slik at de ulike kommunene velger divergerende tilnærminger og sogner til ulike logikker? Forskning har vist at overordnede myndigheters folkehelsepolitikk og lederskap har mye å si for utøvelse av lokalt folkehelsearbeid (Rantala et al., 2014; Shankardass et al., 2012). Særlig er folkehelsepolitikk som legger det moderne folkehelsearbeidet med de sosiale helse-determinantene og HiAP-tilnærmingen til grunn sensitive for dette (Guglielmin et al., 2018; Shankardass et al., 2012). Nasjonale og internasjonale påvirkninger har stor betydning for vellykket implementering på det lokale nivået, men det er også vist at det nasjonale nivået kan svekke den lokale implementeringen (Melkas, 2013; Steenbakkers et al., 2012). En svensk studie har vist at til tross for omfattende nasjonale strategier om tverrsektoriell folkehelsepolitikk med hovedfokus på de sosiale helse-determinantene, så ble strategiene i liten grad gjenfunnet i lokal folkehelsepolitikk (Jansson et al., 2011). Dette ble blant annet begrunnet med at den nasjonale politikken ble opplevd å være for krevende å implementere. Dette støttes av andre studier som viser at nasjonale retningslinjer kan oppleves kompliserende dersom nødvendig kompetanse ikke finnes lokalt (Scheele, Little & Diderichsen, 2018). Dersom det eksisterer to ulike logikker nasjonalt i Norge, er det forståelig at lokal praksis også kan reflektere ulike logikker.

På en annen side er det identifisert at for å nå ønskede nasjonale mål må det følge med sterke og tydelige virkemidler som kan virke styrende for det lokale nivået (Mannheimer et al., 2007). Et særlig sterkt virkemiddel kan være lovverk, ved siden av andre mekanismer som koordinerende strukturer, prosessverktøy og finansielle midler (Rantala et al., 2014; Shankardass et al., 2012; Solar & Irwin, 2010). Norge har i likhet med land som for eksempel Finland, innført lovverk som sterkt anbefaler å ta i bruk HiAP- tilnærmingen (Diderichsen et al., 2015), og i så måte kan det være overraskende at ulike logikker leves ut lokalt.

6.2.2 Oversettelsesproblematikk

Avstand mellom norsk nasjonal politikk og lokal utøvelse er forklart med oversettelsesproblemer i implementeringen (Riksrevisjonen, 2015). Styrking av de ulike virkemidlene og mekanismene er blitt løftet for å gjøre oversettelsen til et bredt og samfunnsorientert folkehelsearbeid enklere (Hofstad, 2018; Weiss et al., 2016). En studie fra 2017 (Fosse et al., 2019) viser at de norske kommunene i større grad har styrket sine virkemidler til sammenlikning med resultater fra dette prosjektet. Blant annet viser resultatene fra 2017 at hele 85 % av de norske kommunene har utviklet helseoversikter blant innbyggerne sine (Fosse et al., 2019), mot 42 % i 2014 (Hagen et al., 2018). Av de kommunene som hadde slike oversikter, benyttet 70 % av dem dette oversiktsdokumentet inn i de kommunale planleggingsprosessene (Fosse et al., 2019). Dette kan tolkes som et tegn på at kommunene imøtekommer folkehelselovens overordnede mål om å redusere sosial ulikhet i helse fordi oversikten særlig hensynstar ulikhetsproblematikken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Delstudie 3 i dette prosjektet viste at norske kommuner som hadde utviklet helseoversikter hadde større sannsynlighet for å gjøre fordelingshensyn blant sosiale grupper i kommunal politikkkutforming i forhold til kommuner som ikke hadde utviklet slike oversikter (Hagen et al., 2018). Fosse et al. (2019) på sin side fant at når sosiale ulikheter i helse ble løftet opp så var det i relasjon til marginaliserte grupper, ikke relatert til hele befolkningen. Det igjen kan bety at kommunene allikevel ikke

følger lovens prinsipp om å utjevne den sosiale gradienten i særlig grad, men derimot arbeider mot å minke gapet i befolkningen eller fokuserer kun på de aller svakeste gruppene (Graham, 2004a). Igjen kan man spørre seg om ulike logikker lever side om side, enten som kontraindiserte, konkurrerende eller som komplementære logikker (Kvåle et al., 2020), eller om det handler om manglende mekanismer for å realisere lokalt moderne folkehelsearbeid.

6.2.3 Lokal komfortsonetilpasning

Selv om nasjonale myndigheter har stor påvirkning på det lokale nivå, så har forskning også identifisert at politisk vilje og reell egeninteresse i kommunen som sådan har betydning for vellykket implementering (Carey & Crammond, 2015; Rantala et al., 2014; Scheele et al., 2018). Lederskapet i kommunen bestående av ordfører, rådmann og administrasjon skal alle lede kommunen som helhet til å løse pålagte oppgaver innen både lokal utvikling, kommunal planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Samtidig er kommunene autonome og selvstyrende enheter. Fisher (2019) hevder at kommuners autonomi kan være problematisk fordi det åpner for lokal oversettelse som kan preges av eget for godt befinnende. Oversettelsen kan være på en slik måte at tilpasningen passer inn i eksisterende kultur og dermed også inn i egen komfortsone. Dette hevder han kan gjøre seg gjeldende i egen administrasjon, i egne sektorer og i tjenester som kommunen skal tilby (Fisher, 2019). Lokal tilpasning kan således bære preg av «komfortsonetilpasning» istedenfor å jobbe frem reell sosial endring i egen kommune slik som determinantperspektivet fordrer (Storm et al., 2011; Whitehead & Dahlgren, 2009). I en slik kontekst kan det være enkelt å levere egenproduserte intervensjoner som baserer seg på lokal løsning uten nødvendigvis å følge ønsket nasjonal politikk (Storm et al., 2011). Det kan forekomme bekvemmelighetshensyn som vinner over ønsket politisk retning artikulert i for eksempel lovverket. Dersom det nasjonale nivået bærer i seg doble logikker, kan den tilbøyeligheten bli sterkere. Lokal tilpasning kan derfor ofte føre ulikt frem og ikke alltid til politikk og tiltak som

adresserer sosiale ulikheter i helse, men heller til politikk og tiltak preget av kortsiktighet og trender.

En måte å møte denne utfordringen på kan være å ta i bruk innbyggerkompetansen hvor behov for sosial endring reises nedefra og opp, gjennom såkalt «bottom-up» tilnærming (Fisher, 2018; Green et al., 2019). Det vil kunne bidra til å mobilisere ressurser, skape kritisk oppmerksomhet og bygge sosial kapital på det lokale nivået (Fisher, 2018; Weiss et al., 2016). En av styrkene med å realisere folkehelsearbeidet på lokalt nivå er den korte avstanden mellom politikere og innbygger og muliggjøringen av demokratiske prosesser. Flere studier har vist at deltagerperspektivet på det lokale nivået kan være en fasilitator i arbeidet med å adressere sosiale ulikheter i helse (Guglielmin et al., 2018; van Vliet-Brown et al., 2018). Lokale behov er viktige og en av hensiktene med engasjement fra innbyggerne er nettopp at innbyggerne kan representere mer langsiktig og prosessuelt arbeid gjennom å løfte frem reelle lokale behov, i kontrast til politisk arbeid som ofte kan ta form av kortsiktighet, sakstilnærming og trendbilder (Fisher, 2018). Forskning har vist at tiltak og politikk som er utarbeidet gjennom et samarbeid mellom politikere og innbyggere blir mest hensiktsmessig fordi innbyggerne besitter reell kunnskap om utfordringer, interesser, ressurser og løsninger (Ansell, Sørensen & Torfing, 2017).

Delstudie 2 i dette prosjektet viste at hovedtyngden av kommunene i Norge mener de er i stand til å redusere sosiale ulikheter i helse, samtidig som prosjektet samlet viser at kommunene i mindre grad har realisert det moderne folkehelsearbeidet som kreves for å redusere ulikheter. Parallelt viser studier at å redusere sosiale ulikheter på lokalt nivå er utfordrende (Bambra et al., 2010; Hofstad & Bergsli, 2016). Det krever politisk vilje både på nasjonalt og lokalt nivå reflektert gjennom langsiktighet, systematikk og klare visjoner. Dette kapitlet har løftet opp betydningen av dette, men også at det eksisterer to ulike logikker i norsk folkehelsepolitikk. Norske kommuner besitter mange og viktig mekanismer som kan sette dem i stand til å adressere de sosiale ulikhetene, blant annet demokratiske krefter gjennom innbyggerengasjement. Allikevel kan det se ut til at blant annet lederskap, implementeringsproblemer og komfortsonetilpasning bidrar til at mer enn halvparten

av de norske kommunene *ikke* utøver et bredt og strukturorientert folkehelsearbeid slik folkehelseloven etterspør.

6.3 Moderne folkehelsearbeid og integrering - betydningen av styring, samarbeid og HiAP- tilnærmingen på lokalt nivå

Ved sammenstilling av delstudiene viser dette doktorgradsprosjektet at når norske kommuner adresserer de sosiale ulikhetene i helse, skjer det i samvariasjon med at kommunen tar i bruk både vertikale og horisontale strukturer. Således realiseres det moderne folkehelsearbeidet på lokalt nivå gjennom en avansert form for integrering. Med det menes det at styringsmekanismer og insentiver fra nivå over det lokale nivået, som for eksempel folkehelselovens pålegg om utvikling av helseoversikter eller partnerskapsavtaler med fylkeskommunene helseoversikter, i kombinasjon med samarbeidsformer på samme nivå som for eksempel interkommunalt samarbeid, tverrsektorielle grupper eller samarbeid med eksterne aktører, gjør seg gjeldende. Dette funnet, forstått som et avansert integreringsarbeid, er ifølge Axelsson og Axelsson (2006) den mest krevende og komplekse formen for integrering hvor reell samhandling faktisk inntreffer. Kombinasjonen av både vertikale og horisontale strukturer inn i integreringsarbeidet kan organisatorisk forstås som en type matriseorganisering. Matriseorganisering kjennetegnes nettopp gjennom vertikale og horisontale struktureringskombinasjoner hvor ulike linjer for styring, ledelse og samarbeid gjør seg gjeldende samtidig (Bolman & Deal, 2014). Basert på dette kan doktorgradsprosjektets andre overordnede funn antyde at matriseorganisering har relevans i lokalt moderne folkehelsearbeid.

6.3.1 Moderne folkehelsearbeid og matrise

Funnet om matrisestrukturens relevans støttes av andre studier som også foreslår at matriseorganiseringen kan være en mer effektiv organiseringsform for å nå mål som

det moderne folkehelsearbeidet målbærer, i motsetning til strukturer som er mer rendyrkede vertikale og således i større grad danner siloorienterte strukturer (Holt et al., 2018; Scheele et al., 2018). Siloorganiserte strukturer er identifisert som en barriere i implementeringen av moderne folkehelsearbeid (M. Larsen et al., 2014; Rantala et al., 2014; van Vliet-Brown et al., 2018). Matriseorganisering, med sin kryssanvendelses av vertikale og horisontale strukturer, hvor ledelse går gjennom en linje og utforming og realisering gjennom en annen, er spesielt god på å håndtere kompleksitet og komplekse problemstillinger i kombinasjon med begrenset tilgang på ressurser (Bolman & Deal, 2014). Således er dette relevant for det moderne folkehelsearbeidets uregjerlige og komplekse natur (Kickbusch & Gleicher, 2012; Tulchinsky & Varavikova, 2010). Løsninger i folkehelsematikker utformes på tvers av strukturer (Lang & Rayner, 2012; Tulchinsky & Varavikova, 2010). I matrisestrukturen deler man blant annet på ressurser i form av kvalifikasjoner, fag- og profesjonskunnskap, økonomiske ressurser, beslutningsmyndighet og relevante erfaringer (Bolman & Deal, 2014). Dette skaper en fleksibilitet som både relaterer seg til matikker og til menneskelige og økonomiske ressurser.

Scheel et al. (2018) undersøkte hvilke faktorer som påvirker det moderne folkehelsearbeidet og implementeringen av HiAP-tilnærmingen i skandinaviske land. Studien fant at de fleste kommuner var organisert gjennom vertikale strukturer som dannet siloer med interne mål, budsjett og resultatmålinger. Fasiliterende elementer, som for eksempel epidemiologiske data og baselinedata, retningslinjer fra nivå ovenfor og tilgang til forskningsbasert kunnskap, identifisert som viktige fasilitatorer for å lykkes med lokalt folkehelsearbeid (Guglielmin et al., 2018; M. Larsen et al., 2014; Lillefjell et al., 2013; Weiss et al., 2016), var ønskelig, men fraværende i disse strukturene (Scheele et al., 2018). Derimot viste studien at kommuner som hadde matriselignende strukturer utformet folkehelsearbeidet på en mer vellykket måte fordi strukturen evnet å favne nettopp folkehelsearbeidets kompleksitet (Scheele et al., 2018). Strukturene kan således forstås dithen at de øker kompatibiliteten mellom sektorene. Kompatibilitet er en viktig fasilitator i moderne folkehelsearbeid (M. Larsen et al., 2014). Andre studier har også vist at matrisestrukturen var den mest vellykket formen for implementeringsstruktur (Holt et al., 2018). Særlig har behovet

for vertikale strukturer blitt identifisert i studier som har undersøkt frivillig samarbeid gjennom horisontale struktur. Tydelig styring gjennom vertikale strukturer er av stor betydning for det horisontale samarbeidet (Carey & Crammond, 2015; Rantala et al., 2014; Steenbakkens et al., 2012). Vertikale strukturer vil kunne skape tydelige mandat (M. Larsen et al., 2014; Steenbakkens et al., 2012), og lovverk, slik som den norske folkehelseloven, vil i så henseende være en av de sterkeste styringsmekanismene (Hofstad, 2014; Hofstad, 2018; Rantala et al., 2014). Ergo ser det ut til at tilstedeværelse av begge strukturene er av stor betydning, slik som dette doktorgradsprosjektet også indikerer. Kombinasjonene av både vertikale og horisontale linjer har blant annet vist seg relevant når det gjøres fordelingshensyn knyttet til sosioøkonomiske grupper i lokal politikktutforming (Hagen et al., 2018).

Selv om doktorgradsprosjektets andre overordnede funn henspiller til betydningen av struktur i det moderne folkehelsearbeidet, har strukturfokuset i feltet også blitt kritisert (Holt et al., 2018). Strukturer alene kan ikke løse problematikker knyttet til implementering av lokalt moderne folkehelsearbeid. For eksempel kan reorganisering av gitte strukturer danne nye strukturer som bærer i seg nye utfordringsbilder (Holt et al., 2018). Holt et al. (2018) poengterer at like viktig som å reorganisere strukturer, er viktigheten av å håndtere de såkalte grenseovergangene mellom sektorene. Selv om vertikale strukturer med sine tilhørende siloer har barrierer, har også matrisestruktureringen svakheter ved at den kan føre til uklarhet i ansvar, samt konflikt og maktkamp knyttet til definisjonsmakt, ressurstilgang og interesser. Dette gjelder alle impliserte aktører i matrisen, også lederne (Bolman & Deal, 2014). Disse forholdene kan i stor grad relateres til organisatorisk kultur som dannes av verdier, holdninger og normer.

6.3.2 Kultur som hemmer og fremmer på lokalt nivå

Kulturens betydning er en avgjørende faktor i all organisering, og særlig viktig i offentlig sektor hvor koordinering og samarbeid kan sees på som påtvunget (Andreassen, 2019). Andreassen (2019) løfter at hos private organisasjoner

forekommer samarbeid i større grad ut ifra et indre motivert hensyn som for eksempel tilgang på ressurser og deling av risiko, mens i offentlig sektor er det gjerne overordnede myndigheter som pålegger eller stimulerer ulike sektorer til å samarbeide. Folkehelseovens grunnprinsipp om å benytte HiAP-tilnærmingen for å fremme helse og redusere sosiale ulikheter i helse er et eksempel på dette gjennom sin flernivåstyring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Private organisasjoner har en tilbøyelighet til å basere samarbeidet sitt på identifisert gjensidig avhengighet, mens offentlig sektor i mindre grad intuitivt evner å identifisere denne avhengigheten (Andreassen, 2019). En viktig implementeringsoppgave i det moderne folkehelsearbeidet blir å motivere til et frivillig samarbeid som oftest foregår horisontalt og intersektorielt.

Litteraturen har identifisert flere barrierer for slikt intersektorielt samarbeid. Blant annet mangel på felles mål og visjoner, men også på manglende fellesskap knyttet til symbolikk i form av terminologi og kunnskap, ansvarsuklarhet og manglende tillit mellom aktører (Guglielmin et al., 2018; Holt et al., 2018; M. Larsen et al., 2014; Synnevåg, Amdam & Fosse, 2018). Manglende felles mål og visjoner kan relateres til at samarbeidet er påtvinget. Sektorer kan oppleve at de er pålagt å fylle mål som er utenfor det målet sektoren i seg selv er gitt. Innen moderne folkehelsearbeid er dette ofte omtalt som «helseimperialisme» (Carey & Crammond, 2015; Kickbusch & Gleicher, 2012). Dette henspiller til at interesser relatert til helse kan oppleves å skulle ha forrang i forhold til andre overordnede interesser. Det kan være interesser knyttet til økonomi eller til interesser som ligger i sektorer utenfor helsesektoren. Denne opplevelsen kan føre til rolleforvirring, manglende interesse og ansvarsuklarhet. Det sterke helsefokuset kan oppleves å gå utover egne profesjonelle verdier og fagideologi og bidra til følelsen av at man mister kontroll i egen sektor og tjeneste fordi man ikke evner å identifiser seg med den pålagte hensikten og det pålagte målet (Rantala et al., 2014).

For å forstå dette er blant annet fokus på terminologi blitt reist (Carey & Crammond, 2015). Helsebegrepet og folkehelsebegrepet kan oppfattes som fremmedgjørende av andre sektorer utenfor helsesektoren og kan derfor være et hinder for intersektorielt

samarbeid (M. Larsen et al., 2014; Ouff et al., 2010; Synnevåg et al., 2018). Det samme er identifisert for sektorer i møtet med HiAP- tilnærmingen (Synnevåg et al., 2018). For å skape samhörighet og et fellesskap som sektorene kan forenes rundt og relatere seg til, er det foreslått å ta i bruk andre termer som også favner innholdet i det moderne folkehelsearbeidet. Ulike studier har antydnet termer som levekår, likhet, sosial bærekraft, helse *for* all politikk etc. Hofstad og Bergsli (2017) har undersøkt relasjonene mellom folkehelsebegrepet og sosial bærekraft som begrep. De finner begrepsmessig slektskap og relevans mellom begrepene i forhold til etiske og moralske mål, og i relasjon til forholdet mellom individ og samfunn og rettferdighetsdimensjonen. Begge begrepene målbærer og impliserer rettferdig fordeling og omfordeling av ulike ressurser, allikevel konkluderer Hofstad og Bergsli (2017) med at folkehelsebegrepet burde bestå. De hevder at folkehelsebegrepet er et vel integrert begrep både i norsk folkehelsepolitikk og i den lokale utformingen slik at det vil kunne virke forvirrende for de ulike impliserte aktørene å gå vekk i fra begrepet (Hofstad, 2018; Hofstad & Bergsli, 2017). Basert på dette kan man derfor antyde at det sees noen avtrykk av fungerende implementering av folkehelsearbeidet i Norge. Det kan virke som om folkehelsebegrepet er etablert til tross for funn i tidligere forskning som indikerte det motsatte (Ouff et al., 2010) og øvrige funn i nyere forskning som foreslår at helsebegrepet og folkehelsebegrepet kan virke både fremmedgjørende og lite samlende for impliserte aktører (Holt et al., 2018; M. Larsen et al., 2014; Synnevåg et al., 2018).

6.3.3 Den lærende kommunen blir den samarbeidende kommunen

Til tross for at det eksisterer en rekke ulike hindringer for vellykket moderne folkehelsearbeid på lokalt nivå, og at HiAP- tilnærmingen og helsebegrepet løftes opp som grunnleggende problematiske komponenter i arbeidet, viser dette doktorgradsprosjektet at det realiseres mål i norske kommuner fundert i det moderne folkehelsearbeidet. Den matriselignede strukturen ser ut til å bidra til realiseringen. Åpne kommunikasjonskanaler er løftet frem som en særlig viktig fasilitator i lokalt

folkehelsearbeid (M. Larsen et al., 2014; Steenbakkens et al., 2012; Ståhl & Perttilä, 2010), og det er nettopp de åpne kommunikasjonskanalene som er en av matrisestrukturens styrker (Bolman & Deal, 2014). I matriselignende strukturer flyter ofte kunnskap og ressurser gjennom de normale grensene fordi organiseringsformen gjør grensen mer flytende slik at integrasjon og dynamikk, fleksibilitet og trygghet skapes. Både mennesker og sektorer vil kunne oppleve å være i utvikling. I all hovedsak vil strukturene stimulere til lojalitet og mestringsforventning fordi man ved å dra veksel på hverandre i stor grad besitter ressurstilgang som er avgjørende for å håndtere komplekse oppgaver. På sett og vis handler dette om lærende organisasjoner (S. B. Larsen & Gregersen, 2017). Kan det være slik at når kommunen som organisasjon åpner opp for fleksibilitet og læring så skapes det også synergier? Er det slik at når kommunen som helhet er åpen og samarbeidende så er allerede viktige forankringer arbeidet frem, grunnleggende motivasjon skapt og felles mål etablert? Vil da det helhetlige kulturuttrykket i kommunen som muligens kreves for å realisere det moderne folkehelsearbeidet, være etablert? Matrise som strukturform er viktig i store prosjektarbeid (Bolman & Deal, 2014). Kan folkehelsearbeidet i kommunene sees på den samme måte, nemlig som en definert oppgave med et klart mål som skal løses innenfor noen gitt rammer og ressurser? Oppgaveløsningen blir opp til kommunene som helhet, ikke til den enkelte sektor, enhet eller aktør alene, dermed får kommunens helhetlige læringsevne og samarbeidsevne avgjørende betydning.

6.4 Moderne folkehelsearbeid- betydningen av folkehelsekoordinatoren på lokalt nivå

Det siste samlede funnet i doktorgradsprosjektet viser at folkehelsekoordinatorens rolle i å realisere det moderne folkehelsearbeidet synes uklar. Den første delstudien argumenterte med at folkehelsekoordinatoren skal påse, følge opp og bidra til å realisere strategier og mål i nasjonal folkehelsepolitikk (Hagen et al., 2015). Mål og strategier realiseres blant annet ved å løfte opp de sosiale helsedeterminantenes betydning, bidra til tverrsektorielt arbeid, bidra inn i kommunale

planleggingsprosesser og å jobbe for å redusere sosiale ulikheter i helse. Studien argumenterte med at koordinatoren bør tilordnes en viss organisatorisk kapasitetstilgang for optimal fungering, og implisitt la hele prosjektet til grunn en forventning om at koordinatoren skal skape positive koblinger mellom faktorer av betydning for det moderne folkehelsearbeidet. Den andre og den tredje delstudien fant ingen signifikante samvariasjoner mellom folkehelsekoordinatoren og kommuner som fokuserer på levekårsperspektivet eller som gjør fordelingshensyn blant kommunenes sosioøkonomiske grupper når de utformer kommunal politikk (Hagen et al., 2016; Hagen et al., 2018). Derimot viste resultater fra den siste delstudien at kommuner som hadde ansatt folkehelsekoordinator etter at loven ble innført hadde mindre sannsynlighet for å gjøre fordelingshensyn i lokale folkehelse tiltak til sammenlikning med kommuner som ikke hadde folkehelsekoordinator. Dette funnet ble forklart som implementeringsproblematikk knyttet til stillingsstørrelse, organisatorisk plassering og kompetanse (Hagen et al., 2018).

6.4.1 Koordinatoren som «helseimperialist»

Diskusjonen rundt prosjektets funn har møtt interesse (Bekken, 2018), og særlig funnet som viser at folkehelsekoordinatoren samvarierer negativt med fordelingshensyn i folkehelse tiltak (Holt, 2018). Gjennom en kommentarartikkel løfter Holt (2018) opp at funnet kan forstås i lys av kritikken rundt «helseimperialisme», og problematiseringen av HiAP- tilnærmingen. Holt drøfter muligheten for at koordinatoren, gjennom å være et verktøy for HiAP- tilnærmingen, såkalt «presser» helseperspektivet inn i ulike sektorer, som igjen vil kunne føre til motstand og disengasjement i de ulike sektorene. Holt støtter i liten grad muligheten for implementeringsfeil slik den tredje delstudien løftet opp (Hagen et al., 2018), men spør heller om det grunnleggende handler om HiAP- tilnærmingen som feilslått tilnærming (Holt, 2018). Som argument viser hun til funn som viser at folkehelsekoordinatorer plassert inn i sentrale posisjoner eller i større enheter med

flere koordinatorene, verken fører til ønsket endring i politikk eller i tiltak relevant for det moderne folkehelsearbeidet (Holt et al., 2018).

6.4.2 Paradoksale effekter

En norsk studie som undersøkte koordineringsfunksjonen fant at koordineringsfunksjonen som fenomen kan produsere paradoksale effekter (Vik & Aarseth, 2019). Samfunnets ulike områder er differensiert inn i ulike sektorer, eller såkalte delsystemer, som hver på sine måter ivaretar ulike samfunnsoppgaver gjennom egne spesialister (Bolman & Deal, 2014). Denne differensieringen er helt nødvendig, men den resulterer i at grenser etableres mellom delsystemer og at det skapes ulike interne logikker og en viss avstand delsystemene imellom (Lawrence & Lorsch, 1967; Luhmann & Barrett, 2012). For å realisere folkehelsearbeidet må disse grensene overskrides slik at de ulike delsystemene integreres til en helhet (Axelsson & Axelsson, 2006; Lawrence & Lorsch, 1967). Overnevnte studie (Vik & Aarseth, 2019) baserte seg på Luhmanns systemteori og hans forståelse av funksjonell differensiering (Luhmann, Cederstrøm, Mortensen & Rasmussen, 2000). Studien viste at koordineringsfunksjonene som var ment å skulle koble sammen delsystemene, endte med å bli et eget delsystem som derigjennom produserte avstand til de andre delsystemene. Gjennom å være «lim» kan koordinatorenes funksjon forstås å skulle håndtere grensene mellom delsystemene, snarere enn å bryte grensene ned. I følge Luhmann et al. (2000) kreves det felles koder for å håndtere grenser og disse kodene betegner han som generaliserte medium. Generaliserte medium danner fellesskap og meningsdannelse og bidrar til at delsystemene kan skride over grensene til hverandre. Det paradoksale med en koordineringsfunksjon er at på leting etter felles koder for å skape fellesskap og meningsdannelse slik at integrering kan muliggjøres, så kan koordineringsfunksjonen ende opp med å skape seg et eget delsystem med sine egne logikker på lik linje med de andre delsystemene. Denne utdifferensieringen av et nytt delsystem vil kunne skape ytterligere avstand mellom delsystemene, snarere enn å styrke integreringen. Innholdet eller substansen det skal koordineres rundt blir derfor

ikke håndtert, kun flyttet over til et nytt delsystem. Differensieringsproblemene blir ikke løst, det utdifferensieres kun et nytt delsystem som svar på differensieringsproblemene. Til tross for denne paradoksale effekten kan delsystemene oppleve å ha løst koordineringsarbeidet. Selve forflytningen kan gi opplevelsen av at man har håndterte integreringsarbeidet fordi krav og kompleksitet ikke lenger er plassert i de respektive delsystem (Vik & Aarseth, 2019).

Med dette identifiserte paradokset som bakteppe kan muligens det tredje samlede funnet forstås på en mer grunnleggende måte. Koordinatorer som fenomen ser ut til å håndtere grenser fremfor å bryte dem ned (Vik & Aarseth, 2019). Dersom koordinatoren i håndtering av grenser ytterligere forsterker differensieringen og derigjennom danner et nytt og særegent delsystem, åpner dette for at koordinatorrollen som mekanisme med fordel kan undersøkes nærmere. Men det igjen betyr ikke at man er i behov av å stille spørsmålsteget ved selve HiAP-tilnærmingens relevans. Dersom koordinatorrollen på sin side er lite hensiktsmessig når grenser skal brytes ned, har andre HiAP- strategier som for eksempel partnerskap, tverrsektorielle grupper og helseoversikter vist seg å være relevante i det moderne folkehelsearbeidet. For eksempel speiler funnet som indikerer at kommuner som tar i bruk oversiktsdokumentet også i større grad er kommuner som gjør fordelingshensyn i lokal politikkutforming, dette henseende (Hagen et al., 2018). Litteraturen skiller mellom ulike koordinerende og prosessuelle mekanismer (Rantala et al., 2014; St-Pierre et al., 2009) hvor koordinatoren kan forstås som et koordinerende verktøy, mens helseoversikter kan forstås dithen at det er et mer prosessuelt verktøy (Guglielmin et al., 2018; Rantala et al., 2014). Det kan bety at der hvor koordinatorene forsøker å håndtere grensene mellom delsystemene, bryter muligens helseoversikter grensene i større grad ned og intensjonen med HiAP- tilnærmingen og det moderne folkehelsearbeidet realiseres enklere. Det igjen kan bety at det er behov for flere prosessuelle verktøy, men det kan også bety at koordinatoren fungerer på en mer indirekte måte ved å virke gjennom de andre HiAP- verktøyene.

Det er identifisert at grenseoverskridende evner hos koordinatorene kan utvikles gjennom tilegnelse av såkalte «myke ferdigheter». Myke ferdigheter kan for

eksempel være problemløsningsevner, nettverksledelse, meklingsferdigheter og systemforståelse, og disse ferdighetene trengs for å overskride kompliserte grenser (Carey & Crammond, 2015; Holt et al., 2018). Forhandlingsferdigheter, evne til å skape løsninger som appellerer til samtlige impliserte parter og sensitivitet knyttet til varierende og skiftene behov, enten det gjelder relasjonelle eller organisatoriske anliggende, vil kunne være viktige egenskaper som koordinatoren er i behov av for å evne å håndtere grensegangene mellom delsystemene slik at delene kan integreres til en helhet.

6.4.3 Suksess, kommunal handlekraft og et paradoks

Til tross for paradokset beskrevet ovenfor, omtales folkehelsekoordinatoren som suksessfull for det lokale folkehelsearbeidet i Norge (Hofstad, 2018). Det kan handle om at kommunene betrakter selve ansettelsen av en folkehelsekoordinator som et uttrykk for at man har lykket med folkehelsearbeidet. Mest sannsynlig er ikke kommunene oppmerksomme på muligheten for utdifferensieringen av et nytt delsystem når det kommer til folkehelsekoordinatorfunksjonen. Dessuten kan kravet til integreringsarbeidet i det moderne folkehelsearbeidet oppleves som imøtekommet ved at ansvaret for folkehelsearbeidet i kommunen blir adressert og plassert. Ved at folkehelsekoordinatoren får ansvaret, flyttes integreringskravet vekk fra de ulike sektorene og over til koordinatorsystemet, og dette igjen gjør at sektorene i mindre grad må forholde seg til kompleksiteten i det moderne folkehelsearbeidet. Således blir koordinatoren et verktøy som oppleves å håndterer kompleksiteten selv om funksjonen ikke bidrar til å sette sektorene i stand til å arbeide sammen på den tverrsektorielle måten som det moderne folkehelsearbeidet krever. I sum kan koordinatoren fungere som en buffer som skjærer de ulike sektorene fra å ta ansvar i det moderne folkehelsearbeidet, samtidig som det overordnede bildet kan tolkes dithen at det er vist kommunal handlekraft ved at kommunen har ansatt en folkehelsekoordinator.

Dette delkapittelet har gitt noen ulike perspektiver til doktorgradsprosjektets siste samlede funn som relaterer seg til folkehelsekoordinatorens rolle i lokalt folkehelsearbeid. Fremfor å anse HiAP-tilnærmingen til å være en feilsluttet tilnærming i det moderne folkehelsearbeidet, er det behov for å undersøke om koordinatorrollen bærer i seg noen særtrekk som på grunnleggende måter gjør at rollen skiller seg fra andre virkemidler og mekanismer som benyttes for å realisere det moderne folkehelsearbeidet.

6.5 Adressering av sosiale ulikheter i helse og HiAP-tilnærmingens relevans -oppsummerende kommentar

Overordnet har doktorgradsprosjektet undersøkt hvordan det lokale nivået i Norge adresserer de sosiale ulikhetene i helse. Særlig har HiAP-tilnærmingens relevans blitt aktualisert fordi tilnærmingen er en av de mest benyttede strategiene for å jobbe med ulikhetsproblematikk innen folkehelsefeltet (Guglielmin et al., 2018; Ståhl et al., 2006; van Vliet-Brown et al., 2018; WHO, 2013b). Forskning i feltet kommer særlig fra statsvitenskapelig og organisasjonsteoretisk forskning hvor den første disiplinen har hatt fokus på styring og nettverksstyring (Carey & Crammond, 2015; Carey & Friel, 2015; Clavier, 2016), mens den andre har hatt mer fokus på organisasjonsteorier og interorganisatorisk samarbeid (Axelsson & Axelsson, 2006; Baum et al., 2013; Heimburg & Hofstad, 2019). Innen samordning og samhandling forsker ofte ulike fagdisipliner på samme tematikk, men gjerne på ulik måte som kan føre til en noe sprikende og lite samlende kunnskapsbase i feltet (Andreassen, 2019). De ulike disiplinene benytter ofte disiplinspesifikke begreper og tilnærminger og dette bidrar til noe av fragmenteringen (Andreassen, 2019). Dette gjelder også forskning innen moderne folkehelsearbeid (Guglielmin et al., 2018). Blant annet er det utviklet lite kunnskap relatert til HiAP-tilnærmingen, særlig på lokalt nivå (Guglielmin et al., 2018; Rantala et al., 2014; Shankardass et al., 2012; van Vliet-Brown et al., 2018), og siden tilfanget kommer fra til dels ulike disipliner kan dette bidra til at feltet kan fremstå som lite robust. Blant annet konseptualiseres HiAP-

tilnærmingen ulikt (Peters et al., 2014; van Vliet-Brown et al., 2018) som igjen kan gi tilfang til ulikt forståelsesgrunnlag og ulik kunnskap og fokus i feltet.

Selv om stadig flere forskere betrakter HiAP- tilnærmingen for å være en holistisk og økologisk tilnærming med viktige elementer for å skape gode liv der mennesker lever, lærer, elsker og arbeider (van Vliet-Brown et al., 2018), er det identifisert at tilnærmingen også i vesentlig grad ansees for å være en informasjonsspredningskanal fra helsesektoren til de andre sektorene (Solar & Irwin, 2010; van Vliet-Brown et al., 2018). Med utgangspunkt i sistnevnte konseptualisering kan argumentet rundt helseimperialisme i større grad forstås. Konseptualiseringen kan bidra til at helseperspektivet forstås dithen at det skal ha herredømme i enhver interesse- og verdikonflikt, mens i den mer holistiske og systemiske retningen kan tilnærmingen tolkes inn som en mer likeverdig verdi og interesse, og en naturlig del av helheten. Forskningen viser stor variasjon i hvor vellykket det enkelte lokale nivået og dets tilhørende overordnede nivå (regionale- og nasjonale nivå) evner å ta i bruk tilnærmingen (Guglielmin et al., 2018; Peters et al., 2014; Rantala et al., 2014; van Vliet-Brown et al., 2018). Allikevel har dette prosjektet vist at gjennom å ta i bruk ulike HiAP- strategier, enten de er prosessuelle, finansielle eller koordinerende verktøy, så realiseres blant annet levekårsfokus og fordelingshensyn i de norske kommunene. Basert på dette kan det antydes at HiAP- tilnærmingen oppleves relevant for flere sektorer og således også nyttig for det moderne folkehelsearbeidet.

6.5.1 Lokale nivå og ulike forutsetninger

Forskning som stiller seg kritisk til HiAP- tilnærmingen kommer i all hovedsak fra land som fører omfordelingspolitikk som en del av sin offentlige politikktutforming, slik som blant annet Australia, Danmark og Norge. Kritikken har i mindre grad kommet fra mer liberalistiske land. Dette kan forstås dithen at HiAP- tilnærmingen i de mer liberalistiske landene oppleves som et relativt uvant fokus og fungerer som en type bevisstgjørende prosess ved å sette fokus på sammenhenger mellom helse og samfunn, likhet og rettferdighet, samt helsehensyn og fordelingshensyn. Dette

tankesettet er trolig i større grad integrert i sosialdemokratiske land slik at det muligens finnes et overskudd i disse landene til å raffinere tilnærmingen. Forskning har vist at i liberalistiske velferdsstater er det ildsjeler eller frivillige organisasjoner som arbeider frem fokus for å adressere sosiale ulikheter i helse, mens det i sosialdemokratiske velferdsstater i hovedsak er myndighetene som i arbeider frem en slik adressering (van Vliet-Brown et al., 2018).

Holt (2018) reiser spørsmål om det er på tide å avskjedige HiAP- tilnærmingen, men det vil kunne være uheldig fordi HiAP- tilnærmingen har som mål «å bygge bro» mellom helsedeterminantene, politikk og helseutfall (Ståhl et al., 2006), og er således helt avgjørende for å skape rettferdighet i helse. Tilnærmingen er identifisert til å være et essensielt utgangspunkt for governancestrukturer innen moderne folkehelsearbeid (Peters et al., 2014; WHO, 2013c), men kan også raffineres og tilpasses ytterligere inn i mer hensiktsmessige nettverksstrukturer (Kickbusch & Gleicher, 2012; Peters et al., 2014; van Vliet-Brown et al., 2018). Tilnærmingen favner kompleksiteten gjennom å koble ulike strukturer, den setter helse og de sosiale helsedeterminantene på agendaen, men den er også ment å skulle være sensitiv for interesser og anliggender i andre sektorer. Dessuten monitorerer tilnærmingen alltid mot helseutfallene selvopplevd helse og dødelighet (Ståhl et al., 2006) som nettopp er selve kjernen i all forskning relatert til den sosiale helsegradienten og sosiale ulikheter i helse. Hele argumentet for perspektivet ligger i disse sammenhengene (Marmot, 2010; Marmot & Siegrist, 2006; WHO, 2008).

6.5.2 Å kaste ut barnet med badevannet...

Det avgjørende for å lykkes med det moderne folkehelsearbeidet kan være å holde HiAP- tilnærmingen «styrt» og «åpen» på samme tid, ikke å definere helsebegrepet eller HiAP- tilnærmingen ut av det moderne folkehelsearbeidet. Tilnærmingen er i all hovedsak ment å skulle være en essensiell støtte i utforming av offentlig politikk. Resultatene fra dette doktorgradsprosjektet, som viser at kommuner som fokuserer på levekår og fordelingshensyn også er kommuner som i stor grad har en samarbeidende

tilnærming, kan være et bilde på en hensiktsmessig anvendelse av HiAP-tilnærmingen. Disse kommunene kan ha erfart en god og tydelig styringsform, men også opplevd å ha hatt frihet og autonomi til å løse egne oppgaver på en hensiktsmessig og egenartet måte. Således kan disse resultatene være et bilde på HiAP-tilnærmingen som samtidig styrende og fleksibel, og dertil en funksjonell tilnærming. Helsebegrepet er et sensitiverende begrep (Blaxter, 2010) og det gjør at den sosiale helsemodellen og det moderne folkehelsearbeidet naturlig kan plasseres inn i begrepet (Dahlgren & Whitehead, 2009; Tulchinsky & Varavikova, 2010; Whitehead & Dahlgren, 2009). Det igjen betyr at de ulike sektorene har de største muligheter for og interesse av å ta del i det moderne folkehelsearbeidet fordi modellen reflekterer summen av alle samfunnets delområder. Med utgangspunkt i dette resonnementet bør helsebegrepet fortsatt anvendes, fokuset på de sosiale helse-determinantene opprettholdes og det møysommelige arbeidet med å levendegjøre determinantens relevans for de ulike sektorene og deres konsekvens for befolkningen, fremholdes. I sum er det nettopp disse anliggende som er selve innholdet i HiAP-tilnærmingen. Velger man å gå vekk fra begrepet helse, risikerer man kanskje å «kaste ut barnet med badevannet».

6.6 Metodologiske betraktninger

6.6.1 Doktorgradsprosjektets design

Doktorgradsprosjektets design er en av styrkene i dette prosjektet. Prosjektet har benyttet en kombinasjon av et kryss-seksjonelt og et longitudinelt design, og hentet inn data fra spørreskjemaundersøkelser og registre. Ved å inkludere alle de norske kommunene har prosjektet empirisk undersøkt variasjon og samvariasjoner, identifisert statistiske mønstre og estimert effektstørrelser knyttet til ulike faktorer av betydning for lokalt folkehelsearbeid. Prosjektet er det første i sitt slag som i så stor utstrekning har undersøkt norsk lokalt folkehelsearbeid, blant annet gjennom å kombinere data fra to ulike spørreskjemaundersøkelser. Prosjektet har bidratt til å

utvikle breddekunnskap om norsk lokalt folkehelsearbeid som ingen tidligere studier i samme størrelsesorden har utviklet i Norge, og kunnskapen vil være verdifull og relevant for både praksisfeltet og for forskningsfeltet.

Det moderne folkehelsefeltet er komplisert og uregjerlig (Tulchinsky & Varavikova, 2010). Med utgangspunkt i denne kompleksiteten hevdes det at feltet er i behov av studier som tar i bruk data som favner dybde og forståelse (Bryant, 2013; Raphael, 2018) snarere enn kvantitative data som i utgangspunktet genererer kunnskap av en mer ekstensiv og overfladisk karakter (Raphael, 2018) slik som dette prosjektet gjør. I argumentet om behov for dybde og forståelse løftes relevansen for data av mer kvalitativ karakter generert gjennom ulike aktørers forståelse og feltets prosessuelle innhold ved bruk av etnografiske og andre mer fortolkende metoder (Bryant, 2013; Raphael, 2018). Kunnskap frembragt gjennom slike metoder kan bidra til å åpne opp for mange ulike faktorerens betydning for befolkningens helse og minske risikoen for at blant annet ansvaret for helse individualiseres (Bryant, 2013; Raphael, 2008). Ensidig fokuseres på noen gitte og definerte faktorer, ofte relevant i klassiske epidemiologiske studier, kan bidra til den slik individualisering (Orsini, 2007; Raphael, 2008).

Designet som dette prosjektet har hatt vil ikke kunne favne det moderne folkehelsearbeidets totale kompleksitet, ei heller kompleksiteten i å forstå hvordan de norske kommunene i sin helhet adresserer sosiale ulikheter i helse. Delstudie 3 har løftet opp viktigheten av å kombinere kvalitative og kvantitative data for å styrke feltets totale kunnskapsbase (Hagen et al., 2018), og dette er i tråd med annen forskning som løfter opp behovet for å utvikle design som baserer seg på systemtenkning og tar i bruk ulike metoder for å favne den utfordrende kompleksiteten i det moderne folkehelsearbeidet (Baum et al., 2013; Lang & Rayner, 2012).

Da prosjektet startet forelå det lite empirisk kunnskap om hvordan folkehelselovens grunnprinsipper relaterer seg til ulike faktorer ved de norske kommunene, men internasjonalt var det også lite kunnskap knyttet til hvordan de nasjonale og lokale

nivåene arbeider for å adressere sosiale ulikheter i helse og hvilke integreringsformer som benyttes (Rantala et al., 2014; Shankardass et al., 2012). Dette doktorgradsprosjektet har bidratt til å dekke et kunnskapshull ved å etablere kunnskap rundt omfang, variasjoner og statistiske samvariasjoner knyttet til faktorer av betydning for moderne folkehelsearbeid på lokalt nivå. Videre er dette prosjektet et delprosjekt av SODEMIFA-prosjektet og i sum har selve hovedprosjektet kombinert både kvalitative casestudier og spørreskjemaundersøkelser (Bjornsen, 2014; Fosse & Helgesen, 2017; Shou & Fosse, 2016) og således har SODEMIFA i sum samlet inn verdifull data som både går i dybden og i bredden.

6.6.2 Kausalitetsproblematikk ved tverrsnittstudier

Til tross for at doktorgradsprosjektets design har bidratt til å dekke et kunnskapshull innen feltet, så har designet i kraft av sin egenart svakheter som det må tas hensyn til. Slutninger om årsakssammenhenger kan ikke trekkes når det gjøres tverrsnittstudier (Field, 2013), og mangelen på slike kausale slutninger regnes for å være en svakhet av betydning. Delstudiene i dette prosjektet har diskutert hvordan man kan tolke resultatene i relasjon til kausalitet (Hagen et al., 2015; Hagen et al., 2016; Hagen et al., 2018). I tverrsnittstudier kan inkluderte variabelers påvirkningskraft virke i begge retninger, den uavhengige variabelen kan påvirke den avhengige variabelen, men påvirkningen kan også skje motsatt vei. For eksempel kan det å utvikle helseoversikter påvirke folkehelsekoordinatorens deltagelse i kommunale planleggingsprosesser, men det kan også være slik at når en koordinator er involvert i slike planleggingsprosesser så bidrar det igjen til at det utvikles helseoversikter over kommunenes innbyggere (Hagen et al., 2015). Overordnet har delstudiene løftet opp at resultatene i de respektive delstudiene i all hovedsak har indikert logiske retninger med hensyn til variabelenes påvirkningskraft, både med utgangspunkt i tidligere studier og med hensyn til relevant litteratur.

6.6.3 Frafallsproblematikk

I den første og andre delstudien ble det vist til at svarprosenten var akseptabel, og det ble ikke identifisert noen systematiske skjevheter i forhold til hvordan de ulike spørsmålene ble besvart i de respektive datasettene (Hagen et al., 2015; Hagen et al., 2016). Derimot ble det i den tredje delstudien, hvor data fra begge spørreskjemaundersøkelsene ble kombinert for å konstruere endringsvariablene, avdekket utfordringer knyttet til responsraten og systematisk skjevhet (Hagen et al., 2018). Utvalget for endringsvariablene var forskjellig fra selve populasjonen når det gjaldt kommunenes størrelse og sentralitet. For å styrke representativiteten mellom populasjonen og utvalget i datasettet ble det kalkulert vektorer for disse variablene som igjen ble benyttet i de binære logistiske regresjonsanalysene (Hagen et al., 2018). Videre førte lav responsrate i den siste studien til stor varians for de estimerte parameterne. Relativt store konfidensintervall, store standardfeil og relativt lav statistisk effekt ble identifisert og det aktualiserte muligheten for å generere såkalte «type-II» feil hvor statistiske samvariasjoner som eksisterer i populasjonen kan oversees. Den siste delstudien tok forbehold om muligheten for denne statistiske feilslutningen (Hagen et al., 2018), men løftet opp resultatene og bidragets relevans, og viktigheten av å tilstrebe høyere svarprosent i fremtidige studier.

6.6.4 Utfordringer ved bruk av spørreskjema

Samtlige delstudier har løftet opp og problematisert forhold knyttet til spørreskjema og respondenter. Blant annet er forhold rundt hvem som besvarte spørreskjemaene blitt reist. Har de kunnskap om og innsikt i det de ulike spørsmålene spør om? Spørreskjemaene fra undersøkelsen i både 2011 og 2014 ble sendt elektronisk til kommunenes offisielle postmottak, men adressert til rådmannen. Dette ble gjort fordi kommunen som sådan har ansvaret for lokalt folkehelsearbeid i Norge (Folkehelseloven, 2011; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) og av hensyn til personvern i innsamlet datamateriale.

For baselineundersøkelsen vet man ikke hvem som besvarte spørreskjemaene, og utfordringer relatert til dette ble løftet i den første delstudien. Blant annet ble det diskutert at respondentene som besvarte skjemaet kunne besitte ulik kunnskap og innsikt i folkehelsefeltet og dermed påvirke både påliteligheten og gyldigheten i dataene. Men det ble også vist til at i sin helhet virket responsen reliabel siden resultatene samstemte med tidligere studier (Hagen et al., 2015). For 2014-undersøkelsen var respondentene i all hovedsak rådmenn, folkehelsekoordinatorer og ledere fra helsesektoren, og med utgangspunkt i dette tok både delstudie 2 og delstudie 3 høyde for at respondentene hadde de nødvendige forutsetningene for å besvare spørsmålene på en pålitelig måte. Allikevel må det tas forbehold om at noen svar kan være vanskelig å besvare, selv for aktører i relevante posisjoner med relevant kunnskap og forståelse. For eksempel kan spørsmål om sosial ulikhet, fordelingshensyn og utjevning være utfordrende å svare på. Kompleksiteten i tematikken, både når det gjelder substansen, men også når det gjelder praktisk gjennomføring, kan gjøre det kompliserende når direkte spørsmål skal besvares. Med utgangspunkt i dette finnes det en viss grad av usikkerhet knyttet til påliteligheten i svarene som er gitt.

Det finnes også en annen usikkerhet knyttet til svarene i de respektive spørreskjemaene, og det er tilbøyeligheten til å besvare bekreftende og støttende på normative spørsmål. Den andre delstudien problematiserte rundt denne tilbøyeligheten fordi 82 % av respondentene i studien besvarte at de anså kommunen sin å være i stand til å redusere sosiale ulikheter i helse, og dette harmonerte dårlig med andre svar i studien. Studien diskuterte muligheten for at respondentene i datamaterialet følte seg forpliktet til å svare bekreftende eller i positive vendinger på spørsmål man som folkehelseaktør kan føle seg forpliktet til å realisere (Hagen et al., 2016). Fenomenet er kjent som den såkalte effekten av «ønskelighetssvar» hvor sosialt akseptert svar avgis for å unngå å bidra ufordelaktig i forhold til sosialt ønskelig adferd (van de Mortel, 2008). Ved sammenstilling av hele prosjektet kan man reflektere rundt noe av det samme fordi det forekommer store variasjoner i utbredelse og omfang relatert til viktige faktorer for det moderne folkehelsearbeidet. Kan det være slik at man som folkehelseaktør har en tilbøyelighet til å avgi såkalt

«ønskelighetssvar» og svare positivt på føringer knyttet til folkehelsepolitiske mandat fordi man føler seg forpliktet til å imøtekomme overordnende krav. Dette er henseende som burde hensynstas når man vurderer felt som er sterk preget av normativitet, slik som folkehelsefeltet (Barrett et al., 2016; Wilson, 2014), men på en annen side er det blitt diskutert substansielle perspektiver tidligere i denne avhandlingen som i all hovedsak kan forklare variasjonene i nettopp dette prosjektet.

6.6.5 Valg av variabelkonstruksjon og analyser

Resultater og diskusjoner i de ulike delstudiene har identifisert elementer relatert til folkehelsekoordinatorrollen som med fordel kan undersøkes ytterligere. Resultater rundt rollen viser noe overraskende liten og tidvis negativ direkte effekt på variabler knyttet til det å adressere sosiale ulikheter i helse. Årsaken til disse funnene kan være av substansiell karakter som tidligere diskutert, men det kan også relatere seg til metodiske forhold slik som variabelkonstruksjon og valg av analyseteknikk.

En nylig utført studie viste at grad av stillingsstørrelse knyttet til folkehelsekoordinatoren har betydning for effekten på lokalt folkehelsearbeid (Hofstad, 2018). Basert på funnene til Hofstad kunne det vært relevant å inkludere stillingsstørrelse som en egen uavhengig variabel i den andre og den tredje delstudien. Prosjektet har gjennomgående kun benyttet seg av én variabel knyttet til folkehelsekoordinatoren og det er den som reflekterer om kommunene har en slik funksjon eller ikke. Tatt diskusjoner i feltet, og andre funn rundt kapasitet og stillingsstørrelse (Helgesen et al., 2017; Hofstad, 2018; van Rinsum et al., 2017) i betraktning, virker dette rimelig.

En annen metodisk forbedring kunne vært å gjøre bruk av statistiske modelleringsteknikker (f. eks. stimodeller) som kan avdekke retningsbestemte avhengigheter mellom et sett av variabler, deriblant moderering- og medieringseffekter. Dette muliggjør estimering av indirekte effekter (Pearl & Mackenzie, 2019). De statistiske modellene brukt i samtlige delstudier tillot kun

estimering av direkte effekter. Dette kan ha gitt resultater som ikke speiler de eventuelle avhengigheter reflekter ovenfor og omtalt som indirekte effekter.

6.6.6 Overførbarhet av doktorgradsprosjektets funn

Dette prosjektet er utført i norske kommuner og derfor kan ikke funnene fra dette prosjektet automatisk overføres til andre land og andre lands lokale nivå. Norske kommuner har sine egne genuine etableringer, og samlet inngår de norske kommunene i en form for flernivåstyring med det nasjonale og regionale nivået som er spesifikt for Norge. På en annen side er det lokale nivået i Norge ganske likt lokale nivå i andre europeiske land når det kommer til innbyrdes størrelse, demografi og grad av autonomi (Hofstad og Bergli, 2016). Dessuten er det lokale nivået, uavhengig av land, det nivået hvor innbyggere og politikere har størst grad av nærhet til hverandre og således vil kunne danne den beste kontaktflaten (M. Larsen et al., 2014; van Vliet-Brown et al., 2018). Basert på dette vil funn fra dette prosjektet kunne være overførbart til andre land. Dessuten har funn i dette prosjektet vist seg å samsvare med andre internasjonale funn, for eksempel fra de nordiske landene (Holt et al., 2018; M. Larsen et al., 2014), men også land som Australia og Canada (Baum et al., 2012; Baum et al., 2013; Raphael, 2012a). Med utgangspunkt i disse forholdene vil doktorgradsprosjektet være relevant og kunne bidra inn i folkehelsefeltet på internasjonalt nivå, og ikke bare på det nasjonale nivået.

6.7 Implikasjoner og videre forskning

Det er i de norske kommunene at menneskers liv i stor grad leves ut, og det lokale nivået er essensielt for å kunne skape gode og lange liv. Doktorgradsprosjektet har vist at det moderne folkehelsearbeidet i mindre grad utøves på lokalt nivå ved at det for eksempel fokuseres lite på levekårsperspektivet og at få kommuner gjør fordelingshensyn i sin lokale politikktutforming. Men prosjektet har også vist at

kommuner med en samarbeidende tilnærming i større grad også er kommuner som tenker helse inn det de gjør og adresserer sosiale ulikheter i helse. Den samarbeidende kommunen synes å romme relevant kapasitet som er av betydning for å skape sosial rettferdighet i helse, og overordnet betyr det at det er behov for mer forskning som undersøker samarbeidets betydning for realiseringen av det moderne folkehelsearbeidet, særlig matrisestrukturens betydning.

Doktorgradsprosjektet har aktualisert behov for å fokusere på kommunenes egenartede kultur ved å fokusere på organisasjonens verdier, interesser og holdninger og hvilke konsekvenser ulike kulturtilfang skaper. Der hvor mye forskning har vært opptatt av de ulike sektorenes kulturer, kan dette prosjektet peke på kommunens helhetlige kultur. Folkehelseloven gav kommunen som helhet ansvar for innbyggernes helse (Folkehelseloven, 2011). Kan det være egenskaper ved selve kommunen som bidrar til at det moderne folkehelsearbeidet realiseres eller ikke? Er det den samlede kulturen som har betydning og ikke kun de ulike sektorenes territoriale kultur?

Prosjektet har løftet opp betydningen av politisk vilje, eget forhold til komfortsoner og bruken av innbyggerdeltagelse. Det lokale nivået kan dra nytte av å øke sin bevissthet om egen kultur og jobbe med å utvikle denne; er organisasjonen lærende, endringsvillig, løsningsfokusert og innovativ i sin natur, og har kommunen for vane å jobbe nettverksbasert, eller har organisasjonen en mer tradisjonell styringsform? Innehar egen kommune en demokratisk og inkluderende kultur som også inkluderer innbyggerne og sørger for medvirkning fra disse?

Kommuneorganisasjonen kan ha nytte av å jobbe med å utvikle ledelseskompetanse som innehar fokus på å jobbe i nettverk, såkalt nettverksledelse (Andreassen, 2019). Dette prosjektet har vist betydningen av matrisestrukturen og kombinasjonen av vertikale og horisontale linjer. Det vil være krevende å lede under denne kompliserte strukturen hvor både autonomi og avhengighet må tas hensyn til når det moderne folkehelsearbeidet skal realiseres fordi arbeidet består av multiple sammensetninger og er uregjerlig (Kickbusch & Gleicher, 2012; Tulchinsky & Varavikova, 2010). Det

å initiere og fasilitere samhandling, organisere felles kompetanseheving, legge til rette for idemyldring og innovasjon, samt å omsette dette i praksis, vil være noen viktige lederoppgaver når man leder multiple sammensetninger (Andreassen, 2019; S. B. Larsen & Gregersen, 2017). Dessuten vil en form for systemforståelse og systemteoretisk tilnærming være en viktig ressurs inn i arbeidet (Sharma & Matheson, 2016). Andre dedikerte aktører i kommunen som også har ansvar for å jobbe med folkehelse, som for eksempel folkehelsekoordinatoren, kan ha fordel av å jobbe med ferdigheter som skal håndtere organisatoriske grenser.

Resultater fra dette prosjektet har vist at folkehelsekoordinatorens rolle i det lokale folkehelsearbeidet fortsatt synes noe uklar, og det er behov for at kommuneorganisasjonen og ansvarlige er seg bevisst kompleksiteten som ligger i koordineringsrollen og hensynstar dette ved bruk av rollen. Blant annet fenomenet knyttet til at koordinatoren kan skape og reproducere siloproblematikk, at det er vanskelig å overskride grenser og at dette krever spesielle ferdigheter, jf. «boundary spanning-skills» (Carey & Crammond, 2015; Holt et al., 2018).

Forhandlingsferdigheter, evne til å skape løsninger som appellerer til samtlige impliserte parter og sensitivitet knyttet til varierende og skiftene behov, enten det gjelder relasjonelle eller organisatoriske anliggender, vil være evner kommunen bør se verdien av. Det er komplisert å være et såkalt «lim» og en såkalt «mellommann» mellom de ulike sektorene, og kommunene må ta med i betraktningen at koordineringsoppdraget ikke løses kun ved å ansette en person i en slik rolle. Det må også følge med et visst knippe ferdigheter.

Å praktisere moderne folkehelsearbeid krever aktiv involvering av ulike sektorer og aktører, dertil også de lokale kreftene som finnes i et hvert unike samfunn.

Kommuner kan ha fordel av å jobbe med demokratiske prosesser, deltagerperspektivet og nærmiljøutvikling. Kommunen vil da kunne profitere på dette gjennom å få viktige innspill til egen politikk og utforming av tiltak, men arbeidet vil også kunne generere andre effekter. Ved at kommunen tar i bruk innbyggernes egne krefter og derigjennom anerkjenner de psykososiale forholdenes betydning for helse, ikke bare de materielle og mer praktiske ressursene, vil dette kunne bidra til at

enkeltmennesker i større grad settes i stand til å ta kontroll over eget liv for derigjennom erfare helsefremmende prosesser. Innbyggeren vil da kunne bli aktive aktører i eget liv, ikke kun passive mottakere av tjenester og velferd. Overordnet betyr dette at det moderne folkehelsearbeidet på lokalt nivå kan profitere på at kommunen som helhet blir bevisstgjort spennet mellom det å levere tjenester og ekspertleveranser og det å ta i bruk innbyggerens egen krefter, erfaringskompetanse og engasjement. I sum er alle lagene i den sosiale helsemodellen (Dahlgren & Whitehead, 2009) av betydning for å skape gode liv, og videre forskning rundt innbyggerdeltagelse, kontekstspesifikke behov og lokal kjennskap blir i så henseende viktig.

Doktorgradsprosjektet har tatt i bruk data fra to ulike tidspunkt og med utgangspunkt i disse, evaluert norsk folkehelsearbeid på lokalt nivå. Folkehelsearbeid er et systematisk og langsiktig arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), og effekter sees best over tid. Dataene i dette prosjektet er samlet inn med kun tre års mellomrom (2011 og 2014), noe som er en relativt kort tidshorison for et så komplekst felt. Økt bruk av longitudinelle metoder for å se på sammenhenger mellom faktorer i folkehelsearbeidet vil i så måte være bra. For eksempel, i 2017 ble det gjennomført en tilsvarende studie som en type oppfølging av det opprinnelige SODEFIMA-prosjektet, hvor man samlet inn tilsvarende type data (Fosse et al., 2019). Slike studier kan brukes til å bygge på dataene anvendt i dette doktorgradsprosjektet for å øke kunnskapsbasen og fremme implementering av lokalt folkehelsearbeid. Resultater og kunnskap fra dette doktorgradsprosjektet har blitt benyttet på nasjonalt nivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 150; Helsedirektoratet, 2017, s. 18-19), men selv om dette prosjektet til en viss grad har gitt bidrag til feltet, er det behov for ytterligere longitudinelle evalueringer som i sin helhet styrker kunnskapsfeltet når det gjelder å redusere de sosiale ulikhetene i helse.

En ytterligere forbedring i fremtidige studier av lokalt folkehelsearbeid vil være å knytte lokalt folkehelsearbeid opp mot utfallsvariabler som direkte måler sosiale ulikheter i helse slik som for eksempel levealder og subjektiv helseopplevelse. Dette doktorgradsprosjektet har undersøkt samvariasjoner mellom ulike faktorer som for

eksempel folkehelsekoordinator, levekår, fordelingshensyn og HiAP- tilnærmingen, som teoretisk er antatt å være viktige i det moderne folkehelsearbeidet. Prosjektet har ikke sett det lokale folkehelsearbeidet opp mot direkte utfallsvariabler som levealder og subjektiv helse. Det er derfor behov for forskning og evalueringer som helt konkret undersøker effekten av lokalt folkehelsearbeid på essensielle utfallsmål. Feltet bør utvikle monitoreringverktøy eller -metodikk som knytter folkehelsearbeid opp mot slike essensielle utfallsmål for derigjennom å muliggjøre en direkte måling av effekter i et gradientperspektiv. Det vil kunne styrke feltet ytterligere.

6.8 Oppsummering og konklusjon

Dette doktorgradsprosjektet viser at norske kommuner i varierende grad følger grunnprinsippene i folkehelseloven og således adresserer sosiale ulikheter i helse i varierende grad. Dette kan handle om at det på nasjonalt nivå eksisterer to ulike institusjonelle folkehelsepolitiske logikker som kan føre til ulik lokal tilpasning. Men det kan også handle om at det på lokalt nivå faktisk eksisterer ulik interesse, kultur og politisk vilje til å implementere folkehelselovens grunnprinsipp om sosial rettferdighet og «helse i alt vi gjør»-tilnærmingen. Prosjektet har også funnet at når kommunene faktisk adresserer sosiale ulikheter i helse så skjer det i samvariasjon med avanserte former for integreringsarbeid i kommunene. Det betyr at folkehelselovens grunnprinsipp også leves ut og realiseres, og funn fra prosjektet indikerer at det er i de mer samarbeidende kommunene dette realiseres. Manglende adressering av sosiale ulikheter i helse på det lokale nivået kan handle om at kommunene ikke er godt nok rustet til å møte identifiserte barrierer eller at de ikke har tilgang til, eller benytter seg av, viktige fasiliteringsmekanismer. Prosjektet har særlig løftet opp folkehelsekoordinatorens rolle i lokalt folkehelsearbeid. Funksjonen har i snart 20 år vært målbåret som et viktig verktøy for å realisere det moderne folkehelsearbeidet i Norge, og dette prosjektet foreslår at videre undersøkelser er

nødvendig fordi funn antyder at det er flere usikkerhetsfaktorer knyttet til denne funksjonen.

Overordnet er dette doktorgradsprosjektet et bidrag til kunnskap om lokalt folkehelsearbeid i Norge, men det kan også ha sin relevans for land det er naturlig å sammenlikne seg med. Prosjektet har sett på statistiske sammenhenger og identifisert mønstre av betydning for det moderne folkehelsearbeidet. Mønstrene kan være et bidrag til videre arbeid i feltet, enten det handler om å utforske utbredelse eller det handler om å dykke ned i dybden for å forstå opplevelser og prosesser knyttet til folkehelsearbeidet.

Prosjektet har dessuten identifisert at kunnskapstilfanget til feltet kommer fra ulike fagdisipliner og at det kan være behov for å jobbe frem en mer stringent teoribruk, begrepsbruk og tydelighet i hvordan man tilnærmer seg relevante problemstillinger innenfor feltet fordi det kan bidra til å utvikle en mer robust kunnskapsbase. I dag er feltet fortsatt preget av å være relativt lite utforsket og lite samlet i så måte. Fortsatt er det behov for å utvikle kunnskap som gjør at man kan arbeide enda mer tydelig og målrettet med det moderne folkehelsearbeidet slik at målet om å styrke befolkningens helse og å redusere de urettmessige sosiale ulikhetene i helse, kan realiseres.

Litteratur

- Anand, S., Fabienne, P. & Sen, A. (2009). *Public Health, Ethics, and Equity*. New York: Oxford University Press.
- Andreassen, T. A. (2019). Tilnærminger i forskning om samordning og samarbeid. I C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 19-47). NOASP: Cappelen Damm Akademisk.
- Ansell, C., Sørensen, E. & Torfing, J. (2017). Improving policy implementation through collaborative policymaking. *Policy & Politics*, 45(3), 467-486.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arntzen, A. (2002). Mål for sosial ulikhet. Teoretiske og empiriske vurderinger. *Norsk epidemiologi*, 12(1).
- Axelsson, R. & Axelsson, S. (2006). Integration and collaboration in public health: a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21, 75-88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>
- Axelsson, R. & Axelsson, S. (2016). Organisering av samverkan- modeller, svårigheter och möjligheter. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid- et samfunnsoppdrag* (s. 251-262). Oslo: Universitetsforlaget.
- Backhans, M. & Burstøm, B. (2012). Swedish Experiences. I D. Raphael (Red.), *Tackling Health Inequalities. Lessons from International Experiences*. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Bakker, M. & Mackenbach, J. (2003). *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge.
- 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 & Community Health*, 64(4), 284-291. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.08274>
- Barrett, D. H., Ortmann, L. H., Dawson, A., Saenz, C., Reis, A. & Bolan, G. (2016). *Public health ethics: cases spanning the globe* (bd. 3). Sveits: Springer Open.
- Baum, F., Fisher, M. & Lawless, A. (2012). Australian Experiences. I D. Raphael (Red.), *Tackling Health Inequalities. Lessons from International Experiences* (s. 63-92). Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Baum, F., Lawless, A. & Williams, C. (2013). Health in All Policies from international ideas to local implementation: policies, systems, and organization. I C. Clavier & E. De Leeuw (Red.), *Health Promotion and the Policy Process* (s. 188-217). UK: Oxford University Press.
- Baum, F., Putland, C. & Ziersch, A. M. (2011). From causes to solutions - insights from lay knowledge about health inequalities. *BMC Public Health*, 11(1), 67. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-67>
- Bekken, W. (2018). Public Health Coordinator—How to Promote Focus on Social Inequality at a Local Level, and How Should It Be Included in Public Health Policies?: Comment on " Health Promotion at Local Level in Norway: The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups". *International journal of health policy and management*, 7(11), 1061-1063. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.74>
- Bergem, R., Aarflot, U., Vestby, G. M., Hofstad, H. & Helgesen, M. (2010). *Lokalt og regionalt folkehelsearbeid 2007-2010*. Volda: Møreforskning.
- Bezruchka, S. (2012). American Experiences. I D. Raphael (Red.), *Tackling Health Inequalities*. Toronto: Canadian Scholars' Press.

- Bhaskar, R. (1975/2008). *A realist theory of science* London: Verso.
- Bjornsen, E. (2014). *Implementation of the Public Health Act in a Norwegian municipality with regard to Health in all Policies and Health Inequity* University of Bergen, Bergen.
- Blaum, H. L. (1974). *Planning for health; development and application of social change theory*. New York: Human Sciences Press.
- Blaxter, M. (2010). *Health* (2. utg.). Cambridge: Polity.
- Bloom, D., Canning, D. & Jamison, D. (2004). Health, Wealth, and Welfare. *Finance & Development*, 41(1), 10-15.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism, Perspective and Method*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, NJ.
- Bolman, L. G. & Deal, T. E. (2014). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44(4), 542-573. <https://doi.org/10.1086/288768>
- Bryant, T. (2013). Policy change and the social determinants of health. I C. Clavier & E. de Leeuw (Red.), *Health Promotion and the Policy Process* (s. 63-81). Oxford: Oxford University Press.
- Carey, G. & Crammond, B. (2015). What works in joined-up government? An evidence synthesis. *International Journal of Public Administration*, 38(13-14), 1020-1029. <https://doi.org/10.1080/01900692.2014.982292>
- Carey, G. & Friel, S. (2015). Understanding the role of public administration in implementing action on the social determinants of health and health inequities. *International journal of health policy and management*, 4(12), 795.
- Clavier, C. (2016). Implementing Health in All Policies—Time and Ideas Matter Too!: Comment on "Understanding the Role of Public Administration in Implementing Action on the Social Determinants of Health and Health Inequities". *International journal of health policy and management*, 5(10), 609. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.81>
- Clavier, C. & de Leeuw, E. (2013). Framing public policy in health promotion: ubiquitous, yet elusive. I C. Clavier & E. de Leeuw (Red.), *Health promotion and the policy process* (s. 1-22). New York: Oxford University Press.
- Dahl, E. & Elstad, J. I. (2012). Kan helse relatert seleksjon forklare sosial ulikhet i helse? I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 249-262). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2009). *Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse: Utjevning av helseforskjeller del 2*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Daniels, N., Kennedy, B. & Kawachi, I. (Red.). (2004). *Health and Inequality, or, Why Justice is good for our Health*. New York: Oxford University Press.
- de Leeuw, E. (1999). Healthy cities: urban social entrepreneurship for health. *Health Promotion International*, 14(3), 261-270.
- de Leeuw, E., Townsend, B., Martin, E., Jones, C. & Clavier, C. (Red.). (2013). *Emerging theoretical frameworks for global health governance*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Diderichsen, F., Scheele, C. E. & Little, I. G. (2015). *Tackling Health Inequalities Locally*. København: Københavns Universitet.
- Donkin, A., Goldblatt, P., Allen, J., Nathanson, V. & Marmot, M. (2018). Global action on the social determinants of health. *BMJ global health*, 3(Suppl 1), e000603. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000603>

- Duncan, P. (2013). Failing to professionalise, struggling to specialise: the rise and fall of health promotion as a putative specialism in England, 1980–2000. *Medical history*, 57(3), 377-396. <https://doi.org/10.1017/mdh.2013.19>
- Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse: teorier og forklaringer*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Elstad, J. I. & Næss, Ø. (2012). Genetikk og sosial ulikhet i helse. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 232-249). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics : and sex and drugs and rock 'n' roll* (4. utg.). Los Angeles: SAGE.
- Fisher, M. (2018). Challenging Institutional Norms to Improve Local-Level Policy for Health and Health Equity: Comment on "Health Promotion at Local Level in Norway: The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups". *International journal of health policy and management*, 7(10), 968-970. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.67>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Helsetilstanden i Norge- folkehelse rapporten*. Hentet fra www.fhi.no
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Hentet fra www.lovdata.no
- Fosse, E. (2012). Norwegian experiences. I D. Raphael (Red.), *Tackling Health Inequalities. Lessons from International Experiences* (s. 185-208). Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Fosse, E. & Helgesen, M. (2017). Advocating for health promotion policy in Norway: the role of the county municipalities. *Societies*, 7(5). <https://doi.org/10.3390/soc7020005>
- Fosse, E. & Røiseland, A. (Red.). (1999). *Fra visjon til virkelighet? Om sammenheng mellom Ottawacharteret og norsk helsepolitikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fosse, E., Sherriff, N. & Helgesen, M. (2019). Leveling the Social Gradient in Health at the Local Level: Applying the Gradient Equity Lens to Norwegian Local Public Health Policy. *International Journal of Health Services*, 49(3), 538-554. <https://doi.org/10.1177/0020731419842518>
- Fosse, E. & Strand, M. (2010). Politikk for å redusere sosiale ulikheter i helse i Norge. Fornytt politisering av folkehelse spørsmål. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 13(1), 14-25.
- Frank, J. W. (1995). Why "population health"? *Canadian journal of public health= Revue canadienne de santé publique*, 86(3), 162.
- Goth, U.-G. S. & Berg, J. E. (2014). *Folkehelse i et norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Graham, H. (2004a). Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *Milbank Quarterly*, 82(1), 101-124. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00303.x>
- Graham, H. (2004b). Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy*, 33(1), 115-131. <https://doi.org/10.1017/S0047279403007220>
- Graham, H. (2007). *Unequal lives: health and socio-economic inequalities*. United Kingdom: Open University Press.
- Graham, H. (Red.). (2009). *Understanding Health Inequalities*. New York: McGraw-Hill Companies.

- Graham, H. & Kelly, M. P. (2004). *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. London: Health Development Agency.
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (2015). *Health promotion : planning & strategies* (3. utg.). Los Angeles, Calif: Sage.
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (2019). *Health promotion : planning and strategies* (4. utg.). Los Angeles, Calif: Sage.
- Guglielmin, M., Muntaner, C., O'Campo, P. & Shankardass, K. (2018). A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy*, 122(3), 284-292. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.005>
- Hagen, S., Helgesen, M., Torp, S. & Fosse, E. (2015). Health in all policies: A cross-sectional study of public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(6), 597-605. <https://doi.org/10.1177/1403494815585614>
- Hagen, S., Torp, S., Helgesen, M. & Fosse, E. (2016). Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health Promotion International*, 32(6), 977-987. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw052>
- Hagen, S., Øvergård, K. I., Helgesen, M. K., Fosse, E. & Torp, S. (2018). Health promotion at local level in Norway: The use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(9), 807–817. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.22>
- Hancock, T. (1985). Beyond health care: From public health policy to healthy public policy. *Canadian journal of public health*, 76(Suppl 1), 9-11.
- Hauge, H. A. & Mittelmark, M. B. (Red.). (2003). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Heimburg, D. v. & Hofstad, H. (2019). *Samskaping som samarbeids-og styringsform for kommunenes folkehelsearbeid: Hva vet vi? Hva er utfordrende? Og hvor går vi videre?* Hentet fra <https://fagarkivet.oslomet.no/nb/item/asset/dspace:13365/2019-11.pdf>
- Helgesen, M., Fosse, E., Hagen, S., Dahl, E., Arntzen, A. & Giæver, Ø. (2017). Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(18 suppl), 77-82. <https://doi.org/10.1177/1403494817709412>
- Helgesen, M. & Hofstad, H. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse*. Hentet fra <https://evalueringsportalen.no/evaluering/regionalt-og-lokalt-folkehelsearbeid-ressurser-organisering-og-koordinering-en-baselineundersokelse/NIBR-rapport%20folkehelsearbeid.pdf/@@inline>
- Helgesen, M. & Hofstad, H. (2014). Determinants in Norwegian local health promotion-institutional perspectives. I J. J. Kronenfeld (Red.), *Research on the sociology of health*. Bingley: Emerald.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Meld. St. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Prop.90L(2010-2011). Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. I.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Meld. St. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldinga. Gode liv i eit trygt samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedepartementet. (2003). *Report No. 16(2002-03): Prescriptions for a healthier Norway*. Oslo: Helsedepartementet.
- Helsedepartementet. (2006). *National strategy to reduce social inequalities in health. Report no.20 (2006-2007) to the Storting*. Oslo: Helsedepartementet.
- Hesledirektoratet. (2010). *Folkehelsearbeidet-veien til god helse for alle. Folkehelsepolitisk rapport*. Oslo: Hesledirektoratet.
- Hesledirektoratet. (2014). *Samfunnsutvikling for god folkehelse : rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge*. Oslo: Hesledirektoratet.
- Hesledirektoratet. (2016). Systematisk folkehelsearbeid. Hentet fra <https://www.hesledirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen>
- Hesledirektoratet. (2017). *Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse*. Oslo: Hesledirektoratet.
- Hendriks, A.-M., Jansen, M. W., Gubbels, J. S., De Vries, N. K., Molleman, G. & Kremers, S. P. (2015). Local government officials' views on intersectoral collaboration within their organization—A qualitative exploration. *Health Policy and Technology*, 4(1), 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2014.10.013>
- Hoeijmakers, M. J. A., De Leeuw, E., Kenis, P. & de Vries, N. K. (2007). Local health policy development processes in the Netherlands: an expanded toolbox for health promotion. *Health Promotion International*, 22(2), 112-121. <https://doi.org/10.1093/heapro/dam009>
- Hofstad, H. (2014). Vil folkehelse få et løft av samhandlingsreformen? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 17, 59-64.
- Hofstad, H. (2016). The ambition of Health in All Policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change. *Health Policy*, 120(5), 567-575. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.001>
- Hofstad, H. (2018). *Hva er viktige faktorer for lokal utøvelse av folkehelseoppdraget, og hvordan kan folkehelsemyndighetene støtte opp?* Oslo: NIBR.
- Hofstad, H. & Bergsli, H. (2016). Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan: Status og ringvirkninger 2012-2015. *Oslo: Norsk institutt for by-og regionforskning*.
- Hofstad, H. & Bergsli, H. (2017). *Folkehelse og sosial bærekraft: En sammenligning og diskusjon av begrepsinnhold, målsettinger og praktiske tilnærminger*. Oslo: NIBR.
- Hofstad, H. & Vestby, G. M. (2009). *Lokalt folkehelsearbeid. Underveisevaluering av Helse i Plan og Partnerskap for folkehelse*. Oslo: NIBR.
- Holt, D. H. (2018). Rethinking the Theory of Change for Health in All Policies: Comment on "Health Promotion at Local Level in Norway: The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups". *International journal of health policy and management*, 7(12), 1161. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.96>
- Holt, D. H., Carey, G. & Rod, M. H. (2018). Time to dismiss the idea of a structural fix within government? An analysis of intersectoral action for health in Danish municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(22_suppl), 48-57. <https://doi.org/10.1177/1403494818765705>
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Jacobsen, D. I. (2009). *Perspektiver på kommune-Norge: en innføring i kommunalkunnskap*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jansen, M. W., van Oers, H. A., Kok, G. & de Vries, N. K. (2010). Public health: disconnections between policy, practice and research. *Health research policy and systems*, 8(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-8-37>
- Jansson, E., Fosse, E. & Tillgren, P. (2011). National public health policy in a local context—Implementation in two Swedish municipalities. *Health Policy*, 103(2-3), 219-227. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.08.013>
- Jansson, E. & Tillgren, P. (2007). Local politicians and Officials perspective on Health Promotion activities in four municipalities in Sweden.
- Jensen, B. & Narud, O. G. (2012). *Norske kommuner - noen myter og realiteter*. Oslo: Fagforbundet.
- Kawachi, I., Subramanian, S. & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(9), 647-652.
- Kickbusch, I. & Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. Geneva: World Health Organization.
- Kindig, D. & Stoddart, G. (2003). What is population health? *American journal of public health*, 93(3), 380-383. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.3.380>
- Koppenjan, J. (2012). The new public governance in public service delivery.
- Kvåle, G., Kiland, C. & Torjesen, D. O. (2020). Public Health Policy to Tackle Social Health Inequalities: A Balancing Act Between Competing Institutional Logics. I P. Nugus, C. Rodriguez, J. Denis & D. Chênevert (Red.), *Transitions and Boundaries in the Coordination and Reform of Health Services* (s. 149-165). Cham: Palgrave Macmillan.
- Laframboise, H. L. (1973). Health policy: breaking the problem down into more namageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 108(3), 388.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Hentet fra <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Lang, T. & Rayner, G. (2012). Ecological public health: the 21st century's big idea? An essay by Tim Lang and Geof Rayner. *Bmj*, 345, e5466. <https://doi.org/10.1136/bmj.e5466>
- Larsen, M., Rantala, R., Koudenburg, O. & Gulis, G. (2014). Intersectoral action for health: the experience of a Danish municipality. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(7), 649-657. <https://doi.org/10.1177/1403494814544397>
- Larsen, S. B. & Gregersen, J. (2017). *At lede efter kompleksitet : når ledere tager deres erfaringer alvorligt*. København: Mindspace.
- Larsen, Ø. (2010). Sunnhetsloven - mer enn en helselov. *Michael quarterly*, 7(8), 11-49.
- Lawrence, P. R. & Lorsch, J. W. (1967). *Organization and environment : managing differentiation and integration*. Boston, Mass.: Harvard University.
- Leppo, K., Ollila, E., Pena, S., Wismar, M. & Cook, S. (2013). *Health in all policies : seizing opportunities, implementing policies*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- Lillefjell, M., Knudtsen, M. S., Wist, G. & Ihlebæk, C. (2013). From knowledge to action in public health management: Experiences from a Norwegian context. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(8), 771-777. <https://doi.org/10.1177/1403494813496600>
- Luhmann, N. & Barrett, R. (2012). *Theory of society: Volume 1*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- Luhmann, N., Cederstrøm, J., Mortensen, N. & Rasmussen, J. (2000). *Sociale systemer : grundrids til en almen teori*. København: Hans Reitzel.

- Mackenbach, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science and Medicine*, 75(4), 761-769. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.031>
- Mackenbach, J. P., Kunst, A. E., Cavelaars, A. E., Groenhouf, F. & Geurts, J. J. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet*, 349(9066), 1655-1659. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)07226-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)07226-1)
- Mackenbach, J. P. & Whitehead, M. (2015). *Developing methodologies to reduce inequalities in the determinants of health*. DEMETRIQ consortium.
- Mannheimer, L. N., Lehto, J. & Östlin, P. (2007). Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden—open, half-open or half-shut? *Health Promotion International*, 22(4), 307-315. <https://doi.org/10.1093/heapro/dam028>
- Marks, L., Hunter, D. J. & Alderslade, R. (2011). Strengthening public health capacity and services in Europe: A concept paper. Hentet fra <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2011/strengthening-public-health-capacity-and-services-in-europe.-a-concept-paper>
- Marmot, M. (2004). Status syndrome. *Significance*, 1(4), 150-154. <https://doi.org/10.1111/j.1740-9713.2004.00058.x>
- Marmot, M. (2010). *The Marmot Review: Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*. London: Institute of Health Equity.
- Marmot, M. (2015). *The health gap: The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury Publishing Plc.
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8)
- Marmot, M. & Siegrist, J. (2006). Introduction. I M. Marmot & J. Siegrist (Red.), *Social inequalities in health: New evidence and policy implications*. Oxford: Oxford University Press.
- Marmot, M. & Wilkinson, R. (2006). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- McQueen, D., Wismar, M., Lin, V., Jones, C. M. & Davies, M. (Red.). (2012). *Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences*. Geneva: World Health Organization.
- 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_suppl), 3-28. <https://doi.org/10.1177/1403494812472296>
- Midtbø, T. (2007). *Regresjonsanalyse for samfunnsvitere : med eksempler i SPSS*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Milio, N. (1981). Promoting health through public policy.
- Mittelmark, M. B. & Hauge, H. A. (2003). Helsefremmende politikk for vurdering av helsekonsekvenser. Hvorfor lokalsamfunn og nærmiljø er de sentrale arenaene. I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende abreid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* (s. 39-51). Bergen: Fagbokforlaget.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G., Westin, S., Elstad, J. I. & Næss, Ø. (2009). *Sosial epidemiologi: sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ncayiyana, D. J. (1996). *New public health and WHO's ninth general programme of work: a discussion paper*. Geneva: World Health Organization.

- Norsk Forskningsråd. (2011). Programplan for folkehelse 2011-2015. Hentet 11. desember 2012 fra <http://www.forskningsradet.no>
- OECD. (2011). *Society at a Glance 2011*. Hentet fra http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2011-en
- Ollila, E. (2011). Health in All Policies: From rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6_suppl), 11-18. <https://doi.org/10.1177/1403494810379895>
- Orsini, M. (2007). Discourses in distress: from "health promotion" to "population health" to "you are responsible for your own health". I M. Orsini & M. Smith (Red.), *Critical Policy Studies* (s. 347-363). Vancouver: UBC Press.
- Osborne, S. P. (2010). *The new public governance?: Emerging Perspectives on the theory and practice of public governance*. London: Routledge.
- Ouff, S. M., Bergem, R., Aarflot, U., Hanche-Olsen, M., Vestby, G. M. & Helgesen, M. K. (2010). *Partnerskap for folkehelse og Helse i plan: Sluttrapport*. Volda: Møreforskning.
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using SPSS* (4th ed. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill Open University Press.
- Pearl, J. & Mackenzie, D. (2019). *The book of why : the new science of cause and effect*. London: Penguin Books.
- Peters, D., Harting, J., van Oers, H., Schuit, J., de Vries, N. & Stronks, K. (2014). Manifestations of integrated public health policy in Dutch municipalities. *Health Promotion International*, 31(2), 290-302. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau104>
- Plan- og bygningsloven. (2008). Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven). Hentet fra www.lovdatabank.no
- Potvin, L. & Clavier, C. (Red.). (2013). *Actor-network theory: the governance of intersectoral initiatives*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Rantala, R., Bortz, M. & Armada, F. (2014). Intersectoral action: local governments promoting health. *Health Promotion International*, 29(suppl_1), i92-i102.
- Raphael, D. (2008). Grasping at straws: a recent history of health promotion in Canada. *Critical Public Health*, 18(4), 483-495. <https://doi.org/10.1080/09581590802443604>
- Raphael, D. (2012a). Canadian Experiences. I D. Raphael (Red.), *Tackling Health Inequalities. Lessons from International Experiences* (s. 123-154). Toronto: Canadian Scholar's Press.
- 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. <https://doi.org/10.1177/1403494813506522>
- Raphael, D. (2018). Understanding the Promotion of Health Equity at the Local Level Requires Far More than Quantitative Analyses of Yes-No Survey Data Comment on "Health Promotion at Local Level in Norway: The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups". *International journal of health policy and management*, 7(10), 964-967. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.70>
- Raphael, D. (Red.). (2012b). *Tackling health inequalities: lessons from international experiences*. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Rawls, J. (1973). *A theory of justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av norsk folkehelsearbeid*. Oslo: Riksrevisjonen.
- Rittel, H. W. & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Science*, 4(4), 155-169.
- Rosen, G. (1993). *A History of Public Health: Expanded edition*. Baltimore: John Hopkins University Press.

- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2016). *Styring og samstyring: governance på norsk* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Scheele, C. E., Little, I. & Diderichsen, F. (2018). Governing health equity in Scandinavian municipalities: The inter-sectorial challenge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 57-67. <https://doi.org/10.1177/1403494816685538>
- Schou, A., Helgesen, M. & Hofstad, H. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør*. Oslo: NiBR.
- Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., Greaves, L. & O'Campo, P. (2012). A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International Journal of Public Health*, 57(1), 25-33. <https://doi.org/10.1007/s00038-011-0302-4>
- Sharma, S. R. & Matheson, A. (2016). Systems thinking in 21st century: a call to health promoters. *Health Prospect: Journal of Public Health*, 15(2), 1-2.
- Shkolnikov, V. M., Andreev, E. M., Jdanov, D. A., Jasilionis, D., Kravdal, Ø., Vågerö, D. & Valkonen, T. (2012). Increasing absolute mortality disparities by education in Finland, Norway and Sweden, 1971–2000. *Journal of epidemiology and community health*, 66(4), 372-378. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.104786>
- Shou, A. & Fosse, E. (2016). Public Policy, Immigrant Experiences and Health Outcome in Norway. I D. Raphael (Red.), *Immigration and the Modern Welfare State: Public Policy, Immigrant Experiences, and Health Outcomes* (s. 273-290). Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Skog, O.-J. (2004). *Å forklare sosiale fenomener : en regresjonsbasert tilnærming* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Smith, K. & Bamba, C. (2012). British and Northern Irish Experience. I D. Raphael (Red.), *Tackling Health Inequalities: Lessons from International Experiences* (s. 93-122). Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Solar, O. & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Hentet fra https://www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP2.pdf?ua=1
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Det er bruk for alle : styrking av folkehelsearbeidet i kommunene (NOU 1998: 18)*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Sosial-og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen: Sosial-og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Oslo: Sosial-og helsedirektoratet.
- SSB. (2020). Kommunefakta. Hentet fra <https://www.ssb.no/kommunefakta>
- St-Pierre, L., Hamel, G., Lapointe, G., McQueen, D. & Wismar, M. (2009). *Governance tools and framework for Health in All Policies*. Quebec: National Collaborating centre for Healthy Public Policy.
- Steenbakkens, M., Jansen, M., Maarse, H. & de Vries, N. (2012). Challenging health in all policies, an action research study in Dutch municipalities. *Health Policy*, 105(2-3), 288-295. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.01.010>
- Stegeman, I. & Costongs, C. (Red.). (2012). *The Right Start to a Healthy Life. Levelling-up the Health Gradient Among Children, Young People and Families in the European Union-What Works?* Belgium: EuroHealthNet.
- Storm, I., Aarts, M.-J., Harting, J. & Schuit, A. J. (2011). Opportunities to reduce health inequalities by 'Health in All Policies' in the Netherlands: an explorative study on the national level. *Health Policy*, 103(2-3), 130-140. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.09.009>
- Ståhl, T. & Perttilä, K. (2010). Health in all policies at the local level in Finland. *Public Health Bulletin SA*, 7, 24-27.

- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (Red.). (2006). *Health in all policies: Prospects and potentials*. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health.
- Sundt, E. (2005). *Om dødeligheden i Norge: Bidrag til Kundskab om Folkets Kaar*. Tromsø: Registreringssentral for historiske data.
- Synnevåg, E. S., Amdam, R. & Fosse, E. (2018). Public health terminology: Hindrance to a Health in All Policies approach? *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 68-73. <https://doi.org/10.1177/1403494817729921>
- Tallarek née Grimm, M. J., Helgesen, M. K. & Fosse, E. (2013). Reducing social inequities in health in Norway: Concerted action at state and local levels? *Health Policy*, 113(3), 228-235. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.019>
- Townsend, P. & Davidson, N. (1982). *Inequalities in health. The Black report*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Tulchinsky, T. & Varavikova, E. (2010). What is the "New Public Health"? *Public Health Reviews*, 32(1), 25-53. <https://doi.org/10.1007/BF03391592>
- Vallgård, S. (2007a). Health inequalities: Political problematizations in Denmark and Sweden. *Critical Public Health*, 17(1), 45-56. <https://doi.org/10.1080/09581590601071705>
- Vallgård, S. (2007b). Public health policies: A Scandinavian model? *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(2), 205-211. <https://doi.org/10.1080/14034940600858433>
- Vallgård, S. (2008). Social inequality in health: Dichotomy or gradient? *Health Policy*, 85(1), 71-82. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.07.004>
- Vallgård, S. (2011). Addressing individual behaviours and living conditions: Four Nordic public health policies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6_suppl), 6-10. <https://doi.org/10.1177/1403494810378922>
- van de Mortel, T. F. (2008). Faking it: social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 40-48.
- van der Wel, K. A. & Dahl, E. (2012). Materialistiske og strukturelle forklaringer på sosiale ulikheter i helse. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 266-286). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- van der Wel, K. A., Dahl, E. & Bergsli, H. (2016). The Norwegian policy to reduce health inequalities: key challenges. *Nordisk välfärdsvetenskap*, 1(01), 19-29.
- van Rinsum, C. E., Gerards, S. M., Rutten, G. M., van de Goor, I. A. & Kremers, S. P. (2017). Health brokers: How can they help deal with the wickedness of public health problems? *BioMed research international*. <https://doi.org/10.1155/2017/1979153>
- van Vliet-Brown, C. E., Shahram, S. & Oelke, N. D. (2018). Health in All Policies utilization by municipal governments: scoping review. *Health Promotion International*, 33(4), 713-722. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax008>
- Vik, E. & Aarseth, T. (2019). Koordineringsordninger som samordningstiltak- tre ulike paradokser. I C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og verftjenester* (s. 119-145). NOASP: Cappelen Damm Akademisk.
- Waitzkin, H. (1981). The Social Origins of Illness: A Neglected History. *International Journal of Health Services*, 11(1), 77-103. <https://doi.org/10.2190/5cdv-p4fe-y6hn-jacd>
- Waitzkin, H. & Waterman, B. (1974). *The exploitation of illness in capitalist society*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Weiss, D., Lillefjell, M. & Magnus, E. (2016). Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs—a scoping review at the

- local community level. *BMC Public Health*, 16(1), 140.
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-2811-9>
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2009). *Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse. Utjevning av helseforskjeller del I*. University of Liverpool: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health.
- WHO. (1948). The Constitution of the World Health Organization. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- WHO. (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Hentet fra <http://www.who.int>
- WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet 20. November 2012 fra <http://www.who.int>
- WHO. (1988). Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Hentet 10. Desember 2012 fra <http://www.who.int>
- WHO. (1991). Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Hentet 10. Desember 2012 fra <http://www.who.int>
- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report from Commission on Social determinants of health*. Geneva: WHO.
- WHO. (2010). The Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being. Hentet
- WHO. (2011). Rio Political Declaration on Social determinants of Health. Hentet fra <https://www.who.int/>
- WHO. (2013a). *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. Hentet fra <http://www.thehealthwell.info/node/583943>
- WHO. (2013b). Health in All Policies (HiAP). Framework for Country Action. I.
- WHO. (2013c). The Helsinki statement on health in all policies. *Proceedings of the 8th Global Conference on Health Promotion, 2013, 10–14 June 2013*: Helsinki.
- WHO. (2017a). Shanghai declaration on promoting health in the 2030: Agenda for Sustainable Development. *Health Promotion International*, 32(1), 7.
<https://doi.org/10.1093/heapro/daw103>
- WHO. (2017b). World Health Report Executive Summary-achieving health for all. I.
- Wilkinson, R. (2005). *The impact of inequality : how to make sick societies healthier*. London: Routledge.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (Red.). (2006). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1768-1784.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.036>
- Wilkinson, R., Poulsson, P. & Pickett, K. (2011). *Ulikhetens pris: hvorfor likere fordeling er bedre for alle*. Oslo: Res Publica.
- Wilson, J. (2014). Health inequities. I A. Dawson (Red.), *Public Health Ethics: Key Concepts and Issues in Policy and Practice* (s. 211-228). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Winslow, C.-E. A. (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 51(1306), 23-33.
Hentet fra <https://www.jstor.org/stable/1645011>
- Wismar, M., McQueen, D., Lin, V., Jones, C. M. & Davies, M. (2013). Rethinking the politics and implementation of health in all policies. *Israel journal of health policy research*, 2(1), 17.

World Health Assembly. (1998). *World Health declaration, Health-for-all policy for the twenty-first century*. Innlegg presentert ved WHA51.7 Fifty First World Health Assembly.

II



Health Promotion at Local Level in Norway: The Use of Public Health Coordinators and Health Overviews to Promote Fair Distribution Among Social Groups

Susanne Hagen^{1*}, Kjell Ivar Øvergård², Marit Helgesen³, Elisabeth Fosse⁴, Steffen Torp¹

Abstract

Background: Norway is internationally known today for its political and socio-economic prioritization of equity. The 2012 Public Health Act (PHA) aimed to further equity in the domain of health by addressing the social gradient in health. The PHA's main policy measures were (1) delegation to the municipal level of responsibility for identifying and targeting underserved groups and (2) the imposition on municipalities of a "Health in All Policies" (HiAP) approach where local policy-making generally is considered in light of public health impact. In addition, the act recommended municipalities employ a public health coordinator (PHC) and required a development of an overview of their citizens' health to reveal underserved social segments. This study investigates the relationship between changes in municipal use of HiAP tools (PHC and health overviews) with regard to the PHA implementation and municipal prioritization of fair distribution of social and economic resources among social groups.

Methods: Data from two surveys, conducted in 2011 and 2014, were merged with official register data. All Norwegian municipalities were included (N = 428). Descriptive statistics as well as bi- and multivariate logistic regression analyses were performed.

Results: Thirty-eight percent of the municipalities reported they generally considered fair distribution among social groups in local policy-making, while 70% considered fair distribution in their local health promotion initiatives. Developing health overviews after the PHA's implementation was positively associated with prioritizing fair distribution in political decision-making (odds ratio [OR] = 2.54; CI: 1.12-5.76), compared to municipalities that had not developed such overviews. However, the employment of PHCs after the implementation was negatively associated with prioritizing fair distribution in local health promotion initiatives (OR = 0.22; CI: 0.05-0.90), compared to municipalities without that position.

Conclusion: Development of health overviews — as requested by the PHA — may contribute to prioritization of fair distribution among social groups with regard to the social determinants of health at the local level.

Keywords: Equity, HiAP, Public Health Coordinator, Norway, Health Promotion

Copyright: © 2018 The Author(s); Published by Kerman University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Hagen S, Øvergård KI, Helgesen M, Fosse E, Torp S. Health promotion at local level in Norway: the use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups. *Int J Health Policy Manag.* 2018;x(x):x–x. doi:10.15171/ijhpm.2018.22

Article History:

Received: 10 July 2017
Accepted: 24 February 2018
Published: 14 March 2018

*Correspondence to:

Susanne Hagen
Email: Susanne.Hagen@usn.no

Key Messages

Implications for policy makers

- The very process of developing a health overview seems to build the institutional muscle, awareness, and skills among relevant municipal personnel to address health inequalities.
- Employing a public health coordinator (PHC) does not necessarily lead to greater focus on equity.
- For PHCs to succeed in reducing health inequalities they need necessary information and competencies, to be employed in positions close to full-time, and possess sufficient organizational authority to coordinate municipal sectors and assist in developing and implementing policies.

Implications for the public

Attaining more equitable public health requires coordination of national and local policy. Our research suggests that tasking municipalities with developing local health overviews of the social determinants of health can help build both municipal awareness and competencies for addressing inequalities. A tentative unexpected finding is that merely employing a public health coordinator (PHC) can reduce the capacity to advance equity. If the PHC position is only part-time, and not empowered enough or bureaucratically integrated, or held by someone skilled at building needed cross-sectorial collaboration, equity might not be advanced.

Background

Equity in health is an overall goal—globally, nationally, and locally.¹ Yet health inequalities, significantly related to socio-economic status, persist within and between countries, and by some measures and in some places, are increasing.² Those inequalities can be mapped on a gradient—shaped by the distribution of the social determinants of health, related in turn to distribution of money, power, and resources as determined by political choices at all levels.^{1,3-5} For decades, social equity in health has been an explicit political goal in the Scandinavian welfare states.⁶ Norway, epitomizes that model, with its emphasis on solidarity, broad redistributive policies, and fair distribution of services, but nevertheless has recently evidenced increased inequalities in health.⁷⁻⁹ This in turn has provoked new policy responses, particularly since 2000, to raise the health status of groups less well-off so as to level the health gradient.¹⁰

“Health in All Policies” (HiAP) is one such response, stipulating that health impacts be taken into account in all areas of policy-making. HiAP encourages coordination and collaboration (both *horizontally* across various sectors and *vertically* among authorities at local, regional, and national levels) to achieve high levels of public health broadly shared.^{11,12} HiAP aims to foster an explicit health focus through the “whole of government,” with policies to support and improve public health,¹³ which thus is seen as a broad governmental responsibility rather than for the health sector alone.¹⁴ Norway, among other countries, has implemented the HiAP approach in national and local public health policy.¹⁵ In 2012, the Norwegian Public Health Act (PHA) took effect, based on policies of health equity, HiAP, sustainable development, the precautionary principle, knowledge-based approaches, and civil-society participation.¹⁶ The act aimed to be a state-of-art summation of welfare state ideals in the domain of public health. In particular, it aimed to serve responsiveness and systematicity by shifting decision-making to the local level.¹⁷ The PHA states that fair distribution of resources is the basis of good public health policy, and makes levelling up the social gradient in health a key focus by acting on the social determinants of health.¹⁸ Socio-economic factors—such as income and wealth, education, employment and working circumstances, housing and food security, and health and social services—are together responsible for many health inequalities.^{1,19} With the HiAP approach, involving multiple stakeholders at all political levels,¹¹ the PHA gives clear roles and objectives for the state, county, and municipal government levels. But it is at the municipal level that the PHA gives overall responsibility for the population’s health and public health work.^{16,18} So the actions and policies of Norwegian municipalities play an important and demanding role in reducing health inequalities,²⁰ and fair distribution of resources at local level are essential with regard to reducing the health gradient.²¹

Norway’s 428 municipalities, while differing sometimes radically in size and geography, provide to their citizens the main bulk of welfare services: primary health care, schooling, care for children and the elderly, social support and services, culture, agriculture, and socio-economic development.²²

In addition to implementing national welfare policies and addressing public health, municipalities constitute democratic entities making decisions based on local realities, needs, and preferences. HiAP argues for the impact on health being systematically evaluated in developing and implementing local policies in all areas.^{11,12} To accomplish this, the PHA requires municipalities to develop a local health overview of positive and negative factors determining health in their populations.¹⁶ The health overview is supposed to identify local health challenges, with a special focus on health inequalities. This information should then become the basis for prioritizing municipal planning and decision-making.²³ The ideal is to anchor public health in municipal policy-making. In particular, the PHA recommends that municipalities employ a public health coordinator (PHC) to facilitate collaboration and coordination across all sectors.¹⁸ For securing involvement in local policy-making, initiatives and municipal planning, it is recommended that the PHC is employed in a position close to full-time and situated high in the political chain of command, for example within the office of the chief executive officer.²⁴⁻²⁶ Despite this, it has been documented that the PHCs often are employed in low part-time positions, and not close to the municipal policy-making, for example within the office of medical officer in the municipal.²²

As a model of social-democratic policy, Norway’s experience at implementing HiAP, via the 2012 PHA, and using municipal PHCs and health overviews has potential relevance beyond its own borders, for any policy seeking more equitable public health outcomes. The aim of this study was to explore awareness of equity at the local level by investigating the relationship between municipal use of PHCs and health overviews (defined as HiAP tools) and fair distribution of the social determinants of health in the municipalities. Our research questions were:

- 1) Has municipal use of PHCs and the development of health overviews changed after the enactment of the PHA?
- 2) To what extent do municipalities prioritize fair distribution among social groups in political decision-making *and* in their local health promotion initiatives?
- 3) Are changes in municipal use of PHCs and health overviews associated with municipal prioritization of fair distribution among social groups in political decision-making *and* in local health promotion initiatives?

Methods

This study is part of the SODEMIFA project exploring how health promotion policy addresses social inequalities in health in Norway.

Research Design

The study has a cross-sectional design with elements of natural experiment, the latter made possible by measuring municipalities’ use of PHC and health overviews before and after implementation of the PHA. Our data derive from surveys exploring local public health practice and official registries from Statistic Norway (SSB) and the Norwegian Social Sciences data services (NSD).

Data Collection

We used data from two questionnaires, one from a baseline study conducted in 2011 and one from a post PHA-implementation survey conducted in 2014. In general, the two questionnaires used in, respectively, 2011 and 2014 concerned the same topics, but some questions were formulated differently. Both questionnaires were evaluated for content validity by using relevant literature, reviews by relevant professionals, and comparison with similar surveys. Datasets from the questionnaires were merged with the register data by using the unique identification code of the municipalities.

Sample

All Norwegian municipalities (N=428) were included in both surveys. Both questionnaires were sent electronically to the official address of the municipalities, addressed to the chief executive officer. A total of 58% of the municipalities completed the entire baseline questionnaire, whereas 87% responded to parts of it. The post PHA-implementation questionnaire was completed by 61% of the municipalities, while 75% answered to parts of it. The data from the registries were more or less complete (n=427).

Variables

Municipal Change in use of Public Health Coordinator

To reflect change of municipal use of HiAP tools, we included questions concerning the use of PHCs and the development of health overviews from both the baseline survey (2011) and the post-intervention survey (2014). The question regarding PHCs was asked the same way in both questionnaires: "Does the municipality have a PHC?" The response alternatives were: "yes" (1), "no" (2), and "do not know" (3). We recoded these variables into "no/do not know" (0) and "yes" (1). The data on use of PHCs in 2011 and 2014 were merged to construct the following categories: "had both before and after enactment of law" (1), "acquired after enactment of law" (2), "removed after enactment of law" (3), and "never had" (4). Since we were only concerned with municipalities' use of HiAP tools, we recoded these into three categories: "had both before and after enactment of law" (1), "acquired after enactment of law" (2), and "removed after enactment/never had" (3).

Municipal Change in Development of Health Overviews

The question concerning development of health overviews was also formulated the same way both times: "Has the municipality developed an overview of inhabitants' health status, and the positive and negative determinants of health?" The response alternatives differed in the questionnaires. In 2011, the response categories were: "yes" (1), "no" (2), and "do not know" (3). We recoded these alternatives into "no/do not know" (0), and "yes" (1). In 2014, response alternatives were: "yes" (1), "no" (2), "we are about to start up this work" (3), and "do not know" (4). For this variable, we recoded the alternatives into: "no/we are about to start up this work/do not know" (0), and "yes" (1).

Based upon this recoding, we merged the 2011 and 2014 data to identify the following categories: "had both before and

after enactment of law" (1), "acquired after enactment of law" (2), "removed after enactment of law" (3), and "never had" (4). Since we were only concerned with municipalities' use of HiAP tools, we recoded these into three categories: "had both before and after enactment of law" (1), "acquired after enactment of law" (2), and "removed after enactment/never had" (3).

Variables of Local Health in All Policies Factors

We included four variables from the 2014 questionnaire reflecting local use of HiAP approaches. The *first variable* was whether the municipality had "strengthened the competence base for health promotion" (answers "no" [= 0], or "yes" [= 1]). The *second variable* was whether the municipality had "increased collaboration with voluntary organizations" (possible answers where "no" [= 0], or "yes" [= 1]). The *third variable* was: "Does the municipality collaborate with external actors in health promotion networks?" Response alternatives were, "yes", "no", and "do not know" – which were recoded into "no/do not know" = (0), and "yes" = (1). The *fourth variable* was "Has the municipality established cross-sectorial working groups for health promotion at the strategic level?" Possible answers were "yes", "no", "we are about to start up this work," and "do not know" – which were recoded into "no/we are about to start up this work/do not know" = (0), and "yes" = (1).

Municipal Background Variables

Register data from 2014 regarding municipal size and centrality were included. The size of the municipalities (SSB) was categorized into five groups: <3000 inhabitants (0), 3000-4999 inhabitants (1), 5000-9999 inhabitants (2), 10000-34999 inhabitants (3) and ≥35000 inhabitants (4).

The measurement of municipal centrality is based on Standard Classification of Municipalities (SSB) and defines a municipality's geographical location in relation to a larger city with higher central functions. Norway is a sparsely populated country, and centrality is defined by the time it takes to travel to the nearest centre. We define a municipality as a centre if, among other criteria, it has public institutions, a wide range of public and private services, and to which it is possible to commute. If it takes more than 90 minutes to drive to the nearest centre, a municipality is located peripherally. Centrality was categorized into four categories from less central (=0) to most central (=3).

Municipal Prioritization of Fair Distribution (Dependent Variable)

Fair distribution among social groups with regard to economic and social resources is essential to level the health gradient, and the post-implementation survey from 2014 was concerned with the municipality's stated prioritization of fair distribution. We included two questions considering this theme, where the first variable was concerned with fair distribution in the municipal policy-making processes, while the latter variable was concerned with fair distribution in local health promotion initiatives. The first included question was: "Are considerations of fair distribution a priority in political decision-making?" The response categories were: "yes" (1),

“no” (2), and “do not know” (3). We recoded the variables into “no/do not know” (0), and “yes” (1). The second question was, “Are considerations of fair distribution a priority in the area of local health promotion initiatives?” The response categories were the same as for the previous question, and we recoded this variable similarly.

Statistical Analyses

Descriptive analyses were performed for all the included variables (Tables 1 and 2). When checking for high inter-correlation (>0.7)²⁷ by use of Pearson’s *r*, we did not reveal any multicollinearity between the variables.

We checked whether the distribution of municipalities’ centrality and size in the sample (N=155) reflected the distribution in the population (N=427). Table 3 shows the distribution in the population and the sample for these two variables as well as the calculated weights for each variable. Bi- and multi-variate logistic regression analyses were used to investigate associations between the variables of change in PHC, change in health overview, variables of local HiAP factors, municipal background variables, and the variables reflecting prioritization of fair distribution.

All multivariate analyses were done in a hierarchical manner. First, we included the variables of change in PHC and health overview for both dependent variables (Table 4, Model A & Table 5, Model A) to investigate the association between these tools and the local prioritization of fair distribution among social groups. Then we controlled for the local HiAP factors and background variables (Table 4, Model B & Table 5, Model B). The strength of associations is presented as odds ratio (OR) with 95% CI.

Sample size in the multi-variate analyses differed because of the unequal response rates to the questions in the datasets from 2011 and 2014. Regarding this, we had no options for substituting missing variables in Model A for both regressions, but in Model B we substituted missing independent variables, except from the variables that measure change.

All statistical analyses were performed with the IBM Statistics Program for Social Sciences SPSS v22.0 computer package (IBM Corp., Armonk, NY, USA) for the statistical analyses.

Table 1. Descriptive Data of Municipal Change in Use of PHC and Health Overview With Regard to the Implementation of the Norwegian PHA

	No. (%)
PHC^a (n = 210)	
Had both before and after enactment	146 (70)
Acquired after enactment	33 (16)
Removed after enactment / never had	31 (14)
Development of health overview^b (n = 168)	
Had both before and after enactment	20 (12)
Acquired after enactment	50 (30)
Removed after enactment/never had	98 (58)

Abbreviations: PHA, Public Health Act; PHC, public health coordinator.
^aBased on municipal employment of PHCs in 2011 (n = 332) – yes: 252 (76%); no: 80, (24%); and in 2014 (n = 275) – yes: 234 (85%); no: 41 (15%).
^bBased on development of health overviews Norwegian municipalities in 2011 (n = 296) – yes: 53 (18%); no: 243 (82%); and in 2014 (n = 276) – yes: 105 (38%); no: 171 (62%).

The significance level was set at *P* < .05 and all tests were two sided.

Results

Descriptions

Change of Public Health Coordinator

A total of 70% of the municipalities had employed a PHC position both before and after the enactment of the PHA, while 16% established this position after the act took effect. Only a minority of municipalities (14%) had never employed a PHC-position, or had removed it after the PHA-enactment (Table 1).

Change in Health Overview

Only 12% of the municipalities had developed a health

Table 2. Descriptive Data on Local HiAP Factors, Background Variables, and Municipal Prioritization of Fair Distribution Among Social Groups in Norwegian Municipalities

Factors	No. (%)	Mean ± SD
Local HiAP factors		
Strengthen competence base of health promotion (n = 428)		
No	223 (52)	
Yes	205 (48)	
Increased collaboration with voluntary organizations (n = 428)		
No	281 (66)	
Yes	147 (34)	
Collaboration with external actors (n = 272)		
No	76 (28)	
Yes	196 (72)	
Cross-sectorial working groups at strategic level (n = 273)		
No	105 (39)	
Yes	168 (61)	
Background variables of the municipalities		
Size (n = 427)		2.40 ± 1.32
<3000 inhabitants	158 (37)	
3000-4999 inhabitants	70 (16)	
5000-9999 inhabitants	86 (20)	
10 000-34 999 inhabitants	90 (21)	
≥35 000 inhabitants	23 (5)	
Centrality (n = 427)		1.53±1.29
0	149 (35)	
1	51 (12)	
2	77 (18)	
3	150 (35)	
Municipal prioritizing of fair distribution among social groups		
Fair distribution in political decision-making (n = 254)		
No	158 (62)	
Yes	96 (38)	
Fair distribution in local health promotion initiatives (n = 257)		
No	77 (30)	
Yes	180 (70)	

Abbreviation: HiAP, Health in All Policies.

overview before the PHA-enactment, whereas 30% had made such an overview after. However, a large proportion of Norwegian municipalities (58%) had not developed an overview of their citizens' health as a tool to be used in their local health promotion work (Table 1).

Local Health in All Policies factors

Nearly half (48%) of the Norwegian municipalities reported that they had strengthened their health promotion competence. With regard to collaboration, about one third (32%) of the municipalities had increased the collaboration with voluntary organizations, whereupon 72% of the municipalities had collaborated with external actors and 61% had made use of cross sectional working groups at strategic level (Table 2).

Prioritization of Fair Distribution

Less than half of the municipalities (38%) reported that they prioritized fair distribution among social groups in local political decision-making, while 70% of the municipalities

prioritized fair distribution among social groups in their local health promotion initiatives (Table 2).

Associations between PHC and Health Overview and Prioritization of Fair Distribution in Political Decision-Making

The bivariate analyses (Table 4) show that municipalities developing overviews both before and after the PHA had much higher prioritization of fair distribution among social groups in political decision-making (OR=3.74; CI: 1.27-11.02) than those municipalities that never had health overviews. A similar positive association was also found for those municipalities that developed a health overview after the enactment of the PHA (OR=2.49; CI: 1.20-5.18) compared to municipalities that never had health overviews. Three other co-variables also had statistical significant and positive bivariate effects: municipalities that had "collaboration with external actors" (OR=2.30; CI: 1.28-4.36), municipalities that had "cross-sectional working groups" (OR=1.91; CI: 1.21-3.26), and "size of the municipalities" (OR=1.24; CI: 1.02-1.52).

Table 3. Calculated Weights for Centrality and Size

Centrality				Size			
Code	Population Frequency (Proportion)	Sample Frequency (Proportion)	W_{cent}	Code	Population Frequency (Proportion)	Sample Frequency (Proportion)	W_{size}
1	149 (0.349)	56 (0.364)	0.959	1	158 (0.370)	44 (0.286)	1.295
2	51 (0.119)	17 (0.110)	1.082	2	70 (0.164)	19 (0.123)	1.329
3	77 (0.180)	31 (0.201)	0.896	3	86 (0.201)	34 (0.221)	0.912
4	150 (0.351)	50 (0.325)	1.080	4	90 (0.211)	43 (0.279)	0.755
				5	23 (0.054)	14 (0.091)	0.593

Notes: Weights for centrality (w_{cent}) and size (w_{size}) are calculated by dividing the population proportion by the sample proportion. The combined weight for size and centrality is calculated by multiplying the two weights ($w_{cent} * w_{size}$) for each municipality.

Table 4. Logistic Regression Analyses for Fair Distribution Among Social Groups in Political Decision-Making

Factors	Fair Distribution Among Social Groups in Political Decision-Making		
	Bivariate OR (95% CI)	Multivariate, Model A OR (95% CI), n = 155	Multivariate, Model B OR (95% CI), n = 155
Municipal changes in use of HiAP tools			
PHC			
Removed after enactment/never had	1.00	1.00	1.00
Had both before and after enactment	1.23 (0.51-2.97)	0.82 (0.29-2.31)	0.42 (0.13-1.38)
Acquired after enactment	1.26 (0.43-3.65)	0.68 (0.19-2.37)	0.41 (0.10-1.64)
Development of health overview			
Removed after enactment/never had	1.00	1.00	1.00
Had both before and after enactment	3.74 (1.27-11.02) ^a	3.85 (1.29-11.46) ^a	2.42 (0.72-8.06)
Acquired after enactment	2.49 (1.20-5.18) ^a	2.60 (1.24-5.45) ^a	2.54 (1.12-5.76) ^a
Local HiAP factors			
Strengthen competence base for health promotion	1.58 (0.86-2.87)		1.30 (0.54-3.13)
Increased collaboration with voluntary organizations	1.44 (0.87-2.40)		1.89 (0.86-4.14)
Collaboration with external actors	2.30 (1.28-4.36) ^a		2.70 (1.08-6.79) ^a
Cross-sectorial working groups at strategic level	1.91 (1.21-3.26) ^a		1.89 (0.75-3.41)
Municipal background variables			
Size	1.24 (1.02-1.52) ^a		1.78 (1.21-2.62) ^a
Centrality	0.98 (0.80-1.19)		0.66 (0.44-0.95) ^a

Abbreviations: HiAP, Health in All Policies Factors; PHC, public health coordinator; OR, odds ratio.

Notes: All analyses were weighted with a combing weight of size and centrality.

^a Significant associations.

Table 5. Logistic Regression for Fair Distribution Among Social Groups in Local Health Promotion Initiatives

Factors	Fair Distribution Among Social Groups in Local Health Promotion Initiatives		
	Bivariate OR (95% CI)	Multivariate, Model A OR (95% CI), n = 155	Multivariate, Model B OR (95% CI), n = 155
Municipal changes in use of HiAP tools			
<i>PHC</i>			
Removed after enactment/never had	1.00	1.00	1.00
Had both before and after enactment	1.41 (0.59-3.34)	1.14 (0.39-3.28)	0.75 (0.22-2.58)
Acquired after enactment	0.51 (0.18-1.43)	0.41 (0.12-1.41)	0.22 (0.05-0.90)
<i>Development of health overview</i>			
Removed after enactment/never had	1.00	1.00	1.00
Had both before and after enactment	2.42 (0.64-9.15)	2.31 (0.60-8.91)	1.37 (0.31-6.04)
Acquired after enactment	2.39 (1.10-5.21) ^a	2.65 (1.18-5.93) ^a	2.18 (0.90-5.28)
Local HiAP factors			
Strengthen competence base for health promotion	2.51 (1.42-4.45) ^a		2.95 (1.30-6.72) ^a
Increased collaboration with voluntary organizations	1.81 (1.07-3.04) ^a		1.11 (0.50-2.49)
Collaboration with external actors	1.80 (1.04-3.14) ^a		2.98 (1.28-6.94) ^a
Cross-sectorial working groups at strategic level	1.43 (0.85-2.42)		1.38 (0.63-2.98)
Municipal background variables			
Size	1.25 (1.01-1.54) ^a		1.51 (1.03-2.22) ^a
Centrality	1.10 (0.90-1.35)		0.85 (0.57-1.24)

Abbreviations: HiAP, Health in All Policies Factors; PHC, public health coordinator; OR, odds ratio.

Notes: All analyses were weighted with a combing weight of size and centrality.

^a Significant associations.

For multivariate logistic analyses (Table 4, Model A), we found that developing health overviews had statistically significant positive associations with prioritizing fair distribution among social groups in political decision-making in the municipality, compared to municipalities not having developed health overviews (health overviews developed before and after OR = 3.85; CI: 1.29-11.46, developed after the enactment of PHA, OR = 2.60; CI: 1.24-5.45).

When including additional covariates (Table 4, Model B), only the statistically significant association regarding municipalities that had acquired a health overview after the PHA-enactment (OR = 2.54; CI: 1.12-5.76) was retained. Collaboration with external actors (OR = 2.70; CI: 1.08-6.79), municipal size (OR = 1.78; CI: 1.21-2.62) and the centrality of the municipalities (OR = 0.66; CI: 0.44-0.95) were also significantly associated with municipalities prioritizing fair distribution among social groups in municipal political decision-making.

Associations Between PHC and Health Overview and Local Health Promotion Initiatives

Bivariate logistic analyses showed that several variables were significantly associated with municipalities prioritizing fair distribution among social groups in local health promotion initiatives (Table 5): Municipalities that acquired health overviews after the PHA took effect (OR = 2.39; CI: 1.10-5.21), municipalities that had strengthened their competence base on health promotion (OR = 2.51; CI: 1.42-4.45), increased their collaboration with voluntary organizations (OR = 1.81; CI: 1.07-3.04), municipalities that had collaboration with external actors (OR = 1.80; CI: 1.04-3.14), and municipalities being larger-sized (OR = 1.25; CI: 1.01-1.54) each showed

all statistically significant associations with local health promotion initiatives.

Results from the multivariate logistic analyses (see Table 5, Model A) show that municipalities having acquired the health overview after the act was enforced (OR = 2.65; CI: 1.18-5.93) were significantly associated with prioritizing fair distribution among social groups in health promotion initiatives, compared to municipalities not having developed such overview.

When including all the variables (Table 5, Model B), this significant association was not retained. However, acquiring a PHC position after the enactment was significantly negatively associated (OR = 0.22; CI: 0.05-0.90) with prioritizing fair distribution among social groups in health promotion initiatives, compared with municipalities not having such position. Strengthening of the competence base (OR = 2.95; CI: 1.30-6.72), collaboration with external actors (OR = 2.98; CI: 1.28-6.94), and increasing municipal size (OR = 1.51; CI: 1.03-2.22), were all significantly positively associated with municipalities prioritizing fair distribution among social groups in local health promotion initiatives.

Discussion

Tackling health inequalities is a goal for Norwegian health promotion policy, and is seen to be linked to fair distribution among social groups of socio-economic resources at the local level.¹⁸ Norway's 2012 PHA aimed to reduce health inequalities, and this study sheds light on equity at the local level and municipal use of HiAP tools encouraged by the PHA. Our study found that the PHCs are widely employed in the municipalities, and most of them before the enactment of the PHA. Relatively few municipalities have developed health

overviews, but compared to the number of municipalities having such overviews before the PHA, the increase is rather high.

Only 38% of the municipalities prioritized fair distribution among social groups in political decision-making, and municipalities having developed health overviews after the PHA's enactment were two and a half times more likely to prioritize fair distribution compared to municipalities who had not developed such overviews. Seventy percent of the municipalities reported that they took into account fair distribution in planning local health promotion initiatives. Municipalities focused on strengthening their health promotion competence and establishing networks for collaboration with external actors were almost three times more likely to take fair distribution into account, compared to municipalities that did not. Our study has also found that municipalities having employed PHCs after the act was enforced were almost four times *less likely* to prioritize fair distribution in local health promotion initiatives compared to the municipalities not having employed such a coordinator.

Implementation of the Norwegian Public Health Act and municipal change in use of HiAP tools.

Our study identified changes in municipal use of HiAP tools possibly due to the implementation of the PHA (Table 1). Our results indicate only a small increase of 16% in municipal employment of PHCs — a finding that does not surprise, since our results show that almost three-quarters of Norwegian municipalities had employed a PHC before the enactment and continued to make use of this position after the enforcement. This finding is in line with a study showing that some years before the implementation, 62% of municipalities in Norway had employed such a function for coordination.²⁴ During the early 2000s, Norway revitalized health promotion policies nationally, and the policy encouraged municipalities to establish positions for PHCs. Research has suggested that especially provision of funds from central governments to municipalities for a PHC,²⁵ but also enhanced municipal health promotion projects, increase likelihood of the PHC position being established.²⁸ With our study showing the considerable majority of municipalities making use of a PHC (86%), one may conclude that Norwegian municipalities have largely accommodated the recommendation made by national policies.

Health overviews — encouraged by national policy in Norway since 1987¹⁷ and required by the PHA — aim to map out the health situation of a municipality's citizens, and corresponding positive and negative determinants influencing health, as a basis for local planning and policy decisions.^{15,23} Our study shows that only 12% of the municipalities undertook health overviews before the enactment of the PHA, a proportion that increased to 42% after the act took effect. The relative large increase in adoption after the PHA arguably shows its influence on municipalities. Nevertheless, our study shows that more than half of Norwegian municipalities (58%) have not crafted such a document, probably meaning they are "flying blind" as they make policy and allocate resources without a map to citizens' health status and corresponding determinants.

Research has indicated that developing health overviews is both ambitious and demanding.¹⁵ Among other factors, the complexity of the determinants, access to information, and lack of knowledge may complicate this work.

Although our study documents that though relevant HiAP tools are being used in local health promotion in Norway, there is still a question of how much these tools are being brought to bear on fair distribution of socio-economic resources among social groups at the local level.

Municipal Focus on Fair Distribution Among Social Groups in Norway

Prioritizing of Fair Distribution Among Social Groups in Political Decision-Making at Local Level

Our study found that about one-third of Norwegian municipalities reported that they prioritized fair distribution among social groups in municipal political decision-making (Table 2). Based on national guidelines — particularly those of the PHA — that number seems surprisingly low.^{12,13,18} Are a majority of municipalities in Norway simply throwing up their hands, overwhelmed by the task? Certainly, there has been a debate to what degree levelling the health gradient by action on social determinants at the local level is actually possible. Health determinants, as first described by Dahlgren and Whitehead,^{29,30} arise at different politico-administrative levels — but mostly levels beyond those of individual municipalities. The broad determinants — national and regional labor markets, national fiscal and tax policies, as well as educational and health policies — are mainly decided nationally and internationally.^{2,31} In countries such as the Scandinavian welfare states, in which municipalities have had for a long time already major public health functions and responsibilities,³² municipalities serve as agents for the welfare state by implementing national policies and are policy-makers in their own right, ideally in dynamic response to changing local realities. Herein lies their potentially important contribution to levelling the health gradient. However, other studies have noted that reducing inequalities may be challenging for municipalities because of cross-sectorial requirements and lack of municipal competencies.^{20,22} In addition, challenges with regard to collaboration and coordination³³ among relevant actors may be another constraint.

This study identified that municipalities developing health overviews *after* the act took effect were two and a half times more likely to prioritize fair distribution in political decision-making compared to municipalities that had never developed such overviews (Table 4). This result may indicate that the very process of developing a municipal health overview fosters the institutional awareness, engagement, and the will to level the gradient that the overview helps bring to light. If so, this result suggests, further, that the PHA has succeeded to some degree in bringing national policy to the local level, which an earlier study, before the act was enforced, found had happened only to a small degree.²² In principle, municipalities do not themselves decide what services to provide, but they do decide how to organize and provision them. In addressing health inequalities, this requires municipalities to choose among competing policy approaches. For instance, Hanssen

and Helgesen³⁴ claim that, to have a fundamental effect on levelling the health gradient, high-quality services should be provided universally rather than to targeted groups only. By contrast, Marmot³ and Carey and Grammond,³⁵ in pursuit of the same goal, argue for a “proportionate universalism” in which universal services are combined with efforts aimed at disadvantaged groups. To the extent municipalities opt for the latter approach, they need to positively select individuals and groups to whom extra services are to be provided. The competencies to detect disadvantage must be present, as must the resources to address the need. Given that it is often challenging and costly for municipalities to develop services in the needed direction, an overview of factors determining citizens’ health is both a necessary tool and, in the very crafting, part of the process of strengthening local competencies. Yet these undertakings are often new to planning and to policy making at the municipal level.¹⁵ Integrating the public health perspective into public policy—not to mention fair distribution—is challenging.

Nevertheless, we found that municipalities collaborating with external actors were almost three times more likely to prioritize fair distribution in political decision-making. This result is perhaps not surprising as levelling the gradient is collaborative in its nature and requires “whole of government” approach. Other studies have suggested that eg, county councils and county governors have significant influence on municipalities in their strive for levelling the gradient in health.^{25,36} We also found that larger municipalities—and, contrastingly, less central ones—were more likely to prioritize fair distribution in municipal decision-making.

Prioritizing of Fair Distribution Among Social Groups in Local Health Promotion Initiative

A very large proportion of Norwegian municipalities prioritized consideration of fair distribution among social groups in local health promotion initiatives (Table 2). At first sight, this is a result in line with the Norwegian national public health policy,^{18,37} but precisely how prioritization is manifested in the overall municipal policy-making process invites closer analysis. Kiland and colleagues³⁸ identified two contrasting approaches existing side by side in the Norwegian public health policy arena. One approach reflects a collective-integration perspective, focusing on the social determinants of health and seeking equity in health through overall municipal planning and cross-sectorial collaboration. By contrast, a rival approach focuses on empowering individuals to take responsibility for their own health.³⁸ The latter approach is easier to adopt at the local level because it is simpler to work with individual health behavior issues, in contrast to structural factors.³⁹ One manifestation of municipalities’ preference for individual health behavior issues over collective/structural approaches is municipal “healthy-lifestyle” centers, which have become more and more popular in Norway, with an increase from 42 in 2008, to 212 in 2014.³⁸ Yet with the Norwegian welfare state’s long focus on disadvantaged groups,⁴⁰ the individual health behavior approach has not completely dominated in public health policies. Many municipalities make special efforts, in the mode of “proportionate universalism,” to care

for the less well off without necessarily developing knowledge bases for prioritization and policy-making. Several studies suggest that Norwegian local health promotion initiatives most often arise from bureaucratic enthusiasm, emerging from a single sector or unit rather than from an overall assessment of identified challenges, and suffer as a result from being only weakly anchored in the municipal apparatus as a whole.^{22,25,39} A national audit showed that 86% of municipalities have initiated public health initiatives, with only 35% of the initiatives being universal, 19% of them directed to vulnerable groups, and 41% a mix of both.⁴¹ While our study show that 70% of the municipalities emphasize fair distribution in local health promotion initiatives, perhaps the majority of these initiatives focus on specific individual behaviors in targeted groups, and lack a systemic and structural focus. One risk of piecemeal initiatives directed towards the most vulnerable is that they may help narrow the health gap in specific areas, but do not necessarily contribute much to levelling the overall health gradient.^{3,35} Several studies have identified that it is not easy to understand the issues of health equity and the gradient adequately, and the public health field is struggling with gaining this insight.^{21,42} Our results show that prioritizing fair distribution among social groups in local health promotion initiatives is associated with a strengthened competence base of public health and with collaboration with external actors (Table 5). Our result leads us to suggest that municipalities focusing on equity in health are strengthening their competence to act, but that policy responses so far tend to cash out as single, targeted initiatives, with only narrow bureaucratic support. This is suboptimal in light of evidence indicating that a more effective approach shifts local public-health efforts in a collective-integration direction supported with a wider cross-sectorial footprint. Not only more effective programs can result from a broader approach, but also increased understanding of the social determinants of health. For instance, a recent study found almost 82% of Norwegian municipalities queried believed they were capable of reduce inequalities in health, but only half acknowledged the importance of living conditions, which has been highlighted as an essential factor to address when reducing inequalities.⁴³ Our study found that municipalities employing PHCs after the act was implemented were almost four times *less likely* to prioritize fair distribution in local health promotion initiatives compared to municipalities not having a PHC. At first glance, this is a surprising result because this coordinative function has long been recommended in Norway as one of the most important HiAP tool,^{18,44} and our result might indicate that the PHCs counteract such prioritization. Earlier studies have indicated that the PHCs play an essential role in levelling the gradient,^{39,45} but perhaps municipalities having employed PHCs after the act took effect consider themselves as satisfied with just having accommodated the recommendation in the PHA, and have lagged in efforts to refine that function for achieving its potential and mandate. Moreover, the PHA gave local governments—and not the health sector alone—responsibility for public health and reducing inequalities in health. Perhaps municipalities not having

employed PHCs have an integrative-collaborative culture and are not in need for such a coordinative function. Local public health should be organized and administrated from the staff of the chief executive officer⁴⁶ and the PHA clearly gives the chief executive officer this responsibility.¹⁶ From this point of view, perhaps the intention of the PHA regarding inter sectorial collaboration for health may have been fulfilled in these municipalities without a PHC. These municipalities seem to perform better with regard to equality than municipalities employing PHCs after the act took effect.

Nevertheless, the result discussed above raises another reflection: have PHCs not been the success we had reason to believe? Critical voices have questioned the design of the PHC position in municipalities, arguing that the share of positions is too small and the tasks accorded to the role often unclear. Further, some contend that the position is organizationally remote from where municipal decisions are actually made, with PHCs having at best uncertain influence on actual health promotion coordination.^{47,48} In addition, the skills for which PHCs are selected are not clear, nor whether they are the competencies needed to motivate for social equity in health. Our results suggest a need for greater understanding of the PHC's role in effectively coordinating public health work to ensure the broad goal of HiAP. With respect to PHC effectiveness, one study found that PHCs needed to be in a part-time position of at least 70% of full-time employment to adequately fulfill the tasks of coordinating, planning, and liaising,²⁶ while another study suggested those roles required a 90% of full-time position.⁴⁸ Average PHC position in Norway in 2014 was 34% of full-time.³⁸ If cross-sectorial working groups and collaboration with external actors emanates bottom-up from a felt need, there may be possibilities for a PHC, even short of full-time, to work successfully, catalyzing relationships and effectively linking public and non-governmental actors. But where municipal health policies tend to be formulated and imposed in a top-down manner, a PHC in a limited part-time position, and localized in a service-providing unit, will be weakly positioned to coordinate policies and inter-sectorial activities, even while potentially able to spearhead single health promotion measures.

Limitations

This study has a cross-sectional design, and therefore any conclusions about causality cannot be drawn. Moreover, for both included surveys in this study, the smallest and the less central municipalities were those that responded to a lesser degree.^{45,47} In addition, we had a low response rate for the change variables calculated from both the 2011 and 2014 data sets. The sample distribution derivated from the population distribution for municipal size and partly for the centrality, but we estimated weights for these derivations and used these estimations in weighted binary logistic regressions analyses. The low N in our study lead to rather large variance of the estimated parameters and thereby resulting in wide confidence intervals, large standard errors and low statistical power. The consequence of this is a probability for not identifying statistical associations that may exist in the dataset (Type II-error).⁴⁹ Nevertheless, this is the first time data from

two sets have been merged in the Norwegian context in order to examine the associations between the use of HiAP tools and equity awareness at the local level. We believe our results are valuable for the practice and research field. Future research should strive to attend a higher N than was obtained in our study. To strengthen the knowledge base in this field additionally, one may combine solid quantitative methods with qualitative in-depth approaches using a mixed method design.

Another limitation of our study may be that the surveys were sent electronically to an official e-mail account, addressed to the chief executive officer. The topic of health promotion practices is complex and demands competent respondents with insight and understanding, especially on the questions related to fair distribution. By sending the questionnaire to the chief executive officer, who has the overall responsibility for health promotion in the municipalities,¹⁶ we assume the survey has been answered by the most knowledgeable respondents, but we cannot be sure how often this was not the case. For the 2014 survey, we know that the respondents were mainly chief executive officers, PHCs, and heads of units for health care, all persons expected to have insight in the field of health promotion. For the 2011 survey, we do not know who answered the questionnaires, but we expect the respondents to be more or less the same persons or persons holding the same positions as those responding in the 2014 survey. Moreover, based on previous comparable surveys,²⁴ the response seem trustworthy. Overall, a limitation that applies to responding to surveys in general is the tendency to respond positively or provide the information the respondents interpret as the aim of the survey,⁵⁰ but according to the discussion above, we must rely on that our responses are trustworthy.

Conclusion

In line with the recommendations and requirements of Norway's 2012 PHA, this study shows that Norwegian municipalities are increasingly applying HiAP tools, such as creating a PHC position and crafting municipal health overviews. With municipal PHCs long urged by the national government, the PHAs enactment brought about only a small increase in their number, but the PHA sparked a significant increase in municipalities developing health overviews. We found fair distribution of the social determinants of health among social groups to be a significant focus of municipal health promotion initiatives, but to a smaller degree a focus of municipal policy-making in general. Analysis of our data showed relationships between municipalities having developed health overview after the implementation of PHA and prioritizing fair distribution among social groups in municipal decision-making: municipalities that developed health overviews after the act took effect were two and a half times more likely to prioritize fair distribution in political decision-making compared to municipalities that did not develop such overviews.

Previous research had identified a gap between national goals in Norway and local public health policy, but our findings suggest that this gap is narrowing after the implementation of the PHA. Our findings support evidence of progress toward

the nationally prescribed goal of levelling the health gradient in Norway.

Further research can identify the connection between different forms of health governance at state and municipal levels, including the HiAP approach, and fair distribution at the local level. A fruitful way of exploring this complex field could be mixed methods to investigate the unanswered questions both in extension and in-depth.

Acknowledgements

This study was founded by The Norwegian Research Council [grant numbers: 213841/H10, 229628/H10]. Thanks to Professor Jens B. Grøgaard, School of Business, Department of Business, History and Social Sciences, University College of Southeast Norway, for statistical advices.

Ethical issues

The Norwegian Social Science Data Services (NSD, Bergen, Norway) approved this study.

Competing interests

Authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

The leading author is SH. KJØ and ST has contributed in the data analyses, while all authors have contributed in the manuscript draft. All authors approved the manuscript. EF and MH were responsible for the SODEMIFA project and data collecting.

Authors' affiliations

¹Department of Health, Social and Welfare Studies, University College of Southeast Norway, Kongsberg, Norway. ²Department of Maritime Operations, University College of Southeast Norway, Kongsberg, Norway. ³Institute for Urban and Regional Research, OsloMet – Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway. ⁴Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Bergen, Norway.

References

- World Health Organization. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Raphael D. *Tackling Health Inequalities: Lessons from International Experiences*. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2012.
- Marmot M. Fair society, Healthy lives: the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010. London: The Marmot Review; 2010.
- Marmot M. *The health gap: The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury Publishing Plc; 2015.
- Stiglitz JE. *The Great Divide: Unequal Societies and What We Can Do About Them*. New York: Norton; 2015.
- Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press; 1990.
- Dahl E, Bergsli H, van der Wel KA. Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014.
- Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med*. 2012;75(4):761-769. doi:10.1016/j.socscimed.2012.02.031
- Popham F, Dibben C, Bambra C. Are health inequalities really not the smallest in the Nordic welfare states? A comparison of mortality inequality in 37 countries. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(5):412-418. doi:10.1136/jech-2012-201525
- Fosse E. Norwegian public health policy: revitalization of the social democratic welfare state? *Int J Health Serv*. 2009;39(2):287-300. doi:10.2190/HS.39.2.d
- Cook S, Leppo K, Ollila E, Pena S, Wismar M. *Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2013.
- Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. *Health in all*

policies: prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2006.

- Carey G, Crammond B, Keast R. Creating change in government to address the social determinants of health: how can efforts be improved? *BMC Public Health*. 2014;14:1087. doi:10.1186/1471-2458-14-1087
- Kickbusch I, Gleicher D. *Governance for Health in the 21st Century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
- Hofstad H. The ambition of Health in All Policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change. *Health Policy*. 2016;120(5):567-575. doi:10.1016/j.healthpol.2016.03.001
- Ministry of Health and Care Services. The Norwegian Public Health Act. Ministry of Health and Care Services; 2011.
- Fosse E. Norwegian experiences. In: Raphael D, ed. *Tackling health inequalities*. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2012:185-208.
- Ministry of Health and Care Services. Prop.90 L (2010-2011) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak); 2011.
- Wilkinson R, Marmot M. *Social Determinants of Health*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- van der Wel KA, Dahl E, Bergsli H. The Norwegian policy to reduce health inequalities: key challenges. *Nordisk Vælfærdsforskning*. 2016;1(1):19-29. doi:10.18261/issn.2464-4161-2016-01-03
- Fosse E. Kommunenes rolle i å utjevne sosiale helseforskjeller– Norge som eksempel. *Socialmedicinsk tidsskrift*. 2016;93(5):492-500.
- Tallarek nee Grimm MJ, Helgesen MK, Fosse E. Reducing social inequities in health in Norway: concerted action at state and local levels? *Health Policy*. 2013;113(3):228-235. doi:10.1016/j.healthpol.2013.09.019
- Norwegian Directorate of Health. *Good Overview - a condition for good public health. A guide for overview of health situation and determinants on health*. Oslo: Norwegian Directorate of Health; 2013.
- Hofstad H, Vestby GM. *Lokalt folkehelsearbeid: underveisevaluering av Helse i plan og Partnerskap for folkehelse*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2009:102.
- Hagen S, Helgesen M, Torp S, Fosse E. Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scand J Public Health*. 2015;43(6):597-605. doi:10.1177/1403494815585614
- Helgesen MK, Fosse E, Hagen S. Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities. *Scand J Public Health*. 2017;45(18 suppl):77-82. doi:10.1177/1403494817709412
- Pallant J. *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS*. 4th ed. Maidenhead: McGraw-Hill Open University Press; 2010.
- Vestby GM, Hofstad H, Helgesen MK, et al. Partnerskap for folkehelse og Helse i plan. Sluttrapport: Moreforskning Volda; 2010.
- Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
- Dahlgren G, Whitehead M. *Utjevning av helseforskjeller: Del 2: Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse*. Oslo: Helsedirektoratet; 2009.
- Raphael D. Challenges to promoting health in the modern welfare state: the case of the Nordic nations. *Scand J Public Health*. 2014;42(1):7-17. doi:10.1177/1403494813506522
- Sellers JM, Lidstrom A. Decentralization, Local Government, and the Welfare State. *Governance*. 2007;20(4):609-632. doi:10.1111/j.1468-0491.2007.00374.x
- Christensen T, Laegreid P. The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform. *Public Adm Rev*. 2007;67(6):1059-1066. doi:10.1111/j.1540-6210.2007.00797.x
- Hanssen GS, Helgesen MK. Multi-level governance in Norway: universalism in elderly and mental health care services. *Int J Sociol Soc Policy*. 2011;31(3/4):160-172. doi:10.1108/01443331111120609
- Carey G, Crammond B. Systems change for the social determinants of health. *BMC Public Health*. 2015;15(1):662. doi:10.1186/s12889-015-1979-8
- Fosse E, Helgesen M. Advocating for health promotion policy in Norway: the role of the county municipalities. *Societies*. 2017;7(2):5. doi:10.3390/soc7020005

37. Ministry of Health and Care Services. *National strategy to reduce social inequalities in health. Report no.20 (2006-2007) to the Storting*. Oslo: Ministry of Health and Care Services; 2006.
38. Kiland C, Kvale G, Torjesen DO. The Ideas and Implementation of Public Health Policies: The Norwegian Case. In: Waldorff SB, Pedersen AR, Fitzgerald L, Ferlie E, eds. *Managing Change*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2015:9-25.
39. Helgesen M, Hofstad H. Determinants in Norwegian local health promotion- institutional perspectives. In: Kronenfeld JJ, ed. *Research on the Sociology of Health*. Bingley: Emerald; 2014.
40. Hjelmteit V. Sosialpolitikk i historisk perspektiv. *Velferdsstaten i endring* Oslo: Gyldendal akademisk; 2009:29-66.
41. Riksrevisjonen. *Riksrevisjonens undersøkelse av norsk folkehelsearbeid*. Oslo: Riksrevisjonen; 2015.
42. Diderichsen F, Scheele CE, Little IG. *Tackling health inequalities: the Scandinavian Experience*. Copenhagen: University of Copenhagen; 2015.
43. Hagen S, Torp S, Helgesen M, Fosse E. Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health Promot Int*. 2017;32(6):977-987. doi:10.1093/heapro/daw052
44. Ministry of Health and Care Services. Report No. 16(2002-03): Prescriptions for a healthier Norway. Oslo: Ministry of Health and Care Services; 2003.
45. Helgesen M, Hofstad H. Regionalt og lokalt folkehelsearbeid: ressurser, organisering og koordinering : en baselineundersøkelse. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2012.
46. Helgesen M, Hofstad H, Risan L, et al. *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner. NIBR-rapport 2014:3*. Norwegian Institute of Urban and Regional Research Oslo; 2014.
47. Schou A, Helgesen M, Hofstad H. 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: Norsk institutt for by-og regionforskning Oslo; 2014.
48. Schou A, Hofstad H. *The effect of the Coordination Reform on the municipalites as actors in public health and disease prevention. Final report project 229628*. Oslo: HSN/NIBR; 2016.
49. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull*. 1992;112(1):155-159.
50. Vissner PE, Krosnick JA, Lavraks PJ. Methods in Social and Personality Psychology. In: Reis HT, Judd CM, eds. *Handbook of research*. Cambridge University Press; 2000.



Grafisk design: Kommunikasjonseksperimenter, UIB / Trykk: Skjerve Kommunikasjon AS



uib.no

9788230868447 (print)

9788230864661 (PDF)