

***Lokal implementering av nasjonal folkehelsepolitikk:
Folkehelsearbeid med formål om utjevning av sosiale
ulikheter i helse i en norsk kommune***

Tonje Cecilie Indrøy



Masteroppgave:

Masterprogram i helsefremmende arbeid og helsepsykologi

HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen

Vår 2015

Forkortelser brukt i oppgaven:

NIBR- Norsk institutt for by- og regionsforskning

HBV- Høgskolen i Buskerud og Vestfold

EVASAM- Evaluering av Samhandlingsreformen

HIAP- Health in all Policies

SDH- Social Determinants of Health

SIH- Social Inequities in Health

WHO- World Health Organization

CSDH- Commision of Social Determinants of Health

NPM- New Public Management

NPG- New Public Governance

Forord

I tiden før jeg startet på denne utdanningen, arbeidet jeg med livsstilsendring for mennesker med sykkelig overvekt. Dette er en av våre velferdssykdommer og utgjør en av de nye truslene mot folkehelsen. Mitt utgangspunkt for utdanningen var fascinasjon over mennesker i endring, og jeg ønsket å lære mer om helsepsykologi. Helsefremmende studier kombinert med dette arbeidsfeltet har endret fascinasjonen og bidratt til et hevet blikk. Jeg har fått større innsikt i hvordan livsstil er påvirket av faktorer som omgir enkeltmennesket, grupper av mennesker og samfunnet som helhet og hvordan disse faktorene påvirker menneskers reelle muligheter til varig endring. I møte med den enkelte får man innblikk i livshistorier, og over tid, blir disse historiene til brikker i et større bilde. Jeg opplevde at livsstilsendring er et overskuddsfenomen. Behandling basert på slik endring, treffer best dem med minst behov for hjelp. Jeg ble overrasket over at hjelpeapparatet i noen sammenhenger bidrar til å øke forskjellene mellom mennesker. Dette vekket min sosiale rettferdighetsfølelse som ligger til grunn for arbeidet med denne oppgaven, der hovedtema er sosial ulikhet i helse.

Arbeidet med oppgaven har vært slitsomt og svært givende på samme tid. Det å få lov til å fordype seg i et rimelig smalt område over et helt år, virket forlokkende i starten og har gitt mersmak til tross for fortvilelse og stress underveis. I slutfasen av arbeidet kan jeg slå fast at jeg kanskje først nå er i stand til å begynne å skrive, og det viser seg at jeg ikke er den første som har tenkt den tanken:

I am tempted to claim that the first effort to research a new problem is most likely to be inelegant, imprecise and crude. What one mostly learns from such first efforts is how it should be done better the next time. But there is no way bypassing this first time (Maslow, 1966, p. 13).

Oppgaven hadde ikke blitt til uten støtte og oppmuntring fra gode venner underveis, som fortjener en solid takk fordi de aldri tvilte. Takk til medstudenter for både fjas og faglighet, spesielt til Margrethe og Thomas. Takk til Thinesh og gjengen for jevnlig påfyll av kaffe og blide ønsker om en god dag. Takk til kontaktpersonen i casekommunen som formidlet kontakt med respondenter, sikret intervjuavtalene og tok meg inderlig godt i mot da jeg kom for å gjøre intervjuene. Til slutt en takk til min veileder Professor Elisabeth Fosse som inviterte meg inn i EVASAM-prosjektet og som i tillegg til veiledning underveis og stor faglig inspirasjon, har gitt tydelige beskjeder på at det er nødvendig å ta fri i blant. Det viste seg å være lurt.

Innhold

1.0 Introduksjon	1
2.0 Teori	2
2.1 Bakgrunn: Helsefremming og folkehelse	3
2.2 Teoretisk rammeverk: The Social Determinants of Health	6
2.3 Sosiale ulikheter i helse	10
2.4 Folkehelsepolitikk i Norge	16
2.5 Status for kommunalt folkehelsearbeid	27
2.6 Oppsummering	29
3.0 Forskningsspørsmål og studiens formål	30
4.0 Metode.....	32
4.1 Forskningsdesign	32
4.2 Deltakere og utvalgsstrategi	33
4.3 Metoder for datainnsamling.....	35
4.3.1 Primærkilde: intervjuer	35
4.3.2 Sekundærkilde: dokumenter	37
4.4 Databehandlingsstrategi.....	38
4.5 Dataanalyse.....	39
4.6 Kvalitetsvurdering av arbeidet.....	40
4.6.1 Validitet.....	40
4.6.2 Reliabilitet.....	41
4.6.3 Generaliserbarhet	42
4.7 Forskerens rolle	43
4.8 Etske overveielser.....	44
4.9 Begrensninger	45
5.0 Resultater.....	46
5.1 Presentasjon av kommunen	46
5.2 Presentasjon av kommunale dokumenter	47
5.2.1 «Styrke i muligheter» Kommuneplan 2011-2022.....	47
5.2.2 «Helsefremmingsplanen» Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering 2013-2015.....	48
5.2.3 Frivillighetsmelding for Kristiansand 2010	49
5.2.4 Innspill til Folkehelsemeldingen 2015	50
5.3 Presentasjon av intervjufunn	51
5.3.1 Folkehelsearbeidet i Kristiansand kommune	51

5.3.2 Respondentenes syn på folkehelse	58
5.3.3 Sosial ulikhet i helse	62
5.3.4 Folkehelsearbeid rettet mot innvandrerbefolkningen	69
5.4 Oppsummering	75
6.0 Diskusjonskapittel	77
6.1 Folkehelsearbeid i Kristiansand.....	78
6.1.1 Organisering av folkehelsearbeidet.....	78
6.1.2 Erfaringer og utfordringer med tverrsektorielt samarbeid	83
6.1.3 Folkehelseforståelse: hvor er skomakerens verksted?	86
6.2 Sosiale ulikheter i helse	87
6.2.1 Økt bevissthet og fokus på sosial ulikhet i helse: Ja, men litt forvirret..	87
6.2.2 Ulike virkelighetsbilder påvirker prioritering og gjennomføring av tiltak	89
6.3 Folkehelsearbeid rettet mot innvandrerbefolkningen	91
6.3.1 Fokus på denne delen av befolkningen i folkehelsearbeidet?	91
6.3.2 Ansvarsplassering, eller ansvarsintegrering?	94
6.3.3 Forventninger til frivillig sektor.....	95
7.0 Oppsummering og konklusjon	96
Litteratur.....	101

Vedlegg:

Vedlegg I: Intervjuguide

Vedlegg II: Informert samtykke

Sammendrag

Målsetting: Denne studien tar for seg en norsk kommunes oppfølging av folkehelseloven. Formålet med studien har vært å skaffe kunnskap om hvordan kommunen organiserer sitt folkehelsearbeid, hvordan folkehelselovens formål om utjevning av sosiale ulikheter i helse ivaretas lokalt der spesiell oppmerksomhet vies innvandrerbefolkningen. Tre forskningsspørsmål er utarbeidet: 1) *Hvordan organiserer kommunen sitt folkehelsearbeid etter at folkehelseloven trådte i kraft og hvilken folkehelseforståelse ligger til grunn for arbeidet på feltet?* 2) *Hvordan er hensynet til sosiale ulikheter i helse ivaretatt i folkehelsearbeidet og hvilken forståelse for sosiale ulikheter i helse ligger til grunn?* 3) *Hvordan er hensynet til innvandrerbefolkningen ivaretatt i folkehelsearbeidet?*

Metode: Det er brukt en kombinasjon av datatilfang som er vanlig i kvalitative casestudier, der intervjuer utgjør primærkilden og kommunale dokumenter utgjør sekundærkilden.

Funn og diskusjon: Funnene viser at kommunen har gjort mange grep i tråd med folkehelselovens krav til systematisk folkehelsearbeid som gir utslag i en helhetlig tilnærming til folkehelse i beslutnings- og planprosesser. Likevel oppleves utfordringer med den helhetlige satsingen som skal være resultatet av plan- og beslutningsprosessene, dette knyttes til velkjente utfordringer med samarbeid og koordinering i offentlig sektor. Det fremkommer at det finnes flere parallelt eksisterende forståelser av folkehelse og sosiale ulikheter i helse, som påvirker prioriteringer og tiltak i folkehelsearbeidet. Dette kan knyttes til underliggende politiske verdier som gjør det vanskelig å oppnå reell enighet om satsing på dette området, noe som får økende oppmerksomhet i internasjonal litteratur på feltet. Kommunen er bevisst på innvandrerbefolkningens sårbare situasjon og spesielle utfordringer, uten at bevisstheten gir seg særlig utslag i tjenester og tiltak. Innvandrerbefolkningen blir behandlet ut fra et ressursfokus, og ansvaret for integrering er lagt til kommuneorganisasjonen som helhet. Spørsmålet er om det er en god løsning overfor en del av befolkningen som er ekstra sårbare for helseutfordringer basert på sosiale forhold både der de kommer fra, og sosiale forhold som er resultater av å være innvandrere i et fremmed samfunn.

Abstract

Objective: This study addresses a Norwegian municipality's follow-up of the Public Health Act. The purpose of this study has been to obtain knowledge of how the municipality is organizing its public health work, how the Public Health Acts' purpose of tackling the social inequalities in health are being safeguarded locally where special attention is devoted to the immigrant population. Three research questions have been elaborated: 1) *How does the municipality organize its public health work after the Public Health Act took effect and what public health understanding underlies the work in the field?* 2) *How is the consideration of social inequalities in health taken care of in the public health work and which understanding of these inequalities underlies it?* 3) *How is the consideration of the immigrant population taken care of in the public health work?*

Method: The data has been collected through a combination of data collection methods, which is quite common in qualitative case studies. Interviews constitute the main source and municipal documents the secondary.

Findings and discussion: The findings show that the municipality has taken many efforts according to the Public Health Acts demand for systematic public health work which gives way to an integral approach to public health in resolution and planning processes. Still challenges are experienced in the integral commitment that is to be the result of the planning and resolution processes, tied to well-known challenges regarding cooperation and coordination in the public sector. It shows that there are several parallel existing understandings of public health and social inequalities in health, which influence priorities and measures within the public health work. This can be tied to underlying political values that make it difficult to achieve actual agreement in this area, something that gains increasing attention in international literature on the field. The municipality is aware of the immigrant population's vulnerable situation and particular challenges, without giving any special outcomes in services and measures. The immigrant population is treated with a focus on resources, and the responsibility for integration is left to the municipality's organization as an entirety. The question is if this is a good solution for a part of the population which is especially vulnerable to health problems based on social circumstances both from where they migrate from, and as a result of being an immigrant in a foreign society.

1.0 Introduksjon

Velferdsstaten i Norge har mye av æren for den gode folkehelsen vårt samfunn nyter godt av. Helsesystemet som utgjør en vesentlig del av velferdsstaten, er bygget opp på bakgrunn av samfunnssituasjonen og helseutfordringene som var aktuelle da det tok form. I dag ser samfunnet og sykdomsbildet annerledes ut, og på grunn av økning i levestandard og et velfungerende helsesystem, er en rekke sykdommer bekjempet og holdt under kontroll. Uten tilpasning er midlertid ikke helsesystemet slik det er utformet i dag egnet til å imøtekomme dagens utfordringer. Dette er noe av bakgrunnen for samhandlingsreformen. Den omfattende helse- og velferdsreformen legger blant annet opp til en ny fordeling av ansvar for folkehelsearbeid og nye samarbeidsmåter for å møte de utfordringene vi står ovenfor i et samfunn preget av økende levealder og med sykdommer vi ikke lenger dør av, men lever og dør med (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Vi kan ikke finne nytt land med gamle kart, og når terrenget er endret, må kartene revideres. Folkehelsen trues nå av velferdssykdommer, som i stor grad er følger av velstandsøkningen industrialiserte land har opplevd. Disse sykdommene følger sosioøkonomiske skillelinjer, som gjør at de mest sosialt utsatte også har den største sykdomsbyrden. Dette er bakgrunnen for begrepet sosiale ulikheter i helse som bærer i seg et aspekt av rettferdighet. Utjevning av slike ulikheter er blitt en prioritet i folkehelsearbeid både internasjonalt og nasjonalt, og regnes som målet med helsefremmende arbeid (Green & Tones, 2010).

Health inequity arising from social injustice should not be tolerated. Health is a basic human and societal need, and health equity is therefore a basic human right. One's ability to function physically, mentally, socially [...] has critical implications for one's autonomy. Furthermore the health of a society's members has important implications for the quality of functioning of the society as a whole. (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven, & Tones, 2007, p. 2).

Sosiale ulikheter i helse har fått økende oppmerksomhet de siste tiårene, men fokuset er endret. Der oppmerksomheten tidligere var rettet inn mot at sykdomsbyrden ligger hos de mest sosialt utsatte, er oppmerksomheten nå rettet mot det systematiske mønsteret som går gjennom hele befolkningen og knytter helsetilstand til sosioøkonomiske faktorer som inntekt og utdanning. Ved å løfte helsen til de lavest utdannede til samme nivå som de høyest utdannede, vil antall dødsfall årlig reduseres med 21 %. Ved å løfte helsen til alle utdanningsnivå opp til samme nivå som de høyest utdannede, reduseres årlige dødsfall med 44 % (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014, p. 19). Det innebærer at en folkehelsepolitikk som

sikter seg inn mot utjevning av sosiale helseulikheter, må rettes mot befolkningen i sin helhet og ikke utelukkende mot utsatte grupper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Dette ligger til grunn for norsk folkehelsepolitikk gjennom blant annet samhandlingsreformen, som gjennom folkehelseloven pålegger kommunene et stort ansvar i folkehelsearbeidet.

Denne oppgaven inngår i EVASAM som er en forskningsbasert evaluering av samhandlingsreformen (Forskningsrådet, 2013). Evalueringen er igangsatt av Norges Forskningsråd på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Norsk Institutt for By- og Regionforskning (NIBR) og Høgskolen i Buskerud og Vestfold (HBV) har ansvaret for den delen av evalueringen som ser på hvilken effekt reformens styringssignaler har hatt på kommunen som sykdomsforebyggende og helsefremmende aktør (prosjektnr. 229628). Dette søkes besvart gjennom studier av hvordan reformens signaler er nedfelt i kommunenes arbeid og om reformen så langt har skapt det ønskede trykket på folkehelsearbeidet. Kommuner med høy innvandrersandel er av spesiell interesse i prosjektet. Prosjektet sikter seg inn mot det tredje hovedmålet i samhandlingsreformen: Styrket forebygging og bedre folkehelse. Dette er mål som krever langsiktig satsing, som er vage og som overlater mye av politikutformingen til kommunene, da innsatsen krever lokal forankring ut fra varierende kommunale ressurser og utfordringer. Evalueringsdesignet tar høyde for dette, og tar ikke sikte på å avklare i hvilken grad kommunene oppnår statlige mål, men hvilken innsats kommunene setter inn på helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak, og hva som er resultatet av innsatsen. Denne oppgaven studerer en utvalgt norsk kommune og de kommunale folkehelseaktørenes forståelser som påvirker kommunens prioriteringer og organisering på folkehelsefeltet.

Kapittel 2 gjør rede for studiens teoretiske fundament, og underliggende prinsipper i norsk folkehelsepolitikk, før forskningsspørsmål og studiens hensikt presenteres i kapittel 3. Videre gjør kapittel 4 rede for metodiske valg og vurderinger i arbeidet med denne oppgaven. Funnene fra studien presenteres i kapittel 5, og diskuteres opp mot relevant teori i oppgavens kapittel 6. Kapittel 7 avrunder oppgaven med konklusjoner fra diskusjonen.

2.0 Teori

I dette kapittelet vil jeg begynne med en presentasjon av feltet helsefremmende arbeid, relatert til folkehelsearbeid. Videre vil jeg gjøre rede for det teoretiske rammeverket for denne oppgaven, SDH-perspektivet, som består av teori rundt de sosiale determinanter for helsen. Dette perspektivet er viktig i arbeidet med utjevning av sosiale ulikheter i helse som også blir redegjort for. Videre presenteres utviklingen i norsk folkehelsepolitikk på området som

gjelder satsing mot sosiale ulikheter i helse. Fordi utjevning av slike ulikheter krever samarbeid på tvers av samfunnsområder, presenteres ulike løsninger og utfordringer på dette området.

2.1 Bakgrunn: Helsefremming og folkehelse

Folkehelsearbeidet har hatt ulikt fokus opp gjennom historien, og utviklingen på feltet har skjedd i takt med utviklingen i samfunnet for øvrig og de til enhver tid gjeldende epidemiologiske utfordringer. De siste hundre årene har gitt en betydelig forbedring av helse og levealder i Norge, gjennom bedring av hygiene og sanitære forhold, boligforhold, arbeidsforhold, samt sikring av lik tilgang til grunnleggende utdanning og til helsetjenester av god kvalitet. Gode helsetjenester er av stor betydning for utviklingen av god helse i befolkningen, likevel har samfunnsutviklingen på andre områder hatt svært stor påvirkning på folkehelsen. Bedring av folkehelsen gir også gode forutsetninger for samfunnsutviklingen gjennom økonomisk avkastning av en frisk og produktiv befolkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Gjennom generell bedring i levekår, er forekomsten av såkalte fattigdomssykdommer som epidemier og infeksjoner kraftig redusert. I dag ser sykdomsbildet annerledes ut enn i etterkrigstidens Norge, og effekten av svært gode levekår gir seg utslag i såkalte velferds- og sivilisasjonssykdommer. Hjerte- og karsykdommer, kreft, lungesykdommer, diabetes, muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser er nye trusler mot folkehelsen og krever andre tilnærminger enn fortidens infeksjonssykdommer gjorde (Stene-Larsen, 2006).

Folkehelselovens § 3 (2011) definerer folkehelse som «*befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning*», mens folkehelsearbeid er

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

Utviklingen på folkehelsefeltet kan sees i sammenheng med helseforståelsen i helsefremmende arbeid, med utgangspunkt i Ottowacharteret (WHO, 1986). Ottowacharteret har undertittelen «The move towards a new public health» og bygger på prinsippene om retten til helse fra Alma Ata-deklarasjonen fra WHO-konferansen om fremtidens helsetjenester i 1978 (Lawn et al., 2008). Alma Ata-deklarasjonen la vekt på brukerperspektivet, noe som har banet veien for empowerment-begrepet som står sterkt i helsefremmende tenkning. Det finnes ingen adekvat norsk oversettelse av empowerment, men begrepet blir ofte oversatt med

myndiggjøring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Potvin og McQueen (2007) har tatt til orde for at helsefremming kan sees på som en strategi for folkehelsearbeidet, gjennom fem helsefremmende satsingsområder som ble presentert i Ottawacharteret: 1) utvikling av personlige ferdigheter, 2) støttende miljøer, 3) styrkede lokalsamfunn, 4) reorientering av helsetjenestene og 5) en politikk basert på «helse i alt vi gjør». Slik sett kan helsefremming sees på som en tilnærming til praktisk folkehelsearbeid som svar på de folkehelseutfordringene det moderne samfunn står ovenfor (Potvin & McQueen, 2007, p. 14)

Ottawacharteret definerer helsefremming slik:

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being (WHO, 1986, p. 1)

Helse presenteres som et positivt konsept som består av både personlige og sosiale egenskaper og fysisk kapasitet. I dette ligger en økologisk forståelse av helse som ressurs for hverdagslivet, som påvirkes av hverdagslivet gjennom den sammenheng og de sosiale relasjonene mennesket til enhver tid befinner seg i. Denne forståelsen bygger på WHO sin helsedefinisjon fra 1946 som slår fast at helse er mer enn fravær av sykdom, og beskriver en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære. Formuleringen har mottatt kritikk fra mange fronter, fordi helse fremstår som en visjon mer enn et oppnåelig mål. Likevel har det blitt en viktig definisjon fordi den vektlegger funksjon og velbefinnende, og fordi den ivaretar den sosiale dimensjonen ved helsebegrepet. Helseminister Karl Evang var involvert i utviklingen av WHO sitt sosiale helsebegrep. Han var opptatt av at medisinen skulle legge et helhetlig menneskesyn til grunn for sitt arbeid og se på både biologiske, psykologiske og sosiale aspekter ved helsebegrepet (Mæland, 2011, p. 39). Interessen for å vurdere velvære og livskvalitet i sammenheng med helse, kan sees som et resultat av humanistiske strømninger i moderne medisin ved at en åpner for subjektive vurderinger av egenopplevd helse i motsetning til den tradisjonelle medisinske og objektive helseforståelsen. Men det sammensatte og utvidede helsebegrepet er også kilde til frustrasjon. Livskvalitet og velvære er begreper som favner vidt og som det er vanskelig å gjøre til et offentlig ansvar. Når målsettingene blir for ambisiøse, kan det bidra til grenseløse oppgaver og forventninger som

er umulige å innfri, noe kritikken mot WHO sin helsedefinisjon er resultater av (Mæland, 2011, p. 40).

Utviklingen på folkehelsefeltet, og derunder forståelsen av helsebegrepet, beskrives i Potvin og McQueen (2007) som tre revolusjoner. Folkehelsesatsingen mot infeksjonssykdommer utgjorde den første revolusjonen, mens satsingen mot livsstilssykdommer og kroniske sykdommer utgjorde den andre revolusjonen. Framveksten av en helsefremmende tilnærming i folkehelsefeltet gjennom blant annet Ottawacharteret, utgjør den tredje revolusjonen. Den kan sees som et svar på at levealderen beveger seg mot en øvre grense, slik at innsatsen nå bør vinkles mot å maksimere kvaliteten av helse som en «*resource for everyday life, not the objective of living*» (WHO, 1986, p. 1). Anerkjennelsen av at helsen skapes i hverdagslivet i samspill med omgivelsene, fordrer kunnskap om hvordan individer foretar valg i dagliglivet, hvordan samfunnsstrukturer påvirker disse valgene og kunnskap om hvordan samfunnsstrukturer påvirkes og endres av handlinger og relasjoner mellom ulike samfunnsaktører. Slike aktører er ikke bare offentlige beslutningstakere, men også individer og grupper som gjennom deltagelse og medvirkning skal få større påvirkning på beslutningsprosesser. Dette utgjør i følge Potvin og McQueen (2007) kunnskapsgrunnlaget for helsefremmende arbeid og kommer til syne i Green og Tones (2010) sin formel for helsefremmende arbeid: «*Health promotion = health education x healthy public policy*» (s.17).

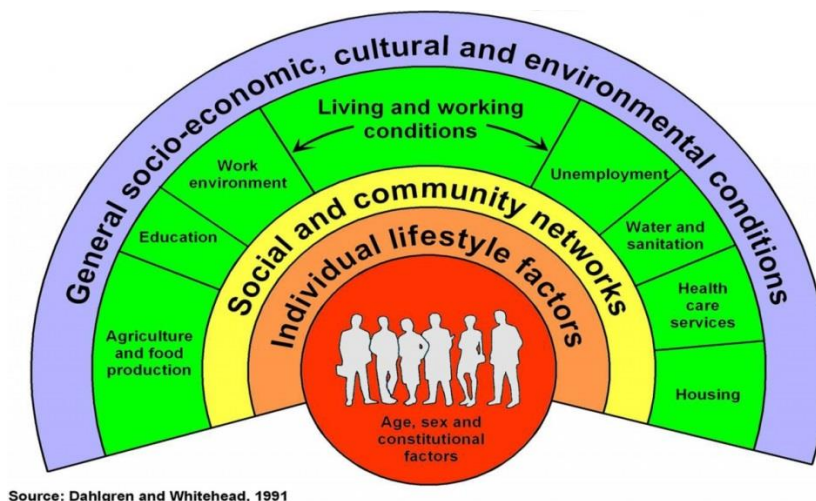
Spørsmålet om hvorvidt helse skal sees som den enkeltes ansvar, eller som kollektivt ansvar, aktualiseres gjennom denne tilnærmingen. Ottawacharteret vektlegger det kollektive ansvaret for å skape rammer som gir den enkelte mulighet til å ta kontroll over forhold som påvirker helse. Helsefremmende arbeid beskrives som prosessen med å skape slike rammer. Samtidig har helsefremmende arbeid fokus på fremming av helsen gjennom å påvirke potensialet for menneskelig vekst og utvikling. Myndiggjøring (empowerment) og aktiv deltagelse (participation) fra enkeltmennesket er derfor sentralt (WHO, 1986). Det sosiale aspektet i denne tilnærmingen innebærer at helse oppstår der mennesket lever sine liv, der mennesker lærer, leker, elsker og arbeider. Dette skaper grunnlaget for en ny tilnærming for arbeid med fremming av helse, en såkalt settingstilnærming. Settingstilnærminger tar utgangspunkt i den økologiske helseforståelsen som fordrer at en arbeider med rammene som mennesker lever og virker innenfor, for å bedre folkehelsen (Mittelmark et al., 2007; Torp, 2013)

2.2 Teoretisk rammeverk: The Social Determinants of Health

Helsetilstanden i befolkningen påvirkes i stor grad av faktorer som ligger utenfor helsetjenestene (Baum, Lawless & Williams, 2013). Denne erkjennelsen har medført et skifte fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv i folkehelsearbeidet. Dette perspektivet kalles SDH-perspektivet etter de sosiale determinantene for helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Et påvirkningsperspektiv i folkehelsearbeidet er nødvendig fordi de faktorene som minst assosieres med helsearbeid, er det som mest påvirker de bakenforliggende faktorene som påvirker befolkningens helsetilstand (Lorentsen, Kassah & Kassah, 2014).

Sosiale faktorer påvirker helsetilstand i langt større grad enn helsetilstanden påvirker sosiale faktorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, 2013). Slike faktorer har sine røtter tilbake i Ottawacharteret som peker ut følgende ressurser og determinanter for helsen: fred, bolig, utdanning, ernæring, inntekt, et stabilt økosystem, bærekraftig utvikling og sosial rettferdighet (WHO, 1986). Disse determinantene bygger videre på det sosiale og økologiske aspektet ved helsebegrepet slik WHO presenterer det, og markerer derfor et skille med den tradisjonelle biomedisinske helseforståelsen. Slik sett representerer Ottawacharteret et fokusskifte bort fra individuelle risikofaktorer og over på de underliggende strukturelle årsakssammenhengene, «the causes of the causes» som former menneskers liv og helse (Marmot, 2007).

I et slikt perspektiv rettes fokuset mot distribuering av økonomiske og sosiale ressurser som hovedkilden for helse. Hvordan slike ressurser er fordelt henger sammen med hvordan vårt samfunn er organisert. Dette illustreres i Dahlgren og Whitehead sin modell for sosiale determinanter for helse, som synliggjør at faktorer som påvirker helsen utgjør en årsakskjede som strekker seg fra det enkelte mennesket til storsamfunnet.



(hentet fra <http://www.publichealth.ie/sites/default/files/D-%26-W.jpg>)

Modellen illustrerer både at de områdene som har størst potensiale for påvirkning av folkehelsen ligger lengst vekk fra individet, og at en bedring av folkehelsen fordrer innsats på langt flere samfunnsområder enn helsetjenesten som tradisjonelt har hatt ansvaret for folkehelsearbeidet. Fire nivåer for politisk påvirkning pekes ut: 1) Et nivå der det kan arbeides med de overgripende samfunnsstrukturer gjennom blant annet økonomiske strategier, skattereguleringer, miljøbetingelser og lignende, 2) Et nivå der det kan arbeides med bedring av materielle og sosiale rammer mennesker arbeider og lever under, fordrer fokus på levekår gjennom velferdsgoder, helsetjenester, boligsatsing og arbeidspolitikk, 3) Et nivå der det kan arbeides med styrking av sosiale rammer for individer og grupper, utvikling av sosial kapital, som anerkjenner sosial støtte for utvikling av helse, og 4) Et nivå der det kan arbeides med direkte påvirkning av individuelle levevaner som har en umiddelbar betydning for helse, men som er påvirket av alle de andre nivåene (Dahlgren & Whitehead, 1991). På hvert helsepolitiske fokusområde kan det jobbes på alle nivåer simultant, noe som vil gi en synergieffekt og styrke effekten av innsatsen innenfor ulike områder. Ofte blir strategiene bare gjennomført på ett nivå, og noen ganger blir tiltak på ett nivå (eksempelvis helseopplysning rettet mot barn i skolen) direkte motarbeidet gjennom tiltak på et annet nivå (eksempelvis reduserte bevilgninger til sunne måltider i skolen). Slik sett kan rammeverket som denne modellen representerer bidra til å synliggjøre synergieffekten av helhetlige strategier som involverer intervensjoner på alle de fire nivåene av modellen (Dahlgren & Whitehead, 1991, p. 12).

Modellen presenteres også som et konseptuelt rammeverk for oppnåelse av equity (Dahlgren & Whitehead, 1991). Equity forstås som sosial rettferdighet, er en forutsetning for utjevning av sosiale helseulikheter (Marmot, 2007) og regnes som målet med helsefremmende arbeid (Green & Tones, 2010). Sosiale ulikheter i helse og equity-begrepet blir nærmere redegjort for i kapittel 2.3. Ottawacharteret understreker betydningen av en sammenhengende, helsefremmende politikk for oppnåelse av equity som et styrende prinsipp i helsefremmende arbeid (WHO, 1986).

Immigrasjon som sosial helsedeterminant

Raphael (2014) peker ut immigrasjon som en sosial helsedeterminant, fordi immigrasjon påvirker sosial posisjon og en rekke sosiale aspekter som påvirker helsen. Dette synet følges opp av Castañeda et al. (2015). Kulturelle særtrekk, språkutfordringer og opplevelser av diskriminering på ulike samfunnsområder er alle faktorer som påvirker helsetilstand og gir andre utfordringer i folkehelsearbeidet (Ihle & Sudmann, 2014). Raphael (2014) og Castañeda et al. (2015) tar derfor til orde for at den økende oppmerksomheten om immigrasjon som en faktor som påvirker sosiale og institusjonelle rammer rundt menneskers liv og helsetilstand, i større grad bør vektlegges også i spørsmål om folkehelse. Immigrasjon kan ses på både som et resultat av sosiale helsedeterminanter (immigrasjon som sosialt determinert) og som en mulighet for endring av determinantene gjennom flytting (Castañeda et al., 2015, p. 2). Nye migrasjonsmønstre som følge av globaliseringstrender, bygger opp under behovet for å anerkjenne innvandring som en folkehelseutfordring. WHO har gjort et grovt anslag på at det finnes rundt en milliard migranter i verden. Migranternes liv er formet av sosiale determinanter i det livet de har flyttet fra, og de står foran nye sosiale, politiske og økonomiske forhold i deres ankomstland. Artikkelforfatterne argumenterer for at bedring av folkehelsen betinger en forståelse av immigrasjon som determinant for helse. Det å være innvandrer i et fremmed samfunn begrenser reelle valgmuligheter, plasserer den enkelte i tvetydige og tidvis konfliktfylte relasjoner til majoritetsbefolkningen og påvirker individets sosiale posisjon (Castañeda et al., 2015).

Fokuset på immigrasjon som folkehelseutfordring har økt også i Norge. Abebe (2010) har gjort en systematisk gjennomgang av studier som kartlegger folkehelseutfordringer blant immigranter i Norge. Rapporten belyser et behov for kunnskap om utfordringer i denne delen av befolkningen, men understreker også at å fokusere eksplisitt på migrasjon og helse kan bidra til den sårbare posisjonen denne delen av befolkningen allerede er i. Ved eksplisitt å

studere immigrasjon som folkehelseutfordring gjennom å påpeke sammenhenger mellom migrasjon og helse, kan en bidra til at immigranter sees som avvikere fra et ellers homogent samfunn. Dette utgjør et etisk dilemma for forskere og praktikere på folkehelsefeltet. Dette følges opp av Aambø (2011) som problematiserer at statistiske undersøkelser som generaliserer og tar utgangspunkt i befolkningsgrupper med varierende grader av forskjeller innad, kan bidra til stereotypier og ytterligere stigmatisering. Likevel understrekes behovet for studier som belyser og identifiserer problemområder, som grunnlag for satsing for å oppnå større sosial rettferdighet (Aambø, 2011, p. 259).

Navarro (2009) adresserer denne utfordringen slik: «*I need to stress here the importance of speaking about class, as well as race, gender and national inequalities*» (s. 3). Når forskjellene mellom grupper basert på etnisitet, klasse og kjønn er både store og godt dokumenterte, bidrar en i følge Navarro til å forsterke forskjellene ved å ikke snakke om dem, fordi en usynliggjør strukturene som ligger under dem. Han knytter med dette spørsmålet om rase og etnisitet til klasseteori i tråd med Weber og Marx sine teorier om at konflikter mellom klasser er en viktig faktor for endring av sosial urettferdighet (Navarro, 2009). Å usynliggjøre forskjellene mellom grupperinger i samfunnet vil dermed bidra til at forskjellene består og forsterkes. Baum og Fisher (2014) støtter opp under dette synet. Her trekkes Bourdieu sitt syn på klasse og underliggende maktstrukturer inn. Dette er strukturer som befester bilder av disposisjoner i befolkningen som bidrar til at man definerer og aksepterer sin sosiale posisjon som en virkelighet som er tatt for gitt og ikke kan endres på (s. 217).

Abebe (2010) sin systematiske gjennomgang av studier på folkehelseutfordringer i innvandrerbefolkningen kartlegger at innvandrerbefolkningen er mer utsatt for sykdom og dårlig helse på en rekke områder i forhold til befolkningen i Norge for øvrig. Gjennomgangen viser også at det er en rekke områder der kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt, at en rekke studier har store metodologiske utfordringer, og at det derfor er et omfattende forskningsbehov på dette feltet (s.11).

Castañeda et al. (2015) har gjort en gjennomgang av litteratur om immigrasjon og helse etter år 2000, hovedsakelig basert på litteratur fra USA. De slår fast at foreliggende litteratur i stor grad vektlegger betydningen av individuell atferd på immigranternes helse, og ignorerer betydningen av sosiale, økonomiske og politiske krefter. Gjennom denne tilnærmingen blir individet utgangspunkt for analyse og intervensjon, og anbefalinger etter slike studier fokuserer på individets valg av atferd. Det er begrenset vektlegging av strukturelle faktorer

betydning for folkehelsen på dette området, slik at faktorer som påvirker individuell atferd får begrenset oppmerksomhet. Når oppmerksomheten rettes mot personlig ansvar for egne valg, ligger mulighetene for endring hos individet innenfor de eksisterende strukturer, i stedet for at man undersøker de strukturene som omgir individene. Gjennom å rette oppmerksomheten mot strukturene, øker muligheten til reell påvirkning av folkehelsen, høyere oppe i Dahlgren og Whitehead (1991) sin modell. En tilnærming med utgangspunkt i migrasjon som sosial helsedeterminant vil bidra til å løfte oppmerksomheten lenger opp i modellen. I den grad strukturelle faktorer er hovedfokus på studier på immigranternes helse, er det hovedsakelig gjennom kartlegging av tilgang til helsetjenester. Dette kommer også til syne i utvalget av studier som Abebe (2010) baserer sine funn på, der folkehelseutfordringene blant innvandrerbefolkningen i Norge reduseres til kartlegging av helsetilstanden ut fra ulike landbakgrunner og diagnosegrupper, samt i hvilken grad ulike landbakgrunner har tilgang til helsetjenester. Det er en utpreget tendens til at helsetilstanden hos mennesker med immigrasjonsbakgrunn blir forklart ut fra genetikk eller kultur, som overskygger de sosiale prosessene som kan følge med et liv som immigrant (Helsedirektoratet, 2009). I forarbeidet til folkehelseloven som trådte i kraft 1.1.2012 vies innvandrerbefolkningen oppmerksomhet i en gjennomgang av dagens helseutfordringer i Norge. Her kommer det samme mønsteret til syne gjennom understreking av at enkelte innvandrergrupper har høyere forekomst av diabetes type 2 enn andre, og så videre. Forarbeidet tar dog også opp at migrasjonen i seg selv kan bidra til økt hastighet på negative helseprosesser som har startet i hjemlandet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Castañeda et al. (2015) etterlyser et utvidet strukturelt fokus, som inkluderer økonomiske og sosiale muligheter og ressurser, i tillegg til andre faktorer som for eksempel tilgang til juridisk bistand, dårlige boforhold, samt arbeids- og levekår. Slike faktorer må tas med i betraktning i arbeidet for sosial rettferdighet, som utpekes som den største menneskerettsutfordringen på helseområdet i det 21. århundret (Castañeda et al., 2015, p. 10).

2.3 Sosiale ulikheter i helse

Vårt samfunn er tuftet på ideer om likhet og likeverd, idealer som har røtter tilbake til den amerikanske uavhengighetserklæringen fra 1776, og fra slagordet om frihet og likhet fra den franske revolusjon. FNs menneskerettighetserklæring fra 1948 slår også fast at mennesket er født fritt og med lik verdighet og like rettigheter. Likhetsidealet er vanskelig å etterleve. Til tross for relativt små sosiale forskjeller i Norge er det likevel en økende andel fattige, og forskjellen mellom de som har høyest og lavest inntekt har ikke vært større siden 1930-tallet

(Krokstad & Høyer, 2011, p. 43). Stortingsmelding nr. 20, som er en nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller, åpner med å slå fast at Norge er et lagdelt samfunn der de som er mest privilegert økonomisk, også har best helsetilstand (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

I 1978 satte WHO forskjeller i helse på dagsorden gjennom Alma Ata-deklarasjonen «Health for all». I deklarasjonen ble de store forskjellene i helsetilstand mellom mennesker innad i og mellom nasjoner utpekt som uakseptable, og arbeid mot disse forskjellene ble målet med deklarasjonen (Graham, 2004a; Sletteland & Donovan, 2012; Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Forskjeller i helse er et uunngåelig faktum som kan skyldes naturlige biologiske variasjoner og varierende tilgang til naturressurser. Sosiale ulikheter i helse forstås derimot som et resultat av sosiale prosesser og strukturelle faktorer som ligger utenfor individets påvirkning (Marmot, 2007; Mittelmark et al., 2007). Sosial- og helsedirektoratet (2005, p. 8) definerer sosiale ulikheter i helse som «*systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier- særlig yrke, utdanning og inntekt*». Slike ulikheter oppstår som et resultat av «*societal conditions in which people are born, grow, live, work and age*» (WHO, 2011, p. 2). Disse sosiale forholdene utgjør de sosiale determinanter for helsen og inkluderer tidlig livserfaring, utdanning, økonomisk status, arbeid og anstendige arbeids-, leve- og miljøforhold i tillegg til tilgang til helsetjenester. Handling som rettes mot disse determinantene både for marginaliserte grupper og for befolkningen som helhet er essensielt for oppnåelsen av rettferdige, inkluderende, produktive og helsefremmende samfunn (WHO, 2011).

Det er etter hvert solid kunnskap om den statistiske sammenhengen mellom sosioøkonomisk status, målt gjennom utdanning og inntekt, og helse. Dette retter fokus mot rettferdighetsaspektet ved fenomenet. En jente født i Sverige vil leve 43 år lenger enn en jente i Sierra Leone, og dette eksempelet belyser de store forskjellene i dødelighet mellom land. Også innad i land er det svært store forskjeller i levealder, eksempelvis vil en manuell arbeider uten utdanning i Glasgow ha 28 års kortere levetid enn en forretningsmann i øvre sosiale lag i Skottland (Marmot, 2007). Livsstilssykdommer som utgjør en del av dagens helseutfordringer i den industrialiserte verden er tett knyttet opp mot helseatferd, og dersom helseatferd hadde vært et resultat av frie valg, kunne man ha forventet en jevnt fordelt helse i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Eksempelet fra Glasgow viser at slik

er det ikke. Utviklingen av et samfunn, rikt eller fattig, kan vurderes ut fra helsetilstanden til landets innbyggere og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen på tvers av sosiale lag som finnes i alle samfunn. Ulikhetene er dermed ikke et problem som utelukkende berører de fattigste, men som gjelder alle innbyggere i et samfunn (Marmot, 2007).

Sosiale ulikheter i helse manifesterer seg langs ulike akser for sosial stratifikasjon; sosioøkonomisk, politisk, etnisk og kulturelt. Slike ulikheter må derfor forstås som varige og systematiske, med betydelig innvirkning på folkehelsen. Sosiale helseulikheter er uønskede og unngåelige, og i sin natur urettferdige (Marmot, 2007). Sosiale ulikheter i helse slik det blir brukt i denne oppgaven, knyttes derfor til det engelske begrepet equity som best kan oversettes med sosial rettferdighet. Equity er et etisk konsept. De etiske aspektene viser seg i forståelsen av at det handler om fraværet av systematiske ulikheter i helse som følger den sosiale lagdelingen i et samfunn og er derfor knyttet til rettferdig fordeling av makt og ressurser. Rettferdighetsaspektet forsterkes ytterligere ved at de sosiale ulikhetene i helse rammer hardest i de delene av en befolkning som allerede er i sårbare posisjoner, for eksempel blant fattige, kvinner, eller etniske minoriteter (Braveman & Gruskin, 2003). Equity-begrepet benyttes i denne oppgaven, da det ikke foreligger et adekvat begrep på norsk. Begrepet er verdiladet i motsetning til begrepet equality som er en verdinøytral beskrivelse av likhet.

Høyere utdanning og inntekt gir høyere levealder. Dette betyr at sosiale ulikheter i helse ikke bare handler om forskjellen mellom de rike og de fattige, men at ulikhetene fordeler seg som trappetrinn gjennom hele befolkningen. De rikeste har litt bedre helse enn de nest rikeste, og så videre.

Den sosiale gradienten er betegnelsen som beskriver hvordan helsen fordeler seg i et trinnvist mønster gjennom hele befolkningen på tvers av alle sosiale lag. Det betyr at det ikke bare er de fattige som isolert målgruppe som skal ha fokus dersom sosiale ulikheter skal utjevnes, men at gradientutfordringen fordrer brede befolkningsrettede strategier (Krokstad & Høyser, 2011, p. 45). Fordi utfordringen med sosiale ulikheter i helse ikke kan løses ved utelukkende å rette innsatsen mot de svakeste gruppene, men må rettes mot alle lag av befolkningen, bidrar dette trappetrinnsfenomenet til å sette fokus på fordelingseffekter av offentlig politikk (Fosse & Strand, 2010; Marmot, 2007). Allerede i 1997 slo Lynch, Kaplan og Salonen (1997) fast at forsøk på å redusere sosiale ulikheter i helse må anerkjenne at økonomisk politikk er

folkehelsepolitikk. De sosiale helseulikhetene er et samfunnsproblem, som er menneskeskapt og dermed mulig å gjøre noe med (Dahl et al., 2014).

Utjevningsstrategier

Sosiale ulikheter i helse har lenge vært på agendaen, og en rekke nasjoner har forpliktet seg til arbeidet mot slike ulikheter. Bambra et al. (2009) har gjort en systematisk review av tiltak rettet mot SDH for å utjevne sosiale ulikheter i helse, og konkluderer med at det foreligger lite konkret kunnskap på området. Marmot, Allen, Bell, Bloomer og Goldblatt (2012) gjorde en europeisk review på samme området, og presenterte fire satsingsområder mot sosiale ulikheter: livsløpsperspektiv som sikrer alle mennesker en god start i livet, bredt samfunnsperspektiv som involverer alle samfunnssektorer, makro-nivåsatsing som sikter seg inn mot effekten av global utvikling og globalisering og satsing på styringsformer som forplikter alle myndighetsnivåer. Dette er brede anbefalinger som ikke er eksemplifisert gjennom konkrete tiltak, noe som er kritisert av flere. Det finnes derimot ulike tilnærminger til å utjevne sosiale ulikheter i helse ut fra hvilken eller hvilke deler av befolkningen en retter tiltakene mot, og det finnes solid støtte for synet om at det ligger ulike forståelser av fenomenet «sosiale ulikheter i helse» til grunn for de ulike utjevningsstrategiene. Det er derfor av stor betydning å avklare hvilken forståelse av fenomenet som ligger til grunn for tilnærminger som velges, samt å vurdere effekten av den satsingen en gjør ut fra et befolkningsperspektiv (Diez et al., 2014; Graham, 2004a; Tallarek née Grimm, Helgesen & Fosse, 2013; Vallgård, 2007).

Graham (2004a) presenterer tre ulike strategier mot utjevning av sosiale ulikheter i helse. En utjevningsstrategi er å bedre helsen til de dårligst stilte. Da settes fokus på sammenhengen mellom fattigdom og dårlig helse. En annen tilnærming er å arbeide for å redusere gapet mellom de mest privilegerte og de minst privilegerte i befolkningen, og en tredje tilnærming er å arbeide med forskjellene som eksisterer mellom alle sosiale lag, med fokus på gradienten. Alle tre tilnærmingene anerkjenner betydningen av sosiale determinanter for helse, men har ulikt fokus for hvem utjevningstiltakene skal rettes inn mot. Effekten av de ulike strategiene vil også være svært forskjellig (Diez et al., 2014; Fosse, 2011a; Graham, 2004a).

Det er sterke moralske argumenter for å bekjempe forskjeller i helse som er en konsekvens av fattigdom. En slik tilnærming innebærer en satsing som bygger bro mellom folkehelse og sosial eksklusjon. Områdebaserte satsinger er et eksempel på en slik tilnærming (Graham,

2004a). Fattigdom måles på ulike måter, i Norge brukes EU-60 definisjonen som betegner folk som fattige dersom de har mindre enn 60 % av medianinntekten i samfunnet. Blant de fattigste i samfunnet, er det høy forekomst av aleneboende, innvandrere fra ikke-vestlige land, enslige forsørgere og unge (Krokstad & Høyer, 2011, p. 47). De fattigste har de største utfordringene i helsetilstand og krever derfor et særskilt fokus i folkehelsearbeidet, men en tilnærming som utelukkende fokuserer på de mest utsatte, tar ikke hensyn til helsetilstanden i andre lag av befolkningen og kan derfor bidra til økende helseforskjeller. Dette fordi levealderen i øvre sosiale lag øker raskere enn levealderen i lavere sosiale lag (Graham, 2004a). Dette fenomenet knytter Mackenbach (2012) til den epidemiologiske utviklingen som gjør at det i moderne velferdssamfunn, er sykdommer knyttet til vår livsstil som utgjør grunnlaget for de sosiale ulikhetene i helse. Slike sykdommer er i stor grad knyttet til forbruksvaner og livsstilsvalg, som bidrar til at høystatusgruppene kommer bedre ut da disse gruppene er mer opptatt av helseeffektene av sin atferd. Helserelatert atferd er betinget av sosiale forhold helt fra fødselen av, og dette aktualiserer spørsmålet om frie valg (Baum & Fisher, 2014; Katikireddi, Higgins, Smith & Williams, 2013; Lynch et al., 1997). Livsstilsvalg basert på en idè om helsegevinst, er et overskuddsfenomen som er urimelig å forvente av mennesker i vanskelige sosiale situasjoner med dårlig økonomi, utrygge arbeidsforhold og psykososialt stress som er sosialt skjevdelt (Krokstad & Høyer, 2011, p. 53). Den epidemiologiske utviklingen med økt forekomst av livsstilsrelaterte sykdommer har ført til økende satsing på atferdsrettede livsstilsintervensjoner i folkehelsearbeidet. Det er en sterk indre logikk i slike helsestrategier. Hvis røyking er et problem fordi noen velger å røyke og overvekt et resultat av at noen velger å spise for mye, er det fornuftig å fortelle folk at det er dumt å fortsette med den atferden (Baum & Fisher, 2014). Men slike målrettede tilnærminger retter seg mot avgrensede problemområder, uten å ta hensyn til de grunnleggende årsakene til uheldig helseatferd- «the causes, of the causes» (Marmot, 2007). Fordi slike intervensjoner best treffer de med best ressurser i utgangspunktet, bidrar denne satsingen til at de sosiale ulikhetene i helse vedvarer og øker, noe som er problematisert av flere (Alvaro et al., 2011; Bambra, 2011; Baum & Fisher, 2014; Lantz et al., 1998; Link & Phelan, 2005; Tallarek née Grimm et al., 2013). Marmot og Allen (2014) presenterer livsstilsfokuset i folkehelsearbeid og helsetjenestenes dominans på feltet som de to faktorene som gjør det vanskelig med åpen dialog om folkehelsearbeid rettet mot oppnåelsen av equity. Baum og Fisher (2014) illustrerer flere begrensninger ved denne utjevningsstrategien med Rose`s forebyggingsparadoks, som sier at folkehelsen som helhet ikke påvirkes i særlig grad av å rette innsatsen mot individer med høy risiko for sykdom eller individer som allerede er syk. Hvis en derimot justerer på en

enkelt risikofaktor for hele befolkningen, vil det kunne påvirke helsetilstand og sykdomsforekomst på tvers av befolkningen. En strategi som knytter dårlig helse til spesifikke individer eller bomiljøer, vil bidra til at årsakskjedene som skaper dårlig helse under dårlige sosioøkonomiske forhold, ikke blir synlige. Slik får en heller ikke belyst den kummulative effekten av dårlige levekår og levaner i et livsløpsperspektiv (Katikireddi et al., 2013).

En annen tilnærming er å ta utgangspunkt i de relative forskjellene mellom helsetilstanden hos de verst stilte opp mot helsetilstand i andre sosiale grupper. Dette innebærer en langt mer ambisiøs satsing enn utelukkende å avhjelpe de dårligst stilte. Det innebærer at helsetilstanden til de dårligst stilte må økes langt raskere enn øvrige gruppers naturlig økende helsetilstand, slik at reell reduksjon av relative forskjeller oppnås. Til tross for en mer ambisiøs satsing, er en slik tilnærming også basert på en forståelse av at det er de dårligst stilte som må ta byrden av uhelse og knytter uhelse til fattigdom. Dette synet retter fokuset mot at gjennomsnittlige folkehelsemålinger i befolkningen maskerer forskjeller som oppstår mellom ulike sosiale lag. En slik satsing vil kunne bidra til å usynliggjøre de systematiske forskjellene i helse som finnes mellom alle sosiale lag, og dermed usynliggjøre det sosiale midtsjiktet som i eksempelvis Storbritannia utgjør ca 85 % av befolkningen (Graham, 2004a).

Den tredje tilnærmingen har den sosiale gradienten som utgangspunkt for satsing, og tar i betraktning de systematiske forskjellene i helsetilstanden på tvers av befolkningen. I denne tilnærmingen må innsatsen porsjoneres ut fra behovene i alle sosiale lag. Helsetilstanden til både lavere sosiale lag og de sosiale mellomsjiktene må økes raskere enn helsetilstanden i de øvre sosiale lag. Det er en utfordrende politisk oppgave å skulle adressere den sosiale gradienten, som har vedvart gjennom ulike epidemiologiske perioder. Når fokuset er på ulikheter i helse og ikke bare på uhelse som konsekvens av fattigdom, får det følger for politikken på flere områder (Graham, 2004a). Med gradienten som utgangspunkt blir årsakene til ulikhetene satt på agendaen, noe som krever fokus på fordelingseffekten av politikken som føres. Valg av politikk og tiltak fordrer vurdering av hvordan den valgte politikk vil påvirke helseforskjellene, og virkningen av ulike tiltaksalternativer må synliggjøres i beslutningsprosesser. Graham (2004b) tar til orde for bevisstgjøring rundt satsing mot sosiale helsedeterminanter, og advarer mot blind tro på at satsing mot determinantene automatisk bidrar til utjevning av sosiale ulikheter i helse. For å sikre en helhetlig satsing mot utjevning av sosiale ulikheter i helse, er det nødvendig å skille mellom de sosiale faktorene som påvirker helse og de sosiale prosessene som ligger bak skjevfordelingen av disse faktorene

blant ulike grupper i samfunnet. Skillet kan klargjøres gjennom å ta utgangspunkt i sosial posisjon som punktet i årsakskjeden der ressurser fordeles og dermed også skjevfordeles mellom sosiale grupper. Denne argumentasjonen støtter opp under synet om å se på eksempelvis immigrasjon som sosial determinant (Castañeda et al., 2015; Raphael, 2014), da immigrasjon vil ha direkte påvirkning på sosial posisjon og ha betydning for reell tilgang til ressurser i samfunnet.

Gradientutfordringen peker på at det ikke er tilstrekkelig å arbeide med gjennomsnittlig folkehelse i folkehelsearbeidet, da innsatsen må økes proporsjonalt med behovet i de ulike sosiale lag. Helsegevinsten må være størst for de mest sosialt sårbare. En tilnærming med dette utgangspunktet kan beskrives som proporsjonal universalisme der målet er å finne balansen mellom universelle og grupperettede tiltak (CSDH, 2008; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011; Marmot & Bell, 2012). Marmot et al. (2012) presenterer proporsjonal universalisme som strategier som omfatter alle mennesker i en befolkning, men der omfanget av strategiene står i forhold til det sosiale behovet i alle lag av samfunnet. Den Marmot-ledede kommisjonen CSDH har også et nøkkelbudskap som lyder «*Do something, do more, do better*» (Marmot et al., 2012, p. 1014). Dette budskapet er et litt annet enn det Graham (2004a), Vallgård (2007) og Diez et al. (2014) står for når de tar til orde for avklaring av et felles forståelsesgrunnlag for sosiale ulikheter, dersom man skal lykkes med en sammenhengende og helhetlig satsing for å redusere slike ulikheter.

2.4 Folkehelsepolitikk i Norge

Den desentraliserte velferdsstaten

Velferdsstaten i Norge er desentralisert, gjennom en flernivåmodell som gir kommunene stadig større ansvar for produksjon av velferdstjenester (Hanssen & Helgesen, 2011). Dette medfører en dobbeltrolle for kommunene, som autonom politisk aktør og som iverksetter av nasjonal politikk (Helgesen & Hanssen, 2014). Denne dobbeltrollen kommer også til syne i folkehelsepolitikken. Flernivå-begrepet gjenspeiler en forskyvning i maktforhold mellom sentrale og lokale myndigheter, et skifte mot et mer egalitært forhold mellom myndighetsnivåer og samfunnsområder. Dette blir ansett som nødvendig for å nå nasjonale, politiske målsettinger som ikke kan realiseres uten bidrag fra kommunene. Det innebærer også veksling mellom styringsformer som eksisterer parallelt, tradisjonelle hierarkiske styringsformer, New Public Management som har et underliggende rasjonale basert på mål-

og resultatstyring, der resultater skapes gjennom riktig forvaltning av ressurser, og New Public Governance som legger vekt på forhandling gjennom nettverk og relasjonelle mekanismer som skal bidra til felles verdier og samarbeidsformer (Hanssen & Helgesen, 2011; Helgesen, 2014). I dag har kommunene et betydelig handlingsrom for å prioritere og planlegge sin virksomhet ut fra egne behov, behov som varierer fra kommune til kommune på bakgrunn av demografisk sammensetning, geografisk utgangspunkt med varierende tilgang til ressurser, samt varierende infrastruktur og politisk og administrativ organisering (Fosse & Helgesen, 2015). Til tross for stort handlingsrom, er de likevel pålagt ansvaret for å produsere et vidt spekter av velferdstjenester innenfor områder som barnehage, skole, helsestasjon, eldreomsorg, sosiale tjenester og primærhelsetjenester. Kommunene blir derfor pekt ut som en viktig setting for folkehelsearbeid, gjennom deres betydelige påvirkning på rammene deres innbyggere lever sine liv innenfor, og er derfor helt sentrale utøvere i norsk folkehelsepolitikk, i følge Helgesen (2014).

Lovgivning og politisk utvikling på folkehelsefeltet

Fokus på rettferdig fordeling av helse i befolkningen er et ansvar for kommunenes samlede folkehelsearbeid, gjennom samhandlingsreformen. Dette er spesielt synlig i folkehelseloven (Folkehelseloven, 2011) som har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som legger til rette for god folkehelse, blant annet gjennom utjevning av sosiale helseforskjeller. Likeledes peker folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) ut utjevning av sosiale helseforskjeller som det første av fem styrende prinsipper i fremtidens folkehelsearbeid, sammen med prinsippene om helse i alt vi gjør, bærekraftig utvikling, føre-var-prinsippet og medvirkning.

Norge har tradisjon for en strukturell tilnærming til fremming av folkehelse og reduksjon av helseulikheter gjennom fokus på equity, solidaritet og universelle velferdsgoder (Raphael, 2014; Tallarek née Grimm et al., 2013). Til tross for den norske sosialdemokratiske velferdsstaten, er ikke de sosiale ulikhetene i helse nevneverdig mindre i Norge enn i andre land (Dahl & Van der Wel, 2013; Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Mackenbach (2012) kaller de eksisterende sosiale ulikhetene i velferdsstater som Norge for et paradoks, og presenterer ulike årsaksforklaringer til at ulikheter oppstår og vedvarer også i land med godt utbygde velferdsordninger.

I 1984 forpliktet norske myndigheter seg til WHO-strategien «Helse for alle i år 2000» og med det en satsing rettet mot sosiale ulikheter gjennom vurdering av helseeffekt av offentlig politikk på alle områder (Raphael, 2014). På den tiden var fokuset på å redusere ulikheter gjennom satsing rettet mot bedring av helsesituasjonen til de mest utsatte sosiale gruppene. Ansvar for dette arbeidet ble lagt til kommunene gjennom kommunehelsetjenesteloven fra 1984, som la vekt på utarbeiding av helseoversikt som nøkkelstrategi i arbeidet med utjevning av ulikheter (Tallarek née Grimm et al., 2013).

I den norske politiske debatten har utjevning av helseulikheter vært tematisert med ulik styrke og med ujevne mellomrom, men har blitt stadig viktigere etter at det ble satt på agendaen av Bondevik-regjeringen rundt årtusenskiftet (Tallarek née Grimm et al., 2013). Den gang var fokuset på de utsatte, marginaliserte gruppene, og den dobbelte urettferdigheten i at mennesker med lav sosial status, få goder og ressurser også er belastet med dårlig helse og forkortet levealder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Flere handlingsplaner og stortingsmeldinger har etter dette bidratt til større fokus på den systematiske sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og helse som danner et trappetrinnsmonster gjennom hele befolkningen og utgjør den sosiale gradienten. Gradienten ble på alvor satt på den politiske agendaen gjennom en handlingsplan lansert i 2005 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) som la grunnlaget for St.meld. nr. 20, 2006-2007, en nasjonal strategi for å utjevne helseforskjeller, gjennom satsing rettet mot gradienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Gradientfokuset innebærer en forståelse av strukturelle forholds betydning for at sosiale helseulikheter oppstår, vedvarer og øker, og at det dermed angår alle lag av befolkningen (Fosse & Strand, 2010). Til tross for at det har vært bevissthet rundt sosiale ulikheter i helse over mange år i Norge, var det først i 2007 at den første nasjonale strategien rettet mot disse ulikhetene ble publisert. Fordi Norge kom sent på banen i dette arbeidet, har en kunnet dra nytte av erfaringer fra andre land. Dette kan være grunnen til at den norske strategien er en av svært få nasjonale strategier som har en eksplisitt tilnærming til helseulikheter gjennom fokus på den sosiale gradienten. Strategien kombinerer universelle tjenester med programmer rettet mot hele befolkningen, kombinert med særskilte tiltak rettet mot utsatte grupper. Den dekker både sosialreform, risikoreduksjon og effektreduksjon, alle med både universelle og særskilte tiltak. Det er tverrpolitisk oppslutning om å sikre bredden i strategien gjennom tiltak rettet mot inntektsfordeling. Norge blir tett fulgt fra utlandet for å hente lærdom om utjevning av sosiale ulikheter i helse (Whitehead & Popay, 2010).

I Norge er det politisk enighet om at rettferdig fordeling er god folkehelsepolitikk, noe som har bidratt til at helsesektorens dominans i folkehelsearbeidet gradvis har sluppet tak og åpnet for en stadig mer tverrprofesjonell og tverrsektoriell forståelse for helse (Tallarek née Grimm et al., 2013). St.meld nr. 20 legger føringer for en politikk som adresserer utjevning av sosiale helseulikheter gjennom utjevning av forskjeller på en rekke samfunnsområder, noe som fordrer ansvar på tvers av sektorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Tverrsektorielt ansvar på dette området er etter hvert forankret i norsk lovregulering gjennom pålegg om at all kommunal planlegging blant annet skal bidra til å fremme helse og motvirke sosiale helseforskjeller etter plan- og bygningslovens § 3-1f (Plan- og bygningsloven, 2008). Denne loven er kommunens fremste verktøy i samfunnsplanleggingen. Formålet med planlegging etter loven er samordning av fysisk, økonomisk, sosial, estetisk og kulturell utvikling i kommunen som skal planfestes i en kommuneplan. Kommuneplanen er overordnet styringsverktøy for kommunen som helhet og styrer prioriteringer innad, i kommunen som helhet og innad i hver sektor. Samfunnsdelen av kommuneplanen er et viktig plandokument som legger rammene for hver sektors bidrag i det langsiktige utviklingsarbeidet. Planfestede mål om å redusere ulikheter i helse, forplikter hver sektor til utvikling av strategier for å oppnå et slikt mål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Plan- og bygningsloven pålegger også kommunene å samarbeide på tvers av sektorer og gjennomføre helsekonsekvensutredninger av foreslåtte tiltak i arbeidet med kommuneplanen, slik at det sikres en sammenheng mellom kommunens utfordringer og prioriteringer i planperioden. Folkehelseloven (2011) er koordinert med plan- og bygningsloven, og legger det vidtfavnende determinantperspektivet til grunn for lokalt planarbeid (Hofstad, 2011), blant annet gjennom pålegg til kommunene om utarbeiding av oversikter over forhold som påvirker folkehelsen lokalt, en oversikt som skal legges til grunn for strategisk planlegging og fungere som begrunnelse for prioritert satsing. Gjennom oversikter som grunnlag for planarbeid, sikres en rød tråd i folkehelsesatsingen på tvers av kommunens sektorer. Dette utgjør en Health in All Policies-tilnærming som gjøres nærmere rede for senere.

Folkehelseloven forsterker kommunenes rolle, som i tråd med den norske tradisjonen med desentralisering av makt, blir premissleverandør for de forholdene kommunens innbyggere lever sine liv innenfor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011; Tallarek née Grimm et al., 2013). Loven trådte i kraft 1.1.2012 og utpeker kommunene som en hovedaktør i folkehelsearbeidet på grunn av nærheten til innbyggerne, og som forvalter av rammene for lokal samfunnsutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Loven pålegger

kommunene å samordne sin virksomhet for systematisk kartlegging og langsiktig planlegging som skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller blant annet gjennom bevissthet om sosial fordeling av folkehelseutfordringer. Oversiktsarbeidet kommunene er pålagt skal analyseres ut fra hvordan påvirkningsfaktorene er fordelt i sosiale grupper basert blant annet på kjønn, etnisitet og sosioøkonomisk posisjon. Slike analyser vil kunne gi grunnlag for å vurdere om ulike grupper i befolkningen har behov for særskilt satsing (Folkehelseloven, 2011). Loven bygger videre på påvirkningsperspektivet og fokuset på den sosiale gradienten, som har blitt stadig tydeligere i norsk folkehelsepolitikk. Gradientfokuset som utgangspunkt for folkehelsepolitikken, legger føringer for strategier og tiltak som velges. Spesifikke tiltak rettet mot risikomålgupper er dermed ikke tilstrekkelig, fordi målet med utjevning ikke bare dreier seg om å bedre gjennomsnittshelsen eller å øke levealder i befolkningen som helhet, men å legge til rette for rettferdig fordeling av helse i befolkningen. Å motvirke helseforskjeller uten å bidra til at helsen til enkelte grupper blir dårligere, er en stor utfordring som regnes som formålet med folkehelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, p. 47). Folkehelseloven er ett av to juridiske virkemidler som skal bidra til å realisere målene i samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Tallarek née Grimm et al., 2013). Dette er en omfattende velferdsreform som ble iverksatt i 2012 og er norske myndigheters svar på de samfunnsutfordringene vi står ovenfor som et resultat av epidemiologiske og demografiske endringer. Økende levealder kombinert med økning i kroniske lidelser, legger stort press på helsesektoren og utgjør en trussel mot samfunnets økonomiske bæreevne. Samtidig er det andre sektorer enn helsesektoren som kan bidra til å forebygge for å vri utviklingen i en helsefremmende retning med mål om å bedre folkehelsen. Disse utfordringene krever økt samarbeid på tvers av sektorer og nivåer i både på helseområdet og mellom ulike samfunnsområder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Reformen gir retning for en ny norsk folkehelsepolitikk og søker å besvare utfordringen med manglende fokus på forebygging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), fragmenterte tjenester og mangelfull koordinering mellom tjenesteområdene, slik blant annet NOU 2005:3 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005) etterlyser. Samhandling som begrep forekommer stadig oftere i offentlige dokumenter, som en tidstypisk idé om organisering av helsetjenester. Samhandlingsreformen er en naturlig utvikling av tidligere velferdsreformer både nasjonalt og internasjonalt, og er i tråd med WHO sine anbefalinger om bærekraftige helsesystemer i samfunn med økende levealder og en større andel eldre i befolkningen (Torjesen & Vabo, 2014). Bærekraftig samfunnsutvikling og folkehelsearbeid involverer flere aktører enn de offentlige, og frivillig sektor utpekes som en betydelig folkehelseaktør. Deltagelse i frivillig

arbeid har egenverdi i form av sosial tilhørighet og mening, samtidig som frivillige organisasjoner yter tjenester og tilbud som er viktige for samfunnet som helhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011; Helsedirektoratet, 2014a). Det er et uttalt ønske i samhandlingsreformen og norsk folkehelsepolitikk at frivillig arbeid skal styrkes. Frivillig arbeid har sitt utspring i solidaritet som forutsetning for frivillighet. Solidaritet i form av deltagelse i frivillig arbeid er minkende, og Kassah, Johansen og Kassah (2014) stiller spørsmål ved hvorvidt samfunnsendringer har ført til forvitring av solidariteten. Ønsket om ansvarsoverføring til frivillig sektor kan leses som et nasjonalt ønske om revitalisering av solidariteten, men spørsmålet er om den kan revitaliseres gjennom maktbruk og hvordan dette arbeidet eventuelt skal sikres. Lorentzen (2014) stiller spørsmål ved hvilken effekt av det frivillige arbeidet norske myndigheter etterspør når de ønsker å styrke frivilligheten. Distinksjonen mellom frivillige organisasjoner som arena for individuell nytte i form av deltakelse, sosial tilhørighet og empowerment og frivillige organisasjoner som velferdsprodusenter som skal avlaste det offentliges oppgaver, er uklar og fordrer ulike tilnærminger. Raphael (2014) trekker frem betydningen av sivil engasjement i nordiske velferdsstater sin satsing mot sosiale ulikheter i helse. Her understrekes også behovet for avklaring om «hvilken frivillighet» man ønsker å styrke. Avklaring av slike spørsmål er av betydning for å sikre samstyring mellom offentlige og frivillige organisasjoner i tråd med norske myndigheters satsing mot viktige samfunns mål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Helsedirektoratet, 2014a).

Tverrsektorielt samarbeid og HIAP

En erkjennelse av at de vedvarende ulikhetene i helse over hele Europa stammer fra ulik tilgang til makt, penger og ressurser fører med seg at arbeid mot slike ulikheter blir et ansvar på tvers av myndighetsområder, både vertikalt og horisontalt (Baum et al., 2013; CSDH, 2008; Diez et al., 2014). Sektorovergrepene krever sektorovergrepene verktøy (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Sektorovergrepene innebærer både samarbeid på tvers av ulike organisatoriske enheter og på tvers av ulike profesjoner, og prinsippet om samhandling på tvers av disse skillelinjene er et viktig innslag i dagens norske folkehelsepolitikk (Fosse, 2011b). (Axelsson & Axelsson, 2011) kaller samvirke eller samhandling for velferdsstatens nye arbeidsform, og presenterer tverrsektorielt samarbeid som den mest komplekse og krevende formen for samhandling. Denne kompleksiteten økes ytterligere dersom samhandlingen også skal omfatte organisasjoner utenfor det offentlige, for

eksempel organisasjoner innenfor frivillig sektor. Samarbeidet kompliseres når det inngår organisasjoner med svært ulike finansieringsordninger, organisasjonsformer og generelle spilleregler.

«Health in All Policies», heretter kalt HIAP er en betegnelse som får stadig økende anerkjennelse for sin tverrsektorielle «whole of government»-tilnærming til utjevning av sosiale ulikheter i helse gjennom å adressere sosiale helsedeterminanter (heretter SDH) (Freiler et al., 2013). «Whole of government»-begrepet viser til at offentlige tjenesteområder samarbeider på tvers av sektorskjeller mot felles definerte mål for å sikre helhetlige og integrerte løsninger på definerte problemområder i følge Kickbusch (2010). HIAP baseres på forståelse av sammenhengen mellom helse og øvrige samfunnsområder. Tilnærmingen formaliserer bruk av strukturer, mekanismer og handlinger som har sin opprinnelse hovedsakelig utenfor helsesektoren for å bedre folkehelsen og for å redusere de systematiske sosiale ulikhetene i helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011; Shankardass et al., 2011). HIAP kan derfor sees som en videreføring av WHO sin «helse i alt vi gjør»-tenkning, som går helt tilbake til 1974 i Lalonde-rapporten, videre fulgt opp i Alma Ata-deklarasjonen og i Ottowacharteret i 1986 (Ollila, 2011; WHO, 2014). Ett av hovedbudskapene i Ottowacharteret var behovet for samarbeid og integrering av helsehensyn i alle politikkområder. Dette begrunnes med at sosiale helseulikheter er for komplekse til å kunne løses av en sektor alene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

HIAP-tilnærmingen skiller seg fra andre tverrsektorielle satsinger på to måter. HIAP forutsetter koordinering fra formelle strukturer hos myndighetene, selv om satsingen inkluderer aktører utenfor det offentlige. I tillegg skal HIAP-satsing ha rotfeste i nasjonal politikk, slik at det sikres en sammenhengende satsing mellom nasjonalt, regionalt og lokalt nivå (Shankardass et al., 2011, p. 8). Koordinering fra formelle strukturer hos myndighetene er av stor betydning fordi det er vanskelig å implementere tiltak som etterlyses av andre sektorer eller aktører enn dem som skal gjennomføre tiltakene (Ollila, 2011, p. 13). Koordinering kan sikres gjennom å etablere koordineringsfunksjoner i form av å gi ansvaret for koordinering til et individ eller en enhet, eller at koordineringsansvaret plasseres i ledergruppen der det integreres med annet ansvar (Bouckaert, Peters, & Verhoest, 2010). Folkehelsekoordinator er et eksempel på en koordineringsfunksjon som er tiltenkt en sentral rolle i HIAP gjennom å integrere helseplanleggingen i øvrig fysisk og miljømessig planarbeid i kommunen (Torjesen & Vabo, 2014).

Helsesektoren er sentral i tverrsektorielt folkehelsearbeid av ulike grunner. Sektoren besitter viktig kunnskap om helse og påvirkningsfaktorer, og kan bidra til å bevisstgjøre andre sektorer om helsekonsekvenser av politikk og tiltak og gi råd om tiltak til de sektorene som råder over de nødvendige virkemidlene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). HIAP-tilnærmingen skal ha utgangspunkt i en vurdering av hvilke konsekvenser beslutninger i alle sektorer får for helsesituasjonen i befolkningen, med mål om å forbedre folkehelsen og oppnå equity. HIAP har høyere ambisjoner enn tverrsektorielt samarbeid, og de styrende prinsipper for tilnærmingen er legitimitet for beslutninger, ansvarliggjøring, gjennomsiktighet, informasjonstilgang, deltakelse og bærekraftige løsninger (WHO, 2014, p. 19). WHO peker ut helseledelsen på alle myndighetsnivåer som nøkkelaktører i HIAP. Helsesektoren skal lete etter åpninger for samarbeid og påvirkning på andre sektorer (WHO, 2014).

Shankardass et al. (2011) definerer HIAP som tverrsektorielle initiativ rettet mot en helsefremmende politikk som både involverer myndigheter på nasjonalt og lokalt nivå, der sektorer samhandler om å utvikle politikk og programmer for en folkehelsesatsing som skal forhindre manifestering av sosiale ulikheter i helse. Tverrsektoriell samhandling kan sikres gjennom samarbeid, koordinering eller integrasjon. Satsingen skal rettes mot sosiale helsedeterminanter slik som utdanning, boligforhold og fattigdomsbekjempelse. Satsingen skal rettes inn mot marginaliserte grupper, men også inkludere universell tilnærming for å forhindre sosiale helseulikheter på tvers av alle lag av befolkningen. Anerkjennelsen av at helse er sterkt påvirket av faktorer utenfor helsesektoren, innebærer at HIAP-tilnærming må ha utgangspunkt i sosiale helsedeterminanter. Koivusalo (2010) understreker også betydningen av å ikke utelukkende fokusere på samarbeid og koordinering på administrativt nivå, men også inkludere politiske beslutningstakere, for å sikre helhetlige satsinger og tydeliggjøre ansvaret for utjevning av sosiale ulikheter i helse.

Kickbusch og Buckett (2010) presenterer HIAP som et svar på «wicked problems». Dette er en betegnelse på innfløkte problemer på den politiske agendaen. Problemene er innfløkte fordi de er sosialt komplekse, vanskelig å definere og har flere årsaker som innad påvirker hverandre. Innfløkte problemer har gjerne ingen entydige løsninger og det er vanskelig å utpeke en myndighetssektor som kan sies å være ansvarlig for problemet alene (s.3). Utfordringene helsesektoren står overfor på verdensbasis er eksempler på slike problemer. I industrialiserte samfunn er hovedfokus på behandling av dårlig helse, som blant annet er et resultat av økte kroniske lidelser. Samtidig merker en resultatene av stadig økende kostnader knyttet til teknologiske fremskritt innen det medisinske området, innbyggernes forventninger

til helsetjenestene og av en stadig økende andel eldre, som bidrar til å legge press på en helsesektor som må fokusere på behandling av dårlig helse heller enn å legge til rette for god helse. Resultatet av dette er at helsesektoren blir stående som «eier» av disse problemene, mens løsningene ikke er verken medisinske eller kliniske, men miljømessige og sosiale. Årsakene til problemene må derfor adresseres av andre enn helsesektoren. Oppmerksomheten på disse utfordringene har ledet til ny innsikt i politikktutforming og implementering, og ført til økende interesse for omstrukturering av offentlig virksomhet for å legge til rette for økt samhandling mellom sektorer gjennom bruk av HIAP (Kickbusch & Buckett, 2010). Valg av styringsform for folkehelsearbeidet og valg av løsninger for å oppnå de ønskede resultater innenfor dette området, er av avgjørende betydning i følge Helgesen (2014, p. 25).

Det er også andre tilnærminger til helsefremmende arbeid enn HIAP, tilnærminger som også krever tverrsektorielt samarbeid, men HIAP krever tydelig lederskap fra toppen. Uten dette vil konkurranse og ideologiske forskjeller mellom de ulike sektorene gjøre det vanskelig å implementere tverrsektorielt samarbeid (Alvaro et al., 2011). Det er likevel en rekke funn fra litteraturen som peker på at tverrsektorielt samarbeid er vanskelig til tross for HIAP og tydelig lederskap. Reell samhandling om innfløkte problemer krever innovative løsninger, som ikke nødvendigvis passer inn i den lineære prosessen vi vanligvis tenker at politiske prosesser er (Kickbusch & Buckett, 2010, p. 3). Carey og Crammond (2015) har gjort funn som bekrefter dette bildet, og beskriver den lineære politiske prosessforståelsen som «*out of touch with the messy reality of policy making*» (s. 134). «The messy reality of policy making» bidrar blant annet til at det å fremskaffe evidens for tiltak som virker, ikke er tilstrekkelig til å sikre at tiltak blir igangsatt. Vallgård (2007) beskriver de ikke-lineære politiske prosessene som et resultat av et utall ulike og parallelt eksisterende problemdefineringer, forståelser av årsakssammenhenger og løsningstilnærminger (Vallgård, 2007).

Spørsmålet om evidens i folkehelsearbeidet er aktualisert av flere. Mittelmark et al. (2007) stiller spørsmålsteget ved relevansen av fokuset på evidens i helsefremmende arbeid, fordi evidenskonseptet har ulike betydninger i ulike akademiske disipliner. Carey og Crammond (2015) advarer mot ensidig satsing på å fremskaffe evidens og etterlyser større kunnskap om politiske beslutningsprosesser, for å sikre reell og helhetlig satsing mot SDH. Dahl et al. (2014) påpeker også de store kunnskapsskjevhetene på dette området, at det er en tendens til å fokusere på kunnskap om små og umiddelbare tiltak, heller enn helhetlige tiltakspakker som adresserer hele befolkningen. Dette aktualiserer loven om den omvendte evidens: at det foreligger minst kunnskap om de tiltakene som har det største potensialet for å påvirke

folkehelsen. Katikireddi et al. (2013) setter også ensidig fokus på evidens basert på «cause and effect»-evalueringer på dagsorden, og tar til orde for at det finnes tilstrekkelig evalueringforskning på intervensjoner rettet mot enkeltindivider og målgrupper. Dette støttes også av Marmot og Allen (2014). Forskningen bør heller sette fokus på forholdet mellom SDH og sosiale ulikheter i helse, og effekter endring av SDH vil ha på slike ulikheter (Katikireddi et al., 2013). Koivusalo (2010) etterlyser også fokus på å avklare hva som er det reelle behovet og hvordan behovet skal møtes, i stedet for at det er det man har bevist effekt av som blir gjort, uavhengig av om det sammenfaller med reelle behov. En slik instrumentell tankegang minner om «Maslows hammer», det klassiske sitatet om at alt vil se ut som en spiker hvis det du har tilgjengelig, er en hammer (Maslow, 1966, p. 15). Men forskning som retter fokus på forholdet mellom SDH og sosiale ulikheter i helse aktualiserer igjen problematikken med sektor-tenkningen i offentlig virksomhet som både finansieringsløsninger, politikk og byråkrati er preget av (Katikireddi et al., 2013). Både forskere og beslutningstakere er forsiktige med å sette i verk forskning på intervensjoner som ikke gir klare resultater, denne forsiktigheten kan også knyttes til redselen for å bli oppfattet som «politisk». Redselen for å fremstå «politisk» knyttes til fordelingsaspektet i satsing mot SDH og sosiale ulikheter i helse (Katikireddi et al., 2013, p. 715). Spørsmålet om sosiale ulikheter i helse berører kjernen i de politiske skillelinjene langs venstre-høyre aksen, og vil derfor alltid være politisk ladet (Fosse & Strand, 2010; Mittelmark et al., 2007) og knyttet til hvordan et samfunn er organisert og ivaretar fordelingen av goder. Marmot og Allen (2014) støtter opp under dette synet ved å presentere motstanden mot og utfordringene for tiltak rettet mot SDH som politisk motivert, fordi generering og distribusjon av rikdom i et land gjennom inntekts- og velferdspolitikken reflekterer politiske prioriteringer.

Vertikal finansiering og budsjettkontroll knyttet til sektorinndeling i offentlig virksomhet er en seriøs utfordring i HIAP-arbeid når det skal kombineres med med horisontal samstyring. Dette bekreftes av Fosse og Helgesen (2015) som har sett på hvordan kommunen kan bidra til utjevning av sosiale ulikheter i helse blant barnefamilier i Norge. Fragmenterte tjenester og sektorinndelt offentlig virksomhet i velferdsstater er en kjent problemstilling som blant annet kan knyttes til mer spesialiserte tjenester som resultat av profesjonalisering kombinert med en styringsform preget av New Public Management-mekanismer (Axelsson & Axelsson, 2011). Byråkratiserte organiseringsprinsipper bidrar til fragmentering av oppgaver og ansvar (Fosse, 2011b), som bidrar til at «whole of government»-styring er ekstremt vanskelig, og Carey and Crammond (2015) tar til orde for at satsing mot SDH ikke bør være avhengig av å få suksess

på samstyringsområdet. I stedet etterlyser de evnen til å presentere problemer og løsninger som korresponderer med eksisterende sektorskiller, og dertilhørende ansvarlighets- og belønningsstrukturer i offentlig virksomhet. Ansvarlighets- og belønningsstrukturer knyttes til New Public Management-styringsformen som over de siste tiårene har preget offentlig sektor. Denne styringsformen er preget av mål- og resultatstyring og belønner avdelinger og sektorer som leverer resultater som står i forhold til definerte mål innenfor eget virksomhetsområde. Dette står i veien for satsing mot SDH, der satsing innen en sektor gjerne vil gi utslag på resultatet i en annen sektor. Kunnskap om disse forholdene, sammen med oppmerksomhet rundt at politikerne trenger løsninger som med sikkerhet er til fordel for dem overfor velgerne, vil kunne legge forholdene til rette for reell og helhetlig satsing mot SDH. Uten kontinuerlig press på disse prosessene er mulighetene for forandring svært begrenset. Carey og Crammond (2015, p. 140) tar derfor til orde for at foreslåtte satsinger mot sosiale helsedeterminanter må brytes ned slik at det fungerer innenfor sektorene slik det fremstår i dag, og konseptualiseres på en måte som ikke gir myndighetene en følelse av at de ikke evner å løse utfordringen.

Greer og Lillvis (2014) har gjennomgått litteratur som omhandler erfaringer med HIAP og litteratur om kjente koordineringsutfordringer i offentlig sektor, og har utpekt to utfordringer og tre løsningsforslag for vellykket implementering av HIAP. Den første utfordringen er problemer knyttet til oppretting av koordineringsmekanismer og -funksjoner, og den andre er problemer knyttet til å få koordineringsmekanismene og -funksjonene til å vedvare over tid tross for byråkratiske og politiske endringer. Løsningene på utfordringene er tredelt og deles inn i politisk lederskap, byråkratiske endringer og indirekte strategier. Politisk lederskap involverer tydelig lederskap fra toppen som gir klare signaler om hvilken retning man ønsker å bevege seg i, blant annet gjennom planverk og målformuleringer. Tydelige mål forplikter aktørene til å arbeide med områder som kanskje ellers ville blitt nedprioritert. Byråkratiske endringer omfatter reorganisering av virksomheten for å legge til rette for ønsket utvikling og innføring av virkemidler som sikrer felles satsing, som for eksempel helsekonsekvensvurderinger av alle tiltak som vurderes. Indirekte strategier kan dreie seg om å involvere aktører utenfor byråkratiske og politiske miljøer, og sikre at deres stemmer kommer frem for å bringe frem aktuelle og ønskede tema på dagsorden og øke presset på beslutningstakerne. Indirekte strategier kan også være å sørge for større tilgang til data og informasjon som grunnlag for beslutninger om folkehelse, for eksempel ved å synliggjøre indikatorer for folkehelse som henger sammen med rase, klasse, kjønn eller lignende. Hvis tilgangen til denne informasjonen gjøres tilgjengelig for alle, vil også grupper utenfor

offentlig sektor kunne bruke dette til å legge press på beslutningstakere for ønsket samfunnsmessig utvikling.

Carey og Crammond (2015) presenterer to tilnæringer til «whole of government»-satsing mot SDH: HIAP og det de kaller Marmot sin «fairness-agenda», og tar til orde for å kombinere disse to tilnærmingene i større grad. I stedet for ensidig satsing på evidensbasert praksis i HIAP, tar de til orde for helhetlige løsninger som baseres på rettferdighetsargumentasjon med utgangspunkt i filosofiske og moralske resonnementer. Det rette argumentet for utjevning av sosiale ulikheter i helse er at det er det rette å gjøre (s. 139). De knytter dette til at moralske prinsipper er kjernen i arbeidet mot sosiale ulikheter i helse, og at det er vanskelig å konstruere tilstrekkelig sammenhengende argumentasjon for å bygge opp under dette arbeidet uten bruk av moralske argumenter. Baum og Fisher (2014) støtter opp under dette synet og advarer mot for sterk tro på at tilstrekkelig evidens automatisk medfører satsing mot SDH, og understreker derfor betydningen av ideologi i folkehelsearbeidet. Evidens vil ikke være tilstrekkelig til å forandre ideologien til aktørene i folkehelsearbeidet ifølge Baum og Fisher (2014).

2.5 Status for kommunalt folkehelsearbeid

Som redegjort for, er kommunens rolle og ansvar i folkehelsearbeidet tydeliggjort og forsterket etter iverksettingen av samhandlingsreformen i 2012. Det er i forbindelse med reformen igangsatt ulike følgeforskningsprosjekter som skal evaluere virkningene av reformen. Norsk by- og regionforskning utga i 2014 en rapport om endringer i kommunalt folkehelsearbeid etter reformen. Rapporten bygger på baseline-data basert på surveyundersøkelse til alle norske kommuner i 2011, like før reformen ble iverksatt. Dataene er sammenholdt med data fra en surveyundersøkelse til alle norske kommuner i 2014, og inngår i prosjektet EVASAM. Prosjektet tar utgangspunkt i endringer som kan spores til reformen, hvordan styringssignaler fra reformen har materialisert seg i form av nye tiltak eller nye organisasjonsformer, og om det eventuelt ligger nye forståelsesformer bak disse endringene. Hovedfunnene fra undersøkelsene viser at det er en økt tverrsektoriell forståelse for viktigheten av folkehelsearbeid i kommunene. Dette gir seg utslag i at folkehelseansvaret som tidligere tradisjonelt har vært forankret i helsesektoren, nå i større grad dreier seg bort fra helsesektoren og dypere inn i den kommunale organisasjonen som helhet. Den strategiske forankringen av folkehelseansvaret er forsterket. Folkehelsekoordinator er tiltenkt en koordinerende og systematiserende rolle i kommunene, og der denne rollen tidligere har vært organisert under helsesjef, er det nå i endring i retning av at stillingen organiseres under

plansjef eller lignende. I tillegg har flere kommuner ansatt folkehelsekoordinator, og større andel av stillingen er avsatt til folkehelsearbeid nå i forhold til tallene fra 2011 (Helgesen, Hofstad & Schou, 2014). Når det gjelder utvikling av tverrsektorielle folkehelsegrupper i kommunene, har det vært en markant nedgang i bruk av slike grupper fra 2011 til 2014 (Fosse & Helgesen, 2015). Det har vært sterk økning av kommuner som har utarbeidet oversikt over negative og positive påvirkningsfaktorer for helse, dette funnet peker seg ut som det tydeligste svaret på signalene i reformen. Likevel ser det ikke ut til å være innarbeidede rutiner for hvordan oversiktsarbeidet skal legges til grunn for planarbeid og prioriteringer i folkehelsearbeidet lokalt, 17 % av kommunene svarer at oversiktene er utgangspunkt for politiske prioriteringer og prioriteringer i arbeidet med kommuneplanen. Innvandrerrike kommuner er i evalueringen definert som de kommunene med høyest andel lengeboende innvandrere fra Sri Lanka, Pakistan, Irak, Iran, Vietnam og Tyrkia. Disse kommunene har størst trykk på folkehelsearbeidet. I innvandrerrike kommuner ser folkehelsearbeidet ut til å være godt forankret og oversiktsarbeidet er igangsatt. Disse kommunene utmerker seg i forhold til vilje til endring i tråd med signalene i reformen. Utover disse hovedfunnene, er det et gjennomgående problem i norske kommuner å kombinere økt behandling og korttidsforebygging med langsiktig folkehelsearbeid, og det oppleves vanskelig å sette av midler til langsiktig forebyggende arbeid som gir effekt først på lang sikt. Dette knyttes ikke utelukkende til økonomiske ressurser, men også til holdningsendring og endringsvilje, og mangel på kompetanse som legger til rette for en reell «helse i alt vi gjør»-tenkning (Helgesen, Hofstad & Schou, 2014). Helgesen, Hofstad, Risan, et al. (2014) har utarbeidet en rapport om målgrupper og strategier for kommunalt folkehelsearbeid, på oppdrag fra Kommunenes Sentralforbund. Rapporten bygger opp under funnene fra EVASAM når det gjelder det systematiserte folkehelsearbeidet der folkehelse er mer integrert i strategisk planarbeid og følgelig solid forankret i organisasjonen. Likevel oppleves det i praktisk folkehelsearbeid vanskelig å arbeide med helhetlige settingstilnærminger i kommunal kontekst, og målgruppe- og tematilnærming er langt mer vanlig. Kommunen har tradisjon for å dele innbyggerne inn i målgrupper etter alder og livsfaser, der satsingen rettes mot barn og unge gjennom skoler, barnehager og helsestasjoner, mens voksne og eldre ikke har tilsvarende samlende arenaer. Mot disse gruppene jobbes det gjerne med tilrettelegging for fysisk aktivitet i nærmiljøet, aktiv deltakelse i kommunale tilbud og i tilbud som arrangeres av frivillig sektor. Tematilnærming kommer gjerne til uttrykk som selektive tiltak rettet mot inaktivitet og fedme, frafall i skolen, fattigdom eller lignende. Inaktivitet og fedme adresseres med frisklivstiltak, mens fattigdom får mest oppmerksomhet i den grad den hindrer barn og

unge i å være fysisk aktive. Mange kommuner løser dette gjennom utstyrsordninger eller hjelp til medlemsavgifter eller lignende. Frafall i skolen er mange kommuner opptatt av, men de har få konkrete tiltak for å adressere det. Helgesen og Hofstad (2014) har sett på hvordan levekårsforhold ble lagt til grunn for folkehelsearbeidet lokalt, basert på tall fra 2011. De fant at levekårsforhold til en viss grad lå til grunn for folkehelsearbeidet i kommunene, men kom tydeligere til syne i diskurs og retorikk enn i konkrete tiltak. De fant også at levekårsforhold var høyere prioritert i større kommuner som rapporterer større grad av sosiøkonomiske utfordringer.

2.6 Oppsummering

Bedring av levekår, hygieniske og sanitære forhold, boligforhold, arbeidsforhold og bedre helsetjenester i etterkrigstidens Norge har gitt høyere levealder og bedre folkehelse, og gir et annet sykdomsbilde enn tidligere. Det er i dag de såkalte velferdssykdommene som utgjør dagens trusler mot folkehelsen og krever nye arbeidsmåter og tilnærminger i folkehelsearbeidet. Parallelt med disse endringene har det vokst frem en helsefremmende tilnærming i folkehelsefeltet: en tilnærming med utgangspunkt i et positivt helsebegrep med en forståelse av helse som en ressurs for hverdagslivet, som påvirkes av de forholdene vi lever i og er en del av. Dette aktualiserer det kollektive ansvaret for helse, da forholdene vi lever i er sosialt konstruerte og kan påvirkes av måten vi organiserer samfunnet på. Dette har gitt åpning for en ny tilnærming til helsefremmende folkehelsearbeid, der de sosiale determinantene for helse står sentralt. SDH-perspektivet retter fokus mot fordeling av økonomiske og sosiale ressurser som påvirkningsfaktorer for befolkningens helsetilstand. Slike sosiale og økonomiske ressurser handler om utdanning, arbeid, arbeidsmiljø, bomiljø, inntektssikring, tilgang til helsetjenester, tilgang til sosiale arenaer og sosial støtte for å nevne noen. De siste årene har det blant annet som resultat av globaliseringstrender og nye migrasjonsmønstre vært økende oppmerksomhet rundt immigrasjon som en faktor som kan påvirke alle de nevnte ressursene over, og som derfor bør få større fokus i folkehelsearbeidet. Disse faktorene åpner for nye arbeidsmåter og arbeidsområder i folkehelsearbeidet.

Utviklingen på folkehelsefeltet har medført økende oppmerksomhet nasjonalt og internasjonalt for sosiale ulikheter i helse. Fenomenet betegner en skjev fordeling av helse, der helsen ikke er tilfeldig fordelt i befolkningen, men følger ulike akser for sosial lagdeling: utdanning, arbeid, økonomi, kjønn, etnisitet osv. Sosiale ulikheter i helse som følger disse aksene systematisk betegnes som gradientutfordringen og ligger til grunn for Norges folkehelsesatsing, der utjevning av sosiale ulikheter i helse regnes som formålet med

folkehelsearbeidet. Formålet om utjevning medfører behov for en bredere satsing i folkehelsearbeid og for flere involverte aktører i dette arbeidet enn tidligere, noe som har åpnet for en Health in all Policies-tilnærming. Denne tilnærmingen har vokst frem internasjonalt og blir presentert som en tilnærming til bred, systematisk folkehelsesatsing som er godt synlig i prinsippene som ligger til grunn for den nye folkehelseloven. Loven er ett av to juridiske virkemidler som skal bidra til å innfri intensjonene med samhandlingsreformen, som i tillegg til mål om mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har mål om økt kommunalt ansvar for disse tjenestene og for økt forebygging og bedre folkehelse. HIAP presenteres som et initiativ som skal bidra til mer helhetlige og sammenhengende løsninger til det beste for innbyggerne, og som svar på velkjente offentlige utfordringer med samarbeid på tvers av arbeidsområder og myndighetsnivåer. Likevel er det omfattende litteratur på at disse utfordringene består til tross for en Health in All Policies-tilnærming i folkehelsearbeidet.

3.0 Forskningsspørsmål og studiens formål

I forarbeidet til folkehelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) pekes kommunene ut som de viktigste aktørene i folkehelsearbeidet. Dette er fordi folkehelsearbeid initieres og iverksettes i kommunene på bakgrunn av lokale behov. Ett av målene med folkehelseloven er å sikre systematisk og langsiktig folkehelsearbeid i kommunene, som skal bidra til at nasjonale, regionale og lokale tiltak er samordnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, p. 63). Denne studien sikter seg inn mot kommunenes oppfølging av folkehelseloven som juridisk styringsvirkemiddel for å oppnå samhandlingsreformens mål. Målet med denne studien er å se hvordan Kristiansand kommune organiserer sitt folkehelsearbeid, hvordan folkehelselovens formål om utjevning av sosiale ulikheter i helse ivaretas av kommunen og hvordan kommunen ivaretar innvandrerbefolkningen i folkehelsearbeidet. Dette målet har resultert i tre forskningsspørsmål:

Forskningsspørsmål 1: Hvordan organiserer kommunen sitt folkehelsearbeid etter at folkehelseloven trådte i kraft og hvilken folkehelseforståelse ligger til grunn for arbeidet på feltet?

Forskningsspørsmål 2: Hvordan er hensynet til sosiale ulikheter i helse ivaretatt i folkehelsearbeidet og hvilken forståelse for sosiale ulikheter i helse ligger til grunn?

Forskningsspørsmål 3: Hvordan er hensynet til innvandrerbefolkningen ivaretatt i folkehelsearbeidet?

Begrunnelse for forskningsspørsmål og studiens formål

Spørsmålene kan sees som en oppfølging av problemstillinger tidligere belyst av Tallarek née Grimm et al. (2013) som har undersøkt hvordan nasjonale føringer om folkehelsearbeid blir fulgt opp lokalt i kommunen. Resultater fra studiene gir signaler om høyst varierende forståelse for sosiale ulikheter i helse og tilnærminger for å motvirke slike ulikheter. Denne oppgaven sikter mot å utforske forståelsen nærmere- og se på hvordan forståelsen kommer til syne i organiseringen av tjenester og tiltak og hvordan den gir seg utslag i lokalt planarbeid og lokal praksis. Å forstå hvorfor den kommunale praksisen varierer i så stor grad på landsbasis som Tallarek née Grimm et al. (2013) viser, vil kunne bidra til å utdype kunnskapen om hva som skal til av informasjon, kompetanse eller ressurser for å forbedre forholdene på landsbasis. Til grunn for spørsmålene ligger en antagelse om at ulike forståelser av folkehelse, folkehelsearbeid og sosiale ulikheter i helse vil ha betydning for organisering og prioritering av folkehelsearbeidet. Helgesen og Hofstad (2012) viste at bare 6 % av kommunene prioriterte levekårsforhold i lokalt folkehelsearbeid og at det lå en livsstils- og helseorientert folkehelseforståelse til grunn for lokale prioriteringer ved undersøkelsestidspunktet i 2011 før iverksetting av samhandlingsreformen. Innvandrerrike kommuner definert gjennom høy andel og lang botid får fokus som konsekvens av føringer i EVASAM som skal ha særlig fokus på tilgjengelighet av tjenester og effekt for utsatte og sårbare grupper, blant annet innvandrere (Helgesen, Hofstad & Schou, 2014). Dette er i tråd med overordnede mål for norsk folkehelsepolitikk som er flere gode leveår for hele befolkningen og reduserte helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper, etniske grupper og mellom kvinner og menn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, p. 30). Innsyn i hvordan en innvandrerrik norsk kommune forstår overordnede folkehelsemål og organiserer og prioriterer sitt folkehelsearbeid, vil være av betydning for å kunne vurdere effekten av virkemidlene i samhandlingsreformen.

Begrepsavklaring av begrepet «innvandrerbefolkningen»

Globale endringer får innvirkninger også på det norske samfunnet. På grunn av åpnere grenser for arbeidsinnvandring, har vi fått en økt andel innvandrere- de fleste av dem kommer fra land innen EU. Barn som blir født av personer som er innvandret til Norge regnes også med i statistikken over innvandrerbefolkningen og dette påvirker også bildet. I takt med endringer på dette feltet, er det også gjort revideringer i klassifisering og betegnelser. Tidligere skilte man gjerne mellom «vestlige» og «ikke vestlige» innvandrere. Denne delingen anses ikke lenger som hensiktsmessig, man snakker nå om «innvandrere med landbakgrunn fra EU, Nord

Amerika etc» versus «innvandrere med landbakgrunn fra Afrika, Asia etc». Den første gruppen gjelder mennesker som har innvandret fra EU/EØS, USA, Canada, Australia, New Zealand og Sveits. Den andre gruppen gjelder mennesker som har innvandret fra Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand, og Europa utenom EU/EØS. I tillegg er det verd å presisere at «innvandrerbefolkningen» inkluderer både dem som har innvandret til Norge, og dem som er født i Norge av utenlandsfødte foreldre (Høydahl, 2008). Når «innvandrerbefolkningen» brukes i denne oppgaven, er det i hovedsak innvandrere med landbakgrunn fra Afrika, Asia etc det gjelder.

4.0 Metode

4.1 Forskningsdesign

Målet med denne studien er å se hvordan Kristiansand kommune organiserer sitt folkehelsearbeid, hvordan folkehelselovens formål om utjevning av sosiale ulikheter i helse ivaretas, og hvordan innvandrerbefolkningen ivaretas i folkehelsearbeidet. Til grunn for spørsmålene ligger en antagelse om at ulike forståelser av folkehelse og sosiale ulikheter i helse vil ha betydning for organisering og prioritering av folkehelsearbeidet. Eksplorerende, kvalitative metoder er egnet til studier der en ønsker å utforske heller enn å tallfeste fenomenet som studeres (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009). Formulering av forskningsspørsmål er antagelig det viktigste skrittet i en forskningsprosess. Et godt utgangspunkt for en studie er spørsmål som er gjennomarbeidet både med tanke på substans og form, som sier noe om hva studien handler om og hvilken form studien skal ha (Yin, 2014). Hvilke spørsmål som stilles, og måten spørsmålene er formulert på, vil derfor være av stor betydning for valg av metode for å besvare spørsmålene.

Forskningsdesign kan sees som «*a logical plan for getting from here to there*» (Yin, 2014, p. 28) For å besvare forskningsspørsmålene i denne studien, vil det være aktuelt å kombinere metoder for innhenting av data. Det er derfor valgt en kombinasjon av datatilfang, der hovedvekten ligger på intervjuundersøkelser. For å utfylle bildet som intervjufunnene gir, er det søkt informasjon i kommunale planer og dokumenter som omhandler folkehelsearbeidet i kommunen. Disse dokumentene er brukt som supplerende informasjon uten at det ligger en tradisjonell dokumentanalyse til grunn.

Casestudier kalles studier der man velger ut ett eller flere kasus og går i dybden for å besvare forskningsspørsmålene. Utforskende, eksplorerende spørsmål som starter med «hvorfor» og

«hvordan» er gode utgangspunkt for valg av casestudier. Yin (2014) definerer casestudier som empiriske undersøkelser der en dybdegransker nåtidige fenomener i sin naturlige sammenheng. I denne studien blir folkehelsearbeidet i Kristiansand å anse som case, mens kommuneorganisasjonen utgjør konteksten casen studeres i. Casestudier er nyttige for komplekse fenomener som på grunn av sin kontekst gir åpning for rike og omfattende data, og derfor kan forutsette bruk av ulike metodiske innfallsvinkler. Casestudier er vanlige innenfor statsvitenskap, samfunnsplanlegging, offentlig administrasjon og på folkehelsefeltet, og kan gi viktige bidrag til forståelsen av komplekse organisatoriske, sosiale og politiske fenomen, som eksempelvis organisatoriske prosesser. I slike studier kan en støtte seg på tidligere utviklede teorier som gir retning til arbeidet.

4.2 Deltakere og utvalgsstrategi

Det er store forskjeller i innvandrerandel mellom norske kommuner, og det er også store variasjoner i botid mellom kommunene. EVASAM gjennomfører spørreundersøkelser som omfatter alle norske kommuner, og prosjektgruppen har i tillegg valgt ut seks kommuner som skal studeres nærmere gjennom casestudier. Disse kommunene er valgt ut fordi de defineres som innvandrerrike, det innebærer at de har en relativt høy innvandrerandel med bakgrunn fra Asia, Afrika og Europa utenfor EU/EØS kombinert med relativt lang botid. Disse kommunene antas å ha spesielle utfordringer med tanke på sosioøkonomisk fordeling, med opphopning av sosiale problemer (Helgesen, Hofstad & Schou, 2014). Kristiansand kommune er en av disse kommunene, og er utgangspunktet for den foreliggende studien som utgjør denne masteroppgaven.

I kommunene der det skal gjøres dybdestudier, har prosjektgruppen pekt ut aktuelle informanter som kan bidra til utfyllende opplysninger, for eksempel relevante politikere, medarbeidere i kommunal administrasjon og i spesifikke tiltak. Prosjektgruppen har avtalt at det er tilstrekkelig å intervju 5 personer fra hver casekommune. Polit og Beck (2012) anbefaler omtrent 10 intervjuer til kvalitative studier. Malterud (2011) har en annen tilnærming og mener at et høyt antall intervjuer og store mengder data, kan gi et svakt grunnlag for grundige analyser. Grundig forarbeid, god metodisk fremgangsmåte og grundige analyser kan være viktigere enn antall intervjuer i kvalitative undersøkelser. I denne oppgaven er utvalget gjort på bakgrunn av de intervjuedes stilling og posisjon i organisasjonen, og det er av større betydning å få kontakt med de personene som kan gi den rette informasjonen, enn å

få kontakt med flest mulig personer. Nøyaktig antall og utvalg er gjort i samarbeid med veileder og med kommuneledelsen, som har vært svært positive og behjelpelige til å bidra i prosessen.

Kristiansand kommune ble kontaktet via mail i juni 2014 med forespørsel om deltakelse i prosjektet. Assisterende kommuneoverlege, rådmann og helse- og sosialdirektør pekte ut medlemmer i kommunens folkehelseforum som aktuelle intervjuobjekter.

Folkehelsekoordinator ble kontaktperson i den videre prosessen, og bidro med informasjon om organisasjonen som var av betydning for å finne de menneskene som best kunne bidra til å belyse forskningsspørsmålene for studien. Åtte personer ble kontaktet med spørsmål om å stille til intervju og samtlige var positive til deltakelse. Fordi intervjuene fant sted på en annen kant av landet, var det av betydning å få avtalt alle intervjuene i løpet av kort tid, og intervjuene ble gjennomført i løpet av to dager i oktober 2014. En av personene meldte avbud på grunn av sykdom, slik at syv intervjuer ligger til grunn for intervjufunnene i studien. Den som meldte avbud er politiker i kommunen, og fordi det også var en annen politiker blant personene som skulle intervjues, ble det i samarbeid med veileder besluttet at det ikke var nødvendig å gjennomføre det planlagte åttende intervjuet.

Seks av deltakerne i denne studien er sentrale aktører i det systematiserte folkehelsearbeidet i kommunen gjennom deltakelse i det kommunale folkehelseforumet, mens en av deltakerne er litt på siden av folkehelsearbeidet, men har en rolle i kommunen i forhold til integrering, likestilling og mangfold. Denne respondenten har derfor bidratt med informasjon i forhold til de aspektene ved studien som omhandler spesifikke spørsmål om innvandrerbefolkningen. De øvrige deltakerne har ulike roller og ulikt ansvar i organisasjonen; en er kommunepolitiker, mens resten er ansatt i ulike sektorer i kommunen. Både helsesektoren, teknisk sektor, kultursektoren og oppvekstsektoren er representert. Ulike roller og ulikt ansvar i kommuneorganisasjonen kommer naturlig nok også til uttrykk i intervjufunnene gjennom hvem som blir hyppigst sitert knyttet til hvilke spørsmål de har kunnet bidra med informasjon til. Informasjon er ulikt fordelt blant sosiale aktører, og dette kan gi seg utslag i skjev fordeling av sitering fra de ulike aktørene som er intervjuet (Grimen, 2004). I resultatkapittelet er det valgt å inkludere respondentnummer bak sitatene i resultatkapittelet, for å synliggjøre at fordelingen er ulik.

Personene som er intervjuet blir i oppgaven presentert som respondenter. I kvalitative studier er betegnelsen informant innarbeidet, men i følge Holme og Solvang (1996) og Jacobsen

(2005) er en informant en person som står utenfor det fenomenet en studerer, men som i kraft av sin posisjon har mye informasjon om fenomenet. I denne studien er det av betydning å få innsyn i den enkeltes forståelse av folkehelse og sosiale ulikheter i helse, fordi det antas å ha betydning for organisering og prioritering av folkehelsearbeidet lokalt. Personene som intervjues er sentrale i folkehelsearbeidet, og er å anse som deltagende i fenomenet som studeres. I slike tilfeller er begrepet «respondent» mer presist (Holme & Solvang, 1996; Jacobsen, 2005).

4.3 Metoder for datainnsamling

I casestudier finnes det mange ulike kilder som kan bidra med informasjon, og det er en styrke for slike studier å kombinere ulike metoder for å belyse forskningsspørsmålene (Yin, 2014). Kalleberg (1996) er opptatt av å kombinere metoder i samfunnsforskningen for å gi flest mulig innfallsvinkler til å forstå en virkelighet som er sammensatt og kompleks, bestående av mange hensyn som må kombineres. Slike virkeligheter lar seg ikke lett fange gjennom enkeltstående metoder. Dette støttes også av Patton (1990), som understreker betydningen av å kombinere data fra primærkilder og sekundærkilder for å belyse forskningsspørsmålene.

4.3.1 Primærkilde: intervjuer

Intervju er ofte brukt i casestudier som tar utgangspunkt i en bestemt institusjon (Kvale et al., 2009). Intervjuer i slike studier bærer ofte preg av guidet, flytende samtale heller enn strukturerte, rigide intervjuer (Yin, 2014), og kalles gjerne semistrukturerte intervjuer (Malterud, 2011). Semistrukturerte intervjuer tar utgangspunkt i en utarbeidet intervjuguide eller case-protokoll som dekker emnene en ønsker å belyse i samtalene (Kvale et al., 2009; Malterud, 2011; Yin, 2014).

Intervjuene i denne studien tok utgangspunkt i en intervjuguide utarbeidet av prosjektgruppen i EVASAM (vedlegg 1), og den samme intervjuguiden følges i alle casekommuner i prosjektet. Intervjuguiden er utarbeidet med utgangspunkt i forskningsspørsmålene i EVASAM. Det har likevel vært ønskelig at intervjuene skal ha en halvstrukturert form, med rom for refleksjon og utdyping av informantens forståelse og erfaring innenfor temaene for hovedprosjektet. I den grad sosiale ulikheter i helse berøres av eksisterende intervjuguide, er spørsmålene rettet mot innvandrerbefolkningen i kommunen. Eksisterende intervjuguide ble ansett som et relevant utgangspunkt for intervjuene i denne studien, med muligheter for utdyping av forståelsen av folkehelse og sosiale ulikheter i helse.

Som forberedelse til intervjurunden ønsket jeg å gjennomføre et pilotintervju, for å bli kjent med intervjuguiden og å bli trygg på spørsmålsformuleringer og tidsrammer og på intervjusituasjonen. Dette opplevdes spesielt viktig fordi intervjuene jeg skulle gjennomføre er å anse som ekspertintervjuer, der intervjusituasjonene kan bli preget av maktasymmetri dersom den som intervjuer har lite kunnskap eller liten trygghet på fagfeltet i forhold til den som intervjues. Kunnskap om temaet og mestring av fagspråket kan balansere dette forholdet (Kvale et al., 2009). Jeg kontaktet derfor folkehelsekoordinator i en kommune jeg kjenner gjennom tidligere arbeidsforhold, og spurte om vedkommende var villig til å stille seg til disposisjon for et pilotintervju. Vedkommende er svært engasjert i folkehelse spørsmål, og var positiv til deltakelse. Pilotintervjuet ble gjennomført i slutten av september og bidro til større trygghet i intervjurollen, samt bevissthet om hvilke spørsmål som trengte omformulering eller utdyping.

Intervjuene i Kristiansand fant sted på et møterom i byens rådhus. De fleste respondentene ga uttrykk for sine forståelser av folkehelse og sosiale ulikheter i helse underveis i intervjuene, men samtlige intervjuer ble likevel avsluttet med en mulighet for utdyping av disse forståelsene. Mitt ønske med intervjuene var å oppnå samtale preget av refleksjon som belyser forskningsspørsmålene med minst mulig bruk av direkte spørsmål. Tidsramme for intervjuene ble satt til ca. 60 minutter, og fordi intervjuene fant sted på en annen kant av landet, innenfor rammen av to arbeidsdager, var programmet tett. 5 av intervjuene varte ca. 60 minutter som avtalt, mens to av intervjuene ble forkortet til ca. 40 minutter. Årsaken til det, var uforutsette hendelser som gjorde at respondentene enten kom for sent til intervjuet eller måtte avslutte tidligere enn planlagt. Disse to intervjuene er likevel svært informasjonsrike, da respondentene var ivrige på å delta, og stilte forberedt. Transkripsjonene viser at omfanget av intervjuene ikke er vesentlig redusert til tross for noe forkortet tid til gjennomføring.

Det ble etter samtykke fra respondentene benyttet lydopptaker under intervjuene, som ble innledet med informasjon om masteroppgaven og om EVASAM (vedlegg 2). Tema og formål med intervjuene ble gjennomgått, og respondentene fikk informasjon om sin mulighet til å velge å avslutte intervjuene når som helst, eller å avstå fra deltagelse. De fikk også informasjon om hvordan data fra intervjuene skal brukes, hvordan de blir oppbevart og når dataene blir slettet. Samtlige respondenter signerte på stedet, og fikk tilbud om å få med samtykkeskrivet, hvilket bare en av respondentene var interessert i. Intervjusituasjonene var preget av reflektert samtale med respondenter som ønsket å bidra med mest mulig aktuell

informasjon til prosjektet. Det opplevdes viktig for meg som intervjuer å skape gode rammer for intervjusituasjonen, hvilket jeg tenker at jeg oppnådde.

Da analysene av intervjuene var avsluttet, og resultatkapittelet fremstod ferdig i februar, ble kapittelet sendt til gjennomlesing av respondentene. Kapittelet ble sendt ut som mail, med informasjon om at det inneholdt de sitatene og funnene som jeg kom til å bygge min oppgave opp rundt, og at jeg ønsket tilbakemelding innen en uke dersom noen hadde kommentarer på det som var presentert. Det ble også presisert i mailen at kommunen ikke blir anonymisert i oppgaven. Det var bare to av respondentene som ga tilbakemelding og de hadde ingen kommentarer til det som ble presentert.

I resultatkapittelet er respondentenes svar hovedsakelig gjengitt som sitater. Funn fra kommunale dokumenter og planer er også presentert som sitater. For å skille de to formene for sitater fra hverandre, er følgende grep tatt: Intervjusitater er presentert innrykket fra resten av teksten, i kursiv og med enkel linjeavstand. Dokumentsitater presenteres i kursiv og anførselstegn som en del av den flytende teksten. Sitater fra respondentene er gitt en lesbar, skriftlig form, som innebærer omformulering der viktige sitater bærer preg av spontan muntlig tale som er vanskelig å forstå. Dette er gjort i tråd med retningslinjer i Kvale et al. (2009, p. 283).

4.3.2 Sekundærkilde: dokumenter

Kalleberg (1996) er blant dem som etterlyser større bruk av dokumenter i samfunnsvitenskapelige forskning, fordi offentlige dokumenter er av stor betydning i moderne samfunn. I denne studien er det valgt ut noen dokumenter som skal bidra til å belyse forskningsspørsmålene. Dokumentene som er valgt ut, er kommuneplanen, kommunens plan for folkehelse og helsefremming samt bakgrunnsdokumentet for dette, kommunens frivillighetsmelding og et nylig vedtatt innspill til den nasjonalt utarbeidede folkehelsemeldingen 2015. Dokumentene ble søkt opp og lastet ned fra kommunens hjemmeside. Kommuneplanen er å anse som kommunens strategiske styringsdokument og er pålagt gjennom plan- og bygningslovens § 11-1 (2008). Denne planen skal ta utgangspunkt i langsiktige utfordringer, mål og strategier for samfunnsutviklingen lokalt og for kommunen som organisasjon, og inneholde en handlingsdel som er forpliktende for kommuneorganisasjonen som helhet. Plan for folkehelse og helsefremming, samt bakgrunnsdokumentet er sentrale for forskningsspørsmålene. Frivillighetsmeldingen er viktig

fordi samhandlingsreformen legger opp til at frivillig sektor skal få en tydelig rolle i fremtidig folkehelsearbeid, og innspillet til folkehelsemeldingen ble inkludert i studien fordi det kom opp under intervjuene og ble henvist til som kommunens offisielle forståelse for folkehelse og sosiale ulikheter i helse.

Ved bruk av dokumenter i slike studier, er det av stor betydning å være bevisst på at plandokumenter er politiske tekster som ikke reflekterer sannheten, men er produsert med et mål om å kommunisere det avsender ønsker å kommunisere (Graham, 2009; Yin, 2014). De er å anse som retoriske enheter som har som mål å kommunisere hvordan lokale myndigheter ønsker at andre skal se de politiske utfordringene de står overfor, og hvilke løsninger som skal adressere disse utfordringene. Dokumentene kan derfor kaste lys over hvilke ideer, verdier og interesser som ligger til grunn for politikktutformingene på ulike felt, og spesifikt hvordan konsepter som helseulikheter og sosiale helsedeterminanter er ivaretatt på lokalt nivå. Flere forskere har derfor begynt å undersøke politiske tekster for å se hvilke forståelser av helseulikheter og sosiale helsedeterminanter de bygger på (Graham, 2009). Dokumentene er ikke analysert i tradisjonell forstand, men er lest ut fra forskningsspørsmålene, med utgangspunkt i det teoretiske rammeverket. I hvilken grad SDH-perspektivet kommer til syne i folkehelse spørsmål i dokumentene, hvordan sosiale ulikheter i helse blir omtalt, og hvilke tilnærminger til utjevning som viser seg i dokumentene har vært av spesiell interesse. I tillegg har dokumentene vært kilde til informasjon om prosessene som ligger bak omorganiseringen som er gjort i kommunen på folkehelseområdet de senere år, og har vært av betydning for å klargjøre bevisstheten rundt HIAP i kommunen. Yin (2014) advarer mot å støtte seg på politiske dokumenter som sannhetsvitner, fordi dokumentene rapporterer bias fra dem som har skrevet dem og kan ikke brukes som validering av intervjufunn. Forfatteren argumenterer likevel for å benytte data fra dokumenter for å bygge opp under eller gi støtte til funn fra intervjuer, eller å belyse motsigelser av funn fra intervjuer. Motsigelser som oppdages bør ikke gi grobunn for bastante slutninger eller konklusjoner, men kan være interessante for å belyse internorganisatoriske selvmotsigelser.

4.4 Databehandlingsstrategi

Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker, og opptakene er oppbevart på passordbeskyttet harddisk. Arbeidet med transkribering startet like etter intervjuene var gjennomført, og de transkriberte intervjuene i form av tekstdokumenter er også oppbevart på passordbeskyttet harddisk. De underskrevne samtykkeskrivene fra respondentene er oppbevart i låsbart skap.

Under transkriberingen ble alle respondenter oppgitt med forkortelser for stillingstittel, og navnet på kommunen eller stedsnavn som kom opp under intervjuene ble fjernet, slik at ingenting skal kunne spores tilbake til verken kommune eller respondent. Disse grepene ble tatt for å ivareta anonymitet da jeg brukte utskrifter fra intervjuene i starten av analysearbeidet.

4.5 Dataanalyse

En av de store styrkene ved kvalitative intervjuer, er at de kan gi store mengder informasjon basert på relativt små utvalg. Uten videre bearbeiding er imidlertid informasjonen overveldende og uoversiktlig. For å bruke informasjonen som er samlet inn, må datamaterialet analyseres og sorteres (Patton, 1990). I motsetning til statistiske undersøkelser under den kvantitative tradisjon, er det få oppskrifter på analyse av kvalitative data. Braun og Clarke (2006) presenterer tematisk analyse som metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre i datasett. Slik analyse kan ha et deduktivt utgangspunkt, der man velger å ta utgangspunkt i en spesifikk teori for å lete etter mønstre med forhåndsdefinerte tema. En induktiv tilnærming vil derimot ta utgangspunkt i dataene som foreligger og lete etter mønstre som oppstår uten forhåndsdefinerte tema.

I denne studien har den tematiske analysen et deduktivt utgangspunkt, der det teoretiske rammeverket gir føringer for hva jeg har lete etter i dataene for å kunne besvare forskningsspørsmålene, samtidig som intervjuguiden forhåndsdefinerer tema av interesse. Dette ligger tett opp til det Malterud (2011) kaller teoristyrte analyse. Slik analyse er vanlig i samfunnsvitenskapene, der et begrepsapparat ligger til grunn for analysen. Arbeidet med dataanalyse var langt mer tidkrevende enn antatt, og var preget av å prøve seg litt frem i starten. Dette er en ikke ubetydelig fase i analysearbeidet, da det å bli kjent med datasettet er en styrke for videre analysearbeid (Braun & Clarke, 2006; Yin, 2014). Analysearbeidet startet med tematisering av spørsmålene i intervjuguiden. 9 tema ble definert som ble dekket spørsmålene i guiden, og transkripsjonene ble gjennomgått og fargekodet der hvert av de 9 temaene fikk hver sin farge. Dette var en prosess som ble gjort i flere omganger. Likevel opplevdes det uoversiktlig og vanskelig å sortere. Jeg valgte å benytte det digitale analyseverktøyet OpenCode versjon 3.6 der alle transkripsjonene ble lagt inn, og sortert etter 124 koder som ble konstruert underveis i arbeidet, ut fra det som ble sagt i intervjuene. Slik sett hadde denne fremgangsmåten er mer induktiv tilnærming enn den opprinnelige fargekodingen, som tok utgangspunkt i intervjuguiden. De 124 kodene ble deretter sortert inn i 19 kategorier, som igjen ble sortert og redusert til følgende 5 tema basert på

forskningsspørsmål og intervjuguiden: folkehelseforståelse, politikk, samhandlingsreformen, HIAP og sosiale ulikheter i helse. Dette ga et mer oversiktlig bilde av datasettet, og resultatene ble plottet inn i en tabell som viste hvor mange ganger de ulike kodene forekom i løpet av intervjuene og hvilke respondenter som hadde bragt dem på bane. Dette bidro til å synliggjøre relevansen av funnene. Prosessen med OpenCode var tidkrevende men svært nyttig, og jeg opplevde verktøyet som viktig for systematisering og oversikt. Under viser jeg et utdrag over tabellen som viser sammenheng mellom tema, kategori og koder samt forekomst av koder i transkripsjonene:

Tema:	Kategori:	Kode:	Antall:	Respondent:
Politikk	Ansvar integrasjon vs særrolle	Ansvarsforskyvning	4	4
		Ansvarsplassering	25	1, 4, 5, 6
	Frivillig sektor	Frivillig sektors rolle innvandrere	10	5, 6, 7
		Frivillig sektors rolle folkehelse	4	1, 4, 5
		Frivillig sektors rolle SIH	9	1, 5, 6, 7
		Ønske om overføring til frivillige	3	1, 4, 6
	Politisering	Hva skal kommunen ha ansvar for	5	1
		Individ vs fellesskap	3	2, 4
		Politikk vs byråkrati	14	1, 2, 3, 4, 5
		Urettferdighet i fordeling	1	2
	Prioritering	Diskrepans plan vs satsing	5	1, 2, 4
		Forebygging vs langtidseffekt	4	1, 2, 4, 5
		Kommunen som samfunnsaktør	2	1, 2
		Prioritere midler	2	2, 4
		Prioritering forebygging	6	3, 4
		Prioriteringsdilemma forebygging/PLOMS	1	2
		Økonomi	15	1, 2, 3, 4, 6

Kommunale planer ble raskt gjennomlest før intervjuene ble gjennomført, og tema som var viktige i forhold til spørsmålene i intervjuguiden, ble markert. I etterkant av intervjuanalysene er dokumentene lest i flere runder, og markert med utgangspunkt i hvordan de kan bidra med informasjon som enten støtter opp under eller motsier funn fra intervjuene.

4.6 Kvalitetsvurdering av arbeidet

4.6.1 Validitet

Validitet i kvalitative metoder kan vurderes ut fra hvorvidt metoden er egnet til å undersøke det den skal undersøke, og kan betegnes som arbeidets håndverksmessige kvalitet (Kvale et

al., 2009). Validering er en del av hele forskningsprosessen, og består av ulike grep underveis i arbeidet. Validiteten kan blant annet styrkes gjennom bred innsikt i problemområdet som er en forutsetning for å få de rette dataene, og gjennom kontakt med de respondentene som best kan bidra med informasjon som belyser problemområdet man har definert.

I dette prosjektet er det flere grep som er tatt for å styrke validiteten. Grundige forberedelser og teoretisk forståelse av problemområdet bidro til at jeg kunne stille oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuene for å sikre at jeg fikk informasjon om det jeg var ute etter. Dette er en styrke for studiens interne validitet som sier noe om hvorvidt resultatene er representative for det utvalget som er gjort. Pilotintervjuet bidro også til dette. I tillegg var jeg bevisst under intervjuene på å spørre om jeg forstod uttalelser riktig når det var noe jeg var usikker på, og fikk i noen grad redusert potensielle feiltolkninger underveis. Da resultatkapittelet forelå, ble det sendt ut til respondentene for gjennomlesning. Det kom ingen tilbakemeldinger på feilsiteringer eller misforståelser. Dette styrker også validiteten i funnene. Jacobsen (2005) understreker av validiteten er større i slutten av intervjufasen av en undersøkelse fordi kunnskapen øker med hvert gjennomførte intervju. Det at mine intervjuer fant sted over to intensive dager i oktober, reduserte muligheten til særlig refleksjon og læring underveis i datainnsamlingsfasen.

Det er også et viktig spørsmål hvorvidt jeg har fått kontakt med de rette respondentene til intervjuene. Seks av respondentene er sentrale aktører i folkehelsearbeidet i Kristiansand enten fordi de har sentrale stillinger i folkehelsearbeidet, eller fordi de er deltakere i kommunens tverrsektorielle folkehelseforum, og dermed er å anse som egen sektors folkehelseambassadør. Den syvende respondenten måtte jeg lete litt etter, fordi jeg var på jakt etter en person i kommuneorganisasjonen som hadde særlig ansvar i forhold til innvandrerbefolkningen i kommunen. En slik person fantes ikke i kommuneorganisasjonen, men jeg fant etter litt leting en person som hadde et utstrakt ansvar for likestilling, integrering og mangfold internt. Denne personen definerte ikke sin egen rolle som av betydning i folkehelsearbeidet, men kunne bidra med informasjon om utviklingen i hvordan kommunen tenker i forhold til likestilling, integrering og mangfold.

4.6.2 Reliabilitet

En studies reliabilitet handler om studiens konsistens og troverdighet (Kvale et al., 2009) og om hvorvidt forskningen kan reproduseres av andre forskere. Det er en gjennomgående

kritikk mot kvalitative studier at resultater ikke kan reproduseres, fordi mennesker ikke er statiske «*..the exact words people have spoken in interviews- these can never be recaptured in precisely the same way, even if [...] new interviews are conducted*» (Patton, 1990, p. 380). I tillegg vil jeg som forsker bringe med meg noen perspektiver og egenskaper inn i intervju situasjonen og i analyse- og fortolkningsarbeidet som kan påvirke resultatene jeg kommer frem til i mitt arbeid. Det er med andre ord vanskelig å sikre at en annen forsker kommer frem til samme resultat med samme intervjuguide og samme utvalg. En måte å styrke reliabiliteten på, er i så måte å sørge for konsistens og troverdighet gjennom redegjørelse for alle valg som er tatt i løpet av prosessen, spesielt med tanke på utvalgsstrategi og analysemetode, slik at man redegjør for de tolkningene man har gjort underveis. I denne studien har det vært viktig å gjøre rede for bakgrunnen for utvalg og for metodiske valg, blant annet gjennom å vise til hvordan analyseprosessen har foregått.

4.6.3 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet handler om hvorvidt resultatene fra en studie primært er av lokal interesse eller om de kan overføres til andre situasjoner eller populasjoner (Kvale et al., 2009). Utvalget i kvalitative studier er så begrenset at det ikke kan sies å være representativt i den grad at det kan gi resultater som uten videre er gyldige for andre utvalg. Likevel er det mange som tar til orde for at slike studier kan utdype forståelsen av ulike tema på en slik måte at det kan påvirke hvordan man forstår og utøver sitt eget arbeid (Malterud, 2011). Denne studien er en kontekstualisert dybdestudie av en kommunes organisering og prioritering på folkehelsefeltet, og gir funn som i seg selv ikke kan sies å være overførbare til andre kommuner. Ved å sikte mot best mulige beskrivelser av kommunens erfaringer har jeg forsøkt å gjøre erfaringene gjenkjennbare for andre, hvilket er av betydning for studiens overførbarhetsverdi (Grimen, 2004). Kvale et al. (2009) kaller det analytisk generalisering når rikholdige beskrivelser av gjennomføring og kontekst, sammen med grundig oppbygget argumentasjon, kan bidra til økt overføringsverdi. I oppgavens konklusjonskapittel vil jeg argumentere for hvordan kunnskapen fra denne studien kan være av verdi for andre. Arbeidet inngår også i et større datamateriale under forskningsprosjektet EVASAM, og resultatene herfra vil sammen med nasjonale surveydata og andre casestudier bidra til bredere kunnskap om hvordan kommunene tar til seg og iverksetter tiltak på bakgrunn av politiske føringer. Det vil sann sett være et verdifullt kunnskapsbidrag på et hittil lite utforsket område.

4.7 Forskerens rolle

«*Moderne vitenskapsteori avviser forestillingen om den nøytrale forskeren*» (Malterud, 2011, p. 37). Alle faser av arbeidet påvirkes av personen som gjennomfører dem og personen vil alltid påvirke de resultatene en kommer frem til, både gjennom personlig og faglig erfaringsbakgrunn og interessefelt. Den bagasjen forskere har med seg inn i et forskningsarbeid kalles forforståelse. Forforståelsen vil påvirke valg av tema, teoretisk utgangspunkt, forskningsspørsmål, samt tolkning og utvalg av hvilke funn som presenteres og gis oppmerksomhet (Malterud, 2011). Dette gjentas også i forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014), der det understrekes at forskning i samfunnsfagene er preget av forskerens samfunnssyn, og det stiller krav til redegjørelse om hvordan egne holdninger kan påvirke valg av tema, datakilder og avveining av tolkningsmuligheter.

Selv har jeg lokalpolitisk erfaring, med relativt god kjennskap til offentlig styring og forvaltning, og det påvirker det «blikket» jeg har brukt i arbeidet med denne studien. Det har derfor vært viktig for meg å være oppmerksom på dette underveis i arbeidet, spesielt i intervjusituasjonene og i arbeidet med analysene. Nærheten i feltarbeidet stiller krav til nøkternhet hos forskeren, spesielt når det gjelder politisk ladede budskap. I slike tilfeller kan forskeren miste den edrueligheten som er en forutsetning for å håndtere kunnskapen på en vitenskapelig måte. Det er forskerens ansvar å forvalte kvalitative data på en måte som kan lede til pålitelig og gyldig kunnskap (Malterud, 2011). I den forbindelse fikk jeg god hjelp gjennom tabellen jeg laget som holdt oversikt over koder, kategorier og temaer, samt hvor mange ganger koder ble nevnt og av hvem. Dette har bidratt til kvalitetssikring gjennom at jeg har kunnet dobbeltsjekke hvorvidt funn virkelig var verd å jobbe videre med. På flyet hjem fra to intensive dager med intervjuer, gjorde jeg raske notater av helhetsinntrykk og noterte ned tema som hadde festet seg. Disse notatene gir et ganske godt bilde av hvordan forforståelsen kan «lure» en til å vektlegge noen sitater mer enn andre. Notatene viste seg etter hvert å være mer preget av hva jeg «lette etter» enn hva som faktisk var blitt sagt, noe som ble tydelig da analysearbeidet startet for alvor. Det har også vært av stor betydning å kunne drøfte funn og tolkningsmåter med veileder og medstudenter underveis i arbeidet.

Det har også vært viktig for meg å holde fokus på at respondentene er valgt ut til deltakelse på bakgrunn av sin kunnskap på området som studeres. Likevel utgjør dette området bare en liten del av deres arbeidsvirkelighet, som er sammensatt og preget av flere hensyn som skal kombineres. Det er derfor av stor betydning å trå forsiktig og unngå å bli moralistisk på

bakgrunn av fagfelt og verdier. Dersom en bruker egne faglige premisser for å vurdere de studerte aktørene uten samtidig å ta hensyn til den konteksten de befinner seg i, står en i fare for å bli etnosentrisk i følge Kalleberg (1996, p. 63).

4.8 Etiske overveielser

Prosjektet følger forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014) og prosjektet ligger under EVASAM, som er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Retningslinjene setter krav til forskerens redelighet, upartiskhet og evne til å være åpen for egne feil. I denne studien tenker jeg at de grepene som er tatt i forhold til studiens validitet og reliabilitet har bidratt til etisk refleksjon gjennom alle faser i arbeidet, gjennom kontinuerlig vurdering av de valg som gjøres underveis i arbeidet.

Å sørge for tilstrekkelig informasjon til kommunen og personene som sa seg villig til å delta i studien, er et viktig forskningsetisk grep. Informasjonen ble gitt i form av en mail ved henvendelse til kommunen om invitasjon til deltakelse, og i muntlig og skriftlig form ved starten av hvert intervju. Dette innebar også informasjon om deltakernes mulighet til å trekke seg fra deltakelse når som helst, og om at lydopptak og transkriberinger da ville slettes. Denne informasjonen ble underskrevet og deltakerne ga sitt samtykke til deltakelse i det skisserte prosjektet.

De fleste casestudier aktualiserer spørsmålet om anonymisering (Yin, 2014). Å sikre anonymisering av deltakerne har vært en gjennomgående problemstilling i alle faser av prosjektet. I starten av arbeidet hadde jeg opprinnelig tenkt å anonymisere kommunen for å kunne gjøre rede for de enkelte deltakernes tilhørighet, forankring, myndighet og ansvarsområde i den kommunale organisasjonsstrukturen. Det dukket imidlertid opp noen utfordringer i forhold til dette, i forbindelse med bruken av kommunale planer og dokumenter. For å sørge for etterprøvbarehet av informasjonen jeg gjengir fra disse dokumentene, er det viktig å ha dem på litteraturlisten slik at lesere kan søke dem opp selv. Det ble vanskelig å vise til disse planene dersom kommunen skulle anonymiseres, og jeg tok derfor på et tidspunkt i analysearbeidet en avgjørelse om å navngi kommunen. Med det valget mistet jeg muligheten til å forklare den enkelte deltakers tilhørighet i organisasjonen, og noen nyanser i funnene forsvinner som konsekvens av den beslutningen. Det kunne ha gitt utgangspunkt for andre drøftinger dersom kommunen som helhet hadde blitt anonymisert, slik at sitater kunne knyttes til de ulike respondentenes roller i kommunen.

Det er også gjort vurderinger i forhold til å inkludere respondentnummer bak sitatene i resultatkapittelet. Det er valgt, fordi jeg ønsket å synliggjøre at noen respondenter er sitert hyppigere enn andre. Ideelt sett skulle fordelingen ha vært noenlunde lik, men fordi respondentene har ulike roller og grader av myndighet i organisasjonen har det vært noen som har kunnet bidra med mer informasjon enn andre, og det har vært viktig for meg å synliggjøre dette. Et par steder er det valgt å utelukke respondentnummer, for å sikre anonymisering ytterligere ved sitater som det har vært viktig å knytte til en spesifikk sektortilhørighet. Der har jeg satt inn sitatet i en sammenheng som sier hvor respondenten arbeider i kommuneorganisasjonen. For at ikke øvrige sitater fra samme respondent skal knyttes til sektortilhørighet er det derfor valgt å utelukke respondentnummer her.

Forskningen bør direkte eller indirekte komme samfunnet til gode. Forskningen fungerer som premissleverandør for beslutninger i offentlig sektor og kan bidra med korrektiver, for eksempel ved å belyse svakstilte gruppers situasjon gjennom å belyse underliggende maktforhold og sette spørsmålstejn ved underliggende verdier og normer ved dagens tankesett. Frykt for stigmatisering kan vekke motstand mot å rette søkelyset mot svakstilte grupper. Noen ganger er det likevel slik at det å unngå å rette søkelyset mot disse gruppene, mer er et uttrykk for å beskytte samfunnet mot innsynet i diskrimineringsprosesser, enn reell frykt for stigmatisering (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). I arbeidet med denne studien har dette temaet vært spesielt aktuelt da deler av innvandrerbefolkningen blir trukket frem som en gruppe av spesiell interesse for forskningsspørsmålene. Funnene bygger opp under min forståelse av at det er nødvendig å rette søkelyset mot disse spørsmålene, og at det å unngå å stille spørsmål kan bidra til stigmatisering og stillstand.

4.9 Begrensninger

Oppfølging av kommunenes folkehelsearbeid etter nye politiske føringer er et relativt lite utforsket område med lite tilgjengelig empiri. Arbeidet oppleves derfor som “prøv og feil”-arbeid. Metodisk gir dette seg utslag i tilpassede undersøkelsesmåter, der en for eksempel bruker dokumenter uten tradisjonell analyse, og et teoretisk rammeverk basert på helsefag i kombinasjon med teori fra statsvitenskap og offentlig forvaltning. Dette er aspekter som kan oppleves som svakheter ved arbeidet, men er også det som gir arbeidet mening fordi det er i spenningsfeltet mellom fagområdene at de største utfordringene oppstår:

The third revolution of public health identifies that health is recognized as a social phenomenon as well as a biological and psychological one. Public health, therefore, should engage in a sustained dialog with social science and consider not only

borrowing its methods and instruments, but also some of its theoretical understanding of the world, and how it shapes human action. One of the important roles for health promotion is to be the interface and to provide a space for this dialogue to happen between public health and the social sciences (Potvin & McQueen, 2007, p. 19).

Denne tilnærmingen støttes av Greer og Lillvis (2014). Det er metodiske utfordringer ved denne måten å gjennomføre en studie på, mye av det er diskutert i dette kapitlet og omhandler blant annet utvalgsstørrelse og generaliserbarhet. Likevel føyer arbeidet seg inn i rekken av lignende studier som til sammen kan gi bredere kunnskap om kommunenes implementering av nasjonale folkehelseføringer.

5.0 Resultater

Dette kapitlet tar for seg funn fra Kristiansand kommune som svarer på forskningsspørsmålene i denne oppgaven. Kommunen presenteres kort i kapittel 5.1, før kommunale planer og dokumenter av betydning for folkehelsearbeidet i kommunen blir presentert i kapittel 5.2. Hoveddelen av dette kapitlet utgjøres av kapittel 5.3 som presenterer funnene fra de 7 intervjuene som ligger til grunn for oppgaven, og kapittel 5.4 oppsummerer hovedfunnene før de diskuteres i kapittel 6.

5.1 Presentasjon av kommunen

Kristiansand kommune har 87446 innbyggere pr 1.1.2015 (SSB, 2015). Byen regnes som Sørlandets hovedstad med sterk og økende næringsaktivitet, hovedsakelig innenfor petroleumsvirksomhet. Kristiansand har en relativt ung befolkning sett i forhold til landsgjennomsnittet. Befolkningsveksten er stor, ca 19 % fra årtusenskiftet og en betydelig del av veksten utgjøres av nettoinnvandring fra utlandet (Kristiansand kommune, 2011). Kommunen har innbyggere fra over 160 ulike nasjoner (Kristiansand kommune, 2014a). Pr. 1.1.2015 har 16,9 % av befolkningen i Kristiansand innvandrerbakgrunn, noe høyere enn landsgjennomsnittet på 15,6 % (Kommuneprofilen, 2015).

Kristiansand har utarbeidet et dokument som kartlegger kommunens utfordringer. Dokumentet gjør rede for undersøkelser som viser at Kristiansand har en rekke levekårsutfordringer. Kommunen ligger høyere enn landsgjennomsnittet på arbeidsledighet. Samtidig opplever næringslivet i kommunen mangel på arbeidskraft. Dette henger sammen med at utdanningsnivået i kommunen ikke står i forhold til det regionale næringslivets behov for høyt utdannet arbeidskraft. Kommunen har også en utfordring med frafall fra videregående opplæring, spesielt gjelder dette for gutter i yrkesfagene. Tidligere lå kommunen høyest i Norge på antall unge utenfor arbeid og utdanning, men det har vært en

positiv utvikling på dette området, og andelen ligger nå like over snittet for sammenlignbare kommuner. Det har vært en satsing på aktiviteter rettet mot barn og unge, noe som førte til at kommunen ble kåret til landets beste barne- og ungdomskommune i 2007. Innbyggere med innvandrerbakgrunn har lavere tilknytning til arbeidsmarkedet enn befolkningen for øvrig, menn med innvandrerbakgrunn har noe større sysselsettingsgrad enn kvinner med innvandrerbakgrunn. Kvinner i landsdelen har lavere tilknytning til arbeidslivet enn landet for øvrig, kvinneandelen i det politiske liv er også lav. Andelen barn under 17 år som bor i husholdninger med inntekt mindre enn 60 % av nasjonal medianinntekt er høyere enn for landet for øvrig. Kommunen ligger også noe over landsgjennomsnittet på utbetaling av sosialhjelp til unge, det samme gjelder andelen unge uføre. Kristiansand har nest høyest rate anmeldte lovbrudd blant de større byene (Kristiansand kommune, 2014a). Sosiale ulikheter i helse kommer til syne i forskjeller mellom forventet levealder for mennesker med fullført grunnskole, og mennesker med fullført høyere utdanning. Disse forskjellene er større i Kristiansand enn i landet som helhet (Folkehelseinstituttet, 2015).

5.2 Presentasjon av kommunale dokumenter

5.2.1 «Styrke i muligheter» Kommuneplan 2011-2022

Kommuneplanen er et strategisk styringsdokument for utviklingen av kommunen i tidsrommet planen gjelder for. Den består av en samfunnsdel og en arealdel, og det er samfunnsdelen som presenteres her. Det tegnes et bilde av en kommuneorganisasjon i kontinuerlig utvikling i tråd med øvrig samfunnsutvikling som medfører nye oppgaver for kommunen. Tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid og nye og innovative arbeidsformer er en forutsetning for å løse nye oppgaver. Slikt samarbeid omfatter aktører internt i kommunen og mellom kommunale og eksterne aktører. Det understrekes at både tjenesteproduksjon og fagutvikling i kommunen er avhengig av samarbeid og dialog med frivillige aktører. Planen identifiserer og adresserer derfor et behov for dialog med slike aktører og dialogen skal sikre at fremtidens tjenester er kunnskapsbaserte, effektive, brukervennlige og etisk forsvarlige.

Levekårsutfordringene kommunen står ovenfor blir presentert, men planen har fokus på en samfunnsutvikling som gir nye muligheter for å fremme helse. Vridningen fra sykdomsforebygging i folkehelsearbeidet til en overordnet politikk med vekt på faktorer som fremmer helse blir anerkjent. Dette fører til en positiv folkehelsevinkling som setter menneskelige ressurser i sentrum. Kristiansand presenteres som folkehelsebyen som inkluderer alle, og det understrekes at kommunen vil arbeide med å forbedre levekår og øke livskvaliteten gjennom satsing på boligforhold, kulturliv, kommunal tjenestekvalitet og et

allsidig arbeids- og utdanningsmarked. Kommunens relativt høye innvanderandel blir trukket frem som utfordrende i arbeidet med å skape inkluderende oppvekstvilkår, samtidig som det understrekes at det internasjonale mangfoldet i Kristiansand vitaliserer byen.

Planen adresserer sosiale helseforskjeller gjennom å peke på at det er et betydelig mindretall av befolkningen som ikke har tatt del i velstandsutviklingen i form av bedring av helse, levestandard og kulturtilbud i samfunnet, og at befolkningsgrupper marginaliseres som følge av dette (Kristiansand kommune, 2011).

5.2.2 «Helsefremmingsplanen» Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering 2013

Planen er utarbeidet for å møte utfordringer knyttet til samfunnsutviklingen og nye forventninger til kommunen i folkehelsearbeidet som følge av samhandlingsreformen. Første del av planen tar for seg kommunens arbeid med folkehelse og forebygging, og det er den delen som presenteres her.

Planen understreker behovet for at folkehelsearbeidet tar utgangspunkt i analyse og oversikt over helsetilstand og faktorer som påvirker helsetilstanden, og sier at dette må innarbeides i planverk og styringssystemer. For å sikre systematikk i arbeidet, kreves tverrsektoriell kunnskapsutvikling som må forankres i felles mål. Dette er bakgrunnen for at planen anbefaler strategisk forankring av folkehelseansvaret i kommunen. Planen tar utgangspunkt i folkehelseovens krav til systematikk og kunnskapsbasert praksis, og anerkjenner sosiale forskjeller i menneskers muligheter for å utvikle god helse. Den identifiserer grunnleggende sosiale helsedeterminanter som utdanning, arbeid, boforhold, samt sosiale og økonomiske ressurser.

Planen peker på noen deler av befolkningen som særlig er utsatt for marginalisering på flere områder. Det gjelder mennesker utenfor arbeid og utdanningsløp, kvinner utenfor arbeidslivet eller i deltidsstillinger med lav inntekt, samt noen innvandregrupper. I forhold til bolig, er det særlig personer med innvanderbakgrunn som har problemer med å finne bolig. Det blir også understreket at det er levekårsforskjeller mellom bydeler og områder i byen (Kristiansand kommune, 2013b).

Helsefremmingsplanen bygger på et solid bakgrunnsdokument (Kristiansand kommune, 2013a) som gir godt innblikk i utviklingen av folkehelsearbeidet i kommunen og prosessene som ligger bak dagens organisering på feltet. I dokumentet fremstilles helsefremmingsplanen som det faglige grunnlaget for omstilling, økt tverrfaglighet og bedre samarbeid på tvers av

tjenester, sektorer og nivåer. Kommunen har vært gjennom et omstillingsprosjekt som har vist utfordringer på disse områdene.

Bakgrunnsdokumentet skiller mellom forebyggende arbeid rettet mot utdanning, levekår og inntekt som har stor påvirkning på helsetilstand, og forebyggende arbeid rettet mot risikofaktorer for helsen som fysisk inaktivitet, kosthold og tobakksbruk, men anerkjenner samtidig at risikofaktorene er påvirket av utdanning, levekår og inntekt.

Dokumentet påpeker at kommunens viktigste utviklingsarbeid for fremtiden finner sted i mellomrommet mellom offentlig virksomhet og sivilsamfunnet og viser derfor til den kommunalt utarbeidede frivillighetsmeldingen.

5.2.3 Frivillighetsmelding for Kristiansand 2010

Arbeidet med meldingen har sin bakgrunn i kommunens ønske om å tilrettelegge for deltakelse i frivillig arbeid, og fordi det finnes udekkede behov i kommunen. Kristiansand deltar i et nettverk for kommuner som jobber aktivt med frivillighetspolitikk, initiert av Kommunenes Sentralforbund. Meldingen bygger blant annet på resultatene av en utført kartlegging av samhandlingen mellom kommunen og de frivillige i Kristiansand, og med meldingen anerkjenner kommunen frivillig sektors bidrag i velferdsproduksjonen. Når «frivillig sektor» benyttes fremfor «frivillige organisasjoner» spiller det på en forståelse av frivillighetens bidrag som produsent av velferdsytelser. Meldingen vektlegger at frivillighet må baseres på engasjement, og ikke styres av kommunens behov eller formål. Kommunens oppgave blir derfor å legge forholdene til rette for å øke deltakelse i frivillig arbeid. Meldingen synliggjør at innbyggere med innvandrerbakgrunn er lite representert i frivillig sektor. Det er et ønske å endre på dette, fordi frivillig arbeid ansees som en viktig arena for engasjement og samfunnsdeltakelse og er avgjørende for livskvalitet, felleskap og utvikling. Meldingen viser til at den forrige kommuneplanen understreket frivillig sektors rolle for ivaretagelse av utsatte grupper, og at den lokale kartleggingen av samarbeidet mellom kommunen og de frivillige i Kristiansand synliggjorde behov for systematisering og koordinering av samarbeid, spesielt når det gjelder frivillige organisasjoners arbeid i forhold til utsatte grupper.

Samarbeidet mellom kommunen og frivillig sektor skal baseres på dialog og planen slår fast at kommuneplanen bør inneholde mål for kommunens samhandling med frivillig sektor. Meldingen synliggjør også at frivillig sektor opplever kommunen fragmentert og vanskelig å forholde seg til. Derfor bør kommunen stimulere til at frivillighet settes på dagsorden i

eksisterende samarbeidsfora og bidra til at det etableres dialogfora innenfor områder der det mangler. Det etterlyses systematikk og åpenhet i dialogen mellom offentlig og frivillig sektor, og det oppfordres til at styringsverktøy som handlingsprogrammer setter fokus på enhetenes samhandling med frivillig sektor (Kristiansand kommune, 2010).

5.2.4 Innspill til Folkehelsemeldingen 2015

Kristiansand kommune har utarbeidet og vedtatt et innspill til den nye folkehelsemeldingen som legges frem i 2015. Helse- og Omsorgsdepartementet ba om innspill til meldingen, blant annet fra norske kommuner. I intervjuene i forbindelse med oppgaven, ble det henvist til innspillet, og fordi det ble politisk vedtatt i kommunen i oktober 2014, representerer det et svært ferskt bilde av kommunens folkehelsesyn. Innspillet legger vekt på at utjevning av sosiale forskjeller er det viktigste tiltaket for å bedre folkehelsen. Innspillet vektlegger betydningen av sosial arv, og at tiltak mot utjevning bør sikte mot andre arenaer enn bare arbeid. Dette fordi marginalisering av grupper utenfor arbeidslivet bør unngås. Det understrekes at fjernkulturelle innvandrere vil være sårbare for sosiale ulikheter, og at denne utfordringen krever spesielle virkemidler.

Videre skiller innspillet mellom lokale og sentrale folkehelse tiltak. Lokale folkehelse tiltak bør innebære utvikling av felleskapsarenaer som skole, barnehage, arbeidsliv, møteplasser, bomiljø og tilgang til naturressurser, samt lokal kartlegging som utgangspunkt for planarbeid og målrettet innsats. Forebyggende tiltak i form av foreldreforberedende kurs og rusforebygging trekkes frem som eksempler på virkemidler med lokal forankring og lave kostnader. Sentrale folkehelse tiltak bør derimot sikte mot arbeid med grunnleggende samfunnsstrukturer som bestemmer rammebetingelser for befolkningen. Å gi flest mulig anledning til deltakelse i utdanning, arbeid og øvrig samfunnsliv kommer også inn under sentrale folkehelse tiltak. Innspillet understreker at når det gjelder tilrettelegging for helsevennlige valg, bør universelle tiltak prioriteres, gjerne spisset mot dem som trenger det mest i form av tiltak som fremmer selvbestemmelse. Universelle tiltak begrunnes med at individorienterte tiltak marginaliserer mennesker som allerede har det vanskelig og at slike tiltak treffer best dem som trenger det minst. Det understrekes også at det er etisk uakseptabelt å legge for stort ansvar for helse og uhelse på det enkelte individ når dokumentasjonen er så sterk for at årsakene til de fleste livsstilssykdommer er svært sammensatte (Kristiansand kommune, 2014b).

Dette var en kort gjennomgang av kommunale dokumenter av særlig betydning for folkehelsearbeidet i Kristiansand. Videre tar kapitlet for seg en presentasjon av funn fra intervjuene. Noen steder er det supplert med sitater fra kommunale plandokumenter. For å skille de to formene for sitater fra hverandre, er følgende grep tatt: Intervju-sitater er presentert innrykket fra resten av teksten, i kursiv og med enkel linjeavstand. Dokumentsitater presenteres i kursiv og anførselstegn som en del av den flytende teksten.

5.3 Presentasjon av intervjufunn

Utgangspunktet for strukturen i dette kapitlet er forskningsspørsmålene som ligger til grunn for oppgaven, og funnene blir presentert i samme rekkefølge som forskningsspørsmålene som søkes besvart:

Forskningsspørsmål 1: Hvordan organiserer kommunen sitt folkehelsearbeid etter at folkehelseloven trådte i kraft og hvilken folkehelseforståelse ligger til grunn for arbeidet på feltet?

Forskningsspørsmål 2: Hvordan er hensynet til sosiale ulikheter i helse ivaretatt i folkehelsearbeidet og hvilken forståelse for sosiale ulikheter i helse ligger til grunn?

Forskningsspørsmål 3: Hvordan er hensynet til innvandrerbefolkningen ivaretatt i folkehelsearbeidet?

5.3.1 Folkehelsearbeidet i Kristiansand kommune

Hvordan folkehelsearbeidet i kommunen er organisert belyses gjennom hvor ansvaret for folkehelse er forankret i organisasjonen og hvordan kommunen sikrer tverrsektorielt samarbeid på feltet. Videre ser jeg på hvordan folkehelse er ivaretatt i kommunens planarbeid.

Organisering og struktur

Kommunen har nylig gjennomgått en omorganisering av folkehelsearbeidet, der folkehelseansvaret er flyttet fra helse- og sosialsektoren til teknisk sektor. En av respondentene viste til kommunens helsefremmingsplan og bakgrunnsdokumentet som gir overblikk over utviklingen i kommunens folkehelsearbeid. Disse dokumentene har derfor bidratt med supplerende opplysninger om organiseringen av folkehelsearbeidet. Planen forklarer omorganisering på folkehelseområdet som nødvendige grep i tråd med folkehelselovens krav om at ansvaret for folkehelsearbeidet skal legges til kommunen som sådan og ikke til helsesektoren som tidligere. Ledelse og koordineringsansvar for folkehelsearbeidet er dermed flyttet til by- og samfunnsenheten under teknisk sektor, en enhet

med ansvar for overordnet planarbeid, befolkningsanalyser og levekårsoversikter. Flyttingen er gjort etter grundige vurderinger av alle sektors respektive bidrag i folkehelsearbeidet (Kristiansand kommune, 2013a).

I følge respondent 1 ivaretar by- og samfunnsenheten en rekke av de funksjonene som tidligere lå i rådmannens stab. Videre fortalte respondenten at det er en vid enhet bestående av arealplanleggere, samfunnsplanleggere, kriminalitetsforebygging, næring, mangfold og integrering. Respondenten fortalte også at folkehelseansvaret tidligere var forankret i samfunnsmedisinsk enhet under helse- og sosialsektoren, og at det var tre fulle stillinger knyttet til folkehelsearbeidet. I tråd med den nye folkehelsesatsingen, er disse stillingene også flyttet til by- og samfunnsenheten. Respondenten fortalte at der det tidligere var to folkehelserådgivere og en folkehelsekoordinator, alle i 100 % stillinger, har det den siste tiden vært enkelte endringer på dette området. En av folkehelserådgiverne har sluttet, og stillingen ble inndratt, fordi den ikke var sikret i budsjettet. Respondent 3 fortalte at folkehelsekoordinatoren er i svangerskapspermisjon, og at vikarierende koordinator er ansatt vikar i 50 % stilling, fordi vikariatet kombineres med en annen stilling i kommunen.

Respondent 4 fortalte at kommunen har skilt levevane- og frisklivsarbeid fra det systematiske folkehelsearbeidet i by- og samfunnsenheten. Levevane- og frisklivsområdet ligger under den nyopprettede virksomheten Helsefremming og innovasjon som er organisert i helse- og sosialsektoren. Dette virksomhetsområdet skal stimulere til systematisk og kunnskapsbasert helsefremming og forebyggingsarbeid, og virksomhetsområdet er et resultat av en omorganisering som har funnet sted internt i helse- og sosialsektoren. Omorganiseringen var en del av prosjektet «Omstilling og utvikling 2013» som ble gjennomført i sektoren i 2012. Planarbeidet for Helsefremmingsplanen inngikk som en del av dette prosjektet (Kristiansand kommune, 2013a).

Forankring av folkehelsearbeidet i organisasjonen

Når kommunen ble kontaktet med forespørsel om å delta i arbeidet med denne oppgaven, var det først og fremst deltakere i kommunens tverrfaglige folkehelseforum som ble nevnt som potensielle respondenter. Av de syv respondentene til oppgaven, er seks av dem deltakere i folkehelseforumet. Det ble derfor tidlig klart at forumet oppfattes som sentralt i folkehelsearbeidet i Kristiansand. Kommunen var tidlig ute med å opprette et samarbeidsforum for folkehelse i 2001. Mandatet for forumet er beskrevet som et

kraftsentrum for folkehelsearbeidet i kommunen og en arena for å knytte forbindelser mellom kommunen og andre aktører i folkehelsearbeidet (Kristiansand kommune, 2013a).

Respondent 5 mente at folkehelseforumet er et resultat av at kommunen har vært tidlig ute med tverrsektoriell tenkning i folkehelsearbeidet gjennom å være proaktive i forhold til samfunnsutviklingen:

Jeg er selv medlem av folkehelseforumet, som er et barn av dette i stor grad i hvert fall, og der vi har med oss folk fra andre sektorer, fra fylkeskommunen og der målet er nettopp den tverrsektorielle tenkningen, og hvordan unngå å havne for mye i egen bås, bare. (Respondent 5)

Folkehelseforumet har vært sentralt i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, og respondenten knyttet dette til en forutseende administrasjon som har vært opptatt av samhandlingsreformens intensjoner lenge før reformen ble satt på dagsorden nasjonalt:

Samhandlingsreformens grunnidéer var noe jeg hadde hørt før, her i kommunen [...] og at de kanskje hadde brukt oss som modell... (Respondent 5)

Folkehelseforumet består av 14-16 deltakere som hører hjemme både innenfor og utenfor den kommunale organisasjonen, i følge respondent 1. I tillegg til representanter fra hver sektor, sitter politikere, kommunalt foreldreutvalg, råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, eldreråd, bedriftsidretten og Agder Friluftsråd. Det er også representanter fra fylkeskommunen, fylkesmannen, Universitetet i Agder og sykehuset, men disse blir ikke regnet som fullverdige medlemmer og har konsultativ status.

Den brede sammensetningen av deltakere i forumet skal bidra til informasjonsspredning og forankring internt i kommunen gjennom at sektorrepresentanter har ansvar for å videreføre arbeidet som gjøres i forumet nedover i organisasjonen gjennom sin sektor:

..de som representerer sin sektor inn i det sektorovergripende folkehelsearbeidet, ivaretar det ganske bra. Ved at de... er en sånn pådriver for folkehelseuttenkningen inn i planarbeidet i sin sektor [...] og det er i alle fall min oppfatning at dette er oppgaver som ikke er veldig vanskelig, det er betydelig interesse for det. (Respondent 2)

Samtidig er det også sikret informasjon oppover i kommunens politiske ledelse som blir informert om forumets arbeid gjennom årlig rapporteringsrutine om forumets arbeid:

Det er også sånn at folkehelse rapporterer til formannskapet en gang i året, og det har da vært i forhold til folkehelseforum. (Respondent 1)

Møtehyppigheten til folkehelseforumet har variert mellom 2-4 møter i året. Til tross for at forumet er godt innarbeidet, er arbeidet i stadig utvikling. Respondent 1 forklarte at det har

vært en utvikling fra fokus på tiltak til en mer overordnet, helhetlig satsing i tråd med utviklingen på folkehelseområdet for øvrig.

Da folkehelseansvaret ble overflyttet fra samfunnsmedisinsk enhet til by- og samfunnsenheten, ble denne enheten samtidig ilagt en koordineringsfunksjon. Denne funksjonen ivaretas blant annet gjennom et tverrsektorielt arbeidsutvalg for folkehelse som skal sikre systematisering av arbeidet på folkehelsefeltet. Arbeidsutvalget ble opprettet i 2006 og er sammensatt av representanter fra hver sektor, de samme sektorrepresentantene som sitter i folkehelseforumet. Dette skal sørge for forankring i fra arbeidsutvalget og videre inn i organisasjonen. Arbeidsutvalgets oppgave er:

... å sørge for at man ivaretar lovens bestemmelser i forhold til folkehelse, at man er litt tidlig ute. Den som er sektorrepresentant er også ansvarlig for å ta det inn til sin sektor og sørge for at man jobber med det samme. (Respondent 1)

Arbeidsutvalget ble opprettet fem år etter folkehelseforumet, og har antagelig oppstått som resultat av et opplevd behov i kommunen. Mange av respondentene snakket varmt om folkehelseforumet, og forumet ser ut til å være godt innarbeidet. Likevel kan det se ut som om det ikke helt har fungert etter intensjonene:

Det var også litt økonomi innenfor det forumet til å begynne med, men det ble løftet ut [...] Tidligere kunne du risikere at det ble fatta et vedtak i forumet som fikk økonomiske konsekvenser for kommunen[...] og dermed så ble det endra litt og økonomien ble flyttet ut derfra. (Respondent 1)

Når det ikke ligger økonomi i folkehelseforumet, er forumet avhengig av å søke midler til prosjekter som ønskes gjennomført og det er arbeidsutvalget for folkehelseforumet som har koordineringsansvaret. Arbeidsutvalgets mandat har utgangspunkt i folkehelselovens bestemmelser:

... vi har jo dette her styringshjulet og det som egentlig folkehelseloven sier at vi skal gjøre [...] det går på det å passe på i prosessen og se at man er tidlig nok inne med at man sørger for at alle sektorene ivaretar dette med folkehelse, bli enige om felles mål og så videre, så det tverrsektorielle folkehelsemålet, det kom man frem til ... i arbeidsutvalget. (Respondent 1)

Det tverrsektorielle folkehelsemålet som er nevnt her, er forpliktende for alle sektorer i kommunen, og det utarbeides et slikt tverrsektorielt folkehelsemål hvert år. Respondent 1 fortalte at folkehelsemålet for 2014-2017, var at alle sektorer skal arbeide mot å redusere frafall i videregående skole. Frafallet er spesielt høyt blant gutter i yrkesfag, og satsingen mot denne gruppen skal ha prioritet. Videre fortalte vedkommende at målet er utarbeidet på

grunnlag av gjennomgang av det kommunale utfordringsbildet. Det tverrsektorielle folkehelsemålet skal alle sektorer ta hensyn til når det utarbeides sektorvise handlingsplaner. Dette skal sikre et felles og tydelig fokus på denne utfordringen og er derfor også et virkemiddel som sikrer forankring av folkehelsearbeidet i hele organisasjonen.

Folkehelse i plan

En av respondentene er ansatt som folkehelserådgiver og har vært i stillingen siden 2007. Like etter flyttingen av folkehelsefeltet fra helse- og sosial til teknisk sektor, var ansvarsområdet til rådgiveren primært teknisk sektor, men dette har endret seg og stillingen fungerer rådgivende for alle sektorer. Rådgiveren beskrev sin rolle som viktig for å ivareta folkehelse spørsmål i det overordnede kommunale planarbeidet. Folkehelse spørsmål i kommunalt planarbeid ivaretas blant annet gjennom samarbeidsgrupper som skal se gjennom alle planer som er under utarbeiding. I tillegg finnes maler for planarbeid som skal sikre at alle sektorer tar hensyn til folkehelse spørsmål når planer utarbeides. Samarbeidsgruppene er sammensatt av representanter fra alle sektorer, en representant fra rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne, en representant for barn og unge, samt flere aktører fra teknisk sektor som ingeniører, parkvesen og miljørettet helsevern. Disse gruppene oppleves som en godt etablert arbeidsform som har virket over mange år.

Respondent 1 understreket kommuneoverlegens rolle for ivaretagelse av folkehelseaspektet i planarbeidet gjennom ukentlige møter i forbindelse med utarbeiding av reguleringsplaner. Kommuneoverlegestillingen er organisatorisk forankret i samfunnsmedisinsk enhet under helse- og sosial der folkehelseansvar tidligere var plassert før overføring til by- og samfunnsenheten.

I tillegg til samarbeidsgruppene er det også tatt i bruk andre virkemidler for å sikre ivaretagelse av folkehelse spørsmål i planarbeid på tvers av sektorer. En av respondentene fortalte at det er utarbeidet mal for planarbeid som setter krav om beskrivelse av helseeffekt i alle planer. I tillegg er det laget en veileder som med spørsmål som skal bidra til å belyse helseeffekten av ulike tiltak. Respondenten ga uttrykk for at denne veilederen har visse begrensninger, og at enkelte aspekter bør belyses i større grad:

...dette her med sosial ulikhet i helse, blant annet, som er en faktor som en kanskje må få belyst mye mer. (Respondent 1)

På direkte spørsmål om hvorvidt veilederen fungerer etter hensikten, svarte respondenten at når det gjelder reguleringsplaner er man tvunget til å forholde seg til spørsmålene i veilederen og gi en beskrivelse av helseeffekt, og at planen ikke vil bli videre behandlet før det er gjort:

Så der har faktisk plan og bygg ... vært flinke til å purre på hvis det mangler noe. Det står jo ikke noe ellers at dette skal gjennomføres i andre planer, men det er noe vi kommer til å jobbe med sånn at det blir rutiner på det. (Respondent 1)

Veilederen er altså ikke gjeldende for andre enn reguleringsplanene. Likevel kan det tverrsektorielle folkehelsemålet bidra til at alle sektorer må forholde seg til folkehelse spørsmål i arbeid med sine respektive handlingsprogram. Slik sett kan også dette sies å være et godt virkemiddel i de kommunale planprosessene. Folkehelsekoordinatoren har også et grep om folkehelse i utarbeidingen av sektorvise handlingsplaner ved å lese gjennom alle forslag til handlingsplaner fra sektorene, og kartlegge forslag som påvirker folkehelsearbeidet. Folkehelsekoordinatoren ga uttrykk for at vedkommende gjennom dette arbeidet, har inntrykk av at folkehelse er et satsingsområde for alle sektorer i kommunen.

Likevel oppleves de sektorvise handlingsprogrammene som en utfordring for det helhetlige folkehelsebildet, slik en av respondentene ga uttrykk for:

..fagplanene [...] kan være gode, for å si det sånn, men de skal omgjøres til budsjett og handlingsprogram, og det er da hver sektor går i hver sin boks og er opptatt på å levere på drift ... så da mister en det strategiske grepet. (Respondent 4)

Det ble også gitt uttrykk for en opplevelse av at skillet mellom administrasjon og politisk ledelse kan være en utfordring i planarbeidet:

Men det er jo også veldig politisk og det syns jeg har vært for lite problematisert. For ... når vi prøvde å skrive dette inn i vår egen lokale plan, så hørte du at det var vanskelig å si nei til, men i praksis, så har ikke vi et politisk regime som nødvendigvis [...] syns det er god politikk, for å si det sånn, så det blir ikke fulgt opp i praksis... (Respondent 4)

Det er gjort flere grep for å sikre tverrsektoriell folkehelsesatsing som ser ut til å møte utfordringer i den kommunale hverdagen. Folkehelsesatsingen oppleves likevel av flere som solid forankret i den kommunale planstrategien slik denne respondenten sa:

Etter hvert så opplever jeg at det er ganske godt forankret, både i arealplan og samfunnsdelen, og så er det også laget en egen helsefremmingsplan som er politisk forankret, som... peker ut en retning for hvor vi vil hen og hvilke virkemidler vi kan [...] ta i bruk på det. Så jeg opplever at dette har kommet inn under huden i de fleste sektorer. (Respondent 2)

Både Folkehelseforumet og arbeidsutvalget er gitt et ansvar i planarbeidet, gjennom åpning for å komme med innspill til planer som skal rulleres. Flere av medlemmene i folkehelseforumet svarte likevel at de ikke er involvert i planarbeid utover handlingsplaner i egen sektor. Det kan derfor se ut som om forumets rolle i det overordnede planarbeidet i organisasjonen ikke fungerer helt etter hensikten. Dette er et inntrykk som delvis bekreftes av bakgrunnsdokumentet for helsefremmingsplanen som trekker frem behovet for en klargjøring av både forumet og arbeidsutvalgets mandat og rolle i kommunens styringssystem, for å forsterke koblingen mellom overordnet planstrategi og de respektive sektorens handlingsprogram (Kristiansand kommune, 2013a).

Når det gjelder kunnskapsgrunnlag for planarbeidet, ga flere respondenter uttrykk for at planene i stor grad bygger på lokale forhold, kjent gjennom regional eller lokal kartlegging. Flere respondenter (1, 2, 3, 4) viste til utfordringsbildet (Kristiansand kommune, 2014a), et årlig utarbeidet kommunalt dokument som tar for seg de utfordringene det er behov for å arbeide med lokalt. Dette dokumentet bygger på ulike lokale og regionale data: Ungdataundersøkelsen, rusundersøkelser, NAV-data, data fra kommunens sektorer, prosjektrapporter fra forskning på ulike områder i offentlig og privat sektor og Folkehelseinstituttets folkehelseprofil. Dokumentet skal ligge til grunn både for det overordnede planarbeidet i kommunen og sektorvise handlingsprogram. To av respondentene (3, 4) viste til at Folkehelseinstituttets folkehelseprofil i seg selv, ikke var særlig vektlagt i kommunens folkehelsearbeid, da de ble oppfattet som generelle og lite beskrivende for det lokale behovet.

Kommunens arbeid med oversikt over helsetilstand som grunnlag for kommunale planer er godt i gang i Kristiansand og har pågått lenge. Arbeidet var ikke ferdigstilt da intervjuene ble gjennomført i oktober 2014:

..folkehelsekoordinator har [...] drevet gjennom et arbeid, hvor man har blitt enige om et sånt foreløpig indikatorsett, hatt arbeidsgrupper, tverrsektorielt sammensatt som har sett på ulike data vi mener bør inn i det oversiktsarbeidet (Respondent 2)

Kartleggingsarbeidet har i følge samme respondent pågått over lang tid og kan ikke knyttes direkte til føringer i samhandlingsreformen eller folkehelseloven. Selv om arbeidet er godt i gang, og det er et lokalt utviklet utfordringsdokument som ligger til grunn for kommunens planarbeid, svarer samme respondent slik på spørsmålet om hvorvidt det kommunale planarbeidet bygger på kunnskap om lokale forhold:

... vi er nok også underveis der. En vil nok fortsatt finne planer, gjeldende planer som ikke er veldig kunnskapsbasert. Og det er jo ikke alle planer en lager hvor det er tilgjengelig god nok kunnskap. Men det er i hvert fall en intensjon ... når en reviderer og lager planer, at en i størst mulig grad skal basere seg på kunnskapsbasert praksis og ha det faglig forankret på det viset. (Respondent 2)

Respondent 1 svarte at en har mye data tilgjengelig, både kommunalt og regionalt gjennom en statistikkportal for Agderfylkene, og at hver enkelt av kommunens avdelinger sitter på en del data. Utfordringen i følge denne respondenten er å systematisere og sammenstille de dataene en har.

Til tross for de grepene kommunen har gjort for å sikre samarbeid på tvers av sektorene, kan det se ut som om det fremdeles er områder der samarbeidet og kommunikasjonen ikke fungerer sømløst. Flere respondenter (4, 6, 7) trakk frem at kommunen er preget av sektorisering:

.. vi har en veldig sektordelt kommune. Oppvekstsektoren jobber med skole ... helse og sosial har tradisjonelt hatt alt med innvandrere å gjøre.. (Respondent 6)

Respondent 4 fulgte opp dette på spørsmål om utarbeiding av planer og sa at kommunen er veldig sektorisert, og at det er vanskelig å holde det overordnede folkehelsefokuset på sammenhengene mellom arbeidsområdene til de ulike sektorene når de utarbeider sine sektorvise handlingsprogram. Respondent 7 ga uttrykk for at det har vært en positiv endring på dette området og knyttet denne endringen til tverrsektorielt samarbeid gjennom deltakelse i folkehelseforumet.

5.3.2 Respondentenes syn på folkehelse

Gjennom arbeidet med spørsmålene i kapittel 5.3.1 om kommunens organisering av folkehelsearbeidet, kom flere av respondentene inn på hvilke aktører de regner som viktige aktører i folkehelsearbeidet og flere ulike syn på folkehelse kom til syne. Det er derfor av betydning å vie plass til de ulike synene respondentene ga uttrykk for på dette området og om dette har endret seg etter reformen.

Folkehelseaktører og folkehelseforståelse

Hvilke aktører som fremstår som sentrale i folkehelsearbeidet, kan si noe om hvilken folkehelseforståelse som ligger til grunn hos de ulike respondentene og bidra til en mer utfyllende forståelse av hvordan kommunen arbeider på folkehelsefeltet.

Arbeidsutvalget fremstår som en sentral struktur innenfor kommunens folkehelsearbeid og utvalgets betydning ble trukket frem av flere. En av respondentene mente at deltakerne i dette utvalget er de viktigste folkehelseaktørene i kommunen:

... i selve arbeidet med folkehelse i kommunen, så er det arbeidsutvalget som er de viktigste. (Respondent 3)

Deltakere i arbeidsutvalget er blant annet folkehelsekoordinator, kommuneoverlege og folkehelserådgiver, samt sektorrepresentanter. Respondent 1 utpekte kommuneoverlegen som en mer eller mindre selvstendig myndighet i arbeidsutvalget.

Samme respondent understreket også betydningen av det tverrsektorielle grepet på folkehelsearbeidet, og ga uttrykk for tvetydige folkehelsesignaler i samhandlingsreformen:

..det har jo også vært sånn at samhandlingsreformen ... i stor grad har dreid seg om dette her med helse- og sosial og de utfordringene en står overfor der. (Respondent 1)

Dette ble understøttet av flere andre respondenter (3,6), og noe av den samme tvetydigheten viste seg i utsagn fra respondent 5 som oppga pleieinstitusjoner og eldreomsorg som viktigste folkehelseaktør i kommunen. Samme respondent var også opptatt av kommunens utfordringer med livsstilssykdommer og vektla følgelig betydningen av arbeidet rettet mot kosthold og aktivitet i folkehelsearbeidet. Dette kan tyde på at respondenten knytter folkehelse til helse- og sosialetaten, men samme respondent sa også at:

Det som er veldig positivt, er at vi ikke bare tenker helse i helseetaten. Det er helt nødvendig hvis en skal lykkes med dette, så må en tenke tverrsektorielt... (Respondent 5)

Litt senere i tankerekken fulgte vedkommende opp med:

.. og så er jeg litt ... undrende til at folkehelsearbeidet [...] har ...endret ansvar fra helse over til byutvikling, altså til teknisk [...]er det ikke sånn at skomakeren føler seg mest hjemme på sitt eget verksted, på en måte [...] selv om det tverrsektorielle er målet og det er det som er det viktigste, så burde folkehelsearbeidet være plassert i kommunens helse- og sosialetater. (Respondent 5)

For å avklare folkehelseforståelsen fikk respondenten oppfølgingsspørsmål om hva folkehelsearbeid er, og svarte da at:

..det er summen av alt arbeidet vi gjør for at innbyggerne skal ha det godt. (Respondent 5)

Denne respondenten ga uttrykk for et tydelig tradisjonelt helse- og sykdomsfokus i sin forståelse av folkehelse, samtidig som folkehelsearbeid ble satt i sammenheng med kommunens totale oppgave som samfunnsaktør.

På spørsmål om hva som påvirker folkehelsen, svarte respondent 5 videre at livsstilssykdommer som følge av passivitet er en trussel mot folkehelsen og at tiltak rettet mot ernæring og fysisk aktivitet er av stor betydning i folkehelsearbeidet. Dette synet støttet også en annen respondent på spørsmål om hva folkehelsearbeid er:

Jeg tenker at det har med sånne helse- og sosialting å gjøre jeg. Det å få folk til å gå og sykle og bruke kroppen sin, og... altså forebyggende helsearbeid.. (Respondent 7)

Respondent 2 ga også uttrykk for at helse- og sosialfeltet er sterkt preget av folkehelsearbeidet i kommunen, men at dette er i endring:

..generelt er nok folkehelsefeltet fortsatt litt for tungt preget av helse- og sosialsektor. Vi har jobbet over tid med bredere forankring i vår kommune og er nok kommet et stykke på vei. (Respondent 2)

Til tross for at flere respondenter pekte på helsesektoren sin rolle i folkehelsearbeidet, kom det likevel til syne erfaringer i kommunen med at helse og sosialsektoren ikke er de mest aktive i ulike samarbeidsfora for folkehelse. En respondent betegnet helse og sosialsektoren som lite synlige i slike fora. Samme respondent understreket at arbeidet med helsefremmingsplanen i stor grad var preget av utfordringer som tradisjonelt har ligget under helse- og sosial, men at de andre sektorene fikk større eierskap til produktet etter hvert. Respondent 4 sa om planen og bakgrunnsdokumentet for den, at planen representerer det faglige tankegodset for helse- og sosialsektorens forståelse av fremtidig folkehelsearbeid etter samhandlingsreformen. Samme respondent satte selv ord på det uklare folkehelsebegrepet som sitatene over gir et bilde av, og mente at uklarhetene kan spores tilbake til nasjonale styresmakter:

Det som jeg syns har vært vanskelig ... er at jeg opplever at det kommer forskjellige signaler fra nasjonalt hold. (Respondent 4)

Dette ble utdypet med at mens folkehelsearbeid tradisjonelt har vært forbundet med ernæring, fysisk aktivitet, rus og tobakk, er det nå arbeidet mot sosiale ulikheter i helse som står sentralt i folkehelsearbeidet etter den nye folkehelseloven. Likevel er det fysisk aktivitet og ernæring som setter dagsorden når det inviteres til nasjonale konferanser på folkehelsefeltet. Denne uklarheten opplevde respondenten svært frustrerende, illustrert ved utsagn som:

..når en da i tillegg får ulike signaler fra nasjonale myndigheter på hva folkehelse er, altså at de på en måte faller i noen sånne gamle grøfter, på hva det egentlig handler om, og ikke står fast på det som de sa i loven, så blir det vanskeligere lokalt også, eller egentlig helt umulig faktisk, og da blir en jo som byråkrat tatt for å være politisk, og det skal vi IKKE. (Respondent 4)

Frivillig sektors rolle i folkehelsearbeidet, ble trukket frem av flere respondenter (1,4,5):

Jeg tenker på det arbeidet vi gjør via frivillighetsmeldingen og samarbeidet med frivillige organisasjoner som gjør en masse flott arbeid i forhold til folkehelse. (Respondent 5)

Respondent 4 trakk inn frivillig sektor som en viktig bidragsyter i frisklivsarbeidet, spesielt knyttet til sosiale og kulturelle tiltak i forhold til eldre.

På spørsmål om kommunens rolle i forhold til frivillig sektor, svarte en respondent slik:

Jeg tror det er viktig at det politiske miljøet sender signaler og setter rammer. Men jeg tror at disse ildsjelene innenfor idretten og frivilligheten hadde gjort dette arbeidet uansett. Fordi det ligger en glød og det ligger en vilje og en iver der, som skaper gode ting for andre mennesker. Den ligger der uansett. Men det er viktig at vi som kommune oppfordrer til det, det er viktig at vi legger praktiske ting til rette. At vi sier i overordnede planer at dette er ting vi ønsker. (Respondent 5)

Endret folkehelsefokus etter samhandlingsreformen: «Ja, men litt forvirret...»

Det viste seg å være stor enighet blant respondentene om at samhandlingsreformen har bidratt til større fokus og økt bevissthet om folkehelsearbeidet. Respondent 1 sa at det helhetlige blikket på folkehelsearbeidet har økt og at fokuset i folkehelsearbeidet nå er sosiale ulikheter i helse. Respondent 4 uttrykte at samhandlingsreformen hadde bidratt til å løfte folkehelse høyere opp på dagsorden. Dette ble støttet av respondent 1 som mente at endringen også omfatter en vridning fra tiltaksorientering i folkehelsearbeidet. Der det tidligere har vært fokus på tiltak rettet mot fysisk aktivitet, ernæring og rus, er folkehelsearbeidet nå løftet opp til å bli et ansvar for organisasjonen som helhet.

Endringen i folkehelsefokus ble av flere respondenter tidfestet til å ha funnet sted etter 2012 og det er naturlig å relatere endringen til iverksettingen av folkehelseloven. Det dreier seg ikke bare om endring i form av fokus på folkehelse, men også endring i bevissthet om hva som regnes som folkehelsearbeid og bevisstgjøring av aktører som driver slik arbeid:

Selv om mange har jobbet med det man kaller folkehelse i lang lang tid, så er det noe med å skape en bevissthet rundt ... det er jo det vi har holdt på med. Men det er kanskje bare i ny språkdrakt. Og mye mer bevissthet om at ... da må vi også synliggjøre at vi jobber med disse tingene, overfor andre. (Respondent 1)

Respondenten understreket at det har vært utfordrende å få aktører fra for eksempel oppvekstsektoren til å se at det de driver med, er folkehelsearbeid.

Den endrede bevisstheten omkring dette ble bekreftet av flere. Respondent 3 sa at den nye bevisstheten rundt dette etter hvert opplevdes veldig integrert i organisasjonen, gjennom at aktører fra både teknisk og kultur nå regnet sine arbeidsoppgaver som et bidrag til kommunens folkehelsearbeid. En respondent med tilhørighet i kultursektoren, svarte følgende på spørsmål om sin rolle i folkehelsearbeidet:

..jeg passer perfekt inn der, tenker jeg [...] Mye av folkehelse har til nå syns jeg vært dreid om trøste og bære [...] Veldig mye rundt helse og sosial, da og at man kanskje ikke ser alt det andre arbeidet [...] som jeg mener virker inn på folkehelse..

Men respondenten ga uttrykk for at bevisstheten om kultursektorens bidrag ikke var ny for sektoren selv:

Men jeg mener at vi alltid har ... vært der, det er vel heller andre som ikke har sett helt vår betydning, tror jeg. Og det kan godt være fordi at vi ikke er gode nok på å informere om hva vi gjør.

Vedkommende ga ikke uttrykk for at eget arbeid hadde forandret seg etter reformen, men mente at reformen likevel hadde bidratt til at sektorene ser litt utover egen sektor.

Selv om de fleste respondentene forteller om et sterkere og bredere fokus, så svarte en av respondentene slik på direkte spørsmål om hvorvidt fokuset er sterkere etter 2012:

..ja, men litt forvirret [...] for fokuset er ikke så tydelig å få øye på.. (Respondent 4)

Forvirringen respondenten her formidlet ble knyttet direkte til utsagnene ovenfor om det respondenten oppfatter som forvirrende signaler fra nasjonalt hold. Trykket på folkehelsearbeidet har økt, men hva folkehelsearbeid er og skal være, opplevde respondenten noe uklart.

5.3.3 Sosial ulikhet i helse

Folkehelseloven er styringsvirkemiddel for den delen av samhandlingsreformen som tar for seg forebygging og bedre folkehelse. En samfunnsutvikling som fremmer helse og motvirker sosial ulikhet i helse er formålet med loven, og hvordan respondentene forholder seg til slike ulikheter er av betydning for hvordan de forstår og forholder seg til folkehelse og folkehelsearbeid. Denne delen av resultatkapittelet tar for seg sitater og funn som gjenspeiler respondentenes forståelse av og bevissthet om sosiale ulikheter i helse, ulike tilnærminger til

hvor innsatsen mot slike ulikheter skal rettes, og hvordan kommunen kan arbeide med utjevning av slike ulikheter.

Bevissthet, forståelse og utjevningsstrategier

En respondent fortalte at utjevning av sosial ulikhet i helse er et sentralt aspekt i det kommunale folkehelsearbeidet, og at det er godt ivaretatt, men påpekte likevel at:

...jeg føler at det blir ivaretatt på alle nivåer. Men om alle er like bevisste på det, det er jeg ikke så sikker på. (Respondent 1)

Samme respondent sa videre at det økte fokuset på folkehelsearbeid etter iverksettingen av folkehelseloven, har bidratt til fokusendring også når det gjelder sosial ulikhet. Det ble blant annet vist til folkehelsekoordinator og arbeidsutvalget som har koordineringsansvar på folkehelsefeltet, holder fast ved sosiale ulikheter når hver enkelt sektor utarbeider handlingsprogram. Koordineringsansvaret ble trukket frem som viktig i dette arbeidet, blant annet fordi respondenten ga uttrykk for at forståelsen for sosiale ulikheter i helse i kommunen som helhet, er «litt ymse» og at mange mangler kunnskap om hva som forsterker slike ulikheter. Respondenten mente at kommunen i sitt planarbeid har ivaretatt sosial ulikhet i helse på en rekke områder, men at det ikke alltid følges opp i praksis. Det ble blant annet vist til kommuneplanen som sier at alle innbyggere skal ha gode boforhold og at dette ikke bare gjelder de vanskeligst stilte, men også «*studenter, unge i etableringsfasen, enslige forsørgere og personer utenfor arbeidslivet*» (Kristiansand kommune, 2011, p. 32). Respondenten var tydelig på at dette er ord i kommuneplanen, men at det ikke er fulgt opp i praksis gjennom konkrete tiltak.

Samtidig ga vedkommende uttrykk for at det ville være vanskelig å skulle rettferdiggjøre beslutninger om å ivareta boligbehov for andre enn de mest utsatte, fordi det tar så lang tid å se helseeffekt av slike satsinger. Videre ble det vist til at eksterne aktører i boligmarkedet oppleves begrensende for kommunens handlingsrom på dette området:

Vi vet at kommunen kan styre en del av utbygging, men til slutt så er det utbyggerne selv som mer eller mindre bestemmer, og de vil jo gjerne ha mest mulig penger ut av sine prosjekter. (Respondent 1)

En annen respondent svarte følgende på spørsmål om hvordan sosiale ulikheter er ivaretatt i kommunens planarbeid:

Det syns jeg er dårlig ivaretatt. Det har vært vanskelig å få det opp. Utover et veldig overfladisk nivå. (Respondent 4)

Oppfatningen er en annen hos denne respondenten som svarte følgende på samme spørsmål:

Altså, det føler jeg er veldig bra. Jeg føler det er godt ivaretatt. (Respondent 5)

Respondenten argumenterte med at hensynet til sosiale ulikheter i helse var ivaretatt gjennom kommunens arbeid med utbygging og rehabilitering av skolebygg, samarbeid med idrettslag som bidrar i arbeidet og aktiv oppfølging av kommunens frivillighetsmelding:

Jeg tror ikke jeg har veldig mange forslag til hvordan vi kunne ha gjort tingene annerledes, altså. (Respondent 5)

Ved utdypende spørsmål om hva sosial ulikhet i helse dreier seg om, svarte respondenten at:

For meg så handler det først og fremst om utsatte familier som har en historikk og en utfordring med at fattigdom går i arv, med at bruk av [...] sosialhjelp og arbeidsløshet og trygdemottak går ofte fra foreldre til barn.. (Respondent 5)

Respondenten definerer her sosiale ulikheter i helse som et fenomen som rammer de fattigste familiene og utdypet videre at målet med fokuset på sosiale ulikheter i helse er:

..å få disse menneskene ut av den syklusen. Den sosiale ulikheten som er mellom de familiene, og de andre, mer velfungerende familiene, lar seg utviske på en eller annen måte, det er jeg sikker på. (Respondent 5)

Vedkommende understreket at også tiltak for fysisk aktivitet og ernæring var viktige bidrag i folkehelsearbeidet, men var bevisst på at det også her er helseforskjeller og at slike tiltak antagelig ikke vil bidra til bedre helse hos alle:

..for en viss del av befolkningen, ikke for alle, så tror jeg vi kanskje med samhandlingsreformen kan klare å opprettholde en veldig sunn befolkning i snitt, likevel.. (Respondent 5)

En annen respondent henviste til kommuneplanen på spørsmål om sosiale ulikheter, og derfor er det av betydning å se på hvordan planen tar for seg dette temaet. Kommuneplanen trekker frem at sosiale ulikheter i helse er et nasjonalt satsingsområde, utdypet slik: «*De fleste av oss har de senere årene nytt godt av bedringen i levestandard, kulturtilbud og helse, men et betydelig mindretall har ikke i samme grad fått ta del i denne velstandsutviklingen. Vi ser en klar tendens til marginalisering av enkelte befolkningsgrupper*» (Kristiansand kommune, 2011, p. 32). Respondent 5 ser ut til å ha støtte i kommuneplanens fremstilling av at slike ulikheter rammer et betydelig mindretall. En slik forståelse vil legge føringer for hvor innsatsen mot slike ulikheter skal rettes, og respondenten fulgte opp dette spørsmålet med følgende forslag til utjevning av ulikhetene:

Hvordan vi gjør det, er en utfordring, ikke sant, men det handler om å la kommunens tilbud være omtrent like tilgjengelig for alle, det handler om behovsprøving i forhold til medlemsavgifter og inngangspenger og sånt, og det handler om... informasjonsspredning. For det vi ser ... er det at når vi har et tiltak i regi av kommunen, så er det mange barn som ikke får vite om det. (Respondent 5)

Respondenten la videre vekt på at en del barn ikke har et naturlig forhold til lokale informasjonskanaler som lokal-tv og lokalaviser, og dro derfor frem skolen som en viktig kanal for informasjonsspredning. Når tilbudet først er gjort kjent til alle barn gjennom skolen, vil behovsprøving av medlemsavgifter og inngangspenger være virkemiddel i utjevning av sosiale ulikheter i helse.

En annen sentral folkehelseaktør, ga uttrykk for en annen oppfatning av utjevningsvirkemidler:

Så det å tørre å vektlegge strukturelle virkemidler og de bakenforliggende årsakene, bakenforliggende determinantene tror jeg er kjempeviktig. (Respondent 2)

Samme respondent ga videre uttrykk for bevissthet om at ulike syn på virkemiddelbruk og ulike syn kan knyttes til politisk plassering:

Men det vi opplever, det er at politikerne interesserer seg for dette. Alle sammen. De er selyfølgelig litt ... uenig seg imellom om hvordan en skal vektlegge virkemiddelbruk. Det er jo de samme skillelinjene som vi kjenner igjen fra rikspolitikken. (Respondent 2)

Denne respondenten hadde også klart fokus på utsatte grupper gjennom å vektlegge kommunens arbeid med å ha oversikt over lavinntektsfamilier i befolkningen. Respondenten la vekt på at lavinntektsfamilier med barn, spesielt der hvor det er sosialhjelp eller andre kommunale hjelpetjenester involvert, blir prioritert i både planarbeid og i ressursprioritering i kommunen, og kom flere ganger inn på at kartlegging og oversikt er viktige verktøy i arbeidet mot sosial ulikhet i helse. Interessen for å kartlegge dette, begrunnes med et ønske om resultatlikhet heller enn innsatslikhet.

Med skillet mellom resultatlikhet og innsatslikhet kom respondenten inn på det som vedkommende regner som kjernen i sosiale ulikheter i helse:

Det er jo dette med... equality og equity, den distinksjonen der, som jeg tenker kanskje er nyttig i den sammenhengen, altså det som er urettferdig av fordelinger av ressurser og goder og det som er forskjeller som er i større eller mindre grad mulig å velge.. (Respondent 2)

Respondenten utdypet videre:

..jeg hører vel til dem som synes Michael Marmot har tenkt fornuftig om dette og tenker at de bakenforliggende, grunnleggende premissene for samfunnsutvikling er det viktigste. (Respondent 2)

På spørsmål om hvorvidt vedkommende oppfatter dette synet som representativt for kommunen, vises det til et nylig utarbeidet kommunalt innspill til den nye folkehelsemeldingen. Kommuneoverlegen har vært saksbehandler for innspillet, men det er utarbeidet med høringsbidrag fra arbeidsutvalget for folkehelseforumet, slik at alle sektorer er representert. På tidspunktet for intervjuene var innspillet ikke ferdigbehandlet politisk, men respondenten viste til at dersom det ble vedtatt ville dette representere Kristiansand kommunes syn og prioriteringer på folkehelsefeltet.

I intervjuene kom det frem ulike syn på hvilke deler av befolkningen innsatsen mot sosiale ulikheter i helse skal rettes mot. Respondent 1 som var opptatt av kommunens ansvar for å ivareta boligbehovet for alle, viste til at kommunens innsats stort sett var begrenset til de mest vanskeligstilte på boligmarkedet gjennom ordninger som startlån og lignende, men etterlyser supplerende grep som rettes mot andre enn de mest utsatte, som for eksempel ungdom i etableringsfasen. Vedkommende ga uttrykk for bevissthet om at arbeidet mot sosiale ulikheter i helse ikke utelukkende dreier seg om utsatte grupper, men at det likevel er de gruppene som blir prioritert i kommunens arbeid:

..nå skal vi egentlig prøve å løfte hele segmentet opp, men ... man gjør det der man er pålagt å gjøre noe [...] så glemmer man kanskje andre. (Respondent 1)

På direkte spørsmål om vedkommende opplever at kommunens innsats mot sosiale ulikheter i helse er rettet mot de mest vanskeligstilte, var svaret ja, utdypet med eksempel fra en nylig vedtatt satsing mot fattige familier. Satsingen innebærer at kommunen skal gjøre grep på flere ulike områder rettet mot 100 familier med barn som kom dårlig ut på en oversikt over levekår:

...det er jo en måte å gjøre det på. Men så har du en del som detter igjennom [...] Mellomsjiktet, det er der man egentlig ser at det er en del som sliter også..(Respondent 1)

Gjennom disse utsagnene gir respondenten uttrykk for at de systematiske forskjellene i helse som følger de sosioøkonomiske skillelinjene, også kalt den sosiale gradienten, etter hans oppfatning får lite oppmerksomhet i kommunens folkehelsearbeid.

Sosial arv- reproduksjon av sosiale ulikheter i helse

Innspillet til folkehelsemeldingen ble vedtatt i formannskapet og i helse- og sosialstyret i Kristiansand like etter intervjuene ble gjennomført og kan sies å representere kommunens folkehelsesyn utad. Innspillet ble kort presentert i kapittel 5.2.4, det har et tydelig fokus på de bakenforliggende helsedeterminantene som årsaker til sosiale ulikheter i helse og understreker spesielt barndommens betydning for menneskelig utvikling: «*Det er etter hvert god dokumentasjon for at en god barndom gir helseeffekter som varer hele livet- det gjør dessverre også ofte en dårlig barndom.*» (Kristiansand kommune, 2014b, p. 3). Dette er bakgrunnen for at verdien av tidlig innsats er viet betydelig oppmerksomhet i innspillet, sammen med tilknytning til samfunnsdeltakelse på ulike arenaer.

Betydningen av en god barndom ble vektlagt av flere respondenter (1,4,5,7) som var opptatt av at sosiale posisjoner går i arv. Denne respondenten knyttet sosial arv til sin forståelse av sosial ulikhet i helse på denne måten:

..vi mener jo å se at det ofte går i arv. Altså hvis du kommer fra en familie med lav sosial status, så gjør du gjerne det som mamma og pappa har gjort før, altså jeg tenker både på utdanning og aktiviteter, og ja.. de følger litt den oppgatte løypa tenker jeg ... og at det helt klart er en sosial forskjellighet der sånn, det tenker jeg at det er. (Respondent 7)

At hvordan man forholder seg til utdanning og arbeid går i arv, var tydelig også hos en annen respondent:

..hvis barn vokser opp i en familie der en ikke har et positivt forhold til å være i jobb, så blir det vanskelig å få det selv [...] å ta utdanning, eller til å gjøre det godt på skolen, eller hvis en tenker at i vår familie har vi aldri gjort det godt i matte, så blir det fort sånn.. (Respondent 4)

Vedkommende er også opptatt av likestillingsperspektivet i denne utfordringen og uttrykker bekymring for at sosial arv også medfører reproduksjon av kjønnsforskjeller:

.. vi har flere utfordringer i vår kommune. Vi har en veldig skjev kvinnedeltakelse, vi har en veldig dårlig kvinnerepresentasjon i yrkeslivet, og vi har mange kvinner med helseutfordringer også. Og [...] jeg tror det vil påvirke barns muligheter til å delta selv i arbeidslivet når de blir større, sant, sånn at det er en slags sosial arv i det, tenker jeg. (Respondent 4)

Respondent 1 stilte spørsmål ved hvorvidt kommunen bidrar til reproduksjon av sosiale ulikheter ved å unngå stille krav, og ved å unngå å legge til rette for muligheter for dem som alltid har uflaks.

Frivillig sektors rolle i utjevning av sosiale ulikheter i helse

Under temaet sosiale ulikheter i helse, og kommunens arbeid med utjevning av ulikhetene, kom flere av respondentene (1,4,5,6,7) inn på frivillig sektor sitt arbeid på dette området:

...vi ser jo at det er folk og grupper som sliter, men så er det mange også som gjør en god jobb i forhold til disse gruppene, som ikke er det offentlige. Du har Kirkens Bymisjon, du har Frelsesarmeen.. (Respondent 1)

Samme respondent uttrykket derfor skepsis til at frivillig sektor er lite representert i Folkehelseforumet i kommunen:

Nei, de er ikke med. Og det har vært ... litt av mitt ankepunkt, at jeg savner bedre representasjon enn det som er. For det er liksom de mer etablerte [...] for tidligere så var det mye fysisk aktivitet det var snakk om, når det var snakk om folkehelse.. (Respondent 1)

En annen respondent etterlyste også formelle samarbeidsformer med frivillig sektor:

Vi har ikke noe formelt.. vi skaller borti hverandre i enkelte sammenhenger.. (Respondent 7)

Sammenhengene respondenten nevnte, dreide seg om idrettslagenes arbeid for å legge til rette for å inkludere alle barn i sine aktiviteter, og at det av og til dukket opp behov for samarbeid om løsninger vedrørende medlemskontigent og sponsing av utstyr. Vedkommende sa videre at sponsing av medlemskontigent og utstyr, dekkes inn av statlige storbymidler som på folkemunne ble kalt fattigdomsmidler.

Respondenten visste derfor ikke hvorvidt kommunen kunne klappe seg på skulderen og ta æren for det arbeidet som gjøres mot utjevning av sosiale helseulikheter i regi av frivillig sektor. En annen respondent sa at frivillig sektor er helt fristilt fra kommunens oppgaver, og at:

Vi kan ikke blande oss opp i dem. Vi kan legge til rette, det er vår rolle, å legge til rette. (Respondent 6)

Respondentenes tro på kommunens evne til å utjevne sosiale helseforskjeller

Flere respondenter ga uttrykk for ambivalens i forhold til kommunens evne til å utjevne sosiale ulikheter i helse. Respondent 2 kalte utjevning av slike ulikheter som en visjon heller enn noe som reelt kan oppnås, men at kommunen ved å ha det som visjon, sikrer oppmerksomhet rundt arbeidet.

Respondent 3 svarte at dette er et vanskelig felt, at kommunen lenge har vært klar over sammenhengen mellom sosioøkonomiske faktorer og helsetilstand og at det derfor var grunn til å spørre om kommunens tiltak ikke bidrar til bedring på dette området. At arbeidet oppleves vanskelig, er en oppfatning som ble delt av denne respondenten:

Nei, det..jeg tror det er vanskelig å gjøre noe med det. Hvis du skal gjøre noe med det, så skulle du egentlig si at her er det mer penger, til at man kan få seg et bedre liv.
(Respondent 1)

I kommunens innspill til folkehelsemeldingen, skilles det mellom sentrale og lokale folkehelseiltak. Der understrekes blant annet at det bør være et sentralt ansvar å «*arbeide grunnleggende med samfunnsstrukturer som bestemmer rammebetingelser for barn og familier, sørge for at graden av utenforskap blir så lavt som mulig*» (Kristiansand kommune, 2014b, p. 5) og at den lokale innsatsen bør avgrenses til målrettede tiltak basert på kartlagte utfordringer, samt å legge til rette for at innbyggerne kan gjøre sunne valg.

En respondent ga særlig uttrykk for en bevissthet mellom forskjellen på sentrale og lokale virkemidler:

Samtidig så er det mange virkemidler vi rår over lokalt, og ... vi må være litt sånn forsiktig med å lempe for mye over på enkeltpersoner.(Respondent 2)

Respondentens bekymring for å legge for mye ansvar på enkeltpersoner understrekes også i innspillet: «*Individorienterte tiltak har en tendens til å marginalisere de som allerede har det vanskelig [...] primært bør det velges universelle tiltak, gjerne noe spisset i form av tiltak som fremmer selvbestemmelse og autonomi hos dem som trenger det mest*» (Kristiansand kommune, 2014b, p. 5).

Respondent 7 var opptatt av at det er en del konkrete tiltak kommunen gjør som bidrar til utjevning, og eksemplifiserte med tiltak som leksehjelp, støtte til utstyr til fritidsaktiviteter og så videre.

5.3.4 Folkehelsearbeid rettet mot innvandrerbefolkningen

Denne delen av kapittelet presenterer funn som svarer på hvorvidt kommunen har et særlig fokus på kommunens innvandrerbefolkning i sitt folkehelsearbeid. Det er stilt spørsmål om hvorvidt folkehelseutfordringer i innvandrerbefolkningen er kartlagt og om eventuelle kartlegginger gir seg utslag i spesifikke tiltak. Hvilke roller i kommunen som er sentrale i forhold til denne delen av befolkningen og hvilke arbeidsoppgaver som er lagt til disse rollene, er også søkt svar på.

Kartlegging og tiltak

Det kommunalt utarbeidede utfordringsbildet (Kristiansand kommune, 2014) dokumenterer at kommunen har en høyere andel innbyggere med innvandrerbakgrunn enn landsgjennomsnittet og at denne delen av befolkningen har større utfordringer knyttet til grunnleggende levekår, bolig, utdanning og arbeidsliv enn befolkningen for øvrig. Kommunens nylig vedtatte innspill til folkehelsemeldingen, understreker at dette er en utfordring som krever spesielle virkemidler: «*En stor andel av fjernkulturelle innvandrere vil være ekstra sårbare for sosiale ulikheter, mange av dem starter med et dårlig utgangspunkt, og den sosiale arven er sterk i disse gruppene. Spesielle virkemidler for å bedre deres sosiale status kan utjevne disse forskjellene.*» (Kristiansand kommune, 2014b, p. 3).

Det var derfor noe overraskende at det gjennom intervjuene var vanskelig å få svar som tyder på at kommunen har et særlig fokus på innvandrerbefolkningen i sin folkehelsesatsing, både på spørsmål om kartlegging, planlegging og konkrete tiltak. Flere av respondentene (1,2,3,5) avstod å svare på de fleste spørsmål om dette. Det ble begrunnet med at de ikke hadde kjennskap til området, og de viste til andre som de mente kunne svare bedre.

På spørsmål om hvorvidt det er rettet spesielt fokus mot denne delen av befolkningen i det kommunale folkehelsearbeidet, svarte respondent 1 som er svært sentral i det systematiserte folkehelsearbeidet, at det antagelig er et fokus på det, men at vedkommende ikke har kjennskap til det. En annen respondent hadde samme tilnærming til spørsmål om det er gjort konkret kartleggingsarbeid av folkehelseutfordringer blant innvandrerbefolkningen:

..det er det gjort. Men jeg tror ikke den er helt ny. Jeg tror den er flere år gammel [...] og den gikk vel heller ikke spesifikt på innvandrerbefolkningen, men den inneholdt det temaet. Men jeg er usikker på når den kom, jeg er usikker på hva den het. (Respondent 5)

At det er gjort kartlegging på dette området, ble derimot avvist av en annen respondent:

Nei. Men jeg har veldig lyst til å gjøre noe på levevanefeltet i alle fall. Altså i forhold til at vi vet at vi har noen.. noen av våre innvandrergrupper har i hvert fall i andre byer levevaneutfordringer. (Respondent 4)

Til tross for at respondenten avviser at det er gjort kartlegging av slike forhold blant innvandrerbefolkningen lokalt, kom det frem at vedkommende hadde kjennskap til utfordringer på dette området. Respondenten henviste blant annet til at NAV har tall som viser at det er en høy andel mennesker med innvandrerbakgrunn blant mennesker som står utenfor arbeidslivet og at spesielt noen landbakgrunner er overrepresentert blant

langtidssosialhjelpmottakere. Denne respondenten mente at det var en bevissthet rundt dette i kommunen, men at kommunen først nå har begynt å få tall på dette. Blant annet gjennom årets arbeid med sin egen sektors handlingsprogram mente respondenten at det har vokst frem en større bevissthet rundt denne utfordringen og ga dermed uttrykk for at dette er et område i endring:

..har jobbet mye med å få bedre tall på det, og ser at vi har mer å gjøre, men det er fordi at en ser at når tallene begynner å vokse [...]når vi får tallene på bordet, så ser en at dette bør vi.. dette er ikke bare et NAV-problem, for å si det sånn, det er et samfunnsproblem. (Respondent 4)

Respondenten knyttet manglende satsing på dette området til manglende kunnskap. På levevanefeltet, sa respondenten at det var en pågående debatt hvorvidt tiltak skal igangsettes uten å være basert på oppdatert kunnskap. Det ble fortalt om vilje til å igangsette tiltak på levevaneområdet, og man ventet på kunnskapen som skulle legitimere satsingen.

Respondent 6 fortalte at det i begynnelsen av arbeidet med å opprette frisklivssentral i kommunen, var en viss oppmerksomhet rundt å sikre at all informasjon om frisklivssentralens tilbud skulle gjøres kjent på ulike språk. Respondenten fortalte også at vedkommende ikke kjente til om dette var fulgt opp gjennom informasjonsbrosjyrer på ulike språk og lignende, men at det i var lagt vekt på dette i prosjektbeskrivelsen.

Samme respondent har vært deltakende i arbeidsgruppen til statistikkprosjektet som er under utvikling i kommunen, og viser til at statistikkprosjektet også kan bidra med kunnskap på folkehelseutfordringer i innvandrerbefolkningen. Vedkommende viste til all informasjon som hentes ut fra statistikkportalen skal kunne hentes ut i forhold til kjønn, etnisitet og lignende, og at dette skal kunne synliggjøre eventuelle utfordringer på dette feltet:

Så skal det også være mulig å kunne ta det ut på innvandrere ... for å finne ut om de for eksempel tjener mindre enn andre og sånn og det gjør de jo. Så det er det eneste jeg kjenner til som er gjort der, altså. (Respondent 6)

Sitatet viser at respondenten har kjennskap til levekårsutfordringer i innvandrerbefolkningen, hvilket utfordringsbildet støtter opp under. Levekårsutfordringene kommer til syne på flere områder: «Innbyggere med innvandrerbakgrunn har relativt lavere arbeidstilknytning enn befolkningen for øvrig» (Kristiansand kommune, 2014a, p. 40) og «i Kristiansand strever særlig personer med innvandrerbakgrunn med å finne seg bolig» (Kristiansand kommune, 2014a, p. 73). Dokumentet understreker at problemene er størst for innvandrere med ikke-

vestlig bakgrunn, og at familiene med denne bakgrunnen «*har to tredeler av inntekten i forhold til befolkningen totalt*» (Kristiansand kommune, 2014a, p. 41).

Flere av respondentene ga litt nølende uttrykk for at de var klar over en del utfordringer knyttet til høy innvandrersandel i kommunen gjennom utsagn som dette:

Og de har nok helt sikkert lavere arbeidsdeltakelse.. i kommunen jobber de mest i helse- og sosialsektoren, og i renholdsetaten [...]Det står nok ikke så bra til med jobb. Og inntekt. Men jeg tror heller ikke det står så galt til. (Respondent 6)

På spørsmål om hvilke grep kommunen har gjort for å sørge for at det ikke står så galt til hos innvandrerbefolkningen, svarte respondenten at:

Det er ikke godt å si..

Frivillig sektors rolle

Respondent 6 trakk inn frivillig sektor som viktig for kommunens ivaretagelse av innvandrerbefolkningen. Frivillig sektor blir sett på som en ressurs, og behovet for et samarbeid med sektoren er nedfelt i kommunens frivillighetsmelding fra 2010. Bakgrunnen for meldingen er blant annet samhandlingsreformens vektlegging av frivillig sektor som bidragsyter i fremtidens velferdstjenester.

Respondent 5 trakk også frem frivillig sektor, og da i særdeleshet idrettslagenes innsats i forhold til innvandrerbefolkningen. Respondenten ga eksempler på idrettsklubber som har rutiner på å kjøre hjem til innvandrerbarn og –ungdom for å hente dem til trening, og for å samtale med foreldrene og på den måten sikre inkludering i et fellesskap. Vedkommende understreket betydningen deltakelse i den typen aktivitet har på folkehelsen, både i form av fysisk aktivitet og i form av inkludering. Respondent 1 fortalte at mange frivillige organisasjoner viser interesse for å inkludere innvandrere og andre utsatte grupper i sitt arbeid.

Respondent 7, viser også til samarbeid med organisasjoner utenfor kommunen i kultursektorens ungdomsarbeid. Gjennom kontakt med Muslimsk Union har en jobbet for å sikre at ungdomsavdelingen til Muslimsk Union informerer sine deltakere om ulike fritidstilbud i regi av kommunen, slik at en når ut med informasjon til andre enn de som ellers deltar i kommunale tilbud.

Planarbeid og viktige roller i kommunen

Ved spørsmål om innvandrerbefolkningen i folkehelsesatsingen, viste fire av respondentene (1,2,3,5) til en prosjektleder som de mente hadde en viktig rolle i forhold til mangfold, integrering og likestilling i kommunens virksomhet. Prosjektlederen er ansatt i by- og samfunnsenheten under teknisk sektor og har blant annet ansvar for ledelse av en ressursgruppe som skal ivareta det som beskrives som «likestilling i bredt perspektiv», altså likestilling i forhold til alle diskrimineringsgrunnlagene (kjønn, etnisitet, religion, seksualitet, funksjonsevne). Gruppen er sammensatt av ildsjeler fra alle sektorer og alle deltakere har tatt etter-/videreutdanning på likestilling på alle diskrimineringsområder, i regi av Universitetet i Agder og besitter en spisskompetanse på feltet. Respondent 6 viste til at likestilling i bredt perspektiv er et lederansvar i kommunen, og at det inngår i den ordinære kommunale virksomheten, slik at det ikke er en rolle eller avdeling som har noe særskilt ansvar innenfor dette området. Ressursgruppen har derimot et særlig ansvar for å komme med innspill til de ulike sektors handlingsprogram, og fungerer som lederstøtte i organisasjonen. Gruppen er også tillagt en pådriver- og koordineringsfunksjon i forhold til likestilling i bredt perspektiv.

På tidspunktet for intervjuene, hadde kommunen ingen gjeldende strategi eller plan for sitt integreringsarbeid. «Strategi for etnisk likestilling» ble nevnt av to respondenter (1,5), men strategien ble vedtatt i 2004 og gikk ut i 2009. Ressursgruppen er derfor i gang med å utarbeide en ny strategi som skal sette overordnede mål for alle diskrimineringsgrunnlagene i forhold til alle kommunens roller. Strategien skal være retningsgivende for handlingsprogramarbeidet i alle sektorer, den skal ikke inneholde tiltak, men skal samle kommunens innsats.

Ett av tiltakene fra den utgåtte strategien var en treårig forsøksperiode med kommunalt innvandrerråd. Etter tre år ble rådet evaluert, og ble deretter nedlagt av bystyret etter at en konkluderte med at det ikke fungerte etter sin hensikt.

I ressursgruppens arbeid i forbindelse med ny strategi har de kommet frem til en annen måte å ivareta integreringsområdet. Rådsmannen signaliserte et ønske om å skape et dialogforum med byens flerkulturelle befolkning, og dette er blitt fulgt opp av lederen for ressursgruppen. Det ble arrangert en workshop, der innvandrerbefolkningen i Kristiansand var invitert til å diskutere hvordan man skal sikre dialog mellom kommunen og innvandrerbefolkningen. Både enkeltpersoner og innvandrerorganisasjoner var invitert til workshopen og resultatet derfra har lagt grunnlaget for kommunens nåværende satsing på området:

...så det ble konklusjonen på den saken da. At vi oppretter en stilling, eller vi har sagt det litt rundere da, for nå skal de skjære ned alle steder, men personalressurser settes av for å jobbe med det, og med workshops hvert år.. (Respondent 6)

Workshopene skal arrangeres en til to ganger i året og kommunens politikere skal også inviteres. Personalressursene som er nevnt i sitatet over har gått til opprettelse av en 60 % stilling som rådgiver for flerkulturell dialog. Rådgiverens oppgaver er å ivareta ressurser og initiativ fra innvandrerbefolkningen i kommunen, og skal ikke gå inn som en del av hjelpeapparatet. Det er opprettet et arbeidsutvalg som skal planlegge workshoper og øvrig arbeid på dette området.

Verken prosjektlederen eller rådgiver for flerkulturell dialog har en uttalt rolle i det systematiserte folkehelsearbeidet. En respondent svarte om koblingen mellom dette ansvarsområdet og folkehelsearbeidet at:

...den er i tilfelle veldig indirekte [...] men det med likestilling har jo veldig mye med levekår å gjøre da, ikke sant, både [...] å kunne delta i samfunnet ... ha mulighet for å delta og bruke ressursene sine, det er jo en del av folkehelse. Pluss selvfølgelig økonomi, det å ha en inntekt, å ha en jobb ... og det er jo veldig mye det likestilling handler om. (Respondent 6)

Respondenten fortalte videre at det er kommunens policy at ansvaret for integrering, mangfold og likestilling er forankret i kommunens ledelse og at det arbeides for en mainstreaming av likestillingsperspektivet i kommunens ordinære virksomhet. På spørsmål om hvorvidt respondente opplevde det som en god løsning, var svaret:

Med visse forbehold så mener jeg det er den eneste løsningen. (Respondent 6)

Videre svarte respondente at det tidligere har vært helse- og sosialsektor som har hatt et særlig ansvar for innvandrerbefolkningen, og at det var begrunnet med sektorens rolle som tjenesteyter. Dagens praksis der en ikke har en særegen ansvars plassering for denne delen av befolkningen, begrunnet respondente med at:

Jeg mener at en sånn egen minoritetskoordinator kanskje vil være en vorte på systemet da. Selv om det er veldig mange bra ting med det også, for da har du en skikkelig ekspert som overvåker det. Men jeg syns det blir litt feil at det blir gjort så spesielt. Det er jo spesielt og det skal det være, men det skal ikke være så spesielt. Syns jeg. (Respondent 6)

Respondente ga uttrykk for bevissthet om at en mainstreaming av likestillingsperspektivet også medfører utfordringer, spesielt i forhold til koordinering. Koordineringen av dette arbeidet skal sikres av ressursgruppen og prosjektlederen som har ansvar for:

..å ha en hånd rundt det, og gripe fast og være litt sånn vaktbikkje. (Respondent 6)

I intervjuene ble det også stilt spørsmål om hvorvidt folkehelsearbeidet rettet mot innvandrerbefolkningen har endret seg etter innføringen av samhandlingsreformen. Svarene bærer preg av at mange av respondentene automatisk tenker på pleie- og/eller sykehustjenester i det samhandlingsreformen blir nevnt. En av respondentene svarte at:

...der tror jeg svaret er nei. Jeg tror ikke det har skjedd noen endringer der. (Respondent 5)

En annen respondent støttet opp under oppfatningen om at det på dette feltet har skjedd lite både før og etter reformen, og sa som eventuelle endringer at:

..det har ikke hatt med samhandlingsreformen å gjøre. (Respondent 4)

5.4 Oppsummering

Kristiansand kommune har gjort mange grep i tråd med folkehelselovens krav til systematisk folkehelsearbeid, og mye av dette er resultat av prosesser som har pågått over mange år. Kommunen knytter ikke selv grepene direkte til samhandlingsreformen eller lovverket som følger med den, selv om omorganiseringen av folkehelsearbeidet i kommunalt planverk knyttes direkte til føringer i folkehelseloven. Folkehelseansvaret er strategisk forankret i kommuneorganisasjonen og ser ut til å være integrert i overordnede beslutnings- og planleggingsprosesser. Det pågår et omfattende arbeid med utvikling av en statistikkportal som skal ivareta kommunens behov for oversikt over påvirkningsfaktorer for helse. Dette arbeidet er ikke avsluttet, men kommunen kan likevel vise til kartlegginger på ulike områder som gjør at en del data er kjent og flere respondenter gir uttrykk for at dette har vært utgangspunkt for overordnet planarbeid over tid.

Kommunen har hatt ordninger som ivaretar tverrsektorielt samarbeid på folkehelseområdet over mange år, blant annet gjennom et tverrsektorielt folkehelseforum. De fleste respondentene er positive til virkningen av dette samarbeidet, spesielt blir det trukket frem at forumet har bidratt til økt bevissthet om folkehelse og sosiale ulikheter i helse. Likevel rapporteres det om at grep for å sikre tverrsektoriell og helhetlig satsing på folkehelse, møter på utfordringer som er velkjente i den kommunale virkeligheten- at tverrsektorielle mål er vanskelige å gjøre til prioritet i den enkelte sektor sine egne handlingsprogrammer og budsjetter. Dette gjelder samarbeidet på tvers av sektorer innad i kommunen. Når det gjelder samarbeid mellom sektorer innad i kommunen og organisasjoner utenfor kommunen, er dette også forsøkt ivaretatt blant annet gjennom folkehelseforumet. Samarbeidet ser ut til å fungere

godt med eksterne aktører som sykehus, universitet og fylkeskommune, men disse aktørene er ikke regnet som fullverdige medlemmer. Samtidig er frivillig sektor lite representert i samarbeidet.

Intervjuene tegner et bilde av at det eksisterer flere parallelle forståelser av både folkehelse og sosiale ulikheter i helse innad i organisasjonen. Disse forståelsene kommer til uttrykk på ulike måter, for eksempel gjennom hvem som regnes som de viktigste aktørene innenfor folkehelse. Når det gjelder sosial ulikhet i helse er det en utbredt oppfatning av at slike ulikheter er uønsket og mulig å gjøre noe med. Men flere av respondentene mener at innsatsen mot disse ulikhetene bør rettes mot utsatte og marginaliserte grupper, med stort fokus på lavinntekts småbarnsfamilier, slik at det er vanskelig å se at den sosiale gradienten har særlig stort fokus i folkehelsearbeidet i Kristiansand. Det fremkommer også i kommunale planer en forståelse av at sosiale ulikheter i helse dreier som et betydelig mindretall som ikke har fått tilgang til den samme velferdsøkningen som resten av samfunnet, og det er utsagn som tyder på resignasjon i forhold til utjevningsarbeid- der en mener at utjevning av sosiale ulikheter er mer en visjon enn noe som er reelt å oppnå, at utjevning ikke kan skje uten romsligere kommuneøkonomi og at det er begrenset hva kommunen lokalt kan bidra med. Resultatene tyder på at det er uklare oppfatninger om hva folkehelsearbeid skal fokusere på, og dette knyttes direkte til uklare signaler fra nasjonale myndigheter, eksemplifisert gjennom at utjevning av sosial ulikhet i helse sies å være målet for folkehelsearbeidet, samtidig som nasjonale folkehelsekonferanser bidrar med «mer av det gamle» i form av fokus på kosthold og aktivitet. Dette gjør det vanskelig for kommunale byråkrater å holde frem sosial ulikhet i helse som fokusområdet i folkehelsearbeidet uten å bli beskyldt for å være politisk i sitt virke.

På spørsmål som gjelder innvandrerbefolkningen i folkehelsearbeidet, var det vanskelig å få klare svar og de fleste viste til en ansatt med ansvar for likestilling, integrering og mangfold. Spørsmål om kartlegging av folkehelseutfordringer i denne delen av befolkningen ble besvart med alt fra klare ja, men vet ikke hva som er gjort av hvem og når, til nei, det er ikke gjort. Det fremkom behov for kunnskap på dette området som kunne legitimere eventuelle tiltak. Det var også tydelig fokus på denne delen av befolkningen i det pågående statistikkprosjektet i kommunen, slik at behovet for kartlegging og kunnskap var tydelig. Til tross for dette, kom det frem at respondentene er opplyst om levekårsutfordringer som gjelder for denne delen av befolkningen, noe som også er tydelig i kommunale dokumenter. Det er vanskelig å se at innvandrerbefolkningen er ivaretatt spesifikt i folkehelsearbeidet i Kristiansand. Det kom også frem at det var en ønsket utvikling å ikke ha egne roller som ivaretar denne delen av

befolkningen spesifikt, men at kommunen sin policy på feltet er å integrere ansvaret for likestilling, integrering og mangfold inn i kommunens ordinære virksomhet, samtidig som ansvaret er tydelig forankret i ledelsen. Arbeidet på dette området koordineres av prosjektlederen som er strategisk plassert i by- og samfunnsenheten sammen med en rekke funksjoner som tidligere var plassert i rådmannens stab.

Frivillig sektor blir trukket frem som sentral i folkehelsearbeidet generelt, og ble tatt opp både under folkehelse spørsmål, spørsmål om sosiale ulikheter i helse og innvandrerbefolkningen. Til tross for intensjonen om samarbeid med frivillig sektor, virker samarbeidet mellom kommunen og frivillig sektor usystematisk og tilfeldig, og flere respondenter gir uttrykk for at kommunens rolle er å legge til rette for frivillig sektor, uten å legge seg opp i det de jobber med. Spesielt i forhold til innvandrerbefolkningen er det prøvd ut ulike former for samarbeid.

6.0 Diskusjonskapittel

I dette kapittelet vil jeg belyse funnene fra Kristiansand som gjennomgått i forrige kapittel. Kapittelets innhold er strukturert ut fra hvordan funnene svarer på forskningsspørsmålene som ligger til grunn for arbeidet. I første del gjennomgås forankring og organisering av det kommunale folkehelsearbeidet basert på en HIAP-tilnærming. Deretter sees kommunens erfaringer på dette området opp mot foreliggende nasjonale funn. Hvordan kommunens folkehelseforståelse korrelerer med SDH-perspektivet som ligger under nasjonale føringer på folkehelsefeltet vil også diskuteres. Kommunens erfaringer med tverrsektorielt folkehelsesamarbeid sees opp mot kjente utfordringer på dette feltet. Andre del tar for seg sosiale ulikheter i helse, og om funnene gjenspeiler folkehelselovens formål om utjevning av slike ulikheter. Hvilken forståelse av slike ulikheter som eksisterer i kommunen, og hvorvidt parallelle forståelser av fenomenet utgjør utfordringer når formålet er helhetlige, langsiktige og koordinerte satsinger i tråd med HIAP-tilnærmingen. Siste del tar for seg hvordan kommunen innretter sitt folkehelsearbeid rettet mot innvandrerbefolkningen, og hvordan SDH-perspektivet kommer til syne i tilnærmingen mot denne delen av befolkningen. Organiseringen av denne innsatsen og ivaretagelsen av samarbeidet med frivillig sektor som folkehelseaktør blir diskutert, før det gjøres en oppsummering og konklusjon av funn og diskusjon i kapittel 7.

6.1 Folkehelsearbeid i Kristiansand

6.1.1 Organisering av folkehelsearbeidet

HIAP-tilnærmingen som ligger under folkehelselovens krav til systematisk folkehelsearbeid er godt synlig i Kristiansand kommune. I kommunens helsefremmingsplan kommer det frem at oversikt og analyse over påvirkningsfaktorer for helsetilstanden i befolkningen skal være utgangspunkt for planlegging og prioriteringer lokalt, noe som indikerer bevissthet om SDH-perspektivet. Folkehelsearbeidet er organisatorisk forankret i by- og samfunnsenheten som ligger i teknisk sektor. Denne enheten har ansvaret for kommunens overordnede planarbeid, og koordineringsansvaret for planarbeidet på folkehelseområdet er ivaretatt av folkehelserådgiver og folkehelsekoordinator som er sentrale i det tverrsektorielle planarbeidet. I følge Shankardass et al. (2011) er formelle strukturer for koordinering en forutsetning for HIAP. Funnene indikerer at Kristiansand kommunes formelle strukturer blant annet utgjøres av rådgiver- og koordinatorstillingene på folkehelseområdet. Torjesen og Vabo (2014) trekker frem at folkehelsekoordinatoren har ansvar for å integrere helseplanlegging med øvrig samfunnsplanlegging, og understreker derfor betydningen av en strategisk forankring av denne stillingen. Folkehelseloven (2011, § 6) inneholder et plankrav som innebærer at kommunen skal forankre sin virksomhet i politisk og strategisk planlegging. I følge lovforslaget (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, p. 121) innebærer dette at ansvaret for folkehelsearbeidet i kommunen skal forankres over sektornivå. I intervjuer og dokumenter fra Kristiansand kommer det frem at kommunen har gjennomgått flere omorganiseringer de siste årene, for å bevege seg bort fra en hierarkisk til en flatere struktur. Dette er grep som kan leses som bevegelser bort fra målstyringsformen New Public Management i retning mot samstyringsformen New Public Governance, og har i Kristiansand blant annet ført til at Rådmannens stab som utgjorde nivået over sektorene, ikke lenger eksisterer. Imidlertid er en rekke av funksjonene som tidligere utgjorde Rådmannens stab ivaretatt i enhet for by- og samfunnsplanlegging, som har det overordnede ansvaret for samfunnsplanlegging og befolkningsanalyser. Prosessene som ligger bak internorganisatoriske endringer de siste årene gir inntrykk av at det ligger grundige vurderinger bak de grepene som er tatt. Det kan likevel vise seg å bli en utfordring at de koordinerende folkehelsefunksjonene ligger organisert på sektornivå.

Kommunen har også innført løsninger som skal bidra til ivaretagelse av folkehelse spørsmål i arbeidet med de respektive sektors årlige virksomhetsplaner. Slike verktøy er for eksempel samarbeidsgrupper for planarbeid, maler for planutarbeidelse med veileder, og tverrsektorielt

folkehelsemål som alle sektorer er forpliktet til å planlegge sin virksomhet ut fra. Funnene indikerer at arbeidet med vurdering av helseeffekt og ivaretagelse av folkehelse spørsmål i reguleringsplaner i kommunen er relativt godt innarbeidet. Sentrale folkehelseaktører er derfor opptatt av å lære av erfaringene fra arbeidet med reguleringsplaner når det gjelder annet planverk enn reguleringsplaner. Funnene reflekterer en vridning av folkehelsearbeidet bort fra helsesektoren og inn i kommunens strategiske ledelse, og en mer systematisk tilnærming til helhetlig folkehelsearbeid i tråd med samhandlingsreformens intensjoner og folkehelseovens føringer. Dette samsvarer med funnene fra Helgesen, Hofstad og Schou (2014), som fant en tydelig bevegelse i retning av større tverrsektoriell forståelse og strategisk forankring av folkehelsearbeidet i norske kommuner i 2014 i forhold til tall fra 2011, like før iverksettingen av folkehelseoven. Den samme undersøkelsen viser også at innvandrerrike kommuner er de som har størst trykk på folkehelsearbeidet sitt, og viser størst vilje til endring. Funnene fra Kristiansand som viser vilje til å lære av positive erfaringer i reguleringsplanarbeidet over til overordnet planarbeid, kan leses som et tegn på endringsvilje i tråd med dette.

Til tross for en ønsket vridning mot strategisk forankring av folkehelsearbeidet, peker WHO (2014) ut helseledelsen på alle nivåer som nøkkelaktører i HIAP. Helseledelsen skal ha et særskilt ansvar for å lete etter åpninger for samarbeid og skal fungere rådgivende for andre sektorer gjennom bevisstgjøring om helsekonsekvenser av politikk og tiltak. I Kristiansand blir kommuneoverlegen utpekt som en nøkkelaktør i folkehelsearbeidet. Kommuneoverlegen besitter samfunnsmedisinsk kompetanse. Beslutningen om å flytte folkehelsearbeidet fra helsesektoren der det tidligere lå, over til teknisk sektor under enhet for by- og samfunnsplanlegging, var et resultat av et omorganiseringsprosjekt internt i helsesektoren. Disse funnene kan tyde på at helseledelsen i kommunen er bevisste på sin rolle og medfølgende ansvar i en HIAP-tilnærming i folkehelsearbeidet.

Kommunalt plan- og oversiktsarbeid

Folkehelseoven pålegger kommunene å utarbeide oversikter over helsetilstanden lokalt og forhold som påvirker denne, og denne oversikten skal legges til grunn for lokal samfunnsplanlegging (2011). Oversiktsarbeidet er knyttet til HIAP-prinsippet om legitimitet for beslutninger, gjennom at HIAP baseres på en forståelse av hvordan samfunnsområder utenfor helsesektorens kontroll påvirker helsetilstanden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Funnene fra både dokumenter og intervjuer gir inntrykk av at Kristiansand har erfaring

med å legge kartlegging av lokale forhold til grunn for sitt planarbeid. Kristiansands kommuneplan har fokus på en helsefremmende samfunnsutvikling, og det er utarbeidet en helsefremmingsplan for å møte utfordringer i samfunnsutviklingen og forventningene som følger av den nye folkehelseloven. Kommunen utarbeider også årlige utfordringsdokumenter der utfordringene som blir presentert baseres på kunnskap fra ulike kilder, blant annet NAV-data, spørreundersøkelser om rus og ungdomshelse, prosjektrapporter og informasjon fra kommunens sektorer. Planene som utarbeides i kommunen er derfor delvis basert på lokal kartlegging, men det gis uttrykk for at det finnes flere gjeldende planer som ikke er kunnskapsbaserte. Dette forklares med at det finnes mye tilgjengelig informasjon, men at det oppleves vanskelig å samle og systematisere dette. Kommunen har derfor igangsatt arbeidet med en kommunal statistikkportal som skal systematisere dataene og gjøre det enkelt å hente ut informasjon sortert etter en rekke kriterier. Dette arbeidet er resultatet av prosesser som har pågått over lang tid, og funnene tyder på at respondentene selv ikke knytter det direkte til føringer i samhandlingsreformen og folkehelseloven. Dette bryter med oppfatningen i Helgesen, Hofstad og Schou (2014), som sier at økningen i kartleggings- og oversiktsarbeidet i norske kommuner etter samhandlingsreformen knyttes direkte til reformens signaler. Det kan likevel tenkes at oversiktsarbeidet i Kristiansand er igangsatt på bakgrunn av signaler fra nasjonale myndigheter i tiden før iverksettingen av reformen, da reformen er en naturlig videreføring av tidligere politiske føringer og WHO sine anbefalinger om bærekraftige helsesystemer i samfunn med økende levealder og nye sykdomsbilder (Torjesen & Vabo, 2014).

Kommunen har utarbeidet et tverrsektorielt folkehelsemål som alle sektorer skal forholde seg til under arbeidet med sektorvise handlingsplaner. Målet er å redusere frafall fra videregående skole. Det fremkommer av funnene at folkehelsemålet er et resultat av gjennomgang av kommunens utfordringsbilde. Folkehelsebarometeret til Folkehelseinstituttet (2015) viser dog at frafallet ligger på nivå med landsgjennomsnittet, og barometeret peker ut andre områder som skiller seg mer ut for Kristiansand, for eksempel gjelder dette unge arbeidsledige og unge uføre. Samtidig kan det være et uttrykk for en underliggende forebyggingstankegang å rette innsatsen mot frafall i videregående skole, for å forebygge arbeidsledighet og/eller uførhet basert på manglende utdanning senere i livet.

Når det gjelder folkehelse spørsmål i forhold til innvandrerbefolkningen i kommunen, kommer det frem kunnskap gjennom både dokumenter og intervjufunn om at det i denne delen av befolkningen er en rekke levekårsutfordringer som lav tilknytning til arbeidslivet, lav inntekt

og uheldige boforhold. Samtidig er det levevanetiltak som blir trukket frem som mest aktuelle folkehelse tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen. I så måte er det vanskelig å få øye på sammenhengen mellom det som er kartlagt, og tiltakene som vurderes igangsatt. Dette gjenspeiler funnene i Helgesen, Hofstad og Schou (2014) når det gjelder spørsmål om prioriteringer i folkehelsearbeidet og hvorvidt disse henger sammen med faktiske utfordringer. Spørreundersøkelsen til alle norske kommuner i 2014, viser positiv utvikling i antall kommuner som har utviklet eller er i gang med å utvikle oversikter over helsetilstand, men det er svært få kommuner som oppgir å basere planarbeid og prioriteringer av tiltak på oversiktsarbeidet som er gjort.

Funnene om at det er levevanetiltak som blir foretrukket, til tross for at utfordringen er av mer kompleks art, kan gi inntrykk av at det ikke er en selvfølge at oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer automatisk fører til satsing mot påvirkningsfaktorene. Dette er i tråd med funn fra Carey og Crammond (2015), som viser til at omfattende forskning på SDH-satsing bygger på en forenklet forståelse av politiske prosesser som gjør at det ikke er en direkte sammenheng mellom problem og løsning. Det blir derfor stilt spørsmålsteget ved for stor vektlegging av evidensbasert praksis, da det ikke er en naturlig overgang fra evidens til praksis på dette området. Funnene fra kommuneplan og intervjuer i Kristiansand tyder på at slik praksis er sterkt vektlagt, for eksempel gjennom utsagn som at kunnskapsbasert praksis utgjør den faglige forankringen i folkehelsearbeidet, og flere utsagn som kan tyde på stor iver etter å kartlegge og skaffe kunnskap for å kunne velge det tiltaket som vil ha mest effekt ut fra kartlagt utfordring.

Stortingsmeldingen som presenterer samhandlingsreformen føyer seg inn i rekken av nasjonale politiske dokumenter med sterk vektlegging av evidensbasert praksis. Eksempelvis blir spesialisthelsetjenesten pålagt et ansvar for kunnskapsoverføring til kommunene, om kostnadseffektive tiltak med samfunnsmedisinsk dokumentert effekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, p. 82). Mye av kunnskapen som foreligger om sosiale helsedeterminanter og satsing mot disse, er deskriptiv og mangler kausalforklaringer, noe som står i direkte kontrast til kravet om evidensbasert praksis (Carey & Crammond, 2015). I Kristiansand er det flere utsagn som tyder på at respondentene vegrer seg mot å sette i verk tiltak uten dokumentert effekt. Dette kommer frem i utsagn om levevanetiltak generelt, og i forbindelse med vurderte folkehelse tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen. Tiltak med dokumentert effekt er ofte begrenset til diagnoserettede, «smale» tiltak som er konkrete, tidsavgrensede og derfor lette å måle effekt av. Dette står i motsetning til en ønsket vridning

bort fra fokus på enkelttiltak i folkehelsearbeidet til en mer langsiktig og holistisk satsing basert på SDH-perspektivet. Helgesen, Hofstad og Schou (2014) viser at det langsiktige folkehelsearbeidet i norske kommuner må vike for kortsiktige forebyggingstiltak. Dette knyttes både til økonomi og ressurstilgjengelighet, og til mangel på endringsvilje og kunnskap om helhetlig folkehelsesatsing. I tillegg er det vanskelig å vise til resultater av slik satsing. Langsiktig SDH-satsing lar seg ikke lett måle innenfor de tidsrammene det er naturlig for politikere å forholde seg til (Carey & Crammond, 2015), i Norge er dette 4-årige sykluser basert på vårt politiske system. Innenfor dette systemet, er politikere avhengige av å vise til resultater av den satsingen de har satt i verk innenfor den aktuelle 4-årsperioden for å legge grunnlag for videre tillit i neste kommunestyreperiode. Carey og Crammond (2015) etterlyser derfor konkrete tiltak mot SDH som kan settes i verk innenfor de rammene som foreligger.

Samtidig er det vanskelig å se for seg at det kan utvikles ferdig utarbeidede løsningsforslag rettet mot SDH som kan tas i bruk «hvor som helst», så lenge prinsippene i SDH er så dypt forankret i helsefremmende filosofi der utgangspunktet for satsing alltid må baseres på de spesifikke, lokale forhold (WHO, 1986). Dagens folkehelsepolitikk er basert på fem styrende prinsipper som skal sikre helhetlige, langsiktige løsninger i folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Et av prinsippene er føre-var-prinsippet, som aktualiserer spørsmålet om vitenskapelig sikkerhet og er derfor aktuelt i debatten om evidensbasert praksis. Prinsippet henviser til forholdet mellom tiltaket og hvilken effekt tiltaket vil ha på folkehelsen, og slår fast at det ikke er nødvendig med fullstendig vitenskapelig sikkerhet for effekten av et tiltak dersom det foreligger trusler mot folkehelsen. Prinsippet har vært styrende for virksomheten i miljørettet helsevern over lang tid og er tradisjonelt forbundet med risikoreduksjon, altså at man skal kunne sette i verk et tiltak uten full effektivitetssikkerhet dersom risiko for skade foreligger. I lovforslaget til folkehelseloven legges prinsippet derimot også til grunn for helsefremmende tenkning, gjennom at man skal kunne sette i verk tiltak uten full effektivitetssikkerhet dersom det er sannsynlig at tiltaket vil ha positiv påvirkning på folkehelsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Funnene fra Kristiansand kan tyde på at kunnskapsbaserte løsninger knyttet til konkrete utfordringer er foretrukket fremfor bredere løsninger basert på føre-var-prinsippet. Faren ved en slik tilnærming kan i følge Koivusalo (2010) ligge i at dersom man har tiltak og løsningsforslag med dokumentert effekt i forhold til en gitt utfordring, vil det være fristende å sette i gang tiltaket dersom kartlegging viser at utfordringen eksisterer, uavhengig av hvor stor utfordringen egentlig er. Andre utfordringer som kanskje er større og mer omfattende kan da

bli oversett fordi man ikke har løsningsforslag med dokumentert effekt i forhold til dette. Når Kristiansand er opptatt av levevanetiltak i forhold til innvandrerbefolkningen, er det en løsning basert på overhyppighet av levevaneutfordringer blant spesifikke landbakgrunner. Sett i forhold til utfordringene med levekår, boligforhold, arbeid, utdanning og inntekt, er det likevel ikke sikkert at det er det tiltaket som vil gi størst effekt på folkehelsen i denne delen av befolkningen.

6.1.2 Erfaringer og utfordringer med tverrsektorielt samarbeid

Kristiansand kommunes tverrsektorielle folkehelseforum ansees som sentralt i folkehelsearbeidet i kommunen. Dette kommer frem gjennom både dokumenter, intervjuer og var også tydelig da kommunen ble kontaktet for deltakelse i denne studien. Seks av syv intervjuede respondenter er deltakere i forumet, som har eksistert siden 2001. Tidlig etablering av tverrsektorielt folkehelsesamarbeid knyttes til en forutseende administrasjon, som har vært tidlig ute med å plukke opp nasjonale signaler for ønsket samfunnsutvikling. Forumet er bredt sammensatt av sektorrepresentanter, politikere og representanter fra ulike kommunale råd og utvalg i tillegg til eksterne deltakere fra universitet, sykehus og fylkesmann.

Erfaringene med folkehelseforumet blant respondentene er nesten utelukkende positive. Deltakelse i forumet knyttes til økt bevissthet om folkehelse i den kommunale organisasjonen som helhet, økt bevissthet om de ulike sektorenes bidrag i folkehelsearbeidet og opplevd økt trykk i folkehelse spørsmål. Til tross for dette oppleves det vanskelig å omgjøre tverrsektorielle mål til konkrete tiltak i de respektive sektorers budsjetter og handlingsprogram, og dette knyttes til kommunens organisering i fagsektorer. Det kan se ut som om forumets rolle i det overordnede folkehelsearbeidet i organisasjonen ikke fungerer helt etter hensikten. Dette er et inntrykk som delvis bekreftes av bakgrunnsdokumentet for helsefremmingsplanen, som trekker frem behovet for en klargjøring av både forumet og arbeidsutvalgets mandat og rolle i kommunens styringssystem, for å forsterke koblingen mellom overordnet planstrategi og de respektive sektorers handlingsprogram (Kristiansand kommune, 2013a). Sektorinndelingen og medfølgende sektorvise handlingsprogrammer oppleves som ødeleggende for det strategiske og langsiktige folkehelsearbeidet. Folkehelseforumet har ikke egne budsjetter, slik at helhetlige løsningsforslag er avhengig av gjennomslag i hver enkelt sektors budsjettforhandlinger for å bli realisert. Funn fra Helgesen, Hofstad, Risan, et al. (2014) viser at helhetlige settingstilnærminger i folkehelsearbeidet oppleves vanskelig, og at målgruppe- eller tematilnærminger er langt mer vanlig i norske

kommuner. Dette knyttes til den kommunale sektorinndelingen der befolkningen deles inn i livsfaser og utfordringene innenfor hver av fasene kan adresseres innenfor de eksisterende sektorskillene. I folkehelsearbeidet er det ofte helsesektoren som identifiserer en folkehelseutfordring som må løses av andre sektorer, og er derfor avhengig av andre sektorers innsatsvilje, handlingsrom og budsjetter.

New Public Management har preget offentlig sektor over flere tiår, og er en styringsform der sektorer belønnes for å levere resultater som står i forhold til definerte mål innenfor eget virksomhetsområde (Axelsson & Axelsson, 2011; Carey & Crammond, 2015). Innenfor denne styringsformen er finansering og budsjettkontroll tungt vektlagt, og dette legger hindringer i veien for langsiktig HIAP-satsing med et New Public Governance-rasjonale som bygger på forhandlinger og samstyringsprinsipper for å nå felles mål. Gjennom HIAP blir alle sektorer bedt om å bidra til å ta kostnadene ved folkehelsesatsinger, mens de ultimate gevinstene gir seg utslag i helsesektorens budsjett over tid (Greer & Lillvis, 2014). Dette står i direkte kontrast til den vertikale budsjettkontrollen som ligger til grunn i NPM-styringsformen. Det samme gjelder i spørsmål om hvem som skal få æren for arbeidet som gjøres, dersom resultatene viser i annen sektor enn den som gjennomfører og tar kostnadene ved tiltakene. Carey og Crammond (2015) påpeker at «alle sitt ansvar» kan bli «ingen sitt ansvar» i møtet som oppstår mellom SDH-satsing gjennom HIAP i et system preget av NPM. I Kristiansand kommer dette tydelig til syne i utsagn om at det er vanskelig å rettferdiggjøre langsiktig satsing mot SDH når hver enkelt sektor er opptatt av eget handlingsprogram og å levere i forhold til det.

Dette er utgangspunktet for at koordineringsfunksjoner i folkehelsearbeidet bør forankres på strategisk lederplan, med nærhet til det politiske nivået for å sikre gjennomslagskraft (Helgesen, Hofstad, & Schou, 2014; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Ollila, 2011). Med tanke på at kommunen selv gjennom flere intervjuutsagn og i egne dokumenter erkjenner sine utfordringer med å arbeide tverrsektorielt i en kommune som er svært sektordelt, vil det kunne være en ekstra utfordring når den koordinerende funksjonen i folkehelsearbeidet er organisert på sektornivå. For å sikre gjennomføringskraft og myndighet i beslutninger i folkehelsearbeidet, ville det vært et sikrere strategisk grep med en forankring av koordineringsfunksjonen på ledernivå i organisasjonen.

Folkehelseforumet har flere funksjoner i kommunen. Bred sammensetning i forumet skal sikre informasjonsspredning og forankring ut i organisasjonen som helhet. Funnene tyder på

at informasjonsfunksjonen er viktig for respondentene som er deltakere i forumet. Forankringsfunksjonen blir det derimot stilt spørsmål ved i bakgrunnsdokumentet for helsefremmingsplanen. Forankringsfunksjonen skal sikre at folkehelsefokuset blir ført videre fra forumet og ut i hver sektor. Bakgrunnsdokumentet problematiserer dette, da forumrepresentantene har ulik organisatorisk plassering i sine respektive sektorer og at den enkeltes rapporteringsansvar må konkretiseres dersom forumet skal fortsette i sin nåværende form. Dette er en kjent utfordring i denne formen for nettverksarbeid, der samarbeidsaktørens ulike grader av myndighet og varierende nivå-forankring internt i sektorene vanskeliggjør gjennomføring av beslutninger (Torjesen & Vabo, 2014).

Til tross for disse erfaringene oppgir respondentene positive erfaringer med internt tverrsektorielt samarbeid. Samarbeidet med eksterne aktører blir også betegnet som positivt, disse aktørene er hovedsakelig universitet, sykehus og fylkesmannen. Intervjufunnene viser at frivillig sektor er fraværende i det tverrsektorielle folkehelsesamarbeidet, og dette ble også påpekt av en av en respondent. Det er et uttalt ønske fra nasjonale myndigheter å styrke frivillig sektors rolle i folkehelsearbeidet. Kommuneplanen slår også fast både at tverrsektorielt samarbeid er en forutsetning for å møte intensjonene i reformen, og at både kommunal tjenesteproduksjon og fagutvikling er avhengig av samarbeid med frivillig sektor. Dette følges opp i helsefremmingsplanen som definerer mellomrommet mellom offentlig virksomhet og sivilsamfunnet for kommunens viktigste utviklingspotensiale. I lys av tydelig definerte mål om og behov for samarbeid med frivillig sektor, er det uventet at frivillig sektor ikke er representert i forumet slik det fremstår i dag. Samtidig kan dette kanskje forklares ut fra opplevde utfordringer med det tverrsektorielle samarbeidet som gjennomgått over. Disse utfordringene betegner Axelsson og Axelsson (2011) som ytterligere komplekse når samarbeidet inkluderer organisasjoner utenfor det offentlige, som frivillige organisasjoner. Disse organisasjonene forholder seg til ulike finansieringsløsninger, organisasjonsformer og generelle spilleregler enn offentlig sektor, noe som gjør samarbeid ytterligere komplekst.

I følge Fosse og Helgesen (2015) har det vært en markant nedgang i antall kommuner som har tverrsektorielle samarbeidsgrupper for folkehelse fra undersøkelsen i 2011 og til 2014. Utfordringene ved samarbeidet som kommer til syne i Kristiansand sammenfaller med velkjente offentlige utfordringer som oppstår på grunn av erkjente behov for å organisere offentlig virksomhet i separate virksomhetsområder eller sektorer. Greer og Lillvis (2014) påpeker to utfordringer ved å koordinere samarbeid på tvers av sektorskillene i offentlige virksomheter, den ene utfordringen er å opprette funksjoner eller løsninger som ivaretar

koordineringen (å finne sammen). Denne utfordringen har Kristiansand løst ved oppretting av det tverrsektorielle folkehelseforumet, og to fulle stillinger avsatt til folkehelsearbeid med særskilt ansvar for koordinering av arbeidet på området. Den andre utfordringen ved koordinering er å sørge for koordineringsløsninger som varer over tid og som er motstandsdyktige mot byråkratiske og politiske endringer i organisasjonen (å holde sammen). Både intervjufunn og bakgrunnsdokumentet for helsefremmingsplanen tegner et bilde av en sårbarhet for vedvarende løsninger i folkehelsearbeidet i Kristiansand, dette gjelder både i folkehelseforumet og folkehelsestillingene. Intervjufunn bekrefter blant annet at tre hele stillinger for folkehelse, nå er redusert til to stillinger (ved intervjutidspunktet 1,5 stilling). Reduksjonen fra tre til to stillinger skjedde som resultat av at en ansatt sa opp en stilling som ikke var sikret i budsjettet. Dette kan leses som tegn på løsninger som ikke i tilstrekkelig grad er formalisert, og som derfor er sårbar for endringer. Det kan se ut som om det er her Kristiansand har sin største utfordring i det tverrsektorielle folkehelsesamarbeidet fremover.

6.1.3 Folkehelseforståelse: hvor er skomakerens verksted?

Flere parallelle syn på folkehelse kom til syne i funnene fra intervjuer og dokumenter. Både kommuneplanen og helsefremmingsplanen legger SDH-perspektivet til grunn for en helsefremmende tilnærming til folkehelsearbeid, og fokus på de sosiale helsedeterminantene er også tydelig i intervjuene. Samtidig kommer et tydelig tradisjonelt helseorientert folkehelsesyn frem ved nærmere spørsmål om viktige aktører i folkehelsearbeidet, eksempelvis pleie- og omsorgsinstitusjonene for eldre i kommunen og idrettslag. En respondent uttrykte skepsis mot flyttingen av folkehelsearbeidet til teknisk sektor, og et medfølgende ønske om at helse- og sosialsektor burde være eier av folkehelsearbeidet, da «skomakeren føler seg mest hjemme på eget verksted». Folkehelsearbeidet dreier seg ifølge flere respondenter om å møte utfordringene med livsstilsykdommer gjennom satsing på fysisk aktivitet og kosthold, samtidig som respondentene som svarte dette også anerkjenner betydningen av å tenke tverrsektorielt på helseområdet.

Det påfallende ved funnene er ikke at det eksisterer parallelle forståelser, men at de samme respondentene til dels og enkelte ganger motsier seg selv på spørsmål om å klargjøre folkehelsebegrepet. Dette fenomenet er dels fanget opp av et par av respondentene som selv knytter det til uklare signaler fra nasjonale myndigheter, blant annet fordi samhandlingsreformen har stort fokus på sykdom og behandling, og at folkehelse havner i skyggen av dette. Andre påpeker at folkehelse nå blir presentert som summen av arbeidet kommunen gjør med formål om utjevning av sosiale ulikheter i helse, samtidig som tema for

nasjonale folkehelsekonferanser ofte dreier seg om fysisk aktivitet og ernæring. Dette oppleves som forvirrende, og gjør det vanskelig å drive «det nye folkehelsearbeidet» fremover som byråkrat. I funnene kommer det blant annet til syne gjennom frustrasjon over å bli beskyldt for å være politisk når en byråkrat i folkehelsearbeidet argumenterer for satsing mot SDH, når nasjonale signaler går mer i retning av satsing på ernæring og fysisk aktivitet. Carey og Crammond (2015) og Vallgård (2007) aktualiserer dette med at det er vanskelig å enes om løsningsforslag når det eksisterer utallige og parallelt eksisterende problemdefineringer og forståelsesformer. I tråd med funn fra Helgesen, Hofstad og Schou (2014) sier også respondentene i Kristiansand at folkehelseloven har bidratt til økt fokus på sosial ulikhet i helse i folkehelsearbeidet, og økt fokus på folkehelsearbeid generelt. Spesielt merkbart er endringen fra tiltak rettet mot kosthold og fysisk aktivitet som preget folkehelsearbeidet tidligere, til det mer systematiserte, helhetlige folkehelsearbeidet som skal integreres i hele kommunens virksomhet.

Det kan se ut som om Kristiansand har SDH-perspektivet til grunn for hvordan helse oppstår og formes. Likevel er det vanskelig å se om det samme perspektivet ligger til grunn for forståelsen av hvordan helse fordeles i befolkningen, som sees nærmere på i spørsmålet om sosiale ulikheter i helse.

6.2 Sosiale ulikheter i helse

6.2.1 Økt bevissthet og fokus på sosial ulikhet i helse: Ja, men litt forvirret..

Funnene fra intervjuer viser at det er en sterkere bevissthet rundt og fokus på sosial ulikhet i helse i Kristiansand etter at folkehelseloven trådte i kraft. Det er en utbredt oppfatning at dette er noe alle folkehelseaktører i kommunen er bevisste på, og sosial ulikhet i helse ligger også til grunn for kommunens folkehelsearbeid ifølge kommuneplanen og helsefremmingsplanen.

Likevel er det funn som tyder på at økt bevissthet rundt sosiale ulikheter i helse ikke alltid gir seg utslag i prioriteringer i kommunalt planarbeid. Svarene på dette området spriker fra at sosial ulikhet i helse er godt ivaretatt, til at det ikke er ivaretatt i det hele tatt. En respondent svarer at vedkommende ikke har forslag til andre måter å gjøre tingene på. Funnene tilsier at det verken er en ensartet oppfatning om hva sosiale ulikheter er eller hvordan man kan arbeide for å redusere dem. Dette blir påpekt av to av respondentene som blant annet sier at forståelsen for sosiale ulikheter i kommunen er «litt ymse», og at det mangler kunnskap om hva som forsterker slike ulikheter. Dette er kjernen i Graham (2004b) sin advarsel mot blind tro på at kunnskap om påvirkningsfaktorer automatisk vil bidra til utjevning av sosiale

ulikheter i helse. Kunnskap om faktorer som påvirker og former helsen må følges opp av kunnskap om hvilke prosesser som ligger bak fordelingen av slike påvirkningsfaktorer i befolkningen. Dette er avgjørende for en helhetlig satsing mot utjevning av sosiale ulikheter i helse (Graham, 2004b; Katikireddi et al., 2013). Dette utgjør også noe av premisset for fokuset på gradientutfordringen som ligger under norsk folkehelsepolitikk. I lovforslaget til folkehelseloven kommer bevissthet om dette til syne i følgende sitat: «*Sosiale helseforskjeller skyldes delvis utilsiktede virkninger av tiltak og politikk som har helt andre legitime og gode mål. Problemet har vært at man ikke i tilstrekkelig grad har planlagt, tenkt igjennom eller vært oppmerksom på fordelingseffekter av ulike tiltak*». (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, p. 124). Det avgjørende i forhold til sosiale ulikheter i helse er dermed ikke alltid å iverksette nye tiltak, men å ha kunnskap og kompetanse til å kunne vurdere fordelingseffekter ved den politikken som er ført og de tiltakene som blir gjort. Funnene fra Kristiansand kan tyde på at denne kunnskapen ikke er tilstrekkelig forankret blant folkehelseaktørene som er intervjuet.

Lovforslaget til folkehelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) peker ut ulike områder hvor kommunen kan sikte inn sin satsing mot SDH, for eksempel arbeidsmarked, boligmarked, inntektssikring, barnehage og skole, muligheter for sosial deltakelse, satsing mot frafall i skolen, tilgang til kulturopplevelser og lignende. Dette er områder som ligger i midtsjiktet av Dahlgren og Whitehead (1991) sin modell over SDH, og pekes ut av Helgesen og Hofstad (2014) som det rommet hvor kommunene har størst mulighet til å påvirke i tillegg til individuell livsstil. Flere av disse satsingsområdene kommer til syne i respondentenes fremstillinger av folkehelsearbeidet i Kristiansand slik de oppfatter det når temaet diskuteres. Fattigdom og lavinntektsfamilier blir gjerne trukket frem som viktige for innsats i folkehelsearbeidet generelt og i arbeidet mot sosiale ulikheter i helse spesielt. Samtidig er det ikke fattigdommen som sådan som adresseres, men resultatene av fattigdommen. Slik satsing begrenser seg til tiltak som retter seg inn mot å sikre at også mennesker fra de aktuelle lavinntektsfamiliene skal kunne delta i sosiale, kulturelle eller fysiske aktiviteter, for eksempel gjennom dekning av inngangspenger og medlemsavgifter, eller kommunale utlånsordninger for fritidsutstyr. Dette korrelerer med funn fra Helgesen, Hofstad, Risan, et al. (2014) som i sine undersøkelser i norske kommuner finner at satsing som kommunene selv presenterer som satsing mot fattigdom, ofte begrenses til å sikre mennesker fra fattige familier tilgang til organisert fysisk aktivitet. Gjennom denne satsingen jobber man ikke mot å endre de grunnleggende forutsetningene for at mennesker ikke kan delta, som Marmot (2007) kaller

de underliggende årsakssammenhengene til sosiale ulikheter i helse, men begrenser seg til å sørge for at mennesker kan delta til tross for fattigdommen. Dette er eksempler på hvorfor det er av betydning å skille mellom påvirkningsfaktorer og de sosiale prosessene bak fordeling av påvirkningsfaktorene som skaper og opprettholder sosiale ulikheter i helse. Graham (2004b) tar derfor til orde for at sosial posisjon bør regnes som startpunktet i årsakskjeden der man ser hvordan tilgangen til ulike ressurser er, og hvordan tilgangen til de ulike ressurser kan påvirkes gjennom ulike grep. Dette følges opp av Katikireddi et al. (2013) som etterlyser større kunnskap om hvordan endring av påvirkningsfaktorene påvirker den sosiale posisjonen.

6.2.2 Ulike virkelighetsbilder påvirker prioritering og gjennomføring av tiltak

Sosiale ulikheter i helse er et tema for både kommuneplan og helsefremmingsplanen, Kommuneplanen knytter slike ulikheter til et betydelig mindretall av kommunens befolkning som ikke i samme grad som resten av befolkningen har fått ta del i den generelle velstandsutviklingen. Marginalisering av befolkningsgrupper blir derfor trukket frem som en utfordring for kommunen. Dette følges opp av helsefremmingsplanen som også er opptatt av at noen deler av befolkningen marginaliseres på flere områder i samfunnet. Begge disse dokumentene har utgangspunkt i at sosiale ulikheter i helse gjelder deler av befolkningen, og det er vanskelig å finne et fokus på den sosiale gradienten, til tross for at planarbeidet sies å bygge på den Marmot-ledede CSDH-kommisjonens arbeid og anbefalinger.

Intervjufunnene om sosial ulikhet i helse bygger videre på forståelsen om at innsatsen mot sosiale ulikheter innebærer satsing mot utsatte og marginaliserte grupper, med spesielt fokus på lavinntekts barnefamilier. Sosial arv er et tema flere av respondentene tar opp og er opptatt av, fordi det oppleves som reproduksjon av sosiale ulikheter. Intervjuene tegner et bilde av at det eksisterer flere parallelle forståelser av både folkehelse og sosiale ulikheter i helse innad i organisasjonen. Det er en utbredt oppfatning av at slike ulikheter er uønsket og mulig å gjøre noe med, samtidig som det gis uttrykk for resignasjon i forhold til utjevning som oppfattes som en visjon heller enn et reelt mål. Dette knyttes blant annet til kommuneøkonomi, noe som korrelerer med funn fra Fosse og Helgesen (2015) der langsiktige, stabile finansieringsløsninger blir trukket frem av norske kommuner som den mest avgjørende faktoren for å øke innsatsen mot utjevning av sosiale ulikheter i helse. Samtidig gir flere respondenter i Kristiansand uttrykk for en oppfatning om at det er begrenset hva kommunen kan bidra med i utjevningsarbeidet. Denne oppfatningen kommer også til syne i kommunale dokumenter der det fremkommer et ønske om å skille mellom lokale og sentrale

folkehelseiltak, der nasjonale myndigheter sikrer de grunnleggende rammebetingelsene for god utvikling og de kommunale myndigheter jobber mer målrettet mot lokale utfordringer.

Norges satsing mot sosiale ulikheter i helse med utgangspunkt i den sosiale gradienten beskrives som proporsjonal universalisme. Marmot et al. (2012) beskriver det som strategier som omfatter alle mennesker i en befolkning men der innsatsen er proporsjonal med behovet, slik at de som trenger mest innsats, får mest innsats. Den norske velferdsstaten er preget av omfattende velferdsordninger som garanterer alle innbyggerne utdanning, tilgang til grunnleggende helsetjenester og inntektssikkerhet til tross for sykdom og uførhet (Raphael, 2014). Funnene fra Kristiansand kan tyde på at kommunen oppfatter at de universelle strategiene er ivaretatt av velferdsstaten, slik at kommunens oppgave er å sørge for en ekstra innsats rettet mot de delene av befolkningen som av ulike årsaker er sosialt utsatt.

Lovforslaget til folkehelseloven gjennomgår høringsuttaler blant annet fra norske kommuner, som bygger opp under denne oppfattelsen. En rekke norske kommuner har gitt uttrykk for at virkemidlene for utjevning ligger på nasjonalt myndighetsnivå, og at utjevning derfor ikke kan være et ansvar for kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, p. 117).

Politisk ladet felt

Det kommer frem flere uttalelser om at ulike tilnærminger til utjevning av sosiale ulikheter i helse knyttes til politiske skillelinjer, og spesielt en av respondentene er svært opptatt av at det er for lite problematisert at SDH-satsing i folkehelsearbeidet er et sterkt politisk ladet område. Det oppleves frustrerende at solid faglig utarbeidede tiltaksforslag ikke blir støttet opp gjennom politiske vedtak, og det oppleves vanskelig som administrativt ansatt å ta opp spørsmål om sosiale ulikheter i helse uten å bli beskyldt for politisk virksomhet. Den delvis selvmotsigende tilnærmingen til sosiale ulikheter i helse som viser seg i kommunalt planverk, kan være et resultat av kompromisser mellom administrativ og politisk ledelse. Slike kompromisser leder til føringer i folkehelsearbeidet som er vage og lite forpliktende fordi de ikke bygger på en reell enighet, men reduseres til diskurs og retorikk. Gjennom en spørreundersøkelse i alle norske kommuner i 2011, kom det frem at i den grad levekårsforhold var lagt til grunn for folkehelsearbeidet i kommunene, var det i langt større grad synlig i retorikk og diskurs enn i konkrete folkehelseiltak (Helgesen & Hofstad, 2014) og dette kan se ut til å være tilfellet også i Kristiansand. Satsing mot utjevning av sosiale ulikheter gjennom en tilnærming basert på SDH-perspektivet, kan føres tilbake til hvordan samfunnet sikrer fordeling av ressurser og er derfor i høyeste grad et politisk felt (Fosse &

Strand, 2010; Katikireddi et al., 2013; Mittelmark et al., 2007). Det politiske aspektet er det av stor betydning å anerkjenne (Carey & Crammond, 2015).

Det er altså ikke uten betydning at aktører som skal samarbeide om å løse en utfordring er delt både i oppfatning av hva problemet er, og hvordan problemet skal løses. Uenigheter påvirker styringsform og mekanismer for å nå målet (Helgesen, 2014). De positive funnene i Kristiansand som tegner bilde av økende oppmerksomhet rundt sosiale ulikheter i helse, kan ikke vurderes uten å ta i betraktning de ulike premissene som ligger til grunn for problemdefinering og medfølgende løsningsforslag. Dette er ifølge Vallgård (2007) uløselig knyttet sammen. Problemdefinering innebærer også en gjennomgang av hvilke grunner man har til å gjøre noe med problemet, noe Carey og Crammond (2015) også er opptatt av, gjennom sin understreking av behovet for å vektlegge moralsk argumentasjon for utjevning av sosiale ulikheter i helse. Kjernen i arbeidet mot utjevning av sosiale ulikheter i helse er moralske prinsipper om sosial rettferdighet, det er vanskelig å konstruere tilstrekkelig argumentasjon om utjevningstiltak uten bruk av moralske argumenter. Carey og Crammond (2015) tar også til orde mot at HIAP i tilstrekkelig grad rommer dette aspektet i satsingen mot utjevning, da HIAP i stor grad baseres på evidensbasert praksis. Dette problematiseres da argumentasjonen for å gjøre evidensbaserte intervensjoner baseres på effekten intervensjonen har, og at det sosiale rettferdighetsaspektet blir oversett. Dette kan bidra til å skyggelegge urettferdigheten i sosiale ulikheter som er det viktigste moralske argumentet for å gjøre noe med dem. Når den sosiale urettferdigheten tones ned, skapes rom for tiltak som ikke adresserer det Marmot (2007) kaller de underliggende årsakssammenhengene til sosiale ulikheter i helse, men som adresserer resultatene av disse ulikhetene i stedet, som i eksempelet med å sørge for deltakelse i aktiviteter for barn i lavinntektsfamilier.

6.3 Folkehelsearbeid rettet mot innvandrerbefolkningen

6.3.1 Fokus på denne delen av befolkningen i folkehelsearbeidet?

Kommunale dokumenter presenterer den relativt høye innvandrerandelen som en utfordring for inkluderende lokalsamfunn, samtidig som ressursene denne delen av befolkningen representerer for kommunen blir vektlagt. Det kommer frem at noen deler av befolkningen er særlig utsatt for marginalisering, og dette gjelder spesielt noen innvandrergrupper, noe som fordrer spesielle virkemidler i folkehelsearbeidet. Denne innstillingen gjenspeiles ikke i særlig grad i intervjufunnene. De fleste respondentene viste til en annen ansatt i kommunen fordi de ikke hadde kjennskap til dette området selv, og ga svært sprikende svar på hvorvidt folkehelseutfordringer i denne delen av befolkningen er kartlagt. Det kom frem at

respondentene etterlyste kunnskap på dette området, som kunne legitimere eventuelle folkehelse tiltak i retning av levevanetiltak som ble diskutert tidligere. Flere respondenter ga uttrykk for forventinger til hvilken kunnskap det pågående analysearbeidet kunne bidra med på dette området. Likevel fremkom det at respondentene i noen grad har kunnskap om levekårsutfordringer som gjelder for denne delen av befolkningen, noe som også er tydelig det kommunalt utarbeidede utfordringsbildet. Det kan derfor se ut som om det ikke er kunnskap om utfordringene som mangler, men kunnskap om tiltak til å møte utfordringene eller politisk vilje til å møte de største utfordringene.

Når det er vanskelig å få øye på at innvandrerbefolkningen er ivaretatt spesifikt i folkehelsearbeidet i Kristiansand, kan det tenkes flere grunner til dette. Manglende kunnskap om tiltak til å møte utfordringene, kan knyttes til hvordan man forstår utfordringene, og i hvilken grad man analyserer de sosiale prosessene som ligger bak at sosiale ulikheter i helse oppstår og vedvarer, slik Graham (2004b) påpeker. En respondent var opptatt av at informasjon om kommunens tiltak i Frisklivssentralen skulle gjøres tilgjengelig for innvandrerbefolkningen gjennom informasjonsskriv på flere språk. Tilgjengelighet til helsetjenester og helsetilbud kan være viktige tiltak for innvandrerbefolkningen, dette fremheves blant annet av Abebe (2010). Likevel er det vanskelig å se hvordan slike tiltak speiler intensjonen kommunale dokumenter legger opp til gjennom understreking av at noen deler av befolkningen som særlig er utsatt for marginalisering, trenger ekstra innsats i folkehelsearbeidet. Her er tilfellet at tilbudet av tjenester er det samme for alle, men innsatsen dreier seg om å sørge for at alle får vite om tjenestetilbudet som foreligger. En annen respondent hadde samme tilnærming i spørsmål om sosiale ulikheter i helse, der det i forhold til barn fra lavinntektsfamilier ble trukket frem et behov for å informere om kommunens tilbud gjennom skolen for å sikre at informasjonen når frem til alle.

Både intervjufunn og kommunale dokumenter viser en tydelig bevissthet om sosiale determinanter for helsen i kommunens tilnærming til sosiale ulikheter i helse, også når det gjelder innvandrerbefolkningen. Det kan likevel synes som om det eksisterer en motstand mot å erkjenne i hvilken grad sosial posisjon påvirker levevaner og helse, gjennom å utvide perspektivet fra fokus på determinantene i seg selv, over til årsakssammenhengene som påvirker fordelingen av determinantene. Dette er et fenomen som får økende oppmerksomhet internasjonalt, og blant annet Navarro (2009) og Castañeda et al. (2015) er opptatt av å synliggjøre forskjellene som følger med sosial lagdeling basert på blant annet klasse og etnisitet i arbeidet mot sosiale ulikheter. Usynliggjøring av forskjeller knyttet til klasse og

etnisitet, vil bidra til at forskjellene vedvarer. Dette er knyttet til Marx' klasse teori, basert på en forståelse av at reell samfunnsendring er avhengig av interessekonflikter. Dette er i tråd med Bourdieus syn på klasse, der usynliggjøring av interessekonflikter bidrar til at forskjeller opprettholdes fordi mennesker definerer og aksepterer sin sosiale posisjon som noe som er mer eller mindre naturgitt og ikke samfunnsskapt (Baum & Fisher, 2014). I et slikt perspektiv er det viktig å synliggjøre at forskjeller er knyttet til sosial urettferdighet, for å komme i posisjon til å adressere forskjellene. En stor del av internasjonal litteratur som foreligger om immigranter og helse fokuserer på individuell livsstil basert på nasjonalitet og dette blir problematisert fordi det bidrar til usynliggjøring av de strukturelle forholdene som påvirker livsstilen (Castañeda et al., 2015). Når litteraturen hovedsakelig avdekker helseutfordringer i ulike befolkningsgrupper som resultat av foretrukket livsstil i denne gruppen, er det naturlig å tilnærme seg utfordringen ved å påvirke livsstilen som skaper utfordringene. Da ligger muligheten for endring hos individene eller grupper av individer, heller enn i samfunnsskapt struktur. Denne tilnærmingen er tydelig i Kristiansand der flere av respondentene er opptatt av å belyse at innvandrerbefolkningen er en heterogen gruppe, med store forskjeller i livsstilsrelaterte helseutfordringer innad i gruppen. Respondentene er derfor avhengig av mer kunnskap om hvilke utfordringer som finnes i hvilke grupper, for å kunne velge tiltak rettet mot de eksakte utfordringene.

Med denne tilnærmingen over sees de sosiale forholdene ved det å være immigrant, og hvordan det å være innvandret til et fremmed samfunn påvirker opplevelse av tilhørighet, livsmuligheter, levekår og livskvalitet, faktorer som er av stor betydning for livsstil og helsetilstand i tråd med Dahlgren og Whitehead (1991) sin modell. Å ta utgangspunkt i immigrasjon som en sosial helsedeterminant i seg selv, vil gi en annen tilnærming som anerkjenner de sosiale prosessene som skaper og opprettholder sosiale ulikheter i helse, slik Graham (2004b) er opptatt av. Kunnskapen om disse prosessene ble etterlyst av en av en respondent som er svært sentral i det kommunale folkehelsearbeidet.

Lovforslaget til folkehelseloven legger til grunn at oversiktsarbeidet som loven pålegger kommunene, skal gi et utfordringsbilde som må analyseres ut fra sosiale skillelinjer som kjønn, etnisitet, sosioøkonomisk status eller lignende. Disse analysene skal gi grunnlag for å avgjøre hvorvidt det er nødvendig med grupperettede tiltak i folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, p. 56). Dette sees igjen i dokumentene som er opptatt av å ivareta grupper som ellers er sårbare for marginalisering, men resonnerer ikke med respondentenes uttalelser på dette området.

6.3.2 Ansvarsplassering, eller ansvarsintegrering?

Gjennom intervjuene fremkom det at det var en ønsket politikk i Kristiansand å ikke ha egne roller, stillinger eller funksjoner tilknyttet innvandrerbefolkningen spesielt. I stedet har man søkt å integrere ansvaret for likestilling, integrering og mangfold i kommunens ordinære virksomhet samtidig som ansvaret er tydelig forankret på strategisk ledernivå i organisasjonen. Dette kalles mainstreaming og er en kjent tilnærming innenfor kjønnslikestilling. Når det ikke er ønsket med en egen rolle knyttet til innvandrerbefolkningen, blir dette forklart med at en slik rolle som for eksempel en minoritetskoordinator vil kunne bidra til å gjøre det «spesielt» å ha minoritetsbakgrunn. Sett opp mot diskusjonen i forrige avsnitt om å se immigrasjon som en sosial determinant for helsen, er denne forståelsen interessant dersom den er representativ for kommunen. Det er rimelig å anta at den er det ut i fra at mainstreaming av ansvaret for likestilling og integrering er en ønsket policy. Når kommunale dokumenter understreker behovet for en ekstra innsats i folkehelsearbeidet rettet mot innvandrerbefolkningen, er det vanskelig å forstå ønsket om å unngå å gjøre det «spesielt» å ha minoritetsbakgrunn.

Ansvarsplassering og integrering av ansvar gjennom mainstreaming er to ulike tilnærminger til hvordan ansvar for et gitt område kan koordineres i en organisasjon, i følge Bouckaert et al. (2010). På folkehelseområdet er det i Kristiansand søkt en kombinasjon av disse tilnærmingene gjennom strategisk organisatorisk forankring av folkehelseansvaret, kombinert med to fulle stillinger med et særskilt koordineringsansvar for arbeidet på dette feltet. Når det gjelder innvandrerbefolkningen er det valgt en annen tilnærming. Det er ansatt en prosjektleder som har ansvar for planarbeid og dialog på dette området, en stilling som er strategisk forankret i by- og samfunnsenheten, der koordineringsfunksjonene for folkehelsearbeidet også er plassert. Prosjektlederens ansvar er begrenset til internorganisatorisk ivaretagelse av «likestilling i bredt perspektiv» og å sørge for at alle sektorer ivaretar spørsmål om diskriminering på ulike diskrimineringsgrunnlag. I forhold til diskusjonen om hvorvidt etnisitet skal ha særskilt fokus i folkehelsearbeidet som gjennomgått over, ville det vært interessant med en kobling mellom diskriminering og integreringsspørsmål i folkehelsearbeidet, en kobling som på intervjudtidspunktet ikke var mulig å få øye på. Prosjektlederen er ikke invitert inn i det tverrsektorielle folkehelseforumet i kommunen, og ga heller ikke uttrykk for en forståelse av at arbeidsområdet falt naturlig inn under folkehelseparaplyen. Likevel fremkom det gjennom samtale en forståelse av at det var en sammenheng mellom arbeidsområdene, og at det kanskje ville være naturlig å søke et

samarbeid. Det kan derfor synes å ha vært liten bevissthet rundt innvandrerbefolkningen i folkehelsearbeidet i kommunen til tross for den bevisstheten som gjør seg gjeldende i kommunale dokumenter.

På tidspunktet for intervjuene var det ingen gjeldende plan for integreringsspørsmål eller ivaretagelse av innvandrerbefolkningen i kommunen. En arbeidsgruppe var i gang med utarbeidelsen av en strategi som skulle fungere retningsgivende for kommunens sektorer innenfor likestilling på alle diskrimineringsgrunnlag, blant annet etnisitet. Strategien er ikke forpliktende og inneholder ikke konkrete tiltak. Det er grunn til å stille spørsmål ved hvorvidt integrering av ansvaret for likestillingsspørsmål i kommunen er tilstrekkelig til å ivareta innvandrerbefolkningen i den lokale samfunnsutviklingen der folkehelsearbeidet må anses som et aspekt av betydning. Prosjektlederen for likestilling, integrering og mangfold uttrykte bevissthet om behovet for koordinering av arbeidet på dette området, og beskriver sin rolle som en «vaktbikkje» på de ulike diskrimineringsområdene i kommunen. Fordi stillingen er knyttet til et prosjekt, er det ikke en varig løsning. Dette kan by på utfordringer for kommunen i etterkant av prosjektperioden, dersom perspektivene ikke er tilstrekkelig integrert i kommunens virksomhet. I kapittelet om folkehelsearbeidet ble det avdekket områder som er sårbare for vedvarende løsninger i kommunen, og dette området kan se ut som ett av dem.

6.3.3 Forventninger til frivillig sektor

Frivillig sektor blir trukket frem som sentral i folkehelsearbeidet generelt, og ble tatt opp både under folkehelse spørsmål, spørsmål om sosiale ulikheter i helse og om innvandrerbefolkningen. Den underliggende forståelsen av sosiale ulikheter i helse som eksplisitt gjelder utsatte grupper er nok noe av grunnen til dette, da inkludering av utsatte grupper i lokalt frivillig organisasjonsliv blir ansett som svært viktig. Dette fremkommer både av intervjufunn og kommunale dokumenter. Frivillig sektor presenteres som et avgjørende knutepunkt mellom offentlig sektor og sivilsamfunnet. Det er utarbeidet en Frivillighetsmelding for kommunen som flere av respondentene viste til under intervjuene.

Til tross for intensjonen om utstrakt samarbeid, fremstår det eksisterende samarbeidet mellom frivillig sektor og kommunen usystematisk og tilfeldig. Flere respondenter gir uttrykk for at kommunens rolle er å legge til rette for frivillig sektor, uten å legge seg opp i det de jobber med. Fordi kommunen er tydelig på forventningene til frivillig sektor når det gjelder utsatte grupper i samfunnet, etterlyser frivillighetsmeldingen større kommunal involvering på

området. Frivillig sektor gir uttrykk for stort behov for koordinering og systematisk samarbeid dersom arbeidet rettet mot utsatte grupper skal intensiveres. Kommuneplanen slår fast at kommunens tjenesteproduksjon er avhengig av samarbeid og dialog med frivillig sektor. Dette er i tråd med nasjonale føringer i norsk folkehelsepolitikk, og samhandlingsreformen legger opp til styrking av frivillig sektors rolle (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Det har ført til et behov for klargjøring av hvilke forventninger myndighetene har til frivillig sektor. Handler forventningene om inkludering av mennesker i sosiale aktiviteter, eller handler forventningene om at frivillig sektor skal overta det offentlige oppgaver? Det er to helt separate områder som det er behov for å avklare (Lorentzen, 2014). Kommunale dokumenter ser ut til å legge opp til det siste alternativet gjennom understreking av at kommunens fremtidige tjenesteproduksjon er avhengig av frivillig sektor. Funn fra intervjuene tegner et litt annet bilde. Flere respondenter var opptatt av de sosiale gevinstene av deltakelse i frivillig arbeid, og at dette i forhold til utsatte grupper generelt og innvandrerbefolkningen spesielt ville være av stor betydning.

Axelsson og Axelsson (2011) understreker at samarbeid på tvers av sektorer blir ytterligere komplekst gjennom involvering av aktører fra ulike samfunnsområder, der samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor blir trukket frem som eksempel. Dette begrunnes blant annet med at frivillig sektor forholder seg til helt andre spilleregler og finansieringsordninger enn offentlig sektor, og bildet kompliseres ytterligere av at frivillig sektor i stor grad baseres på frivillig innsats grunnlagt på solidaritet som det er både vanskelig og uønsket å kontrollere (Kassah et al., 2014). Det kan derfor se ut som om det er behov for en avklaring på flere områder når det gjelder samarbeid mellom kommunen og frivillig sektor i folkehelsearbeidet i Kristiansand. Det bør avklares hvilke forventninger kommunen har til frivillig sektor, samt hvordan systematisk samarbeid kan sikres for å imøtekomme forventningene.

7.0 Oppsummering og konklusjon

Kristiansand kommune har en tydelig HIAP-tilnærming i sitt folkehelsearbeid, der systematisering av folkehelsearbeidet er ivaretatt gjennom to folkehelsestillinger, samt integrering av folkehelse spørsmål i kommunens øvrige planarbeid. Omorganisering ble iverksatt som følge av folkehelseovens krav om strategisk forankring av kommunens folkehelsearbeid, og det er utarbeidet egen plan for folkehelse etter lovens iverksettelse. Kommunen har lang erfaring med tverrsektorielt folkehelsesamarbeid, men opplever likevel

utfordringer i dette arbeidet. Det tverrsektorielle arbeidet er ikke et resultat av folkehelseloven eller samhandlingsreformen, men et resultat av prosesser som har pågått over mange år.

Samhandlingsreformen er omfattende og skal innføres over tid. Dette sammen med den komplekse kulturelle og sosiale virkeligheten en kommuneorganisasjon utgjør, gjør at det i studier som dette kan være vanskelig å måle årsak og virkning. Selv om samhandlingsreformen og folkehelseloven trådte i kraft 1.1.2012, er begge to resultater av en politisk utvikling over tid og en naturlig videreføring av internasjonal og nasjonal utvikling på folkehelsefeltet. Det kan ofte være vanskelig både for intervjuer og respondent å avgjøre nøyaktig hva som er følge av hva. Dette kjennetegner samfunnsforskning i følge Kalleberg (1996). Et viktig spørsmål er om det er likegyldig hvorvidt folkehelseaktørene selv er bevisste på hvorfor endringer gjøres, eller om det er underordnet så lenge endringene finner sted i tråd med sentralpolitiske intensjoner. Funnene fra Kristiansand kan tyde på at kommunen har en utfordring når det gjelder å etablere vedvarende samarbeidsløsninger på folkehelseområdet, og det er mulig at en høyere enighet om felles retning i folkehelsearbeidet ville ha bidratt til bedre erfaringer på dette området.

Funnene avdekker flere parallelt eksisterende forståelser av både folkehelsearbeid og sosiale ulikheter i helse. SDH-perspektivet er tydelig til stede hos alle respondenter, og ligger også til grunn for kommunale dokumenter. Det er likevel grunn til å stille spørsmål om hvorvidt kjennskap til sosiale helsedeterminanter gir kunnskap om hvordan sosiale ulikheter oppstår og vedvarer og om utjevningsstrategier. Funnene knytter uklarheter i forståelsen delvis til utydelige signaler fra nasjonalt hold. Samhandlingsreformen oppfattes som en reform for helseområdet, og nasjonale føringer om folkehelse omhandler ofte levevanetiltak. Samtidig legger reformen gjennom folkehelseloven opp til en tydelig vridning bort fra helseområdet. I tillegg oppleves det vanskelig å kombinere reformens underliggende føre-var-prinsipp og kunnskapsbasert praksis med krav til dokumentert effekt av tiltak. Ulike virkelighetsbilder og problemdefineringer utgjør en del av utfordringsbildet for mange av utfordringene. Helsedirektoratet gjør rede for i sin prosessevalueringsrapport for samhandlingsreformen (Helsedirektoratet, 2014b), dette omtales som kommunikasjonsutfordringer. Slike utfordringer gjelder både i hvilken grad nasjonale myndigheter lykkes med å kommunisere hva som er mål og retning med reformen, og hva som er virkemidler for ulike tiltak reformen legger opp til.

Når det gjelder tilnærming til sosiale ulikheter i helse i Kristiansand er det tydelig fokus på utsatte grupper. Gradienten er synlig i noen grad i planverk, men kommer ikke i samme grad til syne i intervjuene. Det synlige gapet mellom planfestet retorikk og tiltak peker på kjernen i skjæringspunktet mellom fag og politikk. I politiske kontekster er det et sentralt element å ha evnen til å formulere seg på en slik måte at man kan oppnå enighet om språklige uttrykk som av ulike parter kan tolkes forskjellig (Karlsen, 2009). Dette er også noe av det som kommer til syne i Kristiansand, gjennom at respondentene tilsynelatende er enige om utjevning av sosiale ulikheter i helse, uten at det foreligger en reell enighet om begrepets betydning eller utjevningsstrategier.

Forskning som avdekker hvordan ulike forståelser gir seg utslag i ulike prioriteringer og tiltak på lokalt nivå, vil derfor være svært viktig fremover og denne studien kan inngå som et bidrag på dette området. Det er tidligere i oppgaven påpekt et stort behov for å anerkjenne at det nye folkehelsefeltet, spesielt basert på SDH-perspektivet, er et politisk ladet felt. *“Because health inequalities within and between societies are exacerbated by social injustice, health promotion is compelled to enter the political arena, and advocacy for social change is an important health promotion strategy.”* (Mittelmark et al., 2007, p. 3).

Det politiske aspektet medfører spenning knyttet til hvordan ny regjering vil gi utslag på folkehelsefeltet fremover. Regjeringen utga nylig en ny folkehelsemelding, som viser tegn til endringer i prioriteringer på folkehelsefeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Meldingen prioriterer i større grad enn forrige folkehelsemelding livsstilstiltak rettet mot fysisk aktivitet og ernæring. Den sosiale gradienten blir utelukkende nevnt i en henvisning til kunnskapsrapporten fra Dahl et al. (2014), og universelle tiltak blir nevnt i sammenheng med behovet for å spisse disse tiltakene mot utsatte grupper. Graham (2004b) sin advarsel om å holde fokus på de sosiale prosessene bak sosiale ulikheter i helse blir dermed igjen aktualisert, noe som ligger til grunn for at kunnskapsrapporten om sosiale ulikheter i helse understreket behovet for å vurdere fordelingseffektene av den politikken som blir ført (Dahl et al., 2014).

I intervjuene ble det gitt uttrykk for opplevelsen av begrenset kommunalt handlingsrom i forhold til markedskrefter, eksempelvis boligmarkedet og private utbyggere. Det ble vist til at kommunen ikke har særlig mye å stille opp mot private utbyggere som vil ha mest mulig for sine boligprosjekter, noe som kompliserer boligjakten for vanskeligstilte på boligmarkedet. Dette kan leses som mangel på vilje til å regulere private interesser, eller mekanismer utenfor det offentliges kontroll som bidrar til vedvarende og/eller økte forskjeller. Kristiansand

rapporterer også om resignasjon i forhold til utjevningsansvaret for sosiale ulikheter i helse, og ønsker at sentrale myndigheter tar ansvar for universelle løsninger.

Whitehead og Popay (2010) aktualiserer lokale myndigheters begrensede muligheter til utjevning av sosiale ulikheter i helse, basert på makro-politiske analyser av hvilke mekanismer som skaper og øker ulikhetene. Forfatterne etterlyser makro-politiske satsinger, noe som krever en analyse av eksisterende politikk for å avdekke positive og negative virkninger på ulike befolkningsgruppers livsmuligheter. Baum og Fisher (2014) følger opp ved å påpeke globaliseringens og multinasjonale markedskrefters effekt på sosiale ulikheter i helse. I lys av disse advarslene, er det betimelig å stille spørsmål ved de reelle mulighetene lokale myndigheter har til å utjevne sosiale ulikheter i helse, dersom ulikhetene i dag skapes hovedsakelig av globale strømninger og utviklingstrekk. Resignasjonen som oppleves i Kristiansand, og som kommuner gjennom høringsuttaler har gitt uttrykk for, kan sees som helt reell maktesløshet i lys av dette.

Det vil være viktig for forskningen videre å holde et øye med hvordan kommunal status på dette området utvikler seg. Når kommunene er utpekt som nøkkelaktør for folkehelsearbeidet på grunn av sin nærhet til innbyggerne og råderett over lokale samfunnsforhold, hvordan vil da resignasjon og manglede kunnskap om utjevningsstrategier lokalt gi seg utslag på sosiale ulikheter i helse på nasjonalt nivå over tid? Dahl et al. (2014) etterlyser nettopp dette i den nye norske kunnskapsrapporten om sosiale ulikheter i helse. Her understrekes behovet for fokus på fordelingsaspektet for sosiale ulikheter i helse ved evalueringer av reformer, tiltakspakker og intervensjoner. Slike evalueringer må ta for seg hvordan effekten av dem påvirker fordelingen av helse i befolkningen, hvem som rammes og hvem som ikke rammes av tiltak og intervensjoner.

Kristiansand kommune har en relativt høy innvandrерandel, hvilket er en av grunnene til at kommunen ble valgt ut som casekommune i EVASAM. Funnene fra kommunale dokumenter bekrefter at dette oppfattes som en utfordring i folkehelsearbeidet, men intervjufunn støtter ikke opp under dette i samme grad. Kommunen har ikke et spesielt fokus på denne delen av befolkningen i sitt folkehelsearbeid, noe som var overraskende i lys av kunnskapen som foreligger om denne gruppens levekårs- og folkehelseutfordringer. Dette er bekymringsverdig i lys av kunnskap om hvordan fortlise av sosiale lagdelinger kan bidra til å opprettholde sosiale ulikheter i helse. Funnene viser også at det er grunn til å følge med på dette området

videre, slik at samhandlingsreformens intensjoner om ivaretagelse av sårbare og utsatte grupper blir fulgt opp lokalt.

Frivillig sektor blir trukket frem som en sentral bidragsyter i folkehelsearbeidet i kommunen generelt og i forhold til sosiale ulikheter, og utsatte grupper spesielt. Likevel oppleves samarbeidet mellom kommunen og frivillig sektor noe fragmentert og tilfeldig, og frivillige organisasjoner er heller ikke invitert inn i kommunens tverrsektorielle folkehelseforum. Funnene fra kommunale planer viser at dette er en utfordring frivillig sektor har adressert over lengre tid, uten at det i foreliggende studie foreligger tydelige tegn til imøtekommelse fra kommunen sin side. Samtidig går det an å forstå i lys av de utfordringene kommunen opplever i sitt tverrsektorielle samarbeid slik det foreligger pr i dag. Inkludering av frivillig sektor med andre spilleregler vil bidra til større kompleksitet i dette samarbeidet, en utfordring som krever bedre samarbeidsløsninger som ivaretar ulike parter med ulike spilleregler. Regjeringens nye folkehelsemelding har fokus på denne utfordringen og legger opp til nye møtepunkter og samarbeidsarenaer mellom offentlig og frivillig sektor. Dette har resultert i at Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med KS og Frivillighet Norge inviterer til en konferanse med fokus på styrket samhandling mellom frivilligheten og kommunene i juni 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Dette er en reaksjon på at det bare er 30 % av kommunene som har planfestet samarbeid med frivillig sektor. Initiativet som har fått navnet Folkehelseløftet kan leses som et tegn på økende nasjonal oppmerksomhet rundt behovet for formalisert samarbeid dersom noe av folkehelseansvaret, med særlig hensyn til utsatte grupper skal legges over på frivillig sektor.

Når det fra flere hold pekes på globaliseringseffekter og multinasjonale markedskrefter som årsak til sosiale ulikheter i helse, er det grunn til å følge med på utviklingen i samarbeidet på folkehelsefeltet mellom kommunene og frivillig sektor fremover. Når ansvaret for utjevning av sosiale ulikheter skyves ut til kommunene som har begrenset påvirkningskraft over globale markedskrefter, og videre ut til frivillig sektor skapes det svært stor avstand mellom det nivået som skaper sosiale ulikheter i helse, og det nivået som får ansvaret for å utjevne ulikhetene. Det blir spennende å se hvordan dette gir seg utslag i sosiale ulikheter i helse i tiden som kommer.

Litteratur

- Aambø, A. (2011). Det flerkulturelle samfunnet- en sosialmedisinsk utfordring. In J. G. Mæland, K. Haug, G. Høyser & S. Krokstad (Eds.), *Sosialmedisin* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Abebe, D. S. (2010). Public health challenges of immigrants in Norway: a research review. *NAKMI report*, 2, 2010.
- Alvaro, C., Jackson, L., Kirk, S., McHugh, T., Hughes, J., Chircop, A., & Lyons, R. (2011). Moving Canadian governmental policies beyond a focus on individual lifestyle: some insights from complexity and critical theories. *Health Promotion International*, 26(1), 91-99. doi:10.1093/heapro/daq052
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2011). Samverkan og folkhälsa- begrepp, teorier og praktisk tillämning. In R. Axelsson & S. B. Axelsson (Eds.), *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer* (pp. 11-31). Lund: Studentlitteratur.
- Bambra, C. (2011). Health Inequalities and Welfare State Regimes: Theoretical Insights on a Public Health Puzzle. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(9), 740-745. doi:10.1136/jech.2011.136333
- Bambra, C., Gibson, M., Amanda, S., Wright, K., Whitehead, M., & Petticrew, M. (2009). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*, jech.2008.082743.
- Baum, F., & Fisher, M. (2014). Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociology of health & illness*, 36(2), 213-225.
- Baum, F., Lawless, A., & Williams, C. (2013). Health In All Policies from international ideas to local implementation: policies, systems and organizations. In C. Clavier & E. de Leeuw (Eds.), *Health promotion and the policy process* (pp. 188-217). Oxford: Oxford University Press.
- Bouckaert, G., Peters, B. G., & Verhoest, K. (2010). *The coordination of public sector organizations : shifting patterns of public management*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa

- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 254-258. doi:10.1136/jech.57.4.254
- Carey, G., & Crammond, B. (2015). Action on the social determinants of health: Views from inside the policy process. *Social Science & Medicine*, 128(0), 134-141. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.024
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M.-E., D, Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 36(1), 141210140240005. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182419
- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission of Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. A. (2014). Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dahl, E., & Van der Wel, K. A. (2013). Educational inequalities in health in European welfare states: A social expenditure approach. *Social Science & Medicine*, 81, 60-69. doi:10.1016/j.socscimed.2012.12.010
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: NESH.
- Diez, E., Morrison, J., Pons-Vigués, M., Borrell, C., Corman, D., Burström, B., . . . Santana, P. (2014). Municipal interventions against inequalities in health: The view of their managers. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(6), 476-487. doi:10.1177/1403494814529850
- Folkehelseinstituttet. (2015). Folkehelseprofil for Kristiansand. Retrieved from <http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler/finn-profil>
- Folkehelseloven. Lov om folkehelsearbeid, LOV-2011-06-24-29 (2011). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelselov>
- Forskningsrådet. (2013). Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. Retrieved 13.05.2015, from <https://www.forskningsradet.no/prosjektbanken/#/project/229628/no>
- Fosse, E. (2011a). Different Welfare States—Different Policies? An Analysis of the Substance of National Health Promotion Policies in Three European Countries. *International Journal of Health Services*, 41(2), 255-272. doi:10.2190/HS.41.2.e

- Fosse, E. (2011b). Interprofessionell och intersektoriell samverkan i hälsofrämjande arbete. In R. Axelsson & S. B. Axelsson (Eds.), *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer* (pp. 123-140). Lund: Studentlitteratur.
- Fosse, E., & Helgesen, M. K. (2015). How can local governments level the social gradient in health among families with children. The case of Norway. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 6(2), 328-346.
- Fosse, E., & Strand, M. (2010). Politikk for å redusere sosiale ulikheter i helse i Norge : fornyet politisering av folkehelsepørsmål. *Tidsskrift for velferdsforskning (trykt utg.)*.
- Freiler, A., Muntaner, C., Shankardass, K., Mah, C. L., Molnar, A., Renahy, E., & O'Campo, P. (2013). Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(12), 1068-1072. doi:10.1136/jech-2013-202731
- Graham, H. (2004a). Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy*, 33(01), 115-131. doi:10.1017/S0047279403007220
- Graham, H. (2004b). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Quarterly*, 82(1), 101-124. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00303.x
- Graham, H. (2009). Health inequalities, social determinants and public health policy. *Policy & Politics*, 37(4), 463-479. doi:10.1332/030557309X445618
- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion : planning and strategies* (2nd ed. ed.). Los Angeles: Sage.
- Greer, S. L., & Lillvis, D. F. (2014). Beyond leadership: Political strategies for coordination in health policies. *Health Policy*, 116(1), 12-17. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.01.019
- Grimen, H. (2004). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Hanssen, G. S., & Helgesen, M. K. (2011). Multi-level governance in Norway: universalism in elderly and mental health care services. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 31(3/4), 160-172. doi:doi:10.1108/01443331111120609
- Helgesen, M. K. (2014). Governance of public health: Norway in a Nordic context. [Article]. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42, 25-30. doi:10.1177/1403494814546925
- Helgesen, M. K., & Hanssen, G. S. (2014). Kommunalt handlingsrom etter Samhandlingsreformen. *Tidsskrift for norsk velferdsforskning*, 17(3), 41-53.

- Helgesen, M. K., & Hofstad, H. (2012). Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse. *NIBR-rapport 2012:13*. Oslo: Norsk Institutt for By- og Regionsforskning
- Helgesen, M. K., & Hofstad, H. (2014). Determinants in Norwegian Local Government Health Promotion – Institutional Perspectives *Technology, Communication, Disparities and Government Options in Health and Health Care Services* (pp. 143-180).
- Helgesen, M. K., Hofstad, H., Risan, L. C., Stang, I., Rønningen, G. E., Lorentzen, C., & Goth, U. S. (2014). Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner *NIBR-rapport 2014:3*. Oslo: Norsk Institutt for By- og Regionsforskning.
- Helgesen, M. K., Hofstad, H., & Schou, A. (2014). Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner. *NIBR-rapport 2014:21*. Oslo: Norsk Institutt for by- og regionsforskning.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge (St.mld. nr. 16 2002-2003)*. Oslo: Departementenes Servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Fra stykkevis til helt- en sammenhengende helsetjeneste (NOU 2005:3)* Oslo: Departementenes Servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (St. mld. nr 20 2006-2007)*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid (St. Meld nr 47 2008-2009)*. Oslo: Departementenes Servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Proposisjon til Stortinget, forslag til lovvedtak Lov om folkehelsearbeid (Prop. 90 L)* Oslo: Departementenes servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse- felles ansvar (St.mld. nr. 34 2012-2013)*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter (St.mld. nr. 19 2014-2015)*. Oslo: Departementenes Servicesenter.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). Folkehelseløftet. Retrieved 12.05.2015, from <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/folkehelseloftet--moteplass-for-folkehelse-2015/id2410815/>

- Helsedirektoratet. (2009). Migrasjon og helse. Utfordringer og utviklingstrekk. IS-1663. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014a). *Samfunnsutvikling for god folkehelse: Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge* Oslo Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014b). Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hofstad, H. (2011). Healthy urban planning: Ambitions, practices and prospects in a Norwegian context. *Planning Theory & Practice*, 12(3), 387-406.
doi:10.1080/14649357.2011.617498
- Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1996). *Metodevalg og metodebruk* (3. utg. ed.). Oslo: TANO.
- Høydahl, E. (2008). Innvandrerbegreper i statistikken: Vestlig og ikke-vestlig-ord som ble for store og gikk ut på dato. *Samfunnsspeilet* 4/2008.
- Ihle, R., & Sudmann, T. (2014). Sosiale ulikheter i helse. In U. S. Goth (Ed.), *Folkehelse i et norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Kalleberg, R. (1996). Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog. In H. Holter & R. Kalleberg (Eds.), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Karlsen, G. (2009). *Språk og argumentasjon for samfunnsvitere* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kassah, B. L., Johansen, L. I., & Kassah, A. K. (2014). Makt : et viktig begrep for å forstå utfordringer som følger av samhandlingsreformen. In B. L. L. Kassah, W.-A. Tingvoll & A. K. Kassah (Eds.), *Samhandlingsreformen under lupen. Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Katikireddi, S. V., Higgins, M., Smith, K. E., & Williams, G. (2013). Health inequalities: the need to move beyond bad behaviours. [Editorial Material]. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(9), 715-716. doi:10.1136/jech-2012-202064
- Kickbusch, I. (2010). Health in all policies: the evolution of the concept of horizontal health governance. In I. Kickbusch & K. Buckett (Eds.), *Implementing health in all policies: Adelaide 2010*. Adelaide: Department of Health, Government of South Australia.

- Kickbusch, I., & Buckett, K. (2010). Health in all policies: the evolution. In I. Kickbusch & K. Buckett (Eds.), *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*. Adelaide: Department of health, Government of South Australia.
- Koivusalo, M. (2010). The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(6), 500-503. doi:10.1136/jech.2009.102020
- Kommuneprofilen. (2015). Retrieved from http://www.kommuneprofilen.no/Profil/Befolkning/DinRegion/bef_innv_region.aspx
- Kristiansand kommune. (2010). Frivillighetsmelding for Kristiansand.
- Kristiansand kommune. (2011). *Styrke i muligheter. Kommuneplan 2011-2022*. Retrieved from <http://kristiansand.kommune.no/no/planer-prosjekter/Planer-fra-A-til-A/>
- Kristiansand kommune. (2013a). *Bakgrunnsdokument for helsefremmingsplanen, plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering*. Retrieved from <http://kristiansand.kommune.no/no/Administrasjon/Helse-og-sosialsektoren/Helsefremming-og-innovasjon1/>
- Kristiansand kommune. (2013b). *Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering. Helsefremmingsplanen*. Retrieved from <http://kristiansand.kommune.no/no/planer-prosjekter/Planer-fra-A-til-A/>
- Kristiansand kommune. (2014a). *Kristiansands utfordringsbilde 2014. Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter*. Retrieved from <http://kristiansand.kommune.no/no/Om-Kristiansand/Kristiansandstatistikken/>
- Kristiansand kommune. (2014b). *Innspill til Folkehelsemeldingen 2015*. Retrieved from <http://opengov.cloudapp.net/Meetings/krs/AgendaItems/Details/15002457>
- Krokstad, S., & Høyser, G. (2011). Sosial ulikhet i helse. In J. G. Mæland, K. Haug, G. Høyser & S. Krokstad (Eds.), *Sosialmedisin* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lantz, P., House, J., Lepkowski, J., Williams, D., Mero, R., & Chen, J. (1998). Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality - Results from a nationally representative prospective study of US adults. *JAMA-J. Am. Med. Assoc.*, 279(21), 1703-1708. doi:10.1001/jama.279.21.1703
- Lawn, J. E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V. K., & Chopra, M. (2008). Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet*, 372(9642), 917-927. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61402-6

- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2005). Fundamental sources of health inequalities. In L. B. Rogut, D. M. Knickman & D. Colby (Eds.), *Policy challenges in modern health care* (pp. 71-84). Chapel Hill: Ruthers University Press.
- Lorentsen, A.-B., Kassah, B. L., & Kassah, A. K. (2014). Folkehelsearbeidet i kommunen. In B. L. L. Kassah, W.-A. Tingvoll & A. K. Kassah (Eds.), *Samhandlingsreformen under lupen*. Bergen: Fagbokforl., cop. 2014.
- Lorentzen, H. (2014). Frivillighetsentralene og fremtiden. Notat til KS, august 2014. . Retrieved from <http://www.ks.no/tema/Samfunn-og-demokrati1/Folkevalgtportalen/Kultur-og-frivillighet/Notat-om-frivilligsentraler/>
- Lynch, J. W., Kaplan, G. A., & Salonen, J. T. (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science & Medicine*, 44(6), 809-819. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00191-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00191-8)
- Mackenbach, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75(4), 761-769. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.031>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*, 370(9593), 1153-1163. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61385-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61385-3)
- 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*. doi:10.1016/S0140-6736(12)61228-8
- Marmot, M., & Allen, J. J. (2014). Social Determinants of Health Equity. *American Journal of Public Health*, 104(S4), S517-519. doi:10.2105/AJPH.2014.302200
- Marmot, M., & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126, Supplement 1(0), S4-S10. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>
- Maslow, A. H. (1966). *The Psychology of Science: A reconnaissance*. Retrieved from http://books.google.no/books?id=3_40fK8PW6QC&printsec=frontcover&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A., & Tones, K. (2007). Health promotion. *The encyclopedia of public health*. Oxford: Elsevier.

- Mæland, J. G. (2011). Sykdom og helse i et sosialmedisinsk perspektiv. In J. G. Mæland, K. Haug, G. Høyser & S. Krokstad (Eds.), *Sosialmedisin* (2 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *Global Health Promotion, 16*(1), 05-16. doi:10.1177/1757975908100746
- Ollila, E. (2011). Health in All Policies: From rhetoric to action. *Scand. J. Public Health, 39*, 11-18. doi:10.1177/1403494810379895
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Newbury Park: Sage.
- Plan- og bygningsloven. Lov om planlegging og byggesaksbehandling LOV-2008-06-27-71 (2008). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71?q=plan+og+byggningslov>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Potvin, L., & McQueen, D. V. (2007). Modernity, Public Health, and Health Promotion. In D. V. McQueen, I. Kickbush, L. Potvin, J. M. Pelikan, L. Balbo & T. Abel (Eds.), *Health and Modernity* (pp. 12-20): Springer New York.
- Raphael, D. (2014). Challenges to promoting health in the modern welfare state: The case of the Nordic nations. *Scand. J. Public Health, 42*(1), 7-17. doi:10.1177/1403494813506522
- Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., Freiler, A., Bobbili, S., Bayoumi, A., & Campo, P. (2011). Health in all policies: a snapshot for Ontario, results of a realist-informed scoping review of the literature. *Getting started with health in all policies: a resource pack*. Ontario: Centre for Research on Inner City Health.
- Sletteland, N., & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen. Handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- SSB. (2015). Folkemengde 1. januar 2015. Retrieved from <http://ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar/2015-02-19?fane=tabell&sort=nummer&tabell=218730>
- Stene-Larsen, G. (2006). 1880-2005-fra fattigdomssykdommer til overflodslidelser. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening, 126*(1), 38-44.

- Tallarek née Grimm, M. J., Helgesen, M. K., & Fosse, E. (2013). Reducing social inequities in health in Norway: Concerted action at state and local levels? *Health Policy, 113*(3), 228-235. doi:10.1016/j.healthpol.2013.09.019
- Torjesen, D. O., & Vabo, S. I. (2014). Samhandlingsreformen- virkemidler for koordinering. In S. I. Vabo & M. Vabø (Eds.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Torp, S. (2013). Hva er helsefremmende arbeidsplasser–og hvordan skapes det? *Socialmedicinsk tidskrift, 90*(6), 768-779.
- Vallgård, S. (2007). Health inequalities: Political problematizations in Denmark and Sweden. *Critical Public Health, 17*(1), 45-56. doi:10.1080/09581590601071705
- Whitehead, M., & Popay, J. (2010). Swimming upstream? Taking action on the social determinants of health inequalities. *Soc Sci Med, 71*(7), 1234-1236; discussion 1254-1238. doi:10.1016/j.socscimed.2010.07.004
- WHO. (1986). The Ottawa charter for Health Promotion. Retrieved from <http://who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO. (2011). Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Retrieved from <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>
- WHO. (2014). Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action. *Health Promotion International, 29*, 19-28. doi:10.1093/heapro/dau035
- Yin, R. K. (2014). *Case study research : design and methods* (5th ed.). Los Angeles, Calif: SAGE.

Vedlegg I:

Intervjuguide EVASAM, Kristiansand kommune, oktober 2014

Tidsramme for intervjuene vil være ca 60 minutter.

Innledning: informasjon om prosjektet EVASAM

1.

Hva er din rolle i folkehelsearbeidet i kommunen? (Stilling, utdanningsbakgrunn, arbeidsoppgaver, hvor lenge har du vært i den rollen, har rollen endret seg etter samhandlingsreformen trådte i kraft januar 2012, hvem samarbeider du med, og hvor er din rolle forankret i den kommunale organisasjonen?)

2.

Hvilke(n) samarbeidspartner/ sektor(er) regner du som viktigst i folkehelsearbeidet? Hvorfor?

3.

Hva er dine tanker rundt samhandlingsreformen?

Hva er din oppfatning av reformens målsetning og tiltak?

Etter din mening, er det sammenheng mellom målsettinger (hva man vil oppnå) og tiltak (hvordan man vil oppnå det)?

Hva oppfatter du som kjernen i reformen?

4.

Oppfatter du at de nasjonale styringssignalene (som samhandlingsreformen og folkehelseloven) har bidratt til økt fokus på folkehelse i Kristiansand?

Har signalene ført til konkrete tiltak?

Ble tiltakene satt i verk før eller etter 2012?

5.

Hvordan har kommunen jobbet (konkrete tiltak) for å forebygge innleggelse i spesialistsykehus?

Er det satset spesielt på konkrete tilstander eller sykdommer?

Hvilke tiltak regnes som mest hensiktsmessig for korttidsforebygging?

6.

Hvilke prioriteringer er gjort i kommunens forebyggende arbeid? Hvordan arbeides det med forebygging i korttidsperspektiv versus langtidsperspektiv?

7.

Hva er den generelle erfaringen med frisklivssentraler/frisklivs- og mestringsarbeid?

Hvordan er dette arbeidet organisert? (Egen enhet, hvor forankret i kommunen?)

Interkommunale samarbeidsformer? Hvilke tilbud gis i frisklivssentralen?)

8.

Hvordan har kommunen jobbet for å styrke det langsiktige og tverrsektorielle folkehelsearbeidet?

Hvordan arbeides det med kartlegging av helsetilstand og levekår?
Hvor rettes innsatsen i folkehelsearbeidet, hvilke områder satses det på?
Hvordan planlegges folkehelsearbeidet- hvem har ansvaret for planleggingen og hvem deltar i planarbeid?
Hvilke strategier sikrer at satsingen på folkehelse innarbeides/implementeres i hele organisasjonen? Tverrsektorielle arbeidsformer?

9.

Er det ansatt folkehelsekoordinator i kommunen, og hvilke utfordringer møter den i folkehelsearbeidet? Hvor er stillingen organisatorisk forankret?

10.

Hvilken rolle har fastlegen i folkehelsearbeidet?

11.

Av alle temaer/tiltak/arbeidsformer vi har vært innom nå- oppfatter du at dette har endret seg etter 2012, og ser du endringene i sammenheng med styringssignalene i samhandlingsreformen?

12.

Hvordan er hensynet til sosiale ulikheter og utsatte grupper ivaretatt i planarbeidet slik du ser det?

13.

Er det gjort konkret arbeid for å kartlegge folkehelseutfordringer blant innvandrere (som gruppe og mellom ulike grupper av innvandrere) – og de forhold som påvirker helse positivt og negativt? Utdyp.

14.

Hvilke tiltak rettes mot denne gruppen- både generelle og spesielle?

15.

Når det gjelder forebygging og å forhindre innleggelse i sykehus, er det iverksatt egne grep mot innvandrere?

16.

Kan du utdype tiltakene overfor innvandrere når det gjelder

- frisklivssentralen
- samarbeid med innvandrergupper og frivillig sektor?
- Minoritetskoordinator sin rolle og utfordringer i det kommunale systemet
- tolk, tospråklig informasjon, selvhjelpsgrupper
- fastlegens rolle
- annet?

17. Har det skjedd endringer i arbeidet rettet mot denne gruppen etter innføringen av samhandlingsreformen?

Tusen takk for din deltagelse i prosjektet!

Tonje Cecilie Indrøy, student ved masterprogram i helsefag, Universitet i Bergen

Vedlegg II:

Informert samtykke og informasjon om deltakelse i forskningsprosjektet

«Kommunens nye rolle som fordelingsaktør for folkehelse etter Samhandlingsreformen»

Bakgrunn og formål

Dette studiet er en masteroppgave som ser på kommunens nye rolle i folkehelsearbeidet etter innføringen av Samhandlingsreformen i 2012. Formålet er å øke kunnskapen om hvordan særlig kommuner med høy innvanderandel administrerer, organiserer og implementerer sitt folkehelsearbeid, spesielt med tanke på arbeidet mot å redusere sosiale ulikheter i helse.

Studiet inngår i EVASAM- et evalueringsprosjekt av samhandlingsreformen som er igangsatt av Helse- og omsorgsdepartementet og samordnes av Norges Forskningsråd. Kommunen er valgt ut på bakgrunn av innbyggerantall og befolkningssammensetning, med relativt høy andel innvandrere.

Du er bedt om å delta i studien på bakgrunn av din stilling i kommunen. Din erfaring og kjennskap til kommunen kan bidra med verdifull informasjon i dette arbeidet. Studiet inkluderer både intervjuer med sentrale folkehelseaktører i kommunen og analyser av kommunale planer av betydning for folkehelsearbeidet. Studiet skal resultere i en masteravhandling som skal ferdigstilles ved Hemil-senteret, Universitetet i Bergen våren 2015.

Intervjuet varer i ca 60 minutter. Spørsmålene vil dreie seg om din rolle i folkehelsearbeidet i kommunen, samarbeidspartnere, samarbeidsformer og innsatspunkter for det generelle folkehelsearbeidet, om utviklingen i folkehelsearbeidet de siste årene, og om hvordan det eventuelt har endret seg etter iverksettingen av Samhandlingsreformen og Folkehelseoven. I tillegg vil det være spørsmål knyttet til om det er spesielle tiltak rettet mot spesifikke befolkningsgrupper.

Det vil bli benyttet lydopptaker under intervjuet. Lydfil og transkribert intervju vil oppbevares på separate passordbeskyttede harddisker uten tilgang for andre enn undertegnede. Alle originaldata vil bli slettet ved avhandlingens godkjenning, senest medio juni 2015.

Deltagelse i studiet er frivillig, og du har rett til å velge hvilke spørsmål du vil svare på under intervjuet. Du har også rett til å trekke din deltagelse underveis i intervjuet, da vil alle opplysninger slettes umiddelbart.

Dersom du vil delta, vennligst signer vedlagte samtykkeerklæring.
Takk for din deltagelse!

Tonje Cecilie Indrøy, masterstudent ved masterprogram i helsefag, helsefremmende arbeid og helsepsykologi ved Universitetet i Bergen (UiB)
E-post: tin003@student.uib.no
Telefon: 95977342

Veileder: Professor Elisabeth Fosse, Instituttleder ved Hemil-senteret, UiB
E-post: elisabeth.fosse@iuh.uib.no
Telefon: 55582758

Samtykke til deltakelse i studien
*«Kommunens nye rolle som fordelingsaktør for folkehelse etter
Samhandlingsreformen»*

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

(Sted, dato, signert av prosjektdeltaker)