

## **Forankring, formidling og kommunikasjon av sosial ulikhet**

**Kartlegging av samfunnsmekanismer knyttet til helseoversiktsarbeidet; hvilke typer data trenger kommuner og fylkeskommuner som grunnlag for planstrategiarbeidet for å legge til rette for politikk som utjevner sosial ulikhet blant barn og unge.**



Foto:Shutterstock

## Innhold

1. Innledning .....	2
1.1 Formål med oppgaven.....	2
1.2 Problemstilling.....	3
1.3 Metode .....	4
2. Bakgrunn .....	5
2.1 Helsebegrepet .....	5
2.2 Folkehelse.....	5
2.3 Sosial ulikhet.....	7
2.4 Sosial epidemiologi.....	8
2.5 Planteorier .....	10
2.6 Whiteheads handlingsspektrum.....	11
3. Lovverk.....	13
3.1 Lovgrunnlaget.....	13
3.2 Planstrategi.....	14
3.3 Oversikt over befolkningens helse og påvirkningsfaktorer på denne.....	15
4. Resultater fra fokusgruppeintervjuet .....	17
4.1 Om sosial ulikhet, planstrategi, planlegging og makt.....	17
4.2 Om typer data og behov for kunnskap.....	18
4.3 Oppsummering av svar fra fokusgruppeintervjuet .....	21
5. Drøftinger.....	22
5.1 Funn i fokusgruppeintervjuet.....	22
5.2 Sosiale ulikheter som tema i planlegging (Forholdet mellom oversikt og forskning).....	22
5.3 Oversikt over helsestatus .....	24
5.4 Makt og arbeidet med oversikt over helsestatus.....	26
6. Konklusjon .....	22
Referanser .....	30
Vedlegg 1.....	33
Vedlegg 2.....	35

## 1. Innledning

Kommuner og fylkeskommuner har gjennom Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47 2008-2009) og nytt lovverk fått lovpålagt arbeid og nye utfordringer på folkehelseområdet. Dette gjelder særlig oversikten over helsetilstanden i befolkningen, og påvirkningsfaktorer på denne. Et oversiktsdokument med et fireårig perspektiv skal ligge til grunn for kommuner og fylkeskommuners arbeid med planstrategien. Samtidig har kommuner og fylkeskommuner et lovpålagt ansvar om løpende oversikt over helsetilstanden i befolkningen.

Det er en rekke spørsmål knyttet til oversikten over helsetilstand i befolkningen; Hva er det hensiktsmessig at en slik helseoversikt inneholder, hvordan kan vi benytte statistikk til politikktutforming, hvilke indikatorer skal vi bruke, hvilke er tilgjengelig og hvilke må vi produsere? Vil fokus på enkeltindikatorer skape oppmerksomhet på disse i stedet for på de underliggende faktorene, skal tall fra kommunenivå kunne aggregeres til regionalt nivå, hvem skal analysere og hvordan skal analysene presenteres?

Hva trenger politikere som grunnlag for politikktutforming, og hvilke samfunnsfaktorer er det som i størst grad påvirker befolkningens helsetilstand? Hvilke samfunnsmekanismer må vi ha kunnskap om, hvordan skal vi skape sammenheng mellom politikk og næringsliv eller plan og samfunn?

Dette er noen av de mange spennende utfordringene kommuner og fylkeskommuner står overfor i arbeidet med utformingen av oversiktsdokumentet. Vi opplever at folkehelsefeltet i kommuner og fylkeskommuner kan ha liten tradisjon for å jobbe opp mot planfeltet og motsatt. Arbeidet med helseoversikten vil kunne bidra til å styrke samarbeid mellom fagfeltene, ved at de ulike aktørene opplever egennytte i samhandling på tvers av etat, fag og forvaltningsnivå.

### 1.1 Formål med oppgaven

Regional og kommunal planlegging er viktig for styring av samfunnsutviklingen regionalt og lokalt. Både i folkehelseloven(FHL),(2012)og i plan- og bygningsloven(PBL),(2009) er helse fremhevet som sentrale elementer i planarbeidet. Planprosesser skal starte med et kunnskapsgrunnlag, der oversikt over befolkningens helse og påvirkningsfaktorene på helsen inngår (FHL,2012).

Det er en utfordring å utforme dette kunnskapsgrunnlaget på en måte som gir oss god informasjon om temaet sosial ulikhet i befolkningen, fordi sosial ulikhet er et relativt nytt tema i folkehelsearbeidet i Norge, og fordi vi også i noen grad mangler indikatorer og statistikk som synliggjør sosial ulikhet. Folkehelseloven og Samhandlingsreformen med sine intensjoner om

helse i alt vi gjør, er et relativt ferskt område i plansammenheng. Det er viktig for utforming av politikk at kommuner og fylkeskommuner i sin planlegging har innsikt i og engasjement til å innlemme folkehelseperspektivet.

## 1.2 Problemstilling

Problemstillingen vi ønsker å undersøke i denne oppgaven er «hvilke typer data trenger kommuner og fylkeskommuner som grunnlag for planstrategiarbeidet for å legge til rette for politikk som utjevner sosial ulikhet blant barn og unge».

Problemstillingen skal gi oss mulighet til å finne ut mer om hvilken type informasjon vi skal ha oversikt over når vi starter på et kommunalt eller regionalt planstrategiarbeid. Det handler om å beskrive både hva som er relevant og hva som er mulig å fremskaffe. En planstrategiprosess starter bredt for deretter å prioritere områder for innsats (Veilederen til regional planstrategi, 2012). De temaene som ikke er med i planstrategien kommer heller ikke med i diskusjonen om hva som skal prioriteres i resten av valgperioden fordi planstrategien, i henhold til plan- og bygningsloven, er verktøyet hvor politikerne vedtar satsingsområdene.

Begrepene «helse» og «sosial ulikhet» er komplekse mekanismer som både er utfordrende å kartlegge, og et tema det er vanskelig å lage entydige og gode planer for. Det krever både kunnskap og tverrfaglig forståelse for å kartlegge og beskrive mekanismene på dette området (Mæland m.fl. 2009). Etersom disse områdene er både komplekse og omfattende er det behov for å presisere og avgrense problemstillingen. Det er samtidig viktig å understreke at oversiktsarbeidet ikke handler om forskning, men om å ha et grunnlag for utforming av politikk på folkehelsefeltet.

Utgangspunktet for problemstillingen er «Forskrift om oversikt over folkehelsen», (2012). Denne lister i §3 hvilke områder oversiktsarbeidet skal omfatte; befolkningssammensetning, oppvekst- og levekår, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helsesrelatert atferd samt helsetilstand.

For å avgrense oppgaven ønsker vi å prioritere områdene oppvekst- og levekårsforhold og barn og unge, fordi vi vurderer dem som særlig sentrale områder for å jobbe med å utjevne sosiale ulikheter. Det er i den aldersgruppen kommuner og fylkeskommuner har mest kontakt med innbyggerne gjennom utdanning, barnehage, helsestasjon, tannhelse og fritidsmiljø. Det er også i denne aldersgruppen «samfunnet» har størst mulighet til å sette inn strukturelle tiltak som kan ha innvirkning på sosial arv (Mæland m.fl. 2009). Vi har definert «barn og unge» i denne sammenhengen til 0 – 23 år. Grensen på 23 år er valgt fordi det er ved 23 år rett til videregående opplæring opphører (Opplæringslova, 1998), og vi mener derfor det er et naturlig skille.

### 1.3 Metode

I denne oppgaven har vi brukt litteraturstudier og fokusgruppeintervju som metode. Litteraturkildene har vært lover, offentlige forskrifter og veiledere i tillegg til pensumlitteratur og annen faglitteratur. Dokumentene er normative og formelle kilder. De må antas å ha høy kvalitativ verdi (Otto Laurits Fuglestad 1997).

Ved innsamling av data fra intervju har vi i denne oppgaven brukt fokusgruppeintervju som metode. Fokusgruppeintervjuer er forholdsvis enkelt å gjennomføre og datainnsamlingen kan skje over kort tid. En av fordelene med metoden er at individene kan spille på hverandres kunnskap og kan derfor utvikle informasjon som vanligvis ikke ville ha kommet fram i intervjuer med enkeltpersoner. Det er en kvalitativ metode som kan gi en helhetlig forståelse av problemstillingen og gruppedeltagerne kan lære av hverandre. Metoden er beskrevet av Kreuger (1994).

Valgte informanter i intervjuet er plansjef og saksbehandler med ansvar for neste planstrategi i våre kommuner og fylkeskommuner (Halden, Råde, Buskerud og Østfold).

Fokusgruppeintervjuet gjennomføres som et semistrukturert intervju. Intervjuguiden, med potensielle oppfølgingsspørsmål presenteres sammen med resultater fra intervjuet. To av arbeidsgruppemedlemmene gjennomførte intervjuet, de øvrige noterte. Spørsmålene i intervjukjemaet er testet ut på to kolleger i planseksjonen i Østfold fylkeskommune.

Kreuger (1994) anbefaler at størrelsen på en fokusgruppe bør være mellom åtte og ti personer. I mindre grupper kan lett alle komme til orde, men det er ikke sikkert at alle syn på saken blir uttrykt av gruppedeltagerne. I vår oppgave hadde vi bare en gruppe med informanter. Ved bruk av fokusgrupper er det vanlig at man har flere grupper med informanter om samme tema. Når man bruker flere grupper på samme tema, så vil sannsynligvis svarene være mer pålitelige (reliable) og troverdige (valide)(Silverman, 1993).

Vi mener at svarene fra informantene ga oss tilstrekkelig materiale og gode nok svar til vår undersøkelse.

Vi valgte å la tre observatører skrive ned resultatene fra intervjuet. Vanligvis blir intervjuer i fokusgrupper tatt opp på bånd eller video. Det krever mye etterarbeid med å transkribere. Vi valgte å la hver observatør skrive ned innholdet og så sammenliknet vi innholdet i etterkant for å få med alle momenter. Det kan være en fare at vi ikke fikk med alle nyanser og at det kan være vanskelig å tolke hva som ble sagt.

Intervjuet ble gjennomført av to erfarne gruppeledere, men de har ikke intervjuet sammen tidligere. Fokusgruppeintervju er en relativt avansert form for intervju. Utarbeidet intervjuguide (vedlegg 1) ble fulgt.

## 2. Bakgrunn

### 2.1 Helsebegrepet

Helse er et fenomen som påvirkes av mange forhold, og helse kan betraktes med mange ulike perspektiver mener Geir V. Berg ved Høgskolen i Lillehammer (forelesning 18.09.2013).

- Som helse; som det den enkelte selv opplever og har ansvar for
- Som sunnhet; den helsen som naturvitenskapen og helseforetakene definerer
- Som folkehelse; den helsen som samfunnet jobber for skal forbedres i befolkningen

Blant de meste kjente og brukte definisjonene av helsebegrepet i Norge er WHO (1948): «en tilstand av fullkomment legemlig, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyter», og Peter F. Hjort: «helse er overskudd i forhold til dagens krav» (Hjort, 1982).

Fugelli og Ingstad (2001) gjorde i perioden 1997-2000 en studie på hvordan nordmenn ser på helse. Respondentene svarte at helse er trivsel, funksjon, natur, humor, mestring, overskudd eller energi. Kun 17 av 80 svarte at god helse er å ikke være syk.

Hva det vil si å ha god helse vurderes ulikt fra person til person. Det avhenger av alder, personlighet og miljø. Det folkelige perspektivet på helse har tre kjennetegn i følge Fuggeli og Ingstad:

- *«Helhet. Helse er et holistisk fenomen. Helse er vevd inn i alle sider av livet og samfunnet.*
- *Pragmatisme. Helse er et relativt fenomen. Helse erfares og bedømmes i forhold til hva folk finner det rimelig å forvente ut fra alder, sykdomsbyrde og sosial situasjon.*
- *Individualisme. Helse er et personlig fenomen. Menneskene er ulike. Derfor må helse som mål og veiene til helse bli forskjellige fra individ til individ.»*

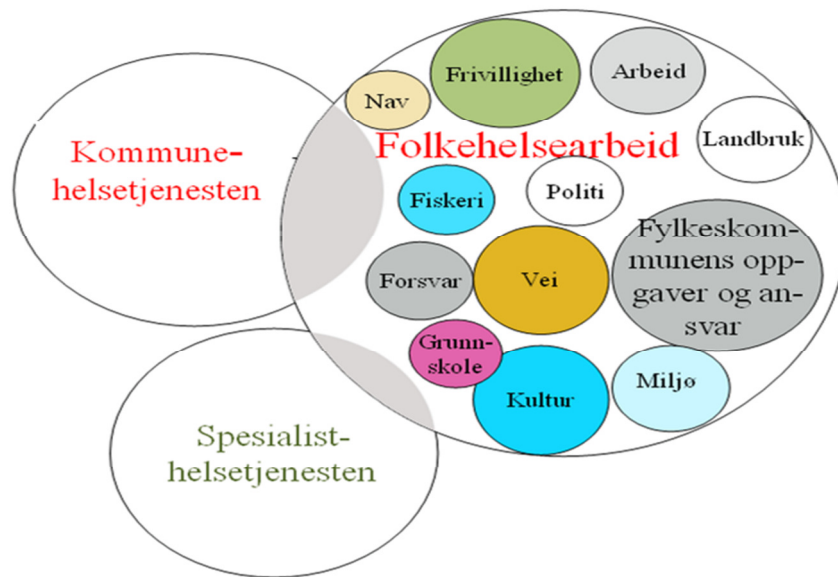
Folkelige forståelser av helse er blant annet «Det handler ikke om hvordan du har det, men om hvordan du tar det» (ukjent opphav). Eller «health is being able to walk around better and doing some work in the house when my knees let me» (kvinne, 70 år) (Blaxter 2010 s. 9).

I denne oppgaven velger vi å legge Hjort sin definisjon til grunn da vi mener den gir en god forståelse av det folk flest oppfatter som helse. Når uhelse inntreffer, vil svikten vise seg ved at individet ikke lenger har kapasitet som beskrevet i definisjonen.

### 2.2 Folkehelse

I Folkehelseloven defineres folkehelse som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning». Videre definerer loven folkehelsearbeid som «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel...». (FHL 2011)

Tidligere var folkehelsearbeidet forankret i Kommunehelsetjenesteloven, som en del av helsetjenestenes lovpålagte oppgaver. Illustrasjonen under gir et bilde av hvordan oppgavene for folkehelsearbeidet er fordelt. Her fremgår det klart at både kommune- og spesialisthelsetjenesten har sitt ansvar, men også at de fleste oppgavene ligger utenfor deres mandat.



Figur 1. «Det store og det lille folkehelsearbeidet» Anders V. Smith (2011)

Folkehelsearbeidet knyttes fortsatt i stor grad opp mot helsetjenestene i kommunen. En utfordring, da erfaringer fra egne kommuner bl. annet, sier at det er vanskelig å få til et tverrsektorielt samarbeid når koordineringen av arbeidet ikke ligger sentralt i organisasjonen med mulighet for et tverrfaglig blikk (Helgesen og Hofstad 2012). Flere kommuner har fått øynene opp for dette, og plasserer folkehelsearbeidet slik at mulighetene for tverrfaglig samarbeid er store. Folkehelse angår alle innbyggere i kommunen og fylkeskommunen. Helsetjenestens brukere har i de fleste tilfeller allerede utviklet sykdom mens folkehelsearbeidet blant annet består av å arbeide for å unngå at sykdom oppstår.

Man snakker om «det store og det lille folkehelsearbeidet». (fig.1) Figuren definerer helsetjenestens folkehelseinnsats som «det lille folkehelsearbeidet», mens størsteparten, «det store folkehelsearbeidet», foregår i alle sektorer.

At folkehelsearbeidet nå er forankret i egen særlov og at det ikke er helsetjenesten som er hovedansvarlig krever en ny forståelse av hva folkehelsearbeid er.

I Folkehelsemeldingen (Stortingsmelding 34, 2012-2013, s 10) er det nedfelt tre hovedmål.

- «Norge skal være blant de tre landene i verden med lengst levealder
- *Befolkningen skal ha flere gode leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller*
- *Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen.»*

Dette er ikke nytt, men en repetisjon fra tidligere stortingsmeldinger: Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller st.meld.nr.20 (2006-2007) og Resept for et sunnere Norge, folkehelsepolitikken. St.meld.nr.16(2002-2003), men uttrykt på en annen måte.

Hovedoppfatningen etter gjennomgang av stortingsmeldinger og lovverk, er at de overordnede strategiske løsningene ikke er mange. Meldingene presenterer mange forslag til folkehelse tiltak, men få konkrete målrettede politiske strategier for å utjevne ulikhetene. Meldingene mangler etter vår mening vurderinger av hvordan folkehelse henger sammen med politiske valg og samfunnsmessige forhold på nasjonalt nivå. Vi oppfatter det slik at folkehelsemeldingen gir kommunene og fylkeskommunene ansvar for å finne løsninger på mange av utfordringene, men uten å gi kommunene og fylkeskommunene virkemidlene.

Mange av oppgavene som gjøres innenfor folkehelsearbeidet i dag defineres av kommunene som ikke-lovpålagte. I kommuner som har trang økonomi og må prioritere mellom løpende driftsoppgaver hvor etterspørselen etter tjenester er stor, taper ofte folkehelsearbeidet. I eget fylke ser vi at flere kommuner har redusert ressursinnsatsen på området ved f.eks. å legge ned frisklivssentraler og redusere folkehelse rådgiverstillinger.

Med ny lov og stortingsmelding har sentrale myndigheter presisert at folkehelse er viktig, og at arbeidet skal prioriteres. Folkehelsearbeidet må forankres på toppnivå politisk og administrativt både kommunalt og regionalt for at det skal bli prioritert. Utfordringen i det lokale folkehelsearbeidet er at resultatene av arbeidet som legges ned nå, kanskje ikke synes før i neste generasjon. Politikere arbeider gjerne i et fire års perspektiv, i den perioden de er valgt for, og de vil ha resultater å vise frem.

## **2.3 Sosial ulikhet**

I formålet til Folkehelseloven pekes sosial ulikhet ut som et viktig tema; «*Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller*» (FHL, §1, 2011). Fylkeskommunen har gjennom loven fått et spesielt ansvar for å følge med på trekk i utviklingen som «*... kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller*»(FHL, §21,2011,).



Det synes å være en sammenheng mellom helse og sosioøkonomiske grupper i samfunnet. Whitehead skriver at «*Sosiale ulikheter gjelder systematiske forskjeller i helsestatus mellom forskjellige sosioøkonomiske grupper. Disse er systematiske, sosialt frambrakte (og derfor mulige å endre) og urettferdige*» (Whitehead m.fl. 2009).

Det er nyttig å vurdere sammenhenger mellom sosiale klasser og helse. Sosiale klasser måles ofte ved å ta utgangspunkt i forskjeller innen inntekt, utdanning og arbeid. Forskning slår utvetydig fast at personer fra høyere sosiale lag både lever lenger og har bedre helse enn personer fra lavere sosiale lag (Gradientutfordringen, 2005).

Sosiale helseforskjeller kan forekomme i alle aldersgrupper og uavhengig av kjønn. De vedvarer ofte over tid og synes å øke. Det er en trinnvis eller lineær sammenheng mellom sosial klasse og helse. Denne sammenhengen kalles en sosial gradient.

Helseforskjeller angår hele befolkningen. Det er ikke bare «de fattige», spesielle grupper eller de med kortest utdanning som berøres. Studier viser at det er en «kontinuerlig økning i helseplager med synkende sosioøkonomisk status gjennom hele befolkningen» (Krogstad og Westin, 2001).

Studier har vist at barn og unges helse er sosialt skjevt fordelt. I en undersøkelse fra 1996 ble det funnet at foreldre med lav utdanning og lav inntekt hadde høyere odds for å ha et barn med kroniske sykdommer sammenlignet med foreldre i de høyeste sosiale klassene (Grøholt, Nordhagen m. flere, 2001). I en undersøkelse fra Statens folkehelseinstitutt i Sverige i 2002 fant man at fysiske helseproblemer i gjennomsnitt var 60 % vanligere blant barn av foreldre med lav sosioøkonomisk status enn barn med foreldre med høy sosioøkonomisk status (Bremberg, 2002).

## **2.4 Sosial epidemiologi**

Sosial epidemiologi er et forholdsvis nytt fagfelt, men basert på tradisjonelle fagområder. Fagfeltet ser på hvordan sykdomsrisiko og helse påvirkes av sosiale, fysiske, biologiske og kjemiske forhold. Faget ser på hvordan helse er sosialt fordelt, hvilke sosiale faktorer som påvirker befolkningens helse og hvordan disse forklares. Disse tre beskrivende og forklarende forholdene summeres opp i handling; å frambringe relevant kunnskap for politikktutforming, handling og evaluering av tiltak (Mæland m.fl. 2009)

I sosialepidemiologien benyttes ofte sosioøkonomisk posisjon, sammensatt av indikatorene yrke, inntekt og utdanning som markører for sosial lagdeling og betydningen for sykdomsutvikling (Mæland m.fl. 2009). Mæland understreker imidlertid at forskningen ennå ikke har funnet den beste indikatoren for å rangere risiko i alle deler av befolkningen over tid og for alle sykdomskategorier. Når man ser på sosial ulikhet i barne- og ungdomsbefolkningen er

det vanlig å benytte foreldrenes sosioøkonomiske posisjon som variabel (Gradientutfordringen 2005) (Mæland m.fl. 2009).

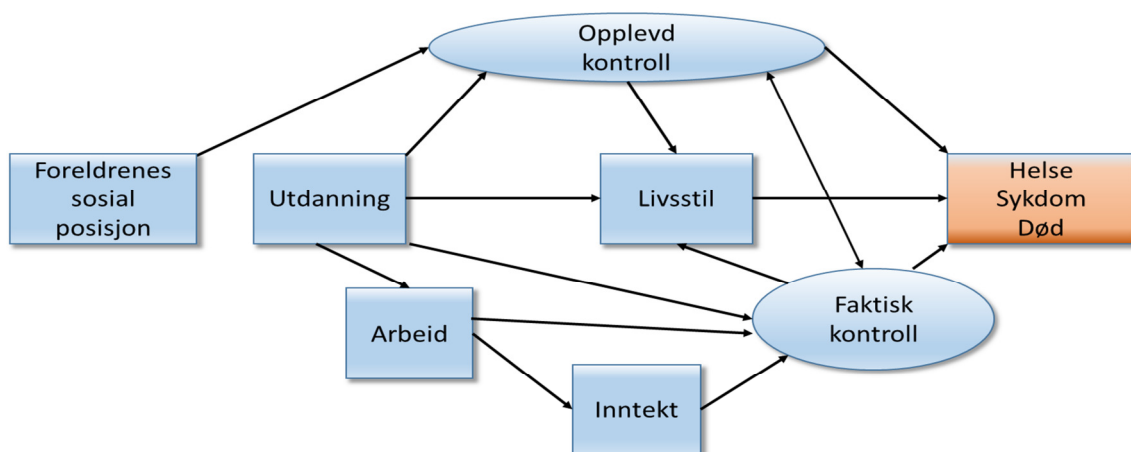
Mæland m.fl( 2009) presenterer tre ulike årsaksmodeller for å beskrive sosial helseulikhet; en generell årsaksmodell som bygger på at sosial struktur påvirker helse direkte og via sosial posisjon, en kontrollmodell som bygger på kontroll over faktorer som mestring, atferd, belastninger og ressurser, og en livsløpsmodell som også bringer inn foreldres sosiale posisjon og andre ikke-individuelle forhold (s 220-224). Det beskrives svake og sterke sider ved alle modellene, og det anbefales at de brukes komplementært. Det vil være hensiktsmessig i vår oppgave å benytte elementer fra alle tre modeller inn i arbeidet med oppgaven, i intervjuet med planleggerne, og senere i arbeidet med oversiktsdokumentet.

Den generelle kausalmodellen visualiserer sammenhenger, men spesifiserer ikke hvilke forhold og effekter som påvirker helse, eller hva som påvirker mest. I det praktiske arbeidet med oversiktsdokumentet må vi benytte mer spesifisert og fokuserte modeller for å kunne utforme en politikk for å utjevne sosial ulikhet.

Kontrollmodellen bringer inn elementet kontroll, som er svært sentralt i folkehelsearbeidet – knyttet til empowerment, forståelighet, håndterbarhet og mening (Antonovsky 1987).

Kontrollmodellen setter sosial posisjon inn i settingen «opplevd kontroll» og «faktisk kontroll» over belastninger, ressurser, mestring og atferd som igjen påvirker helse og sykdom. Kritikken mot denne modellen er at den ikke sier noe om hvordan faktorene påvirker helse, og at den er isolert til individets sosiale posisjon (Mæland m.fl. 2009, side 223).

Livsløpsmodellen strekker seg også utenfor individet ved å trekke inn tidligere generasjoner og å sette individet inn i en sosial sammenheng.



Figur 2. Eksempel på årsaksmodell; «Livsløpsmodell for sosiale helseulikheter». Mæland (2009), side 224.

Mæland m.fl. (2009) framholder at foreldrenes sosiale posisjon bestemmer mange av de sosioøkonomiske betingelsene i barnets oppvekst, som boforhold, nærmiljø, ernæringsstatus og generelle levekår. Videre sier han at det er empirisk belegg for at den viktigste bestemmende enkeltfaktoren for barns utdanningskarriere er foreldrenes sosiale posisjon. At ungdom gjennomfører videregående opplæring er også kommunenes og fylkeskommunenes felles faglige ansvar, og samtidig en svært viktig markør for å lykkes i arbeidslivet. Modellen tar utgangspunkt i reproduksjon av utdanning og livsstil etter foreldrenes sosiale posisjon. Et svakt punkt i modellen er mangelen på tillit til individets egne krefter til å bryte sosial arv. Videre sier den heller ikke noe om lokalsamfunnets og oppvekstmiljøets betydning for enkeltindividets kontroll, utdanning, arbeid og livsstil.

I arbeidet med politikkkutforming for å utjevne sosiale helseulikheter, særlig for barn og unge vil det være sentralt å trekke inn elementer fra alle tre årsaksmodeller.

## 2.5 Planteorier

I henhold til Plan- og bygningsloven er planleggingens formål å sørge for samordning av fysiske, økonomiske, sosiale og kulturelle formål (Amdam 1999). Eller sagt på en annen måte; *«Planlegging er å forberede seg på framtida»*, sitat Aksel Hagen, forelesning Høgskolen i Lillehammer 3.2.2014.

Det er to hovedretninger for planteorier i offentlig sektor; instrumentell eller rasjonell planlegging og kommunikativ- eller diskursbasert planlegging. Instrumentell planlegging benyttes når en har god kunnskap om det som skal planlegges, klare mål og stor kontroll over virkemidler og handlinger (Amdam og Amdam, 1999). Instrumentell planlegging er en metode som egner seg for planer som ikke er så komplekse. Planleggerne blir forelagt eller utarbeider mål, samler fakta, lager konsekvensanalyser og forslag til handling. De streber etter den beste løsningen, og legger frem alternativer til oppdragsgiver som fatter beslutninger (Amdam og Veggeland, 2011).

I kommunal og fylkeskommunal planleggingshverdag vil en slik ideell situasjon sjelden forekomme. Når man planlegger for en ønsket, men ukjent framtid vil man komme til å stå i en situasjon der enten kunnskap, mål eller kontroll vil være ukjent. Det er ofte begrensede ressurser til planlegging og gjennomføring i offentlig sektor, og man ender ofte opp med *«tilfredsstillende»* løsninger, eller *«godt nok»*. I et samfunn er holdninger og verdier ulike, og prioriteringer deretter. Amdam og Veggeland (2011) hevder i kap. 5 at *«demokratiske beslutningsorganer ikke er entydige, og heller ikke alltid klare.»*

Kommunikativ planlegging representerer en sterkere sammenheng mellom erkjennelse og handling og bygger på at framtidens utfordringer best kan møtes ved at ny erkjennelse får

utvikles fra praksis, som blir skapt av deltakerne i planprosessen eller samfunnsmedlemmene (Amdam og Amdam 1999). Kommunikativ planlegging kjennetegnes gjennom debatt og argumentasjon av deltakere som er eksperter og interessenter, og sidestiller ekspertise med legmannskunnskap.(Amdam og Veggeland(2011).

I kommunal og fylkeskommunal planlegging er sammenhengene ofte komplekse eller såkalte «wicked problems». Hofstad (2012) oversetter wicked problems til norsk med at «de er vanskelige å definere, lokalisere og implementere. De er kontinuerlige og har ingen objektivt riktig løsning». Samfunnsplanlegging generelt og folkehelsearbeid spesielt er sammensatt og «wicked problems».

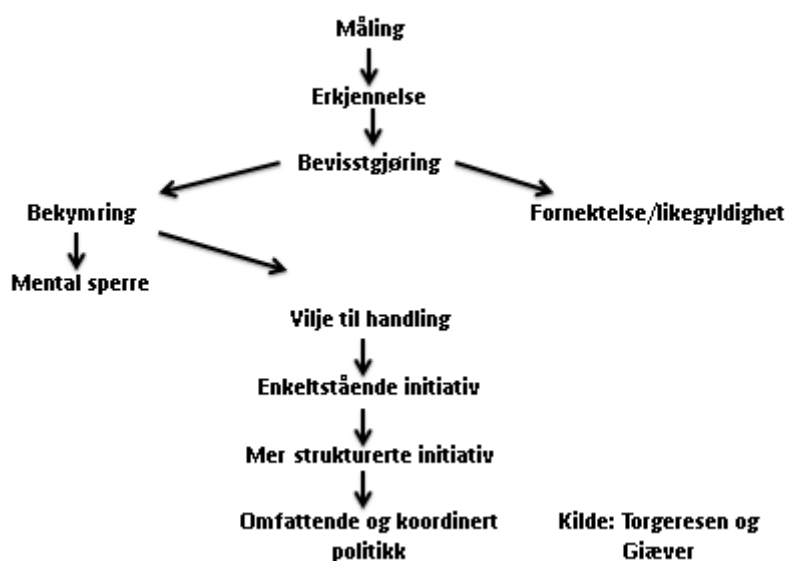
Verken instrumentell eller kommunikativ planteori har selvstendige svar på hvordan vi best kan lykkes innenfor planlegging av folkehelsearbeid (Hofstad 2012). Både Hofstad (2012) og Amdam og Veggeland (2011) argumenterer for en kombinasjon av arbeidsmetoder i planlegging av «wicked problems». Kombinasjon av metoder kan være mer tidkrevende enn rasjonell planlegging da mange deltakere skal finne en felles løsning (Amdam og Veggeland, 2011). Utfordringer kan være ulikt verdigrunnlag og ulik maktfordeling hos de som skal samarbeide når arbeidet helst skal ende opp i felles handling eller resultat. Viktige forutsetninger er at alle interesser og meninger kommer frem i lyset, ulike verdier og kunnskap må belyse saken sånn at det utvikles gode løsninger. Alle aktørene må være fullt informert, og det må være likeverdig innflytelse. De må også være legitime representanter for de de skal representere.

## **2.6 Whiteheads handlingspektrum**

Giæver og Torgersen drøfter kunnskap og handling på et nasjonalt nivå. (Giæver og Torgersen 2009) De tar utgangspunkt i Whiteheads "handlingspektrum" som baserer seg på en kartlegging av diffusjon (utbredelse eller spredning) av ideer om sosial ulikhet i helse i offentlige, politiske dokumenter fra en rekke europeiske land på 1990-tallet.

I modellen «Action spectrum on inequalities in health» (Giæver og Torgersen, 2009, side 341) visualiserer Whitehead at nivåene av erkjennelse og bevisstgjøring kommer før vilje til handling og helhetlig politikktutforming. Giæver og Torgersen peker på at målinger av sosiale ulikheter i helse var utgangspunktet for igangsetting av både forskning og målsettingsarbeid på nasjonalt nivå, med bl.a. utforming av «gradientutfordringen» (Sosial- og helsedirektoratet 2005/2009).

## Whiteheads «handlingsspektrum»



Figur3. Whiteheads handlingsspektrum om sosial ulikhet i helse fra 1998. Giæver og Torgersen(2009)

Ulike nasjoner er kommet ulikt langt i denne prosessen og Giæver og Torgersen presenterer hvordan Norge har gått stegene i prosessen.

Selv om artikkelen bygger på arbeid på nasjonalt nivå kan den ha overføringsverdi og gi nyttige perspektiver også inn i planprosesser i fylkeskommunene og kommunene. Vi har derfor valgt å benytte Whiteheads handlingsspektrum-modell i våre drøftinger.

Giæver og Torgersen drøfter forholdet mellom forskning og politikk, og hva som bringer utviklingen videre fra ett trinn til et annet. De problematiserer følgende forhold som vår problemstilling også berører; hvorvidt det er mulig å identifisere faktorer som fremmer eller hemmer en ønsket utvikling, og hvilke roller henholdsvis forskere, politikere og byråkrater har med tanke på å etterspørre informasjon. En av de viktigste erkjennelsene og handlingene norske helsemyndigheter har kommet til er behovet for mer forskning på årsakssammenhenger i sosiale ulikheter i helse.

## 3. Lovverk

### 3.1 Lovgrunnlaget

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1.1.2012. Reformens primære fokus er å forebygge mer for å reparere mindre. Som en oppfølging av Samhandlingsreformen vedtok Stortinget samtidig «Lov om folkehelsearbeid» (2012).

Formålet med folkehelseloven (2012) er «å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller» (§ 1). Loven styrker kommunenes og fylkeskommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer (§ 2) gjennom å regulere det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet. Folkehelseloven legger ansvaret for folkehelsearbeidet lokalt til kommunestyret og forplikter kommunene til å forankre mål og strategier for folkehelsearbeidet politisk. Ifølge folkehelseloven handler folkehelsearbeid om å arbeide preventivt i hele livsløpet, å skape gode oppvekstvilkår, fremme sunne levevaner, forebygge skader og ulykker og fremme fellesskap. Loven sier videre at folkehelsearbeidet ikke skal rette seg mot enkeltindivider med identifisert risiko, men mot grupper eller hele befolkningen (§ 3).

«Lov om planlegging og byggesaksbehandling» (PBL) skal ifølge § 1-1 «fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner».

I henhold til PBL tilligger det kommunestyret å sørge for at plan- og bygningslovgivningen følges i kommunen. Kommunestyret skal vedta kommunal planstrategi, kommuneplan og reguleringsplan. Regional planmyndighet (fylkestinget) har ansvaret for og ledelsen av arbeidet med regional planstrategi, samt regionale planer. Planstrategier skal etter plan- og bygningsloven §§ 7-1 og 10-1 utarbeides hvert fjerde år i kommuner og fylkeskommuner.

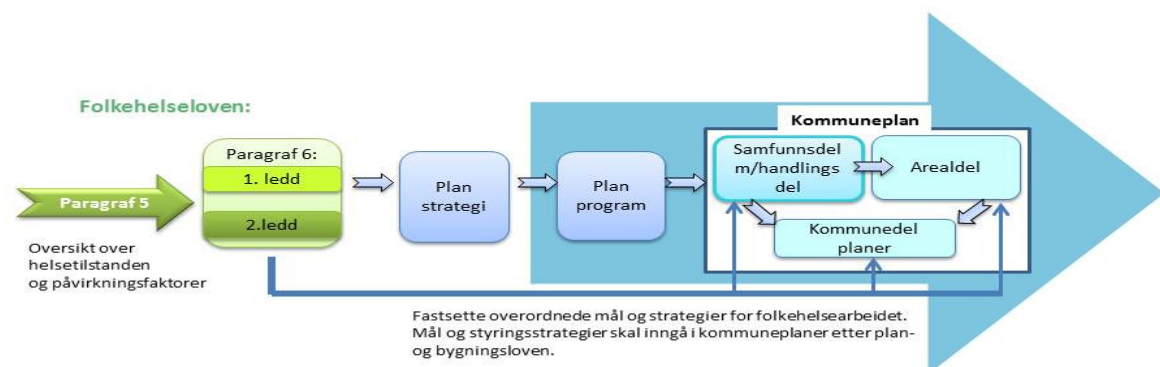
Det er ellers viktig å merke seg at PBL § 3-1 påpeker at «Planleggingen skal bygge på økonomiske og andre ressursmessige forutsetninger for gjennomføring og ikke være mer omfattende enn nødvendig.» Her gis føringer for at dette skal tas hensyn til i oversiktsarbeidet. Videre skal det etter PBL § 11 «fastsettes mål og strategier for gjennom folkehelsearbeidet å møte de utfordringene som den utarbeidede oversikten har vist».

Folkehelse må inngå i sentrale plan- og beslutningsprosesser dersom folkehelse skal kunne forankres politisk og administrativt i kommuner og fylkeskommuner. I Folkehelseloven (2012) er folkehelsearbeidet forankret i kommunens og fylkeskommunens planarbeid gjennom plan- og bygningslovens § 11.

Plan- og bygningslovgivningen har siden «Sundhetsloven» av 1860 hatt et element av sunnhetsarbeid, eller i dagens språk folkehelsearbeid i seg. I Sundhetsloven blir kommunene pålagt å rette oppmerksomhet mot «Stedets Sundhedsforhold, og paa hva derpaa kan have indflytelse». Allerede i Bygningsloven av 1924 er betydningen av å ivareta helseaspektet i

planlegging, utvikling og utbygging til stede. I tillegg til spesifikke forordninger for areal og byggeteknikk, ble det satt krav til utforming av kloakk og avløp, drikkevannskvalitet og befolkningens alminnelige sunnhetstilstand, samt sikring mot brann og utforming av ferdselsveier; altså ulykkesforebyggende tiltak.

Folkehelsearbeidet skal integreres i planstrategien etter plan og bygningsloven og oversiktsarbeidet skal være en del av det løpende planarbeidet og oppfølging av dette. Figuren nedenfor (Kommunetorget.no), viser sammenhengen mellom planarbeidet og oversiktsarbeidet som er pålagt gjennom folkehelseloven.



Figur 4. Modell koblingsprosess mellom folkehelse og folkehelseloven og plan- og bygningsloven. (lest:19.05.2014)

### 3.2 Planstrategi

Planstrategier skal etter plan- og bygningsloven §§ 7-1 og 10-1 utarbeides hvert fjerde år i kommuner og fylkeskommuner. Planstrategier skal omfatte strategiske valg knyttet til utviklingen i kommunen og fylket. Planstrategien skal omfatte en beskrivelse av de viktigste utviklingstrekkene ifølge plan- og bygningsloven § 3-1, og legge til rette for gode bomiljøer, og gode oppvekst- og levekår i alle deler av landet, samt fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Oversiktsdokumentet med spesifiserte helseutfordringer skal brukes som grunnlag for planstrategier på lokalt og regionalt nivå (Folkehelseloven §§ 6-1 og 21-3).

«Kommunal planstrategi er et nytt verktøy i plan- og bygningsloven. Formålet er å klargjøre hvilke planoppgaver kommunen bør starte opp eller videreføre for å legge til rette for en

ønsket utvikling i kommunen.» «Den kommunale planstrategien er ikke en plan. Kommunal planstrategi er følgelig ikke en arena for å vedta mål og strategier, men å drøfte utviklingstrekk i kommunen som samfunn og organisasjon som grunnlag for å vurdere planbehovet i kommunestyreperioden» (Kommunal planstrategi s. 6. (2011)).

### 3.3 Oversikt over befolkningens helse og påvirkningsfaktorer på denne

Ett av virkemidlene i folkehelseloven er å pålegge kommuner og fylkeskommuner å ha oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorene på denne i samfunnet, (§§ 5 og 21) for at kommuner og fylkeskommuner kan arbeide målrettet med å fremme folkehelsen. Gjennom dette er formålet å identifisere folkehelseutfordringer lokalt og regionalt.

Samhandlingsreformen har et tydelig fokus på tidlig innsats og oversiktsarbeidet er grunnlag for kommuner og fylkeskommuner i deres arbeid med å planlegge tiltak tidlig i livsløpet, før ulikheter har blitt etablert. Folkehelseloven sier at oversikten skal baseres på opplysninger som statlige myndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig, kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene og kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Til folkehelseloven følger en forskrift som legger rammene for hvordan kommuner og fylkeskommuner skal skaffe seg oversikt over helsetilstanden (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012). Forskriften legger til rette for systematisk (planmessig, ikke tilfeldig) og kunnskapsbasert (bygger på faglig anerkjente metoder) folkehelsearbeid. Forskriften tydeliggjør krav til oversiktens innhold, samt spesifiserer temaene som skal inngå.

Kommuner og fylkeskommuner skal ifølge forskriften utarbeide et samlet dokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. Oversiktsdokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven §7-1 og §10-1. Dersom folkehelsearbeid dreier seg om lokale prosesser, forankring og engasjement skal også oversiktsdokumentet ifølge forskriften § 8 være allment tilgjengelig for innbyggerne.

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstanden (God oversikt – en forutsetning for god folkehelse, 2013). Den beskriver hovedformålet med oversiktsarbeidet som;

- «Oversikten skal være grunnlag for beslutninger i folkehelsearbeidet som utøves «fra dag til dag»; som i forbindelse med utforming av tiltak og tilsyn etter miljørettet helsevern eller revisjon av planer utenom det fireårige planløpet etter plan- og bygningsloven. Beslutninger kan også dreie seg om å gå grundigere inn i et område som peker seg ut som særlig utfordrende eller positivt.



- Oversikten skal utgjøre grunnlaget for beslutninger i forbindelse med langsiktig planlegging av folkehelsearbeidet, knyttet opp mot prosessene i plan- og bygningsloven».

I forordet understreker Helsedirektoratet at veilederen vektlegger prosesser i hvordan man skaffer seg god oversikt og forklaringer til lovverket, heller enn metoder og detaljert fremgangsmåte.

Veilederen foreslår hvilke temaer eller områder som skal være med i oversiktsdokumentet. Men det er kommuner og fylkeskommuner selv som må vurdere hvilke av disse temaene som er relevante lokalt, og hvilke indikatorer de ønsker å benytte i oversiktsdokumentet.

## 4. Resultater fra fokusgruppeintervjuet

Nedenfor er presentert spørsmål og svar fra fokusgruppeintervjuet som ble gjennomført 29.1.2014. Respondentene var planleggere fra to fylkeskommuner og to kommuner. Det er antatt at disse skal delta i arbeidet med egen planstrategi. Det er forsøkt å gjengi diskusjonen og svarene mest mulig slik de falt i løpet av intervjuet. Intervjuguiden (vedlegg 1) er fulgt.

### 4.1 Om sosial ulikhet, planstrategi, planlegging og makt

#### **Spørsmål: Hva forstår dere med begrepet sosial ulikhet**

Respondentene la ulik betydning i begrepet sosial ulikhet. De var innom muligheten den enkelte har til å være delaktig i samfunnet og i skole og idrett, familiesituasjon og reproduksjon av sosial status. Noen nevnte det å bryte barrierer og sosial arv.

Noen var også innom innvandring og kulturell bakgrunn, samt kjønn. Deltakerne trakk fram differensieringen «sosial ulikhet i muligheter eller i levekår».

Noen av deltakerne var også opptatt av samfunnskostnadene ved utjevning, og hva utjevning medfører. De stilte spørsmål ved hvor mye som skal utjevnes, og om vi ikke må akseptere sosial ulikhet i samfunnet.

#### **Spørsmål: Hvordan kan vi sikre at kommunens/fylkeskommunes planstrategi tar opp sentrale temaer for å belyse og sosial ulikhet? Kan dere sin noe generelt om dette uten å gå inn på enkelte indikatorer/områder?**

Respondentene mente at planstrategien først og fremst er et politisk verktøy, som administrasjonen skal gi grunnlag for politikerne til å prioritere ut fra. Sluttresultatet kan ikke sikres administrativt, ved at det er politikerne som har den endelige beslutningen. Som underlag for prioriteringer i planstrategien skal det ligge datainnsamling, og intervju-deltakerne var oppmerksomme på at ny folkehelselov hadde gitt nye utfordringer til datagrunnlaget for planstrategien. «Datainnsamlingen skal ligge i bånd, og gi det beste mulige grunnlaget for å prioritere».

«Planlegging er tålmodighetsarbeid. Det er planene som kommer etter planstrategien som er viktig. Politikken er også i utvikling. Politisk er det ulik oppfatning av hva sosial ulikhet er».

Respondentene var tydelige på at planlovgivningen har endret seg over årene, fra sektorisering og egne planer med fordelt ansvar, til forrige Plan- og bygningslovs forventninger om en samfunnsplan over sektorene. Planstrategien er en ny tredje etappe som gir stadig mer samordnet planlegging. De satte også Folkehelseloven inn i denne sammenhengen; «Folkehelseloven samordner nå, den har forskjøvet fokus i planleggingen fra «hvor skal husene ligge, til hvorfor skal de ligge der»».

Respondentene ga uttrykk for at det er store forventninger til kommunenes planlegging i dag, og at det er et problem å prioritere forebyggende arbeid på bekostning av andre lovpålagte oppgaver.

Respondentene var inne på kompleksiteten i livet til menneskene, og hva vi har behov for å planlegge. En av dem mente at fokus måtte endres, fra tidligere fokus på utdanning, nå var det mer på kroppsvekt. «Vi har bedret livene våre, men har vi fått andre utfordringer, samfunnet er i forandring».

Uansett tema mente man at datagrunnlaget var viktig å ha, det kunne bidra til å sikre perspektiver. De ønsket å legge vekt på faste prosesser og strukturer, og å ha fokus på folkehelse hele veien. Som en sa; «Fokus i planleggingen er forandret, hvordan skal vi vise hva som trengs? Hvordan synliggjør vi overgangen fra fokus på livsstil til fokus på det å ha det bra».

På spørsmål fra intervjuer om vi må tenke annerledes fordi planmetoden er ny, var svaret entydig at «vi er nødt til det». Det skal skapes sammenfattet kunnskap, vi må se på de bakenforliggende forholdene. Som eksempel ble nevnt kriminalitet knyttet til geografiske områder. «Det kan være andre årsaker enn det vi kan lese av statistikken, kanskje må vi gjøre noe med boligene i det kvartalet».

Respondentene mente at i vårt informasjonssamfunn, med detaljert viten i enorme mengder, må vi evne å prioritere. De pekte på sosial ulikhet som ett tema å prioritere, men var også oppmerksomme på at man ikke skulle underkommunisere andre områder.

På spørsmål fra intervjuer om planleggere har stor makt var det ulike svar. Noen mente det var tilfelle fordi man må prioritere i valg av parametre (indikatorer ?) og at det lå makt i datainnsamlingen i seg selv, mens andre mente at planleggeren skulle tenke helhet og involvere alle, og dermed ikke hadde makt/hadde delegert makten.

Respondentene var opptatt av medvirkningsperspektivet i planleggingen, «hvordan opplever folk det, hva er viktig for folk», og at vi må huske det positive perspektivet og legge vekt på det som er bra i samfunnet vårt.

## 4.2 Om typer data og behov for kunnskap

**Spørsmål: med utgangspunkt i de seks områdene i veilederen til Forskrift om oversikt over folkehelsen»; hvilke av områdene ville dere prioritert høyest?**

Respondentene mente at det er ulike utfordringer i regioner og kommuner. Regioner må fokusere mer på strategier, de har ikke de samme verktøyene som kommunene. Østfold mente at det er vanskelig å si hva som er viktigst, og at det geografiske forskjeller mellom hva som er viktigst. Alle mente at vi må prioritere det vi har mulighet til å påvirke.

- Halden; Oppvekstvilkår, får også betydning for senere i livet, et nøkkelområde.
- Råde; befolknings sammensetning, hva vi legger til rette for. Sosiale grupper, boområder, arbeidsplasser, fysisk planlegging, status, mobbing

- Buskerud; fysiske forhold, har også betydning for oppvekst
- Østfold; Aldersgrupper, områder – bakteppe å lete ut fra. Østfold helseprofil som utgangspunkt for å si noe om hva vi trenger å analysere mer, gå dypere inn i – før vi kan si hva som er viktigst

Oppsummert kan vi si at oppvekst, og den subjektive opplevelsen (for alle aldersgrupper) av trygghet og trivsel ble framholdt som svært sentralt av alle.

**Spørsmål: hva er relevant informasjon om befolknings sammensetning for dere som planleggere? Hva trenger dere å vite noe om for å ta inn i planstrategien at sosial ulikhet blant barn og unge skal jevnes ut?**

Utdanning, kulturell bakgrunn, familiestørrelse, -type, -sammensetning, alderssammensetning, boligsituasjon og økonomi ble nevnt.

**Spørsmål: i veilederen til forskriften står det at kommunens oppvekst og levekårsforhold skal vurderes. Hvilke opplysninger mener dere er viktig å få tak i på dette området for å planlegge utjevning av sosiale forskjeller hos barn og unge?**

Innbyggernes trygghet ble trukket fram som det første punktet, deretter sosiale nettverk, deltakelse i organisasjoner, samt betydningen av tilhørighet.

Respondentene diskuterte hvordan vi kan måle trygghet, og endte opp med at vi må spørre om «opplevd trygghet».

De mente at vi trenger både kvantitative og kvalitative data, og at det er et stort tilfang på kvantitative data, men mye mer arbeidskrevende å få inn kvalitative data. «Det vil være krevende for kommunene å gjennomføre befolkningsundersøkelser. Vi må bruke Østfold helseprofil, gå videre på svarene og videreutvikle skjemaet». «Forskjellen mellom kvantitative data og kvalitative data er som syk kontra frisk, eller opplevd helse kontra uhelse».

Intervjuere og respondenter reflekterte videre over type data; «Registerdata er en kunnskap vi har, må se på påvirkningsfaktorene, relatere bildet til registerdata, lite mulighet til å forske sjøl. Forskning kan si noe mer om faktorer, kan bruke det i stedet for å spørre».

De reflekterte også litt rundt temaet trygghet, om det er blitt for mye trygghet, og om «feite og tilbaketente nordmenn» kan ha blitt for trygge. «Sultne» individer gjør det bedre. I lys av dette stilte de spørsmål ved om trygghet er et udiskutabelt mål.

«Hvor like skal vi bli ? Helt like, litt likere, alle høyere eller løfte noen ?» «Må alle være nysgjerrige, kan man ikke få være sedat ? Dette er en balansegang, og et dilemma i folkehelsearbeidet».

**Spørsmål; hvordan forstår man makten som ligger i dataene, bruke kreftene på det som foreligger, eller på hva vi trenger. Hvordan henter vi inn kunnskap om bakenforliggende årsaker**

Vi må se på det vi gjør, og på hvordan det vi gjør påvirker folkehelsen. Vi bør også hente inn kunnskap fra andre land som er kommet lenger enn oss.

Respondentene var tydelige på at det er større forskjeller innad i kommuner enn mellom kommuner. De mente også at vi må differensiere mer mellom innvandrergupper, noen klarer seg bedre enn andre.

Intervjuer spurte om vi trenger veldig mye kunnskap for å kunne forstå sammenhengene, eller om eventuelle nøkkelindikatorer kan brukes for å si noe om helheten.

Respondentene mente at «kunnskap er aldri negativt», særlig med vekt på at det er ulike utfordringer i de ulike kommunene. Man var bekymret for at utvalget av indikatorer avhenger av hvem som plukker ut, og om vi gjør gode nok vurderinger av hva som brukes.

Deltakerne var oppmerksomme på at vi i planleggingssammenheng ikke er gode nok på helsespørsmål og sosial ulikhet.

Respondentene var særlig opptatt av utdanningsnivåets betydning for å kunne ta de gode valgene for seg selv. «Vellykkethet er avhengig av ditt bidrag, bidrar du ikke er du ikke vellykket. Har du utdanning kan du bidra i samfunnet, slik er i hvert fall oppfatningen».

«Vi må se på miljøer som fremmer lysten til å ta utdanning, utdanning skjer hele livet nå, man må lære å tilpasse seg». Deltakerne var opptatt av både formell og ikke formell utdanning.

Formell utdanning er lett å ha oversikt over, det er vanskeligere med den «uformelle» utdanningen som skjer hele tiden.

### **Spørsmål; hvordan måler vi lysten til å lære ?**

Flere av deltakerne var opptatt av kompetansebegrepet. «Formell utdanning kontra lysten til å lære. Betydningen av det å være i et samfunn der lysten til å lære dominerer er viktig å vite noe om. Hvorfor slutter noen, har de mistet lysten til å lære?». Det ble også dratt fram at vi må definere kompetansebegrepet.

Deltakerne var opptatt av begrepet motivasjon eller egendrivkraft for å lære, og hvordan vi kan måle eller framskaffe kunnskap om dette. «Det er mange sorteringer som må gjøres før vi vet hva som er viktig».

### **Spørsmål; er vi klare for arbeidet med oversiktsdokumentet ennå ?**

Intervjuer framholdt at veilederen kan oppfattes som veldig instrumentell. Deltakerne bekreftet at behovene for kunnskap og oversikt i kommuner og fylkeskommuner var mye mer sammensatte, og ikke enkle å beskrive med kvantitative data.

En av deltakerne stilte spørsmål ved om det var nødvendig å gjøre arbeidet med oversiktsdokumentet så komplisert. «Det handler om kontinuitet, og så på noen punkter bryte den».

En annen oppsummerte slik; «Ting hører sammen, vi skal framskaffe kunnskapen, og så handler det meste om hvordan vi bruker kunnskapen vi får».

### 4.3 Oppsummering av svar fra fokusgruppeintervjuet

På spørsmål om begrepet sosial ulikhet var det vage svar, og respondentene brukte ulike ord som beskriver sider ved sosial ulikhet. Gradienten ble ikke nevnt. Behovet for mer kunnskap om sosial ulikhet ble ikke problematisert innledningsvis i intervjuet.

Respondentene mente at vi må definere begrepene læring, utdanning og kompetanse, samt utrede hvordan vi kan framstille og benytte statistikk om det. Videre konkluderte de med at vi trenger både kvantitative og kvalitative data for å få kunnskap om de temaene som deltakerne mente var de viktigste som; trygghet, nysgjerrighet, vellykkethet, vilje til livslang læring, samt bortvalg av utdanning.

Det trengs kunnskap for å kunne velge gode indikatorer og fokusere på de viktigste temaene i kunnskapsgrunnlaget, slik at vi har et godt grunnlag for arbeidet med planstrategien. Foreløpig er det ikke mulig å peke på noen samtlende indikatorer innenfor de utfordringsområdene som er trukket fram i intervjuet. Respondentene mener at datatilfanget er stort og at det er et problem, på den måten at formålet med oversiktsdokumentet forsvinner i mengden av tilgjengelig data. Det trengs forskning for å finne fram til gode og samtlende indikatorer innenfor temaene sosial ulikhet, trygghet, vilje til læring, utdanning og kompetanse.

Veilederen til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (Helsedirektoratet 2013) har en instrumentell tilnærming. Mange av behovene for kunnskap som planleggerne trekker fram i fokusgruppeintervjuet, knyttet til oversiktsdokumentet for helsetilstanden i våre kommuner og fylkeskommuner er ikke mulig å dekke med bare kvantitative data. Vi trenger også kvalitative data som f.eks. om selvopplevd helse, samt kunnskap som produseres gjennom kommunikative prosesser.

Det var enighet om at kommuner og fylkeskommuner må fokusere på de tingene vi kan gjøre noe med, dvs det vi har virkemidler innenfor, og at fylkeskommuner og kommuner har ulike behov for statistikk og kunnskap om helsetilstand.

Det lovpålagte oversiktsdokumentet for oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, som nå lages i forkant av arbeidet med planstrategien 2016, er første generasjon kunnskapsgrunnlag. Kommuner og fylkeskommuner må bruke det kunnskapsgrunnlaget de nå har tilgjengelig som et grunnlag for gi et godt bilde av oversikt over helsetilstand og sosial ulikhet. Vi har ikke oversikt over det vi trenger for å lage et godt og dekkende oversiktsdokument ennå. Kommuner og fylkeskommuner må starte arbeidet med oversiktsdokumentet, og så utvikle og forbedre det fram mot neste planstrategi.

## 5. Drøftinger

I dette kapittelet vil vi ut fra funnene i fokusgruppeintervjuet og relevant teori belyse problemstillingen «hvilke typer data trenger kommuner og fylkeskommuner som grunnlag for planstrategiarbeidet for å legge til rette for politikk som utjevner sosial ulikhet blant barn og unge».

### 5.1 Funn i fokusgruppeintervjuet

Fokusgruppeintervjuet ga oss ny innsikt knyttet til problemstillingen samtidig som den bekreftet noen av de forholdene vi i forkant hadde funnet i litteraturen.

Informantene ble innledningsvis spurt om hva de forstod med begrepet sosiale ulikheter. Tanken bak å stille spørsmålet var å sjekke ut om informantene hadde enhetlig forståelse av dette begrepet som er sentralt i vår problemstilling. Informantene hadde ulikt ståsted, og konklusjonen vår er at det kan se ut til at det er behov for mer kunnskap om temaet sosial ulikhet.

Spørsmålet om hvordan vi kan sikre at kommunens eller fylkeskommunes planstrategi tar opp sentrale temaer for å belyse sosial ulikhet ga også nyttige og kanskje noe uventede svar. Det var stor bevissthet og kunnskap i gruppen om planstrategiprosessen, folkehelseloven og kunnskapsgrunnlaget som et grunnlag for diskusjon og prioriteringer. Ut over det kom det frem mange temaer som er utfordrende for planleggerne, som hensynet til helhetlig og sektorovergrepene planlegging, at det finnes uendelige mengder av kunnskap og indikatorer, men at det nye er at disse må brukes på «nye måter», og at man må vite mer om bakenforliggende forhold.

Når samtalen kom inn på spørsmålet om hvilke konkrete indikatorer man trenger oppga informantene umiddelbart, raskt og konkret noen få indikatorer. De nevnte indikatorene er kvantitative indikatorer som er lett å samle inn eller måle. Utover i intervjuet gikk diskusjonen mer og mer over til en refleksjon om at det er nødvendig med mer selvopplevde eller kvalitative data.

Hovedinntrykket etter intervjuet er at temaene folkehelse generelt og sosiale ulikheter spesielt er utfordrende områder både med tanke på kunnskapsgrunnlag og planlegging. Det er områder som er i endring. Fokusgruppen var enig i at det er paradoksalt at det finnes mye data, men at vi allikevel har behov for mer kunnskap.

### 5.2 Sosiale ulikheter som tema i planlegging

Når vi ser vårt fokusgruppeintervju i en sammenheng med Giæver og Torgersens drøftinger av Whiteheads handlingsspektrum-modell (Giæver og Torgersen 2009, kap 18), gir det oss noen refleksjoner. Allerede på det øverste nivået i modellen strever planleggerne i kommuner og

fylkeskommuner med å bestemme hva som skal legges til grunn for målinger. Det er mye kvantitative indikatorer og tall, og informantene gir uttrykk for at det er vanskelig å si hvilke av disse som vil kunne gi det beste utgangspunktet for erkjennelse. Samtidig ser informantene behovet for mer kvalitative data, og at dette fordrer mer kunnskap om bakenforliggende faktorer.

Giæver og Torgersens drøfting av forholdet mellom forskning og politikk, og hva som bringer utviklingen videre fra ett trinn til et annet stemmer godt med informantenes refleksjoner. I likhet med norske helsemyndigheters erkjennelse av behovet for mer forskning på årsakssammenhenger i sosiale ulikheter i helse, ser også våre informanter dette behovet.

For oss som studiegruppe som jobber med denne problematikken til daglig gir Giæver og Torgersen nyttige refleksjoner på hvor vi er i prosessen med oversiktsarbeidet og planlegging innenfor arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter. Spørsmålet vi kan ha med oss videre er hvordan kommuner og fylkeskommuner kan bruke disse perspektivene inn i egen planlegging ved for eksempel å bruke den tiden som trengs for å kunne finne fram til de riktige grepene på trinnene fra måling til helhetlig politikkutforming. Det er en utfordring på det nasjonale nivået, og vi kan anta at det ikke er noe mindre utfordrende på regionalt og kommunalt nivå.

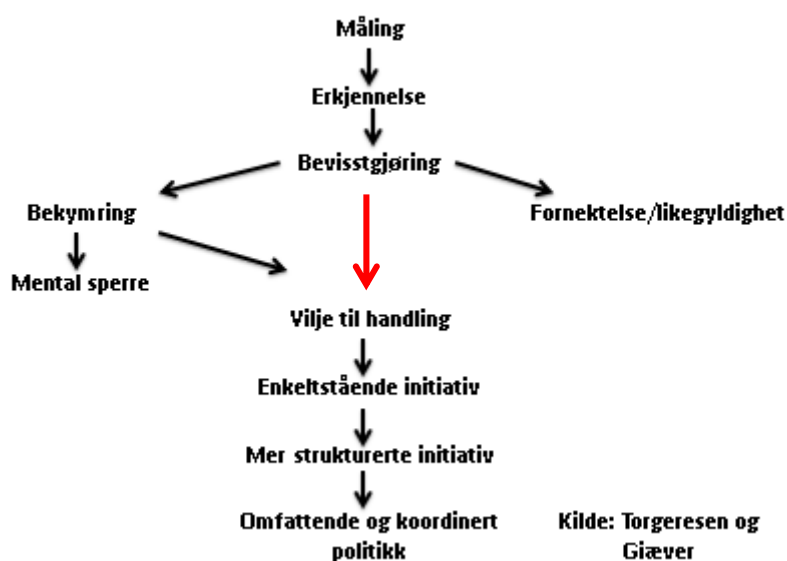
I konklusjonen kommer Giæver og Torgersen med følgende utsagn *«En politikk kan vanskelig bli for kunnskapsbasert, og i så måte vil aldri norsk helsepolitikk blir for kunnskapsbasert, og i så måte vil aldri norsk helsepolitikk kunne tape på mer årsaksforskning og utredning. Men kunnskapsoppbygging uten handling vil i lengden føre til det som i «rational choice» – teori kalles hyperrasjonalt: Isolert sett er det alltid rasjonelt å innhente litt mer informasjon før man handler, men totalt sett innebærer dette handlingslammelse»* (Giæver og Torgersen 2009, s. 352).

Dette tar vi med som et viktig budskap i vår søken etter svar på problemstillingen vår. Forholder vi oss til Whiteheads teori er det ennå noe å strekke seg etter og tid er nødvendig for å ta steget fra erkjennelse og bevisstgjøring til koordinert politikk.

Modellen kan kritiseres for at den mangler en direkte linje mellom «bevisstgjøring» og «vilje til handling». Dette kan forklares med at modellen ble lansert i 1998, i en tid da vestlig helsepolitikk, i særdeleshet den norske, hovedsakelig befant seg i den øverste delen av modellen, og at «bekymring» og «fornektelse» var vanligere handlinger i offentlig politikk, enn å gå direkte til handling (Giæver og Torgersen, 2009). Ett eksempel på dette er det norske «Helse for alle-programmet», som bygger på Alma Ata-deklarasjonen fra 1987, som hadde en målsetting om 25 % reduksjon av sosiale helseforskjeller i år 2000. Det norske programmet ble ikke fulgt opp med politisk forankring (Giæver og Torgersen, side 341). Vi drister oss derfor til å videreutvikle modellen med en slik direkte linje mellom «bevisstgjøring» og «vilje til handling».



## Whiteheads «handlingsspektrum»



**Figur 5.** Modellen «Whiteheads handlingsspektrum med tilpasning». (Giæver og Torgersen, 2009 s. 341).

Det blir interessant å se om fokuset i norsk politikk gjennom Folkehelsemeldingen (2013), Folkehelseloven (2012) og Samhandlingsreformen (2009) har bidratt til å sette fokus på sosial ulikhet i helse på regionalt og kommunalt nivå. Første mulighet for å se om «måling», «erkjennelse» og «bevisstgjøring» kan følges direkte av «vilje til handling» vil være kommunale og regionale planstrategier i 2016.

### 5.3 Oversikt over helsestatus

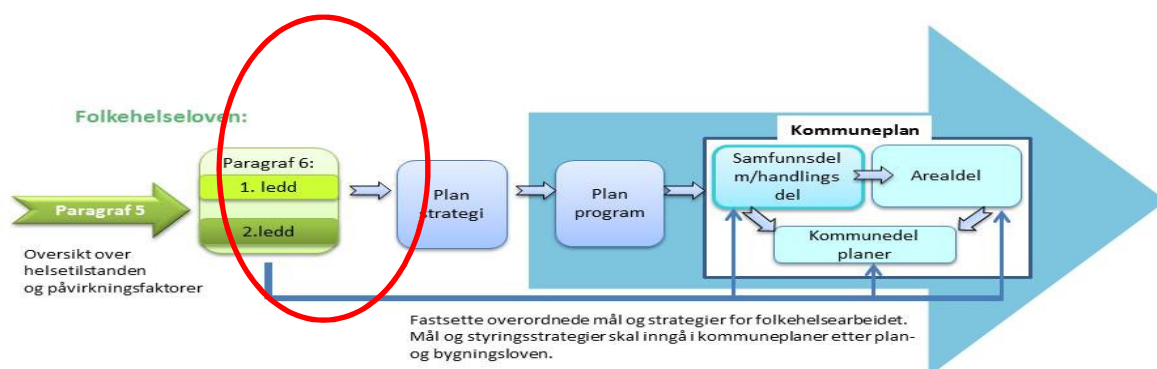
I løpet av det første året etter kommune- og fylkestingsvalget i 2015 er det første gang et kunnskapsgrunnlag eller oversiktsdokument om helseforhold legges til grunn i planprosessen. (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012 og veilederen «God oversikt – en forutsetning for god folkehelse», 2013).

Dette betyr at kommuner og fylkeskommuner skal gjøre et praktisk arbeid med å utforme oversiktsdokumentet på en måte som gjør at det er nyttig ved oppstarten av en planstrategiprosess. Det er interessant å drøfte arbeidet med oversiktsdokumentet opp mot teorier om regional og kommunal planlegging. Forskriften setter opp seks hovedområder for hva oversikten skal inneholde, og veilederen gir videre eksempler på 72 undertemaer som kan inngå i oversiktsarbeidet. For det første er det svært mange og ulike områder å forholde seg til. I tillegg er svært mange av områdene og potensielle indikatorer av type kvantitativ og rasjonell kunnskap.

Formålet med oversiktsarbeidet og hvordan vi skal arbeide med dette kan drøftes ut fra Roar Amdams artikkel «Fokus på prosess» (Amdam, 2012), samt kapittel 5 (og 6) i «Teorier om samfunnsplanlegging» (Amdam og Veggeland 2011).

Mye av det statistiske materialet vi har tilgjengelig innen området sosial ulikhet og helse er nyttig i rasjonell planlegging (Amdam og Veggeland 2011) som for eksempel inntekt, utdanningsnivå eller snittalder ved død. Materialet kan brukes i en rasjonell, instrumentell planlegging for utforming av mål. Informasjon kan også brukes i en mer kommunikativ og samarbeidende planlegging hvor kunnskapen brukes til å skape bevisstgjøring og erkjennelse (Amdam og Veggeland 2011).

Forskriften om oversiktsarbeid krever at kunnskapsgrunnlaget er klart når planstrategiprosessen starter, og bygger etter vår mening på et rasjonelt tanke sett; all kunnskap er tilgjengelig ved oppstart av regional planstrategi og skal danne grunnlag for valg av innsatsområder.



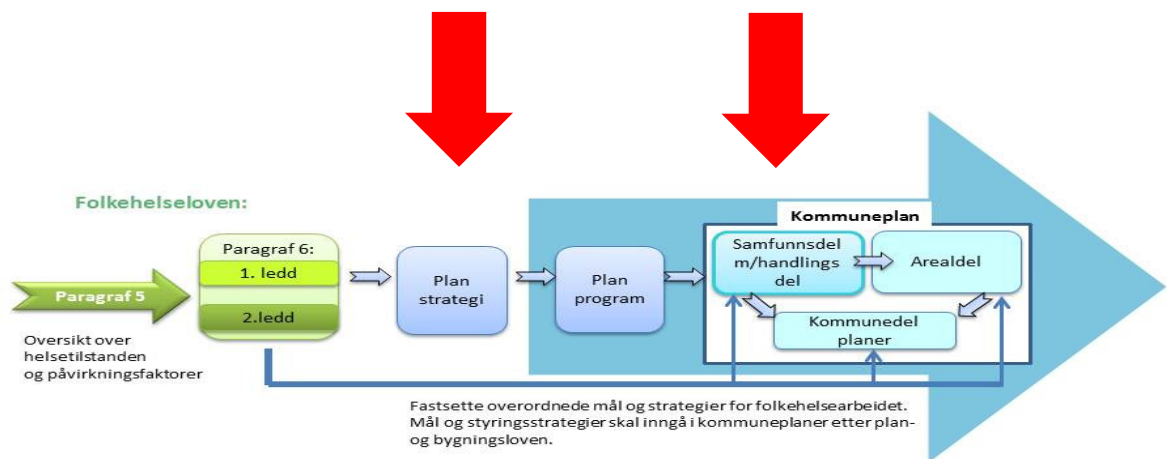
Figur 6 . Oversiktsdokumentets plass i arbeidet med planstrategi. Omarbeidet etter modell: koblingsprosess mellom folkehelse og folkehelseloven og plan- og bygningsloven. (lest:19.05.2014)

Sosiale ulikheter er tema med komplekse årsakssammenhenger som er svært krevende å kartlegge på regionalt og kommunalt nivå. Det er derfor nødvendig at kommuner og fylkeskommuner er bevisst hvor i planprosessen viktige temaer som det er vanskelig å beskrive kommer med. Om dette er i forkant av planstrategien (ihht. forskriften), eller om man bruker selve planstrategiprosessen til å bygge ny kunnskap.

Et av funnene i vårt fokusgruppeintervju kan også understreke dette; Informantene mente at det var nok av indikatorer men at de trenger mer kunnskap for å kunne velge hvilke indikator som sier noe om sosiale ulikheter.

Informantene peker også på at i tillegg til at det er overvekt av indikatorer som passer til rasjonell planlegging er det også svært mange indikatorer. Dette underbygges ytterligere av veilederen. Spørsmålet er om dette gir et bedre utgangspunkt for planlegging eller om det gjør at oversiktsarbeidet blir så komplekst at det ikke gir merverdi til selve planleggingen.

Plan og bygningsloven har formelle krav om medvirkning, men det er senere i planprosessene enn det Helsedirektoratets forskrift (Forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012) fastsetter.



Figur 7: Medvirkningsprosesser i henhold til plan og bygningsloven, videreutviklet etter modell: koblingsprosess mellom folkehelse og folkehelseloven og plan- og bygningsloven. (lest:19.05.2014)

Vårt synspunkt er at det vil være nødvendig med kommunikativ og samarbeidende planlegging på områder relatert til sosiale ulikheter som vi ikke har så mye informasjon om. Dette vil påvirke både hvordan og når kunnskapen hentes inn, og hvordan kunnskapen brukes i planleggingsprosessen.

#### 5.4 Makt og arbeidet med oversikt over helsestatus

Amdam (Amdam 2012) drøfter forholdet mellom makt og det å ha kunnskap. Amdam deler makt i planleggingen inn i fire faktorer; å sette problemet på den politiske dagsorden, gjøre vedtak, gjennomføre vedtak og bestemme regien i planprosessen. "Makt er også å knytte kunnskap og handling sammen...". "Det innebærer at den som planlegg, vil kunne definere hva som er relevant kunnskap og ha makt til å omsette kunnskapen til handling". Amdam hevder videre at "dette medfører ikke at vi i situasjoner der vi mangler fagleg kunnskap om sammenhengar mellom årsak og verknad, og der iverksetting av planer er avhengig av mange

*aktører, står uten planleggingsreiskap. Det er i slike situasjoner planlegging bygd på kommunikativ rasjonalitet er eigna".... "Fokus blir då endra frå produkt/resultat til prosess, og planlegginga blir ein meningsdannande prosess med vekt på brei deltaking og omfattande læring" (s 276-277).*

Amdam drøfter også planleggerens rolle i denne type prosess; «*Men nettopp i situasjoner der kunnskapen er mangelfull eller mangefaldig, er det kanskje viktig at fagfolka ikkje dominerer, men deltek på lik linje med lekfolk og folkevalde*».

Sett i lys av både Amdam og Whitehead vil vi hevde at det i en planprosess er like viktig hvordan vi bruker kunnskapen som hvilken kunnskap vi har hentet inn når prosessen starter. *Ved å starte prosessen bredt vil det gjennom medvirkning gi kunnskap som kan føre til bevisstgjøring om hvilken kunnskap vi trenger, hvordan vi skal bruke den og g vilje til handling.*

*Sosiale ulikheter i helse er et svært komplekst og omfattende felt det er vanskelig både å kartlegge og forske på (Mæland m.fl. 2009). Folkehelseloven med tilhørende forskrift er et relativt ferskt område i plansammenheng hvor planpraksis er under utforming. I denne sammenheng er også John Pløgers (Pløger 2012) perspektiver på planpraksis og makt meget relevant. "Det handler om å skulle representere en politikk og et hegemoni av ord og begreper som er formulert i planloven og forskrifter for hvordan planlegging skal utøves i praksis. " ... "Rasjonaler hjelper til med å avgrense problemstillinger og gi retning, men det skjer fra bestemte tenkemåter, verdier og interesser. Det gjør det lettere å godkjenne, regulere og kontrollere, og det gjør det enklere å avvise alternative tenkemåter og argumenter. Rasjonaler bygger slik ikke nødvendigvis på argumenter, kunnskap eller refleksjoner, men på diskursive hegemonier, taus viten, sannheter, sedvaner og vaner. Makt eies ikke, men utøves gjennom praksis» (Pløger 2012, s. 270).*

## 6. Konklusjon

I denne oppgaven har vi ledd etter svar på problemstillingen «*hvilke typer data trenger kommuner og fylkeskommuner som grunnlag for planstrategiarbeidet for å legge til rette for politikk som utjevner sosial ulikhet blant barn og unge*». Vi har funnet noen svar, men står igjen med nye spørsmål i arbeidet med planlegging av folkehelsearbeid og utjevning av sosial ulikhet mellom grupper i befolkningen.

Arbeidet med å beskrive sosial ulikhet mellom grupper av befolkningen er nytt i Norge. Vi ser at vi har mye kunnskap om de «harde fakta» eller den kvantitative kunnskapen, men sosial ulikhet er en type «wicked problem» som ikke kan beskrives med bare kvantitative data. Det trengs derfor også kvalitative data for å utfylle de enklere målbare faktaene.

Videre har vi funnet at vi i noen grad mangler kunnskap om hvilke data som er de mest hensiktsmessige å benytte for å utforme politikk for å utjevne sosial ulikhet.

Vi mener at det ved inngangen til planstrategiarbeidet er viktig å være bevisst at det også kan være nødvendig å skaffe tilveie data i løpet av planprosessen. Dette er sider ved planleggingen som ikke kommer tydelig frem i forskrift og veileder, men som i lys av nyere planteori er viktige perspektiver å ha med i planstrategien.

Vi oppfatter veilederen «God oversikt – en forutsetning for god folkehelse» som et instrumentelt redskap for kommuner og fylkeskommuner i arbeidet med planprosesser. Den har en rasjonell tilnærming til planlegging og til kunnskapsinnhenting, og den plasserer oversiktsdokumentet ved oppstarten av planstrategiprosessen. Folkehelsearbeid, og ikke minst planlegging for å utjevne sosial ulikhet er komplekst og sammensatt, og krever mer allsidig tilnærming.

I det mangfold av tema og indikatorer som folkehelseområdet dekker, og som veilederen presenterer, er det viktig at kommunene og fylkeskommunene er bevisst den makt de har ved utvelgelse av tema i planprosesser og i arbeidet med å utforme politikk for framtida.

Ny plan- og bygningslov og folkehelselov med tilhørende forskrift er relativt ferske områder og praksis er under utforming. Giæver og Torgersens drøfting av Whiteheads modell gir oss en viktig erkjennelse av hvor kort vi i kommunene og fylkeskommunene er kommet på området sosiale ulikheter i helse. Det er mange trinn å gå før vi er i stand til å utforme en sammenhengende politikk på dette området. Samtidig gir det oss en trygghet i at vi må jobbe videre ut fra det bevisstgjørings- og handlingsnivå vi er på pr. i dag. Dette hindrer handlingslammelse og skaffer ny kunnskap og erfaring til videre arbeid.

Vi konkluderer med at i en uoversiktlig planleggingshverdag må vi bruke planprosessen for planstrategien til å bygge ny kunnskap om sosial ulikhet i kommuner og fylkeskommuner. Vi må bruke det vi har av kunnskap nå, for å identifisere hva vi trenger videre i arbeidet.

Michael Marmot, kjent forsker og formidler innenfor området sosial ulikhet har et uttrykk som egner seg godt også for norske kommuner og fylkeskommuner i arbeidet med oversiktsdokumentet; «First do something, then do more, then do better». ( Marmot, Michael 2012)

## Referanser

Amdam Jørgen og Amdam Roar (1999). *Kommunikativ planlegging. Regional planlegging som reiskap for organisasjons- og samfunnsutvikling*. Samlaget, Oslo.

Amdam, Roar(2012). Fokus på prosess: *kommunikativ og samarbeidende planlegging*. I: Aarsæther, Nils, Falleth, Eva, Nyseth, Torill og Kristiansen Ronny(red.) *Utfordringer for norsk planlegging*, Cappelen Damm Høyskoleforlaget, Kristiansand.

Amdam, Jørgen og Veggeland, Noralv. (2011):*Teorier om samfunnsstyring og planlegging*. Universitetsforlaget, Oslo.

Antonovsky, Aaron (1987) *Unraveling The Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*,: Jossey-Bass Publishers. San Francisco

Berg, Geir V. (2013) *Introduksjon til helsebegrepet – ulike forståelser av helse(WHO og andre)* Forelesning 18.09.2013, Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer.

Blaxter, Milred.(2010) *Health*, politiy press, Cambridge, UK.

Bremberg, Sven (2002): *Sociale skillnader i ohälsa bland barn och unga i Sverige, En kunnskapöversikt*, Statens folkhälsoinstitut. Stockholm.

Fuggeli Per og Ingstad Benedicte: *Helse- slik folk ser det*. (Tidsskrift Norsk legeforening, 2001) [http://folk.uio.no/pfugelli/artikler/helse\\_folk\\_ser.htm](http://folk.uio.no/pfugelli/artikler/helse_folk_ser.htm) (lest 23.10.13)

Fuglestad, Otto Laurits, Fossåskaret, Erik, Aase, Tor Halfdan.(1997) *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data*, Universitetsforlaget, Oslo.

Giæver, Øyvind og Torgersen Tone Poulsson, 2009: *Fra forskning til politikk: Utvikling av en nasjonal strategi mot sosiale helseforskjeller*. I: Mæland, Johan Gunnar, Elstad Jon Ivar, Næss Øyvind, Westin Steinar(red.) *Sosial epidemiologi*, Gyldendal Norsk Forlag Oslo.

Grøholt, Else-Karin, Nordhagen, Rannveig, Stigum, Hein, og Köhler, Lennart.( 2001) «*Children with chronic health conditions in the Nordic countries in 1996 – influence of socio-economic factors*». *Ambulatory Child Health* 7: 177-189,  
URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1467-0658.2001.00129.x/full> lest 19.05.14

Hagen, Aksel(2014) *Rasjonalitetsformer i planlegging, planteori og planprosesser*. Forelesning 03.02.2014, Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer

Helgesen Marit og Hofstad Hege, Norsk institutt for by- og regionsforskning (2012), *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering, en baseundersøkelse*. (Nibr – rapp 2012:13 2012) Oslo.

Hjort, Peter F, 1982: *Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål*. I: Lorentzen Pål E, Berge Tor, og Åker Jon, red. *Helsepolitikk og helseadministrasjon*. Tanum-Nordli, Oslo.

Hofstad Hege (2012). *Håndtering av «wicked problems i kommunal planlegging. Lokal oversettelse av målsettingene om bærekraftig utvikling og bedre folkehelse i ulike planleggingspraksiser*. NIBR. Norsk institutt for by- og regionforskning. Oslo

Marmot, Michael(2012), muntlig uttrykt under foredrag: *Health Inequity in Europe, Social Determinants of Health*. Folkehelsekonferanse 05.10.12, Oslo

Pløger, John(2012) *Planlegging, kunnskap og makt*. I: Aarsæther, Nils, Falleth, Eva, Nyseth, Torill og Kristiansen Ronny(red.) *Utfordringer for norsk planlegging*, Cappelen Damm Høyskoleforlaget, Kristiansand.

Krogstad S. og Westin S. «*Folkehelse, ulikhet og fattigdom*». (2002) Artikkel i: Tilsynsmelding for 2001. Statens Helsetilsyn, Oslo

Koblingsprosess mellom folkehelse og folkehelseloven og plan- og bygningsloven. (lest:19.05.2014) URL: <http://kommunetorget.no/Temaomrader/Folkehelse/Hva-er-folkehelse/Kommunal-planstrategi-/Folkehelse-og-plan/> lest 19.05.14

Krueger, Richard A (1994): *A Practical Guide for applied Research*: Sage Publications.Thousand Oaks, California USA.

Mæland, John Gunnar, Elstad, Jon Ivar, Næss, Øyvind, Westin, Steinar, (red.) (2009): *Sosial epidemiologi*, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Silverman, David (1993). *“Beginning Research”. Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. Londres: Sage Publications, London, UK.

Smith, Anders V. (2011) Helserådet rapport, nytt fra emnebibliotek for samfunnsmedisin og folkehelsearbeid – nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2.des. 2011.(22/11) side 1. URL: <https://www.helsebiblioteket.no/attachment/142064> (lest: 06.03.2014)

Whitehead Margaret og Dahlgren Göran, (2009) *Utjevning av helseforskjeller del 1. Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse*. Helsedirektoratet, Oslo

WHO, 1948: <http://snl.no/helse> (lest 27.02.2014)

Aarsæther, Nils, Falleth, Eva, Nyseth, Torill og Kristiansen Ronny(red.)(2012) *Utfordringer for norsk planlegging*, Cappelen Damm Høyskoleforlaget, Kristiansand.

Otto Laurits Fuglestad mfl.(1997)*Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data*. Universitetsforlaget, Oslo



### **Stortingsmeldinger, veiledere, Lover og forskrifter:**

Folkehelseloven - Lov om folkehelsearbeid av 24.06.2011.

Forskrift om oversikt over folkehelsen av 28.06.2012.

God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer, IS-2110, Oslo: Helsedirektoratet. 2013.

Gradientutfordringen (opprinnelig publisert 2005)Oslo: Sosial- og helsedirektoratet(2005/2009)  
Helsedirektoratet. Oslo

Helse- og omsorgstjenesteloven - Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24.06.2011.

Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, Oslo Helse – og omsorgsdepartementet.(st.meld.nr.20, (2006-2007))

Opplæringslova. Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa av 17.juli 1998.

Plan- og bygningsloven. Lov om planlegging og byggesaksbehandling av 27.06.2008

Resept for et sunnere Norge, folkehelsepolitikken. Oslo, Helse og omsorgsdepartementet (St.meld.nr.16(2002-2003))

Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid, Oslo: Helse og omsorgsdepartementet (St.meld. nr. 47 (2008-2009))

Veileder, kommunal planstrategi. Oslo: Miljøverndepartementet(2012)

Veileder, regional planstrategi. Oslo: Miljøverndepartementet(2012).

## Vedlegg 1

Notat til deltakere i fokusgruppeintervju om oversiktsdokument jfr. Lov om folkehelse

Fra studiegruppen

Dato 29.1.2014

Du er invitert til å delta i et fokusgruppeintervju omkring oversiktsdokumentet om befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne. Intervjuet skal benyttes i et 30 studiepoeng kurs i Helse og omsorg i plan, på Høgskolen i Lillehammer 2013-14, og i det praktiske arbeidet med oversiktsdokumentet i de kommunene og fylkeskommunene som deltar.

Plan- og bygningsloven (2008) innførte begrepet planstrategi ved forrige rullering (§ 7 og 10). De fleste kommuner og fylkeskommuner skal nå i gang med andre generasjon av sin planstrategi.

Lov om folkehelsearbeid (2012) presiserer at kommunen (§ 5) og fylkeskommunen (§ 21) skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen/fylket, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen/fylkeskommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. § 6 i folkehelseloven; «Oversikten etter § 5 annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1. Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5 annet ledd».

§ 21; «Oversikten over fylkeskommunens folkehelseutfordringer etter annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med fylkeskommunens planstrategi. En drøfting av disse utfordringene bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 7-1».

Folkehelseseksjonene i våre respektive kommuner og fylkeskommuner er i gang med å utvikle det lovpålagte oversiktsdokumentet, og har ambisjon om å legge fram et første utkast til arbeidet med planstrategien. Folkehelseseksjonene har et særlig fokus på utjevning av sosial ulikhet, først og fremst med fokus på barn og unge.

Helsedirektoratet har utgitt en veileder til arbeidet med oversiktsdokumentet, <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/god-oversikt-en-forutsetning-for-god-folkehelse/Sider/default.aspx>

I vårt arbeid med kurset «Helse og omsorg i plan» 2013-14 har vi identifisert følgende problemstilling som vi gjennom bl.a. dette fokusgruppeintervjuet ønsker å nærme oss et svar på; «Hvordan kan vi sikre at oversikt over helsestatus, knyttet opp mot kommunens og

fylkeskommunens planstrategi, blir et nyttig redskap i arbeidet med å utjevne sosial ulikhet mellom grupper av barn og unge»

Vel møtt til fokusgruppeintervju 29.1. 2014.

## Vedlegg 2

### Fokusgruppeintervju

**Tid: 2 timer, kl. 10-12 29.januar**

Deltagerne har fått tilsendt informasjonsbrev i forkant og forespurt i god tid.

#### Innledende spørsmål

**Spørsmål: Hva forstår dere med begrepet sosial ulikhet**

Kort runde rundt bordet uten å gå for dypt inn i temaet.

Få innblikk i om det er store ulikheter i intervjuobjektene oppfatning av temaet.

Sosial ulikhet er det mest sentrale begrepet i intervjuet og det er nødvendig å starte intervjuet med å kartlegge forståelse av hva intervjuobjektene legger i begrepet.

**Spørsmål: Hvordan kan vi sikre at kommunens/fylkeskommunes planstrategi tar opp sentrale temaer for å belyse og sosial ulikhet? Kan dere sin noe generelt om dette uten å gå inn på enkelte indikatorer/områder?**

Eventuelle oppfølgingsspørsmål/tema å være innom:

- Ressurser/tid/kunnskap for å utarbeide et kunnskapsgrunnlag
- Skaffe informasjon om de forholdene som kan gi oss viktig informasjon
- Ha kunnskap om forskning på området – hvilke forhold knyttet til sosiale ulikheter som påvirker helsen
- At man ikke legger opp listen for høyt nå første gang

#### Hvilke type data trenger vi?

Totalt 1 time

Veilederen deler opp temaene i 6 områder.

**Spørsmål: Hvilke av disse områdene ville dere prioritert høyest?**

Så noen spørsmål til de enkelte områdene:

Befolkningssammensetning:

**a) Spørsmål: hva er relevant informasjon om befolkningsammensetning for dere som planleggere? Hva trenger dere å vite noe om for å ta inn i planstrategien at sosial ulikhet blant barn og unge skal jevnes ut?**

Eventuelle oppfølgingsspørsmål/tema å være innom

- Familier med mange barn, mange ungdommer i etableringsfasen

Oppvekst og levekår:

**b) Spørsmål: i veilederen dere har fått tilsendt står det at kommunens oppvekst og levekårsforhold skal vurderes. Hvilke opplysninger mener dere er viktig å få tak i på dette området for å planlegge utjevning av sosiale forskjeller hos barn og unge?**

**e) Spørsmål: hva mener dere er relevante data for dere i forhold til helserelatert adferd**

**Spørsmål: Det finnes et «hav» av data og statistikk som kan relateres til sosiale ulikheter. Hvordan kan vi «sile» ut den statistikken som synes viktig for å lage en oversikt over forhold som påvirker barn og unges helse?**

**Spørsmål: Hvilke betydning har antall indikatorer for hvor «godt» et kunnskapsgrunnlag er?**

Eventuelle oppfølgingsspørsmål/tema å være innom

- har man behov for å ha opplysninger om mange områder for å få en grundig nok forståelse av utfordringen/problemene? Hvor viktig er det å se sammenheng mellom en enkel indikator og hva den har tenkt å måle/forklare
- Indikatorer gir bare indikasjoner. Hvordan få et best mulig total bilde av sosiale ulikheter. Samtidig som det er viktig at indikatorene ikke er for detaljerte, skal de likevel gir nyttig informasjon.

**Spørsmål : Nå når dere ser hva veilederen sier vi skal ha med. Er det områder dere mener burde vært med som ikke er med? I tilfelle hvilke?**

## **Innsamling av data**

**Spørsmål:**

- Hvor mye tenker dere at fylkeskommunen/ folkehelseinstituttet skal basere oversiktsarbeidet til planstrategidokumentet på det folkehelseinstituttet legger til rette?
- Har dere kompetanse og ressurser til å bearbeide og tolke data som er allment tilgjengelig eller må dere leie inn hjelp?
- Er det viktig å supplere med kvalitative data (spørreundersøkelser) for å lage oversikten til planstrategidokumentet? Eventuelt hvilke tema/område skal kvalitativ analyse dekke.