

BARE EN LITEN BARNEHAGE?
Barnehagen som arena for å redusere
sosiale helseforskjeller
– en plananalyse

Anne Marte Sølsnes, Else-Marie Brobakke Aarø og Linda Gotteberg

Prosjektoppgåve, Helse og omsorg i plan
Høgskulen i Volda, våren 2014

«En god barndom varer hele livet. Vi formes mest som mennesker når vi er yngst. Å bidra til at alle barn får en god start i livet er det viktigste vi kan gjøre som samfunn. Barn som vet hvordan de kan få venner og beholde venner, har trygghet og sosial kompetanse med seg resten av livet» (Meld.St.nr. 41, 2012-2013).

Sammendrag:

Bakgrunn: Norske kommuner har de siste årene har fått økt ansvar for å redusere sosiale ulikheter i helse gjennom lovgivningen. Denne oppgaven handler om barnehagen som arena til å fremme helse og redusere sosiale helseforskjeller, gjennom en vurdering av om kommunene gjennom sine plandokument bruker barnehagene strategisk i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller.

Barnehagesektoren vurderes som stadig viktigere i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Forskning viser at barn som har fått rik stimulering av sine sosiale, motoriske, språklige, kognitive og emosjonelle ferdigheter vil ha et forsprang ved skolestart. Da læring er en selvforsterkende prosess, er det vanskelig å ta igjen tapt læring i småbarnsalderen senere i livet gjennom spesialundervisning på skolen og tiltaksprogram i voksen alder. Kvalitet i barnehagen kan øke sjansen til å forlenge utdanningsforløpet til den enkelte. Gjennom problemstillingen «*I hvilken grad og på hvilke måter inneholder samfunnsdelen av kommuneplanen og oppvekstplaner i to ulike kommuner - moment - som kan bidra til at barnehagen blir et verktøy i arbeidet med å redusere sosiale ulikhet i helse?*» er barnehagen som innsatsområde i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller vurdert.

Metode: For å besvare problemstillingen er det gjennomført en plananalyse ved bruk av offentlige plandokumenter fra to av de største kommunene i Sogn og Fjordane. Kommuneplanen sin samfunnsdel er vurdert for å se om kommunene utvikler strategier, mål og tiltak for å redusere sosiale forskjeller i helse i tråd med nasjonale forventinger. I sektorplanene for barnehager er kategoriene: Språkstimulering og læring, mestring, sosial kompetanse og medbestemmelse, helsevaner (fysisk miljø, fysisk aktivitet, matvaner osv.), kompetanse hos ansatte samt øke deltakelse i barnehagen vurdert. Analyse spørsmålene er utviklet på grunnlag av relevant litteratur.

Resultat/diskusjon: I samfunnsdelen til kommuneplanen nevner begge kommunene at sosial ulikhet er noe kommunen bør forsøke å jobbe med. Sosial ulikhet knyttes ikke til helse i dokumentene. Det virker som om kommunene har et noe «distansert forhold» til sosiale ulikheter i helse. Arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller rettes lite direkte mot oppvekstsektoren. Når oppvekstsektoren nevnes så gjelder dette mest innsats mot utsatte grupper og tiltak som kan benevnes som risikostrategier. I sektorplanene for barnehager blir barnehagen i liten grad vurdert som en relevant arena for å redusere sosiale helseforskjeller. Dette samtidig som planen inneholder mange tiltak som er med på å gjøre barnehagen til en arena for sosial utjevning. Plandokumentene til begge kommunene løfter fram viktigheten av språkstimulering. Når det gjelder helsevaner har kommunene valgt ulik strategi. Den ene kommunen satser mye på fysisk aktivitet og natur, den andre mer på HMS og kosthold. Ingen av kommunene har med tiltak for å øke barnehagedeltakelsen for de barna som ikke går i barnehage.

Konklusjon: Plandokumentene viser i liten grad til at de fleste av kommunenes oppgaver og arenaer kan benyttes i arbeidet med å redusere sosiale ulikheter. Plandokumentene inneholder få strategier, mål og tiltak i arbeidet for å redusere sosiale forskjeller i helse. Funnene våre tyder på at begrepet sosiale ulikheter i helse er vanskelig å operasjonalisere. Plandokumentene viser få vurderinger av hvilke samfunnsøkonomiske gevinster kommunene kan oppnå ved å satse på tiltak som kan redusere helseforskjeller i ulike sektorer og dermed fremme folkehelsen. Barnehagen som arena blir lite løftet fram, selv oppvekstplanene på noen områder allerede har noen relevante tiltak på plass. Analysen viser at kommunene satser mer på risikostrategier rettet mot noen få barn, enn befolkningsstrategier rettet mot alle barna i barnehagen. Begrunnelser for valg av strategier er lite tydelige. Å satse på barnehage som en arena for å redusere sosial ulikhet i helse er en langsiktig investering, som politikerne ikke vil se umiddelbare resultat av. Dette kan gjøre barnehagen som innsatsområde til et vanskeligere politisk satsingsområde enn tiltaksområder som gir mer umiddelbare resultat.

Innhold

1. Innledning/bakgrunn.....	6
1.1 Tema, problemstilling og avgrensing av oppgaven.....	7
1.2 Definisjon av sentrale begrep.....	7
1.3 Om kommunal planlegging, lovgrunnlaget for å redusere sosiale helseforskjeller etter Plan- og bygningslov og Folkehelselov.....	8
2. Teorigrunnlag.....	10
2.1 Sosiale ulikhet i helse- nasjonal politikk på området med vekt på barn og unge.....	10
2.1.2 Årsaker til sosial ulikhet i helse.....	11
2.1.3 Ulike strategier for å reduserer sosiale helseforskjeller.....	11
2.1.4 Den sosiale helsemodellen.....	12
2.2 Barnehage som arena for utjevning av sosiale ulikheter – er det mulig	13
2.2.1 Hvem bruker barnehagen	14
2.2.2 Hvordan påvirker foreldres sosioøkonomiske status barns utvikling og læring....	14
2.2.3 Hva påvirker kvaliteten på barnehagen ?.....	15
3. Tidligere forskning og identifisering av faktorer for plananalyse.....	16
3.1 Barnehagen som arena for å redusere sosiale ulikheter.....	16
3.2 Barnehagens effekt på barns utvikling.....	16
3.3 Hva bør barnehagen ha fokus på for å fremme læring og redusere sosiale ulikheter i helse ?.....	16
4. Metode.....	18
4.1 Utvalg av kommuner.....	18
4.2 Kildene/dokumentene.....	18
4.3 Kvalitativ dokumentanalyse og litteraturanalyse.....	18
4.4 Undersøkelsesspørsmål til dokumentanalysen.....	19
4.5 Metoderefleksjoner.....	20
5. Resultat.....	22
5.1 Kommune 1.....	22
5.1.1 Samfunnsdelen.....	22
5.1.2 Delplan: Oppvekstsektoren.....	22
5.2 Kommune 2.....	23
5.2.1 Samfunnsdelen.....	23
5.2.2 Delplan: Strategi for innhald og oppgaver i barnehagen.....	24
6. Diskusjon.....	26
6.1 Diskusjon av kommuneplanen sin samfunnsdel.....	25
6.2 Diskusjon av delplanene.....	29
6.2.1 Sosiale ulikheter.....	29
6.2.2 Språkstimulering og læring.....	29
6.2.3 Mestring, sosial kompetanse og medvirkning.....	30
6.2.4 Helsevaner.....	32
6.2.5 Kompetanse hos ansatte.....	34
6.2.6 Øke deltakelse i barnehager.....	34
7. Oppsummering/anbefalinger.....	36
Referanseliste.....	39
Læringsutbytte.....	41
Vedlegg.....	42

1.0 Innledning/bakgrunn

Norge har sluttet seg til anbefalingene fra Verdens helseorganisasjon (WHO) om å utvikle strategier for å redusere sosial ulikhet i helse gjennom tiltak rettet mot de bakenforliggende forhold som kan påvirke helse (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014). Norske kommuner har de siste årene gjennom blant annet ny folkehelse Lovgivning og planlovgivning fått et økende ansvar for å sikre en god og trygg utvikling av befolkningens levekår og for både å utjevne og redusere sosiale ulikheter i helse. Viktige kommunale verktøy i dette arbeidet er kommuneplaner. Gjennom planstrategi og kommuneplanen sin samfunnsdel kan kommunen løfte fram både helseressursene og helseutfordringene i egen kommune, og sette seg gode strategier og målsettinger for helseutviklingen til egen befolkning. Særlig gjennom samfunnsdelen kan kommunen vurdere langsiktige utfordringer og muligheter i arbeidet med å redusere sosiale ulikheter i helse. Et viktig spørsmål er derfor om de kommunene som har utarbeidet kommuneplaner etter Plan- og bygningsloven fra 2010 innarbeider strategier og mål knyttet til å redusere sosiale helseforskjeller.

Årsakene til at sosiale helseforskjeller oppstår er komplekse, og skyldes i hovedsak materielle, psykososiale og atferdsrettede risikofaktorer (St.meld.nr. 20, 2006-2007). I Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (St.meld.nr. 20, 2006-2007) ble oppvekstsektoren nevnt som et viktig innsatsområde. Barnehagesektoren blir vurdert som en stadig viktigere arena for utvikling av god helse tidlig i livet. Kommunene har et lovpålagt ansvar for å sikre at barn over en gitt alder har et tilbud om barnehage. Barnehagen skal «*Ha en helsefremmende og en forebyggende funksjon og bidra til å utjevne sosiale forskjeller*» (Barnehageloven § 2.6). Barnehagen sin kvalitet blir viktig for sosial utjevning (St. meld.nr. 41, 2008-2009).

Utbyggingen av barnehager de siste årene, innebærer at i dag går 90 % av norske barn mellom 1-6 år i barnehager). Barnehager er en arena der barn treffer andre barn fra de fleste sosiale lag. Barnehagen som utdanningsarena kan gi et viktig bidrag i arbeidet med sosial utjevning ved å bygge opp kunnskap om hva som hemmer og fremmer læring (Meld. St.nr. 24, 2012-2013).

Et viktig spørsmål er derfor i hvilken grad kommunene, hvis de utarbeider kommunedelplaner innenfor oppvekstsektoren, utvikler gode strategier og mål for hvordan barnehagen kan bli et sentralt virkemiddel i arbeidet med å redusere sosiale ulikheter i helse. Vi ønsker i denne oppgaven å se nærmere på i hvilken grad noen kommuner i Sogn og Fjordane bruker kommuneplaner som virkemiddel i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller.

1.1 Tema, problemstilling og avgrensing av oppgaven

Tema:

Barnehagen som arena for å redusere sosiale helseforskjeller – en plananalyse.

Problemstilling:

I hvilken grad og på hvilke måter inneholder samfunnsdelen av kommuneplanen og oppvekstplaner i to ulike kommuner - moment - som kan bidra til at barnehagen blir et verktøy i arbeidet med å redusere sosial ulikhet i helse.

Avgrensing av oppgaven

- Kommunene utarbeider flere relevante dokument for en plananalyse av barnehagen som arena for å redusere sosiale helseforskjeller: Kun overordna planer som a) samfunnsdelen til kommuneplanen i 2 kommuner, og b) oppvekstplanene/sectorplanen i de samme kommunene er vurdert i denne oppgaven. Planer på virksomhetsnivå (barnehagene) er ikke vurdert.
- Kommunal oppvekstsektor omfatter mange innsatsområder i tillegg til barnehage-sektoren, som for eksempel helsestasjoner og skoler. I oppgaven er kun barnehagen som arena vurdert.
- Kun kommunene sitt ansvar og rolle for å redusere sosiale helseforskjeller omtales.

1.2 Definisjon av sentrale begrep

De senere årene er folkehelseperspektivet endret både internasjonalt og nasjonalt fra å legge mest vekt på det sykdomsforebyggende arbeidet, til å rette oppmerksomheten mot faktorer som virker inn på helsen (Prop. 90 L, 2010–2011)). Særlig viktig for denne endringen er Ottawa-charteret av 1986 som trekker opp nye strategier på helse og fordeling av helse i et bredt samfunnsperspektiv (Prop. 90 L, 2010–2011). Synet på helse, helsefremmende arbeid, folkehelsearbeid og medvirkning i en kommune kan knyttes til valg av verdier og holdninger i arbeidet med å redusere/motvirke sosiale helseforskjeller. Vi har derfor valgt å gi definisjoner av helsebegrepet, folkehelse, helsefremmende arbeid og empowerment her. Sosial ulikhet i helse blir nærere omtalt i punkt 2.1.

Helsebegrepet er komplekst og det finnes ingen entydig definisjon på hva helse er. Helse defineres ulikt av helsepersonell og pasienter, samtidig som oppfattelsen av helse endres over tid og kan knyttes til ulike steder/kulturer (Blaxter, 2010). Mæland (2009, modifisert etter Herzlich 1973) grupperer helse i tre hovedkategorier: «Helse som fravær av sykdom», «Helse som ressurs» og «Helse som å kjenne seg vel».

Verdens helseorganisasjon (WHO) gav i 1948 helsebegrepet ett nytt innhold «Helse er ikke bare frihet fra sykdom og lyte, men fullstendig, legemlig, psykisk og sosialt velvære» (NOU 1997:7). Selv om dette helsebegrepet er kritisert for å være idealistisk og utopisk, har definisjonen bidratt til en ny forståelse av at helse handler om noe mer enn fravær av sykdom. Dette står i motsetning til den biomedisinske forståelsesrammen hvor både helse og sykdom knyttes til objektive medisinske funn.

Meland trekker også fram «Helse som ressurs». Et viktig teoretisk bidrag her er Aron Antonovsky (2000). Det finnes ikke kun sykdomsfrembringende (patogenetiske) faktorer som bidrar til sykdom, men mange positive ressursfaktorer i livet som styrker eller fremmer helsen som i seg selv kan beskytte mot sykdom. Helse er noe som du kan vinne og tape i ulike situasjoner gjennom livet etter hvilken holdning vi møter livet med. Denne holdningen «Sense of Coherence» er i følge Antonovsky en følelse av forståelse og forutsigbarhet, en tillit til å mestre utfordringene i hverdagen og ikke minst det å oppleve hverdagen som meningsfull. Samfunnsmedisineren Peter Hjort er kjent for helsebegrepet «Helse som overskudd til å mestre hverdagens krav» (1993). Hjort er opptatt av at vi må arbeide for å redusere sykdom, skader og risikofaktorer samtidig som vi øker de helsefremmende faktorene som gir styrke, motstandskraft og mestring. Slike faktorer kan være håp, vennskap og støtte.

Meland nevner også «Å kjenne seg vel» som høy livskvalitet og velvære. I en slik ramme handler også helsebegrepet om subjektiv helse. Subjektiv helse kan kun defineres av den det gjelder. Her ligger åpninger for å styrke folk sin opplevde livskvalitet i nærmiljø og lokalsamfunn der folk bor.

- **Folkehelse** blir definert som helsetilstanden til befolkningen og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning (Lov om folkehelse, 2012).
- **Helsefremmende arbeid** handler om å sette individ og felleskap (samfunnet) i stand til å øke sin kontroll med faktorer som virker inn på helsen, slik at dette kan medføre bedre helse (Nutbeam, 1986).
- **Empowerment** handler om et positivt menneskesyn og en prosess der individ, grupper eller samfunnet mobiliserer ressurser til å håndtere sine egne utfordringer. Begrepet blir ofte brukt i forbindelse med helsefremmende arbeid (Sørensen et.al, 2002).

1.3 Om kommunal planlegging, og lovgrunnlaget for å redusere sosiale helseforskjeller etter Plan- og bygningslov og Folkehelselov

Plan - og bygningsloven (av 01. 07.2010) er et virkemiddel for å legge rammer for hvordan summen av enkeltbeslutninger kan påvirke omgivelsene og samfunnet i et lengre perspektiv (Ot.prp. nr. 32, 2007-2008). Kommunestyret har ansvar for utviklingen av kommunesamfunnet som helhet, ut fra en

vurdering av sektorhensyn og andre interesser, og innenfor rammer og retningslinjer som følger av nasjonal politikk (§11-1.2 ledd). Gjennom § 3-1 blir det presisert hvilke oppgaver og hensyn kommunen skal ta i planleggingen. Lovbestemmelsen formulerer at kommunene etter pkt. e skal «*Legge til rette for.. gode oppvekst og levekår..*» og etter pkt. f «*Fremme befolkningen sin helse og motvirke sosiale helseforskjeller ...*». Gjennom kommunal planstrategi, kan kommunen tydeliggjøre strategiske valg for ønsket utvikling og vurdere behovet for kommunale planer framover (§ 10-1). Alle kommuner skal ha en kommuneplan (med en samfunnsdel med handlingsdel og en arealdel) som overordnet styringsdokument (§11-1). **Samfunnsdelen** bør angi mål og strategier for kommunen, de ulike sektorene i kommunen og si noe om hvilke målgrupper man retter seg mot. Gjennom samfunnsdelen kan kommunen for eksempel legge vekt på hvordan oppvekstsektoren skal se ut framover, og tydeliggjøre hvilke strategier og mål som bør ligge til grunn for ønsket utvikling for å motvirke sosiale helseforskjeller. Kommunen står fritt til å velge om det er hensiktsmessig å lage **sektorplaner/kommunedelplaner** (T-1476, 2009) forankret i samfunnsdelen. Slike planer er mer konkrete og inneholder mål og tiltak for utviklingen på et nærmere angitt område/sektor.

Folkehelseloven (av 01. 01.2012) legger føringer for hvordan kommunen gjennom bredden av eget ansvar skal fremme befolkningens helse. At kommunen har et folkehelseansvar også for oppvekstsektoren er tydeliggjort gjennom § 4-2 «*Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt*». Etter § 7 blir iverksetting av tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som for eksempel innenfor utdanning nevnt. Kommunen skal sikre folkehelseperspektivet i planlegging og lokal samfunnsutvikling. Formålsparagrafen (fhl. § 1) angir at kommunen skal «*... bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller*». En viktig forutsetning for å sikre god kunnskap og rammer for planlegging i kommunen etter Plan- og bygningsloven, er at oversikter over helse- og påvirkningsfaktorer utarbeides etter Folkehelseloven.

2.0 Teorigrunnlag

2.1 Sosial ulikhet i helse – nasjonal politikk på området med vekt på barn og unge

Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjon sin anbefaling fra 2008 om å utrede all offentlig politikk på området rettferdig fordeling av helse (Dahl et.al, 2014). En av forpliktelsene er å utvikle strategier for å redusere sosial ulikhet i helse. De siste 10 -15 årene er temaet sosiale helseforskjeller løftet inn i offentlige utredninger, rapporter og lovverk. Det er tverrpolitisk enhet om at vi har sosial ulikhet i helse i Norge, at dette er bekymringsfullt og at sosial ulikhet i helse bør utjevnes/reduseres. Dahl.et.al (2014) framhever at selv om ulike regjeringer er enige om målene har man ulikt syn på de virkemidlene som skal benyttes for å redusere se sosiale helseforskjellene.

Sosiale ulikhet i helse kan defineres som «*Systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier, særlig yrke, utdanning og inntekt*» (Meld. St.nr. 20, 2006-2007). De tre målene yrke, inntekt og utdanning henger ofte tett sammen; har man høy utdanning har man gjerne også en høy yrkesposisjon og relativ høy inntekt og bedre helse enn de som har lavere sosioøkonomisk status (Elstad, 2005). Dette kalles gradientutfordringen eller den sosiale gradienten i helse.

Barn og unge i Norge har gjennomgående god helse, er friske og funksjonsdyktige gjennom hele barndommen og ungdomstiden. I følge Elstad (2008) framstår ikke den sosiale gradienten så tydelig i barndommen. Det er likevel høyere forekomst av astma, allergi og eksem i husholdninger med lavt utdanningsnivå, og i familier der barn vokser opp med bare én omsorgsperson (Næss ,Rognerud & Strand,2007). Andelen overvektige barn har økt i senere år, og viser samme sosiale fordeling. I familier med høy inntekt har man funnet at barna er mer fysisk aktive og har et mer regelmessig kosthold (Næss, Rognerud & Strand, 2007). Det er mange grunner til at barns helse er viktig. Barn er en sårbar gruppe i samfunnet, og barns helse og velferd kan på mange måter reflektere samfunnets evne og vilje til omsorg (Næss, Rognerud & Strand, 2007). Det er økende kunnskap om at oppveksten er en kritisk periode. Både for enkeltpersoner og som et intervensjonspunkt for en politikk for å redusere sosiale ulikheter i helse i følge Dahl et.al (2014). De skriver også at «*Det er en tendens til at risikofaktorer og helseproblemer blant barn og unge kan bli til markante sosiale, økonomiske og helsemessige forskjeller senere i livet* (2014:18).

2.1.2 Årsaker til sosial ulikhet i helse

Fordi det er et uttalt mål å redusere sosiale helseforskjeller, trenger vi mer kunnskap om hvorfor de blir til. For de brede lag av befolkningen tyder forskningen på at det er komponenter i vår sosiale posisjon - materielle faktorer, helseatferd og psykososiale faktorer - som bestemmer hva slags helse

vi får. Jon Ivar Elstad (2005) formidler at **den materialistiske forklaringen** og **helseatferd-perspektivet** (og den genetiske tilnærmingen) operer i hovedsak med en naturvitenskaplig modell for helse. En alternativ modell i følge Elstad er **det psykososiale perspektivet**, som fokuserer på mennesket i sine sosiale omgivelser (2005).

Et sentralt tema i sosiologisk forskning er sosial mobilitet mellom generasjoner, det vil si hvilken betydning sosial bakgrunn, definert ved foreldrenes sosiale klasse eller sosiale og økonomiske stilling, har for barnas livssjanser. Dette kaller Elstad for **mobilitetsforklaringen**; «Den setter ikke søkelyset på de sosioøkonomiske forskjellene i levekår, men på hvordan folk beveger seg i det sosioøkonomiske hierarkiet, opp eller ned» (2005:16).

Levekårsundersøkelser og livsløpsstudier tyder på at det finnes et sosioøkonomisk mønster der den sosiale gradienten av stressorer har samme mønster som gradienten i helseulikheter. Hypotesen er at tendensen til forekomst av uheldig stress øker jo lavere en er plassert i det sosioøkonomiske hierarkiet. Stress er psykisk belastning (Elstad, 2005).

Samfunnsforholdene generer typiske livsmønstre og livskarrierer med særskilte typer muligheter og handlingsalternativer som strekker seg over hele livsløpet, fra barndommen til alderdommen (Elstad, 2005).

2.1.3 Ulike strategier for å redusere sosiale helseforskjeller

Det er ifølge Dahl, Bergsli og van der Wel (2014) viktig å ha forståelse for at det er et skille mellom sosiale determinanter som påvirker helse, og sosiale faktorer som påvirker ulikhet i helse. Dette er også av betydning for valg av strategier i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Krokstad (2009) viser til funn i Levekårsundersøkelsen fra år 2000. Folk med lav sosioøkonomisk status har høyest sykdomsrisiko og oppholder seg i tillegg ofte i de mest helseskadelige sosiale og fysiske miljøene. Et skille som ofte benyttes i forebyggende medisin er skillet mellom strategier man retter mot hele befolkningen og strategier mot personer med høy sykdomsrisiko (Rose, 2008). Krokstad (2009) benevner metodene som høyrisikometoden og befolkningsmetoden. Gjennom en risikotilnærming når man enkelt personer eller utsatte grupper, mens i befolkningsstrategien er man opptatt av å redusere helseskadelige forhold i samfunnet som påvirker helse (Krokstad, 2009).

Overført til problematikken knyttet til å redusere sosiale helseforskjeller så vil **høyrisikostrategien** rettet mot de dårligst stilte, gi effekt for denne gruppen. En slik tilnærming kan også flate ut gradienten, ved å redusere gapet mellom de lavest og høyest stilte (Graham 2004).

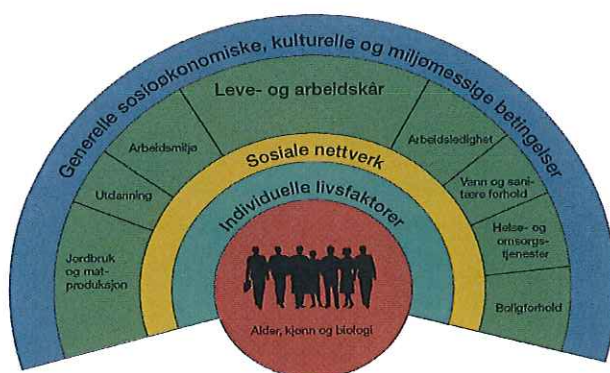
Befolkningsstrategier vil ha større effekt på folkehelsen, da den treffer flere, men effekten på enkelt

personer blir mindre (Rose, 2008). Rose peker på at man gjennom en slik tilnærming også kan fjerne hindringer gjennom å tilrettelegge samfunnet slik at folk selv kan ta sunne val. Utfordringen med en befolkningsstrategi er å skape aksept for at kun små helsegevinster for hver enkelt av oss samlet kan skape store gevinster for samfunnet (Dahl et.al, 2014; Krogstad, 2009). Noen hevder at befolkningsrettende tiltak kan øke sosiale ulikheter i helse. Rose (2008) peker på dette ikke gjelder hvis man velger en tilnærming som knytter seg til røttene av problemet, at man ser bakover i årsakskjeden. Befolkningsrettede tiltak innebærer ofte tiltak som reiser diskusjonen om folk sin personlige frihet (Krogstad, 2009). Et eksempel på en diskusjon rundt et slikt tiltak var innføringen av røykeloven.

Forebyggingens paradoks handler om at høyrisikometoden er effektiv for å forebygge utvikling av sykdom hos noen personer, men hindrer ikke at nye blir syke. Mens befolkningsmetoden gir liten effekt for hver enkelt, men har større samlet effekt på befolkningen (Krogstad, 2009). Et annet poeng i følge Krogstad er at det ikke er i gruppen med høyest risiko man har flest sykdomstilfeller, da gruppen med personer med middels risiko er mye større. I et folkehelseperspektiv er skillet mellom høyrisikotiltak og befolkningsrettede tiltak derfor vesentlig. Effekten på folkehelsen er størst av befolkningsrettede innsatser, sammenlignet med tiltak rettet kun mot risikogrupperne (Dahl et.al, 2014).

2.1.4 Den sosiale helsemodellen

Dahlgren & Whitehead (1991) har gjennom den sosiale helsemodellen gitt viktige bidrag til økt forståelse av at mange ulike forhold i samfunnet spiller sammen, og kan påvirke helse positivt eller negativt. Modellen, se figur 1, viser hvordan mange ulike lag med helsedeterminanter (faktorer)



Figur 1.
Den sosiale helsemodellen (Whitehead og Dahlgren, 1991)

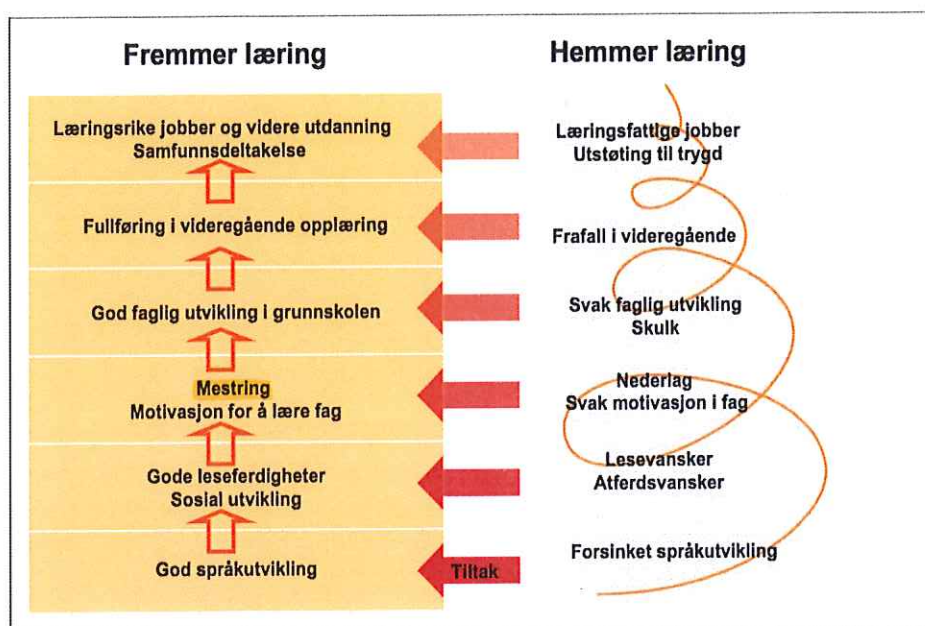
kan virke inn på enkeltpersoner og de forutsetningene som skapes for å kunne gjøre individuelle val. Whitehead og Dahlgreen peker også på at de grunnleggende årsakene til de observerte sosiale forskjellene i helse må forstås før man kan iverksette effektive tiltak for å fjerne dem (2009). Den sosiale helsemodellen kan brukes til å etablere en forståelsesramme om at både nasjonalpolitikk, kunnskap om ulike arenaer sin betydning for helse, sosiale nettverk og individuelle faktorer kan påvirke helse. Flere av områdene nevnt i den sosiale helsemodellen er vurdert som viktige nøkkelområder i arbeidet med å redusere sosial ulikhet. Etter St.meld.nr. 20 (2006-2007) er oppvekst og utdanning er ett av fem slike områder.

2.2. Barnehage som arena for utjevning av sosiale ulikheter - er det mulig?

Hvert enkelt barn er preget av sin familiebakgrunn, sitt nærmiljø og sine eventuelle erfaringer fra barnehager. Barn som har fått rik stimulering av sine sosiale, motoriske, språklige, kognitive og emosjonelle ferdigheter vil ha et forsprang ved skolestart (St. meld.nr. 16 2006-2007). Tidlig stimulering av kognitive og ikke-kognitive evner (sosiale evner, fysiske evner osv.) er avgjørende for barns utvikling (Havnes & Mogstad, 2009). Læring er en selvforsterkende prosess der tidlig læring fosterer mer læring. Havnes og Mogstad skriver at nobelprisvinner i økonomi James Hecman sier at læring i småbarnsalderen forsterkes gjennom "*multiplikatoreffekten*". Tiltak i barnehagen vil virke inn på hvordan barnet lærer det første året på skolen, som igjen virke inn på hvordan barnet lærer i andre klasse på skolen. Et barn som har velutviklet språkforståelse ved skolestart lærer mer i skolen fordi et godt språk gjør læring lettere. Det samme gjelder ikke kognitive egenskaper som konsentrasjon. En viktig konsekvens av multiplikatoreffekten er at forskjeller som eksisterer hos barn allerede i småbarnsalderen vil forsterke seg i skolealder (Havnes & Mogstad, 2009). Det er vanskelig å ta igjen tapt læring i småbarnsalderen senere i livet med spesialundervisning på skolen, arbeidstrening og tiltaksprogram i voksen alder for de som har falt ut av videregående skole (Havnes & Mogstad, 2009).

Det blir derfor viktig å sette inn tiltak i tidlig alder for å utjevne forskjeller. Jo senere tiltak blir satt i gang jo vanskeligere er det å redusere forskjeller (Havnes & Mogstad, 2009). Figur 2 viser hvordan forsinket språkutvikling ved skolestart kan være starten på en negativ læringspiral som fører til frafall i videregående skole og uføretrygd. Forsinket språkutvikling kan føre til at skolen blir læringshemmende istedenfor læringsfremmende.

Barnehagen kan være med å legge til rette for livslang læring, derfor blir barnehagen en viktig arena for å redusere sosiale ulikheter gjennom å øke sjansen til å forlenge utdanningsforløpet til den enkelte.



Figur 2: Faktorer som fremmer og hemmer læring (St. meld 16, 2006-2007)

2.2.1 Hvem bruker barnehagen?

Norge som velferdsstat har hatt som politisk mål å legge til rette for økt deltakelse i barnehager gjennom økt utbygging. Fra 2002 og fram til 2011 har barnehagedeltakelsen økt fra 66 % til nesten 90 % blant barn fra ett til fem år. Og 97,5 % av alle femåringer går nå i barnehage (Meld.St.nr. 24, 2012-2013). Det er en sosioøkonomisk forskjell i hvem som bruker barnehager, foreldre med høy sosioøkonomisk status bruker barnehager i større grad enn de med lav sosioøkonomisk status (Dahl et.al, 2014). Det er en relativ sterk vekst i økt bruk av barnehage blant barna med foreldre som har lav utdanning og lav inntekt. Det har nå blitt en mindre forskjell i sosioøkonomisk status i bruk av barnehager (Meld.St.nr. 24. 2012-2013). Undersøkelser viser at pris og lav inntekt er de viktigste årsakene til at foreldre ikke har barna i barnehage. For å sikre alle like muligheter bør foreldrebetalingen være lavest mulig, det må være god tilgang på barnehageplasser, lengre åpningstider og god kvalitet på barnehagen. Kommunen er i dag pålagt å ha ordninger slik at foreldre med lav inntekt kan få fritak for foreldrebetalingen (St. Meld.nr. 41. 2008-2009).

2.2.2. Hvordan påvirker foreldres sosioøkonomiske status barns utvikling og læring?

Barn med foreldre med lav utdanning og lav lønn har mindre sjanser for å lykkes som voksne (Havnes & Mogstad, 2009). I norsk grunnskole er det store forskjeller på karakterer til barn med foreldre med høy og lav utdanning (Havnes & Mogstad, 2009). Det er ikke nødvendigvis slik at barn fra familier med lavere sosioøkonomisk status har et dårligere kognitivt utgangspunkt fra fødselen av.

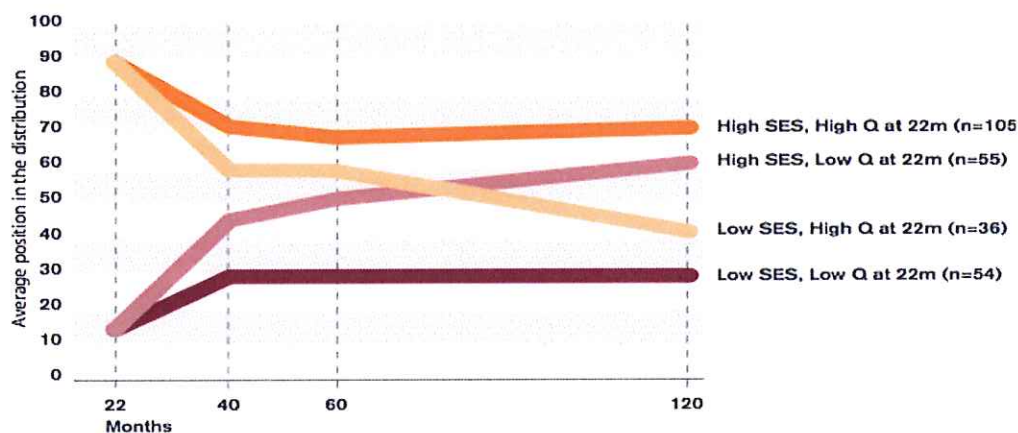


Fig 3. Kognitiv utvikling hos barn med ulik sosioøkonomisk status

Figur 3 viser hvordan barn som skårer likt på kognitive tester i 22 måneders alder utvikler seg forskjellig i forhold til hvilken sosioøkonomisk status foreldrene har (Feinstein 2000; i Stegman, Barbareshi & Costongs, 2012). Barna som ved 22 måneders alder har relativt høye skåre, men foreldre med lav sosioøkonomisk status, skårer lavere ved 10 års alder enn de barna som ved 22 måneder hadde mye lavere skåre, men foreldre med høy sosioøkonomisk status. De barna med lav skåre i 22 måneders alder, men med høy sosioøkonomisk status økte altså sine evner, men det omvendt skjedde for de barna som skåret høyt som små, men hadde foreldre med lav sosioøkonomisk status. Dette viser hvordan sosioøkonomisk status har stor betydning for barns utvikling (Stegman, Barbareshi & Costongs, 2012).

2.2.3. Hva påvirker kvaliteten på barnehagen?

For at barnehager skal kunne være med på å redusere sosiale ulikheter i helse, er det viktig at kvaliteten på barnehagen er god. Hva som er god kvalitet i en barnehage er ikke entydig i litteraturen.

I Stortingsmelding nr. 41 (2008-2009:8) blir følgende faktorer trukket frem.

- Samspillet mellom voksne og barn er kjennetegnet av at de voksne er lyttende, omsorgsfulle og tilgjengelige.
- Godt utdannet personalet som er engasjert i sitt arbeid med barn.
- Fasiliteter som er sikre, hygieniske og tilgjengelige for foreldre.
- Gruppestørrelser som gjør det mulig for de voksne å samhandle med barna på en god måte – Kontroll som sikrer konsistent behandling.
- Personalutvikling som sikrer kontinuitet, stabilitet og forbedringer.
- En utviklingsorientert læreplan.

3.0 Tidligere forskning og identifisering av faktorer for plananalyse

3.1 Barnehagen som arena for å redusere sosiale ulikheter?

Forskning viser at barnehager gir en samfunnsøkonomisk gevinst blant annet som følge av positive effekter på barns utdanningsnivå og arbeidsmarkedstilknytning i voksen alder (Meld. St. 24. 2012-2013). Både internasjonal og norsk forskning viser at barnehager med høy kvalitet virker positivt på barnas utvikling og at virkningen varer hele livet (Meld. St. 24. 2012-2013). Særlig for vanskeligstilte familier kan barnehager utgjøre en forskjell (Meld. St. 24. 2012-2013).

3.2 Barnehagens effekt på barns utvikling

I følge Havnes og Mogstad (2009) er barnehagen, etter familien, det viktigste omsorgs-, lek- og læringsarenaen for norske barn i førskolealder. Deres studie om langtidseffekt av barnehager gjort på 70-tallet viser at barnehager for barn i 3-6 års alderen har store positive effekter på barnas utdanningsnivå og arbeidsmarkedstilknytning i voksen alder. Dette gjelder spesielt barn med mødre med lav utdanning. Deres studie viste at sjansen for å fullføre videregående skole økte med 6 % pr barnehageplass og sjansen for universitetsutdanning økte med 7 % pr barnehageplass. I tillegg var sjansen for å motta sosialstønad betydelig redusert blant de som gikk i barnehage (Havnes & Mogstad, 2009). Forfatterne sier videre at en ikke med sikkerhet kan si at det er like stor effekt på barn under 3 år, da alternativet til barnehage ofte er foreldreomsorg, som i den alderen kan være av like stor betydning for barns utvikling.

3.3 Hva bør barnehagen ha fokus på for å fremme læring og redusere sosiale ulikheter i helse?

Språkutvikling: Utvikling av språk i småbarnsalder står sentralt som grunnlag for livslang læring. Både internasjonale- og norske forskingsstudier viser at det språkfundamentet som blir lagt i småbarnsalderen er av avgjørende betydning for både læring og sosial mestring senere i livet (St.meld. nr.20. 2006-2007). Så mye som 10-15 % av alle barn har en språkforsinkelse i småbarnsalder. Det blir derfor viktig å identifisere tidlig og sette inn tiltak for å fremme språkutviklingen. Forsinket språkutvikling kan skyldes arvelige faktorer, skade eller for lite stimulering. Dette gjelder både barn som har norsk som morsmål og barn som har norsk som andre språk (minoritetspråklige). Mye tyder på at barn med minoritetsbakgrunn får høyere kompetanse i norsk dersom de starter å lære det før femårsalderen (St. meld.nr. 16. 2006-2007). Språkutvikling er også viktig for sosial utvikling. Det er en systematisk sammenheng mellom språk mestring og sosial mestring. Barn med språkvansker blir i mindre grad valgt ut som lekekamerat (St. meld.nr. 16. 2006-

2007) og får dermed mindre sosial og språklig trening og det blir en selvforsterkende negativ spiral.

Sosial utvikling: Tidlig erfaring med lek og samspill med andre jevnaldrende har stor betydning for samspillsferdigheten til barnet. Dette gjør barnehagen til en arena for sosial utvikling, læring og etablering av vennskap (St. meld. nr. 41. 2008-2009). Gjennom lek og samhandling med andre, skaper barn leke fellesskap som gir et grunnlag for godt språk og sosial utvikling. Å ha god sosial kompetanse er grunnleggende for relasjon til andre mennesker, og for å følge normer og regler i samfunnet. Barn som utvikler god sosial kompetanse i barnehagen har et godt grunnlag for videre læring i skolen (St. meld. nr. 41. 2008-2009).

Ernæring: Barnehagen er viktig arena for å fremme en sunn og helsefremmende livstil gjennom variert og et godt kosthold (St. meld. nr. 20. 2006-2007). Gode kostholdsvaner tidlig i livet gir gode vaner senere og er med på å forebygge sykdom og uheldige livsstilsvaner (St. meld. nr. 20, 2006-2007). Derfor bidrar et godt kosthold fra tidlige barneår til å legge et grunnlag for helsefremmende atferd helt opp til voksen alder, og kan på den måten være med på redusere sosiale ulikheter i helse. Samdal og Haug (2010) peker på at et godt kosthold og fysisk aktivitet har tre viktige helsefremmende effekter. 1) Optimaliserer helse, fysisk form, vekst og utvikling i barneårene. Et høyt inntak av frukt og grønt sammen med moderat inntak av har stor betydning for barns prestasjoner på skolen. 2) Er med på å etablere sunne helsevaner som opprettholdes livet ut. 3) Reduserer risikoen for kronisk sykdom i voksenlivet.

Fysisk aktivitet: Grunnlag for gode aktivitetsvaner og god helse legges tidlig i barndommen. God fysisk aktivitet sammen med et sunt kosthold er viktig for forebygging av fedme, livsstilssykdommer og sosiale ulikheter i helse. Barn skal ha mulighet for fysisk aktivitet i trygge, men samtidig utfordrende omgivelser. Kroppen er avgjørende for hvordan barn erfarer verden, og det fysiske miljøet blir viktig for barnets helhetlige utvikling (St. Meld.nr. 41. 2008-2009). Lek og allsidig fysisk aktivitet er grunnleggende for barns grunnleggende motoriske utvikling og normal vekst. Det er vist at det er sammenheng mellom det fysiske miljøet og barns fysiske aktivitet (St. meld.nr. 41.2008-2009). Det fysiske miljøet i barnehagen bør stimulere og motivere til fysisk aktivitet og utfoldelse. Dette være seg både fysisk miljø inne og ute (Fjørtoft, 2010).

4.0 Metode

Tema for oppgaven er barnehagen som arena for å redusere sosiale helseforskjeller – en plananalyse.

4.1 Utvalg av kommuner

Datagrunnlaget for prosjektoppgaven er samlet gjennom studier av plandokumenter fra to kommuner i Sogn og Fjordane. Utvalget av kommuner er gjort etter følgende kriterier:

Inklusjonskriterier/eksklusjonskriterier

- Kommunene i Sogn og Fjordane skulle ha en viss størrelse, helst over 7500 innbyggere, etter folketallsberegninger fra Statistisk sentralbyrå. Dette ut fra en «hypotese» om at planer i store kommuner ville være mer omfattende enn i små kommuner og gi et bredere analysegrunnlag.
- Kommunene skulle ha utarbeidet kommuneplan med samfunnsdel etter den nye Plan- og bygningsloven av 01.07 2010.
- Kommunene skulle ha utarbeidet sektorplaner eller lignende på feltet oppvekst/barnehager selv om dette ikke er lovpålagt.
- Ut fra inklusjonskriteriene søkte vi på hjemmesidene til de største kommunene i fylket, og fant to kommuner som fylte alle kriteriene. Oppgavens størrelse avgrenset inklusjon av flere kommuner.

4.2 Kildene/dokumentene

Alle dokumentene er hentet fra offentlige kilder, fra kommunenes egne hjemmesider. Dokumentene er skrevet av kommunen selv og er derfor førstehåndskilder.

Kommune 1: Dokument a: Kommuneplanen sin samfunnsdel 2014 -2018. Vedtatt i bystyret 12.12.2013. Dokument b: Kommunedelplan for oppvekstsektoren 2011-2020.

Kommune 2: Dokument a: Kommuneplan - samfunnsdel 2010-2012 med planstrategi. Vedtatt i kommunestyret 21. 10. 2010. Dokument b: Strategi for Innhold og oppgaver i barnehagen 2011-2014. Vedtatt i kommunestyret 28.04.11

4.3 Kvalitativ dokumentanalyse og litteraturanalyse

Ved dokumentanalyse som metode er data skriftlig nedtegnet materiale. Vi har valgt en kvalitativ tilnærming for å besvare problemstillingen. Duedahl og Jacobsen (2010:20) *hevder at dokumentanalyse "kan byde på mange frugtbare undersøgelser, med mulighet for at nå frem til andre og til tider enda mer retvisende eller fyldestgørende svar end dem de mer gængse*

samfunnsvidenskapelige metoder kan frembringe”. Vi ønsket å se på hvordan kommunene tok opp temaet sosial ulikhet i helse i samfunnsdelen til kommuneplanen, og hvorvidt kommunene gjennom sine sektorplaner er innrettet for å arbeide med å redusere sosiale helseforskjeller i barnehagene. Dokumentanalyse som metode kan anvendes til å se kritisk og undersøkende på dette.

Litteratursøk/litteraturstudie som metode ble benyttet for å utarbeide undersøkelsesspørsmålene som ligger til grunn for plananalysen. Målet med litteraturstudie er å få en bredere forståelse av begreper og utvikle forståelse for undersøkelsesfeltet (Dalland 2000). Som omtalt i kapittel 3 er det ikke «en ferdig oppskrift» på hvordan man skal trekke ut de faktorene som er viktig i arbeidet med å belyse sosiale helseforskjeller. Siden vi ønsket å se systematisk gjennom plananalyse på hvordan kommunene arbeider med sosial ulikhet i sin barnehagesektor søkte vi etter relevant litteratur på nettet for å se etter spørsmål som egnet seg å vurdere dokumentene mot. Da vi ikke fant dette kontaktet vi norske forskere som har arbeidet med sosial ulikhet i helse, for å få hjelp til å finne relevante måleinstrumenter for de faglige spørsmålene, som for eksempel et spørreskjema man bruker for å undersøke sosial ulikhet. Vi fikk tilbakemelding på at det ikke var utviklet noe egnet spørreskjema.

For å besvare spørsmålene i problemstillingen søkte vi med søkeordene «sosiale ulikheter i helse», «barnehage som arena for å redusere/utjevne sosial ulikhet», «folkehelsearbeid og sosial ulikhet», «årsaker til sosial ulikhet», «barnehage som folkehelsearena» på norsk og engelsk i Bibsy, Cochrane, Medcare og Google Scholar. Vi fant noen relevante artikler. I tillegg til disse artiklene har vi benyttet offentlige dokumenter som NOU-er, Stortingsmeldinger og pensumslitteratur for Helse i planstudiet. Vi utformet undersøkelsesspørsmål (se pkt 4.4) på grunnlag av søkeresultatene.

4.4 Analysespørsmål til dokumentanalysen:

For å kunne svare på problemstillingen utviklet vi ulike vurderingss spørsmål. Som nevnt i punkt 4.3 utformet vi spørsmål for plananalysen på grunnlag av gjennomgang av relevant litteratur. Vi kom frem til fem ulike spørsmål for å vurdere sektorplanene. For å vurdere sosial ulikhet i helse inn mot kommuneplanen sin samfunnsdel utviklet vi tre spørsmål.

Samfunnsdelen til kommuneplanen:

- Viser kommunen i samfunnsdelen til nasjonale forventinger eller lovverk når det gjelder arbeidet med å redusere sosiale ulikheter i helse?
- Definerer planen sosiale ulikheter? Foretar kommunen en vurdering av hva det innebærer å redusere sosial ulikhet i helse?

- Vises det i dokumentene hvordan kommunen vil følge opp arbeidet med å redusere sosiale ulikheter gjennom strategier, mål og tiltak særlig med vekt på oppvekstsektoren?

Sektorplan/barnehager: Faglige undersøkelsesspørsmål

- Språkstimulering og læring for alle barna i barnehage. Hva formidler planen?
- Mestring, sosial kompetanse og medbestemmelse for alle barna. Hva formidler planen?
- Helsevaner (fysisk miljø, fysisk aktivitet, matvaner osv.) Hva formidler planen?
- Kompetanse hos ansatte. Hva formidler planen?
- Øke deltakelse i barnehagen til å gjelde alle barn. Hva formidler planen?

Overgang til skole og samarbeid om dette er også et relevant tema som kunne hatt med, men vi har valgt det bort, da vi ønsket å fokusere på det som blir gjort i selve barnehagen og ikke hvem barnehagen samarbeider med.

4.5 Metoderefleksjoner

Om utvalg av kommuner og planmateriale

Når vi valgte ut kommunene søkte vi på de ulike nettsidene til kommuner med over 7500 innbyggere i Sogn og Fjordane. Få kommuner hadde ferdig både kommuneplanen sin samfunnsdel og delplan for oppvekstsektoren. De to kommunene vi inkluderte i analysen hadde grundige og utfyllende planer. En kan stille spørsmål ved om vi gjorde et grundig nok søk, eller om vi sa oss fornøyd når vi fant to kommuner som oppfylte kriteriene og avsluttet søket da. Utvalget av kommuner med over 7500 innbyggere Sogn og Fjordane er også begrenset. Selv om søket var noe tilfeldig vurderte vi hjemmesidene til de fleste store kommuner i Sogn og Fjordane. Oppgavens størrelse avgrenset også antall kommuner. Planer fra to ulike kommuner gav oss et sammenligningsgrunnlag i arbeidet.

En kan også være kritisk til kvaliteten på det materialet vi har funnet. Det var stor forskjell på omfanget og hvor oversiktlig planene var i kommunene. Kommune 1 hadde en oppvekstplan på 80 sider, mens kommune 2 hadde en egen strategiplan for barnehager på 5 sider. Vi synes allikevel vi har fått mye ut av dokumentene. Det kan også stilles spørsmål ved om samfunnsdelen og delplan for barnehage/oppvekst er de dokumentene som gjenspeiler best hva kommunen tenker om barnehagen som arena for å redusere sosial ulikhet i helse. I etterkant har vi reflektert over at vi kunne fått en bredere forståelse mellom det planene formidler og hvordan anvendelse av dokumentene er i praksis. Intervju av ansatte i barnehagene ville fått frem stemmen til de som arbeider der, og gitt mulighet til å undersøke hvordan kommunen bruker planene i praksis. Vi synes allikevel vi har fått mange svar gjennom å gjøre en grundig dokumentanalyse, selv om analysen ikke

gjenspeiler hva som faktisk blir gjort i praksis. Vårt mål var å undersøke hvordan de som utarbeidet planer i kommunen beskriver barnehage som en arena for sosial utjevning i helse og dette mener vi gjenspeiles i kommuneplanene. Vår undersøkelse er fra kun to kommuner, med en gitt beliggenhet og størrelse. Funnene handler først og fremst om disse kommunene sine dokumenter. Vi kan ikke på grunnlag av disse funnene generalisere til andre norske kommuner.

Siden ingen av oss verken har utarbeidet eller fremmet planene er vi alle nøytrale parter. Dette er en fordel i dokumentanalyse. I mange kvalitative metoder er forskeren en direkte iakttaker, men ikke når det gjelder dokumentanalyse. Vi har derfor hatt mulighet til vurdering av plandokumentene kritisk og undersøkende uten bindinger.

Det bør også vurderes kritisk om analysespørsmålene våre er dekkende for det vi ville undersøke. Vi synes vi i begrunnet valgene godt i teoridelen og i delen som går på tidligere forskning på området. Litteratursøket kunne kanskje vært litt mer strukturert da det er utført av ulike personer på ulike tidspunkt. Flere av de forskningsartiklene vi har brukt har vi fått tilsendt av fagpersoner som jobber på feltet. Selv om vi har vært flere som har gjort litteratursøk på ulike tidspunkt, så er dokumenter og artikler vi har funnet stort sett sammenfallende. Dette styrker vår tillit til at vi har vært innom mye av det som finnes av relevant litteratur og fått en god oversikt over fagfeltet.

Når det gjelder selve analysen av dokumentene var vi noen ganger usikre på hvilken kategori vi skulle plassere sitatene fra dokumentene i. Det samme temaet var omtalt flere ganger i dokumentene og kunne passet i flere kategorier. Vi har derfor plassert sitatene i ulike kategorier, slik at temaene har blitt satt inni i flere av våre analysekategorier og poenget til kommunene har kommet tydelig fram.

5. Resultat

I resultatdelen presenterer vi først et sammendrag fra kommuneplanen sin samfunnsdel og delplanene for barnehage/oppvekst. Fullstendige sitat og en mer utfyllende resultatdel fra kommuneplanene ligger som vedlegg til oppgaven. Vi har valgt å kalle kommunene kommune 1 og kommune 2. I direkte sitat fra planene har vi skiftet ut kommunenavn med kommune 1 og 2.

Deretter vurderer vi dokumentene for å svare på oppgavens problemstilling. Vi har i kommuneplanen sin samfunnsdel sett hva planen sier om sosiale ulikheter i helse. Vi har sett på hvilke strategier, mål og tiltak kommunene har i forhold til arbeid med å redusere sosiale ulikheter i helse. I kommunedelplanen for oppvekst/barnehager har vi sett på hva planen sier om sosiale ulikheter i helse, språkstimulering og læring, mestring og sosial kompetanse, helsevaner, kompetanse hos ansatte og tiltak for å øke barnehage deltakelsen.

5.1 Kommune 1:

5.1.1 Samfunnsdelen:

Sosial ulikhet nevnes som et av ti hovedinnsatsområder for planperioden 2014-18 i kommuneplanens samfunnsdel. Kommunen vil *«Forsøke å hindre at det oppstår sosiale ulikskaper»*, med begrunnelse i at Norge er en velferdsstat. Tre hovedkilder til sosiale forskjeller og reproduksjon av marginale grupper i samfunnet nevnes: Skole, arbeid og fritid. Det viktigste målet på sosioøkonomisk status oppgis som utdanning, yrke og inntekt. Kommunen skal gjennom ulike veivalg møte framtidsutfordringene. Mellom annet nevnes utjevning av sosiale forskjeller som en overordnet verdi. Målet skal nås ved å løfte de svake gruppene. Et virkemiddel her er å gi ulike tilbud for å kunne gi like muligheter. Innsats rettet mot skole og barnehage er et annet veivalg. *«Det skal vere legitimt å behandle barn ulikt for at dei skal kunne lykkast i skulen, med mål om utjamning av sosial ulikskap»*.

Kommunen har også satt oppvekst som eget hovedpunkt i kommuneplanens samfunnsdel. En bruksplan for barnehage- og skolebyggene skal utarbeides, hvor man også skal ta hensyn til kvalitet i opplæringstilbudet.

5.1.2 Delplan: Oppvekstsektoren

Kommune 1 har en felles omfattede oppvekstplan for både skoler og barnehager på over 80 sider. Det som angår barnehager er fordelt utover i ulike kapitler med ulike temaer. Vi presenterer her det vi mener er mest relevant.

Sosial ulikhet i helse

Kommune 1 har i kapittel 3 i oppvekstplanen «Barnehage som læringsarena». Her står at barnehager kan være med å bidra til utjevning av sosiale ulikheter gjennom å være en læringsarena.

Språkstimulering og læring

Kommune 1 har stort fokus på språkstimulering og har plan for språkarbeid for barnehagene i kommunen. Denne planen er på over 40 sider, med konkrete planer og tiltak for språkstimulering for barn i ulike aldre. Planen inneholder en kalender for fokusområder i de ulike månedene i året og for de ulike alderstrinnene. Dette slik at barnehagepersonalet aktivt kan stimulere språk hos alle barn i ulik alder i ulike situasjoner gjennom dagen. Barnehagen blir framhevet som en viktig læringsarena gjennom "Barnehage som læringsarena" som hovedoverskrift i delplanen. I planen står det at kommunen har visjoner om å skape et godt læringsmiljø etter barnehageloven, "læringsmiljøet i barnehagene skal være trygt, utfordrende, stimulerende og omsorgsfullt."

Mestring, sosial kompetanse og medvirkning

Kommune 1 har mobbing som et sentralt tema i kommunedelplanen om oppvekst. Kommunen har en visjon om en kommune fri for mobbing og krenking. I planen står det at kommunen er opptatt av barns rett til medvirkning, i tråd med FN sin barnekonvensjon.

Helsevaner (fysisk miljø, fysisk aktivitet, matvaner)

Det går frem av oppvekstplanen for kommune 1 at fokus er mest på arbeidsmiljø og sikkerhet når det gjelder den fysiske utforminga av barnehagen, og at dette skal være med å fremme helse og trivsel. Barnehagene skal være universelt utformet. Barnehagene skal fremme et sunt kosthold både i barnehagen og gjennom dialog med heimen. Men hver enkelt barnehage må velge hvordan de vil arbeide med kosthold. Det går også fram i oppvekstplanen at måltidene skal være en sosial arena som fremmer felleskap og sosial kompetanse.

Kompetanse hos ansatte

Kommune 1 er svært opptatt av kompetanse og rekruttering av kompetent personell til barnehagene. Gjennom et fremtidsrettet perspektiv skal rekruttering av kompetent personale sikres. Samtidig skal kompetanse hos de som allerede jobber i barnehagene heves. I følge oppvekstplanen er det en sammenheng mellom kompetanse hos personalet og kompetanse hos barna. Barnehagene skal følge minimumskriterier for bemanning. Kommunen ønsker også å ansette en kjøkkenassistent i alle barnehagene.

Øke deltakelsen i barnehagen til å gjelde alle barn

Kommune 1 er opptatt av at alle som ønsker det skal får barnehageplass, ved full barnehagedekning til de som ønsker det og har rett på plass.

5.2 Kommune 2

5.2.1 Samfunnsdelen:

Sosiale ulikheter er nevnt under folkehelse som ett tverrgående tema i kommuneplanen sin samfunnsdel. I teksten står det at sosiale forskjeller fører til helseforskjeller mellom grupper i samfunnet og at dette kan knyttes til at grupper med lav utdanning og lav inntekt har høyere dødelighet enn de med høyere utdanning og inntekt. Det nevnes ikke noen spesifikk strategi, bortsett fra at «*Vi bør arbeide for å jamne ut dei sosiale skilnadane*». Og at mulighet for resultat knyttes til tiltak som gjør at innbyggerne lettere kan ta ansvar for egen helse.

Kommune 2 har «*Gode bo- og oppvekstvilkår*» som eget temaområde i samfunnsdelen. Her er barnehagen gitt et eget delmål «*Barnehagen skal gje tilpassa og likeverdig pedagogisk tilbod til alle*». Under temaområdet «*Natur, kultur og friluftsliv*» blir aktivitet for barn i alle aldre trukket fram som folkehelseiltak.

5.2.2 Delplan: Strategi for innhald og oppgåver i barnehagen

Delplanen til kommune 2 er på 5 sider og omfatter kun barnehager.

Sosial ulikhet i helse

Sosiale ulikheter blir ikke nevnt i delplanen til kommune 2.

Språkstimulering og læring

Kommune 2 viser i barnehageplanen til at språkutvikling er viktig for barn, som avgjørende for barns videre utvikling, både sosialt og emosjonelt. Det står at språk er viktig grunnlag for videre læring og deltakelse i fellesskapet. De ønsker å fremme dette med varierte og positive erfaringer med språk, og lære seg å bruke språket som kommunikasjonsmiddel og til å utrykke egne tanker og følelser.

Barnehagene skal kartlegge språkkompetanse hos barna. Personalet skal støtte barn med kommunikasjonsvansker eller som har forsinket språkutvikling. Kommunen er opptatt av å fremme morsmål hos minoritetsspråklige, men også å utvikle den norskspråklige kompetansen hos minoritetsspråklige.

I kommune 2 sin barnehageplan står det at læring i barnehage foregår i både formelle og uformelle situasjoner, og en må ta utgangspunkt i barnas interesser. De er opptatt av å bruke naturen som læringsarena.

Mestring, sosial kompetanse og medvirkning

Det går frem at kommune 2 gjennom sin barnehageplan er opptatt av mestring, sosial kompetanse og medvirkning. I planen står det at å utvikle sosial kompetanse hos barn kan være forebyggende for barna sin psykiske helse. I kommunedelplanen står det også at god sosial kompetanse kan være med å motvirke diskriminering og mobbing. Gjennom varierte opplevelser, samspill og følelsesmessige

opplevelser skal barn erfare glede, omsorg, lek og humor. Gjennom fysisk aktivitet og lek skal barn oppleve mestring og felleskap. Barnehagene skal ha en konkret strategi for hvordan legge til rette for barn og foreldre sin medvirkning.

Helsevaner (fysisk miljø, fysisk aktivitet, matvaner osv.)

Kommune 2 ser ut til å mene at barnehagen kan være med å legge et godt grunnlag for motorisk utvikling, livskvalitet og helse. Dette gjennom å legge til rette for god motorisk utvikling og fysiske vaner, og å gi barna innsikt i hvordan en skal ta vare på helse og gi livskvalitet. Barnehagene skal bruke naturen som en arena for læring, mestringsglede og fysisk aktivitet. Barna skal være fysisk aktive hver dag og være ute hver dag. Personalet skal være fysisk aktive sammen med barna. Barnehagene skal hjelpe til å identifisere barn med forsinket motorisk utvikling. De skal også samarbeide med foreldrene om et sunt kosthold i barnehagen. Barna skal lære og forstå hvor viktig det er med et sunt kosthold.

Kompetanse hos ansatte

Det går frem av kommune 2 sin barnehageplan at de synes det er viktig med kompetanse hos de ansatte og har utviklet en egen kompetanseplan for barnehager. Planen setter kompetanse hos de ansatte i sammenheng med kvalitet i barnehagen. De viser til at det er viktig at personalet reflekterer over egne handlinger og at de ansatte er rollemodeller for barna. Kommunen ønsker at de ansatte skal få økt kompetanse på psykisk helse for å kunne se tidlige tegn på psykiske vansker.

Øke deltagelse i barnehage til å gjelde alle barn

I barnehageplanen til kommune 2 står det lite om hvordan kommunen skal øke barnehagedeltakelsen, det eneste som står er at barnehagene skal ha plass til alle.

6. Diskusjon

6.1 Diskusjon av kommuneplanen sin samfunnsdel

Vi ønsket å undersøke om kommunene tok inn i samfunnsdelen at å redusere sosial ulikhet i helse en nasjonal forventning til kommunal planlegging. Kommune 1 erkjenner sitt ansvar på området gjennom å sette sosial ulikhet inn som ett hovedtema for planperioden 2014-18. *«Vi skal forsøke å forhindre»* at det oppstår store sosiale forskjeller i samfunnet. Sosial ulikhet knyttes ikke spesifikt til Plan- og bygningsloven eller til folkehelsearbeidet i dokumentet. Den tverrsektorielle tilnærmingen ser ut til å mangle ved at strategiene i de andre temaene i samfunnsdelen som for eksempel oppvekst ikke knyttes til arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Kommune 2 knytter sosial ulikhet til folkehelsearbeidet, og bruker formuleringen *«Vi bør arbeide for»* å utjevne de sosiale forskjellene. Kommunen har som mål for folkehelsearbeidet at de skal være en av de fremste kommunene i landet på fysisk aktivitet og folkehelse. Kommunen løfter folkehelse og arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller inn som et tverrgående tema i tråd med nasjonale forventninger (fhl § 1). Det er imidlertid vanskelig for leseren av plandokumentet å se hvordan kommunen vil gjøre dette i praksis. Folkehelse nevnes senere kun i forbindelse med idrett og friluftsliv. Sosial ulikhet knyttes heller ikke direkte opp mot relevante temaer som for eksempel bo- og oppvekstvilkår.

I følge Amdam (2002) handler kommuneplanlegging både om egen virksomhetsplanlegging og om samfunnsplanlegging. En kan derfor stille spørsmål ved om kommunene har en god forståelse av sin samfunnsrolle i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Ved bruk av formuleringen til kommune 1 *«Skal forsøke»* og kommune 2 *«Bør arbeide med»* kan det se ut som man gjennom dokumentene etablerer avstand til hvordan arbeide med å utjevne eller redusere sosiale helseforskjeller i egen kommune. Lovformuleringene både etter Plan- og bygningsloven (§ 3-1) og Folkehelseloven (§1) inneholder en klar forventning ved formuleringen skal. Samtidig er det positivt at begge kommunene, på ulike måter, viser til at arbeidet med å redusere sosiale ulikheter er et innsatsområde i kommunal planlegging.

Vi ønsket også å se om kommunene gjennom samfunnsdelen av kommuneplanen definerer sosial ulikhet i helse og i tilfelle hvordan. Ingen av kommunene definerer sosial ulikhet i helse tydelig. Kommune 2 viser til at konsekvensene av sosiale forskjeller *«Fører til helseskilnader mellom ulike grupper i samfunnet»*. Kommune 1 fastslår at det viktigste målet for *«Sosioøkonomisk status er utdanning, yrke og inntekt»* uten å knytte dette opp mot sosial ulikhet. Kommunene bruker heller ikke sosial ulikhet i helse eller sosiale helseforskjeller i formuleringene, kun sosial ulikhet. Dette er interessant med utgangspunkt i at Plan- og bygningsloven bruker formuleringen *«Å motvirke sosiale helseforskjeller»*, mens Folkehelseloven bruker *«Utjevne sosiale helseforskjeller»*. Det framkommer

tydelig at det er snakk om helseforskjeller. Dette kan indikere at begrepet er vanskelig tilgjengelig eller komplekst å ta inn i kommuneplanleggingen. Kan dette skyldes at virkemidlene er uklare? Kommunene har de senere årene er blitt pålagt å utjevne sosiale ulikheter i helse gjennom ulike tiltak, samtidig som de virkemidlene som kan benyttes i dette arbeidet ikke presenteres like tydelig fra nasjonale myndigheter (Østfoldhelse, 2012).

Vi vurderte også hvordan kommunen i samfunnsdelen til kommuneplanen vil følge opp arbeidet med å redusere sosial ulikhet gjennom strategier, mål og virkemidler innenfor oppvekstfeltet. Foreslår kommunen virkemidler rettet mot utsatte grupper, eller er kommunen opptatt av de bakenforliggende forhold som kan føre til slik ulikhet? Eller er det litt begge deler? Begge kommunene knytter forståelse av sosial ulikhet til sosioøkonomisk status. Ingen av kommunene viser til at ulikheter går gjennom hele befolkningen som en gradient, gjennom at man har gjennomsnittlig dårligst helse til lavere sosialt plassert man er. Kommune 2 er inne på at de med lavest utdanning og lav inntekt har høyere dødelighet enn de med høyere utdanning, men uten at dette knyttes inn i egne målformuleringer.

Kommune 1 har innarbeidd både overordnet visjon «*Har intensjon om å jamne ut sosial ulikskap ved å løfte dei svake gruppene*» og en verdi «*Skal legge til rette for eit samfunn som motverkar reproduksjon av sosial ulikskap*» inn i plandokumentet. Det er positivt at kommunen har valgt å utforme visjon og verdier for arbeidet. Arbeidet med utjevning må utvikles i tråd med en organisasjon sine verdier og holdninger, skal man styre effektivt mot målene (Østfoldhelse, 2012). Formuleringene tyder på at kommune 1 sitt arbeid med sosial ulikhet i helse er knyttet til en risikotilnærming for å bedre helse hos de allerede svake gruppene. Er det god dokumentasjon for at det er de svakeste utsatte gruppene med dårligst helse som representerer hovedutfordringen for kommune 1? Eller kunne kommunen vinne mer på å bruke andre virkemidler i arbeidet som fysiske, økonomiske og juridiske strukturer? Tilnærmingen kan ligne på hvordan helsetjenestene tradisjonelt tenker rundt forebyggende arbeid. Tilnærmingen kan også til en viss grad knyttes i en helseforståelse som handler om å sette inn en innsats for å forebygge mer uhelse for de få eller de som allerede er i risikogruppene.

Samtidig går man i plandokumentet bakover i årsakskjeden og knytter innsatsen for å utjevne sosiale helseforskjeller inn mot arenaene skole, arbeid og bustad. Men risikotilnærmingen opprettholdes. Skal «*... ha ein skule og barnehage med mot til å identifisere barn som er i ferd med å falle utanfor og som har behov for ekstra innsats. Skal vere legitimt å behandle barn ulikt for at dei skal kunne lykkast i skulen, med mål om utjamning av sosial ulikskap*». Vår litteraturgjennomgang viser at gode barnehager er med å skape forutsetninger for mestring og gjennomføring av senere skolegang

(Havnes & Mogstad, 2009). Innretningen i arbeidet i denne kommunen er ikke rettet mot alle barn, kun noen få. Kommune 1 har også oppvekst som eget tema i samfunnsdelen til kommuneplanen med innsatsområder som nettverksbygging mellom barnehage og skole og kvalitet i opplæringstilbudet. Dette er ikke knyttet til arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller i plandokumentet. At sosiale ulikheter i helse hovedsakelig skyldes forhold i og ved samfunnet (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014) blir ikke vurdert i denne kommunen sine dokumenter.

Vi kan ikke lese av dokumentene om kommune 2 har en visjon for arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Det framgår ikke av dokumentet hvor kommunen vil. Bortsett fra at «...*sjølv om utfordringane er mange, så er det mogeleg å oppnå resultat*» og ved helsefremmende tiltak skal «*Innbyggjarane sjølve ta større ansvar for eiga fysisk og psykisk helse*». Dette kan tolkes som den innsatsen som er tenkt rettet mot innbyggerne holdningsskapende arbeidet rettet mot befolkningen. En utfordring knyttet til arbeidet med å minke sosiale helseforskjeller når folk selv alene skal ta ansvar for egen helse, er at slike strategier virker best på de som allerede har best helseforutsetninger fra før (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014). Også kommune 2 har flere temaområder i samfunnsdelen som kunne vært knyttet opp til strategier for utjevning av sosiale helseforskjeller. Kommunen har for eksempel barnehagen som innsatsområde under temaet «*Gode bo - og oppvekstvilkår*». Her nevnes delmålet om «*At barnehagen skal gje tilpassa og likeverdige pedagogisk tilbud til alle*» og strategien «*Arbeide for å kunne gje tilbod til alle barn som ønskjer barnehageplass*». I motsetning til kommune 1 så rettes innsatsen her mot alle barn. Selv om tiltakene som nevnes i seg selv kan bidra til måloppnåelse, vil det sannsynligvis også for denne kommunen bli vanskelig å se om tiltakene har bidratt til å redusere sosiale helseforskjeller når de ikke settes inn i en kontekst. Det kan se ut som kommune 2 har med den helhetlige tilnærmingen, men «*sliter*» med å sette arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller inn i en strategisk ramme.

Hvordan kommunene er kommet frem til strategier, mål og satsingsområder er vanskelig å se. Er det foretatt analyser av helsetilstanden til befolkningen i kommunen etter folkehelseloven for å få frem et kunnskapsgrunnlag i arbeidet med kommuneplanen? Plananalysen viser at begge kommunene har omtalt sosial ulikhet i samfunnsdelen til kommuneplanen, men med noe ulike tilnærminger. Kommunene velger også noe forskjellige tilnærminger for mål og strategier knyttet til barn/unge. Kommune 1 velger innsats mot de svakeste og har en risikoinnretting på satsingen sin. Kommune 2 har en tilnærming rettet mot befolkningen, uten at de spesifikke delmålene og strategiene knyttes til arbeidet med å utjevne sosiale ulikheter. Uansett valg av virkemidler må disse være målrettet skal de ha effekt. Vi er noe usikre etter gjennomlesingen av planene på om innsatsområdene som er valgt er de riktige for å redusere utviklingen av sosial ulikhet i helse i disse lokalsamfunnene.

6.2 Diskusjon av delplanene

6.2.1 Sosial ulikhet i helse

Vi har tatt for oss oppvekstplanen/barnehageplanen til to kommuner for blant annet å se etter om kommunene framstår som bevisste barnehageeiere for å redusere sosiale ulikheter i helse. Barnehager er en viktig arena for å redusere sosiale ulikheter i helse. Begge kommunene har nevnt sosial ulikhet som innsatsområder i kommuneplanen sin samfunnsdel. Kun kommune 1 viser til barnehagen som arena for å bidra med utjevning av sosial ulikhet gjennom å være en læringsarena. Dette drøftes nærmere under pkt. 6.2.2. I oppvekstplanen til kommune 2 vises det til både lovverk, rammeplaner og stortingsmeldinger, uten at mål og tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse blir nevnt. Samtidig blir det formidlet i plandokumentet at kommunen ønsker et folkehelseperspektiv ved å tenke generelle tiltak for alle barn som også vil være positive for de som trenger det mest.

6.2.2 Språkstimulering og læring

Begge kommunene ser ut til å ta språkstimulering og barnehage som læringsarena på alvor. De ser at god språkstimulering legger grunnlag for barns utvikling og livslang læring. I kommune 2 sin strategiplan for barnehager står det:

“Ved hjelp av språk lærer barnet å forstå seg sjølv og omverda. Dette er avgjerande for barnet si vidare utvikling – både intellektuelt, sosialt og emosjonelt. Tidleg og god språkstimulering handlar om å gje barn eit godt og reflektert grunnlag for å lære og for å delta aktivt i fellesskapet.”

Kommune 1 har utarbeidet en egen plan for språkutvikling i barnehagen. Gjennom en omfattende, grundig og detaljert plan for barnehagenes arbeid med språkutvikling, har kommunen satt språk på dagsorden. Kommunedelplan for oppvekstsektoren til kommune 1 er også lang og omfattende. Det er vanskelig ved lesing av denne å se hva kommunen virkelig ønsker at barnehagene skal fokusere på. Det er derfor viktig at kommunen har utarbeidet en egen plan for språkarbeid i barnehagene. En kan stille spørsmål ved om planen blir litt for detaljert og vanskelig å følge opp i en travel barnehagehverdag. Likevel bidrar nok planen-til at barnehagen blir bevisst sitt ansvar for språkstimulering.

Ingen av kommunene ser språkstimulering i direkte sammenheng med å redusere sosiale ulikheter i helse, men knytter dette til læring. Forskjeller i utdanning og yrke er faktorer som er med på å skape sosiale ulikheter i helse. God språkstimulering er en viktig faktor for å fremme livslang læring, utdanning og karrieremuligheter. Teorien om multiplikatoreffekten for læring viser hvordan førskoletiltak virker inn på hvordan barnet lærer det første året på skole, som igjen virker inn på andre året osv. (Havnes & Mogstad). Et barn med velutviklet språkforståelse ved skolestart lærer mer fordi et godt språk gjør læring lettere (Havnes & Mogstad, 2009). Språkstimulering er altså

helsefremmende gjennom at det kan være med på å forlenge utdanningsforløpet til den enkelte.– Siden ikke kommunen på et overordnet nivå knytter arbeidet med språkstimulering til arbeid med å redusere sosiale ulikheter i helse, kan man ikke forvente at barnehagepersonalet skal være dette ansvaret bevisst.

Kommunene er også opptatt av å kartlegge språk og identifisering av barn med forsinket språkutvikling. I kommune 2 sin strategiplan for barnehager står det:

"Barnehagen skal ha kompetanse, rutinar og gode system for å kartlegge borna sin språkkompetanse."

Tiltak tidlig er viktig for å fremme språkutviklingen. Kommune 2 retter ekstra fokus på minoritetsspråklige barn. I Kommune 2 sin strategiplan for barnehager står det:

"Barnehagen skal støtte at borna brukar morsmålet sitt, og samstundes arbeide aktivt med å fremje den norskspråklege kompetansen til borna."

Dette er bra for det viser seg at minoritetsspråklige barn må ha 5-7 års erfaring med undervisningsspråket for å kunne ha like god nytte av undervisningen som majoritetsspråklige (St. Meld. nr. 16, 2006 -2007). Barnehagedeltakelse for minoritetsspråklige barn før de begynner på skolen gir god og lang erfaring med undervisningsspråket, og bidrar til en god start på utdanningsløpet. Det er spesielt viktig med språkstimulering både for barn med forsinket språkutvikling og for minoritetsspråklige barn.

Spørsmålet er hvor mye barnehagen bør satse på risikostrategier i forhold til generelle tiltak rettet mot alle barna. Folkehelseloven viser til at ingens helse skal bli dårligere. Det er derfor viktig med generelle og strukturelle tiltak som løfter frem alle (Sunne kommuner, 2012). Nettverket 'Sunne kommuner' påpeker at det i noen tilfeller kan være viktig med tiltak mot risikogrupper, men at en da må være klar over at en da jobber med å fjerne et problem isteden for å jobbe med problemets grunnleggende årsaker (2012). Det ser ut som denne kommunen legger vekt på at språkstimulering er viktig for alle barn, men de har også et stort fokus på å identifisere og jobbe med barn med forsinket språkutvikling. Risikotiltak til få barnehagebarn bør kanskje komme i bakgrunnen for språkstimuleringsarbeid rettet mot alle barna i barnehagen.

6.2.3 Mestring, sosial kompetanse og medvirkning

Barn som utvikler god sosial kompetanse i barnehagen har et godt grunnlag for videre læring i skolen (St.meld. nr. 41, 2008-2009). Barnehagen er en arena som bør legge til rette for utvikling av god sosial kompetanse. Delplanen til kommune 1 fokuserer på dette gjennom å hindre mobbing, gjennom en visjon om at:

“Kommune 1 er fri for mobbing og krenking, og har eit psykososialt miljø som fremjar helse, trivsel, livsglede og læring.” (S.36).

Kommunen har et fokus på et mobbefritt miljø noe som blir nevnt gjentatte ganger. Det er selvsagt viktig for et godt psykososialt miljø at det ikke foregår mobbing., Men blir ikke dette fokuset litt for snevert? Barns sosiale kompetanse blir utviklet gjennom samhandling og lek med andre barn (St. meld. nr. 41, 2008-2009), ikke bare i fravær av mobbing. Kommune 2 har en noe bredere tilnærming for å fremme sosial kompetanse. De ser på det å styrke sosial kompetanse som en måte å fremme psykisk helse. I kommune 2 sin strategiplan for barnehager står det:

“Barnehagen er ein viktig arena for sosial utvikling, læring og etablering av venskap. Å utvikle borna sin sosiale kompetanse er godt førebyggjande arbeid for borna si psykiske helse.”

Dette er vel og bra, men kan en skille mellom psykisk og fysisk helse? Vil ikke det som er bra for psykisk helse også være bra for fysisk helse og omvendt? Det psykiske og fysiske henger tett sammen og det er umulig å dele menneske i to på denne måten. Vi er alltid til stede, både med vår psyke og kropp, og vi er alltid begge deler hele tiden (Thornquist, 2003). Å bruke et helsebegrep som innebærer noe mer en fravær av sykdom innebærer også at en mer helhetlig tilnærming til mennesket, ikke enten til kropp eller psyke (Roxendal, 1987).

Mestring og mestringsglede er et helt fraværende fokus i kommunedelplanen til kommune 1. Mestring og læring henger tett sammen. Gode mestringserfaringer er også med på å styrke utholdenhet i motgang (St. Meld.nr. 16, 2006-2007). Er med på gi en opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2000) og kan på den måten være med på gi bedre helse. Kommune 2 har fokus på at barna skal få god mestringsopplevelse, da særlig gjennom fysisk aktivitet og nærhet til naturen. I kommune 2 sin strategiplan for barnehager står det:

“Gjennom arbeid med kropp og rørsle skal barnehagen bidra til at borna får ei positiv sjølvopfatning gjennom kroppsleg meistring.”

Kippe (2010) sier at bevegelsesglede og mestringsglede henger sammen. Mer bevegelse fører til bedre motorikk, som igjen gjør det lettere å være med i lek og utvikle sosial kompetanse. Barn som har fått rik stimulering av sine sosiale, motoriske, språklige, kognitive og emosjonelle ferdigheter, vil ha et forsprang ved skolestart (St.meld. nr. 16, 2006-2007). Alt dette legger grunnlag for å komme inn i en positiv læringspiral, samtidig som det skaper en glede med å være fysisk aktiv og gir gode helsevaner (Kippe, 2010).

Begge kommunene ønsker å legge vekt på barna sin medvirkning. Kommune 1 skriver i oppvekstplanen at:

“Barn sine synspunkt skal vektleggast etter barnet sin alder og modning. Slik skal barna førebuast til

å delta i eit demokratisk samfunn. Barnehagepersonalet følger opp FN's barnekonvensjon om barn's rett til medverknad, og har rutiner som sikrar at alle barn blir sett og høyrte." S.38.

Dette er i tråd med Plan- og bygningsloven § 5-1 som sier at kommunen skal sikre aktiv medvirkning hos barn. Medvirkning er og i tråd med empowerment/myndiggjøring tenkningen. Gjennom myndiggjøring skal individ og grupper ta i bruke ressurser til å håndtere sine egne utfordringer. Det å utvikle troen på egne evner til å påvirke og kontrollere hendelser i eget liv er en viktig del av myndiggjøring. Det vil si at en bør styrke den enkeltes tro på en selv, som kan bidra til økt makt og mestring både personlig og kollektivt til å påvirke sin egen situasjon, samtidig som en utvikler evne til å ta initiativ og handle (Askheim, 2003). Gjennom handling og mestring kan en være med på å ta ansvar for egen helse. Dette er i tråd med definisjonen på helsefremmende arbeid som handler om å sette individ og felleskap (samfunnet) i stand til å øke sin kontroll med faktorer som virker inn på helsen, slik at en kan få bedre helse (Nutbeam, 1986).

Kommune 1 legger altså vekt på medvirkning, men lite vekt på mestring hos barn, hva kan dette føre til? Både mestring, sosial kompetanse og medvirkning er viktige bidrag til å redusere sosiale ulikheter i helse. Å ta vekk en av komponentene viser til et helsesyn som ligger nærere den biomedisinske modellen for helse. Dersom en tenker at mestring er en del av helsebegrepet, så handler helse om ressurser til å takle hverdagen der helse er en subjektiv oppfatning. Hvordan en har det går mer på hvilke ressurser en har til rådighet og kan mobilisere. Dersom en vil redusere sosiale ulikheter i helse blir det viktig å ha et helhetlig helsesyn, og ta utgangspunkt i den sosiale modellen for helse. I Dahlgreen og Whitehead (1991) sin sosiale helsemodell blir barnehager en samfunnsarena hvor barns individuelle forutsetninger utfordres, hvor nettverk skapes, hvor barn opplever verdien av sosial støtte utenfor familien. I arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller og bygge framtidig helse for barn, er barnehagen som arena til å påvirke positive helseressurser av særlig betydning, også gjennom gode mestringsopplevelser, ikke bare i fravær av mobbing.

6.2.4 Helsevaner

Helsevaner kan forstås som produkt av en oppvekst i en familie som tilhører en gitt sosial posisjon i samfunnet (Mæland, Elstad, Næss & Westin, 2009). Gjennom delplanen er Kommune 1 opptatt av sikkerhet, godt arbeidsmiljø og universell utforming. Kommunen vil at barna sitt fysiske arbeidsmiljø skal virke positivt og fremmende på helse og trivsel. I oppvekstplanen til kommune 1 står det:

"Både ute-og innetilhøve er trivelege og har utforming som førebyggjer risiko for ulykker og helseskadar. I kommune 1 verker barna sitt fysiske arbeidsmiljø positivt og fremjande på helse og trivsel."

Det kan sees på som noe snevert av kommune 1 bare å fokusere på sikkerhet, arbeidsmiljø og universell utforming for å fremme fysisk aktivitet hos barn. Selv om dette er viktige områder å ha fokus på også, er det også innen disse områdene det er lovkrav. Det er vist at det er sammenheng mellom det fysiske miljøet og barns fysiske aktivitet (Fjørtoft, 2010). Det blir derfor viktig at det fysiske miljøet i barnehagen stimulerer og motiverer til fysisk aktivitet og utfoldelse. Dette være seg fysisk miljø både inne og ute (Fjørtoft, 2010). Er sikkerhet og universell utforming alene nok til å stimulere til fysisk aktivitet?

Kommune 1 viser til lover og retningslinjer for kosthold. Det står i oppvekstplanen at barnehagen har et profesjonelt ansvar for å legge til rette for at barn i barnehage får gode kostvaner og at et eventuelt mattilbud er helsefremmende. Kommunen ønsker en god dialog med hjemmet om sunt kosthold, men barnehagene skal først og fremst støtte seg på det faglige grunnlaget som er gitt i Helsedirektoratet sine retningslinjer for mat og måltid i barnehagen og i regelverket for barnehagen. Det er likevel opptil hver enkelt barnehage hvordan de vil fokusere på kosthold i sin barnehage. Kommunen har også fokus på måltidet som en sosial, læring og dannelsesarena. De bruker ord som samhandling, fellesskap og styrking barna sin sosiale kompetanse. Oppvekstplanen til kommune 1 er lang og detaljert, og man kan undre litt over om den er skrevet slik for å sikre at både lovbestemmelser og gode intensjoner blir satt i verk. Planene sier dog ingenting om tid til utelek, fysisk aktivitet og den har ikke frukt- og grønt perspektiv i kostholdrettlederen. Kommunen ønsker å ansette kjøkkenassistent i barnehagene og vil samarbeide med foreldre og helsestasjonen. Dette vil nok være med å kvalitetssikre tiltakene i planen. Hver barnehage må konkretisere tiltakene for å nå målene i oppvekstplanen i egen virksomhetsplan. Grunnlaget for aktivitetsvaner, matvaner og god helse legges tidlig i barndommen. God fysisk aktivitet sammen med et sunt kosthold er viktige i forebygging av fedme, livsstilsykdommer og sosiale ulikheter i helse.

Kommune 2 vil at barnehagen skal være med å legge et godt grunnlag for motorisk utvikling, livskvalitet og helse. Kommune 2 er mer opptatt av at barna skal finne glede i fysisk utfoldelse i naturlige miljøer, i strategiplanen for barnehager står det slik:

"Ved sanseinntrykk og rørsle skaffar barn seg erfaring, dugleik og kunnskap på mange område. Det er viktig å gje barn naturglede og fysiske utfordringar så tidleg som mogleg."

Kommunen har ingen konkret plan for hvordan gjennomføre dette bortsett fra at barna skal være ute hver dag. Utemiljø med natur- og grøntområde stimulerer til motorisk utvikling og ferdigheter hos barn (Fjørtoft, 2010). Fjørtoft hevder også at den beste garantien for at barn er i bevegelse er at de er ute.

Kommune 2 har også et tverrfaglig perspektiv og noen runde formuleringer om kosthold og gode vaner. Oppvekstplanen legger føringer for ansatte om å bidra til at barna får gode holdninger og får kunnskap om kost, hygiene, aktivitet og hvile. Barna skal få kunnskap om menneskekroppen og forståelse for hvor viktig det er med gode vaner og sunt kosthold. Både internasjonal- og norsk forskning viser at barnehager med høy kvalitet virker positivt på barnas utvikling og at virkningen varer livet ut.

6.2.5 Kompetanse hos ansatte

Det er klare retningslinjer i lovverket for hvor mange barn det skal være per voksen i en barnehage justert også utfra barnas alder. Hver avdeling skal også ha en leder med pedagogisk utdanning. I Stortingsmelding nr. 41 (2008-2009) står det at for at barnehagene skal kunne være med på å redusere sosiale ulikheter i helse, er det viktig at kvaliteten på barnehagene er god. Godt utdanna personale og personalutvikling er viktig for kvaliteten på barnehagene. Kommune 1 sier i sin oppvekstplan at de vil ha kompetent personell gjennom fokus på rekruttering og kompetanseheving. Kommune 1 viser til lover og retningslinjer for bemanning og krav til utdanning. Men en kan samtidig undre seg over om minimumskravet til bemanning i barnehager er det en bør legge seg på. Kanskje burde antall personalet pr barn være høyere enn minstestandard?

Kommune 2 synes også at kompetanse hos barnehageansatte er viktig. Kommune 2 har med kunnskap om psykisk helse som eget satsningsområde. De vil at kompetanseheving skal skje internt i egen organisasjon og vil blant annet bruke kommunepsykologen til dette. Kommune 1 går mye lengre i sin oppvekstplan ved å konkretisere bemanning og utdanningsnivå, enn det kommune 2 gjør.

I følge rapporten "*Sosiale ulikheter i helse: En norsk kunnskapsoversikt*" står det at barn som har gode relasjoner til voksne i barnehagen fungerer bedre språklig og psykisk enn barn med dårlige relasjoner (Dahl et.al, 2014). Forfatterne slår videre fast at andre aspekter ved måling av kvalitet i barnehagene som utdanning og kompetanse hos personalet har lite å si- I rapporten står det og at tidligere internasjonal forskning viser at barnehager av dårlig kvalitet kan henge sammen med vansker hos barna, det er likevel ingenting ved resultatene i denne norske rapporten som tyder på at det er tilfelle for norske barnehager. Det tilskrives at norske barnehager jevnt over holder en kvalitet som er god nok (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2014). Kanskje er det andre kvaliteter enn kun kompetanse hos ansatte kommunen også bør satse på? Evne til omsorg og skape gode relasjoner til barn viser seg også å være svært viktig.

6.2.6 Øke deltakelse i barnehager

Ingen av kommunene har noen tiltak for å øke barnehagedeltakelse hos barn av foreldre som ikke søker barnehageplass. Kommunene er i dag pålagt å ha ordninger slik at foreldre med lav inntekt kan

få fritak for foreldrebetalingen (St. Meld.nr. 41, 2008-2009). Dette for å minske de sosioøkonomiske forskjellene på hvem som går i barnehager. En av grunnene til at barn ikke går i barnehage er at foreldre har lav inntekt og foreldrebetalingen i barnehager blir for høy (St. Meld.nr 41, 2008-2009). Barn fra familier med lav sosioøkonomisk status er de som har best læringsutbytte av å gå i barnehager (Havnes & Mogstad, 2009; Dahl et.al, 2014). Det blir derfor viktig at kommunene legger til rette slik at barn fra familier med lav sosioøkonomisk status får et barnehagetilbud på lik linje med andre barn. Dette for å stimulere til barnehagebruk hos familier med lav sosioøkonomisk status.

Dersom barn fra familier med lav sosioøkonomiskstatus ikke går i barnehage kan dette være med på forsterke forskjellene da disse barna ikke får samme stimulering og utgangspunkt som barn som går i barnehage når det begynner på skolen (Dahl et.al, 2014). På den andre siden gikk 97% av alle 5-åringer i barnehage i 2011 (Meld. St 2010-2011), så kanskje dette ikke er et så relevant problem i dag som det var for noen år siden før en fikk lovfestet rett på barnehageplass til alle ettåringer og fast barnehagepris. En kan da spørre seg om det er nok å starte i barnehage som 5 åring, eller om grunnlaget for livslanglæring begynner enda tidligere. En kan for eksempel se at blant minoritetsspråklige barn er det en fordel å få erfaring med undervisningsspråket før en er fem år for å legge til rette for en god skolestart (St. meld.nr 16, 2006-2007). Skal barnehagen kunne være en arena for å redusere sosiale ulikheter i helse må det legges til rette slik at flest mulig benytter seg av barnehagetilbudet.

7. Oppsummering/anbefalinger

Begge kommunene omtaler sosial ulikhet i helse i kommuneplanen sin samfunnsdel. Kun en kommune tar dette inn i delplanen for oppvekst. Kommunene har i liten grad eksplisitt uttalt at å redusere sosial ulikhet i helse er forventinger til kommunen etter Plan- og bygningsloven. En kommune knytter dette arbeidet til Folkehelseloven uten at dette følges opp gjennom tydelige strategier og mål. Ingen av kommunene knytter sosial ulikhet - til helse. Grunnene kan være at begrepet sosial ulikhet i helse er et vanskelig begrep å operasjonalisere. Våre litteratursøk om sosial ulikhet i helse viser at gode anbefalinger på både strategier, mål og tiltak er lite tilgjengelige. Disse finnes stort sett i forskningsartikler, offentlige utredninger og kunnskapsoppsummeringer. Når kommunene har store plankrav, men uten gode veiledere med eksempler på gode virkemidler lett tilgjengelig, er det forståelig at det er krevende å utvikle gode strategier på dette området. Vi mener det er behov for både kompetanseutvikling og planveiledere til kommunene. Vi har ikke vurdert handlingsdelen til kommuneplanen i denne analysen. Men når strategiene for å redusere sosiale helseulikheter er så uklare, antar vi at å sikre en god sammenheng fra samfunnsdelen til kommuneplanen og over i handlingsdelen blir utfordrende. I følge Østfoldhelse (2012) kan det være krevende å se om valgte tiltak for å redusere/utjevne sosiale helseforskjeller bidrar til å nå de fastsatte målene, eller om de tvert i mot bidrar til å øke forskjellene når strategiene for handling er uklare.

Det er lite løftet fram i de planene vi har vurdert - både samfunnsdelene til kommuneplanen og oppvekstplanene - at helseforskjeller kan være sosialt betinget, og at årsakene og påvirkningsmulighetene ligger i alle sektorer i kommunen. Det er derfor ikke overraskende at plandokumentene mangler tydelige strategier, mål og tiltak for barnehagen som en egnet arena i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller.

Gjennom plandokumentene formidler begge kommunene gode tanker og intensjoner på oppvekstområdet. Samtidig vurderer vi at strategier, mål og tiltak ofte ikke er forebyggende og helsefremmende, men reparerende. Generelt ser det ut som at kommunene satser mye på risikostrategier rettet mot noen få barn for å løfte disse, framfor strategier rettet mot alle barna i barnehagen. Særlig kommune 1 har et stort fokus på risikostrategier, men uten at det går fram av dokumentene hvorfor man stort sett satser slik. Kan valg av visjon og verdier i denne kommunen knyttes opp mot et mer sykdomsfokusert syn på helse, isteden for ressursfokus, der mestringsstrategier og ressurser rundt en virker inn på den subjektive opplevelsen av helse? Det må også understrekes at det er viktig å ha strategier for å sikre at ikke noen barn blir hengende etter slik at forskjellene øker. Å ha folkehelseperspektiv er å gjøre noe for alle barn gjennom generelle tiltak og

løfte alle, og samtidig få med de barna som trenger det. Effekten på folkehelsen er størst av befolkningsrettede innsatser, sammenlignet med tiltak rettet kun mot risikogrupper (Dahl et.al, 2014). Vi finner i liten grad strategier, mål og tiltak i kommune 2 for å følge opp den befolkningsrettede tilnærmingen de skriver at de skal ha.

Rapporten "*Sosiale ulikheter i helse: En norsk kunnskapsoversikt*" ble publisert 20. mars 2014, Rapporten viser til mye av det samme som vi har vurdert som relevant som innsatsområder i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Her står det at barnehager med god kvalitet er med å bidra til sosial utjevning i helse (Dahl et.al, 2014).¹

Alt i alt ser det ut som kommunene har med mye i oppvekstplanene som sikrer kvaliteten i barnehager, og som også kan være tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse. Samtidig viser dokumentene at kommunene er «lite» bevisste på barnehagen som en arena for å redusere sosiale ulikheter i helse, da tiltakene ikke knyttes mot barnehagen som en strategisk arena i dette arbeidet. Barnehagen blir i stedet løftet fram som en viktig læringsarena, der særlig språkutvikling hos barna står sentralt. Språkutvikling er viktig for en god start på et langt utdanningsforløp, og utjevning av sosiale ulikheter i helse. I kommuneplanene har språk fått langt større oppmerksomhet enn for eksempel ernæring og helsevaner. Kan grunnen være at barnehagene tradisjonelt sett er mer knyttet opp mot skolens læreplaner, slik at betydningen av helse og helsevaner ikke prioriteres? Barnehagen har lang tradisjon for ansettelse av pedagoger, men lite helsepersonell. Kan det tenkes at rekruttering av helsepersonell i barnehagen kunne øke innsatsen for å etablere gode helsevaner? Kanskje mer tverrfaglighet i barnehagen kan styrke barnehagen som en arena i arbeidet for å redusere sosiale ulikheter helse?

Vi mener at barnehagene og hele oppvekstsektoren har et stort potensiale som arena i arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Kommunene har virkemidlene for å sikre at barn og unge blir en sentral målgruppe. Siden arbeidet med sosial utjevning i helse i stor grad handler om at alle skal ha like muligheter til å utvikle seg og bruke evnene sine (Østfoldhelse 2012), er nettopp økt innsats så tidlig i utdanningssystemet som barnehagen et av de viktigste verktøyene vi har for oppvoksende generasjoner. På en slik måte kan kommunene starte arbeidet for også å sikre gode overganger opp gjennom utdanningsløpet.

Det går i liten grad fram av plandokumentene hvilke samfunnsøkonomiske gevinster kommunene kan oppnå ved å satse på tiltak som kan redusere helseforskjeller i ulike sektorer, og dermed fremme folkehelsen. Særlig på oppvekstområdet ville slike vurderinger være nyttige. Barna er på en måte

¹ Vi hadde skrevet store deler av prosjektoppgaven før rapporten ble publisert, hvis ikke, kunne vi brukt rapporten i enda større grad i oppgaven.

Kandidatnr: 608, 621, 617 Studentnr: 73790, 074614, 74622 Emnekode: IPA113K

prisgitt sine foreldre og det samfunnet de vokser oppi. I følge Kari Killen (2000) varer barndommen i generasjoner, i det utsagnet ligger det også at sosiale ulikheter i helse reproduseres over til neste generasjon om utdanningsløpet.

Å satse på barnehage som en arena for utjevning av sosial ulikhet i helse er en langsiktig investering, som politikerne ikke vil se umiddelbare resultat av. Dette kan gjøre barnehagen som innsatsområde til et vanskeligere politisk satsingsområde enn tiltaksområder som gir mer umiddelbare resultat.

Referanseliste

- Amdam, R (2011). Kommuneplanleggingens institusjonelle legitimitet. I Higdem, U. m. fl. (red) (2011): *Plan, region og politikk*. Festskrift til Noralv Veggeland. Oslo, Forlag 1.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København, Hans Reizels Forlag.
- Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Blaxter, M. (2004). *Health*. Cambridge: Polity.
- Dahl, E., Bergsli, H. og van et. al. Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høyskolen i Oslo og Akershus.14en Dahl, Heidi
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Futures Studies.
- Duedahl, P. og Jacobsen, M.J. (2010). *Introduksjon til dokumentanalyse*. Syddansk Universitetsforlag
- Elstad, 2005. *Sosioøkonomiske ulikheter i helse- teorier og forklaringer*. Helsedirektoratet
- Fjørtoft, I. (2010). Fysisk aktivitet i barnehagen. I: Wilhelmsen, B.U & Holthe, A. (red) *Måltider og fysisk aktivitet i barnehagen- barnehage som arena for folkehelsearbeid (s.120-133)* Oslo. Universitetsforlaget.
- Havnes,T og Mogstad, M.(2009). *Er barnehage bra for barna? Økonomisk analyse (4/2009)*
- Helsedepartementet (2003). *Resept for et sunnere Norge.(St.meld.nr.16, 2002-2003)* Oslo: Departement
- Helse og omsorgsdepartementet (2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.* (St.meld.nr. 20 2006-2007) Oslo: Departement
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011-2012). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Forskrift om oversikt over folkehelsen*.
- Hjort, P. F. (1993). Om helsebegrepet og det forebyggende helsearbeid. I Bjørndal. A. (1993). (red). *Folkehelse i Norge*. Oslo: Statens instituttet for folkehelse. Utredningsrapport nr.2. http://hera.helsebiblioteket.no/hera/bitstream/10143/140951/1/Hjort_1993_Hel220b.pdf
- Killen, K. (2000) *Barndommen varer I generasjoner*.Oslo: Kommuneforlaget
- Kippe,K. (2010) Barns utvikling gjennom fysisk utfoldelse i barnehagen. I: Wilhelmsen, B.U & Holthe, A. (red) *Måltider og fysisk aktivitet i barnehagen- barnehage som arena for folkehelsearbeid (s.148-160)* Oslo. Universitetsforlaget.
- Krogstad, S. (2009). *Grunnleggende strategivalg i forebyggende helsearbeid*. Utposten nr.4.
- Kunnskapsdepartementet(2003)...og ingen sto igjen. *Tidlig innsats for livslang læring*. St.meld.nr.16(2006-2007) Oslo: Departement
- Kunnskapsdepartementet(2003) (2008-2009) *Kvalitet i barnehager*. Oslo: Departement
- Kunnskapsdepartementet (2005). *Lov om barnehager (barnehageloven)*.

Kandidatnr: 608, 621, 617 Studentnr: 73790, 074614, 74622 Emnekode: IPA113K

Kunnskapsdepartementet (2005). *Læring og felleskap* (Meld. St.nr. 18 ,2010-2011)Oslo: Departement

Kunnskapsdepartementet (2013)H *Framtidens barnehage* (Meld. St.nr. 24,2012-2013) Oslo: Departement

Miljøverndepartementet (2008). Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven).

Miljødepartementet. (2009). T-1476. Veileder til plan- og bygningsloven.

Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Mæland, J.G.,Elstad, J.I, Næss, Ø. og Westin, S. (red.). (2009): *Sosial epidemiologi. Sosial årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nasjonalt Folkehelseinstitutt. (2014): *Sammenhenger mellom barnehagekvalitet og barns fungering ved 5 år*. Folkehelseinstituttet.

Nutbeam, D. (1986) *Health promotion glossary*. Health promotion 1,113-117.

Næss, Ø., Rognerud, M. og Stand, B. H. (2007). *Sosial ulikhet i helse*. Folkehelseinstituttet, rapport 2007:1.

Ot.prp. nr. 32, 2007-2008 Om lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) (plandelen).

Rose, G. (2008). *Rose's strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press.

Roxendal, G (1987). *Et helhetperspektiv- sjukgymnastik inför framtiden*. Lund, Studentlitteratur.

Samdal,O. og Haug, E (2010). Betydningen av et sunt kosthold og fysisk aktivitet for helse og læring. I: Wilhelmsen, B.U & Holthe, A. (red) *Måltider og fysisk aktivitet i barnehagen- barnehage som arena for folkehelsearbeid* (s.32-47) Oslo. Universitetsforlaget.

Sosial- og helsedepartementet (1997). *Piller, prioritering og politikk*. NOU 1997: 7

Stegman,I.,Barbareschi,G. og Costongs,C (2012) Health in equalities among children, young people and families in the EU. I: Stegman, I & Costongs, C (red). *The right start to a healthy life. Levelling-up the Health Gradient Among Children, Young People and Families in the European Union- What Works?* Brussels. EuroHealthNet.

Sunne kommuner (2012) *Folkehelse på tvers*. Folkehelseforeningen.

Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K-T, Enger-Karlsen, T., Narum, I.G. og Nybø, A. (2002) "Empowerment" i helsefremmende arbeid. Tidsskrift for norsk legeforening nr.24, 2002;122.

Thornquist, E (2003). *Lungefysioterapi: funksjonsvurdering og klinisk arbeid*. Oslo, Gyldendal Akademiske.

Whitehead, M. & Dahlgreen, G. (2009). *Utjevning av helseforskjeller del 2. Strategier og tiltak for å jevne ut sosiale ulikheter i helse*. Helsedirektoratet.

Østfold fylkeskommune (2012). *Sosial ulikhet i helse – en gjennomgang. Med eksempler over sektorvise virkemidler for å utjevne sosiale ulikheter i helse*. Østfoldhelse/Sunne kommuner. 2012.

Læringsutbytte

Arbeidet med denne prosjektoppgava har vært en lærerik prosess. Vi bestemte oss tidlig for temaet sosiale ulikheter i helse knytt opp mot kommunenes planarbeid for oppvekstsektoren. Gruppen vår blei danna utfra interesse for tema, istedenfor geografisk nærhet mellom oss som skulle skrive i lag. Vi har hatt flittige telefonmøter, og vi har møttes en gang bortsett fra på samlingene her i Ålesund. Det at vi har ulik faglig bakgrunn, har bare vært en berikelse for oppgaven. Problemstillingen er blitt forandret noe etter hvert som vi fikk økt kunnskap om temaet. I utgangspunktet la vi opp til å arbeide med planer også på virksomhetsnivå, men endret dette ut fra økt forståelse av samfunnsplanen til kommuneplanen som verktøy. Samtidig oppdaget vi at arbeidet med utarbeidelse av kommuneplaner nå er pågående i mange kommuner. Dette begrenset tilgangen på kommuner med ferdige politisk vedtatte planer. Siden vi har ulik faglig bakgrunn har de faglige læringsmålene våre vært forskjellige. Felles er at ingen av oss kunne mye om kommunenes plansystemer. Det har vært av stor interesse for oss å lese flere kommuners plandokumenter før vi bestemte oss for de planene etter de inklusjonskriteriene vi presenterer her i denne oppgaven. Vi synes vi har truffet faglig i forhold til tema om sosiale ulikheter i helse. Det var likevel overraskende for oss å finne at forskermiljøene i Norge ikke har utviklet gode måleinstrument på sosiale ulikheter i helse, med tanke på at ulike regjeringer har satt dette som et satsingsområde. Det er også overraskende at mens kommunene har streke føringer i lovverk på å arbeide med å minke/utjevne sosial ulikhet i helse i planer. Så er virkemidlene tilgjengelige for kommunene i dette arbeidet ikke enkelt tilgjengelige. Den nye kunnskapsoppsummeringen om sosial ulikhet i helse fra 20. mars 2014 har synliggjort virkemidlene noe bedre. Vi hadde skrevet det meste av oppgaven vår før kunnskapsoppsummeringen ble offentliggjort, men fant denne så relevant at vi likevel har tatt med noe fra denne.

VEDLEGG 1

Direkte sitat fra kommuneplanene (fra uredigert resultatdel)

Kommune 1:

Samfunnsdelen:

I samfunnsdelen til kommune 1 er sosiale ulikheter en av ti hovedpunkt i kommunen sin samfunnsdel plan. De er peker på at dette er noe det norske samfunnet må forhindre og har visjoner om hvordan de vil hindre reproduksjon av sosiale ulikheter.

“Norge er ein velferdsstat. Det betyr at vi skal forsøke å hindre at det oppstår for store sosiale ulikskapar i samfunnet. Det viktigaste målet på sosioøkonomisk status er utdanning, yrke og inntekt. Vi definerer tre område som hovudkjelder til sosial ulikskap og reproduksjon av marginale grupper i samfunnet: skule, arbeid og bustad.” s.11

Videre har kommunen en strategi for hvordan de skal forhindre reproduksjon av sosiale ulikheter:

“Kommuneplanen i kommune 1 har utjamning av sosial ulikskap som ein overordna verdi og har intensjon om å jamne ut sosial ulikskap ved å løfte dei svake gruppene. (Kommune 1) legg til rette for eit samfunn som motverkar reproduksjon av sosial ulikskap. For å gje like muligheiter må vi gje ulikt tilbod.”s.11

Dei har også fokus på barn og barnehager , spesielt barn som treng ekstra ressursar:

“Lita sjølvkjensle og svake skuleprestasjonar er i dagens samfunn marginaliserande og er med på å reprodusere sosial ulikskap. Kommune 1 må ha ein skule og barnehage med mot til å identifisere barn som er i ferd med å falle utanfor og som har behov for ekstra innsats. Kommune 1 vil skape ein barnehage og skule som er mangfaldig og som har ulike arenaer, der barn kan oppleve meistring tilpassa deira evner og styrkar. Det skal vere legitimt å behandle barn ulikt for at dei skal kunne lykkast i skulen, med mål om utjamning av sosial ulikskap” s.11

Vidare har kommunen ein stratgie om hjelpe folk ut i arbeid:

“Vi må stille krav til at offentleg og privat sektor tilbyr arbeidsplassar med meining til dei som ikkje meistrar det ordinære arbeidslivet for kortare eller lengre tid.”

Og å tilby bolig til alle:

“Kommune 1 må legge til rette for at alle skal kunne eige sin eigen bustad. Kommune 1 må kunne tilby mange nok bustadar med ulike storleik og i ulike prisklassar, både privat og offentleg.” s. 11

De synes også det er viktig med et godt fritidstilbud til alle barn og unge:

“I kommune 1 skal barn og unge ikkje oppleve å stå utanfor. I fritidstilbod som t.d.idrett og kultur, så lærer barn og unge å samhandle med andre frå ulike bakgrunnar med

utgangspunkt i ein felles interesse. Kultur og idrett er ein viktig bidragsyter til det fellesskapet vi kallar Norge. Kommune 1 har tilgjengelege fritidstilbod som sikrar utjamning av sosial ulikskap og god inkludering.”s.11

Delplan: Oppvekstsektoren

Kommune 1 har en felles plan for både skole og barnehager, dette er en omfattende plan på over 80 sider, det som går på barnehager er fordelt utover i ulike kapitler med ulike temaer. Det som blir presentert her er det vi synes er relevant i forhold til oppgaven.

Sosiale ulikheter

Kommune 1 har i kapittel 3 “Barnehage som læringsarena”, sier kommunen at barnehage kan være med å bidra til utjevning av sosiale ulikheter gjennom å være en lærings arena:

“Eit godt læringsmiljø for alle barn vil også bidra til sosial utjamning. Då barnehagen vert sett på som første fase i livslang læring ser departementet det som viktig å skape samanheng i utdanningsløpet frå barnehage til skule.”s.35

De sier også noe om foreldre medvirkning:

“legge til rette for eit godt barnehagetilbod, der ein også ivaretek perspektivet på barndomen sin eigenverdi, og der foreldredeltaking har ein sentral plass..”s.35

Språkstimulering og læring

Kommune 1 har stort fokus på språkstimulering og de har utviklet en egen plan for språkarbeid for barnehagene i kommunen. Delplanen har lite med om språkstimulering, men sier dette:

“Barnehagane i kommune 1 gir tilbod om TRAS, eit verktøy til kartlegging av barna si språkutvikling. Nokre barnehagar kartlegg alle barna, andre bruker dette skjemaet bare til dei barna som kan ha ei sein eller avvikande språkutvikling. Det er foreldra som avgjer om kartlegginga skal brukast.”s.29

og videre:

“målretta arbeid knytt til barna sin sosiale kompetanse og språklege utvikling

-registrering av barna sitt språk ved 3 og 5 år (TRAS)” s42

Planen for språkarbeid i barnehagene i kommunen er på over 40 sider og inneholder konkrete planer og tiltak for språkstimulering i ulike alder. Planen har en kalender som viser hva barnehagene skal å fokus på de ulike månedene i året og for de ulike alderstrinnet. Her er konkrete forslag til metoder, utstyr, lese eksempel og sang. Den sier hvordan barnehage personalet aktivt kan være med å stimulerer språk hos alle barn i ulike alder i ulike situasjoner gjennom dagen.

Kommunen ser på barnehagen som en viktig læringsarena og har "Barnehage som læringsarena" som en egen hoved overskrift i sin delplan.

De har visjoner om å skape et godt læringsmiljø:

"Læringsmiljøet er difor, i tråd med barnehagelova, både stimulerande, utfordrande, trygt og omsorgsfullt."s.36

Og videre:

"I kommune 1 får barn opplevingar og erfaringar saman med andre barn, og dei får utforske omgivnadane saman med interesserte og kompetente vaksne. Vi har utforskande, nysgjerrige og lærelystne barn i kommune 1."s.38

Strategien for å skape et godt læringsmiljø er :

"I arbeidet med læringsprosessar og tema tek personalet utgangspunkt i barna sine interesser og spørsmål. Kvaliteten på samspelet mellom barn og vaksne vert vektlagt, og personalet er aktive og freistar vekke interesse for læring hos alle barn." S. 38

Mestring ,sosial kompetanse og medvirkning

Kommune 1 har stort fokus på mobbing og har en visjon om:

"Kommune 1 er fri for mobbing og krenking, og har eit psykososialt miljø som fremjar helse, trivsel, livsglede og læring." S.36

Mobbing går igjen som et sentralt tema:

"Kommune 1 har forplikta seg i eit manifest mot mobbing. Eit forpliktande samarbeid for eit godt og inkluderande oppvekst-og læringsmiljø."s.36

De er også opptatt av medvirkning til barna:

"I kommune 1 tek vi på alvor barn sin rett til medverknad , nedfelt i FN sin barnekonvensjon artikkel 12.1. (også nedfelt i barnehagelova § 3)" s.37

Og videre:

"Barn sine synspunkt skal vektleggast etter barnet sin alder og modning. Slik skal barna førebuast til å delta i eit demokratisk samfunn. Barnehagepersonalet følgjer opp FN's barnekonvensjon om barn's rett til medverknad, og har rutiner som sikrar at alle barn blir sett og høyrte." S.38

De er noe opptatt av det psykososiale miljøet og har et som tema på foreldremøte:

"målretta arbeid med det psykososiale miljøet i barnehagen -temaforeldremøte i barnehagane."s42

De ønsker også å fremme kultur barnehagene:

“For å sikre at kulturtilbod i barnehage blir prioritert framover bør det utviklast ein plan for ei felles samordna satsing. Tilboda skal ha høg kvalitet, ha varierte formidlingsformer og vere fagleg godt forankra. Det er difor foreslått at det vert sett av ressursar til ei slik satsing.” s.54

Helsevaner (fysisk miljø, fysisk aktivitet, matvaner)

Kommune 1 har denne visjonen i forhold til det fysiske arbeidsmiljøet:

“I kommune 1 verker barna sitt fysiske arbeidsmiljø positivt og fremjande på helse og trivsel.”s.36

De er opptatt av sikkerhet og arbeidsmiljø:

“Både ute-og innetilhøve er trivelege og har utforming som førebyggjer risiko for ulykker og helseskadar. I kommune 1 verker barna sitt fysiske arbeidsmiljø positivt og fremjande på helse og trivsel.”s.36

Og synes det er viktig med universell utforming:

“Både nye og renoverte bygg har universell utforming. Med universell utforming meiner vi at barnehagane ute og inne er tilrettelagde og lett tilgjengelege for alle, både funksjonsfriske og funksjonshemma.”s.36

Kommunen er også opptatt av god kostvaner i barnehagen:

“Barnehagen har eit profesjonelt ansvar for å legge tilrette for at barn i barnehage får gode kostvanar og at evt mattilbod er helsefremjande. Dette er m.a ein lekk i at borna utviklar ei grunnleggande forståing for korleis dei kan ta vare på eiga helse, oger nedfelt i barnehagelova, Rammeplan og i forskrift for miljøretta helsevern i barnehagar og skular.”s.36-37

Og at det er dialog med hjemmet om sunt kosthald:

“Det er viktig at heim og barnehage har ein dialog om kva som er eit sunt og variert kosthald, men barnehagen bør støtte seg på det faglege grunnlaget som er gitt i helsedirektoratet sine retningslinjer for mat og måltid i barnehagen og i regelverket for barnehagen. Det er viktig at dei tilsette tek på alvor det profesjonelle ansvaret dei har for å fremje gode og sunne matvanar”s. 37

Det er opptil hver enkelt barnehage hvordan de vil fokusere på kosthold:

“Den einskilde barnehage har ansvar for korleis dei vil fokusere på eit sunt kosthald i sin barnehage.”s.37

Kommunen har fokus på at måltider ikke bare handler om sunt kosthold, men måltide er

også en sosial, læring og dannelse arena:

“Måltid kan fremje læring på mange område, og er viktig også for samhandling og fellesskap. Måltida er ein del av danninga vår, og er med på å styrke borna sin sosiale kompetanse.. Personalgruppa bør ha ei felles oppfatting om kva betydning måltid skal ha til kvardags og ved spesielle arrangement, og heile personalgruppa bør gå gjennom dei nasjonale retningslinjene for mat og måltid i barnehagen. Desse bør leggast til grunn når barnehagen skal definere felles målsettingar for måltid i barnehagen, og takast med i årsplanen.”s.37

Anne som går på helse, er at hver barnehage har en helsesøster knytte opp til seg:

“kvar barnehage har ei helsesøster knytt til seg -helseskjema ved søknad om barnehageplass -oppstartsamtale når barnet begynner i barnehagen” s.42

Kompetanse hos ansatte

Kommune 1 er svært opptatt av kompetanse og rekruttering av kompetent personell til barnehagene i kommunen.

“I eit framtidretta perspektiv er det viktig å ha fokus både på å rekruttere nye medarbeidarar med god kompetanse, og legge til rette for kompetanseheving for dei medarbeidarane vi allereie har” s.4

Og dei ser samanhengen mellom god kompetanse hos personalet og barns kompetanse:

“Utvikling av barn sin kompetanse, heng nøye saman med personalet sin kompetanse. ”s.29

Dei lovar å tilby god veiledning for ny utdanna pedagogar:

“For at nyutdanna pedagogar skal få ein god start på arbeidslivet i kommune 1, vert dei tilbydd systematisk rettleiing av ein erfaren pedagog (mentor) med rettleiingskompetanse dei første åra. Det vert laga ein felles plan for mentorordning for sektoren for å sikre kvalitet i og suksess med mentorordninga. Planen er tilpassa den enkelte arbeidsplass Rettleiinga vert gjennomført innanfor normal arbeidstid og er tidsfesta i arbeidsplantida.”s.60

De er også opptatt av å følge minimumskriterien for bemanning i barnehager:

“Barnehagelova fastsett krav for kompetanse til leiar og den pedagogiske bemanninga i barnehagen, og norma for pedagogisk bemanning i forhold til tal på barnehageplassar og alder på barn. Barnehageeigar har ansvar for å innfri krav om pedagogisk bemanning og sikre at den totale bemanninga er tilstrekkeleg til at personalet kan drive ei tilfredsstillande pedagogisk verksemd” s.60

“Kriteria baserer seg på nasjonale minimumsnormer fastsett i barnehagelova med forskrifter. Samansetting av barnegruppe og personale innanfor vedteken bemannings- og arealnorm, gjev ei god ressursutnytting.” s.59

De ønsker å ansette en kjøkken assistent:

“Det vert viktig å gjennomføre og følge opp to-pedagog-ordninga. Alle nytilsettingar i kommune 1 har krav om fagutdanning Tilsetje kjøkenassistent i barnehagane.” s.37

Øke deltakelsen i barnehagen til å gjelde alle barn

Kommune 1 er opptatt av at alle som ønsker det skal får barnehage plass, og ha full barnehage dekning til alle som ønsker det:

“Kommune 1 har som barnehagemynde ansvar for å legge til rette for at barn under opplæringspliktig alder får oppfylt retten sin til ein barnehageplass (barnehagelova §8 andre ledd).”s55

Kommune 2

Samfunnsdelen:

I kommune 2 er sosiale ulikheter nemt under punktet “Folkehelse” og de sier det slik:

“Sosiale ulikskapar fører til helseskilnader mellom ulike grupper i samfunnet. Undersøkingar visar at grupper med låg utdanning og låg inntekt har høgare dødelegheit enn dei med høgare utdanning”s.5

De har ikke noe direkte strategi for å utjevne sosiale ulikheter, men mer generelt på folkehelse:

“Det viktige er at folkehelse ikkje berre vert omtala innafør helsesektoren, men at det vert eit tverrgående tema. Helsefremmende tiltak som gjer at innbyggjarane sjølve tek større ansvar for eige fysisk og psykisk helse, vil verka positiv både for den einskilde og for samfunnet.”s.5

Delplan: Strategi for innhald og oppgåver i barnehagen

Delplanen til kommune 2 er på 5 sider og omfatter kun barnehager. Den har en kort innledning som henviser til Lov om barnehage, rammeplanen for barnehager og St.meld nr. 41 (2008-2009) Kvalitet i barnehager.

Videre er planen delt inn i visjon mål og strategier .

Sosial ulikheter

Sosiale ulikheter blir ikke nevnt i delplanen til kommune 2

Språkstimulering og læring

Visjon:

“Ved hjelp av språk lærer barnet å forstå seg sjølv og omverda. Dette er avgjerande for barnet si vidare utvikling – både intellektuelt, sosialt og emosjonelt. Tidleg og god

språkstimulering handlar om å gje barn eit godt og reflektert grunnlag for å lære og for å delta aktivt i fellesskapet.”s.3

Mål:

“Barnehagen skal syte for at alle barn får varierte og positive røymsler med å - bruke språket som kommunikasjonsmiddel, som reiskap for tenking og som utrykk for eigne tankar og kjensler.” s.3

Strategi:

“Barnehagane skal ha høg prioritet på Rammepleanen sitt fagområde om Kommunikasjon, språk og tekst, og synleggjere i årsplanen korleis tema blir jobba med.”s.3

De er opptatt av personalet sin rolle og komptasne i forhold til språk utvikling:

Personalet skal vere bevisste at dei er førebilete når dei lyttar, gitt konstruktiv respons og brukar kroppsspråk og talespråk” s.3-4.

De ønsker å kartlegge språkkompetanse:

“Barnehagen skal ha kompetanse, rutinar og gode system for å kartlegge borna sin - språkkompetanse.” s.4

Og å støtte barn med dårlig språkkompetanse:

“Personalet skal støtte barn som har kommunikasjonsvanskar, er lite aktive eller har sein språkutvikling.”s.4

“ Barn som har sein språkutvikling eller andre språkproblem, må få tidleg og god hjelp”s.4

de har også fokus på minoritetsspråklige:

“Barnehagen skal støtte at borna brukar morsmålet sitt, og samstundesarbeide aktivt med å fremje den norskspråklege kompetansen til borna. - Det skal utarbeidast kriterium for tildeling av tilskot for å styrkje arbeidet med minoritetspåklege born”s.4

Kommunen har fokus på at læring skjer hele tiden:

“Barnehagen skal ved å ta utgangspunkt i borna sine interesser legge til rette for læring i både formelle og uformelle situasjonar” s.3

Mestring, sosial kompetanse og medvirkning

På framsida av delplanen star endel overordnede visjonar, fleire av desse går på mestring, sosial kompetanse og medvirkning:

“være prega av tryggleik og tillit” s.1

"gje barna høve til å utvikle evne og talent – individuelt og i samarbeid med andre" s.1

"ha eit læringsmiljø som fremjar undring og kreativitet" s.1

"fremje demokratiet gjennom respekt og toleranse" s1

"ha barneperspektivet" s.1"

Kommunen peiker på at det er viktig å utvikle barns kompetanse i barnehagen:

"Barnehagen er ein viktig arena for sosial utvikling, læring og etablering av venskap. Å utvikle borna sin sosiale kompetanse er godt førebyggjande arbeid for borna si psykiske helse. Sosial kompetanse handlar m.a. om å kunne samhandle positivt med andre i ulike situasjonar, og motverke problemåtferd som diskriminering og mobbing" s.4

Og vidare:

"Barnehagen skal arbeide kontinuerleg med å støtte og fremje enkeltbarn og barnegruppene sin sosiale kompetanse." s.4

Og barnehagen skal være med å skape gode sosiale opplevelser:

"Barnehagen skal gi: varierte røynsler med samspel og gode kjenslemessige opplevingar og glede, humor og estetiske opplevingar o omsorg, leik og læring." s.4

De er også opptatt av å skape mestring og mestringsglede gjennom positive erfaringer:

"Gjennom arbeid med kropp og rørsle skal barnehagen bidra til at borna får ei positiv sjølvoppfatning gjennom kroppsleg meistring." s.4

"Følgje opp borna sine leikeinitiativ inne og ute, og tilby leik og spel der borna er fysisk aktive og opplever glede gjennom meistring og fellesskap." s.4

Kommunen sier at barnehagane skal ha gi en meningsfull og likeverdig tilbud til alle barn:

"Barnehagen skal gi individuelt tilpassa og likeverdig tilbod, og bidra til ein meiningsfull oppvekst uavhengig av funksjonsnivå, bustad, sosial, kulturell og etnisk bakgrunn." s.3

Kommuene er veldig opptatt av barn og foreldre sin medvirkning og har konkrete stratgier for dette:

"Årsplanen må konkretisere kva barnehagen skal gjere for å leggje til rette for at borna skal få medverke" s.3

"Føresette må få høve til å vere aktivt med på å planleggje innhaldet i barnehagen, og vere med å drøfte kva dei ynskjer å medverke i, og korleis." s.3

Barn i barnehagene skal også få kulturelle opplevelse sammen:

"Borna skal få delta i kulturelle opplevingar, og gjere eller skape noko felles." s.3

Helsevaner (fysisk miljø, fysisk aktivitet, matvaner osv)

Kommune 2 ser ut til å mene at barnehagen kan være med å legge et godt grunnlag for motorisk utvikling, livskvalitet og helse:

“I småbarnsalderen tilegner borna seg grunnleggjande motorisk dugleik, kroppskontroll, fysiske eigenskapar, vanar og innsikt i korleis dei kan ta vare på helse og livskvalitet. Ved sanseintrykk og rørsle skaffar barn seg erfaring, dugleik og kunnskap på mange område. Det er viktig å gje barn naturglede og fysiske utfordringar så tidleg som mogleg.”s.5

De har konkrete planer for hvordan barnehage skal legge til rette for dette:

“ Barnehagen skal leggje til rette for allsidig og mangfaldig fysisk aktivitet, slik at alle borna er fysisk aktive kvar dag.”s.5

“Barnehagen utarbeidar eigne tiltak for å nå måla i rammeplanen sitt fagområde for kropp/rørsle/helse og natur/miljø/teknikk.”s.5

Kommunen sier hvordan personalet skal opptre, det å være ute i naturen er viktig:

“Personalet skal vere fysisk aktive saman med borna. Borna skal vere ute kvar dag, og utetida skal nyttast aktivt til å bruke og bli betre kjend med nature” s.5

Kommunen synes det er viktig å identifisere og stimulere barn med motoriske vansker:

“Barnehagen skal saman med føresette, kontakte aktuelle instansar når det er usikkert om barnet har motoriske vanskar, for å vurdere om det skal setjast i gang tiltak.”s.5

og vidare:

“Barnehagen kan nytte helsestasjonen, barnefysioterapeut m. fl. for å få rettleiing og kompetanse på kva dei sjølve kan gjere for barn med fysiske vanskar”s.5

Kommunen har også med noe om kosthold i barnehagen:

“Barnehagen skal saman med foreldra leggje til rette for eit sunt kosthald i barnehagen.”s.5

“Personalet må bidra til at borna kan lære gode haldningar og få kunnskap om kost, hygiene, aktivitet og kvile. Borna skal få kunnskap om menneskekroppen og forståing for kor viktig det er med gode vanar og sunt kosthald.” s.5

Kompetanse hos ansatt

Kommune 2 synes det er viktig med kompetanse hos de ansatte. De har utviklet en egen

kompetanseplan for barnehager. I strategi planen for barnehager sier de dette:

“Dei tilsette sin kompetanse er ein viktig faktor for å kunne gje eit barnehagetilbod med høg kvalitet. Barnehagane i kommune 2 skal vere lærande organisasjonar med aktivt tilhøve til kompetanseutvikling.”s.3

Kommunen sier det er viktig at personalet reflekterer over egne handlinger:

“Kvar barnehage skal reflektere over egne haldningar, vilje og omstillingsevne som grunnlag for planlegging av korleis dei møter borna sine behov og barnehagen sine utfordringar på ein best muleg måte.”s.3

Og at de ansatte er rollemodeller for barna:

“Dei tilsette i barnehagen er rollemodellar og skal gjennom eigen veremåte bidra til auka sosial kompetanse hjå borna”s. 4

De ansatte skal også få økt kompetanse på psykisk helse:

“Pedagogisk personale skal få opplæring i- og kompetanse på psykisk helse for barn.Tilsette i barnehagen skal ha kompetanse på tidlege teikn på psykiske vanskar Barnehagen deltek i tverrfagleg samarbeid med aktuelle instansar, m.a. kommunepsykologen”

Ellers skal kompetanse bygging skje i egen organisasjon:

“Kompetanse skal byggjast ved læring i eigen organisasjon. - Pedagogane har ansvar for å gi opplæring og rettleiing i fagområda. - Styrarane skal gjennomføre leiarstudiet som del av Sats på barnehagen –Snu- Sogn” s.3

Øke deltakelse i barnehage til å gjelde alle barn

Kommune 2 sier lite om hvordan de skal øke barnhagedeltakelsen, det eneste som står er at barnehagene:

“.. skal ha plass til alle” s.1