

BY- OG REGIONFORSKNINGSINSTITUTTET NIBR

# Hvordan løfte utjevning av sosial ulikhet i helse blant barn og unge systematisk inn i bydelenes folkehelsearbeid?

- Erfaringer fra bydeler i Oslo kommune

Nora Gotaas

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET



Nora Gotaas

# **Hvordan løfte utjevning av sosial ulikhet i helse blant barn og unge systematisk inn i bydelenes folkehelsearbeid?**

– Erfaringer fra bydeler i Oslo kommune

NIBR-rapport 2022:2

## **Andre publikasjoner fra NIBR:**

<b>NIBR-rapport 2022:5</b>	<b>Midtveisevaluering av Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027</b>
<b>NIBR-rapport 2022:1</b>	<b>Leve hele livet i kommunene</b>
<b>NIBR-rapport 2020:11</b>	<b>Barn, unge og utjevning av sosial ulikhet i helse – en kartleggingsundersøkelse av byomfattende plandokumenter i Oslo kommune</b>
<b>NIBR-rapport 2019:11</b>	<b>Samskaping som samarbeids- og styringsform for kommunenes folkehelsearbeid: Hva vet vi? Hva er utfordrende? Og hvor går vi videre?</b>
<b>NIBR-rapport 2019:6</b>	<b>Kommunal planlegging som redskap for å redusere sosiale helseforskjeller</b>
<b>NIBR-rapport 2017:15</b>	<b>Folkehelse og sosial bærekraft – en sammenligning og diskusjon av begrepsinnhold, målsettinger og praktiske tilnærminger</b>
<b>Samarbeidsrapport NIBR/NOVA 2017</b>	<b>Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktsundersøkelse før Program for folkehelsearbeid settes i verk</b>

Publikasjonene finner du på  
<https://www.oslomet.no/om/nibr/publikasjoner>

Tittel: Hvordan løfte utjevning av sosial ulikhet i helse blant barn og unge systematisk inn i bydelenes folkehelsearbeid? – Erfaringer fra bydeler i Oslo kommune

Forfatter: Nora Gotaas

NIBR-rapport: 2022:2

ISSN: 1502-9794  
ISBN: 978-82-8309-366-7 (Elektronisk)

Prosjektnummer: 202091

Prosjektnavn: Folkehelsearbeid rettet mot utjevning av sosial ulikhet i helse blant barn og unge i Oslo kommune (II)

Oppdragsgiver: Kompetansesenter for rus i Oslo – Korus, Velferdsetaten Oslo kommune

Prosjektleder: Nora Gotaas

Referat: Rapporten tar for seg erfaringer fra det systematiske folkehelsearbeidet rettet mot barn og unge i tre bydeler i Oslo kommune, med særlig fokus på utjevning av sosial ulikhet i helse. Studien bygger videre på en tidligere kartleggingsundersøkelse av folkehelse tema i byomfattende plandokumenter i kommunen (Gotaas, 2020). Rapporten har form av eksempelstudier i tre bydeler som representerer variasjon langs sentrale kriterier som geografi, utfordringsbilde (levestandard, påvirkningsfaktorer oppvekst). Datamaterialet består av kvalitative intervju med ledere og ansatte og representanter for ungdomsråd, relevante plan- og bakgrunnsdokumenter for bydelene, samt noe statistikk og tallmateriale. Undersøkelsen belyser felles tematikk og variasjon mellom bydelene med vekt på erfaringer knyttet til: Institusjonell kapasitet og organisering av det systematiske folkehelsearbeidet overfor barn og unge, strategisk profil i form av plantyper og planprosesser, samt betingelser for kunnskapsproduksjon og prosjekt- og tiltaksutvikling.

Sammendrag: Norsk

Dato: Mai 2022

Antall sider: 63

Utgiver: By- og regionforskningsinstituttet NIBR  
OsloMet – storbyuniversitetet  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO  
Telefon: (+47) 67 23 50 00  
E-post: [post-nibr@oslomet.no](mailto:post-nibr@oslomet.no)

Vår hjemmeside: <http://www.oslomet.no/nibr>

# Forord

Denne rapporten tar for seg erfaringer fra det systematiske folkehelsearbeidet rettet mot barn og unge i tre bydeler i Oslo kommune, med særlig fokus på utjevning av sosial ulikhet i helse. Undersøkelsen er en oppfølging av et tidligere prosjekt gjennomført av NIBR, hvor vi gjorde en kartlegging og analyse av byomfattende plandokumenter i kommunen: *Barn, unge og utjevning av sosial ulikhet i helse – en kartleggingsundersøkelse av byomfattende plandokumenter i Oslo kommune* (Gotaas, 2020). Begge undersøkelsene er utarbeidet på oppdrag av det regionale Kompetansesenter rus Oslo (Korus), Velferdsetaten, Oslo kommune.

Formålet med de to undersøkelsene er å fremskaffe kunnskap som kan bidra til en videreutvikling av folkehelsearbeidet i Oslo kommune, herunder Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027. Det er en målsetting at kunnskapen også vil kunne ha overføringsverdi til andre kommuner i landet.

På bakgrunn av pandemisituasjonen ble prosjektperioden for denne rapporten forlenget og datainnsamlingen utsatt. Vi vil rette en stor takk til ledere, ansatte og representanter fra ungdomsråd i bydelene som har brukt verdifull tid og velvillig stilt opp til intervju i løpet av høsten.

Styringsgruppa for prosjektet har bestått av Henning Pedersen og Yvonne Larsen ved Korus Oslo, Linnéa Johansson fra Helseetaten i Oslo kommune og Erik Henningsen, Hege Hofstad og Nora Gotaas ved By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet – storbyuniversitetet. Nora Gotaas har vært prosjektleder, med veiledning av Hege Hofstad. Hun har bred kompetanse på tema knyttet til planlegging, samordnings- og styringsaspekter i folkehelsearbeid, både nasjonalt og lokalt. I tillegg har prosjektet hatt en mindre arbeidsgruppe med Yvonne Larsen, Linnéa Johansson og Martine Post fra Helseetaten, samt prosjektleder. Dette har vært et nyttig forum underveis, både i prosessen med å utforme intervjuguide og gjøre de første henvendelsene til bydelene, samt i ferdigstilling av rapportutkastet.

Vi vil takke oppdragsgiver for fortløpende dialog, velvilje og godt samarbeid.

Oslo, mai 2022

Erik Henningsen  
Forskningssjef

# Innhold

Forord.....	1
Tabelloversikt .....	4
Figuroversikt.....	4
Sammendrag.....	5
1 Innledning.....	10
1.1.1 Rapportens rammer .....	10
2 Bakgrunn og perspektiv .....	12
2.1.1 Sosial ulikhet i helse blant barn og unge i Oslo .....	12
2.1.2 Folkehelse og sosial ulikhet i helse .....	12
2.1.3 Politikkenes faglige forankring – påvirkningsfaktorer og helse-årsakskjeden .....	13
2.1.4 Helse-årsakskjeden og utjevning av sosial ulikhet i helse.....	14
2.2 Det systematiske folkehelsearbeidet – kommunen og bydelenes oppgaver.....	16
2.2.1 Det systematiske folkehelsearbeidet .....	17
2.2.2 Oslo kommune – styringsdokumenter folkehelse .....	18
2.2.3 Bydelenes rolle i folkehelsearbeidet .....	19
3 Forskningsspørsmål, - design og metode.....	22
3.1.1 Forskningsdesign.....	22
3.1.2 Forskningsspørsmål .....	22
3.1.3 Utvalg bydeler.....	23
3.1.4 Variasjon mellom bydelene med hensyn til seleksjonskriterier – levekår og utfordringsbilde .....	24
3.2 Datamateriale.....	25
3.2.1 Intervjuer .....	26
3.2.2 Utvalg intervjupersoner .....	26
3.2.3 Gjennomføring av intervju .....	27
4 Analyse.....	29
4.1 Institusjonell kapasitet .....	29
4.1.1 Hva regnes som folkehelsearbeid? .....	29
4.1.2 Begrepet folkehelse – en viss ambivalens.....	29
4.1.3 Stillingsressurser .....	30
4.2 Organisering i case-bydelene – to hovedfaktorer.....	31
4.2.1 Mer om bydelenes plandokumenter .....	32
4.2.2 Erfaringer - organisering og planarbeid .....	34
4.2.3 Strategisk profil .....	34
4.2.4 Systematikk i planarbeidet .....	39
4.2.5 I det daglige - å finne formen på systematisk sammenbinding.....	41
4.2.6 Koordineringsfunksjon .....	42
4.2.7 Systematikk og samarbeid .....	43
4.2.8 Oppsummering .....	44
4.3 Kunnskapsproduksjon .....	45
4.3.1 Folkehelseplan og strategisk plan som drivere .....	45
4.3.2 Kunnskapskilder – kvantitative og kvalitative data .....	46
4.3.3 Kunnskapsproduksjon og institusjonell kapasitet.....	47

4.3.4	Kunnskapsproduksjon og utviklingsarbeid.....	48
4.3.5	Oppsummering .....	49
4.4	Understøttelse fra sentralt hold .....	50
4.4.1	Konkrete ressurser .....	50
4.4.2	Kunnskap og kompetanse .....	51
4.4.3	Rutiner for rapportering - synliggjøring og målforskyvning.....	52
4.4.4	Forutsigbarhet i tildelinger.....	52
4.5	Erfaringer fra pandemien.....	53
4.6	Ungdomsrådenes stemme .....	54
4.6.1	Bakgrunn - ungdomsrådets rolle .....	54
4.6.2	Erfaringer og synspunkter .....	55
4.6.3	Oppsummering .....	58
5	Avsluttende kommentarer .....	59
6	Litteratur .....	62

## Tabelloversikt

Tabell 2.1:	Bydelenes fire roller .....	19
Tabell 3.1:	Oversikt posisjon intervjupersoner i bydelene .....	26
Tabell 4.1:	Oversikt gjeldende plantyper.....	33

## Figuroversikt

Figur 2.1:	Helse-årsakskjeden .....	15
Figur 2.2:	Innsatsområder for reduksjon av sosial ulikhet i helse.....	15
Figur 2.3:	Folkehelsehjulet (Helsedirektoratet 2020) .....	17
Figur 3.1:	Forskningsdesign.....	22



# Sammendrag

Denne rapporten tar for seg erfaringer fra det systematiske folkehelsearbeidet rettet mot barn og unge i enkelte bydeler i Oslo kommune, med særlig fokus på utjevning av sosial ulikhet i helse. Hovedspørsmålet som belyses er:

*Hvordan løfte utjevning av sosial ulikhet i helse blant barn og unge systematisk inn i bydelenes arbeid?*

Vi spør hvilke faktorer som hemmer og fremmer dette arbeidet. Undersøkelsen legger særlig vekt på å få frem bydelenes erfaringer når det gjelder tre tema som har betydning for det systematiske folkehelsearbeid overfor barn og unge:

- Institusjonell kapasitet og organisering av det systematiske folkehelsearbeidet
- Strategisk profil i form av plantyper og planprosesser
- Kunnskapsproduksjon og prosjekt- og tiltaksutvikling

I tillegg har vi spurt bydelene om erfaringer når det gjelder pandemiens innvirkning på barn og unges situasjon og det systematiske folkehelsearbeidet rettet mot denne gruppa.

Undersøkelsen har form av eksempelstudier i tre bydeler som representerer variasjon langs sentrale kriterier som geografi, utfordringsbilde (levekår, påvirkningsfaktorer oppvekst) og bydelens institusjonelle kapasitet. Datamaterialet består av kvalitative intervju med ledere og ansatte og representanter for ungdomsråd (12 intervju med totalt 13 personer), relevante plan- og bakgrunnsdokumenter for bydelene, samt noe statistikk og tallmateriale.

Formålet er å få frem både felles tema og variasjon mellom bydelene når det gjelder erfaringer omkring innrettingen av det systematiske folkehelsearbeidet overfor barn og unge. Det inkluderer å belyse noen sentrale betingelser for hvordan de innretter dette arbeidet. Analysen er ment å gi generell kunnskap av betydning for kommunens videre folkehelsearbeid og med overføringsverdi til andre kommuner. Hensikten er ikke å gi en vurdering av i hvilken grad bydelene lykkes i å drive et godt, systematisk folkehelsearbeid overfor barn og unge rettet mot utjevning av sosial ulikhet i helse. Det ville kreve omfattende, empiriske undersøkelser.

Av anonymitetshensyn, og for å understreke den generelle relevansen av funnene, er de tre bydelene ikke navngitt og analysen er i stor grad organisert tematisk og i mindre grad bydelsvis. Av samme grunn har vi omskrevet enkelte faktaopplysninger og veksler også på benevnelsen av bydelene: Dels som østkant, sentrums- og vestkantbydel og dels ut ifra mer spesifikke faktorer knyttet til levekår og bydelens økonomiske og institusjonelle kapasitet.

## Overordnet bilde

Mange typer forebyggende tiltak rettet mot barn og unge er ikke lovpålagte og avhengig av føringer fra kommunen og bydelens prioriteringer og økonomiske handlingsrom. I Oslo kommunes *sentrale styringsdokumenter* for folkehelsearbeid legges det stor vekt på sammenhengene mellom oppvekstvilkår, psykisk helse og barn og unges deltakelse og inkludering. Tildelingsbrevet fra Byrådet til bydelene reflekterer også høye ambisjoner når det gjelder tjenestenes arbeid overfor barn og unge.

Folkehelsearbeid er et komplekst fenomen som angår alle sektorer og samfunnsområder og som vanskelig lar seg tydelig avgrense. Flere funn i undersøkelsen illustrerer dette: Både ledere og ansatte viser til folkehelsearbeidets overordnede og altomfattende karakter som angår nær alle bydelens tjenesteområder. Vi finner samtidig til dels stor variasjon mellom intervjupersonene i hvilken grad de har kunnskap om bydelens systematiske folkehelsearbeid og hvilke deler av arbeidet, noe som varierer med arbeidsoppgaver og organisatorisk plassering. Et annet utslag av

det systematiske folkehelsearbeidets sammensatthet er at det er vanskelig å avgrense og fastsette konkret hvilke stillingsressurser som faller innunder folkehelsearbeid.

Bydelene er ulikt organisert og det gjelder også organisatorisk plassering og innretning av det systematiske folkehelsearbeidet. Vi ser at folkehelsearbeidets sektorovergrepene og sammensatte karakterer bidrar til stor variasjon i oppgaveløsning og strategisk profil.

Et sentralt funn er at omfang og innretning av tiltak overfor barn og unge i stor grad henger sammen med bydelens generelle *institusjonelle kapasitet*. Det dreier seg for det første om ressurser i form av stillinger, men også midler til tiltaksutvikling, kunnskapsinnhenting - produksjon og prosjektarbeid. For det andre dreier seg om organisatoriske ressurser som gir rom for å ta en pådriverrolle i det systematiske folkehelsearbeidet spesielt og i planarbeidet generelt.

### Trekk ved organisering, strategisk profil og systematikk i planarbeidet

De tre eksempelbydelene representerer ulike varianter for *strategisk profil i planprosesser og organisering* av det systematiske folkehelsearbeidet. Det er tydelige skiller med hensyn på om bydelene har en *spesialfunksjon for folkehelsearbeid* under ledernivå (folkehelsekoordinator). Dette er knyttet til om bydelen også har et eget, aktivt *folkehelsenettverk* og en gjeldende *folkehelseplan*. Det er også ulikheter når det gjelder form og innhold i *strategisk plan*, og i hvilken grad denne er rettet mot folkehelse tema:

	<i>Strategisk plan</i>	<i>Folkehelseplan</i>	<i>Folkehelsekoordinator</i>	<i>Folkehelsenettverk</i>
Bydel A	X – ny og spisset			
Bydel B	X – ny og spisset			
Bydel C	X	X	X	X

Bydelene uten folkehelseplan har valgt å gå bort fra denne og i stedet utarbeidet en mer konkret, strategisk plan med tydeligere prioriteringer, også av folkehelse tema, enn tidligere strategisk plan. Disse bydelene har færre, eller ingen, *handlingsplaner* (som gjelder folkehelse tema) enn i bydelen med gjeldende folkehelseplan.

I bydelene er *barn og unge* en prioritert målgruppe. I vestkantbydelen er dette en ny prioritering, med ny strategisk plan, mens i de to andre har denne gruppa blitt prioritert også i tidligere planer. Alle bydelene har et sterkt fokus på *levetår utfordringer*. I bydelene med ny strategisk plan brukes i begrenset grad begrepene «folkehelse» eller «folkehelsearbeid». Folkehelse tema er likevel fremtredende ved at tiltak overfor barn og unge rettet mot påvirkningsfaktorer i helse- årsakskjeden vektlegges. Det gjelder særlig i østkantbydel med relativt store levetår utfordringer.

Strategisk plan ligger over folkehelseplanen i planhierarkiet og kan forventes å gi sterkere føringer for bydelens arbeid. I bydelene med ny og mer spisset plan har man ikke har rukket å gjøre seg erfaringer, eller svært begrensede erfaringer. Det pekes på mulige virkninger: Tydeliggjøring av forventninger og prioriteringer overfor tjenestene og på tvers i organisasjonen, et mer helhetlig system uten en parallell struktur, mindre informasjons- og erfaringsutveksling på tvers mellom ansatte og eventuelt mindre fokus på tradisjonelle folkehelseområder som fysisk aktivitet og ernæring.

Når det gjelder *systematikk i planarbeidet*, fremheves i alle bydelene betydningen av sterk forankring både hos mellomledere og på øverste ledernivå, og at man starter i riktig ende; med kunnskapsgrunnlag før man velger hovedprioriteringer. Det er lagt stor vekt på bred involvering av tjenesteområder i utarbeiding av de sentrale plandokumentene og selve planprosessene erfares som å virke integrerende for organisasjonen som helhet. Generelt fremheves betydningen av «eierskap» til folkehelsearbeidet i organisasjonen, ikke minst i den daglige virksomheten. Det er en utfordring å få til gode systemer for informasjonsflyt og erfaringsutveksling på tvers av

tjenester og det er et spørsmål om dette skal organiseres som egne folkehelsenettverk internt. Erfaringen er at folkehelsekoordinator spiller en viktig sammenbindende rolle som initiativtaker til tiltak og satsinger og som pådriver for «å holde folkehelsearbeidet varmt». Samtidig er det ulike synspunkter på i hvilken grad en slik koordinatorkonfigurasjon skal spesialiseres og hvor i administrasjonen det bør plasseres for å sikre best mulig forankring.

I alle bydelene pekes det på at man ikke er i mål med å finne en best mulig form på systematikken i det daglige arbeidet. Når det gjelder *samarbeid internt*, er det varierende grad av samarbeid med psykisk helse, med NAV, og med barnevernet. *Eksternt* er det et potensial for bredere og mer systematisk samarbeid med frivilligheten. Vi ser også at grad av systematisk samarbeid, både internt og eksternt, henger sammen med bydelenes institusjonelle kapasitet.

### **Kunnskapsproduksjon**

I de tre bydelene er både folkehelseplan og de strategiske planene basert på omfattende kunnskapsgrunnlag. Det varierer mellom bydelene hvordan og i hvilken grad kunnskapsgrunnlaget er integrert i selve plandokumentet eller samlet i et eget dokument, eller i flere, ulike bakgrunnsdokumenter.

Vi finner at bydelenes bruk og produksjon av kunnskap i det systematiske folkehelsearbeidet henger sammen med bydelens ressurstilgang og institusjonelle kapasitet. Det gjelder både hva slags type kunnskap som frembringes og i hvilken grad denne er *frembrakt internt* og/eller ved bruk av *ekstern kompetanse*. I alle bydelene er kunnskapskilder i form av eksternt produsert statistikk viktige i utarbeiding av kunnskapsdokumenter om utfordringsbildet. Det varierer hvordan og i hvilken grad bydelene kombinerer dette med tall hentet fra egne tjenester. Særlig ser vi et skille i om bydelene frembringer og gjør bruk av *kvalitativ kunnskap*. Dette samvarierer med bruk av eksterne kompetansemiljø i innhenting av kunnskapsgrunnlag, som er knyttet til institusjonell kapasitet i form av ressurser til å engasjere FoU-miljø.

*Ressurstilgang* er viktig for muligheten for å drive *utviklingsarbeid*. I bydel med størst institusjonell kapasitet, gjennom *områdesatsing*, har man hatt større mulighet for å sette i gang mindre tiltak og gjøre interne evalueringer, før man setter i gang større tiltak. Det gir rom for å prøve og feile og en mer *kontinuerlig evaluering* av virksomheten.

Innhenting av eksterne prosjektmidler forutsetter ofte referanse til en form for kunnskapsgrunnlag og søknadsprosessen krever ressurser til *samarbeid internt* og *fleksibilitet og kapasitet* til utviklingsarbeid. Prosjektmidler og gjennomføring av tiltak kan generere ny kunnskap som gir grunnlag for senere søknad om midler, som resulterer i tiltak som genererer ny kunnskap osv. Dette gir *selvforsterkende mekanismer* som kan slå heldig ut for bydeler med tilstrekkelig kapasitet, og tilsvarende uheldig ut for de som ikke har denne kapasiteten.

### **Understøttelse fra sentralt hold i kommunen**

På tvers av ståsted i organisasjonen, finner vi at ledere og ansatte er ganske samstemte når det gjelder hva de er fornøyd med, hva de savner og hva de mener bydelen trenger av understøttelse fra sentralt hold når det gjelder det systematiske folkehelsearbeidet overfor barn og unge:

#### *Konkrete ressurser*

Man er tilfreds med mulighetene for å søke og få midler til ulike aktivitetstilbud. *Prosjektmidler til ungdomsjobb* sees som en spesielt viktig. Prosjektmidler gir mulighet for utprøving og nye tiltak, samtidig er det et problem at de fører til *mangel på forutsigbarhet og langsiktighet*. I en bydel med stram økonomi, blir behovet for ressurser oppfattet først og fremst som et behov for flere, det vil si *tilstrekkelig antall faste stillinger*.

I alle bydeler fremheves betydningen av *helsestasjon* og *skolehelsetjeneste* og *helsestasjon for ungdom*. Den nasjonale satsingen på økt antall helsesykepleiere trekkes frem som en viktig satsing, men samtidig har behovet for tjenestene økt, særlig når det gjelder tjenester rettet mot

ungdom og psykisk helse. Det er knapphet på bemanning og tjenestene er ikke tilgjengelige nok, med for korte åpningstider. *Oslohjelpe* fremheves som viktig. Spesielt i én bydel pekes det på at man har bygget ut tjenesten, samtidig som klarer de ikke å dekke behovet og trenger flere stillingsressurser.

#### *Kunnskap og kompetanse*

Flere ønsker mer kunnskap og kompetanse når det gjelder arbeid med *psykisk helse overfor barn og unge*. Bydelene mottar mye informasjon og henvendelser utenfra og de trenger hjelp til å *sortere hvilke erfaringer som har overføringsverdi* for dem. Knapphet på stillingsressurser og mangel på tid kan være grunner til at kompetansetilbud ikke benyttes. Enkelte spør seg om bydelen besitter rett kompetanse og tilstrekkelig ressurser (blant annet døgnplasser) når det gjelder å håndtere barn og unge med *større psykiske problemer*, hvor man opplever at bydelene gis mer ansvar.

Det gis uttrykk for bydelene kan trenge hjelp når det gjelder å håndtere de sosiale ettervirkningene av pandemien. Blant andre behov nevnes: Gjennomføring av kostholdsundersøkelse, mer kunnskap om minoritetshelse, sammenhenger mellom stress og helse og bedre utnyttelse av potensialet for læring og erfaringsoverføring mellom bydelene.

Helse-etaten får ros for å ha forespurt bydelene om innspill til ny strategi for folkehelse. Det etterlyses gode måter å *systematisere erfaringskunnskap* på, hvordan man best kan *evaluere* og gode eksempler på *samarbeidsmetodikk*. Blant de som har deltatt i kommunens folkehelsenettverk er det delte erfaringer; fra stor nytte ved å få kunnskap om ulike måter å organisere arbeidet på, til at nettverket ikke opplevdes «som et levende nettverk».

#### *Rutiner for rapportering - synliggjøring og målforskyvning*

I intervjuene kom det frem viktige momenter knyttet til rapportering på de områdene *helsestasjon* og *skolehelsetjeneste*. Helsedirektoratet har økt antall årsverk i skolehelsetjenesten de siste årene. Det er et krav at stillingen skal bekles av helsesykepleiere. Andre profesjoner som psykolog og psykiatrisk sykepleier telles ikke i forhold til bemanningsnormen. Det gis eksempler på at den strenge standardisering i rapporteringsrutinene fører til en form for *målforskyvning* ved at tiltrengt kompetanse i tjenesten flyttes til et annet sted i organisasjonen.

I en bydel har man problemer med å oppfylle kravene i de lovpålagte tjenestene knyttet til helsestasjonene. Som en del av internkontrollen, og for å synliggjøre mangelen på kapasitet, har man *utviklet relativt detaljerte rutiner* for systematisk å notere former for avvik i det daglige arbeidet.

#### *(U)forutsigbarhet i tildelinger*

Det fremheves at uforutsigbarhet i tildeling av midler er en hemsko. Det gjelder prosjektmidler generelt. På enkelte områder forsterkes dette av at tildelingen kommer svært seint på året, her pekes det på *Oslohjelpe*, ungdomsjobb og aktiviteter for ungdom.

### **Relevante erfaringer fra pandemien**

Ansatte og ledere legger vekt på at pandemien hadde *direkte virkning på alle barn og unge* ved at tiltak ble stengt ned. Mange av de universelle og helsefremmende arenaene ble hardt rammet. Man så større utfordringer omkring psykisk helse og pandemien gjorde situasjonen vanskeligere for allerede utsatte barn og unge og synliggjorde sosial ulikhet i helse. I levekårsutsatte områder var det også erfaring for at barn og ungdom hadde vært redde for å gå på skolen fordi foreldrene var engstelige og barna var redde for å ta med smitte hjem. Det refereres samtidig til funn i Ungdata-undersøkelsen som viser at de aller fleste barn og ungdommer har klart seg relativt bra gjennom pandemisituasjonen og at det også er barn og unge som hadde fått det bedre under pandemien ved at den ensomheten de ellers kunne føle på blant jevnaldrende, ble mindre påtrengende. Det vises også til at det er barn og unge som har fått det bedre hjemme og har vært mer sammen med familien, mens de som sliter hjemme, har fått det verre.

*Konsekvenser for tjenestenes arbeidsmåte og (sam)arbeid:* På mange arenaer og i ulike typer tiltak ble den helsefremmende effekten mindre ved at man bare kunne samle mindre grupper av barn og unge. Stor arbeidsbelastning har slitt på administrasjonen og tjenestene, samtidig er ledere imponert over de ansattes innsats. En sentral erfaring er at oppgaver som «ikke brenner», slik som deler av det systematiske folkehelsearbeidet, ble nedprioritert og at det tar tid og ressurser å bygge opp igjen samarbeids- og koordineringsfunksjoner. Pandemien har også hatt konsekvenser for det systematiske folkehelsearbeidet ved at årlig gjennomgang av områder og revidering av planer i flere tilfeller er utsatt og ved at fremdrift i tiltak er forsinket. Det reises spørsmål om i hvilken grad man også klarer å ta med seg nyttige erfaringer fra pandemien, da tjenestene i større grad måtte målrette innsatsen for å identifisere og følge opp barn som trenger ekstra oppfølging. Det uttrykkes også forventning til Oslo kommunes evaluering og hvilken generell lærdom som kan trekkes når det gjelder kommunes håndtering av pandemien og kommunikasjon med innbyggerne.

### **Ungdomsrådernes stemme**

På tvers av bydeler fremhever representantene for ungdomsrådene flere av de samme hovedtemaene: *Psykisk helse* som en utfordring og viktigheten/betydningen av *lavterskel-tilbud* i form av tilgjengelighet i skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom og Ung Arena. Betydningen av *væresteder*, spesielt for ungdom på videregående, som mangler felles arenaer. *Jobbtilbud og ferietilbud* fremheves som bra og viktig. Alle er samstemte i at det er *utilstrekkelig informasjon* om hva som finnes av tilbud til ungdom i bydelen.

I en østkantbydel er ungdommene særlig opptatt av boligforhold og familienes økonomiske situasjon. Under pandemien har små boliger og stengte møtesteder og aktiviteter gjort sosiale treff vanskelig. Trang privatøkonomi er et hinder for deltakelse i fritidsaktiviteter, spesielt idrett. I vestkantbydel gir representant for rådet relativt stor oppmerksomhet til levekårsforskjeller internt i bydelen. I tillegg fremheves særlig problemer omkring bruk av rusmidler. I sentrumsbydel er representanten særlig opptatt av uteområder samt felles væresteder. I store trekk samsvarer ungdommenes påpekning av trekk ved utfordringsbildet med bildet som tegnes gjennom Ungdata-undersøkelsene og FHI's oppvekstprofiler.

Når det gjelder *ungdomsrådets rolle*, oppleves det av representantene i stor grad som fjernt fra det politiske arbeidet i bydelen, mens deler av administrasjonen og i noen grad forebyggende tjenester oppleves som nærmere. Prosedyrer og byråkratisk språk virker utilgjengelig og fremmedgjørende. Ungdommene etterlyser bedre opplæring og tydeligere retningslinjer for rådets arbeid. Alle er fornøyd med hjelpen de får gjennom sekretæren for rådet. Et problem er at rådet er lite kjent blant ungdommer i bydelen. Intervjupersonene fremhever Ungdommens bydelutvalgsmøte (UBUM) som en arena der det gjøres viktige prioriteringer og de ser konferansen som en god arena for medvirkning. De som har deltatt på det byomfattende ungdomskonferansen (UMB), peker på at dette også gjelder denne.

# 1 Innledning

I denne rapporten undersøker vi hvilke typer erfaringer bydeler i Oslo har gjort seg når det gjelder å drive et systematisk folkehelsearbeid rettet mot barn og unge. Undersøkelsens formål er å belyse det overordnede spørsmålet:

*Hvordan løfte utjevning av sosial ulikhet i helse blant barn og unge systematisk inn i bydelenes arbeid?*

Vi spør hvilke faktorer som hemmer og fremmer dette arbeidet, med et særlig fokus på utjevning av sosial ulikhet i helse blant barn og unge.

Folkehelse har fått økt oppmerksomhet de senere år, ikke minst etter at Norge fikk en egen folkehelselov som trådte i kraft i 2012. Den legger vekt på en større systematikk i folkehelsearbeidet og understreker betydningen av sosial ulikhet som en viktig faktor for folks helse. Folkehelsearbeid rettet mot barn og unge er særlig viktig, fordi faktorer som påvirker helse i barndom og ungdom former livsløpet og i stor grad virker inn på helsesituasjonen gjennom hele livet. I Oslo er forskjellene i helse større enn i resten av landet, og også stor sammenliknet med europeiske storbyer. Oslo har også en større ungdomsbefolkning enn andre byer i Norge.

Innledningsvis vil vi nevne resultater fra en enkel spørreskjema-undersøkelse som Helseetaten i Oslo gjennomførte til alle bydelene i januar 2021.<sup>1</sup> Her oppgir bydelene blant annet hva de anser som bydelenes største folkehelseutfordringer og de største ressursene i det systematiske folkehelsearbeidet. Som de *største utfordringene* rangeres sosial ulikhet i helse, psykisk helse og livskvalitet, arbeidsledighet, barnefattigdom og frafall i videregående opplæring. På sjetteplass (av 19 mulige kategorier) kommer manglende systematisk folkehelsearbeid, noen av bydelene peker på dette som en hovedutfordring. Når de svarer på hva som er de *største folkehelseressursene* i bydelen, kommer det systematiske folkehelsearbeidet lenger ned på lista, som nr. av 11 av 19. Det er nærliggende å tolke dette som at bydelene erfarer det systematiske folkehelsearbeidet som krevende: Mange opplever at det kunne vært bedre og i større grad representert en ressurs for bydelen. Når enkelte rangerer det systematiske folkehelsearbeidet som en hovedutfordring, kan det samtidig forstås som at de ser dette arbeidet som en viktig ramme og en forutsetning for arbeidet med de øvrige utfordringene.

I denne undersøkelsen ser vi nærmere på erfaringer fra det systematiske folkehelsearbeidet i enkelte bydeler. Formålet er å identifisere sentrale faktorer som har betydning for bydelenes gjennomføring av det systematiske folkehelsearbeidet rettet mot barn og unge. Et utvalg på tre av Oslos 15 bydeler gir ikke i seg selv et representativt bilde. Men ved å få frem bredden i disse erfaringene, kan vi identifisere momenter som er av generell relevans og som også kan ha overføringsverdi til andre bydeler og kommuner. Et siktemål er å frembringe kunnskap som kan brukes i videreutvikling av kommunens folkehelsearbeid og i utarbeiding av ny folkehelsestrategi.

## 1.1.1 Rapportens rammer

Rapporten bygger videre på en kartleggingsundersøkelse NIBR gjennomførte i 2020 av folkehelse tema i byomfattende plandokumenter i Oslo kommune (Gotaas, 2020). I undersøkelsen så vi på hvordan, og i hvilken grad, plandokumentene tar opp påvirkningsfaktorer og tiltaksområder av betydning for reduksjon av sosial ulikhet i helse for barn og unge. Kartleggingen tok for seg byomfattende planer, det vil si planer som omfatter kommunen som helhet, og ikke enkeltbydeler eller områdesatsinger. Til sammen 51 planer og 10 tildelingsbrev til etater ble inkludert i undersøkelsen.

---

<sup>1</sup> Resultatene er upubliserte og gjengis med tillatelse av Helseetaten. I undersøkelsen ble det anbefalt at bydelens folkehelsekontakt besvarte spørsmålene i samarbeid med andre relevante fagpersoner i bydelen.

I den opprinnelige prosjektplanen var det lagt opp til at vi skulle gjøre en tredelt undersøkelse: En dokumentanalyse av byomfattende plandokumenter, deretter en kartlegging av pågående arbeid i utvalgte bydeler, og til sist en næranalyse av enkelte tiltak. Første del viste seg å gi et så bredt datamateriale at vi i samråd med styringsgruppa valgte å avgrense prosjektet til denne. Den foreliggende rapporten tar i grove trekk for seg del to i den opprinnelige planen, men med videreutvikling og omdefinering av problemstillinger, basert på resultater og lærdom fra den første rapporten. Ut fra prosjektets ressurser, og i samråd med styringsgruppa, har vi lagt vekt på å få frem faktorer knyttet til det systematiske folkehelsearbeidet og ikke sett på gjennomføring av enkelttiltak.

Vi vil presisere at formålet med rapporten ikke er å evaluere eller gi en vurdering av i hvilken grad bydelene lykkes i å drive et godt, systematisk folkehelsearbeid rettet mot barn og unge med sikte på utjevning av sosiale helseforskjeller. Det ville være en ambisjon utover prosjektets rammer. Vi vil poengtere at man heller ikke kan anta at det er et én til én forhold mellom hvordan det systematiske folkehelsearbeidet overfor barn og unge er innrettet og kvaliteten i tjenestenes arbeid. Det ville kreve nærmere, empiriske undersøkelser.

Av anonymitetshensyn, og for å understreke den generelle relevansen av funnene, er de tre bydelene ikke navngitt og vi har forsøkt å organisere analysen tematisk og i mindre grad bydelsvis. Av samme grunn har vi omskrevet enkelte faktaopplysninger og veksler også på benevnelsen av bydelene: Dels som østkant, sentrums- og vestkantbydel og dels ut ifra mer spesifikke faktorer knyttet til levekår og bydelens økonomiske og institusjonelle kapasitet. Dette gir en viss begrensning i analysearbeidet ved at sammenhengen mellom den bydelsvise konteksten og intervjupersonenes erfaringer og vurderinger ikke utnyttes til fulle. Samtidig vil vi, i sammenhenger der vi mener det er nødvendig å kontekstualisere funnene for å forstå variasjonen de representerer, trekke inn relevante bakgrunnsvariabler. Dette samsvarer med undersøkelsens eksplorerende, induktive tilnærming.

Rapporten er bygget opp slik at vi først skisserer perspektiver på sosial ulikhet i helse og gir en presentasjon av begrepet folkehelse, hva som forstås som «det systematiske folkehelsearbeidet» og oppgavene som er tillagt kommunen og bydelen i dette arbeidet (kap. 2). I det neste kapitlet (3) redegjør vi for forskningsspørsmål, forskningsdesign og metode. Deretter presenteres empiriske funn og analyse (kap. 4). Til sist gir vi en kort sammenfatning og drøfting av de viktigste funnene (kap. 5).

Oppbygningen er noe «fortung» ved at vi har valgt å bruke plass og ressurser på å gi et overordnet bilde av folkehelsearbeidets karakter og fremskaffe informasjon om bydelenes rolle. Vi mener dette er nødvendig som en ramme for å forstå bredden i funnene.

## 2 Bakgrunn og perspektiv

I dette kapitlet gir vi en forholdsvis fyldig redegjørelse for hva folkehelsearbeid omfatter og nasjonale føringer for innretting av arbeidet, samt føringer gitt i Oslo kommune. Folkehelsearbeid er et lovpålagt felt som preges av kompleksitet og gir rom for stor, lokal variasjon. Utjevning av sosial ulikhet er en sentral del av folkehelsearbeidet, og i det følgende vil vi vise hvordan og hvorfor. Vi har valgt å hente deler av teksten fra den foregående rapporten (Gotaas, 2020), i til dels lett omarbeidet versjon. Den foreliggende rapporten er en videreføring av det tidligere delprosjektet og baserer seg på samme faglige utgangspunkt.

### 2.1.1 Sosial ulikhet i helse blant barn og unge i Oslo

Folkehelsearbeidet i Oslo møter særlige utfordringer. De sosiale helseforskjellene er markert større her enn andre steder i landet, noe som avspeiles i at dødelighetsrate og forventet levealder varierer sterkt i ulike deler av byen. Oslo har særskilt store helseulikheter sammenliknet med en del storbyer i Vest-Europa (f.eks. Stockholm, Paris). Den geografiske helseulikheten er også spesielt stor (sammenliknet med f.eks. London). I stor grad følger sosial ulikhet i helse et generelt øst-vest skille i byen, hvor: «De *vedvarende* bydelsulikhetene i levealder er slående» (Elstad, 2017, s. 172, opprinnelig utheving). Samtidig ser man en utvikling hvor flere bydeler blir mer heterogene, med større variasjon i helse innen hver bydel. Oslo skiller seg også ut ved å ha relativt sett en større ungdomsbefolkning enn andre norske byer og en større andel innvandrere. Barnefattigdom er mer utbredt i hovedstaden enn i resten av landet.

Sammenhenger mellom sosial ulikhet og helse gjelder alle aldersgrupper. Ettersom man ser et tydelig spenn i sosial ulikhet, og man vet at sosial ulikhet og helse i stor grad reproduseres, er det viktig å sette inn tiltak rettet mot barn og ungdom for å utjevne forskjellene. Helseetatens publikasjon «Oslohelse» (2016) anbefaler, som en prioritert satsing, å «reduere sosiale ulikheter med start blant barn og unge». <sup>2</sup> Dette reflekterer også en generelt økt oppmerksomhet om betydningen av barn og unges oppvekstvilkår for helse og uhelse senere i livet. De senere år er det også rettet et skarpere søkelys mot sammenhengene mellom psykisk og fysisk helse.

### 2.1.2 Folkehelse og sosial ulikhet i helse

*Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* definerer folkehelse som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» (folkehelseloven 2011, §3). Ut fra lovdefinisjonen, vil vi trekke frem følgende momenter som ligger til grunn for folkehelsepolitikken (Hofstad 2018, 2019): For det første handler folkehelse om befolkningen som helhet med hovedvekt på universelle, primærforebyggende tiltak (Helsedirektoratet 2010, s. 21–22). For det andre vektlegges både negative og positive faktorerens effekt på helsen. Folkehelse handler ikke kun om å forebygge uhelse, men like mye om å fremme helse og trivsel. For det tredje, har folkehelsepolitikken et tydelig fokus på hvordan helsen fordeles i befolkningen. Faktorer knyttet til sosioøkonomisk status, utdanningsnivå, oppvekstvilkår, arbeids- og bomiljø, helseatferd og bruk av helsetjenester og sosiale tjenester påvirker helsen, og er samtidig ujevnt fordelt i befolkningen. Folkehelsepolitikken har som mål å utjevne slike helseforskjeller. Et viktig moment her er at sosiale ulikheter i helse danner en gradient gjennom hele befolkningen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

I norsk folkehelsepolitikk defineres *sosial ulikhet i helse* som systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske faktorer, særlig yrke, utdanning og inntekt (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Temaet har fått økt oppmerksomhet fra begynnelsen av

---

<sup>2</sup> I Oslohelse for 2020 er dette poenget formulert mindre direkte: «Folkehelseloven slår fast at vi skal være spesielt oppmerksomme på sosial ulikhet i helse. Sosial ulikhet vil omtales under hvert tema fordi problemstillingen er gjennomgående. Barn og unge har både sitt eget delkapittel og behandles i hovedsak først under hvert tema» (s. 15).



2000-tallet som følge av at man, til tross for en generell økning i levealder og bedring i helsestatus i befolkningen i Norge, ser en økning i de sosioøkonomiske forskjellene i dødelighet og sykkelighet. Levealderen har altså økt mer i grupper med høy sosial status enn i grupper med lavere sosial status. Helsetilstanden følger et trappetrinnmønster, en systematisk ulikhet som er kjennetegnet av at helse blir bedre og levealderen lengre jo høyere i det sosioøkonomiske hierarkiet folk befinner seg (Dahl, Bergsli & van der Wehl, 2014). De som har flere materielle og sosiale ressurser lever lengre og er friskere enn de som har færre ressurser. Dette gjelder for så å si alle helsemål på den ene siden, og for så å si alle mål på sosioøkonomisk status på den andre siden (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Folkehelsepolitikken legger til grunn at om en skal utjevne forskjellene i helseatferd og helsetilstand, bør først og fremst de samfunnsstrukturene som styrer atferden påvirkes, ikke de individuelle helsevalgene som kommer som en følge av de samme strukturene (ibid.).

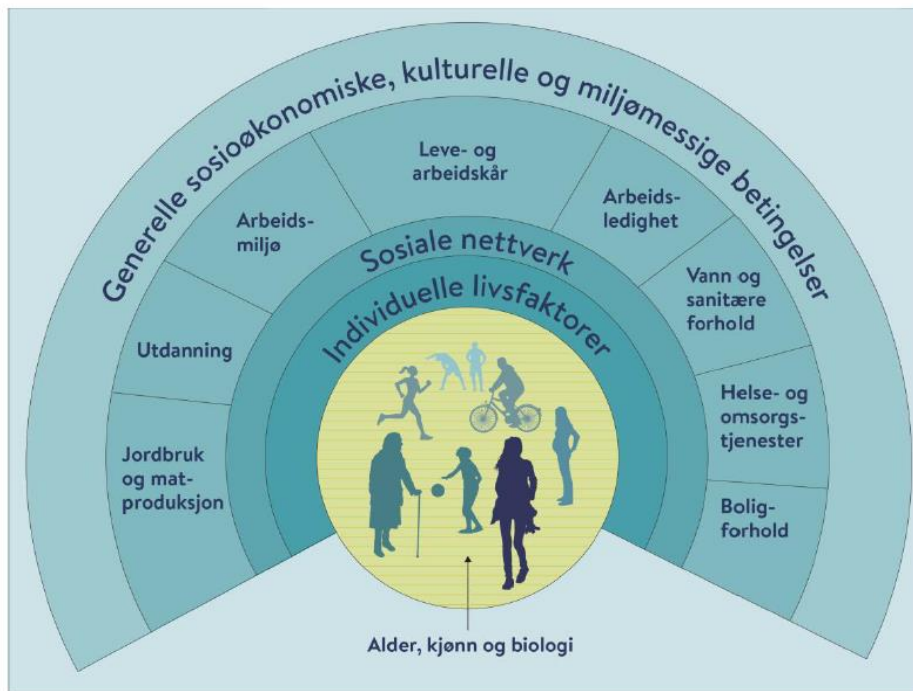
Ikke minst ser en det som viktig å rette innsatsen mot de grunnleggende, sosiale årsakene til helseforskjeller, de såkalte *sosiale helsedeterminantene*, eller *påvirkningsfaktorene* (Dahl et al., 2014). Påvirkningsfaktorer er alle faktorer som påvirker helse, positivt eller negativt. Folks helse er med andre ord nært knyttet til hvordan vi har organisert og innrettet samfunnet (Hofstad 2018, 2019). Å drive folkehelsearbeid handler derfor i stor grad om å sette inn tiltak utenfor helsetjenesten. *Folkehelsearbeid* kan defineres som «samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse» (Helsedirektoratet 2010, s. 20). Dette arbeidet forutsetter slik et helhetsperspektiv – både med tanke på faktorer som former den enkeltes livsmiljø her og nå og hvordan disse har betydning for individers samlede livsløp. Dette arbeidet omfatter både direkte og mer indirekte faktorer. Samlet sett vil folkehelsearbeid dermed favne svært bredt og angå de fleste samfunnssektorer.

Et viktig virkemiddel er *universelle ordninger*. Det vil si tjenester og ytelser som omfatter alle. Fordi helseulikheten følger et trappetrinnmønster, en gradient, vil strategier som treffer alle gi størst løft for folkehelse (ibid).

### **2.1.3 Politikkenes faglige forankring – påvirkningsfaktorer og helse-årsakskjeden**

Folkehelsepolitikken i Norge er forankret i et faglig perspektiv kalt «sosiale helsedeterminanter perspektivet», det såkalte *SHD-perspektivet* (Artnzen et al., 2019). I dette ligger at trekk i og ved samfunnet i stor grad kan forklare den gjennomsnittlige helsetilstanden i ulike deler av befolkningen. Disse årsaksforklaringene betegnes som *helsens sosiale determinanter* (Dahl et al., 2014, s. 9).

SHD-perspektivet innebærer å se bredden av påvirkningsfaktorer i sammenheng. En mye brukt illustrasjon, «løkmodellen» viser hvordan de ulike helsefaktorene både ligger lagvis utenpå hverandre og er vevet sammen; fra individets biologiske forutsetninger til individuelle livsfaktorer, sosiale nettverk og generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser. Påvirkningsfaktorene kan være av både positiv og negativ karakter for helse:



**Figur 24.** De bakenforliggende faktorene kan fremme helsen, eller det motsatte; øke risikoen for sykdom. Figur: Fete Typer/Folkehelseinstituttet (etter Whitehead og Dahlgren, 1991).

(Hentet fra Folkehelseinstituttet, 2018, s. 47)

Når det gjelder kommunalt folkehelsearbeid, vil det ytterste laget av påvirkningsfaktorer – de generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelsene – ligge utenfor kommunens ansvarsområde (Helgesen et al., 2014, s. 30). Samtidig kan man ikke trekke et klart skille mellom lagene, for eksempel vil faktorer knyttet til nasjonale og globale forhold kunne bli håndtert ulikt i ulike lokale settinger. I det neste laget med bakenforliggende faktorer har imidlertid kommunene virkemidler til å utforme og implementere tiltak på bakgrunn av en blanding av lokale strategier og prioriteringer og nasjonale lover og forventninger.

Påvirkningsperspektivet er særlig relevant når det gjelder *planlegging*, fordi det både viser til bredden i de faktorer som innvirker på befolkningens helse og fordelingen av helse i befolkningen. Perspektivet er derfor sentralt når det gjelder å planlegge for *sosial utjevning* av helseforskjeller (Hofstad 2019).

#### 2.1.4 Helse-årsakskjeden og utjevning av sosial ulikhet i helse

For å kategorisere og vise årsakssammenhenger for de ulike påvirkningsfaktorene som påvirker helsen, positivt eller negativt, brukes ofte den såkalte helse-årsakskjeden:

Figur 2.1: Helse-årsakskjeden



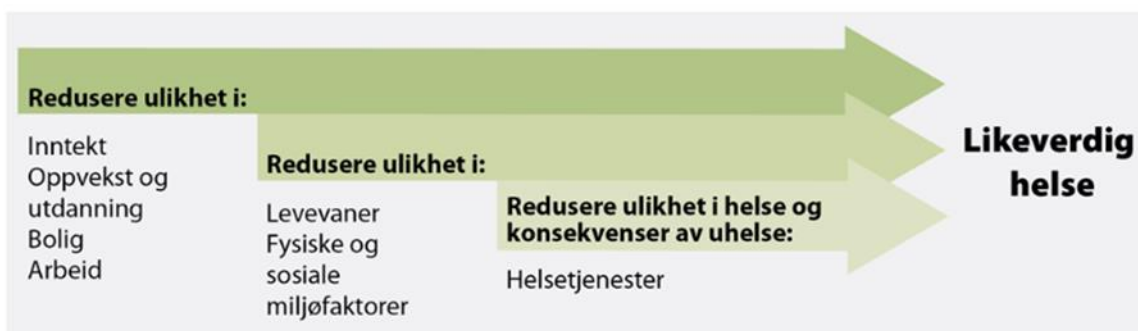
Kilde: St.meld. 20 2006-2007

(Hentet fra Helgesen et al., 2014, s. 29)

Påvirkningsperspektivet sier at det er faktorene lengst til venstre i kjeden som har størst grunnleggende betydning for folkehelsen (i figur 2.2 nedenfor angis påvirkningsfaktorene i hver av bolkene). Når det gjelder helsetjenester, vil forebyggende og helsefremmende virksomhet være en del av folkehelsearbeidet (slik som helsestasjonenes og skolehelsetjenestenes oppgaver), mens kurative oppgaver faller utenfor folkehelsebegrepet.

Helse-årsakskjeden danner basis for problem- og kunnskapsforståelsen i arbeidet med å motvirke sosiale helseforskjeller. For å illustrere de påvirkningsfaktorene man må gripe fatt i, benyttes ofte denne illustrasjonen:

Figur 2.2: Innsatsområder for reduksjon av sosial ulikhet i helse



Figur 8. Eksempler på områder der man kan gjøre en innsats for å redusere sosiale helseforskjeller. Lengst til venstre de grunnleggende faktorene som påvirker hele årsakskjeden.

(Hentet fra Folkehelseinstituttet, 2018, s. 50)

Jo lenger til venstre i modellen, jo mer grunnleggende betydning vil faktorene ha når det gjelder å redusere sosiale ulikheter i helse. Å motvirke denne type ulikhet omtales også som *helseutjevning*. Dette er en ambisiøs målsetting. Helseutjevning kan beskrives som «helsefremming med et fordelingsperspektiv», noe som «(...) innebærer en radikal omfordeling og en helhetlig tilnærming. Dypest sett handler dette om hvordan påvirkningsfaktorer fordeles, positive og negative, og hvordan slike faktorer kan utjevnes (...) Med andre ord, å utvikle en langsiktig strategi for helseutjevning» (Hofstad 2019, s. 17).

Modellen viser stor bredde og sammensatthet i hva man definerer som påvirkningsfaktorer og illustrerer slik en *helhetlig folkehelseforståelse* og folkehelsearbeidets kompleksitet.

Vi vil fremheve at i plan- og beslutningsprosesser er *fordelingshensyn* sentrale i formingen av barns livsbetingelser (Helgesen, Abebe & Schou, 2017, s. 76). Foreldrenes inntekt, arbeid og utdanningsnivå og familiens boligsituasjon er definerende for familiens sosioøkonomiske status og dermed viktige faktorer for barnets livssituasjon.

Når det gjelder tiltak, er det i folkehelsearbeid vanlig å skille mellom universelle, selektive og indikative typer av tiltak. *Universelle (befolkningsrettede)* tiltak er tiltak rettet mot hele befolkningen, eller store grupper av befolkningen. *Selektive (grupperettede)* tiltak retter seg mot enkelte grupper i befolkningen. *Indikative (individrettede)* tiltak retter seg mot enkeltindivider som har spesielle, helsemessige kjennetegn (ibid., s. 22).

I denne sammenheng vil vi nevne det kjente «forebyggingsparadokset». Det viser til at tiltak som fører til små endringer i store deler av befolkningen har større folkehelsemessig effekt enn tiltak rettet mot utsatte enkeltgrupper (Helsedirektoratet 2010, s. 23). I folkehelsearbeid vil det derfor være knyttet viktige avveininger til i hvilken grad tiltak skal målrettes, og mot hvilke grupper i befolkningen.

En annen innfallsvinkel – enn å rette tiltak mot befolkningen som sådan eller bestemte deler av befolkningen – er å innrette tiltak mot menneskers *omgivelser*. I *miljørettet folkehelsearbeid* dreier det seg først og fremst om **fysiske omgivelser**, men i stor grad også om hvordan fysiske omgivelser virker inn på livskvalitet og til dels **sosiale relasjoner**.<sup>3</sup> Dette er også områder som i praktisk arbeid vil overlape. For eksempel vil det å legge til rette for sosiale møteplasser (i form av fysiske omgivelser) i stor grad ha til hensikt å redusere sosial isolasjon (ved å gi betingelser for sosiale relasjoner). I utformingen av områdesatsingene i Oslo, hvor staten og kommunen har gått sammen, er det nettopp lagt stor vekt på en helhetlig folkehelseinnsats hvor man legger vekt på både forebygging og helsefremming og hvor fysiske omgivelser og betingelser for sosiale relasjoner sees i sammenheng.

Når det gjelder området psykisk helse, vises det mer spesifikt til at *fremming av psykisk helse* «fokuserer på forbedring av miljøet (sosialt og fysisk), og på å bedre mestringsevnen og kompetansen hos individer så vel som i samfunnet» (ibid., s.116). Under *miljørettet forebyggende arbeid på psykiske helsefeltet* vises det særlig til betydningen av faktorene arbeid, sosioøkonomisk status, bakgrunn som innvanderer eller flyktning, arbeids- og skolemiljø, sosial støtte og nærmiljø, samt fysisk aktivitet. For barn og unge blir foreldrenes psykiske helse og sosiale livssituasjon fremhevet som særlig viktig. Det gjelder faktorer som: Om foreldrene har psykiske lidelse, om det er rusmisbruk og/eller vold i familien og om barna er flyktningbarn og/eller enslige mindreårige) (ibid., s. 116-123).

Denne gjennomgangen illustrerer at områdene for praktisk folkehelsearbeid nødvendigvis vil gli over i hverandre. Som vi skal se, er dette noe som også kommer tydelig frem i intervjumaterialet.

## 2.2 Det systematiske folkehelsearbeidet – kommunen og bydelenes oppgaver

Norske kommuner er komplekse organisasjoner som er gitt ansvar for utføring av en stor andel av velferdsstatens oppgaver. De er satt til å håndtere stadig mer sammensatte behov og problemstillinger (Anklev et. al., 2000). Folkehelsearbeid er en av oppgavene som i hovedsak er lagt til lokalt nivå.

Hva er kommunen og bydelenes rolle i det som kalles «det systematiske folkehelsearbeidet»?

---

<sup>3</sup> Det skilles mellom *helsefremmende miljøtiltak* «som legger til rette for *positive faktorer*, slik som nærhet til turområder og tumleplasser, sykkelfelt, trygge skoleveier og sosiale møteplasser» og *tiltak for forebygging av sykdom og uhelse* rettet inn mot å *redusere eksponering for negative miljøfaktorer*, slik som blant annet støy, forurensing, bomiljø i forfall og sosial isolasjon (Helsedirektoratet 2010, s. 23).

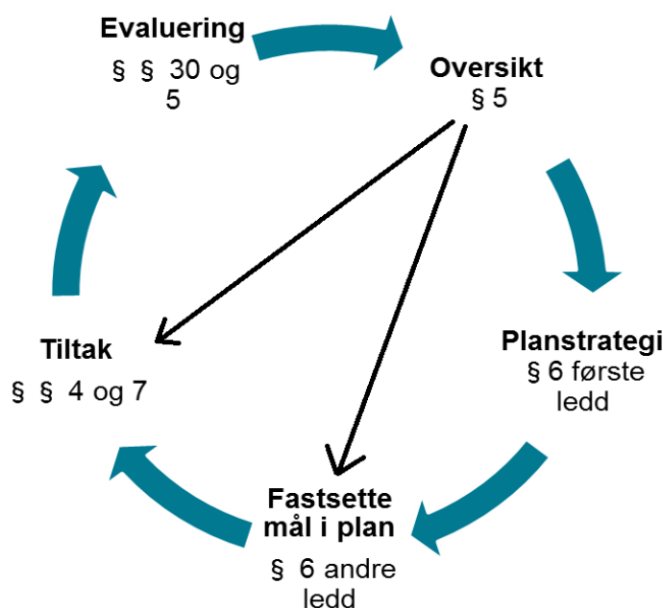
## 2.2.1 Det systematiske folkehelsearbeidet

Folkehelseloven gir kommunene en helt sentral rolle i folkehelsearbeidet. I loven pålegges kommuner og fylkeskommuner å lage en oversikt over negative og positive påvirkningsfaktorer i kommunen/fylkeskommunen (folkehelseloven (2011), § 5). Denne kunnskapen skal så inngå som et grunnlag for prioriteringer og beslutninger i den kommunale og fylkeskommunale planstrategien, samt i løpende planlegging (folkehelseloven (2011), § 6), ligge til grunn for utvikling av tiltak, samt evalueringen av disse. Til sammen utgjør dette det såkalte «systematiske folkehelsearbeidet».<sup>4</sup>

Folkehelse er et ansvar for kommunen som sådan, ikke kun helsetjenesten eller en bestemt sektor (Prop 90 L 2010-2011:49). Loven forutsetter altså at alle sektorer innarbeider folkehelse på sine ansvarsområder og utformer relevante strategier, mål og tiltak. Dette gjenspeiles i det mye brukte uttrykket «helse i alt vi gjør».

Med basis i, og tilpasset Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven), skal kommunene gjennomføre en systematikk i folkehelsearbeidet som i prinsippet følger kommunestyreperioden på fire år. Det systematiske folkehelsearbeidet illustreres ofte med «folkehelsehjulet» som viser delene og fasene i planprosessene:

Figur 2.3: Folkehelsehjulet (Helsedirektoratet 2020)



I Helsedirektoratets relativt nylig reviderte veileder til systematisk folkehelsearbeid presiseres det: «Figuren illustrerer at oversiktsarbeidet er integrert i folkehelsearbeidet, det skal ikke ses på som noe eget eller være løsrevet fra de andre elementene (2020, s. 5).

<sup>4</sup> Loven gir, sammen med påvirkningsperspektivet vi har beskrevet over, fire tydelige forventninger til kommunene (hentet fra Hofstad 2019, s 25, 2018:240-241):

- Folkehelse er et ansvar for kommunen som sådan, ikke kun helsetjenesten eller en bestemt sektor (Prop 90 L 2010-2011:49) (som nevnt over).
- Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt (Folkehelseloven 2011 §4, annet ledd).
- Kommunen forventes å skaffe seg oversikt over lokale påvirkningsfaktorer (Folkehelseloven §5).
- Dette oversiktsarbeidet skal gi en skriftlig beskrivelse av helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative påvirkningsfaktorene om kan virke inn på denne.

Planlegging etter plan- og bygningsloven er et viktig verktøy for kommunens systematiske folkehelsearbeid. Loven har et bredt samfunnsperspektiv som inkluderer folkehelse og sosial ulikhet.<sup>5</sup> I loven beskrives formålet med kommunal planlegging som å:

*fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner (...) samordne statlige, regionale og kommunale oppgaver og gi grunnlag for vedtak om bruk og vern av ressurser (...) [og] sikre åpenhet, forutsigbarhet og medvirkning for alle berørte interesser og myndigheter. Det skal legges vekt på langsiktige løsninger, og konsekvenser for miljø og samfunn skal beskrives»*  
(PBL 2008, § 1-1).

Både plan- og bygningsloven og folkehelseloven gir stor handlefrihet til kommuner og fylkeskommuner når det gjelder innholdet i de faktiske tiltakene. Tanken er i begge tilfeller at en gjennom et kunnskapsgrunnlag skal ledes til å gjøre de rette prioriteringene. De senere år har man også sett at planlegging som virkemiddel i folkehelsearbeidet er blitt vektlagt i stadig sterkere grad (Hofstad, 2018).

### 2.2.2 Oslo kommune – styringsdokumenter folkehelse

I Oslo er det Helseetaten som koordinerer det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen og har ansvar for kommunens oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer, på et overordnet nivå.

De mest sentrale styringsdokumentene for Oslo kommunes folkehelsearbeid er (i rapporten fra 2020 har vi gitt en fylligere omtale av plandokumentene, her trekker vi frem de viktigste momentene knyttet til kommunenes ansvar):

*Kommuneplanens samfunnsdel*, som er viktig som strategisk retningsgiver både for kommunen som organisasjon og kommunen som territorium gjennom rammesetter for arealutviklingen (Aarsæther og Hofstad, 2018). Dermed legger kommuneplanens samfunnsdel føringer for kommunens sterkeste styringsinstrument, nemlig økonomiplan/handlingsdel. Økonomiplanen er regulert gjennom kommuneloven. Kommuneplanens samfunnsdel er regulert av plan- og bygningsloven og dermed i tillegg også retningsgiver for andre planer etter loven.<sup>6</sup>

Et annet viktig styringsdokument for Oslos folkehelsearbeid er *Folkehelseplan for Oslo 2017-2020*. Her pekes det ut tre hovedsatsingsområder:

- Trygg og sunn oppvekst for alle barn og unge
- En grønn og aktiv by som fremmer fysisk og psykisk helse
- En inkluderende by som fremmer deltakelse og medborgerskap

I tillegg kommer en rekke andre planer på spesifikke områder som gir føringer for kommunens folkehelsearbeid (se Gotaas, 2020). Vi vil også nevne kommunens deltakelse i det nasjonale *Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027*. Programmet samler eksisterende statlige tilskuddsordninger, utgjør en del av konteksten for folkehelsearbeidet i kommunen og samvirker med målsettingene i folkehelseplanen. Målet er å jobbe mer systematisk, kunnskapsbasert og langsiktig med folkehelsearbeid og integrere psykisk helse og rusmiddelforebygging som en del

<sup>5</sup> Når formålet utdypes i en egen paragraf i selve loven (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2008, § 3-1), er flere av punktene relevante for folkehelsearbeidet:<sup>5</sup>

- legge til rette for verdiskaping og næringsutvikling

- legge til rette for god forming av bygde omgivelser, gode bomiljøer og gode oppvekst- og levekår i alle deler av landet

- fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet

- ta klimahensyn, herunder gjennom løsninger for energiforsyning og areal og transport

- fremme samfunnssikkerhet ved å forebygge risiko for tap av liv, skade på helse, miljø og viktig infrastruktur, materielle verdier mv. (PBL 2008, § 3-1, bokstav d–h)

<sup>6</sup> Dette gjelder ikke minst kommuneplanens arealdel som regulerer den territorielle utviklingen, og detalplaner som spesifiserer de konkrete løsningene ytterligere.

av dette. En målsetting er å redusere sosial ulikhet i helse. Barn og unge er en prioritert målgruppe.<sup>7</sup>

Både i folkehelseplanen og Program for folkehelsearbeid legges det sterk vekt på sammenhengene mellom oppvekstvilkår, psykisk helse og deltakelse. Dette er svært brede temaer som vanskelig lar seg tydelig avgrense: *Oppvekstvilkår* oppgis å omfatte familieforhold, bo- og nærmiljø/område, barnehage og skole. *Psykisk helse* innbefatter opplevelse av trivsel, mestring og det å bli verdsatt. *Deltakelse* omfatter aktiviteter og inkludering i vid forstand.

Plandokumentene illustrerer poenget om at folkehelse angår alle sektorer og samfunnsområder. Det viser også hvordan de ulike temaene er sammenflettet og vil gli over i hverandre. Ikke minst gir det et bilde av hvordan folkehelsearbeid kan sies å angå alle sider ved individets livssituasjon. Folkehelsearbeid vil derfor måtte søke en helhetlig innretning i dobbel forstand: Rettet mot «hele mennesket» og en helhetlig samfunnsplanlegging- og organisering.

### 2.2.3 Bydelenes rolle i folkehelsearbeidet

Ifølge kommuneloven forutsettes kommunene å ivareta fire roller; som tjenesteproducent, myndighetsutøver, samfunnsutvikler og demokratisk arena (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2018 [1992]). Det er ikke formelt definert hva disse rollene innebærer for bydelssektoren, men byrådet har nylig presisert rollene til å inneholde:<sup>8</sup>

Tabell 2.1: Bydelenes fire roller

Bydelenes fire roller	
Tjenesteproducent	Myndighetsutøver
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yte helse og velferdstjenester til befolkningen i bydelen</li> <li>• Sikre tilstrekkelig kapasitet, relevant kompetanse, effektiv tjenesteproduksjon og økonomisk soliditet</li> <li>• Samarbeide med andre tjenesteytere internt i Oslo kommune og på statlig nivå</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planlegging og oppfølging innen helse og velferdslovgivningen</li> <li>• Delegerte fullmakter til å fatte vedtak i enkeltsaker innen lovområder og ansvarsområder som bystyret har tillagt bydelene</li> <li>• Vedta et budsjett innenfor de rammer, retningslinjer og frister som bystyret fastsetter</li> <li>• Avgjørelsesmyndighet i saker som er tillagt bydelene av bystyret</li> </ul>
Samfunnsutvikler	Lokaldemokratisk arena
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilrettelegge for positiv utvikling i bydelen (og Oslo som helhet)</li> <li>• Ivaretagelse av lokale areal- og transportinteresser tilpasset klima- og miljøhensyn (høringsinstans)</li> <li>• Utvikling av bydelen gjennom egne initiativ og samarbeid med lokalt næringsliv, frivillige lag og organisasjoner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politisk deltakelse og styring</li> <li>• Fremme et levende lokalt folkestyre</li> <li>• Legge til rette for at innbyggerne kan involveres gjennom deltakelse utenom den politiske arenaen</li> </ul>

<sup>7</sup> Overordnet mål 1: Flere barn og unge i Oslo opplever god livskvalitet.

Delmål:

- Andel barn og unge i Oslo som opplever fellesskap, mestring og trivsel er økt
- Sosiale forskjeller i psykisk helse blant barn og unge i Oslo er redusert
- Bruk av rusmidler blant ungdom er redusert

<sup>8</sup>Innholdet i tabellen lå tidligere på denne adressen:

<http://www.pangstart.oslo.kommune.no/getfile.php/131488900/bydel%20s%C3%B8ndre%20nordstrand%20%28BSN%29/Internett%20%28BSN%29/Dokumenter/Politikk/Reglement%20for%20bydelene.pdf> (lesedato 29.12.21). Lenken viser senere til side med error. Vi har her kopiert teksten fra den opprinnelige tabellen inn i en leservennlig versjon.

Bydelene mottar felles, årlig tildelingsbrev fra Byrådet. I 2021 fikk de, til forskjell fra tidligere, et samlet tildelingsbrev fra flere byrådsavdelinger som gjelder alle bydelenes tjenesteområder.<sup>9</sup>

Føringer som gjelder tjenester overfor barn og unge er samlet i kapitlet *Føringer for bydelene* (2.2). Underavsnittet *Tjenester til barn og unge - forebyggende innsats*, er det temaet som får lengst og mest fyldig omtale:<sup>10</sup>

*Tjenester til barn og unge skal bygge på kunnskap fra barn og unge selv, erfaringskunnskap fra tjenestene og forskningskunnskap. I utvikling av tiltak og oppfølging av tjenestene forutsettes det at bydelene aktivt har innhentet kunnskap og erfaringer fra disse tre kunnskapskildene. Bydelene skal samarbeide med barn og unge i alle forhold som omhandler dem, både enkeltsaker og i større saker på systemnivå. Barn og unges stemme skal bli hørt og deres stemme og mening skal vektlegges før beslutninger tas.*

*Bydelene er viktige bidragsytere i arbeidet for trygge og inkluderende oppvekstmiljø og skal gjennom samarbeid med skolene lokalt, fritidstilbud, sommerjobber til ungdom og i rus- og kriminalitetsforebyggende arbeid i SaLTo-modellen bidra til dette.*

*Føringer for arbeidet med fritidstilbud er beskrevet i Sak 223 Klubben vår! Bydelenes fritidsklubber og fritidsaktiviteter for barn og ungdom - Oversikt over tilbudet og strategier for arbeidet - Byrådssak 189 av 20.06.2019 behandlet 02.09.2020.*

*Oslohjelpa skal være tilgjengelig for barn, unge og deres familier i alle bydeler og videreutvikles ut ifra innbyggernes behov i hver enkelt bydel. Strategien for Barnehjernevernet og prinsippene i Oslo som traumeinformert by skal legges til grunn slik at medarbeidere som arbeider direkte med barn og unge får økt kompetansen i å oppdage barn som utsettes for omsorgssvikt, vold og overgrep. Det vises i den forbindelse til resultatmålene i Strategien for Barnehjernevernet.*

Deretter konkretiserer tildelingsbrevet føringene i Årsbudsjett 2021 under *Mål, tiltak, resultatindikatorer og måltall* for sektorene: Barnehage, Barnevern, Aktivitetstilbud for barn og unge, helsestasjon og skolehelsetjeneste, Helse og omsorg, Sosiale tjenester og ytelser, Mottak og integrering av flyktninger. Et gjennomgående tema for mål og tiltak er reduksjon av levekårsforskjeller.

Uten å gjengi alle tiltak som listes opp under de ulike sektorene og som enten er direkte rettet mot barn og unge eller mot påvirkningsfaktorer for barn og unges oppvekstmiljø, kan vi fastslå at tildelingsbrevet reflekterer høye ambisjoner når det gjelder tjenestenes arbeid overfor denne innbyggergruppa.

Når det gjelder budsjettmidler til bydelene, er bydelenes levekårsutfordringer et sentralt kriterium for fordeling. I Oslo kommunes fordelingssystem legges sosiale og demografiske kriterier til grunn for hvor mye hver av bydelene får: «Fordelingssystemet har som mål at alle bydeler skal ha samme mulighet til å yte et likeverdig tjenestetilbud til sine innbyggere» (Oslo kommune, 2017, s. 6). Vi vil legge til at selv om føringer som tar for seg tjenestenes arbeid rettet mot barn og unge gis mest plass i tildelingsbrevet, er det sektoren helse og omsorg som utgjør den største posten i

<sup>9</sup> De tre var: Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester, Byrådsavdeling for arbeid, integrering og sosiale tjenester og Byrådsavdeling for oppvekst og kunnskap. - For 2020, som er det året kommunene har rapportert på når vi gjennomfører intervjuene, mottok de tildelingsbrev fra Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid som omfatter tjenestene i sektoren. Mens Byrådsavdeling for oppvekst og kunnskap, som har ansvar for barnehagene, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sendte et eget supplerende tildelingsbrev.

<sup>10</sup> De andre temaene er *Arbeid til alle - flere skal gis muligheter til arbeid, Helse- og omsorgstjenester og Rusfeltet*.



bydelenes budsjett. Barnehager kommer imidlertid som nr. to (skole ligger utenfor bydelenes ansvarsområde).

Et sentralt moment når det gjelder bydelenes folkehelsearbeid overfor barn og unge er om tjenestene er lovpålagte eller ikke. Store deler av «det klassiske» folkehelsearbeid rettet mot barn og unge er lovpålagt, slik som helsestasjon og skolehelsetjeneste. Samtidig er barn og unge en gruppe hvor mange typer forebyggende tiltak er særlig fremtredende, slik som fritids- og aktivitetstilbud, og rusforebyggende arbeid. Det gjelder dels også tiltak i skole og barnehager, for eksempel ernæringstiltak i barnehager og aktiviteter på skolens område etter skoletid. Samarbeid med frivilligheten, spesielt idretten, er en viktig del av bydelens (kommunens) oppgaver. Mange av disse aktivitetene og tjenestene er ikke lovpålagte og derfor avhengig av føringer fra kommunen og bydelens prioriteringer og økonomiske handlingsrom.

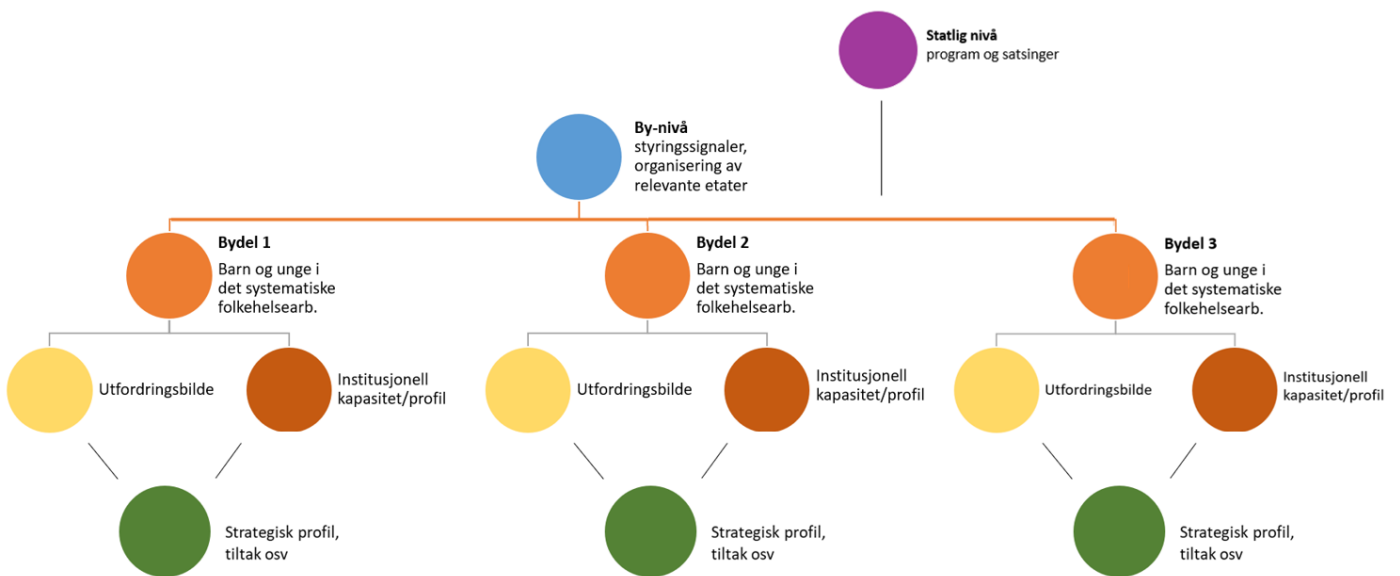
### 3 Forskningsspørsmål, - design og metode

En målsetting med undersøkelsen er både å få frem mulig variasjon i bydelenes innretning av det systematiske folkehelsearbeidet og fellestema på tvers av ulike betingelser og ulik organisering.

#### 3.1.1 Forskningsdesign

Designet for undersøkelsen skisseres i figuren nedenfor. Hovedvekten ligger på sammenhenger mellom utfordringsbildet, bydelenes institusjonelle kapasitet og strategisk profil, uten å gå nøyere inn på spesifikke tiltak. Statlig nivå danner et bakteppe og tematiseres i noen grad (områdesatsinger, Program for folkehelsearbeid i kommunene), mens by-nivå i større grad er et tema som aktualiseres av intervjupersonene.

Figur 3.1: Forskningsdesign



#### 3.1.2 Forskningsspørsmål

I dette avsnittet inkluderer vi en beskrivelse av hvordan forskningsfokus endret seg underveis i datainnsamlingsfasen. For det første er det i seg selv et funn, som sier noe om trekk ved feltet som studeres, for det andre gir det kunnskap som vil være nyttig i fremtidige studier av liknende art.

Ved oppstart av prosjektet utformet vi, i samarbeid med styringsgruppa, sentrale forskningsspørsmål for undersøkelsen.

Undersøkelsens hovedformål er å belyse:

*Hvordan løfte utjevning av sosial ulikhet i helse blant barn og unge systematisk inn i bydelenes arbeid?*

Gjennom eksempelstudier i enkelte bydeler ønsket man å få kunnskap om faktorer og prosesser som kan fremme denne målsettingen. Problemstillingen viste seg bestandig gjennom datainnsamlingen og danner rammen for rapporten.

Som rettesnor for arbeidet, ble det i tillegg formulert flere *foreløpige delspørsmål* som tok utgangspunkt i folkehelsehjulet og som tok sikte på å kartlegge bydelenes erfaringer med

stegene i det systematiske folkehelsearbeidet. Det var også et ønske å få kunnskap om bydelenes erfaringer når det gjelder sentral understøttelse fra kommunen i det systematiske folkehelsearbeidet overfor barn og unge, og behov fremover. Dette ga til sammen syv delproblemstillinger:

- 1) Hvordan organiserer bydelen folkehelsearbeidet og hva er deres erfaringer med denne organiseringen?
- 2) Hvordan og i hvilken grad har bydelens institusjonelle kapasitet betydning, - for planstrategi og iverksetting av tiltak?
- 3) Hvordan evaluere tiltak og integrere kunnskapsutvikling og erfaringer i folkehelsearbeidet lokalt?
- 4) Hvordan skaffer bydelen seg kunnskap om/oversikt over det lokale utfordringsbildet, med særlig henblikk på sosial ulikhet blant barn og unge? (bla. tverrsektorielt).
- 5) Hvordan brukes denne kunnskapen – til å utvikle hvilke planstrategier?
- 6) Hvilken plass har påvirkningsfaktorer for oppvekst, psykisk helse (inkludert lokalt, rusforebyggende arbeid) og deltakelse i disse strategiene og utforming av tiltak?
- 7) Hva er bydelens erfaringer når det gjelder sentral understøttelse (etater) i det systematiske folkehelsearbeidet overfor barn og unge, og hva trenger de fremover?

Delspørsmålene fungerte som nyttige arbeidsredskap underveis i utformingen av prosjektet. Da vi tok fatt på datainnsamlingen, så vi imidlertid ganske raskt at det var en omfattende oppgave å skaffe tilstrekkelig informasjon om hvert av spørsmålene. Det var til dels stor variasjon mellom intervjupersonene i hvilken grad de hadde kunnskap om bydelens systematiske folkehelsearbeid og hvilke deler av arbeidet, dette varierte med arbeidsoppgaver og organisatorisk plassering. Dette er i seg selv et interessant funn som viser det systematiske folkehelsearbeidets sammensatthet. På bakgrunn av prosjektets begrensede ressurser, har vi derfor justert og kortet ned spørsmålslisten. I analysen vil alle spørsmålene bli belyst, men hovedvekten ligger på spørsmålene 1, 2, 4 og 6. I gjennomgangen har vi i stedet lagt vekt på å få frem noen sentrale betingelser, og sammenhengene mellom dem, som bydelene selv peker på som førende for hvordan de innretter folkehelsearbeidet. Det innebærer et induktivt, eksplorerende perspektiv.

Da pandemien viste seg å vedvare gjennom prosjektperioden, har vi i tillegg spurt bydelene om erfaringer når det gjelder pandemiens innvirkning på barn og unges situasjon og det systematiske folkehelsearbeidet rettet mot denne gruppa.

Folkehelsearbeid er et fenomen som vanskelig lar seg avgrense. På grunn av folkehelsearbeidets kompleksitet er det utfordrende å fange det i hele sin bredde. Vi har derfor valgt å gå dypere inn i de delene av arbeidet som i løpet av undersøkelsen viste seg som de viktigste:

- Institusjonell kapasitet og organisering av det systematiske folkehelsearbeidet
- Strategisk profil i form av plantyper og planprosesser
- Kunnskapsproduksjon og prosjekt- og tiltaksutvikling

I rapporten gir vi ikke en samlet fremstilling av hver av bydelene. Et siktemål er likevel å få frem både felles tema og variasjonen i bydelens innretting av, og erfaring med, det systematiske folkehelsearbeidet rettet mot barn og unge.

### **3.1.3 Utvalg bydeler**

I samråd med styringsgruppa ble det valgt ut tre bydeler som case i undersøkelsen. En målsetting var at bydelene skulle skille seg fra hverandre på flere sentrale kriterier:

- Geografisk plassering i byen
- Utfordringsbilde – levekår, oppvekst, inkludert evt. levekårsforskjeller mellom delbydeler
- By (og bolig) utvikling – stabilitet vs. endring
- Institusjonell kapasitet – herunder om bydelen er omfattet av områdesatsing eller deltar i Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027
- Vektlegging/tematisering av folkehelsearbeid i plandokumenter

I en innledende fase skaffet vi oss et raskt overblikk over alle de 15 bydelene, med særlig vekt på levekårsutfordringer og antall og type plandokumenter knyttet til folkehelsearbeid. På bakgrunn av dette fant vi frem til et knippe av aktuelle bydeler, og etter en nærmere gjennomgang valgte vi ut tre.

### 3.1.4 Variasjon mellom bydelene med hensyn til seleksjonskriterier – levekår og utfordringsbilde

De tre case-bydelene representerer *geografisk spredning*, der én har trekk av en sentrumsbydel, én av en vestkantbydel og én en østkantbydel. De senere år har man sett en større forskjell i levekår innad i bydeler, og alle tre har til dels markant variasjon mellom delbydeler.

I Oslo er det relativ stor variasjon mellom bydelene når det gjelder *innbyggertall*, fra i underkant av 30.000 til i underkant av 65.000.<sup>11</sup> I casebydelene ligger innbyggertallet i én bydel i nedre sjikt, og de to andre i nedre og øvre del av det vi kan karakterisere som et bredt mellomsjikt. For vårt formål er *alderssammensetning* særlig viktig, og her har case-bydelene ganske ulik profil: To er blant dem med høyest andel barn og unge (regnet fra 0-20 år) i byen, mens den tredje er blant bydelene med lavest andel barn og unge. For byen som helhet ligger gjennomsnittet på barne- og ungdomsbefolkningen på 22 %, i bydelene vi undersøker svinger tallene mellom om lag 15 % og i underkant av 30 % av innbyggerne (av anonymitetshensyn opererer vi med omtrentlige tall). Om vi ser på norskfødte under 16 år med to innvandrereforeldre, er det et stort spenn mellom bydelene; fra om lag 10 %, via om lag 20 %, til vel 40 %.

Når det gjelder *levetekårsutfordringer* og *påvirkningsfaktorer for folkehelse* med betydning for barn og unge, følger disse i stor grad det velkjente geografisk øst-vest skille i Oslo. Her nevner vi noen av de viktigste faktorene hvor bydelene skiller seg fra gjennomsnittet for Oslo, og også fra hverandre. Informasjonen nedenfor er hentet fra oppvekstbarometeret i FHIs oppvekstprofil (FHI, 2021):<sup>12</sup>

Østkantbydelen har en relativt stor andel barn og unge (0-17 år) som lever i hushold med vedvarende lavinntekt og som også bor trangt. Bydelen ligger bedre an enn gjennomsnittet i Oslo når det gjelder bemanning i barnehagene, på gjennomsnittet når det gjelder å trives på skolen og har relativt stor andel frafall i videregående opplæring. Den ligger under gjennomsnittet når det gjelder deltakelse i fritidsorganisasjoner og opplevelse av å være fornøyd med lokalmiljøet og trygghet i nærmiljøet. Samtidig er skåren for depressive symptomer helt gjennomsnittlig og psykiske symptomer og lidelser bedre enn Oslo som helhet. Bruken av alkohol ligger på gjennomsnittet, mens bruken av cannabis er høyere.

Sentrumsbydelen skårer gjennomsnittlig på en rekke levekårsindikatorer, men dette skjuler til dels stor variasjon mellom ulike geografiske områder i bydelen. Av indikatorer som skiller seg fra gjennomsnittet i Oslo, vil vi peke på at andelen barn og unge som bor trangt er høyere enn gjennomsnittet. Bemanningen i barnehagene er relativt høy, det samme gjelder andelen som trives på skolen. Når det gjelder andelen som gjennomfører videregående opplæring, ligger den under gjennomsnittet. Andelen barn og unge som er fornøyd med lokalmiljøet er høy. Psykiske

<sup>11</sup> Tallene i dette avsnittet er hentet fra <https://bydelsfakta.oslo.kommune.no/bydel/alle/befolkningsutvikling>.

<sup>12</sup> Oppvekstbarometeret (som er en del av FHIs oppvekstprofil) viser bydelenes nøkkeltall sammenliknet med kommunen og med landsgjennomsnittet. Tallene er hentet fra ulike datakilder, mange fra Ungdataundersøkelsen.

symptomer/lidelser skårer høyere, bruk av alkohol høyere og bruken av cannabis omtrent på gjennomsnittet for Oslo.

Vestkantbydelen skårer høyt på de fleste levekårsindikatorer. Det gjelder innbyggernes utdannings- og lønnsnivå og andel som er i arbeid. Samtidig er forskjellene blant innbyggerne i bydelen store, bydelen er blant de med høyest inntektsulikhet i Oslo og det er store forskjeller mellom delbydeler. Om vi ser nærmere på enkelte indikatorer som skiller seg fra gjennomsnittet, er det litt lavere bemanning i barnehage, en større andel barn og unge om trives på skolen og flere unge fullfører videregående opplæring. Flere er med i fritidsorganisasjoner og er fornøyd med lokamiljøet. Andelen psykiske symptomer/lidelser er litt lavere. Bruken av alkohol er høyere, mens cannabis ligger på gjennomsnittet.

Én av bydelene er med i områdesatsing for Oslo og én i Program for folkehelsearbeid. I to av bydelene er det relativt stor stabilitet i boligmasse og fysiske strukturer, mens en annen opplever store endringsprosesser. I analysedelen vil vi komme nærmere inn på i hvilken grad bydelene har utarbeidet planer med folkehelsematikk.

Samlet sett vil vi si de valgte bydelene representerer en god variasjon i utfordringsbildet når det gjelder barn og unge. Gjennom datainnsamlingen ble denne variasjonen bekreftet. De komparative aspektene ved undersøkelsen ble styrket da vi så at utfordringsbildet i stor grad samvarierte med bydelens institusjonelle kapasitet. Det vil si at bydelen med flest levekårsutfordringer hadde sterkest institusjonell kapasitet, og vice versa.

## 3.2 Datamateriale

Hovedmaterialet i undersøkelsen består av *kvalitative intervju* med ledere, ansatte og representanter for ungdomsråd i tre utvalgte bydeler; til sammen 12 intervju med 13 personer. I prosessen med å velge casebydeler, forberede intervju og tegne et bilde av bydelens folkehelsearbeid, har vi hentet mye relevant informasjon fra bydelenes hjemmesider. Det gjelder bydelens organisering, men først og fremst *plandokumenter* med relevans for folkehelsearbeid. I etterkant av intervjuer har intervjupersoner også sendt oss relevante (plan)dokumenter som ikke lå ute på hjemmesidene (men f.eks. i kommunens eInnsyn/arkiv). Disse er også benyttet inn i analysearbeidet. Vi har også hentet bakgrunnsinformasjon ved enkelte nettsøk på mediasaker i bydelen som gir inntrykk av hva som tematiseres i offentligheten.

I tillegg har vi brukt noe statistikk og tallgrunnlag i form av Oslo kommunes *bydelsfakta* og FHI's *oppvekstprofiler*, som begge har utarbeidet tilgjengelig tallmateriale på bydelsnivå. I bydelsfakta er tallmaterialet også brutt ned på delbydeler. Oppvekstprofilene er basert på ulike datakilder, blant annet Ungdata-undersøkelsen. Vi har også brukt Byrådets tildelingsbrev til bydelene for 2021 og en upublisert spørreundersøkelse utarbeidet av Helseetaten i Oslo kommune.

I denne sammenheng vil vi nevne et relevant funn: Bydelenes hjemmesider er organisert etter en felles mal, men på en slik måte at det til dels er vanskelig å finne samlet informasjon som gjelder den enkelte bydel. Hvis man for eksempel på en bydels hjemmeside søker på «fritidsklubb», føres man rett til Oslo kommunes sentrale hjemmeside hvor det ligger en samlet oversikt over alle kommunens klubber. Søker man på «fritidsaktiviteter», kommer man til en side hvor det også presenteres informasjon for hvordan søke tilskudd til slike aktiviteter i de ulike bydelene. I et av intervjuene, med en leder, så vi på dette sammen, og hen ble svært forbauset over hvor vanskelig det var å finne frem. Et poeng er at barn og unge antakelig nås best gjennom sosiale medier. Noen bydeler har også, eller er i ferd med, å utvikle apper rettet mot barn og unge. Men likevel bør alle, og spesielt foresatte, kunne finne frem til oversikter på hjemmesidene. En bydel har utarbeidet et samlet dokument over alle bydelens tjenester, hvor tjenester til barn og unge utgjør en stor bolk. Dette er imidlertid et svært omfattende dokument og gir inntrykk av å være innrettet mot tjenestene selv eller innbyggere som er godt kjent med systemet. Det varierer også hvor langt tilbake i tid relevante plandokumenter ligger på hjemmesidene. Fra og med 2017 er

politiske saker arkivert i elnnsyn, hvor man i stor grad må vite hva man leter etter. Det er heller ikke alle bydeler som følger denne inndelingen. Dette gjør det vanskelig for besøkende på sidene å lete seg fram og det er grunn til å spørre seg i hvilken grad sidene er innrettet for å møte innbyggernes informasjonsbehov. – Vi kan føye til at i undersøkelsen ble derfor intervjuene viktige for å få en viss oversikt over tidligere, relevante plandokumenter.

### 3.2.1 Intervjuer

På grunn av pandemi-situasjonen ble gjennomføringen av case-undersøkelsen forskjøvet flere ganger. Fordelen var at vi fikk større rom for å gjøre en trinnvis henvendelse til bydelene.<sup>13</sup>

I samråd med arbeidsgruppa for prosjektet sendte vi først en e-post med generell informasjon om prosjektet til alle 15 bydeler; til folkehelsekontakt og til postmottaket.<sup>14</sup> Ved siden av at alle bydeler ble informert om undersøkelsen, åpnet det for lettere å rekruttere alternative bydeler dersom de vi hadde sett oss ut som case-bydeler, ikke skulle ønske å være med. I neste fase henvendte vi oss direkte til de tre case-bydelene, ved folkehelsekontakt, med forespørsel om bydelen kunne delta.<sup>15</sup> Deretter spurte vi om vår kontakt var villig til å la seg intervju, og om hen hadde 2-3 andre navn som kunne være aktuelle intervjupersoner.

### 3.2.2 Utvalg intervjupersoner

Bydelene har, i likhet med norske kommuner ellers, ulik inndeling av tjenesteområder og ulik administrativ struktur. Intervjupersonene vi ble henvist til gjennom «snøballmetoden» bekler derfor forskjellige typer stillinger med ulike typer ansvars- og arbeidsoppgaver. Felles er at de har en relativt sentral rolle knyttet til bydelens folkehelsearbeid overfor barn og unge.

I flere tilfeller fikk vi anbefalt flere enn det var rom for å intervju. Vi har da forsøkt å vurdere i hvilken grad kandidatene var knyttet opp til det systematiske folkehelsearbeidet overfor barn og unge og hvilke deler av dette arbeidet. Da vi kom i gang med intervjuene, ble det raskt tydelig at det også var viktig å intervju på ledernivå, fordi disse i de fleste tilfeller sitter på en bredere oversikt over bydelens systematiske folkehelsearbeid enn ansatte nærmere tjenesteproduksjonen.

I hver av bydelene har vi intervjuet tre ansatte/ledere og én representant for ungdomsrådet, i én bydel to representanter fra rådet; 13 personer totalt. Dette er et relativt høyt antall, gitt undersøkelsens begrensede omfang og intervjutemaets kompleksitet. Men nettopp bredden og sammensattheten i det systematiske folkehelsearbeidet gjør det nødvendig å etterspørre erfaringer fra ulike posisjoner. Anonymitetshensyn sikres også bedre med flere intervjupersoner fra hver bydel.

Tabell 3.1: Oversikt posisjon intervjupersoner i bydelene

Bydel	Leder	ansatt	U-råd
A	2	1	1
B	2	1	2
C	1	2	1
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

To av lederne er avdelingsdirektører som sitter i bydelsdirektørens ledergruppe, de tre andre er avdelingsledere eller seksjonsledere.

<sup>13</sup> Intervjuer var planlagt gjennomført våren 2021, grunnet covid-19 epidemien ble prosjektet forlenget og intervjuene utsatt til høsten.

<sup>14</sup> Kopi ble også sendt etater og byrådsavdelinger slik at relevante instanser ble informert.

<sup>15</sup> Folkehelsekontakten kunne være folkehelsekoordinator eller avdelingsleder.

Intervjupersonene er fra ulike deler av administrasjon og tjenesteapparatet, der alle representerer tjeneste- og ansvarsområder knyttet til bydelens barne- og ungdomsarbeid: Folkehelse og fritidstilbud/fritidsklubb, ernæringskonsulent, skolehelsetjeneste/helsestasjon for ungdom, fritidstilbud for ungdom inkludert jobbtillbud, folkehelsekontakt med særlig ansvar overfor barn og unge, andre funksjoner i oppvekstavdeling. To av intervjupersonene har, eller har tidligere hatt ansvar for, koordinering av folkehelsearbeidet i bydelen.

Av relevante instanser som ikke er intervjuet kan vi nevne: Oppsøkende arbeid overfor ungdom, ruskonsulent, SaLto-koordinator, barnehagesektor, barnevern og NAV.<sup>16</sup> I alle bydelene er funksjonen som sekretær for Ungdomsrådet representert i utvalget.

Kjønnsfordelingen blant intervjuede ledere/ansatte er 8 kvinner og én mann. Flertallet hadde jobba 5 år eller mer i bydelen, fire i 10 år eller mer. Flere hadde også bakgrunn fra andre bydeler eller kommuner. De med lengst fartstid fra kommunalt arbeid hadde profesjonsutdanning med mye tilleggstudium og formell kompetanse, det gjaldt også én av de yngre. Intervjupersoner med kortere yrkeserfaring og lavere alder hadde i hovedsak folkehelsevitenskapelig eller samfunnsvitenskapelig bakgrunn.

Når det gjelder ungdomsrådene, varierer det om bydelene har lagt ut kontaktinformasjon til rådsmedlemmene på nettsidene og om vi kunne ta direkte kontakt. I to tilfelle ble derfor kontakt opprettet gjennom rådets sekretær fra bydelsadministrasjonen. To av intervjupersonene er leder av rådet, én er nestleder. Flertallet er jenter og går på videregående skole. To av ungdommene har vært lenge i rådet; mellom 2,5 til 3 år. To har vært med fra et halvt til 1 år. Alle er engasjert i organiserte fritidsaktiviteter utenfor rådet og bringer med seg denne erfaringen inn i arbeidet. I en bydel ønsket ungdomsrådet at både leder og et medlem av rådet skulle være med i intervjuet. Dette var nyttig ved at de to også utvekslet synspunkter seg imellom, noe som ga et bredere inntrykk av rådets rolle.

### 3.2.3 Gjennomføring av intervju

Alle informanter fikk tilsendt intervjuguide og skjema om informert samtykke på forhånd.<sup>17</sup> 9 intervju ble gjennomført ansikt til ansikt, tre ble gjennomført digitalt.<sup>18</sup>

Intervjuene har form av semi-strukturerte intervju og er lagt opp som en kumulativ intervjuserie (Kaarhus 1999). Det vil si at intervjuene bygger på hverandre ved at informasjon fra tidligere intervju bidrar til å forme tema og spørsmål i neste intervju. Det var spesielt viktig i denne undersøkelsen, hvor det tok tid å få oversikt over feltet.

Underveis i intervjurunden reviderte vi intervjuguiden flere ganger.<sup>19</sup> Det dreide seg først og fremst om å korte ned på antall tema og spisse spørsmålene. Utgangspunktet for undersøkelsen var å få best mulig oversikt over elementene som inngår i bydelens arbeid med de fem fasene i i det systematiske folkehelsearbeidet (folkehelsehjulet). Dette viste seg som en svært omfattende oppgave fordi intervjupersonenes erfaringer i mange tilfeller bare dekket deler av det systematiske folkehelsearbeidet. Samtidig var det nødvendig for intervjueren å få en oversikt over vedkommendes arbeidsoppgaver og erfaringer med ulike tiltak. Til sammen ga dette en variert

---

<sup>16</sup> Flere intervjupersoner anbefalte at vi også burde intervju en representant fra NAV. Vi ser at dette ville være nyttig når det gjelder å belyse utfordringsbildet og arbeidet med de grunnleggende påvirkningsfaktorene for utjevning av sosial ulikhet i helse. NAV har imidlertid ikke en direkte rolle i planarbeidet og det systematiske folkehelsearbeidet og ut ifra prosjektets rammer var det ikke rom for å hente intervjupersoner herfra.

<sup>17</sup> I flere tilfeller tok det svært lang tid å finne intervjutidspunkt og noen intervju ble også utsatt. Inntrykket er at dette skyldtes en travel hverdag for informantene.

<sup>18</sup> Vi kan ikke spore noen kvalitativ forskjell i datamaterialet ut fra disse ulike betingelsene. Men vi sørget for at første intervju i hver bydel fant sted i bydelsadministrasjonens lokaler, det ga noe bakgrunnsinformasjon om deler av konteksten ledere og ansatte jobber innenfor. Fysisk oppmøte gjorde også at vi i noen tilfeller støtte på intervjupersonens kolleger og slik fikk ekstra bakgrunnsinformasjon.

<sup>19</sup> Intervjuguiden ble utarbeidet i samarbeid med arbeidsgruppa.

type informasjon som danner bakgrunn for fremstillingen, men ikke yter full rettferdighet til den bredden av opplysninger som fremkom i intervjuene.

Vi vil fremheve at intervjupersonene snakket villig om sine erfaringer, de fleste intervjuene varte i om lag to timer. Å intervju såpass mange i bydelene har blitt prioritert på bekostning av full transkribering og gjengivelse av direkte sitater. Vi har tatt notater i underveis i intervjuene, som etterpå er kodet. Lydopptakene er brukt som back-up i etterkant.

Et poeng å ha med seg videre, er forskjellen mellom intervjugruppene når det gjelder tidsperspektiv: Som nevnt, representerer ledere og ansatte i stor grad bydelenes «institusjonelle hukommelse» eller de har erfaring fra folkehelsearbeid i andre kontekster. Ungdommenes erfaringer er i større grad «ferskvare». Samtidig har flere vært med i rådet i mer enn én periode og slik erfart deler av bydelens arbeid over tid.



## 4 Analyse

Undersøkelsen har gitt et rikt og svært sammensatt datamateriale med informasjon om en rekke områder av bydelenes virksomhet. I bearbeidingen av intervjuene har det vært nødvendig å rydde mye i dataene; i mange av intervjuene var vi, som nevnt, innom svært mange tema og faktorer. Det er i seg selv et uttrykk for at folkehelsearbeid angår de fleste sektorer og tjenesteområder, noe som åpner for mange ulike måter å organisere materialet på og samtidig gjør det krevende å velge fokus. Vi har valgt å konsentrere fremstillingen om noen hovedtema og så skutt inn relevante tema og faktorer underveis. Fremstillingen yter ikke full rettferdighet til bredden av tema som kom opp, men legger i stedet vekt på å vise sammenhenger mellom noen hovedtema informantene var opptatt av (se 3.1.2). Analysen tar sikte på å få frem både variasjon og felles tema på tvers. Underveis kombinerer vi intervjumateriale med noe bruk av relevante plandokumenter.

### 4.1 Institusjonell kapasitet

Vi vil først tegne et overordnet bilde av bydelenes institusjonelle kapasitet før vi ser nærmere på ulike aspekter ved det systematiske folkehelsearbeidet.

#### 4.1.1 Hva regnes som folkehelsearbeid?

Innledningsvis er det interessant å se hva intervjupersonene svarer når de blir stilt spørsmålet: *Hva regner du som bydelens folkehelsearbeid?* Svarene er ganske likelydende i den forstand at alle starter med å vise til arbeidets overordnede og altomfattende karakter. Her er et knippe:

*Alt vårt arbeid er folkehelsearbeid!*

*Alt vi driver med er folkehelse. Fordi alt med oppvekst dreier seg om folkehelse.*

*Det er et stort spørsmål! Det er alle de universelle arenaene vi har, der vi møter innbyggerne. Vi møter dem i faste faser av livet; som barn, foresatte, hos fastlegen, i eldretjenester, alle de områdene der vi har helsetjenester og andre tjenester. Og det er alle de usynlige tiltakene til de som ikke nødvendigvis mottar tjenester; parker, nærmiljø, mye av det som innbyggerne i byen ikke legger merke til.*

*Å fremme den samlede helsen i bydelen eller/og dempe negative faktorer.*

*Folkehelseperspektivet skal være overordnet og prege bydelens arbeid, og inngår som del av bydelens områder for helhetlig innsats.*

Disse svarene gir en bakgrunn for de funnene vi presenterer videre i kapitlet. De illustrerer hvordan folkehelsearbeidet er lite avgrensbart og omhandler en rekke ulike påvirkningsfaktorer. Folkehelsearbeid angår, og skal være en del av, nær alle bydelens tjenesteområder. Det gir rom for ulik innretning av arbeidet i ulike bydeler, både på plan-nivå og i det daglige arbeidet.

#### 4.1.2 Begrepet folkehelse – en viss ambivalens

I tråd med folkehelsearbeidets vidtfavnende karakter, brukes det mange og ulike begrep på feltet. Overlappende begrep er «forebygging» og «helsefremming» (Gotaas 2020). I intervjuundersøkelsen spør vi om i hvor stor grad man i organisasjonen snakker om «folkehelse» og «folkehelsearbeid», eller om det er andre begrep som brukes i stedet.

Vi finner samme tendens som i studien av byomfattende plandokumenter: I stor grad brukes begrepene «forebygging/forebygge» og «helsefremming/helsefremmende» og i mindre grad «folkehelse». Intervjupersonene viser også til at «tidlig innsats» er et hyppig brukt og overlappende begrep. Det samme gjelder i noen grad «lavterskel».<sup>20</sup>

Det vises til at folkehelsebegrepet er svært vidt. Blant enkelte av intervjupersonene, som ikke jobber spesifikt med koordinering av folkehelsearbeidet, stilles det spørsmål ved anvendeligheten av begrepet. En sier at «begrepet folkehelse er ikke så godt». En spør seg om begrepet er litt avlegs. Samtidig peker andre på at begrepet dekker nettopp bredden i arbeidet: «Alt med oppvekst er folkehelse. Men vi sier ikke 'nå jobber vi med folkehelse, dere'. Men det er alt arbeidet (...) det dreier seg om å legge gode grunnsteiner i folks helse». Mens en fjerde informant mener at man kunne byttet ut folkehelsebegrepet på oppvekstfeltet med «forebygging» fordi «hele oppvekst (feltet) er (egentlig) forbyggende arbeid». En femte fremhever at folkehelse nettopp favner ulike sider: «Lavterskel, forebyggende, helsefremmende. Folkehelse ligger i alt dette. Men det er helt greit at ikke folk tenker; nå gjør jeg det og når gjør jeg det» Inntrykket er at i det daglige arbeidet overfor tjenestene brukes disse begrepene oftere fordi de er mer spesifikke og konkrete.

Ifølge Helsedirektoratet (2010, s. 21), ser skillet mellom «folkehelse», «helsefremming» og «forebygging» ut til å ha lite praktisk verdi, selv om det fagteoretisk og prinsipielt kan være nyttig å holde dem fra hverandre. Samtidig ser vi her at hvilke begrep som nyttes i det daglige arbeidet, kanskje både kan reflektere, og ha en innvirkning på, hvor innarbeidet folkehelseforståelsen er, og hvilke aspekter som vektlegges.

#### 4.1.3 Stillingsressurser

I utgangspunktet var vi ute etter å kartlegge bydelenes kapasitet når det gjelder folkehelsearbeid, først og fremst i form av *stillinger*. Intervjuene ga et inntrykk, men det viste seg krevende å skaffe et oversiktlig bilde. Dette er i seg selv et – ikke uventet – funn, som igjen viser folkehelsearbeidets bredde og sammensatthet.

Mange av intervjupersonene syntes det var vanskelig å angi hvilke stillinger, og hvor stor andel av disse stillingene, som kan knyttes spesifikt til folkehelsearbeid: «Det gjøres litt av mange». For de som er ledere, gjelder det ikke minst deres egen stilling: «Det er vanskelig å svare på i den rollen jeg har som leder, å si hvor stor andel som jeg bruker på folkehelse. Fordi i jobben som leder, så jobber jeg på tvers av fagfelt». En annen fremholder: «Ingen del av stillingen er (særskilt) dedikert til folkehelse fordi den er knyttet opp til det (allmenne) generelle folkehelsearbeidet – og til arbeidet med strategisk plan». I stor grad angir de intervjuede deretter en rekke arbeidsområder og tiltak det jobbes med i bydelen.

Samtidig er det variasjon mellom bydelene. En bydel med spesifisering av folkehelsearbeidet, i form av egen folkehelseplan og stillinger spesifikt definert som å ha folkehelseoppgaver, ga mest detaljert svar, både fra ansatte og ledere. Dette kan også ha med det å gjøre at mange av oppgavene med særlig vekt på forebygging overfor barn og unge er lagt i samme seksjon, sammen med folkehelsekonsulenten. Det gir nærhet mellom de ansatte og mer samlet oversikt over disse innsatsområdene.

I en bydel med pågående områdesatsing legges det vekt på at satsingen «...er en gigantisk folkehelsesatsing i seg selv», som inkluderer en rekke innsatsområder og hvor det er totalt 5

---

<sup>20</sup> Ved søk i plandokumentene brukte vi bare «folkehelse» som søkeord, da dette også dekker begrepet «folkehelsearbeid». – «Forebygging» og «helsefremming» viser til to dimensjoner i folkehelsearbeid: *Forebygging* viser til en reaktiv akse hvor man søker å opprettholde befolkningens helse og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår. *Helsefremming* dreier seg om å styrke og forbedre befolkningens helse og livskvalitet og er slik en offensiv og proaktiv innsats. Når det gjelder planlegging, vil helsefremming handle om «(...) å definere og utvikle virkemidler for hvordan planlegging kan bedre betingelsene i oppvekstmiljøet og muligheten for utdanning, arbeid og inntekt i et helhetlig perspektiv» (Hofstad 2019, s 17).

stillinger som finansieres av delprogram nærmiljø. Dette kommer i tillegg til de faste tjenestene og forebyggende, ikke-lovpålagte tjenester for barn- og unge.

I en bydel med svært presset økonomisk situasjon, som ikke har folkehelsekoordinator, fremheves det at: «Alle direktørene vil si at de jobber med folkehelse». Et gjennomgående tema er mangel på faste stillinger på mange av områdene som gjelder barn og unge.

Heller enn å forsøke å gå detaljert til verks og finne frem til stillingsressurser, viste det seg mer hensiktsmessig å fokusere på andre typer ressurser. Det dreier seg særlig om organisering og kapasitet til å drive planarbeid. Ved siden av bydelens generell økonomiske kapasitet, spiller satsings- og prosjektmidler en viktig rolle, kanskje særlig overfor barn og unge, hvor deler av folkehelsearbeidet hviler på ikke-lovpålagte tjenester.

Vi starter med å belyse faktorer omkring organisering av folkehelsearbeidet og planarbeidet.

## 4.2 Organisering i case-bydelene – to hovedfaktorer

Som en følge av bydelenes ulike organisering av tjenesteområder og administrative funksjoner, er også folkehelsearbeidet ulikt organisert og utformet. Bydelene representerer tre varianter som skiller seg ganske markant fra hverandre. I beskrivelsen vil jeg også ta med noen av endringene bydelene har gjort på dette feltet de siste årene, og som har ledet opp til dagens bilde.

Et tydelig skille mellom case-bydelene når det gjelder organisering gjelder særlig to faktorer: Om bydelene har en spesialfunksjon for folkehelsearbeid – i form av en egen folkehelsekoordinator, eventuelt ansatt som har folkehelsearbeid spesifisert som del av en mer sammensatt stillingsinstruks (under leder-nivå) – samt om bydelene har en virksom folkehelseplan eller ikke.<sup>21</sup> Bydelene uten egen folkehelseplan har heller ikke folkehelsekoordinator. Årsakene og begrunnelsene for dette er forskjellige.

**Bydel A** har ikke folkehelsekoordinator og ikke virksom folkehelseplan. Bydelen hadde inntil nylig en egen stilling som folkehelsekoordinator. Som en del av en omlegging av planarbeidet/strategisk plan/det systematiske folkehelsearbeidet, er stillingsbetegnelsen fjernet og personen fått nye oppgaver knyttet til utviklings- og nærmiljøarbeid. Folkehelsearbeidet er tydelig forankret ved at en av avdelingsdirektørene har hovedansvaret for bydelens folkehelsearbeid.

Bydelen har vedtatt å ikke revidere forrige folkehelseplan. I stedet har man valgt å legge sentrale folkehelse tema inn i en sterkt revidert og spisset strategisk plan.

**Bydel B** hadde frem til for et par år siden en egen stilling som folkehelsekoordinator. Da denne personen sluttet, ble midlene til stillingen omdisponert dels til psykisk helse og dels til nærmiljøtiltak og bydelen har ikke hatt en egen folkehelsekoordinator siden. Ansvar for folkehelsearbeidet er lagt til ledergruppa og til bydelsoverlegen.

Bydelen har ikke en egen folkehelseplan. Intervjupersoner nevner at bydelen kan ha hatt en slik type plan tidligere, men det er uansett noe de ikke virker å ha forholdt seg aktivt til. Etter litt nettsøk finner vi en plan som gikk ut for noen år siden. Som vi skal komme tilbake til, har man nylig utarbeidet en ny strategisk plan hvor sentrale påvirkningsfaktorer for folkehelse er fremtredende (men der folkehelse som begrep brukes i liten grad). Folkehelse som eget tema var ett av tre hovedsatsingsområder i forrige strategisk plan.

---

<sup>21</sup> I bydelene og i norske kommuner brukes ulike betegnelser: Folkehelsekoordinator, folkehelsekonsulent, folkehelserådgiver, folkehelsekontakt. I det følgende benevner jeg for enkelthets skyld en slik funksjon som «folkehelsekoordinator».

**Bydel C** har egen stilling som folkehelsekoordinator og bydelen har en virksom folkehelseplan som er en revisjon av bydelens tidligere, og første, plan. I tillegg til folkehelsekoordinator, har bydelen en ernæringskonsulent som også er tillagt andre spesifiserte folkehelseoppgaver. Folkehelsekoordinatoren, sammen med ernæringskonsulenten, har hatt en sentral rolle i utformingen av gjeldende plan.

Stillingene som folkehelsekoordinator og ernæringskonsulent er plassert under avdeling for Helse- og miljø i en seksjon med ansvar for folkehelse, kultur- og fritidstilbud. Folkehelsearbeidet i bydelen har særlig fokus på ernæring og forebyggende ungdomsarbeid.

Eksemplene viser en korrelasjon mellom det å ha folkehelsekoordinator og det å ha en virksom folkehelseplan: Bydeler uten folkehelsekoordinator har heller ikke folkehelseplan. Disse bydelene har derimot en virksom strategisk plan. Og motsatt: Bydelen med folkehelsekoordinator og folkehelseplan har ikke strategisk plan. Vi vil presisere at dette ikke representerer et fast mønster for bydelene som helhet, det er eksempler på bydeler som har begge plantyper. Man kan derfor ikke si at den ene plantypen utelukker den andre (se nedenfor).

Det er imidlertid grunn til å tro at en type folkehelsekoordinator er nødvendig for å utforme en folkehelseplan. Et raskt søk i et par andre bydeler viser at de som har folkehelseplan også har en stilling som folkehelsekoordinator. Å utforme en slik plan – på et svært sammensatt temaområde – krever antakelig en kombinasjon av kjennskap til mange ulike tjenesteområder og mulighet for spesialisering i form av tid og dedikasjon. Få andre posisjoner har denne innrettingen.

I neste avsnitt gir vi et overblikk over hvilke typer plandokumenter som finnes i bydelene. Kan vi se flere mønstre når det gjelder hvilke typer planer bydelene holder seg med?

#### 4.2.1 Mer om bydelenes plandokumenter

Når det gjelder plandokumenter, er bydelene pliktig til å utarbeide årlig budsjett og rapportere til byrådet i form av årsberetning. Mange bydeler utarbeider også mer langsiktige økonomiplaner, som oftest for 3-årsperioder. Vi ser at det varierer hvor ofte disse revideres, noen gjør det samtidig med det årlige budsjettet, andre med lengre tidsintervall.<sup>22</sup> For øvrig står bydelene fritt til å vurdere behovet for utarbeiding av øvrige planer.

Det viser seg å være betydelige forskjeller mellom bydelene når det gjelder antall planer som er utarbeidet, typer planer og på hvilke temaområder. I kommunens egen veiledningsbrosjyre for planarbeid, rettet mot byrådsavdelingene, heter det at «Planer skal i hovedsak kunne deles inn i følgende kategorier»<sup>23</sup>:

**Strategi:** Overordnet plan med klare formål og langsiktige veivalg, uten tiltak.

**Temaplan:** Mer omfattende plan på et detaljert temaområde. Brukes når det er behov for en bredere drøfting og presentasjon av satsingsområder, mål og tiltak.

**Handlingsplan:** Angir gjennomføring av overordnede strategier eller mål, og konkretiserer tiltak.

I tillegg kommer **Bystyremelding**, som ikke er relevant på bydelsnivå.

Om vi bruker denne inndelingen på bydelenes plandokumenter, ser vi at planer benevnes som «strategisk plan» og «handlingsplan» og ingen som «temaplan». Dette samsvarer med hva vi fant i gjennomgangen av byomfattende plandokumenter i Oslo kommune (Gotaas, 2020). Der kategoriserte vi Oslo Kommunes folkehelseplan som en temaplan. Når det gjelder bydelenes folkehelseplaner, har noen form av temaplan ved at de – til forskjell fra strategisk plan – angir satsingsområder, mål og tiltak og ved at temaområdet er mer omfattende enn i en

<sup>22</sup> De økonomiplanene vi har sett, inneholder en del bakgrunnsdata som de årlige budsjettene ikke har, slik som forventet befolkningsutvikling. Bydelene skal planlegge for likelydende parametre, samtidig er planene til dels ulikt bygget opp og det er stor variasjon i hvilken grad det legges inn tekstbolker, for eksempel om folkehelse tema, og i hvilken grad de holdes i en byråkratisk eller en mer utadvendt stil.

<sup>23</sup> Brosjyre utgitt av Byrådsavdeling for finans: Planer og planarbeid i byrådsavdelingene (udatert, se referanseliste)

handlingsplan.<sup>24</sup> Samtidig er det folkehelseplaner som har form av en strategiplan; uten tiltak og med en ganske bred presentasjon og drøfting av temaområdet. I vårt utvalg er det en folkehelseplan som har form av strategi. I planhierarkiet vil de uansett befinne seg under bydelens (eventuelle) strategiske plan.

Som vi har sett over, er et viktig funn er at ingen av bydelene har både gjeldende *folkehelseplan* og *strategisk plan*. De to bydelene som ikke har folkehelseplan, har nylig rullert eller re-etablert strategisk plan. Mens bydelen med folkehelseplan foreløpig ikke har revidert tidligere strategisk plan. Dette er imidlertid en relativt nylig utvikling i de tre bydelene; alle hadde tidligere både folkehelseplan og strategisk plan.

Det er også stor forskjell når det gjelder i hvilken grad bydelene har utarbeidet *handlingsplaner* på temaområder som er relevante i folkehelsearbeid.<sup>25</sup> Som vi fant i forrige undersøkelse, er det planer som ikke benevnes handlingsplaner, men som opplagt tilfredsstillende kriteriene og som vi derfor regner som handlingsplaner.

Her er fordelingen slik at bydelen med folkehelseplan også har flere handlingsplaner, det samme gjelder den ene bydelen med strategisk plan. Den andre bydelen med strategisk plan har ingen tema- eller handlingsplaner liggende ute på hjemmesiden. Bydelene har ulik praksis når det gjelder hvor langt tilbake i tid de lar plandokumenter ligge ute på nettsidene, men fraværet av planer i denne bydelen ble bekreftet i intervjuene.<sup>26</sup> Oversikten ser slik ut:

Tabell 4.1: Oversikt gjeldende plantyper

	Strategisk plan	Folkehelseplan	Handlingsplan
Bydel A	X		2
Bydel B	X		
Bydel C		X	5

Vi ser at bydelen med egen folkehelseplan har flest tilhørende handlingsplaner<sup>27</sup> og at en av bydelene uten folkehelseplan også har flere relevante handlingsplaner. Tema spenner fra miljø- og klima, trafikkplan, kulturplan, vold i nære relasjoner, ruspolitisk handlingsplan og bolig sosial handlingsplan.

I tillegg kommer tidligere handlingsplaner som man kan anta danner et grunnlag for dagens strategier og planer: Slik som handlingsplaner for demens, psykisk helse, funksjonsnedsettelse og strategi for parkområder. I bydelen med to handlingsplaner blir en tredje evaluert og er under revidering. Man må ta høyde for at det kan være flere relevante, relativt nylig utgåtte planer i bydelene, vi har ikke lett etter flere enn det som fremkommer på hjemmesider og i intervju i disse bydelene.

Noen bydeler legger også ut enkelte egenproduserte eller -initierte grunnlagsdokumenter, slik som nærmiljø- og områdeanalyser og oversikter over befolkningens helsetilstand (der brukes både statistikk fra kommunene sentralt og statistikk produsert i bydelen). I tillegg har vi underveis i undersøkelsen oppdaget ganske omfattende kunnskapsdokumenter som er mer til internt bruk for tjenestene og som ikke ligger på hjemmesidene eller i kommunens arkiv elnnsyn.

Når det gjelder den tredje bydelen, den uten gjeldende handlingsplaner, var dette så slående at vi undersøkte den tidligere plansituasjonen. Der fremkom det flere relevante handlingsplaner fra

<sup>24</sup> I den forrige undersøkelsen kategoriserte vi flertallet av de relevante byomfattede planene som temaplaner, inkludert Folkehelseplanen for Oslo 2017-2020, selv om ingen av planene hadde «temaplan» i tittel eller angitt i teksten (Gotaas, 2020).

<sup>25</sup> Byråd for finans har ryddet i planhierarkiet. Strategier er overordnet. Men noen tidligere planer som kalles strategi, gjelder avgrensede områder og kan regnes som handlingsplaner (Jfr. Gotaas, 2020)

<sup>26</sup> Det er verdt å merke seg at kommunen har en felles mal for bydelenes nettsider hvor alle har en fane som kalles **Dokumenter og planer** eller **Budsjett, dokumenter og planer**. Her har en av case-bydelene lagt ut 27 dokumenter, en annen 14 og den tredje 6 (ultimo november 2021).

<sup>27</sup> En av disse kalles «strategi», men inneholder mange tiltak og kan regnes som handlingsplan.

første halvdel av 2010-tallet, mer eller mindre parallelt eller overlappende med folkehelseplanen. Det bekrefter bildet av en bydel som senere har opplevd en sterk innstramning i ressursituasjonen og dermed begrenset institusjonell kapasitet til å drive planarbeid. Det styrker også sammenhengen vi har sett over; der det å ha en folkehelseplan eller ikke er forbundet med antall handlingsplaner som utarbeides.

Om vi ser på hjemmesidene til alle Oslos 15 bydeler, medregnet case-bydelene, finner vi: 9 bydeler har bare gjeldende strategiplan, én har bare folkehelseplan, fire bydeler har både oppdatert strategiplan og folkehelseplan og én har av ingen av delene. Det ligger utenfor prosjektets rammer å gå nærmere inn i historikken og undersøke det tidligere planbildet. Det kan imidlertid være relevant å spørre om dette er en nyere utvikling, der man ser mer bruk av strategiske planer og i mindre grad folkehelseplan og eventuelt også handlingsplaner? Gir det i tilfelle en endring i strategiplanenes form og innhold? I veileder fra Helsedirektoratet (2020) påpekes det at «Det er ikke nødvendigvis en egen folkehelseplan som vi forankre folkehelsearbeidet best» (s. 36). Ved siden av kravet om at folkehelsearbeidet forankres overordnet i kommunens planstrategi, anbefales det at folkehelsearbeid forankres i flere sektorplaner.<sup>28</sup>

I en av case-bydelene med mange planer med direkte relevans for folkehelsearbeidet, ser vi eksempel på at handlingsplaner refererer til bydelens folkehelseplan. I intervju blir det samtidig pekt på at det er usikkert i hvilken grad man, i det løpende, daglige arbeidet, ser de ulike planene i sammenheng.

#### **4.2.2 Erfaringer - organisering og planarbeid**

Nå vi spør hvilke erfaringer bydelen har med organisering av folkehelsearbeidet, spesielt det som gjelder barn og unge, trekker intervjupersonene frem en rekke ulike elementer. Disse er knyttet til institusjonell kapasitet, oppfatning av utfordringsbilde og arbeid med kunnskapsgrunnlag, planstrategi og utforming av planer, hvilke påvirkningsfaktorer som vektlegges, samt utforming av tiltak og eventuelt evaluering av tiltak. Erfaringer med organiseringen belyser med andre ord alle de fem delene av det systematiske folkehelsearbeidet, eller «folkehelsehjulet» (se 2.2).

Ikke alle intervjupersonene er fortrolige med begrepet «folkehelsehjulet» og/eller «de fem fasene i det systematiske folkehelsearbeidet». De som hadde vært involvert i arbeidet med folkehelseplan eller hadde et aktivt lederansvar for folkehelsearbeid har, som forventet, et aktivt forhold til begrepene, mens et par andre virket å ha et fjernere forhold til dem. Få brukte begrepet «det systematiske folkehelsearbeidet» og ingen brukte benevnelsen «folkehelsehjulet» annet enn når jeg brakte det på bane. Man skal være forsiktig med å tolke denne variasjonen, men den er uansett et uttrykk for at intervjupersonene ser folkehelse- og planarbeidet fra ganske ulike ståsteder. Dette er viktig å ha med seg når vi ser hva de intervjuede fremhever som bydelens erfaringer. Det viser også at det er stor variasjon i hvilken grad de intervjuede - og ulike deler av bydelens organisasjon – har en bevissthet om hva det systematiske folkehelsearbeidet inneholder.

Nedenfor går vi nærmere inn på modellene for organisering og planarbeid som er skissert over.

#### **4.2.3 Strategisk profil**

I beskrivelsen av bydelenes ulike modeller ser vi på begrunnelser for valg av plantype og planens strategiske profil.

Det må tas høyde for at det varierer hvor omfattende informasjon vi har fra de ulike bydelene når det gjelder bakgrunnen for valg av plantype. Dette er blant annet avhengig av intervjupersonenes

---

<sup>28</sup> Det sies samtidig at: «Kommunen kan vurdere at det å lage en egen folkehelseplan kan bidra til synliggjøring og økt oppmerksomhet omkring folkehelsearbeidet» (ibid.,s. 36).

plassering i organisasjonen. Det betyr at de ulike modellene gis ulik plass og med ulikt detaljeringsnivå, samt at momenter som beskrives i én bydel og mangler i andre, ikke utelukker at de også opptrer i disse bydelene. Vi mener modellene likevel er nyttige som eksempler på variasjon i betingelser for, og utforming av, det systematiske folkehelsearbeidet.

#### **4.2.3.1 Modell 1 – overgang til spisset og konkret strategisk plan (Bydel A)**

##### *Begrunnelse for valg av plantype*

I en bydel startet man opp arbeidet med å revidere folkehelseplanen, men valgte å ikke revidere den og i stedet innarbeide folkehelseplanen i en sterkt revidert strategisk plan. Det er derfor ikke noen tidsluke mellom planene, slik det er i den andre bydelen med ny strategisk plan. Valget om å la folkehelseplanen tydeliggjøres i strategisk plan fremfor folkehelseplan, er bredt begrunnet.

På ledernivå var erfaringen at folkehelseplanen var for omfattende i betydningen av å ha mange enkelttiltak og at det til dels var et uklart skille mellom hvilke tiltak som var egne folkehelse tiltak og hvilke som var del av den daglige driften i tjenestene: «Mye av det var ting de gjør uansett». Planen hadde 47 ulike tiltak. Det ble pekt på at det krevde mye kapasitet å følge opp disse og at det var behov for en mye sterkere prioritering. En ansatt peker på at man nå slipper dobbeltarbeid med rapportering. En tilhørende begrunnelse var at man mente at organiseringen av folkehelsearbeidet ikke var hensiktsmessig. De som møttes for å drøfte oppfølging av folkehelseplanen hadde i liten grad nødvendig beslutningsmyndighet eller fullmakter. Folkehelse ble til dels oppfattet som en tilleggsoppgave ved siden av tjenestenes primæroppgaver.

Gjennom medarbeiderundersøkelser kom det også fram at det var en generell usikkerhet blant ansatte om hvilke mål og strategier som gjaldt for bydelens arbeid. Man trengte å tydeliggjøre disse på et overordnet nivå.

En vesentlig begrunnelse var at både strategisk plan og bydelens nærmiljøprogram, som bydelen deltar igjennom områdesatsing, har et tydelig folkehelseperspektiv hvor utjevning av sosial ulikhet i helse står sentralt.

##### *Strategisk profil*

Planen gjelder for en periode på 10 år. Den formulerer 5 hovedsatsingsområder, er på bare litt over to sider og er holdt i et enkelt og ubyråkratisk språk. Visuell illustrasjon brukes bare på forsiden. Intervjupersoner peker på at forrige strategiske plan var på om lag 40 sider.<sup>29</sup> De fem satsingsområdene er formulert under overskriften *Hovedprioritering: Hva skal vi oppnå?*

Her gjengir vi overskriften på hver prioritering og som underpunkter har vi tatt med faktorer som særlig gjelder barn og unge:

- Alle barn behersker norsk ved skolestart
  - øke andel barn i barnehage
  - styrke språkarbeid på ulike arenaer der barn er
- Alle skal kunne bo trygt i egne hjem
  - inkluderer boligpolitikk og godt nærmiljø
- Alle som kan jobbe, skal få muligheten til å jobbe
- Redusere barnefattigdom og forskjeller i levekår
  - inkluderer inntektsgivende arbeid, egnet bolig, fullført utdanning
  - sikre at alle kan norsk ved skolestart.
- Tiltak for familier som lever i fattigdom/lavinntekt)
  - nærmiljøer som er helsefremmende, grønne og attraktive

Planen legger stor vekt på det som er regnet som de grunnleggende påvirkningsfaktorer for folkehelsen, lengst til venstre i helse-årsakskjeden (se 2.1.4). Disse omfatter påvirkningsfaktorer

---

<sup>29</sup> Bydelens strategiske plan 2016-2019 ble rullert for perioden 2017-2020.

med stor betydning for barn og unge med hensyn på utjevning av sosial ulikhet i helse. I teksten brukes ikke begrepene «folkehelse/folkehelsearbeid», men «helsefremmende».

Deretter angis hovedgrepene for arbeidet:

*Hovedgrep – hvordan skal vi nå målene?*

- ✓ Riktige tjenester til riktig tid
- ✓ Slippe til samfunnets ressurser (pårørendeomsorg, frivillighet, nærmiljøets ressurser, organisasjoner, næringsliv)
- ✓ Effektive tjenester

En intervjuperson oppsummerer endringene slik: «Vi har argumentert med 'folkehelse i alt vi gjør'. I stedet sier vi nå: 'Alt vi gjør er folkehelse'». Når vi i intervjuet diskuterer dette, spør vi om valget om å gå bort fra egen folkehelseplan og i stedet integrere folkehelse tema i en strategisk plan i en viss grad forutsetter at folkehelse/folkehelsearbeid som begrep og tema allerede er innarbeidet i organisasjonen? «Svaret er ja, svaret på det er ja».

#### **4.2.3.2 Modell 2 – revitalisering av strategisk plan (Bydel B)**

*Begrunnelse for valg av plantype*

Da man satte i gang arbeidet med ny strategisk plan, var det to år siden forrige strategiske plan gikk ut og om lag 5 år siden folkehelseplanen gikk ut. Man valgte å foreta en sterk revidering av strategisk plan. Fra intervjuene har vi lite informasjon om argumentene for disse strategiske valgene. Ut fra bydelens institusjonelle kapasitet, er det imidlertid nærliggende å anta at manglende kapasitet har spilt inn når det gjelder å ikke revidere folkehelseplanen.

*Strategisk profil*

Ny, strategisk plan skiller seg sterk fra den forrige. For å illustrere dette, gir første en skisse av den tidligere, strategiske planen i bydelen:

Bydelens forrige, strategiske plan hadde *folkehelse* som ett av tre satsingsområder, de to andre var *frivillighet* og *innovasjon*. Planen var relativt kort, på 6 sider. Barn og unge ble hovedsakelig omtalt under temaet folkehelse, og i svært liten grad under frivillighet. Teksten ga en knapp beskrivelse av utfordringsbildet for barn og unge. Én setning angir strategi overfor barn og unge i folkehelsearbeidet: «Bydelens utfordring i kommende planperiode vil være å avdekke barn og unge med utfordringer tidlig nok til å gi dem adekvat hjelp for å bidra til å sikre dem en god oppvekst».

I den nye planen er det lagt vekt på visuell utforming med fargesterke illustrasjoner og korte tekstbolker (dokumentet er på 18 sider). Planen er mer konkret enn den forrige. Det gis en oversikt over etapper og involverte instanser i strategiprosessen, en kort, punktvis oversikt over bydelens utfordringsbilde og deretter «bydelens strategiske målbilde» hvor mål og prioriteringer presenteres. Vi gjengir de med spesiell relevans her: Bydelens prioriterte bærekraftsmål, som inkluderer *god helse og livskvalitet* og *mindre ulikhet*. Deretter formuleres tre innsatsområder: *Barn og unge, levekårsforskjeller og frivillighet*.

For innsatsområdet barn og unge:

- Trygg og god oppvekst
- Tidlig innsats
- Styrking av familiens egne ressurser
- Skjevutvikling og økt hjelpebehov – som konsekvens hvis barn og unge ikke får den støtten de trenger



Under levekårsforskjeller:

- Boligsosialt arbeid – gode bo -og oppvekstforhold
- Økt sysselsettingsgrad
- Godt samarbeid med næringslivet i bydelen
- For de som ikke har anledning til å bruke ressursene sine gjennom inntektsgivende arbeid: Frivilligheten

Under innsatsområdet frivillighet har særlig ett tema betydning for barn og unge:

- Bydelen skal bli god på frivillighetspolitikk og sette samarbeidet med frivilligheten i system.

Bydelens strategier er:

- ✓ Samarbeid og samskaping
- ✓ Fremtidsrettet utvikling
- ✓ Økonomisk omstilling

Under strategiene listes det opp punkter bydelen skal «være gode på». Under strategien «økonomisk omstilling» er et av disse punktene «Folkehelse, forebygging og tidlig innsats». Folkehelse nevnes ellers bare eksplisitt i forbindelse med frivillighet, og da sammen med inkludering.

Planen gir i tillegg en kontekstualisering av selve planen gjennom en oversikt over organiseringen av selve planarbeidet, bydelens styringsmodell og bydelens overordnede roller og ansvarsoppgaver.

Gjennom plandokumentet tydeliggjøres flere steder bydelens vanskelige, økonomiske situasjon. Det sies klart at dette vil kunne ha konsekvenser i form av nedprioritering av ikke-lovpålagte tjenester og barn og unge nevnes spesielt: «Dette medfører at lovpålagte tjenester blir prioritert, mens ikke-lovpålagte tjenester som forebyggende tiltak kan bli nedprioritert (...) forebyggende tiltak som ikke er lovpålagt for «Barn og unge» har fått en lavere lokal tildeling enn det den kriterietildelte rammen tilsier».

#### **4.2.3.3 Modell 3 – revidering bred folkehelseplan (Bydel C)**

##### *Begrunnelse for valg av plantype*

Gjeldende folkehelseplan er en revidering av en tidligere, to-årig folkehelseplan i bydelen. Det er en tidsluke på to år mellom gammel og ny plan. Gjeldende plan bygger på Folkehelseplanen til Oslo kommune, med lokale tilpasninger. Bydelens strategiske plan er foreløpig ikke revidert, men folkehelseplanen er forankret i denne, hvor det under ett av de tre strategiske hovedgrepene heter at «Folkehelseperspektivet preger bydelens arbeid».

Vi har ikke spesifikk informasjon om hvorfor bydelen har valgt å revidere planen. Det var et tema som trådte fram i etterkant av intervjurunden i bydelen, da vi så at andre bydeler gjorde andre valg. Så langt vi kan bedømme, er revidering av planen et resultat av at bydelen har et tydelig fokus på folkehelsearbeid gjennom organisatoriske strukturer og tiltaks- og satsingsområder med et eksplisitt folkehelseperspektiv.

##### *Strategisk profil*

Gjeldende folkehelseplan er et langt mer omfattende dokument enn den forrige. Det er lagt vekt på bruk av figurer og visuell presentasjon av eksempler på folkehelseiltak i bydelen. Planen gir en kort oversikt over nasjonale føringer og føringer i folkehelseplanen for Oslo kommune 2017-2020 og angir konkrete organisatoriske grep for hvordan bydelen skal følge opp den kommunale planen:

- ✓ Alle seksjoner i bydelen skal inkludere folkehelseiltak i sine årsplaner. Dette tas opp årlig i møte med bydelens ledergruppe. Eventuelle områder bydelen bør jobbe bedre med belyses.
- ✓ Folkehelsenettverk på tvers av tjenesteområder i bydelen skal arbeide for å skape god forankring av folkehelsearbeidet.
- ✓ Bydelen sender ut interne folkehelsenyhetsbrev minst to ganger i året for å synliggjøre folkehelseiltak i de ulike tjenestene

Planen vier stor plass til å redegjøre for sentrale perspektiv og begrep i folkehelsearbeidet. Det inkluderer betydningen av sosiale helseforskjeller, bærekraftperspektiv, folkehelse gjennom livsløpet, psykisk helse og trivsel og frivillighet i folkehelsearbeidet. I noen grad relateres temaene til spesifikk tiltak eller samarbeidsrelasjoner i bydelen.

Den største bolken gir en oversikt over helsetilstanden i bydelen og viktige påvirkningsfaktorer, basert på eksterne statistikk-kilder. Under mange av deltemaene sammenliknes bydelens tall eller kvaliteter opp mot hovedtrekk i Oslo. Utfordringsbildet for barn og unge vies mest plass og her er det også samlet inn kvalitative data fra tjenestene i bydelen. Det siste gjelder også tjenestenes erfaringer med voksne.

Bydelens mål og satsingsområde tar utgangspunkt i hovedmålene fra kommunens folkehelseplan og byrådets satsinger. Ut fra disse er det valgt to prioriterte målgrupper: *Barnefamilier* og *ungdom*. Under hver av disse gis det visuelle oversikter over de ordinære tjenestene og en vifte med en rekke øvrige tiltak i bydelen. Det løftes frem fire områder for helhetlig innsats i bydelen:

- Nærmiljø og omgivelser
- Helse og mestring
- Jobb til alle
- Boligsosialt arbeid

I teksten under målgrupper og satsingsområder beskrives målene og strategiene noe nærmere, for eksempel: «Bydelen satser på tidlig intervensjon for utsatte barnefamilier» og det mer noe mer konkrete «styrke samarbeid med andre aktører som f.eks. skole og spesialisthelsetjenesten.

Samlet sett kan man si at planen legger hovedvekten på analyse og presentasjon av utfordringsbildet og gir en oversikt over situasjonen i bydelen når det gjelder de fleste påvirkningsfaktorene for folkehelse. Den legger særlig vekt på nærmiljø og levekårsutfordringer knyttet til arbeid og bolig. Planen beskriver enkelt konkrete tiltak som eksempler på bydelens folkehelsearbeid.

#### **4.2.3.4 Kort oppsummering**

Ut fra denne gjennomgangen ser vi at de ulike planene har ulik tekstlengde, visuell utforming og grad av konkretisering. Man kan anta at det vil kunne ha en betydning for i hvilken grad dokumentene brukes aktivt i bydelens og tjenestenes fortløpende virksomhet og/eller når fram til ulike innbyggergrupper.

Den korteste strategiplanen er også den mest konkrete og med de tydeligste prioriteringene. Den andre er lenger og med langt flere elementer, inkludert en gjengivelse av hovedpunkter i bydelens utfordringsbilde, samtidig som mål og prioriteringer er ganske konkrete. Planen har til dels trekk av også å være et oversiktlig informasjonsdokument om bydelens styringsmodell og oppgaver. Begge strategiplanene har et tydelig folkehelseperspektiv, selv om begrepet «folkehelse» bare nevnes i den ene.

Folkehelseplanen har en langt mer omfattende tekst enn de strategiske planene, her er kunnskapsgrunnet for helsetilstanden og utfordringsbildet inkludert i dokumentet. Planen gir en innføring og kontekstualiserer presentasjonen av utfordringsbildet og satsingsområdene gjennom å vise forankringen i nasjonale føringer og føringer gitt av Oslo kommune. Den gir også en forståelse av folkehelsebegrepet og folkehelsearbeid. Slik har den form av å gi en innføring i, og

en oversikt over, folkehelsefeltet. I motsetning til de strategiske planene, gis det en kort oversikt over tiltak og hvilke tjenesteområder som knyttes til arbeidet opp mot de to målgruppene.

Felles for planene er at barn og unge er prioriterte målgrupper og at arbeidet mot levekårsforskjeller er høyt prioritert. Dette er tydeligst i modell 1, dette er også den av bydelene som har størst levekårsutfordringer og hvor de grunnleggende påvirkningsfaktorene gis størst fokus og er mest konkretisert. Vi vil legge til at i intervju i denne bydelen ble det fremholdt at en hensikt med planen var at den skulle gi mulighet for å måle bydelens arbeid på disse områdene.

Planene gir et bilde av bydelenes overordnede, strategisk profil. Vi har ikke her gått inn på hvordan denne konkretiseres i praksis; på de enkelte tjenesteområder og hvilke tiltak og prosjekter som iverksettes og hvordan disse utformes. På bakgrunn av intervjuene er inntrykket at antall og type tiltak varierer ganske mye, både når det gjelder ikke-lovpålagte tjenester overfor barn og unge, og de lovpålagte tjenestenes mulighet for å utvikle egne tiltak. Dette henger i stor grad sammen med bydelens institusjonelle kapasitet.

#### 4.2.4 Systematikk i planarbeidet

Et tema alle intervjupersonene er særlig opptatt av, er betydningen av å få til både forankring og sammenbinding av folkehelsearbeidet i organisasjonen. Det fremheves at dette gjelder for alle nivå; på ledernivå og utover i tjenestene.

Forankring dreier seg om mange faktorer; om bygging av felles problemforståelse, tverrfaglig samarbeid og utveksling av informasjon, og grad av systematikk i arbeidet (ledelse). Når flere intervjupersoner etterlyser større «eierskap» til (det systematiske) folkehelsearbeidet i organisasjonen, viser det til alle disse elementene. Forankring dreier seg både om praksis i det daglige arbeidet og i planprosessen. Disse henger sammen, men vi gjør et analytisk skille mellom dem her.

I *planprosessen* er inntrykket at det er administrasjonen som i stor grad legger rammene for planarbeidet, men med ulik grad av involvering av politikere underveis. I en bydel ble dette gjort særlig aktivt i utforming av strategisk plan, med blant annet workshops hvor politikerne måtte ta standpunkt til hva som skulle være bydelens hovedprioriteringer. Samtidig refereres det i andre bydeler til utarbeiding av handlingsplaner hvor det er bydelspolitikere som har initiert planen. Når det gjelder revidering og/eller rulling av planene høyere i planhierarkiet, som folkehelseplan og strategisk plan, har vi ikke informasjon om i hvilken grad initiativet i disse tilfellene har ligget hos politikerne og/eller administrasjonen. Det samme gjelder føringene for evt. ikke å rullere. Men som vi har sett, er det flere eksempler på at planer ikke blir rullert; ved at det enten går en tid fra forrige plan utløp til ny vedtas, eller man av ulike grunner ikke fornyer folkehelseplanen, men i større grad integrerer temaområdene i strategisk plan. I en bydel la administrasjonen ned en innsats i å overtale politikerne til at strategisk plan skal revideres hvert fjerde år, og ikke hvert år.

Vi vil kort peke på et poeng i denne sammenheng: Når vi spør i hvilken grad *bydelsutvalgets politiske sammensetning* har betydning for planarbeidet og bydelens politiske prioriteringer på folkehelsefeltet og særskilt overfor barn og unge, mener de fleste at dette har betydning, men i varierende grad. I en bydel med stram økonomi, knyttes nåværende knapphetssituasjon til tidligere politiske beslutninger i bydelen og bydelsutvalgets politiske sammensetning. I andre bydeler legger intervjupersoner vekt på betydningen av både enkeltpersoners engasjement og politisk farge: «de har selvfølgelig sine kjøphester, det går greit». Enkelte uttrykker en viss bekymring om man kanskje mangler representasjon fra særlig utsatte områder i bydelen.

*Internt i administrasjonen* fremheves betydningen av at både den øverste ledergruppa og mellomledere er aktivt involvert i prosessen. En svært viktig faktor er bydelsdirektørens og ledergruppas engasjement. I et par av bydelene erfarte man at flere bytter i lederguppa og av bydelsdirektør underveis i planprosessen hadde hemmet prosessen: «Det er lettere når sittende bydelsdirektør er med fra starten».

Både når det gjelder utarbeiding av folkehelseplaner og strategiske planer legges det vekt på at prosessene har vært omfattende og involvert bredt i organisasjonen.

I ett tilfelle ga manglende systematikk i arbeidet seg utslag i at man i rullering av folkehelseplan «begynte den andre enden/i feil ende». I stedet for først å utarbeide et kunnskapsgrunnlag, satte bydelsdirektøren ned hvilke innsatsområder og hovedprioriteringer som skulle gjelde. Disse ble førende for prosessen. Underveis i arbeidet med planen ble det samtidig nedlagt et stort arbeid i å utarbeide et kunnskapsgrunnlag og en beskrivelse av utfordringsbildet, som så ble innarbeidet i planen. Dette var basert både på ekstern statistikk (Oslohelse, bydelsfakta, Ungdata), utarbeiding av egen statistikk på enkelte tjenesteområder (helsestasjon og skolehelsetjeneste) og innhenting av kvalitative data fra en dialogrunde med fagledere for ulike tjenesteområder om deres erfaringer og oppfatninger av utfordringsbildet. Arbeidet med utarbeiding av kunnskapsgrunnlaget ble i hovedsak drevet av et par ansatte med spesialansvar for det systematiske folkehelsearbeidet. Da arbeidet var i gang, ble det sørget for en fortløpende forankring i ledergruppa. Man kan si at nivåene lenger ned i organisasjonen slik kompenserte for at planarbeidet hadde begynt i «feil ende», men at det krevde en ekstra stor innsats fra de ansatte. Intervjupersonene mener det er behov for å skape et «større eierskap» til planarbeidet i bydelen. Folkehelseplanen er forankret i strategisk plan. Samtidig blir det pekt på at det varierer i hvor stor grad det er en prosess rundt de ulike planene og hvordan og i hvilken grad de ulike planene sees i sammenheng.

I de to andre bydelene er de gjeldende strategiske planene utarbeidet i brede planprosesser som involverer alle tjenesteområder og alle mellom- og toppledere. Disse planprosessene virker å være solid forankret på ledernivå og preget av stor grad av systematikk.

I bydelen med den mest spissete, konkrete planen var det en omfattende prosess å komme frem til noen få hovedprioriteringer og beskrive dem kortfattet. Arbeidet beskrives som en «snuoperasjon». Administrasjonen tok initiativet, og fikk så med politikerne på en bred prosess hvor det ble nedsatt flere arbeidsgrupper. Det trekkes frem at planen «er forankret på alle bauger og kanter».

Opprinnelig var det lagt opp til at folkehelseplanen skulle rulleres i en 4-årig syklus, med evaluering av planen og oppfølging sentralt. Som en del av dette arbeidet skulle man også lage et nytt oversiktsdokument – en oppfølging av tidligere grunnlagsdokument – over befolkningens helsetilstand og utfordringsbilde. Nå falt dette bort, slik at man i denne sammenheng «ikke fikk evaluert hvordan 4-årsbolker funka». Samtidig blir det fremhevet at man har en innarbeidet rutine på at alle tiltak evalueres og at måloppnåelse i strategisk plan følges opp årlig gjennom årsberetningen.

I en bydel som har levd på økonomisk sparebluss i flere år og med magert planarbeid, er intervjupersonene særlig fornøyd med prosessen. De involverte uttrykker begeistring over hva man har fått til, både med hensyn på prosessen og resultatet: «Det har vært en veldig fin prosess». Bydelen engasjerte en ekstern konsulent til å fasilitere prosessen og det ble utarbeidet en enkel, visuell oversikt over faser i planarbeidet. Ved oppstart mente flere at de ikke hadde tid til å være med i arbeidsgrupper, men ser verdien av det i etterkant. Alle følte at de ble sett og hørt. Vi aner en viss stolthet når intervjupersonene også trekker frem et omfattende bakgrunnsdokument som ble laget samtidig (med befolkningsframskriving, utfordringsbilde med mer) og som beskrives som «veldig grundig». Det blir fremhevet at den nye planen er kortere og mer spisset enn tidligere plan og det er en stor fordel at det er «gjort klare prioriteringer, i stedet for å smøre tynt utover». Planen angir tre hovedinnsatsområder: Barn og unge, levekårsforskjeller og frivillighet. Dette oppfattes som et viktig skifte: «For første gang satser bydelen på barn og unge. Det var på høy tid!». Bakgrunnsdokumentet for planen målbærer tjenestenes erfaringer gjennom tydelig å formulere konsekvenser av manglende ressurser ved at lovpålagte tjenester blir vektlagt, mens ikke-lovpålagte tjenester som forebyggende tiltak, kan bli nedprioritert. Så langt vi kan vurdere, har planprosessen bidratt til en integrasjon i en

organisasjon som lenge har hatt lite overskudd til dette, og til prioriteringer og sterkere søkelys på områder som tjenestene lenge har opplevd som nødvendig.

Kort oppsummert kan man si at tydelig og solid forankring på ledernivå virker å være både en betingelse for, og et utslag av – forutsigbarhet og systematikk i folkehelsearbeidet.

#### 4.2.5 I det daglige - å finne formen på systematisk sammenbinding

Som nevnt, refereres det i flere sammenhenger til nødvendigheten av at hele organisasjonen har et «eierskap til folkehelsearbeidet». Det gjelder selve planarbeidet, og det gjelder systematikken i det daglige arbeidet. Metaforen «eierskap» peker mot at hele organisasjonen oppfatter at folkehelsearbeidet angår dem og at de ulike tjenesteområdene føler et ansvar for å innrette/og innarbeide folkehelseperspektiv på sitt område.

En særlig utfordring i folkehelsearbeidet er å sørge for kontinuerlig spredning av informasjon og engasjement ut til alle tjenesteområdene, få erfaringer tilbake og samle dem, og få tjenestene til ha en felles forståelse og erfaringsutveksling.

En intervjuperson peker på forholdet mellom systematikk og samarbeid:

*Systematikk er viktig! Nettopp det som er så vanskelig. Det kommer nye personer inn, de får kanskje ikke god nok oppfølging, innføring. Det er todelt: Kan mangle systematikk, men det er ulike elementer som gjør den kontinuiteten vanskelig. Hvordan spre den kontinuiteten? Samarbeid er kjempeviktig. Det er viktig med relasjon, det er viktig for å få kjennskap til hverandres arbeidsoppgaver og forståelse (respekt). Det er viktig med felles møteplasser. Det trengs en fagspesifikk folkehelserådgiver som kan sette dette på agendaen.*

Når det gjelder organisering, har man i flere bydeler erfaring med et eget nettverk for folkehelsearbeid internt i organisasjonen, ledet av folkehelsekoordinator.<sup>30</sup> Dette blir oppfattet som en nyttig arena for erfaringsutveksling, samtidig som man har hatt vansker med å finne formen på nettverkene. I en av bydelene hadde alle avdelingene en folkehelsekontakt som deltok i bydelens folkehelsenettverk, men det var varierende hvem og hvor mange som kom på møtene

I en bydel blir det sett som et problem at forumet ikke hadde beslutningsmyndighet og derfor lite mulighet til å bestemme hvordan man skulle håndtere konkrete utfordringer. De ble «diskusjonsfora». Samtidig mener deltakere i nettverket at nettverket var nyttig ved at man delte tallmateriale og erfaringer «slik at alle hadde et felles kunnskapsgrunnlag». Mens nå «mister man litt den kontakten, den erfarings- og kunnskapsarenaen... nå er det bare ledere, ikke folk på gølvet». I nettverkets virketid ble også mandatet endret slik at det fikk mindre form av et kontrollorgan og i større grad ble rettet mot erfaringsutveksling.

I en annen bydel er også alle avdelingene representert i nettverket. Etter en tid opplever de at «vi jobber fremdeles med å finne formen på det. Skal det være en arena for informasjon ut (til avdelingene/tjenesteområdene), eller skal det være en arena for å utveksle informasjon og (få idéer) til å starte nye tiltak?» Det blir pekt på at nettverket uansett er det intervjupersonen benevner som «en viktig bevissthetshøyner». Både her og i andre bydeler sees det å sørge for «bevissthet» i organisasjonen om folkehelsearbeid som en viktig oppgave i det systematiske folkehelsearbeidet

Et eksempel på dette er en bydel hvor folkehelsekoordinator har tatt initiativ til et internt nyhetsbrev om folkehelse tema. Nyhetsbrevet er kortfattet og poengtert og spres til hele

<sup>30</sup> I Oslo kommunes folkehelseplan 2017-2020 vises det til at bydelene skal ha et eget folkehelsenettverk: «Lokale folkehelsenettverk på tvers av tjenesteområder er etablert i flere bydeler. Ordningen skal videreføres til øvrige bydeler og til andre virksomheter for å oppnå en god forankring av folkehelsearbeidet lokalt» (s. 25).

organisasjonen. Det har en viktig funksjon med «å holde det varmt og vise folk hvilke prosjekter som er på gang». Det har ført til henvendelse fra en annen bydel, som ønsker å starte en tilsvarende kanal.

Når vi ser bildet samlet, ser det ut til at en utfordring er å få til en gjensidighet i relasjonen mellom ledelsen av nettverket og deltakerne, og deltakerne imellom. Ledelsen av nettverket og ansatte knyttet opp til folkehelseoppgaver har utvilsomt direkte nytte av informasjons- og erfaringsutvekslingen. Det kan være flere årsaker til at det er vanskeligere å få tjenestestedene til å dedikere tid og oppmerksomhet til nettverket: Man har mange andre «må- oppgaver» som fremstår mer presserende og tidshorizonten for å investere i folkehelsearbeid og forebygging er lenger. Som en intervjuperson formulerte det, når det gjaldt vansker med å få tjenestene til å ta initiativ til å foreslå og iverksette tiltak: «Resultatene sees ikke på lenge!»

#### **4.2.6 Koordineringsfunksjon**

I intervjuene går det frem at funksjonen som folkehelsekoordinator har/har hatt en viktig rolle i å ta initiativ til og å drive frem større satsinger i bydelene. Det gjelder for eksempel en type områdeløft, etablering av frivillighetssentral og frisklivssentral.

I flere av intervjuene reflekterer intervjupersonene over betydningen av å ha en egen koordineringsfunksjon for folkehelsearbeid og utfordringer knyttet til denne posisjonen.

I det daglige arbeidet er erfaringene at en sentral del av koordinatorens rolle nettopp er å sikre former for koordinering; kontakt og informasjonsflyt internt i organisasjonen, samt eksternt, blant annet til frivilligheten. Som vi har sett over, knyttes noen av de største utfordringene til koordineringsoppgaver på tvers i organisasjonen. Det gjelder – i ulik grad – på tvers av avdelinger og tjenesteområder, men også i form av forankring oppover til ledernivå, og på tvers i ledelsen. Som én påpeker, er det ikke folkehelsekoordinatoren som først og fremst «skal gjøre» folkehelsearbeidet, det er det tjenestene som skal. Og nettopp derfor er koordinatorrollen så viktig.

Blant de som ikke har en virksom folkehelsekoordinator, er situasjonen veldig ulik. I en bydel sies det at etter at stillingen ble borte, er det nå ikke andre som har tatt over koordineringsfunksjonen og det fører til at folkehelse som et overordnet perspektiv blir dårligere ivaretatt. «Vi er mindre bevisst på det nå». Flere større initiativ til bedre samarbeid, koordinering og felles forståelse internt forsvant med folkehelsekoordinatoren: «Hen jobba tverrfaglig, prøvde å dra i gang prosjekt». Da vedkommende slutta, første det til at «alt bare rant ut i sanden». De øvrige ansatte hadde ikke kapasitet til å videreføre dette arbeidet. Intervjupersonene legger samtidig til at «Mens på avdelingsnivå gjøres det mye godt (folkehelse)arbeid». I en annen bydel er koordineringsoppgavene nå nærmere knyttet til ledernivå. Her er en av erfaringene så langt at dette gir god forankring i ledergruppa. Samtidig mangler det utveksling av erfaringer lenger ned i organisasjonen.

Blant bydelene/intervjupersonene er det ulike synspunkter når det gjelder en koordinatorfunksjon. Det pekes på at man bør ha en slik funksjon, men det er spørsmål om i hvilken grad det skal være i form av en hel stilling eller en stillingsprosent. Det er også et spørsmål i hvilken grad koordineringsoppgaver, uavhengig av om det gjelder folkehelse eller andre områder, skal spesialiseres. En leder sier: «Jeg er litt usikker på koordinatorfunksjoner generelt (i hvilken grad de har direkte konsekvens for arbeidet ute i tjenestene). Har litt opplevelse (fra tidligere) at de skal krysse av, på et 'folkehelseavkryssningsskjema' (...) men vi trenger å lage en folkehelsefunksjon, vi trenger en som for eksempel kan spørre; hvor er ordet folkehelse, hvor er folkehelse i planene ol.» I en annen bydel fremheves betydningen av en koordinerende funksjon for systematikk og samarbeid i folkehelsearbeidet og at dette bør ha form av en egen rådgiverstilling.

I flere bydeler pekes det på at man generelt trenger å utvikle og systematisere samarbeidet med *frivilligheten*. Flere mener at denne oppgaven med fordel kan legges til folkehelsekoordinator eller liknende funksjon som i større grad kan koble sammen folkehelse og frivillig sektor.

Det er også et spørsmål hvor i organisasjonen en slik posisjon best kan plasseres. I en bydel har man hatt erfaring med at folkehelsekoordinator var i bydelsoverlegens stab. Det ble referert til som en fordel og ikke til hinder for at koordinatoren samtidig hadde tett samarbeid med det forebyggende ungdomsarbeidet. Av andre intervjupersoner, med særansvar for det systematiske folkehelsearbeidet, blir det referert til andre bydeler man kjenner til hvor folkehelsekoordinator er knyttet tett til bydelsoverlegen, og at dette sees om en mulighet for mer solid forankring av arbeidet.

#### 4.2.7 Systematikk og samarbeid

Hvordan få til strukturer for en god systematikk i folkehelsearbeidet er et gjennomgangstema i alle intervjuene. Det er et spørsmål hvor det trekkes frem ulike faktorer, og der en fellesnevner er at dette er krevende og noe man ikke er i mål med: «Det mangler litt på det tverrfaglige samarbeidet, det mangler litt på strukturer».

Vi vil her bare peke på noen faktorer i organiseringen av samarbeidet internt, mellom tjenestene. Det er særlig tre tjenesteområder hvor det er variasjon når det gjelder grad av samarbeid med øvrige tjenester for barn og unge:

I en bydel der hoveddelen av tjenester for barn og unge er samlet i samme seksjon, er man fornøyd med at det er en bra flyt mellom tjenestene. Unntaket er samarbeid med *barnevernet*, som er plassert i annen avdeling og som man opplever det er vanskelig å få til et samarbeid med. I de to andre bydelene er barnevernet organisert sammen med andre deler av oppvekstfeltet, inkludert barnehager og ungdomstilbud/forebyggende arbeid. Her trekkes ikke manglende samarbeid med barnevernet frem. Vi har ikke grunnlag for å si i hvilken grad dette er uttrykk for at samarbeidet fungerer.

I en bydel savner man særlig samarbeid med *psykisk helse*, som er plassert i en annen avdeling. I de andre case-bydelene er også psykisk helse organisert i andre avdelinger enn store deler av oppvekstfeltet. Her fremheves ikke spesifikt mangel på samarbeid med tjenester for psykisk helse. Flere faktorer kan spille inn, uten at vi har kartlagt disse; det gjelder for eksempel i hvilken grad oppvekstfeltet og de forebyggende tjenestene for barn og unge selv har kompetanse på psykisk helse, samt organisering av samarbeidsrelasjoner generelt i bydelen.

Samarbeid med NAV blir fremhevet som viktig i alle bydeler. NAV har mye kunnskap om levekårsutfordringer og virkninger av ulike tiltak. I en bydel der man ikke har særlig samarbeid, ønsker man nærmere samarbeid: «Vi kunne fått til mer hvis det grunnleggende samarbeidet var på plass. NAV sitter på det grunnleggende». Det blir også pekt på at nærmere samarbeid vil være nyttig motsatt vei; ved å tilføre NAV kunnskap om hvordan regelverket og praktisering av det slår ut for barn og unge i utsatte familier. For eksempel dersom NAV vurderer foreldrenes inntekt og kommer til at den er for høy til at det kan gis støtte til at barna får delta på et ferietilbud som andre tjenester vurderer at de sårt trenger: «Hva hvis foreldrene velger å prioritere bort det tilbudet, er det greit? Hvordan jobber vi da med den familien? Ja, for det er en *familie* inne i bildet. Her må vi kanskje sette inn andre tiltak? Det er så mange perspektiv. Jeg er usikker på om NAV saksbehandler er nok inne i det. På det tverrfaglige kan vi bli bedre».

Så langt vi kan se, henger grad av systematikk og formaliserte samarbeidsfora i stor grad sammen med bydelenes institusjonelle kapasitet. En ansatt formulerer det slik:

*Hvorfor ikke systemer for samarbeid? Tror at det er en gammel kultur som henger igjen- alle verner som sitt budsjett. Vi snakker veldig fint om tverrfaglighet. Ikke mangel på vilje, men ikke satt det helt i system. Økonomi,*

*dårlig, blir hemma i tankegangen, starte et nytt prosjekt. Klarer ikke å tenke at betyr mindre å gjøre på sikt. Men viljen er der! Men det er det å finne formen. Det jeg har savnet – ledelse. Det er litt opp til hver enkelt – det må være forankret i ledelse. Det opplever jeg som vanskelig.*

Sitatet illustrerer hvordan mangel på ressurser fører til at det er krevende å komme ut av gamle spor og er til hinder for mer flyt på tvers i organisasjonen. I bydeler med større institusjonell kapasitet forteller intervjupersonene om flere samarbeidsrelasjoner og -fora, også utover bydelenes tjenester, slik som større grad av samarbeid med frivilligheten og til dels med skolene.

Vi vil føye til at lite ressurser til samarbeid i noen grad ser ut til å bli kompensert av stabile og langvarige relasjoner internt i ledelsen. God kjennskap til hverandres tjenesteområder og korte kommunikasjonslinjer bidrar til å redusere transaksjonskostnadene på ledernivå.

#### **4.2.8 Oppsummering**

I denne bolken har vi løftet frem noen sentrale trekk knyttet til organisering av folkehelsearbeidet i bydelene og hvordan dette henger sammen med bydelenes institusjonelle kapasitet. Som et utslag av folkehelsearbeidets vidtfavnende karakter er det vanskelig å skaffe konkret oversikt over stillingsressurser knyttet til arbeidet. Vi har lagt vekt på å få frem andre faktorer knyttet til institusjonell kapasitet, ført og fremst i form av organisering og form på det systematiske folkehelsearbeidet.

I bydelene har vi gått nærmere inn på bydelenes strategiske profil for folkehelsearbeidet. Vi ser at en tydelig variasjon når det gjelder to faktorer: Om bydelene har en spesialfunksjon for folkehelsearbeid under ledernivå, i form av en folkehelsekoordinator, og om man har en egen folkehelseplan eller ikke. Det tegner seg et bilde der utarbeiding av folkehelseplan ser ut til å være avhengig av at man har en spesialfunksjon som kan håndtere dette arbeidet. Antall og typer handlingsplaner samvarierer også med om man har en folkehelseplan eller ikke: I bydeler med folkehelseplan er det flere handlingsplaner enn i bydeler uten gjeldende plan. Vi ser også at to av bydelene har valgt å gå bort fra folkehelseplan og i stedet utarbeidet en mer konkret, strategisk plan med tydeligere prioriteringer enn tidligere.

Planene har, i likhet med folkehelseplanen i den tredje bydelen, et fokus på levekårsutfordringer og arbeid rettet mot barn og unge. I bydelen med størst levekårsutfordringer er planen i sterkere grad rettet mot de grunnleggende påvirkningsfaktorer for folkehelse, lenger til venstre i helseårsakskjeden. I den andre bydelen er barn og unge, med strategisk plan, for første gang blitt løftet fram som en prioritert målgruppe (i de to andre bydelene er de allerede definert som dette). Det kan synes som om valget om å legge folkehelsearbeidet inn i strategisk plan har noe ulik bakgrunn i de to bydelene: I bydelen med størst institusjonell kapasitet og store levekårsutfordringer i delbydeler, har man svært bevisst ønsket å integrere folkehelseutfordringer i strategisk plan. Det gjelder også i bydelen med mindre levekårsutfordringer og mindre institusjonell kapasitet, men her er det rimelig å anta at det ikke ville være ressurser til å utarbeide begge plantypene.

Planene er såpass nye at man i én bydel ikke har rukket å gjøre seg erfaringer, i den andre svært begrensede erfaringer. Det pekes på mulige virkninger i form av tydeliggjøring av forventninger og prioriteringer overfor tjenestene og på tvers i organisasjonen, et mer helhetlig system uten en parallell struktur. Vi vil føye til at en slik plan ligger over folkehelseplanen i planhierarkiet og kan forventes å gi sterkere føringer for bydelenes arbeid. Andre momenter er mindre informasjons- og erfaringsutveksling på tvers mellom ansatte og mulig mindre fokus på tradisjonelle folkehelseområder som fysisk aktivitet og kosthold.

Når det gjelder systematikk i planarbeidet, fremheves betydningen av sterk forankring av arbeidet både hos mellomledere og på øverste ledernivå, og at man starter i riktig ende; med kunnskapsgrunnlag før man velger hovedprioriteringer. I alle bydelene har man lagt stor vekt på



bred involvering av tjenesteområder i utarbeiding av de sentrale plandokumentene. Generelt fremheves betydningen av «eierskap» til folkehelsearbeidet i organisasjonen, ikke minst i den daglige virksomheten. Det er en utfordring å få til gode systemer for informasjonsflyt og erfaringsutveksling på tvers av tjenester og det er et spørsmål om dette skal organiseres som egne folkehelsenettverk internt. Erfaringen er at folkehelsekoordinator spiller en viktig sammenbindende rolle, som initiativtaker til tiltak og satsinger og som pådriver for «å holde folkehelsearbeidet varmt». Samtidig er det ulike synspunkter på i hvilken grad en slik koordinatorfunksjon skal spesialiseres og hvor i administrasjonen det bør plasseres for å sikre best mulig forankring.

I alle bydelene mener intervjupersonene at man ikke er i mål med å finne en best mulig form på systematikken i det daglige arbeidet. Når det gjelder samarbeid internt, ser man varierende grad av samarbeid med psykisk helse, med NAV, og med barnevernet. Eksternt pekes det på et potensial for bredere og mer systematisk samarbeid med frivilligheten. Grad av systematisk samarbeid, både internt og eksternt, henger sammen med bydelenes institusjonelle kapasitet.

## 4.3 Kunnskapsproduksjon

I dette avsnittet vil vi se på noen faktorer ved bydelenes arbeid med å skaffe til veie kunnskap om det lokale utfordringsbildet når det gjelder barn og unge. Vi tar først for oss kunnskapsproduksjon i tilknytning til folkehelseplan og strategisk plan. Deretter ser vi på sammenheng mellom institusjonell kapasitet og fremskaffing av kunnskap, før vi retter søkelyset mot den tette koblingen mellom kunnskapsproduksjon og prosjekt- og utviklingsarbeid. Dette inkluderer momenter knyttet til evaluering av tiltak.

### 4.3.1 Folkehelseplan og strategisk plan som drivere

Et tydelig funn fra intervjuene er at både utarbeiding av folkehelseplan og strategisk plan er en driver for å fremskaffe og organisere kunnskapsgrunnlag om påvirkningsfaktorer for folkehelse.

Begge type plandokumenter baserer seg på det lokale utfordringsbildet når det gjelder befolkningen som helhet – og med stor vekt på utfordringsbildet som gjelder barn og unge. Det varierer hvor mye plass som er viet dette i selve plandokumentet, og/eller i hvilken grad kunnskapen er samlet i utarbeiding av mer omfattende bakgrunnsdokumenter.

I én bydel inneholder den strategiske planen et ekstrakt av utfordringsbildet; én-to sides bakgrunnsinformasjon før presentasjon av de strategiske satsingsområdene. Ekstraktet er basert på et omfattende bakgrunnsdokument som er utarbeidet i en bredt involverende planprosess og ved bruk av ulike kvantitative datakilder (ikke kvalitative). Bakgrunnsdokumentet gir befolkningsframskrivninger og tegner utfordringsbildet.

I en annen bydel er den strategiske planen svært kort og presenterer fem hovedprioriteringer, uten eksplisitt fremlegging av utfordringsbildet. Men prioriteringene er på samme tid av overgripende og konkret karakter (de har ikke preg av visjoner), og baserer seg slik sett tydelig på utfordringsbildet i bydelen (uten å referere eksplisitt til det i dette dokumentet). Strategisk plan er blant annet basert på flere, omfattende kunnskapsdokumenter som er utarbeidet som en del av område- og nærmiljø-satsing. Det gjelder både en tidligere status over befolkningens helsetilstand og egenprodusert statistikk. De siste er utarbeidet av eksterne FoU-miljø i kombinasjon med egen kunnskapsinnhenting. Bydelen har et sterkt, organisatorisk fokus på kunnskapsproduksjon og en egen enhet for utviklingsarbeid.

I bydelen med folkehelseplan er det samlede kunnskapsgrunnlaget utarbeidet som en del av arbeidet med planen og utgjør en hoveddel av dokumentet. I kunnskapsgrunnlaget og utfordringsbildet benyttes både kvantitative og kvalitative data.

I alle bydelene har man hatt en bred prosess hvor man både har innhentet skriftlig dokumentasjon og muntlige erfaringer. I hovedsak i form av kvantitativ kunnskap, men også *kvalitativ kunnskap*, det gjelder særlig i bydel med områdesatsing.

Bortsett fra i denne bydelen, er den kvalitative kunnskapen først og fremst innhentet muntlig og det varierer i hvilken grad den er skriftliggjort som direkte dokumentasjon. I bydelen med folkehelseplan er det et eget avsnitt med *kvalitative tilbakemeldinger fra tjenestene når det gjelder utfordringer blant barn og unge* (planen har et tilsvarende avsnitt som gjelder voksne og eldre). I bydelen med områdesatsing er det i nærmiljøanalysene innhentet en stor mengde kvalitative data blant innbyggerne ved hjelp av eksterne FoU-miljø.

I bydelen med folkehelseplanen hadde man en bred og grundig prosess som involverte tjenestene og ledergruppa og der det var de ansatte med spesialfunksjon i folkehelsearbeidet som utarbeidet kunnskapsgrunnlaget. Som nevnt, ble imidlertid satsingsområdene i stor grad definert på øverste ledernivå før man tok fatt på kunnskapsinnhenting. I ettertid sier intervjupersonene at dette var å starte i feil ende.

I en bydel med strategisk plan ble det utarbeidet en tydelig prosessplan i forkant. Det fremheves at prosessen har vært godt og oversiktig organisert, og at også tillitsvalgte er inkludert. I intervjuene pekes det i like stor grad på bakgrunnsdokumentet som selve planen, når det sies at: «Vi har aldri hatt en så grundig prosess før».

#### **4.3.2 Kunnskapskilder – kvantitative og kvalitative data**

Bydelene i Oslo kommune har tilgang på flere *kvantitative kunnskapskilder* som gir informasjon om levekår og helsetilstand i bydelen og utfordringsbildet i bydelene. I case-bydelene viser informantene til at bydelen aktivt bruker Bydelsfakta, folkehelseprofil og oppvekstprofil. Oslohelse brukes i varierende grad: «Oslohelse brukes ikke så mye». En annen sier at: «Oslostatistikken bruker vi mye. Den har ikke helsebildet, men levekårsforskjeller, hvor vi kan følge utviklingen over tid. Går for en del kategorier ned på delnivå bydel.» Denne inneholder også data for delbydeler innad i bydelene.

Når det gjelder utfordringsbildet for barne- og ungdomsbefolkningen, trekker man i alle bydelene fram *ungdataundersøkelsen* (Ung i Oslo). Undersøkelsen er brutt ned på bydelsnivå og intervjupersonene trekker den frem som en av de viktigste kildene til kunnskap om barn og unge i bydelen. Mange av intervjuene ble gjennomført rett før eller etter at årets undersøkelse ble offentliggjort. Intervjupersonene så frem til å studere resultatene nøye, særlig ble det fremhevet at undersøkelsen gjør at man kan følge bydelens utviklingstrekk over tid. Undersøkelsen er også viktig utenom selve planarbeidet: «Vi bruker den også i vår ledergruppe, (når vi skal gjøre) prioriteringer fremover».

Når det gjelder det samlede utfordringsbildet for barn og unge i bydelen, samsvarer intervjupersonenes oppfatning, så langt vi kan vurdere, i stor grad med tilgjengelig statistikk. Ingen ga uttrykk for at datakildene ga informasjon som ikke svarte til deres erfaringer. Samtidig gir den siste ungdatabundersøkelsen, gjennomført under pandemien, dels ny informasjon om tema hvor man mangler erfaringskunnskap; for eksempel funn som viser at det er barn og ungdom som kan ha opplevd hjemmeskole som en sosial lettelse. Om ungdatab generelt (utenom pandemien) ble det av én reist spørsmål ved om bildet som tegnes kan være for problemorientert: «... ungdom er i en brytningsfase. Der er viktig å skille sykdom fra utfordringer ungdom skal ha». En annen pekte på at undersøkelsen viser enkelte resultater som hen oppfatter at står i motsetning til hverandre: At ungdom stresses av skole, samtidig som de når det gjelder tidsbruk svarer at de gjør lite lekser.

Til sist vil vi trekke fram et lite poeng som illustrerer sammenhengen mellom kunnskapsproduksjon og hvordan utfordringsbildet fremtrer i plandokumenter:

I en bydel kom det frem i intervjuene at det var ganske store levekårsforskjeller og dermed ulikt utfordringsbilde mellom enkelte geografiske områder i bydelen. Dette er lite omtalt i bydelens sentrale plandokument, sammenliknet med hva som er tilfelle i de andre bydelene. Da vi spurte om dette, var diskrepansen litt overraskende for intervjupersonene, men gjenkjennelig. Til tross for lite fremheving i plandokumentene, fortalte de at tjenesteområdene er seg svært bevisst de geografiske levekårsforskjellene og at dette er noe som får stor oppmerksomhet i det daglige arbeidet. De mente diskrepansen hadde sammenheng med at man ikke hadde nok tallfestet kunnskap til å tegne det bildet i plandokumentet som man erfarte i praksis.

Det kommer fram en forskjell mellom bydeler med hensyn til i hvilken grad de systematisk innhenter *kvalitativ kunnskap* og i hvilken grad denne blir nedfelt i plandokumenter. Det gjelder både erfaringer fra egne tjenester og innhenting av erfaringer og synspunkter fra innbyggerne.

Når vi ser nærmere på mønsteret som tegner seg, er dette ikke overraskende. Om vi tar utgangspunkt i plandokumentene og tilhørende bakgrunnsdokumentasjon, ser systematisk innhenting og bruk av kvalitativ kunnskap ut til å følge bydelenes institusjonelle kapasitet og økonomiske situasjon. Bydelen med områdesatsing har produsert flere, store analyser hvor man aktivt har gått ut og hentet inn innbyggenes erfaringer og synspunkter i utarbeiding av kunnskapsgrunnlag for nærmiljøsatsinger. I bydelen med mer middels økonomiske ressurser, er erfaringer fra tjenestene innhentet og presentert i en egen bolk i folkehelseplanen. I bydelen med dårlig økonomisk situasjon, er presentasjonen i strategisk plan og bakgrunnsdokumentet kun basert på kvantitativt materiale. Fra intervjuene vet vi imidlertid at planprosessen i stor grad har inkludert kvalitative erfaringer fra tjenestene, men disse er ikke bearbeidet skriftlig.

#### 4.3.3 Kunnskapsproduksjon og institusjonell kapasitet

Ikke overraskende, henger mulighet for å drive systematisk kunnskapsproduksjon i stor grad sammen med *institusjonell kapasitet* og *økonomiske ressurser*.<sup>31</sup> Det tydeligste skillet går mellom bydelen hvor man har pågående områdesatsing og nærmiljøsatsing, og bydelen med økonomisk underskudd.

Bydel med område- og nærmiljøsatsing skiller seg naturlig nok ut når det gjelder ressurser til å drive et aktivt utviklings- og prosjektarbeid. Organisatorisk er også bydelen i en særstilling ved å ha en egen utviklingsavdeling - delt i to seksjoner – som kan drive egen kunnskapsproduksjon og analysearbeid. I tilknytning til satsingene har man hatt et nært samarbeid med eksterne FoU-miljø og produsert flere, store analyser av ulike delbydeler. Områdesatsingen har også gitt mulighet for å lage et eget oversiktsdokument over helsetilstanden i bydelen (som i neste omgang har generert eksterne midler).

I bydel med stram økonomisk situasjon er det produsert svært få samlede analyser eller bakgrunnsdokumenter. Vi kjenner til to; Bakgrunnsdokumentet til strategisk plan og en kunnskapsoversikt og analyse av det oppsøkende ungdomsarbeidet i bydelen. Så langt vi kjenner til, er det i de gjeldende dokumentene ikke gjort bruk av eksterne FoU-miljø. I en bydel som befinner seg i en ressursmessig mellomposisjon, inneholder folkehelseplanen både en sammenstilling av ekstern produsert tallmateriale og bearbeiding av tjenestenes erfaringer. Utenom planarbeidet har man også gjort kartlegginger ved å gå inn i statistikken fra helsestasjon og skolehelsetjenesten og analysert den nærmere. På andre områder som angår sosiale faktorer for barn og unges oppvekstvilkår har man gjennom prosjektmidler blant annet engasjert eksterne FoU-miljø.

Det er grunn til å fremheve at systematisk kunnskapsproduksjon ser ut til å avhenge av *stillinger spesifikt knyttet til utviklingsarbeid*, eller stillinger på tjenesteområder som har nok *fleksibilitet* til å kunne ta initiativ til å søke prosjektmidler.

---

<sup>31</sup> Andre faktorer, for eksempel hvordan folkehelseloven tolkes og hvordan man evaluerer tiltak, kan også virke inn.

Flere var opptatt av at både systematisk kunnskapsinnhenting og tiltaks- og prosjektutvikling krever at noen er i posisjon til å ta et skritt tilbake, vurdere hva man trenger og har ressurser til å iverksette en kunnskapsproduksjon og/eller skrive en søknad om eksterne prosjektmidler. I bydeler som har, eller nylig har hatt, folkehelsekoordinator, er det tydelig at dette er en slik posisjon.<sup>32</sup> Ved siden av at de har en sentral rolle i utarbeiding av kunnskapsgrunnlag for folkehelseplan, har de en pådriverrolle når det gjelder utviklingsarbeid i tjenestene og erfaringsutveksling. Det rapporteres at folkehelsekoordinatorerne har tatt initiativ, ofte ikke prosjektfinansiert, til å utvikle systemer/modeller for samhandling og erfaringsutveksling mellom tjenestene.

Enkelte stillinger knyttet til forebyggende barne- og ungdomsarbeid kan også ha nødvendig fleksibilitet til utviklingsarbeid. I en bydel med lite økonomisk handlingsrom fremholdes det at dette ofte er stillinger som befinner seg på siden av de lovpålagte tjenestene, noe som gir større handlingsrom: «De må ikke gjøre alle 'må-oppgavene'». Det vises til SaLTo-koordinator<sup>33</sup> og et forebyggende ungdomsteam som har tatt initiativ til utarbeiding av eget kunnskapsgrunnlag for det rus- og kriminalitetsforebyggende arbeidet og det oppsøkende ungdomsarbeidet i bydelen. Intervjupersonene peker samtidig på at det generelt i bydelen er for lite systematikk i folkehelsearbeidet og at denne type initiativ er sterkt personavhengig og basert på innsatsen til ildsjeler. Ikke minst er det et problem her, som i andre bydeler, at denne type stillinger ofte er prosjektbasert, med stor usikkerhet knyttet til tidshorisont og eventuell overgang til fast innlemming bydelens organisasjon. Avhengighet av ildsjelers initiativ er også et tema i bydel som befinner seg i en økonomisk mellomposisjon.

#### 4.3.4 Kunnskapsproduksjon og utviklingsarbeid

Et fremtredende funn i intervjusamtalene er den nære sammenhengen mellom kunnskapsproduksjon og prosjekt- og utviklingsarbeid. Vi har sett over at det gjelder selve planarbeidet, men sammenhengen er også tydelig i det fortløpende arbeidet.

Det tegner seg et bilde av en gjensidig avhengighet – en vekselvirkning – mellom å etablere kunnskapsplattformer og søke (eksterne) prosjektmidler. Lykkes man i søknadsprosessen, kan gjennomføringen av prosjektet generere ny kunnskap som kan systematiseres og i neste omgang gi grunnlag for nye søknader. I noen tilfeller ser bydelen så stor nytte av prosjektene at de blir integrert i bydelens tjenester, avhengig av om det er ressurser til arbeidet.

Et eksempel er en kartlegging (nevnt over) hvor man gikk tilbake og tok for seg alle henvisningene til helsestasjonen gjennom en bestemt tidsperiode. Man så hvor stor andel som dreide seg om psykisk helse. Dette ble satt sammen med tallmateriale fra Ungdata. Da tegnet det seg et bilde der man så nødvendigheten av et kompetanseløft for ansatte. Kartleggingen ble brukt til å søke midler til å utvikle et nytt tiltak. Senere er dette bakt inn som et permanent tilbud i tjenestene. I et annet tilfelle klarte man å sette av noe midler til å hyre inn ekstern kompetanse som skrev en liten rapport: «Den brukte vi til å søke midler videre».

Som nevnt, i bydel med områdesatsing har man i langt større grad kunnet bruke eksterne FoU-miljø. Ikke minst er det viktig at man har en egen utviklingsavdeling som gjør analyser. Som en

---

<sup>32</sup> Som nevnt tidligere; dette kan også gjelde stillinger med annen betegnelse, under ledernivå.

<sup>33</sup> «SaLTo er en trenivå modell der bydel, skole og politi er hovedaktører (...) Hensikten med modellen er å samordne og sikre et effektivt, forpliktende og koordinert samarbeid på tvers av fag, etat og sektor i det rus- og kriminalitetsforebyggende arbeidet rettet mot barn og unge (...) SaLTo modellen i Oslo tilsvarer SLT i landets øvrige kommuner. I Oslo er det en SaLTo-koordinator ansatt i hver enkelt bydel og de er ulikt organisert i de ulike bydelene (...). SaLTo modellen i Oslo er derfor å finne både på sentralt og lokalt nivå (...) Det er etablert byomfattende, regionale- og lokale samarbeidsstrukturer for det kriminalitetsforebyggende arbeidet i Oslo». Fra *Tverretattlig samarbeid på tre nivåer i Oslo* <https://www.oslo.kommune.no/prosjekter/salto-sammen-lager-vi-et-trygt-oslo/#gref> (lesedato 23.12.21). Bydelene får et særskilt tilskudd fra byrådet for å dekke størstedelen av et årsverk til SaLTo-koordinator. I tildelingsbrevet til bydelene for 2020 presiseres det at disse stillingene bør være hele og faste.

sier: De holder seg oppdatert «og følger med på verden der ute». Tjenesteområdene kan også selv se et behov for å få kunnskap på et område og be utviklingsavdelingen utrede det:

Ja, vi kan bestille en analyse (...) i min seksjon kan det komme opp tema, en utfordring, da kan jeg gå til utviklingsavdelingen, og de kan gå inn og gjøre den jobben. Blant annet ønsket vi å se på: Hvorfor er det en lav andel barn i barnehage? Da laget de en nullpunktsundersøkelse. De kan også gjøre undersøkelser kvalitativt.

Bydelen har skaffet seg flere slike oversikter over status på ulike områder. Når vi spør hva områdesatsingen har betydd for bydelens folkehelsearbeid, trekkes det blant annet frem at det gir mulighet for systematisk uttesting og evaluering av tiltak: «Vi kan teste ut! Vi kan teste ut om dette var klokt, om dette ikke var bra! Tåle å lære. Jeg synes vi er privilegerte, som får være med. Vi har lært oss at vi ikke går i gang med store prosjekter, uten den lille testingen på forhånd. ... Vi har hatt dyktige folk til å teste ut, til å evaluere».

Det fremheves at man er svært bevisst på at tiltakene og satsingene skal ha en effekt. Samtidig er det «ikke alt som kan måles» og man trenger ikke alltid ha et stort prosjekt for å evaluere. Men man evaluerer hvordan man jobber og «alle tiltak blir evaluert som et forprosjekt, før vi søker ytterligere midler. Det har vi blitt mye mer bevisste på. Vi får også tilskudd på mye».

I bydelene, også i den med områdesatsing, er det flere på ledernivå som *etterlyste mer initiativ ute i tjenestene* når det gjaldt å initiere tiltak. Det varierte mellom bydeler i hvilken grad dette ble forklart med at man ikke hadde kommet langt nok med å utvikle en kultur i tjenesten for å ta denne type initiativ, og i hvilken grad det ble knyttet til manglende tid og overskudd hos de ansatte.

Intervjupersoner peker på at man i søknadsprosesser som oftest må ha internt samarbeid, dette krever i seg selv kapasitet, spesielt om man i det daglige er så presset på tid at slike relasjoner ikke gir rom for en ekstra oppgave.

#### **4.3.5 Oppsummering**

I dette delkapitlet har vi sett på trekk ved bydelenes bruk og produksjon av kunnskap i det systematiske folkehelsearbeidet og hvordan dette er knyttet til institusjonell kapasitet.

Både folkehelseplan og de strategiske planene er basert på omfattende kunnskapsgrunnlag. Disse har ulik form og det varierer hvordan de fremtrer og er integrert i selve plandokumentet. I folkehelseplanen er kunnskapsgrunnlaget presentert og innarbeidet i plandokumentet. I bydelene med ny strategisk plan, er planene svært kortfattet. I den ene av bydelene er kunnskapsgrunnlaget samlet i et eget bakgrunnsdokument og relativt kort referert i selve planen. I bydelen med områdesatsing er bakgrunnsdokumentene/kunnskapsgrunnlaget ikke direkte referert til, men ligger implisitt som et bakteppe for svært tydelig prioriterte områder konsentrert omkring levekårsutfordringer.

Det fremtrer tydelige mønstre når vi ser på bruken av ulike typer kunnskap og i hvilken grad denne er frembrakt internt og/eller ved bruk av ekstern kompetanse. I alle bydelene er kunnskapskilder i form av eksternt produsert statistikk viktige i utarbeiding av kunnskapsdokumenter om utfordringsbildet. Det varierer hvordan og i hvilken grad bydelene kombinerer dette med tall hentet fra egne tjenester. Særlig ser vi et skille i om bydelene frembringer og gjør bruk av kvalitativ kunnskap. Dette samvarierer også med bruk av eksterne kompetansemiljø i innhenting av kunnskapsgrunnlag: I bydel med områdesatsing, har man hatt mulighet for å engasjere flere, eksterne FoU-miljø i utarbeiding av nærmiljøanalyser med stor vekt på kvalitative data – fra innbyggerne. I bydel med mer middels institusjonell kapasitet, har man selv innhentet erfaringer fra tjenestene og innarbeidet dette i plandokumentet. I bydel med

svært stram økonomi, er slike erfaringer ikke skriftliggjort i bakgrunnsdokumentet for strategisk plan.

Vi ser med andre ord at form og omfang av bydelenes utarbeiding av kunnskapsgrunnlag i det systematiske folkehelsearbeidet henger sammen med bydelens ressurstilgang og institusjonelle kapasitet. Ikke minst er dette tydelig når det gjelder muligheten for å drive utviklingsarbeid. I bydel med områdesatsing har man hatt mulighet for å sette i gang småskalastiltak og gjøre interne evalueringer, før man setter i gang større tiltak. Det gir også rom for å prøve og feile, og en mer kontinuerlig evaluering av virksomheten.

I innhenting av eksterne prosjektmidler kreves det ofte referanse til en form for kunnskapsgrunnlag. Selve søknadsprosessen forutsetter også ressurser til samarbeid internt, samt stillinger med tilstrekkelig fleksibilitet og kapasitet til utviklingsarbeid. Prosjektmidler og gjennomføring av tiltak kan generere ny kunnskap som gir grunnlag for senere søknad om midler, som resulterer i tiltak som genererer ny kunnskap osv. Dette gir selvforsterkende mekanismer som kan slå heldig ut for bydeler med tilstrekkelig kapasitet, og tilsvarende uheldig ut for de som ikke har denne kapasiteten.

## **4.4 Understøttelse fra sentralt hold**

Alle intervjupersonene ble spurt om erfaringer når det gjelder understøttelse bydelen blir tilbudt fra sentralt hold i kommunen når det gjelder folkehelsearbeidet overfor barn og unge. Hvordan bruker de den, hva ønsker de fremover, er det noe de savner? Det er slående at intervjupersonene er såpass samstemte i erfaringer, og om hva deres bydeler trenger, på tvers av ulike ståsteder i organisasjonen. Svarene grupperte seg i hovedsakelig tre bolker:

### **4.4.1 Konkrete ressurser**

Det blir uttrykt tilfredshet med mulighetene for å søke og få midler til ulike aktivitetstilbud. Særlig prosjektmidler til ungdomsjobb blir fremhevet som en viktig understøttelse fra kommunen sentralt. Når det gjelder prosjektmidler generelt, gir de mulighet for utprøving og nye tiltak. Men samtidig er det et gjennomgående problem at slike midler medfører mangel på forutsigbarhet og langsiktighet og at det oppstår usikkerhet om tiltak kan videreføres.

I en bydel som sliter med stram økonomi, blir behovet for ressurser oppfattet først og fremst som et behov for flere, det vil si tilstrekkelig, antall faste stillinger: «Hovedproblemet er bemanning og ikke kompetanse. Vi opplever at det ikke er så vanskelig å få midler til ekstra-aktiviteter (...) men det er hvis jeg mister to ansatte, som er på prosjektmidler (...) vi vil heller ha midler til å finansiere faste stillinger». En annen: «Vi mangler ikke spesifikk kompetanse. Vi sliter med at det ikke er penger i bunnlinja. Jeg skulle ønske mer øremerking».

I alle bydeler fremheves viktigheten av helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Den nasjonale satsingen på økt antall helsesykepleiere trekkes frem som en viktig satsing, men samtidig har behovet for tjenestene økt, særlig når det gjelder tjenestene rettet mot ungdom og psykisk helse. I bydelene opplever man at det er knapphet på bemanning og at disse tjenestene ikke er tilgjengelige nok, med for korte åpningstider. En person vi intervjuet etterlyser at man tenker nytt omkring tilgjengelighet: Hva betyr det, kan det innebære noe annet enn at man nødvendigvis møter en ansatt ansikt til ansikt?

Oslohjelpa fremheves som viktig, og særlig én bydel fremhever at de har bygget ut tjenesten, samtidig som de ikke klarer å dekke behovet og trenger flere stillingsressurser.

#### 4.4.2 Kunnskap og kompetanse

Flere ønsker mer kunnskap og kompetanse når det gjelder psykisk helse overfor barn og unge. Bydelene mottar mye informasjon og henvendelser utenfra og de trenger hjelp til å sortere hvilke erfaringer som har overføringsverdi for dem: «Jeg trenger en tydelig anbefaling: Hva har noen gjort som gir stor nytte og derfor kan anbefales? Da vil jeg sette meg ned med de riktige interessentene, inkludert brukere, for å drøfte om dette er tiltak vi tror vil ha tilsvarende nytte hos oss og derfor bør implementeres.

En intervjuet spør seg også om bydelen besitter rett kompetanse når det gjelder å håndtere barn og unge med større psykiske problemer, hvor det gis mye ansvar til bydelene: «De desentraliserer veldig nå, jeg er usikker, har vi god nok kompetanse? (...) Det engasjerer meg veldig, får barn og unge den psykiske helsehjelpen de trenger? Vi sitter på hver vår tue i 15 bydeler». Dette blir knyttet til konkrete ressurser: «Har vi nok døgnplasser? I min tid har jeg sett at barn blir plassert i institusjon innenfor barnevernet og ikke psykiatri, selv om det er det de skulle hatt. Der har de en helt annen kompetanse (...) Det har alltid vært vanskelig å få barn og unge inn i døgnplasser (...) Jeg tror at det er enda vanskeligere å komme seg inn i barne- og ungdomspsykiatrien nå».

Fra andre sies det at det sikkert tilbys mange ulike kurs, men at de selv i liten grad har benyttet seg av dem. Dette virker å være utslag av knapphet på stillingsressurser og mangel på tid til å delta.

Det gis uttrykk for at man er spent på kommunens gjennomgang av pandemien og når det gjelder «Ettervirkninger av covid 19, vi kunne trenge litt hjelp fremover». En bydel ønsker kostholdsundersøkelse, en annen mer kunnskap om minoritetshelse, samt sammenhenger mellom stress og helse. Det nevnes også at «det føles som om bydelene er litt separate» og at det er potensial for å lære mer av hverandre.

Når det gjelder det systematiske folkehelsearbeidet, roser flere Helse-etaten for å ha forespurt bydelene om innspill til ny strategi for folkehelse. Ansatte som har spesialfunksjon i folkehelsearbeidet, i en bydel med folkehelseplan, er spent på kommunens nye folkehelsestrategi: «Den er veldig viktig, for at vi skal kunne slå i bordet!». Blant enkelte ledere, i bydeler uten egen folkehelseplan, virker forholdet til den byomfattende planen å være fjernere: «Vi vet hva som står der, men vi bruker den ikke i det daglige arbeidet». Enkelte av dem som jobber spesifikt med det systematiske folkehelsearbeidet, kunne ønske bistand i form av en mal eller forslag til formen på et kunnskapsdokument, slik at «ikke alle må gjøre den jobben selv». De er også ute etter gode måter å systematisere erfaringskunnskap på og hvordan de kan evaluere: «Alle er enige om at det er lurt å evaluere. Men hvordan?» De mener også de kan trenge eksempler på samarbeidsmetodikk: «Vi prøver oss frem».

En som har deltatt i kommunens folkehelsenettverk trekker frem at de har hatt stor nytte av dette og at det har gitt kunnskap om ulike måter å organisere arbeidet på: «Jeg satte pris på nettverksmøtene og prøvde å dele videre, for eksempel (ved å spre og formidle fra) foredrag (...) man delte hvordan man kunne jobbe og hvordan man kunne jobbe systematisk». En annen, som bare var med en kort periode før pandemien, opplevde derimot ikke nettverket «som et levende nettverk».

##### 4.4.2.1 Krav og føringer - rapportering

I utarbeiding av folkehelseplan på bydelsnivå, trekkes det frem at den ble modellert etter kommunens folkehelseplan, tilpasset denne og lagt til lokale tiltak. En leder peker på at det er veldig bra at den sentrale planen finnes i en kortversjon; «Den er lettere å forholde seg til for ulike tjenester».

Samtidig etterlyses det til dels sterkere føringer og styringssignal fra kommunen sentralt. Dette fremmes først og fremst av intervjupersoner som har som oppgave å fremme og integrere

folkehelsearbeid i bydelen og som er opptatt av at de ulike delene av organisasjonen skal føle et eierskap til folkehelsearbeidet. Hva mener Oslo kommune at de ulike bydelen skal ha? Hva sier forskningen? Hvor ofte skal man revidere en folkehelseplan? I tillegg kan de trenge råd om hvor og hvordan holde seg orientert: «Dette er dokumenter dere skal følge med på». Et forslag er en «Oslostandard» hvor bydelene må ha en folkehelsekoordinator. Samtidig er man klar over at det er en «balansegang mellom tydelige føringer og tilpassing i hver bydel».

Flere trekker frem at tildelingsbrevet de mottar er nyttig: «Tildelingsbrevet spør konkret, det er bra. Det som står i tildelingsbrevet er bra og konkret». Det trekkes også frem: «Det folkehelsekortet/vedlegget er veldig nyttig fordi det er konkret, det viser hva det skal rapporteres på». Dette blir sett på som en hjelp til å få større tyngde til folkehelsearbeidet utover i organisasjonen: «Det er viktig å bli satt krav til, slik at vi kan rette krav videre. Det er viktig at det er konkret, ikke fine ord, men hjelpsomt».

I bydelen med svak økonomi ønsker man at midler i større grad øremerkes. Man er klar over at dette står i motsetning til hensynet til bydelenes selvvråderett, men for de intervjuede oppfattes det som mer tjenlig at områder er garantert finansiering

#### **4.4.3 Rutiner for rapportering - synliggjøring og målforskyvning**

Underveis i intervjuene kom det i et par tilfeller frem viktige poeng knyttet til rapportering på områdene helsestasjon og skolehelsetjeneste.

Det har vært en velkommen opptrapping og satsing med midler fra Helsedirektoratet på å øke antall årsverk i skolehelsetjenesten (de siste årene). Fra direktoratet er det et krav at stillingen skal bekles av helsesykepleiere. Andre profesjoner som psykolog og psykiatrisk sykepleier telles ikke i forhold til bemanningsnormen. En bydel har ansatt en psykolog i skolehelsetjenesten, noe de anser de som svært nyttig. Presset på tjenesten er stort, mye av utfordringsbildet er preget av faktorer knyttet til psykisk helse og psykologen har en viktig kompetanse både i møtet med ungdommene og i en veiledningsrolle overfor helsesykepleierne. Ettersom stillingen ikke teller i rapporterings-skjemaet, er stillingen fjernet og psykologen overført til annen sektor i bydelen.

Den strenge standardisering i rapporteringsrutinen fører til en form for målforskyvning ved at en tiltrengt kompetanse i tjenesten flyttes til et annet sted i organisasjonen.

I en annen bydel har man problemer med å oppfylle kravene i de lovpålagte tjenestene knyttet til helsestasjonene. Som en del av internkontrollen, og for å synliggjøre mangelen på kapasitet, har man utviklet relativt detaljerte rutiner for systematisk å notere former for avvik i det daglige arbeidet, også på grunnplanet i organisasjonen, som i telefonmottaket: «*Avvik blir liggende der, de kan ikke slettes*».

#### **4.4.4 Forutsigbarhet i tildelinger**

Flere peker på uforutsigbarhet i tildeling av midler som en hemsko. Det gjelder prosjektmidler generelt, men på enkelte områder forsterkes dette av at tildelingen kommer seint på året. For eksempel kom midlene til Oslohjelpa i mai/juni. Om midler til ungdomsjobb og aktiviteter for ungdom ble det pekt på at «disse midlene kommer altfor seint; i slutten av juni! Det er for seint, da er planene lagt. Men pengene kommer godt med». En annen sier: «Plutselig får vi penger to dager før sommerferien». Da blir det vanskelig å planlegge: «Vi kan ikke jobbe sånn».

Et lite tilleggspoeng er at jeg i noen av intervjuene spurte om ansatte og ledere kjente til *Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027*. Dette er en stor, nasjonal satsing hvor Oslo er med. Det varierer om intervjupersonene, i bydel med prosjekt i programmet, kjenner til bydelens prosjekt. Nærliggende forklaringer er at tiltaket ledes av en annen bydel, gjelder et ganske avgrenset tema og at case-bydelen har flere andre tiltak, med forskjellig fokus, på det samme,



brede tjenesteområdet. Det spesifikke tiltaket er derfor ikke så høyt fremme i bevisstheten når intervjupersonene tegner det samlede bildet av bydelens strategiske profil.

## 4.5 Erfaringer fra pandemien

I intervjuene spør vi om erfaringer fra koronaepidemien. Dette tematiserer intervjupersonene hovedsakelig langs to spor: Hvilke konsekvenser epidemien har hatt for barn og unges situasjon, og konsekvenser for tjenestenes arbeidsmåte og (sam)arbeid.

De intervjuede trekker fram at pandemien hadde direkte virkning på alle barn og unge ved at tiltak ble stengt ned. Mange av de universelle og helsefremmende arenaene, slik som fritidsklubber, ble hardt rammet. Man så større utfordringer omkring psykisk helse og alle mener pandemien gjorde situasjonen vanskeligere for allerede utsatte barn og unge. Pandemien synliggjorde sosial ulikhet i helse, og som en sa: «På ganske tydelige og forutsigbare måter». Blant annet levekårsfaktorer som trangbodddhet og muligheter for å reise bort, ble trukket frem. I levekårsutsatte områder var det også erfaring for at barn og ungdom hadde vært redde for å gå på skolen fordi foreldrene var engstelige og barna var redde for å ta med smitte hjem. I en bydel hadde fritidsklubben hatt drop-in tilbud for foreldre hvor de kunne komme og snakke med de ansatte. Slik kunne de gi informasjon og motivere foreldrene til å sende barna på skolen. Et poeng er at her var det allerede lagt et grunnlag ved at de ansatte på klubben tidligere hadde jobba i et tiltak rettet mot familier og slik kunne bygge på relasjoner til foreldregruppa og nærmiljø. Selve tiltaket var lagt ned rett før pandemien.

Flere refererer til funnene i Ungdata-undersøkelsen som viser at de aller fleste barn og ungdommer har klart seg relativt bra gjennom pandemisituasjonen. Noen har festet seg særlig ved at det også var barn og unge som hadde fått det bedre under pandemien, ved at den ensomheten de ellers kunne føle på blant jevnaldrende, ble mindre påtrengende. I vestkantbydelen: Mange sier de har fått det bedre hjemme og har vært mer sammen med familien, mens de som sliter hjemme, har fått det verre. Én trekker frem at når det gjaldt deltakere på introduksjonskurset (for voksne innvandrere), så lot de til å ta situasjonen bedre enn mange andre: «De er vant til motgang, de tar det roligere».

Vi bruker mer plass til å snakke om tjenestenes håndtering av situasjonen. Erfaringer fra krisehåndteringen er interessante fordi de synliggjør faktorer som kan være sentrale i det daglige folkehelsearbeidet, men ofte på mindre synlige måter enn når betingelsene endres radikalt.

Flere ledere uttrykker at de ser fram til Oslo kommunes evaluering av kommunens håndtering av pandemien og er spesielt opptatt av hvilken generell lærdom som kan trekkes når det gjelder kommunikasjon med innbyggerne.

Både ledere og blant ansatte er opptatt av at man i spesifikke tiltak og på mange arenaer, slik som i barnehage og fritidsklubb, bare har kunnet samle mindre grupper. «Vi har bare kunnet ha 10 barn samlet. Den helsefremmende effekten blir mindre». Det blir trukket frem at oppfølgingen av tiltak ble mangelfull: «Hele organisasjonen er i strekk. Det er vanskelig å finne tid til å planlegge og mange av tiltakene var det ikke lov til å gjennomføre». I en bydel med spesielt fokus på ernæring, har det for eksempel ikke vært systematisk oppfølging av matservering i barnehagene på 1,5 år. «Det tar tid å få ting i gang igjen (...) det krever tid og ressurser å få det opp igjen». Samarbeids- og koordineringsfunksjonene i folkehelsearbeidet ble skadelidende ved at man mistet samarbeidsplattformer: «Vi mistet møtestedene våre». Der de allerede var etablert, kunne man til dels erstatte dem med digitale møter. Samtidig veide ikke dette opp for viktigheten av fysiske møter. En viktig faktor var arbeidsbelastningen: «Når alle er 'tynnslitte', blir det som ikke er aller mest nødvendig, slik som folkehelsearbeid, det blir fort nedprioritert.» En annen fremhever: «Det er ikke der det brenner». Systematikk og samarbeid tar tid å bygge opp igjen, og det vises til slitasje i organisasjonen med blant annet høyere sykefravær.

Flere av lederne trekker fram at de er imponert over sine ansatte: «Når jeg ser hvordan de ansatte har jobba under covid-19 (...), jeg er stum av beundring!»

En leder er opptatt av i hvilken grad man tar med seg erfaringer fra pandemien, da man i stor grad var nødt til å spisse arbeidet og i større grad målrette innsatsen mot spesifikke grupper. For eksempel da barnehagene stengte, måtte man vurdere hvilke barn som skulle få opphold. Ved siden av barn med foreldre i kritiske samfunnsfunksjoner, gjaldt det barn det kunne være grunn til å være bekymret for, som kunne være i utsatte livssituasjoner: «Barnehagene måtte sette seg ned og vurdere hvem det gjaldt. Akkurat som skolene måtte ringe rundt til de som vi (trodde) hadde spesielle behov». Hen spør seg: «Ringer de rundt nå? Er vi like flinke etterpå? Tar de med seg de erfaringene?». Hen beskriver en situasjon hvor man ble tvunget til å forholde seg mer reflektert og mer aktivt til oppgaven med å identifisere og følge opp barn som trenger ekstra oppfølging.

Flere trekker frem at pandemien har hatt konsekvenser for flere sider ved det systematiske folkehelsearbeidet ved at årlig gjennomgang av områder og revidering av folkehelseplan er utsatt og ved at fremdrift i tiltak er forsinket.

## 4.6 Ungdomsrådernes stemme

I dette avsnittet gir vi ordet til deler av målgruppa, ved representanter fra ungdomsrådene i de tre bydelene. Aller først skisserer vi hva et ungdomsråd er og hvilken rolle det er tiltenkt i bydelenes politiske arbeid.

### 4.6.1 Bakgrunn - ungdomsrådets rolle

Den nye kommuneloven som trådte i kraft i 2019 pålegger alle fylkeskommuner og kommuner å ha et eget ungdomsråd. Mange har praktisert ordningen i en del år forut for lovbestemmelsen, det gjelder også Oslo. Kommunen har et sentralt, byomfattende ungdomsråd og et ungdomsråd i hver av de 15 bydelene.

Ungdomsrådet i bydelene er et rådgivende organ for bydelsutvalget. Rådet er folkevalgt, det vil si at medlemmene er valgt gjennom skoler, fritidsklubber og organisasjoner. De velges for to år av gangen og består av ungdom mellom 12 og 18 år. Fra bydelenes hjemmesider heter det at rådet «(...) uttaler seg i saker som årsbudsjett, bydelsplaner, tiltak og planer i oppvekst- og fritidssektoren, samferdsels- og reguleringssaker, kulturelle og andre tiltak som gjelder barn og unge». Ungdomsrådet kan også ta opp saker på eget initiativ. I bydelene vi undersøkte, disponerer og fordeler ungdomsrådet en budsjettsum til kultur og fritidsarrangement som ungdom i bydelen kan søke støtte fra. Representantene er litt usikre på hvor stor samlet sum rådet disponerer.<sup>34</sup>

Flere undersøkelser viser at det har vært stor variasjon i ungdomsrådernes virkemåte rundt i landets kommuner (Sletterød m.fl., 2014). Dette gjelder også for bydelene i Oslo kommune. I en relativt fersk undersøkelse av alle ungdomsrådene i Oslo finner Dam «... at det ikke finnes fastsatte rammer for hvordan de lokale ungdomsrådene skal organiseres. Blant de 15 lokale ungdomsrådene er det ikke ett råd som i sin helhet ligner på et annet. Det er også tydelig at politiske og administrative enheter i bydelene ofte ikke har tatt stilling til hvilken rolle ungdomsrådet skal ha for dem» (Dam, 2020, s.7).<sup>35</sup>

Dette samsvarer med inntrykk fra intervjuene med ungdomsrådernes representanter fra de tre bydelene. Nå tar ikke vår undersøkelse primært for seg rådernes virkemåte, vi er først og fremst

<sup>34</sup> For sine bydeler anslø de beløpet til henholdsvis 80.000, 130-150.000 og mellom 100-200.000 i året.

<sup>35</sup> Dette er en bachelor-oppgave i sammenliknende politikk ved Universitetet i Bergen. Oppgaven er gjennomført ved et halvårig engasjement hos det sentrale ungdomsrådet i Oslo (SUR), er publisert på hjemmesiden til rådet og slik kvalitetssikret av organisasjonen.

ute etter hvilke tema ungdom ser som sentrale når det gjelder utfordringsbildet for barn og unge og hvilke faktorer med relevans for folkehelsearbeid som de er opptatt av. Men denne variasjonen mellom rådene er et moment å ha med seg, blant annet er det ulike valgprosedyrer og derfor også ulik sammensetning av rådene. Vi ser også at det varierer mellom bydelene i hvilken grad alle skolene eller alle de geografisk distinkte områdene i bydelen er representert. I en bydel er egne vedtekter for rådet lagt ut på bydelens hjemmesider. I de to andre finner vi ikke slike. Alle rådene ledes av jenter og et stort flertall av medlemmene er jenter. De vi intervjuet er aktive i fritidsaktiviteter i bydelen som idrettslag og musikkaktiviteter, én har tidligere vært medlem av rådet i fritidsklubb og én har også partipolitisk erfaring. Ingen er rekruttert via frivillig eller politisk organisasjon, men via skole/elevråd eller åpne møter for bydelens ungdommer.

#### 4.6.2 Erfaringer og synspunkter

I intervjuene er det flere hovedtema som peker seg ut på tvers av bydelene. Disse viser på én og samme tid til utfordringsbildet for barn og unge og til hvilke påvirkningsfaktorer ungdommene mener det er viktigst å gripe fatt i. Vi presenterer disse nedenfor, inkludert variasjon mellom bydelene når det gjelder enkelte faktorer.

Alle ungdommene er opptatt av *møte- og væresteder* for bydelens unge. Det gjelder særlig ungdom på videregående, som etterlyser egne tilbud for eldre ungdom. Det pekes på som lite aktuelt at de skal henge med elever fra tidlig ungdomsskolealder, det er et altfor stort aldersspenn «Det er enorm forskjell på 6.klassinger og folk på videregående». Noen sier at de ønsker seg en type fleksible væresteder «hvor vi kan treffe folk, få hjelp til lekser og ulike ting». Spesielt i bydel med store levekårsutfordringer i enkelte delbydeler er ungdommene opptatt av at «folk ikke har plass til å ha 10 ungdommer hjemme (...) vi får ikke være på senteret, der blir vi hevet ut. På klubben, er det 6. klassinger. Så hvor skal vi treffes?» De trekker frem at dette har vært ekstra vanskelig under pandemien, og at de bare har kunne møttes utendørs. De har merket seg at bydelen likevel har prøvd å lage utendørs arrangementer, det setter de pris på. Når ungdom begynner på videregående, spres de på ulike skoler, også utenfor bydelen. Det gir et ekstra stort behov for å ha møteplasser for denne aldersgruppen i bydelen. Igjen er det representanter fra bydel med store levekårsutfordringer i flere delbydeler som særlig fremhever dette.

Særlig i to av bydelene blir det også trukket frem at de fritidsklubbene og værestedene for ungdom som man har, er for få. Det betyr også at mange har for lang vei og gjør at stedet ikke når langt nok ut geografisk. I en bydel blir det også pekt på at manglende kollektivtilbud hindrer ungdom fra å bevege seg mer rundt i bydelen. I andre bydeler poengteres det at kollektivtilbudet er bra og ikke en hindring. I en bydel ligger fritidsklubben i et geografisk område med større levekårsutfordringer enn andre deler av bydelen. Det gjør at ungdom fra andre områder i liten grad ønsker å være på klubben. Dette, sammen med det faktum at det er vanskelig å komme seg dit med kollektivtransport, gjør at klubben i liten grad brukes av ungdom utenfor delbydelen. I en sentral bydel fremheves at det er mange gode park- og uteområder i bydelen og at det har vært gode medvirkningsprosesser i etablering av nytt værested.

Et annet hovedtema på tvers er betydningen av *skolehelsetjeneste* og *helsestasjon for ungdom*, inkludert Ung Arena, som er et lavterskel tilbud for psykisk helsehjelp på tvers av flere bydeler (et par av de intervjuede referer ikke til Ung Arena direkte, det er litt uklart om de mener helsestasjon generelt eller Ung Arena lavterskel psykisk helsehjelp). Ungdommene er svært opptatt av tjenestenes *tilgjengelighet* og at det er mest mulig *lav terskel* for å oppsøke og komme i kontakt med dem. Når vi snakker om dette, refererer de til «tilgjengelighet» som det å lettere komme i kontakt med tjenestene og kunne møte de ansatte direkte, ansikt til ansikt. En foreslår at man også burde hatt en mulighet for mer personlig, digital kontakt: «Det er lettere å skrive på en pc-skjerm enn å si ting foran en person». De etterlyser langt bedre informasjon om hva som finnes av tilbud til ungdom i bydelen, gjerne via digitale plattformer. En hovedinnvending er at det er altfor omstendelig å oppnå kontakt og få hjelp. For eksempel fortelles det om at man må sende

en e-post til helsesykepleier for å få time. Det kan ta flere dager før de får svar. Helsesykepleier er på skolen bare én eller to dager i uka. Alle legger vekt på at dette er en hindring. Det innebærer en form for planlegging og tidshorisont som gjør tilgjengeligheten lite tilpasset ungdommens behov, som ofte opplever at de trenger hjelp raskt: «Det er et problem, fordi de er ikke der den dagen du trenger dem, (da kan) et lite problem bli stort!». Noen referer også til at de, etter å ha begynt på videregående, ser at det er videregående skoler i andre bydeler som har både helsesykepleiere og miljøarbeidere tilgjengelig i langt større grad enn de selv erfarte på ungdomsskolen. Det blir pekt på at utskifting av ansatte som et problem, i en bydel er erfaringen at «på mange skoler er det ikke en fungerende helsesøster». Det burde også være noen mannlige helsesykepleiere. Lokalisering av helsestasjon for ungdom fremheves som viktig, og at det burde være flere av dem.

I de tre ungdomsrådene er alle representantene opptatt av *psykisk helse* som en stor utfordring, på noe ulik måte. I bydel hvor mange familier har dårlig økonomi er ungdommene særlig bekymret for virkningene av covid- pandemien og at ungdom ikke har kunnet møte hverandre på fritiden og de langsiktige virkningene «av å sitte alene». Små leiligheter gir ikke mulighet for å samles hjemme. I bydel med over gjennomsnittlig god familieøkonomi blant innbyggerne, er oppmerksomheten rettet mer generelt mot psykisk helse, blant annet knyttet til skoleprestasjoner og familiens forventninger. Her er også bruk av rusmidler et stort tema. I alle bydelene etterlyser representantene mer tilgjengelige, lavterskel tilbud.

Et tredje tema i intervjuene er også *bydelens informasjon* ut til ungdom om hva som finnes av tilbud, der flere synes at informasjonen er for dårlig og at ungdommen ikke har oversikt over hva som finnes (se under). Vi erfarer også i intervjuene at det er til dels stor forskjell mellom rådsmedlemmene i hvilken grad de selv har oversikt. Dette er i noen grad avhengig av fartstid i rådet. Men flere sier at det ikke er rart ungdom i bydelen ikke vet hva som finnes: «Jeg har ikke oversikt selv, jeg». Særlig er dette et tema når det gjelder psykisk helsehjelp. Det blir pekt på at dette gjør ungdom avhengig av at foreldrene kan ta seg frem i systemet og skaffe dem hjelpen de trenger, og at foreldrene selv kan ha vanskelig for å finne ut av det.

I tilknytning til dette, vi vi kort komme tilbake til et moment under et tidligere avsnitt (3.2); den manglende oversikt på bydelenes hjemmesider over det samlede tilbudet til barn og unge (både hva gjelder tjenester og fritidsaktiviteter). Som nevnt, har en av bydelene gjort en stor jobb med å samle alle tilbud som gjelder barn og unge i ett, stort dokument. Det er omfattende og kan se ut til å være myntet på ansatte eller foreldre som er på jakt etter hva som finnes av tjenester. Da vi spurte ungdomsrepresentantene om dokumentet, kjente de ikke til det. Ungdommene er naturlig nok brukere av sosiale medier og et par av bydelene har utviklet apper direkte myntet på ungdom, hvor det fortløpende legges ut informasjon om tilbud og aktiviteter, f.eks. på fritidsklubben. Intervjuede ledere og ansatte viste til andre bydeler som de visste hadde kommet lenger og som de ønsket å kopiere. Ungdommene vi intervjuet sier at det er varierende i hvilken grad de og folk de kjenner bruker appene i den formen de har nå. De var også i tvil om ungdommer vet at appene finnes. – I intervjuer med ledere og ansatte fikk vi vite at et par av bydelene jobber med å lage oversikt over bydelens fritidsaktiviteter.

I en bydel med til dels store levekårsutfordringer, er ungdomsrepresentanten sterkt opptatt av *mulighet for ungdom til å delta i fritidsaktiviteter*, spesielt *idrett*. En hovedforklaring til at mange ikke deltar i organiserte aktiviteter, er familiens økonomi: «Vi er en østkantbydel – det dreier seg om fattigdom». Særlig fra 13-årsalderen blir dette et problem, da kreves det ofte lisens og forsikring i tillegg til medlemsavgift. For mange blir det for dyrt. Ungdom kvier seg for å be om penger, noe som oppfattes som flaut. I en bydel med høy gjennomsnittsinntekt er ungdomsrådet opptatt av at det samtidig er «store kontraster, det er folk i alle ender av skalaen her». Det gir seg blant annet utslag i veldig ulike vilkår for å delta i idrettsaktiviteter, som til dels er kostbare.

I bydel hvor innbyggerne i gjennomsnitt skårer høyt på levekårsindikatorer, er ungdomsrepresentant særlig opptatt av at *ungdoms bruk av rusmidler*, spesielt i form av

narkotiske stoffer som kokain, er et stort problem. Det gjelder ungdom som ellers synes veltilpasset, får gode karakterer og driver idrett, også på høyt nivå. Hen mener de mangler kunnskap om hvor farlig bruken er og at skolen og bydelen ikke gjør nok for å nå ut med informasjon. Oppsøkende tjeneste er viktig, «men jeg tror at de som utekontakten møter på, det er de som allerede har begynt». Både i denne og i en sentrumsbydel etterlyses mer målrettet informasjon som når barn og unge tidlig, før de begynner å bruke rusmidler: «Jeg er sikker på at hadde de hatt denne informasjonen, ville de ikke begynt (...) veien å gå, er å informere alle».

Representantene er opptatt av at jobbtilbudene til ungdom er svært viktig, det gjelder sommerjobb og jobbtilbud andre deler av året, for de bydelene som har det. Jobbene er svært populære og mange flere søker, enn de som får tilbud. En bydel har utviklet en egen ordning hvor ungdom får opplæring og tilbud om jobb og på ulike fritidsarenaer, knyttet blant annet til matlaging og kafédrift. Fritidsaktiviteter i ferien ble også fremhevet som viktig. I særlig to av bydelene hadde representantene inntrykk av at bydelen «bryr seg om ungdom, de prioriterer ungdom», men samtidig mente man at «de unge, de vet ikke om det».

Vi spør om hvilket inntrykk ungdommene har når det gjelder bydelenes prioritering av barn og unge. Her varierer svarene fra bydel til bydel: «Man ser at de prøver.. Vi (på videregående) ønsker bare et sted å være, vi vet at det jobbes med et tilbud». I en annen bydel «Det er lite midler i bydelen, de sliter med å skaffe seg informasjon om hva barn og unge trenger.» I en tredje legges det vekt på at bydelen har lagt til rette for uteområder og medvirkning i etablering av ny møteplass.

Vi spurte representantene om *rådets rolle* og hvordan og i hvilken grad de har innvirkning på politiske beslutninger. Alle representantene nevner av seg selv en konferanse de hadde vært med på i bydelen og hvor en ny er under planlegging. Det varierer i hvilken grad de vet navnet på konferansen, men av flere ble det vist til UBUM (Ungdommens bydelsutvalgsmøte). Flere av dem var blitt valgt på disse konferansene. Noen hadde også deltatt i UBM – Ungdommens bystyremøte – som arrangeres årlig av SUR, Sentralt ungdomsråd i Oslo. Alle snakker om bydelskonferansene med entusiasme og mener at det å skulle diskutere seg frem til hvilke områder som skal være bydelens prioriterte områder overfor barn og unge, er viktig og lærerikt. Det samme gjelder for de som har deltatt i den byomfattende konferansen. For de involverte hadde det gått greit å få fri fra skolen for å delta. I alle bydelene er ny konferanse under planlegging og flere var engasjert i denne.

Svarene vi fikk, viser en usikkerhet når det gjaldt i hvilken grad rådet har betydning overfor bydelsutvalg og administrasjon i de løpende sakene og hvilken rolle de skal spille. Når vi spør nærmere, ble det i en bydel vist til to saker hvor nåværende representanter hadde argumentert sterkt og fått gjennomslag; det gjaldt et spørsmål om en mindre regulering av et veifelt og en sak hvor det var forslag om kutt i barnevernet (eller liknende, representantene var litt usikre). I en annen bydel hadde rådet nådd frem i en sak som gjaldt uteområder. Særlig i to bydeler gis det uttrykk for at rådet føler seg fjernt fra bydelsutvalget og de andre organene i bydelen og ikke har noe forhold til dem: «Vi vet ikke hva de venter av oss». I en tredje virker forholdet mindre distansert, det fortelles at ansatte fra flere av de forbyggende tjenestene for ungdom har besøkt rådet, det har også bydelsdirektøren. Avdelingsdirektør med ansvar for oppvekstfeltet er ofte med på møtene. Her er rådet også positivt overrasket over å bli forsøkt involvert i prosessen med strategisk plan: «Veldig bra at vi ble spurt om å være med». Bydelsutvalget har de imidlertid et fjernt forhold til. Når vi spør et par representanter om de har fremmet meningene sine om mangler ved fritidstilbudet overfor bydelen, er svaret nei: De vet ikke hvordan de skal gjøre det, og hvem de eventuelt skulle henvende seg til. I en annen bydel er opplevelsen en litt annen; det vises til at rådet har vært involvert i saker som særlig gjelder uteområder og møteplasser. I en bydel gir representanten uttrykk for at mye av oppmerksomheten rettet mot barn og unge er litt motepreget: «Det er trendy i hele Norge, at barn og unge skal være i fokus». Representantene etterlyser opplæring i rollen. Det gjelder prosedyrer generelt og kunnskap ved fordeling av midler spesielt: «Vi vet ikke hva et arrangement koster og hva det er vanlig å søke om». Vi kan legge til

at vi etterkant fant at Budfir kom med en nasjonal veileder i 2021 og det sentrale ungdomsrådet i Oslo ga ut en egen veileder for medlemmer av ungdomsrådene i 2020. Disse virker ikke å være kjent for ungdomsrådene i case-bydelene, i hvert fall nevnes de ikke i intervjuene.

Flere av representantene synes det er vanskelig å forstå mange av dokumentene de får tilsendt. Språket er byråkratisk og utilgjengelig. I en bydel hadde de sagt fra om problemet mange ganger, men ingenting hadde skjedd. Vi spør hva slags svar de fikk? «Nei, noen vage forklaringer». Til dels viser representantene lite tiltro til at rådet har særlig betydning for bydelens arbeid. Et par representanter mente til og med at engasjementet deres hadde minket etter at de ble med i ungdomsrådet: «Det er engasjerte ungdommer som blir med i rådet, det er derfor de blir med. Men nå, etter å ha vært med en stund, det engasjementet har blitt litt dødt». I en annen bydel syntes imidlertid representanten at hen hadde lært mye og sett at politikk var langt mer enn hen hadde lært på skolen; «politikk er mer enn Storting og regjering».

Alle intervjupersonene uttrykker stor tillit til sekretæren for ungdomsrådet. Dette er en ansatt i bydelen som har som deloppgave å være kontaktperson og koordinator for rådet. Blant oppgavene er å innkalle til møter og skrive referat. Alle sier at de samarbeider godt, får mye hjelp av sekretæren og kan spørre hen om det de lurer på. «Hen står på og er veldig engasjert for ungdom».

Når vi spør i hvilken grad ungdom i bydelen henvender seg til rådet, er erfaringen i særlig to av bydelene at veldig få gjør det. I en tredje virker det å være litt flere, men likevel få. Intervjupersonene mener hovedgrunnen er at de ikke kjenner til rådet: «Jeg tror at det er veldig få som vet at vi finnes. For jeg visste heller ikke at det fantes, før jeg ble med selv».

### 4.6.3 Oppsummering

På tvers av bydeler ser vi at representantene for ungdomsrådene fremhever flere av de samme hovedtemaene: Psykisk helse som en utfordring og viktigheten/betydningen av lavterskel-tilbud i form av tilgjengelighet i skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom og Ung Arena. Betydningen av væresteder, spesielt for ungdom på videregående, som mangler felles arenaer. Jobbtilbud og ferietilbud fremheves som bra og viktig. Alle er samstemte i at det er utilstrekkelig informasjon om hva som finnes av tilbud til ungdom i bydelen.

I bydel østkantbydel er ungdommene særlig opptatt av boligforhold og familienes økonomiske situasjon. Under pandemien har små boliger og stengte møtesteder og aktiviteter gjort sosiale treff vanskelig. Trang privatøkonomi er et hinder for deltakelse i fritidsaktiviteter, spesielt idrett. I vestkantbydel er det også oppmerksomhet omkring levekårsforskjeller internt i bydelen. I tillegg fremheves særlig problemer omkring bruk av rusmidler. I sentrumsbydel er representanten særlig opptatt av uteområder samt felles væresteder. I store trekk samsvarer ungdommenes påpekning av trekk ved utfordringsbildet med bildet som tegnes gjennom Ungdata-undersøkelsene og FHIs oppvekstprofiler.

Når det gjelder ungdomsrådenes rolle, viser intervjuene at representantene i stor grad opplever rådet som fjernt fra det politiske arbeidet i bydelen. Til dels oppleves deler av administrasjonen og i noen grad forebyggende tjenester som nærmere. Prosedyrer og byråkratisk språk virker utilgjengelig og fremmedgjørende. Ungdommene etterlyser bedre opplæring og tydeligere retningslinjer for rådets arbeid. Alle er fornøyd med hjelpen de får gjennom sekretæren for rådet. Et problem er at rådet er lite kjent blant ungdommer i bydelen. Intervjupersonene fremhever Ungdommens bydelutvalgsmøte (UBUM) som en arena der det gjøres viktige prioriteringer og de ser konferansen som en god arena for medvirkning. De som har deltatt på det byomfattende ungdomskonferansen (UMB), peker på at dette også gjelder denne.

## 5 Avsluttende kommentarer

Den nordiske velferdsmodellen karakteriseres av å være tjenesteintensiv, med stor vekt på universelle ordninger og der det lokale nivået er gitt et stort ansvar og vidt spekter av oppgaver (Anvik m. fl, 2020). Det systematiske folkehelsearbeidet er et eksempel på en oppgave som er lovpålagt, men som samtidig gir kommunene stor frihet i hvordan dette ansvaret organiseres og utføres. Folkehelsearbeidet er også mer sektorovergripende og sammensatt enn andre felt, noe som bidrar til stor variasjon i oppgaveløsning og strategisk profil. Gjennom tre case-studier gir denne rapporten eksempler på hvordan disse betingelsene kommer til uttrykk og håndteres på bydelsnivå i Oslo kommune, med særlig fokus på det systematiske folkehelsearbeidet rettet mot utjevning av sosial ulikhet i helse blant barn og unge.

I analysen har vi presentert et bilde av ulike modeller for det systematiske folkehelsearbeidet og hvordan og i hvilken grad de varierer med den lokale konteksten. Vi har også lagt vekt på felles faktorer og elementer på tvers av bydeler og forsøkt å få frem noen sammenhenger mellom dem. Undersøkelsen illustrerer folkehelsearbeidets kompleksitet – noe som i seg selv er et fremtredende funn. Avslutningsvis vil vi løfte frem følgende funn som er spesielt interessante i lys av rapportens problemstilling:

Vi ser tydelig at omfang og innretning av tiltak overfor barn og unge henger tett sammen med bydelens generelle, *institusjonelle kapasitet*. Det dreier seg for det første om ressurser i form av stillinger, men også midler til tiltaksutvikling, kunnskapsinnhenting - produksjon og prosjektarbeid. For det andre dreier seg også om organisatoriske ressurser som gir rom for å ta en pådriverrolle i det systematiske folkehelsearbeidet spesielt og i planarbeidet generelt.

I eksempelbydelene, uavhengig av plantyper, er *barn og unge* en prioritert målgruppe. I bydelen med høyest gjennomsnittsinntekt blant innbyggerne, men med dårligst bydelsøkonomi, er dette en ny prioritering. Mens i de to andre bydelene har denne gruppa blitt prioritert også i tidligere planer. I alle bydelene er det også et sterkt fokus på *levetårutfordringer*. I bydeler med strategisk plan brukes i begrenset grad begrepet «folkehelse», men folkehelse tema er likevel fremtredende ved at tiltak rettet mot påvirkningsfaktorer i helse-årsakskjeden vektlegges. Dette gjelder særlig i bydel med relativt store levetårutfordringer der planen i større grad tar for seg de grunnleggende påvirkningsfaktorene for folkehelsen, og hvor tiltakene er rettet inn mot faktorer av stor betydning for barn.

Bydelene er ulikt organisert og det gjelder også organisatorisk plassering og innretning av det systematiske folkehelsearbeidet. Når det gjelder *strategisk profil i planprosesser*, avtegner det seg et mønster blant eksempelbydelene der to av bydelene har valgt å gå bort fra folkehelseplan og i stedet har utarbeidet en mer konkret, strategisk plan enn tidligere. Vi ser også at disse bydelene har ingen, eller færre, gjeldende handlingsplaner enn bydelen med folkehelseplan. I bydelen som har revidert tidligere folkehelseplan, er denne forankret i tidligere strategisk plan, men denne er foreløpig ikke revidert.

Om bydelene har folkehelseplan eller ikke, samvarierer med om bydelen har en stilling som folkehelsekoordinator; bydelene med strategisk plan hadde tidligere, men har gått bort fra en slik funksjon, av ulike årsaker. I den ene knyttes bortfallet til mangel på ressurser, i den andre som en del av omlegging der folkehelsearbeidet innveves i linjeorganisasjonen. Stillingen er omdefinert til å omfatte mer avgrensede oppgaver innen folkehelsearbeidet.

Vi har ikke det fulle oversiktsbildet for Oslo som helhet når det gjelder de øvrige bydelenes planverk, men ser at færre bydeler har gjeldende folkehelseplan enn strategisk plan. På bakgrunn av disse funnene er det relevant å spørre om de indikerer en mer generell utvikling mot mer bruk av strategiske planer på bekostning av folkehelseplan og handlingsplaner. Gir det i tilfelle en endring i strategiplanenes form og innhold? Blir de mer målrettede og konkrete enn tidligere?

Kommunen - og dermed bydelene - får stadig mer ansvar og flere oppgaver, samtidig som de gradvis har fått større autonomi i hvordan de utfører og løser oppgaver som staten pålegger dem (Anvik m. fl. 2000, s 258). Samtidig blir oppgavene de blir satt til å løse stadig mer komplekse. Kan behovet for tydeligere, samlet retningsvalg for bydelens arbeid være et svar på at bydelene opplever å skulle håndtere stadig flere og mer sammensatte utfordringer? Strategisk plan ligger over folkehelseplanen i planhierarkiet og kan forventes å gi sterkere føringer for bydelenes arbeid. Er bydelene i seg selv blitt så komplekse organisasjoner med så komplekse oppgaver at man har behov for klarere føringer fra toppen?

I bydelene er de strategiske planene og folkehelseplanen såpass ferske at man i begrenset grad har kunnet høste erfaringer fra virkemåten, i den ene ble strategisk plan ferdigstilt underveis i intervjurunden. Fremover vil det være nyttig å se nærmere på mulige implikasjoner. Hvordan vil ulike planformer og organisering virke inn på utviklingen av det systematiske folkehelsearbeidet? Vil vi, ut fra planformer og organisering, se forskjeller i hvilke påvirkningsfaktorer for folkehelse som vektlegges, og hvilke tiltak som utformes? Det er indikasjoner på at klassiske folkehelse tema som ernæring og fysisk aktivitet får mindre fokus i de strategiske planene, mens dette er tema som i større grad fremmes i bydel hvor man har både folkehelseplan og folkehelsekoordinator.

Hvordan og i hvilken grad vil folkehelse tema håndteres der hvor arbeidet skal integreres i bydelens linjeorganisering, og man ikke har en egen stillingsfunksjon med spesialoppgave å fremme det systematiske folkehelsearbeidet og ikke et eget nettverk på tvers i organisasjonen? Vil det føre til bedre integrering av arbeidet, eller mindre oppmerksomhet? Hvilken betydning vil det i så fall ha for arbeidet rettet mot barn og unge og utjevning av sosial ulikhet i helse? Her ser vi så langt ulike situasjoner i to av bydelene, avhengig av ressurser og institusjonell kapasitet. I en bydel med svak økonomi har man i flere år vært uten folkehelseplan og folkehelsekoordinator og erfaringen er at man mangler en koordinatorfunksjon og en «bevissthetshøyner» for det systematiske folkehelsearbeidet, som har fått mindre oppmerksomhet. I bydelen som nettopp har gått over til å integrere folkehelsearbeidet i linja, kan man derimot dra på langt bedre institusjonell kapasitet og mulighet for å drive kunnskapsutvikling. Det er grunn til å spørre om overgangen her, fra «helse i alt vi gjør» til «alt vi gjør er folkehelse» er fremmet av en form for modningsprosess? Det systematiske folkehelsearbeidet oppfattes muligens som såpass innarbeidet at grunnen er beredt for en sterkere integrering.

Et gjennomgående tema i alle bydelene er viktigheten av å få til solid *forankring* av det systematiske folkehelsearbeidet, både i planprosesser og den daglige virksomheten. Dette henger tett sammen med mulighet for *koordinering*, *samarbeid* og *systematikk* i arbeidet. I forskningslitteraturen omkring organisering av folkehelsefeltet er dette sentrale tema (Fosse, Helgesen, Hagen og Torp, 2018). Man kan si at folkehelsearbeidet preges av et vedvarende spenningsforhold mellom nødvendighet av både å rette seg utover mot store deler av organisasjonen (samt til eksterne instanser som frivilligheten) og å binde og veve sammen kunnskap og informasjon fra en rekke ulike tjenesteområder. I bydelen med egen folkehelsekoordinator og egen folkehelseplan formuleres dette spenningsforholdet klarest. Dette kan tolkes på flere måter, blant annet som uttrykk for at ambisjonen om å tydeliggjøre folkehelsearbeid som folkehelsearbeid er større i denne bydelen enn i de to andre. Det er også her metaforen «eierskap» og betydningen av at alle har en «bevissthet» om folkehelsearbeid brukes mest. Tidligere undersøkelser i kommunene viser at det å ha en folkehelsekoordinator er forbundet med større oppmerksomhet om folkehelseperspektiv gjennom hele organisasjonen (Hagen m fl, 2015). Stillingsprosent er av stor betydning. Studier viser at deltid, som ofte er tilfelle i små kommuner, gir begrenset mulighet for å fylle oppgavene (Helgesen m.fl., 2017; Schou og Hofstad, 2016).

I forlengelsen av dette vil vi fremheve at selve planprosessen i utarbeiding av folkehelseplan og strategisk plan ser ut til å ha en integrerende virkning på organisasjonen som helhet. Det vil naturlig nok avhenge av organisering av prosessen og hvilke aktører som blir involvert og på hvilken måte. I en undersøkelse av tre bydelers erfaring med implementering av folkehelseplanen



for Oslo finner Nilsen (2018)<sup>36</sup> at bydelene opplevde at implementeringsprosessen ga en ny arena «for gathered effort across every sector in the District to reach shared goals. Apparently, such an arena had been almost non-existing before public health became a focus area» (s. 19). Samtidig finner hun at faktorene som i størst grad fremmer implementeringen av planen er de samme som hemmer prosessen; etablering av nettverk, kommunikasjon og organisasjonskultur. Med andre ord; fremtredende faktorer på folkehelsefeltet generelt. Vi har sett at bydelene har ulike forutsetninger og ulike institusjonell kapasitet for det systematiske folkehelsearbeidet. I bydelen med minst kapasitet ser planarbeidet ut til å ha vekket størst entusiasme; det har vært involverende og har møtt det som ser ut til å være et lenge udekket behov for integrasjon på tvers og for oversiktskunnskap som gir begrunnelser for tydelige prioriteringer.

Til sist vil vi fremheve den betydelige sammenhengen mellom institusjonell kapasitet, organisering og mulighet for kunnskapsproduksjon og utviklingsarbeid. En viktig faktor er at man har posisjoner i organisasjonen med nok ressurser og fleksibilitet til å ta initiativ til kunnskapsutvikling. Det kan dreie seg om evaluering av tiltak, om kartlegging og å sette sammen allerede eksisterende data og ikke minst å søke prosjektmidler. Bydelens institusjonelle kapasitet er også avgjørende for i hvilken grad man kan engasjere eksterne FoU-miljø, og i hvilken grad man har kapasitet til å innhente kvalitativ kunnskap. Det gjelder både internt, fra tjenestene, og eksternt fra innbyggerne. Kvantitative data er ofte lettere tilgjengelig gjennom at man i tjenestene har etablerte rutiner for registrering og ved tilfang av eksternt produsert statistikk om befolkningsutvikling og levekår. Bydelen med områdesatsing har, til forskjell fra de to andre eksempelbydelene, en egen utviklingsavdeling som kan produsere data og gjøre analyser ved behov.

Antakelig er kunnskapsproduksjon og prosjekt- og tiltaksutvikling spesielt viktig i det systematiske folkehelsearbeidet rettet mot utjevning av sosial ulikhet blant barn og unge. Mye av det forebyggende arbeidet mot disse gruppene er ikke lovpålagt og derfor økonomisk utsatt, og innhenting av prosjektmidler er en viktig finansieringskilde (det bidrar imidlertid til manglende stabilitet og forutsigbarhet i tilbudene overfor barn og unge). Vi ser at systematisk kunnskapsproduksjon ofte er en forutsetning for å søke prosjektmidler. Dette gir en vekselvirkning der kunnskapsproduksjon genererer prosjektmidler, og der gjennomføring av tiltak igjen genererer ny kunnskap og nye prosjektmidler.

Barn og unge er en gruppe i befolkningen som per definisjon er i en utviklingsprosess. Vi kan anta at sosiale, kulturelle og økonomiske endringer slår raskt ut i denne gruppas levekår og betingelser. I dette bildet, og i et samfunn med høy endringstakt og komplekse utfordringer, vil fortløpende kunnskaps- og utviklingsarbeid være særlig viktig for å møte barn og unges behov og motvirke sosial ulikhet i helse.

---

<sup>36</sup> Denne masteroppgaven er den eneste publikasjonen vi ha funnet som er direkte sammenliknbar med vår undersøkelse ved at den tar for seg deler av det systematiske folkehelsearbeidet i bydeler i Oslo. Nilsen har gjort kvalitative intervju med totalt 12 ansatte og ledere i tre bydeler, der datamaterialet som presenteres i hovedsak består av sitater. Bydelene brukes ikke som case, i den forstand at det ikke benyttes kontekstuelle data eller gis informasjon om karakteristika ved bydelene. Problemstillingen er mer spisset enn i vår undersøkelse ved at Nilsen fokuserer på erfaringer med implementering av selve planen.

## 6 Litteratur

- Anvik, Cecilie Høy, Sandvin, Jonas Tveit; Breimo, Janne Paulsen; Henriksen, Øystein (2000): *Velferdstjenestenes vilkår. Nasjonal politikk og lokale erfaringer*. Universitetsforlaget  
DOI: <https://doi.org/10.18261/9788215034713-2020>
- Artnzen et al. (2019): 29 recommendations to combat social inequalities in health. The Norwegian Council on Social Inequalities in Health. *Scandinavian Journal of Public Health* 47:598-605.
- Dahl, E., Bersgli H. & van der Wel K. (2014): *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dam, Maika Marie Godal (2020): *Generasjon ungdom Om legitimitet, roller, og medvirkning i Lokale ungdomsråd i Oslo*. Praksisrapport skrevet av Universitetet i Bergen, Institutt for sammenliknende politikk 19. januar 2020 - 11. juni 2020. Publisert av SUR (+ lenke)
- Elstad, J.I. (2017): Helseulikhetenes by, i Ljunggren, J.: *Oslo: Ulikhetenes by*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Folkehelseinstituttet (2021): *Oppvekstprofil*. Statistikk hentet fra Kommune helsa statistikkbank. <https://www.fhi.no/hn/folkehelse/folkehelseprofil>
- Folkehelseinstituttet (2018): *Folkehelse rapporten – kortversjon*. Helsetilstanden i Norge 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Hagen, S., Øvergård. K., Helgesen, M.K., Fosse, E., Torp, S. (2018): Health promotion at local level in Norway: The use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups. *International Journal of Health Policy and Management (IJHPM)* (2018, 7(9), 807-817. <https://doi.org/10.15171/IJHPM.2018.22>
- Helsedirektoratet (2010): *Veien til god helse for alle*, rapport IS-1846. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2020): *Systematisk folkehelsearbeid. Veileder til lov og forskrift*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helgesen M., Abebe D., Schou A. (2017): *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk*. Oslo: samarbeidsrapport NIBR/NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus
- Helgesen, M. C., Hofstad H., Risan L.C, Stang, I., Rønningen, G.E., Lorentzen, C., Goth, U.S. (2014): *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, NIBR-rapport 2014:3.
- Hofstad, H. (2018): «Folkehelse – proaktivt grep i PBL 2018, hva er status ti år etter?», kapittel 13 i Hanssen, G.S og Aarsæther, N. (red), *Plan- og bygningsloven – en lov for vår tid?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Hofstad, H. (2019): *Kommunal planlegging som redskap for å redusere sosiale helseforskjeller*. Oslo, OsloMet, NIBR-rapport 2019:6.
- Kommunal- og distriktsdepartementet (2018): *Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) (erstatte kommuneloven 1992)*. Oslo: Kommunal- og distriktsdepartementet.
- Kommunal og moderniseringsdepartementet (2008): *Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)*. LOV-2008-06-27-71. Lovdata.

- Kaarhus, Randi (1999). Intervjuer i samfunnsvitenskapene: Bidrag til en videre metodologisk diskurs. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 99 (1), 33-61
- Nilsen, Heidi Marie (2018) *Identifying facilitators and barriers to local implementation of the Public health Plan for Oslo 2017-2020: A qualitative study*. University of Oslo. The Faculty of Medicine, Department of Health Management and Health Economics. Thesis submitted as a part of the Master of Philosophy Degree in Health Economics, Policy and Management.
- Oslo Kommune, Byråd for finans (2021): *Bydelsfakta (basert på Oslo kommunes statistikkbank, Oslostatistikken)*. <https://bydelsfakta.oslo.kommune.no/>
- Oslo kommune (2017): *Folkehelseplan for Oslo 2017-2020. Helse og trivsel for alle – vårt felles ansvar*. Oslo: Oslo kommune, Helseetaten
- Oslo kommune, Helseetaten (2016): *Oslohelsa. Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene*. Oslo: Oslo kommune, Helseetaten
- Oslo kommune, Helseetaten (2020): *Oslohelsa. Oversikt over påvirkningsfaktorer og helsetilstand i Oslo*. Oslo: Oslo kommune, Helseetaten
- Oslo kommune (udatert brosjyre): *Planer og planarbeid i byrådsavdelingene*. Oslo: Oslo kommune, Byrådsavdeling for finans. Ot.prp. nr 32 (2006-2007): *Om lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) (Plandelen)*, Oslo: Miljødepartementet.
- Sletterød, Niels Arvid; Carlsson, Espen; Kleven, Hanne H., Sivertsen, Håkon (2014): *Ungdom og medvirkning i planlegging og lokalt utviklingsarbeid. Å slippe til og bli sluppet løs er to sider av samme sak*. Rapport 2014:8. Trøndelag forskning og Utvikling AS.
- Aarsæther, N. og Hofstad, H. (2018): «Samfunnsdelen – flaggskipet i pbl-flåten?» kapittel 10 i Hanssen, G.S. og Aarsæther, N. (red) *Plan- og bygningsloven – fungerer loven etter intensjonene?* Oslo: Universitetsforlaget.