

Arild Schou
Brit Lynnebakke

Folkehelse- og integreringspolitikkenes bidrag til å fremme sosial deltagelse og livskvalitet

En analyse av kopleingspunkter mellom
politikkområdene – med eksempler

HSN Høgskolen
i Sørøst-Norge

NIBR
By- og regionforskningsinstituttet

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Folkehelse- og
integreringspolitikkenes bidrag til å
fremme deltagelse og livskvalitet

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2017:3

**Frivillighetens resurser langs
asylsøkerkjeden. En studie av frivillige
organisasjoners innsats under og i
etterkant av de store ankomstene i 2015**

NIBR-rapport 2017:2

**Fortetting og folkehelse – hvilke
folkehelsekonsekvenser har den
kompakte byen**

NIBR-rapport 2014:22

**Samhandlingsreformens effekt på
kommunen som helsefremmende og
sykdomsforebyggende aktør**

NIBR-rapport 2012:5

**‘Derfor blir vi her’ – innvandrere i
Distrikts- Norge**

Publikasjonene
Kan skrives ut fra
<http://www.hioa.no/nibr>

Arild Schou
Brit Lynnebakke

Folkehelse- og integreringspolitikkenes bidrag til å fremme deltagelse og livskvalitet

En analyse av kopleingspunkter mellom politikkområdene
– med eksempler

NIBR-rapport 2017:5

Tittel: Folkehelse- og integreringspolitikken bidrag til å fremme sosial deltagelse og livskvalitet. En analyse av koplingspunkter mellom politikkområdene – med eksempler

Forfatter: Arild Schou og Brit Lynnebakke

NIBR-rapport: 2017:5

ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-8309-169-4 (Trykt)
978-82-8309-170-0 (Elektronisk)

Prosjektnummer: 3613

Prosjektnavn: Integrering og folkehelse

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet

Prosjektleder: Arild Schou

Referat: Både folkehelsepolitikken og integreringspolitikken har fokus på deltagelse og livskvalitet. I denne rapporten foretar vi en analyse av de to politikkområde, både med tanke på å indentifisere berøringspunkter og synergieffekter av å se områdene i sammenheng. Funn i analysen illustreres med eksempler fra kommuner.

Sammendrag: Norsk

Dato: Mai 2017

Antall sider: 129

Utgiver: By- og regionforskningsinstituttet NIBR
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO
Telefon: (+47) 67 23 50 00
E-post: post@nibr.hioa.no
Vår hjemmeside: <http://www.hioa.no/nibr>

Trykk: X-idè
Org. nr. NO 997058925 MVA
© NIBR 2017

Forord

Helsedirektoratet og Integrerings- og mangfolddirektoratet (IMDi) har inngått en samarbeidsavtale hvor formålet er å samordne direktoratenes virkemidler som bidrar til god helse og integrering av innvandrere og etterkommere. I den forbindelse har direktoratene sett et behov for en gjennomgang av de to politikkområdene folkehelse og integrering: de viktigste styringsdokumentene, sentrale virkemidler, gode case, samt rammer og verktøy som legger føringer for hvordan kommunene skal få dette til.

Forfatterne retter en stor takk til informanter som har bidratt med informasjon i forbindelse med utskrivningen av casene i rapporten. En takk går også til oppdragsgiverne for gode innspill og diskusjoner.

Arild Schou har vært prosjektleder og har gjennomført arbeidet sammen med Brit Lynnebakke

Oslo, Juni 2017

Geir Heierstad
Forskningsjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt.....	4
Figuroversikt	5
Sammendrag.....	6
1 Innledning.....	15
1.1 Bakgrunn	15
1.2 Tema og perspektiver	15
1.3 Gangen i rapporten.....	18
2 Sentrale begreper, analytisk verktøy og grunnleggende befolkningsstatistikk.....	19
2.1 Begreper.....	19
2.1.1 Datagrunnlag.....	22
2.2 Befolkningen med innvandrerbakgrunn på kommunalt nivå.....	23
2.2.1 Personer med innvandrerbakgrunn i norske kommuner.....	23
2.2.2 Geografisk fordeling.....	25
2.3 Analytisk rammeverk.....	29
2.3.1 Prinsipper for organisering og styring av et politikkområde.....	29
2.3.2 Virkemiddelbruk i den statlige styringen av kommunen	31
2.3.3 Avveiningen mellom generelle og spesifikke tiltak	32
2.4 Oppsummering	33
3 De overordnede målene for integrerings- og folkehelsepolitikken.....	35
3.1 Integreringspolitikken.....	35
3.1.1 Fokus på å fremme sosial deltakelse og livskvalitet ...	37
3.2 Folkehelsepolitikken.....	40
3.2.1 Fokus på å fremme sosial deltakelse og livskvalitet ...	42

3.3	Felles tiltak innenfor begge politikkområder	45
3.3.1	Gjensidig understøtting mellom politikkområdene på overordnet nivå?	47
3.4	Oppsummering	49
4	Organisatoriske rammer	51
4.1	Oppgavefordeling på folkehelseområdet.....	51
4.2	Oppgavefordeling på integreringsområdet.....	56
4.2.1	IMDis rolle og virkemiddelbruk	59
4.2.2	Fylkesmennene	62
4.2.3	Fylkeskommunen	62
4.2.4	Kommunen som iverksettingsaktør	63
4.2.5	Det strategiske	65
4.2.6	Det sosioøkonomiske.....	66
4.2.7	Det kulturelle	68
4.2.8	Det romlige	70
4.3	Oppsummering	71
5	Styringen av de to politikkområdene	74
5.1	Styringen av folkehelseområdet	75
5.1.1	Koordinerte statlige føringer til kommunene	76
5.1.2	Styringen innad i kommunen	77
5.2	Styringen av integreringsområdet	79
5.2.1	IMDis styring av den kommunale integreringspolitikken	79
5.2.2	Fylkeskommunen som planleggingsaktør.....	80
5.2.3	Kommunale planer og strategier.....	81
5.3	Oppsummering	82
6	Læringspunkter for et optimalt implementeringstrykk	84
6.1	Det strategiske området	84
6.2	Det sosioøkonomiske området.....	88
6.3	Frivillighetsområdet	90
6.4	Det romlige området	91
6.5	Kunnskapshull	93
6.6	Oppsummering	94
7	Relevante eksempler på tiltak som både inkluderer integrering og folkehelse.....	96
	Litteratur	121

Tabelloversikt

Tabell 2.1: . <i>Kommunene med størst andel personer med innvandrerbakgrunn, fordelt på EU etc., Asia, Afrika etc. og totalt. Prosent.</i>	24
---	----

Figuroversikt

Figur 2.1: .. <i>Andel innvandrere og norskfødte med innvandringsbakgrunn i norske kommuner. 2016. Prosent.</i>	26
Figur 2.2: .. <i>Andel innvandrere og norskfødte med innvandringsbakgrunn fra Afrika, Asia i norske kommuner. 2016. Prosent.</i>	27
Figur 2.3: .. <i>Andel innvandrere og norskfødte med innvandringsbakgrunn fra EU, Nord-Amerika etc. i norske kommuner. 2016. Prosent.</i>	28
Figur 4.1: ... <i>Nøkkelaktører på folkehelseområdet, oppgaver og beslutningsmyndighet i forhold til folkehelsearbeid på kommunalt nivå</i>	52
Figur 4.2: .. <i>Nøkkelaktører på integreringsområdet, oppgaver og beslutningsmyndighet i forhold til praksisfeltet i kommunene</i> .	58
Figur 5.1: .. <i>Det systematiske folkehelsearbeidet. Figuren er hentet fra https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/systematisk-folkehelsearbeid.</i>	78

Sammendrag

Arild Schou og Brit Lynnebakke

Folkehelse- og integreringspolitikken bidrag til å fremme sosial deltakelse og livskvalitet. En analyse av koblingspunkter mellom politikkområdene – med eksempler
NIBR-rapport 2017:5

I denne rapporten analyserer vi relevante policy-dokumenter om berøringspunktene mellom de to politikkområdene folkehelse og integrering, med vekt på koblingen mellom deltakelse og livskvalitet. Videre redegjør vi for hvilke styringsvirkemidler som anvendes for å realisere de respektive politikkålene og hvilke nøkkelatører som er med på å implementere policyene. I tillegg diskuterer vi hva slags virkemidler kommunene anvender for å realisere politikkålene. Til slutt presenterer vi et knippe erfaringer på tiltaksnivå (case) som realiserer sentrale målsetninger på både Integrerings- og folkehelseområdet.

Det to politikkområdene er tematisk vidtfavnende.

Folkehelsepolitikken har et påvirkningsperspektiv på helse (også kalt helsefremmingsperspektiv). Dette perspektivet peker mot den brede samfunnsrettede folkehelsepolitikken knyttet til levekår og oppvekst. For å adressere dette kreves det innføring av tiltak i alle sektorer – for å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner og som fremmer felleskap, trygghet og deltakelse.

Integreringspolitikken favner også vidt. Ikke bare favner den integreringsprosesser i ulike deler av livsløpet, men også samfunnsarenaene innvandrere integreres inn i. Den norske integreringspolitikken betrakter integrering på arbeidsmarkedet som en nøkkelarena for integrering. I denne rapporten avgrensner vi oss til sosial integrering, definert som den integreringen som skjer *utenfor* arbeidsmarkedet.

Rapporten baserer seg på sekundærlitteratur – foreliggende policy og styringsdokumenter, forskningsrapporter, evalueringer m.m. I tillegg har vi foretatt intervjuer ansatte for å kvalitetssikre informasjonen som blir presentert i de valgte casene.

Befolkningen med innvandrerbakgrunn på kommunalt nivå

Integrerings- og folkehelseutfordringene i en kommune vil avhenge av flere aspekter ved befolkningen med innvandrerbakgrunn – både andel, områdebakgrunn og årsak til innvandring.

Per 1. januar 2016 var det om lag 848 200 personer bosatt i Norge som enten er innvandrere (698 500) eller norskfødt med to innvandrerforeldre (149 600). Til sammen utgjør disse to gruppene det vi kaller personer med innvandrerbakgrunn og de utgjør 16 prosent av Norges befolkning.

På kommunalt nivå er det stor variasjon i andelen personer med innvandrerbakgrunn. I et fåtall av kommunene (6 stk.) er det ingen innvandrere. Imidlertid har i alt 64 norske kommuner en andel personer med innvandrerbakgrunn på 15 prosent eller høyere. Oslo og Drammen er på topp med henholdsvis 32 og 28 prosent.

Siden innvandringen til Norge skøyt fart fra 1960-tallet og utover har stadig flere kommuner måttet ta høyde for at de har en befolkning som også består av personer med innvandrerbakgrunn. Da arbeidsinnvandrere fra Pakistan og Tyrkia kom på 1960-tallet bosatte de seg i byer – særlig på det sentrale Østlandsområdet, slik som Oslo og Drammen. Dette bildet har endret seg frem til i dag både når det gjelder type innvandring og geografisk utbredelse. I dag er det en innvandrerbefolkning i de aller fleste norske kommuner, og den består både av arbeidsinnvandrere, familieinnvandrere og flyktninger.

Videre er det kommunal variasjon i hvor i verden innvandrerbefolkningen kommer fra. Innvandrerbefolkningen fra Asia og Afrika etc. er for de meste konsentrert i byer, mens innvandrere fra EU/EØS-området etc. er noe mer spredt og befolker i større grad kyst- og landkommuner.

Berøringspunkter på overordnet policynivå

I rapporten argumenterer vi for at politikkområdene folkehelse og integrering har ulikt tematisk fokus på en rekke områder, men at de også har berøringspunkter. Ikke minst gjelder dette det felles tematiske fokuset på deltakelse og livskvalitet. Begge politikkområder har tatt innover seg at isolasjon, inaktivitet og svake sosiale relasjoner henger systematisk sammen med nedsatt helse, livskvalitet og svake koblinger til samfunnet. Og begge områdene har utviklet en virkemiddelportefølje for å motvirke dette. Imidlertid er berøringspunktene i liten grad gjort eksplisitte i de overordnede policydokumentene. Vi har videre observert at folkehelsearbeid har noe større plass i stortingsmeldingene om integreringspolitikken enn omvendt.

I rapporten har vi identifisert til sammen seks felles tiltaksområder der det er berøringspunkter mellom politikkområdene:

1. Tidlig innsats for å redusere frafall fra videregående skole
2. Gratis kjernetid i barnehage
3. Frivillighetens bidrag til folkehelse og integrering
4. Steds- og nærmiljøutvikling/områdeløft
5. Tiltak mot barnefattigdom
6. Tiltak mot alvorlige begrensninger av unges frihet

Organiseringen av ansvaret på de to områdene: likheter og forskjeller

Både integrerings- og folkehelseområdet preges av flernivåstyring der aktører på ulike forvaltningsnivåer har ansvar for å implementere politikken. Flere av disse aktørene har *både* ansvar for integrering og folkehelse. Fylkesmannsembetet, for eksempel, har tilsynsoppgaver på begge områder. På integreringsområdet gjelder dette kommunenes praktisering av introduksjonsloven for nyankomne flyktninger og på folkehelseområdet gjelder det kommunenes plan- og strategiarbeid.

På begge områder har sektordepartementene, henholdsvis Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, det overordnede ansvaret for politikkutforming og iverksetting.

Direktoratene har en rådgiver- og iverksetterrolle i forhold til kommunene.

Helsedirektoratet skal være en faglig rådgiver på folkehelseområdet, iverksette vedtatt politikk og forvalte lover og regelverk. IMDi samarbeider med kommunene om bosetting og kvalifisering av nyankomne flyktninger og om den mer langsiktige integreringen. Direktoratet har også et hovedansvar for iverksetting av introduksjonsloven og Regjeringens handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse.

Et særtegn ved Folkehelseområdet er at Nasjonalt folkehelseinstitutt har i oppgave å overvåke utviklingen av folkehelsen og ivareta rollen som forsknings- og datatilrettelegger for folkehelsearbeidet i kommunen. Dessuten har Fylkeskommunen en definert oppgave på folkehelseområdet som den ikke har på integreringsområdet. Generelt sett har den en planfaglig og politisk rolle blant annet som behandler og understøtter av kommunale planer. Dessuten gir Folkehelseloven Fylkeskommunen et særskilt ansvar for å understøtte kommunenes folkehelsearbeid, ha oversikt over helsetilstanden til befolkningen i sitt fylke og de faktorer som påvirker helsetilstanden.

Det er på det kommunale nivået at organiseringen av de to politikkområdene er mest forskjellig. Kommunens ansvar på folkehelseområdet er å mainstreame folkehelse i den kommunale organisasjonen gjennom oversiktsarbeid og planlegging. Dette er et tverrsektorielt ansvar som kan organiseres på en rekke måter. Det vanligste er at en folkehelsekoordinator er ansvarlig for dette arbeidet. Kommunens ansvar på integreringsområdet er å implementere introduksjonsloven gjennom å tilby et introduksjonsprogram til bosatte flyktninger og familiegjeforente. Det er enten Voksenopplæringen eller NAV som driver dette programmet på vegne av kommunen

Styringen av de to politikkområdene

Føringene på hvordan kommunen skal drive folkehelsearbeid er sterkere på folkehelseområdet enn på integreringsområdet. Og styringen skjer både direkte og via aktører på høyere forvaltningsnivåer. Folkehelseloven definerer et spesifikt ansvar på folkehelseområdet både for kommuner og for statlige aktører på ulike forvaltningsnivåer. Loven definerer også arbeidsdelingen

mellom disse aktørene. Slik sett kan man karakterisere styringen av folkehelseområdet som *lov- og regelstyrt*.

På integreringsområdet forholder det seg annerledes. Norge har ikke *en* integreringslov som styrer både det kortsiktige og langsiktige integreringsarbeidet i kommunen, men en lov for integrering av nyankomne flyktninger. IMDi har spesifikke oppgaver knyttet til understøtting av dette arbeidet, men Fylkeskommunen har ingen særskilte oppgaver på integreringsfeltet. Når det gjelder det langsiktige arbeidet, imidlertid, er de overordnede føringene for hvordan politikken skal implementeres ofte påvirket av sektordepartementenes prioriteringer.

Bortsett fra etableringen av rekke stimuleringsmidler fra ulike etater er det lite New Public Management-styring på de to politikkområdene. Imidlertid legges det opp til brede samstyringsprosesser – tverrsektorielt vertikalt samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer og horisontalt samarbeid på tvers av etater på samme nivå. Samtidig involveres frivillig sektor både som integrerings- og folkehelseagent.

Kommunens særskilte styringsansvar på integreringsområdet er relativt *smalt*: å implementere introduksjonsloven. Mange kommuner er likevel tungt involvert i den langsiktig integreringen av innvandrere. Dette er ikke lovpålagt som en spesifikt kommunalt ansvarsområde, men inngår derimot som et hvilket som helst annet tverrsektorielt politikkområde i kommunen.

På folkehelseområdet, derimot, er kommunens styringsansvar relativt *bredt*. Den er pålagt å utarbeide en oversikt over helsetilstanden til befolkningen i sin kommune og de faktorer som påvirker helsetilstanden. Denne kunnskapen og identifiserte folkehelseutfordringer skal legges til grunn i arbeidet med planstrategi og for fastsetting av mål og strategier i alle sektorer gjennom kommuneplanarbeidet. Kommunen skal også iverksette nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringene og tilrettelegge for medvirkning i planlegging og samarbeid med relevante aktører på kommunalt nivå.

Innenfor begge politikkområder legges det opp til at kommunen i regelen skal bruke universelle virkemidler. Det betraktes som nødvendig med en kombinasjon av universelle ordninger og

målrettede tiltak mot spesielt utsatte grupper – men ikke eksplisitt i forhold til innvandrere. På integreringsområdet anbefales det at integrering som hovedregel også oppnås gjennom tiltak og ordninger som gjelder for hele befolkningen. Men også her er det en åpning for unntak. Etableringen av Den kommunale introduksjonsordningen for nyankomne flyktninger illustrerer dette.

Læringspunkter og kunnskapshull

På bakgrunn av gjennomgangen av policy, styring og virkemiddelbruk har vi identifisert et knippe med læringspunkter.

- 1) De to politikkområde kunne tjene på å bli mer kjent med hverandres politikkmål og virkemiddelbruk, både for å styrke implementeringen innen det enkelte området og for å styrke eventuelle felles tiltak og initiativer. For eksempel kunne det utarbeides et felles policydokument der koblingen mellom områdenes virkemiddelbruk gjøres eksplisitt.
- 2) Fordi helsefremmingsperspektivet fokuserer på bakenforliggende faktorer for god helse og livskvalitet, slik som oppvekst og levekår, har dette perspektiver et stort potensiale for å *forene* politikk- og virkemiddelutformingen på de to områdene. Tiltakene som fremmer helse og høy livskvalitet virker ofte også integrerende. Dette bør gjøres eksplisitt i fremtidige policydokumenter på begge politikkområder.
- 3) Strategi- og planarbeidet bør styrkes på kommunalt nivå ved å mer eksplisitt inkludere begge politikkområder. For eksempel kunne Forskrift om oversikt over folkehelsen revideres slik at innvandrerbakgrunn trekkes inn som en variabel i kartleggingen.
- 4) Det bør vurderes å innføre et statlig pålegg til kommunene om å utarbeide en kommunal handlingsplan for integrering og mangfold.
- 5) Det bør vurderes å ansette en *mangfoldskoordinator* som er strategisk forankret i kommunen. En koordinator kan styrke det systematiske og langsiktige integreringsarbeidet i innvandrerrike kommuner. Alternativt kan kommunene slå

sammen folkehelse og integrering i samme koordinatorstilling.

- 6) I kommuner med spesielle integreringsutfordringer bør det vurderes å etablere tematisk orienterte tverrsektorielle *oppgaveutvalg* som delvis bryter med den tradisjonelle komitéstrukturen.
- 7) Arbeidet for at barnefattigdom ikke skal være et hinder for fullverdig deltakelse sivilsamfunnet bør styrkes. Eksempelvis kunne dette gjøres ved å samfinansiere en pott med øremerkede stimuleringsmidler til kommunene.
- 8) IMDi's rolle i områdesatsninger bør styrkes. Etter mønster fra Helsedirektoratets rolle kan IMDi innta en tydeligere rolle som mainstreamer av integreringstiltak i satsningene.

Kunnskapshull

Virkemiddelbruken på de seks identifiserte tiltaksområdene er omfattende. Imidlertid er det to områder som skiller seg ut som lite belyste både når det gjelder type virkemiddelbruk og omfanget av virkemidler: Tiltak mot barnefattigdom og tiltak mot alvorlig begrensning av unges frihet. Når det gjelder barnefattigdom er det av særlig interesse å undersøke om kommuner ikke bare introduserer kompensasjonsordninger for barnefattigdom, men også (fra et folkehelseståsted) tar tak i bakenforliggende forhold som skaper og opprettholder slik fattigdom.

Når det gjelder tiltak mot alvorlig begrensning av unges frihet, er vårt inntrykk at det eksisterer en rekke planer på feltet, men at det er knyttet usikkerhet til hvilke av tiltakene som er satt ut i livet og hvor mange kommuner som gjennomfører tiltak på dette området. I tillegg har vi inntrykk av at mange tiltak er innrettet mot opplysningsarbeid og mot å oppdage tilfeller av alvorlige begrensninger av unges frihet, men i liten grad mot hvordan slike tilfeller kan forebygges.

Dessuten er det behov for mer systematisk kunnskap om hvordan integrering innlemmes i planarbeidet både i kommuner og fylkeskommuner. Dette gjelder spesielt i hvilken grad og på hvilken måte integrering knyttes til folkehelsemålsetninger generelt og Folkehelselovens bestemmelser om å redusere sosial ulikhet i helse spesielt.

Det er også behov for mer systematisk kunnskap om fylkeskommunens overordnende strategi- og samordningsarbeid på integreringsområdet.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Helsedirektoratet og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) har inngått en samarbeidsavtale hvor formålet er å samordne direktoratenes virkemidler som bidrar til god helse og integrering av innvandrere og etterkommere. I den forbindelse har direktoratene sett et behov for en gjennomgang av de to politikkområdene folkehelse og integrering. Dette innebærer en gjennomgang av de viktigste styringsdokumentene, sentrale virkemidler, gode case, samt rammer og verktøy som legger føringer for hvordan kommunene skal få dette til.

I den foreliggende rapporten foretar By- og regionforskningsinstituttet (NIBR) ved HiOA og Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN) en systematisk gjennomgang av de to områdene der hensikten er å identifisere berøringspunkter og å identifisere synergieffekter av å se integrering og folkehelse i sammenheng på et overordnet policynivå og på kommunenivå. Analysen på policynivået omfatter de viktigste overordnede policydokumentene. Analysen på det kommunale nivået omfatter en analyse av hvordan virkemiddelutformingen på disse områdene bidrar til å understøtte politikkområdene. Her kommer vi også med eksempler som illustrerer den gjensidige understøttingen.

1.2 Tema og perspektiver

Livskvalitet påvirkes i stor grad av bakenforliggende faktorer knyttet til levekår slik som inntekt og utdanning. Men livskvalitet er også positivt korrelert med deltakelse samfunnet. Isolasjon, inaktivitet og dårlige sosiale relasjoner henger systematisk sammen

med nedsatt helse, livskvalitet og svake koblinger til samfunnet. Aktivitet og deltakelse i familienettverk, etnisk gruppe og storsamfunnet bidrar til god helse, høy livskvalitet og inkludering. Både folkehelsepolitikken og integreringspolitikken har tatt dette innover seg ved å fokusere på strukturelle forhold. Begge områdene sikter (også) mot å redusere eller forhindre isolasjon og å legge til rette for deltakelse og økt livskvalitet.

Folkehelsepolitikken fokuserer på samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel. Integreringspolitikken skal på sin side er ment å fremme «anerkjennelse og inkludering i fellesskapet» (NOU 2011: 4). Begge politikkområder fokuserer også på deltakelse. Integreringspolitikken skal bidra til at «alle deltar i storsamfunnet» og folkehelsepolitikken skal hindre sosial marginalisering og utenforskap (St. meld. nr.19 (2014-2015):7)).

Innenfor begge politikkområder trekkes også linjen *mellom* deltakelse og livskvalitet. I Folkehelsemeldingen pekes det på at «sosial utstøting og frafall fra videregående skole bidrar til uhelse» og at «sosial støtte bidrar til å gi en opplevelse av identitet og selvspekt, og mening i tilværelsen» (St. meld. nr.19 (2014-2015):162). Sammenhengen mellom deltakelse og livskvalitet er nylig forskningsmessig dokumentert i rapporten «*Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet...*» (Helsedirektoratet 2015). Rapporten viser at innvandrere, særlig fra Afrika, Asia etc., kommer dårligere ut når det gjelder sosial deltakelse; de oppgir å ha mindre familie- og vennekontakt og deltar sjeldnere i frivillig arbeid og organisasjoner. Rapporten viser også at etterkommere av innvandrere fra Afrika Asia etc. er spesielt tilbøyelig til å være 'hindret i å delta sosialt' på dette området (Ibid s. 58).

Denne rapporten uttyper de to politikkområdenes fokus på deltakelse og livskvalitet. Utgangspunktet er at folkehelsearbeid og integreringsarbeid har viktige berøringspunkter og kan støtte opp under hverandre på feltet sosial deltakelse og livskvalitet og dermed bidra til å nå både folkehelsepolitiske og integreringspolitiske mål. I tillegg illustrerer rapporten berøringspunktene med eksempler på gode modeller og arbeidsmåter. Slik operasjonaliseres disse punktene på en måte som gjør det relevant og praktisk anvendbart i kommunalt strategi- og planarbeid og i arbeidet med å utforme lokale tiltak.

På strategi- og tiltaksnivå trekker politikkområdene ofte i samme retning. Et viktig innsatsområde på folkehelsefelter handler om å *redusere sosiale forskjeller* som bidrar til helseforskjeller, et annet er målrettet innsats for sosial inkludering. Et viktig innsatsområde på integreringsområdet er knyttet til det å skape møteplasser for innvandrere og den øvrige befolkningen, dvs. å fremme deltakelse og trivsel og å avverge utenforskap.

Vi har funnet det hensiktsmessig å operere med et skille mellom integrering på kort og lang sikt. I NOU: 2011:4 om *Bedre integrering* knyttes integrering til hvordan nyankomne innvandrere raskest mulig kan komme inn i yrkes- og samfunnsliv, blant annet gjennom norskopplæring og kvalifisering, og hva dette krever av tilpasning og tilrettelegging de første årene i Norge. Integrering av innvandreres etterkommere betraktes i meldingen som selve lakmustesten på vellykket integrering. I den samme Stortingsmeldingen defineres inkludering som 'den langsiktige utviklingen av livsløpet til innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre – deres deltakelse og tilhørighet til Norge' (NOU 14:11 s. 26). I denne rapporten referer integreringspolitikk både til integrering av nyankomne og lengeboende innvandrere samt norskfødte med innvandrerforeldre. Hovedvekten i rapporten, imidlertid, ligger på langsiktig sosial integrering.

Analysen i rapporten vil bli strukturert rundt følgende forskningsspørsmål.

1. Hva sier de relevante overordnede policy- og styringsdokumentene om berøringspunktene mellom de to politikkområdene, med vekt på koblingen mellom deltakelse og livskvalitet?
2. Hvilke relevante strategi- og styringsredskaper anvendes blant aktørene på ulike forvaltningsnivåer for å nå målene i policydokumentene, og hva slags gjensidig læring for politikkkutforming kan trekkes ut av de to strategiene?
3. Hva slags relevante virkemidler anvender kommuner for å realisere målene innenfor de to politikkområdene?
4. Hva slags case/erfaringer på tiltaksnivå fremmer sentrale målsetninger på integrerings- og folkehelseområdet?

1.3 Gangen i rapporten

Kapittel 2 presenterer de viktigste begrepene på folkehelse- og integreringsområdet samt det analytiske verktøyet for å beskrive organiseringen og styringen av de to politikkområdene. Samtidig gir kapitlet en kort gjennomgang av innvanderandelen i norske kommuner fordelt på områdebakgrunn (dvs. område av verden).

Kapittel 3 er viet presentasjon og analyse av berøringspunktene mellom de to politikkområdene slik det fremstår i overordnede policydokumenter som stortingsmeldinger og tildelingsbrev.

Kapittel 4 gir en oversikt over nøkkelaktører og deres ansvarsområder på de to politikkområdene.

Kapittel 5 presenterer styringsvirkemidlene som anvendes innenfor de to politikkområdene sammen med relevante virkemiddelområder og den spesifikke virkemiddelbruken på ulike forvaltningsnivåer med hovedvekt på kommunen.

Kapittel 6 drøfter hva slags gjensidig læring for kommunal politikktutforming som kan trekkes ut av de to policystrategiene.

Kapittel 7 presenterer eksempler fra ulike forvaltningsnivåer på hvordan både folkehelse- integreringsutfordringer kan adresseres ved hjelp av de samme virkemidlene. Her presenteres eksempler fra ulike deler av Norge.

2 Sentrale begreper, analytisk verktøy og grunnleggende befolkningsstatistikk

2.1 Begreper

Folkehelsearbeid dreier seg om å skape sunne og trygge oppvekstvilkår og å utjevne sosiale helseforskjeller i befolkningen. I henhold til Folkehelseloven er folkehelsearbeid samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel ved å forebygge psykisk og somatisk sykdom skade eller lidelse, beskytte mot helsetrusler; samt arbeide for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (Lov 2011).

Folkehelsearbeid omfatter både det vi kaller helsefremming og forebygging. *Helsefremming* bygger på et påvirkningsperspektiv i forhold til helse; som ikke bare innebærer hvordan den enkelte kan forbygge uhelse, men også hvordan omgivelsesfaktorer på samfunnsnivå (determinanter) har betydning for befolkningens helse.

Rent definisjonsmessig omtaler helsefremming prosessen som setter personer i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse gjennom å utvikle personlige ferdigheter som gjør dem i stand til å ta valg som fremmer helsen (Helsedirektoratet, 2013). Helsefremming som begrep brukes også om politiske prosesser som omfatter endring av sosiale, miljømessige og økonomiske forhold – dvs. helsens determinanter (Helsedirektoratet, 2010).

Helsefremmingspolitikken søker å forebygge sosial marginalisering, utenforskap og manglende deltakelse samfunnet blant grupper der dette er kombinert med levekårsutfordringer knyttet til lav inntekt og lav utdanning.

I oppdragsbeskrivelsen til denne rapporten legges det vekt på å se sammenhengen mellom sosial deltakelse på den ene siden og livskvalitet på den andre:

Livskvalitet innebærer et «helhetsperspektiv på livet til enkeltmennesker og grupper, både på ett tidspunkt og over livsløpet. Det er et normativt begrep som understreker at et godt liv har mange kjennetegn, både av materiell og ikke-materiell art». Hvilke kjennetegn dette er varierer, men blant de mest sentrale finner vi frihet og autonomi, trygghet og mening, helse og livsglede, engasjement, mestring og selvutvikling, samt fravær av unødig lidelse. Disse kjennetegnene representerer mål i seg selv, de er det som 'virkelig betyr noe' og ikke bare midler til andre mål (Helsedirektoratet 2016)

Det bør understrekes at deltakelse er en av flere faktorer som virker positivt inn på livskvalitet. Livskvalitet påvirkes også av bakenforliggende faktorer knyttet til levekår slik som inntekt og utdanning.

Deltakelse forstås i denne rapporten som 'deltakelse i sivilsamfunnet, i sosiale nettverk og sosiale relasjoner' slik det er definert i NOU 2011 om *Bedre integrering* (NOU 2011). Ideen er at slik deltakelse fremmer sosial, politisk og kulturell integrering som i sin tur fremmer høy livskvalitet.

Det at vi i rapporten ser bort fra integrering i arbeidsmarkedet har implikasjoner for hvilke deler av det kommunale integreringsarbeidet vi retter søkelyset mot. Det kommunale introduksjonsprogrammet for nyankomne flyktninger er innrettet mot kvalifisering til arbeid og/eller videre utdanning. Utdanning og kvalifisering av innvandrere er et viktig integreringsvirkemiddel – ikke bare med tanke på fremtidig arbeidsdeltakelse, men også for å forstå det nye samfunnet man er del av og for å bli en aktiv deltaker i et utdanningsløp. Utdanning legger også til rette for medvirkning (politisk og kulturelt), men det å være i et

utdanningsløp tilrettelegger ikke nødvendigvis i seg selv for langsiktig sosial integrering, men peker snarere mot kvalifisering til deltakelse på arbeidsmarkedet. Utdanning vil likevel i noen grad bli behandlet i rapporten fordi det å forhindre frafall fra utdanning både er et integrerings- og folkehelseiltak. Derimot vil ikke kvalifisering til arbeidslivet bli behandlet som et sosial integreringstiltak, selv om deltakelse i arbeidslivet i mange tilfeller bidrar til integrering i samfunnet før øvrig. Derfor vil ikke kvalifisering til videre utdanning få noe særlig oppmerksomhet i rapporten. Det samme gjelder kommunens boligpolitiske virkemidler overfor nyankomne flyktninger. Rask bosetning av flyktninger samt kvaliteten på bolig og dens omgivelser er selvfølgelig relevant for en god start på integreringsprosessen, men fordi rapportens hovedfokus er på langsiktig sosial integrering vil ikke bosetningspolitikken overfor flyktninger bli viet mye plass.

I rapporten forstår vi integrering som 'prosessen det er å bli en akseptert del av samfunnet' (oversatt til norsk fra Penninx & Garcés-Mascareñas 2016:14). Integrering forutsetter at en person både deltar på en viktige samfunnsarenaer og blir akseptert som et fullverdig samfunnsmedlem. I litteraturen er det vanlig å skille mellom strukturell og sosial integrering (Eriksen 2015). Strukturell integrering refererer til 'oppnåelsen av rettigheter og status innenfor nøkkelinstitusjoner/arenaer i mottakerlandet: arbeid, bolig, utdanning, helsetjenester, politiske og statsborgerlige rettigheter' (oversatt til norsk fra Heckmann 2005: 15). Sosial integrering derimot, referer til 'forpliktende, stabile nettverk basert på interaksjon' (Eriksen 2015: 19, oversatt fra engelsk), og dreier seg om blant annet møteplasser, samhandling og vennskap (Eriksen 2010).

I rapporten vil det videre bli referert til *innvandrere* og *norskfødte med innvandrerforeldre*. Med *innvandrere* mener vi personer født i utlandet av utenlandske foreldre som har innvandret til Norge. *Norskfødte med innvandrerforeldre* brukes som benevnelse på personer født i Norge med to foreldre som er innvandrere.

Med *personer med innvandrerbakgrunn* mener vi summen av innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre (ssb.no). I rapporten opererer vi dessuten med to hovedkategorier for innvandreres landbakgrunn.

EU, Nord-Amerika etc. er en forkortelse for EU/EØS, USA, Canada, Australia og New Zealand. Inkluderer også Sveits.

Afrika, Asia etc. er en forkortelse for Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania unntatt Australia og New Zealand og Europa utenom EU/EØS.

Vi vil også referere til ulike typer innvandringsgrunn (IMDi.no):

Arbeidsinnvandrere. En arbeidsinnvandrer er en person som har lovlig opphold i Norge for å jobbe.

Flyktning. En flyktning er en person som har fått asylstatus eller har fått opphold etter FNs flyktningkonvensjon.

Familiejenforening. Familieinnvandring er en fellesbetegnelse på utenlandske personer som får opphold i Norge fordi de enten har familie som bor lovlig i Norge eller er gift med en norsk statsborger.

Utdanningsinnvandring. Personer som har kommet på grunnlag av utdanning eller kulturutveksling.

2.1.1 Datagrunnlag

Rapporten baserer seg hovedsakelig på sekundærlitteratur. Vi har gjort en systematisk analyse av foreliggende policy-, plan- og styringsdokumenter, forskningsrapporter, evalueringer, regjeringens hjemmesider m.m. Vi har også samlet inn statistikk fra SSB.

Når det gjelder informasjonsgrunnlaget for de valgte eksemplene, har vi hatt stor nytte av kommunenes hjemmesider og angjeldende prosjektdokumenter. I tillegg har vi foretatt intervjuer med relevante informanter for å kvalitetssikre informasjonen som blir presentert i de valgte casene.

2.2 Befolkningen med innvandrerbakgrunn på kommunalt nivå

Innretningen på integreringspolitikken i en kommune vil normalt påvirkes av andelen personer med innvandrerbakgrunn og hvilket område av verden de kommer fra. For eksempel vil utfordringene for høyt utdannet arbeidsmigranter være annerledes enn for en flyktning som ikke enda er integrert i arbeidsmarkedet. I noen grad vil dette også gjelde for folkehelsepolitikken, fordi personer med innvandringsbakgrunn kan ha andre helseutfordringer enn befolkningen forøvrig.

2.2.1 Personer med innvandrerbakgrunn i norske kommuner

Per 1. januar 2016 var det om lag 848 200 personer bosatt i Norge som enten var innvandrer (698 500) eller norskfødt med to innvandrerforeldre (149 600). Til sammen utgjør disse to gruppene 16 prosent av Norges befolkning (ssb.no). Noe over halvparten av disse (475 340), 9,1 prosent, kommer fra Afrika, Asia, etc., mens 7,2 prosent kommer fra EU, Nord-Amerika etc. (372 867).

Det er stor variasjon i andelen personer med innvandrerbakgrunn i norske kommuner. I et fåtall av kommunene (6 stk.) er det ingen innvandrere i det helt tatt. Imidlertid har i alt 64 kommuner en andel personer med innvandrerbakgrunn på 15 prosent eller mer. Og av disse er det seks kommuner som har en prosentandel på 25 prosent eller mer. I tabellen under (Tabell 2.1) ser vi at Oslo er den mest innvandrerrike kommunen (32,5 %) etterfulgt av Drammen (27,9 %), Båtsfjord (27,3 %), Gamvik (26,4 %), Lørenskog (26,3 %) og Skedsmo (25,1 %). Oslo og Drammen er de kommunene i Norge med høyest andel innvandre fra Afrika, Asia etc., med andeler på henholdsvis 22,1 og 19,5 prosent. Gamvik og Båtsfjord er de to kommunene med høyest andel innvandrere fra EU, Nord-Amerika etc. (henholdsvis 20,9, og 19,9 %).

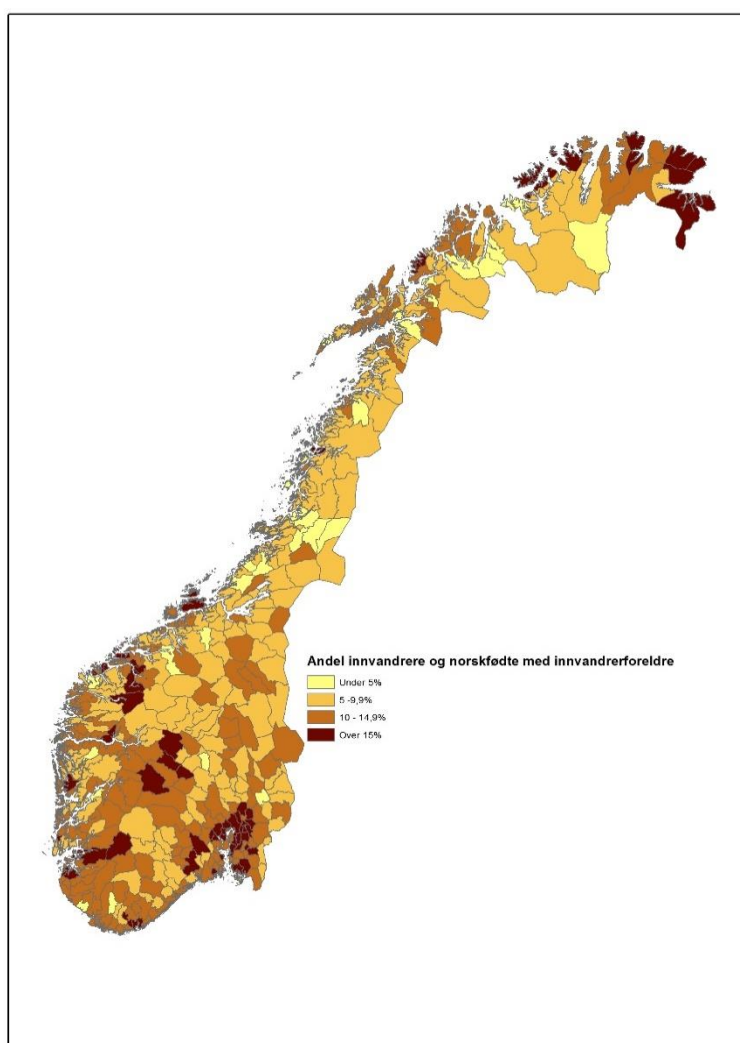
Tabell 2.1: *Kommunene med størst andel personer med innvandrerbakgrunn, fordelt på EU etc., Asia, Afrika etc. og totalt. Prosent.*

Kommuner	EU etc.	Afrika etc.	Total
Norge	7,2	9,1	16,3
Oslo	10,5	22,0	32,5
Drammen	8,3	19,6	27,9
Båtsfjord	19,9	7,4	27,3
Gamvik	20,9	5,5	26,4
Lørenskog	7,8	18,5	26,3
Skedsmo	7,2	17,9	25,1
Hemsedal	18,8	4,9	23,7
Rælingen	7,8	14,7	22,5
Frøya	14,7	4,4	19,1
Stavanger	10,2	11,3	22,1
Ullensaker	9,3	12,4	21,7
Askim	7,1	13,8	20,9
Træna	18,0	4,0	22,0
Ås	10,2	11,4	21,5
Sandnes	10,2	10,9	21,1
Asker	9,7	9,7	19,4
Moss	7,2	12,7	19,9
Bærum	9,8	10,4	20,2
Nedre Eiker	7,8	12,3	20,1
Balestrand	13,1	5,9	19,0
Hitra	14,7	4,4	19,1
Nannestad	10,2	8,0	18,2
Bykle	10,9	7,2	18,1
Vadsø	4,0	14,3	18,3
Hasvik	18,3	0	18,3
Kristiansand	10,9	7,2	18,1
Ski	7,0	10,3	17,3
Sarpsborg	5,9	11,6	17,5
Bergen	7,9	8,9	16,8
Fredrikstad	5,5	10,7	16,2

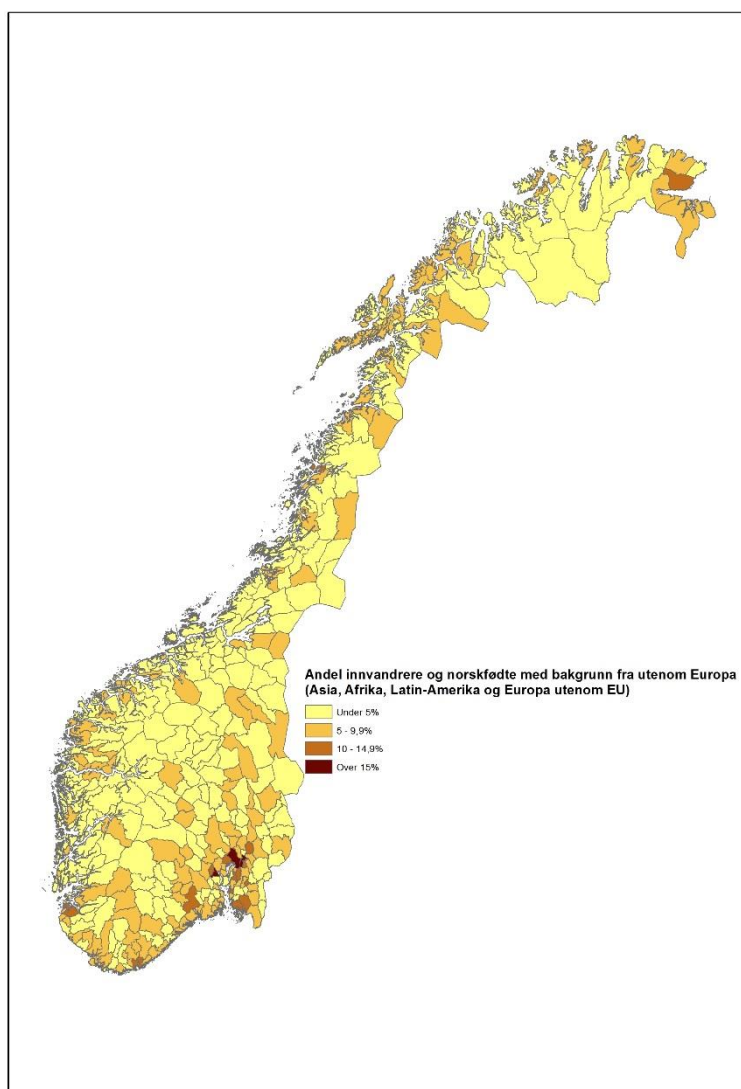
2.2.2 Geografisk fordeling

Innvandringen på 1960-tallet var konsentrert i det sentrale Østlandsområdet. Innvandrerbefolkningen har de senere tiårene, særlig etter arbeidsinnvandringen i etterkant av EU-utvidelsen i 2004 og asylinnvandringen de to siste årene, blitt relativt mer likevektig geografisk fordelt. Som vi ser av kartet (Fig. 2.1 nedenfor) er det fortsatt en konsentrasjon i kommuner på det sentrale Østlandsområdet. Men også kommuner i Rogaland og Finnmark har høy andel personer med innvandrerbakgrunn. Når vi ser på områdebakgrunnen til innvandrerne (Fig. 2.2 og 2.3), får vi et helt annet geografisk fordelingsmønster. La oss først se på fordelingen av innvandrere med bakgrunn fra Afrika, Asia etc. i norske kommuner (Fig. 2.2).

Figur 2.1: *Andel innvandrere og norskfødte med innvandringsbakgrunn i norske kommuner. 2016. Prosent.*



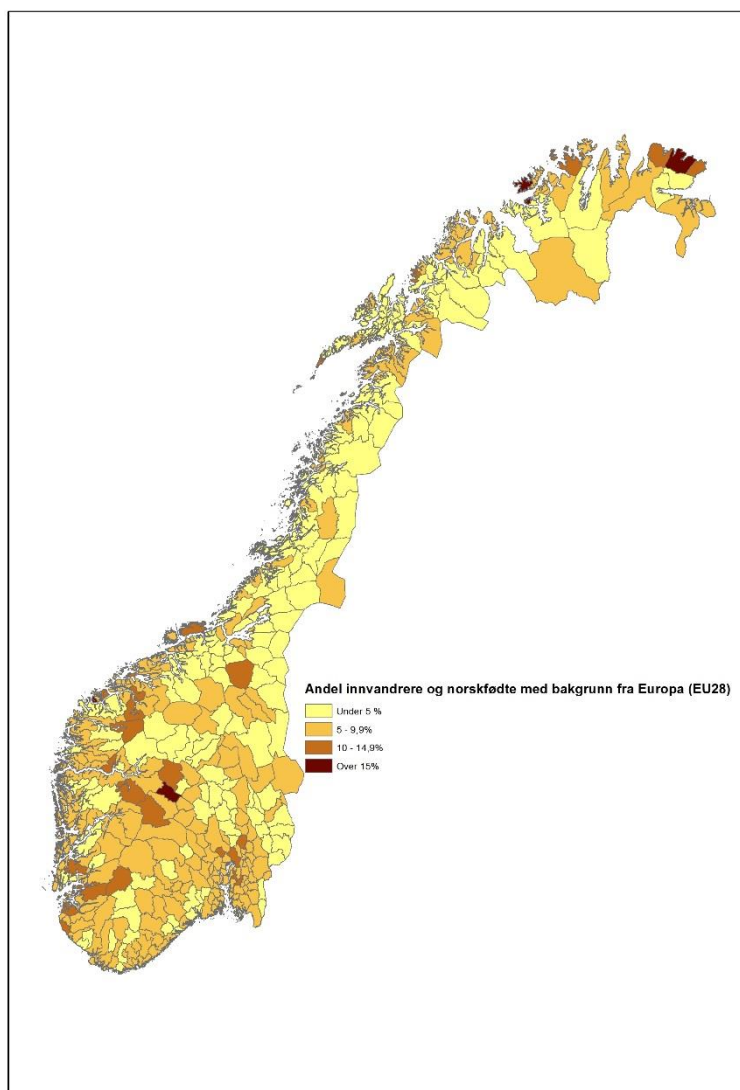
Figur 2.2: *Andel innvandrere og norskfødte med innvandringsbakgrunn fra Afrika, Asia i norske kommuner. 2016. Prosent*



Som vi ser av Figur 2.2 er befolkningen med bakgrunn fra Afrika, Asia etc. i stor grad konsentrert i det sentrale Østlandsområdet, og toppes av Oslo med en andel på 22 prosent og Drammen hakk i hel med en andel på 19,6 prosent. Men også andre områder, særlig byer, har en høy andel. Storbyer som Kristiansand og Stavanger

har begge en prosentandel på 12 prosent. Noen mindre byer har også en høy andel innvandrere fra dette området: Vadsø har 14 prosent og Sandnes 11 prosent.

Figur 2.3: *Andel innvandrere og norskfødte med innvandringsbakgrunn fra EU, Nord-Amerika etc. i norske kommuner. 2016. Prosent.*



Når vi ser på fordelingen av innvandrere med bakgrunn fra EØS, Nord-Amerika etc., fordeler de seg på norske kommuner på en noe annen måte. Kommunene med høy andel finnes hovedsakelig i Sør-Norge, men også i enkeltkommuner i Finnmark. Noen småkommuner skiller seg ut med en ekstraordinær høy andel: Gamvik har en andel på 20 prosent, mens Båtsfjord og Hemsedal kommer hakk i hel med en andel på henholdsvis 18 og 17 prosent.

2.3 Analytisk rammeverk

2.3.1 Prinsipper for organisering og styring av et politikkområde

Innenfor ethvert politikkområde har ulike forvaltningsnivåer sine definerte oppgaver. Det nasjonale nivået vil typisk utforme de overordnede politiske målsetningene, mens andre forvaltningsområder – slik som på det kommunale nivået (kommuner og fylkeskommuner) – har oppgaver knyttet til koordinering, kontroll/tilsyn og tjenesteyting. Den valgte oppgavefordelingen mellom etater og forvaltningsnivåer er, sammen med styringssystemet og styringsvirkemidler, bestemmende for hvordan politikken utformes i praksisfeltet på det kommunale nivået.

Felles for alle aktører er at de er ansvarlige for å iverksette de overordnede målene på et politikkområde. I norsk forvaltning er det en sterk kobling mellom statlige og kommunale organer. Norske kommuner blir i langt større grad enn i mange andre land pålagt ansvar for å iverksette nasjonal politikk, ikke minst på de to angjeldende politikkområdene. På folkehelseområdet, for eksempel, fikk kommunene et økt ansvar i 2012 i forbindelse med innføringen av Folkehelseloven (Lov 2011). På integreringsområdet fikk kommunene i 2004 ansvaret for å etablere et introduksjonsprogram for nyankomne flyktninger som har blitt bosatt i kommunen (Lov 2003).

Slike koblinger mellom forvaltningsnivåene må karakteriseres som typiske eksempler på flernivåstyring, hvor bestemmelser som fattes på ett nivå iverksettes på et annet nivå som ikke inngår i det første nivåets styringshierarki, men har en form for selvstendighet

(Reitan mfl. 2012). For eksempel er norske kommuner pålagt å administrere og utføre en rekke oppgaver på vegne av staten. Flernivåstyring beskriver også en spredning av beslutningstagning over flere nivåer og inneholder både en vertikal og horisontal styringsdimensjon (Fimmereite 2011).

Vertikal koordinering i et flernivåperspektiv dreier seg om sektorbasert samordning mellom forvaltningsnivåer, for eksempel mellom departement og direktorat, eller lokal og sentral statsforvaltning. Den vertikale samordningen mellom nivåer blir skapt som følge av tilsyn, ordregivning, regler, strategier, planlegging og kontrollsystemer som utarbeides av det høyere forvaltningsnivået. *Horisontal koordinering* i et slikt perspektiv refererer til samordning mellom forvaltningsenheter på samme forvaltningsnivå, for eksempel mellom kommunen og et statlig landbrukskontor (Fimmereite 2011). Disse koordineringsformene preger ikke bare samhandlingen mellom forvaltningsnivåer og enheter på sammen nivå, men også innad i organisatoriske enheter. Dette kan for eksempel være horisontal koordinering mellom ulike sektorområder innen kommunen knyttet til helse, samferdsel og miljø. Her skjer samordning ofte gjennom møter, arbeidsgrupper, arbeidsutvalg og liknende. Et annet eksempel er vertikal samhandling mellom rådmann og virksomhetsledere innad i en kommune.

En konsekvens av flernivåstyring er at de tradisjonelle *hierarkiske* organisasjonsformene med relativt klare ansvarsforhold har blitt svekket og at man har fått en spesialisering (vertikal og horisontalt) og fragmentering som følge av introduksjon av *New Public Management* (NPM). Dette har ført til oppsplitting av forvaltningsenheter og økt geografisk kompleksitet i det norske forvaltningssystemet. Samtidig har man fått økte offentlige ambisjoner om å løse komplekse, gjenstridige problemer (engelsk 'wicked problems'), der det er flere sektorovergripende oppgaver som klimatilpasning, folkehelse og integrering som krever horisontal koordinering mellom sektorer på kommunalt nivå. Løsningen av komplekse problemer innenfor slike sektorer krever samordnet innsats i en vertikalt organisert sektorforvaltning. Samordningsbehovet dekkes stadig oftere gjennom tverrsektorielt samarbeid og nettverk – gjerne på tvers av forvaltningsnivåer (Bouckaert 2010).

Samarbeids- og koordineringsutfordringer av denne typen krever () nettverksstyring. I litteraturen er definisjonen av denne styringsformen vid, og det er vanskelig å gi en presis definisjon av begrepet. Røysland og Vabo (2014) har introdusert styringsformen på norsk og kaller det samstyring. De definerer *samstyring* som “den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening” (Ibid., s. 21). Styringsformen erstatter ikke tidligere styringsregimer, men representerer et supplement. Historisk har NPM (på 1980 og 1990-tallet) delvis avløst den hierarkiske modellen, mens samstyring det siste tiåret delvis har avløst NPM (Hartley 2005). Samstyring omfatter både vertikale og horisontale relasjoner. Et vertikalt eksempel er samarbeid mellom aktører og etater på ulike forvaltningsnivåer. Horisontal samstyring refererer til samstyring på samme forvaltningsnivå, for eksempel mellom ulike sektorer innad i en kommune (Røysland og Vabo 2014: 22).

Dette forhindrer ikke at de tre styringsmodellene eksisterer side om side og er i bruk samtidig innenfor en sektor (Osborne 2010). Koordineringsutfordringer dreier seg derfor ikke bare om å forene ulike sektoransvarsområder, men også om å forene ulike styringslogikker (Bouckaert 2010).

2.3.2 Virkemiddelbruk i den statlige styringen av kommunen

Staten bruker en rekke virkemidler i sin styring av kommunene, men det er ingen enkel måte å kombinere disse på. Det finnes særskilte utfordringer innenfor ethvert politikkområde, og virkemidlene har både sterke og svake sider når det gjelder hvordan de bidrar til måloppnåelse. Det er vanlig å skille mellom fire typer statlige styringsvirkemidler (Difi 2015): juridiske, økonomiske, pedagogiske og organisatoriske.

Juridiske virkemidler omfatter lover og forskrifter. Tilsyn og klagebehandling blir i noen tilfeller omtalt som egne styringsvirkemidler, men disse kan best forstås som kontrollmekanismer som skal sørge for at lover og forskrifter blir iverksatt og anvendt på en forskriftsmessig måte.

Økonomiske virkemidler omfatter blant annet overføringer over statsbudsjettet, enten i form av rammebudsjettering eller som

øremerkede (inkludert prosjektbaserte) midler til spesielle formål, rett til å kreve inn skatter, avgifter og å pålegge og kreve inn bøter.

Pedagogiske virkemidler brukes gjerne som en samlebetegnelse for ulike skriftlige publikasjoner (rundskriv, retningslinjer, veiledere, med mer) som ikke i seg selv er juridisk bindende, men som oftest has basis i lover og forskrifter og har som mål å medvirke til at disse blir fulgt.

Organisatoriske virkemidler er lite relevante i drøftingen av statens styring av kommunene siden kommuneloven gir kommunene handlingsrom til selv å bestemme sin egen indre organisering, slik som i den kommunale introduksjonsordningen. Bruk av organisering som virkemiddel har imidlertid vist seg som et aktuelt tiltak når det gjelder å etablere nye samarbeidsformer mellom stat og kommune mer generelt innad i kommuner.

2.3.3 Avveiningen mellom generelle og spesifikke tiltak

Begge politikkområder står overfor en utfordring når det gjelder prioritering mellom målrettede tiltak mot risikogrupper på den ene siden og brede (universelle) tiltak rettet mot hele befolkningen på den andre siden. På folkehelseområdet dreier det seg om hvorvidt man skal innrette tiltakene mot grupper med høy risiko eller om man skal velge universelle tiltak rettet mot hele befolkningen. På integreringsområdet dreier det seg om hvorvidt man skal innrette tiltak mot innvandrere spesielt eller mot befolkningen som sådan. Spesielle tiltak har selvfølgelig en potensielt god effekt på sosial deltakelse og livskvalitet, både for høyrisikogrupper og innvandrere. Det samme gjelder imidlertid de generelle velferdsordninger som er universelle og tilgjengelige og som både gir bedre helse og bedre integrering store deler av befolkningen – og som i tillegg ikke risikerer å være stigmatiserende. På folkehelseområdet blir denne avveiningen gjerne omtalt som ‘forebyggingsparadokset’ (St. meld. nr. 34, 2014:14):

Paradokset innebærer at tiltak rettet mot grupper med lav risiko kan være vel så effektive som tiltak rettet mot grupper med høy risiko. Forklaringen er at målgruppen er stor og at tiltakene derfor vil få virkning for mange. Det sentrale i paradokset er at tiltak som tilsynelatende har beskjeden effekt, men er

rettet mot mange, kan ha langt større effekt enn tiltak som har stor og målbar effekt på individnivå, men som treffer få.

2.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi presentert de viktigste begrepene på folkehelse- og integreringsområdet samt det analytiske verktøyet for å beskrive organiseringen og styringen av de to områdene. Samtidig gir kapitlet en kort gjennomgang av innvandrerbefolkningens andel av befolkningen i norske kommuner fordelt på områdebakgrunn (dvs. område av verden).

Vi har understreket at folkehelsetenkning både har et sykdomsperspektiv og et påvirkningsperspektiv, der det første tar utgangspunkt i sykdommer mens det andre har fokus på bakenforliggende faktorer som påvirker helsen. Det er det sistnevnte perspektivet som blir lagt til grunn i rapporten fordi det også fokuserer på forhold som bidrar til integrering.

Videre har vi fremholdt at vi primært er opptatt av sosial integrering i samfunnet fordi det er en form for integrering som i er direkte koblet til deltakelse og livskvalitet. Dette betyr at vi ser bort fra integrering i arbeidsmarkedet selv om det også her ofte er en (indirekte) kobling til sosial integrering. Deltakelse i arbeidslivet bidrar i mange tilfeller til integrering i samfunnet førøvrig, men ikke nødvendigvis. En person kan være integrert i arbeidsmarkedet men ha en marginalkobling til storsamfunnets nettverk og institusjoner. Dessuten arbeidsmarkedet flyktig. En person kan vanke ut og inn, avhengig konjunkturer og vedkommende sin kompetanse.

Når det gjelder innvandrerbefolkningens bosetting i norske kommuner, har det skjedd store endringer siden 1960-taller hvor Norge erfarte at arbeidsinnvandrere bosatte seg i sentrale strøk på Østlandet. Dette bildet har endret seg frem til dag både når det gjelder geografisk utbredelse og type innvandring. I dag er innvandrerbefolkningen spredt rundt omkring i kommunene, og består både av arbeidsinnvandrere, familieinnvandrere og flyktninger. Videre er innvandrerbefolkningen fra Asia og Afrika etc. for de meste konsentrert i byer, mens innvandrere fra EU

Nord-Amerika ect. er noe mer geografisk spredt og befolker i større grad kyst- og landkommuner.

3 De overordnede målene for integrerings- og folkehelsepolitikken

3.1 Integreringspolitikken

De siste fem årene har Regjeringene utgitt to stortingsmeldinger som definerer de overordnede målene for integreringspolitikken; St. meld nr. 30 (2015-2016) *Fra mottak til arbeidsliv* og St. meld nr. 6. (2012-13) *En helhetlig integreringspolitikk*.

I forhold til tematikken i denne rapporten, som er sosial integrering, legger den nyeste meldingen (St. meld. nr. 30 (2015-2016)) an et noe snevret fokus. Den tar primært for seg hvordan integreringspolitikk bør organiseres slik at flere *nyankomne* med flyktningebakgrunn raskere kommer i arbeid eller utdanning og får en fast tilknytning til arbeidslivet. Den fokuserer på perioden rett etter at en asylsøker/flyktning har ankommet Norge, der perioden i mottak og perioden under og rett etter det kommunale introduksjonsprogrammet står i fokus, dvs. de tre første årene av oppholdet i en kommune. Dette fokuset må sees på bakgrunn av at meldingen ble utarbeidet under og rett etter flyktningkrisen Europa høsten 2015. Meldingen var også skrevet i en kontekst der eventuelle negative utslag av utenforskap og parallellsamfunn kom i fokus i forlengelsen av en rekke terroranslag mot europeiske byer.

Meldingen legger vekt på at integrering er et samspill mellom mange parter. Den enkelte innvandrер skal møtes med krav om å bidra og delta, og det forventes stor innsats fra den enkelte. Samfunnet må samtidig legge til rette for at alle kan bruke sine ressurser i arbeids- og samfunnslivet. Når målet for

integreringspolitikken presiseres, legges det ekstra stor vekt på innvandreres eget bidrag. Regjeringen baserer seg på en forutsetning om 'at mennesker vil bidra. Integreringspolitikken skal legge til rette for dette gjennom incentiver for deltakelse i arbeids- og samfunnsliv' (s. 10). Dette ligner målene for den mer langsiktige integreringspolitikken slik den er utformet Barne- og likestillingsdepartementets (BLD) hjemmeside.¹ Her heter det at 'Hovudmålet for integreringspolitikken er at innvandrere og borna deira skal få bruke ressursane sine og bidra til fellesskapet. Nøklane til integrering i det norske samfunnet ligg i å delta i arbeidslivet og ha gode norskkunnskapar. (BLD. Søk okt. 2016).

Stortingsmeldingen fra 2013, derimot, fokuserer mer på sosial integrering. Dessuten fokuserer meldingen i større grad på at integrering er en toveis prosess mellom innvandrere og majoritetsbefolkningen. Her heter det at 'Integrering er en prosess som omfatter både de som bor her fra før, og de som flytter til landet. Nye innbyggere må tilpasse seg samfunnet de kommer til å ta del i arbeids- og samfunnslivet. De som allerede bor i Norge, må anerkjenne og forholde seg til at befolkningen endres og blir mer mangfoldig. Integreringspolitikken skal bidra til at alle har like muligheter, rettigheter og plikter. Ingen skal bli diskriminert eller stengt ute fordi de har innvandrerbakgrunn' (St. meld. nr. 6 (2012 -2013): 9).

Opprinnelig slo norske myndigheter på 1990-tallet fast at integreringsområdet skulle implementeres ved hjelp av universelle virkemidler (St. meld. nr. 17, (1996-1999)). Integrering av innvandrere skulle som hovedregel oppnås gjennom de tiltak og ordninger som gjaldt for hele befolkningen. Det ble likevel åpnet for at målrettede tiltak kunne tas i bruk der dette var nødvendig for å bringe innvandrere på linje med befolkningen ellers. Innføringen av Introduksjonsordningen for nyankomne innvandrere i 2004 innebar et brudd med dette prinsippet. Senere, i St. meld. nr. 6: (2012 -2013), bemerkes det at også områdesatsning i innvandrertette bydeler i byer også er en kombinasjon av de to tiltaksformene. Når det refereres til områdesatsningene i Oslo bemerkes det at 'når de universelle tiltakene ikke når målene, bidrar en ekstra innsats til å avhjelpe levekårsutfordringer (Ibid. s. 93).

¹ Integreringsområdet ble overført fra Barne- og likestillingsdepartementet til Justis- og beredskapsdepartementet i april 2016.

Det er derfor rimelig å betrakte områdetiltak som måltettet/spesielle integreringstiltak selv om de gjelder universelt i de respektive bydelene (Schou og Fosse 2016).

3.1.1 Fokus på å fremme sosial deltakelse og livskvalitet

Selv om St. meld. nr. 30 (2015-2016) *Fra mottak til arbeidsliv* i liten grad fokuserer på sosial deltakelse, kommer den inn på forhold som faller inn under begrepet livskvalitet, men referer ikke til begrepet slik det er definert ovenfor. Meldingen kommenterer at aksept og trygghet er viktige aspekter ved integrering, men legger vekten på betydningen av *tilbørighet*:

Å oppleve ikke å høre til kan føre til lav grad av tillit og trygghet blant innbyggere. Tilknytning til samfunnet måles som regel etter levekår og grad av deltakelse på ulike samfunnsområder. Men tilknytning til samfunnet har også en følelsesmessig side. Denne dimensjonen berører hvem man selv mener at man er, hvordan man vil uttrykke det og i hvilken grad man blir anerkjent og respektert av samfunnet og menneskene rundt (s. 96).

I denne meldingen knytter også Regjeringen livskvalitet til bakenforliggende determinanter for god helse fordi den fokuserer på *barnefattigdom*. Målet med å forhindre slik fattigdom er å forebygge at fattigdom går i arv, og bedre barns levekår og livskvalitet her og nå. Dette målet er også uttalt i ordningen 'Mål for inkludering av innvandrerbefolkningen' (Kommunal- og regionaldepartementet (KRD). 2005), som er en oppfølging av St. meld. nr. 49 (2003-2004).²

I St. meld. nr. 6 (2012-2013) legges det *både* vekt på at deltakelse og livskvalitet. Her heter det at demokrati og sivilsamfunn skaper trygge felleskap (s. 112) og at diskriminering kan føre til at man ikke føler seg som fullverdige samfunnsmedlemmer (s. 103). Videre legges det vekt på den manglende friheten som er forbundet med å ikke ha anledning til å bestemme over sitt eget liv

² Se også DIFI 2011

og sin egen kropp, noe som blant annet skyldes sanksjoner fra familie, landgruppe eller storsamfunnet (s.105).

Også denne meldingen berører fenomener som faller inn under begrepet livskvalitet, men heller ikke her på en eksplisitt måte. Livskvalitet knyttes delvis til utfordringer med likeverdige tjenester og delvis til diskriminering fra samfunnet forøvrig – og særlig til diskriminering av innvandrere som er homofile og som har ikke-konvensjonelle kjønnsuttrykk. Det påpekes at diskriminering kan ha betydning for selvbildet og selvfølelsen, men begrepet om livskvalitet er ikke trukket inn og heller ikke koblingen til deltakelse (s.112).

Meldingen kommer også inn på at det er tydelige sosiale helseforskjeller i befolkningen og årsakene til dette. Det refereres til ulike påvirkningsfaktorer for helsen slik som levevaner og ulik bruk av helsetjenester, men også på mer grunnleggende faktorer som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som frafall fra utdanning, svak tilknytning til arbeidslivet, og dårlig bomiljø. Innvandrere er overrepresentert i grupper som har lav score på mange av de grunnleggende bakgrunnsfaktorene slik som lav inntekt og utdanning. Det påpekes at innvandreres helseutfordringer i hovedsak må ses i lys av dette, selv om også andre faktorer kan spille inn (Ibid. kap. 5).

Regjeringen legger i denne meldingen opp til å videreutvikle frivillighetssentralene som møteplasser for *lokal frivillighet* og legge til rette for etablering av kulturinstitusjoner og aktiviteter som bidrar til økt inkludering. Videre legger den opp til å sette i verk tiltak for å motvirke kulturelle og religiøse praksiser som kan hindre barn og unge i å delta i ulike aktiviteter på skolen og i fritiden, inkludert *vold i nære relasjoner*. Blant de konkrete virkemidlene som foreslås er en prøveordning med frivillighetskoordinatorer og å videreutvikle frivillighetssentralene som møteplasser for lokal frivillighet.

Meldingen omtaler også helse- og omsorgsfeltet spesielt, inkludert folkehelse. Det slås blant annet fast at innvandrere er overrepresentert i lavinntektsgrupper og har gjennomsnittlig lavere sysselsetting. Helsefremmingspolitikken har som mål å ta tak i dette. Det uttrykkes et behovet for å utjevne helseforskjeller ved å påvirke de bakenforliggende faktorene for god helse. Det nevnes blant annet at:

For å kunne skape grunnlag for bedre helse blant innvandrere er det nødvendig å ta tak i andre grunnleggende forhold i samfunnet som for eksempel økonomi, oppvekstvilkår og arbeids- og bomiljø. Samarbeid på tvers av sektorer er viktig (Ibid s.65).

Det er et mål for det forebyggende helsearbeidet at det retter seg mot 'grupper av befolkningen med særlig risiko- og helseproblemer' (s. 69). Det bemerkes at enkelte innvandrergupper i liten grad benytter seg av tilbud om fysisk aktivitet og involverer seg i mindre grad i idrettslag. Videre betones viktigheten av å fremme psykisk helse og motvirke ensomhet og 'at dette er en viktig del både av folkehelsepolitikken og integreringspolitikken' (s. 87).

På tiltakssiden innen helseområdet løftes prinsippet om likeverdig tilgang på tjenester frem som et viktig mål. Velferdsstatens tjenester skal være tilpasset en mangfoldig befolkning. Meldingen peker også på tiltak rettet mot å løfte innvandrergupper sosioøkonomisk slik som områdeløft i byer. Videre fremhever den tiltak for økt deltakelse av innvandrere i skolefritidsordningen, tiltak for å bedre språkforståelsen blant minoritetspråklige barn i førskolealder. Regjeringen løfter også frem tidlig innsats som en prioritet og vil 'videreføre tilbudet om gratis kjernetid i barnehage som et virkemiddel i områdesatsingen' (s. 64). Tidlig innsats blir også løftet frem i regjeringens Handlingsplan mot radikalisering og voldelig ekstremisme og i Handlingsplan for å fremme likestilling og hindre etnisk diskriminering (Regjeringen 2014 og Regjeringen 2009).

Under temaet oppvekst og familie kommer meldingen inn på relevante temaer, slik som fattigdom blant innvandrerbarn, kontroll og alvorlige begrensninger av unges frihet, og at barn og unge med innvandrerbakgrunn, særlig jenter, i mindre grad enn andre opplever barrierer for deltakelse. Blant annet vil Regjeringen tilrettelegge for at alle barn og unge skal ha muligheten til å delta i organiserte fritidsaktiviteter og at den skal legge frem en handlingsplan som blant annet fokuserer på alvorlige begrensninger av unges frihet (se også NOU 2011:14 om bedre integrering, seksjon 10.1.4).

Det foreslås også å utvikle og styrke ordningen 'Mål for inkludering' som et verktøy for samordning av Regjeringens

politikk. Blant de 37 indikatormålene nevnes det blant annet at helseforskjellene innad i befolkningen som helhet skal reduseres, at innvandreres deltakelse i kommunevalg skal økes, at andelen minoritetsspråklige barn som deltar i barnehager skal økes, at andelen barn og unge med minoritetsspråklig bakgrunn får språkopplæring øker og at frafall i videregående opplæring skal reduseres.

Meldingene kobler ikke ulikhet i helseutfall og målet om å utjevne sosiale helseforskjeller.

3.2 Folkehelsepolitikken

Målet for folkehelsepolitikken i Norge er å redusere for tidlig død, å redusere sosiale helseforskjeller og å skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen (Innledningen til statsbudsjettet 2015). De siste 10 årene har regjeringene utgitt tre stortingsmeldinger som definerer de overordnede målene for folkehelsepolitikken: St. meld. nr.19, (2014-2015) *Om Folkehelsen*; St. meld. nr. 34. (2012–2013). *God helse – felles ansvar* og St.meld. nr. 20. (2006–2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.

Stortingsmeldingen om folkehelsen (St. meld. nr.19, (2014-2015)) løfter frem fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet; prinsippet om å utjevne sosiale helseforskjeller, “helse i alt vi gjør”, bærekraftig utvikling, fore-var-prinsippet og medvirkning.

Utjevne helseforskjeller

Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen. Det er mange faktorer, som for eksempel ulik fordeling av inntekt og utdanning, som bidrar til å skape og opprettholde helseforskjeller. Det innebærer at innsats for å fremme folkehelse bør rettes inn mot bakenforliggende faktorer som påvirker helse og sosiale forskjeller i helse, og for at alle skal ha mulighet til å gjøre sunne valg.³ Folkehelsemeldingen (2014-2015) slår fast at det er nødvendig med en kombinasjon av universelle ordninger og

³ I Regjeringens handlingplan for integrering og inkludering fra 2006 er forebygging av livsstilssykdommer blant personer med innvandrerbakgrunn foreslått som et virkemiddel for å utjevne helseforskjeller (Regjeringen 2006).

målrettede tiltak mot spesielt utsatte grupper – også kalt *differansiert universalisme* (St. meld. nr. 19, (2014-2015): 16).

I seksjon 3.1 (s. 52-53) om utjevning av levekår løftes arbeidet med å redusere økonomiske forskjeller frem som et viktig satsningsområde for å fremme folkehelsen. Arbeid er nøkkelen til sosial inkludering og integrering av innvandrere, heter det, og lav inntekt generelt er et hinder for fullverdig deltakelse i samfunnet. Barnefamilier med lav inntekt er spesielt sårbare for ekskludering og marginalisering. Som meldingen presiserer (s. 32):

Særlig viktig er det å gi barnefamilier en inntektssikring som gir mulighet til å leve et verdig liv, slik at fattigdom i så liten grad som mulig rammer barn, svekker omsorgsevnen til foresatte eller ekskluderer barn og familier fra sosiale fellesskap og bidrar til at sosiale problemer går i arv.

Helse i alt vi gjør

Erkjennelsen av «helse i alt vi gjør» er kjernen i folkehelsearbeidet. En slik bred forståelse av folkehelse bygger på at helse og uhelse først og fremst skapes utenfor helsesektoren. Et helt sentralt punkt i folkehelsepolitikken er derfor å skape samarbeid på tvers – både internt i kommunene, men også ved å trekke inn relevante aktører i lokalsamfunnet (Ibid). I tillegg er folkehelsepolitikken opptatt av å skape det som omtales som "venstreforskyving" av folkehelsearbeidet til de grunnleggende årsakene til helse og uhelse. Dette innebærer en økt vektlegging av materielle og strukturelle påvirkningsfaktorer og mindre vekt på individuelle risikofaktorer og helsetjenestens bidrag til helse (Helsedirektoratet 2010).

Bærekraftig utvikling

En bærekraftig samfunnsutvikling innebærer å tilfredsstille dagens behov uten at det går på bekostning av framtidige generasjoners behov. Brundtlandkommisjonen fra 1987 definerte bærekraftig utvikling som «... en utvikling som imøtekommer behovene til dagens generasjon uten å redusere mulighetene for kommende generasjoner til å dekke sine behov» – såkalt *intergenerasjonell bærekraft*. Bærekraftig utvikling handler således om å tilrettelegge for en samfunnsutvikling som sikrer grunnleggende behov over tid (St. meld. nr. 19, (2014-2015)). Å utjevne helseforskjeller innad i en

generasjon er også en form for bærekraft – såkalt *intragenerasjonell bærekraft*.

Føre-var-prinsippet og medvirkning

Føre-var-prinsippet skal legges til grunn når det fastsettes normer og standarder for godt folkehelsearbeid. Det gjelder både tiltak for å redusere risiko og tiltak for å fremme helse. I mange tilfeller vil det være usikkerhet knyttet til forholdet mellom eksponering og helseeffekt, eller til forholdet mellom tiltak og helseeffekt. Ved fastsetting av normer er det tilstrekkelig at det er sannsynlig at en eksponering eller et tiltak kan medføre fare for helseskade.

Når det gjelder medvirkning i helsefremmende arbeid, brukes ofte begrepet «empowerment» om individers og lokalmiljøers makt til å påvirke beslutninger. Begrepet kan oversettes med bemyndigelse, myndiggjøring, styrking eller mobilisering av egne krefter. Involvering av frivillige organisasjoner er sentralt for å sikre medvirkning i folkehelsearbeidet og kommunen er gjennom Folkehelseloven §4 pålagt å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

3.2.1 Fokus på å fremme sosial deltakelse og livskvalitet

Mens Stortingsmelding 34 (St. medl. nr. 34 (2012-2013)) og Stortingsmelding 19 (St. meld. nr. 19 (2014-2015)) redegjør for den overordnede folkehelsepolitikken har Stortingsmelding 20 (St. meld. nr. 20 (2006-2007)) et spesielt fokus på sosial ulikhet i helse og faktorene som bidrar til dette.

I Stortingsmelding 19 (St. meld. nr. 19 (2014-2015)) refereres det eksplisitt til 'Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen', og det fremholdes at integreringstiltak skal medvirke til at innvandrere raskest mulig bidrar med sine ressurser i samfunnet slik at det ikke utvikler seg et klassedelt samfunn der personer med innvandrerbakgrunn har dårligere levekår og lavere deltakelse enn resten av befolkningen (Regjeringen 2006). Og i Stortingsmelding 20 (St. meld. nr. 20 (2006-2007) s. 44) presiseres det at innvandrere og etterkommere bør få like muligheter som andre i samfunnet. På tiltaks- og virkemiddelsiden refereres det til Oslo Indre Øst-satsningen, en

områdesatsning som blant annet hadde som mål å styrke norskkunnskaper og kompetanse hos personer med minoritetsbakgrunn. Denne satsningen omtales imidlertid ikke som et integreringstiltak (St. meld. nr. 20 (2006-2007) s.73).

Stortingsmelding 19 (St. meld. nr. 19: (2014-2015)) har dessuten et markert fokus på å fremme sosial deltakelse og den helsefremmende effekten deltakelse har/kan ha for økt livskvalitet. Meldingen introduserer fire nye satsingsfelt: i) psykisk helse, ii) fremme av helsevennlig livsstil, iii) tilrettelegging for aktive eldre og iv) satsing på barn og unge.

Psykisk helse skal inkluderes som en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel og de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. For å lykkes med dette, må man løfte blikket utover helse- og omsorgstjenesten og rette oppmerksomheten mot levekår, barnehager, skole- og læringsmiljø, arbeid og arbeidsmiljø, frivillig deltakelse og forhold i nærmiljøet som skaper utenforskap og ensomhet. Det legges vekt på at sosial støtte og sosiale nettverk virker positivt inn på den psykiske helsen. Dessuten annonseres det at det er et mål for Regjeringen «å integrere alle berørte offentlige tjenester i arbeidet mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet og bidra til at tjenestetilbudet er tilpasset en mangfoldig befolkning.» (Ibid s. 34).

Helsevennlige valg. Regjeringen vil gjøre det enklere å velge sunt og legge til rette for at hensynet til liv og helse i større grad skal være et premiss for samfunnsutviklingen. Her refereres det til en rekke tiltak for økt aktivitet og for å hindre passivitet, slik som tilrettelegging av en aktiv hverdag. *Eldrepolitikken* skal videreutvikles, og Regjeringen vil legge fram en samlet strategi for en moderne eldrepolitikk. Formålet er å fremme økt yrkesdeltakelse, aktivitet, helse, trygghet og solidaritet mellom generasjonene (s. 18). *Satsningen på barn og unge* innebærer at denne meldingen skal videreutvikle arbeidet mot barnefattigdom og at en rekke virkemidler vil inngå i en strategi mot slik fattigdom.

På tiltakssiden annonserer Regjeringen i denne meldingen at den vil:

- Styrke kommunenes og fylkeskommunenes arbeid med utsatte barn og unge gjennom 0–24-samarbeidet, inkludert å etablere et program for bedre gjennomføring av videregående opplæring og 0–24-samarbeidet rettet mot utsatte barn og unge (se Difi 2016). Regjeringen støtter seg til Dahl mfl. (2015) sin anbefaling om å redusere sosial ulikhet i bruk av barnehager og tidlig innsats for å redusere frafall fra videregående skole.
- Ta initiativ til en informasjonssatsing sammen med frivillige organisasjoner og mobilisere til samarbeid for å forebygge ensomhet.
- Styrke tilskuddsordninger for å bidra til at alle barn og unge skal ha mulighet til å delta i en organisert fritidsaktivitet.
- Gjennom Frivillighetserklæringen og Møteplass for folkehelse støtte opp under frivillig arbeid for å forebygge ensomhet og bidra til sosial inkludering.
- Ta initiativ til en informasjonssatsing sammen med frivillige organisasjoner og mobilisere til samarbeid for å forebygge ensomhet.
- Styrke tilskuddsordninger for å bidra til at alle barn og unge skal ha mulighet til å delta i en organisert fritidsaktivitet.
- Fremme økt yrkesdeltakelse, aktivitet, helse, trygghet og solidaritet mellom generasjonene. Eldre mennesker som ønsker det, skal få mulighet til å delta lenger i arbeidslivet.

I denne meldingen gjøres det oppmerksom på at utfordringer som gjelder urfolk, nasjonale minoriteter og innvandrere ikke er skilt ut som eget tema, men er trukket inn i omtalen av utfordringer og virkemidler der det er relevant. Det samme gjelder kjønnsforskjeller, likestilling og antidiskriminering generelt. Dette betyr at folkehelsepolitikken, slik den formuleres i denne meldingen, legger opp til at man kan benytte seg av spesielle virkemidler for å redusere sosial ulikhet i helse, men *ikke* på grunnlag av etnisitet i seg selv.

3.3 Felles tiltak innenfor begge politikkområder

Politikkgjennomgangen ovenfor (i 3.2) viser at helsefremmingstenkningen har et stort potensiale for å *forene* politik- og virkemiddel-utformingen på de to områdene. Helsefremmingstiltak fokuserer både på de bakenforliggende faktorene for manglende deltakelse og nedsatt livskvalitet, som er blant de samme faktorene som kan føre til svak integrering.

Selv om de to politikkområdene i disse meldingene har få eksplisitte berøringsområder utover psykisk helse for nyankomne flykninger i kommunen, er det tiltaksområder og enkelttiltak som både må kunne betraktes som integrerende og helsefremmende i den forstand at de bidrar til økt deltakelse i samfunnet og på denne måten bidrar til økt livskvalitet. Det er til sammen seks tiltaksområder som peker seg ut: i) tidlig innsats for å redusere frafall i videregående skole, ii) gratis kjernetid i barnehage, iii) frivillighetens bidrag til folkehelse/integrering, iv) stedsutvikling/områdeløft, v) forhindre barnefattigdom, og vi) tiltak mot alvorlige begrensninger av unges frihet.

Virkemiddelporteføljen er spesielt rikholdig under de fire første tiltaksområdene.

Tidlig innsats for å redusere frafall fra videregående skole

Tidlig innsats for å redusere frafall fra videregående skole er nevnt som et viktig tiltak på begge politikkområder. Barn og unge som opplever levekårsutfordringer, psykososiale vansker, helseutfordringer, en vanskelig hjemmesituasjon og språkutfordringer gjennomfører i mindre grad opplæringen enn andre. Mange som faller fra risikerer varig utstøting ikke bare fra arbeidslivet, men også fra samfunnet som sådan. Dette er et eksempel på et bakenforliggende samfunnsforhold med stor betydning både for helsetilstanden og integrering.

Forebyggingstiltak begynner tidligere i skoleløpet, i noen tilfeller også i grunnskolen, og fordrer assistanse fra helsetjenesten eller annet hjelpeapparat ved behov. Gratis aktivitetsskole, forsterket fagopplæring og forsterket språkopplæring vil inngå i virkemiddelbruken på dette området.

Redusere sosial ulikhet i bruk av barnehager

Gratis kjernetid og forsterket språkopplering er også nevnt. For å øke barnehagedeltakelsen blant minoritetsspråklige barn, er det innført forsøk med 20 timer gratis kjernetid per uke i enkelte områder med høy andel minoritetsspråklige. Målgruppen er alle barn i aldersgruppen fire til fem år bosatt i områdene. Formålet er å forberede barna på skolestart, bedre norskkunnskapene for minoritetsspråklige barn og bidra til sosialisering (St. medl. nr. 34 (2012-2013)). Foruten å øke barnehagedeltakelsen, gir tiltaket også en mulighet til å nå barnas familier med øvrige velferds- og inkluderings tiltak.

Frivillige organisasjoner

Frivillige organisasjoner er viktige aktører både i folkehelse- og integreringsarbeidet. Frivillige organisasjoner har en fleksibilitet og arbeidsform som i mange tilfeller treffer andre mennesker og målgrupper enn offentlige myndigheter er i stand til. Nærkontakt med folk, aktivitet på ettermiddags- og kveldstid, og ikke minst engasjement og interesse fra likesinnede, er den frivillige sektorens styrke. Norske myndigheter gir tilskudd til frivillige organisasjoner for at de skal drive konkret arbeid for å øke innvandreres deltakelse i samfunnslivet (St. meld. nr. 19 (2014-2015)). Deltakelse i slike organisasjon kan forebygge psykiske og fysiske lidelser (St. medl. nr. 34 (2012-2013)).

Stedsutvikling/områdeløft

Områdeløft består av en rekke virkemidler, inkludert gratis kjernetid i barnehage, tiltak i skolen, tiltak for økt deltakelse i nærmiljøet og fritidsaktiviteter, tiltak for at grupper som står langt fra arbeidsmarkedet skal komme i arbeid, samt lokal bolig- og byutvikling og bedre infrastruktur (St. meld. nr. 6 (2012-2013)). Slike tiltak realiserer sentrale mål i både folkehelse- og integreringspolitikken. I områdeløft er det et sentralt mål å bedre levekår og jevne ut sosial forskjeller mellom ulike bydeler. Slike løft realiserer også et sentralt mål i integreringspolitikken om å oppnå deltakelse og inkludering (IMDi 2014: s. 55 og 58). Koblingen mellom de to feltene er også synlig på plan- og tiltakssiden i enkeltkommuner. I Drammen kommunes utkast til inkluderings- og mangfoldsplan, for eksempel, blir områdeplanen Fjell 2020

presentert som et tiltak for å forhindre ‘reproduksjon av sosiale forskjeller’ (Drammen 2015).

Barnefattigdom

Barn og unge skal ha like muligheter. En måte å realisere dette på er å tilrettelegge for at alle barn og unge skal ha mulighet til å delta i organiserte fritidsaktiviteter. Norske myndigheter har etablert ordninger for å subsidiere innvandrerbarn slik at de har mulighet til å delta i slike aktiviteter. Dette representerer også et forebyggende tiltak mot utstøting og psykisk uhelse, og mot sosial ulikhet i helse.

Alvorlige begrensninger av unges frihet

Kontroll og alvorlige begrensninger av unges frihet, som i sin ekstreme form er knyttet til æresrelatert vold og kjønnslemlestelse, er et helseproblem og et alvorlig hinder for integrering, deltakelse og god livskvalitet. Begge politikkområder refererer til dette som et eget satsningsområde på tiltakssiden.⁴

3.3.1 Gjensidig understøtting mellom politikkområdene på overordnet nivå?

Denne gjennomgangen av politikkdokumenter, med hovedvekt på fem stortingsmeldinger, viser at det er få *eksplisitte* berøringspunkter mellom de to politikkområdene på et overordnet politisk og strategisk nivå. Dette gjelder både generelt og for de spesifikke tematiske områdene angående deltakelse og livskvalitet. I de to nyeste meldingene om folkehelse er innvandrerhelse bare summarisk nevnt (mindre enn én side på en sammenhengende måte). Det bunner trolig i folkehelsepolitikken vektlegging av universelle ordninger – og at helseutfordringer blant innvandrere i regelen ikke bør håndteres ved hjelp av spesielle virkemidler.

I Stortingsmelding nr. 34 om den overordnede folkehelsepolitikken (St. medl. nr. 34 (2012-2013)) refereres det til at innvandrere har systematisk lavere score på bestemte helseutfall og sosioøkonomiske bakgrunnsvariabler som fremmer helsen. Likevel har ikke innvandrerhelse, eller strategiske folkehelsesatsninger overfor denne befolkningen, noen sentral

⁴Regjeringen kom i mars 2017 med en handlingsplan mot negative sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse som ikke er referert til i de overnevnte stortingsmeldingene. Se Regjeringen 2017.

plass i denne meldingen. Det samme gjelder innvandrerhelse i et sosialt ulikhetsperspektiv. Utjevning av sosiale helseforskjeller ivaretas best gjennom universelle ordninger kombinert med spesielle tiltak for utsatte grupper. Landbakgrunn, imidlertid, (evt. etnisk bakgrunn) er ikke i seg selv et kriterium for å være utsatt – noe som avspeiler den universalistiske policytilnærmingen på folkehelseområdet. Unntaket på folkehelseområdet er at St. meld. nr. 20 (2006-2007) om å utjevne helseforskjeller refererer til Handlingsplan for integrering og involvering av innvandrerbefolkningen og mål for inkludering (Regjeringen 2006). Her vises det til områdesatsninger som et tiltak for å redusere sosiale helseforskjeller – men det gis ikke en eksplisitt referanse til innvandrergrupper.

Faktisk har folkehelsearbeid større plass i stortingsmeldingene om integreringspolitikken enn omvendt. St. meld. 6. om en helhetlig integreringspolitikk vier et eget kapittel til temaet helse og omsorg (St. meld. nr. 6 (2012-2013)). Her omtales ikke bare at noen sykdommer og lidelser er mer utbredt hos enkelte innvandrergrupper, men også at noen innvandrergrupper scorer høyt på faktorer som er negativt korrelert med god helse, slik som overrepresentasjon i lavinntektsgrupper og lav sysselsetting. Det fremholdes at helsefremmingspolitikken har som mål å ta tak i dette ved å påvirke de bakenforliggende faktorene for uhelse. Dette tas imidlertid ikke videre i form av anbefalinger på tiltakssiden.

Stortingsmelding 30 (2015-2016) om en effektiv integreringspolitikk har mindre fokus på helse og har ingen referanser til de tre stortingsmeldingene om folkehelse. På ett område, imidlertid, uttrykkes det *eksplicit* at det er berøringspunkter mellom folkehelse- og integreringspolitikken: nemlig psykisk helse. Under seksjonen om forbyggende helsetjenester for nyankomne flyktninger i kommunen heter det at:

Tiltak for å fremme psykisk helse og motvirke ensomhet er en viktig del av både folkehelsepolitikken og integreringspolitikken (St. meld nr. 30 (2015-2016): s. 87).

3.4 Oppsummering

I dette kapittelet har vi gått gjennom relevante overordnede policy- og styringsdokumenter og beskrevet berøringspunktene mellom de to politikkområdene, med vekt på koblingen mellom deltakelse og livskvalitet.

Gjennomgangen viser at begge politikkområder har utviklet en virkemiddelportefølje for å fremme deltakelse og livskvalitet. Kommunene har de seneste to tiårene utviklet en rekke tiltak for å fremme deltakelse og livskvalitet. I denne rapporten har vi identifisert seks felles tiltaksområder der det er berøringspunkter mellom de to politikkområdene integrering og folkehelse:

1. Tidlig innsats for å redusere frafall i videregående skole
2. Gratis kjernetid i barnehage
3. Frivillighetens bidrag til folkehelse og integrering
4. Steds- og nærmiljøutvikling/områdeløft
5. Tiltak mot barnefattigdom
6. Tiltak mot alvorlige begrensninger av unges frihet

På denne bakgrunn argumenterer vi for at politikkområdene folkehelse og integrering på en rekke områder har et ulikt tematisk fokus, men at de også har berøringspunkter. Ikke minst gjelder berøringspunktene fokuset på koblingen mellom deltakelse og livskvalitet, men med ett unntak har ikke dette berøringspunktet blir gjort eksplisitt. Kun på feltet psykisk helse er berøringen eksplisitt. Begge politikkområdene fremhever at det å motvirke ensomhet er et viktig tiltak for å forebygge psykisk uhelse.

Begge politikkområder har tatt innover seg at isolasjon, inaktivitet og dårlige sosiale relasjoner henger systematisk sammen med nedsatt helse, livskvalitet og svake koblinger til samfunnet. Og begge områdene har utviklet en virkemiddelportefølje for å motvirke dette.

Vi har videre observert at folkehelsearbeid har en noe større plass i stortingsmeldingene om integreringspolitikk enn omvendt. I Stortingsmelding. nr. 6 (2012-2013) om en helhetlig integreringspolitikk bemerkes det for eksempel at

innvandrergupper scorer høyt på faktorer som er negativt korrelert med god helse, slik som overrepresentasjon i lavinntektsgrupper og lav sysselsetting. I den forbindelse fremholdes det at helsefremmingspolitikken har som mål å ta tak i dette ved å påvirke de bakenforliggende faktorene for uhelse.

Dette illustrerer at helsefremmingsperspektivet har et potensiale for å *forene* politikk- og virkemiddelutformingene på de to områdene. Helsefremmingstiltak fokuserer både på de bakenforliggende faktorene for manglende deltakelse og på nedsatt livskvalitet, som er blant de samme faktorene som kan føre til svakere integrering. Denne koblingen kan gjøres mer eksplisitt i fremtidige policydokumenter.

4 Organisatoriske rammer

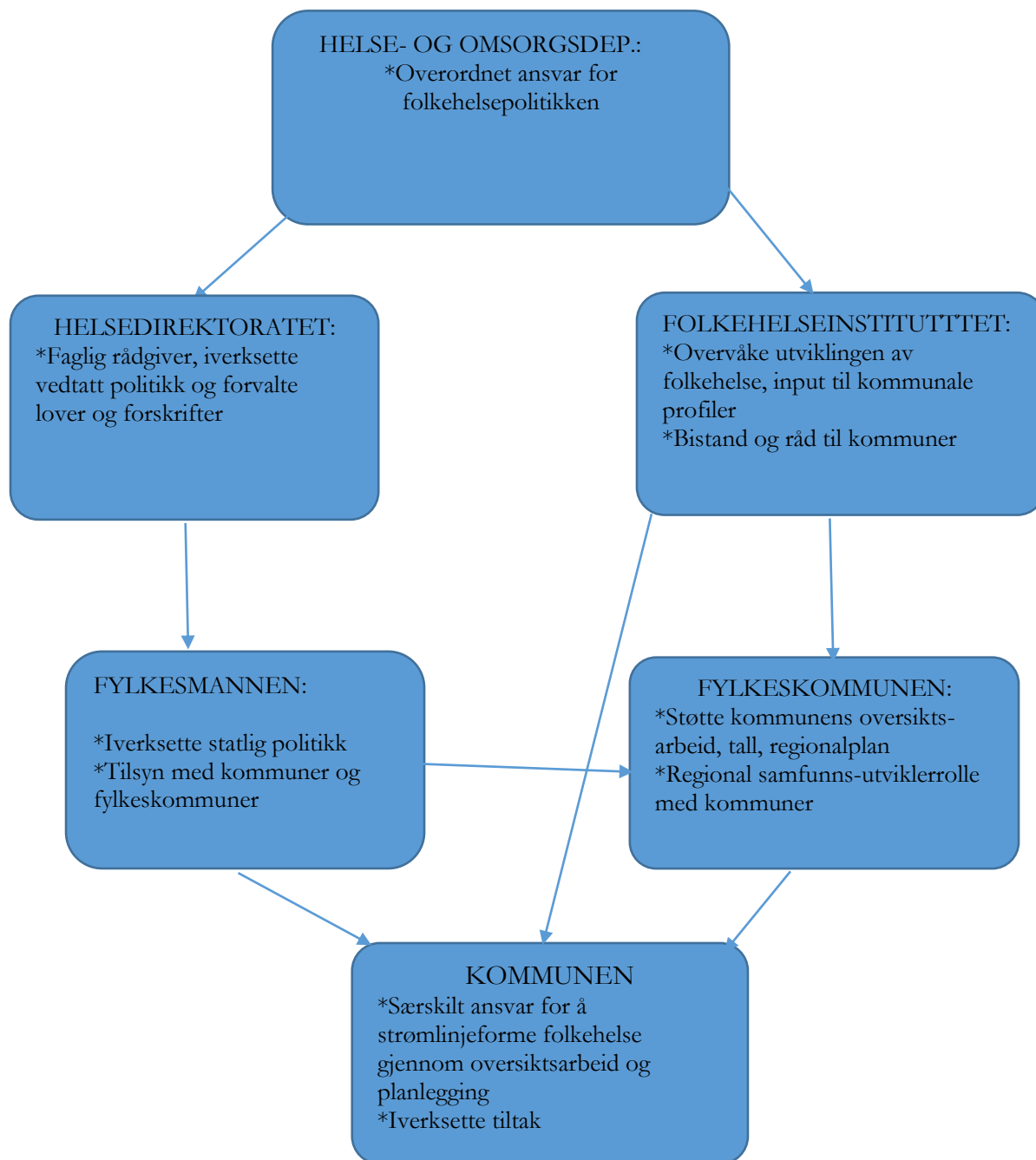
Dette kapitlet gir en oversikt over de mest sentrale aktørene og deres ansvarsområder på de to politikkområdene. Dette innebærer for det første at en rekke statlige og kommunale instanser er utelatt eller bare er summarisk behandlet. For det andre har vi hatt et rendyrket fokus på oppgavene som er relevante for tilrettelegging, kontroll og styring av de to politikkområdene på kommunalt nivå. En rekke andre oppgaver er derfor utelatt i gjennomgangen.

Både integrerings- og folkehelseområdet preges av flernivåstyring som både krysser ulike forvaltningsnivåer og horisontale sektorgrenser. Det kan derfor være et organisatorisk dilemma når det gjelder hvilke og hvor mange aktører som skaper en mest hensiktsmessig organisering og hvilken samordning som underbygger en helhetlig implementering av politikken på kommunalt nivå. Jo flere aktører, jo mer krevende er det å skape synergier mellom de to politikkområdene.

4.1 Oppgavefordeling på folkehelseområdet

Nøkkelaktørene på folkehelseområdet er Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Fylkesmannen på den statlige siden, og fylkeskommuner og kommuner på den kommunale siden. I tillegg har Folkehelseinstituttet en rolle som forsknings- og datatilrettelegger for folkehelsearbeidet i kommunen. Se Fig 4.1 nedenfor.

Figur 4.1: *Nøkkelaktører på folkehelseområdet, oppgaver og beslutningsmyndighet i forhold til folkehelsearbeid på kommunalt nivå*



Alle statlige myndigheter skal i sin virksomhet vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant. Stortinget forutsatte i Innstilling 423 L (2010-2011), 2011 at statlige myndigheter skal velge en tilsvarende arbeidsform som er pålagt kommunene gjennom folkehelsepolitikken (St. medl. nr. 34 (2012-2013)).

Likevel peker noen aktører seg ut som mer viktige enn andre. *Helsedirektoratet* skal være en faglig rådgiver, iverksette vedtatt politikk og forvalte lover og regelverk innenfor folkehelseområdet – noe som blant annet innebærer å utvikle nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid (§ 24). *Nasjonalt folkehelseinstitutt* har i oppgave å overvåke utviklingen av folkehelsen og å drive forskning. Folkehelseinstituttet skal gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer som grunnlag for kommunenes oversikter. Dette innebærer at det hvert år utarbeides folkehelseprofiler for hver enkelt kommune og fylkeskommune. Videre drifter Folkehelseinstituttet Kommunehelsa statistikkbank (§ 25). Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet arbeider med å utvikle verktøy og metoder for implementering av Folkehelseloven.

Fylkesmannens fag- og tilsynsrolle

Fylkesmannen skal medvirke til å gjennomføre statlige satsinger på folkehelseområdet (§ 23). Det brede folkehelsearbeidet skal sikre en bærekraftig samfunnsutvikling, og planlegging blir derfor et sentralt virkemiddel. Gjennom råd og veiledning til kommuner og andre aktører skal Fylkesmannen være med på å sikre at folkehelse inngår i kommunale, regionale og statlige planer. Fylkesmannen skal bidra til forpliktende samhandling mellom aktørene.

Fylkesmannen kan føre tilsyn med at kommunene og fylkeskommunene oppfyller sine plikter på folkehelseområdet. (Fylkesmannen 2016).

Fylkeskommunens strategiske rolle

Kommunene har en lang tradisjon for å samarbeide med fylkeskommunene på folkehelseområdet. Ifølge Folkehelseloven har fylkeskommunene et særskilt ansvar for å understøtte kommunenes folkehelsearbeid. Dessuten skal fylkeskommunen ha oversikt over helsetilstanden til befolkningen i sitt fylke og de

faktorene som påvirker helsetilstanden (§ 20 og 21). Dessuten skal fylkeskommunen i dette arbeidet gjøre oppmerksom på trekk som opprettholder sosiale helseforskjeller (Lov 2011). En undersøkelse fra 2014 viser at fylkeskommunene har kommet et stykke på vei i det regionale oversiktsarbeidet. I alt åtte av ti fylkeskommuner har utarbeidet en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (Riksrevisjonen 2014: 57). Samtidig skal fylkeskommunen bidra til regional utvikling, blant annet gjennom å lage en regional planstrategi og regionplan (Helgesen og Hofstad, 2012). Fylkeskommuner har ansvar for regional samfunnsutvikling, og denne rollen innebærer å skape en helhetlig og ønsket utvikling i egen region (St. meld. nr. 22 (2015-2016)). Hofstad og Hanssen (2015) peker på at fylkeskommunens regionale samfunnsutviklerrolle består av tre dimensjoner:

- Gi strategisk retning til samfunnsutvikling
- Mobilisere privat sektor, kulturliv og lokalsamfunn
- Samordne og koordinere offentlig innsats og virkemiddelbruk

Å gi strategisk retning til samfunnsutviklingen innebærer blant annet å skape en samlet og akseptert forståelse av hovedutfordringene en region står overfor. Det innebærer også å etablere felles mål, samt å gjennomføre prioriteringer knyttet til strategisk retning for utviklingen. Dette skal skje ut fra regionale og lokale forhold. I mobiliseringen skal blant annet planprosesser brukes som et virkemiddel, for eksempel for å skape møteplasser og etablere nettverk og partnerskap der aktører som kontrollerer ressurser kan samles.

Planprosesser kan benyttes som et samordnende virkemiddel. Det regionale nivået er bindeledd mellom forvaltningsnivåer og det kan bidra til å avklare eventuelle målkonflikter mellom sektorpolitikk (Hofstad og Hanssen, 2015). Staten legger føringer på fylkeskommuner og kommuner gjennom en sektorisert politikk med sine respektive særlover som er med på å styre kommunens tjenesteproduksjonen. Det er en utfordring å føre den sektoriserte politikken sammen til en helhet på kommunalt nivå (Hofstad mfl. 2015). Styringsignalene som gis i Folkehelseloven og tilhørende reguleringer samt fylkeskommunenes rolle som samordner, kan gi

legitimitet til kommunenes oversettelsesarbeid (Helsedirektoratet, 2014:125).

Å skape legitimitet vil også kreve samarbeid på kommunalt nivå og mange lover har bestemmelser om at det skal foregå samarbeid, for eksempel opplysningsplikt, for å yte gode tjenester til innbyggerne. Samarbeid er likevel utfordrende (Schou mfl. 2014, Riksrevisjonen, 2015).

Andre virksomhetsområder i Fylkeskommunen, som for eksempel samfunnsutvikling og politikk for å fremme næringsvirksomhet, er mindre regulerte men har likevel stor betydning for hvordan folkehelsen kan utvikles. Alle virksomhetsområdene kan knyttes sammen til helhetlig politikk i kommunenes arbeid med planlegging (Hofstad, 2011), og Plan- og bygningsloven er en sentral lov i folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2016).

Kommunen som iverksettingsaktør

Kommuner skal fremme helse innen de oppgaver og med de virkemidler de er tillagt. Et *systematisk folkehelsearbeid* innebærer at kommuner og fylkeskommuner skal ha oversikt over helsetilstanden til befolkningen i sin kommune og hvilke faktorer som påvirker helsetilstanden. Denne kunnskapen og identifiserte folkehelseutfordringer skal legges til grunn i arbeidet med planstrategi og som grunnlag for fastsetting av mål og strategier gjennom kommuneplanarbeidet. Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringene samt tilrettelegge for planleggingsmedvirkning og samarbeid med frivillig sektor (Lov 2011, kap. 2).

I en egen forskrift om oversiktsarbeidet blir kommunen pålagt å lage et oversiktsdokument hvert fjerde år som omfatter opplysninger om befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helsereelatert atferd og helsetilstand. Videre skal kommunen i dette arbeidet gjøre oppmerksom på trekk som opprettholder sosiale helseforskjeller. Forskriften krever også at dersom det er grunn til å anta at det foreligger spesielle helseutfordringer for den samiske befolkningen, skal disse vurderes. Utover dette berøres *ikke* etnisitet, og dermed ikke innvandrerbefolkningen direkte (Lov 2011 og Forskrift 2012) Helgesen og Hofstad fant i 2012 at psykisk helse og rus ble

oppfattet som de to områdene der flest kommuner opplevde at de hadde folkehelseutfordringer. Schou mfl. fant i 2014 at det var like i underkant av 44 prosent (av 309) av kommunene som hadde utviklet konkrete forebyggende tiltak som oppfølging av samhandlingsreformen på det psykisk helsefeltet. De fant også at oppvekstforhold og levekårsforhold er viktige prioriterte områder i kommunalt folkehelsearbeid (Helgesen og Hofstad 2012).

Riksrevisjonen fant i 2015 at psykisk helse oppfattes som den største utfordringen for folkehelsen i kommunene, mens levekår og sosial ulikhet kommer på andreplass. På begge områdene vises det til at det var utviklet forholdsvis få tiltak (Riksrevisjonen 2015). I stor grad var dette mønsteret det samme da det i 2014 ble spurt om hvilke enheter som deltar i tverrsektorielt samarbeid om folkehelse. Forskjellen var at skoler plasserte seg som nummer to og at kultur også kom noe høyere opp som deltaker (Schou mfl. 2014).

Det har vært en god utvikling i antall kommuner som oppgir at de lager oversikter over positive og negative faktorer som påvirker helsen, fra om lag 18 prosent i 2011 til 38 prosent i 2014, samt at hele 48 prosent mente i 2014 at dette arbeidet var påbegynt. Det var imidlertid ikke mange som oppga at de benyttet denne oversikten som grunnlag for prioriteringer i planer og i politiske beslutninger hverken generelt eller på folkehelseområdet spesielt (Schou mfl. 2014: 41-43).

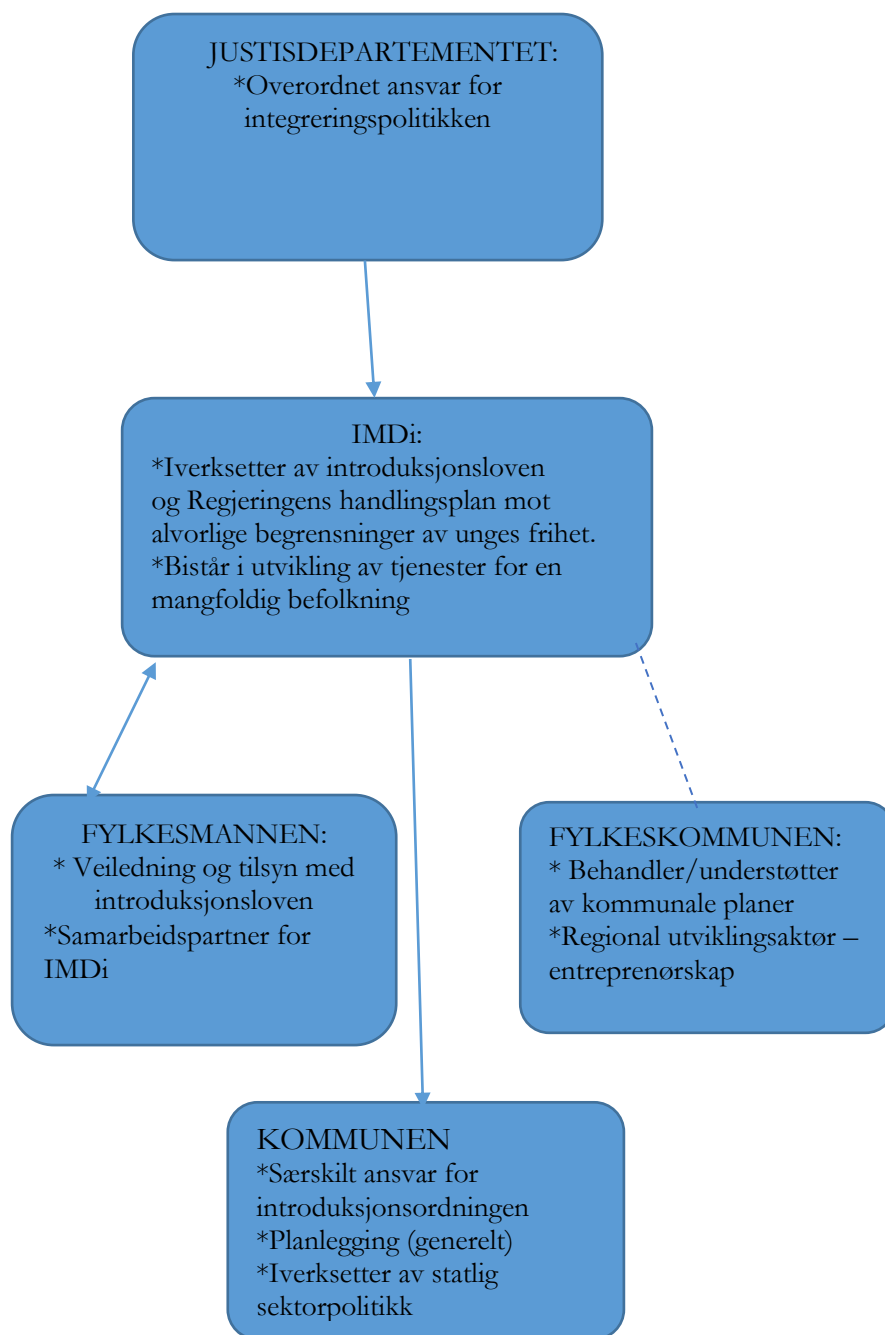
Vi vet at forskjellige enheter deltar i tverrsektorielt arbeid, men vi vet likevel ikke hvilken kompetanse kommunene har knyttet til arbeidet med barn og unges psykiske helse og trivsel. Schou mfl. (2014) fant at 85 prosent av kommunene har en folkehelsekoordinator, men at det er uklart hvilken rolle vedkommende faktisk spiller med hensyn til oversiktsarbeidet og bruk av oversiktsarbeidet som grunnlag for planarbeid og politiske beslutninger.

4.2 Oppgavefordeling på integreringsområdet

Det er noe færre nøkkelaktørene på integreringsområdet (en aktor mindre). På overordnet nasjonalt nivå har Justis- og beredskapsdepartementet både et særskilt ansvar og et samordningsansvar for integreringspolitikken overfor personer

med innvandrerbakgrunn. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) skal bidra å *iverksette* denne politikken i norske kommuner, og har et særlig ansvar for oppfølging av Introduksjonsordningen for nyankomne innvandrere. I tillegg har Fylkesmannen, fylkeskommuner og kommuner viktige integreringsoppgaver på kommunalt nivå. I figuren nedenfor, Figur 2.2, vises en oversikt over nøkkelaktørene på dette området.

Figur 4.2: *Nøkkelaktører på integreringsområdet, oppgaver og beslutningsmyndighet i forhold til praksisfeltet i kommunene*



4.2.1 IMDi rolle og virkemiddelbruk

IMDi ble opprettet 1. januar 2006 for å være et kompetansesenter og en pådriver for integrering og mangfold.) Direktoratet samarbeider med innvandrersorganisasjoner-/grupper, kommuner, statlige etater og privat sektor. Da IMDi ble opprettet, ble direktoratet underlagt Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD), men fra 1. april 2016 ble ansvaret for integreringssaker overført til Justis- og beredskapsdepartementet (JBD), som dermed fikk det overordnede ansvaret for forvaltningen av integreringspolitikken overfor personer med innvandrerbakgrunn. Samtidig fikk JBD etatsstyringsansvaret for IMDi. I henhold til IMDi årsrapport fra 2015 er direktoratets oppgaver å (IMDi 2015a):

- Samarbeide med kommuner om bosetting, norskopplæring og grunnleggende kvalifisering av flyktninger og deres familiegjenforente
- Følge opp introduksjonsloven og forvalte viktige økonomiske virkemidler innenfor integrerings- og mangfoldsarbeidet
- Være en nasjonal fagmyndighet for tolking i offentlig sektor (NOU 2014:8)
- Følge opp tiltak i Regjeringens Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse
- Være en pådriver for offentlige tjenester som er tilpasset mangfoldet i befolkningen
- Framskaffe kunnskap om integrering og gi innspill til politikkutvikling

IMDi ansvar for og samarbeid med kommuner

IMDi samarbeider med kommunene om bosetting og kvalifisering av nyankomne flyktninger og om den mer langsiktige integreringen. Blant annet anmoder IMDi landets kommuner om å bosette flyktninger, og arbeider for at kommunene skal ha

langsiktige planer for bosetting og integrering av flyktninger. Mer spesifikt skal IMDi tilby kommunene:

- Kompetente økonomiske tilskudd til bosetting og
- kvalifisering
- Bistand til effektivt, regelmessig og varig
- bosettingsarbeid
- Målrettet oppfølging av kvalifiseringsarbeid

1) Bistå kommunene i samfunnsplanlegging og utvikling av tjenester og forvaltning for en mangfoldig befolkning. På dette feltet skal direktoratet tilby:

- Målrettet oppfølging av kommuner med stor innvandrерandel i befolkningen gjennom samarbeidsavtaler forankret i kommunens toppledelse
- Mulighet for å utvikle kompetanse på tilrettelegging av likeverdige kommunale tjenester overfor en mangfoldig befolkning
- Råd og veiledning og mulighet for å utvikle kompetanse på å forebygge tvangsekteskap og kjønnslemlestelse

2) Som kompetansesenter skal IMDi også drive med kunnskapsformidling og rådgiving overfor kommuner og andre aktører på integreringsområdet.

IMDi samarbeider med andre sektormyndigheter og samarbeidspartnere, avhengig av oppdrag fra overordnet departement. For eksempel har IMDi et tett samarbeid både med Utenriksdepartementet og Politidirektoratet i arbeidet mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. Videre samarbeider direktoratet med Utdanningsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (BUFDIR) og Helsedirektoratet om utsatte barn og unge under 24 år (BLD 2016, Difi 2016). IMDi deltar også på samarbeidsarenaene i fylker og regioner, ikke minst innenfor feltet samfunnsplanlegging. Dessuten deltar direktoratet på regionale

arenaer i regi av Kommunesektorens organisasjon (KS), fylkesmannsembetene og fylkeskommunene (IMDi, 2012:9).

I 2016 var bosetning av flyktninger en hovedprioritet for IMDi, men et viktig delmål også bidra til å innvandrere deltar i demokrati og samfunnsniv (BLD 2016). I denne sammenhengen er det verdt å merke seg at IMDi har inngått samarbeidsavtaler med flere landsdekkende frivillige organisasjoner med sikte på integreringsarbeid i kommunene (IMDi, 2014).

Generelt sett er involvering av frivillig sektor i integreringsarbeidet et av IMDis oppgaveområder. Forvaltning av tilskuddsordninger for frivillige organisasjoner er et sentralt virkemiddel på dette området. Direktoratet forvalter tilskuddsmidler til innvandrersorganisasjoner og annen frivillig virksomhet (kap. 496, Post 71). I 2017 forvalter IMDi 85,46 mill. kroner over denne tilskuddsposten, fordelt på seks tilskuddsordninger. Det er definert egne målsetninger for hver av tilskuddsordningene i Prop. 1 S (2016–2017) fra Justis- og beredskapsdepartementet. Foruten én tilskuddsordning som kom i 2016, har de andre fem tilskuddsordningene eksistert i flere år.

De seks tilskuddsordningene er:

- Lokale innvandrersorganisasjoner og frivillig virksomhet i lokalsamfunn
- Nasjonale ressursmiljøer på integreringsområdet
- Holdningsskapende/forebyggende arbeid mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlig begrensning av unges frihet
- Informasjons- og veiledningstiltak rettet mot innvandrere
- Integreringsprosjekter i asylmottak i regi av frivillige organisasjoner
- Innsats for særlig utsatte innvandreregrupper

For 2017 er det dessuten satt av 39.9 millioner som IMDi forvalter som et tilskudd til forsøk knyttet til gratis kjernetid i barnehage, aktiviteter for foreldre og rekruttering av barn til barnehage (BLD 2017: 12-13).

4.2.2 Fylkesmennene

Fylkesmennene er en sentral samarbeidspartner for IMDi. Embetet har, som statens representant, veilednings- og tilsynsoppgaver på integreringsområdet. Oppgavene er nedfelt i fylkesmennenes embetsoppdrag. Det er innført tilsyn med hvordan kommunene oppfyller sine plikter iht. introduksjonsloven og hvordan de behandler klager. Embetet har også koordineringsoppgaver. Som statens fremste representant i fylkene er fylkesmannsembetet det eneste regionale organet med en egen fullmakt til og å ta samordningsinitiativ overfor andre statlige etater på samme nivå.

4.2.3 Fylkeskommunen

Fylkeskommunene har ikke hatt noe særskilt ansvar for integrering av innvandrere, men har en planfaglig og planpolitisk rolle bl.a. som veileder for kommunene, som regional utviklingsaktør som ansvarlig for planforum og som behandler og understøtter av kommunale planer. Et unntak er Agderfylkene, som har hatt et spesielt fokus på integrering gjennom sin regionale plan for likestilling, inkludering og mangfold 2015- 2027. Planen inkluderer også referanser til forholdet mellom levekår og helse (psykisk helse) og helsefremmende tiltak for å løfte marginale grupper, men refererer ikke eksplisitt til folkehelsebegrepet (Regionplan Agder 2015). I planens strategiske notat om folkehelse er imidlertid etnisitet eksplisitt inkludert som et kriterium for å utjevne helseforskjeller. Her presiseres det at 'helseforskjeller må bekjempes i forhold til sosio-økonomi, kjønn, etnisitet, funksjonsnivå og seksuell legning' (Regionplan Agder 2015b: 7).

Dessuten har flere fylkeskommuner har et omfattende samarbeid med frivillig sektor både om integrering og folkehelsearbeid. Buskerud fylkeskommune har for eksempel inngått partnerskapsavtaler for folkehelse med frivillige organisasjoner i Buskerud for 2015-2016. Formålet med avtalene er å bidra til å fremme folkehelsen i fylket. I tillegg til fylkeskommunens ordinære aktiviteter fokuserer det helsefremmende samarbeidet seg spesielt til grupper med særlig behov for fysisk aktivitet og sosialt samvær, herunder noen grupper innvandrere og personer med nedsatt funksjonsevne (Bfks hjemmeside 12.12.2016).

4.2.4 Kommunen som iverksettingsaktør

Kommunene spiller en viktig rolle både for den kortsiktige og den langsiktige integreringen, men har et særskilt (altså kommunalt) ansvar for den kortsiktige integreringen fordi kommunene forvalter i) Introduksjonsordningen for nyankomne flyktninger og deres familier og ii) opplæring i norsk og samfunnsvitenskap. Når en flyktning er vedtatt bosatt i en kommune, har kommunen en plikt til å tilby flyktningen et introduksjonsprogram samt å gi han/hun opplæring i norsk og samfunnskunnskap. Videre har vedkommende plikter og rettigheter, blant annet knyttet til bolig, på lik linje med andre innbyggere i kommunen. Bosetting av nyankomne flyktninger er en ordinær og kontinuerlig oppgave som kommun planlegger for og som de implementerer i samarbeid med statlige aktører. På dette feltet er ikke IMDi i en særstilling, for boligpolitikk er ikke hjemlet i Introduksjonsloven. Direktoratet samarbeider derfor med en rekke statlige aktører for å understøtte kommunenes bosettingsarbeid. For eksempel er det i utarbeidet en samarbeidsavtale mellom IMDi, UDI, KS, Bufdir og Justis- og beredskapsdepartementet for å skape et mer effektivt og samordnet bosettingsarbeid (Regjeringen 2016 c). Det er også utarbeidet en tverrdepartemental strategi overfor vanskeligstilte på boligmarkedet, 'Bolig for velferd' som også kommer flyktninger til gode (Veiviseren 2017).

I Norge er Introduksjonsordningen det viktigste virkemiddelet for kvalifisering av nyankomne flyktninger. Introduksjonsprogrammet varer i to år og kan utvides med et tredje år. Målet er å gi denne gruppen grunnleggende ferdigheter i norsk, grunnleggende innsikt i norsk samfunnsliv, samt å forberede til deltakelse i yrkeslivet og/eller utdanning. Fra og med 1. september 2004 gjelder introduksjonsloven som en obligatorisk ordning for alle kommuner (Lov 2003). Ordningen gjelder for flyktninger, personer med opphold på humanitært grunnlag samt familiegjenforente med disse kategoriene. Fra 1. september 2005 ble det innført rett og plikt til 250 timer norskopplæring og 50 timer samfunnskunnskap for flyktninger. Rett og plikt til opplæring i norsk og samfunnskunnskap er regulert i introduksjonsloven. Rett til opplæring i norsk og samfunnskunnskap betyr at opplæringen er gratis og at kommunen skal ha et tilbud i henhold til loven. Plikten innebærer et krav til at

opplæring på 300 timer er gjennomført for å kunne få innvilget permanent oppholdstillatelse og norsk statsborgerskap (NOU 2011:14).

Kommunen skal også tilby opplæring i norsk og samfunnskunnskap innen tre måneder etter at krav eller søknad er framsatt. Den enkelte deltaker har tre år på seg for å gjennomføre de 300 timene. Opplæring i norsk og samfunnskunnskap er et viktig tiltak i introduksjonsprogrammet. Opplæringen har imidlertid en større målgruppe enn flyktninger. I tillegg til de som omfattes av Introduksjonsordningen, har også familiegjennforente med norske og nordiske borgere og arbeidsinnvandrere rett eller plikt til å delta i opplæring i norsk og samfunnskunnskap (Forskrift 2005).

For å lykkes med det mer langsiktige og helhetlige integreringsarbeidet er det avgjørende at kommunen lykkes som tilrettelegger for integrering gjennom hele tjenesteapparatet, gjennom hele livsløpet og på alle tiltaksområder. Anagnostou (2016) skiller mellom fire tiltaksområder på kommunalt nivå som er betingelser for god integrering av innvandrere i arbeidsliv og samfunnet for øvrig: det politiske feltet, det sosioøkonomiske feltet, det kulturelle feltet og det romlige. Nedenfor er disse områdebeskrivelse tilpasset og anvendt på den norske kommunale virkeligheten (Anagnostou 2016).

Tematiske tiltaksområder

1. *Det strategiske*: Inkludering/deltakelse av innvandrere i strategiske beslutninger, for eks. bruk av innvandreråd, konsultasjonsprosesser med innvandrerorganisasjoner og religiøse grupper. Planlegging inngår også i kommunens strategiske arbeid⁵.
2. *Det sosioøkonomiske*: i) Arbeidsmarked; (for eksempel samarbeid med NAV og privat sektor), ii) utdanning; hva gjøres for høy barnehagedeltakelse (eks. gratis kjernetid), høy gjennomføringsgrad i grunnskole-, bruk av norskopplæring iii) velferd (f.eks. tiltak for lik tilgang på tjenester, tolketjeneste).

⁵ Planlegging er ikke nevnt i Anagnostous arbeid. Det er likevel tatt med her fordi det åpenbart er strategisk viktig for en kommunes politiske prioriteringer.

3. *Det kulturelle*: Kulturell integrering og politikk som angår dette; idrett, ungdomsklubber, foreninger, kommunalt støttede kulturaktiviteter; tiltak for å støtte kulturelt mangfold.
4. *Det romlige* (fysisk tilrettelegging): Boligpolitikk og områdepolitikk, f.eks. benytter kommunen seg av Startlån eller andre boligpolitiske virkemidler som f.eks. arealplanpolitikk?

Et helhetlig integreringstrykk må springe ut av samordnet innsats på tvers av sektorer og må samtidig involvere sivilsamfunnet. Samtidig må arbeidet forankres i kommunens planverk og handlingsplaner. Derfor er det viktig at integreringsarbeidet inngår som en del av det kommunale planarbeidet. Vellykket planarbeid forutsetter en viss grad av tverrsektorielt samarbeid i planprosessen. Dette viser seg ofte å være vanskelig. Gevinsten er (imidlertid) trolig at det er lettere å etablere et helhetlig integreringstrykk.

4.2.5 Det strategiske

I Norge er dialog og involvering sentrale elementer i integreringspolitikken på nasjonalt nivå. Den årlige Nasjonale dialogkonferansen er en viktig arena i den forbindelse (Regjeringen 2017a).

Inntrykket fra en intervjurunde i Drammensregionen er at dialog og involvering er relativt utbredt på kommunalt nivå, både i forhold til tros- og livssynssamfunn og i forhold til innvandrersamfunn og innvandrersamfunn. Involvering av paraplyorganisasjoner slik som innvandrers- og minoritetsråd synes også utbredt i kommuner der det er etablert slike råd. For eksempel deltar en representant for Øvre Eiker innvandrerråd i arbeidet med utforming av strategi for frivillighet i kommunen (Intervju Øvre Eiker 04.10.16). I Drammen har ordførerens årlige dialogforum med innbyggerne stått sentralt i dette arbeidet. Dialogforumet har et arbeidsutvalg der Drammens minoritetsråd har permanent tilstedeværelse (Intervju Drammen 20.09.16).

4.2.6 Det sosioøkonomiske

Kommunens integreringsarbeid over livsløpet involverer en rekke tjenestoområder som alle bidrar til å realisere helsefremmingspolitikkenes mål om å utjevne sosiale helseforskjeller.

Helsestasjonstjenesten

Helsestasjonene gjør en vurdering av barns språkutvikling i forbindelse med 2-års og 4-årskontrollene basert på nasjonale faglige retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk. Språkkartlegging er avgjørende for å fange opp barn som har behov for ekstra språkstimulering og som er derfor er en utsatt gruppe for skolefrafall. Dette er blant annet bakgrunnen for prosjektet *Språkkartlegging av førskolebarn på helsestasjoner*, som nå er en prøveordning ved 4-årskontrollen på helsestasjoner i 12 kommuner som IMDi initierte i 2007. Her er erfaringen fra Solheimsviken helsestasjon i Bergen, som er med i ordningen, et interessant eksempel. Stasjonen har utvidet tilbudet til familier med innvandrerbakgrunn og barn mellom 0-5 år. Tilbudet består av utvidet tid til å møte foreldre, praktisk bistand til å søke barnehageplass og informasjon om nettverksbyggende tiltak. Grunnprinsippene som anbefales er tid, anvendelse av tolk, å se det enkelte individ, respekt, å arbeide med egne holdninger og å være nysgjerrig (St. meld. nr. 6 (2012-2013)).

Tilbud til barn i førskolealder

Kommunen har som barnehagemyndighet ansvar for at alle barn med rett til plass får oppfylt retten, og skal også føre tilsyn med at alle barnehager følger regelverket, både de kommunale og de private barnehagene. Tidlig innsats for å forhindre frafall og utenforskap senere i livet innebærer blant annet at barn tilbys et barnehagetilbud tilpasset sine behov.

I St. meld. nr. 6, (2012 -2013) *Om en helhetlig integreringspolitikk* slås det fast at avstanden mellom elever som lykkes og ikke lykkes i skolen på gruppenivå er større mellom unge med innvandrerbakgrunn og andre unge. Både sosial bakgrunn og manglende norskkunnskaper er viktige forklaringer på dette. For å bedre læringsutbyttet til barn, unge og voksne med innvandrerbakgrunn har myndighetene innført tiltak både for å

bedre norskerferdigheter og tiltak for å kompensere for sosioøkonomisk bakgrunn (St. meld. nr. 6 (2012-2013)). Det betyr at innvandreres språkerferdigheter testes i barnehagen og at de som trenger det får forsterket språkopplæring. Minoritetsspråklige barn har gjennomgående lavere deltakelse i barnehage enn øvrige barn. For å kompensere for sosioøkonomisk bakgrunn og for å øke barnehagedeltakelsen hos bestemte innvandregrupper, har myndighetene innført gratis kjernetid.

Siden 1998 har det vært forsøk med gratis kjernetid (20 timer pr. uke) for alle fire- og femåringer i utvalgte områder i Oslo, Bergen og Trondheim med en høy andel innvandrere. Forsøksordningen gjaldt hele seks bydeler i Oslo (de fire bydelene i Groruddalen og bydelene Søndre Nordstrand og Gamle Oslo), to områder i Drammen (Fjell og deler av Strømsø), tre skolekretser i Årstad i Bergen.

Forsøkene har rettet seg mot områder med sammensatte levekårsutfordringer og mange barn med minoritetsspråklig bakgrunn. Forsøkene har bestått av flere elementer. Foruten refusjon av foreldrebetaling, er rekruttering av barn til barnehage, kompetanseheving av ansatte, språkarbeid og tilbud til foreldre kjerneelementer. Hovedmålet har vært å forberede barn til skolestart med fokus på at barna skal lære norsk (IMDi 2014).

Forsøkene består av flere elementer. Ordningen har gitt gode resultater. Den har medført høyere deltakelse blant barn med innvandrerbakgrunn og har hatt en positiv effekt på ansattes bevissthet og kompetanse i forhold til språkstimulering. (St. meld. nr. 6 (2012-2013) og IMDi 2014).

Fra mai 2015 ble det innført et nasjonalt minstekrav til redusert foreldrebetaling for familier med lav inntekt. Ordningen sikrer at foreldrebetalingen for første barn maksimalt skal utgjøre seks prosent av husholdningens samlede person- og kapitalinntekt, med maksimalprisen som en øvre grense. Fra 1. august 2015 ble det innført en nasjonal ordning med gratis kjernetid i barnehage 20 timer per uke for alle fire- og femåringer fra familier med lav inntekt. Inntektsgrensen er satt til 405 000 kr. Fra 1. august 2016 ble ordningen utvidet til også å gjelde treåringer, og inntektsgrensen ble oppjustert til 417 000 kr. Dermed har tre-, fire- og femåringer fra familier med lav inntekt rett til 20 timer i uken med gratis barnehage (Regjeringen 2016).

En god skole for alle

Å mestre muntlig og skriftlig norsk er en forutsetning for å nyttiggjøre seg opplæring i alle fag. Opplæringsloven gir rett til særskilt språkopplæring for språklige minoriteter både i grunnskolen og i den videregående skolen inntil de har tilstrekkelige kunnskaper i norsk til å følge skolens ordinære opplæring. Om nødvendig har disse elevene i tillegg rett til morsmålsopplæring, tospråklig fagopplæring eller begge deler (St. meld. nr. 6 (2012-2013)). Regjeringen innførte fra høsten 2010 åtte timer gratis leksehjelp pr. uke for 1.-4. trinn. Tall fra SSB viser at de som deltar mest i leksehjelpen, er barn med foreldre som har lav utdanning, barn fra lavinntektsfamilier og barn med annet fødeland enn Norge (Ibid). Fra august 2012 åpnet opplæringsloven for at kommunene og fylkeskommunene skal kunne opprette særskilte opplæringstilbud for nyankomne minoritetsspråklige elever, som for eksempel egne innføringsklasser (Ibid).

Flere kommuner bruker Aktivitetsskolen som en integreringsarena for både barn og foreldre. Trondheim kommune kan vise til gode eksempler (Utlendingsdirektoratet 2016). Dessuten startet Drammen kommune høsten 2016 opp en satsing på Aktivitetsskolen som både skal redusere sosiale helseforskekjeller og bedre integreringen (se case 1 i kap. 7).

4.2.7 Det kulturelle

En sterk og inkluderende frivilligsektor er viktig både i det langsiktige og kortsiktige integreringsarbeidet (kap. 11 i St. meld. nr. 6 (2012-2013)) og kap. 6 i St. meld. nr. 30 (2014-2015)). Deltakelse i etablerte frivillige organisasjoner (idrett, kultur, musikk etc.) bidrar til at innvandrere får kontakter og nettverk, som i sin tur kan være viktig for deltakelse på andre samfunnsarenaer for eksempel innen politikk og på arbeidsmarkedet og for nettverksetablering mer allment.

For nyankomne innvandrere kan deltakelse i etablerte frivillige organisasjoner fungere som en plattform for å bli kjent med sitt nye lokalsamfunn på. Frivilligheten skaper møteplasser både rettet mot alle og møteplasser det flerkulturelle bidrag fremheves. Det finnes også ulike frivillige initiativ som kan danne grunnlag for vennskap eller kan fungere som veiledere inn i lokalt sosialt liv og

aktiviteter. Eksempler på slike initiativ er Røde Kors' flyktningsguide, Redd Barnas En god nabo og lokale fadderfamilieordninger. Videre har Tromsø Idrettsråd og Oslo Idrettskrets initiert aktivitetsguider som i en-til-kontakt skal bidra til å finne fram til og vise idrettstilbud og informere om hva man kan forvente innen norsk idrett (Aasen mfl., 2017).

Innvandrerorganisasjoner og tros- og livssynsamfunn har etter hvert etablert seg som en naturlig del av frivilligheten i Norge. At innvandrere har lavere deltakelse i organisasjonsliv har blitt knyttet til sosioøkonomiske forskjeller og følger i dette lyset mønstre for sosial differensiering i frivillig deltakelse. I tillegg reflekterer det i noen grad at innvandrere i større grad bor i byer, hvor organisasjonsdeltakelse er lavere enn i distriktene. En undersøkelse viste at deltakelse i frivillige organisasjoner blant minoriteter var lavere enn for gjennomsnittet innen kultur og fritidsaktiviteter, men høyere innen velferd, politisk aktivitet og religion. Imidlertid viste studien en tydelig interesse blant folk med minoritetsbakgrunn for å være medlem (Wollebæk og Sivesund, 2010). En annen studie viste at personer med ikke-vestlig bakgrunn opplevde flere barrierer enn andre for å delta i frivillige organisasjoner. I større grad enn respondenter med annen bakgrunn opplevde de å være hindret av en krevende arbeidssituasjon, at ingen hadde spurt dem om å delta, helse og manglende interesse. At en var opptatt med andre aktiviteter var en viktig grunn for å ikke delta. Få opplevde at de ble hindret av å ikke føle seg velkommen (Eimhjellen og Segard, 2010).

Nyere forskning har vist at kommuner som har prioritert samarbeid med frivillig sektor, kan vise til noe bedre deltakelse i det kommunale introduksjonsprogrammet enn når det gjelder utvikling av sosialt nettverk (Djuve og Kavli 2015). Ulike frivillige organisasjoner gjør også en viktig innsats med å hjelpe innvandrere å tilpasse seg i det norske samfunnet (St. meld. nr. 6 (2012- 2013)).

Lokale kulturinstitusjoner som museer, biblioteker og musikk- og scenekunstinstitusjoner er viktige møteplasser som kan gi innvandrere mulighet til å delta både som publikum og utøver. For eksempel har alle norske kommuner et folkebibliotek med et gratis tilbud. Mange folkebibliotek samarbeider dessuten med organisasjoner, frivilligheten og lokale ildsjeler om å ha et relevant tilbud, blant annet i form av leksehjelp, dataopplæring, leseombud,

språkkaféer, kvinnegrupper, skriveverksted og lesesirkler (St. med. nr. 30 (2014-2015)).

Frivillighetssentralene er lokale møteplasser i norske kommuner som er åpne for alle som ønsker å delta i frivillig virksomhet. De knytter mennesker og organisasjoner sammen for å skape gode frivillige miljøer, gode aktivitetstilbud, ofte i samarbeid med kommunen. Sentralene har vært drevet av kirke, kommune eller andre og har fra 1991 kunnet søke om midler fra staten. Fra og med 2017 har kommunene tatt over ansvaret for å gi tilskudd til frivillighetssentralene (Regjeringen 2016a).

Frivillighet er dessuten viktig for folkehelse. For enkeltpersoner har deltakelse i frivillige organisasjoner en rekke positive effekter knyttet til trivsel og psykisk velvære. Deltakelse i gode sosiale relasjoner kan gi mestingsopplevelser og bidra til helse og livskvalitet (Helsedirektoratet 2016: 18-21).

4.2.8 Det romlige

Ifølge Regjeringen er områdesatsning et 'virkemiddel for å bedre miljø, boforhold og levekår i et geografisk avgrenset område. En områdesatsning er et samarbeid mellom stat og kommune som ser flere virkemidler i sammenheng og medvirker til å skape økt nytte gjennom felles bruk av statlige og kommunale midler' (Regjeringen 2017).

I 2015 hadde staten og kommunene felles områdesatsninger i Groruddalen, Indre Oslo Øst og Søndre Nordstrand i Oslo, Fjell i Drammen, Saupstad-Kolstad i Trondheim og Årstad i Bergen. Fra statlig side deltar en rekke aktører inn i finansieringen av områdeløft slik som Helsedirektoratet, Husbanken, BLD, KMD og IMDi (Reinvang mfl. 2015). I 2016 initierte for eksempel IMDi et områdeløft i på Grønland i bydel Gamle Oslo (Tillegg nr. 6 til BLD 2016) og Helsedirektoratet bidro med tilskuddsmidler til folkehelseiltak til Groruddalssatsningen og til Handlingsplan Oslo Sør (BLD 2016). I tillegg finnes det flere kommunale områdeløft, slik som i Borgenprosjektet i Asker (Asker kommune 2017), som gjennom fysiske og sosiale tiltak skal bidra til det norske myndigheter kaller et helhetlig, varig og lokalt forankret utviklingsarbeid i utvalgte områder med særlige levekårsutfordringer.

Satsningene er i ulik grad initiert av kommunen. For eksempel er områdetiltaket i Drammen «Fjell 2020» lokalpolitisk initiert og har en politisk forankring lokalt ved at formannskapet er involvert i implementeringen. I flere av de andre tilfellene er tiltaket formulert som et samarbeidprosjekt mellom stat og kommune fra starten av.

Selv om tiltakene gjelder universelt innenfor hvert område/hver bydel er det åpenbart at de fungerer som - og i enkelte tilfeller er formulert som⁶ - et integreringstiltak. Alle de berørte områdene har en høyere innvandrерandel enn gjennomsnittet i kommunen.

4.3 Oppsummering

I dette kapitlet har vi gitt en oversikt over nøkkelaktører og deres ansvarsområder på de to politikkområdene med vekt på det kommunale nivået.

Både integrerings- og folkehelseområdet preges av flernivåstyring der aktører på ulike forvaltningsnivåer har ansvar for å implementere politikken. Flere av disse aktørene har *både* ansvar for integrering og folkehelse. Fylkesmannsambetet, for eksempel, har tilsynsoppgaver på begge områder. På integreringsområdet gjelder dette kommunenes praktisering av introduksjonsloven for nyankomne flyktninger og på folkehelseområdet gjelder det kommunens plan- og strategiarbeid.

På begge områder har sektordepartementene, Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet, det overordnede ansvaret for politikktutforming og iverksetting. Direktoratene har en rådgiver- og iverksetterrolle i forhold til kommunene.

Helsedirektoratet skal være en faglig rådgiver på folkehelseområdet, iverksette vedtatt politikk og forvalte lov og regelverk. IMDi samarbeider med kommunene om bosetting og kvalifisering av nyankomne flyktninger og om den mer langsiktige

⁶ Satsningen Fjell 2020 omhandles i Drammens tentative plan for integrering og mangfold (Drammen 2015). Områdeløftet Flatåsen Saupstad refererer til Trondheim kommunes Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen (2006-2007) (Trondheim 2013).

integrasjonen. Direktoratet har også et hovedansvar for iverksetting av introduksjonsloven og Regjeringens handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse.

Folkehelseområdet har et særkjennetegn ved at Nasjonalt folkehelseinstitutt har i oppgave å overvåke utviklingen av folkehelsen og ivareta rollen som forsknings- og datatilrettelegger for folkehelsearbeidet i kommunen.

Dessuten har fylkeskommunen en definert oppgave på folkehelseområdet som den ikke har på integreringsområdet. Generelt sett har den en planfaglig og planpolitisk rolle blant annet som behandler og understøtter av kommunale planer. Men Folkehelseloven gir fylkeskommunen et særskilt ansvar for å understøtte kommunenes folkehelsearbeid, ha oversikt over helsetilstanden til befolkningen i sitt fylke og de faktorer som påvirker helsetilstanden.

Det er på det kommunale nivået at organiseringen av de to politikkområdene er mest forskjellig. Kommunens ansvar på folkehelseområdet er å mainstreame folkehelse i den kommunale organisasjonen gjennom oversiktsarbeid og planlegging. Dette er et tverrsektorielt ansvar som kan organiseres på en rekke måter. Det vanligste er at en folkehelsekoordinator er ansvarlig for dette arbeidet. Kommunens særskilt ansvar på integreringsområdet er å implementere Introduksjonsordningen for nyankomne flyktninger.

Selv om kommunens særskilte ansvar på integreringsområdet er relativt begrenset, er mange kommuner likevel tungt involvert i den langsiktig sosial integreringen av innvandrere på ulike tiltaksområder. Vi har i dette kapitlet operert med fire tiltaksområder der vi redegjør for diverse tiltak.

- *Det strategiske* området angår inkludering/deltakelse av innvandrere i politikk generelt samt plan- og strategiarbeid, for eksempel kommunens strategiske samarbeid med innvandrerråd.
- *Det sosioøkonomiske* området angår sosial integrering i løpet av livsløpet, og involverer kommunale virksomheter som helsestasjonstjeneste, barnehage og skole.

- Det *kulturelle* området dreier seg primært om frivilligheten som integreringsarena.
- Det *romlige* angår steds- og nærmiljøutvikling/områdeløft som integreringstiltak.

5 Styringen av de to politikkområdene

I dette kapitlet analyserer vi de to politikkområdenes styringsmessige særkjennetegn. Her søker vi å gi at svar på to spørsmål.

1) Hvordan implementeres den nasjonale politikken på de to områdene *på de ulike forvaltningsnivåene* og hvordan legger statlige organer og fylkeskommuner gjennom ulike styringsformer føringer på politikken på praksisfeltet i den enkelte kommune.

2) Hva slags styringsdesign anvendes *innad den enkelt kommune* for å realisere de egendefinerte målsetningene på de to politikkkfeltene? Her tar vi for oss både det generelle integreringsarbeidet på kommunalt nivå og aktivitetene kommunen har et særskilt ansvar for: Strømlinjeforming av folkehelse gjennom oversikts – og planarbeid og (organisering av) implementering av Introduksjonsordningen for nyankomne flyktninger.

I analysen trekker vi veksler på det analytiske rammeverket slik det er utformet i seksjon 1.1. Vi vil trekke inn samhandlingen mellom nivåene, dvs. form og innhold i flernivåstyringen og den horisontale og vertikale samordningen mellom aktørene. Videre vil vi beskrive hva slags styringsformer (Hierarki, New Public Management og Samstyring) som preger de to politikkområdene og hvilke virkemidler (økonomiske, pedagogiske etc.), som anvendes innenfor de ulike overordnede formene.

En hovedutfordring med ethvert styringssystem som skal ivareta implementeringen av et politikkkfelt er å skape et system som balanserer sektorinteresser og sektorovergripende hensyn. Sektorovergripende departementer, samt fylkesmannen, har ansvar for å samordne styringssignalene fra departementene, men

sektorprinsippet kan tilsi at det enkelte departement er ansvarlig for at statlige midler brukes på kommunalt nivå i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger.

Sektoransvarsprinsippet ligger til grunn til utforming og implementering av virkemiddelbruk for begge politikkområdene. Dette innebærer at hver sektor og hvert sektordepartement må være ansvarlig for sin del av virkemiddelbruken, men aktører innenfor de to politikkområdene kan utfordre dette. På folkehelseområdet utfordres dette på kommunalt og fylkeskommunalt nivå gjennom oversiktsarbeid og dets potensielt mainstreamende effekt på tvers av sektorer. På integreringsområdet utfordres dette gjennom IMDIs interaksjon med sektormyndigheter på ulike forvaltningsnivåer.

5.1 Styringen av folkehelseområdet

Folkehelseloven definerer det spesifikke ansvaret til statlige myndigheter (herunder Fylkesmannen, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet) og kommunale myndigheter (herunder fylkeskommunen), og arbeidsdelingen mellom disse. Slik sett kan man karakterisere politikkområdet som i stor grad *lov og regelstyrt*. Men ikke i den grad at det legges sterke føringer på det lokale selvstyret.

Kommunen har etter § 7 i Folkehelseloven plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale folkehelseutfordringer. Imidlertid spesifiseres ikke *hvilke* folkehelseiltak som bør prioriteres i kommunen, og den vektlegger heller ikke hvor mye personal- eller økonomiressurser kommunen skal bruke på folkehelsearbeid. Dessuten reflekterer ikke § 7 eksplisitt de overordnede målene som er nedfelt i St. meld nr. 34 (2015-2016): bærekraft, 'helse i alt vi gjør' etc. Loven krever at kommunen *skal* etablere en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og denne *skal* inngå i arbeidet med kommunens planstrategi. Videre krever loven at kommunen *skal* være spesielt 'oppmerksom på' faktorer som kan skape sosiale helseforskjeller (§ 5). At folkehelse inngår i denne strategien er imidlertid ikke noen garanti for at kommunen iverksetter nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, og loven spesifiserer ikke på hvilke felt og i hvilket omfang folkehelseiltak skal iverksettes.

Kommunene har etablert en rekke organisatoriske ressurser og praksiser for å styrke folkehelsearbeidet slik som ansettelse av folkehelsekoordinatorene, kommunale folkehelsestrategier og tverrsektorielle samarbeidsgrupper. Fylkesmannen forvalter tilskudd til Frisklivssentraler på vegne av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet: 2017 c). En rekke fylkeskommuner, for eksempel Nord-Trøndelag fylkeskommune, utlyser også midler for å styrke lokalt folkehelsearbeid (Nfk 2017).

Fylkeskommunen kan videre inngå i partnerskap (eller vertikale samstyringsnettverk) med kommuner om folkehelseplaner og regional utvikling. I Folkehelsesloven er fylkeskommunen tildelt en understøtterrolle overfor kommunene. For å styrke sammenhengen mellom regional og kommunal planlegging, er kommunene pålagt å utarbeide sine kommunale planstrategier samtidig med utarbeidelsen av regional planstrategi (Halvorsen mfl. 2016). Funn i nyere forskningslitteratur er likevel at samarbeidet mellom de to folkevalgte nivåene klart fungerer best i situasjoner der regionale og lokale prioriteringer er samstemte (Hofstad 2011).

5.1.1 Koordinerte statlige føringer til kommunene

Det knyttes store forventninger/stilles store krav til at kommuners folkehelsearbeid skal være tverrsektoriell. Et hovedvirkemiddel for å få til koordinerte statlige føringer til kommunenivået er styringssystemet for nasjonalt tverrsektorielt folkehelsearbeid, lansert gjennom Folkehelsemeldingen i 2013. Systemet innebærer bl.a. at Regjeringen hvert fjerde år skal legge frem en melding om folkehelsepolitikken for Stortinget. (St. med. nr.19 (2014-2015)). Det legges opp til at denne meldingen i sin tur skal behandles i forkant av Kommunal- og moderniseringsdepartementets utsendelse av nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging. Dette forventningsdokumentet sendes kommuner og fylker hvert fjerde år og skal ligge til grunn for planlegging etter plan- og bygningsloven. En slik ordning kan bidra til at nasjonal folkehelsepolitikk ses i sammenheng med regionalt og lokalt folkehelsearbeid (Helsedirektoratet 2014). Sammen med stortingsmeldinger gir folkehelsemeldingen derfor viktige policy-signaler for implementering av folkehelsearbeid. En viktig

bestanddel av lokalt folkehelsearbeid er å oversette slike ulike styringssignaler til en lokal kontekst (Hofstad mfl 2014).

5.1.2 Styringen innad i kommunen

Gjennom Folkehelseloven fra 2012 ble også kommunens eget folkehelsearbeid formalisert. Folkehelsearbeidet var tidligere forankret i Kommunehelsetjenesteloven. Den nye Folkehelseloven fra 2012 flyttet ansvaret for folkehelsearbeidet fra helsesektoren til kommunen som helhet, etter «helse i alt vi gjør»-prinsippet (– dvs. at alle sektorer har betydning for befolkningens helse og sosial ulikhet i helse).

Målet om økt forebygging og helsefremming innebærer at kommunene må ha både et påvirkningsperspektiv og et sykdomsperspektiv på sin politikk for å bedre folkehelsen. Påvirkningsperspektivet er universelle tiltak som rettes mot individuelle, materielle og sosiale risikofaktorer for sykdom, skade og lidelse i befolkningen. Folkehelse er hele kommunens ansvar, og folkehelseiltak iverksettes i et tverrsektorielt samarbeid mellom ulike kommunale enheter. Aktørene som deltar i arbeidet har en “helse i alt vi gjør”-tilnærming. Sykdomsperspektivet viser til innsats som rettes mot risikofaktorer knyttet til enkeltgrupper og enkeltindivider, og forebygging gjennomføres som regel i den kommunale helsesektoren i samarbeid med aktører på helsefeltet på statlig nivå (Helgesen og Hofstad 2011).

Størst oppmerksomhet har det systematiske folkehelsearbeidet fått. Her knyttes oversikt over helsetilstanden, samt positive og negative påvirkningsfaktorer, eksplisitt til kommunal planlegging. Kommunens oversiktsdokument skal fungere som et kunnskapsgrunnlag for utvikling av planstrategi og generell planlegging etter plan- og bygningsloven. Disse planene skal igjen danne grunnlag for utvikling av tiltak. Til slutt skal det hele evalueres gjennom kommunens internkontrollsystem. Det systematiske folkehelsearbeidet er illustrert i figuren under.

Figur 5.1: *Det systematiske folkehelsearbeidet. Figuren er hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/systematisk-folkehelsearbeid>*



Oversiktsarbeidet i kommuner trekker noen ganger inn etnisitet og andre ganger ikke. For eksempel har to kommuner med relativ lik andel personer med innvandrerbakgrunn, Tønsberg og Øvre Eiker (henholdsvis 13,4 og 13,7 %), helt ulik tilnærming. Tønsberg trekker inn innvandrere i oversiktsarbeidet, mens Øvre Eiker gjør det ikke (Tønsberg 2015, Øvre Eiker 2016).

De vertikale samstyringsutfordringene på kommunalt nivå er imidlertid en kjerneutfordring i folkehelsearbeidet (Hofstad 2014). Fordi folkehelse som politisk felt i utgangspunktet er sektorfritt – grunnlaget for helse legges i de fleste av samfunnets sektorer – er samarbeid på tvers av sektorer viktig for å sikre iverksetting av folkehelsearbeidet generelt, og det systematiske folkehelsearbeidet spesielt (Forskningsrådet 2016). En rekke kommuner koordinerer folkehelsearbeidet gjennom årlige 'Folkehelseforum' (Hofstad mfl. 2015). Videre viser en systematisk undersøkelse fra 2014 at det er en stor grad av tverrsektoriell aktivitet i forbindelse med folkehelsearbeid. På spørsmål om kommunen har etablert interne tverrsektorielle grupper som arbeider med folkehelse svarte hele 62 prosent ja (Schou et. al. 2014).

Videre er det sterkeste virkemiddelet i folkehelsepolitikken verktøykasse, som Hofstad (2014) bemerker, kommuniseringen av den brede folkehelsepolitikken – viktigheten av venstreforskyvingen og hvordan kommunene gjennom strukturelle

grep kan støtte opp under denne. Da er det viktig at det er kontinuitet i kommunikasjonen og at man tydelig viser at dette perspektivet skal opprettholdes (Hofstad 2014).

5.2 Styringen av integreringsområdet

I motsetning til folkehelseområdet er integreringsområde i liten grad regel- og lovregulert i betydningen av at det er *en lov* som legger sterke føringer på arbeidsdelingen og virkemiddelbruken på politikkområdet. Norge har ingen integreringslov som både styrer det kortsiktige og langsiktige integreringsarbeidet i kommunen og hvordan statlige og kommunale aktører skal understøtte og styre arbeidet. Virkemiddelbruken er i hovedsak universell, med innslag av spesielle virkemidler. Dermot finnes det en særskilt lov som regulerer kommunens kortsiktige integrering av flyktninger: lov om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne flyktninger. OgIMDi har som en helt sentral oppgave å følge opp introduksjonsloven gjennom samarbeid med kommunene. I dette arbeidet benytter direktoratet seg av flere virkemidler.

5.2.1 IMDi's styring av den kommunale integreringspolitikken

IMDi's viktigste juridiske virkemiddel for styring av kommunene er introduksjonsloven og veilederen som følger. Men det finnes også andre, ikke-juridiske, virkemidler. Blant de økonomiske virkemidlene finner man integreringstilskuddet, tilskudd til norskopplæring, samt ulike andre tilskudd - blant annet til sivilsamfunnsorganisasjoner (Agenda Kaupang 2014). I tillegg benytter direktoratet seg av tre pedagogiske virkemidler overfor kommunene: i) kunnskapsutvikling; ii) påvirkning og iii) formidling.

IMDi samarbeider med alle kommuner som bosetter flyktninger og har egne samarbeids- eller partnerskapsavtaler med 40 av dem. Disse er primært store og mellomstore kommuner med over 10000 innbyggere. Direktoratet skal, gjennom kunnskapsutvikling, styrke bosettingskommunens kompetanse på integrering og mangfold og gi overordnede råd for politikkutvikling. Påvirkning skjer ved hjelp av konferanser, seminarer, opplæring og veiledning. Formidlings-

arbeidet skal delvis skje gjennom at kommuner har tilgang til relevant og nyttig kunnskap på direktoratets hjemmesider og s kontorer (Agenda Kaupang 2014: 96).

Sektoransvarsprinsippet ligger til grunn for IMDi's samarbeid med sektormyndighetene. Direktoratet skal som hovedprinsipp ikke opptre på en slik måte at det fritar andre sektormyndigheter fra deres integreringspolitiske ansvar, men heller understøtte dem med relevant kunnskap og kompetanse om integrering og mangfold. IMDi samarbeider dermed med en rekke statlige sektormyndigheter, særlig velferdsdirektoratene. De viktigste statlige sektormyndighetene har vært UDI, Husbanken, Kompetanse Norge (tidligere Vox), Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet, Likestillings- og diskrimineringsombudet og Fylkesmannsembetet (Agenda Kaupang 2014). Samarbeidet er avgjørende for måloppnåelsen i integreringsarbeidet, siden det er sektormyndighetene som har ansvar for mange av virkemidlene på integreringsområdet i kommunene (Ibid s.52).

5.2.2 Fylkeskommunen som planleggingsaktør

Fylkeskommunen har ikke et spesifikt (definert) ansvar på integreringsområdet, men har et generelt ansvar for å gi strategisk retning til samfunnsutvikling, mobilisere privat sektor, kulturliv og lokalsamfunn samt å samordne og koordinere offentlig innsats og virkemiddelbruk, ikke minst på plansiden.

Det finnes ingen oppdatert og systematisk undersøkelse av status for fylkeskommunenes plan- og strategiarbeid på integreringsområdet. Imidlertid gjorde Distriktssenteret i 2016 en casestudie av planarbeid i fire fylkeskommuner (Akershus, Hordaland, Sogn og Fjordane og Nordland) der integrering er nevnt på overordnet nivå i de regionale planene. Alle informantene sa at inkludering og mangfold blir sentrale målsetninger i nye regionale planer. Et gjennomgående trekk er imidlertid at det er mangel på samarbeid mellom ulike avdelinger (internt) i fylkeskommunen og at det derfor er et potensiale for bedre samarbeid med eksterne aktører (Distriktssenteret, 2016).

Det kan også nevnes at Møre og Romsdal fylkeskommune nylig har vedtatt at integrering skal være ett av tre overordnede

prioriteringer i den nye fylkesplanen (Møre og Romsdal fylkeskommune, 2016).

Når det gjelder Fylkesmannens arbeid med dett overordnende strategi- og samordningsarbeid på integreringsområdet finnes det imidlertid lite informasjon.

5.2.3 Kommunale planer og strategier

Kommunenes særskilte ansvar på integreringsområdet er å implementere introduksjonsloven. Mange kommuner er tungt involvert i den langsiktig inkluderingen av innvandrere, men dette er ikke lovpålagt som et spesifikt kommunalt ansvarsområde. Det inngår derimot som et hvilket som helst annet tverrsektorielt politikkkfelt i kommunen. Her samarbeider kommunen tett med statlige sektormyndigheter, som ofte foretrekker universelle virkemidler. I tillegg implementerer kommunene spesifikke tiltak i form av spesifikke planer, strategier, kompetansesatsninger, tiltaksområder og enkelttiltak: områdesatsninger, gratis kjernetid, styrket språkopplæring, øremerkede tilskuddsordninger til innvandrersorganisasjoner etc. En lang rekke kommuner har for eksempel utformet kommunedelplaner og strategiplaner for mangfold. Videre har noen kommuner, inkludert Sarpsborg, Fredrikstad og Drammen, ansatt en minoritetskoordinator (søk på kommunenes hjemmesider, 01.02.17).

Universelle og spesielle tiltak i skjønn forening

En undersøkelse fra 2014 har kartlagt virkemiddelbruken overfor innvandrerbefolkningen i norske kommuner (Schou mfl. 2014). Blant de 109 kommunene som oppgir å ha et spesielt fokus på folkehelsearbeid, er det de universelle integreringstiltakene som dominerer. I spørreskjemaet ble det stilt følgende spørsmål: 'På hvilken måte har din kommune et spesielt tiltak overfor innvandrerbefolkningen?' Svarene viser at kommunenes vanligste tiltak er generelle integreringstiltak (i 74 kommuner). Men de arbeider også med spesielle tiltak overfor denne gruppen på en rekke områder. Funnene viser at individrettede tiltak innenfor språkopplæring er mest utbredt (i 74 kommuner), etterfulgt av kommunalt integreringsprogram for flyktninger (i 70 kommuner). På plassene etter følger henholdsvis individrettede tiltak innenfor helsetjenestene (i 59 kommuner), tolketjenester (i 59 kommuner)

og organiserte fritidsaktiviteter for etniske minoritetsgrupper (i 41 kommuner).

Mulighetene for enkelttiltak er mange, og i kap. 7 vil vi komme med eksempler som illustrerer hvordan kommuner jobber med integreringstiltak som samtidig kan betraktes som folkehelseiltak.

5.3 Oppsummering

I dette kapitlet har vi analysert de to politikkområdenes styringsmessige særkjennetegn: Både hvordan de implementeres på de ulike forvaltningsnivåene og hva slags styringsdesign som anvendes innad den enkelt kommune.

Vi argumenter for at de statlige føringene på hvordan kommunen skal arbeide er sterkere på folkehelseområdet enn på integreringsområdet. Og styringen skjer både direkte og via aktører på høyere forvaltningsnivåer. Folkehelseloven definerer et spesifikt ansvar på folkehelseområdet både til kommuner og til statlige aktører. Loven definerer arbeidsdelingen mellom disse aktørene. Slik sett kan man karakterisere styringen av folkehelseområdet som i stor grad *lov og regelstyrt*.

Integreringsområdet, derimot, er ikke styrt av *en lov* som legger føringer på arbeidsdeling mellom aktører og virkemiddelbruk innen området. Norge har ingen integreringslov som både styrer det kortsiktige og langsiktige integreringsarbeidet i kommunen, men en lov for integrering av nyankomne flyktninger. IMDi og har spesifikke oppgaver knyttet til understøtting av dette arbeidet, men fylkeskommunen har ingen særskilte oppgaver på integreringsfeltet. Når det gjelder det langsiktige arbeidet, er den overordnede føringen på hvordan politikken skal implementeres ofte påvirket av sektordepartementenes prioriteringer..

Kommunens særskilte styringsansvar på integreringsområdet er relativt *smalt*: å implementere introduksjonsloven. Mange kommuner er likevel tungt involvert i den langsiktig inkluderingen av innvandrere. Dette er ikke lovpålagt som et spesifikt kommunalt ansvarsområde, men inngår som et hvilket som helst annet tverrsektorielt politikkområde i kommunen.

På folkehelseområdet derimot, er kommunens styringsansvar relativt bredt. Den er pålagt å utarbeide en oversikt over helsetilstanden til befolkningen i sin kommune og de faktorer som påvirker helsetilstanden. Denne kunnskapen og identifiserte folkehelseutfordringer skal legges til grunn i arbeidet med planstrategi og for fastsetting av mål og strategier gjennom kommuneplanarbeidet. Kommunen skal også iverksette nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringene og tilrettelegge for medvirkning i planlegging og samarbeid med frivillig sektor.

Innenfor begge politikkområder legges det opp til at kommunen i regelen skal bruke universelle virkemidler. Det betraktes som nødvendig med en kombinasjon av universelle ordninger og målrettede tiltak mot spesielt utsatte grupper, men ikke eksplisitt i forhold til innvandrere. På integreringsområdet anbefales det at integrering som hovedregel også oppnås gjennom de tiltakene og ordningene som gjelder for hele befolkningen. Men også her er det en åpning for unntak. Den kommunale introduksjonsordningen for nyankomne flyktninger er en illustrasjon på dette.

6 Læringspunkter for et optimalt implementeringstrykk

I dette kapitlet fokuserer vi på mulige synergieffekter av å se integrering og folkehelse i sammenheng. Hensikten er å undersøke hva som kan tilrettelegge for et optimalt implementeringstrykk – dvs. en mer koordinert og styrket innsats på de to politikkområdene på kommunalt nivå. Hva slags læring kan man trekke ut av analysen av policyutforming, styring og virkemiddelbruk på de to politikkområdene? Hvordan kan analysen av et område berike det andre og omvendt? Hva kan analysen si om hvordan man best kan styrke felles virkemiddelbruk og eventuelt utvikle nye virkemidler?

Vi vil strukturere fremstillingen rundt de fire kommunale tiltaksområdene for integreringspolitikken som ble introdusert i kapittel 4 (4.2.4): det strategiske, sosioøkonomiske, kulturelle og romlige tiltaksområdet. Samtidig vil vi oppsummere og trekke veksler på relevante eksempler, særlig fra kapittel 7, som forener integrering og folkehelse i det samme tiltaket.

6.1 Det strategiske området

På begge politikkområder er det ustrakt samstyringsaktivitet på strategisk nivå mellom kommunen på ene siden og andre aktører på kommunalt nivå. På integreringsområdet har vi fremhevet erfaringen fra Øvre Eiker og Drammen. I Øvre Eiker, for eksempel, har en representant for Øvre Eiker innvanderråd vært introdusert i arbeidet med utforming av strategi for frivillighet i kommunen.

I Drammen har minoritetsrådet hatt en permanent tilstedeværelse i arbeidsutvalget for ordførerens årlige dialogforum. Et av temaene for dette forumet har vært innvandrerhelse og har således berørt folkehelseområdet. Et annet eksempel er Haram kommune. Her har næringslivet vært en pådriver for å etablere et helhetlig integreringsprogram der målet er at arbeidsinnvandrere og familier skal bli boende så lenge som mulig (se case 10).

Det er en tilsvarende aktivitet på folkehelseområdet – også her med en tematisk innretning mot innvandrere. Lier kommune har etablert et strategisk samarbeid med Frivillighet Norge og hjelpeorganisasjonen Kiwanis for å utvikle lavterskeltilbud for deltakelse på fysiske, kulturelle og sosiale arenaer (se case 2). Tiltaket er ment å skulle kompensere for ulemper ved barnefattigdom. Det dekker utgifter for deltakelse i kultur- og fritidssammenheng til dem som av økonomiske årsaker ellers ikke ville kunne deltatt.

Potensialet i et planarbeid som mer eksplisitt inkluderer begge politikkområder

Når det gjelder kommunens strategiske grep på plansiden, har Folkehelseloven ført til en viss grad av tverrsektoriell koordinering og informasjonsutveksling i kommunene, men på tiltakssiden er det noe uklart hvor høyt tiltak prioriteres som følge av dette arbeidet. Forskriften for oversiktsarbeidet legger ingen spesielle føringer på hvorvidt kommunen skal vektlegge etnisitet eller bør benytte seg av generelle eller spesielle virkemidler i folkehelsearbeidet. Mange kommuner har startet arbeidet med dette kunnskapsgrunnlaget. I en del tilfeller har det dannet grunnlag for planer og tiltak. I tillegg har noen kommuner på dette grunnlaget utarbeidet egne folkehelsestrategier.

- Et slik lovbestemt strategisk grep på plansiden finnes ikke på integreringsområdet. Det betyr imidlertid ikke at kommunene lar være å adressere integreringsutfordringer i plan- og oversiktsarbeidet. I en del tilfeller gjøres det eksplisitt i oversiktsarbeidet, slik som i Tønsberg kommune hvor integreringsutfordringer vies et eget kapittel. I andre tilfeller gjøres det ikke, slik som i Øvre Eiker. I den grad innvandrerbefolkningen har lav score på utenforskningsvariabler omtales den i Øvre Eiker sitt

oversiktsdokument sammen med resten av befolkningen med en tilsvarende score.

- Dessuten har en rekke kommuner utarbeidet delplaner for integrering og folkehelse slik som Sarpsborg kommune. Denne kommunens delplan for mangfold, inkludering og likeverd 2016-2028 (se case 4), fokuserer på å utjevne sosiale helseforskjeller og tar med dette helsefremmingsperspektivet på alvor i kommunens planarbeid.
- Hvordan kan man tenke seg å styrke integreringsfokuset i det kommunale planarbeidet? Denne rapporten gir ingen systematisk oversikt over hvordan dette gjøres, men hvis vi skal ta utgangspunkt i folkehelsearbeid overfor innvandrere viser eksemplene ovenfor at det er kommunal variasjon i fokus på universelle og spesifikke integreringstiltak. Integreringsfokuset i det kommunale planarbeidet kunne styrkes ved at:
 1. Det etableres et statlig pålegg til kommunene om å utarbeide en handlingsplan for integrering og mangfold
 2. Det utarbeides en revidert Forskrift om oversikt over folkehelsen der etnisitet mer allment trekkes inn.
- Når de gjelder det første punktet, så kan det bemerkes at en rekke kommuner utarbeider slike planer allerede, og at et pålegg derfor er unødvendig. Som et alternativ kan det derfor tenkes at fylkeskommunen har et tydeligere fokus på dette i sin understøtterolle overfor kommunen. Et annet mulig grep er at IMDi tar initiativ til å utforme en veileder for planlegging på integreringsområdet i samarbeid med fylkeskommunen.
- Hvis man trekker inn opprinnelsesland eller landbakgrunn i oversiktsarbeidet, vil det være naturlig å legge systematisk informasjon om integreringsvariabler i de kommunale folkehelseprofilene, for eksempel i form av en integreringsindeks. Dette behøver ikke nødvendigvis ha implikasjoner for valg av virkemiddelbruk – universelle eller spesielle, hverken i etnisk eller sosial forstand.

Innovative styringsgrep

På begge politikkområder er det relativt svake styringsmekanismer for tverrsektorielt samarbeid og for at politikkområdet skal løftes frem som et helhetlig satsingsfelt på tiltakssiden. På folkehelseområdet finnes det riktignok en mekanisme, det lovpålagte oversikts- og planarbeidet, og i den forbindelse er det i mange kommuner etablert folkehelseforum som både diskuterer innholdet i oversiktsarbeidet og planarbeidet. I tillegg har mange kommuner supplert dette med å styrke organisatoriske ressurser. Så mange som 85 prosent har ansatt en folkehelsekoordinator i en høy stillingsprosent, og vedkommende er ofte lokalisert på rådmannens kontor (Schou mfl 2014).

På integreringsområdet derimot, er det tverrsektorielle arbeidet hovedsakelig sentrert rundt implementering av Introduksjonsordningen for nyankomne flyktninger. Ordningen legger i liten grad opp til tverrsektorielt samarbeid for langsiktig sosial integrering – så her er det muligheter for læring både på bakgrunn av styringen og praksisen på folkehelseområdet. Det kan for eksempel tenkes at en ansettelse av en *mangfoldskoordinator* som er strategisk forankret i kommunen, kunne styrke det systematiske og langsiktige integreringsarbeidet. Man kunne også, alternativt, slå sammen folkehelse og integrering i samme koordinatorstilling.

I kommuner der integreringsutfordringene i en periode oppleves som spesielt utfordrende, kan det muligens vurderes at man kobler politikk og tiltaksutforming tettere sammen i kommunens komitéstruktur. For eksempel har Svelvik kommune, etter modell fra Gentofte kommune i Danmark, innført et pilotprosjekt med tematisk orienterte tverrsektorielle *oppgaveutvalg* som delvis bryter med den tradisjonelle komitéstrukturen i kommunen. Dette representerer en ny politisk arbeidsform hvor lokalpolitikkerne samarbeider med innbyggere om å utvikle ny politikk og lage forslag til strategier og tiltak. Utvalgene i Svelvik er midlertidige, rådgivende, tverrsektorielle og tematisk avgrensede. De er definert og avgrenset gjennom et mandat vedtatt av kommunestyret. For 2017 besluttet kommunestyret å opprette til sammen tre slike utvalg: i) ett for omdømmeprojektet «Svelvik 2020 ii) ett for «Temaplan for friluftsliv og rekreasjon» og et iii) ett for «Fremtidens omsorgstjenester». Ifølge ordfører i Svelvik kommune

er oppgaveutvalg velegnet som ramme for samarbeidsdrevet politikkinnovasjon fordi:⁷

- De er tidsbegrensede og fokuserte
- De er tematiske og tverrfaglige
- De er rådgivende og derfor mere åpne og søkende
- De er bredt sammensatt og involverende
- De gir mulighet for å prøve ut nye og annerledes arbeidsformer

En mulig innvending mot å etablere slike utvalg på integreringsområdet er at kommunen kan oppleve permanente utfordringer med integrering og at slike utvalg er for ad hoc-pregede til at de kan bidra til et sterkere integreringstrykk. En annen mulig innvending er at slike utvalg egner seg best til å behandle mer saksavgrensede områder enn integreringsarbeid – som jo angår kjernevirksomhet i de tunge områdene på kommunalt nivå slik som barn/unge, helse og skole. Til dette kan det sies at man ikke trenger å definere hele integreringsområdet som et mandat for et slikt utvalg. Man kan velge utvalgte temaer som synes særlig avgjørende for vellykket integrering: For eksempel ‘sivilsamfunnsgrupper og nettverk som integreringsagenter’, eller ‘barnefattigdom som hinder for integrering og god helse’.

6.2 Det sosioøkonomiske området

Kommunens integreringsarbeid over livsløpet involverer en rekke tjenesteområder som alle bidrar til sosial integrering og som samtidig bidrar til å fremme helse og bedre livskvalitet. Rapporten fokuserer både på helsestasjonstjenesten, førskole og grunnskole og på ulike tiltak innen disse tjenesteområdene.

Slike tiltak omtales i de overnevnte styringsdokumentene på begge politikkområdene. I disse dokumentene identifiseres både gratis kjernetid og språkforsterking i førskole, i tillegg til tidlig innsats for å redusere frafall fra videregående skole, der aktivitetsskole er

⁷ Presentasjon 31. januar 2017 på samling i forbindelse med mastergradstudiet Ledelse, Innovasjon og Demokrati ved Høgskolen i Sørøst-Norge

indentifisert som et egnet virkemiddel. Dessuten identifiserer St. meld nr. 6. (2012-13) *En helhetlig integreringspolitikk* interessante tiltak som det er minst like naturlig å innlemme i folkehelsepolitikken implementeringsportefølje. Her refereres det til et tiltak ved Solheimsviken helsestasjon i Bergen som har utvidet tilbudet med praktisk bistand og nettverksbygging til familier med innvandrerbakgrunn og barn mellom 0-5 år. Koblingen mellom politikkområdene gjøres imidlertid ikke eksplisitt.

Casene i kapittel 7 viser gode eksempler på at kommuner implementerer disse felles virkemidlene, og illustrerer samtidig at det på kommunalt nivå er en tendens til at tiltakene ikke eksplisitt refereres til som både integrerings- og folkehelseiltak. Ett av casene (se case 4) viser for eksempel at Sarpsborg kommune har etablert et språkforsterkningstiltak som også innebærer en viss grad av språkopplæring for foreldre. Tiltaket kombinerer folkehelse- og integreringsmålsetninger på en fruktbar måte og er finansiert av Utdanningsdirektoratet.

Gratis kjernetid er et tiltak som er inkludert i områdesatsningen i Kolstad-Saupstad og som tidligere har vært introdusert i Årstad bydel i Bergen med et klart integreringsformål (se case 7 og 6). I Bergen har foreldre med barn i gratis kjernetid vært forpliktet til å delta i aktiviteter. Hvis de ikke arbeidet, studerte eller fikk kontantstøtte, kunne de oppfylle aktivitetsplikten ved for eksempel å gå på norskkurs. Dessuten ble tilbudet om gratis kjernetid kombinert med et språkforsterkningstiltak, 'Språkstien' som har mange likhetstrekk med et tiltak som har blitt introdusert i Sarpsborg. Språkstien er et språkforsterket åpent dagtilbud for barn og foreldre og er ment som et alternativ for familier som ikke søker barnehageplass.

I grunnskolen er det også innført tiltak for økte deltagelse. I Drammen kommune er det introdusert en form for aktivitetsskole som refereres eksplisitt til både som et integrerings- og folkehelseiltak (se case 1). Innholdet aktivitetsskolen i Drammen er organisert rundt lærings- og ferdighetsaktiviteter som skal fremme elevenes språklige, utforskende og sosiale kompetanse. Elevene får blant annet tilbud om minimum 30 minutter fysisk aktivitet hver dag, varm mat, daglig høytlesning og læringsstøttene aktiviteter. Det er et sterkt fokus på sosial omgang, samtidig som

læring innlemmes som en naturlig del av det å gå på aktivitetsskolen.

Mot en økt bevisstgjøring om samme virkemiddelbruk i begge sektorer?

De overstående livsløpsrelaterte eksemplene er utbredte tiltak for å forebygge utenforskap og begrenset livskvalitet i norske kommuner. Samtidig er de presentert som viktige tiltak i overordnede policydokumenter innenfor begge politikkområder. Imidlertid er det ikke gjort eksplisitt i disse dokumentene at begge områdene benytter seg av de samme virkemidlene. Trolig vil en økt *bevisstgjøring* om samme virkemiddelbruk på dette og andre områder kunne føre til en mer enhetlig virkemiddelbruk. Myndighetene innenfor de to politikkområdene bør i det minste være klar over hverandres tiltak. Mer konkret kunne man tenke seg at det utarbeides et felles policydokument der koblingene gjøres eksplisitte og at det fremheves at tiltakene bidrar til politikkområdenes felles målsetning om å fremme deltakelse og livskvalitet.

6.3 Frivillighetsområdet

Frivillighetsarenaen kan fremme økt deltakelse blant personer med innvandrerbakgrunn. Deltakelse i det etablerte frivillige arbeidet kan bidra til kontakter og nettverk, som i sin tur kan være viktig for deltakelse på andre samfunnsarenaer. Frivillighetsarenaen står sentralt i de overordnede policydokumentene, og kapittel 7 presenterer flere case som illustrerer tiltak på kommunalt nivå som realiserer målsetninger innenfor begge politikkområder.

Prosjektet Trygg i Askim (se case 5) fremmer deltakelse gjennom religionsdialog mellom muslimer og kristne. Samtidig bidrar samkvem mellom ulike religioner og livssyn til å trygge oppvekstvilkår lokalt.

Lier kommunes lavterskeltilbud for innvandrerungdom er ment å skulle kompensere for ulempen ved dårlig økonomi blant deler av innvandrerbefolkningen. Tilbudet dekker utgifter til deltakelse i kultur- og fritidsaktiviteter til dem som av økonomiske årsaker ellers ikke ville kunne deltatt. Dette er både et tiltak for økt deltakelse og mot barnefattigdom. Skien kommune har lagt til rette

for samtalegrupper blant innvandrerungdom for å forebygge utfordringer knyttet til ekstrem kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (case 3). Alna bydel i Oslo har initiert et prosjekt som kalles Bydelsmødre som har som formål å skape sosial integrering av innvandrerfamilier gjennom mødre (case 9). Videre har Bøler Frivilligsentral i Oslo satt et spesielt fokus på empowerment, helse og sosiale nettverk for minoritetskvinner (case 8).

Barnefattigdom og deltakelse som felles satsningsområde?

Noen innvandrergrupper skårer lavt på inntekt og utdanning, grunnleggende bakgrunnsfaktorer for helse og god livskvalitet. Lav inntekt er korrelert med dårlig helseutfall og i tillegg kan det være en ulempe i forhold til å oppnå fullverdig deltakelse i fritidsaktiviteter og i sivilsamfunnsorganisasjoner. Tiltak for å minimalisere denne ulempen er implementert i en del norske kommuner, og representerer samtidig forsøk på å realisere politikkområdenes felles formål om å øke deltakelsen blant innvandrere. Dessuten representerer dette helsefremmende tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse. Dette er en tematikk som er et hovedanliggende for begge politikkområder. Helsedirektoratet og IMDi har her et potensiale for å utvikle tiltak og virkemidler som styrker det helhetlige oppfølgings- og veiledningsarbeidet overfor lavinntektsfamilier, og å bedre koordinering av tiltak og samarbeid og samhandling med andre sektorer og tjenesteområder. De to direktoratene kunne for eksempel ta initiativ til å samfinansiere en pott med øremerkede stimuleringsmidler på dette feltet.

6.4 Det romlige området

Steds- og nærmiljøutvikling/områdeløft favner på flere måter essensen i tiltak som fremmer deltakelse og livskvalitet. De skal normalt fremme aktiv fritid, kompetanseheving, lokal bolig- og byutvikling samt tilrettelegge for lokale møteplasser. Dette er tiltak som virker både integrerende og helsefremmende. Områdeløft Saupstad-Kolstad i Trondheim (case 7) er et flertiltaksprogram som synliggjør nettopp disse målsetningene. Målet med dette områdeløftet er å:

- Fremme livskvalitet og redusere sosial ulikhet i helse

- Bidra til at befolkningen har kompetanse som styrker dem i møte med fremtidas utfordringer
- Ha en variert boligsammensetning og høy kvalitet på infrastruktur og offentlige rom
- Være en inkluderende bydel med gode møteplasser og muligheter til deltakelse

Områdeløftet er integrerende og helsefremmende fordi det fremmer deltakelse og kompetanseheving og fordi det bidrar til å redusere levekårsforskjeller mellom geografiske områder. Dessuten legges det opp til mer tradisjonelle forebyggende tiltak. Et av delprosjektene under Områdeløft Saupstad-Kolstad er Aktive Saupstad. Dette er et paraplyprosjekt som består av mange tiltak som skal bidra til at befolkningen i området blir mer fysisk aktiv. Innvandrere har vært målgruppe for en rekke tiltak: svømme- og sykkelkurs for innvandrerkvinner, gratisbilletter til barnas skidag, jentebasket og åpen hall på søndager. Trondheim kommune samarbeider med IMDi om prosjektet, men ikke med Helsedirektoratet.

De to direktoratenes bidrag til en helhetlig tilnærming på kommunalt nivå

Edmark (2002) har identifisert en rekke tiltak som kan bidra til å påvirke utfallet av områderettede innsatser i positiv retning. Ett tiltak er å få til en bred politisk innsats som trekker i samme retning. Dette krever en helhetlig tilnærming på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Samordning på statlig nivå av organiseringen av tilskuddsordninger kan komme det kommunale tjenesteapparatet til gode.

Selv om Helsedirektoratet ikke er samarbeidspartner i Saupstad-Kolstad prosjektet, er forebyggende og helsefremmende tiltak fremtredende i løftet – i likhet med andre områdeløft der Helsedirektoratet har deltatt slik som i Groruddalsatsningen og Oslo-Sør satsningen. Helsedirektoratets rolle i områdeløft er ikke nødvendigvis å bidra med tilskuddsmidler til egne tiltak, men å mainstreamere tiltak for forebygging og helsefremming i alle sektorer. Helsedirektoratet har forøvrig nærmiljøsatsninger i åtte fylker. Samfunnsfaktorene som påvirker helse og livskvalitet ligger delvis utenfor helsesektorens ansvarsområde, så direktoratet vil

derfor kunne inneha både rollen som understøtter og partner selv når virkemiddelene hører til i andre sektorer (IMDi 2014).

IMDi har, ifølge direktoratets egen rapport, en annen rolle i områdesatsninger (IMDi 2014). IMDi's fokus er på å styrke barn og unges oppvekstvilkår, sysselsetting, deltakelse og et inkluderende bymiljø – tiltak som til forveksling ligner på folkehelseiltak eller som anvendes innenfor begge politikkområder (Ibid. s.58).

Som en tilleggsrolle kunne man tenke seg at IMDi, etter mønster fra Helsedirektoratets rolle, kan spille en rolle som mainstreamer av integreringstiltak inn i områdesatsninger. Mange tiltak gjelder universelt for det aktuelle området, men en slik rolle til IMDi kan innebære at integreringseffekten av tiltak – enten de er universelle eller spesielle – vurderes av en aktør som har integrering som kjernekompetanse.

6.5 Kunnskapshull

Virkemiddelbruken på de seks identifiserte tiltaksområdene er omfattende. Imidlertid er det to områder som skiller seg ut som lite belyste både når det gjelder type virkemiddelbruk og omfanget av virkemidler på politikkområdene for folkehelse og for integrering: Tiltak mot barnefattigdom og tiltak mot alvorlig begrensning av unges frihet. Når det gjelder barnefattigdom er det av særlig interesse å undersøke om kommuner ikke bare introduserer kompensasjonsordninger for barnefattigdom, men også tar tak i bakenforliggende forhold som skaper og opprettholder slik fattigdom.

Når det gjelder tiltak mot alvorlig begrensning av unges frihet, er vårt inntrykk av at det eksisterer en rekke planer på feltet, men at det er knyttet usikkerhet til hvilke av tiltakene som er satt ut i livet og hvor mange kommuner som gjennomfører tiltak på dette området. I tillegg har vi inntrykk av at mange tiltak er innrettet mot opplysningsarbeid og mot å oppdage tilfeller av alvorlige begrensninger av unges frihet, men i liten grad mot hvordan slike tilfeller kan forebygges.

Dessuten er det behov for mer systematisk kunnskap om hvordan integrering innlemmes i planarbeidet både i kommuner og fylkeskommuner. Dette gjelder spesielt i hvilken grad og på hvilken måte integrering knyttes til folkehelsemålsetninger generelt

og Folkehelselovens bestemmelser om å redusere sosial ulikhet i helse spesielt.

Det er også behov for mer systematisk kunnskap om fylkeskommunens overordnende strategi- og samordningsarbeid på integreringsområdet.

6.6 Oppsummering

I dette kapittelet har vi fokusert på mulige synergieffekter av å se integrering og folkehelse i en sammenheng og hva slags læring for kommunene som kan trekkes ut av dette – både med tanke på å løfte et av områdene høyere opp på den kommunale agendaen eller å løfte de to politikkområdene.

Vi har strukturert fremstillingen rundt de fire kommunale tiltaksområdene for integreringspolitikken som ble introdusert i kapittel 4 – det strategiske, sosioøkonomiske, kulturelle og romlige.

På bakgrunn av gjennomgangen av policy, styring og virkemiddelbruk har vi identifisert et knippe med læringspunkter.

- 1) De to politikkområde kunne tjene på å bli mer kjent med hverandres politikk mål og virkemiddelbruk, både for å styrke implementeringen innen det enkelte området og for å styrke eventuelle felles tiltak og initiativer. For eksempel kunne det utarbeides et felles policydokument der koblingen mellom områdenes virkemiddelbruk gjøres eksplisitt.
- 2) Fordi helsefremmingsperspektivet fokuserer på bakenforliggende faktorer for god helse og livskvalitet, slik som oppvekst og levekår, har dette perspektiver et stort potensiale for å *forene* politikk- og virkemiddelutformingen på de to områdene. Tiltakene som fremmer helse og høy livskvalitet virker ofte også integrerende. Dette bør gjøres eksplisitt i fremtidige policydokumenter på begge politikkområder.
- 3) Strategi- og planarbeidet bør styrkes på kommunalt nivå ved å mer eksplisitt inkludere begge politikkområder. For eksempel kunne Forskrift om oversikt over folkehelsen

revideres slik at innvandrerbakgrunn trekkes inn som en variabel i kartleggingen.

- 4) Det bør vurderes å innføre et statlig pålegg til kommunene om å utarbeide en kommunal handlingsplan for integrering og mangfold.
- 5) Det bør vurderes å ansette en *mangfoldskoordinator* som er strategisk forankret i kommunen. En koordinator kan styrke det systematiske og langsiktige integreringsarbeidet i innvandrerrike kommuner. Alternativt kan kommunene slå sammen folkehelse og integrering i samme koordinatorstilling.
- 6) I kommuner med spesielle integreringsutfordringer bør det vurderes å etablere tematisk orienterte tverrsektorielle *oppgavevalg* som delvis bryter med den tradisjonelle komitéstrukturen.
- 7) Arbeidet for at barnefattigdom ikke skal være et hinder for fullverdig deltakelse sivilsamfunnet bør styrkes. Eksempelvis kunne dette gjøres ved å samfinansiere en pott med øremerkede stimuleringsmidler til kommunene.
- 8) IMDi's rolle i områdesatsninger bør styrkes. Etter mønster fra Helsedirektoratets rolle kan IMDi innta en tydeligere rolle som mainstreamer av integreringstiltak i områdesatsninger.

7 Relevante eksempler på tiltak som både inkluderer integrering og folkehelse

CASE 1: DRAMMEN KOMMUNE

Aktivitetsskolen – pilotprosjekt ved Brandengen og Fjell skole

Høsten 2016 startet Drammen Kommune opp en første fase av et fireårig forsterkningstiltak i den kommunale læringsstrategien – *Læringsløp Drammen – Å lykkes i hele læringsløpet.*

Tiltaket gjelder Brandengen skole og Fjell skole og skoleåret 2016/2017 er blinket ut som et piloteringsfase. Fra og med skoleåret 2017/2018, derimot, skal hele 1.- 4. trinn få mulighet til å delta på tilbudet.

Erfaringen fra prosjektet skal danne grunnlag for den fremtidige Aktivitetsskolen i kommunen. Målsettingen med tiltaket er å:

- Motvirke sosiale forskjeller
- Bedre integreringen
- Øke det faglige læringsutbyttet i skolefritidsordningen
- Øke deltakelsen i skolefritidsordningen

Aktivitetsskolen er et av fire forsterkningstiltak. De andre er sommerskole, «det 11. året» og gratis barnehage for lavinntektsfamilier. Dette er også tiltak som ivaretar denne gruppen godt.



Hovedaktiviteter

Innholdet er organisert rundt lærings- og ferdighetsaktiviteter som skal fremme elevenes språklige, utforskende og sosiale kompetanse. Elevene får blant annet tilbud om minimum 30 minutter fysisk aktivitet hver dag, varm mat, høytlesning og læringsstøttende aktiviteter. Samtidig er det et sterkt fokus på sosiale omgang.

Fjell skole har også fått tilknyttet en idrettskonsulent fra Drammen idrettsråd som skal bidra til økt samarbeid med idretten og også bidra til å organisere den fysiske aktiviteten på selve Aktivitetsskolen.

Interne samarbeidspartnere

Nært samarbeid mellom kommunen og Drammens idrettsråd

Eksterne samarbeidspartnere

Buskerud Fylkeskommune og Høgskolen i Sørøst-Norge

Finansiering

Drammen kommune



Illustrasjonsfoto: Drammen, Wikimedia Commons

Resultater, suksessfaktorer og overføringsverdi

- Deltakelsen for skoleåret 2016/2017 har så langt har vært god: en deltakelsesandel på 75 prosent ved Brandengen skole, og 64 prosent deltakelse ved Fjell skole
- De siste fem årene før 2016/2017 har disse skolene hatt en deltakelse i skolefritidsordningen på henholdsvis 65 prosent og 39 prosent
- Det har altså vært en formidabel økning i deltagelsen på Fjell skole med hele 25 prosentpoeng

Dette er en type tiltak som andre kommuner lett kan innføre, både som en del av en områdesatsning og ellers.

CASE 2: LIER KOMMUNE**Samarbeid mellom kommunen og Frivillighet Norge for å utvikle lavterskeiltbud for deltagelse på fysiske, kulturelle og sosiale arenaer**

Lier har en innvandrerbefolkning på 5046 personer (2016) noe som utgjør 19,6 prosent av innbyggerne. Dette er nesten en tredobling av innvandrerbefolkningen fra år 2000 hvor andelen var på syv prosent.

Om lag ni prosent av innbyggerne har bakgrunn fra EU, Nord-Amerika og andre vestlige land, mens ti prosent har bakgrunn fra Afrika, Asia og Latin-Amerika.

Den forsterkede satsningen på å utvikle arenaer for økt livskvalitet startet med et dialogmøte i 2015 – «samspill og samarbeid mellom frivilligheten og Lier kommune».

Dette møtet ble arrangert etter at kommunen valgte å inngå et samarbeid med Frivillighet Norge der målet er å styrke og videreutvikle frivillighetspolitikken i kommunen, noe som også har resultert i en samlet frivillighetspolitisk plattform for Lier og prioriterte innsatsområder for forsterket samarbeid.



Hovedaktiviteter

Satsning innebærer opprettelse av lavterskelaktiviteter både innenfor idrett, friluftsliv og kultur. Flere kommunale virksomheter (barnevern, helsetjenesten med Frisklivssentralen, psykisk helse) retter sin virksomhet mot innbyggere «som sliter» med sosial isolasjon, psykiske og fysiske helseutfordringer. Innvandrere og flyktninger utgjør en betydelig del av en slik målgruppe. Kultur og fritid jobber tett sammen med disse med utgangspunkt i «det friske» i folk (egne ressurser, interesser og ønsker) for å finne aktiviteter og tilbud som gir mestring, mening, tilhørighet og fellesskap og derved styrker livskvalitet og inkludering.

Fritidsfadder

De aller fleste organiserte fritidsaktiviteter har en sosial, praktisk og økonomisk terskel. For å gjøre den sosiale terskelen minst mulig, fungerer en av de ansatte i Kultur- og fritidssektoren som en slags fadder som introduserer og støtter barn/ungdommer i inntredenfasen inn i organisert aktivitet.

Etter hvert tenkes dette fulgt opp også via frivillige som blant annet kan rekrutteres og følges opp fra frivilligsentralen.

Økonomisk støtte til deltagelse for unge

Flyktningkontoret gir nyankomne flyktninger et tilskudd til medlemsavgift og aktivitetskontingent.

Utstyrsbibliotek

Lier kommune har etablert et utstyrsdepot (BUA Lier) med sports- og fritidsutstyr som kan lånes på samme måte som man låner en bok på biblioteket.

Åpen hall

Det arrangeres «åpen hall» en gang pr. uke for barn og unge fra 5-7. klasstrinn på fire av kommunens større skoler med gode hallfasiliteter.

Dette er et samarbeid mellom BUA Lier og lokale idrettslag.

<https://www.bua.io/bua-lier/>



Andre inkluderings- og deltakertiltak

I tillegg satses det bl.a. på språkkafé på Lier voksenopplæring, Åpen kafé på Lierbyen seniorsenter og leksehjelprosjekter som innvandrere er hypping brukere av.

Kultur- og fritidssektoren gir tilskudd til spesielle tilretteleggingstiltak for økt deltagelse og inkludering i foreningers regi.

Interne samarbeidspartnere

Nært samarbeid mellom flyktningstjenesten, barnevern, helsetjenesten, Frisklivssentralen, psykisk helse, NAV og Kultur og fritid (som bl.a. omfatter BUA Lier og frivilligsentral)

Eksterne samarbeidspartnere

Frivillighet Norge, Barne- og Likestillingsdepartementet, og hjelpeorganisasjonen Kiwanis.

Finansiering

For å minske den økonomiske deltakelsesterskelen for å delta i frivillige organisasjoner, gir Flyktningskontoret nye flyktninger et tilskudd på inntil kr. 3000 (for tre år) i støtte til medlemsavgift og aktivitetskontingent.

I tillegg yter Kultur og fritid tilskudd og dekker utgifter for deltakelse i kultur- og fritidssammenheng til dem som av økonomiske årsaker ellers ikke ville kunne deltatt. Dette finansieres gjennom et spleiselag med midler fra kommunen, Kiwanis og prosjektmidler fra Barne- og likestillingsdepartementet.



Resultater, suksessfaktorer og overføringsverdi

Siden aktivitetene er av relativt ny dato har ikke resultatene blitt evaluert på en systematisk måte, men kommunen rapporterer allerede nå at den når flere i ønsket målgruppen. Lier har få etablerte innvandrersamfunn, og har en relativt lik andel innvandrere fra EØS (i stor grad arbeidsinnvandrere) og fra Afrika, Asia ect. og representerer slik sett en bestemt type kommune i Norge med et knippe integrerings og folkehelseuteforeninger.

Kombinasjonen av politisk prioritering, aktiv søking av prosjektmidler og samarbeid internt i kommuneorganisasjonen, har gitt støtet til en rekke lavterskelaktiviteter som fanger opp utsatte grupper generelt, men innvandrergupper spesielt.

CASE 3: SKIEN KOMMUNE

Iverksetting av tiltak i handlingsplan mot vold i nære relasjoner

I forbindelse med regjeringens handlingsplan mot tvangsekteskap (2008-2011) fikk i alt fem kommuner støtte av Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) for å lage en kommunal handlingsplan mot tvangsekteskap.

Skien kommune var en av disse og dette gav støtet til det som i 2011 ble kommunens Handlingsplan mot vold i nære relasjoner.

Skien har en stor andel innvandrere (15 %), noe som tilsier at kommunen har utfordringer knyttet til ekstrem kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse.

Tiltak mot dette er nedfelt i handlingsplanen.



Hovedaktiviteter

Handlingsplan

Veileder

Det er utarbeidet en veileder med beskrivelse av tjenesteområdenes eksisterende tilbud, roller og ansvar. Denne er ment som et verktøy for ansatte i Skien kommune ved bekymringer om vold i nære relasjoner.

Brosjyre

I tillegg er det laget en mindre brosjyre «Hva gjør jeg når jeg er bekymret for at noen er utsatt for vold i nære relasjoner?»

Denne inneholder informasjon for allmennheten, tegn og symptomer, hva man bør gjøre og nyttig kontaktinformasjon.

For innvandrergupper spesielt er det

- Utformet informasjonsbrosjyrer om vold i nære relasjoner på flere språk
- Etablert samtalegrupper for innvandrerungdom
- Etablert ressursgruppe mot kjønnslemlestelse og tvangsekteskap

Interne samarbeidspartnere

Barnvern, Flyktningehelsetjenesten

Eksterne samarbeidspartnere

Bufetat

Finansiering

Skien kommune



Illustrasjonsfoto: Bekkestranda og Fanelva i Skien, Wikimedia Commons

Resultater, suksessfaktorer og overføringsverdi

Tiltakene er ikke systematisk evaluert. Kommunen har utviklet en del relevante tiltak som er utmønstret i planen, noe som andre kommuner med de samme utfordringene relativt lett vil kunne kopiere.

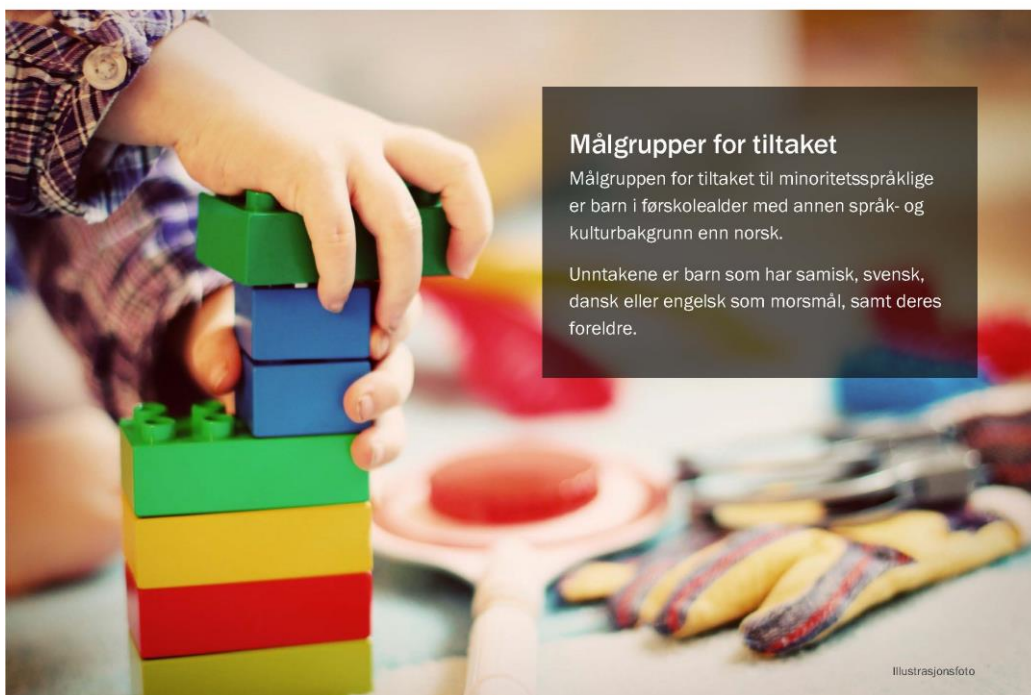
CASE 4: SARPSBORG KOMMUNE**Program for å forbedre språkforståelsen i førskolealder, samt kommuneplan for mangfold med berøringspunkter****I) PROGRAMMET**

Sarpsborg kommune fikk i 2016 øremerkede midler fra Utdanningsdirektoratet for å kunne utforme tiltak som skal bedre språkforståelsen blant minoritetsspråklige barn i førskolealder.

I 2017 utlyser de midler som kommunens barnehager kan søke på.

Formålet er

- i) både å bedre barnas skolestart, å utforme et helhetlig tiltak på tvers av kommunens sektorer og
- ii) sikre deltagelse og integrering på alle samfunnsarenaer på lengre sikt.

**Målgrupper for tiltaket**

Målgruppen for tiltaket til minoritetsspråklige er barn i førskolealder med annen språk- og kulturbakgrunn enn norsk.

Unntakene er barn som har samisk, svensk, dansk eller engelsk som morsmål, samt deres foreldre.

Illustrasjonsfoto

Hovedaktiviteter for førskoleprogrammet

Språkstimulering

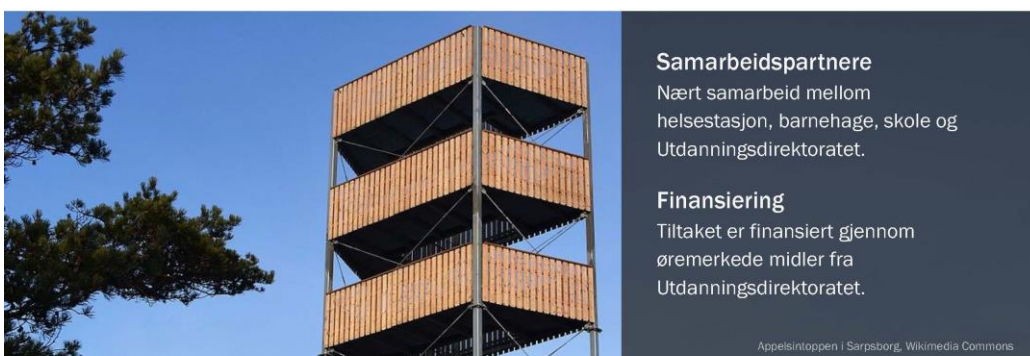
Det legges opp til å etablere språkstimulerings-tiltak i førskolealder, herunder tospråklig assistanse i barnehage.

Dette innebærer også til en viss grad språk-opplæring for foreldre.

Helhetlige tiltak

Det legges også opp til styrket samarbeid mellom helsestasjon, barnehage, skole og språkopplæring for foreldre.

Dette er nødvendig for å tilrettelegge et helhetlig, målrettet og mest mulig effektivt tilbud til minoritetsspråklige barn og familier.



Samarbeidspartnere

Nært samarbeid mellom helsestasjon, barnehage, skole og Utdanningsdirektoratet.

Finansiering

Tiltaket er finansiert gjennom øremerkede midler fra Utdanningsdirektoratet.

Appelsintoppen i Sarpsborg, Wikimedia Commons

Resultater, suksessfaktorer og overføringsverdi

Tiltaket er i en tidlig fase og er ikke systematisk evaluert. Forsterket språkopplæring i barnehage kombinerer folkehelse- og integreringsmålsetninger på en fruktbar måte.

Et godt utviklet språk reduserer sannsynligheten for frafall i skole og tilrettelegger for vellykket deltagelse i samfunnet forøvrig og for god livskvalitet.

II) PLANEN

Kommunedelplan for mangfold, inkludering og likeverd 2016-2028 ble utarbeidet tre år etter at folkehelseloven trådte i kraft og trekker veksler på denne loven.

Universell inkludering

Planen angår alle borgerne og omtaler derfor formålet med planen som 'universell inkludering'. Den omtaler ikke bare integreringsplaner og tiltak, men også forhold som reduserer diskriminering.

Utjevne sosiale helseforskjeller

Helsedelen i planen betoner at kommunen 'skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosial helseforskjeller' og at 'arbeid for å utjevne sosial, ulikhet, hindre «drop out» og sikre inkludering, har helseeffekter'.

Tar helsefremmingstenkningen på alvor

Planen tar helsefremmingstenkningen på alvor ved at den påpeker at psykisk uhelse henger sammen med bakenforliggende samfunnsmessige forhold:

Når levekårene blir for vanskelige trues også den psykiske helsen. Foruten fattigdom er, arbeidsledighet, sosial ulikhet, mangelfull skolegang og diskriminering av etniske minoritet viktige risikofaktorer på samfunnsnivå (s.23).



Kilder

<https://www.sarpsborg.com/byen-og-kommunen/om-organisasjonen/norsk-senteret/tiltak-for-a-forbedre-sprakforstaelsen-i-forskolealder/>

<https://www.sarpsborg.com/globalassets/dokumenter/politikk-og-planer/andre-planer/mangfoldspanen-2016-2028-handlingsdel-2016-2019.pdf>

CASE 5: ASKIM KOMMUNE

Trygg i Askim – Fokus på religionsdialog og ungdom

Askim kommune hadde 15.615 innbyggere pr. 1. januar 2016. 20,9 prosent av befolkningen er innvandrere eller norskfødte med to innvandrerforeldre fra om lag 90 nasjonaliteter. 7,1 prosent hadde bakgrunn fra EU/EØS/OECD, mens 13,8 prosent fra Asia, Afrika, Latin-Amerika.



Kommunen er opptatt av innbyggerdeltakelse. Kommunens mangfoldsarbeid har søkt kunnskap fra bydel Alna i Oslo, Bergen kommune og Nacka kommun utenfor Stockholm. Den kommunale mangfoldstrategien fokuserer på blant annet språk, flerkulturell forståelse på ulike aktørnivåer, innvandreres aktive deltakelse i lokalsamfunnet og å videreutvikle og skape nye møteplasser.

Bakgrunn og formål

Trygg i Askim startet på initiativ fra tre personer fra Den norske kirke i Askim som gikk på religionsdialogkurs og ønsket å involvere seg aktivt i det flerreligiøse lokalsamfunnet. De kartla det religiøse mangfoldet i Askim, intervjuet personer med ulike livssyn og arrangerte sammen med nye samarbeidspartnere et folkemøte høsten 2015. Det Muslimske kultursenteret (det eneste andre organiserte lokale trossamfunnet som ikke var kristent) og aktørene fra kirken stiftet Trygg i Askim. Sammen bestemte de seg for at temaet for folkemøtet skulle være ungdom. De andre samarbeidspartnerne som ble del av arbeidsgruppa var Internasjonal jentegruppe, politiet og SLT-koordinator.

Målgrupper for tiltaket

Trygg i Askim har fokus på religionsdialog, ungdom og tilhørighet. Formålet er

- 1) dialog mellom muslimer og kristne i Askim;
- 2) økt kunnskap og forståelse om de to religionene;
- 3) å være en ressurs i Indre Østfold om religionsdialog og samkvem mellom ulike religioner og livssyn og
- 4) å bidra til trygge oppvekstvilkår lokalt og
- 5) målrettet forebygging av ekstremisme.

Målgruppa er hele befolkningen, da hensikten er på å skape lokal tilhørighet for alle, inkludert folk med innvandrerbakgrunn.

Hovedaktivitet: Folkemøter

Den viktigste aktiviteten har vært to folkemøter 2015 og 2016 forberedt og utviklet i tett samarbeid mellom ulike aktører i arbeidsgruppa. Folkemøtene har invitert innbyggere i nabokommunene, og dermed hatt Indre Østfold som målgruppe.

Folkemøtet i 2015 handlet om ungdoms livskvalitet og hvordan lage et godt lokalmiljø for ungdom. For å tiltrekke ungdom, var en kjent komiker invitert og det var premieutdeling for en fotokonkurranse. Møtet hadde over 300 fremmøtte, deriblant frivillige organisasjoner, rådmann og ordfører.

Arbeidsgruppa gjennomførte et nytt folkemøte høsten 2016, opprinnelig initiert av ungdommer i arbeidsgruppa. Hensikten var å få folk ut i det åpne rom og skape lokal tilhørighet for alle ved å snakke om forskjeller, fremme religionsforståelse og forhindre fiendebilder.

Folkemøtetemaet var «Sammen for fred.» Arrangementet inneholdt blant annet en panelsamtale med ungdommer med ulikt livssyn, et invitert innlegg om ekstremisme og premiering av en skrivekonkurranse om fred.



Finansiering

Trygg i Askim finansieres gjennom støtte fra IMDI og Justis- og beredskapsdepartementets nasjonale tilskuddsmidler for å forebygge radikaliserings og voldelig ekstremisme.

Foto: Askim kirke, Vidar Iversen, Wikimedia Commons

Foreløpige erfaringer, suksessfaktorer, og overføringsverdi

Folkemøtene har hatt godt oppmøte og unge og eldre tilhørere uttrykte at de satt pris på panelsamtalen og gjerne ønsket mer av dette. Arbeidsgruppa vurderer nye muligheter for dialogpanel.

Arbeidsgruppas planlegging av arrangementene har knyttet aktører med ulik bakgrunn og organisatorisk tilhørighet sammen. I arbeidsgruppa er det rundt 20 personer med ulike bakgrunner som i løpet av forberedelsene ble godt kjent og dannet vennskap.

Gruppemedlemmene har ulikt livssyn (kristne, muslimer, humanetikere), ulike landbakgrunner (Norge, Somalia, Irakisk Kurdistan, Pakistan), er fra ulike generasjoner og det er omtrent like mange menn og kvinner. «Trygg i Askim» oppleves som et forebyggende bidrag til å unngå polarisering.

Ifølge folkehelsekoordinatoren har det tette samarbeidet og fokuset på religionsdialog lagt grunnen for at «vi er helt sikre på at hvis noe kritisk skulle skje i Askim, står vi sammen, vi har bygd en plattform.»

Referanser

[Askim. En god by å bo i for ALLE innbyggere](#). Presentasjon, NAFOs skolenettverk mai 2013
[Et inkluderende lokalsamfunn](#). Presentasjon, Koordinatormøte Østfoldhelse 2016

CASE 6: BERGEN KOMMUNE

Tidlig språkinnsats gjennom gratis kjernetid og språkforsterket dagtilbud

I Bergen har 16,8 prosent av befolkningen innvandrerbakgrunn. Det var i 2016 omtrent like mange innvandrere med bakgrunn fra EU/EØS, etc. som fra Asia og Afrika, etc.



Bakgrunn, formål og målgruppe

Hensikten med gratis kjernetid er at flere barn med minoritetsbakgrunn begynner i barnehage og slik forberedes språklig og sosialt på skolen. Et stimulerende språkmiljø i barnehagen kan kompensere for at foreldre ikke snakker skolens undervisningsspråk. I en 2010-undersøkelse svarte 9 prosent av foreldre som ikke benyttet seg av barnehage at det skyldtes barnehageprisen. For foreldre med lav inntekt var andelen 19 prosent.

Siden 1998 har ulike forsøksprosjekter med gratis kjernetid blitt prøvd ut. Forsøksordningene indikerer at gratis kjernetid påvirker positivt skoleresultatene til barn med innvandrerbakgrunn. Årstad bydel i Bergen, som har en høy andel minoritetsspråklige barn, fikk fra 2010 nasjonal støtte om å tilby gratis kjernetid. Kommunen har prøvd ut flere varianter av ordningen til forsøksprosjektet ble avviklet i 2016. Mellom 2013 og 2015 kombinerte kommunen bredt rekrutteringsarbeid til gratis kjernetid med et språkforsterket åpent dagtilbud.



Hovedaktiviteter

Gratis kjernetid

Mellom 2013 og 2015 kunne familier under en viss inntektsgrense søke om gratis kjernetid for barn mellom ett og seks år. Kommunen informerte om muligheten gjennom informasjonsbrev og helsestasjoner.

Foreldre med barn i gratis kjernetid pliktet å delta i aktiviteter. Hvis de ikke arbeidet, studerte eller fikk kontantstøtte, kunne de oppfylle aktivitetsplikten ved for eksempel å gå på norskkurs eller ICDP-kurs. Dette var bare aktuelt for noen få foreldre, 4-5

personer, som fikk tilbud i norskkurs og samfunnsfag i regi av Kirkens Bymisjon.

Språkstien barnehager

De brede rekrutteringsstrategiene til gratis kjernetid ble kombinert med et språkfosterket dagtilbud: Språkstien, et alternativ for familier som ikke hadde barnehageplass. Språkstien gir barn og foreldre mulighet til å lære og praktisere norsk. Et annet formål er at tilbudet kan være en rekrutteringsarena for vanlige barnehager.

Finansiering

Rekruttering til gratis kjernetid, Språkstien og kompetansehevingen ble finansiert med gratis nasjonale kjernetidmidler. Bergen var en av tre kommuner i forsøksprosjektet. Utover å dekke redusert foreldrebetaling, skulle de nasjonale midlene brukes til systematisk språkstimulering i barnehagene, kompetanseheving og tiltak rettet mot foresatte med innvandrerbakgrunn. Bergen kommune har i tillegg lagt til midler. Forsøksordningen ble avsluttet da det ble innført en landsdekkende ordning for lavinntektsfamilier i 2015. Kommunen fikk videreført midler ut 2016. Fra 2017 fortsetter Bergen kommune ett Språkstien-tilbud med egne midler.

Resultater, suksessfaktorer og overføringsverdi

Gratis kjernetid Fra høst 2014 til juni 2015 hadde 70 familier i bydel Årstad søkt om gratis kjernetid, ganske få familier gitt antallet barn i bydelen. Fafos 2015-studie sier det ikke er mulig å konkludere årsaken til dette basert på foreliggende data. En utfordring var at det var vanskelig å vite hvor mange som kom til å søke om gratis kjernetid.

Språkstien: Erfaringene med Språkstien har vært svært positive. Tilbudet har vært godt besøkt. I en av Språkstien-tilbudene var 90 prosent av barna minoritetsspråklige; i en annen var 50 prosent minoritetsspråklige. For noen familier har Språkstien vært et sosialt møtepunkt hvor de har dannet nettverk i nærmiljøet. Språkstien har også fungert som rekrutteringsarena ved at mange foreldre siden søkte ordinær barnehageplass.

Referanser

Bråten, B. og Bogen, H.: Målretting av gratis kjernetid. Erfaringer fra bydel Gamle Oslo, Drammen og Bergen. Fafo-rapport 2015:39
Bråten, B. og Sandbæk, M.L.: Å være seg sitt ansvar bevisst Språktilbud til 3-5-åringer med minoritetsspråklig bakgrunn som ikke går i barnehage. Fafo-rapport 2014:23
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Årstad: [Årsrapport 2015](#)

CASE 7: TRONDHEIM KOMMUNE

Områdeløft Saupstad-Kolstad

Bakgrunn og formål

Områdeløft Saupstad-Kolstad er Bystyrets program for områdeinnsats i en levekårsutsatt bydel i Trondheim. Gjennom programmet samarbeides det om prosjekter på tvers av fag og sektorer innen områdeutvikling, tjenesteutvikling og lokalsamfunnsutvikling for å nå målene om:

- en bydel som fremmer livskvalitet og helse
- barn og unges kompetanse for framtida
- bærekraftig bydel med variert boligsammensetning og høy kvalitet på infrastruktur og offentlige rom
- en inkluderende bydel med gode møteplasser og muligheter for deltakelse

Saupstad-Kolstad er en av bydelene i Trondheim med høyest andel innvandrere.

Integreringsproblematikk er ikke utgangspunktet for satsingen, men kulturelle perspektiver tas med i arbeidet med møteplasser og deltakelse.



Områdeløft
SAUPSTAD ♥ KOLSTAD



I motsetning til ordinær individrettet innsats, forsøker man i et områdeløft å tilnærme seg levekårsutfordringer på områdenivå. Områderettet innsats påvirker i liten grad levekår direkte, men fokuserer på årsaker til utfordringene og ser tjenester, ressurser, og sosiale og fysiske forhold i sammenheng.

For å løse utfordringene knyttet til opphopning av levekårsutfordringer må man våge å tenke nytt rundt de offentlige tjenestene, og om hvordan man kan utløse annen lokal innsats. Gjennom områdeprogrammet har tjenester i bydelen fått mulighet til å prøve ut nye arbeidsformer og virkemidler.

Hovedaktiviteter

Det er jobbet med områdeutvikling og utvikling av lokale tiltak gjennom omfattende medvirkningsprosesser.

Medvirkningen er en del av områdeløftmetodikken for å bygge lokal kompetanse, sosial kapital og eierskap til egen bydel. For å få med alle grupper i bydelen er det utviklet nye medvirkningsmetoder, som ungdomstråkk, gjestebud og workshops med aktiviteter.

I forhold til deltakelse, integrering, livskvalitet og helse er det jobbet med å skape mestringsarenaer for barn og unge gjennom demokratiopplæring, holdningsarbeid, kompetanseheving og medvirkningsarenaer.

Gjennom lokalt helsearbeid er det også utviklet lokale mestringsarenaer i forhold til å delta i fysisk aktivitet. Det vil fremover også satses mer på sosialt entreprenørskap som en innfallsvinkel til livskvalitet og deltakelse.

Tiltak

Et av prosjektene under Områdeløft Saupstad-Kolstad er «**Aktive Saupstad.**» Dette prosjektet er et paraply-prosjekt som består av mange tiltak som skal bidra til at befolkningen i området blir mer fysisk aktiv.

Svømmekurs for innvandrere

Behovet for svømmekurs kom fram ved at flere nestenulykker hadde skjedd mens innvandrerkvinner med sine barn leide Husebybadet, svømmehallen i bydelen. Kommunen bestemte seg for arrangere kurs der deltakerne betalte en lav egenandel.

Åpen hall

Høsten 2016 ble det gjennomført en pilot ift Åpen Hall med midler fra Trondheim kulturnettverk. 40-50 unge var til stede på de søndagene det ble arrangert; både jenter og gutter, fra ungdomskole og videregående skole i hovedsak innvandrerungdom.

Internasjonal dans

Målgruppen er alle kvinner, men først og fremst de som bor på Saupstad/Kolstad og er ny i landet. Rekruttering av deltakere ble gjort gjennom: lokale kvinnegrupper, personlig nettverk, Dialogsenteret, plakater, Facebook og Saupstad.no.

Det er gjennomført 1 kurs i 12 uker høsten 2016 i samarbeid med Trondheim Internasjonale Folkedansgruppe. 22 kvinner deltok. Kvinnene var fra 14 forskjellige land (Chile, Syria, Bosnia, Kroatia, Kosovo, Tyrkia, Irak, Norge, Serbia, Somalia, Afghanistan, Brasil, Iran og Sør Afrika). Kvinnene har lært mer enn 30 forskjellige danser fra mange ulike land.



Finansiering

Områdeprogrammet finansieres gjennom årlige bevilgninger fra KMD og Fylkesmannen, i tillegg til egne midler over Trondheim kommunes budsjett. Husbanken forvalter KMDs midler inn i satsningen.

Resultater, suksessfaktorer og overføringsverdi

Programmet er i en tidlig fase og er ikke systematisk evaluert. Satsingen trekker veksler på tilsvarende erfaringer fra Norge og andre land med lignende utfordringer.

Områdesatsninger forener folkehelse- og integreringsmålsetninger på en fruktbar måte. En rekke tiltak skal motvirke utenforskap gjennom inkludering og involvering.

Foto: Trondheim kommune

CASE 8: BØLER FRIVILLIGSENTRAL ØSTENSJØ BYDEL, OSLO**Fokus på empowerment, helse og sosiale nettverk for minoritetskvinner**

Bøler ligger i Bydel Østensjø (49 9902 innbyggere) i Oslo og hadde per 2016 12276 innvandrere og norskfødte av innvandrere. Dette utgjorde 24,6 prosent av befolkningen, en økning fra 15,9 prosent i 2004. De vanligste bakgrunnene var Asia, Afrika etc. (15 prosent) og Øst-Europa (6,3 prosent).



Det var vært en jevn årlig prosentvis økning av østeuropeere siden 2004 (fra 2 prosent) og innbyggere med bakgrunn fra Asia, Afrika etc. siden 2010 (fra 11,3 prosent). Andelen innvandrere fra andre bakgrunner har ligget på omtrent den samme årlige andelen.

Siden 2015 har bydelen hatt økt fokus på flyktninger gjennom det frivillige initiativet Hjerterom Østensjø og det bydelsforankrede Krafttak Østensjø. Frivilligsentralen er med i disse initiativene og har i tillegg aktiviteter for lengeboende innvandrere som beskrevet her I aktivitetene for lengeboende innvandrere kombineres et folkehelse- og integreringsperspektiv.

Mange minoritetskvinner har meldt seg som frivillige ved Bøler Frivilligsentral fra 2014-2016. Frivilligsentralen ønsker å bidra til sterkere sosial integrasjon av minoritetskvinner med lang botid i Norge som har svake sosiale nettverk i majoritetsbefolkningen. Leder for sentralen er bevisst på at kvinner som har kommet på familiegjeforening ikke får gratis norsktilbud og at utgifter til norskkurs ofte ikke prioriteres i eninntektsfamilier. Sentralen inkluderer minoritetskvinner primært i allmenne aktiviteter ved sentralen, i tillegg til at det finnes en pakistansk kvinnegruppe. Fokuset er på inkludering i aktiviteter som kan fremme helse, sosiale nettverk og empowerment. I tillegg er aktivitetene tenkt å bidra til sosial integrasjon ved at man blir sett, møtt, får en rolle og kan bidra. Det vektlegges også at frivillig arbeid kan gjøre at en stiller sterkere som jobbsøker.



Hovedaktiviteter

Frivilligsentralens relevante tilbud for lengeboende innvandrere er generelle tilbud for alle: trim for kvinner, Qi gong for kvinner, yoga og strikke- og håndarbeidsklubb, i tillegg til to tilbud rettet spesifikt mot innvandrere: pakistansk kvinnegruppe og norskkurs. Frivilligsentralen har også formidlet praksisplasser til eldresentre og omsorgsboliger.

Den pakistanske kvinnegruppa

Dette er et ukentlig tilbud til kvinner som er hjemme på dagtid. I møtene kan en få

nettverk, møte andre kvinner og få hjelp til oversettelse og annet. Det er også planer om å innhente eksterne ressurspersoner som kan formidle om ulike temaer.

Trim for kvinner

Dette er det tilbudet flest av kvinnene benytter seg av. Deltakerne har bakgrunn fra flere ulike land, inkludert Norge. Tilbudet er del av Diabetesforbundets «finn formen». Fire kvinner med pakistansk bakgrunn har deltatt på kurs for å bli kursleder og er nå blant kursholderne på sentralen.



Eksterne samarbeidspartnere

Frivilligsentralen samarbeider med den lokale organisasjonen Somali women empowerment. Organisasjonens formål er at somaliske kvinner skal ha arenaer utenfor hjemmet og å aktivisere barna. Flere frivillige har meldt seg gjennom Somali women empowerment og den pakistanske kvinnegruppa.

Finansiering

Frivilligsentralen eies av Bydel Østensjø i Oslo kommune.

Resultater, suksessfaktorer og overføringsverdi

Gjennom minoritetskvinnens egne nettverk når Frivilligsentralen mange. Det har også vært positivt at det fra Frivilligsentralens side har vært genuin interesse for ulike kulturer og språk. I tillegg har aktivitet over tid og samlokaliseringen av at ulike aktiviteter vært av betydning; å bli kjent på én arena på sentralen kan være et springbrett for å få nettverk gjennom andre aktiviteter.

CASE 9: BYDEL ALNA**Sosial integrasjon av familier gjennom mødre**

I bydel Alna var i 2016 52,3 prosent innvandrere eller norskfødte av to innvandrerforeldre. Flest (39,7) har bakgrunn fra Afrika, Asia etc.



Bydelen har et rikt organisasjonsliv og har siden 2007 vært med i områdeløftområde i Groruddalsatsningen.

Bakgrunn og formål

Bydelsmødre i Alna er både et prosjekt og en forening der frivillige kvinner med minoritetsbakgrunn støtter og hjelper andre kvinner i nærmiljøet på viktige livsområder som foreldreskap, arbeid og helse.

Formålet «er å bygge en bro mellom kvinnene og lokalsamfunnet ved å danne nettverk på tvers av det sivile samfunn, myndigheter og privat sektor.»



Hovedaktiviteter

Grunnutdannelsen til bydelsmødrene består av 16 moduler og omhandler bydel Alnas arbeid knyttet til helse, samfunn, familie, barn samt bydelsmødrenes metoder.

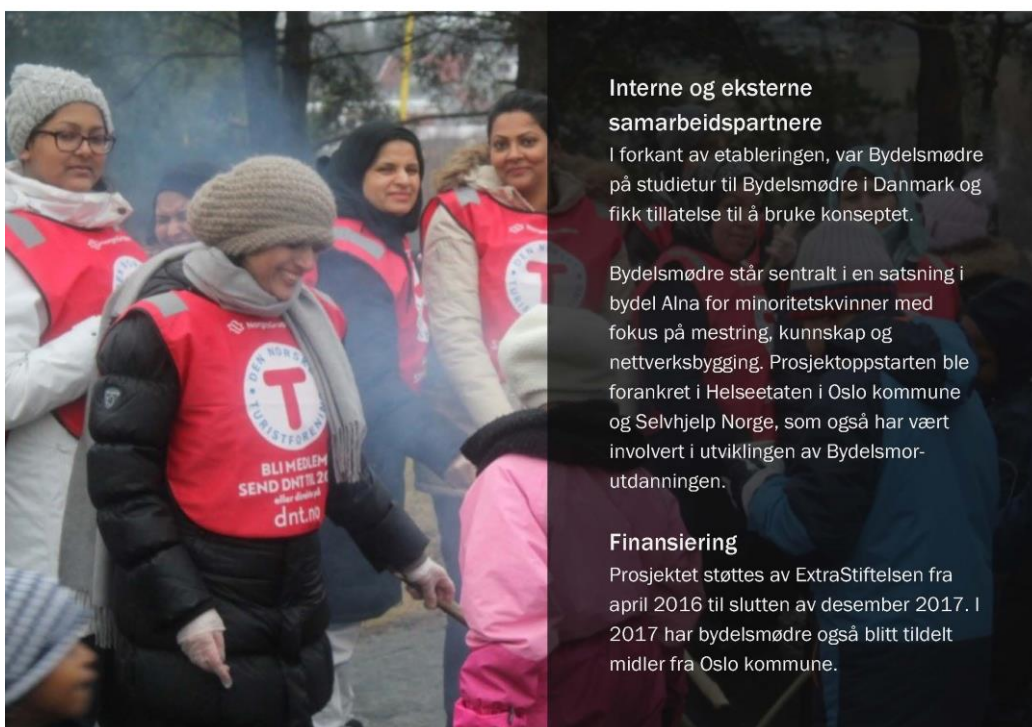
Foreleserne er primært interne fra ulike tjenesteområder i kommunen. For å bli deltaker i kurset, har det blitt vektlagt stort nettverk, variasjon i landbakgrunn, motivasjon og god norsk språkforståelse.

Utdannede bydelsmødre er frivillige på ulike tilstelninger i bydelen. De er også ukentlig tilgjengelige på det lokale biblioteket.

Bydelsmødre har i tillegg blant annet startet treningsgrupper, samtalegrupper, opprettet en møteplass for isolerte kvinner og har informert på fagmøte for helsesøstre i bydelen.

En av bydelsmødrene har tatt ICDP-utdanning (International Child Development Program) og gjennomført kurs for kvinner med somalisk bakgrunn i samarbeid med områdeløft Lindeberg holdt et ICDP-kurs.

Bydelsmødre er også involvert i styret og gjennomføring av aktiviteter i områdeløft Haugerud.



Interne og eksterne samarbeidspartnere

I forkant av etableringen, var Bydelsmødre på studietur til Bydelsmødre i Danmark og fikk tillatelse til å bruke konseptet.

Bydelsmødre står sentralt i en satsning i bydel Alna for minoritetskvinner med fokus på mestring, kunnskap og nettverksbygging. Prosjektoppstarten ble forankret i Helseetaten i Oslo kommune og Selvhjelp Norge, som også har vært involvert i utviklingen av Bydelsmødre-utdanningen.

Finansiering

Prosjektet støttes av ExtraStiftelsen fra april 2016 til slutten av desember 2017. I 2017 har bydelsmødre også blitt tildelt midler fra Oslo kommune.



Resultater, suksessfaktorer og overføringsverdi

Alle prosjektmålene ble oppnådd i 2016. Prosjektet har fått større omfang enn definert. Det var stor pågang og interesse og det måtte settes opp venteliste for utdanningen.

Målet var 10 aktive bydelsmødre; i stedet ble 18 bydelsmødre utdannet. Tilbakemeldingene fra de utdannede bydelsmødrene har vært svært positive; de opplever å ha fått bedret egen livskvalitet og informerer og støtter kvinner i egne nettverk.

Avgjørende for den raske utviklingen var at prosjektet kunne bruke det danske konseptet. En suksessfaktor var at planleggingen i Alna bygget på dokumentasjon og forskning av prosjektet i Danmark.

En annen suksessfaktor er at organisasjonen bygger på tidligere erfaringer fra lokal frivillighet og når mange på grunn av lokal- og språkkunnskap. For eksempel hadde prosjektlederen før oppstartbygget relasjoner med lokale kvinner gjennom 20 år og hadde dermed tillit lokalt. Videre har støtten fra ordfører og byrådet for helse og eldre har vært viktig ved siden av forankringen og samskapingen med kommunale aktører og Selvhjelp Norge.

Kilder:
www.bydelsmor.no
Groruddalen.no: [Samler bydelens mødre](#). Nettartikkel
20.01.2016.
Årsrapport 2016 Bydelsmødre.

Foto: Bydelsmødre

CASE 10: HARAM KOMMUNE

Institusjonalisert inkludering av arbeidsinnvandrere og deres familier gjennom språkkurs og informasjon om lokalsamfunnet

Per 2016 hadde Haram kommune 9200 innbyggere, hvorav 15,9 prosent, 1467 personer, var innvandrere eller etterkommere. De fleste har bakgrunn fra EU/EØS ect. (10,1 prosent).

Høsten 2017 skal en ny integreringsavdeling opprettes i kommunen, som skal ha ansvar for flyktninger, arbeidsinnvandrere og familiegjenforente. I den nye avdelingen skal flyktningkontoret, voksenopplæringen og NAV samorganiseres og samlokaliseres under felles ledelse.



HARAM
KOMMUNE

Bakgrunn, formål og målgruppe

Haram kommune har fokus på å integrere og ønske velkommen innvandrere av alle kategorier: flyktninger, arbeidsinnvandrere og familieinnvandrere.

Næringslivet har vært en pådriver for å etablere helhetlig integreringsprogram der målet er at arbeidsinnvandrere og familier skal bli boende og derved fremme bedriftenes konkurransedyktighet (i lys av ressursene brukt på rekruttering og opplæring), og med tanke på at kommunen som tjenestetilbyder har god ressursbruk. Tiltakene kan imidlertid også ses i et folkehelseperspektiv, da de vektlegger trivsel, deltakelse og inkludering.



Eksempler på aktiviteter

Kurset Språk og integrering: Dette kurset kombinerte språkopplæring med lokalkunnskap. Det ble blant annet arrangert tur til lokalavisa, kulturhuset og biblioteket i tillegg til at lokale aktører ble invitert inn for å informere om jobbsøking og lokalt organisasjonsliv. Kunnskapen om lokalsamfunnet ble brukt som lærestoff for å lære norsk. Erfaringene har blitt videreført til arbeidsrettede kurs i tre ulike bransjer i kommunen.

Trespråklig nettportal: Nettsiden www.haram.no er en informasjonsside på norsk, engelsk og polsk hvor den mest sentrale målgruppa er nyinnflyttede i kommunen. Nettsiden informerer om blant annet lokale tjenester, bolig, arbeid, fritidstilbud og gir råd utarbeidet av innvandrere om hvordan man enklere kan bli del av lokalsamfunnet. Øverst på kommunens hjemmeside er det tydelig lenking på engelsk og polsk til nettportalen.

Tilflyttertjeneste på kommunens servicetorg: Servicetorget i kommunen gir innflyttere informasjon om kommunale tjenester. De informerer også og gir veiledning på grunnlag av nettportalen www.haram.no. Tilflyttertjenesten ved servicekontoret har også, i samarbeid med næringsrådgiveren, sendt ut velkomstpakke til nye innbyggere. Velkomstpakken inneholdt blant annet

velkomstbrev, kart, brosjyre om å være ny i Ålesundsregionen og informasjon om tilbud fra frivilligsentralen. Velkomstpakken var et tiltak i Integreringsprogrammet, og skal videreføres. Et planlagt tiltak som fortsatt er under planlegging, er informasjonsmøte for nyinnflyttede innvandrere tre ganger i året.

Dette skal skje i regi av tilflyttertjenesten ved servicetorget og kommunens næringsrådgiver. Kommunens flyktningkontor har tidligere blitt arrangert informasjonsmøter for nyankomne flyktninger. I forbindelse med opprettelsen av den nye integreringsavdelingen i kommunen, planlegges informasjonsmøter for alle kategorier innvandrere: flyktninger, arbeidsinnvandrere og familiegjenforente.

Øvrige eksempler på gjennomførte tiltak under Integreringsprogrammet var analyse av arbeidsinnvandreres behov før, under og etter flytting til Haram, fagdag om integrering for grunnskolen og PPT (samarbeid mellom Grunnskolettjenesten, voksenopplæringen, næringsrådgiver og HNI), leksehjelp til foresatte med innvandrerbakgrunn, idédugnad med ledere i næringsliv og kommune om informasjon til innvandrere, og språkkafé i regi av Frivilligsentralen.





Samarbeidspartnere og finansiering

Haram Næring og Innovasjonsforum (HNI) har vært en sentral aktør er finansiert av lokale medlemsbedrifter og kommunen. HNI søker regelmessig prosjektmidler. Integreringsprogrammet ble finansiert av Kommunal- og moderniseringsdepartementets utviklingsprogram Bolystprogrammet. Språk- og integreringskurset var et kurs arrangert av HNI , som deltakere måtte betale for. De arbeidsrettede språkkursene finansieres av arbeidsgiverne og fylkeskommunen.

Resultater, suksessfaktorer og overføringsverdi

En suksessfaktor og premiss i mange av tiltakene er at de skjer i samarbeid mellom kommunen, næringslivet og frivillighet.

HNI's eierstruktur er i seg selv en forankring i lokale bedrifter og kommunen. Denne samarbeidsformen har betydning for overførbarhet til andre kommuner.

Kilder:
Distriktssenteret: Bolystprogrammet
Distriktssenteret Program for integrering i Haram.
Nettartikkel 6.mars 2016

Foto: Hildegunn Gangstad, CC BY-SA 3.0
Haram kommune
Haram.no

Litteratur

- Anagnostou, D. (2016): *Local government and migrant integration in Europe and Greece*. Hellenic Foundation for European and Foreign Policy.
<http://www.lomigras.gr/images/LOMIGRAS.report.No1.pdf>
- Agenda Kaupang. (2014): *Evaluering av Integrerings- og mangfolds direktoratet*. Rapport 6. Januar 2014
- Asker kommune (2017): Borgenprosjektet.
<https://www.asker.kommune.no/samfunnsutvikling/borgen-prosjektet/> (Søk 22.13.17)
- Barne-, likestillings og inkluderings departementet (2016):
Tildelingsbrevet til IMDi for 2016.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/23751a30c2a24f23ac8f646973dc9bf4/2016/IMDi.pdf>
- Barne-, likestillings og inkluderings departementet (2016a): Tillegg til *tildelingsbrevet til IMDi for 2016*
<http://www.IMDi.no/contentassets/55a5ae1ccea4196aa12218c2a764f15/tildelingsbrev-til-IMDi-2016---tillegg-1.pdf>
- Barne-, og likestillingsdeprtmentet (2016): Integreringsdefinsjon
<https://www.regjeringen.no/no/tema/innvandring/integrering/id2343461/>
- Bouckaert, G., B. Peters G, and Verhoest K. (2010): *The Coordination of Public Sector Organizations. Shifting Patterns of Public Management*. Houndsmill: Basingstoke

- Buskerud fylkeskommune (2017):
Tilskuddsordninger. [http://www.bfk.no/Tjenesteomrade/Fo
lkehelse1/Prosjekter-og-samarbeid/Partnerskap/](http://www.bfk.no/Tjenesteomrade/Fo
lkehelse1/Prosjekter-og-samarbeid/Partnerskap/)
- Dahl, E., H. Bergsli og K. A. van der Wel (2014): *Sosial ulikhet i
helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og
Akershus, fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk. Oslo: HioA.
- Direktoratet for forvaltning og IKT (2016): *Mål for inkludering av
innvandrerbefolkningen. En gjennomgang av ordningen*. Difi rapport
2011:1
- Direktoratet for forvaltning og IKT (2016a); *Felles problem – felles
løsning? Lærdommer fra 0-24-samarbeidet*. Læringsnotat. 09.11.16
- Direktoratet for forvaltning og IKT (2015) *Statlig styring av
kommunene. En kartlegging av virkemiddelbruk og utviklingstrekk på
tre sektorer i perioden 1999-2015*. Rapport 19
- Direktoratet for forvaltning og IKT (2011). *Mål for inkludering av
innvandrerbefolkningen – en gjennomgang av ordningen* Rapport
2011:1
- Distriktssenteret 2016: *Fylkeskommunenes arbeid med inkludering av
innvandrere. Kartlegging av planer og praksis i Akershus, Hordaland,
Nordland og Sogn og Fjordane*
- Djuve, A. og Kavli. H. 2015: *Ti års erfaringer. En kunnskapsstatus om
introduksjonsprogram og norskopplæring for innvandrere*. Fafo-
rapport 2015:26
- Drammen kommune (2015): Forslag til plan for inkludering og
mangfold.
[https://www.drammen.kommune.no/Templates/SSP.eDe
mokrati/modules/SyncFileHandler.ashx?dokid=15073024&
kom=drammen&version=1&reserved=0&variant=P&name
=FORSLAG%20TIL%20HANDLINGSPLAN%20FOR%
20MANGFOLD%20OG%20INKLUDERING&fext=DO
CX&pageID=2882&digest=26XLkdLxReNVFGYWC3KG
4wgg](https://www.drammen.kommune.no/Templates/SSP.eDe
mokrati/modules/SyncFileHandler.ashx?dokid=15073024&
kom=drammen&version=1&reserved=0&variant=P&name
=FORSLAG%20TIL%20HANDLINGSPLAN%20FOR%
20MANGFOLD%20OG%20INKLUDERING&fext=DO
CX&pageID=2882&digest=26XLkdLxReNVFGYWC3KG
4wgg)

- Edmark (2002): *Förort i focus – intervensjoner for millioner*.
Integrasjonsverkets rapportserie 2013.02
- Eimhjellen, I. og Segard, S.B. (2010): *Etniske minoriteter og frivillige organisasjoner*. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, Rapport 2010:8.
- Eriksen, T. H. (2015): Samfunn. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksen, T. H. (2005): Thomas Hylland Eriksen. The Meaning of 'We'. I Peter A Kraus and Peter Kivisto, eds.: The Challenge of Minority Integration. De Gruyter. Open 2015.
<http://www.degruyter.com/view/product/460448?rskey=10lgjl>
- Fimreite, A.L., Lango, P., Læg Reid, P. og Rykkja, L.H., (2010): *Organisering, samfunnsikkerhet og krisehåndtering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Forskrift (2012): Forskrift om oversikt over folkehelsen. FOR-2012-06-28-692
- Forskrift (2005): Forskrift om opplæring i norsk og samfunnskunnskap for nyankomne innvandre. FOR-2005-04-20-341
- Forskningsrådet (2016): *Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen*. Evaluering. Divisjon for samfunn og helse
- Fylkesmannen 2016: Fylkesmannen og folkehelse.
<https://www.fylkesmannen.no/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Folkehelse/>
- Garcés-Mascareñas, B., Penninx, R. (Eds.) (2016): *Integration Processes and Policies in Europe*. New York: Springer. Open Access
- Halvorsen, L.J., Kårstein A., Bergem; R.(2016): *Fylkeskommunens ansvar og oppgaver i regionalt folkehelsearbeid*, Møreforskning: Rapport 73

- Hartley, Jean. (2005): *Innovation in Governance and Public Service: Past and Present*. Public Money and Management
- Helsedirektoratet:(2017d): Tilskuddsordninger av nasjonal betydning.
<https://helsedirektoratet.no/tilskudd/folkehelseiltak-av-nasjonal-betydning>
- Helsedirektoratet (2017c): Tilskuddsordninger.
<https://helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-utvikling-av-kommunale-frisklivs-lerings-og-mestringstilbud>.
- Helsedirektoratet (2016): *Gode liv i Norge Utredning om måling av befolkningens livskvalitet*. Juni
- Helsedirektoratet. (2015): *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet. En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i leveårsundersøkelsene*. Desember
- Helsedirektoratet (2014): *Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge*. Juni
- Helsedirektoratet (2013): *Roller og ansvar i folkehelsearbeidet*.
<http://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid/roller-og-ansvar/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2013a): *Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. God oversikt – En forutsetning for god folkehelse*. Veileder.
- Helsedirektoratet (2010): *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle* (IS-1846) Oslo
- Heckmann, F. (2006): *Integration and integration policies, IMISCO*.
[http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/19295/ssoar-2005-heckmann-integration and integration policies.pdf?sequence=1](http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/19295/ssoar-2005-heckmann-integration%20and%20integration%20policies.pdf?sequence=1)
- Helgesen, M. og H. Hofstad (2012): *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse*. NIBR-rapport 2012:13. Oslo: Norsk institutt for by og regionforskning.

- Hofstad, H. (2014): *Lokalt folkehelsearbeid – status, utfordringer og anbefalinger*. Vedlegg i Helsedirektoratet 2014
- Hofstad, H. (2011): Healthy Urban Planning: Ambitions, Practices and Prospects in a Norwegian Context. *Planning Theory & Practice*, 12, 3, 387-406
- Hofstad, H., Lid, S., Schou, A. og Vedeld, T. (2015): *Lokal oversikt over folkehelsen – muligheter og utfordringer*, NIBR-rapport 2015:13, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Hofstad, H. og Hanssen G. S. (2015): *Samfunnsutviklerrollen til regionalt folkevalgt nivå. Videreutvikling av rollen gjennom partnerskapsbasert regional utvikling og planlegging*. NIBR-rapport 2015:17. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven). 2011. Innst. 423 L (2010–2011)
- IMDi (2016): Kjernetid.
https://www.fylkesmannen.no/PageFiles/799231/Gratis_Kjernetid_Barnehage_Erfaringer.pdf
- IMDi årsrapport (2015a):
<http://www.IMDi.no/globalassets/dokumenter/arsrapport-er-og-styrende-dokumenter/IMDis-arsrapport-2015.pdf>
- IMDi (2015): Frivillighet og mangfold. Veileder i mangfoldsarbeid for kommuner og frivillige organisasjoner (IMDi 2015)
http://www.IMDi.no/om-IMDi/brosjurer-og-veiledere/#title_7
- IMDi (2014): Tverrsektorielt samarbeid i områdesatsning
<http://www.IMDi.no/om-IMDi/rapporter/2014/tverrsektorielt-samarbeid/>
- IMDi (2012): IMDi's strategi 2012)
http://www.IMDi.no/globalassets/dokumenter/arsrapport-er-og-styrende-dokumenter/IMDis-strategi_lang.pdf

- IMDi (2012a): IMDi strategi kortversjon
http://www.IMDi.no/globalassets/dokumenter/arsrapport-er-og-styrende-dokumenter/IMDis-strategi_kort.pdf
- Kommunal- og regionaldepartementet (2005): *Mål for inkludering av innvandrere og deres etterkommere*. Vedlegg til St.prp. nr. 1 (2005-2006) for Kommunal- og regionaldepartementet:
- Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven). (2011): LOV-2111-06-24-29
- Lov om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere (introduksjonsloven). (2003): LOV-2003-07-04-80
- Møre og Romsdal fylkeskommune (2016): Fylkesplan 2017-2020, regional plan for Møre og Romsdal
- Nord Trøndelag Fylkeskommune (2017). Tilskuddsordninger.
<http://www.ntfk.no/Arbeidsomrader/folkehelse/Sider/Tilskudd.aspx>
- Norges offentlige utredninger (NOU) 2014:08 *Tolking i offentlig sektor – et spørsmål om rettsikkerhet og likeverd*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet
- Norges offentlige utredninger (NOU) 2011:14. *Bedre integrering – mål, strategier, tiltak*. Oslo: Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet.
- Osborne, S. P. (ed.) (2010): *The New Public Governance. Emerging perspective on theory and practice of public governance*. New York: Routledge
- Regionplan Agder (2015): Regional plan for likestilling, inkludering og mangfold 2015- 2027. <http://regionplanagder.no/planer-og-strategier/lim-planen/>
- Regionplan Agder. (2015a): *Det gode livet: Agder for alle Folkehelse og levekår*.
http://regionplanagder.no/media/6381083/2015_Strategisk-notat-folkehelse-og-levekaar.pdf

- Regjeringen (2017): Områdesatsninger som integreringstiltak.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/innvandring/integrering/id2343475/>
- Regjeringen. (2017): Justis – og beredskaps departementet. Retten til å bestemme over eget liv. Handlingsplan mot negative sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017-2020)
- Regjeringen (2017a): Integreingskonferansen.
<https://nettsteder.regjeringen.no/integreingskonferansen/om-konferansen> (Søk 24.03.17
- Regjeringen (2016a): Frivillighetssentraler.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/kultur-idrett-og-frivillighet/frivillighet/innsiktsartikler/Frivilligsentraler1/id2000850/>
- Regjeringen .(2016b): Gratis kjernetid.
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utvidelse-av-ordningen-med-gratis-kjernetid-i-barnchage/id2498659/>
- Regjeringen (2016 C): Justis- og beredskapsdepartementet.
Samarbeidsavtale om bosetting
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samarbeidsavtale-bosetting-mv/id2500677/>
- Regjeringen. (2014): Justis- og beredskapsdepartementet.
Handlingsplan mot radikalisering av og voldelig ekstremisme
- Regjeringen (2009): Barne- og likestillingsdepartementet.
Handlingsplan for å fremme likestilling og hindre etnisk diskriminering
- Regjeringen (2006): Arbeid- og inkluderingsdepartementet.
Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen og mål for inkludering. Vedlegg til St.prp. nr. 1 (2006-2007) – Statsbudsjettet 2007
- Reitan, M. Saglie, J. & Smith, E. (2012): *Det norske flernivådemokratiet*. Abstrakt forlag, Oslo

- Reinvang, R., Grindheim J. E., Hansen, V. W., og Ingeborg Rasmussen (2015): *En komparativ vurdering av statlig- kommunalt samarbeid i tre områdesatsinger*, VISTA. Rapport 18, 2015
- Riksrevisjonen (2015): *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*. Dokument 2015;3:11 (2014–2015).
- Røiseland, A. og S.I. Vabo (2012): *Styring og samstyring – governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Statsbudsjettet. (2015):
(<http://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2015/Dokumenter-NY/Fagdepartementenes-proposisjoner/Helse--og-omsorgsdepartementet-HOD/Prop-1-S/Del-3-Omtale-av-sarlige-tema/6-Folkehelsepolitikken/>)
- Schou, A. and Fosse. E. (2016): *Can the state provide equity for all? The case of Norway*. In Dennis Rafael (eds.). *Immigration in Modern Nations*. Toronto: Canadian Scholars' Press/Women's Press.
- Schou, A., Hofstad, H. og Helgesen, M. (2014): *Sambandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør*. NIBR-rapport 2014:21. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Stortingsmelding nr. 30. (2015-2016) *Fra mottak til arbeidsliv*
- Stortingsmelding. nr.19. (2014-2015) *Om Folkehelsen*.
- Stortingsmelding nr. 34. (2012–2013). *God helse – felles ansvar*
- Stortingsmelding nr. 6. (2012-13) *En helhetlig integreringspolitikk*.
- Stortingsmelding. nr.19. (2014-2015) *Om Folkehelsen*.
- Stortingsmelding nr. 20. (2006–2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.
- Stortingsmelding. nr. 49. (2003-2004) *Mangfold gjennom inkludering og deltakelse – ansvar og frihet*

Stortingsmelding nr. 17 (1996-1997) *Om innvandring og det flerkulturelle Norge*

Tønsberg kommune (2017): Oversiktsdokument.

[https://www.tonsberg.kommune.no/cms/mm.nsf/lupgrahics/Oversiktsdokument%20Folkehelse2016.pdf/\\$file/Oversiktsdokument%20Folkehelse2016.pdf](https://www.tonsberg.kommune.no/cms/mm.nsf/lupgrahics/Oversiktsdokument%20Folkehelse2016.pdf/$file/Oversiktsdokument%20Folkehelse2016.pdf)

Utdanningsdirektoratet (2016): Felles oppdragsbrev til direktoratene. *Samarbeid om bedre koordinerte tjenester for utsatte barn og unge under 24 år "0-24 samarbeidet*. 22.05.2015

Veiviseren. 2017. <https://veiviseren.no/> (søkt 12 mai 2017)

Wollebæk, D. og Sivesind, D. H. (2010): *Fra folkebevegelse til filantropi? Frivillig innsats i Norge 1997–2009*. Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor, Rapport 2010:3.

Øvre Eiker kommune (2017): Oversiktsdokument.

<https://www.ovre-eiker.kommune.no/.../folkehelse/.../Folkehelseplan%20for%20Ø>

Aasen, B., Haug, M. og Lynnebakke, B. (2017): *Frivillighetens ressurser langs asylsøkerkjeden. En studie av frivillige organisasjoners innsats under og i etterkant av de store ankomstene i 2015*. NIBR-rapport 2017:3. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.