

Trond Vedeld
Hege Hofstad

Tilnærminger, modeller og verktøy i oversikts- arbeidet. En kunnskaps- oppsummering



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Tilnærminger, modeller og
verktøy i oversiktsarbeidet
En kunnskapsoppsummering

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2014:18	Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) – KS' etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging – Delrapport 2
NIBR-rapport 2014:3	Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner
NIBR-rapport 2013:18	Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) – KS' etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging. Delrapport 1
NIBR-rapport 2012:13	Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse

Rapportene koster
fra kr 250,- til kr 350,- og kan bestilles
fra NIBR:
Gaustadalléen 21
0349 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74

E-post til
nibr@nibr.no

Publikasjonene
kan også skrives ut fra
www.nibr.no

Porto kommer i tillegg til de oppgitte
prisene

Trond Vedeld
Hege Hofstad

Tilnærminger, modeller og verktøy i oversiktsarbeidet. En kunnskapsoppsummering

NIBR-rapport 2014:23

Tittel: **Tilnærminger, modeller og verktøy i
oversiktsarbeidet. En kunnskapsoppsummering**

Forfatter: Trond Vedeld og Hege Hofstad

NIBR-rapport: 2014:23

ISSN: 1502-9794

ISBN: 978-82-8309-046-8

Prosjektnummer: 3358

Prosjektnavn: Følgeevaluering folkehelse

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Prosjektleder: Hege Hofstad

Referat: Rapporten gir en kunnskapsoversikt over tilnærminger, modeller, verktøy og metoder for oversiktsarbeidet innen folkehelse - basert på norske og internasjonale kilder og erfaringer. Utgangspunktet er folkehelseloven som krever at kommunen utarbeider et oversiktsdokument over helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer for helse og folkehelse. Rapporten gir størst oppmerksomhet til sosial ulikhet i helse samt områder som er lite dekket i den kommunale folkehelseprofilen. Rapporten foreslår videre et større fokus på styringsmessige sider ved oversiktsarbeidet.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: desember 2014

Antall sider: 63

Pris: kr 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21,
0349 OSLO
Telefon: (+47) 22 95 88 00
Telefaks: (+47) 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: X-ide
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2014

Forord

Denne rapporten gir en kunnskapsoversikt over tilnærminger, modeller, verktøy og metoder for oversiktsarbeidet innen folkehelse. Rapporten tar utgangspunkt i folkehelseloven som krever at kommunen utarbeider et oversiktsdokument over helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer for helse og folkehelse.

Kunnskapsoversikten er basert på nasjonale og internasjonale kilder og dokumentasjon av praksis innen oversiktsarbeid med folkehelse i ulike institusjoner og land.

Rapporten er laget på bakgrunn av et oppdrag fra Helsedirektoratet og er blant annet et innspill til et arbeid som Vestfold fylkeskommune gjennomfører overfor kommunene som et av tre erfaringsfylker under et nasjonalt prosjekt som ser på oversiktsarbeid, helsekonsekvensutredninger og forankring av folkehelsemål i planlegging.

Rapporten er særlig nyttig for folkehelsekoordinatorer og planleggere/saksbehandlere som er involvert i folkehelsearbeid på kommune- og fylkesnivå.

Oslo, desember 2014

Trine Monica Myrvold
Forskninssjef

Innhold

Forord	1
Sammendrag	4
Summary	7
1 Om kunnskapsoppsummeringen	10
1.1 Bakgrunn og målsetting for oppdraget	10
1.2 Gangen i rapporten	13
2 Metodiske grep: Definisjoner, avgrensning, datainnsamling	14
2.1 Bakgrunn	14
2.2 Tilnærming og prosess i oversiktsarbeidet	14
2.3 Oversiktsarbeidets tre faser	16
2.3.1 Innhente informasjon og datakilder	16
2.3.2 Vurdere og analysere informasjonen	17
2.3.3 Oppsummere og vurdere utfordringer og ressurser	17
2.4 Avgrensning: valg av tema og verktøy	17
2.5 Metodisk opplegg	20
3 Det nasjonale oversiktsarbeidet	23
3.1 Det eksisterer et godt kunnskapsgrunnlag	23
3.2 Krav til oversiktsarbeidet i lov og forskrift	24
3.3 Organiseringen av oversiktsarbeidet	25
3.4 Den norske verktøykassen – noen observasjoner	26
3.5 Utfordringer i det norske oversiktsarbeidet	27
4 Tilnærminger, metoder, verktøy	30
4.1 Den internasjonale verktøykassa	30
4.2 Metoder for å framskaffe relevant informasjon - indikatorer	30
4.2.1 Indikatorer og sammenstilling av disse	31
4.3 Analyse av årsaker og konsekvenser	34
4.3.1 Vurdering av informasjonen	34

4.3.2	Tilnæringer og metoder for å løfte fram sosial ulikhet i helse	35
4.3.3	Kartdata og den romlige dimensjonen – bydeler	39
4.3.4	Risiko, sårbarhet og robusthet (resilience)	41
4.4	Definere hovedutfordringer - metoder for å analysere folkehelsepolitikk og samstyring for helsefremming	44
4.4.1	Rapporter til inspirasjon.....	45
5	Avsluttende kommentarer.....	49
5.1	Sentrale funn	49
5.2	Utfordringer i oversiktsarbeidet	51
5.3	Konklusjoner	53
	Litteratur	54
Vedlegg 1	Søkeord.....	59
Vedlegg 2	Oversiktsarbeidet i Vestfold - som eksempel	61

Sammendrag

Trond Vedeld og Hege Hofstad

Tilnærminger, modeller og verktøy i oversiktsarbeidet. En kunnskapsoppsummering

NIBR-rapport: 2014:23

Rapporten gir en kunnskapsoversikt over tilnærminger, modeller, verktøy og metoder for oversiktsarbeidet innen folkehelse. Rapporten tar utgangspunkt i folkehelseloven som krever at kommunen utarbeider et oversiktsdokument over helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer for helse og folkehelse.

Kunnskapsoversikten er basert på nasjonale og internasjonale kilder og dokumentasjon av praksis innen oversiktsarbeid med folkehelse i ulike institusjoner og land.

Rapporten er blant annet et innspill til arbeidet som Vestfold fylkeskommune gjennomfører overfor kommunene som et av tre erfaringsfylker under et prosjekt ledet av Helsedirektoratet.

Mer spesifikt belyser rapporten følgende spørsmål:

- Hvilke tilnærminger, modeller, verktøy, metoder og maler er utviklet for oversiktsarbeidet internasjonalt og nasjonalt?
- Hvilke erfaringer har man gjort i bruken av ulike tilnærminger og verktøy internasjonalt og nasjonalt som norske kommuner og fylkeskommuner kan dra nytte av?
- Hvilke implikasjoner har funnene i kunnskapsoppsummeringen for kommunens organisering og tilnærming til dette arbeidet?

Vi finner at det nasjonale oversiktsarbeidet i stor grad er i tråd med internasjonale tilnærminger til folkehelse, og at det er mange likhetstrekk i tilnærminger og type verktøy og metoder mellom det norske systemet og tilsvarende systemer i andre. Internasjonalt har

fokus de seinere år vært rettet mot sosial ulikhet i helse og de mer grunnleggende årsaksfaktorer som fremmer eller hindrer god helse (påvirkningsfaktorene). Likevel finner vi også forskjeller mellom land, og mellom Norge og noen av de landene og institusjonene vi vurderte. Vi så særlig på England, USA, Canada og Sverige og på arbeid i WHO, Verdensbanken, ILO og EU.

Rapporten finner at det er mange muligheter til å la seg inspirere av andre lands politikk og erfaringer og internasjonal forskning og praksis. Den internasjonale litteraturen er sentral i forhold til å forstå begreper, fagperspektiver, tilnærminger, og politikk på folkehelsefeltet. Bredden i mulige temaer og tilnærminger er stor. Likevel finner vi at mye av det internasjonale arbeidet har begrenset direkte relevans og overførbarhet til det norske oversiktsarbeidet. Det har derfor vært nødvendig å avgrense og fokusere rapporten på spesielt utvalgte tema hvor vi fant at den internasjonale kunnskapen hadde noe å tilby, samt der det var rapportert om behov for økt kunnskap og bedre data som grunnlag for politikk, planlegging, og tiltak. Dette er blant annet drøftet i St.meld.nr. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen og etterfølgende veiledning. Samtidig har det vært viktig å ta utgangspunkt i hvordan folkehelsearbeidet er forankret i folkehelseloven, hvilke krav det stiller til kommunen og fylkeskommunens oversiktsarbeid, og hvilke grunnprinsipper folkehelsearbeidet bygger på (slik som; utjevning, helse i alt, bærekraftig utvikling, føre-var prinsippet og medvirkning).

På denne bakgrunn forslår rapporten blant annet noen spesifikke tilleggs-indikatorer til dagens folkehelseprofiler på viktige tema. Et viktig budskap er at valg av indikatorer, verktøy og tilnærminger til oversiktsarbeidet også omfatter viktige politiske prioriteringer. Internasjonal forskning tilsier at «det som måles, er det som følges opp i praktisk politikk» (Kirk m.fl. 2014). Indikatorsettet i folkehelseprofilen blir således ikke et verdinøytralt eller apolitisk verktøy (Markusen 2013). Rapporten gir videre internasjonale eksempler på tilnærminger og metoder for å analysere og rapportere på sosial ulikhet i helse. Rapporten trekker også fram kartdata og den romlige dimensjonen som et mulig satsingsområde blant annet for å fremme en bedre prioritering av tiltak i planlegging og sikre en enklere integrasjon av folkehelse i arealplanlegging og samfunnsplanlegging. Til slutt løfter rapporten fram risiko og sårbarhet og robuste lokalsamfunn, samt

governance/samstyring som viktige nye fokus tema som kan bidra til en bedre forståelse av den lokale konteksten og de muligheter og begrensninger den gir for implementering av folkehelse mål og tiltak. Disse temaene er ikke minst viktige i lys av de nye utfordringer som folkehelsen vil møte fra forhold knyttet til klima, ekstremvær, katastrofer, økonomisk krise, og endringer i innvandringsmønstre. Således reiser rapporten viktige nye folkehelsepolitiske anliggende.

Det er et uttalt mål i folkehelsearbeidet at norske kommuner skal kunne tilbys statistikk på lavere geografisk nivå, som bydelsnivå, og således gis bedre mulighet til å knytte sammen indikatorer og kartdata gjennom GIS verktøy. I dag er det vanskeligheter med å sikre gode koplinger mellom ulike datakilder på flere områder. For å sikre en bedre kommunikasjon mellom sentrale datakilder og lokale data på sikt, er det behov for videre utviklingsarbeid og tettere samarbeid, både mellom sentrale statlige aktører (for eksempel Helsedirektoratet, SSB, Kartverket) og mellom statlige, regionale og lokale/kommunale aktører.

Til slutt; dersom det er et samfunns mål å redusere sosial ulikhet i helse – knyttet blant annet til reduksjon av risiko blant vanskeligstilte sosiale grupper – er det viktig å fremme indikatorer og verktøy som måler og kartlegger hvordan helse-i-alt kan oppnås. Et relativt omfattende kunnskapsgrunnlag er nødvendig for en god målretting av helsefremmende tiltak og samfunnsutvikling.

Summary

Trond Vedeld and Hege Hofstad

Approaches, models and tools in local health promotion – status of knowledge and policies

NIBR Report 2014:23

This report provides a knowledge review of approaches, models, tools and methods for the overview work within public health and health promotion (folkehelse). The report is based on the health promotion law (folkehelseloven) that requires the municipality to prepare an overview document of the health status and the positive and negative factors that influence health and public health/health promotion in the local municipality (the social determinants). The report is based on national and international sources and documentation of practices in various institutions and countries across the world. The report is in part a contribution to the work that Vestfold county is conducting in partnership with the municipalities as one out of three counties under a project headed by the Directorate of Health. More specifically, the report addresses the following questions:

- Which approaches, models, tools, methods and templates have been developed for this overview work on public health nationally and internationally?
- What experiences have been made in the utilization of different approaches and tools internationally and nationally that Norwegian municipalities and counties can usefully take advantage of?
- What are the implications of the findings for municipal organization and approaches to this work?

We find that the national overview work is largely in line with international approaches to public health. There are many similarities in the approaches and types of tools and methods

between the Norwegian system and the system adopted in other countries we selected for comparison such as England, USA, Canada and Sweden. Yet we also find differences between countries and between Norway and some of the countries we looked at.

The report finds that there are many opportunities for becoming inspired by other countries' policies and experiences and international research and practice. The focus of public health in these countries – and in international institutions such as the WHO, World Bank, ILO and EU - has in recent years been directed towards social inequality in health and the basic causal factors that promote or hinder good health (the social determinants). The international literature is central to the understanding concepts, scientific perspectives, approaches, and policies in the public health field. The breadth of possible themes and approaches are great. Yet we find that much of the international work has limited direct relevance and transferability in relation to the Norwegian overview work. It was therefore necessary to focus the report on specially selected topics where we found that the international knowledge had something to offer. Moreover, we focused on areas within which we found an expressed demand for increased knowledge and improved data as a basis for policy and planning in Norway. This is partly discussed in the White Paper St. Meld 34 (2012-2013) Public Health Report (Folkehelsemeldingen). Further, it has been important to take into account how public health work is rooted in the public health law, what requirements this places on the municipality / county, and what are the basic principles that guide the public health/health promotion work in Norway (such as social equality, health-in-all, sustainable development, precautionary principles and participation).

On this background, the report suggests to include additional specific indicators in today's public health profiles related to specific themes e.g. social inequality, risk, governance. An important message is that the choice of indicators, tools and approaches to track work also includes important political priorities. International research suggests that "what is measured, is followed up in practical politics" (Kirk m.fl. 2014). The set of indicators chosen for the health profile is thus not a value-neutral or apolitical choice (Markusen 2013). The report further provides

international examples of approaches and methods to analyse and report on the social determinants of health (health inequality). The report also mentions geographical map data and the spatial dimension as possible priority areas, inter alia to promote a better prioritization of public health measures and to ensure an easier integration of public health in land use planning and local development. Finally, the report suggests risk and vulnerability and resilient local communities, combined with good governance, as possible new focus themes that may contribute to a better understanding of the local context and the opportunities and barriers for implementing the recommendation of the public health goals. These themes are particularly important in light of new risks and uncertainties for public health raised by e.g. climate change, extreme weather, disasters, economic crisis and changes in migration patterns. Thus the report raises important concerns for public health policy and politics.

It is a stated goal in health promotion that Norwegian municipalities should be offered statistics on lower geographical scales, such as city district- and ward-levels, and thus provided better opportunity to connect indicators to e.g. GIS mapping. Today appropriate connections between different sources of data cannot be ensured in several topical areas. To facilitate a better communication between key data sources and local data in the long term, there is a need for further development and closer cooperation, both between central state actors (such as the Health Directorate, SSB, Kartverket) and between state, regional and local/municipal actors.

Finally; if a main goal for society is to reduce social inequalities in health - related to the reduction of risk among disadvantaged social groups - it is important to promote indicators and tools that measure and map how health-in-all can be achieved. A relatively extensive knowledge base is needed for a proper targeting of health promotion and social developmen

1 Om kunnskapsoppsummeringen

1.1 Bakgrunn og målsetting for oppdraget

Rapporten gir en kunnskapsoversikt over ulike tilnærminger, modeller, verktøy og metoder for oversiktsarbeidet innen folkehelse. Kunnskapsoversikten er basert på nasjonale og internasjonale kilder og dokumentasjon av praksis innen oversiktsarbeid med folkehelse i ulike institusjoner og land.

Utgangspunktet for rapporten er Folkehelselovens paragraf 5 og 21 hvor kommunene (og fylkeskommunene) pålegges å ha 'nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne'.

Loven sier videre at denne oversiktsinformasjonen skal baseres på:

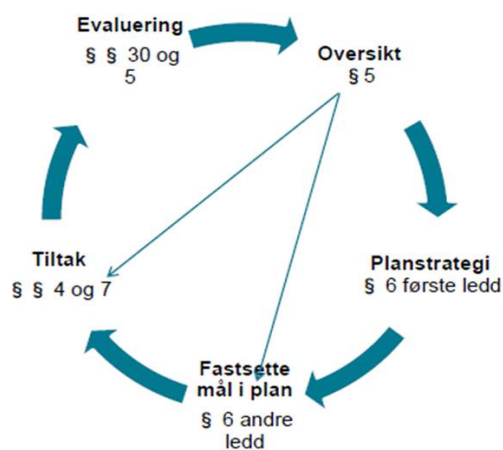
- a) Opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig
- b) Kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- c) Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse (påvirkningsfaktorer).

Påvirkningsfaktorer og utfordringsbilde for folkehelse skal drøftes og danne grunnlag for kommunale og regionale planstrategier som skal vedtas av kommunestyre og fylkesting i tråd med plan- og bygningsloven. Folkehelseutfordringene skal i neste omgang danne grunnlag for mål og strategier som forankres i plansystemet med tilhørende tiltak for å møte utfordringene. Til slutt skal det hele evalueres gjennom kommunens internkontrollsystem. Samlet utgjør dette det systematiske folkehelsearbeidet illustrert i figur 1.1.

Dette oversiktsarbeidet har en langsiktig og en løpende del, illustrert ved de tverrgående pilene i sirkelen. Hvert fjerde år skal kommuner og fylkeskommuner lage et oversiktsdokument som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet (Folkehelseloven § 5). Dokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven. I tillegg skal kommuner og fylkeskommuner ha løpende oversikt over folkehelsen. Denne oversikten skal dokumenteres på hensiktsmessig måte som en del av ordinær virksomhet (Folkehelseloven § 4).

Figur 1.1 *Det systematiske folkehelsearbeidet*

Det systematiske folkehelsearbeidet



Kilde: Folkehelseloven 2012

Forskriften til loven krever at oversikten skal inneholde opplysninger og vurderinger av blant annet:

- befolknings sammensetning
- oppvekst- og levekårsforhold
- fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- skader og ulykker
- helserelatert atferd
- helsetilstand

I kjølvannet av disse bestemmelsene har Helsedirektoratet tatt initiativ til et erfaringsfylke-prosjekt hvor målet er å utvikle og spre modeller for kommuners folkehelsearbeid. Vestfold er et av tre erfaringsfylker. Målet i deres prosjekt er «å utvikle og dokumentere erfaringer i Vestfold med oversiktsarbeid og dele disse med øvrige fylker og kommuner». Vestfold omfatter 14 kommuner; hvorav to kommuner er valgt ut for mer inngående studier av oversiktsarbeidet. Målet er å sette oversiktsarbeidet på dagsorden i kommunene, utvikle struktur på samarbeidet om folkehelse mellom fylket og kommunene, identifisere hvordan sosial ulikhet i helse kan belyses gjennom oversiktsarbeidet og identifisere data og beskrivelser som oppleves som relevante for plan og politikk. Medarbeidere i fylkeskommunen som deltar i prosjektet skal bidra til å oppsummere erfaringer, ideer og eksempler og dokumentere disse.

Kunnskapsoppsummeringen som rapporteres her er en integrert del av erfaringsfylkeprosjektet i Vestfold. Tilnærminger, modeller, verktøy og maler som løftes fram her vil testes ut i praksis i prosjektet. Imidlertid vil kunnskapsoppsummeringen være nyttig også for folkehelsekoordinatorer og planleggere/ saksbehandlere som er involvert i folkehelsearbeid på kommune- og fylkesnivå.

Dersom det foreligger gode forslag til tilnærminger for hvordan dette arbeidet kan organiseres og nyttige verktøy og metoder er tanken at dette arbeidet lettere vil bli prioritert i planstrategier og kommuneplaner og kan bli mer effektivt gjennomført.

Med utgangspunkt i nasjonale og internasjonale kilder og dokumentasjon av praksis innen oversiktsarbeid med folkehelse i ulike institusjoner og land, skal kunnskapsoppsummeringen gi oversikt over tilnærminger, modeller, og verktøy som kommuner og fylkeskommuner kan benytte i sitt oversiktsarbeid. Mer spesifikt vil den belyse:

- Hvilke tilnærminger, modeller, verktøy, og metoder er utviklet for oversiktsarbeidet internasjonalt og nasjonalt?
- Hvilke erfaringer har man gjort i bruken av ulike tilnærminger og verktøy internasjonalt og nasjonalt som norske kommuner og fylkeskommuner kan dra nytte av?

- Hvilke implikasjoner har funnene i kunnskapsoppsummeringen for kommunens organisering og tilnærming til dette arbeidet?

Vi finner at det nasjonale oversiktsarbeidet er fullt i tråd med internasjonale tilnærminger til folkehelse der fokus i seinere tid har vært rettet mot sosial ulikhet i helse og de mer grunnleggende årsaksfaktorer som fremmer eller hindrer god helse (påvirkningsfaktorene). Samtidig peker denne kunnskapsoversikten på noen tilleggs indikatorer, tilnærminger og verktøy internasjonalt som kan bidra til en viss ny-orientering av det praktiske oversiktsarbeidet. Inspirert av det internasjonale arbeidet foreslår vi blant annet økt fokus på risiko, sårbarhet og robuste lokalsamfunn og ulike sider av styringsagendaen for folkehelse. Således reiser rapporten viktige folkehelsepolitiske anliggende.

1.2 Gangen i rapporten

Kapittel to presenterer studiens metodiske grep i form av hvilke definisjoner, avgrensninger og strategier for datainnsamling kunnskapsoppsummeringen er basert på.

Kapittel tre gir en kort gjennomgang av de verktøy og modeller som kommunene har tilgjengelig gjennom den nasjonale folkehelsepolitikken.

Kapittel 4 presenterer tilnærminger, modeller, verktøy og maler i bruk internasjonalt som er egnet til å integrere kunnskap om helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer i plan og politikk.

Kapittel 5 sammenstiller konklusjonene i kapittel 3 og 4 og ser disse i lys av den lokale konteksten hvor oversiktsarbeidet utføres i praksis.

2 Metodiske grep: Definisjoner, avgrensning, datainnsamling

2.1 Bakgrunn

Utgangspunktet for denne kunnskapsoppsummeringen er oversiktsarbeidet slik det beskrives i folkehelseloven, forskrift om oversikt over folkehelsen og veilederen til arbeid med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Samtidig vurderer vi tilnærmingen som ligger i de politiske føringene for folkehelsearbeidet i lys av internasjonale funn og hvilke mulige implikasjoner disse kan ha for det videre oversiktsarbeidet. Det finnes en rekke verktøy og tilnærminger for dette arbeidet internasjonalt og nasjonalt. Nedenfor forsøker vi å avgrense oppgaven og forklare hvilke metoder vi har brukt i kunnskapsoppsummeringen. Først gir vi en kort oversikt over hvilke utfordringer kommunen er stilt overfor i dagens oversiktsarbeid, dernest forklarer vi gangen i oversiktsarbeidet og hvilken type kunnskap som kreves i ulike faser av arbeidet. Dette gir en bakgrunn for å avgrense rapporten i forhold til hvilke tema og typer verktøy vi har vurdert. Avslutningsvis gir kapittelet en oversikt over hvilke metoder og kilder vi har basert kunnskapsoversikten på.

2.2 Tilnærming og prosess i oversiktsarbeidet

Det finnes en rekke ulike tilnærminger, metoder og verktøy for å framskaffe og vurdere kunnskap knyttet til de ulike fasene av oversiktsarbeidet og det tilhørende plan- og utviklingsarbeidet. Disse vil på ulikt vis bidra til å framskaffe kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer, analysere informasjonen, og vurdere og identifisere utfordringer og ressurser og konsekvenser av mulige tiltak.

I dagens folkehelsepolitikk ser man påvirkningsfaktorene som en treleddet årsakskjede der noen av faktorene er mer grunnleggende enn andre (St.meld.nr. 20 2006-2007, Helsedirektoratet 2010). Dette er i overensstemmelse med den globale diskursen omkring påvirkningsfaktorer (CSDH 2008, Friel and Marmot 2011). Helseårsakskjeden, som er gjengitt i figur 2, starter med materielle og sosiale ressurser, går via risikofaktorer og ender i helsetjenester (Helsedirektoratet 2010).

Figur 2.1 *Helseårsakskjeden*



Kilde: St.meld. 20 2006-2007

Det første, og mest grunnleggende leddet, vektlegger tilgang til materielle og sosiale ressurser som inntekt, arbeid, oppvekstvilkår og utdanning. Tiltak som bedrer tilgangen til slike ressurser vil ha effekt på hele livsløpet til befolkningen og har derfor et stort helsepotensial. Sammenhengen mellom inntekt, utdanning og arbeid på den ene siden og helseatferd og senere helsetilstand på den andre siden er godt dokumentert (Helsedirektoratet 2010:41).

Det andre, midterste leddet i helseårsakskjeden betoner tradisjonelle helsepåvirkningsfaktorer og risiko, som helseatferd, bomiljø og arbeidsmiljø. Mer spesifikt omfatter dette i hvilken grad befolkningen eksponeres for – eventuelt er sårbare for - ulike risikofaktorer for helsa gjennom levevaner, bolig- eller arbeidsmiljø. Det finnes detaljert kunnskap om helsebetydningen av slike faktorer – både nasjonalt og internasjonalt. Her kan en imidlertid også trekke inn andre risikofaktorer knyttet til klima og ekstremvær samt sårbarhet. Fordelingen av risikofaktorer er i stor grad avhengig av tilgangen til materielle og sosiale og politiske ressurser.

Det siste leddet i helseårsakskjeden retter oppmerksomhet mot helsetjenesten, som har den mest direkte og enklest målbare påvirkningen på helse. Det er et mål i folkehelsepolitikken at sykdom og skader som behandles av helsetjenesten i størst mulig utstrekning forebygges for å fremme bedre helse og lette presset mot helsetjenestene.

Kunnskapen som oppsummeres i denne rapporten sees i lys av helseårsakskjeden. Den betoner viktigheten av å prioritere de grunnleggende årsaksfaktorene når en utvikler mål og tiltak (påvirkningsfaktorer). Vi vil være spesielt opptatt av å finne fram til tilnæringer, modeller, maler og verktøy som belyser status og fordelingen av materielle og sosiale ressurser.

Videre består oversiktsarbeidet av tre ulike faser (Helsedirektoratet 2013):

- a) å innhente informasjon og datakilder og gjennomgå informasjonen (hovedinntrykk, kvalitet)
- b) å vurdere og analysere informasjonen (sammenlikne, vurdere årsaksforhold og konsekvenser, vurdere sosiale helseforskjeller)
- c) å oppsummere status og identifisere folkehelseutfordringer og ressurser (menneskelige ressurser og kvaliteter i lokalsamfunnet)

Kunnskapsoppsummeringen løfter fram modeller, metoder og verktøy som kan bidra til alle disse tre fasene av oversiktsarbeidet. Videre har vi sett at oversiktsarbeidet både skal være langsiktig og løpende. Det får også implikasjoner for hvilken type verktøy vi vil konsentrere oss om. Samtidig skal modellene, metodene og verktøyene hovedsakelig bidra inn i den venstre siden av helseårsakskjeden.

2.3 Oversiktsarbeidets tre faser

2.3.1 Innhente informasjon og datakilder

Kommunen må i første omgang avklare hva det er viktig å få oversikt over knyttet til helsetilstand, årsaker og påvirkningsfaktorer, og kunnskap om tiltak og effekter (befolkningssammensetning, oppvekst- og levekår, miljø, skader og ulykker,

helserelatert atferd, og helsetilstand). I noen grad gir lov og forskrift (paragraf 3) rammer for innholdet av denne informasjonen og hvilke kilder til informasjon som kan benyttes som et minimum. Men det gis ingen klare retningslinjer for hvilke data som skal inngå under hvert tema og i den samlede oversikten. Folkehelseprofilene er et sentralt element i dette arbeidet og er basert på et gitt sett av folkehelseindikatorer innenfor temaene folkehelseloven angir. Dette indikatorsettet utgjør et barometer som kommunen kan bruke til å følge endringer over tid.

2.3.2 Vurdere og analysere informasjonen

Når det gjelder analysen av årsaksforhold og konsekvenser skal kommunen i følge veilederen være særlig oppmerksom på trekk ved utviklingen som synes å skape eller opprettholde sosiale helseforskjeller. Det er viktig å relatere kunnskapen om folkehelsestatus og ulikheter til de observerte forhold i kommunen. Det er mange måter å sette sammen og presentere informasjonen på.

2.3.3 Oppsummere og vurdere utfordringer og ressurser

Arbeidet med å analysere og vurdere informasjonen skal så lede til en prioritering og en identifisering av kommunens (og fylkeskommunens) folkehelseutfordringer og ressurser. Ressurser omfatter ulike kvaliteter i kommunen som arbeidet videre kan bygge på av sosial, fysisk, eller økonomisk karakter.

Helsekonsekvensutredninger og effekter av tiltak er ikke tatt med i denne rapporten, men er et viktig og egnet verktøy for å danne seg et systematisk bilde av folkehelse på tvers av sektorer. Det er ulike former for konsekvensvurderinger, som omtales i et eget prosjekt hvor Østfold er erfaringsfylke.

2.4 Avgrensning: valg av tema og verktøy

I arbeidet med å avgrense kunnskapsoppsummeringens fokus har vi tatt utgangspunkt i de temaene oversiktsarbeidet skal konsentrere seg om. Vi har valgt å holde disse temaene opp mot de grunnprinsippene folkehelseloven er bygget på (utjevning, helse i alt, bærekraftig utvikling, føre-var og medvirkning), hva som i dag

foreligger av data, spesielt i folkehelseprofilen, og fokus i andre lands arbeid samt regjeringens egen oppfatning av hvor det er gap i kunnskapsgrunnlaget. Det påpekes at det er mangelfulle data på sosial ulikhet i helse, levekår, rusmiddelbruk, fysisk aktivitet, ernæring og selvopplevd helse, samt i relasjon til vold i nære relasjoner (St. Meld. nr. 34 (2012-2013)).

Befolknings sammensetning, helse relatert atferd og helsetilstand er godt dekket i folkehelseprofilen og/eller i lokal praksis. Sosial ulikhet i helse er sterkt vektlagt både nasjonalt og internasjonalt. Fysiske og sosiale miljøfaktorer får lite oppmerksomhet i folkehelseprofilen, men er sterkt vektlagt både nasjonalt og internasjonalt (se blant annet CSDH 2008). Skader og ulykker er lite vektlagt i folkehelseprofilen. Samtidig har kommunene sterkt fokus på å forebygge fallulykker blant eldre (Helgesen m fl 2014). Når det gjelder vold og kriminalitet finnes det tilgjengelig voldsstatistikk som kommunene i større grad kan dra nytte av enn det gjøres i dag. I tillegg har vi lagt til et temaområde som i liten grad er fremme i folkehelsepolitikken og som heller ikke vies oppmerksomhet i folkehelseprofilen, men som er sterkt i fokus internasjonalt. Dette gjelder «governance/styring, politikk og maktforhold» som tar opp i seg de institusjonelle betingelsene for å utføre oversiktsarbeidet.

Vi argumenterer videre for et sterkere fokus på kunnskap og indikatorer knyttet til risiko og sårbarhet på den ene siden, og lokalsamfunnets robusthet (resilience) på den andre. Sett i sammenheng gir disse temaene god inngang til å forstå lokalsamfunnets utfordringer og ressurser, som står sentralt i kommunenes oversiktsarbeid. Dette vil være i tråd med internasjonalt arbeid på folkehelse og globale prosesser og trender. Blant annet reiser risiko og sårbarhet knyttet til global klimaendring, katastrofer, konflikt/terror, finans/økonomikrise og internasjonale helsetrusler nye nasjonale og lokale helse- og velferdsutfordringer. Globale prosesser påvirker ulike lokale forhold av betydning for folkehelsen - fra nye smittsomme sykdommer (ebola, virus) til flom og ekstremvær til lokale arbeidsplasser og næringsliv.

Tabell 2.1 *Hovedfokus i kunnskapsoppsummeringen: Temaer og status*

Tema	Status
Befolknings sammensetning	Dekket i folkehelseprofilen og tradisjonelt stort fokus i kommuneplan
Oppvekst- og levekår/ Sosial ulikhet i helse	Sterkt fokus internasjonalt og mange ressurser å hente
Miljø	Lite fokus i folkehelseprofilen, mer fokus i andre land
Skader og ulykker	Lite fokus i folkehelseprofilen. Her finnes det tilgjengelig statistikk – blant annet på vold
Helserelatert atferd	Dekket i folkehelseprofil og stort fokus i kommunene allerede
Helsetilstand	Et vell av indikatorer i folkehelseprofilen
Governance/styring, politikk og maktforhold Risiko, sårbarhet og robusthet (resilience)	Ikke dekket i folkehelseprofilen, men i fokus internasjonalt

Økt fokus på risiko og en mer usikker framtid, stiller nye krav til kunnskap i oversiktsarbeidet og verktøy som underlag for planlegging og styring. Tabell 2.1 viser de temaene oversiktsarbeidet skal omhandle i følge dagens veileder sammenholdt med vår vurdering av noen nye tema som vi mener har behov for ekstra oppmerksomhet. De nye temaene er markert med rødt i tabellen.

På denne bakgrunn har vi valgt å fokusere denne kunnskapsoppsummeringen på tilnærminger og verktøy som særlig bidrar til å belyse status og fordeling av materielle, sosiale og politisk-institusjonelle ressurser og implikasjoner disse måtte ha for helsefremming og uhelse (dvs. bakenforliggende årsaksfaktorer og sosiale determinanter). Vi viser til både nasjonal og internasjonal litteratur som forklarer hvorfor disse forholdene er sentrale som bakgrunn for å forstå sammenhenger mellom sosial ulikhet, helsetilstand, påvirkningsfaktorer og de mer grunnleggende eller bakenforliggende årsaker til helseulikhet, herunder politikk og styringsforhold.

Det er her de største folkehelseutfordringene synes å ligge – både i Norge og internasjonalt (Helgesen og Hofstad 2012, Helgesen

m.fl. 2014, Friel og Marmot 2011). Nasjonalt framgår dette av nyere forskning på sosial ulikhet i helse (Dahl m.fl. 2014) – og er i alle fall delvis fanget opp i veilederen og forskriften – med de unntak vi antyder over. Internasjonalt er betydningen av de bakenforliggende årsaker til helseulikhet erkjent blant annet gjennom arbeidet med FNs Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2005-2008) og seinere forskning (Marmot and Bell 2009, Friel and Marmot 2011, Kirk m.fl. 2014). Dette arbeidet er særlig blitt fulgt opp i et samarbeid mellom WHO og Canada, UK og USA og en rekke nye verktøy er utviklet i kjølevannet av dette, noe vi kommer tilbake til.

Det kan også være viktig å skaffe seg kunnskap om indikatorarbeidets muligheter og begrensninger og hvilken rolle indikatorene noen ganger får i forhold til å styre den lokale – så vel som den sentrale – folkehelsepolitikken (Kirk m.fl. 2014). Videre fanger generelle/gjennomsnitt्सindikatorer ikke opp lokal variasjon for eksempel i helseulikhet eller i lokale positive eksperimenter som en ønsker å bygge videre på (Markusen 2013).

2.5 Metodisk opplegg

Vi har gått fram på følgende måte for å besvare spørsmålene reist i innledningen til denne rapporten.

I utgangspunktet var tanken at vi skulle gjøre brede søk basert på treffsikre søkeord relatert til oversiktsarbeid (se vedlegg 1 for liste med søkeord). Imidlertid erfarte vi fort at dette var en lite egnet metode for å finne fram til tilnærminger, metoder, verktøy og maler. Treffene kommer opp i titusener. Oversiktsarbeidets kompleksitet rammet med andre ord også oss. Dermed valgte vi å gå mer induktivt til verks.

For det første konfererte vi sentrale policydokumenter på helsefremmingsfeltet internasjonalt og nøstet derfra. Særlig tok vi utgangspunkt i policydokumentet fra den siste helsefremmingskonferansen i 2013 (WHO 2013).

For det andre har vi sett nærmere på enkelte utvalgte land som har arbeidet aktivt med folkehelsearbeid - Canada, Storbritannia, og Sverige. Vi forsøkte også Finland, men der var det språkmessige barrierer som gjorde at vi måtte gi oss. I de nevnte landene

identifiserte vi ulike typer relevante verktøy og systematiserte disse gjennom søk hos offentlige organisasjoner. Søkene ble basert på utvalgte engelske søkeord (med unntak i Sverige).

For det tredje oppsøkte vi policy dokumenter, publikasjoner og verktøy gjennom litteratur og nettsider til internasjonale organisasjoner, inkludert EU og ulike FN-organisasjoner, særlig WHO og Verdensbanken.

For det fjerde bygde vi på søk i internasjonale forskningsdatabaser hvor relevante vurderinger av ulike sider ved oversiktsarbeidet og modeller og verktøy gjøres, og hvor ulike sider av det internasjonale folkehelsearbeidet er vurdert i relasjon til overordnede tilnærminger. En utfordring er imidlertid at de vitenskapelige arbeidene generelt enten opererer på et (for) høyt abstraksjonsnivå til å være relevante eller dykker ned i enkelttemaer knyttet til folkehelse. Å gå inn i slike enkeltstudier har vi av kapasitetsmessige grunner ikke gjort.

For det femte har vi sett på arbeidet til noen utvalgte fylker og kommuner.

Til slutt er rapporten basert på kunnskap om relasjoner mellom forskning, kunnskap, og handling, særlig i relasjon til implementering av folkehelsepolitikk generelt og bruken av kvantitativ og kvalitativ kunnskap og forskning spesielt.

Søkeordene framkom underveis i gjennomgangen av ulike policydokumenter og nettsider i de samme land og internasjonale organisasjoner som nevnt over. Her er det viktig at ulike land benytter noe ulike begreper og at disse begrepene ikke alltid er direkte oversettable til norsk eller sammenliknbare på tvers av land. For eksempel bruker Storbritannia “public health”, “social care”, “wellbeing”, “social protection”, mens de i Canada benytter “health promotion” og “population health”. I Verdensbanken har de et viktig begrepsapparat og tilnærminger knyttet til «social protection» og «social risk management» der «risk», «vulnerability» og «safety nets» står sentralt. De ulike verktøyene og metodene vi har sett på har ofte ulike navn og til dels ulik faglig og politisk betydning og betoning i de ulike land (uten at vi går inn på disse forholdene nærmere).

I neste kapittel ser vi først på de viktigste kildene til kunnskap og verktøy som er i bruk i dag i det norske oversiktsarbeidet, og viser til noen av utfordringene og utviklingsmuligheter i dette arbeidet. Dernest presenteres funnene fra de ulike internasjonale kildene.

3 Det nasjonale oversiktsarbeidet

3.1 Det eksisterer et godt kunnskapsgrunnlag

Rapporten tar utgangspunkt i at det eksisterer et godt kunnskapsgrunnlag for ulike tilnærminger til oversiktsarbeidet. Det finnes også kunnskap om hvordan data kan innhentes og organiseres på kommunalt nivå, blant annet gjennom veilederen (IS-2110) 'God oversikt – en forutsetning for god folkehelse' (2013). Dette er en veileder til folkehelseforskriften (2012) som inneholder Helsedirektoratets råd og anbefalinger for arbeidet. Veilederen er et pedagogisk hjelpemiddel for kommuner og fylkeskommuner i dette arbeidet og omtaler blant annet ulike tilnærminger og hvordan selve arbeidet kan gjennomføres. Den presiserer den nære koplingen det skal være mellom folkehelsearbeidet og kommunens planarbeid. Veilederen tar også for seg sentrale tema for folkehelsen, kilder til kunnskap, og gode måter å organisere arbeidet på. Det innebærer blant annet at arbeidet må være bredt og tverrsektorielt.

Folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert noe som innebærer at det bygger på faglig anerkjente metoder og tilnærminger. Et helt sentralt poeng med oversiktsarbeidet er å sikre at folkehelsearbeidet blir kunnskapsbasert og treffsikkert (målrettet og økonomisk-sosialt effektivt). Kunnskapen som innhentes er sentral for å fastsette mål og strategier og for å kunne gjøre nødvendige prioriteringer og planlegge tiltak. Det innebærer blant annet at det bygger på kunnskap om faktiske ressurser og folkehelseutfordringer lokalt. Forskriften skiller i denne sammenheng mellom krav til kommunen om å føre et løpende oversiktsarbeid og at det skal foreligge et skriftlig oppdatert oversiktsdokument hvert 4. år.

Oversiktsarbeidet i Hjelmeland kommune har blitt framholdt som en positiv case. Her har kommunen utført og presentert oversiktsarbeidet gjennom tre del-dokumenter; ett dokument med status for folkehelseressurser; ett om folkehelseutfordringer; og ett med vurderinger av årsakssammenhenger og konsekvenser (www.kommuneorget.no).

Vi vil videre framheve Hordaland fylkeskommune sitt verktøy for å hjelpe kommunene i oversiktsarbeidet. Dette gir rettleiding både om prosessen og utvalg av informasjon. Verktøyet består av til sammen fire nettsider, i tillegg til en strukturert statistiksamling i statistikk ivest.

Folkehelseoversikt
Korleis få eit godt oversiktsdokument
Verktøy for oversiktsarbeidet
Merknader

3.2 Krav til oversiktsarbeidet i lov og forskrift

Oversiktsarbeidet i kommunen skal – slik det er utformet i den norske tilnærmingen – blant annet gi svar på følgende sentrale spørsmål;

Hvordan er helsetilstanden blant innbyggerne i kommunen? Hvilke områder utpeker seg som spesielt utfordrende eller med spesielt potensiale for ulike tiltak?

Hvilke ressurser har kommunen som kan bygges på og forsterkes?

Hvilke utviklingstrekk skaper eller opprettholder sosiale ulikheter i helse?

Hva kan være mulige årsaker til de funn som gjøres, og hva kan være helsekonsekvensene hvis utfordringer ikke håndteres?

Hva bør – og kan - kommunen gjøre for å forbedre situasjonen på ulike politikkområder?

Forskriften sier videre at kunnskapen om folkehelse skal utarbeides på befolkningsgruppenivå, ikke på individnivå. Oversikten skal være forankret i et bredt kunnskapsgrunnlag og skal omfatte befolknings sammensetning, bakenforliggende forhold (påvirkningsfaktorer). Begrep som konsekvenser og årsaksforhold

er forklart. I hovedsak innebærer oversiktsarbeidet å komme fram til hva som er viktige folkehelseutfordringer og ressurser i kommunen og hvorfor det er slik.

3.3 Organiseringen av oversiktsarbeidet

Folkehelseloven og forskriften stiller ikke krav til hvordan oversiktsarbeidet skal organiseres, med unntak av krav til kommunene om å ha samfunnsmedisinsk kompetanse og til fylkeskommunens understøtte-rolle overfor kommunene. Den enkelte kommune må selv bestemme organiseringen og tilnærmingen til dette arbeidet. Veilederen tar imidlertid opp en del forhold som er nyttig å vurdere i denne sammenheng. Dette dreier seg om hvordan skaffe oversikt og organisere informasjonsgrunnlaget og rutiner for å samle, oppdatere og gjenfinne informasjon. Videre sier den noe om ansvars plassering, forankring og styring samt behov for tverrsektorielt oversiktsarbeid. Det påpekes at oversiktsarbeidet skal være en del av ordinær virksomhet og planlegging og at det derfor må avklares hvilke strukturer og hvilke ressurser og kompetanser som skal avsettes til arbeidet. Videre avklares behovet for samordning og samarbeide mellom kommuner og fylkeskommuner. Det vises til folkehelseloven paragraf 20 om at fylkeskommunen skal understøtte kommunen og blant annet bidra med relevante opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Det må antas at opplegg for koordinering mellom ulike sektorer innen kommunen og nærmere samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner – samt med ulike private aktører - vil understøtte oversiktsarbeidet på kort og lang sikt. Veilederen viser også til at medvirkning fra de mange aktørene som samarbeider med kommunen på ulike tema er sentralt både for planlegging og gjennomføring av ulike tiltak. Således er det tatt inn i proposisjonen til folkehelseloven (Prop. 90 L, 2010-2011) at medvirkning (fra innbyggere) er 'et bærende prinsipp i folkehelsearbeidet'. Medvirkning er der knyttet både til oversiktsarbeidet, i planprosessen og i ulike aktiviteter og tiltak. Det presiseres at en aktiv og tidlig involvering av befolkningen vil bidra til at viktig kunnskap inkluderes og til eierskap på tiltakssiden.

3.4 Den norske verktøykassen – noen observasjoner

I stor grad utgjøres folkehelseprofilen av statistisk materiale som statlige aktører tilrettelegger for Folkehelseinstituttet som i sin tur setter sammen folkehelseprofil for kommuner og fylkeskommuner. Det gjelder særlig de statlige helsemyndigheter. Videre gjør fylkeskommunen ulike opplysninger tilgjengelig for kommunen. Når de gjelder det sentrale datagrunnlaget, kilder og verktøy henvises kommunene i dag til blant annet;

- sentrale helseregistre (ti sentrale registre)
- befolkningsundersøkelser
- ungdatabank¹
- folkehelseinstituttets temasider om folkehelseprofiler

De sentrale registrene ligger i hovedsak til Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI), Helsedirektoratet (Hdir) og SSB.

Folkehelseprofilene er basert på sentrale data og registre og skal fungere som folkehelsebarometer for kommunen og fylket og gjør det mulig for kommunene å følge (overvåke) og evaluere endringer i disse indikatorene over tid – noe vi kommer tilbake til. Men de sentrale kildene og tilhørende verktøy er ikke dekkende for behovet i det lokale oversiktsarbeidet. Her ligger det sentrale utfordringer i forhold til å kople ulike statistikk, data og kartbaser, særlig mellom sentrale og lokale systemer. For å bedre det sentrale datamaterialet legger myndighetene blant annet opp til mer regelmessige fylkesvise befolkningsundersøkelser. Det bygges videre ut et system for melding av miljøhendelser og mistanke om eksponering av utbrudd av sykdom relatert til eksponering for helseskadelige miljøfaktorer. Det arbeides også med systemer for rask datainnsamling i forbindelse med helsehendelser og beredskapssituasjoner som pandemier og utbrudd av smittsomme sykdommer (ref. ebola), miljøhendelser, kuldeperioder mm.

Mangler ved de sentrale datakildene og tilgjengeligheten av disse stiller særlige krav til det lokale oversiktsarbeidet. I det lokale

¹ Ungdata er et kvalitetssikret og standardisert system for lokale spørreskjemaundersøkelser. Undersøkelsene er tilpasset skoleelever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring.

oversiktsarbeidet trekker kommunene på en rekke kilder, blant annet folkehelseprofilene; kommunehelse statistikkbank; og ulike kilder innen de enkelte politikkkfeltene og områdene. Angående kunnskapen som kommunene selv har ansvar for å framskaffe omfatter det blant annet data fra helsestasjonene, skolehelse-tjenesten, og helse- og omsorgstjenesten. Data fra systemer som KOSTRA (KOMmune-STat RApportering) og SYSVAK (nasjonalt vaksinasjonsregister) er potensielt viktige i kommunenes oversikt over faktorer som påvirker helsen.

Det påpekes i Rundskriv I-6/2011 at mye lokal informasjon i kommunene kan eller bør tas i bruk (jfr. Folkehelseloven paragraf 5a-c og 21a-b). Kommunene sitter også på mye data selv fra ulike kilder, og har gjerne egne fagfolk som kan bistå med å hente ut data. Dette kan være informasjon om faktorer knyttet til utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som flyttemønstre, bomiljøer, næringsstruktur, samt skole- og barnehageforhold. Det miljørettede helsevernet skal også involveres (I-6/2011:28-29). Oversikten skal være skriftlige og de skal identifisere folkehelseutfordringer i kommunene. Hvordan kan dette arbeidet organiseres og følges opp i praksis?

3.5 Utfordringer i det norske oversiktsarbeidet

Oversiktsarbeidet er stilt overfor ulike typer utfordringer. Vi vil kun trekke fram følgende viktige forhold. For det første må oversiktsarbeidet ta hensyn til at påvirkningsfaktorer, kollektive og individuelle årsaker, helse/uhelse varierer etter en rekke variable, slik som utdanning, yrke, sosial status, kjønn, alder, kultur, etnisk bakgrunn og geografi. I forskning på sosial ulikhet i helse deles folk gjerne inn etter inntektsnivå, lengden på utdanning eller yrke. En finner for eksempel at andelen menn som dør over en syvårsperiode er lavest for de som har høyest utdanning og høyest for de med lavest utdanning. Dette betegnes som «den sosiale gradienten» (Dahl m.fl. 2014).

For det andre, og knyttet til det første punktet, er sosiale ulikheter – både i årsaker og virkninger – fortsatt store og økende for noen variable. Selv om folkehelsen, målt for eksempel som forventet levealder, har bedret seg i løpet av de siste tiårene og alle grupper har økt sin forventede levetid, har ulikheter i dødelighet og levealder, spesielt etter utdanning økt (Dahl m.fl. 2014). Sosialt

bedrestilte har forbedret sin helse raskere enn dårlige stilte nordmenn. I følge Dahl m.fl. (2014:37) skyldes de vedvarende sosiale ulikhetene i helse et relativt stabilt trekk ved sosial ulikhet i økonomiske ressurser slik som inntekt og formue, og immaterielle goder slik som utdanning og sosiale og kulturelle ressurser, samt ulikhet i helsevaner, særlig i relasjon til røyking. Men ulik fordeling av røykevaner forklarer bare en mindre del av årsaken for eksempel til lavere levealder. «Av grunnleggende betydning for helse og livssjanser er utsatthet for en rekke helserisikoer og tilgang til ulike typer ressurser som følger med posisjon i den sosioøkonomiske strukturen» (Dahl m.fl. 2014:38).

Sosial ulikhet i helse er i noen grad et data- og kunnskapsproblem; problemet og årsakene til ulikhet i helse og levekår må synliggjøres i indikatorer og kunnskapsgrunnlaget. Men kanskje i større grad er dette et politisk og styringsmessig problem der en må se på politiske prioriteringer, makt og fordelingsaspekter i planlegging og samfunnsutvikling.

For det tredje, knyttet til denne styrings- og planleggingsproblematikken, reises også viktige data og kunnskapsutfordringer. Folkehelse omfatter en rekke sektorer og aktører på ulike nivå og med ulik innflytelse og det er ofte usikkerhet knyttet både til årsaksforhold og virkningen av tiltak på grunn av både sosiale og institusjonelle forhold («wicked problems»). Dette innebærer blant annet at samfunnsvitenskapelige, herunder styringsmessige og planstrategiske forhold knyttet til koordinering (på tvers og vertikalt), samhandling og konflikt/dilemmaer mellom mål og aktører blir viktig å forstå og samle data på og analysere. Dette handler om å forstå ulike planleggingsbehov og dilemmaer.

For det fjerde, samtidig viser egen og andres forskning at det kan være vanskelig for kommuner å prioritere og å iverksette nye oppgaver i en travel hverdag gitt knappe ressurser. Folkehelseanliggende ligger ikke nødvendigvis øverst på den lokalpolitiske agendaen. Dette kan være særlig vanskelig hvis det er manglende finansiell og institusjonell kapasitet og kompetanse. Kompetanse- og kapasitetsutfordringer vanskeliggjør også formidlings og integrasjonsarbeidet som folkehelsekoordinatorene ofte har ansvar for. Disse forholdene reiser behov for bedre data, mer kunnskap og nye verktøy for å forstå slike sosiale og institusjonelle ulikheter, og tilhørende politiske og sosiale drivere og barrierer.

Videre er det også en rekke utfordringer i det praktiske folkehelsearbeidet som framkommer i dialog med folkehelsekoordinatorer og lokale planleggere og politikere knyttet til for eksempel; områdets kompleksitet og behov for en rekke ulike typer data og sammenstillinger; manglende kompetanse og kapasitet; begrensede finansielle ressurser til folkehelse og dermed også til oversiktsarbeidet; problemer med tilgang til gode data til rimelig kostnad; vanskeligheter med å kople sentrale og lokale datakilder; manglende kartdata og problemer med å framstille kompliserte sammenhenger enkelt overfor kollegaer i andre sektorer samt lokale planleggere og politikere (Lillefjell m.fl. 2011, Helgesen og Hofstad 2012, Helgesen m.fl. 2014)².

Et spesielt problem i Norge er at Folkehelseinstituttet ikke har full tilgang til statistiske data og koplinger mellom data for befolkningsgrupper på sentrale variable som for eksempel levekår og miljø for helseovervåkingen som ligger i Folkehelseprofilene. Dette har med lovverket og tilgang til sentrale data for planlegging og personvern hensyn å gjøre. Det innebærer også at data for sosial ulikhet ikke kan overvåkes eller at de kan brytes ned slik en ønsker på sosiale grupper eller geografiske områder (bydeler). Dette gjøres i land som UK og Canada og muliggjør bruk av spesifikke kartverktøy og sammenstillinger av data med en rekke ulike variable.

² Supplert med data fra ikke-deltakende observasjon på arbeidssamling i forbindelse med erfaringsfylke-prosjektet til Vestfold fylkeskommune.

4 Tiltærminger, metoder, verktøy

4.1 Den internasjonale verktøykassa

Spennet i mulige verktøy og modeller oversiktsarbeidet har behov for er stort både i relasjon til de ulike fasene og prosessene involvert og som et resultat av antall ulike sektorer og tema som skal dekket. Verktøykassen omfatter ulike datakilder, helseregistre, indikatorsett via prosessveiledere, kartdata og fakta ark og begreper til lover, forskrifter, og planleggingsverktøy. Det er også viktig med gode formidlings- og opplæringsverktøy.

Gitt de nasjonale utfordringene knyttet til å fremme en bedre forståelse av sammenhenger mellom helsetilstand, påvirkningsfaktorer og sosial ulikhet, har vi valgt å fokusere på verktøy, metoder og tiltærminger som kan bidra på følgende områder av oversiktsarbeidet:

- å framskaffe relevant informasjon og kunnskap, herunder valg av indikatorer
- Analyse av årsaker og konsekvenser, herunder sosial ulikhet, den romlige dimensjonen (blant annet gjennom kartdata)
- risiko, sårbarhet og robusthet i lokal kontekst (resilience)
- å definere hovedutfordringer – folkehelsepolitikk, styresett og medvirkning

4.2 Metoder for å framskaffe relevant informasjon - indikatorer

Vi har her valgt å konsentrere oss om arbeidet med å finne relevante og gode indikatorer og indikatorsett, som representerer

et sentralt verktøy tidlig i prosessen for å få oversikt over folkehelsen og utfordringene i kommunen. I tillegg legger Folkehelseloven legger opp til at det skal lages et langsiktig oversiktsdokument hvert fjerde år. For å kunne følge utviklingen over tid, er indikatorer på utvalgte områder nyttige og viktige. Samtidig kan de fungere som et mål på hvorvidt man går i riktig retning i forhold til de grunnleggende prinsippene folkehelsearbeidet baserer seg på: Utjevning, helse i alt vi gjør, bærekraftig utvikling, føre-var og medvirkning. En indikator er:

et observerbart fenomen som viser tilstanden vedrørende et annet, ikke direkte observerbart, fenomen (Ordnnett.no 2008).

Under presenterer vi et knippe indikatorer som vil komplettere indikatorene gitt i Folkehelseprofilen basert på internasjonale kilder.

4.2.1 Indikatorer og sammenstilling av disse

Folkehelseprofilene gir kommunene et sett av indikatorer som oppdateres årlig. Når en skal finne fram til egne lokale indikatorer som kan supplere profilene er det flere forhold som er viktig. Valg av indikatorer innebærer en prioritering – hvilke aspekter en mener representerer folkehelseutfordringene på en god og relevant måte. Det handler altså om å finne fram til fenomener som anses å gi et godt inntrykk av den regionale og lokale helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer. Spørsmålet her er om det finnes kunnskap om gode indikatorer nasjonalt og internasjonalt ut over de fylkeskommuner og kommuner får tilgang til gjennom folkehelseprofilen (Lillefjell m.fl. 2011, Helsedirektoratet 2010 og 2013).

Vår gjennomgang og oppsummering av indikatorene brukt i de norske folkehelseprofilene viser at særlig fem områder har behov for økt oppmerksomhet i oversiktsarbeidet – gjennom utvikling av nye indikatorer eller verktøy for å få fram økt kunnskap og oppmerksomhet:

- Sosial ulikhet i helse, inkludert bolig
- Miljø
- Skader og ulykker

- Governance og styring inkludert sosial kapital
- Risiko, sårbarhet, klima/katastrofer, ytre sjokk og helse - og robusthet (resilience)

Sosial ulikhet i helse – herunder påvirkningsfaktorene – Disse bør gis større oppmerksomhet i folkehelseprofilene og oversikten. I økende grad har en i Norge, så vel som internasjonalt, blitt opptatt av de store ulikhetene man ofte finner mellom ulike befolkningsgrupper avhengig av utdanning, inntekt, yrkesstatus, kjønn, etnisk, kulturell bakgrunn, alder og bosted. Det pekes i forskningen spesielt på at ulikhet i dødelighet og levealder er knyttet til utdanning (og røyking), men også andre faktorer (Dahl m.fl. 2014). Sosial ulikhet er også knyttet til ulikhet i tilgang til bolig og andre velstandsgoder, helse og utdanningstjenester, ernæring og opplevelse av sosial trygghet som har betydning for helse. Dette stiller spesielle krav til oversiktsarbeidet i forhold til innsamling av data og analysearbeidet. Reine gjennomsnittstall for helse i kommunen gir sjelden en god bakgrunn for å utforme tiltak overfor spesifikke grupper eller i forhold til å utjevne helseforskjeller. Samtidig er det ofte komplekse årsaksforhold bak forskjeller, og ulike syn blant forskere omkring årsaksforhold. En viktig side av dette arbeidet er å fokusere på tidlig intervensjon: «Pan-Canadian Public Health Network» (2010:6) er opptatt av å kartlegge tidlig utvikling i barndommen gjennom språk og kognitiv utvikling, sosial kompetanse og fysisk helse. Fredrikstad jobber også med tidlig intervensjon i et eget prosjekt som del av satsing på sosial ulikhet i helse.

Tett knyttet til sosial ulikhet er også *bolig og helse* – Bolig og sosiale og miljømessige betydningen av forskjeller mellom ulike boligområder i lokal folkehelse får lite oppmerksomhet i folkehelseprofilen i dag. Den sosiale-romlige dimensjonen av folkehelse, for eksempel mellom by og land og innen kommuner og byer og mellom bydeler, har generelt vært underkommunisert både i indikatorsystemet og i oversiktsarbeidet. Etnisk segregering er et økende problem mange steder og er kun behandlet i enkelte lokale (forsknings) studier (Schou og Fosse, under publisering), og ikke i Dahl m.fl. (2014). Her finnes det eksempler på flere indikatorer internasjonalt - og nasjonalt – som hjemløshet, grad av tilgang på bolig/ boligknapphet, andel eie-/leieboliger, kvadratmeterpris på boliger, etnisk bakgrunn og boligområder

(Hillemeier m.fl. 2004, Pan-Canadian Public Health Network 2010).

Miljø – Fysisk miljø er særlig lite fokusert i barometeret til folkehelseprofilen. Både i USA og Canada har de indikatorer som måler støy, luftkvalitet, vannkvalitet, eksponering for miljøgifter, tilgang/avstand til grøntarealer (Hillemeier m.fl. 2004, Pan-Canadian Public Health Network 2010, Centre for Research in Inner City Health 2014a). Disse indikatorene er en del av det tradisjonelle arbeidet med miljørettet helsevern drevet av kommunelegen. Her har de fleste kommuner tilgjengelige data. Her handler det derfor først og fremst om å integrere disse i oversiktsarbeidet.

Skader og ulykker - Norske kommuner gjør allerede mye for å forebygge skader og ulykker i hjemmet. Men det finnes også et fokus på kriminalitet og vold internasjonalt. Her har SSB tilgjengelig statistikk på anmeldte lovbrudd på kommunenivå; blant annet voldslovbrudd og tyveri³.

Governance og styring inkludert sosial kapital og medvirkning - har vært et lite synlig tema i folkehelseprofilene, samtidig som det er en dimensjon som i økende grad vektlegges i folkehelsepolitikken i andre land og i arbeidet til for eksempel WHO og EU (Lancet 2014, Howard and Gunther 2012, EU 2014a). Ulike styringsindikatorer kan måle hvor godt skodd lokalsamfunnet er til å arbeide med folkehelse. Her kan en blant annet bruke som indikatorer årsverk eller andel av budsjett brukt på folkehelse, kvalitet på lokal tjenesteyting (brukerundersøkelser), og valgdeltakelse. Valgdeltakelse er en mulig proxy for graden av sosial kapital – som igjen kan være en viktig kilde til helse (Hillemeier m.fl. 2004, Pan-Canadian Public Health Network 2010, Centre for Research in Inner City Health 2014a).

Risiko, sårbarhet og robuste lokalsamfunn og familier – Indikatorer som fanger opp forhold knyttet til risiko, sårbarhet og robuste sosiale

³<https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectvarval/Define.asp?subjectcode=&ProductId=&MainTable=Anmeldt04&nvl=&PLanguage=0&nyTmpVar=true&CMSSubjectArea=sosiale-forhold-og-kriminalitet&KortNavnWeb=lovbrudda&StatVariant=&checked=true>

grupper og lokalsamfunn har også vært lite påaktet i indikatorarbeidet. Da tolker vi begrepet risiko bredt til å omfatte sannsynligheter for at befolkningsgrupper rammes av helse- eller velferdssjokk gjennom ytre faktorer eller trusler som direkte eller indirekte påfører helsemessige, sosiale eller økonomiske tap (knyttet til direkte helsesjokk eller indirekte påvirkning gjennom klimaendring/ekstremvær, miljø, eller økonomiske sjokk). Eksempler på indikatorer kan være inntekt, relative/absolutt fattigdom eller sosial sårbarhet, levevei (f. eks. naturressursbasert/landbruk), alder, kjønn, etnisitet, hustype og eksponering for flom, havnivåheving. Sosial sårbarhet (eller fattigdom) i denne sammenheng er blant annet knyttet til ulik tilgang på offentlige tjenester og goder. I Norge er det relativt små forskjeller mellom ulike sosiale grupper/inntektsgrupper på bruk av offentlige tjenester, men større forskjell i bruken av private helsetjenester og tannlegetjenester (Dahl m.fl. 2014).

4.3 Analyse av årsaker og konsekvenser

Å vurdere årsaksforhold, konsekvenser og relevans av ulike typer data og kunnskap opp mot lokale forhold står sentralt i oversiktsarbeidet. Her legger vi vekt på noen verktøy som bidrar til å gjøre prioriteringer og dermed gjøre oversikten egnet for planlegging.

4.3.1 Vurdering av informasjonen

Myndighetene i delstaten Ontario i Canada har utviklet en portal kalt «Health Planner's Toolkit» (Ontario Ministry of Health and long-time care (2006). Her finnes mye informasjon som er relevant, ikke bare for integreringen av oversiktsarbeidet i planleggingen, men også for å vurdere informasjonen som er samlet inn. Følgende har relevans for oversiktsarbeidet:

- Kriterier for evaluering av evidens og hvordan man bør gå fram når evidensgrunnlaget er utilstrekkelig, slik det ofte er.
- Medvirkning: Hvordan engasjere lokalsamfunnet?
- Prinsipper for evaluering
- Prinsipper for prioritering

Et interessant aspekt med stor relevans for de vurderingene en skal gjøre som en del av oversiktsarbeidet er hvordan man går fram når evidensgrunnlaget er utilstrekkelig. I slike tilfeller løfter Health Planner's toolkit fram betydningen av å etablere diskusjonsarenaer. Disse bør bestå av aktører med kunnskap om temaet det gjelder. Gjennom felles diskusjon kan man skaffe seg et balansert bilde som kan veie opp for manglende evidens. Ofte vil et behov for denne typen arenaer melde seg også der en har god statistikk, men hvor implikasjonene av resultatene trenger en lokal kontekstualisering. Videre er spørsmålet hvordan man anretter informasjonen for å gjøre den relevant lokalt. Sentrale spørsmål i dette arbeidet (i tillegg til de som allerede ligger i veilederen) er følgende:

- I hvilken grad fungerer den innsamlede informasjonen overfor planleggere og beslutningstakere – er den egnet til å gjøre prioriteringer?
- Fanger resultatene den lokale virkeligheten?

Dette handler blant annet om å koble det identifiserte utfordringsbildet med eksisterende ressurser i kommunen. Altså, å gjøre vurderinger av hvilke handlingsalternativer en har når oversikten skal følges opp.

4.3.2 Tilnærminger og metoder for å løfte fram sosial ulikhet i helse

Analysemetoder som bidrar til å løfte fram eller måle spesifikke utfordringer, slik som sosial ulikhet i helse, er av særlig interesse. Helseulikheter i Norge består, særlig i relasjon til utdanning, men også i relasjon til økonomiske ressurser som inntekt og formue og andre forhold. Men det er også knyttet til ulikhet i helsevaner, særlig når det gjelder røyking. For enkelte sosioøkonomiske grupper øker helseforskjellene til tross for at folkehelsen generelt sett, målt i forventet levealder, har blitt bedre (Dahl m.fl. 2014).

Folkehelseloven retter blant annet fokus på en samfunnsutvikling som fremmer bred helse og velferd. Et sentralt prinsipp i virkemiddelbruken i den nasjonale strategien for å redusere sosial ulikhet i helse har således vært universalismen. Tjenester og ytelser skal omfatte alle befolkningsgrupper og ikke målrettes mot utvalgte vanskeligstilte eller sårbare grupper. Dette er et særtrekk

ved den nasjonale virkemiddelbruken i den norske og nordiske velferdsmodellen (Dahl m.fl. 2014). Dette gjelder for eksempel i forhold til tilnærmingen overfor landets 430 000 ikke-vestlige innvandrere (inkludert etterkommere). Denne gruppen har spesielle helseutfordringer knyttet til overvekt og Diabetes-2 samt psykiske lidelser blant kvinner. Norske kommuner, derimot, har ofte valgt en kombinasjon av universelle og spesielle tiltak over for denne befolkningen (Schou og Fosse, under publisering).

En innvending mot universalismen – slik den har vært praktisert – er imidlertid at helseulikhet består i Norge. Samtidig viser forskning at målrettede velferdstjenester og kontantoverføringer («safety nets») ofte kan ha en omfordelende og utjevne effekt fordi de kommer sårbare og utsatte grupper til gode (Dahl m.fl. 2014). Dette reiser spørsmål omkring fremtidig politikk knyttet til hvordan redusere den sosiale gradienten i helse. For det første må vi vite mer om hvordan helsetjenester og andre tjenester påvirker sosial ulikhet generelt og ulikhet i helse mer spesielt. Den andre utfordringen er hvordan politikktutforming og praksis kan nå alle sosiale lag, men samtidig bidra til å løfte de svakest stilte i fordeling av goder og ressurser. La oss se nærmere på noen internasjonale erfaringer – der universalismen ikke står like sterkt.

Det har lenge vært akseptert at sosial ulikhet i helse kan best forklares av forhold i samfunnet som er bestemmende for – *determinerer* – hva slags gjennomsnittlig helse vi finner for ulike sosiale grupper (Dahl m.fl. 2014:9, Howard og Gunther 2012, Marmot 2006). Dette faglige hovedperspektivet refereres til som det «sosial determinant-perspektivet» på sosial ulikhet i helse. Det forutsetter et fokus på sosial ulikhet, en rekke komplekse sosiale interaksjoner og underliggende årsaksforhold. Nasjonal og internasjonal forskning tilsier – som allerede nevnt - at sosial og økonomisk status er direkte relatert til helse (Dahl m.fl. 2014, Kirk m.fl. 2014). De med lavest status og inntekt/utdanning har som regel dårligst helse. Videre finner en ofte at lav status forhindrer folk i å endre adferd og bedre helsen, samtidig som den kan fremme adferd som forverrer helsen (røyking, rus, stillesitting). Helseulikhet er blant annet et resultat av ulik tilgang eller bruk av helsetjenester. Bare ved å løfte fram slike forhold i data og kunnskapsgrunnlaget – herunder å få fram gode indikatorer – vil en kunne sikre at sosial ulikhet i helse kommer i fokus. Det er ofte slik at det som måles er det som blir fulgt opp og håndtert i planer

og tiltak (Kirk m.fl. 2014, Porter 2006). Her kan en ta med at den norske analysen av helse ulikhet (Dahl. et al. 2014) bryter dataene ned på for eksempel inntekt, utdanning og kjønn, mens etnisitet er utelatt og ikke kommentert. Samtidig vet vi at innvandring klart reiser nye folkehelseproblemer knyttet til ulike etniske og kulturelle variable (Schou og Fosse, under publisering). Data på etnisitet er heller ikke lett tilgjengelig i norske registre.

Internasjonalt har arbeidet med sosial ulikhet i helse stått sentralt helt siden Ottawa-erklæringen (WHO 1986). Men dette arbeidet fikk ny giv med rapporten fra Commission on Social Determinants of Health (2005-2008) (CSDH 2008, Marmot and Bell 2009, Marmot 2006). Samtidig er det også rettet kritikk mot svakheter i dette arbeidet og de mange politiske og økonomiske hindringene for å fremme helse i alt, se neste kapittel 4.5 (Howard og Gunther 2012, Lillefjell m.fl. 2011, Jackson m.fl. 2007).

Det finnes en rekke strukturer og institusjoner som har nyttige nettsider og forskning på sosial ulikhet i helse i blant annet Canada, USA, UK, EU og WHO. Vi har imidlertid funnet lite forskning og utviklingsarbeid på verktøy til det generelle oversiktsarbeidet på dette feltet – og som synes direkte overførbart til norske forhold. Blant annet kan dette omfatte verktøy som løfter fram hvordan ulike påvirkningsfaktorer fordeler seg i befolkningen. Det kan også omfatte den geografiske fordelingen av risikofaktorer og levekår.

Vi finner at det er gjort mye forskning på tilnærminger til sosial ulikhet internasjonalt – særlig knyttet til ulike tema og sektorer av folkehelsearbeidet – og det finnes en rekke tilgjengelige verktøy og kunnskap som er relevant for spesifikke tema.

Som en oppfølging av CSDH laget WHO «Social determinants of Health Report» (WHO 2011) som presenterer status for dette arbeidet globalt. Rapporten er et resultat av den interasjonale konferansen “World Conference on Social Determinants of Health” – hvor “Rio Declaration on Social Determinants of Health”⁴ ble vedtatt.

4

http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf

I 2012 lagde WHO enda en interessant rapport om tilnæringer til å forstå påvirkningsfaktorer i det lokale folkehelsearbeidet: “Addressing the Social Determinants of Health: The Urban Dimension and the Role of Local Government”⁵.

WHO (2010) har videre en egen portal for verktøy knyttet til påvirkningsfaktorer som blant annet ser på tilnæringer til ulike sosiale grupper i by (Urban HEART⁶). Her omtales tre ulike tilnæringer til å redusere ulikhet i helse knyttet til; i) metoder for å nå spesielt sårbare og fattige grupper (disadvantaged groups); ii) metoder for å minske helsegapet – der utgangspunktet er sosialt svake grupper, men hvor målet er å minske gapet til de rikeste sosiale gruppene med best helse (for eksempel i levealder); iii) universelle tilnæringer der en forsøker å nå alle befolkningsgrupper. Dette verktøyet er blant annet presentert i Prasad m.fl. 2013.

Som et selvstendig bidrag inn mot WHO's program for Healthy Cities har Heritage og Dooris (2013) skrevet en interessant artikkel som ser særlig på lokal deltakelse og empowerment(.

Canada er interessant i folkehelsesammenheng. En særns nyttig nettside er Canadian Best Practices Portal – herunder – på tema Social Determinants of Health⁷.

Denne portalen gir retning og inspirasjon til å framskaffe data om sosial ulikhet og verktøy for å analysere data om påvirkningsvariable (sosiale determinanter), strategier, veiledere og gjennomgang av forskning. Særlig interessant er noen av strategiene for å møte sosial ulikhet. En av sidene gir gode eksempler fra ulike stater i Canada og viser også til eksempler på

⁵ <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/addressing-the-social-determinants-of-health-the-urban-dimension-and-the-role-of-local-government>

⁶ http://www.who.int/social_determinants/tools/moretools/en/

⁷ <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/public-health-topics/social-determinants-of-health/>

hvordan sosial ulikhet er håndtert i EU (gjennom atlas og ulike studier)⁸.

I Storbritannia har de også laget ulike typer verktøy som kan være nyttige for å håndtere helseforskjeller i oversiktsarbeidet – blant annet for å måle helseulikheter, lage tiltak, web- baserte verktøy og indikatorsett. Nyttige nettsider finner en hos SHAPE – strategic health planning and assessment⁹. Det finnes også en Oxford håndbok i folkehelsepraksis med mange nyttige tips, blant annet i forhold til å vurdere helsebehov hos ulike sosiale grupper og for ulike behov (Guest m.fl. 2013). Videre har National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en rekke nyttige nettsider. Når det gjelder helseulikhet og befolkningsstudier, har de blant annet en veileder for hvordan helseulikhet påvirker mennesker og lokalsamfunn og en annen veileder for å takle helseulikhet (tiltak)¹⁰;

Ved siden av Canada, Storbritannia og USA er det EU som har arbeidet mye med sosial ulikhet i helse, se for eksempel EuroHealthNet – som er knyttet opp til Sunne kommuner¹¹.

4.3.3 Kartdata og den romlige dimensjonen – bydeler

Det foregår et viktig arbeid i Norge – så vel som internasjonalt – med å kople ulike folkehelseindikatorer og geografisk informasjon i kart – gjennom ulike datakilder og (web-baserte) verktøy. Folkehelseprofiler framstilt i kart kan sammenstille ulike typer data og GIS-baserte indikatorer for ulike formål og brukere. Kartframstillinger kan utgjøre et kraftfullt formidlings- og beslutningsverktøy som også kan gjøres lett tilgjengelig på nett. Kartdata kople demografiske, fysiske, sosiale og økonomiske data. For eksempel kan kart brukes til å framstille sosial ulikhet (inntekt, bolig, utdanning) knyttet til spesielle boligområder/bydeler/geografiske områder med særegne fysiske/miljømessige kvaliteter (grønt/rekreasjon). I tillegg har etnisk boligsegregering i

⁸ <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/public-health-topics/social-determinants-of-health/>

⁹ <http://shape.dh.gov.uk/>

¹⁰ <http://www.nice.org.uk/advice/lgb4>

¹¹ <http://www.health-inequalities.eu/HEALTH-EQUALITY/EN/tools/>

økende grad blitt et anliggende i flere kommuner og byer i Norge. Etniske forhold kommer ofte i tillegg til, eller faller sammen med, sosio-økonomisk boligsegregering. Forekomsten av segregering krever ny type kunnskap og nye tilnærminger og verktøy for å kartlegge problemer og muligheter, og å synliggjøre disse.

En slik geografisk lokalisering av utfordringsområder kan være problematisk. Spørsmålet er om kartfesting bidrar til ytterligere stigmatisering av enkelte områder som har store utfordringer. Dette er ikke et enkelt spørsmål. Men i et lokalsamfunn vil en gjerne ha oppfatninger om ulike områders steders status som er mer eller mindre faktabaserte. Sosio-økonomiske, geografiske data kan bidra til å nyansere bildet av ulike områder samtidig som slike data vil gjøre det vanskeligere å overse særlige utfordringer når kommunens ressurser prioriteres. Data i kart gjør det også enkelt å kople oversiktsarbeidet til planarbeidet og sosio-geografisk orienterte tiltak. Ved å kartfeste folkehelseindikatorer gjøres folkehelse til en mer relevant størrelse å forholde seg til for planleggere som har mye av sin faglige aktivitet knyttet til kart. Videre er kart sentrale i risiko- og sårbarhetsanalyser, for eksempel knyttet til klimaendringer og kartlegging av eksponering og sårbarhet overfor flom, skred, styrtregn og relatert helse- og/eller sosial risiko. Å legge til en sosial/sosio-økonomisk komponent vil gjøre tiltak mer treffsikre. Hensynet til personvern er imidlertid viktig og må ivaretas.

I våre søk på ulike land og internasjonale organisasjoner har vi ikke funnet direkte anvendbare eller overførbare web-verktøy for kart (gitt at disse også må være kontekst-basert), men alle landene som er med i denne undersøkelsen har ulike typer kartverktøy tilgjengelig for sitt oversiktsarbeid. I Norge finnes en nasjonal geoportal – geonorge.no – som gir en samling av offentlige kart, og arbeidet med å utvikle disse har pågått over en rekke år. Det finnes allerede tilgjengelig viktige geografiske/kartdata kilder lokalt i kommune og fylke. Samtidig møter folkehelsekoordinatorene en rekke problemer med å finne fram i jungelen av kart og data, og mange data/indikatorer er ikke konfigurert og kan derfor ikke enkelt legges inn i egnete kart. Arbeid for økt tilgjengelighet og koblingsmuligheter er igangsatt. En mer brukervennlig nasjonal portal for kart og kartdata skal være tilgjengelig i 2016 (Lillethun 2014).

4.3.4 Risiko, sårbarhet og robusthet (resilience)

Internasjonalt er arbeidet med risiko, sårbarhet, usikkerhet og robusthet i forskning og politikk knyttet til ulike sektorer og tema; helse, sosial velferd, klima og katastrofer. Vi trekker her fram et sett av relevante erfaringer og verktøy fra arbeidet med sårbare (og fattige) grupper i lav- og middel-inntektsland i internasjonale organisasjoner som Verdensbanken, UNICEF og ILO (Grosh m.fl. 2008). Til tross for at den sosio-økonomiske konteksten er forskjellig, kan tilnærminger og metoder ha overføringsverdi til for det norske oversiktsarbeidet. I dette arbeidet opereres det med begreper som «social protection», «safety nets», «social security» og «social risk management» og de store nyere nasjonale velferdsprogrammene som har vokst fram i land som Brasil, Mexico, Tyrkia, Sør Afrika og India i de seinere år (social protection; safety nets). Her har for eksempel ILO nylig publisert sin World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice (ILO 2014). På Verdensbankens nettsider finner en bakgrunnsinformasjon, prosessveiledere og analyseverktøy til inspirasjon¹².

Det finnes også ulike «resilience assessment tools». Det gir et inntak til å forstå sosial ulikhet i helse, hvilken type kunnskap som er nyttig og hvordan den kan framskaffes og oversettes i handling og strategier (social risk management). Dette handler om å forstå og respondere på relasjoner mellom relativ/absolutt fattigdom, sårbare grupper, risiko og helse. Men det kan også knyttes til den nyere agendaen rundt klima og helse – som også omhandler helse og katastrofer – men som vi i mindre grad tar opp her (Woodward 2014).

Et sentralt utgangspunkt for Verdensbankens arbeid med «social protection» er skillet mellom kronisk og mer forbigående fattigdom (transient poverty), avhengig av hvor lenge fattigdom varer for husholdet eller en sosial gruppe. Dette kan oversettes med «lavinntektsgrupper» eller «mindre privilegerte grupper» i en norsk kontekst. Poenget er at vi også i Norge observerer relativt stabile trekk ved sosial ulikhet i relasjon til økonomiske ressurser (inntekt, formue) (Dahl m.fl. 2014). Fattigdom defineres i forhold

¹² <http://www.worldbank.org/en/topic/socialprotectionlabor>

til en gitt fattigdomsgrense – enten som en absolutt eller relativ fattigdomsgrense (Grosh m.fl. 2008). Forbigående fattige hushold faller ikke under den definerte fattigdomsgrensen i gode år, men opplever i perioder av livet fattigdom. Kronisk fattige er fattige gjennom store deler av livet; og ligger under den definerte fattigdomsgrensen selv i gode år. *Det sentrale her er at store landsomfattende fattigdoms- og sårbarhetsanalyser viser at mange hushold går inn og ut av fattigdom avhengig av hvordan de utsettes for ulike typer risiko, sjokk eller eksterne påvirkningsfaktorer.* Alle sosiale grupper er utsatt for en rekke risikofaktorer med utspring i ulike kilder, men de mest fattige er mest utsatt og har minst robusthet dvs. tilgang til ulike typer goder og tjenester for å redusere risiko og bygge robusthet. Konsekvensen av dette er at fattige grupper er mer risikoutsatt og blir også mindre risikovillige (i økonomisk forstand) og uvillige eller med liten evne til å engasjere seg i aktiviteter som kan fremme bedre levekår og levevaner. Et hovedpoeng er å fremme et bredt fokus på risiko og sårbarhet og således – gjennom samordnede tiltak – minimalisere effekter av risiko for utsatte grupper og endre deres handlingsmønstre ut av fattigdom/lav inntekt, sårbarhet og uhelse og mot større robusthet.

Prinsipielt er disse strategiene for «social risk management» rettet enten mot i) forebygging eller det å unngå risiko *før* en hendelse finner sted for eksempel gjennom vaksinerings eller informasjon eller boliglokalisering til et flomsikkert område (føre var; «prevention better than cure»); ii) risikoreduserende tiltak (forsikring, tidlig varsling); eller iii) mestringsstrategier under og etter et sjokk for å redusere effektene. Her er det sentralt at risikoreduserende tiltak har ulik effekt avhengig av om de settes inn før, under eller etter en sjokkartet hendelse. Ulike strategier for risikohåndtering utvikles overfor forskjellige sosiale grupper (Grosh m.fl. 2008). Det framheves at strategiene bør bygge på et bredt spekter av tilnærminger og involvere aktører fra ulike sektorer og nivåer, via statlige eller offentlige tiltak; gjennom markedsbaserte løsninger; eller lokalt av sivilsamfunnsaktører eller nabolagsgrupper. Videre er det viktig at de tiltak som settes inn er målrettet – både i forhold til kronisk/forbigående fattigdom og i forhold til de ulike fasene i et eventuelt eksternt sjokk eller en katastrofe. Dette har implikasjoner for helse og sosial politikk og hvordan en samordner ulike typer tiltak overfor ulike sosiale grupper og områder. Det har således implikasjoner for

politikkutforming, eventuelle reformer i styring og planlegging, og folkehelsestrategier i forhold til ulike typer omstillinger i levevaner og levekår.

Slike risiko- og sårbarhetsanalyser er i fokus både nasjonalt og internasjonalt. Det er blant annet utviklet verktøy for risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til fysiske risikofaktorer i planleggingen. Internasjonalt er det fokus på strategier knyttet til sosiale sikkerhetsnett, beskyttelse mot sjokk, varslingssystemer, og forsikringssystemer. En viktig grunn til økt fokus på risiko og robusthet internasjonalt er erkjennelsen av at vi går mot økt global og lokal usikkerhet knyttet til en rekke sosiale og miljømessige endringsprosesser som gjensidig forsterker hverandre og endrer det samlede trusselbildet. Ikke minst klimaendringer og ekstremvær, men også sårbarhet for «nye» risikofaktorer som følge av nye reisevaner, innvandring, eller andre globale forhold (endret sykdomsbilder/ebola, økonomisk krise, radikalisering m.m.).

For å kunne utforme effektive og treffende sosiale tiltak, planer og politikk som reduserer eller håndterer ulike typer risiko blir det viktig å forstå og måle sammenhenger mellom lav inntekt/utdanning/status, risiko og sårbarhet i forhold til individer, hushold, lokale grupper og lokalsamfunn.

I Norge har folkehelsepolitikken vært mer opptatt av gradientutfordringen for å forstå sosial ulikhet i helse enn forholdet til lavinntektsgrupper eller «fattige» grupper (St meld 20 2006-2007). En har funnet at helsetilstanden øker i takt med sosio-økonomisk status (særlig inntekt og utdanning), og vært opptatt av at å redusere sosial ulikhet i helse ikke bare handler om å rette tiltak mot de mest utsatte gruppene, men også om å forsøke å løfte hele befolkningen målt mot gruppen med høyest sosio-økonomisk status og best helsetilstand (Dahl m.fl. 2014). Denne tenkningen er inspirert av arbeidet til «Commission of Social Determinants of Health» (2005-2008) (Marmot 2006).

I tråd med en forståelse av sosial ulikhet i helse som en gradientutfordring kan man anvende sårbarhetsbegrepet som et analytisk verktøy for å identifisere utfordringer i lokalsamfunnet på tvers av ulike sosio-økonomiske grupper. Videre kan man koble dette til en analyse av områder i lokalsamfunnet hvor slik sårbarhet kan imøtegås – en form for robusthet. Hvor har man ressurser allerede som man kan trekke på, og hvor trenger en å bygge opp

en større robusthet? En side av et lokalsamfunns robusthet handler om å mobilisere lokale aktører og å utforme lokal politikk og styresett slik at en utløser nødvendige ressurser til å redusere sårbarhet.

4.4 Definere hovedutfordringer - metoder for å analysere folkehelsepolitikk og samstyring *for* helsefremming

En folkehelsekoordinator stilles overfor en rekke utfordringer når lokale arenaer for samarbeid og samhandling skal etableres. Blant annet handler det om å fremme eierskap til data og kunnskap og om å få gjennomslag for tiltak og handling. Folkehelsearbeidet krever samhandling horisontalt på tvers av sektorer og tema, og vertikalt mellom stat, fylke, kommune. Det å sikre integrering av oversiktsdokumentets konklusjoner i det ordinære arbeidet til kommunen/fylkeskommunen er en viktig del av spesielt det løpende oversiktsarbeidet. I tillegg består oversiktsarbeidet av å tolke og forstå utfordringsbildet og utvikle tiltak som møter disse utfordringene.

En helt sentral del av utfordringsbildet er å utvikle innsikt og forståelse for lokal styring, makt, interessekonflikter og muligheter for avveininger mellom ulike perspektiver. Dette kommer fram i ulike internasjonale rapporter og forskning både i Norge (Lillefjell m.fl. 2011, Dahl m.fl. 2014) og internasjonalt. En gjennomgang av Ottawa Charterets strategier for helsefremming i forkant av WHO's sjette «Global Conference on Health Promotion» i Bangkok (2005) viser behovet for en samlet strategi i offentlig politikk, institusjonelle løsninger på ulike nivå (individ, gruppe, strukturelt), tverrsektoriell koordinering, og lokal deltakelse i planlegging og beslutninger (Jackson m.fl. 2007).

I etterkant av Bangkok har «governance *for* health» blitt satt på dagsorden i internasjonal forskning, i de ulike landene vi har sett på og i WHO og andre internasjonale institusjoner sitt folkehelsearbeid (Lancet 2014, Howard og Gunther 2014, EU 2014a, Porter 2006). En EU-finansiert litteraturgjennomgang (2006-2011) av «Helse i alt vi gjør» - politikken viser at forhold knyttet til styring, lederskap, partnerskap og deltakelse var helt

sentrale faktorer for vellykket implementering (Howard og Gunther 2012).

Samtidig er det også fremmet en mer radikal kritikk av det internasjonale arbeidet og den globale diskursen knyttet til folkehelse. Her trekkes internasjonale selskaper og underliggende politiske barrierer for å fremme likhet i helse globalt og internasjonalt. Noe av denne kritikken målbæres i Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health. Den ser særlig på de politiske barrierene som skaper helseulikhet og muligheter for endring (Lancet 2014). Videre ser den på følgene av makt- og interesseforskjeller på ulike felt. De hevder at det kreves en rekke endringer i styringsmekanismene internasjonalt om en ønsker å fremme likhet i folkehelse. De trekker fram behovet for breie reformtiltak i relasjon til økonomisk krise, utenlandske investeringer, transnasjonale selskaper, kunnskap og intellektuell eiendomsrett, matsikkerhet, migrasjon og voldelige konflikter (Lancet 2014).

Lignende konklusjoner trekkes i en studie der den globale helsediskursen nedfelt i Ottawa Charteret i 1986 sammenlignes med Bangkok Charter i 2000 hvor fokus var på «Health Promotion in a Globalized World» (Porter 2006). Her argumenteres det for at mens Ottawa Charteret i stor grad var inspirert av nye sosiale bevegelser knyttet til en diskurs om sosio-økonomisk rettferdighet, var Bangkok Charteret mer orientert mot en diskurs som understøtter globalisering, internasjonale maktforhold og økonomisk utbytting (ibid). Dermed opprettholdes mange politiske og økonomiske barrierer for å fremme sosial likhet i helse.

4.4.1 Rapporter til inspirasjon

Vi har imidlertid funnet få metoder og verktøy utviklet av EU, WHO eller andre sentrale aktører som synes direkte anvendbare for analyser av helsepolitikk og governance eller samstyring i Norge. Likevel finnes det et økende antall rapporter og artikler som kan gi inspirasjon til dette arbeidet. Vi peker også på muligheten av å trekke inn noen sentrale indikatorer i folkehelseprofilene for å sette samstyring og politikk høyere på dagsorden lokalt og sentralt.

Globalt har WHO arbeidet med «governance *for* health» som en naturlig oppfølging av arbeidet med FNs «Commission on Social Determinants of Health» (CSDH) (CSDH 2008, Friel and Marmot 2011, Marmot 2006). Foruten denne rapporten, som i hovedsak omhandler global governance for helse, vil vi nevne en annen viktig bakgrunnsrapport fra WHO-Europa. Rapporten «Smart governance for health and well-being: the evidence» (Kickbusch and Gleicher eds 2014) tar for seg ulike myndigheters og andre aktørers tilnærminger til styring av lokalsamfunn, land og grupper av land innen helse og velferd. Rapporten ser særlig på innovasjoner i forhold til å håndtere helsedeterminanter. Den kategoriserer disse i fem ulike strategiske tilnærminger til «smart governance for health». Videre gjør den et særlig poeng av framveksten av ikke-statlige aktører på helsefeltet i mange land og behovet for samhandling og samarbeid mellom helsesektoren og andre sektorer og aktører, inkludert offentlige, private og sivile aktører. De ulike kapitlene gir en kunnskapsbase for det nye WHO-Europas «policy framework for health and well being», Health 2020¹³. Dette rammeverket baserer seg på en helse-i-alt tilnærming og en whole-of-government og whole-of-society tilnærming.

Knyttet til det praktiske folkehelsearbeidet viser vi her blant annet til at WHO Europa har laget en veileder som kan brukes til å vurdere helse governance/samstyring i en gitt lokal kontekst. Den tar for seg, for eksempel, hvordan tilpasse helsetjenester til en aldrende befolkning, hvordan prioritere innenfor knappe finansielle ressurser, hvordan takle ulikhet i helse, hvordan møte økende forventninger, og hvordan balansere helsefremming, preventiv helse og kurativ helse. Den gir en rekke landeksempler på hvordan styring kan anvendes som virkemiddel – særlig fra land i østlige og sørlige Europa. Denne rapporten/brosjyren fra WHO Europa er litt for generell til direkte anvendelse i norske kommuner, men reiser likevel viktige anliggende for en ny

¹³ <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/smart-governance-for-health-and-well-being-the-evidence>

helsesamstyringsagenda: “Health systems performance assessment”. A tool for health governance in the 21st century.¹⁴

WHO har også etablert et EVIP net – «evidence-informed policy network» som utgir ulike typer «SUPPORT tools» knyttet til policy analyse og analyser av ulike slag for å vurdere datagrunnlag og kilder inn mot et kunnskaps-basert oversiktsarbeid (Fretheim m.fl. 2014, Oxman m.fl. 2014).

Særlig relevant i forhold til å forstå forholdet mellom helsepolitikk og sosial ulikhet og helseulikhet er EUs arbeid på dette feltet (se EU 2014a).

«Governance for health» agendaen setter forhold knyttet til medvirkning og lokal kompetansebygging og sosial kapital på dagsorden («empowerment»). Dermed blir det å aktivisere lokalsamfunnets ressurser en viktig del av oversiktsarbeidet. Det finnes en rekke metoder som sikrer medvirkning og forankring både på tvers av kommunen/fylkeskommunens avdelinger og fag og politikk og bredere i lokalsamfunnet som helhet. Slike metoder kan bidra til å sikre gjensidig kunnskapsflyt og respons mellom aktører som sitter på viktige ressurser for oversiktsarbeidet. Som Følgende prosessveileder fra Canada kan fungere som inspirasjon til arbeid med strategier for medvirkning i lokalt folkehelsearbeid: «A guide to community engagement frameworks for action on the social determinants of health and health equity» (2013)¹⁵

Fra den internasjonale forskningen vil vi trekke fram en «guide» i hvordan gjøre helsepolitisk analyse (Walt m.fl. 2008). Denne tar for seg metodologiske og konseptuelle forhold og utfordringer og har en del nyttige tips og tilnærminger.

Vi har her argumentert for at det å kartlegge og forstå strukturer, roller og relasjoner mellom ulike aktører og sektorer er helt sentralt for oversiktsarbeidet. Det er nødvendig for å danne seg et bilde av

¹⁴ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-governance/publications/2012/health-systems-performance-assessment.-a-tool-for-health-governance-in-the-21st-century>

¹⁵

http://nccdh.ca/images/uploads/Community_Engagement_EN_web.pdf

utfordringer i overgangen til planlegging og vurdering av effektive tiltak overfor ulike sosiale grupper. Samstyring omfatter både vertikal koordinering og samordning (mellom stat, fylke, kommune og ikke-statlige aktører) og horisontal koordinering og samarbeid (innen og mellom ulike sektorer og aktører). Et erkjent problem i det lokale folkehelsearbeidet – i forhold til planlegging og gjennomføring av tiltak – er å forstå og forholde seg til styringssystemet og muligheter for samhandling og samordning (Helgesen m.fl. 2014, Helsedirektoratet 2014, Dahl m.fl. 2014, Helgesen og Hofstad 2012).

5 Avsluttende kommentarer

5.1 Sentrale funn

Vår gjennomgang av internasjonal litteratur og kunnskap viser at det er en rekke kilder til inspirasjon i enkelte land (Canada, England/UK, USA) og i internasjonale institusjoner som EU, WHO og Verdensbanken. Vi har fremhevet viktige strukturer og nettsider og referert til nyere forskning på feltet.

For det første har vi gitt eksempler fra internasjonal litteratur på ulike indikatorer på noen områder der det kan være nødvendig å utvikle nye eller forbedre gamle i det norske oversiktsarbeidet - knyttet til sosial ulikhet i helse, bolig/boligområder, naturmiljø, skader og ulykker og kriminalitet/lokal sikkerhet, styresett/governance og risiko og sårbarhet og robuste lokalsamfunn. Forskning på sosial ulikhet tilsier blant annet et kombinert fokus på utdanning, inntekt, arbeid (og kanskje formue) – koplet til helsevaner, særlig røyking.

For det andre har vi vist til en del nyere forskning på sosial ulikhet i helse med tilnærminger, verktøy og eksempler på anvendelse fra blant annet Canada, Storbritannia og EU. Ingen av de verktøyene vi har funnet kan imidlertid direkte overføres, men de kan gi inspirasjon til utvikling av nasjonale og lokale verktøy. Her er for eksempel EUs politikk for «social cohesion» et godt eksempel på en overordnet politikk som kan bidra til å utjevne forskjeller mellom regioner og innen regioner og – kanskje – mellom kommuner og bydeler.

For det tredje har vi vist til at samtlige land har web-baserte prosessveiledere og relaterte kartverktøy. Disse er naturlig nok ikke overførbare, men de kan være relevante som inspirasjon til videre utvikling av dette verktøyet. Det finnes mye tilgjengelig kartdata i Norge, men dette materialet finnes i en rekke ulike portaler og

systemer som ofte ikke er lett tilgjengelig eller mulig å sammenstille lokalt. Her gjenstår det et viktig utviklingsarbeid. I den sammenheng har Kartverket invitert Helsedirektoratet til et samarbeid om den nye nasjonale kartportalen som vil være tilgjengelig i 2016. Ulike kartframstillinger kan være kraftfulle verktøy for å framstille kompliserte sammenhenger på en enkel måte og for å fremme folkehelse i planleggingen. Ikke minst fordi planlegging som aktivitet har en sterk geografisk orientering. Kartdatas potensial ligger blant annet i muligheten for å koble den romlige dimensjonen og sosioøkonomiske forskjeller i helse mellom sosiale grupper, bydeler, regioner og mellom by og land.

For det fjerde argumenterer vi for at det er behov for nye typer verktøy knyttet til risiko og sårbarhetsanalyser og metoder og strategier for å forhindre eller redusere risiko overfor ulike typer sjokk i en mer usikker verden for spesifikke sosiale grupper (i relasjon til klimaendring, ekstremvær, pandemier, eller økonomiske sjokk/finanskrise). Dette kan imidlertid utfordre prinsippet om universalisme i alle typer folkehelsestjenester.

For det femte løfter vi fram betydningen av bedre kunnskap, om og forståelse for, hvordan governance/samstyring fungerer og hvilke muligheter og begrensinger som foreligger i forhold til innovasjon og endring i ulike samhandlingsarenaer for å fremme folkehelse bredt i samfunnsutviklingen. Det vises til en rekke kilder og web-portaler som kan inspirere det nasjonale og lokale folkehelsearbeidet, selv om det i mindre grad ligger verktøy og metoder for å gjøre relevante analyser der ute. «Governance for health» slik tilnærmingen framstilles i the Lancet - University of Oslo Commission on Global Governance for Health ser særlig på de politiske aspekter ved helse ulikhet og muligheter for endring i styring og politikk (endring og omstilling)(Lancet 2014, EU 2014a).

For det sjetten viser våre datasøk at det finnes store mengder forskning på de fleste relevante enkelttemaer innen folkehelse, både i Norge og internasjonalt, noe som selvsagt var å forvente. Denne forskningen refererer også til viktige framgangsmåter og verktøy som kan være relevant å trekke på, men forskning på enkelttema er ikke rapportert her. Fokuset her er på det generelle oversiktsarbeidet.

5.2 Utfordringer i oversiktsarbeidet

Vi finner at det nasjonale oversiktsarbeidet i stor grad er i tråd med internasjonale tilnærminger til folkehelse der fokus i seinere tid har vært rettet mot sosial ulikhet i helse og de mer grunnleggende årsaksfaktorer som fremmer eller hindrer god helse (påvirkningsfaktorene eller de sosiale determinanter). Det er bygget opp et avansert sett av datakilder, indikatorer, prosessveiledere, analyse og vurderingsverktøy og lovverk som sikrer et godt kunnskapsgrunnlag for planlegging og tiltak i kommunene.

Arbeidet med folkehelse internasjonalt, i Canada, Storbritannia, USA og i WHO, ILO og Verdensbanken, kan inspirere til fokus på indikatorer som ikke er så sterkt fokusert i folkehelseprofilen) og gi ytterligere innsikt i hvordan man kan løfte fram sosial ulikhet i helse. Videre har vi vist betydningen av å forstå de rammene lokale, politiske forhold legger for muligheten til økt oppmerksomhet på folkehelse som følge av oversiktsarbeidet. Ikke minst handler dette om muligheter og barrierer for samstyring og medvirkning.

Dette er også i tråd med forskningen på norske forhold som sterkt poengterer behovet for helse-i-alt og at innsatsen bør settes inn i flere sektorer samtidig og samordnes samt rettes mot nettopp de sosiale determinantene og sosial ulikhet (Helgesen og Hofstad 2012, Dahl m.fl. 2014). Økt kunnskap – også lokalt – er en forutsetning for at sosial ulikhet i helse settes høyt på dagsorden. Det krever blant annet videre utvikling av indikatorer og verktøy på dette feltet.

Det er ikke verdinøytralt hvilke indikatorer og hvilke data og kunnskap en velger å legge til grunn for det lokale folkehelsearbeidet. En kunnskaps-basert folkehelsepolitikk gir nødvendig fakta og data for viktige politiske valg. Men den gir ikke entydige svar på hvilke avveininger som må tas innenfor begrensede ressurser. Økt kunnskap leder ikke nødvendigvis til effektive, treffsikre eller «riktige» løsninger. Kunnskap må omsettes til politisk og praktisk handling innenfor et plan- og styringssystem der ulike interesser og aktører har ulik makt og gjennomslagskraft. Dette er det viktig for alle som er involvert i folkehelsearbeidet å ha kunnskap om. Spesielt anbefaler vi derfor at oversiktsarbeidet settes inn i en verdimessig- og politisk kontekst, og at

kunnskapsgrunnlaget utvides til også å omfatte forhold knyttet til styring, makt, koordinering og interessekonflikter, og bygging av mulige arenaer og nettverk for konstruktiv dialog mellom aktører og sektorer.

En gjennomgang av 25 år med folkehelsearbeid i Canada tilsier at det som blir målt er det som blir tillagt mest vekt og gis høyest fokus i det praktiske arbeidet (Kirk m.fl. 2014). Forskerne hevder at det har vært et gap mellom det folkehelsekoordinatorene har visst om betydningen av de sosiale determinantene og det man har fokusert på i praktisk politikk. I Canada har folkehelsearbeidet i stor grad vært rettet mot forebyggende helse (smittsomme sykdommer) og levevaner dvs. forhold som har vært enkle å måle, og i mindre grad mot det langsiktige arbeid med å takle ulikhet i levekår, arbeid, inntekt og utdanning og helsefremming (Kirk m.fl. 2014). Forfatterne framholder videre at det var ikke mangel på kunnskap som resulterte i «feil» fokus, men forhold knyttet til manglende finansielle og administrative ressurser og politisk fokus i praktisk handling (Kirk m.fl. 2014). Indikatorsettet i folkehelseprofilen blir således ikke et verdinøytralt eller apolitisk verktøy (Markusen 2013). Dermed handler oversiktsarbeidet også om å ta inn over seg «ubehagelige sannheter».

En svakhet ved dagens tilnærming til oversiktsarbeidet – slik den er definert i nasjonale retningslinjer – er at den legger mye vekt på helserelaterte data og forhold og mindre vekt på påvirkningsfaktorer og helsefremming. Dette har blant annet med den institusjonelle historien å gjøre og at den nyere og breiere definisjonen av politikkfeltet jo er av relativt ny av dato. Men det kan også være andre interesseforhold og faktorer som gjør seg gjeldende og konserverer et slikt fokus. Dette innebærer også at de tilgjengelige verktøyene fortsatt i liten grad er utviklet mot å skaffe data og forstå f. eks. forhold mellom helse og sosial ulikhet eller forhold utenfor helse/folkehelse sektoren som påvirker eller vedlikeholder slik ulikhet og hvordan en bør arbeide mot å avdekke sosial ulikhet.

Samtidig må det erkjennes at det er krevende å analysere og i neste omgang definere hvilke policy og styringstiltak (samstyring) som er nødvendige for å fremme helse og hindre uhelse (Howard and Gunther 2014, Dahl m.fl. 2014). Ikke minst er videreutvikling av verktøy og metoder, inkludert indikatorer på sosial ulikhet i helse,

koblingen til kartdata, kunnskap om risiko og sårbarhet, samt politiske faktorer er avhengig av et godt utviklingssamarbeid mellom nasjonale og lokale aktører. I dag er særlig statistiske databaser, og koblingen av dem, for vanskelig tilgjengelig og fragmentert. I tillegg er det å utvikle lokale indikatorer en utfordring (Hofstad og Helgesen 2014).

5.3 Konklusjoner

Mandatet for denne rapporten har vært å fokusere på gode tilnærminger, verktøy, og metoder i oversiktsarbeidet i nasjonal og internasjonal litteratur som kan være relevante og nyttige for det norske folkehelsearbeidet. Vi fant at det nasjonale oversiktsarbeidet i stor grad er i tråd med internasjonale tilnærminger til folkehelse, og at det er mange likhetstrekk i tilnærminger og type verktøy og metoder som benyttes mellom det norske systemet og land som England, Canada og Sverige som vi så nærmere på. Likevel finner vi også forskjeller mellom land og mellom Norge og noen av de landene vi så på. Vi mener at det er mange muligheter for å la seg inspirere av andre lands politikk og erfaringer eller internasjonal forskning og praksis på tilnærminger, metoder og verktøy. . Spesielt er det viktig både lokalt og nasjonalt å få fram en god/bedre forståelse av de institusjonelle forhold som fremmer eller hindrer praktisk handling i ulike deler av systemet (drivkrefter og barrierer) (Helgesen m.fl. 2014, Lillefjell m.fl. 2011).

Til slutt; dersom det er et mål å redusere sosial ulikhet i helse – knyttet blant annet til reduksjon av risiko og sårbarhet blant sårbare eller vanskeligstilte sosiale grupper – er det viktig å fremme indikatorer og verktøy som måler og kartlegger hvordan helse-i-alt kan oppnås. Et slikt relativt omfattende kunnskapsgrunnlag er nødvendig for en målretting av helsefremmende tiltak og samfunnsutvikling.

Litteratur

- Centre for Research in Inner City Health (2014): *Urban HEART @Toronto: Technical Report/User Guide*. March 2014.
- CSDH (2008). *Utjevne helseforskjellene i løpet av en generasjon: Helseforskjellene kan utjevnes ved å endre de sosiale helsedeterminantene*. Endelig rapport fra Kommisjonen for sosiale helsedeterminanter. Sammendrag. WHO/CSDH/Helsedirektoratet
- Dahl, E., Bergsli, H., og K. van der Wel (2014): *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Sammendragsrapport. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus
- EU (2014a): http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/index_en.htm, lastet ned 15. Oktober 2014.
- Folkehelseloven (2012): Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), med merknader til de enkelte bestemmelsene. Opptrykk til fylkesvise samlinger høsten 2011. Oslo: Helsedirektoratet
- Fretheim, A; Lavis, JN; Oxman, AD; og S. Lewin (2014): [SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking \(STP\) 1: what is evidence-informed policymaking?](#) lastet ned 15 oktober, 2014
- Friel, S. og M. G. Marmot (2011): Action on social determinants of health and health inequities goes global. *Annual Review Public Health* 2011: 32:225-36
- Grosh, M., del Ninno, C., Terliuc, E., og A. Ouerghi (2008): *For Protection and Promotion. The design and implementation of effective safety nets*. Washington: The World Bank

- Guest, C., Ricciardi, W., Kawachi, I., og I. Lang (2013): *Oxford Handbook of Public Health Practice (3 ed.)*. Oxford: Oxford University Press: 629
- Helgesen, M., Hofstad, H., Risan, L., Stang, I., Rønningen, G. og C. Lorentzen (2014): *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. NIBR-rapport 2014:3
- Helgesen, M. og H. Hofstad (2012): *Regional og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse*. NIBR-rapport 2012:13
- Helsedirektoratet (2010): *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*. IS1846. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2013): *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. IS 2110. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2014): *Helsedirektoratet (2014): Samfunnsutvikling for god folkehelse, rapport IS-2203*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Heritage, Z., og M. Dooris (2013): *Community participation and empowerment in Healthy Cities. Health Promotion International*, Vol. 24 No S1: i45-i55
- Hillemeier M, Lynch J, Harper S, Casper M. (2004): *Data Set Directory of Social Determinants of Health at the Local Level*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Howard, R. and S. Gunther (2012): *Health in All Policies: An EU literature review 2006-2011 and interview with key stakeholders*. EquityAction. Tools. Regions. Knowledge. Stakeholders. EU
- ILO (2014): *World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice*. Geneva: ILO
- Jackson, S., Perkins, F., Khandor, E., Cordwell, L., Hamann, S., og S. Buasai (2007): *Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. Health Promotion International* Vol. 21. No. S1: 75-83

- Kickbush, I. og D. Gleicher eds. (2014): *Smart governance for health and well-being: the evidence*. Geneva: The World Health Organization Europe
- Kirk, M., Tomm-Bonde, L. og R. Schreiber (2014): Public health reform and health promotion in Canada, *Global health promotion*. Vol 21, Numb 2: 15-22
- Lancet (2014): *The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health*. The political origins of health inequity: prospects for change. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62407-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62407-1)
- Lillefjell, M., Knudtsen, M. S., og G. Wist (2011): *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid*. Senter for helsefremmende forskning. Rapport 2011/06. Trondheim: HIST/NTNU
- Lillethun (2014): Norge digitalt. Hvilke data finnes i dag og hvilke kan vi forvente å kunne hente ut i fremtiden? Med vekt på kartdata (GIS) som kan være til hjelp i kommunenes arbeid med oversikt over faktorer som påvirker befolkningens helse. Innlegg på seminaret *Folkehelse i kommunal planstrategi*, Åsgårdstrand, 30. – 31. oktober 2014, ved fagdirektør Arvid Lilletun, Statens kartverk.
- Markusen, A. (2013): Fuzzy concepts, proxy data: why indicators would not track creative placemaking success. *International Journal of Urban Sciences*, 17:3: 291-303
- Marmot, M. G. and R. Bell (2009): *Action on health disparities in the United States*. Commission on Social Determinants of Health. JAMA. 2009.301(11):1169-1171 (doi:10.1001/jama.2009.363). On-line. American Medical Association
- Marmot, M. (2006): *Health in an unequal world*. The Harveian Oration: London: Royal College of Physicians
- Ministry of Health and long-time care (2006): *The Health Planner's Toolkit*, URL: http://www.health.gov.on.ca/transformation/providers/information/im_resources.html , lastet ned 15. Oktober 2014.
- Ordnnett.no (2008): *Norsk ordbok*. Kunnskapsforlaget: H.Aschehoug & Co. (W.Nygaard)A/S og Gyldendal ASA; 2008

- Oxman, AD; Boyko, J; Lavis, JN; Lewin, S og A. Fretheim (2014): [SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking \(STP\) 14: organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking](#) lastet ned 15 oktober, 2014
- Pan-Canadian Public Health Network (2010): Indicators of Health Inequalities. A report from the Population Health Promotion Expert Group and the Healthy Living Issue Group for the Pan-Canadian Public Health Network. URL: <http://www.phn-rsp.ca/pubs/ih-idps/pdf/Indicators-of-Health-Inequalities-Report-PHPEG-Feb-2010-EN.pdf>, nedlastet 24. oktober 2014.
- Porter, C. (2006): Ottawa to Bangkok: changing health promotion discourse. *Health Promotion International*, Vol. 22 No 1
- Prasad, A., Groot, A., Monteiro, T., Murphy, K., O'Campo, P., Broide, E. og M. Kano (2013): Linking evidence to action on social determinants of health using the Urban HEART in the Americas. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 34(6):407-15
- Schou, A. og E. Fosse (under publisering): Can the state provide equity for all? The case of Norway. I D. Rafael (ed) (under publisering). *Immigration in Modern Nations*. Toronto: Canadian Scholars' Press/Women's Press
- St. Meld. 34 (2012-2013): Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
- St. Meld. 20 (2006-2007): Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Oslo: Helsedepartementet
- Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S. F., Brugha, R., og L. Gilson (2008): "Doing" health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health policy and planning* 2008;23:308-317
- WHO 2012 – s 28
- WHO (2013): 8th Global Conference on Health Promotion: Health in All Policies. Helsinki 10-14th June: WHO. <http://healthpromotion2013.org/>, lastet ned 4 desember, 2014
- WHO-EVIP 2014: <http://search.bvsalud.org/evipnet/index.php?output=html>

[&site=evipnet&col=global&lang=en&q=support&where=EVIPREPO&filter_chain=tag:%22Tools%22](#) , lastet ned 15 oktober, 2014

Woodward, A. (2014): Climate change and health: recent progress.
Bull World Health Organ 2014. 92:774

Vedlegg 1

Søkeord

Health promotion/public health:

- *Data*
- *Evidence*
- *Impact*
- *Determinants*
- *Knowledge*
- *Information*
- *Indicator*
- *Capacity*
- *Assessment*
- *Implementation*
- *Learning*
- *Measure*
- *Tool*
- *Model*
- *Monitoring and evaluation*
- *Dissemination*
- *Infrastructure*
- *Structure*
- *Systems*
- *Models health promotion knowledge*

- *Tool* determinants of health*
- *Decision support systems*
- *PHP model*
- *Knowledge determinants of health*

Health equity lens analysis

Health lens analysis

Health equity lens analysis

Health impact assessment

Health promotion planning

Health needs assessment

Population health

Social protection

Social determinants of health

Governance for health

Governance and public health

Governance and health promotion

Vedlegg 2

Oversiktsarbeidet i Vestfold - som eksempel

Vestfold fylkeskommune har utformet et partnerskap innen folkehelse mellom samtlige kommuner for et tverrfaglig, sektorovergripende og forpliktende samarbeid på regionalt og kommunalt nivå (<https://www.vfk.no/Tema-og-tjenester/Folkehelse/Partnerskap-og-samarbeid/>).

Folkehelseprofilen ligger på nettet <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=07&sp=1&PDFAAr=2014>). Den antyder blant annet følgende problemområder (illustrative eksempler).

- Andelen med videregående eller høyere utdanning er lavere enn landsnivået
- Andelen barn som bor i husholdninger med lav inntekt er høyere enn i landet som helet
- Andelen som mottar uføreytelser i aldersgruppen 18-24 år er høyere enn landsnivået
- Frafallet i videregående skole er høyere enn i landet for øvrig
- Andelen med psykiske symptomer og lidelser er høyere enn i landet som helhet (vurdert ut i fra lokale data)

På bakgrunn av oversiktsarbeidet har fylket blant annet utarbeidet en Regional plan for folkehelse (2011-2014) og et handlingsprogram med vekt på det fysiske miljø, psykososialt miljø, og levevaner. Denne planen knytter an til andre strategiske planer for eksempel Strategisk kulturplan for Vestfold (2010-2014); Strategisk plan for videregående opplæring i Vestfold (2010-2014);

Regional plan for bærekraftig arealpolitikk; og Handlingsplan for fylkesveinett mm. Viktige pågående prosjekter er blant annet;

- Trygge lokalsamfunn
- Levekårsundersøkelsen Ungdata
- Helsefremmende barnehage og skole
- Forskningsprosjektet kunnskapsbasert folkehelsearbeid i videregående skole
- Aktiv Larvik

Alle/de fleste kommunene har utarbeidet oversiktsdokumenter for folkehelse.

Frivillige lag og organisasjoner har kunnet søke støtte til utviklingstiltak som fører til økt fysisk aktivitet blant fysisk inaktive grupper.

Av spesielle lokale verktøy i for dette arbeidet refereres blant annet en veileder i «Helse i plan» - en veileder til å ivareta helsehensyn i planer etter plan- og bygningsloven (2009) og Prosjekthåndboken – et verktøy i folkehelsearbeidet i Vestfold (2005). Arbeidet med Ungdata har også gitt erfaring med lokale undersøkelser (survey) og medvirkning som et ledd i arbeidet med å involvere unge brukergrupper. Det ble blant annet avholdt en konferanse med over 350 ungdommer, politikere og fagfolk i Sandefjord (2013). Det foreligger ulike typer rapporter fra dette arbeidet (<https://www.vfk.no/Tema-og-tjenester/Folkehelse/Ung-i-Vestfold-konferansen/>).