

BY- OG REGIONFORSKNINGSINSTITUTTET NIBR

Barn, unge og utjevning av sosial ulikhet i helse

– en kartleggingsundersøkelse av byomfattende
plandokumenter i Oslo kommune

Nora Gotaas

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Sentrale Planer
Psykisk helse
Folkehelse
Tildelingsbrev
Helse
Barn
Forebygging
Deltakelse
Oppvekstsvilkår
Unge
Inkludering
Helsefremmende
Etater
Sosial Ulikhet

Nora Gotaas

Barn, unge og utjevning av sosial ulikhet i helse

– en kartleggingsundersøkelse av byomfattende
plandokumenter i Oslo kommune

NIBR Rapport 2020:11

Andre lignende publikasjoner:

NIBR-rapport 2019:6

Kommunal planlegging som redskap for å redusere sosiale helseforskjeller

NIBR-rapport 2014:3

Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner

Samarbeidsrapport NIBR/NOVA

Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk

Tittel: Barn, unge og utjevning av sosial ulikhet i helse
– en kartleggingsundersøkelse av byomfattende plandokumenter
i Oslo kommune

Forfatter: Nora Gotaas

NIBR-rapport: 2020:11

ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-8309-311-7 (Elektronisk)
978-82-8309-312-4 (Trykket)

Prosjektnummer: 201542

Prosjektnavn: Kartlegging av folkehelseiltak med mål om å utjevne sosial ulikhet i Oslo
kommune

Oppdragsgiver: Kompetansesenter rus Oslo (Korus), Velferdsetaten, Oslo kommune.

Prosjektleder: Nora Gotaas

Referat: Rapporten er en kartlegging av plandokumenter i Oslo kommune som omhandler
påvirkningsfaktorer og tiltaksområder av betydning for reduksjon av sosial ulikhet i
helse for barn og unge. Rapporten belyser i hvilken grad, og hvordan, disse
temaene tas opp i plandokumentene. Undersøkelsen tar for seg byomfattende
planer, det vil si planer som omfatter kommunen som helhet, og ikke enkeltbydeler
eller områdesatsinger. Til sammen 51 planer og 10 tildelingsbrev til etater er
inkludert i undersøkelsen. Hovedvekten legges på nærmere analyse av hvordan,
og i hvilken grad, tema knyttet til barn og unge, folkehelse og sosial ulikhet
fremtrer i kommuneplanens samfunnsdel «Vår by, vår framtid. Kommuneplan for
Oslo 2018. Samfunnsdel med byutviklingsstrategi» og «Folkehelseplan for Oslo
2017-2020» og manifesteres i tildelingsbrev til relevante etater.

Sammendrag: Norsk

Dato: August 2020

Antall sider: 45

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

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

Trykk: X-idè
Org. nr. NO 997058925 MVA
© NIBR 2020

Forord

Denne rapporten har form av en kartlegging av plan- og styringsdokumenter på byomfattende nivå i Oslo kommune som tar for seg temaer knyttet til barn og unge, folkehelse og sosial ulikhet, samt en nærmere analyse av utvalgte dokumenter. Undersøkelsen er utarbeidet på oppdrag av det regionale Kompetansesenter rus Oslo (Korus), Velferdsetaten, Oslo kommune.

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

Styringsgruppa for prosjektet har bestått av Henning Pedersen og Yvonne Larsen ved Korus Oslo og Erik Henningsen, Hege Hofstad og Nora Gotaas ved By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet – storbyuniversitetet. Nora Gotaas har vært prosjektleder, med veiledning av Hege Hofstad, som har særlig kompetanse på tema knyttet til planlegging, samordnings- og styringsaspekter i folkehelsearbeid, både nasjonalt og lokalt.

Vi vil takke oppdragsgiver for en fortløpende dialog og godt samarbeid underveis. Helseetaten, ved Linnéa Johansson og Martine Post, har gitt tips til dokumentsøk i en tidlig fase og bidratt med tilbakemeldinger på rapportutkast til det avsluttende møte i styringsgruppa.

Oslo, august 2020

Erik Henningsen
forskningssjef

Innhold

Forord	1
Sammendrag	4
1 Innledning	7
1.1 Bakgrunn	7
1.1.1 Folkehelsearbeid i Oslo kommune – kommuneplan og folkehelseplan	8
2 Forskningsspørsmål, fremgangsmåte og metode	11
2.1.1 Formål og problemstilling	11
2.1.2 Datagrunnlag	12
Oversikt planer og tildelingsbrev	13
2.1.3 Databehandling — strategi for koding	15
3 Perspektiv for analyse	17
3.1.1 Politikkenes faglige forankring – påvirkningsfaktorer og helse-årsakskjeden	17
3.1.2 Helsefremming og forebygging – sammensatte og overlappende dimensjoner	18
3.1.3 Helse-årsakskjeden og utjevning av sosial ulikhet i helse	19
4 Et oversiktsbilde	22
4.1 Folkehelse	22
4.1.1 Oversikt – i alle planer	22
5 Næranalyse utvalgte dokumenter	25
5.1.1 Nærere analyse folkehelse – forholdet mellom førende planer og etater	25
5.1.2 Sosial ulikhet	27
5.2 Kartlegging påvirkningsfaktorer	29
5.2.1 Materielle og sosiale ressurser	30
5.2.2 Risikofaktorer	32
5.2.3 Helsetjenester	37
5.2.4 Påvirkningsfaktorer på tvers - Kompetansebygging	38
5.2.5 Oppsummering	39
6 Avsluttende refleksjoner	42
Referanser	45

Tabelliste

Tabell 3.1: Påvirkningsfaktorer og tiltaksområder i lokalt folkehelsearbeid – rettet mot barn og unge for utjevning av sosiale ulikheter i helse (blant annet inspirert av Hdirs veileder)	21
Tabell 4.1: Forekomst «folkehelse» ved søk i alle plandokumenter (ikke tildelingsbrev)	22
Tabell 4.2: Forekomst «helsefremmende» og «helsefremming»* ved søk i alle plandokumenter (ikke tildelingsbrev)	23
Tabell 4.3: Forekomst «Forebygging», «Forebyggende» og «Forebygge»* ved søk i alle plandokumenter (ikke tildelingsbrev)	24

Figurliste

Figur 3.1: Helse-årsakskjeden	19
Figur 3.2: Innsatsområder for reduksjon av sosial ulikhet i helse	20
Figur 5.1: Folkehelse omtalt i kommuneplanen, folkehelseplanen* og tildelingsbrev	26
Figur 5.2: Sosial ulikhet omtalt i tildelingsbrev til etater	28
Figur 5.3: Materielle og sosiale ressurser – arbeid, bolig og bomiljø	30
Figur 5.4: Materielle og sosiale ressurser – oppvekst og utdanning	31
Figur 5.5: Risikofaktorer– fysiske og sosiale miljøfaktorer	33
Figur 5.6: Risikofaktorer – sosiale miljøfaktorer (2)	34
Figur 5.7: Risikofaktorer – levevaner	35
Figur 5.8: Risikofaktorer (til dels i form av levevaner (2))	36
Figur 5.9: Helsetjenester	37
Figur 5.10: Påvirkningsfaktorer på tvers – Kompetansebygging	38
Figur 5.11: Påvirkningsfaktorer på tvers – Tidlig innsats	39

Sammendrag

Denne rapporten har form av en kartlegging av plandokumenter i Oslo kommune som omhandler påvirkningsfaktorer og tiltaksområder av betydning for reduksjon av sosial ulikhet i helse for barn og unge. Rapporten belyser i hvilken grad, og hvordan, disse temaene tas opp i plandokumentene. Kartleggingen tar for seg byomfattende planer, det vil si planer som omfatter kommunen som helhet, og ikke enkeltbydeler eller områdesatsinger. Til sammen 51 planer og 10 tildelingsbrev til etater er inkludert i undersøkelsen.

Et viktig funn i undersøkelsen er at det viste seg at det finnes et stort antall relevante plandokumenter på byomfattende nivå som omhandler tema knyttet til barn og unge og sosial ulikhet i helse. Disse er krevende å få oversikt over, fordi de i stor grad er kategorisert i tilknytning til ulike sektorer og innunder ulike tema. Kartleggingen har derfor konsentrert seg om først å skaffe en oversikt og deretter gå mer i dybden på et utvalg av disse. I metodedelen legger vi vekt på å gi en grundig redegjørelse for fremgangsmåte, og for inklusjons- og eksklusjonskriterier for utvalget av plandokumenter.

Folkehelsearbeid er et bredt og sammensatt tema. Rapporten gir en kort oversikt over forståelse og hovedperspektiv som kjennetegner dette området. På bakgrunn av det såkalte *sosiale helsedeterminant-perspektivet* og *helse-årsakskjeden* utarbeides deretter en tilpasset modell av helse-årsakskjeden. Denne danner grunnlaget for å finne fram til relevante påvirkningsfaktorer i materialet av plandokumenter og kategorisere disse. Et viktig moment er at det i folkehelsearbeidet generelt vil være overlapp mellom ulike påvirkningsfaktorer og at slike kategoriseringer først og fremst må sees som et arbeidsredskap, ikke en endelig inndeling.

I analysen gir vi først et oversiktsbilde der vi tar for oss alle plandokumentene i utvalget (ikke tildelingsbrevene) og undersøker hvilke som eksplisitt omtaler *folkehelse* som tema. Vi finner dette i 13 av planene. Deretter utvider vi søket og ser at *helsefremming* og *forebygging* (og varianter av disse) i stor grad brukes som ekvivalenter til begrepet «folkehelse». Det gjelder særlig forebygging, som omtales i hele 34 plandokumenter; langt flere enn selve folkehelsebegrepet. Mange av disse er, ikke overraskende, direkte rettet inn mot barn og unge, og mot områdene psykisk helse, rus og kriminalitet.

Deretter legges hovedvekten i analysen på å gå nærmere inn i et utvalg av plandokumenter. Kommuneplanens samfunnsdel «Vår by, vår framtid. Kommuneplan for Oslo 2018. Samfunnsdel med byutviklingsstrategi» og «Folkehelseplan for Oslo 2017-2020» er de to sentrale planene som i størst grad, og med en mest helhetlig tilnærming, omhandler folkehelse tema. Disse sees i relasjon til tildelingsbrevene for 2020 til 10 særlig relevante etater. Vi undersøker først hvordan de overgripende temaene *folkehelse* og *sosial ulikhet* manifesterer seg i de to sentrale planene og i hvilken grad de gjenspeiles i tildelingsbrevene. Folkehelse, som naturlig nok er særlig fremtredende i folkehelseplanen, opptrer bare som et eksplisitt tema i fire av tildelingsbrevene. Når det gjelder sosial ulikhet, er ulike dimensjoner ved dette omtalt relativt jevnt i de to sentrale planene, mens noen av dimensjonene knyttet mer direkte til helse, og også sosioøkonomisk status relatert til familier, fremtrer tydeligere i folkehelseplanen. Flere ulike dimensjoner ved sosial ulikhet tas opp i 6 av tildelingsbrevene, først og fremst i form av begrepet *sosial utjevning*. Folkehelseplanen er ellers den eneste av de studerte plandokumentene som direkte omtaler sosial ulikhet i helse og utjevning av sosiale helseforskjeller, og er slik den eneste som eksplisitt kobler sammen sosial ulikhet og helse.

Både når det gjelder folkehelse og sosial utjevning går vi nøyere inn i teksten i tildelingsbrevene og viser hvor og hvordan temaene omtales. Vi ser at de først og fremst gjenfinnes under «fellesføringer» med henvisning til byrådsplattformens prioriterte områder: «Tidligere innsats – Sosial utjevning – Tillit og handlingsrom». Det er ellers brevet til Helseetaten som i størst grad omtaler begge temaene videre i teksten og hvor det legges særlig stor vekt på sosial utjevning.

Analysen tar deretter for seg en rekke, spesifikke påvirkningsfaktorer med utgangspunkt i de tre delene av helse-årsakskjeden. I siste del av kapittel 5 oppsummeres funnene. Samlet sett viser gjennomgangen at det legges stor vekt på faktorer knyttet til *materielle og sosiale ressurser*. Strategier og tiltak rettet inn mot disse faktorene legger grunnlaget for utjevning av sosiale helseforskjeller. Forventningene i tildelingsbrevene er knyttet til både materielle og sosiale ressurser, slik som mange

av dem vi har gruppert under bolken *bolig og bomiljø*. Her er det særlig områdesatsinger som omtales i tildelingsbrevene, mens mer spesifikke faktorer knyttet til bolig og bo/nærmiljø er mer fremtredende i kommuneplanen og folkehelseplanen. Vi ser at den andre bolken, *oppvekst og utdanning*, er den hvor flest ulike faktorer omtales, og hvor mange også opptrer hyppig. Ved siden av de dominerende faktorene knyttet til barnehage og skole, legges det stor vekt på tiltak og faktorer knyttet til (tidlig innsats) for barn. Faktorer direkte knyttet til ungdomsbefolkningen er mindre fremtredende, overfor denne gruppen er det videregående skole og frafall som dominerer.

Når det gjelder det midterste leddet i helse-årsakskjeden, *risikofaktorer*, finner vi stor bredde i hvilke type faktorer som omtales. Under *fysiske og sosiale miljøfaktorer* er det imidlertid relativt lite direkte under *fysiske miljøfaktorer* (selv om kommuneplanen legger stor vekt på forurensning og støy og faktorer knyttet til mer strukturelle aspekter ved by og byrom), mens bolken *sosiale miljøfaktorer* viser en rekke faktorer og stor variasjon. Her er påvirkningsfaktorer knyttet til inkludering, deltakelse, mangfold og medvirkning særlig fremtredende. Både kommuneplanen og folkehelseplanen legger stor vekt på medvirkning for barn og unge, dette gjenspeiles imidlertid bare i fire av tildelingsbrevene.

Under risikofaktorer *levevaner* finner vi mange påvirkningsfaktorer som dreier seg om å legge til rette for konkrete, målrettede aktiviteter, slik som fysisk aktivitet, idrett og kulturtilbud. Det kan legges til at de fleste av disse i høyeste grad også dreier seg faktorer gruppert i de to foregående bolkene, slik som inkludering, deltakelse, mangfold og medvirkning (jfr. drøfting av kategorisering av påvirkningsfaktorer for folkehelse i kap 3). Vi finner at i tillegg til fysisk aktivitet, idrett, kulturaktiviteter og tilbud, er frivillighet fremtredende. Fritidstilbud vektlegges i kommuneplanen og folkehelseplanen, men gjenspeiles bare i brevet til Velferdsetaten.

Videre under *risikofaktorer* ser vi at *psykisk helse* gis særlig sterk og direkte oppmerksomhet i folkehelseplanen. Dette gjenspeiles direkte (som begrep) bare i brevet til Helseetaten, men spesifiseres i flere i form av traumeinformert by og vold og seksuelle overgrep. Blant andre svært tydelige områder knyttet til risikofaktorer gis det oppmerksomhet til kriminalitet og rus generelt, og relativt mindre til bruken av spesifiserte rusmidler og tobakk.

I det siste leddet i helseårsakskjeden, *helsetjenester*, finner vi at de tjenestene som er direkte rettet mot barn og unge, naturlig nok er mest fremtredende i tildelingsbrevet til Helseetaten. Det ser ellers ikke ut til å være faktorer som dominerer eller er påfallende lite fremtredende i denne bolken.

I analysen har vi også laget kategorier av *påvirkningsfaktorer som i særlig stor grad går på tvers av hovedområdene* i helse-årsakskjeden. Den første tverrgående påvirkningsfaktoren, *kompetansebygging*, får frem hvordan det, spesielt i folkehelseplanen, legges vekt på å øke kunnskap omkring betingelser for barn og unges utvikling og hvordan eventuelt kunne søke hjelp, både hos ansatte, foreldre og frivillige, og også hos barn og ungdom selv. Dette gjenspeiles i relevante tildelingsbrev, først og fremst når det gjelder bygging av kompetanse hos ansatte i tjenestene.

I den andre tverrgående påvirkningsfaktoren, *tidlig innsats*, ser vi at dette omtales flere steder i kommuneplanen og folkehelseplanen og i tre av tildelingsbrevene. Denne faktoren må ses i nær sammenheng med kompetansebygging.

Det varierer i hvilken grad tildelingsbrevene gjenspeiler føringene gitt i kommuneplanen og folkehelseplanen, både når det gjelder overfor hvilke etater hvilke faktorene omtales, og med hvilken styrke. I forlengelsen av enkelte funn reflekterer vi videre og spør blant annet om ikke folkehelse – som eksplisitt tema, og gitt at det angår de fleste områder – burde kunne nedfelles i tildelingsbrevene til et større spekter av etater. Samtidig kan det spørres om ikke kommuneplanen og folkehelseplanens vekt på medvirkning for barn og unge burde kunne gjenfinnes i brevet til flere etater enn de som har et særskilt ansvar for barn og unge.

Kartleggingen viser at plandokumentene i Oslo kommune i stor grad reflekterer den brede tilnærmingen som ligger i folkehelsearbeidet nasjonalt. Et slående trekk ved folkehelsearbeid rettet mot barn og unge i Oslo, er at flere av områdene som omtales både har en sterk universell innretning, samtidig som de er selektivt rettet. Det gjelder i særlig grad områder som tidlig innsats og kompetansebygging, som omfatter mange, ulike aktørgrupper i ulike sektorer og som slik går på tvers av de store bolkene i helse-årsakskjeden.

1 Innledning

De senere år har man sett en stadig større oppmerksomhet omkring folkehelse, ikke minst på grunn av folkehelseloven (2011) hvor en større systematikk i folkehelsearbeidet vektlegges og hvor sosial ulikhet, som en viktig faktor for folks helse, understrekes. Folkehelsearbeid rettet mot barn og unge er særlig viktig, fordi faktorer som påvirker helse i barndom og ungdom former livsløpet og i stor grad virker inn på helsesituasjonen gjennom hele livet. I Oslo er forskjellene i helse større enn i resten av landet, og også stor sammenliknet med europeiske storbyer. Oslo har også en større ungdomsbefolkning enn andre byer i Norge.

I denne rapporten kartlegges plandokumenter i Oslo kommune som omhandler påvirkningsfaktorer og tiltaksområder av betydning for reduksjon av sosial ulikhet i helse for barn og unge. Hovedformålet er å belyse i hvilken grad, og hvordan, disse temaene tas opp i plandokumentene. Kartleggingen tar for seg byomfattende planer, det vil si planer som omfatter kommunen som helhet, og ikke enkeltbydeler eller områdesatsinger. Til sammen 51 planer og 10 tildelingsbrev til etater er inkludert i undersøkelsen.

Rapporten er organisert slik at det først gis en presentasjon av begrepet folkehelse og forståelse av folkehelsearbeid (kap 1). Deretter redegjør vi for metodisk tilnærming og datagrunnlag, med oversikt over alle plandokumentene som er inkludert i utvalget (kap 2). Kapittel 3 tar for seg det analytiske utgangspunktet for undersøkelsen. I kapittel 4 gir vi en oversikt over i hvilken grad det samlede utvalget av plandokumenter omhandler folkehelse som tema, og i hvilken grad dette gjenspeiles i tildelingsbrevene til et utvalg etater. Vi ser deretter i hvilken grad temaet sosial ulikhet opptrer i to av de sentrale plandokumentene og i tildelingsbrevene til et utvalg etater. Kommuneplanens samfunnsdel «Vår by, vår framtid. Kommuneplan for Oslo 2018. Samfunnsdel med byutviklingsstrategi» og «Folkehelseplan for Oslo 2017-2020» er de to sentrale planene som i størst grad, og med en mest helhetlig tilnærming, omhandler folkehelse tema. Disse to er derfor sett i relasjon til 10 tildelingsbrev til relevante etater. I kapittel 5 undersøkes forholdet mellom de to overordnede planene og tildelingsbrevene nærmere med henblikk på en rekke påvirkningsfaktorer og innsatsområder. Et viktig spørsmål er i hvilken grad tema i disse planene nedfelles i tildelingsbrev til aktuelle etater. Til sist gir vi en kort sammenfatning og drøfting av de viktigste funnene (kap 6).

1.1 Bakgrunn

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

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

2000-tallet som følge av at man, til tross for en generell økning i levealder og bedring i helsestatus i befolkningen i Norge, ser en økning i de sosioøkonomiske forskjellene i dødelighet og sykkelighet. Levealderen har altså økt mer i grupper med høy sosial status enn i grupper med lavere sosial status. Helsetilstanden følger et trappetrinnmønster, en systematisk ulikhet som er kjennetegnet av at helse blir bedre og levealderen lengre jo høyere i det sosioøkonomiske hierarkiet folk befinner seg (Dahl, Bergsli & van der Wehl, 2014). De som har flere materielle og sosiale ressurser lever lengre og er friskere enn de som har færre ressurser. Dette gjelder for så å si alle helsemål på den ene siden, og for så å si alle mål på sosioøkonomisk status på den andre siden (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Folkehelsepolitikken legger til grunn at om en skal utjevne forskjellene i helseatferd og helsetilstand, bør først og fremst de samfunnsstrukturene som styrer atferden påvirkes, ikke de individuelle helsevalgene som kommer som en følge av de samme strukturene (ibid.). Ikke minst ser en det som viktig å rette innsatsen mot de grunnleggende, sosiale årsakene til helseforskjeller, de såkalte *sosiale helsedeterminantene*, eller *påvirkningsfaktorene* (Dahl et al., 2014). Påvirkningsfaktorer er alle faktorer som påvirker helse, positivt eller negativt. Folks helse er med andre ord nært knyttet til hvordan vi har organisert og innrettet samfunnet (Hofstad 2018, 2019). Å drive folkehelsearbeid handler derfor i stor grad om å sette inn tiltak utenfor helsetjenesten. *Folkehelsearbeid* kan defineres som «samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helseisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse» (Helsedirektoratet 2010, s. 20). Dette arbeidet forutsetter slik et helhetsperspektiv – både med tanke på faktorer som former den enkeltes livsmiljø her og nå og hvordan disse har betydning for individets samlede livsløp. Dette arbeidet omfatter både direkte og mer indirekte faktorer. Samlet sett vil folkehelsearbeid dermed favne svært bredt og angå de fleste samfunnssektorer.

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

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

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

1.1.1 Folkehelsearbeid i Oslo kommune – kommuneplan og folkehelseplan

Folkehelseloven gir kommunene en helt sentral rolle i folkehelsearbeidet. I Oslo er det Helseetaten som koordinerer folkehelsearbeidet i kommunen og har ansvar for kommunens oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer, på et overordnet nivå. Samtidig er det vesentlig at: «Ansvaret for folkehelse ligger til kommunen som sådan, ikke en bestemt sektor» (Hofstad 2019, s. 15). Loven forutsetter at alle sektorer innarbeider folkehelse på sine

ansvarsområder og utformer relevante strategier, mål og tiltak. Dette gjenspeiles i det mye brukte uttrykket «helse i alt vi gjør».

Kommuneplanens samfunnsdel

Nettopp fordi alle kommunens relevante deler skal aktiviseres i folkehelsearbeidet, blir *kommuneplanens samfunnsdel* viktig som strategisk retningsgiver både for kommunen som organisasjon og kommunen som territorium gjennom rammesetter for arealutviklingen (Aarsæther og Hofstad, 2018). Dermed legger kommuneplanens samfunnsdel føringer for kommunens sterkeste styringsinstrument, nemlig økonomiplan/handlingsdel regulert gjennom kommuneloven. Kommuneplanens samfunnsdel er regulert av plan- og bygningsloven og dermed i tillegg også retningsgiver for andre planer etter loven, ikke minst kommuneplanens arealdel som regulerer den territorielle utviklingen, og detaljplaner som spesifiserer de konkrete løsningene ytterligere.

Formålet med kommunal planlegging er å

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

I odelstingsproposisjonen (2007-2008) som utdyper innholdet i plan- og bygningsloven fra 2008 gjøres koblingen enda tydeligere (Hofstad, 2018). Her løftes «vilkår for folkehelse» fram som en viktig del av bærekraftig utvikling og «folkehelse» som en indikator på bærekraftig utvikling som skal sikres gjennom offentlig samfunns- og arealplanlegging (Ot.prp. 2007-2008, s.170). Når formålet utdypes i en egen paragraf i selve loven (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2008, § 3-1), er flere av punktene relevante for folkehelsearbeidet:

- *legge til rette for verdiskaping og næringsutvikling*
- *legge til rette for god forming av bygde omgivelser, gode bomiljøer og gode oppvekst- og levekår i alle deler av landet*
- *fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet*
- *ta klimahensyn, herunder gjennom løsninger for energiforsyning og areal og transport*
- *fremme samfunnssikkerhet ved å forebygge risiko for tap av liv, skade på helse, miljø og viktig infrastruktur, materielle verdier mv (PBL 2008, § 3-1, bokstav d–h)*

Som disse punktene viser, har plan- og bygningsloven et bredt samfunnsperspektiv som inkluderer folkehelse og sosial ulikhet. På samme måte har planlegging som virkemiddel i folkehelsearbeidet blitt vektlagt i stadig sterkere grad (Hofstad, 2018). I folkehelseloven pålegges kommuner og fylkeskommuner å lage en oversikt over negative og positive påvirkningsfaktorer i kommunen/fylkeskommunen (folkehelseloven (2011), § 5). Denne kunnskapen skal så inngå som et grunnlag for prioriteringer og beslutninger i den kommunale og fylkeskommunale planstrategien, samt i løpende planlegging (folkehelseloven (2011), § 6), ligge til grunn for utvikling av tiltak, samt evalueringen av disse. Til sammen utgjør dette det såkalte «systematiske folkehelsearbeidet».

Plan- og bygningsloven og folkehelseloven gir stor handlefrihet til kommuner og fylkeskommuner når det gjelder innholdet i de faktiske tiltakene. Tanken er i begge tilfeller at en gjennom et kunnskapsgrunnlag skal ledes til å gjøre de rette prioriteringene.

Folkehelseplan

To helt sentrale styringsdokumenter for Oslos folkehelsearbeid er det nasjonale «Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027» og Oslos egen «Folkehelseplan for Oslo 2017-2020».

Program for folkehelsearbeid i kommunene er et statlig, nasjonalt program, mens vår undersøkelse bare omfatter byomfattende styringsdokumenter. Vi vil likevel fremheve at programmet utgjør en del av konteksten for folkehelsearbeidet i kommunen og samvirker med målsettingene i folkehelseplanen. Programmet samler eksisterende tilskuddsordninger, og målet er å jobbe mer systematisk, kunnskapsbasert og langsiktig med folkehelsearbeid. Primo mars 2020 er totalt 8 av 15 Oslos bydeler deltakere, med til sammen 5 prosjekter. Å redusere sosial ulikhet i helse er et mål i programmet. Ved å være programfylke skal Oslo kommune oppnå følgende overordnede mål og delmål:

Overordnet mål 1: Flere barn og unge i Oslo opplever god livskvalitet

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

Programmet gir kommunen økte muligheter for å prøve ut ulike prosjekter og tiltak og lære av andre kommuner.

I Folkehelseplan for Oslo 2017-2020 pekes det ut tre hovedsatsingsområder:

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

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

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

2 Forskningsspørsmål, fremgangsmåte og metode

2.1.1 Formål og problemstilling

Den opprinnelige målsettingen for prosjektet var å få kartlagt, systematisert og vurdert tiltaks- og metodeutviklingsarbeid i folkehelsearbeidet med hensyn til barn og unge i bydelene i Oslo. I samråd med styringsgruppa for prosjektet, har prosjektets innretning blitt endret underveis. I utgangspunktet ønsket vi å se på hvordan relevante byomfattende plandokumenter manifesterer seg i bydelenes arbeid, både hva gjelder plan- og styringsdokumenter og praktisk implementering. Vi la opp til en tredelt undersøkelse: Først en innledende, byomfattende dokumentstudie. Deretter en oppfølgende kartleggingsundersøkelse av tiltak og pågående arbeid i utvalgte bydeler og på bakgrunn av denne en næranalyse av enkelte tiltak. I datainnsamlingen ønsket vi, i tillegg til dokumentstudier, å benytte kvalitative intervju og eventuelt noen observasjonsøkter i utvalgte tiltak.

Etter å ha startet kartleggingen av dokumenter, viste det seg imidlertid at dette ville bli en svært omfattende oppgave. Det ble tydelig både i prosessen med å fremskaffe plandokumenter på byomfattende nivå, og da vi foretok en tentativ kartlegging av plandokumenter i en tilfeldig valgt bydel (Østensjø).¹ På begge nivå var det en omfattende oppgave å finne fram til relevante dokumenter, som i stor grad er kategorisert i tilknytning til ulike sektorer og tema, og som det også ville kreve mye tid å kategorisere og se i forhold til hverandre.

Ut fra prosjektets knappe ressursmessige rammer, bestemte styringsgruppa derfor å avgrense undersøkelsen til en kartlegging av byomfattende plandokumenter og heller gå i dybden på et utvalg av disse. Samtidig ble problemstillingen delvis omformulert til å legge større vekt på selve kartleggingsdelen, ettersom den viste seg å kunne gi et solid, empirisk fundament og det ville være nyttig å få vite mer om det brede bildet.

Undersøkelsen har to hovedformål:

- ✓ Å kartlegge hva som finnes av relevante plandokumenter på byomfattende nivå, og gi et oversiktsbilde av i hvilken grad disse tar for seg tema knyttet til barn, unge og sosial ulikhet i helse.
- ✓ Gå dypere inn i et par overordnede plandokumenter og undersøke hvordan, og i hvilken grad, føringer på relevante temaområder manifesterer seg i tildelingsbrev til utvalgte etater.

På denne bakgrunn er delspørsmålene i undersøkelsen formulert slik:

- ✓ Hvilke relevante plandokumenter finnes på byomfattende nivå?
- ✓ I hvilken grad tar planene for seg tema knyttet til barn, unge og folkehelse/sosial ulikhet i helse?
- ✓ I hvilken grad er føringer i kommuneplanenes samfunnsdel og folkehelseplanen på relevante temaområder synlige i tildelingsbrev til et utvalg aktuelle etater?
- ✓ Hvilke påvirkningsfaktorer gis oppmerksomhet i folkehelsearbeidet og i arbeidet for reduksjon av sosial ulikhet i helse for barn og unge?

I analysen har vi prioritert å fremskaffe et helhetlig datamateriale og fremstille dette i et relativt stort antall tabeller og figurer. Av ressursmessige hensyn kommenterer vi bare de mest sentrale

¹ Østensjø er, som nevnt over, en av 5 bydeler i Oslo som er deltaker i Program for folkehelsearbeid. Det kan ha ført til noen flere aktuelle plandokumenter enn i bydeler uten deltakelse, men en rask gjennomgang av andre bydeler tyder ikke på store forskjeller. Antakelig ville denne eller en av deltakerbydelene blitt valgt ut for næranalyse, dersom vi hadde fulgt planen om undersøke folkehelsearbeid i enkelte bydeler.

funnene. Oversiktene inneholder imidlertid mye interessant informasjon som gir mulighet for videre elaborering. Vi har lagt vekt på å fremstille datamaterialet slik at den interesserte leser har mulighet for å følge et tema, et plandokument eller en etat gjennom fremstillingen og gjøre mer spesifikke koblinger for sitt formål.

2.1.2 Datagrunnlag

I denne bolken vil vi gi en forholdsvis detaljert redegjørelse for fremgangsmåten i undersøkelsen, av to grunner: For det første, er det interessant å vise stegene i kartleggingsprosessen som gjorde endringer nødvendig. Dette representerer i seg selv viktige forskningsfunn om universet som undersøkes. For det andre ligger det nyttig lærdom for eventuelle fremtidige, liknende studier i å se hvilke metodiske utfordringer/steg slike kartlegginger kan regne med å støte på/inneholde.

En metodisk utfordring i innsamlingen var å sikre at man fanger opp alle relevante plandokumenter. Fordi folkehelse i prinsippet omfatter en rekke samfunnsområder, er det krevende å få oversikt. De viktigste plandokumentene relatert til folkehelse ligger samlet på kommunens hjemmesider, men en del av de byomfattende plandokumentene, med delvis relevans for feltet, er å finne innenfor ulike sektorer.

Når det gjelder alle av kommunens sentrale plan- og styringsdokumenter, er størstedelen samlet ett sted på kommunens hjemmeside og kategorisert under ulike temaområder. Listen er imidlertid ikke uttømmende (og tittel på plandokumentene er ikke alltid dekkende). I tillegg har vi derfor brukt «snøballmetoden» og lagt til plandokumenter med åpenbar relevans (slik som for eksempel SaLTo-planene).² Som sagt er datatilfanget avgrenset til byomfattende plandokumenter, det vil si at planer som gjelder enkeltbydeler og områdesatsinger er utelatt.

Etter en første kartlegging, har vi gjort mer målrettede søk i alle innsamlede dokumenter på temaene barn og/eller unge, folkehelse, helse og ulike begrep knyttet til sosial ulikhet. Dokumenter som omtaler disse temaene ble inkludert i utvalget. Det vil si at planen omhandler barn og/eller unge og tema knyttet til folkehelse og sosial ulikhet, men at temaene ikke nødvendigvis er omtalt sammen, i samme tekstsekvens. – Prosedyren innebar en grundigere sjekk, ettersom «folkehelse», («helse») og «helsefremmende» ikke nødvendigvis brukes som begrep selv om plandokumentet omhandler folkehelse relaterte tema. Et særlig nyttig søkeord viste seg å være «sosial», fordi det ga treff på en rekke tilhørende begrep i tillegg til «sosial ulikhet».³ I tillegg har vi søkt på «fattigdom», «levekår», «økonomiske forskjeller/ulikhet/problemer». – Til sammen fant vi 51 byomfattende plandokumenter som tilfredsstilte kriteriene. Vi vil presisere at utvalget ikke nødvendigvis representerer en nøyaktig oversikt, og at det kan finnes enkelte planer vi ikke har funnet. Samlet sett mener vi likevel at utvalget gir et tilnærmet fullverdig bilde.

De sentrale plandokumentene har vi deretter kategorisert etter plantype. Vi har lagt til grunn kommunens egen veiledningsbrosjyre hvor det heter at «Planer skal i hovedsak kunne deles inn i følgende kategorier»⁴:

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

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

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

² Snøballmetoden førte i ett tilfelle til at vi lette lenge etter *En psykt bra by - strategi for psykisk helse* (2019) som ble referert til i flere andre plandokumenter, men som til slutt viste seg å være sterkt forsinket og ikke vil bli ferdig politisk behandlet før ut i 2020.

³ Det gjelder «sosiale forskjeller», «sosial utjevning/utjevning/utjamning», «sosial bakgrunn», «sosial bærekraft», «sosiale møteplasser», «sosiale forhold», «sosial utvikling», «sosiale utfordringer».

⁴ Brosjyre utgitt av Byrådsavdeling for finans: Planer og planarbeid i byrådsavdelingene (udatert, se referanseliste)

Bystyremelding kan brukes når:

- Det skal gis en grundig faglig redegjørelse for et saksfelt til bystyret, og
- Det inviteres til en bred og overordnet drøfting av politiske målsettinger.

For å innplassere planene gikk vi inn i hvert av dokumentene og foretok en skjønnsmessig vurdering. Mange planer har ikke en klar angivelse av plantype, bortsett fra handlingsplaner (som stort sett har ordet «handlingsplan» i titlene). I denne kategorien er det bare én plan, uten handlingsplan i navnet, som ble flyttet inn⁵. Ingen planer har for eksempel tittel eller angivelse i teksten som «temaplan», mens dette er den kategorien hvor vi endte med å plassere et flertall av planene. Mens mange planer som angir at de er «strategi» er flyttet ned til temaplan, er ingen flyttet to hakk ned, til «handlingsplan». Når det gjelder «bystyremeldinger», har vi plassert flere her, som ikke har bystyremelding i tittelen, men hvor statusen fremgår i teksten.

Ut fra brosjyren er kommuneplanen «et overordnet styringsdokument» ved at den inneholder mål og strategier som de ulike plantypene skal følge opp. For enkelthets skyld har vi likevel innplassert kommuneplanens samfunnsdel (og også kommuneplanens juridiske arealdel og planstrategi for Oslo, planprogram for revisjon av kommuneplanen) som *strategi*. Samlet sett bør vår innplassering av planer sees som et arbeidsredskap og ingen fasttømret kategorisering.

Det kan nevnes at vi underveis fant en plan som man kunne forvente ville inneholde tema vi var på jakt etter, men hvor vi likevel ikke fikk treff. *Revidert handlingsplan for bedre luftkvalitet i Oslo 2018-2020* nevner verken barn, ungdom eller folkehelse, og inneholder heller ikke noen tematisering av sosiale forhold eller levekår. Det er interessant, fordi luftkvalitet er et tema både i folkehelseplanen og spesielt i kommuneplanen. Der sies det for eksempel:

Hovedstadsområdet skal i tillegg møte en framtid med klimaendringer, økt urbanisering, teknologiutvikling, digitalisering, endrede kompetansekrav, global økonomisk konkurranse og nye former for dialog og brukermedvirkning. Derfor må kommunen sette seg nye dristige mål for å skape en sunn, trivelig og velfungerende by, uten store sosiale forskjeller, og med renere luft (s. 5)⁶.

Kommuneplanen nevner her målsettingen om renere luft sammen med sosiale forskjeller, og det er derfor overraskende at sammenkoblingen ikke gjenfinnes i handlingsplanen for bedre luftkvalitet i kommunen.

Når det gjelder valg av **tildelingsbrev til etater**, har vi valgt ut de etatene som har som sitt ansvarsområde tema som gjelder barn og unge og/eller påvirkningsfaktorer for folkehelse/sosial ulikhet, inkludert Deichman bibliotek.⁷ Enheter organisert som kommunale foretak er ikke inkludert. Da det viste seg at ikke alle tildelingsbrevene for 2020 var lagt ut offentlig primo mars (heller ikke tilgang via kommunens elektroniske innsynstjeneste, elnnsyn), ble flere oversendt direkte fra etatene.

Oversikt planer og tildelingsbrev

Nedenfor har vi listet opp alle de 61 dokumentene i undersøkelsen. Plandokumentene er gruppert etter inndelingen angitt over.

⁵ Tiltaksplan for et trygt psykososialt miljø for barn og unge i Oslo og etablering av mobbeombud.

⁶ Når planen omtaler utslippene som et klimaproblem, og ikke et helse- eller folkehelseproblem eller knyttet til sosial ulikhet, kan man spørre seg: Kan det ha sammenheng med at luftforurensning, i hvert fall i form av biltrafikk, i mindre grad tydelig følger sosiale og geografiske skillelinjer i byen (selv om bla. Groruddalen er belastet)? Trafikk på de store hovedfartsårene er forurensningskilder som krysser bydeler i øst, vest, nord og sør.

⁷ Fra og med 2018 gikk Deichmanske bibliotek fra å være en virksomhet innen Kulturetaten til å bli egen etat (biblioteket var tidligere organisert som egen etat frem til 2005).

Totalt er det 51 antall planer, som fordeler seg slik:

Strategi	4
Temaplan	29
Handlingsplan	14
Bystyremelding	4
Totalt	51

I tillegg kommer de 10 tildelingsbrevene til etater.
Innen hver kategori er rekkefølgen ordnet alfabetisk:

Strategier

1. Byrådets forslag til budsjett 2019 og økonomiplan 2019-2022
2. Planstrategi for Oslo 2016-2019. Planprogram for revisjon av kommuneplanen
3. Smart, trygg, grønn. Juridisk arealdel. Kommuneplan 2015, Oslo mot 2030
4. Vår by, vår framtid - Kommuneplan for Oslo 2018. Samfunnsdel med byutviklingsstrategi

Temaplaner

1. Barnehjernerettet - strategier og tiltak 2017-2019
2. Behovsplan for idrett og friluftsliv 2019-2028
3. Bibliotekplan for Oslo kommune 2019-2022
4. Boligbehovsplan for Oslo kommune 2017-2020
5. Byrådets strategi for aktivitetsskolen i Oslo
6. Byrådets strategi for økt gjennomføring i videregående opplæring
7. Byrådets strategi for å rekruttere og beholde lærere i Osloskolen
8. Byrådets strategiske plan for rusfeltet i Oslo
9. Den åpne narkotikaomsetningen i Oslos sentrumsområder
10. Engasjement og deltakelse. Frivillighet i Oslo 2016
11. Folkehelseplan for Oslo 2017-2020. Helse og trivsel for alle - vårt felles ansvar
12. Grenseløs kunnskap - Byrådets strategi for internasjonalisering i oppvekst- og kunnskapssektoren
13. Handlingsprogram for økt byliv i Oslo sentrum 2018-2027
14. Klubben vår! Bydelenes fritidsklubber og fritidsaktiviteter for barn og ungdom - oversikt over tilbudet og strategier for arbeidet
15. Kommunedelplan for torg og møteplasser
16. Kunstbyen - Oslo kommunes kunstplan
17. Mangfoldets muligheter - om OXLO, Oslo Extra Large
18. Motivasjon for læring - Byrådets strategi for økt motivasjon og læringsglede
19. Oslo kommunes innsats knyttet til mottak av asylsøkere og integrering av nyankomne flyktninger
20. Oslo kommunes strategi - scenekunst for barn og unge
21. Oslos sykkelstrategi 2015-2025
22. Skolebehovsplan 2019-2028 (Budsjett-dok-vedlegg)
23. Spirende Oslo - plass til alle i byens grønne rom - strategi for urbant landbruk 2019-2030
24. Språk for læring - byrådets strategi for å styrke norskferdighetene til assistenter i barnehager, skoler og aktivitetsskoler i Oslo
25. Strategi for kompetanse og rekruttering i Oslobarnhagen 2016-2020
26. Studieveien - byrådets strategi for de studieforbereende utdanningsprogrammene
27. Teknologi for læring - byrådets strategi for læringsteknologi i Osloskolen 2017-2019
28. Voksenopplæring i Oslo - målrettet opplæring for økt sysselsetting og bedre integrering
29. Yrkesveien - byrådets strategi for fag- og yrkesopplæringen i Oslo

Handlingsplaner

1. Handlingsplan 2015-2018. Forebygging av kriminalitet og rus i Osloskolen
2. Handlingsplan 2018-2021 mot hatkriminalitet og voldelig ekstremisme i Oslo
3. Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort
4. Handlingsplan for gatekunst i Oslo 2016-2020
5. Handlingsplan for mennesker med funksjonsnedsettelse 2017-2020
6. Handlingsplan for psykisk helsearbeid 2015-2018
7. Handlingsplan for økt boligbygging
8. Handlingsplan mot menneskehandel i Oslo kommune
9. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner
10. Handlingsprogram 2017-2020. Kriminalitets- og rusforebygging blant barn og unge i Oslo
11. Osloskolens arbeid for elever med dysleksi og dyskalkuli
12. Rett kompetanse og arbeid til alle - handlingsplan for å møte kompetansebehovet og øke sysselsettingen i Oslo
13. SaLTo Handlingsplan for å forebygge og redusere gjentatt kriminalitet blant unge i Oslo 2019-2021
14. Tiltaksplan for et trygt psykososialt miljø for barn og unge i Oslo og etablering av mobbeombud

Bystyremeldinger

1. Barnevern i Oslo. Bystyremelding nr 1-2015
2. Byrådets strategi for sosial mobilitet gjennom barnehage og skole. Bystyremelding nr 1-2013
3. De yngste barna i barnehagen (oppfølging bystyremelding 1-2012)
4. Oslobarnehagen - Økt kvalitet og styrket læringsarena. Bystyremelding nr. 1-2012

Tildelingsbrev 2020 relevante etater

1. Tildelingsbrev 2020 - Barne- og familieetaten
2. Tildelingsbrev 2020 - Bymiljøetaten
3. Tildelingsbrev 2020 - Deichmann bibliotek
4. Tildelingsbrev 2020 - Eiendoms- og byfornyelsesetaten
5. Tildelingsbrev 2020 - Helseetaten
6. Tildelingsbrev 2020 - Kulturetaten
7. Tildelingsbrev 2020 - Plan- og bygningsetaten
8. Tildelingsbrev 2020 - Utdanningsetaten
9. Tildelingsbrev 2020 - Utviklings- og kompetansetaten
10. Tildelingsbrev 2020 - Velferdsetaten

2.1.3 Databehandling — strategi for koding

Datamaterialet består altså av et stort antall dokumenter. For å kunne håndtere dem samlet, har vi kodet dokumentene i det kvalitative tekstbehandlingsprogrammet NVivo 12 Pro. Vi har først og fremst **kodet induktivt**, det vil si «nedenfra og opp» ved å lese gjennom planene og finne relevante tema og mulige kategorier. Vi startet med å nærlese kommuneplanens samfunnsdel og folkehelseplanen, slik at de fleste av kategorier og begrep er hentet herfra. Deretter kodet vi tildelingsbrevene. Den manuelle kodingen er supplert med tekstsøk.

Et viktig moment er at det i dokumentene ofte brukes ulike begrep og uttrykk om samme tema. For eksempel vil man ved å søke etter «fracfall» ikke nødvendigvis finne alle steder hvor temaet behandles, det omtales blant annet som «økt gjennomføring». Flere av kategoriene vi har etablert

representerer en blanding av begrep/uttrykk og kan også inkludere ulike områder. For eksempel kategorien *sosial møteplass*, som kan inkludere blant annet uttrykkene «arenaer for fellesskap» og «offentlige lokale møteplasser».

I deler av undersøkelsen har vi senere gjort **tekstsøk på noen sentrale begrep** (slik som «folkehelse») i alle dokumenter (altså ikke en del av kodearbeidet) og kodet disse. Ved tekstsøk i pdf-filer vil man få treff også når søkeordet forekommer i for eksempel overskrifter eller billedtekster, som strengt tatt ikke skal regnes med. Det betyr at antall angitte treff ikke nødvendigvis gir et helt nøyaktig bilde av treff i selve planteksten, men resultatet gir likevel et ganske solid overblikk. Vi vil også presisere at enkle søk i dokumentene vil gi et annet bilde av tallmaterialet enn ved manuell koding. Vi har kodet hele tekstsekvenser som én referanse. Ved enkle tekstsøk vil samme avsnitt kunne representere mange treff (når for eksempel ordet «aktivitetsskole» brukes i samme avsnitt).

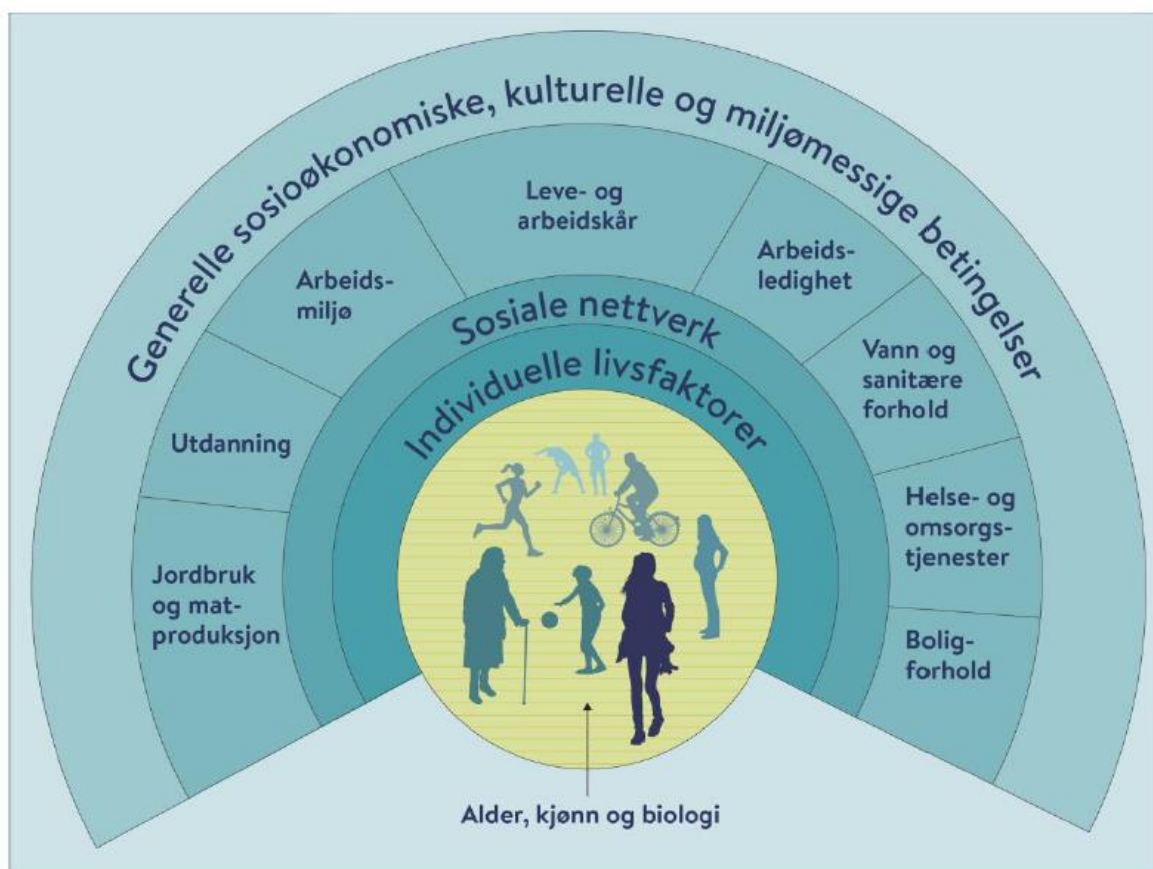
Det må tas høyde for at målsettingen med kartleggingen er å gi et oversiktsbilde. Vi har kodet med den hensikt å finne fram til flest mulig relevante tema og, ut fra de ressursmessige rammene, ikke tatt en dobbeltrunde for å justere alle tall nøyaktig. Vi mener at kodingen likevel samlet sett gir et dekkende bilde.

3 Perspektiv for analyse

3.1.1 Politikens faglige forankring – påvirkningsfaktorer og helse-årsakskjeden

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

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



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

(Hentet fra Folkehelseinstituttet, 2018, s. 47)

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

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

3.1.2 Helsefremming og forebygging – sammensatte og overlappende dimensjoner

I tråd med folkehelsearbeidets vidtfavnende karakter, brukes det mange og ulike begrep på feltet. Vi gir her en rask fremstilling av de viktigste for denne kartleggingsundersøkelsen:

I folkehelsearbeidet benyttes ofte begrepene forebygging og helsefremming. Kort fortalt viser de til to dimensjoner i folkehelsearbeid: *Forebygging* viser til en reaktiv akse hvor man søker å opprettholde befolkningens helse og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår. *Helsefremming* dreier seg om å styrke og forbedre befolkningens helse og livskvalitet og er slik en offensiv og *proaktiv innsats*.

Når det gjelder planlegging, vil helsefremming handle om «(...) å definere og utvikle virkemidler for hvordan planlegging kan bedre betingelsene i oppvekstmiljøet og muligheten for utdanning, arbeid og inntekt i et helhetlig perspektiv» (Hofstad 2019, s 17).

I det praktiske arbeidet vil de to dimensjonene overlapse og utfylle hverandre, og ifølge Helsedirektoratet (2010, s. 21), ser skillet mellom dem ut til å ha lite praktisk verdi, selv om det fagteoretisk og prinsipielt kan være nyttig å holde dem fra hverandre. Dette gjenspeiles i plan- og politikkdokumenter hvor begrepene i stor grad brukes delvis som ekvivalenter, delvis i sammenstillinger, slik som «forebyggende og helsefremmende virksomhet» (ibid.). Så vidt vi kan se, brukes begge også til dels som synonymer for folkehelsearbeid. *Forebygging* og *helsefremming* og varianter av disse (for eksempel «helsefremmende») er derfor begreper vi har vært på særlig utkikk etter i gjennomgangen av plandokumenter.

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

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

En annen innfallsvinkel – enn å rette tiltak mot befolkningen som sådan eller bestemte deler av befolkningen – er å innrette tiltak mot menneskers *omgivelser*. I *miljørettet folkehelsearbeid* dreier det seg først og fremst om **fysiske omgivelser**, men i stor grad også om hvordan fysiske omgivelser virker inn på livskvalitet og til dels **sosiale relasjoner**.⁸ Dette er også områder som i praktisk arbeid vil gli over i hverandre. For eksempel vil det å legge til rette for sosiale møteplasser (i form av fysiske omgivelser) i stor grad ha til hensikt å redusere sosial isolasjon (ved å gi betingelser for sosiale relasjoner). I utformingen av områdesatsingene i Oslo, hvor staten og kommunen har gått sammen, er det nettopp lagt stor vekt på en helhetlig folkehelseinnsats hvor man legger vekt på både forebygging og helsefremming og hvor fysiske omgivelser og betingelser for sosiale relasjoner sees i sammenheng.

⁸ Det skiller mellom *helsefremmende miljøtiltak* «som legger til rette for *positive faktorer*, slik som nærhet til turområder og tumleplasser, sykkelfelt, trygge skoleveier og sosiale møteplasser» og *tiltak for forebygging av sykdom og uhelse* rettet inn mot å *redusere eksponering for negative miljøfaktorer*, slik som blant annet støy, forurensing, bomiljø i forfall og sosial isolasjon (Helsedirektoratet 2010, s. 23).

Når det gjelder området psykisk helse, vises det mer spesifikt til at *fremming av psykisk helse*⁹ «fokuserer på forbedring av miljøet (sosialt og fysisk), og på å bedre mestringsevnen og kompetansen hos individer så vel som i samfunnet» (ibid., s.116). Under *miljørettet forebyggende arbeid på psykiske helsefeltet* vises det særlig til betydningen av faktorene arbeid, sosioøkonomisk status, bakgrunn som innvanderer eller flyktning, arbeids- og skolemiljø, sosial støtte og nærmiljø, samt fysisk aktivitet. For barn og unge blir foreldrenes psykiske helse og sosiale livssituasjon fremhevet som særlig viktig (foreldrene med psykiske lidelse, rusmisbruk, vold i familien, flyktningbarn og enslige mindreårige) (ibid., s. 116-123).

Denne korte gjennomgangen illustrerer at områdene for praktisk folkehelsearbeid nødvendigvis vil gli over i hverandre. Det gjelder også den analytiske inndelingen i ulike påvirkningsfaktorer. Dette har betydning for hvordan vi i denne rapporten vil innrette analysen.

3.1.3 Helse-årsakskjeden og utjevning av sosial ulikhet i helse

I kartleggingen vil vi ta utgangspunkt i den såkalte helse-årsakskjeden. Det er en mye brukt modell for å kategorisere og vise årsakssammenhenger for de ulike påvirkningsfaktorene som påvirker helsa, positivt eller negativt:

Figur 3.1: Helse-årsakskjeden



Kilde: St.meld. 20 2006-2007

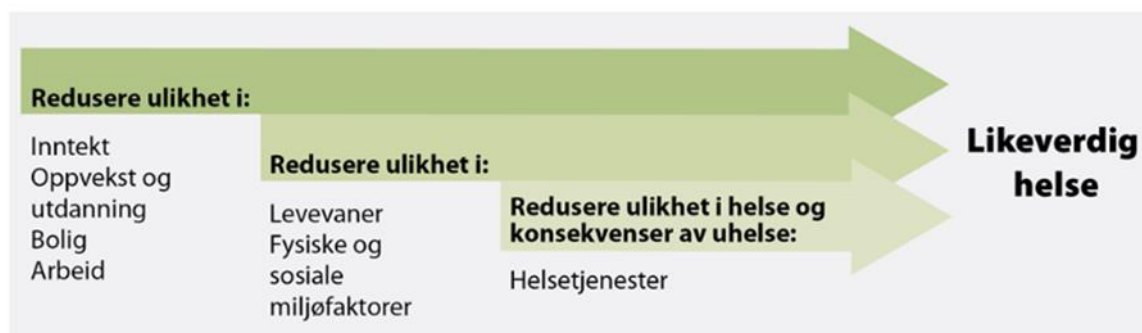
(Hentet fra Helgesen et al., 2014, s. 29)

Påvirkningsperspektivet sier at det er faktorene lengst til venstre i kjeden som har størst grunnleggende betydning for folkehelsen (i figur 3.2 nedenfor angis påvirkningsfaktorene i hver av bolkene). Når det gjelder helsetjenester, vil forebyggende og helsefremmende virksomhet være en del av folkehelsearbeidet (slik som mye av helsestasjonenes oppgaver), mens kurative oppgaver faller utenfor folkehelsebegrepet.

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

⁹ (vår utheving)

Figur 3.2: Innsatsområder for reduksjon av sosial ulikhet i helse



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

(Hentet fra Folkehelseinstituttet, 2018, s. 50)

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

Når det gjelder kategorisering av påvirkningsfaktorer i de ulike boksene, ser vi også her at nettopp en helhetlig folkehelseforståelse – som gir stor bredde og sammensatthet i hva man definerer som påvirkningsfaktorer – gjør at det kan være vanskelig å skille en del faktorer fra hverandre, og det vil nødvendigvis være glidende overganger mellom mange områder.

Nedenfor har vi tilpasset denne overordnede modellen til hovedfokus i rapporten; påvirkningsfaktorer og tiltaksområder av betydning for reduksjon av sosial ulikhet i helse for barn og unge. For flere faktorer er plasseringen i hver av boksene åpenbar, for andre er det et spørsmål, og enkelte passer både i første og andre boks i kjeden.

Når det gjelder denne rapportens tema er det særlig relevant å peke på at det vil være overlapp mellom «oppvekst og utdanning» og «fysiske og sosiale miljøfaktorer». Det gjelder for eksempel *nærmiljø*, som ofte opptrer som egen kategori i mange plandokumenter og som ofte er plassert lengst til venstre. I en veileder for fylkeskommunens og kommunenes folkehelsearbeid beskrives nærmiljø som å omfatte «aktivitet, deltakelse, inkludering, sosial støtte og medvirkning» (Helsedirektoratet, 2019, s. 40). Dette er faktorer som like gjerne kan passe inn under «sosiale miljøfaktorer» i bolken «risikofaktorer». Når det gjelder faktorer knyttet til oppvekstfamilien og familierelasjoner, som jo vil være av avgjørende betydning for barn og unge, kan disse kategoriseres som faktorer knyttet til «oppvekst» – og dermed lengst til venstre i helseårsakskjeden – men like gjerne i midten som «risikofaktorer», slik som foreldres psykiske helse eller bruk av rusmidler. I veilederen pekes det nettopp på at det ikke er skarpe skiller mellom kategoriene (ibid.).

Tabell 3.1: Påvirkningsfaktorer og tiltaksområder i lokalt folkehelsearbeid – rettet mot barn og unge for utjevning av sosiale ulikheter i helse (blant annet inspirert av Hdirs veileder)

	Materielle og sosiale ressurser - Forhindre sosiale ulikheter i helse	Risikofaktorer - Redusere risiko for sosiale ulikheter i helse	Helsetjenester - Redusere sosiale ulikheter i helse
	Bolig og bomiljø Nærmiljø Oppvekst og utdanning Barnehage Grunnskole Videregående Motvirke mobbing Arbeid, inntekt	Fysiske miljøfaktorer Luftforurensning/støy Sosiale miljøfaktorer Inkludering/deltakelse Levevaner Ernæring Fysisk aktivitet Idrett Friluftsliv Kulturaktiviteter/tilbud Fritidstilbud Psykisk helse Fysisk helse Kriminalitet Rus Tobakk	Helsestasjon Skolehelsetjeneste Tannhelsetjeneste
På tvers	Tidlig innsats Kompetansebygging ulike aktører Sosial ulikhet		

I denne tilpassede modellen har vi nederst satt inn tre tema på tvers av bolkene. De to første, «tidlig innsats» og «kompetansebygging», er sentrale empiriske tema som fremkommer i gjennomgangen av dokumenter, og som i stor grad inneholder påvirkningsfaktorer på tvers av bolkene. Det gjelder til dels også «sosial ulikhet» (samtidig kan man si at sosial ulikhet hører hjemme som en del av materielle og sosiale ressurser i helse-årsakskjeden), men vi fremhever temaet i modellen fordi vi i undersøkelsen har et særlig fokus på dette. – Ettersom «sosial ulikhet» er et tema av særlig overgripende karakter (i likhet med «folkehelse»), behandler vi dette i samme bolke som næranalysen av folkehelse temaet (se 5.1). En nærmere beskrivelse av øvrige kategorier og underkategorier kommer vi tilbake til i andre del av kapitlet (5.2).

Vi vil fremheve at i plan- og beslutningsprosesser er *fordelingshensyn* sentrale i formingen av barns livsbetingelser (Helgesen, Abebe & Schou, 2017, s. 76). Foreldrenes inntekt, arbeid og utdanningsnivå og familiens boligsituasjon er definerende for familiens sosioøkonomiske status og dermed viktige faktorer for barnets livssituasjon. I vår gjennomgang av de to viktigste plandokumentene; kommuneplanens samfunnsdel og folkehelseplanen, samt tildelingsbrevene, har vi sett etter alle faktorer som gir betingelser for foreldrenes og familiens situasjon og derfor også barnas livssituasjon. I prinsippet vil det gjelde de fleste påvirkningsfaktorer, også inntekt og arbeid.¹⁰

¹⁰ Et unntak er interne faktorer på arbeidsplassen, hvor påvirkningen på barn og unge vil være av mer indirekte karakter (men likevel virke inn på foreldrerollen og familiesituasjonen, slik som trivsel/mistrivsel).

4 Et oversiktsbilde

4.1 Folkehelse

I denne bolken tar vi for først for oss hvor, og i hvilken grad, *folkehelse* tematiseres eksplisitt i hele utvalget av plandokumenter. Deretter gjør vi en mer detaljert analyse av i hvor stor grad folkehelse er et uttalt tema i tildelingsbrevene til etatene, sett i relasjon til kommuneplanens samfunnsdel og folkehelseplanen.










Ettersom «helsefremmende» og «forebygging» brukes om de viktigste dimensjonene i dette arbeidet, og til dels som ekvivalenter for «folkehelse», har vi tatt med disse for å gi et mest mulig dekkende bilde.

4.1.1 Oversikt – i alle planer

Vi starter med å spørre: I hvilke plandokumenter finner vi folkehelse som et tydelig omtalt tema, og hvor ofte blir temaet nevnt i disse dokumentene?

I tabellene er plandokumentene sortert etter antall treff.¹¹











Tabell 4.1: Forekomst «folkehelse» ved søk i alle plandokumenter (ikke tildelingsbrev)

1.	 Folkehelseplan for Oslo 2017-2020. Helse og trivsel for	Files	29
2.	 Byrådets forslag til budsjett 2019 og økonomiplan 201	Files	9
3.	 Smart, trygg, grønn. Juridisk arealdel. Kommuneplan 2	Files	7
4.	 Oslos sykkelstrategi 2015-2025	Files	5
5.	 Vår by, vår framtid - Kommuneplan for Oslo 2018. Sam	Files	4
6.	 Spirende Oslo - plass til alle i byens grønne rom - strat	Files	4
7.	 Engasjement og deltakelse. Frivillighet i Oslo 2016	Files	4
8.	 Behovsplan for idrett og friluftsliv 2019-2028	Files	4
9.	 Motivasjon for læring - Byrådets strategi for økt motiv	Files	3
10.	 Planstrategi for Oslo 2016-2019. Planprogram for revis	Files	2
11.	 Studieveien - byrådets strategi for de studieforbere	Files	1
12.	 Byrådets strategi for økt gjennomføring i videregåend	Files	1
13.	 Byrådets strategiske plan for rusfeltet i Oslo	Files	1

Vi ser at folkehelse bare brukes i 13 av planene. Det må sies å være relativt sjeldent, tatt i betraktning at folkehelsearbeid skal være innbakt i de fleste sektorer. Når vi retter søket mot de begrepene som ofte brukes som tillegg til, eller erstatning for «folkehelse», får vi dette bildet:

¹¹ Av tekniske grunner har vi her bare gjengitt første del av tittelen på dokumenter med lange navn. Se bolken *Datagrunnlag* for full tittel.

Tabell 4.2: Forekomst «helsefremmende» og «helsefremming»* ved søk i alle plandokumenter (ikke tildelingsbrev)

1.	 Handlingsplan for psykisk helsearbeid 2015-2018	Files	10
2.	 Byrådets forslag til budsjett 2019 og økonomiplan 201	Files	8
3.	 Folkehelseplan for Oslo 2017-2020. Helse og trivsel for	Files	7
4.	 Vår by, vår framtid - Kommuneplan for Oslo 2018. Sam	Files	3
5.	 Byrådets strategiske plan for rusfeltet i Oslo	Files	3
6.	 Byrådets strategi for aktivitetsskolen i Oslo	Files	1
7.	 Byrådets strategi for økt gjennomføring i videregående	Files	1
8.	 Motivasjon for læring - Byrådets strategi for økt motiv	Files	1
9.	 Spirende Oslo - plass til alle i byens grønne rom - strat	Files	1
10.	 Kunstbyen - Oslo kommunes kunstplan	Files	1
11.	 Engasjement og deltakelse. Frivillighet i Oslo 2016	Files	1

Vi har brukt søkeordet «helsefremm» for å dekke begge. I tillegg forekommer uttrykkene «forbedring i opplevd helse» og «fremme helse, trivsel og læring», men så sjelden at det ikke kvalifiserer til en egen tabell.

Denne tabellen gir 11 treff, som også må betraktes som et lite antall, gitt temaet. Det er naturlig nok relativt stor overlapp mellom dokumenter i de to tabellene. Samtidig er det 5 av planene under «folkehelse» som ikke dukker opp under «helsefremming» (nr. 3, 4, 8, 10, 119). Mens denne tabellen har med tre andre (nr. 1, 6 og 9).

Når vi går til temaet forebygging, er imidlertid bildet et ganske annet:

Tabell 4.3: Forekomst «Forebygging», «Forebyggende» og «Forebygge»* ved søk i alle plandokumenter (ikke tildelingsbrev)

1.	 Handlingsplan 2018-2021 mot hatkriminalitet og vold	Files	105
2.	 Byrådets forslag til budsjett 2019 og økonomiplan 20	Files	92
3.	 Handlingsprogram 2017-2020. Kriminalitets- og rusfo	Files	81
4.	 Byrådets strategiske plan for rusfeltet i Oslo	Files	42
5.	 Tiltaksplan for et trygt psykososialt miljø for barn og	Files	33
6.	 Handlingsplan 2015-2018. Forebygging av kriminalite	Files	31
7.	 Handlingsplan mot vold i nære relasjoner	Files	31
8.	 Folkehelseplan for Oslo 2017-2020. Helse og trivsel f	Files	28
9.	 Handlingsplan for forebygging av uønskede svangers	Files	28
10.	 Handlingsplan for psykisk helsearbeid 2015-2018	Files	25
11.	 SaLTo Handlingsplan for å forebygge og redusere gje	Files	20
12.	 Smart, trygg, grønn. Juridisk arealdel. Kommuneplan	Files	12
13.	 Vår by, vår framtid - Kommuneplan for Oslo 2018. Sa	Files	10
14.	 Byrådets strategi for økt gjennomføring i videregåen	Files	10
15.	 Barnevern i Oslo. Bystyremelding nr 1-2015	Files	10
16.	 Handlingsplan mot menneskehandel i Oslo kommune	Files	9
17.	 Handlingsplan for mennesker med funksjonsnedsette	Files	4
18.	 Mangfoldets muligheter - om OXLO, Oslo Extra Large	Files	3
19.	 Barnehjernevernet - strategier og tiltak 2017-2019	Files	3
20.	 Byrådets strategi for aktivitetsskolen i Oslo	Files	2
21.	 Motivasjon for læring - Byrådets strategi for økt moti	Files	2
22.	 Bibliotekplan for Oslo kommune 2019-2022	Files	2
23.	 De yngste barna i barnehagen (oppfølging bystyreme	Files	1
24.	 Osloskolens arbeid for elever med dysleksi og dyskalk	Files	1
25.	 Byrådets strategi for å rekruttere og beholde lærere i	Files	1
26.	 Byrådets strategi for sosial mobilitet gjennom barneh	Files	1
27.	 Kommunedelplan for torg og møteplasser	Files	1
28.	 Spirende Oslo - plass til alle i byens grønne rom - stra	Files	1
29.	 Oslos sykkelstrategi 2015-2025	Files	1
30.	 Boligbehovsplan for Oslo kommune 2017-2020	Files	1
31.	 Rett kompetanse og arbeid til alle - handlingsplan for	Files	1
32.	 Den åpne narkotikaomsetningen i Oslos sentrumsom	Files	1
33.	 Engasjement og deltakelse. Frivillighet i Oslo 2016	Files	1
34.	 Behovsplan for idrett og friluftsliv 2019-2028	Files	1

* For å fange opp alle varianter, har vi brukt «forebygg*» som søkeord

Temaet forebygging omtales i hele 34 plandokumenter. Et slående trekk er også at i mange av dokumentene omtales forebyggende virksomhet hyppig.¹² Ikke overraskende, ser vi også at mange av planene som tar opp forebygging er direkte rettet inn mot barn og unge, og mot områdene psykisk helse, rus og kriminalitet.

5 Næranalyse utvalgte dokumenter

Ovenfor har vi sett i hvilken grad, og til dels hvordan, de brede temaene folkehelse og sosial ulikhet omtales. I dette kapitlet skal vi se nærmere på de ulike påvirkningsfaktorene og temaene som relaterer seg til disse overgripende temaene, slik de fremkommer i kommuneplanen, folkehelseplanen og i tildelingsbrevene til etatene.¹³

5.1.1 Nærere analyse folkehelse – forholdet mellom førende planer og etater

Nedenfor har vi fremstilt en tallrelasjon mellom de to førende plandokumentene og tildelingsbrevene når det gjelder bruk av begrepet folkehelse. Vi spør: I hvilken grad manifester sentrale føringer seg i tildelingsbrevene?

I denne figuren og de påfølgende viser KP til kommuneplanens samfunnsdel og FH til Folkehelseplan for Oslo. De ulike etatene er angitt med forkortelse og fargekode:

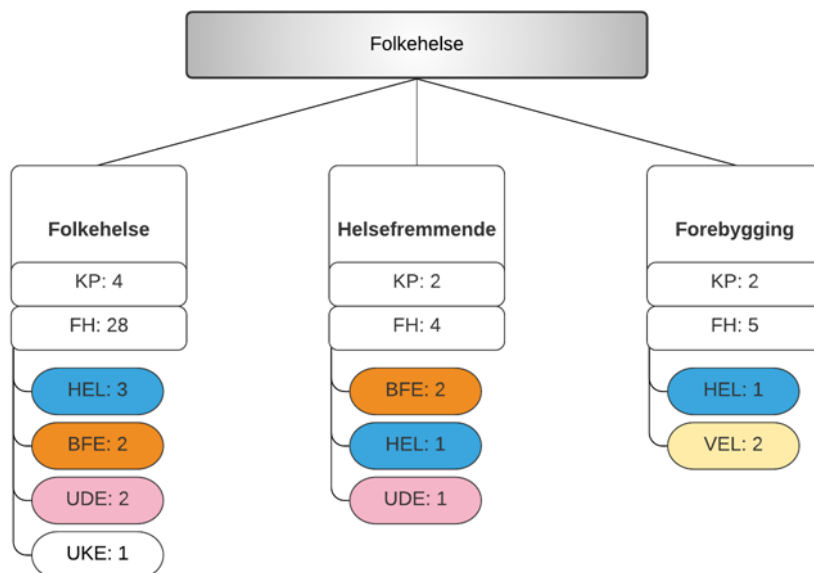
Barne- og familieetaten	BFE
Utdanningsetaten	UDE
Helseetaten	HEL
Velferdsetaten	VEL
Kulturetaten	KUL
Bymiljøetaten	BYM
Eiendoms- og byfornyelsesetaten	EBY
Plan- og bygningsetaten	PBE
Utviklings- og kompetanseetaten	UKE
Deichmann	Deichm

¹² Det skal sies at begrepet «forebygging» også brukes på mange områder som ikke dreier seg om folkehelsearbeid. For eksempel om «forebygging av korrupsjon», som vil være et relevant tema i kommunens utarbeiding av planer. De fleste av treffene i denne tabellen vil likevel dreie seg om folkehelse tema.

¹³ Her kan det nevnes at kommunens virksomheter også får løpende oppdrag som ikke er beskrevet i tildelingsbrevene.

Som presisert over, er kodingen lagt opp slik at en tekstsekvens i et plandokument kan være kodet flere steder. I fremstillingen kan derfor ulike bokser i samme figur vise til samme dokument, og noe av den samme tekstsekvensen i dette dokumentet. Det samme gjelder naturlig nok på tvers av figurene.

Figur 5.1: Folkehelse omtalt i kommuneplanen, folkehelseplanen* og tildelingsbrev



* Den observante leser vil se at folkehelseplanen her er ført opp med 28 treff, mens tabell 4.1, som viser treff ved søk i alle plandokumenter, viser 29 treff i den samme planen. Det skyldes at det ved tekstsøk i pdf-filer kan komme med treff fra billedtekster o.l.l., mens figuren her viser treff i nodene, det vil si der hvor teksten er kodet og gjennomgått manuelt (jfr. avsnitt om metode).

Vi finner at begrepet *folkehelse* bare brukes i fire av tildelingsbrevene. Bortsett fra til Utviklings- og kompetanseetaten, gjelder det etater hvor man kanskje har størst grunn til å forvente oppmerksomhet om temaet.

I tilknytning til folkehelse har vi også sett etter omtale av *helsefremming* og *forebygging*. For å lete bredere, ser vi også etter *forbedring i opplevd helse*, som vi finner én gang hver i brevene til Barne- og familieetaten og Utdanningsetaten, begge steder i den samme sekvensen; om «traumeinformert by». Til sist ser vi at uttrykket *fremme helse, trivsel og læring* brukes én gang, i brevet til Barne- og familieetaten: «Mål 1 Barn og unge skal ha et trygt og inkluderende oppvekst- og læringsmiljø som fremmer helse, trivsel og læring, og som er fritt for mobbing, vold og overgrep».

Det er tydelig at ekvivalenter til begrepet folkehelse utelukkende brukes i de samme tildelingsbrevene hvor folkehelseperspektivet gjøres eksplisitt. Folkehelse opptrer med andre ord sjelden som uttalt tema i tildelingsbrevene.

Man kunne tenke seg at folkehelse inngår i *fellesføringene* som gjengis i de ulike tildelingsbrevene. Vi har sett spesielt på dette, og finner at dette bare inngår i brevet til fire av de utvalgte etatene:

I brevet til Helseetaten, som har koordineringsansvaret for folkehelsearbeidet, er folkehelse naturlig nok fremtredende. Her løftes folkehelse frem under avsnittet «fellesføringer», hvor *sosial utjevning* løftes fram og også *tidlig innsats for barn og unge* omtales:

Vi viser også til byrådsplattform 2019-2023 der de viktigste prioriteringene er arbeid til alle, kampen mot klimaendringene og sosial utjevning.

For å nå kommunens mål og for å løse stadig mer sammensatte oppgaver, er det en forventning om at virksomhetene finner løsninger gjennom samarbeid og samhandling på tvers av organisatoriske skillelinjer til beste for innbyggerne. Dette er også i tråd med FNs bærekraftsmål. Eksempler på områder som krever felles innsats er tidlig innsats for særlig barn og unge, men også for voksne og eldre i utsatte situasjoner, utvikling av Oslo til en aldersvennlig by, lærlinger, folkehelseiltak, heltidskultur, sykefravær og mangfold.

Det samme avsnittet opptrer i tildelingsbrevet til Barne- og familieetaten og i tilnærmet samme form i brevet til Utviklings- og kompetanseetaten. I sistnevnte er *områdesatsinger* lagt til i listen over områder som krever felles innsats. Avsnittet gjengis også i brevet til Utdanningsetaten, nå med et litt fyldigere førsteavsnitt der det tverrsektorielle ansvaret vektlegges ekstra:

For å realisere byrådets visjon om en grønnere, varmere og skapende by med plass til alle kreves innsats fra samtlige virksomheter. Vi viser til Sak 1 kapittel 1 med føringer som legges til grunn for virksomhetenes arbeid i 2020. Vi viser også til byrådsplattform 2019-2023 der de viktigste prioriteringene er arbeid til alle, kampen mot klimaendringene og sosial utjevning.

Disse fellesføringene inneholder standardformuleringer. Man kunne tenke seg at de også ville være relevante og anvendbare i føringene som gis andre etater som har ansvar for påvirkningsfaktorer i folkehelsearbeidet, for eksempel Kulturetaten, Bymiljøetaten og Velferdsetaten.

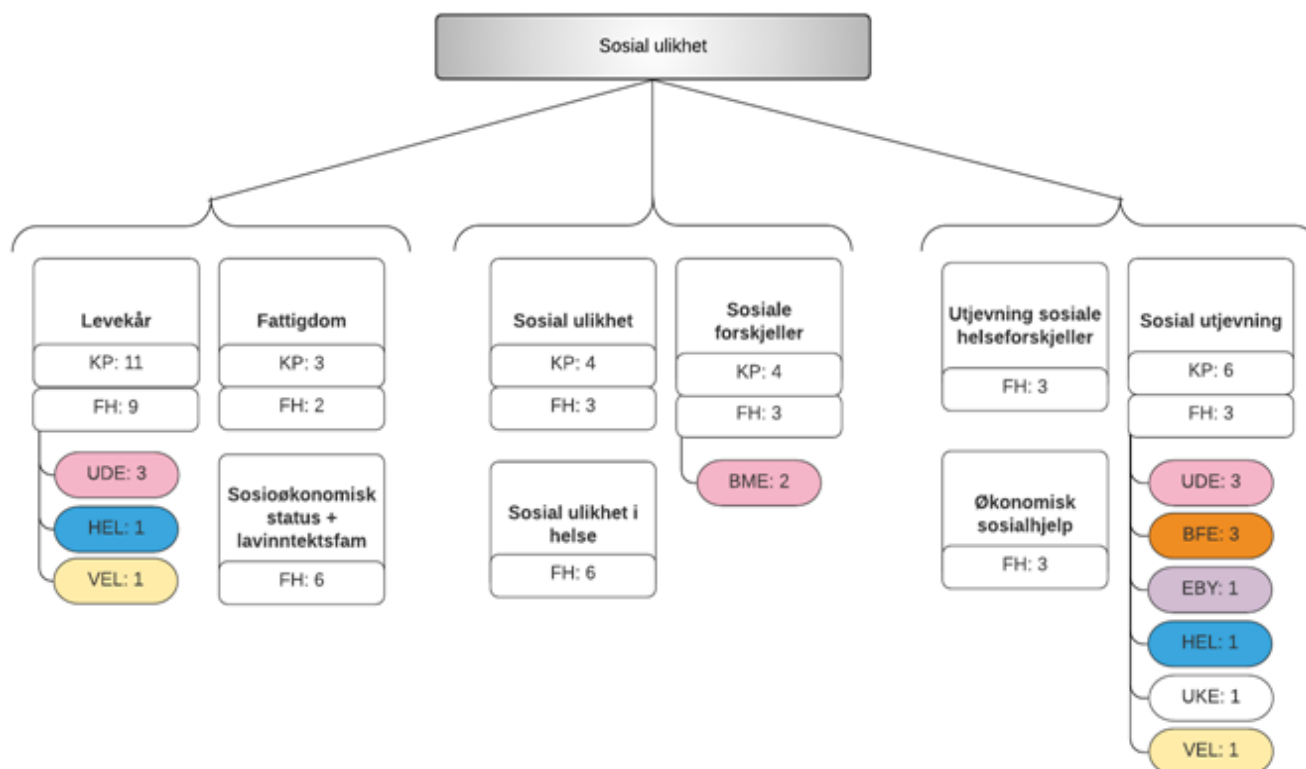
Når det gjelder Velferdsetaten, er det vesentlige deler av folkehelse tema som omtales under andre avsnitt. Blant annet i 3.1 *Føringer for sektoren* heter det: «Byrådets ambisjoner for sektoren fremkommer i Sak 1 del 5 kap. 5.2. De innebærer blant annet at mennesker i alle livsfaser skal få den hjelpen de trenger for å mestre egne liv, at alle har mulighet til å delta på like vilkår og blir inkludert i fellesskap». Videre er det flere avsnitt som omhandler større satsninger og konkrete tiltak. Det kan likevel synes noe overraskende at *folkehelse* ikke nevnes eksplisitt.

5.1.2 Sosial ulikhet

Når det gjelder sosial ulikhet, holder vi oss, ut fra prosjektets ressurser, bare til relasjonen mellom de to sentrale planene og tildelingsbrevene.

I oversikten har vi delt opp det brede temaet sosial ulikhet i mange kategorier for å få frem hvordan temaet omtales i ulike dokumenter, relatert til ulike felt. Kategoriene er videre gruppert i tre bolker: Til venstre finner vi faktorer som i stor grad brukes for å betegne strukturelle faktorer knyttet til sosioøkonomisk status. I midten har vi plassert faktorer som er knyttet til sosiale forskjeller/ulikhet (noe som kan forstås vidt, både som økonomisk, sosial og kulturell ulikhet), inkludert sosial ulikhet i helse. I bolken til høyre har vi samlet begrep som brukes for å beskrive fokus eller tiltak rettet mot utjevning av slike forskjeller.

Figur 5.2: Sosial ulikhet omtalt i tildelingsbrev til etater



Kommentar:

I bolken til venstre ser vi at *Levekår* har en relativt bred utbredelse og er tydelig fremme i de to sentrale planene og nedfeller seg også i tildelingsbrevene, til henholdsvis Utdanningsetaten, Helseetaten og Velferdsetaten. *Fattigdom* omtales også i begge de sentrale planene, mens *sosioøkonomisk status + lavinntektsfamilier* bare finnes i folkehelseplanen. De to siste er ikke tema i tildelingsbrevene.

Den midterste bolken viser at *sosial ulikhet* som begrep bare brukes i folkehelseplanen og i kommuneplanens samfunnsdel. Det overlappende *sosiale forskjeller* finner vi i de to overordnede planene, samt i tildelingsbrevet til Bymiljøetaten hvor det også sies at etaten «... skal følge opp byrådssak 198/19 om barrierer for deltakelse i idretten for barn og unge i Oslo».

Sosial ulikhet i helse opptrer bare i folkehelseplanen. Planen er med andre ord den eneste som eksplisitt kobler sammen sosial ulikhet og helse. Det ser vi når planen også bringer fram *utjevning av sosiale helseforskjeller* i neste bolke:

I bolken til høyre ser vi at *Sosial utjevning* er det temaet som omtales i flest plandokumenter i denne oversikten, både i de to sentrale planene og 6 av tildelingsbrevene. I tillegg fremtrer *økonomisk sosialhjelp* og (nevnte) *utjevning av sosiale helseforskjeller*, som begge brukes flere ganger i folkehelseplanen.

Når vi sjekker nærmere, ser vi at *sosial utjevning* fremheves i en likelydende innledning i brevene til Helseetaten og Velferdsetaten:

Dette brevet beskriver byrådsavdelingens forventninger til og krav og føringer for Helseetaten for 2020, med bakgrunn i Sak 1 Byrådets forslag til budsjett 2020 og økonomiplan 2020–2023, byrådets tilleggsinnstilling og bystyrets budsjettvedtak. Disse dokumentene forutsettes kjent, i likhet med Instruks for virksomhetsstyring, Rammeverk for internkontroll og byrådssak 1055/17 om

tillitsbasert styring og ledelse og byrådsplattform 2019–2023 der de viktigste prioriteringene er arbeid til alle, kampen mot klimaendringene og sosial utjevning.

I brevet til Utdanningsetaten innledes avsnittet fellesføringer med store deler av det samme sitatet som vist over. Deretter vises det under føringer for etaten til at «(...) styringsprinsippene er som følger: Tidligere innsats – Sosial utjevning – Tillit og handlingsrom».

Brevet inneholder også et tredje avsnitt som viser hvordan det legges vekt på sosial utjevning i alle deler av etatens virksomhet:

I all skoleutvikling skal prinsippet om sosial utjevning legges til grunn. I de større satsingene som f. eks rekruttering av lærere, gjennomføring og utvikling av kvalitet i AKS, og i de bærende systemene som ressursfordelingsmodellene og skolebehovsplanen, skal UDE legge til grunn at alle skal ha like muligheter til å lykkes. Utdanningsetaten skal i relevante saker vurdere om det er nødvendig å rette mest ressurser og innsats mot områder av byen med de største levekårsutfordringene.

Når det gjelder Barne- og familieetaten, inneholder brevet omtrent likelydende avsnitt som gjengitt over i form av fellesføringer, samt avsnitt om de overordnede styringsprinsippene «Tidligere innsats – Sosial utjevning – Tillit og handlingsrom» under føringer for etaten.

I brevet til Utviklings- og kompetanseetaten gis også under fellesføringer en tilnærmet likelydende formulering som i tildelingsbrevene nevnt over: «Vi viser også til byrådsplattform 2019-2023 der de viktigste prioriteringene er arbeid til alle, kampen mot klimaendringene og sosial utjevning».

I brevet til Eiendoms- og byfornyelsesetaten tematiseres også sosial utjevning, med en noe annen ordlyd. De forventes å «sikre mangfold og sosiale løsninger og gode boområder med sosial miks og ulike boligtyper».

Sosial utjevning tematiseres dermed i forventningene til både Helse-, Velferds-, Utdannings-, Barne- og familie-, Utviklings- og kompetanse- og Eiendoms- og byfornyelsesetaten med dels overlappende ordlyd, og dels ved tilpassete formuleringer til den enkelte etat (særlig Eiendoms- og byfornyelsesetaten).

5.2 Kartlegging påvirkningsfaktorer

I det følgende tar vi for oss de tre hovedbolkene i helse-årsakskjeden. Vi ser i hvor stor grad de ulike påvirkningsfaktorene er nedfelt i de to sentrale planene og tildelingsbrevene.

Det er også interessant å se hvilke begrep og uttrykk som brukes i stedet for, eller parallelt med, de mer etablerte navnene på påvirkningsfaktorer. Vi har derfor laget egne kategorier for noen av disse. I figurene har vi også tatt med noen fremtredende tiltak og satsinger som relaterer seg tett til faktorene og som det er interessant å se forekomsten av. For eksempel kan det være nyttig å se hvor, og hvor ofte, «områdesatsinger» eller «Barnehjernevernet» blir omtalt. Til tross for en slik analytisk «urenhet» i samme figur, tror vi en slik fremstilling vil lette tilgjengeligheten, fremfor flere tabeller. Som fremhevet tidligere; kategoriene er ikke gjensidig ekskluderende og samme tekstsekvens kan ligge til grunn for tallmaterialet i ulike kategorier.

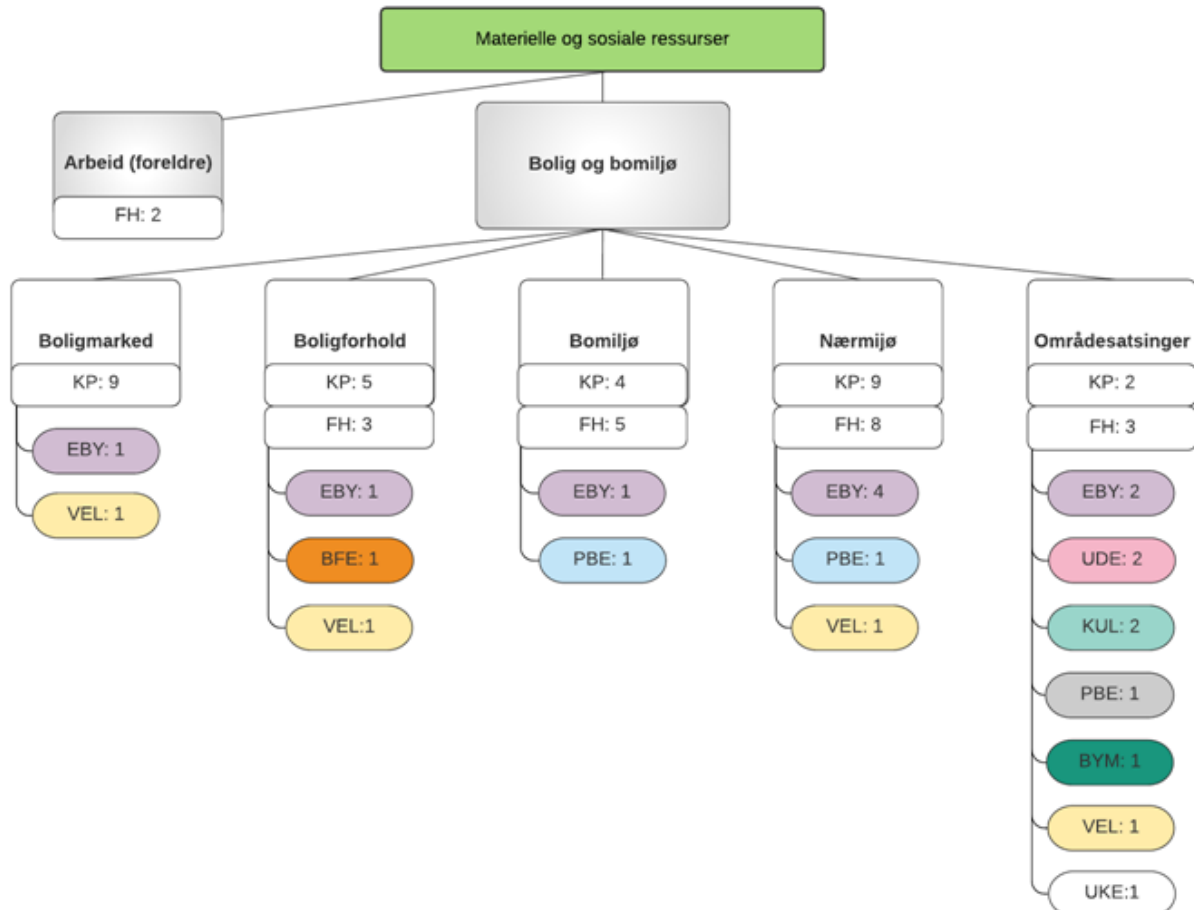
De samlekategoriene som er hentet fra helse-årsakskjeden er merket med grå skyggelegging, slik:



5.2.1 Materielle og sosiale ressurser

I denne bolken presenterer vi to figurer, den ene gjelder kategoriene **arbeid** og **bolig og bomiljø**, den andre de omfattende kategoriene **oppvekst og utdanning**

Figur 5.3: Materielle og sosiale ressurser – arbeid, bolig og bomiljø



Kommentar:

I folkehelseplanen tematiseres **arbeid** som en faktor, med betydning for barn og unge, ved at foreldres arbeidsdeltakelse er viktig.

Samlet sett ser det ut til at **bolig og bomiljø** gis relativt stor oppmerksomhet i de to førende planene. Kommuneplanen er mer orientert mot *boligmarkedet* og de større, strukturelle trekkene som gjelder *boligforhold* enn folkehelseplanen, mens når det gjelder de mer lokale faktorene *bomiljø* og *nærmiljø*, stiller de tilnærmet likt.

Eiendoms- og byfornyelsesetaten og Velferdsetaten er de to etatene hvor tildelingsbrevene tematiserer alle faktorene.

Vi ser at *områdesatsingene* er den av kategoriene vi har skilt ut som omtales i flest tildelingsbrev.

I oversikten har vi tatt med de to satsingene *Barnehjernevernet*¹⁴ og *Oslohjelpa*¹⁵, som begge er rettet mot tidlig innsats. Barnehjernevernet er en bred satsing og vies oppmerksomhet i de to plandokumentene og i de aktuelle tildelingsbrevene. – Grunnen til at Oslohjelpa ikke nevnes i de to sentrale planene, kan være at satsingen er en del av Barnehjernevernet og har kommet til etter at de to sentrale plandokumentene ble utformet. Barnehjernevernet legger stor vekt på kompetansebygging i tjenestene og hos andre, relevante aktører og er derfor en sentral del av tallmaterialet når vi senere kommer til temaene *kompetansebygging* og *tidlig innsats* (se avsnitt 5.2.4).

Trygg og sosial oppvekst og *oppvekstvilkår* er uttrykk av generell og lite forpliktende karakter, noe som forklarer at de først og fremst brukes i de overordnede planene. Samtidig er de nyttige å vise frem her, fordi de gir en pekepinn om at dette er målsettinger som legges til grunn for andre, mer konkrete tiltak.

Mobbing: I denne figuren er mobbing lagt til som en egen kategori fordi temaet, slik det behandles i dokumentene, relaterer seg både til barnehage, skole og oppvekst mer generelt (jfr. modellen vi skisserte i tabell 3.1). Det er interessant at temaet er mer fremtredende i KP og FH enn i tildelingsbrevene, hvor det bare omtales i brevet til Utdanningsetaten.

Når det gjelder **Utdanning:**

Her er det naturlig nok *grunnskole* som omtales bredest og oftest (og i større grad enn *barnehage*). *AKS* (aktivitetsskole) forekommer særlig i folkehelseplanen og, som forventet, i brevet til Utdanningsetaten, men også hos Kuturetaten, Bymiljøetaten og Velferdsetaten.

Videregående skole omtales i de to sentrale planene og i fire av tildelingsbrevene, i tillegg til det relativt høyere antallet hos Utdanningsetaten. For videregående skole gis temaet *frfall/økt gjennomføring* oppmerksomhet i de sentrale planene og hos Utdanningsetaten, men også hos Byfornyelsesetaten.

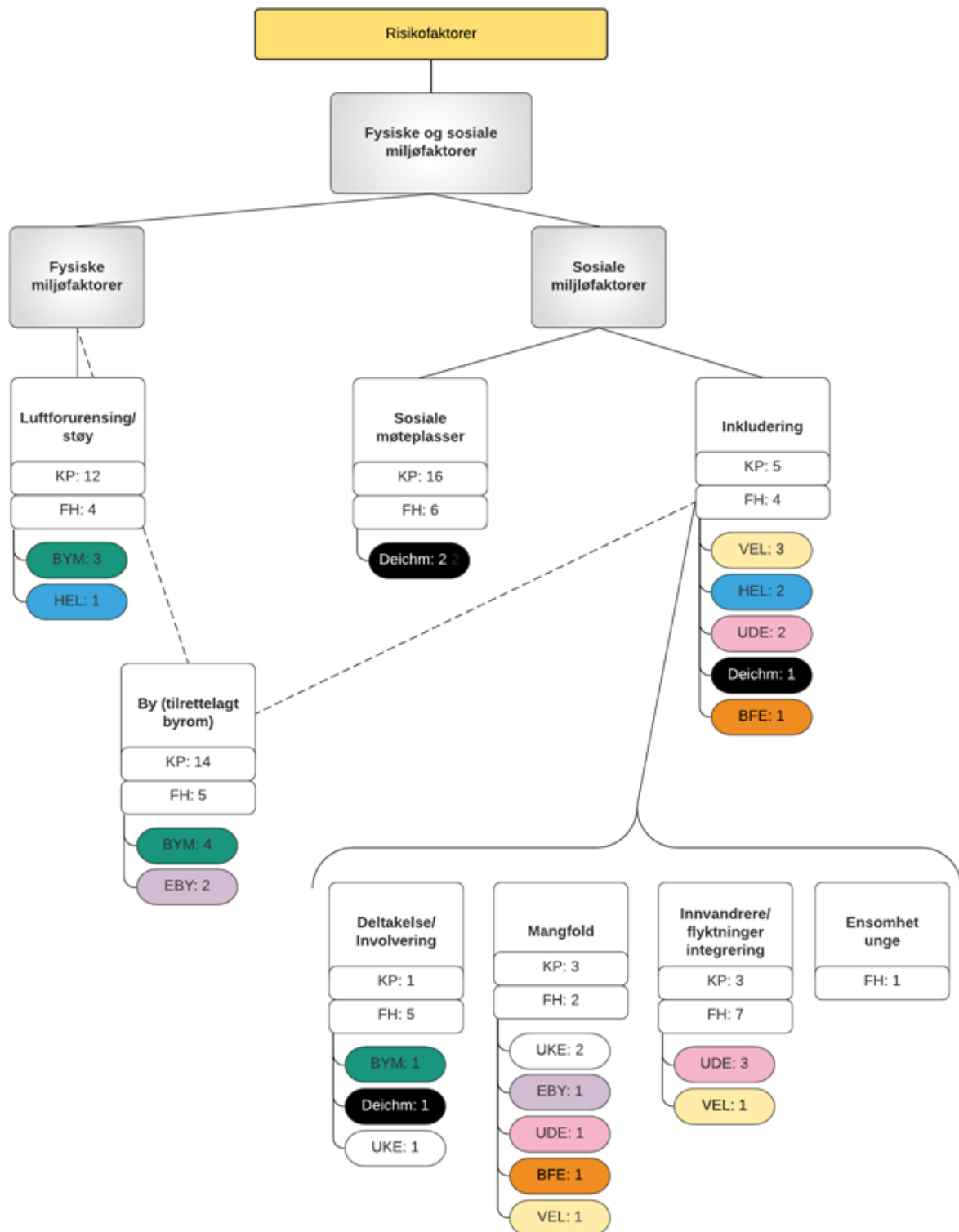
5.2.2 Risikofaktorer

Nedenfor følger fire figurer som alle omhandler ulike typer risikofaktorer. Det gjelder *fysiske miljøfaktorer*, *sosiale miljøfaktorer* (som er delt på to figurer) og *levevaner*, som også er delt i to. Det er ikke opplagt at *psykisk* og *fysisk helse* skal kategoriseres under levevaner (se figur 3.1, helse-årsakskjeden), men for enkelthets skyld har vi plassert dem her.

¹⁴ Barnehjernevernet er Oslo kommunes satsing for å forebygge, oppdage og hjelpe barn som opplever omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep.

¹⁵ Oslohjelpa er utformet etter modell av Stangehjelpa, som er et lavterskel tilbud til alle i Stange kommune, knyttet til utfordringene omkring relasjoner/familie, forskjellige psykiske problemer eller alkohol/rus. Oslohjelpa gir råd og veiledning til familier med barn fra 0- 6 år, også til familier med sammensatte behov. Tilbudet er gratis og krever ikke henvisning, vedtak eller diagnoser.

Figur 5.5: Risikofaktorer– fysiske og sosiale miljøfaktorer



Kommentar:

Fysiske miljøfaktorer får relativt lite oppmerksomhet, men fysiske strukturer i form av *tilrettelagte byrom* får særlig sterkt fokus i kommuneplanen. Vi har plassert omtale av tilrettelegging for byrom mellom fysiske og sosiale miljøfaktorer fordi temaet gjelder begge områder.

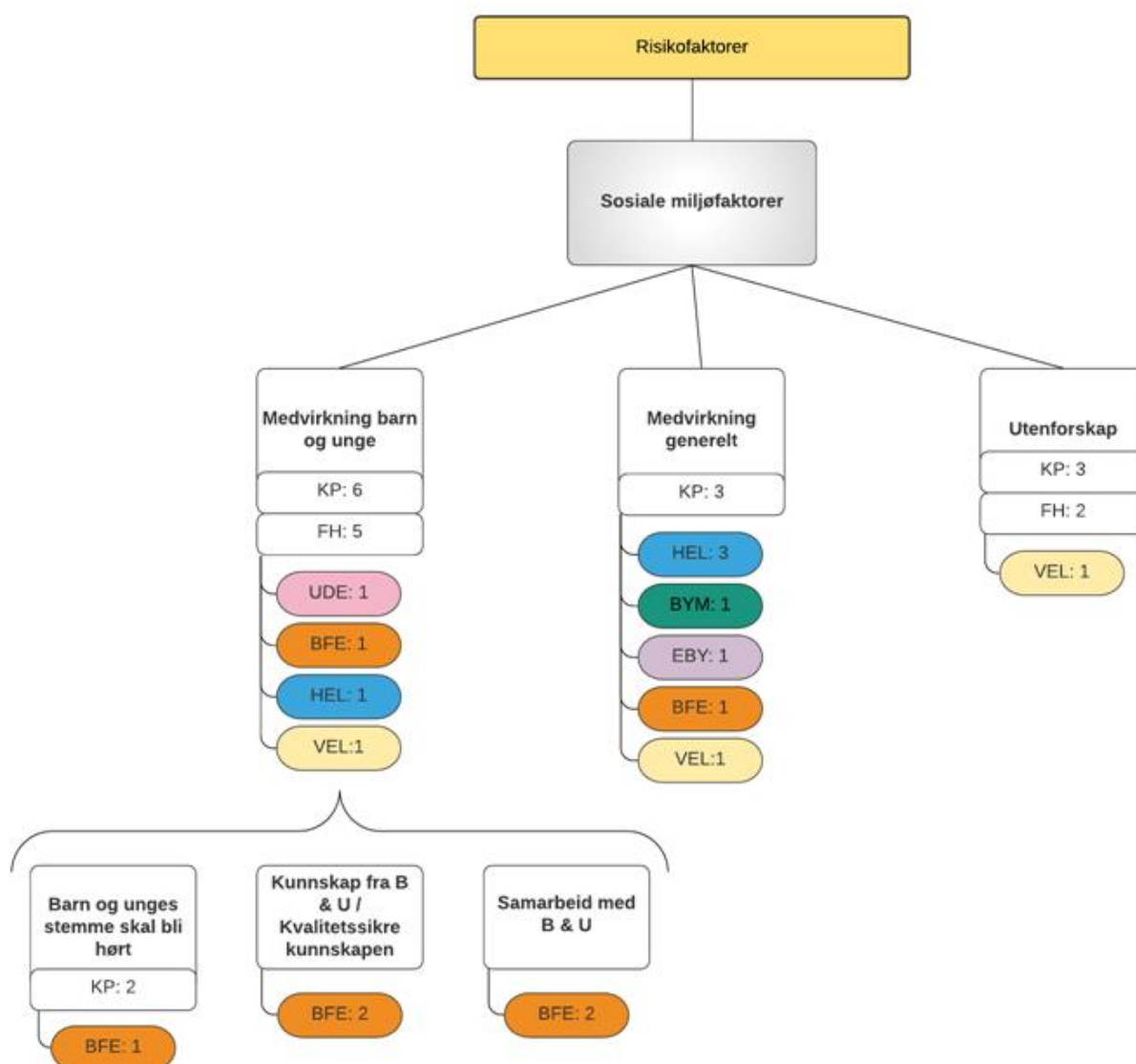
Sosiale miljøfaktorer gis relativt bred oppmerksomhet, først og fremst i form av faktorer knyttet til *inkludering* og *deltakelse*. *Mangfold* nevnes i flest av dokumentene.

Ensomhet blant unge er et tema som bare tas opp i folkehelseplanen og ikke gjenspeiles i noen av tildelingsbrevene.

Sosiale møteplasser omtales relativt ofte i kommuneplanen, og til dels i folkehelseplanen, men fanges bare opp i tildelingsbrevet til Deichman.

Dette er områder som er nær knyttet til, og i stor grad vil overlape med faktorer knyttet til former for medvirkning, som fremkommer i neste figur:

Figur 5.6: Risikofaktorer – sosiale miljøfaktorer (2)



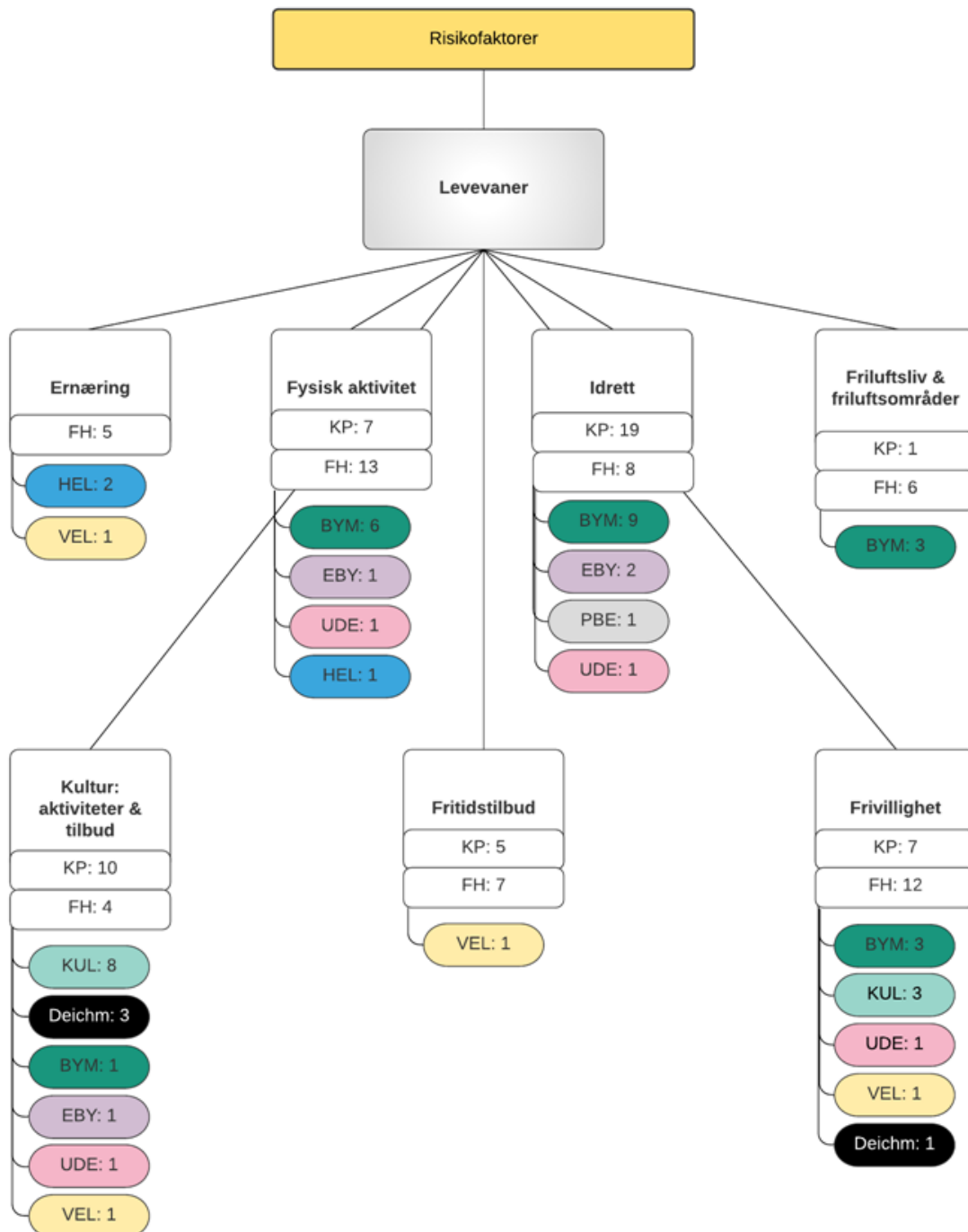
Kommentar:

Vi ser at *medvirkning for befolkningen generelt* omtales i kommuneplanen og 5 av tildelingsbrevene.

Det er verdt å legge merke til at *Medvirkning barn og unge* gis spesielt stor oppmerksomhet i kommuneplanen og folkehelseplanen. Dette nedfelles i de mest aktuelle etatene, men man kunne tenke seg at det også ville være relevant for Bymiljøetaten og Eiendoms- og byfornyelsesetaten.

Vi har elaborert kategorien medvirkning barn og unge for å vise hvordan temaet i omtalen kan trekke i litt ulike retninger; Å bruke uttrykkene *Barn og unges stemme skal bli hørt* og å ta i bruk *kunnskap fra barn/ kvalitetssikre kunnskapen*, fremstår langt mindre forpliktende enn *samarbeid med barn og unge*.

Figur 5.7: Risikofaktorer – levevaner



Kommentar:

Ernæring er ikke er bredt tema, men fremtrer tydelig i folkehelseplanen og i tildelingsbrevne til Helseetaten og Velferdsetaten, men man kunne tenke seg at det også kom fram i brevet til Byfornyelsesetaten.

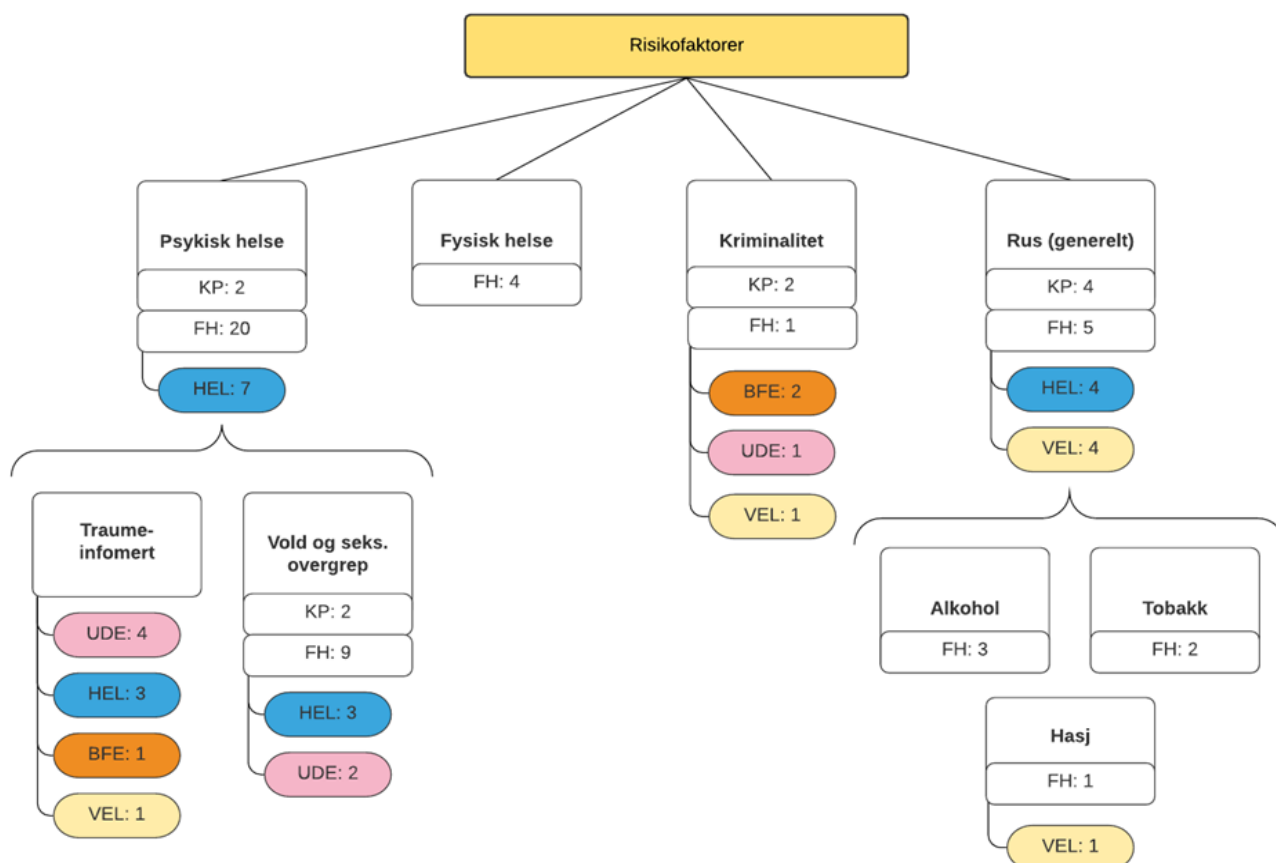
Fysisk aktivitet og idrett, sammen med *kulturaktiviteter og -tilbud*, er de av områdene som gis størst oppmerksomhet. En rask sjekk i dokumentene viser at idrett og kulturaktiviteter og -tilbud ofte opptrer sammen, og ikke overraskende, i tilknytning til faktorer som dreier seg om nærmiljø. Vis ser også at tildelingsbrevet til Bymiljøetaten har spesielt mange omtaler av fysisk aktivitet og idrett. Kulturaktiviteter og -tilbud er det av områdene i figuren som omtales i flest av tildelingsbrevene; til totalt 6 etater, der Kulturetaten som forventet skårer høyest.

Når det gjelder *Friluftsliv* og tilgang til *friluftsområder* omtales temaet flere steder i kommuneplanen og folkehelseplanen, men dette gjenspeiles bare i brevet til Bymiljøetaten.

Fritidstilbud omtales flere ganger i de to sentrale planene, men vi gjenfinner temaet som spesifikt tema (og ikke i form av f. eks idrett eller kulturtilbud) bare i brevet til Velfedsetaten.

Til slutt ser vi at *frivillighet* er et fremtredende tema, spesielt i folkehelseplanen og i stor grad kommuneplanen, og at temaet tas opp i tildelingsbrev til 5 av etatene.

Figur 5.8: Risikofaktorer (til dels i form av levevaner (2))



Kommentar:

Et slående trekk ved denne delen av ulike temaer under **levevaner** er at *psykisk helse* har en fremtredende plass i folkehelseplanen, men atskillig mindre i kommuneplanen. For folkehelseplanen er det bare grunnskole (i figur 5. 4) som ligger på tilnærmet samme nivå.

I tilknytning til dette ser vi at *traumeinformert* (som regel brukes det i uttrykket «traumeinformert by» som sikter til at alle ansatte i relevante tjenester skal ha kunnskap om virkninger av traumer og vite om hvor relevant hjelp er å finne) ikke er et begrep som brukes i de sentrale planene, men likevel er å finne i fire av tildelingsbrevene.

Vold og seksuelle overgrep er derimot viet bredere omtale i folkehelseplanen og i noen grad kommuneplanen, og opptrer i to av tildelingsbrevene.

Kriminalitet behandles i noen grad i kommuneplanen og folkehelseplanen, samt i tre av tildelingsbrevene. Av de 7 omtalene, er to av svært generell art (i folkehelseplanen og én av de to omtalene i kommuneplanen), mens de fem øvrige omhandler forebygging og/eller reduksjon av ungdomskriminalitet.

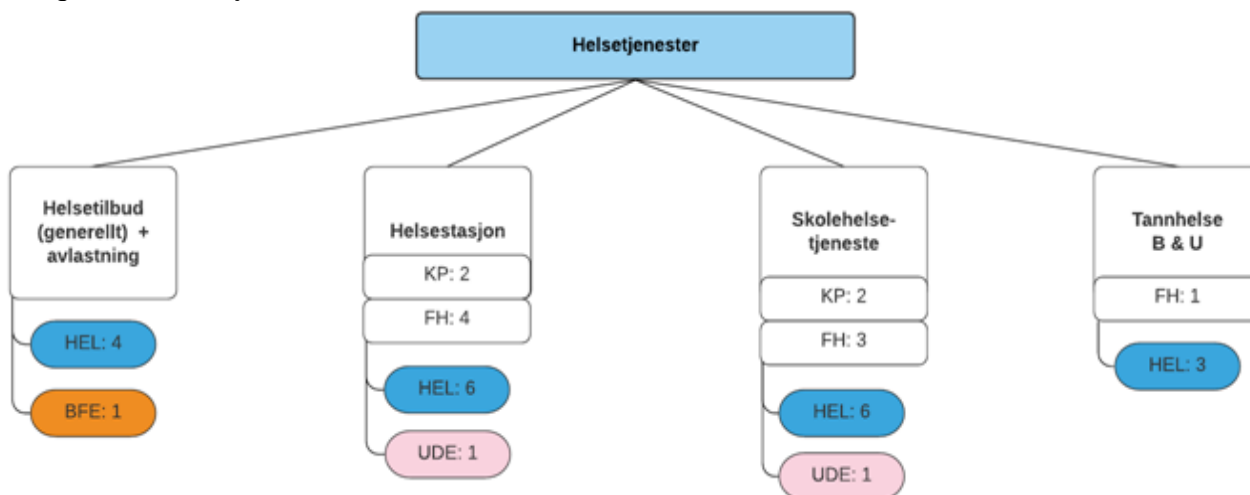
Rus, som et bredt fenomen, har høyere forekomst i kommuneplanen og folkehelseplanen og opptrer relativt mange ganger i brevene til Helseetaten og Velferdsetaten.

Det er kanskje litt overraskende at *alkohol* bare omtales spesifikt i folkehelseplanen og ikke i noen av tildelingsbrevene. Det samme gjelder *tobakk*. Mens *hasj* nevnes i folkehelseplanen og i brevet til Velferdsetaten.¹⁶

5.2.3 Helsetjenester

Når det gjelder helsetjenester – helt til høyre i helseårsakskjeden – er de etablerte, overordnede påvirkningsfaktorene enklere å håndtere i kartleggingen enn mange av de andre faktorene i kjeden. I foregående figurer har vi elaborert mange av faktorene. Ettersom helsetjenestene representerer avgrensede sektorer, har vi her bare sett det nødvendig å legge til en generell kategori; *helsetilbud og avlastning*.

Figur 5.9: Helsetjenester



Kommentar:

Helsestasjon er et område som omtales i kommuneplanen og i noe høyere grad i folkehelseplanen. Tilbudet er, naturlig nok, fremtredende i brevet til Helseetaten, og finnes også i brevet til Utdanningsetaten.

Skolehelsetjeneste viser samme mønster som for helsestasjonene.

Det er tydelig at *tannhelse for barn og unge* gis relativt stor oppmerksomhet i folkehelseplanen. Dette gjenspeiles i brevet til Helseetaten.

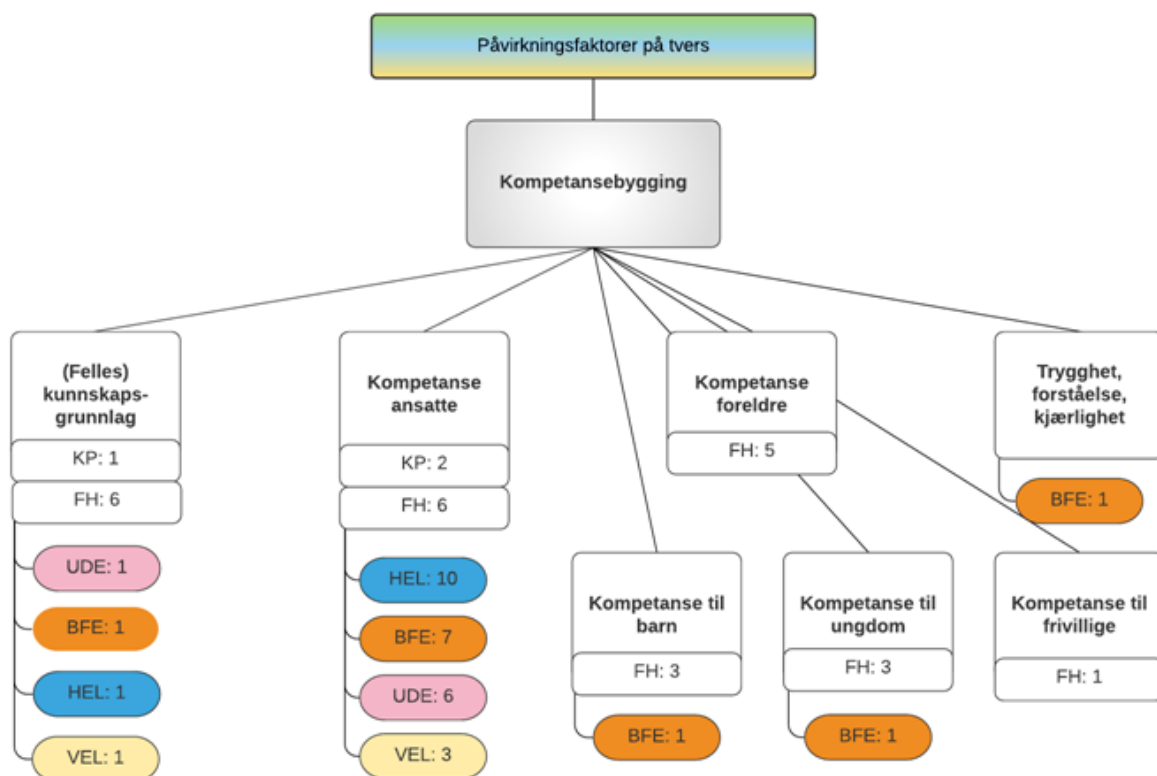
Helsetilbud generelt og (mer spesifikt) avlastning er ikke tema i de sentrale planene, men i tildelingsbrevene, som forventet, til Helseetaten og Byfornyelsesetaten.

¹⁶ Det kan nevnes at *cannabis*, som er en samlebetegnelse for hasj og marihuana, ikke brukes i kommuneplanen, folkehelseplanen eller tildelingsbrevene (som er de plandokumentene denne figuren omhandler. Termen opptrer imidlertid i andre, byomfattende planer). I figuren refereres det bare til *hasj*, ettersom vi bare har sett begrepet hasj brukt alene, eller sammen med *marihuana*, mens marihuana derimot ikke opptrer alene.

5.2.4 Påvirkningsfaktorer på tvers - Kompetansebygging

I denne og neste figur behandler vi påvirkningsfaktorer og tema som i stor grad gjelder to eller alle tre hovedtemaene i helse- og årsakskjeden.

Figur 5.10: Påvirkningsfaktorer på tvers – Kompetansebygging



Kommentar:

Vi ser at det å sørge for et *felles kunnskapsgrunnlag* knyttet til barn og unges utvikling, i skoleverket og i tjenestene, omtales i kommuneplanen og i større grad i folkehelseplanen, samt i fire av tildelingsbrevene.

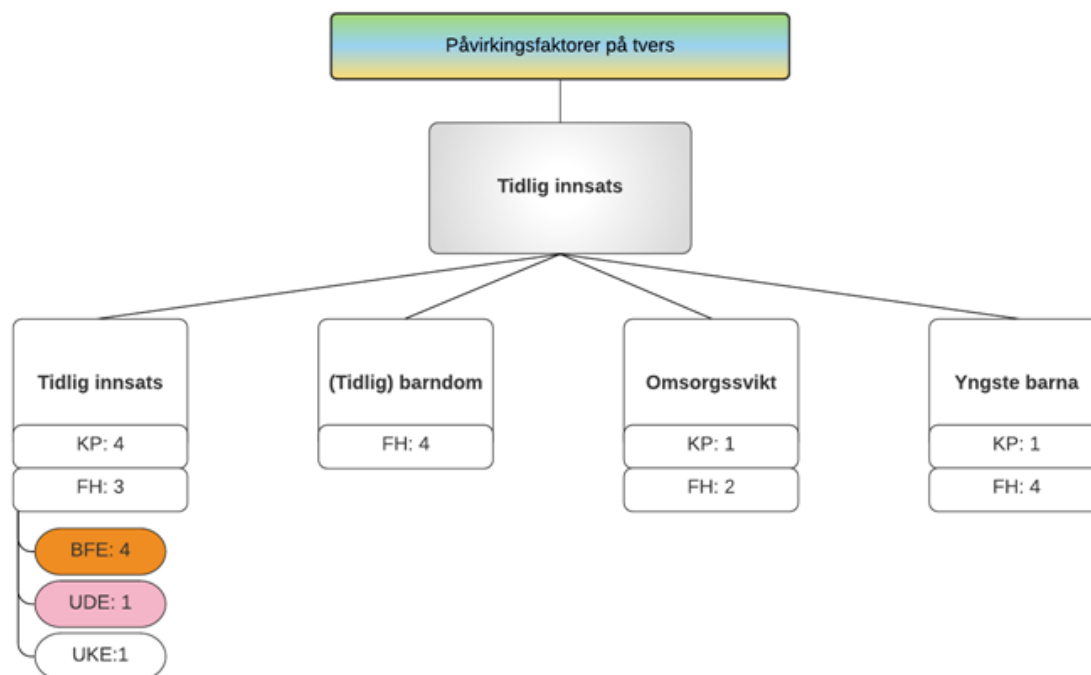
Når det i mange sammenhenger snakkes om denne type kompetanse, har vi sett det som interessant å få frem overfor hvilke grupper man ønsker å heve kompetansen. Kompetansebygging overfor *ansatte* er uten tvil mest sentralt, spesielt i folkehelseplanen, og med stor hyppighet i tildelingsbrevene til de fire mest relevante etatene (her er det antakelig en del overlapp med forrige kategori).

I tillegg legges det i folkehelseplanen – men ikke i kommuneplanen – vekt på kompetanse til *foreldre, barn, ungdom* og *frivillige*. Disse gruppene, bortsett fra frivillige, reflekteres kun i tildelingsbrevet til Byfornyelsesetaten.

Dette fokuset på kompetanse må sees i forbindelse med satsingen Barnehjernernevet (figur 5.4) og er i stor grad et uttrykk for denne. Satsingen dreier seg om både tidlig innsats og kompetansebygging, og er rettet mot både barnehage og skole (materielle og sosiale ressurser), psykisk og fysisk helse (risikofaktorer) og helsestasjoner (helsetjenester).

Vi har i tillegg laget en egen kategori *trygghet, forståelse, kjærlighet*, som bare opptrer i tildelingsbrevet til Byfornyelsesetaten. Disse verdiene fremheves i Barnehjernernevet, og vi ser det som interessant å se i hvor stor grad omtale av slike «indre», personlige kvaliteter blir gjengitt i de aktuelle dokumentene.

Figur 5.11: Påvirkningsfaktorer på tvers – Tidlig innsats



Kommentar:

Tidlig innsats kan ha ulik form, sentrale satsinger i Oslo kommune er Barnehjernernevet, Oslohjelpa og Nye familier (den siste er relativt ny som byomfattende satsing og vi har ikke laget egen kategori for denne).

I denne figuren ser vi at *tidlig innsats* omtales flere steder i kommuneplanen og folkehelseplanen, samt i tre av tildelingsbrevene.

Et annet begrep, som brukes bare i folkehelseplanen, er *tidlig barndom*.

Både *omsorgssvikt* og oppmerksomhet eller kompetanse overfor de *yngste barna* er begrep som bare opptrer i kommuneplanen og folkehelseplanen, noe mer i den siste.

5.2.5 Oppsummering

Dette kapitlet har sett nærmere på spesifikke tema i kommuneplanen og folkehelseplanen og hvordan, og i hvilken grad, disse nedfeller seg i tildelingsbrev til et utvalg etater.

I gjennomgangen av de brede temaene *folkehelse* og *sosial ulikhet*, ser vi at folkehelse, som naturlig nok er særlig fremtredende i folkehelseplanen, bare opptrer som et eksplisitt tema i fire av tildelingsbrevene. Når det gjelder sosial ulikhet, er ulike dimensjoner ved dette omtalt relativt jevnt i de to sentrale planene, mens noen av dimensjonene knyttet mer direkte til helse, og også sosioøkonomisk status relatert til familier, fremtrer tydeligere i folkehelseplanen. Flere ulike dimensjoner ved sosial ulikhet tas opp i 6 av tildelingsbrevene, først og fremst i form av begrepet *sosial utjevning*. Folkehelseplanen er ellers den eneste av de studerte plandokumentene som direkte omtaler *sosial ulikhet i helse* og *utjevning av sosiale helseforskjeller* og slik den eneste som eksplisitt kobler sammen sosial ulikhet og helse.

Både når det gjelder folkehelse og sosial utjevning går vi næyere inn i teksten i tildelingsbrevene og viser hvor og hvordan temaene omtales. Først og fremst fremtrer de under «fellesføringer». I brevet til Velferdsetaten fremtrer ikke folkehelse eksplisitt, men omtales til dels med andre begrep (slik som forebygging). I brevet til Helseetaten omtales både folkehelse og sosial utjevning videre

i teksten og det legges særlig stor vekt på sosial utjevning. Her, og de øvrige tildelingsbrevene hvor sosial utjevning omtales, er det først og fremst under fellesføringer, med henvisning til byrådsplattformens prioriterte områder: «Tidligere innsats – Sosial utjevning – Tillit og handlingsrom».

Den andre delen av kapitlet tar for seg en rekke spesifikke påvirkningsfaktorer med utgangspunkt i de tre delene av helse-årsakskjeden. Samlet sett viser gjennomgangen at det legges stor vekt på faktorer knyttet til **materielle og sosiale ressurser**. Det gjelder særlig faktorer knyttet til begge type ressurser, slik som mange av dem vi har gruppert under bolken *bolig og bomiljø*. Her er det særlig *områdesatsinger* som omtales i tildelingsbrevene, mens mer spesifikke faktorer knyttet til bolig og bo-/nærmiljø er mer fremtredende i kommuneplanen og folkehelseplanen. Vi ser at den andre bolken, *oppvekst og utdanning*, er den hvor flest ulike faktorer omtales, og hvor mange også opptrer hyppig. Ved siden av de dominerende faktorene knyttet til barnehage og skole, legges det stor vekt på tiltak og faktorer knyttet til (tidlig) innsats for barn. Faktorer direkte knyttet til ungdomsbefolkningen er mindre fremtredende, overfor denne gruppen er det videregående skole og frafall som dominerer.

Når det gjelder den midterste gruppen i helse-årsakskjeden, **risikofaktorer**, finner vi stor bredde i hvilke type faktorer som omtales. Under fysiske og sosiale miljøfaktorer er det imidlertid relativt lite direkte under *fysiske miljøfaktorer* (selv om kommuneplanen legger stor vekt på forurensning og støy og faktorer knyttet til mer strukturelle aspekter ved by og byrom), mens bolken *sosiale miljøfaktorer* viser en rekke faktorer og stor variasjon. Her er påvirkningsfaktorer knyttet til inkludering, deltakelse, mangfold og medvirkning særlig fremtredende. Både kommuneplanen og folkehelseplanen legger stor vekt på medvirkning for barn og unge, dette gjenspeiles i fire av tildelingsbrevene. Det kan kanskje synes overraskende at det ikke gjenspeiles i flere, utover de etatene som har direkte oppgaver knyttet til barn og unge?

Under risikofaktoren *levevaner* finner vi mange påvirkningsfaktorer som dreier seg om å legge til rette for konkrete, målrettede aktiviteter, slik som fysisk aktivitet, idrett og kulturtilbud. Det kan legges til at de fleste av disse i høyeste grad også inneholder faktorer gruppert i de to foregående bolkene, slik som inkludering, deltakelse, mangfold og medvirkning (jfr. drøfting av kategorisering av påvirkningsfaktorer for folkehelse i kap. 3). I tillegg til fysisk aktivitet, idrett, kulturaktiviteter og -tilbud, er frivillighet fremtredende under levevaner. Fritidstilbud vektlegges i kommuneplanen og folkehelseplanen, men gjenspeiles bare i brevet til Velferdsetaten.

Videre under risikofaktorer ser vi at *psykisk helse* gis særlig sterk og direkte oppmerksomhet i folkehelseplanen. Dette gjenspeiles direkte (som begrep) bare i brevet til Helseetaten, men spesifiseres i flere i form av traumeinformert by og vold og seksuelle overgrep. Blant andre svært tydelige områder knyttet til risikofaktorer gis det oppmerksomhet til kriminalitet og rus generelt, og relativt mindre til bruken av spesifiserte rusmidler og tobakk.

I det siste leddet i helse-årsakskjeden, **helsetjenester**, finner vi at de tjenestene som er direkte rettet mot barn og unge, naturlig nok er mest fremtredende i tildelingsbrevet til Helseetaten. Det ser ellers ikke ut til å være faktorer som dominerer eller er påfallende lite fremtredende i denne bolken.

Til slutt har vi laget to egne figurer som viser påvirkningsfaktorer som i særlig stor grad går på tvers av hovedområdene i helse-årsakskjeden. Den første bolken, *kompetansebygging*, får frem hvordan det, spesielt i folkehelseplanen, legges vekt på å øke kunnskap omkring betingelser for barn og unges utvikling og hvordan de eventuelt kan søke hjelp. Kunnskapsbyggingen er rettet både mot ansatte, foreldre og frivillige, og også hos barn og ungdom selv. Dette gjenspeiles i relevante tildelingsbrev, først og fremst når det gjelder bygging av kompetanse hos ansatte i tjenestene.

Et annet tverrgående tema er *tidlig innsats*. Her ser vi at dette omtales flere steder i kommuneplanen og folkehelseplanen og i tre av tildelingsbrevene. Dette temaet må for øvrig sees i nær sammenheng med den satsingen vi ser i den foregående bolken *kompetansebygging*.

6 Avsluttende refleksjoner

Denne undersøkelsen har resultert i et bredt datamateriale. Vi har lagt vekt på å fremskaffe en mest mulig fullstendig oversikt over byomfattende planer i Oslo kommune som omhandler barn og unge, og som også tar opp temaer knyttet til folkehelse og sosial ulikhet i helse. Deretter har vi gjort et utvalg av tildelingsbrev til etater, ut fra de samme kriteriene. I analysen av dette materialet har vi først gjort en bred analyse av i hvilken grad *folkehelse* som generelt tema opptrer i alle plandokumentene, og deretter sett nærmere på hvordan, og i hvilken grad, temaet opptrer i kommuneplanen og folkehelseplanen, og hvordan dette reflekteres i tildelingsbrevene. *Sosial ulikhet*, som er en helt sentral dimensjon ved folkehelsearbeidet, har vi av ressurs hensyn ikke kunnet behandle i tilsvarende bredde (slik som folkehelse), men vi har gått dypt inn i hvordan temaet omtales i kommuneplanen og folkehelseplanen og hvordan temaet gjenspeiles i tildelingsbrevene.

Avslutningsvis vil vi trekke frem noen sentrale funn som fremkommer i analysen:

Når vi ser samlet på *hele utvalget av planer*, er det slående at *folkehelse* som begrep brukes i såpass liten grad, til tross for at temaet angår de fleste sektorer. *Helsefremming* og *forebygging* er begreper som ofte brukes som ekvivalenter til folkehelse, og/eller peker mot de to sentrale dimensjonene ved arbeidet helsefremming og forebygging. *Helsefremming* omtales noen færre steder enn folkehelse, mens *forebygging* gir omkring tre ganger så mange treff som folkehelse. Dette åpner for ulike tolkninger, men det er nærliggende å tenke at forebygging viser til mer konkrete dimensjoner ved folkehelsearbeid (enn folkehelse). Forebygging er velegnet i beskrivelse av tiltak samtidig som begrepet vil kunne anvendes på de fleste områder. I forlengelsen av dette kan man spørre: Vil man, ved i stor grad å bruke forebygging som begrep, miste noe? Kan det virke til at bredden i folkehelse ikke fanges opp? Eller er valget av forebygging mer pragmatisk og speiler ikke nødvendigvis et snevrere fokus?

Om vi ser spesifikt på *forholdet mellom kommuneplanens samfunnsdel og folkehelseplanen*, er det i store trekk et relativt stort sammenfall mellom dem når det gjelder hvilke folkehelse relaterte tema omkring barn og unge som omtales. Det er svært få tema som forekommer i kommuneplanen som ikke gjenfinnes i folkehelseplanen bortsett fra *boligmarked* og den generelle kategorien *medvirkning generelt*. Det kan nevnes at kommuneplanen ikke omtaler *ernæring*. Videre er det naturlig at folkehelseplanen tar opp mer spesifikke områder og omtaler flere av disse i større grad (det gjelder for eksempel *kompetansebygging* i tilknytning til barn og ungdom). Vi vil peke på at den direkte koblingen mellom *sosial ulikhet* og *helse* bare gjøres i folkehelseplanen og at denne også er den eneste som direkte omtaler *utjevning av sosiale helseforskjeller*.

En stor forskjell mellom de to planene finner vi i oppmerksomheten som gis til tema som vi har kategorisert under **sosiale miljøfaktorer** og delvis **fysiske miljøfaktorer** under temaet **risikofaktorer** i helse- årsakskjeden; *sosiale møteplasser* og det vi har kalt *by/tilrettelagte byrom*, er begge sterkere fremme i kommuneplanen. Dette reflekterer trolig at kommuneplanen er sterkere orientert mot fysisk planlegging og byens infrastruktur. Samtidig viser det at planen har et tydelig fokus mot de fysiske strukturenes betydning for sosialt liv og sosiale relasjoner. Det er interessant at tildelingsbrevet til Deichman er det eneste hvor sosiale møteplasser trekkes fram, noe som understreker at bibliotekene har fått en viktig rolle i folkehelsearbeidet ved å fungere både som fysisk rom og arena for kulturell og sosial aktivitet.

Derneft er det en stor forskjell i omtalen av **risikofaktorene** *luftforurensing/støy* og av *psykisk helse*. Første tema er en del mer fremtredende i kommuneplanen enn folkehelseplanen, mens *psykisk helse* gis svært stor oppmerksomhet i folkehelseplanen. Det er det temaet som (bortsett fra den brede kategorien *folkehelse*) i folkehelseplanen opptrer hyppigst, tilnærmet likt med det omfattende temaet *grunnskole*.

I Folkehelseplan for Oslo fremheves det:

Oslo kommune legger en utvidet folkehelseforståelse til grunn i denne planen. Det innebærer en erkjennelse av at negative opplevelser og påvirkninger i barndom og ungdomstid kan ha store skadevirkninger senere i livet, både for fysisk og psykisk helse. Vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt har vært en underkommunisert utfordring i folkehelsearbeidet.

Det sterke fokuset på psykisk helse er i tråd med innholdet i Program for folkehelsearbeid og regjeringens folkehelsepolitikk.

Når det gjelder tildelingsbrevene, har vi sett grundig på i hvilken grad *folkehelse*, eller andre ekvivalente begrep og uttrykk, opptrer. Et tydelig funn er at folkehelse, som uttalt og eksplisitt tema, sjelden nevnes i tildelingsbrevene. Vi har sett nærmere på avsnittet fellesføringer i brevene, som i stor grad inneholder standardformuleringer, og hvor folkehelse fremkommer i fire av brevene. Så langt vi kan bedømme, er det ingen åpenbar grunn til at de ikke også kan tas inn i tildelingsbrev til andre etater.

I tildelingsbrevene som tematiserer sosial ulikhet, gjøres dette i stor grad i form av *sosial utjevning*. Det henvises direkte til byrådsplattformens tre prioriteringer: «tidligere innsats - sosial utjevning –tillit og handlingsrom». Samtidig er det ingen av tildelingsbrevene som kobler ulike dimensjoner ved sosial ulikhet og sosial utjevning direkte til helse.

Det varierer i hvilken grad tildelingsbrevene gjenspeiler føringene gitt i kommuneplanen og folkehelseplanen, både når det gjelder overfor hvilke etater hvilke faktorene omtales, og med hvilken styrke. Som et moment i tilknytning til tildelingsbrevene, er det grunn til å nevne at byrådsplattformen for det sittende byrådet (2019-2023), fra oktober 2019, uttrykker ambisiøse målsettinger når det gjelder de ulike faktorene i helse-årsakskjeden. Uten ellers å gå nærmere inn på enkeltfaktorer, ser det ut til at særlig vekten på inkludering, deltakelse og tilgjengelighet til arenaer for barn og unge gjenspeiles i tildelingsbrevene. Samtidig kan det spørres om ikke kommuneplanen og folkehelseplanens vekt på medvirkning for barn og unge burde kunne gjenfinnes i brevet til flere etater enn de som har et særskilt ansvar for barn og unge, slik som for eksempel Bymiljøetaten og Plan – og bygningsetaten? Vi vil også peke på at man i tildelingsbrevene ser et fokus på kompetansebygging når det gjelder kunnskap om barn og unges utviklingsbetingelser, faktorer knyttet til psykisk helse og utjevning av sosiale forskjeller, som nevnt over. Analysen av tildelingsbrevene gir mulighet til å følge en eller flere etaters skår på ulike folkehelse temaer, og derfor gir et godt grunnlag for videre utvikling og oppfølging av innsatsen til de enkelte etatene.

I kapittel 1 ble det fremhevet at folkehelsearbeid kan defineres som «samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse» (Helsedirektoratet 2010, s. 20). Kartleggingen viser at plandokumentene i Oslo kommune i stor grad reflekterer denne brede tilnærmingen. Gjennomgangen i kapittel 5 tydeliggjør at det legges vekt på alle de tre leddene i helse-årsakskjeden, og også tiltak og områder som knytter sammen påvirkningsfaktorer i ulike bolker.

Et viktig virkemiddel i folkehelsearbeid er at ordningene er universelle ved at tjenester og ytelser omfatter alle. Et slående trekk ved folkehelsearbeid rettet mot barn og unge i Oslo, er at flere av områdene som omtales både har en sterk *universell* innretning, samtidig som de er *selektivt* rettet. Det gjelder i særlig grad områder som *tidlig innsats* og *kompetansebygging*, som omfatter mange, ulike aktørgrupper i ulike sektorer og som slik går på tvers av de store bolkene i helse-årsakskjeden. Her er satsingen Barnehjernevernet sentral. At man på flere områder kombinerer en universell og selektiv innretning vitner om en ambisiøs tilnærming til folkehelsearbeidet overfor barn og unge. Et tema for videre undersøkelser vil kunne være hvordan, og i hvilken grad, de to

hensynene kan ivaretas i det praktiske arbeidet og samvirke uten at det ene får forrang fremfor det andre.

I forlengelsen av dette, vil vi peke på at vektleggingen av kompetanse, kunnskap og tidlig innsats i stor grad representerer en relativt ny vinkling. Det er fokus på at grupper (ansatte, foreldre, barn, frivillige) skal tilegne seg kompetanse om psykiske påvirkningsfaktorer og utvikle relasjonell kompetanse, som går i en annen retning enn «kompetanse» i tradisjonell forstand. Aktørene skal tilegne seg, ikke bare ferdigheter, men ha visse følelser, og vise dem på den rette måten. I satsingen Barnehjernevernet sies de at «Medarbeidere skal ha et kjærlig og positivt syn på barn».

Undersøkelsen av forholdet mellom sentrale planer i Oslo og tildelingsbrevene til etatene er unik ved at det finnes få eller ingen tilsvarende studier. Undersøkelsen kan fungere som en kunnskapsplattform særlig for Oslo, men også andre kommuner. Den reiser spørsmål om hvilke etater som er engasjert i folkehelsearbeidet, på hvilke måter og med hvilket fokus. Noe som igjen stimulerer refleksjoner omkring bredden og dybden til folkehelsearbeidet i Oslo og andre kommuner. Er det noen etater som burde vært engasjert som ikke er det? Er det noen folkehelseoppgaver som naturlig hører inn under etater som ikke er gitt dem via tildelingsbrevene? Disse og andre relevante spørsmål kan fungere som en spore til videre utvikling av folkehelsearbeidet i Oslo. Og samtidig stimulere til dypere undersøkelser av hvordan folkehelsearbeidet og særlig arbeidet med reduksjon av sosial ulikhet hos barn og unge fungerer og eventuelt kan videreutvikles.

Referanser

- Artnzen et al. (2019): 29 recommendations to combat social inequalities in health. The Norwegian Council on Social Inequalities in Health. *Scandinavian Journal of Public Health* 47:598-605.
- Dahl, E., Bersgli H. & van der Wel K. (2014): *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Elstad, J.I. (2017): Helseulikhetenes by, i Ljunggren, J.: *Oslo: ulikhetenes by*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Folkehelseinstituttet (2018): *Folkehelse rapporten – kortversjon*. Helsetilstanden i Norge 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Helsedirektoratet (2010): *Veien til god helse for alle*, rapport IS-1846. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2019): *Systematisk folkehelsearbeid. Veileder til lov og forskrift*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helgesen, M. C., Hofstad H., Risan L.C, Stang, I., Rønningen, G.E., Lorentzen, C., Goth, U.S. (2014): *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og stragier i kommuner og fylkeskommuner*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, NIBR-rapport 2014:3.
- Helgesen M., Abebe D., Schou A. (2017): *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk*. Oslo: samarbeidsrapport NIBR/NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus
- Hofstad, H. (2018): «Folkehelse – proaktivt grep i PBL 2018, hva er status ti år etter?», kapittel 13 i Hanssen, G.S og Aarsæther, N. (red), *Plan- og bygningsloven – en lov for vår tid?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Hofstad, H. (2019): *Kommunal planlegging som redskap for å redusere sosiale helseforskjeller*. Oslo, OsloMet, NIBR-rapport 2019:6.
- Kommunal og moderniseringsdepartementet (2008). *Plan- og bygningsloven*. LOV-2008-06-27-71. Lovdata.
- Oslo kommune, Helseetaten (2016): *Oslohelse. Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene*. Oslo: Oslo kommune, Helseetaten
- Oslo Kommune (udatert brosjyre): *Planer og planarbeid i byrådsavdelingene*. Oslo: Oslo kommune, Byrådsavdeling for finans.
- Ot.prp. nr 32 (2006-2007): Om lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) (Plandelen), Oslo: Miljødepartementet.
- Aarsæther, N. og Hofstad, H. (2018): «Samfunnsdelen – flaggskipet i pbl-flåten?» kapittel 10 i Hanssen, G.S. og Aarsæther, N. (red) *Plan- og bygningsloven – fungerer loven etter intensjonene?* Oslo: Universitetsforlaget.