

Hege Hofstad  
Stian Lid  
Arild Schou  
Trond Vedeld

# Lokal oversikt over folkehelsen – muligheter og utfordringer



**NIBR**

Norsk institutt for by- og regionforskning

Lokal oversikt over  
folkehelsen  
– muligheter og utfordringer

## Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2014:21	Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør
NIBR-rapport 2014:3	Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner
NIBR-rapport 2014:16	Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen?
NIBR-rapport 2012:13	Regionalt og lokalt folkehelsearbeid

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

E-post til  
[nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)

Publikasjonene  
kan også skrives ut fra  
[www.nibr.no](http://www.nibr.no)  
Porto kommer i tillegg til de oppgitte  
prisene

Hege Hofstad  
Stian Lid  
Arild Schou  
Trond Vedeld

# Lokal oversikt over folkehelsen – muligheter og utfordringer

NIBR-rapport 2015:13

Tittel: **Lokal oversikt over folkehelsen  
- muligheter og utfordringer**

Forfatter: Hege Hofstad, Stian Lid, Arild Schou og  
Trond Vedeld

NIBR-rapport: 2015:13

ISSN: 1502-9794  
ISBN: 978-82-8309-066-6

Prosjektnummer: 3358

Prosjektnavn: Erfaringsfylke

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Prosjektleder: Hege Hofstad

Referat: Rapporten er en evaluering av  
erfaringsfylke-prosjektet i Vestfold, der Vestfold  
fylkeskommune i samarbeid med utvalgte  
kommuner har prøvd ut den delen av  
folkehelseloven som handler om å frembringe en  
oversikt over helsetilstand og positive og  
negative påvirkningsfaktorer.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: September 2015

Antall sider: 107

Pris: 250,-

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

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: X-idé  
Org. nr. NO 970205284 MVA  
© NIBR 2015

# Forord

Norsk institutt for by- og regionforskning har gjennomført en følgeevaluering av det såkalte «erfaringsfylkeprosjektet» i Vestfold. Prosjektet handler om at Vestfold fylkeskommune, i samarbeid med utvalgte kommuner, skal utvikle modeller og verktøy for kommunenes arbeid med oversikt over folkehelsen. Evalueringen er gjennomført på oppdrag av Helsedirektoratet og har vart fra august 2014 til juni 2015.

Evalueringen oppsummerer og analyserer Vestfold fylkeskommune og Vestfold-kommuners erfaringer med det nevnte arbeidet. Forfatterne vil rette stor takk til informantene i fylkeskommunen og kommunen for at de har delt spennende refleksjoner med dem. Takk også til Helsedirektoratet for godt samarbeid.

Oslo, september 2015

Trine M. Myrvold  
Forskningssjef

# Innhold

Forord .....	1
Tabelloversikt.....	5
Figuroversikt .....	5
Sammendrag.....	6
Summary .....	11
1 Oversiktsarbeid i praksis: «Erfaringsfylkeprosjektet» i Vestfold.....	15
1.1 NIBRs følgeevaluering.....	17
1.2 Om «erfaringsfylkeprosjektet» til Vestfold fylkeskommune .....	19
1.2.1 «Erfaringsfylkeprosjektet» - et eksperiment .....	20
1.2.2 Prosjektets to faser.....	21
1.3 Prosjektkommunene Svelvik og Tønsberg.....	22
1.4 Det empiriske grunnlaget for NIBRs følgeevaluering.....	23
1.4.1 NIBRs kunnskapsoppsummering.....	24
1.5 Gangen i rapporten.....	26
2 Oversiktsarbeidets formål og innhold.....	27
2.1 Rammer for oversiktsarbeidet.....	29
2.2 Oversiktsarbeidets tre faser .....	30
2.2.1 Innhente informasjon og datakilder om helsetilstand – sentralt og lokalt.....	30
2.2.2 Vurdere og analysere informasjonen.....	31
2.2.3 Oppsummere, vurdere og identifisere utfordringer og ressurser .....	31
3 Teoretisk utgangspunkt: Oversiktsarbeidet som idé og praksis.....	32
4 Oversiktsarbeid på dagsorden (delprosjekt A).....	39
4.1 Om arbeidssamlingene .....	40
4.1.1 Todagersseminaret i Åsgårdstrand .....	40

4.1.2	Dagsseminaret i Tønsberg .....	41
4.2	Lærdommer fra arbeidssamlingene .....	41
4.2.1	Utfordringer knyttet til oversiktsarbeidets kompleksitet og behovet for samarbeid.....	41
4.2.2	Utfordringer knyttet til data i oversiktsarbeidet.....	43
4.2.3	Utfordringer knyttet til planlegging som fysisk-politisk virksomhet.....	44
4.3	Erfaringspunkter .....	46
5	Oversiktsarbeid i kommuner og FK som understøtter og kilde (delprosjekt B) .....	48
5.1	Fase 1: Status i oversiktsarbeidet i Vestfold .....	50
5.2	Fase 2: Metoder, modeller og verktøy i oversiktsarbeidet.....	52
5.2.1	Informasjonsinnhenting: Sentrale skjemaer og dokumenter .....	52
5.2.2	Prioriteringen av temaer og indikatorer i oversiktsdokumentet.....	54
5.2.3	Lokal tverrsektoriell prosjektgruppe .....	55
5.2.4	Involvering av kommunale sektorer.....	55
5.2.5	Videreutvikling av informasjonsinnhenting .....	58
5.3	Oversiktsdokumentets hensikt og struktur .....	59
5.3.1	FK og kommuners erfaringer.....	62
5.4	Organisatoriske betingelser for oversiktsarbeidet .....	63
5.5	Fylkeskommunen som understøtter.....	65
5.6	Erfaringspunkter .....	67
6	Sosial ulikhet i helse (delprosjekt C) .....	70
6.1	Nasjonale føringer og status .....	72
6.2	Første fase i prosjektet .....	72
6.2.1	Hvordan kople kvalitative og kvantitative data?.....	73
6.3	Andre fase i prosjektet.....	74
6.3.1	Gjennomføring av fokusgruppeintervjuer.....	74
6.3.2	Lærdommer fra fokusgruppene .....	76
6.4	Idéheftet og dets potensielle anvendelse i oversiktsarbeidet.....	78
6.5	Den overordnede erfaringen fra delprosjektet .....	79
6.6	Erfaringspunkter .....	80
7	Fra oversikt til planstrategi (delprosjekt D) .....	83
7.1	Oversiktsarbeidet i en planleggingskontekst .....	85
7.2	Utblinking og utredning av temaer.....	86
7.3	Erfaringspunkter .....	89



---

8	Hvilke valg har vært viktige? .....	90
8.1	Flere målsetninger enn de oppgitte .....	90
8.2	Gevinsten av tett personlig samarbeid .....	91
8.3	Rolleavklaring og kommunikasjon .....	92
8.4	Overgang fra oversikt til plan .....	93
8.4.1	Gjensidig påvirkning mellom prosjektene .....	94
8.4.2	Erfaringspunkter .....	94
9	Muligheter og utfordringer for oversiktsarbeid i fylkeskommuner og kommuner .....	96
9.1	Å etablere ny forståelse på tvers av sektorer og fagfelt .....	97
9.1.1	Oversiktsarbeidets bredde og dybde .....	98
9.1.2	Oversiktsarbeidets dualitet .....	98
9.1.3	Fra oversikt til plan .....	99
9.1.4	Forståelsen av sosial ulikhet i helse .....	100
9.2	Å etablere nye institusjonelle praksiser .....	100
9.2.1	Oversiktsarbeid som en forankringsprosess .....	101
9.2.2	Betydningen av kapasitet og organisatorisk plassering .....	101
9.2.3	Fokusgruppeintervjuer som metode .....	102
9.3	Veien videre – krevende men med innovasjonspotensial .....	102
	Litteratur .....	105

---

## Tabelloversikt

Tabell 1.1... <i>Vestfold fylkeskommunes erfaringsfylkeprosjekt</i> .....	20
Tabell 1.2... <i>Temaer i oversiktsdokumentet. Vurdering av status basert på NIBRs kunnskapsoppsummering</i> .....	25
Tabell 3.1... <i>Oversettelsesprosesser og - mekanismer</i> .....	37

## Figuroversikt

Figur 2.1 .... <i>Det systematiske folkehelsearbeidet</i> .....	28
---	----

# Sammendrag

*Hege Hofstad, Stian Lid, Arild Schou og Trond Vedeld*

***Lokal oversikt over folkehelsen – muligheter og utfordringer***

NIBR-rapport 2015:13

Denne rapporten er resultatet av en følgeevaluering av Vestfold fylkeskommunes «erfaringsfylkeprosjekt» på oppdrag av Helsedirektoratet. Målet med erfaringsfylkeprosjektet er at Vestfold fylkeskommune, i samarbeid med to utvalgte kommuner, skal utvikle modeller og verktøy for kommunenes arbeid med oversikt over folkehelsen. Dette oversiktsarbeidet springer ut av folkehelseovens mål om å systematisere folkehelsearbeidet – å gjøre folkehelsearbeidet mer kunnskapsbasert og legge grunnlaget for utvikling av planlegging og tiltak. NIBRs følgeevaluering oppsummerer og analyserer lærdommer fra Vestfold fylkeskommune sitt prosjekt. Nærmere bestemt å belyse hvilke muligheter og utfordringer som ligger i oversiktsarbeidet:

- Hvilke organisatoriske muligheter og begrensninger finnes for utøvelsen av oversiktsarbeidet?
- Hvilke muligheter og begrensninger finnes for kobling av oversiktsarbeidet og planstrategien?
- Hvordan kan oversiktsarbeidet bidra til å løfte oppmerksomheten om sosial ulikhet i helse?

Lærdommene som identifiseres kan bidra til å utvikle oversiktsarbeidet, både nasjonalt, regionalt og lokalt. NIBRs følgeevaluering har fulgt Vestfold fylkeskommunes prosjekt gjennom hele prosjektperioden fra august 2014 til juni 2015. Sammendraget vil først oppsummere lærdommene fra erfaringsfylkeprosjektet deretter gi et sammendrag av våre anbefalinger til videre utvikling av oversiktsarbeidet.

## De viktigste lærdommene fra erfaringsfylkeprosjektet

*Tverrsektorielt samarbeid* tydeliggjøres som en nøkkel til suksess i oversiktsarbeidet. Enkelt sagt handler dette om et samspill mellom to forankringsprosesser i kommunen. Den første forankringsprosessen innebærer at administrativ og politisk ledelse gjør det klart at kommunen prioriterer tid og ressurser til oversiktsarbeidet. En slik tydeliggjøring vil lette arbeidet med å identifisere relevante data, hente dem inn og analysere dem. Legitimiteten til å etterspørre hjelp fra personer som sitter på relevant kunnskap vil være lettere, fordi hele organisasjonen forstår viktigheten av dette, ikke bare prosjektlederen. Videre vil tydeliggjøring også innebære å peke ut en ansvarlig for arbeidet, noe som også vil gi sterkere legitimitet til den medarbeideren det gjelder og det arbeidet han/hun skal utføre. Sentral plassering i nærheten av rådmannen trekkes videre fram som viktig for å sikre prioritering av oversiktsarbeidet i organisasjonen. Den andre forankringsprosessen retter fokus mot prosjektlederen og prosjektgruppa. For å kunne utløse organisasjonens potensial til å bidra inn i oversiktsarbeidet trengs organisasjonskunnskap. De ulike sektorene i kommunen sitter på informasjon, kunnskap og kompetanse. Kjennskap til hvilke aktører, strukturer, prosedyrer og rutiner som er mest aktuelle vil gjøre oversiktsarbeidet mer effektivt og målrettet. I tillegg har vi sett både verdimesig og teknisk motstand.

*Betydningen av kapasitet og kompetanse.* Både kompetanse i egen organisasjon, og forankring av folkehelsekoordinatoren og folkehelsearbeidet fremstår som vesentlige faktorer. Kompetanse er avgjørende for å gjennomføre jobben tilfredsstillende. Særlig hvis man ønsker å forankre arbeidet i sektorene. Ellers havner alle oppgavene på de sentrale prosjektlederne/-gruppen, noe som medfører at kapasiteten blir mindre og den inngående kunnskapen om fagfeltet forringes. Viktigst for å lykkes med å gjennomføre oversiktsarbeidet kan imidlertid se ut til å være at kommunene prioriterer arbeidet høyt nok og avsetter nok ressurser for å ha en tilstrekkelig kapasitet til å gjennomføre arbeidet. Altså synes kapasitet å være en vesentlig faktor fordi de ulike stegene og temaene i oversiktsarbeidet er de samme enten man er en liten eller stor kommune.

Det *statistiske materialet* er ikke bare en teknisk utfordring, men i likhet med kvalitative former for data kreves lokal oversettelse - å gjøre valg basert på hvilke data som er tilgjengelige og hvilken kapasitet en har å sette inn i datainnsamlingen. Dermed vil noen data forsterkes, andre dempes eller utelates.

*Behov for systematisering av kunnskap.* Kommunene opplever at kunnskapsinnhenting som en del av oversiktsarbeidet har forbedringspotensial. Ved å systematisere og «automatisere» kunnskapsinnhenting vil kunnskapsgrunnlaget bli rikere og oversiktsarbeidet kunne gjøres mer effektivt. Dette punktet peker mot at oversiktsarbeidet utfordrer vante måter å gjennomføre arbeidet på. Nye tanker og ideer stimuleres og kan, på sikt, bidra til endring og innovasjon i prosedyrer og rutiner.

*Oversiktsarbeidets dilemma.* På den ene siden er det viktig at oversiktsarbeidet skaper eierskap og læring hos kommunene. På den andre siden må oversiktsarbeidet være overkommelig å gjennomføre. Her ligger det en spenning som en bør ha et bevisst forhold til slik at ikke kommunene mister engasjement og føler arbeidet som unødvendig grundig i forhold til behovet.

*Begrepet sosial ulikhet i helse.* Begrepet sosial ulikhet i helse kan være vanskelig å forholde seg til. I fokusgruppeintervjuene kom det fram at «utsatte grupper» var et begrep som gav mer intuitiv mening for deltagerne enn grupper med «sosial ulikhet i helse». Å benytte utsatte grupper i stedet for sosial ulikhet i helse kan medføre en endring i fokus og tiltak. I begrepet sosial ulikhet i helse ligger innbakt et fokus på at helsen fordeler seg som en gradient i befolkningen. Når man skifter fokus til utsatte grupper er spørsmålet om man samtidig tillater et snevrere fokus på arbeidet for å redusere sosial ulikhet i helse der man konsentrerer seg om de som allerede har utfordringer snarere enn å forebygge i befolkningen som helhet. Spørsmålet er om det å tenke gradienten og universelle tiltak, oppleves for stort å forholde seg til for kommunene og at de derfor føler behov for å forenkle?

*Identifisering av overlapp.* Det handler om å finne overlapp mellom det planleggingsmessig aktuelle og det folkehelsemessig utfordrende. Særlig er kunnskap og indikatorer som identifiserer knekkpunkter/vesentlige endringer, som gir en endret forståelse av et fenomen og/eller inneholder en geografisk dimensjon og

dermed avføder prioriteringsdiskusjoner interessante i en plankontekst. De har alle en form som snakker et politisk språk.

Oversiktsarbeidet, og særlig den delen av det som innebærer å koble oversiktsdokumentet til planleggingen, må forholde seg til en virkelighet som er dominert av det *fysisk-politisk* mulige.

Planleggingen utgjør dermed en institusjonell betingelse som farger i hvilken grad og hvilke deler av oversiktsarbeidet som fanges opp. Over tid kan utfordringsbildet som tegnes i oversiktsdokumentet kunne bidra med nye forståelser og perspektiver i planleggingen. Men påvirkningen kan også gå andre veien, at oversiktsarbeidet rettes mot det som oppfattes som det fysisk og politisk mulige i planleggingen.

*Bolig og boligpolitikk særlig interessant.* Overlappet mellom folkehelse og planlegging er særlig tydelig i boligpolitikken. Bolig er et hett tema i planleggingen som har et tydelig fysisk uttrykk. Det handler om befolkningssammensetning, lokalsamfunnsutvikling, tiltrekking av nye innbyggere, etc. Samtidig opplever kommunene at bolig og boligsituasjonen er viktig i folkehelsesammenheng. Både som ramme for folks hverdag og som virkemiddel for å skape endring generelt i befolkningssammensetningen og individuelt i levevilkår.

*Fylkeskommunes understøtterolle.* En viktig erfaring fra prosjektet er betydningen av en tydelig avklaring mellom fylkeskommunen og kommunene om hva kommunene kan forvente av bistand fra fylkeskommunen. Fylkeskommunen har ulike roller, og bør ha et bevisst forhold til hvilke utfordringer understøtterollen for folkehelsearbeid kan gi. Og eventuelt hvordan balansere understøtterollen og myndighetsrollen for å forhindre potensielle konflikter.

### **Konklusjon og veien videre**

En sentral utfordring for folkehelsearbeidet er å finne en realistisk og mulig dimensjon på oversiktsarbeidet innenfor kommunens ressurser. Med den tiden som var til rådighet i dette prosjektet, har ikke ambisjonene stått helt i forhold til gjennomføringsevnen. Prosjektet viser at de ulike delprosjektene har krevet mer arbeidsressurser, tid, kompetanse og kapasitet enn det kommunene har hatt eller fått tilført gjennom prosjektet. Ingen av kommunene hadde klart å ferdigstille oversiktsdokumentet til juni 2015. I løpet av prosjektet ble det mer og mer tydelig for de involverte, både fra

kommunene og fylkeskommunen, at delprosjektene trenger tid til å utvikles. De vil derfor fortsette deler av arbeidet også etter prosjektperioden (delprosjekt B og D).

Erfaringsfylkeprosjektet har vært ambisiøst. De har forsøkt å gå bak informasjonen i folkehelseprofilen ved å identifisere påvirkningsfaktorer og finne fram til årsaksforklaringer slik forskriften om oversiktsarbeid legger opp til. Prosjektet viser at kommunen kan gjøre mye med oversiktsarbeidet ved å prioritere innenfor eksisterende ressurser. Men dersom kunnskapsoppbyggingen i forbindelse med utvikling av oversiktsdokumentet skal gå så vidt bredt og dypt som i dette tilfellet viser erfaringsfylkeprosjektet at det vil kreve økte ressurser i form av ansatte, finanser, verktøy og understøtting. Spørsmålet er om folkehelsemyndighetene bør bidra til å utvikle fylkeskommunene til å være en enda mer aktiv støttespiller for kommunene. Særlig er dette et behov hos de minste kommunene. Samtidig signaliserer aktørene i dette prosjektet at oversiktsarbeid er et langsiktig utviklingsarbeid som trenger tid til å modnes. Det er derfor viktig at rammene for arbeidet – folkehelsepolitikken – fortsetter å støtte opp om kommunenes oversiktsarbeid og aksepterer at det vil ta tid før denne delen av folkehelsearbeidet «setter seg» i kommunene.

Ikke minst er dette viktig fordi oversiktsarbeidet har i seg et innovasjonspotensial som det vil ta tid å utløse. Kravene til folkehelsearbeidet medfører at kommuner og fylkeskommuner stilles overfor nye utfordringer. De ansatte må tenke og handle på nye måter internt og i samarbeid med andre både i forhold til oversiktsarbeidet og i planleggingen. Det kreves ny kunnskap, nye organisatoriske løsninger og nyorientering av planleggingen. Ny kunnskap om sosio-økonomiske variable og helsevariable utfordrer vante oppfatninger og arbeidsmåter i planlegging og politikk. Folkehelsearbeidet slik det utfolder seg i Vestfold skaper kreativitet og nye ideer hos de impliserte. Det har bidratt med nye måter å arbeide og samarbeide på. Over tid vil antakelig denne dynamikken bidra til å forbedre og forenkle oversiktsarbeidet og gi det en mer robust forankring i kommunens løpende arbeid. Således har erfaringsfylkeprosjektet vist flere veier mot en styrking av folkehelsen i lokal politikk og planlegging i årene fremover.

---

# Summary

*Hege Hofstad, Stian Lid, Arild Schou and Trond Vedeld*

## **Local health overview - opportunities and challenges**

NIBR Report 2015: 13

This report is the result of a process evaluation of Vestfold County's work on population health in 2014-15 with funding from the Directorate of Health. The evaluation summarizes and analyzes lessons from Vestfold County Council's "Experience project" which is part of a national population health project supported by the Directorate of Health. The aim of this project was for Vestfold County Council, in partnership with two selected municipalities, to develop models and tools for population health overview of the local health conditions and the positive and negative determinants of health. This overview work stems from the Public Health Act's (PHA) aim to systematize population health – and to make population health work more knowledge-based. This would lay the foundation for policy, planning and action. Specifically, the aim of the report is to identify opportunities and challenges for health overview work, with reference to the work in Vestfold. The report addresses the following key questions:

- - What organizational possibilities and limitations exist for the exercise of local population health overview work?
- - What opportunities and constraints exist for integrating overview work and the planning strategy?
- - How can overview work help to raise awareness about social inequalities in health?

NIBR's process evaluation followed Vestfold County's project throughout the project period from August 2014 to June 2015. The lessons identified can help to develop overview work, nationally, regionally and locally.



### **Main lessons from the project presented in this evaluation report**

*Intersectoral collaboration* is a key to success in local population health overview work. More specifically, intersectoral work involves at least two key anchoring processes within the municipality. The first anchoring process hinges on a clear prioritization of health overview work (i.e. time and resources by the administrative and political leadership). Such clarification facilitates efforts to identify relevant data, retrieve and analyze them. Prioritization at the top of the organization legitimates inquiries for help from colleagues who possess relevant knowledge. In addition, prioritization also involves appointing a responsible officer for health overview work. Organizational location of the responsible officer near the chief administrative officer is further highlighted as important to ensure prioritization of health overview work in the organization. This will give greater legitimacy to his/her work and enhance the positioning and potential influence of the work in the organisation.

The second anchoring process focuses on the project manager and project group and their capabilities. In order to trigger the organization's potential to contribute to health overview work knowledge of appropriate actors, structures, procedures and practices to involve in the work are needed.

*The importance of capacity and relevant expertise.* Expertise on a wide range of population health issues within the health coordinator team is essential to carry out the work with population health overviews satisfactorily. Especially if one wants to interact with and consolidate efforts in the many sectors that interface with population health. A main challenge is to unleash expertise in the various municipal sectors through appropriate interaction between the population health team and sector staff and planners. This, in addition to the capacity of the project manager and project group in terms of allocated staff-time and resources seem to be crucial factors for successful health overview work.

*Access to and utilization of statistical material* is not only a technical challenge but also an institutional capacity and knowledge challenge. A mixture of national, regional and local level data is required. Data can be difficult to obtain due to an array of data sources, and can also involve costs and hard work to process, analyse and include in the local overview. Both quantitative and

---

qualitative forms of data requires local translation and interpretation.

*Need for systematization of knowledge.* Municipalities experience that the knowledge development process as part of health overview work has potential for improvement at all stages of the work. Through better systematization and "automatization" of knowledge acquisition, the knowledge base may become richer and overview work more efficient. Health overview work challenges current procedures and routines in knowledge-based policy work. This experimental project in Vestfold shows, however, that the work stimulates new ideas and ways of working. In the longer term, the overview work may thus contribute to change and innovation in procedures and routines at municipal level beyond what now takes place with the health overview work.

*The scope of the health overview work.* On the one hand, it is important that health overview work is broad enough and sufficiently deep in its analysis to cover the wide set of population health issues satisfactorily. It should seek to identify causal relationships (social determinants) and through the process create local ownership and learning. On the other hand the total work load for the overview work must not be too overwhelming. The task must be adjusted to local resources and capacities of the coordinating team. The population health team must also ensure that they also remain with capacity for e.g. implementation and monitoring of the work. Hence, dilemmas need to be addressed in relation to the scope and workload involved in the overview work. This is important to be aware of.

*The concept of social inequality in health.* The evaluation shows that the concept of social inequalities in health is challenging to appropriately deal with and integrate in the overview. In the focus group interviews it became apparent that "vulnerable groups" was a term that gave more intuitive sense to the participants than "groups with social inequalities in health." Using "vulnerable" groups rather than "social inequalities" in health can, however, result in a change in the focus of the overview and thus in proposed action. For example, the concept of social inequality in health understands health as distributed as a gradient in the population: The higher social-economic status, the better health, and vice versa. A focus on vulnerable groups would lead to a focus

on a selected target group, more so than promoting health improvements for the population as a whole.

*Identification of overlap.* Overview work must deal with a reality that tends to be dominated by the physical and/or political environment or factors. This is particularly so for the part that involves translating the overview document to planning goals and priorities. Indicators and knowledge identifying substantial changes giving altered understanding of a phenomenon or that contain a geographical dimension thereby stimulating discussions of priority are both interesting in a planning context.

*Housing and housing policy particularly interesting.* Population health and municipal planning have a common interest in housing policy (location and type of housing). Housing is a hot topic in planning which has a clear physical and socio-spatial expression. The housing policy influences in important ways the distribution of social groups and the population composition (socio-culturally) across the municipality. This again influences local community development, attraction of new residents, and other social and economic and health related factors in the neighbourhood. At the same time the location and quality of the housing situation raise important population health issues. As such, the housing policy and local housing situation become an important framework that influences people's everyday lives and population health. It can serve as a key instrument to bring about change in population structure and living conditions.

*The supporting role of the County.* An important lesson from the project is the need for clarity in expectations between the county (here: the County Council) and officials at the level of the municipalities. The counties experience capacity problems, while the need and demand for assistance in the municipalities might not easily be met given the magnitude and complexity involved in the overview work.

### **Conclusion and way forward**

A key challenge ahead is for the municipalities (and the government at large) to agree upon or find a realistic scope for the health overview work. It is suggested that the scope of work needs to be adjusted to local circumstances (e.g. municipal resources and perceived population health challenges). There is not “one size

that fits all”. The project shows that the different sub-projects under this experimental project have required more resources, time and expertise and capacity than the municipalities had at their disposal, or were supplied through the project from the county and the Health Directorate. For example, none of the municipalities had managed to complete the overview document by June 2015 (the original deadline). In the course of the project, it became apparent to those involved, both local municipal and county participants, that health overview work needs time and resources to develop and evolve satisfactorily. Hence, an important lesson is that health overview work, when operationalized as broad and deep as done in this project, will need substantive resources in terms of staff, finances, tools and support.

However, another lesson is that the priority and resources allocated to overview vary from municipality to municipality. One important question is whether the counties could become an even more active support for municipalities. The character of the overview work on population health suggests that the county may have comparative advantages in supporting the municipalities, and that there are benefits of scale in engaging them to take on an active and supportive role. This is particularly a need in relation to the smallest municipalities. Meanwhile, the political framework for health overview work should remain fixed so that regional and local authorities are able to adapt and learn over time.

This evaluation suggests that population health overview work has an inherent potential to spur institutional innovations in the municipality that needs time and resources to develop. Health overview work triggers regional and local officers to think and act in new ways – across sectors and levels. It requires new knowledge, new organizational solutions and reorientation of planning. In planning and policy-making, new knowledge about socio-economic variables and health variables may challenge preconceived ideas and working methods. This may spur creativity and new ideas among those involved. Over time, these dynamics may help to improve and simplify health overview work and give it a more robust anchorage politically and administratively. Thus, the experience project evaluated has shown potential and directions for strengthening of population health in local policy and planning.



# 1 Oversiktsarbeid i praksis: «Erfaringsfylkeprosjektet» i Vestfold

Folkehelseloven (2011) pålegger i § 5 kommunene å ha ”nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne”. Videre skal disse opplysningene baseres på kunnskap som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen har ansvaret for, fra kommunenes egen helse- og omsorgstjeneste og ”kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse”. For de fleste kommuner representerer denne måten å jobbe på noe nytt (Helgesen og Hofstad 2012, Schou mfl. 2014). Denne rapporten gir innsikt i muligheter og utfordringer for å integrere dette såkalte oversiktsarbeidet i lokal praksis.

Utgangspunktet for rapporten er et oppdrag fra Helsedirektoratet hvor målet er å utvikle modeller og verktøy for kommuners arbeid med oversikt over folkehelsen. Det empiriske grunnlaget er Vestfold fylkeskommunes «erfaringsfylke-prosjekt» hvor målet er å utvikle og dokumentere Vestfold-kommuners erfaringer med oversiktsarbeid etter folkehelseloven. Samtidig vil fylkeskommunen fungere som tett medspiller for kommunene og således vil prosjektet også gi innsikt i fylkeskommunens rolle som understøtter av lokalt folkehelsearbeid.

## 1.1 NIBRs følgeevaluering

NIBRs oppgave er å oppsummere lærdommene fra Vestfold-prosjektet. For det første ved å evaluere Vestfoldprosjektet i seg selv. Nærmere bestemt hvilke valg som ble gjort underveis i

prosjektet og hvordan dette har påvirket resultatet. På den måten kan man bruke denne delen av evalueringen til å speile resultatene av prosjektet og finne ut om en ønsker å kopiere det Vestfold fylkeskommune har gjort, eller gjøre justeringer basert på egne erfaringer. I tillegg til denne *prosjektlederevalueringen* vil vi bruke tid på å evaluere selve utkommet av prosjektet som kan sees som en form for *resultatevaluering*. Målet er å belyse hvilke muligheter og utfordringer som ligger i oversiktsarbeidet, både som en tilbakemelding til nasjonale myndigheter som utformer politikken og til andre fylkeskommuner og kommuner. Lærdommene som identifiseres kan bidra til å utvikle oversiktsarbeidet, både nasjonalt, regionalt og lokalt. Måten dette gjøres på, er gjennom å dokumentere og diskutere erfaringene deltakerne i prosjektet har gjort seg.

Hensikten med begge de to formene for evaluering som benyttes, er å få fram prosjektets overføringsverdi for kommuner, fylkeskommuner og nasjonale myndigheter som på ulikt vis er involvert eller vil bli involvert i oversiktsarbeidet. Når det er sagt er det viktig å understreke at de to delene av evalueringen ikke vil tillegges lik vekt. Resultatevalueringen, hvor selve arbeidet står i sentrum, er viktigst. Oversiktsarbeidet i sin nåværende form representerer for de aller fleste fylkeskommuner og kommuner en ny måte å jobbe på. Prosjektet kan derfor sees som et eksperiment, hvor kanskje den viktigste og mest spennende delen av den nye folkehelsepolitikken som er utviklet de siste årene prøves ut. Mer spesifikt vil resultatevalueringen belyse følgende spørsmål:

- Hvilke organisatoriske muligheter og begrensninger finnes for utøvelsen av oversiktsarbeidet?
- Hvilke muligheter og begrensninger finnes for kobling av oversiktsarbeidet og planstrategien?
- Hvordan kan oversiktsarbeidet bidra til å løfte oppmerksomheten om sosial ulikhet i helse?

Her vil vi ha et særskilt fokus på de erfaringene Vestfold fylkeskommune og kommunene har med relasjonen mellom fylkeskommunen og kommunene (fylkeskommunens understøtterrolle) og relasjoner internt i kommunene, nærmere bestemt betingelsene for å kunne aktivisere ulike kommunale etater og enheter i oversiktsarbeidet og influere deres arbeid gjennom

folkehelseoversikten. I tillegg har vi et spesifikt fokus på oversiktsarbeidets kobling til kommunal planlegging og hvordan sosial ulikhet i helse kan løftes fram som en del av oversiktsarbeidet.

*Prosjektlederevalueringen* vil fokusere på fylkeskommunen og kommunenes vurderinger av selve erfaringsprosjektet. Målet er å identifisere fordeler og ulemper ved tilnæringsmåte, tematisk fokus, valg av maler, verktøy, osv. for å kunne si noe om utviklingsprosjektets overføringsverdi. Ikke minst hva som eventuelt burde gjøres annerledes når eller om det skal kopieres av andre fylker. Følgende forskningsspørsmål vil belyses:

- Hvordan vurderes samlinger, forelesninger og arbeidsgrupper?
- Hvordan vurderes valg av temaer i delprosjektene?
- Hvordan vurderes resultatene av prosjektet?

NIBRs rolle som evaluator er dermed å ha et «utenfra-blikk» på Vestfold fylkeskommune sitt arbeid.

## 1.2 Om «erfaringsfylkeprosjektet» til Vestfold fylkeskommune

Vestfold fylkeskommune sitt prosjekt er en av tre «erfaringsfylkeprosjekter» initiert av Helsedirektoratet for å dokumentere praksis og utvikle modeller og verktøy innen ulike deler av folkehelsearbeidet. Vestfold fylkeskommune ble valgt ut som en av disse erfaringsfylkene våren 2014. Etter sommeren valgte fylkeskommunen ut Tønsberg og Svelvik som samarbeidskommuner, etter at kommunene i fylket var invitert til å søke om å delta i prosjektet. Kommunene skal gi mer inngående kunnskap og erfaringer med å utarbeide et oversiktsdokument. Prosjektet ble avsluttet med en erfaringskonferanse 15. og 16. juni 2015. Imidlertid vil noen av aktivitetene i prosjektet videreføres også etter prosjektslutt.

Vestfolds prosjekt, som omhandler arbeidet med oversiktsdokumentet, består av fire delprosjekter med distinkte aktiviteter og ønskede resultater. Disse er kort oppsummert i tabell 1.1.



Tabell 1.1 *Vestfold fylkeskommunes erfaringsfylkeprosjekt*

<b>Delprosjekt</b>	<b>Mål</b>	<b>Resultater</b>
<b>A Oversiktsarbeid på dagsorden</b>	Skape forståelse og engasjement for oversiktsarbeidet gjennom praktisk innfallsvinkel	Arbeidseksempler Tematiske presentasjoner Forsterket samhandling folkehelse og plan i FK og kommuner
<b>B Oversiktsarbeid i kommuner og FK som understøtter og kilde</b>	Utvikle hensiktsmessig struktur på og samarbeid om oversiktsarbeidet	Rapport om status for oversiktsarbeidet i alle fylkets kommuner Beskrivelse bruk av verktøy Tematisk struktur på oversiktsdokument, delvis utfyllt, for to kommuner
<b>C Sosial ulikhet i helse</b>	Identifisere hvordan sosial ulikhet i helse kan belyses gjennom oversiktsarbeidet	Idéhefte sosial ulikhet i helse Tematabell med indikatorer som innspill til delprosjekt B
<b>D Fra oversikt til planstrategi</b>	Identifisere data og beskrivelser som oppleves relevante for plan og politikk	Tematiske presentasjoner Dokumentasjon av eksempler

Målet er, som tabellen viser, å dokumentere og oppsummere erfaringer, ideer og eksempler knyttet til oversiktsarbeidet. Prosjektdeltakere fra fylkeskommunens side har vært de fire som arbeider i folkehelseseksjonen. De er en sammensatt gruppe som speiler de fire delprosjektene i erfaringsfylkesprosjektet. En har bakgrunn fra kommunal og regional planlegging, en har lang erfaring med regionalt folkehelsearbeid, en er lånt ut fra Sandefjord kommune hvor hun er folkehelsekoordinator og den siste har betydelig kunnskap innen metode – og kunnskapsproduksjon.

### 1.2.1 «Erfaringsfylkeprosjektet» - et eksperiment

Vestfold fylkeskommune omtaler «erfaringsfylkeprosjektet» som et eksperiment. Fylket har hatt fokus på at prosjektet skulle bringe frem nye erfaringer på kort tid. Fylkeskommunen har derfor valgt

å gå ut bredt og teste ut en rekke ideer og tilnærminger de har ment er relevante og interessante, som alle har hatt har hatt preg av å være eksperimenter. Fylkeskommunens erfaring er at denne tilnærmingen har vært *ulyre produktiv med tanke på å få testet ut ulike tilnærminger og utvikle erfaringer* (VFK oppsummering 2015).

### 1.2.2 Prosjektets to faser

«Erfaringsfylkeprosjektet» har inneholdt fire delprosjekter, men selve gjennomføringen av prosjektet i sin helhet kan grovt sett deles inn i to faser.

Den første fasen har i hovedsak handlet om å øke kunnskapen i egen organisasjon, i tillegg til å sette oversiktsarbeidet på dagsorden. I delprosjektene A, B og C har man samlet og systematisert informasjon og laget kunnskapsdokumenter for hvert delprosjekt. Fylket oppsummerer den første fasen som viktig for at egen prosjektgruppe har skullet kunne øke sin egen kompetanse og forståelse før de begynte samarbeidet med kommunene. Fase to har vært å utvikle og teste ut ulike metoder, modeller og verktøy sammen med de to samarbeidskommunene. Her har fylkeskommunen selv trengt tid til å utvikle ideene før modellene og verktøyene kunne prøves ut i kommunene.

Den første fasen strakk seg utover i tid. Det tok tid å etablere samarbeidet mellom fylkeskommunen og kommunene. Arbeidet med fase to først kom derfor skikkelig i gang først halvveis inne i prosjektperioden. Særlig for delprosjekt B har dette begrenset perioden hvor man fikk prøvd ut nye modeller og verktøy i deltakerkommunene som var en av de sentrale målsetningene med prosjektet. Flere interessante verktøy og modeller er imidlertid utviklet, men erfaringene med bruken av en del av dem er noe mer begrenset enn hvis en hadde kommet tidligere i gang. Noen modeller, imidlertid, har kommunene og fylkeskommunen allerede fått en god del erfaring med. Dermed har erfaringsprosjektet har i sin helhet kommet så langt at det finnes mange interessante og relevante erfaringer som andre fylkeskommuner og kommuner kan høste fra.

### 1.3 Prosjektkommunene Svelvik og Tønsberg

Vestfold fylkeskommune ønsket å samarbeide med to kommuner i prosjektet, og et sentralt kriterium var at det skulle være en stor og en liten kommune.

Svelvik er en liten kommune med ca. 6560 innbyggere (2014), der 3800 av disse bor i tettstedet. Kommunen ligger helt nordøst i fylket ved munningen av Drammensfjorden. Tønsberg er en mellomstor kommune med ca. 41000 innbyggere (2014). Tønsberg huser fylkesadministrasjonen for Vestfold. I henhold til folkehelseprofil og kommuneplan har de to kommunene både likheter og forskjeller for ulike indikatorer på helsetilstand og faktorer som kan påvirke helsetilstand i positiv eller negativ retning. Begge kommunene har høyere andel personer med psykiske symptomer og lidelser enn landsgjennomsnittet samtidig som de har høy andel med personer med grunnskole som høyeste fullførte utdanning. Samtidig har de to kommunene hver sine unike utfordringsbilder.

Generelt sett har Tønsberg kommune vært mer opptatt av byutviklingsforhold knyttet til fortetting i sentrum og forurensing, støy og bevaring av grøntarealer, samt boligutvikling for å møte en forventet økning i befolkning. Men kommunen sliter også med høy arbeidsledighet, lavinntektsgrupper og nyankomne innvandrere. Kommunen skiller seg negativt ut på flere områder i forhold til landsgjennomsnittet.

- Kommunen har flere husholdninger med lav inntekt
- Det er flere uføretrygdete under 45 år
- Andelen arbeidsledige av arbeidsstyrken ligger høyere enn landsgjennomsnittet
- Det er flere eneforsørgere i Tønsberg enn i landet for øvrig

Svelvik har hatt en svært lav befolkningsvekst de siste 10 årene sammenlignet med nabokommunene. Beregninger peker på at det kan forventes en ganske kraftig nedgang i antall innbyggere under 20 år i årene framover. Svelvik har derfor lagt vekt på kritiske forhold knyttet til aldrende befolkning og på viktigheten av å få økonomien i kommunen på rett kjøll og å snu negative trender og skape økt kvalitet for å tiltrekke seg økt befolkning/holde på

befolkningen. I likhet med Tønsberg er det grupper som faller utenfor og en relativt større andel med lav inntekt sammenliknet med landsgjennomsnittet. Kommunen skiller seg negativt ut på flere områder i forhold til landsgjennomsnittet.

- Kommunen har en høy andel unge sosialhjelpsmottakere
- Andelen komplekse barnevernssaker ligger høyere enn landsgjennomsnittet
- Det er flere barn med enslig forsørger enn i landet som helhet.
- Frafallet i videregående skole er høyere enn i landet som helhet.

#### 1.4 Det empiriske grunnlaget for NIBRs følgeevaluering

De fire delprosjektene Vestfold fylkeskommunes erfaringsfylkeprosjekt består av har blitt studert på følgende måte:

- *Deltakende observasjon* på seminarer for Vestfold-kommuner arrangert av Vestfold fylkeskommune. Målet er å fange deltakernes vurderinger og erfaringer med oversiktsarbeidet, hvilke muligheter og begrensninger ulike verktøy, maler og modeller har samt deres vurderinger av de valg som gjøres i erfaringsprosjektet.
- *Semistrukturerte fokusgruppeintervjuer* med deltakere fra Vestfold fylkeskommune og to utvalgte kommuner, Svelvik og Tønsberg. I tillegg har oppfølgende *individuelle intervjuer* med sentrale deltakere i prosjektet, både i fylkeskommunen og kommunene, blitt gjennomført. Intervjuer har blitt gjennomført innledningsvis og avslutningsvis i prosjektet for å kunne identifisere forventninger, prosesserfaringer og resultater. Målet har vært å få tak i kontekstuell kunnskap i form av betingelser for oversiktsarbeidet i fylkeskommunen og kommunene, samt mer utdypende vurderinger av verktøyene som ble utarbeidet og de valg som ble gjort i erfaringsfylkeprosjektet.
- *Dokumentanalyse* av skriftlig materiale som har blitt produsert som en del av prosjektet. Hvert av delprosjektene har

produsert rapporter som dokumenterer arbeidet som har blitt gjort. I tillegg har Vestfold fylkeskommune produsert en samlet oversikt over erfaringer fra alle delprosjektene. I hvert av kapitlene vil vi løfte fram det empiriske grunnlaget for evalueringen, der vil de enkelte dokumentene komme tydeligere fram.

#### 1.4.1 NIBRs kunnskapsoppsummering

Følgeevalueringen av erfaringsfylkeprosjektet startet med en kunnskapsoppsummering som skulle spille inn til Vestfold fylkeskommune og kommunenes utprøving av oversiktsarbeidet. Denne kunnskapsoppsummeringen ble publisert høsten 2014 og ble brukt som et startpunkt for Vestfold fylkeskommunes erfaringsfylkeprosjekt (Vedeld og Hofstad 2014).

Mandatat for kunnskapsoppsummeringen var å fokusere på godetilnærminger, verktøy, og metoder i oversiktsarbeidet i nasjonal og internasjonal litteratur som kan være relevante og nyttige for det norske folkehelsearbeidet. Rapporten tar utgangspunkt i folkehelseloven som krever at kommunen utarbeider et oversiktsdokument over helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer for helse og folkehelse. NIBR konkluderer med at det nasjonale oversiktsarbeidet i stor grad er i tråd med internasjonale tilnærminger til folkehelse, og at det er mange likhetstrekk i type verktøy og metoder som benyttes mellom det norske systemet og systemer i andre land. Likevel fant vi også forskjeller mellom land og mellom Norge og noen av de landene vi så på.

Således er det mange muligheter til å la arbeidet med folkehelse internasjonalt, i Canada, Storbritannia, USA og i WHO, ILO og Verdensbanken, inspirere til fokus på indikatorer som ikke er så sterkt fokusert i folkehelseprofilen og gi ytterligere innsikt i hvordan man kan løfte fram sosial ulikhet i helse. Rapporten argumenterer også for betydningen av å forstå de rammene lokale, politiske forhold legger for muligheten til økt oppmerksomhet på folkehelse som følge av oversiktsarbeidet. Ikke minst handler dette om muligheter og barrierer for samstyring og medvirkning. Dette er også i tråd med forskningen på norske forhold som sterkt poengterer behovet for helse-i-alt og at innsatsen bør settes inn i flere sektorer samtidig og samordnes samt rettes mot nettopp de

sosiale determinantene og sosial ulikhet (Helgesen og Hofstad 2012, Dahl mfl. 2014). Tabellen under oppsummerer hvilke deler av oversiktsarbeidet det er behov for et bedre kunnskapsgrunnlag og hvor en kan høste erfaringer fra andre lands arbeid med et kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Temaene som er farget rødt indikerer at temaene vurderes som lite dekket i nåværende folkehelseprofil eller at det finnes gode indikatorer internasjonalt som en kan la seg inspirere av. For mer informasjon, se kunnskapsoppsummeringen (Vedeld og Hofstad 2014).

Tabell 1.2 *Temaer i oversiktsdokumentet. Vurdering av status basert på NIBRs kunnskapsoppsummering.*

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

## 1.5 Gangen i rapporten

Vi har valgt å legge rapporten tett opp til utformingen av Vestfold fylkeskommunes prosjekt slik at hvert av de fire delprosjektene har fått et eget kapittel. På den måten kan man «slå opp» på det temaet man er mest interessert i. Samtidig er de fire prosjektene tilstrekkelig atskilte til at det lar seg gjøre, til tross for at det selvfølgelig er forbindelser mellom dem.

Før vi starter på presentasjonen av delprosjektene vil vi imidlertid i *kapittel to* starte med å se kort på hva oversiktsarbeidet består av, noe som gir en god ramme for å forstå aktivitetene i erfaringsfylkeprosjektet. Bestemmelsene og forventningene i folkehelseloven er utgangspunktet for prosjektet og det prosjektet skal høste erfaringer fra iverksettelsen av. I *kapittel 3* settes oversiktsarbeidet inn i en teoretisk ramme. Oversiktsarbeidet er komplekst og utfordrende, for bedre å kunne forstå og analysere arbeidet har vi benyttet en blanding av diskursteori og institusjonell teori. *Kapittel 4-7* presenterer funnene knyttet til delprosjekt A, B, C og D. I *kapittel 8* oppsummerer vi sentrale valg i prosjektet og implikasjonene av disse, den såkalte prosjektlederevalueringen. I *kapittel 9* oppsummeres, diskuteres og konkluderes erfaringene som har blitt identifisert i de foregående kapitlene. Utfordringer og muligheter knyttet til iverksetting av oversiktsarbeidet i fylkeskommuner og kommuner løftes fram.

---

## 2 Oversiktsarbeidets formål og innhold

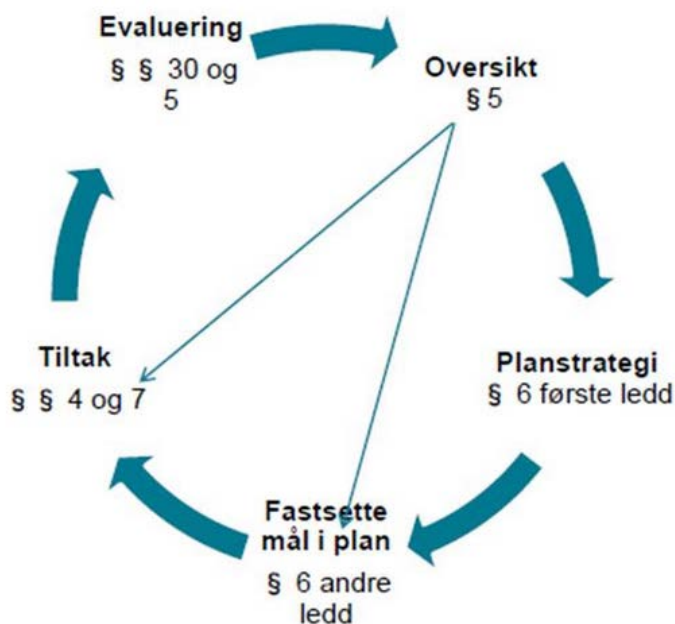
Utgangspunktet for oversiktsarbeidet er Folkehelselovens paragraf 5 og 21 hvor kommunene og fylkeskommunene pålegges å ha 'nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne'.

Loven sier videre at denne oversiktsinformasjonen skal baseres på:

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

Påvirkningsfaktorer og utfordringsbilde for folkehelse skal drøftes og danne grunnlag for kommunale og regionale planstrategier som skal vedtas av kommunestyret og fylkesting i tråd med plan- og bygningsloven. Folkehelseutfordringene skal i neste omgang danne grunnlag for mål og strategier som forankres i plansystemet med tilhørende tiltak for å møte utfordringene. Til slutt skal det hele evalueres gjennom kommunenes internkontrollsystem. Samlet gjør dette det systematiske folkehelsearbeidet illustrert i figur 2.1.



Figur 2.1 *Det systematiske folkehelsearbeidet*

Kilde: Folkehelseloven 2011

Dette oversiktsarbeidet har en langsiktig og en løpende del, illustrert ved den tverrgående pilen i sirkelen. Hvert fjerde år skal kommuner og fylkeskommuner lage et oversiktsdokument som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet (Forskrift om oversikt § 5). *Oversiktsdokumentet* utgjør en statusrapport over folkehelsen i kommunen, men skal samtidig danne grunnlag for beslutninger om hva som skal prioriteres i kommunens planarbeid og hvordan dette skal tas inn i politikk og planlegging (planstrategien, kommuneplanen, fysiske planer, handlingsplanen, og ulike sektorplaner). Dokumentet skal således også danne basis for den videre overvåking av folkehelsen og de ulike tiltakene som settes inn for å sikre at kommunen og fylkeskommunen har løpende oversikt (monitorering). Oversiktsdokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven. Denne oversikten skal dokumenteres på hensiktsmessig måte som en del av kommunens ordinære virksomhet.

## 2.1 Rammer for oversiktsarbeidet

Folkehelseloven og dens forskrift gir viktige rammer til innholdet i oversikten og hvilke kilder til informasjon som kan benyttes som et minimum. I tillegg har Helsedirektoratet (2013) utgitt en veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstanden som gir ytterligere rettleiding for kommunene og fylkeskommunene.

Veilederen påpeker at informasjonsbehovet skal vurderes uavhengig av hva kommunene og fylkeskommunene har av informasjon i dag (Helsedirektoratet 2013). Loven og dens forskrift setter imidlertid noen krav til oversiktens innhold på overordnet nivå, og krever at oversikten skal inneholde opplysninger og vurderinger av blant annet:

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

Oppbygningen, strukturen og formen på oversiktsdokumentet er det imidlertid opp til kommunen og fylkeskommunen å avgjøre. I den sammenheng er det alltid et faglig og politisk spørsmål hvilke forhold som skal vektlegges av kommunen (og fylkeskommunen) i det lokale og praktiske arbeidet med oversiktsarbeidet. En rekke faktorer er viktige knyttet til vurderinger av den lokale folkehelsesituasjonen og ulike drivere og barrierer i forhold til kommunens kapasitet, kompetanse og prioriteringer av ressurser.

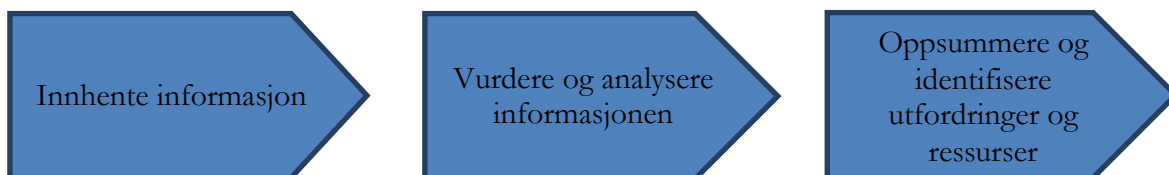
I vår vurdering av det nasjonale oversiktsarbeidet, finner vi at dette generelt sett er fullt i tråd med internasjonale tilnærminger til folkehelse der fokus i seinere tid har vært rettet mot sosial ulikhet i helse og de mer grunnleggende årsaksfaktorer som fremmer eller hindrer god helse (påvirkningsfaktorene) (Vedeld og Hofstad 2014). Samtidig peker vi på noen tilleggsindikatorer, tilnærminger og verktøy internasjonalt som kan bidra til en ny-orientering av det praktiske oversiktsarbeidet. I det internasjonale arbeidet finner vi et sterkere fokus på risiko, sårbarhet og robuste lokalsamfunn, kriminalitet, og ulike sider av styringsagendaen for folkehelse

(governance). Vi hevder at det er spesielt viktig både lokalt og nasjonalt å få fram en god/bedre forståelse av de institusjonelle og ressursmessige, inkludert politiske, forhold som fremmer eller hemmer praktisk handling i ulike deler av systemet (Vedeld og Hofstad 2014:53). Folkehelsearbeidet stiller store krav til kommunens kompetanse og kapasitet dersom det skal løses slik lov og forskrifter krever. Samtidig finner vi at folkehelseprofilen legger mye vekt på helserelaterede data og forhold og mindre vekt på påvirkningsfaktorer og helsefremming.

## 2.2 Oversiktsarbeidets tre faser

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

Oversiktsarbeidet består av tre ulike faser, som vist nedenfor: a) innhente informasjon, b) vurdere og analysere informasjonen, c) oppsummere og identifisere utfordringer og ressurser. Innenfor hver av disse fasene vil det være ulike deloppgaver (Helsedirektoratet 2013).



### 2.2.1 Innhente informasjon og datakilder om helsetilstand – sentralt og lokalt

Kommunen må i første omgang avklare hva det er viktig å få oversikt over knyttet til helsetilstand, årsaker og påvirkningsfaktorer, og kunnskap om tiltak og effekter

(befolkningssammensetning, oppvekst- og levekår, miljø, skader og ulykker, helselatert atferd, og helsetilstand). I noen grad gir lov og forskrift (§ 3) rammer for innholdet i denne informasjonen og hvilke kilder til informasjon som kan benyttes som et minimum. Men det gis ingen klare retningslinjer for hvilke data som skal inngå under hvert tema og i den samlede oversikten. Folkehelseprofilene er et sentralt element i dette arbeidet og er basert på et gitt sett av folkehelseindikatorer innenfor disse gitte temaene. I tillegg er det mulig å lage tidsserier i KommuneHelse statistikkbank som finnes på Folkehelseinstituttets nettsider.

## 2.2.2 Vurdere og analysere informasjonen

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

## 2.2.3 Oppsummere, vurdere og identifisere utfordringer og ressurser

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

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

### 3 Teoretisk utgangspunkt: Oversiktsarbeidet som idé og praksis

Oversiktsarbeidet som fylker og kommuner skal drive er et ledd i en systematisering av det regionale og lokale folkehelsearbeidet som folkehelseloven legger opp til. På den ene siden inneholder denne politikken et sett av verdier og forståelser av helsens årsaker og sannsynlige virkninger av ulike tiltak. På den andre siden en forventning om hvordan mer systematisk kunnskap om disse årsakene og virkningene bør skaffes til veie og håndteres regionalt og lokalt. Når lokale og regionale aktører skal starte arbeidet med å etablere et oversiktsdokument som viser hvilke helseutfordringer og – muligheter kommunen/fylket har, må de altså tilegne seg både et (nytt) tankesett og en (ny) arbeidsmåte<sup>1</sup>. Samtidig er ikke kommunen og fylkene passive mottakere av denne politikken (Røvik 2011). Implementeringen av oversiktsarbeidet formes av den lokale og regionale konteksten det iverksettes i. Hvilke tidligere erfaringer har kommunen/fylkeskommunen med folkehelsearbeid? Hvilken oppmerksomhet får oversiktsarbeidet? Fra politikere? Fra administrativ ledelse? Hvilken kompetanse har kommunen/fylket å sette inn? Hvilken kapasitet har de? Hvilken del av kommuneorganisasjonen har ansvaret for folkehelsearbeidet?

Den teoretiske tilnærmingen til oversiktsarbeidet bør inneholde begreper og forståelser som fanger opp dette møtet mellom en

---

<sup>1</sup> At kommunene skal skaffe seg oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer er ikke nytt, det var et krav også i den tidligere kommunehelsetjenesteloven. Men tidligere forskning viser at det i realiteten er noe nytt for de aller fleste kommuner (Helgesen og Hofstad 2012, Schou et al 2014).

politisk idé og forventning på den ene siden, og den lokale konteksten og praksisen på den andre. Vi vil argumentere for at en kombinasjon av diskursteori og ny-institusjonell teori (pragmatisk institusjonalisme) muliggjør en slik kobling.

Det finnes flere definisjoner av hva en diskurs er. Hajer (1995:44) har formulert en definisjon som inneholder det nevnte møtet mellom en idé og den lokale praksisen hvor ideen tas i bruk: “*A discourse is a specific ensemble of ideas, concepts, and categorizations that are produced, reproduced, and transformed in a particular set of practices and through which meaning is given to physical and social realities*”.

Definisjonen betoner at det er i dette samspillet mellom idé og praksis at mening etableres. Den lokale praksisen som utvikles som respons på folkehelselovens bestemmelser om oversiktsarbeid bidrar til å gi denne politikken mening - den operasjonaliseres og kontekstualiseres.

Et politisk felt kan bestå av flere dels overlappende, dels konkurrerende diskurser. Imidlertid er det også slik at en gitt diskurs kan oppnå hegemonisk status. En *hegemonisk diskurs* er en som klarer å artikulere et troverdig prinsipp som fortidige, nåtidige og fremtidige hendelser kan forstås på bakgrunn av og som klarer å vinne folks hjerter og hjerner (Torfing 2004:15). Folkehelse er eksempel på en hegemonisk diskurs som har bred oppslutning. De aller fleste kan slutte seg til folkehelsens idémessige fundament. Likevel finnes det innenfor denne diskursen ulike forståelser om hva folkehelse er og hvordan en best fremmer folkehelse.

Oversiktsarbeidet er en slik diskurs, målet er å løfte oppmerksomheten om folkehelse i lokal politikutvikling. Om oversiktsarbeidet har «vunnet folks hjerner og hjerter» er uvisst, men denne politikken har i alle fall blitt formalisert i folkehelseloven og er dermed en hegemonisk tolkning av hvordan folkehelse bør fremmes.

Over tid kan en slik hegemonisk diskurs *struktureres* - dominere hvordan en gitt sosial enhet danner seg en forestilling om verden og *institusjonaliseres* – overføres til spesifikke institusjonelle ordninger (Hajer 2004:303). Oversiktsarbeidet har blitt strukturert og institusjonalisert som en del av den nasjonale politikken. En ønsker at folkehelsearbeid i større grad skal bli kunnskapsbasert og bygge på systematisk innhenting av kunnskap (*struktureres*) (Prop. 90 L 2010-2011). I tillegg er det utviklet en egen forskrift og

veileder for oversiktsarbeidet som pålegger og informerer kommunene om hvilke institusjonelle praksiser de skal utvikle (Helsedirektoratet 2013).

Her er vi særlig interessert i møtet mellom oversiktsarbeid-diskursen og den regionale og lokale konteksten. Målet er at diskursen skal struktureres og institusjonaliseres også lokalt. Det vil si at kommunene tar til seg det tankesettet som oversiktsarbeidet representerer og at de utvikler arbeidsmåter, praksiser, som setter disse ideene ut i livet. Denne prosessen handler om å gjøre den nåværende folkehelsepolitikken meningsfull i en lokal eller regional kontekst. Hva er betingelsene for at kommunene adopterer denne politikken og gjør den til sin?

Kommuner er ikke passive mottakere av nasjonal politikk. De kan velge, og velger, en rekke ulike strategier når de presenteres for ideer de er forventet å implementere. Ofte kan det også være slik at den nasjonale politikken legger opp til at kommunene skal bruke en god porsjon skjønn når de implementerer en gitt politikk. Slik er det med oversiktsarbeidet. Oversikten skal omfatte opplysninger og vurderinger av seks temaer (se kapittel 1) Men kommunen skal selv gjøre en relevansvurdering av de ulike temaene opp mot lokale/regionale forhold som skal munne ut i noen identifiserte hovedutfordringer (Helsedirektoratet 2013). Videre er kommunene bedt om å skaffe seg «nødvendig oversikt» som innebærer å vurdere årsaksforhold og konsekvenser (Folkehelseloven 2011, Helsedirektoratet 2013). Hvor dypt denne analysen skal gå, er også gjenstand for skjønn. Disse vurderingene gjøres i en kontekst og farges av ulike institusjonelle faktorer, både lokalt, regionalt og nasjonalt.

Kjell-Arne Røvik (1998, 2007, 2011) har utviklet det han kaller for en *virus-teori* som inneholder flere ulike hypoteser og scenarier for hvordan møtet mellom en idé og en organisasjon potensielt kan utvikle seg. Teorien er inspirert av naturvitenskapelige teorier om virus og hvordan de «reiser» inn i en vertsorganisme, hvordan de mottas og eventuelt spres. Gjennom denne teorien imøtegår han mote-teorien hvor en antar at organisasjoner er til dels passive mottakere av ideer og at de ofte dekobles kjerneaktiviteten i organisasjonen. Han mener snarere at det er godt belegg for at organisasjoner forholder seg mer aktivt til forventninger og ideer utenfra. Flere av hans hypoteser og scenarier kaster lys på relevante

problemstillinger også for oversiktsarbeidet. Ikke minst fordi han har et tydelig aktørperspektiv. Når man studerer oversiktsarbeidet er aktørene viktige. For til tross for en tydeligere systematisering er folkehelsearbeidet fortsatt ofte ildsjel-drevet.

Dersom en ser på møtet mellom en idé og en organisasjon som en prosess, starter dette møtet med organisasjonens beslutning om å adoptere ideen eller ikke. Denne vurderingen avhenger til dels av med hvilken styrke ideen introduseres til organisasjonen. Hvilken autoritet har avsenderen? I hvilken grad foreskrives bestemte måter å implementere ideen på og overvåkes iverksettingen? Følges ideen opp med ulike former for tiltak for å øke forståelsen for ideen, som skoleringstiltak eller andre tiltak for å øke læringen? På den andre siden er spørsmålet om kommunen er klar for å ta i mot ideen. Besitter de kompetanse og kapasitet som står klar til å bruke tid og krefter på oversiktsarbeidet? I vårt tilfelle studerer vi en fylkeskommune og kommuner som allerede har bestemt seg for å gå inn i oversiktsarbeidet og som har valgt å bli med i prosjektet for å bidra til å hente erfaringer med implementering av denne delen av folkehelseloven. De har dermed valgt å adoptere ideen om oversiktsarbeidet inn i egen organisasjon. I tillegg innebærer beslutningen om å gå inn i erfaringsprosjektet at kommunene får større tilgang til råd, støtte og veiledning fra fylkeskommunen enn andre kommuner i Vestfold. De burde dermed være i en bedre posisjon til å iverksette oversiktsarbeidet enn andre kommuner. Spørsmålet er imidlertid hvilke faktorer som påvirker ideens reise inn i kommunen, og der er ikke Tønsberg og Svelvik særlig annerledes enn andre Vestfold-kommuner.

Møtet mellom en idé og en organisasjon innebærer at ideen må oversettes til den lokale konteksten. Ikke minst er dette et særlig behov, gitt oversiktsarbeidets kompleksitet (Vedeld og Hofstad 2014). En slik oversettelsesprosess kan bety at ideen tilnærmevis kopieres slik den opprinnelig var tenkt (Røvik 2007:308). Kommunen følger veilederen og forskriften til punkt og prikke, så godt det lar seg gjøre. Men med en såpass vid og omfattende bestilling er det trolig vanskelig ikke å gjøre noen justeringer. Enten ved å legge til noen elementer til den opprinnelige ideen om hva oversettelse består av - *addering*, eller ved å trekke fra noen elementer - *fratrekking* (Røvik 2007:311). Addering kan handle om å gjøre underkommuniserte sider ved den opprinnelige ideen mer eksplisitte fordi disse blir tydeligere når



man forsøker å anvende ideen. Fratrekking handler om det motsatte – å gjøre eksplisitte sider ved ideen mer implisitte, tone dem ned i den oversatte versjonen. Fratrekking kan også være mer radikal, ved at man velger og helt se bort fra noen elementer – *utelatelse*. Spørsmålet er altså her om det er sider ved oversiktsarbeidet som forsterkes, dempes eller utelates når det oversettes til en lokal kontekst. Både addering og fratrekking kan være intendert eller uintendert.

Addering og fratrekking er eksempler på mild omforming av en idé. Men ideen kan også bli gjenstand for mer radikale endringer - *omvandling*. Særlig er dette aktuelt der ideen som skal innføres er lite eksplisitt og kompleks (Røvik 2007:317) – som oversiktsarbeidet er et godt eksempel på (Vedeld og Hofstad 2014). Dermed kan ideen bli gjenstand for omfattende refortolkning og omvandling. Formell forankring i lov og forskrift, kontroll og etterprøving vil imidlertid redusere slingringsmonnet for omvandling (Røvik 2007:318). Men spørsmålet er selvfølgelig hvor tydelig implementeringsbestillingen er i lov og forskrift.

Ideens skjebne i en organisasjon avgjøres videre av trekk ved organisasjonen. For det første hvilke erfaringer, arbeidsmåter, kapasitet og kompetanse kommunen allerede besitter. Innenfor historisk, ny-institusjonell teori snakker man om *sti-avhengighet*, institusjonelle betingelser som påvirker utviklingen av nye ideer og praksiser (Thelen & Steinmo, 1992). I en kommunal setting vil en stiafhengighet være knyttet til relativt etablerte måter å forene, organisere og regulere et gitt felt før de ble konfrontert med ideen om oversikt (Torfing 2001:286). En slik tradisjon består av flere «lag» med tidligere diskurser, normer, organisasjonsformer og tilgjengelige personmessige og økonomiske ressurser, men også tilfeldige valg og hendelser (Thelen og Steinmo 1992). De eksisterende ideene og praksisene i kommunen vil være mulige å endre på, men endring skjer gjerne sakte og gradvis. Og nye ideer vil bli farget av de eksisterende ideene, kompetanse, kapasitet og praksisene, slik addering og fratrekking er et eksempel på.

I hvilken grad dette møtet mellom eksisterende ideer og praksiser i kommunen og den nye ideen om oversiktsarbeidet får den ønskede virkningen, avhenger blant annet av om organisasjonen besitter såkalt *translatørkompetanse* (Røvik 2007:325-337). Det vil si om organisasjonen er i stand til å oversette den aktuelle ideen.

Særlig fire av de elementene han nevner er relevante i vår sammenheng. For det første består translatørkompetansen av å ha inngående kunnskap om ideen som skal innføres og om organisasjonen som skal motta den. Slik *organisasjonskunnskap* handler om å ha kjennskap til hvilke aktører, strukturer, prosedyrer og rutiner som finnes fra tidligere. Altså betoner dette stivhengigheten. En side ved dette er tidligere og eksisterende ideer som sirkulerer samtidig. Til sammen utgjør disse organisasjonens reformhistorie. Innsikter fra tidligere reformer vil kunne aktiviseres i møte med nye ideer som har til hensikt å skape nye praksiser i kommunen. For det andre består translatørkompetansen av å *språksette* ideen. Om ideen om oversiktsarbeid skal forstås i kommunen må det tilføres begreper som gjør denne ideen begripelig for de som skal involveres i arbeidet. For det tredje består translatørkompetansen i å være  *kreativ*. I å vite når man skal kopiere, addere eller fratrekke. Der det finnes frihetsgrader, hvordan skal de benyttes? For det fjerde består translatørkompetansen av å ha *mot* fordi ideer med hensikt å reformere eller endre organisasjonen ofte vil kunne møte motstand. Oversetteren vil kunne møtes med at ideen ikke er kompatibel med organisasjonen, enten i teknisk forstand eller verdimessig. Ideen går på tvers av tekniske løsninger eller praksisene organisasjonen allerede har. Eller den kan oppleves som å utfordre sentrale verdier i organisasjonen og som organisasjonen har forpliktet seg til.

Det teoretiske utgangspunktet presentert over gir grunnlag for flere ulike scenarier når fylkeskommunen og kommunene skal implementere oversiktsarbeidet. Disse er samlet i tabellen under.

Tabell 3.1 *Oversettelsesprosesser og -mekanismer*

<b>Strukturering – nye forståelser</b>	Organisasjonskunnskap Språksetting Kreativitet Mot
<b>Institusjonalisering – nye institusjonelle praksiser</b>	Kopiering Addering Fratrekking Utelatelse

Tabellen over viser de oversettelsesprosessene og - mekanismene som potensielt settes i sving når en ny idé forsøkes innført i en organisasjon. De har blitt organisert i forhold til om de bidrar til å strukturere ideen – om det skjer en endring i forståelsen av folkehelse. Og om oversettelsen bidrar til å institusjonalisere ideen - utvikles til spesifikke institusjonelle praksiser; normer, organisasjonsformer, arbeidsmåter. Når vi nå skal presentere vår evaluering av erfaringsfylkeprosjektet i Vestfold, vil vi speile funnene i begrepene og perspektivene som er oppsummert i tabellen.

## 4 Oversiktsarbeid på dagsorden (delprosjekt A)

Delprosjektet «oversiktsarbeidet på dagsorden» har som formål å skape forståelse for, og engasjement om, oversiktsarbeidet etter folkehelseloven med en praktisk og gjennomførbar innfallsvinkel for kommunene (VFK 2014-prosjektplan). Aktiviteten i prosjektet er to arbeidssamlinger for alle Vestfold-kommunene. En i begynnelsen av prosjektperioden og en midtveis i prosjektperioden. Samlingene skal bidra til å:

- Dokumentere av arbeidseksempler til forskriftens bokstav c) fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, med vekt på sosialt miljø og d) skader og ulykker, eventuelt med indikatorer.
- Gi tematiske presentasjoner.
- Forsterke samhandlingen mellom folkehelse og plan i kommuner og fylkeskommune.

Målet er at deltakerne på arbeidssamlingene skal få et kunnskapsgrunnlag om hva det innebærer å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og påvirkningsfaktorene, og å se dette i sammenheng med kommunenes planarbeid og planprosesser (VFK 2014- prosjektplan). Arbeidssamlingene skal bidra til å løfte fram gode praktiske eksempler og erfaringer, samt bidra til utvikling av en mal eller et indikatorsett på områdene c) og d) i forskriften, med særlig oppmerksomhet på faktoren sosialt miljø.

Det empiriske grunnlaget for evalueringen av dette delprosjektet er følgende:

- Deltakelse på todagers seminar i Åsgårdstrand 30. - 31. oktober 2014
- Deltakelse på dagsseminar i Tønsberg 25. februar 2015
- Power-point presentasjonene fra de to arbeidsseminarene
- Vestfold fylkeskommune sin skriftlige oppsummering av de to arbeidsseminarene
- To fokusgruppeintervjuer med folkehelseseksjonen i Vestfold fylkeskommune

NIBRs deltakelse på arbeidssamlingene inkluderte å observere presentasjoner og diskusjoner i plenum, samt observere diskusjonene i gruppearbeidet. Det ble laget feltnotater fra seminarene.

## 4.1 Om arbeidssamlingene

### 4.1.1 Todagersseminaret i Åsgårdstrand

I invitasjonen til seminaret står det at siktemålet er å gi kommunene starthjelp for å kunne komme videre i oversiktsarbeidet, videre å gi innspill til maler og verktøy som kan brukes i arbeidet. En målsetting med seminaret var også å fungere som en møteplass mellom fagmiljøene planlegging og folkehelse. Og dermed legge grunnlaget for utvikling av en felles plattform for arbeidet med oversiktsdokumentet.

Innholdsmessig handlet seminaret om:

- Forholdet mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven
- Folkehelselovens krav til oversiktsarbeidet
- Datakilder og bruk av ulike data i oversiktsarbeidet
- Praktisk arbeid for å finne fram til tema som forskrift til folkehelseloven beskriver, med vekt på oversiktens bokstav c) fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø og d) skader og ulykker.

Dette ble belyst gjennom presentasjoner som falt inn under temaene «oversikt og planstrategi», «erfaringer og kartdata», «oversikt og sosialt miljø». Disse ble etterfulgt av gruppearbeid dag to for å «teste ut» tilgjengelig statistikk og hvordan de kan presenteres innenfor områdene skader og ulykker, fysisk miljø, sosialt miljø (to grupper) og planlegging.

Denne blandingen av informasjon fra presentasjonene og praktiske oppgaver bidro til å synliggjøre noen sentrale problemstillinger, muligheter og utfordringer knyttet til oversiktsarbeidet generelt, og møtet mellom folkehelse og plan samt betingelser for et særskilt fokus på sosiale helseforskjeller spesielt.

#### 4.1.2 Dagsseminaret i Tønsberg

Dagsseminaret i Tønsberg fant sted midtveis i prosjektperioden, 25. februar 2015. Seminaret ble nedskalert sammenlignet med opprinnelig plan. Dermed ble det en ordinær nettverkssamling som var viet oversiktsarbeid og erfaringsfylkeprosjektet. Årsaken til nedskaleringen var ifølge Vestfold fylkeskommune at prosjektet samlet sett ble så arbeidskrevende at de måtte omprioritere i forhold til opprinnelig plan. Seminaret var todelt, først orienterte folkehelseseksjonen i Vestfold fylkeskommune om erfaringsfylkeprosjektet. Deretter orienterte Tønsberg og Svelvik om sitt arbeid med oversiktsarbeidet som en del av erfaringsprosjektet.

### 4.2 Lærdommer fra arbeidssamlingene

Vi vil særlig trekke fram fem lærdommer fra de to arbeidssamlingene. Disse bygger særlig på seminaret i Åsgårdstrand, som var det seminaret som i størst grad bar preg av å være en arbeidssamling. Her kom utfordringer og muligheter i oversiktsarbeidet tydeligst fram.

#### 4.2.1 Utfordringer knyttet til oversiktsarbeidets kompleksitet og behovet for samarbeid

Arbeidssamlingene synliggjorde tydelig kompleksiteten i oversiktsarbeidet. Ikke minst kom dette fram under gruppearbeidene i Åsgårdstrand. For hvert temaområde en «åpner opp» må en forholde seg til et helt (nytt) fagfelt. Det innebærer å

kartlegge hvilke typer informasjon som finnes på feltet allerede, hvilken informasjon en aktivt må frambringe og hvordan feltet reguleres i lovverk og standarder. Sentrale spørsmål en må stille seg er dermed: Når er informasjonen tilstrekkelig? Når kan man sette strek for innhenting av informasjon? Hvilken kvalitet bør informasjonen ha? Samhandling med aktører i og utenfor kommunen som har mer inngående kjennskap til det aktuelle feltet blir derfor viktig.

Samlingene tydeliggjorde dermed at samarbeid er en nøkkel i oversiktsarbeidet og det kom fram interessante refleksjoner og innspill til dette temaet. For det første ble det tydelig at å integrere folkehelse i kommunens planlegging er en *bevisstgjørings- og læringsprosess* som får implikasjoner for hvordan arbeidet bør legges opp. Regionalavdelingen i Vestfold fylkeskommune med erfaringer som har relevans for integrering av oversiktsarbeidet på tvers av sektorer og koblingen mellom oversiktsarbeidet og planstrategiarbeidet<sup>2</sup>. Spesielt ble betydningen av at rådmannen organiserer arbeidet vektlagt<sup>3</sup>. Det innebærer å gjøre det tydelig at arbeidet skal prioriteres i kommuneorganisasjonen. Videre handler det om å peke ut en tverrsektoriell arbeidsgruppe som får oppgaven med å lede arbeidet. En av den tverrsektorielle gruppas viktigste oppgaver, ved siden av å arbeide fram selve dokumentet, er å bevisstgjøre både kommunestyret og administrasjonen på hva arbeidet innebærer. I kjølvannet av dette bør det utvikles kompetansefremmende tiltak hvor kommunens folkehelsepolitikk står i fokus, enten det gjelder arbeidet med oversiktsdokumentet eller planstrategien. For å sikre bevisstgjøring og læring gjennom hele prosessen, er det viktig at prosjektgruppa bygger opp en felles kompetanse og lærer seg å forstå hverandres fagspråk samtidig som det sikres nær kommunikasjon og informasjonsflyt mellom representantene i prosjektgruppa og den enkelte sektor. På den måten sikrer man løpende bevisstgjøring og læring også i organisasjonen ellers.

---

<sup>2</sup> Innledning om «praktisk tilnærming til planstrategiarbeidet og forholdet mellom plan- og bygningsloven og folkehelseloven»

<sup>3</sup> Han nevnte dette i forbindelse med planstrategi-arbeidet, men dette vil også være relevant for oversiktsarbeidet. Dette kommer vi enda tydeligere inn på i neste kapittel.

For det andre kom det fram utfordringer knyttet til slike utviklingsprosessers *manglende forankring* i organisasjonen. Den som leder arbeidet har ikke nødvendigvis instruksjonsmyndighet eller formell styringsrett overfor sine kollegaer i kommuneadministrasjonen. Muligheten for å utløse nødvendig aktivitet i organisasjonen er dermed begrenset. Videre har denne typen utviklingsprosesser ofte et bevegelig og/eller uklart mål. Hvilke ressurser som trengs og hva som er hovedmålsettingen kan endre seg over tid, noe som gjør det vanskelig å legge opp en oversiktlig prosess, og informere tydelig om den. Dette handler med andre ord om å arbeide fram noe som ikke finnes fra før. Som igjen stiller store krav til kreativitet, mot og kompetanse hos prosjektlederen og prosjektgruppa. Ikke minst handler dette om disse aktørenes evne til kommunikasjon.

#### 4.2.2 Utfordringer knyttet til data i oversiktsarbeidet

Statistikk var et viktig tema på arbeidssamlingene. Ikke minst knyttet til gruppearbeidene hvor en nettopp skulle teste ut tilgjengelig statistikk. Men det kom også fram i kommentarer og diskusjoner i plenum. Den viktigste beskjeden fra deltakerne var at det mest utfordrende er å framskaffe lokale data, enten det handler om å nedskalere nasjonal statistikk til sone-/bydelsnivå eller å frambringe lokale, kvalitative data.

*Nedskalering av nasjonal statistikk.* Med unntak av i Oslo, Stavanger, Trondheim og Bergen er det slik at folkehelseprofilen som Folkehelseinstituttet utarbeider for alle kommuner årlig ikke inneholder data på underkommunalt nivå. De arbeider med å lage et system med data på underkommunalt nivå som vil være robust over tid, men dette er et stort arbeid hvor de må gjøre helhetlige vurderinger. Det tar tid. Ofte er det på sone-/bydelsnivå en bør ha data for å kunne sette i gang målrettede tiltak. Enn så lenge oppleves den manglende nedskaleringen som en svakhet ved folkehelseprofilene.

En deltaker på arbeidssamlingen hadde brukt mye tid på å sette seg inn i relevante data, blant annet sosiale ulikhetsvariabler. Han erfarte at det finnes mye data, men de er ofte vanskelige å bruke. Særlig gjelder dette geografisk informasjon. Imidlertid opplever han at registerdataene fungerer godt. Blant annet finnes det en god del variabler som måler sosial ulikhet hos Statistisk sentralbyrå.



Et annet moment som ble trukket fram i Åsgårdstrand var at hvilke data som er tilgjengelig former hva en vektlegger i oversikten. Dette til tross for at en i utgangspunktet skal gå bredt ut å frambringe data der det finnes huller. I praksis viser dette seg vanskelig. I tillegg ble det trukket fram at det er et poeng å basere seg på de samme indikatorene over tid slik at man kan følge utviklingen. Imidlertid kom det fram at man i praksis «shopper data» noe som medfører at konsistensen over tid blir mindre enn den burde være.

*Å frambringe lokale, kvalitative data.* Slike data skal gi dybde og fylle ut hull de kvantitative dataene ikke dekker, samtidig som de kvalitative dataene også er en viktig datakilde i seg selv. Andebu kommune, som er et referansepunkt i Vestfold fordi de allerede har arbeidet fram et oversiktsdokument, framhever at det er vanskeligere med lokale data enn sentrale data. De kvalitative dataene er dokumentasjon som medarbeidere i ulike sektorer i kommunen må hente fram. De opplever at det er vanskelig å aktivisere dem i dette arbeidet. Imidlertid er det slik at når først oversiktsdokumentet ligger der, etterspør de dokumentasjon fra egen sektor. Dermed kan også dette sees som en læringsprosess. Neste gang et oversiktsdokument skal lages, vil de trolig i større grad skjønne betydningen av at de frambringer informasjon som kan brukes som grunnlag for oversiktsdokumentet allerede når de blir spurt.

#### 4.2.3 utfordringer knyttet til planlegging som fysisk-politisk virksomhet

Kommunal planlegging er en fysisk-politisk virksomhet. Dette ble tydelig også på arbeidssamlingene. Planleggingens *fysiske* komponent handler om at planlegging som aktivitet er nært knyttet til fysisk allokering av goder og byrder. I arealplanen og detaljplanen kartfestes eksisterende og framtidig bygd struktur, infrastruktur og blå-grønn struktur. Dersom man skal få innpass på planleggingsagendaen er det en styrke om man kan oversette sentrale mål og verdier til fysisk målbare størrelser. Planleggingens *politiske* komponent handler om at planer skal vedtas politisk i kommunestyret. Dermed må planleggingen skjele til hva som er politisk salgbart. Planleggerne må forholde seg til tidligere politiske prioriteringer og den politiske sammensetningen av kommunestyret når planer utformes.

La oss se nærmere på aktuelle trekk ved planleggingens fysiske komponent først. Kartfesting av folkehelsedata har potensial til å være et kraftfullt verktøy i folkehelsearbeidet fordi det snakker planleggingens fysiske språk. Et av folkehelsemålene som er mulig å kartfeste, er sosial ulikhet som vi vet kommer til uttrykk som helseforskjeller. I Åsgårdstrand ble det en interessant diskusjon omkring bruken av slike data: fører de til økt stigmatisering av en svak gruppe eller bidrar de til å knuse myter og fordommer? Her var meningene delte. De som hadde erfaring med kartfesting av slike data, mente det vil gi mer treffsikre tiltak. Blant annet vil vedtak om oppgradering og opprustning komme der det virkelig er behov for det. Videre er det bildet som kommer fram når man kartfester ofte mer komplekst og mindre entydig enn man fryktet. Slike data kan derfor bidra til motbevise myter og fordommer. Andre var redde for kartfesting av data om sosial ulikhet fordi de kunne misbrukes og føre til stigmatisering. Det ble vist til eksempler på at kommunestyret hadde stoppet kartfesting nettopp med en slik begrunnelse.

Planlegging er som nevnt også en politisk virksomhet. Det er politikerne i kommunestyret som til syvende og sist vedtar planer. Dermed må en i planleggingen forholde seg til politiske prioriteringer. Man må finne fram til formuleringer og «facts som funker», som en av deltakerne uttrykte det. Når folkehelse i form av oversiktsarbeidet skal inn på planarenaen trer man dermed inn i en politisk virkelighet. Da er det ikke bare det «rene» utfordringsbildet som blir viktig, men også hva man er opptatt av politisk. Arbeidssamlingene handlet en god del om dette. For det første ble det løftet fram at en må ha med seg hva politikerne trenger og er opptatt av. Data som kan knyttes til løsning av en opplevd utfordring er viktig. Spesielt dersom det er sannsynlig at en har mulighet til å snu en utvikling. Her utfordres folkehelse som langsiktig, forebyggende virksomhet. Imidlertid ble det framholdt at boligpolitikken forener politisk brennbarhet, folkehelserelevans og mulighet for kartfesting. Bolig er derfor et tema det er verdt å være oppmerksom på. Aktuelle spørsmål er hvor nye boliger skal ligge, sammensetningen av boligtilbudet og sosial boligpolitikk.

### 4.3 Erfaringspunkter

Hvilke utfordringer har deltakerne på arbeidsseminarene rapportert om? Og hvordan kan de forstås?

*Tverrsektorielt samarbeid* tydeliggjøres som en nøkkel til suksess i oversiktsarbeidet. Samtidig blir det tydelig at dette også er en kjerneutfordring som stiller krav til organisatorisk utvikling, i tillegg til det vi har kalt for translatørkompetanse hos den eller de som pekes ut til å være ansvarlige for gjennomføringen av oversiktsarbeidet. Enkelt sagt handler dette om et samspill mellom to forankringsprosesser i kommunen. Den første forankringsprosessen innebærer at administrativ og politisk ledelse gjør det klart at kommunen prioriterer tid og ressurser til oversiktsarbeidet. En slik tydeliggjøring vil lette arbeidet med å identifisere relevante data, hente dem inn og analysere dem. Legitimiteten til å etterspørre hjelp fra personer som sitter på viktig kunnskap vil være lettere, fordi hele organisasjonen forstår viktigheten av dette, ikke bare prosjektlederen. Videre vil tydeliggjøring også innebære å peke ut en ansvarlig for arbeidet, noe som også vil gi sterkere legitimitet til den medarbeideren det gjelder og det arbeidet han/hun skal utføre. Den andre forankringsprosessen retter fokus mot prosjektlederen og prosjektgruppa. For å kunne utløse organisasjonens potensial til å bidra inn i oversiktsarbeidet trengs organisasjonskunnskap. De ulike sektorene i kommunen sitter på informasjon, kunnskap og kompetanse. Kjennskap til hvilke aktører, strukturer, prosedyrer og rutiner som er mest aktuelle vil gjøre oversiktsarbeidet mer effektivt og målrettet. I tillegg har vi sett, i diskusjonen om «stigmatiseringsspøkelse» og vanskelighetene knyttet til statistisk materiale, at det er behov for mot til å håndtere både verdimessig og teknisk motstand.

Det *statistiske materialet* er ikke bare en teknisk utfordring, men i likhet med kvalitative former for data kreves lokal oversettelse - å gjøre valg basert på hvilke data som er tilgjengelige og hvilken kapasitet en har å sette inn i datainnsamlingen. Dermed vil noen data forsterkes, andre dempes eller utelates. Altså et eksempel på det vi har kalt addering og fratrekking.

Oversiktsarbeidet, og særlig den delen av det som innebærer å koble oversiktsdokumentet til planleggingen, må forholde seg til en

virkelighet som er dominert av det *fysiske-politiske* mulige. Planleggingen utgjør dermed en institusjonell betingelse som farger i hvilken grad og hvilke deler av oversiktsarbeidet som fanges opp. Over tid kan utfordringsbildet som tegnes i oversiktsdokumentet kunne bidra med nye forståelser og perspektiver i planleggingen. Men påvirkningen kan også gå andre veien, at oversiktsarbeidet rettes mot det som oppfattes som det fysiske og politiske mulige i planleggingen.

## 5 Oversiktsarbeid i kommuner og FK som understøtter og kilde (delprosjekt B)

I Vestfold fylkeskommunes «erfaringsfylke-prosjekt» er «kommuners oversiktsarbeid og fylkeskommunen som understøtter» selve kjerneprosjektet. Hensikten med dette delprosjektet er å skaffe erfaring med kommuners oversiktsarbeid, og å identifisere, eksemplifisere og utvikle nye verktøy, maler og strukturer for hvordan oversiktsarbeidet kan gjennomføres. Formålet med delprosjektet er også å finne gode metoder for hvordan kommuner og fylkeskommuner kan samarbeide i oversiktsarbeidet og utvikle fylkeskommunens rolle som understøtter (VFK prosjektplan 2014).

Ønskede resultater for delprosjektet er:

- Å gi rapport om status for oversiktsarbeid i alle kommuner i Vestfold
- Å beskrive bruk av verktøy
- Å vise tematisk struktur på oversiktsdokumentet, delvis utfyllt, for to kommuner.

Delprosjektet inneholder to faser. Den første fasen var en kartlegging av status for oversiktsarbeidet i alle 14 kommuner i Vestfold. Den andre fasen dreide seg om arbeidet med å utvikle en struktur/mal for oversiktsdokumentet og deretter utfylle dokumentet i samarbeid med de to samarbeidskommunene.

Hovedvekten i denne rapporten er på fase to, men beskrivelsene av status fra de 14 kommunene i Vestfold som fylkeskommunen har utarbeidet gir også svært interessante og nyttige betraktninger. Antagelig er ikke status for arbeidet i Vestfold unikt, men kan si

noe mer generelt om status for oversiktsarbeidet i mange norske kommuner.

NIBRs evaluering baserer seg på følgende empiriske grunnlag.

Delprosjektets første fase:

- Vestfold fylkeskommunes rapport om status i alle 14 Vestfoldkommuners oversiktsarbeid (VFK statusoversikt 2015).

Rapporten er laget på bakgrunn av Vestfold fylkeskommunes egne intervjuer i samtlige kommuner med folkehelsekoordinatorer/ folkehelserådgivere, og i noen kommuner også kommuneoverlege og kommuneplanlegger.

Delprosjektets andre fase:

- Gruppeintervjuer med prosjektgruppene i Vestfold fylkeskommune, Svelvik og Tønsberg kommuner
- Enkeltintervjuer av folkehelsekoordinatorer i Tønsberg og Svelvik kommuner og virksomhetsleder i Tønsberg
- Arbeidsgruppemøte mellom Vestfold fylkeskommune og Svelvik kommune
- Deltagelse på oppstartsmøte mellom Vestfold fylkeskommune og folkehelsekoordinatorene i Svelvik og Tønsberg kommuner
- Vestfold fylkeskommunes oppsummering av «erfaringsfylke-prosjektet» (VFK oppsummering 2015)

Delprosjekt B er erfaringsfylkeprosjektets kjerneprosjekt. Her utprøves og produseres oversiktsdokumentet, som er det materielle hovedproduktet til oversiktsarbeidet. De andre delprosjektene har medvirket til å framskaffe erfaringer, men også frambringe konkrete temaer og indikatorer til oversiktsdokumentet som lages i delprosjekt B. Delprosjektet fungerer dermed som navet i erfaringsfylkeprosjektet.

Både kommuner og fylkeskommuner er pålagt å drive oversiktsarbeid som skal munne ut i et oversiktsdokument. I erfaringsfylkeprosjektet er det kommunenes oversiktsarbeid som står i fokus, og understøtter-rollen til fylkeskommunen. Fylkeskommunen har også fått høstet erfaringer med mulighetene og utfordringene med kommuners oversiktsarbeid.

Fylkeskommunens eget oversiktsarbeid er altså ikke en del av erfaringsfylkeprosjektet.

En av hovedmålsettingene ved dette erfaringsfylkeprosjektet var å utvikle en mal for oversiktsarbeidet, og beskrive verktøyene som anvendes. I tillegg til delvis utfylling av oversiktsdokumentet for Svelvik og Tønsberg. Fylkeskommunen har utarbeidet en mal for innhold og disposisjon for et oversiktsdokument (fireårsdokumentet) (VFK 2015a). Det ble tidlig klart for fylkeskommunen og kommunene at oversiktsdokumentet ikke kom til å bli ferdig innen utløpet av dette prosjektet og at arbeidet vil fortsette etter prosjektperioden. Oversiktsdokumentene for de to utvalgte kommunene var lite gjennomarbeidet ved prosjektslutt, men det forelå et forslag til struktur for innholdet i oversiktsdokumentet. I vår evaluering av dette delprosjektet har vi derfor vektlagt arbeidet med å utvikle oversiktsdokumentet mer enn selve sluttproduktet. En del av dette delprosjektet omhandlet også fylkeskommunens understøtterolle i oversiktsarbeidet, vi vil komme inn på denne i et eget delkapittel.

## 5.1 Fase 1: Status i oversiktsarbeidet i Vestfold

Høsten 2014 var status i Vestfold at flere av kommunene hadde dokumenter som i varierende grad fyller kravene til et oversiktsdokument. Ingen av kommune hadde et oversiktsdokument (fireårsdokument) som fulgte retningslinjene i den nye Folkehelseloven fra 2012 og veilederen fra Helsedirektoratet (2013). Noen av de mulige årsakene som ble fremlagt for at arbeidet ikke hadde kommet lengre i mange av kommunene var:

- Manglende bevissthet om oppgaven med å utarbeide et oversiktsdokument
- Usikkerhet om hva folkehelseloven krever
- Usikkerhet om hvem i kommunen som har ansvaret for oversiktsarbeidet
- Manglende føringer og delegering fra kommunal ledelse
- Manglede ressurser

- Den interne organiseringen og mangel på interne arbeidsgrupper

La oss se nærmere på disse punktene. De første fire punktene over er uttrykk for en usikker eller manglende *forankring* av oversiktsarbeidet i kommunene. Blant informantene var det en oppfatning om at folkehelsearbeidet generelt sett var forankret hos rådmannen og ledelsen. Noen informanter var imidlertid mer i tvil om kommunal ledelse sin kjennskap til folkehelseloven og forskriftens pålegg om at kommunene skal ha en oversikt. Videre opplevde de usikkerhet knyttet til manglende delegering av ansvaret for oversiktsarbeidet fra kommuneledelsens side. Flere av folkehelsekoordinatorene som ble intervjuet følte imidlertid ansvar for oversiktsarbeidet og hadde startet arbeidet på eget initiativ. Samtidig var de usikre på om det egentlig er deres ansvar.

I kjølvannet av denne erfaringen kan en stille spørsmål ved om helsemyndighetene har lyktes med å informere og ansvarliggjøre både kommunal ledelse om kravene til oversiktsarbeid. Behovet for ytterligere bevisstgjøring om hvem som har ansvar internt i kommunene og hva de har ansvar for synes å være til stede.

I kommunene i Vestfold var folkehelsekoordinatoren plassert ulike steder i organisasjonen, og det trekkes frem at plasseringen kan være viktig for folkehelsekoordinatorens muligheter for å gjennomføre sine oppgaver. Oppfatningen er at en sentral posisjon i nærheten av rådmann gir de beste betingelsene for folkehelsekoordinatorens arbeid.

De to siste punktene som er oppsummert over handler om å ha tilstrekkelige *ressurser* i oversiktsarbeidet, både menneskelige og økonomiske. Tverrfaglighet ble løftet frem som viktig for å få til et godt oversiktsarbeid i kommunene, og at det vil være behov for egne arbeidsgrupper for å gjennomføre det praktiske arbeidet. Generelt ble det etterlyst flere retningslinjer for hvordan arbeidet skal gjennomføres og hvilket omfang arbeidet er forventet å ha. Kommunenes tilbakemelding var at arbeidet ikke må ta for mye tid og ressurser.

Prosjektgruppa i Vestfolds fylkeskommune fant arbeidet med å gjennomføre intervju i alle kommunene som svært fruktbart. Fylkeskommunen fikk gjennom intervjuene mye kunnskap og innsikt i hvordan oversiktsarbeidet i kommunene gjennomføres og



muligheter og utfordringer folkehelsekoordinatorene møter. Samtidig gav folkehelsekoordinatorene tilbakemelding om at de satte stor pris på at fylkeskommunen kom for å snakke med dem om deres erfaringer. Intervjuene kan slik sett være nyttig for både fylkeskommunen og folkehelsekoordinatorene i kommunene, og være en metode for å opparbeide seg både kunnskap om det lokale folkehelsearbeidet og knytte personlige relasjoner.

## 5.2 Fase 2: Metoder, modeller og verktøy i oversiktsarbeidet

Kartlegging og utvikling av verktøy og metoder i oversiktsarbeidet som kan spres videre til andre kommuner var en sentral målsetning i dette «erfaringsfylkeprosjektet». Vi vil trekke frem noen sentrale metoder, modeller og verktøy som er anvendt i oversiktsarbeidet i Vestfold, og hvilke erfaringer deltagerne i fylkeskommunen og kommunene har hatt.

### 5.2.1 Informasjonsinnhenting: Sentrale skjemaer og dokumenter

Fylkeskommunen har utarbeidet to dokumenter som fremstår som sentrale verktøy i oversiktsarbeidet. *Tematabellen* er et dokument, et excelark, som gir en oversikt over alle temaområder, undertemaer og indikatorer som er vurdert å være relevante i oversiktsdokumentet. I tillegg indikeres hvem som har ansvar for å finne informasjonen og hvordan informasjonen skal presenteres (kart, graf, tabell etc.). Videre gis en vurdering av relevansen, kvaliteten og eventuelle utfordringer ved dataene. Tabellen fyller dermed flere funksjoner. Den gir:

- oversikt over temaer som ønskes å belyses,
- utgangspunkt for valg av undertemaer og indikatorer,
- fordeling av ansvar for ulike temaer/indikatorer,
- ved revidering av oversiktsdokumentet hvert fjerde år vil tematabellen kunne fungere som en dokumentasjon på tidligere prosess og startpunkt for det nye dokumentet

Utkastet til temaene i tematabell ble utarbeidet av fylkeskommunen på bakgrunn av Helsedirektoratets veileder,

innspill fra de andre delprosjektene, NIBRs kunnskapsoppsummering og tilbakemeldinger fra prosjektkommunene. Tematabellen fylkeskommunen utarbeidet ble presentert for kommunene som et utgangspunkt, og at kommunene selv måtte revidere temaene i tabellen etter egne behov.

For innhenting av informasjon til oversiktsdokumentet er det utarbeidet et *innbentings skjema* (VFK 2015b). Skjemaet har utfyllingsbokser som følger strukturen i oversiktsdokumentet. Skjemaet er ment å være en hjelp til hvordan det gitte temaet kan belyses. Samtidig standardiseres innsamlingen av informasjon. Skjemaet inneholder også instruksjon om hvordan dokumentene skal navngis. Skjemaet kan gis til ansatte i ulike sektorer som har relevante data og som har fått ansvar for å beskrive et tema. Informasjonen fra skjemaene skal deretter kopieres inn i selve oversiktsdokumentet av prosjektleder/gruppe.

Prosjektgruppa i Vestfold fylkeskommune oppsummerer at på bakgrunn av erfaringer så langt er det behov for å videreutvikle dokumentverktøyene slik at de i enda større grad blir tilpasset behov i kommunene. Fylkeskommunen oppfattet generelt sett at verktøyene har blitt vurdert forskjellig blant kommunalt ansatte. Noen har satt pris på enkle og tydelige verktøy som kan gi retningslinjer for hva som skal vektlegges og hvordan gjennomføre det praktiske arbeidet, mens andre har gitt uttrykk for at verktøyene og metodene er for omfattende (VFK oppsummering 2015). Dette gjelder blant annet skjema for informasjonsinnhenting, som fylkeskommunen har utviklet. Noen kommuner mente at for mye informasjon etterspørres og arbeidet blir for tidkrevende. Andre fremhevet styrken med skjemaet at det skaper en struktur på innhenting av informasjon som er tilpasset oversiktsdokumentet. Likevel har folkehelsekoordinatorene og fylkeskommunene erfart at det vil være et betydelig behov for redigering av informasjonen når den skal inkluderes i oversiktsdokumentet, siden mange ulike personer med ulik kompetanse og forståelse vil være involvert.

## 5.2.2 Prioriteringen av temaer og indikatorer i oversiktsdokumentet

Folkehelse er et mangfoldig og vidt felt som omhandler mange temaer og fagdisipliner. Folkehelseloven og dens forskrift setter noen krav til oversiktens innhold på overordnet nivå (som beskrevet i kapitel 2). Det vil likevel alltid være et faglig og politisk spørsmål hvilke forhold som skal vektlegges av kommunen (og fylkeskommunen) i det lokale og praktiske arbeidet med oversiktsarbeidet.

Tematabellen som fylkeskommunen utviklet gjenspeiler også mangfoldet i hvilke temaer og fagområder oversiktsdokumentet kan dekke. Ut fra denne tabellen kan kommunene selv prioritere hvilke indikatorer de ønsker å fremheve i oversiktsdokumentet.

Tidsperioden kommunene hadde til rådighet til å jobbe direkte med oversiktsarbeidet i dette prosjektet var svært kort. Det kan være en vesentlig årsak til at ingen av prosjektkommunene la en tydelig strategi eller plan for hvilke temaer og indikatorer som skulle prioriteres. Den knappe tiden gjorde at man i større grad valgte bare å begynne med noen indikatorer. Hvilke undertemaer og indikatorer man prioriterte virket i stor grad styrende for hvem som hadde tid til å fremskaffe informasjon, hva som var tilgjengelig informasjon og interesser blant deltagerne i kommunens prosjektgruppe.

Spørsmålet om hvilke undertemaer og indikatorer som skal med i oversiktsdokumentet er imidlertid svært viktig da det er helt avgjørende for hva som presenteres, og hva som danner grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi og videre plan- og politikktutforming. Sentrale spørsmål når det gjelder vurderingene og prioriteringene kommunene selv må gjøre for hva som skal med i oversiktsdokumentet er: Hvem skal bestemme hvilke undertemaer som skal inngå i oversiktsdokumentet? Hvilken rolle skal den tverrsektorielle arbeidsgruppen ha når det kommer til prioriteringene av innholdet? I hvilken grad skal fagmiljøene kunne medvirke til valg av både undertemaer og indikatorer? Skal det være en målsetning at oversiktsdokumentet hvert fjerde år har de samme undertemaene og indikatorene eller bør det være en rotering av temaer og indikatorer?

### 5.2.3 Lokal tverrsektoriell prosjektgruppe

Tverrsektoriell arbeidsgruppe ble fremhevet under delprosjekt A som viktig både for å integrere oversiktsarbeidet på tvers av sektorer og for koblingen mellom oversiktsarbeidet og planstrategiarbeidet. Også i fase 1, hvor det ble gjort intervjuer med alle kommunene i Vestfold, ble dette trukket fram som viktig, men samtidig noe det trengs mer kunnskap om.

Folkehelse er et sektorovergripende tema, og oversiktsarbeidet omhandler å samle inn informasjon fra ulike sektorer.

Fylkeskommunen har anbefalt å etablere en tverrsektoriell prosjektgruppe. I Svelvik ble det etablert en prosjektgruppe bestående av folkehelsekoordinator, kommuneplanlegger og kommunelege. I Tønsberg besto prosjektgruppen av folkehelsekoordinator, SLT-koordinator, én ansatt i seksjon for kommuneutvikling og to ansatte i seksjon for finans og budsjett. I tillegg er samfunns- og arealplanleggere samt kommunelege dratt inn i arbeidet.

Deltagerne i prosjektet både i kommunene og fylkeskommunen har fremhevet viktigheten av at prosjektgruppen har vært tverrsektoriell for nettopp å bevisstgjøre og skape en felles forståelse i ulike sektorer av hva folkehelse er og hva oversiktsarbeidet omhandler. En tverrsektoriell arbeidsgruppe er også nyttig i det praktiske arbeidet med å innhente informasjon fra ulike sektorer, da medlemmene i gruppa har kunnskap om dataene som finnes og relasjon til personene som kan frembringe dataene. I vurderingene av hvilke temaer som skal løftes frem i oversiktsdokumentet ble det også ansett som fordelaktig at man hadde en tverrsektoriell arbeidsgruppe som kunne diskutere prioriteringene som må gjøres.

### 5.2.4 Involvering av kommunale sektorer

Fylkeskommunen har vært en pådriver for at ansatte i de ulike sektorene som «eier» dataene ikke kun skal fremskaffe datamaterialet, men at de også skal analysere og vurdere dataene. Man ønsker på den måten å ansvarliggjøre de enkelte sektorene til å ta større del i oversiktsarbeidet. Målet er å skape et større eierskap til folkehelsearbeidet i ulike deler av kommunen, og ikke

minst også øke bevisstheten og forståelsen for hva folkehelse er og innebærer. Ifølge informanter i fylkeskommunen og kommunene har fokuset helt siden begynnelsen av prosjektet vært vel så mye på å øke kunnskapen og skape læring i organisasjonene som det å ferdigstille oversiktsdokumentet. Fylkeskommunen har omtalt involveringen og ansvarliggjøringen av de enkelte sektorene som en ny arbeidsmetodikk, og er en type strategi som de har prøvd å teste ut i deltakerkommunene i dette prosjektet. Hvilke erfaringer er gjort med henhold til denne typen arbeidsmetode?

Erfaringene kommunene og fylkeskommunen har gjort kan grovt sett deles i tre: 1) prosess vs resultat 2) mangel på prioritering, 3) mangel på folkehelseperspektiv blant ansatte i sektorene.

1) Både prosjektkommunene og fylkeskommunen har hatt fokus på sluttresultatet (oversiktsdokumentet) og de interne kommunale prosessene med å utarbeide dokumentet. Men kommunene har i enda større grad enn fylkeskommunen vært opptatt av sluttresultatet, og en prosjektdeltager fra en av kommune sa:

Vi synes den prosessen har vært veldig nyttig og vi har sikkert lært mye og utviklet oss, men vi er jo opptatt av resultatene. Fylket er kanskje mer opptatt av prosessen enn det vi er, vi vil bare ha resultatet. Så det er kanskje der «mismatchen» er.

For kommunene, som har et krav om å levere et oversiktsdokument, blir selve resultatet viktigere enn prosessen. Prosjektdeltakerne i kommunene fremhever at de har begrensede ressurser til dette arbeidet, og det gjør at de må være mer pragmatiske i tilnærmingen til oversiktsarbeidet.

2) For ansatte i de kommunale sektorene vil oversiktsarbeidet for folkehelse bli en tilleggsoppgave til andre ordinære oppgaver. Folkehelsekoordinatorerne i kommunene oppfatter det som vanskelig ved en del tilfeller å få de ulike sektorene til å prioritere dette arbeidet, og særlig når man operer med korte tidsfrister. Utfordringen er å fremskaffe informasjon, men i enda større grad å få dem til å utarbeide en grundig og god analyse av folkehelseutfordringer for sitt fagområde. Grundige analyser vil være ressurskrevende og medføre at oversiktsarbeidet må prioriteres fremfor andre oppgaver.

3) Prosjektlederne i kommunene, og i fylkeskommunen, ser det som en av de største utfordringene å få ansatte i de ulike sektorene til å forstå hva folkehelse er og analysere og drøfte materialet ut fra et folkehelseperspektiv. En av prosjektlederne beskrev det slik:

Det jeg synes kanskje har vært det vanskeligste er at man har så forskjellig utgangspunkt når det gjelder folkehelse. Det er jeg som er folkehelserådgiver som hele tiden har folkehelseperspektivet, mens andre (...) ikke har samme innfallsvinkel.

Erfaringen til prosjektlederne i kommunene er at vurderingene og analysene som gjøres ikke har et tilstrekkelig folkehelseperspektiv. De blir fort for generelle. Blant annet mangler fokuset på påvirkningsfaktorer og den lokale konteksten. At ansatte i de enkelte kommunale sektorene ikke har tilstrekkelig forståelse og kompetanse på hva folkehelse er og hvordan oversiktsarbeidet for folkehelse bør gjennomføres kan gjøre det vanskelig for dem både å forstå «bestillingen» og dermed også å finne fram til dokumentasjon og data som treffer.

Prosjektlederne fra begge kommuner trakk frem som en av sine viktigste erfaringer at de i større grad ville ha involvert andre etater i arbeidet og gitt dem basiskunnskap om folkehelse innledningsvis i prosjektet. En av dem formulerte det slik:

Først og fremst tror jeg at jeg ville hatt en gjennomgang av folkehelse, eller en folkehelsepresentasjon slik at alle (...) hele tiden har det folkehelseperspektivet når de tenker og skriver.

En fellesforståelse for hva folkehelse er i kommuneorganisasjonen er en viktig forutsetning for at de ulike sektorene kan bidra tilstrekkelig inn i oversiktsarbeidet spesielt og folkehelsearbeidet generelt. En slik introduksjon til tema kan også være viktig for å skape motivasjon i organisasjonen til å involvere seg i arbeidet, og derigjennom være medvirkende til at oversiktsarbeidet også i større grad vil bli prioritert.

En viktig erfaring er at å øke forståelsen og kompetansen blant ansatte i kommunene tar tid. Varigheten til dette prosjektet (oktober 2014-juni 2015) har ikke vært tilstrekkelig til at forståelsen for hva folkehelse er har rukket å etablere seg blant kommunalt

ansatte. På lengre sikt vil kommunene ha utarbeidet flere oversiktsdokumenter, og ha mer erfaring med det løpende oversiktsarbeidet, og det vil kunne øke kunnskapen om folkehelse i hele kommuneorganisasjonen.

I tillegg til at de ansatte trenger forståelse og kompetanse for å skjønne *bestillingen* gitt av prosjektlederen, trenger prosjektlederen eller andre i prosjektgruppen som etterspør data i kommunene, samtidig *bestillerkompetanse*. De trenger forståelse av hvilke type data som skal etterspørres fra de ulike sektorene, hva disse dataene betyr og hva som gjør dem kvalitativt forskjellige fra andre data. God bestillerkompetanse gjør at det kjappere kan skapes en felles forståelse mellom bestilleren (prosjektlederen) og leverandørene («dataeierne»).

### 5.2.5 Videreutvikling av informasjonsinnhenting

Formen på kunnskapen som formidles er altså viktig og spiller direkte inn på hvordan man bør legge opp prosessen med å arbeide fram et oversiktsdokument. Kommunene har interessante refleksjoner om dette. Deres inngang til dette er imidlertid ikke å lette overgangen til plan, men hvordan kunnskapsinnhenting i forbindelse med oversiktsarbeidet kan systemiseres. Uavhengig av hverandre har prosjektlederne i Svelvik og Tønsberg gjort seg tanker om hvordan prosessen med å innhente informasjon fra kommunens sektorer kunne endres for både å lette arbeidet, men også øke kvaliteten på det.

Prosjektlederen i Tønsberg ser for seg at dersom kommunen hadde hatt tydeligere bestillinger til etatene i form av mer detaljerte handlingsplaner og kommuneplaner så hadde det gjort rapporteringsarbeidet lettere. En måte en kunne gjøre dette på, er at sektorene bes om å rapportere på noen utvalgte folkehelsepunkter som er basert på malen i oversiktsdokumentet. Dermed ville man i mindre grad vært avhengig av å etterspørre dokumentasjon og data fra sektorene på nytt hver gang. Hun ser for seg at dataene ville kommet mer automatisk. Prosjektlederen i Tønsberg beskriver det slik:

Det blir jo veldig mye lettere for oss som skal skrive dette her når man har en gitt tidsfrist og vet at ok, da får vi det. Istedenfor føler jeg at jeg blir litt sånn masekråke som går rundt og maser på alle hele tiden

(...) Det er behov for et litt mer strukturert system på ting.

Prosjektlederen i Svelvik er også inne på behovet for systematisering. Hun opplever at de har god innsikt i utfordringene i kommunen, men stiller seg spørsmål om hvordan hun kan finne tallene som underbygger denne kunnskapen. Utfordringsbildet blir også bekreftet muntlig i møte med avdelingsledere i kommunen, men de sitter ikke på tallmateriale som kan dokumentere disse utfordringene. Å framskaffe dette handler ikke minst om ressurser:

Mange av de faktorene som kommer fram på folkehelseprofilen kunne man tenkt at man kunne forebygge gjennom fysisk aktivitet og sosial deltakelse. Men vi finner ikke tall som kan bekrefte det. Det er et ordentlig detektivarbeid. Vi har begrensa ressurser til å sette i gang noen ordentlig befolkningsundersøkelse (...) så hvor mye faglig synsing kan vi tillate oss? Og hvor mye tall må til for å kunne presentere dette som en sannhet?

Hennes refleksjon er at dersom kommunen hadde blitt flinkere til å dokumentere den kunnskapen en har, så kunne man systematisert den og laget statistikk av den. Hun sier det slik:

Vi må se litt på de tingene vi veit, men som vi ikke helt beviser. Vi må være litt flinke som kommuneorganisasjon til å lage den statistikken som trengs.

Men foreløpig setter manglende ressurser en stopper for at dette gjøres i Svelvik. De har lagt dette i «ventemappa si» sammen med andre ting de gjerne skulle gjort, men ikke har kapasitet til. I Tønsberg ønsker de å spille inn en systematisering i tråd med det beskrevet over som et forslag til rådmannen. En sannsynlig sideeffekt av en slik systematisering er altså at det kan bidra til å lette overgangen fra oversikt til plan.

### 5.3 Oversiktsdokumentets hensikt og struktur

Folkehelseloven (2011) og veilederen til Helsedirektoratet (2013) gir en del overordnede retningslinjer for innholdet i oversiktsdokumentet (fireårsdokument) og oversiktsarbeidet (se



kapitel 2). Det er samtidig et betydelig rom for fylkeskommunal og kommunal skjønnsutøvelse.

Generelt sett kan man si at hvilken funksjon et dokument skal ha vil ha betydning for strukturen og innholdet på dokumentet. Slik Vestfold fylkeskommune ser det har oversiktsdokumentet minst to funksjoner. For det første er oversiktsdokumentet et kunnskapsdokument som gir en oversikt over helsetilstanden i befolkningen og påvirkningsfaktorer som kan virke inn på den. For det andre skal oversiktsarbeidet og dokumentet kunne ut i et prioritert utfordringsbilde som skal være grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi og videre inn i plan- og politikktutforming. Prosjektgruppa i fylkeskommunen oppsummerte hvordan disse to funksjonene kan ivaretas og utvikles (VFK oppsummering 2015):

Den gode løsningen er ikke nødvendigvis å lage et kompromiss mellom disse to funksjonene, men utvikle begge: La oversiktsdokumentet vokse i bredde og dybde på grunnlag av folkehelse relatert kunnskap fra mange fagfelt. Når denne funksjonen er ivaretatt, og er etablert som et system som kan revideres med oppdatert kunnskap og eventuelt nye temaer om fire år, så står man friere til å gjøre et tydelig og gjerne dristig utvalg av utviklingstrekk, utfordringer og muligheter som man mer direkte vil bringe inn som prioriterte temaer i kommunens planarbeid.

Fylkeskommunen ønsker å utvikle et oversiktsdokument som gir en god oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer, i tillegg til at dokumentet skal ha betydning for arbeidet med den kommunale planstrategien. Blant deltagerne i prosjektet fra kommunene var det også et tydelig fokus på at oversiktsdokumentet må være nyttig for arbeidet med planstrategien og politikktutforming. Et sentralt spørsmål har vært hvordan lage et oversiktsdokument som best kan fungere som grunnlag for arbeidet med planstrategiene og politikktutforming, samtidig som dokumentet gir en god oversikt over helsetilstanden?

Vestfold fylkeskommune har hatt tydelige oppfatninger av hvordan oversiktsdokumentet kan utformes. De har ønsket at oversiktsdokumentet ikke kun skal være en statistisk presentasjon, men at man går i dybden på temaene og analyserer og vurderer

informasjonen som ligger til grunn samt mulige positive og negative påvirkningsfaktorer. Dette innebærer blant annet å speile statistiske data i lokale vurderinger og erfaringer, samt gjerne bruk av eksisterende forskning og litteratur.

Dette har vært premissgivende for hvilke tematisk struktur på oversiktsdokumentet som er valgt i dette prosjektet. Strukturen som er valgt er at hvert undertema, for eksempel hjerte- og karsykdommer, blir etter en presentasjon av datamaterialet vurdert og drøftet i forhold til noen nærliggende positive og negative påvirkningsfaktorer nasjonalt og lokalt. Deretter kommer en kort konklusjon som oppsummerer utviklingen, og hvilke utfordringer dette gir kommunen. I tillegg til hvilke mulige tiltak som kan iverksettes for å bedre situasjonen.

Malen for oversiktsdokumentet Vestfold fylkeskommune vektlegger dermed alle de tre nevnte fasene i oversiktsarbeidet: a) innhente informasjon, b) vurdere og analysere informasjonen, c) oppsummere og identifisere utfordringer og ressurser. Strukturen følger dermed retningslinjene i veilederen til arbeidet med oversiktsarbeidet fra Helsedirektoratet (2013).

For at oversiktsdokumentet for folkehelsen best kan spilles inn i arbeidet med kommunal planstrategi, har Vestfold fylkeskommune planer om at oversiktsdokumentet innledningsvis skal ha to korte kapitler, «sammendrag» og «innspill til planstrategiarbeidet». Disse skal fremheve prioriterte folkehelseutfordringer som en utvalgt gruppe, som har satt seg godt inn i oversiktsdokumentet og folkehelseutfordringer, har kommet frem til (VFK oppsummering 2015).

Helsedirektoratets (2013:14) veileder angir at «vurderingene av informasjon skal munne ut i en identifisering av kommunes og fylkeskommunens folkehelseutfordringer og ressurser». Det kan se ut til at Vestfold fylkeskommune og de utvalgte kommunene her legger opp en struktur på oversiktsdokumentet som går enda lenger. I tillegg til å identifisere folkehelseutfordringer vil man bringe inn noen prioriterte temaer til kommunenes planarbeid. På denne måten vil man prøve å gripe lenger inn i de kommunale og politiske beslutningene. Hvilke erfaringer har kommunene og fylkeskommunen med å innrette oversiktsdokumentet på en slik måte som det legges opp til i dette prosjektet?

### 5.3.1 FK og kommuners erfaringer

Forskriften og veilederen legger opp til, slik også dette «erfaringsfylkeprosjektet» gjør, at positive og negative påvirkningsfaktorer for folkehelse skal belyses og vurderes. Både deltakerkommunene og fylkeskommunen fremhevet i intervjuer at de mente det var viktig å belyse årsakssammenhenger og forstå dataene. Kommunenes oppgave er å finne tiltak for å forbedre folkehelsesituasjonen og de ser derfor nytten av å ha kunnskap om årsakene til problemene. De finner det imidlertid vanskelig å komme med kvalifiserte analyser av årsakssammenhenger for temaene de belyser. Videre opplever de at de ikke har tilstrekkelig belegg til å kunne fastslå årsakssammenhenger, eller data for å kunne måle effekt av tiltak som er satt inn.

I utkastet til oversiktsdokumentet for deltakerkommunene har man imidlertid prøvd å løse denne utfordringen ved å anvende nasjonal eller internasjonal forskning som kan være med å identifisere årsakssammenhenger innen ulike temaer knyttet til folkehelse. Disse nasjonale og internasjonale studiene brukes for å peke på mulige årsakssammenhenger uten at de knyttes til den lokale konteksten. For mange temaer vil denne typen årsaksforklaringer, som for eksempel at personens utdanningsbakgrunn har stor innvirkning på folkehelsen, være gyldige uavhengig av kommune. Andre temaer vil kunne ha en så lokal forankring at eventuelle forskningsresultater har mindre overføringsverdi. I slike tilfeller blir lokale vurderinger om hva som kan være med på å påvirke befolkningens helse viktig.

Metoden med å anvende allerede eksisterende forskning og dokumentasjon kan imidlertid være tidkrevende. Man må lese seg opp på feltet, finne frem til aktuell forskning og anvende informasjonen i oversiktsdokumentet. Denne prosessen vil imidlertid kunne øke de involvertes kunnskap om hva som kan være årsaks- og påvirkningsfaktorer for folkehelse temaer. Slik kompetansebygging kan det se ut til at fylkeskommunen i større grad verdsetter enn kommunene selv.

Begge prosjektkommunene uttrykte tvil om at oversiktsdokumentet burde være så omfattende som de oppfattet fylkeskommunen ønsket, og om arbeidsmetodene som det ble lagt opp til er nødvendig. Kommunene er bekymret for at man

tematisk sett går for bredt ut og innhenter en del informasjon som ikke kommer til å bli anvendt samt at informasjonen kan bli for detaljert. Kommunen ønsker i større grad å snu på prosessen og finne ut hvor problemene er størst for deretter å gå videre og finne data som kan belyse de mest sentrale problemområdene.

#### 5.4 Organisatoriske betingelser for oversiktsarbeidet

Hvordan oversiktsarbeidet vil bli utøvet lokalt avhenger av flere faktorer. Hvordan oversiktsarbeidet forstås av de ansatte og blir institusjonalisert i organisasjonen vil ha betydning for hvilke arbeidsmetoder og praksiser som anvendes slik vi har sett ovenfor. I tillegg til dette vil organisatoriske betingelser kunne være avgjørende for hvordan oversiktsarbeidet utføres. Vi vil se nærmere på noen organisatoriske trekk ved deltagerkommunene, og særlig tre områder som fremstår som sentrale betingelser: forankring/organisering, kompetanse og kapasitet.

Folkehelsekoordinatorene oppfatter at deres plassering i kommuneorganisasjonen er viktig for gjennomføringen av oversiktsarbeidet. Nærmere bestemt gir en sentral posisjon i nærheten av rådmannen de beste betingelsene. Plasseringen varierer mellom kommunene. Dersom man er plassert flere nivåer ned i kommuneorganisasjonen har man en lang vei å gå før man kan arbeide på tvers. En sier det slik: *jeg må gå opp i organisasjonen for å få anledning til å gå innover i organisasjonen*. Det oppleves tidkrevende og begrenser mulighetene for å stimulere prioritering av folkehelsearbeid i etatene.

Begge kommunene, men særlig Svelvik, hadde kompetanse innen folkehelse før prosjektet startet. Prosjektdeltagerne i Svelvik hadde særlig lang erfaring fra kommunen, og hadde jobbet med annet type helserelatert oversiktsarbeid tidligere. Svelvik har imidlertid hatt langt mindre kapasitet til å gjennomføre oppgavene knyttet til oversiktsarbeidet i dette prosjektet. I Svelvik har folkehelsekoordinatoren kun 20 prosent stilling, og prosjektgruppa har bestått av kun 3 personer. Ingen av dem har hatt anledning til å prioritere oversiktsarbeidet 100 %. I Tønsberg har folkehelserådgiver fulltidsstilling, og kommunen har knyttet dette arbeidet med oversiktsdokumentet til en tidligere eksisterende

analysegruppe på seks personer. I tillegg har Tønsberg kommune, som en middels stor kommune, en vesentlig større kommuneorganisasjon enn Svelvik som er en langt mindre kommune. Bidragene til oversiktsarbeidet i de ulike sektorene, slik det legges opp til at man skal gjøre i dette prosjektet, kan derfor fordeles på flere hender i Tønsberg. Oppgaven med oversiktsarbeidet kommer som regel i tillegg til alt annet, og det fremstår derfor som en fordel å ha en større kapasitet å sette inn, både i prosjektgruppa og i sektorene.

Imidlertid gir en stor kommuneorganisasjon også utfordringer. Å vite hvem i kommunen man skal kontakte for å innhente informasjon og involvere i oversiktsarbeidet er en større utfordring i Tønsberg enn i Svelvik. I Svelvik fant de det positivt at kommunen var liten når det gjaldt kontaktetablering internt i egen kommune. De små forholdene gjør det også enklere å ha god kunnskap om lokalsamfunnet.

Resultatet er likevel at Tønsberg har kommet betydelig lengre enn Svelvik i arbeidet med oversiktsdokumentet i løpet av denne prosjektperioden. Svelvik trekker selv frem både tid og organisasjonsforankring som vesentlige forhold for hvorfor de ikke har kommet lengre i arbeidet.

Folkehelseloven pålegger alle kommuner å ha oversikt over folkehelsen i befolkningen, og påvirkningsfaktorer. Arbeidet med å skaffe denne oversikten er trolig ikke så forskjellig om kommunen er stor eller liten. De samme temaområdene må uansett belyses og inkluderes i dokumentet. Små kommuner som Svelvik vil ha færre personer å spille på i arbeidet, og presset blir større på færre personer som, i dette tilfellet, også har mindre kapasitet å sette inn.

Formen på oversiktsdokumentet, og prosessen med å utarbeide den, som det legges opp til i dette prosjektet vil også kreve betydelige ressurser av kommunene. En slik form er særlig utfordrende for mindre kommuner med mindre analysemiljøer. Fordelen små kommuner har ved å ha god lokalkunnskap, og bedre oversikt over egen organisasjon vil antagelig ikke kompensere for ressursutfordringene. Et sentralt spørsmål blir da på hvilken måte fylkeskommunen kan kompensere for slike forskjeller mellom kommunene. Bør de i større grad gå inn og hjelpe små kommuner med oversiktsarbeidet? Har fylkeskommunen selv kapasitet til det?

## 5.5 Fylkeskommunen som understøtter

I Folkehelseloven § 20 står det at «Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene». Fylkeskommunen skal gjøre tilgjengelig data og informasjon på fylkesnivå, og de skal være «pådrivere for og samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap.» Veilederen utdypet i liten grad hva som menes med understøtterrolle i folkehelseloven.

Fylkeskommunene må selv i stor grad finne ut av hvordan de vil fylle denne rollen, og vi vil se nærmere på hvordan fylkeskommunen har tilnærmet seg denne rollen i dette prosjektet og hvilke forventninger og erfaringer kommunene har. Loven gir fylkeskommunen flere oppgaver med henhold til understøtterrollen, men her vil vi avgrense oss til å se på hvordan fylkeskommunen har vært understøtter overfor oversiktsarbeidet. På samme måte som oversiktsarbeidet har vært nytt for kommunene er understøtterrollen innen folkehelse også en relativ ny oppgave for fylkeskommunen.

Vestfold fylkeskommune har i arbeidet med oversiktsdokumentet i de to deltagerkommunene bistått med data på fylkesnivå som tannhelse, videregående skole etc., slik veilederen legger opp til. De har imidlertid ikke utarbeidet en mengde statistikk de kan gi kommunene. Fylkeskommunen har ikke hatt tro på at å serve kommunene med en stor mengde statistikk er en god strategi, men tatt utgangspunkt i at arbeidet med oversiktsarbeidet så langt som mulig må foregå internt i de ulike sektorene for å skape eierskap, forståelse og gode vurderinger. Hvordan fylkeskommunen har fylt sin rolle som understøtter henger dermed tett sammen med hvordan de har bygd opp dette prosjektet og tror at oversiktsarbeidet best kan løses med å forankre det i de kommunale sektorene.

Deltagerkommunene har imidlertid ønsket å få mer statistikk levert av fylkeskommunen enn hva som har vært tilfelle i prosjektet, og de andre kommunene i Vestfold har også uttrykt ønske om at fylkeskommunen i sin understøtterrolle skal serve dem med statistikk (VFK Statusoversikt 2015). Prosjektkommunene oppfatter at fylkeskommunen har bistått med å utvikle en mal for oversiktsdokumentet og en del verktøy og metoder for hvordan oversiktsdokumentet kan utarbeides, i tillegg til å være diskusjonspartner og rådgiver. Mye av utviklingen av verktøyene

og metodene har også skjedd i den tette dialogen mellom fylkeskommunen og kommunene. Selv om det har vært møte hver 14.dag mellom prosjektdeltakerne i kommunen og fylkeskommunen har kommunene ønsket en enda tettere involvering fra fylkeskommunen. De har ønsket at fylkeskommunen skulle bistå enda mer i vurderinger av hvilke indikatorer som skal med i oversiktsdokumentet, i skriveprosessen og med generell rådgivning. Dette viser at prosjektkommunene har satt pris på både å få statistikk, og tett oppfølging av fylkeskommunen.

Kommunenes ønske om en enda sterkere involvering av fylkeskommunen var knyttet til at kommunenes forventninger om bistand når de gikk inn i prosjektet. Behovet for mer rådgivning og veiledning kan imidlertid også henge sammen med at folkehelsekoordinatorene ikke kan få tilstrekkelig veiledning internt i kommunen, siden de ofte er dem som har best kompetanse. I tillegg besitter fylkeskommunen sterk fagkunnskap innen folkehelseslik, slik som i dette prosjektet, og som kommune ønsker å benytte seg av.

Prosjektgruppa reflekterte imidlertid over noen utfordringer i hvor langt understøtterrollen skal gå, og da særlig innenfor ulike temaer. Fylkeskommunen har hatt særlig fokus på at oversiktsdokumentet skal bidra inn i planarbeidet i kommunen. Fylkeskommunen oppfattet at de må trå mer varsomt når det gjelder sin involvering i denne delen av oversiktsarbeidet i kommunene, da det kan føre til en sammenblanding av roller. Prosjektgruppa i fylkeskommunen tenker at det kan være vanskelig at de gir råd og veiledning om for eksempel byutvikling og planlegging ut fra et folkehelseperspektiv. For fylkeskommunen har også en myndighetsrolle når det gjelder de kommunale byutviklingsplanene, og fylkeskommunen er en høringsinstans for ulike kommunale plandokumenter. Fylkeskommunen kan slik sett ha to ulike roller, understøtterrollen og myndighetsrollen, som prosjektgruppa oppfattet at det kan være vanskelig å forene. Understøtterrollen kan dermed møte myndighetsrollen på noen områder, særlig innenfor planarbeidet i kommunene. Prosjektgruppa var imidlertid usikre på om, og eventuelt hvordan, fylkeskommunen hadde en myndighetsrolle innenfor folkehelse. Men siden oversiktsarbeidet har ambisjoner om å virke inn i planstrategiene i kommunene vil uansett fylkeskommunens to roller kunne komme i konflikt.

I dette prosjektet har denne potensielle konflikten ikke kommet til uttrykk i så stor grad da prosjektet ikke har kommet så langt i arbeidet opp mot planstrategiene. Men i de tilfellene hvor fylkeskommunen har vært usikker på grensene har de trukket seg noe tilbake for ikke å legge føringer for områder hvor fylkeskommunene senere kan ha en myndighetsrolle. Så langt har fylkeskommunen dyrket den mer frie og støttende rollen.

Det som er fint med understøtterrollen vår, sånn som vi har praktisert den, er at vi er veldig frie til å følge de initiativene der det er varmt og der det skjer noe. Og de føler ikke oss som skumle i det hele tatt på den måten at vi representerer noen myndighet, vi er bare der for å hjelpe dem. Hjelp dem med forståelse, hjelpe dem med å løse oppgaver. Vi er ikke der for å implementere en eller annen politikk som kommer utenifra. Vi er der for å hjelpe dem til å utforme sin politikk... Vi står sterkest når vi får være i en fri understøtterrolle, og ikke å ha en eller annen politikk vi skal tre ned over hodene på dem (Prosjektdeltager Vestfold fylkeskommune).

Dette prosjektet er et erfaringsfylkeprosjekt, men når det gjelder den potensielle konflikten i fylkeskommunens ulike roller er det vanskelig å høste noen konkrete erfaringer da prosjektet kun har snust på problemstillingene. Refleksjonene prosjektgruppa i fylkeskommunen har gjort om fylkeskommunens ulike roller og hvilke implikasjoner det kan ha for understøtterrollen er imidlertid spesielt interessant og viktig når oversiktsarbeidet er ment å være så tett knyttet til planstrategiarbeidet i kommunene. Disse perspektivene om grensene for understøtterrollen kan imidlertid være lærerike også for andre fylkeskommuner og kommuner.

## 5.6 Erfaringspunkter

Flere forhold fremstår som viktige betingelser og utfordringer for oversiktsarbeidet:

*Forankringen av arbeidet.* For det første handler dette om tydelig kommunisering fra kommuneledelsen om at oversiktsarbeidet skal prioriteres og hvem som har fått delegert oppgaven. For det andre trekkes sentral plassering i nærheten av rådmannen fram som



viktig for å sikre prioritering av oversiktsarbeidet i organisasjonen. Per nå er det i en del kommuner en usikker eller manglende forankring av oversiktsarbeidet i kommunene. For det tredje handler forankring om betydningen av tverrsektoriell forankring fordi det er sektorene selv som skal frambringe kunnskap om lokale påvirkningsfaktorer. For å motivere og aktivisere sektorene i arbeidet er gjentakende informasjon nødvendig. Kommuneorganisasjonen må forstå hvorfor folkehelsearbeidet skal prioriteres og hvilken type informasjon oversiktsarbeidet krever.

*Betydningen av kapasitet og kompetanse.* Både kompetanse i egen organisasjon, og forankring av folkehelsekoordinatoren og folkehelsearbeidet fremstår som vesentlige faktorer. Kompetanse er avgjørende for å gjennomføre jobben tilfredsstillende. Særlig hvis man ønsker å forankre arbeidet i sektorene. Ellers havner alle oppgavene på de sentrale prosjektlederne/-gruppen, noe som medfører at kapasiteten blir mindre og den inngående kunnskapen om fagfeltet forringes. Viktigst for å lykkes med å gjennomføre oversiktsarbeidet kan imidlertid se ut til å være at kommunene prioriterer arbeidet høyt nok og avsetter nok ressurser for å ha en tilstrekkelig kapasitet til å gjennomføre arbeidet. Altså synes kapasitet å være en vesentlig faktor fordi de ulike stegene og temaene i oversiktsarbeidet er de samme enten man er en liten eller stor kommune.

*Oversiktsarbeidets dilemma.* På den ene siden er det viktig at oversiktsarbeidet skaper eierskap og læring hos kommunene. På den andre siden må oversiktsarbeidet være overkommelig å gjennomføre. Her ligger det en spenning som en bør ha et bevisst forhold til slik at ikke kommunene mister engasjement og føler arbeidet som unødvendig grundig i forhold til behovet.

*Behov for prioritering:* Folkehelse er et mangfoldig felt og det medfører et behov for klare prioriteringer av hvilke undertemaer og indikatorer som skal inngå i oversiktsdokumentet. Sentrale spørsmål blir dermed hvem som skal inkluderes i vurderingene og beslutningene kommunalt, og hvilken medvirkning de enkelte fagmiljøene bør ha i vurderingene innenfor sitt fagfelt.

*Behov for systematisering av kunnskap.* Kommunene opplever at kunnskapsinnhenting som en del av oversiktsarbeidet har forbedringspotensial. Ved å systematisere og «automatisere»

kunnskapsinnhenting vil kunnskapsgrunnet bli rikere og oversiktsarbeidet kunne gjøres mer effektivt. Dette punktet peker mot at oversiktsarbeidet utfordrer vante måter å arbeide på. Nye tanker og ideer stimuleres og kan, på sikt, bidra til endring og innovasjon i prosedyrer og rutiner.

*Fylkeskommunes understøtterolle.* En viktig erfaring fra prosjektet er betydningen av en tydelig avklaring mellom fylkeskommunen og kommunene om hva kommunene kan forvente av bistand fra fylkeskommunen. Fylkeskommunen har ulike roller, og bør ha et bevisst forhold til hvilke utfordringer understøtterollen for folkehelsearbeid kan gi. Og eventuelt hvordan balansere understøtterollen og myndighetsrollen for å forhindre potensielle konflikter.

## 6 Sosial ulikhet i helse (delprosjekt C)

Delprosjektet «Sosial ulikhet i helse» skal bidra i faglige vurderinger av hvilke data, inkludert analyser og vurderinger av data, som det vil være hensiktsmessig å ta inn i oversiktsarbeidet for å sikre at arbeidet koples tett opp mot folkehelseovens formål om å utjevne sosiale helseforskjeller (VFK prosjektplan 2014). Sentrale aktiviteter i del-prosjektet har vært dialogmøter, fokusgruppeintervjuer samt produksjon av to dokumenter; i) en *rapport* (VFK sosial ulikhet 2014) med en tematisk oversikt over indikatorer og årsakssammenhenger på kommunalt nivå som tar utgangspunkt i Dahls rapport (Dahl mfl. 2014) om sosial ulikhet i helse i Norge og ii) et *idéhefte* om hvordan kvalitative metoder kan belyse sosial ulikhet helse i oversiktsarbeidet for aldersgruppen 0-6 år.

Målet er:

- Å fremskaffe informasjon og kunnskap om sosial ulikhet i helse og hvordan utjevningperspektivet kan ivaretas i valg og innhenting av data og integreres inn i planprosesser
- Gi et vurderingsgrunnlag for hvilke data det vil være hensiktsmessig å legge til grunn i oversiktsarbeidet i kommunene og for kommunes politikkområder og planer

Erfaringen fra delprosjektet er, med unntak av idéheftet, ment å spille inn i arbeidet med delprosjekt B og delvis, også, i delprosjekt A (VFK prosjektplan 2014:2-4). Indikatorer på sosial ulikhet i helse har blitt spilt inn til prosjekt B. imidlertid har kommunene ikke foreløpig tatt tak i særlig mange av disse. Idéheftet er ment som et selvstendig redskap for videre bruk i kommuner i deres arbeid med å utvikle sosial ulikhet i helse-dimensjonen i oversiktsarbeidet.

Fylkeskommunens arbeid med delprosjektet er delt inn i to faser, hvor den første fasen (høst 2014) har bestått i å utarbeide Rapport. Den andre fasen har bestått i å planlegge og gjennomføre fokusgruppeintervjuer og utarbeide idéheftet. Formålet med fokusgruppeintervjuene har vært å vurdere metodens hensiktsmessighet som et redskap for å hente ut erfaringer knyttet til fremstilling av kvalitative data i oversiktsarbeidet. Prosjektgruppa i fylkeskommunen har diskutert hvordan disse kvalitative dataene kan flettes inn i oversiktsdokumentet, men har av kapasitetshensyn ikke fått gjennomført dette i praksis.

Det empiriske grunnlaget NIBR har brukt for å hente ut erfaringer fra dette delprosjektet er følgende:

- Innspill fra referansegruppe for sosial ulikhet i helse
- Innspill fra oppstartseminar for sosial ulikhet i helse
- Referat fra fokusgruppeintervjuer om sosial ulikhet i helse i aldersgruppen 0-6 år; Tønsberg, Svelvik og Nøtterøy
- Deltagende observasjon på Vestfold fylkeskommunes fokusgruppeintervju i Tønsberg og Svelvik
- Prosjektleders egen oppsummering av erfaringer med delprosjektet (VFK oppsummering 2015)
- Utkast til idéhefte om sosial ulikhet i helse og inkludert kvalitativ indikatoroversikt.
- Rapport med to delkomponenter: 'Oppvekst og utdanning' og 'Barn og helse' (VFK sosial ulikhet 2014)
- Avsluttende fokusgruppeintervju med prosjektgruppa i Vestfold fylkeskommune april 2015

I det følgende vil NIBR trekke ut og oppsummere lærdommene fra aktiviteten i delprosjektet og hvordan disse kan bidra til å løfte oppmerksomheten om sosial ulikhet i helse i oversiktsarbeidet i andre kommuner. Men aller først skal vi se hvilke nasjonale føringer dette arbeidet er underlagt, og statusen for dette arbeidet i norske kommuner.

## 6.1 Nasjonale føringer og status

Folkehelseloven fra 2011 pålegger alle kommuner å ha et spesielt fokus på sosiale ulikheter i helse (Folkehelseloven 2011). I Folkehelselovens formålsparagraf (§1) står det at «Formålet med loven er å bidra til å (...) utjevne sosiale helseforskjeller» og i forskriften til loven (§3) heter det at «Kommunen og fylkeskommunen skal være særlig oppmerksom på faktorer som kan skape eller opprettholde sosiale helseforskjeller» (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

Imidlertid er det få norske kommuner som har kommet langt i dette arbeidet to år etter at loven trådte i kraft. En nasjonal undersøkelse fra 2014 konkluderer riktignok med at 39 prosent av kommunene har laget et oversiktsdokument over helsetilstanden og negative og positive påvirkningsfaktorer (Schou mfl. 2014). Samtidig rapporterer undersøkelsen om i hvilken grad utjevning av sosiale helseforskjeller var prioritert i kommunens virksomheter. Bare 41 prosent av kommunene rapporterte at det var prioritert i kommuneplanen, 44 prosent i virksomhetsplaner og 38 prosent i saker til politiske organer. Disse tallene er på den ene siden oppløftende gitt kompleksiteten og den krevende tidsbruken som er forbundet med oversiktsarbeidet. Samtidig slår de uomtvistelig fast at kun et mindretall av norske kommunene har startet med oversiktsarbeidet. Sosial ulikhet i helse ennå ikke har fått fullt gjennomslag i kommunene. Det er fortsatt de tradisjonelle folkehelse temaene som prioriteres. Sann sett er fokuskommunene i dette prosjektet relativt gjennomsnittlige når de gjelder status for dette arbeidet.

## 6.2 Første fase i prosjektet

I første fase ble *Rapporten* ferdigstilt allerede 18.11.15 (VFK sosial ulikhet 2014). Dokumentet går både i dybden i temaene 'oppvekst og utdanning' og 'barn og helse', og tar utgangspunkt i Dahls rapport (Dahl mfl. 2014) om ulikhet i helse i Norge. Dahls analyse baserer seg på det såkalte «sosiale helsedeterminanterperspektivet». Tenkningen her er at forhold ved samfunnet, slik som inntekt, materielle forhold, sosiale nettverk, og helsevaner, er bestemmende for («determinerer») hva slags gjennomsnittlig helse vi finner i ulike sosiale klasser. Ikke uventet kommer øvre

middelklasse bedre ut i helsetilstand enn arbeiderklassen. Grunnen er at de scorer høyere på positive determinanter for god helse (inntekt, utdanning etc.).

I et slikt perspektiv er oppveksten en kritisk periode i enkeltmenneskers liv fordi helsen og helsevaner som etableres i tidlige år også har avgjørende innvirkning på deres mulighet til å lykkes i skole og arbeidsliv, og derfor for å ha en vedvarende god helse. (Dahl mfl. 2014. 'Sammendragsrapport' s. 9 og 18). Derfor er den tidligste fasen av livet, 0-6 år, et kritisk intervensjonspunkt for kommunens politikk for å redusere sosial ulikheter i helse

Rapporten relaterer Dahls funn, hans forklaringer (angående positive og negative determinanter) og hans indikatorer på sosial ulikhet i helse til sosiale prosesser på den kommunale arena og hva slags virkemidler kommunen har til disposisjon for å redusere ulikhet i helsetilstanden. Temaområdet om oppvekst og utdanning fokuserer blant annet på tidlig innsats i barnehage og hvordan man kan utvide ordningen med praksisbrev for elever med lave grunnskolekarakterer. Her presenteres også relevante datakilder slik som «andel 4-åringer som har behov for ekstra tiltak». Temaområdet om barn og helse, på sin side, fokuserer både på generelle befolkningsrelaterte tiltak som lavterskeltilbud på kultur - og fritidsområdet, men også gruppespesifikke tiltak som gratis kjøretid og redusert foreldrebetaling i barnehage. Rapporten er ikke spesielt innrettet mot aldersgruppen 0-6 år.

### 6.2.1 Hvordan kople kvalitative og kvantitative data?

Et sentralt mål for dette delprosjektet er å identifisere kunnskap som kan supplere de kvantitative indikatorene som allerede finnes om sosial ulikhet i helse på kommunalt nivå. Slik kunnskap vil kunne bidra til at det dannes et mer nyansert bilde og gi supplerende kunnskap om årsakssammenhenger som spiller inn i barns utvikling, trivsel og helse. På referansegruppemøtet (VFK sosial ulikhet 2014) ble det lagt vekt på at fokusgruppeintervjuene skulle ta utgangspunkt i aldersgruppen 0-6 år. Videre ble det vist til at svangerskapsomsorg og helsestasjonstjenesten er nøkkelarenaer for å identifisere sosiale helseforskjeller.

Denne kartleggingen har delvis gått inn i delprosjekt B gjennom å fremheve forståelse for sosial ulikhet i helse og påvirkningsfaktorer som bidrar til dette som mål for arbeidet med å lage et

oversiktsdokument. Samt at en legger opp til at de enkelte temaområder bør vurderes i forhold til hvor sentralt det er for utfordringer knyttet til sosial ulikhet i helse. I tillegg har en forsøkt å ha en innretning i tråd med sosial ulikhet i helse på enkelte indikatorer.

## 6.3 Andre fase i prosjektet

Andre fase har delvis bestått av innsamling og analyse av kvalitative data om sosial ulikhet i helse og delvis utarbeidelse av et idéhefte som bygger på disse dataene. De kvalitative dataene ble samlet inn ved hjelp av fokusgruppeintervju i Tønsberg, Nøtterøy og Svelvik. Ved følgeforskningsprosjektets slutt hadde ikke idéheftet fått sin endelige form. Vurderingen av heftet er derfor basert på et utkast slik det forelå 26. mai.

### 6.3.1 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuer

Gjennomføringen av fokusgruppeintervjuer består av ulike faser: man må rekruttere respondenter, utarbeide en guide og gjennomføre selve intervjuet.

#### **Rekruttering av informanter**

Erfaringen fra arbeidet med rekruttering av informanter til fokusgruppeintervjuene viser at det er positivt med en variert gruppe av representanter fra tjenester som er i inngrep med samme aldersgruppe, men som er organisert forskjellig i den kommunale strukturen. Videre er det optimalt at noen representanter hadde ansvar for alle barn (barnehage og helsestasjon), mens andre hadde ansvar for barn med spesielle helseutfordringer (PPT og barnevern).

#### **Gjennomføring av intervjuene**

Prosjektleder var bevisst på at intervjuguiden skulle være en guide for moderator og ikke for deltagerne. På denne måten ble det lagt til rette for å la deltagerne slippe til med refleksjoner og utsagn som ligger utenfor de spørsmålene som er satt i intervjuguiden. I dette tilfellet ble deltagerne invitert til å, relativt forutsetningsløst (dvs. lite informasjon om formålet, eksisterende planer, statistikk og begreper), øse av sin erfaring fra praksisfeltet.

## **Dynamikken i intervjuene**

Naturlig nok gikk ulikhetsdiskusjonene og virkemiddel-diskusjonene i perioder om hverandre uten at det over tid ble dvelt systematisk ved noen av aspektene. Dette gir en rik idémyldring som er egnet til å få frem kompleksiteten i tematikken.

I samtlige intervjuer var det noen temaer som fikk mye fokus, andre mindre. Samtidig kom deltagerne også med innspill som det ikke var tatt høyde for i intervjuguiden. I analysen av funnene har prosjektleder funnet det hensiktsmessig å katalogisere funnene under følgende dimensjoner:

- Deltagernes forståelse av begrepet sosial ulikhet
- Hvordan funnene bidrar til mer utfyllende beskrivelser og synliggjøring av sosial ulikhet
- Hvordan intervjuene bidrar til deling av kunnskap og erfaringer i praksisfeltet og med resten av den kommunale organisasjonen slik at det kan spilles inn i kommunens oversiktsdokument

## **Forståelse av begrepet sosial ulikhet**

Respondentene ble bedt om å beskrive sosial ulikhet i helse og hvilke kjennetegn og utslag denne ulikheten kan gi, gjerne ved å gi eksempler på situasjoner de selv har stått i. Innledningsvis dreide innspillene og eksemplene i hovedsak om de tiltakene kommunen hadde iverksatt for å møte utfordringer knyttet til levekår og omsorg, ofte på et relativt høyt bekymringsnivå. I følge prosjektleders oppsummering var respondentene i begynnelsen av intervjuet nølende og det var først litt ut i intervjuet at de begynte å gi konkrete eksempler på hvordan de «så» den sosiale ulikheten og hvordan den kunne påvirke barnas helse, på sine respektive arenaer. «Utsatte grupper» synes å være et begrep som gir mer intuitiv mening for deltagerne enn grupper med sosial ulikhet i helse. I denne aldersgruppen handler det for de ansatte om å kjenne uro og vag bekymring, «magefølelsen» var gjerne det viktigste, og ofte det første, signalet på at de sto overfor et barn med spesielle utfordringer.

## **Utfyllende beskrivelser og synliggjøring**

Barnehage og helsestasjon pekes på som de to viktigste arenaene for å fange opp forhold ved barn som kan peke i retning av økt



risiko for sårbarhet og vanskelige oppvekstforhold, uansett årsakssammenheng, men også NAV, PPT og barneverntjenester framstår som interessante. Fokusgruppene gav deltagerne en anledning til gå dypere inn i problemstillinger knyttet til sosial ulikhet i helse samt en mulighet til å reflektere, gå i dybden og møtes på tevers av virksomheter og fag. På grunnlag av intervjuene ble det utarbeidet en kvalitativ *indikatoroversikt* for å måle sårbarhet hos barn i den gjeldende aldersgruppen. Den bidrar langt på vei til å gi utfyllende beskrivelser av de kvantitative variablene som identifiseres i kunnskapsdokumentet.

### 6.3.2 Lærdommer fra fokusgruppene

Hvilke lærdommer kan vi trekke fra erfaringene med fokusgruppeintervjuer som virkemiddel i arbeidet med å skaffe tilveie kunnskap om sosial ulikhet i helse? Under følger NIBRs vurdering av dette virkemiddelet.

#### **Hvordan dele kunnskapen som genereres?**

Et oversiktsarbeid som på en effektiv måte fanger opp erfaringer med sosial ulikhet i helse fra praksisfeltet, krever en form for koordinert overføring av kunnskapen til de aktørene som er med på å utforme oversiktsdokumentet. Selvfølgelig kan dette skje ved at den enkelte deltager rapporterer oppover til sin respektive leder i håp om at informasjonen når frem til rette vedkommende, men skjer trolig på en mer effektiv måte hvis det er koordinert. I dette tilfellet er erfaringen at deltagerne gjennom fokusgruppeintervjuet ble mer bevisst de organisatoriske aspektene ved oversiktsarbeidet i forhold til forankring, formaliserte møtepunkter og behovet for å løfte problemstillinger fra individ til system- og strukturnivå (VFK oppsummering 2015). Videre understrekes betydningen av tverrsektorielle møteplasser der funnene fra fokusgruppeintervjuer kunne spilles inn i oversiktsarbeidet. I Tønsberg har man jevnlig møter i kommunens Folkehelseforum som en av flere arenaer som kunne ha en slik funksjon.

#### **Fokusgruppe som metode: Muligheter**

Fokusgruppeintervjuer som metode for å innhente kvalitative data i oversiktsarbeidet har som alle andre metoder styrker og svakheter. Styrken ligger i at metoden i) er egnet for refleksjon og får frem de ulike deltagerens erfaringer og forståelse, samt deling

av disse. Ved deling av kvalitativ kunnskap kan man få frem viktige faktorer og sammenhenger, på en *helhetlig* måte. Som en av deltagerne uttrykte det på bakgrunn av et intervju med et foreldrepar (iht. idéheftet)

Må presisere at det er ikke bare om det er feil med barnet, det er relasjonen, så det er vanskelig å telle hjertevarme. Så vanskelig bare å sitte med et skjema og krysse av. Vanskelig å få oversikt over relasjonen, som kanskje kan være en innfallsvinkel. I samtalen får vi vite mye om relasjoner i familien, hvem bor sammen med, familie i nærheten, nettverk, er de innflyttere osv. Alltid mye du får greie på.

Metoden bidrar også til ii) å skape bevissthet om egen institusjons rolle som forvalter av relevant kunnskap. Videre kan den iii) avdekke virkemidler som påvirker determinanter for sosial ulikhet i helse og iv) skape bevissthet om folkehelsebegrepet og betydningen av sosial ulikhet i helse. Ikke minst kan den v) skape en form for rapportering av sosial ulikhet som er lettere for politikere å forholde seg til enn ren statistikk – og vil derfor kunne bidra til et vellykket innsalg av folkehelse temaer i kommuneplanens handlingsdel.

### **Fokusgruppe som metode: utfordringer**

Begrensingene ligger i at metoden er tidkrevende, både i forberedelsesfasen og i arbeidet med å analysere datamaterialet. Videre krever det en viss minimumskompetanse knyttet til forståelse av kvalitative undersøkelser generelt, og til denne metoden spesielt.

For å bruke fokusgruppeintervjuer på en mest mulig hensiktsmessig måte kan det være at man i) kan bruke informantene mer selektivt eller at ii) intervjuene gjennomføres i flere steg. Deltagere som ikke daglig jobber med praksisfeltet til daglig er ikke nødvendigvis så fortrolig med feltet at man kan forvente at det er her de skal gi de beste innspillene. En modell er at deltakerne identifiserer sårbare grupper i sine virksomheter og at andre tar fatt i påvirkningsfaktorer og egnede virkemidler. Man kan tenke seg en femtrinnsrakett i en induktiv innlemming av praksisfeltet i arbeidet med utvikling av kunnskap som belyser

sosiale helseforskjeller. Deltagerne som blir intervjuet vil hovedsakelig kunne bidra til de to (kanskje tre) første trinnene:

- 1) Finnes det tegn på barn som helsemessig sliter mer enn andre i min virksomhet? Hva er disse tegnene?
- 2) Kan denne andelen kvantifiseres pr i dag? Hvis ikke, kan man etablere tiltak for å få den kvantifisert?
- 3) Hva er årsakene til at de sliter – finnes det noe mønster?
- 4) Har kommunen virkemidler til å påvirke helsetilstanden blant disse?
- 5) Hvilke kommunale tiltak kan iverksettes for å heve helsetilstanden hos disse barna (kortsiktige - langsiktige, individuelle-strukturelle, universelle-spesielle)?

Et slikt fokusgruppeintervju i flere steg baserer seg på at moderator noterer ned de viktigste temaene som utkrystalliserer seg i gruppa og at disse sendes tilbake til deltagerne. Deltemaene utforskes videre i et nytt fokusgruppeintervju eller etter en pause i intervjuet.

Prosjektgruppa i Vestfold fylkeskommune oppsummer erfaringen med slike intervjuer med at man av og til må nøye seg med å trekke ut essensen i intervjuene og at man derfor ikke trenger å gå i dybden i alle temaene som kommer opp i intervjuene (VFK oppsummering 2015). Det samme innspillet har kommet fra referansegruppa for delprosjektet. Poenget er å spore opp skjult kunnskap om sosial ulikhet i helse som ikke fanges opp av de foreliggende kvantitative indikatorene. På mange måter representerer indikatoroversikten fra dette prosjektet et vellykket eksempel på et slikt grep.

## 6.4 Idéheftet og dets potensielle anvendelse i oversiktsarbeidet

Idéheftet 'Sosial ulikhet i helse – Metoder og verktøy for kartlegging' har et hovedfokus på kjennetegnene (indikatorene) på utsatte grupper i den gjeldende alderskohorten og mulige faktorer og prosesser som bidrar til at de har kommet i denne situasjonen.

Heftet identifiserer dårlig økonomi som den viktigste negative helsedeterminanten for gruppen, men også foreldres utdanning og sosiale og kulturelle ressurser spiller inn. Videre blir sosial kapital - forklart som venner, familie og andre nettverk - nevnt av flere fokusgruppedeltagere. Det refereres også til enkeltfaktorer som normalt ikke refereres så hyppig til i den tradisjonelle litteraturen (slik som Dahl mfl. 2014), boligtype, mobbing, isolasjon, mm.

Videre presenterer heftet områder der kommunen kan intervensjonere på en hensiktsmessig måte for å redusere sosiale helseforskjeller. Det kan blant annet være aktuelt å flytte fokus fra det tidspunktet der problemene oppstår til påvirkningsfaktorer på et tidligere tidspunkt, å møte foreldrene på deres vilkår, strømlinjeforme fokuset på sosial ulikhet i helse i all virkemiddelbruk, tidlig intervensjon og etablering av permanente dialogarenaer der ansattes erfaringer kan deles på tvers av fag og virksomheter.

Til slutt fremhever heftet fokusgruppeintervjuer som et velegnet redskap for å høste erfaringer om sosial ulikhet i helse på tvers av sektorer. Samtidig understrekes det at tilsvarende erfaringer kan høstes ved å delta i lederteam, formidle informasjon skriftlig og muntlig til ledere og å ta del i fellessamlinger.

NIBRs vurdering er at heftet og den tilhørende indikatoroversikten har blant annet trukket veksler på fokusgruppeintervjuene og har derfor vært tidkrevende å produsere. Et slikt hefte vil kunne utarbeides på bakgrunn av andre kvalitative datakilder som er mindre arbeidskrevende. Uansett presenterer det foreliggende utkastet et interessant verktøy for å styrke arbeidet med sosial ulikhet i helse i oversiktsarbeidet i kommuner.

## 6.5 Den overordnede erfaringen fra delprosjektet

Selv om flere av de skriftlige produktene fra delprosjektet fortsatt er under utarbeidelse, har prosjektet allerede høstet nyttig erfaring når det gjelder å prøve ut og raffinere verktøy og modeller for å løfte frem sosial ulikhet-dimensjonen i oversiktsarbeidet.

Rapporten har klart å anvende innsikten fra Dahl mfl. (2014) sitt arbeid om sosial ulikhet i helse på en måte som er relevant for oversiktsarbeidet på kommunalt nivå; den identifiserer både

relevante kvalitative og kvantitative indikatorer og relevante virkemidler som påvirker helsetilstanden. Idéheftet og den tilhørende indikatoroversikten for sosial ulikhet i gruppen 0-6 år, viser at fokusgruppeintervju kan være en nyttig metode for å supplere informasjonen som kan hentes ut av foreliggende statistikk.

Fokusgruppeintervjuene har ikke bare bidratt til å gi en dypere og mer finmasket innsikt i hva som kjennetegner sårbare grupper i den angjeldende alderskohorten. De har også bidratt til å identifisere relevante lokal helsedeterminanter av kvalitativ art og mulige determinanter som kommunen rår over.

En gjennomgående utfordring ved bruken av fokusgruppeintervju som metode er imidlertid at den er tid- og arbeidskrevende. Bruken av metoden fungerer godt for refleksjon på tvers, bevissthet om egen institusjons rolle, for tematisering av begreper, for å identifisere virkemidler og innsalg av temaer til politikere. Utfordringen består i at det er særdeles arbeidskrevende å systematisere kunnskapen, og at det kreves en del kompetanse for å fasilitere slike intervjuer. I en litt mer forenklet og tilpasset form er det likevel mulig å benytte metoden for få frem relevant kvalitativ informasjon.

Sluttproduktene idéheftet og indikatoroversikten, som bygger på intervjuene, har fått en form som har overføringsverdi til andre kommuners arbeid med sosial ulikhet i oversiktsarbeidet. Derfor må den krevende tidsbruken veies opp mot oppsiden ved metoden; at den fungerer som et redskap for å skape rom for refleksjon og å få frem de ulike deltageres erfaringer/forståelser og deling av disse. Likevel er det klart at andre fellesarenaer som ledersamlinger og prosjektmøter på høyere nivå i den kommunale organisasjonen også kan ha den samme funksjon med tanke på å bringe kvalitative dimensjoner inn i sosial ulikhet i helse-dimensjon i oversiktsarbeidet.

## 6.6 Erfaringspunkter

Sosial ulikhet i helse er det mest komplekse og sektoroverskridende området innenfor folkehelsefeltet. I bunn og grunn er det like stort som folkehelse i seg selv, men med et helt tydelig perspektiv i bunnen. Fordi det er et så sentralt felt og fordi

det er såpass komplekst, er det interessant at det har blitt viet såpass stor oppmerksomhet og vilje til å gå inn i det. Erfaringene er derfor nyttig for mange. Vi vil løfte fram følgende erfaringspunkter fra delprosjekt C:

*Begrepet sosial ulikhet i helse.* Begrepet sosial ulikhet i helse kan være vanskelig å forholde seg til. I fokusgruppeintervjuene kom det fram at «utsatte grupper» kanskje var et begrep som gav mer intuitiv mening for deltagerne enn grupper med «sosial ulikhet i helse». En slik utskifting av begreper er et eksempel på det vi i kapittel 3 kaller språksetting. Målet er å gjøre ideen begripelig for de som skal involveres i arbeidet. Men samtidig er utskiftingen av begrepet ikke kun et eksempel på språksetting, hvor det er ordene som brukes som endres, men handlingen som følger er den samme. Å benytte utsatte grupper i stedet for sosial ulikhet i helse kan medføre en endring i fokus og tiltak. I begrepet sosial ulikhet i helse ligger innbakt et fokus på at helsen fordeler seg som en gradient i befolkningen. I en egen handlingsplan mot sosial ulikhet i helse forklarer Helsedirektoratet det slik:

Sosiale ulikheter i helse danner mønster av en gradient gjennom hele befolkningen. Det er ikke kun de absolutt fattigste som skiller seg ut med dårligere helse. De rikeste har litt bedre helse enn de nest rikeste, som igjen har litt bedre helse enn de tredje rikeste osv. Sosiale ulikheter i helse er derfor noe som angår alle. Vi sier at sosiale ulikheter i helse utgjør en *gradientutfordring* som krever et bredt, befolkningsrettet fokus på problemet (Helsedirektoratet 2005).

Befolkningsrettede, universelle tiltak følger altså i kjølvannet av sosial ulikhet i helse forstått som en gradientutfordring. Når man skifter fokus til utsatte grupper er spørsmålet om man samtidig tillater et snevrere fokus på arbeidet for å redusere sosial ulikhet i helse der man konsentrerer seg om de som allerede har utfordringer snarere enn å forebygge i befolkningen som helhet. Spørsmålet er om det å tenke gradienten og universelle tiltak, oppleves for stort å forholde seg til for kommunene og at de derfor føler behov for å forenkle?

*Fokusgruppeintervjuer som metode.* Fokusgruppene gav deltagerne en anledning til gå dypere inne inn problemstillinger knyttet til sosial ulikhet i helse samt en mulighet til å reflektere, gå i dybden og

møtes på tvers av virksomheter og fag. Imidlertid er det en tid- og arbeidskrevende metode. I tillegg krever metoden god innsikt i sosial ulikhet i helse hos den som gjennomfører intervjuene og en klar tanke om hvor man vil med intervjuene. Spørsmålet er om fokusgruppeintervjuene burde forenkles noe og gjennomføres med en tydeligere struktur.

*Sammensetning av aktørene som skal bidra med kunnskap.* I fokusgruppene synes det å være optimalt med en variert gruppe av representanter fra tjenester som er i inngrep med samme aldersgruppe, men som er organisert forskjellig i den kommunale strukturen.

Videre synes det optimalt at det noen representanter hadde ansvar for alle barn (barnehage og helsestasjon), mens andre hadde ansvar for barn med spesielle helseutfordringer (PPT og barnevern). På denne måten kan den første gruppen deltagere identifisere de usatte barna og spesialistene kan detaljere utfordringsbildet hos disse.

*Fler stegs- fokusgruppeintervju.* En slik metode kan anta former. En variant som baserer seg på at moderator noterer ned de viktigste på sosial ulikhet i helse som utkrystalliserer seg i gruppa og at disse sendes tilbake til deltagerne. Disse deltemaene utforskes videre i et nytt fokusgruppeintervju eller etter en pause i intervjuet. En annen variant er å konsentrere seg om mål på sosial ulikhet i helse i et intervju og påvirkningsfaktorer samt virkemidler i kommunal politikktutforming i et annet

*Andre arenaer for deling kunnskap om sosial ulikhet i helse.* Fokusgruppeintervjuenes styrke er at de løfter frem erfaringer på tvers at sektorer og etater. Det må understrekes at tilsvarende erfaringer kan høstes ved å delta i lederteam, formidle informasjon skriftlig og muntlig til ledere og å ta del i fellessamlinger.

## 7 Fra oversikt til planstrategi (delprosjekt D)

En av de virkelige nyvinningene med folkehelseloven er koblingen som gjøres mellom oversiktsarbeidet og kommunal planlegging etter plan- og bygningsloven. I likhet med andre sektorovergrepene har planlegging i økende grad blitt sett på som et virkemiddel for å integrere folkehelse på tvers av sektorer. *Hvordan* dette skal gjøres er imidlertid i stor grad opp til kommunene. Erfaringsfylke-prosjektet har som en av sine målsetninger å utforske hvordan det kunnskapsgrunnlaget som arbeides fram gjennom oversiktsdokumentet kan øve innflytelse på mål og prioriteringer i den kommunale planstrategien og kommunal planlegging for øvrig. Tanken er ikke at kommuneplanleggerperspektivet skal være dimensjonerende og sette rammer for oversiktsdokumentet som sådan, men ved å reddykke kommuneplanleggerperspektivet kan det komme fram en etterspørsel etter kunnskap som arbeidet med oversiktsdokumentet bør forholde seg til. Potensielt vil gevinsten være toveis: På den ene siden blir oversiktsdokumentet mer relevant og etterspurt. På den andre siden får kommuneplanleggeren et bedre kunnskapsgrunnlag innen helt sentrale temaer i kommuneutviklingen.

Målet med delprosjektet *fra oversikt til planstrategi* er ifølge Vestfold fylkeskommunes egen prosjektpresentasjon å identifisere data og beskrivelser som kan oppleves som relevante for plan og politikk. Det innebærer å:

- Trekke linjer fra oversiktsarbeid til planstrategi, både i kunnskapsgrunnlag og strategivalg, gjennom gode pedagogiske og faglige eksempler.



- Se oversiktsarbeidet fra et overordnet og politisk perspektiv og beskrive hvordan det kan brukes som grunnlag for politiske prioriteringer.

Spørsmålene som stilles er; Hva kreves av data og beskrivelser fra oversiktsarbeidet for at det skal oppfattes som relevant i planstrategiarbeidet? Hvilke spørsmål vil bli stilt til materialet i oversiktsarbeidet for at det skal gi grunnlag for politiske prioriteringer?

Det empiriske grunnlaget for dette delprosjektet er sju dokumenter utarbeidet av Vestfold fylkeskommune som dokumenterer fire ulike faser i dette prosjektet (VFK oversikt på dagsorden 2014, VFK oversikt til plan 2014, Citiplan 2015, VFK oversikt til plan 2015a, Asplan Viak 2015, VFK oversikt til plan 2015b, VFK oversikt til plan 2015c), nemlig:

- «Fra problemstilling til måte å arbeide på» hvor målet var å arbeide fram en forståelse av hvilken type kunnskap som har potensial til å ha gjennomslag i planprosessen og dermed bli prioritert i planer.
- «Gjennomføring av kommunemøter, utblinking av temaer» hvor man forsøkte å få til en arbeidssituasjon som gav åpen adgang til kommuneadministrasjonens viktigste utfordringer og deres relasjon til folkehelse spørsmål.
- «Temautredningen» hvor temaer blinket ut i fase 2 ble mer grundig utredet slik at kommunene fikk et råmateriale å plukke fra til eget oversiktsarbeid.
- «Tilbakeføring til oversiktsarbeidet» hvor temaene blinket ut som følge av utredningen av folkehelse temaer med planleggingspotensial ble satt inn i malen for oversiktsdokumentet i Svelvik og Tønsberg. Slik ble disse plantemaenes anvendelighet i oversiktsarbeidet testet ut.

Vi vil ikke gå igjennom hver av disse fasene kronologisk. Disse er dokumentert av Vestfold fylkeskommune i dokumentene referert over. Vårt hovedfokus her er å trekke fram viktige lærdommer fra disse fasene. Fase 1 er imidlertid behandlet allerede, da denne fasen overlapper med delprosjekt A som er presentert i kapittel 4. Disse lærdommene vil ikke bli repetert i sin helhet her.

I tillegg til dokumentene fra Vestfold fylkeskommune vil vi basere presentasjonen av lærdommer på fokusgruppeintervjuer med folkehelseseksjonen i Vestfold fylkeskommune og fokusgruppeintervjuer med relevante aktører i Tønsberg og Svelvik, samt individuelle intervjuer med folkehelsekoordinatorene i de to kommunene.

Av de fire delprosjektene er det dette som har kommet kortest, i den forstand at prosjektet ikke har ledet til etablering av noen konkrete lokale praksiser som det kan trekkes direkte lærdommer av. Kommunene har brukt all tid og energi på å jobbe fram et oversiktsdokument og har således ikke arbeidet med å innrette og koble oversiktsdokumentet til planleggingen. Det særlig fylkeskommunen, men også kommunene, har gjort, er å diskutere, reflektere og teste ut hvilke folkehelse temaer som er spesielt egnet til å være et bindeledd mellom de to feltene. Det vil si at de både representerer sentrale folkehelseutfordringer og er aktuelle utfordringer for kommunen generelt og dermed aktuelle å ta opp i en plansammenheng. Disse ideene og tankene kan det bygges videre på både i kommunene og i fylkeskommunen.

## 7.1 Oversiktsarbeidet i en planleggingskontekst

Diskusjonen mellom «folkehelsefolk» og «planfolk» på arbeidsseminaret i Åsgårdstrand 30. – 31. oktober 2014 (se kapittel 4 for mer inngående presentasjon) avfødte en identifisering av faktorer som planleggerne ser etter når de samler kunnskap til planstrategi/kommuneplanlegging:

- Kunnskap som gjør det mulig å følge utviklingen over tid. Særlig vil knekkpunkter eller endringer tiltrekke seg planleggerens oppmerksomhet
- Kunnskap som knuser myter og dermed tvinger fram en endring av en etablert forståelse
- Kunnskap som rommer en geografisk dimensjon og som kan brytes ned på underkommunalt/sonenivå og som dermed avføder prioriteringsdiskusjoner. I hvilke områder av kommunen skal tjenester legges og investeringer gjøres?
- Kunnskap som viser effekten av satsinger og tiltak

Disse punktene er interessante i en planleggingskontekst fordi kunnskapen her har en form som snakker et politisk språk. Felles for dem er at kunnskapsgrunnlaget her gir retning og peker fram mot løsninger og tiltak, som er det politikere er aller mest opptatt av. Samtidig har de det til felles at de er nært koblet til statistiske data, ikke minst gjelder det punkt en og tre. Statistiske data er trolig den typen informasjon som lettest lar seg koble til planlegging.

## 7.2 Utblinking og utredning av temaer

Utblinking av temaer er basert på identifisering av kommunens viktigste utfordringer og hvordan disse er relatert til folkehelsefaglige spørsmål. Disse kom fram gjennom møter i Svelvik, Tønsberg og Nøtterøy initiert av Vestfold fylkeskommune og fasilisert av innleid konsulent. Målet var at kommunen skulle ha en bred deltakelse med ledelsesforankring. I Tønsberg lyktes de med dette, mens i Svelvik deltok kun kommunens interne kjernegruppe for oversiktsarbeidet; folkehelsekoordinator, kommunelege og kommuneplanlegger. Temaene en kom fram til i hver kommune er gjengitt i en egen rapport fra det innleide konsultentselskapet (Citiplan 2015) og vil ikke gjengis i sin helhet her.

I møtene med kommunene kom det fram en rekke temaer. Noen temaer utmerket seg som viktige for alle kommunene (inkludert Nøtterøy):

- Boligsituasjonen. Kunnskap som belyser blant annet tilbudet av ulike typer boliger, geografisk konsentrasjon av ulike typer, utviklingstrekk i form av nyproduksjon, prisutvikling.
- Demografi med vekt på analyser av eldrebølgen
- Gruppen mellom 19 og 30 år som faller utenfor arbeid og utdanning.

I tillegg var innvandring og integrering også et tema i samtalen. I Tønsberg ble det særlig løftet fram hvilke kvaliteter som er viktig å sikre i byutviklingen av hensyn til folkehelsen.

I etterkant av møtene i kommunene fant kommunene og Vestfold fylkeskommune fram til et sett temaer som de ønsket å utrede nærmere<sup>4</sup>. Disse var:

- bolig og demografisk analyse innrettet mot virkning av eldrebølgen
- Analyser knyttet til boliger når det gjelder lokalisering, sammensetning og endringer over tid

Temaene er avledet av hva kommunene selv mener er viktige overlapp mellom det planleggingsmessig aktuelle og det folkehelsemessig utfordrende. Imidlertid har de gjort en loop fra plankonteksten tilbake til oversiktsarbeidet ved at utredningen av temaene nevnt ovenfor fungerer som råmateriale som kommunene kan plukke fra og integrere i oversiktsdokumentet sitt. På den måten legger man inn temaer som en har tro på at har et potensial for å bli hensyntatt i kommuneplanleggingen. Temaene som ble valgt for tilbakeføring til oversiktsarbeidet i de to kommunene var følgende: I Tønsberg valgte de temaet «boligtyper» som er avledet av at Tønsberg i Vestfoldsammenheng har høy befolkningsvekst, og dermed høye krav til å finne gode løsninger på boligbehovet. Bakgrunnen er at de mener boligsituasjonen rommer en rekke faktorer som virker inn på befolkningens helse, både den psykiske og den fysiske. Videre løfter de fram at hva slags bolig en lever i, og dermed hva slags innvirkning bolig har på helsa, henger sammen med øvrige ressurser, som inntekt og utdanning.

I Svelvik valgte de temaet «befolknings sammensetning». De argumenterer på følgende måte i utkastet til oversiktsdokumentet (Svelvik kommune 2015):

Aldersfordeling forteller mye om framtidig befolkningsutvikling, samtidig som det forteller om dagens og framtidens behov innen en rekke offentlige oppgaver, og om arbeidsstyrke og forsørgerbyrde. Viktige temaer i Svelvik er blant annet utviklingen i befolkningstallet samlet, og utviklingen av folkemengde i arbeidsfør alder, antall barnehagebarn,

---

<sup>4</sup> Utredningen av temaene ble gjennomført av Asplan Viak på oppdrag av Vestfold fylkeskommune og er gjengitt i en egen rapport (Asplan Viak 2015).

skoleelever, og pleie- og omsorgstrengende. Det har betydning for hvordan kommunen skal utvikle sine tjenester og tilbud, og for blant annet arealplanlegging med sentrumsutvikling, tilrettelegging av bolig, arbeidsplasser og transportsystemer.

I begge kommunene er denne prosessen, hvor de har gått fra opplevde folkehelseutfordringer, via å se dem i en plankontekst for til slutt å sette utvalgte temaer hvor en har tro på at det er stort overlapp mellom folkehelse og plan inn i oversikten igjen, gjennomført med sikte på å øke folkehelse sin gjennomslagskraft i planleggingen.

Delprosjektet har i tillegg til de spesifikke temaene som ble identifisert i kommunene foreslått noen mer generelle temaer. Disse er et resultat av samarbeidet mellom Vestfold fylkeskommune, innleid konsulent og kommunene (Citiplan 2015). Disse er gjengitt her fordi de kan være nyttige for andre kommuner å bruke som et utgangspunkt for eget oversiktsarbeid:

1. Befolkningsutviklingen: Utvikling i antall og sammensetningen i befolkningen, herunder antatt sykdomspanorama som følge av tilflytting/fracflytting og aldring i befolkningen.
2. Utviklingen i boligmarkedet: Utviklingen av antallet, kvaliteten, fordelingen og kostnaden ved boligmassen i kommunen og virkningene på befolkningsutviklingen og geografisk og sosial fordeling av boliger.
3. Risiko, sårbarhet og trafiksikkerhet: Utviklingen av risikofaktorer, sårbarhet, trafikkutvikling og ulykker m.m. Geografisk fordeling og utvikling over tid er viktige faktorer.
4. Helsetilstanden i befolkningen: Situasjon og utvikling over tid, inklusive sosial ulikhet i helse og geografiske forskjeller mellom delområder i kommunen.
5. Miljøfaktorer: Fysiske, biologiske, kjemiske og sosiale miljøfaktorer som påvirker arealbruk og faktorer som avhenger av den (bomiljø, rekreasjon m.m.).

Punktene har en klar kobling til forvaltning av arealer som er hovedbeskjeftigelsen til planleggere, samtidig er koblingen til folkehelse tydelig.

### 7.3 Erfaringspunkter

Dette er den delen av Vestfolds erfaringsfylkeprosjekt som har kommet kortest i den forstand at det ikke har materialisert seg i utprøving av faktiske praksiser i kommunene. Imidlertid er det reflektert og diskutert mye basert på aktørenes tidligere erfaringer. Disse erfaringene peker på noen interessante dimensjoner når man skal ta oversiktsarbeidet over i en planleggingskontekst:

*Identifisering av overlapp.* Det handler om å finne overlapp mellom det planleggingsmessig aktuelle og det folkehelsemessig utfordrende. Særlig er kunnskap og indikatorer som identifiserer knekkpunkter/vesentlige endringer, som gir en endret forståelse av et fenomen og/eller inneholder en geografisk dimensjon og dermed avføder prioriteringsdiskusjoner interessante i en plankontekst. De har alle en form som snakker et politisk språk.

*Bolig og boligpolitikk særlig interessant.* Overlappet mellom folkehelse og planlegging er særlig tydelig i boligpolitikken. Bolig er et hett tema i planleggingen som har et tydelig fysisk uttrykk. Det handler om befolkningssammensetning, lokalsamfunnsutvikling, tiltrekking av nye innbyggere, etc. Samtidig opplever kommunene at bolig og boligsituasjonen er viktig i folkehelsesammenheng. Både som ramme for folks hverdag og som virkemiddel for å skape endring generelt i befolkningssammensetningen og individuelt i levevilkår.

## 8 Hvilke valg har vært viktige?

Vestfold fylkeskommunes «erfaringsfylkeprosjekt» har bestått av fire ulike delprosjekter som vi har gått inn på i de foregående kapitlene. I dette kapitlet vil vi belyse noen viktige trekk ved gjennomføringen av prosjektet mer i sin helhet, og peke på noen potensielle lærdommer.

### 8.1 Flere målsetninger enn de oppgitte

Vestfold fylkeskommunes prosjektplan har, som vi har vist, klare målsetninger for prosjektet og for hvert delprosjekt. Planen beskriver forventede aktiviteter og ønskede resultater/produkter (VFK prosjektplan 2014). I planen er det imidlertid ikke beskrevet andre prosessuelle, relasjonelle og organisatoriske målsetninger. Denne typen målsetninger har imidlertid blitt løftet frem av prosjektgruppa i fylkeskommunen i intervjuer som vel så viktige som målsetningene oppgitt i prosjektplanen. Kompetanse- og relasjonsbygging har særlig blitt fremhevet.

At prosjektet skulle virke kompetansebyggende har både fylkeskommunen og kommunene fremhevet som en av de viktigste målsetningene med prosjektet. Flere av de sentralt involverte personene har vært nyansatte og man har sett prosjektet som viktig for å øke kompetansen. Oppfatningen blant deltagerne har vært at uansett hvor langt man kommer innen de enkelte delprosjektene vil man lære mye.

Både fylkeskommunen og deltakerkommunene har vært tydelige på at dette prosjektet er bare begynnelsen på arbeidet med oversiktsdokumentet og at det vil fortsette etter prosjektslutt. For Vestfold fylkeskommune har det vært en målsetning at man gjennom prosjektperioden skal bygge et *lag* mellom fylkeskommunen og kommunene i folkehelsearbeidet som kan

fortsette å videreutvikles også utover «erfaringsfylkeprosjektets» slutt. Hvis man lykkes med dette kan det skapes et samarbeidsklima som kan være konstruktivt for det videre arbeidet mellom fylkeskommunen og kommunene.

## 8.2 Gevinsten av tett personlig samarbeid

Et sentralt grep Vestfold fylkeskommune gjorde var å velge kun to samarbeidskommuner og jobbe tett med disse to. Tettest har det blitt jobbet i delprosjekt B hvor prosjektlederen fra fylkeskommunen og prosjektlederne i deltagerkommunene har hatt møter hver 14 dag angående oversiktsdokumentet. Deltagerne fremhever dette som en vellykket tilnærming, og en av prosjektdeltagerne i fylkeskommunen oppsummerte det slik:

Jeg vil kanskje legge enda mer vekt på den praktiske erfaringen vi har fått gjennom dette prosjektet. Det vi har gjort nå med å være så tett på kommunene, og få et par samarbeidskommuner, har gitt oss mye kunnskap om kommunenes virkelighet og måte å jobbe på. Så det er helt nødvendig synes jeg. Det hadde ikke jeg tenkt på for halvannet år siden at det var slik vi burde fylle den rollen ved å gå enda tettere inn på kommunen.

Som tidligere beskrevet har det å være så tett på økt fylkeskommunens forståelse av den kommunale virkeligheten og det har hjulpet dem i understøtterrollen. Fylkeskommunen hevder at å være så nært kommunene som de har vært i dette prosjektet er annerledes enn hva de har gjort tidligere, og særlig at de har gått så direkte inn i kommuneorganisasjonene for å skape interne endringer. Denne arbeidsmetoden gjennom prosjektet har gitt fylkeskommunen en generell erfaring:

Vi ser verdien av at fylkeskommunen i sin understøtterrolle i oversiktsarbeidet er en ressurs som er tett på den enkelte kommune. Vi tror mer på tett samarbeid, enn å jobbe gjennom «rundskriv» eller skriftlig veiledning (VFK oppsummering 2015).



### 8.3 Rolleavklaring og kommunikasjon

Fylkeskommunen er leder av dette prosjektet, mens kommunene er invitert med inn i prosjektet og er «laboratoriet» for størstedelen av prosjektet. Blant annet er det kommunenes oversiktsdokument som skal utformes. Deltagerne har samtidig ikke vært vant til et så tett samarbeid som det er lagt opp til her, og at fylkeskommunen leder et prosjekt som har som mål å gripe så mye inn i kommuneorganisasjonen. Prosjektet kan slik sett utfordre ansvars- og rollefordelingen mellom fylkeskommunen og kommunene.

I dette prosjektet har det vært et gap mellom hva fylkeskommunen kunne tilby som del av prosjektet og kommunenes forventninger til hva de ville få ut av støtte til eget arbeid.

Fylkeskommunen har i intervjuer vært tydelige på at de ønsket at mest mulig av arbeidet med oversiktsdokumentet skal foregå i kommunene, og at fylkeskommunen i mindre grad skal bistå i analysene og skrivingen av dokumentet. På den måten ville kommunene få eierskap og kjennskap til informasjonen som legges inn i oversikten. Fylkeskommunen har på sin side utviklet verktøy, maler og modeller for prosess som kommunene kan ta i bruk, og har bidratt i analyser og skriving av noen temaer med data på fylkesnivå. Dette har vært ment som eksempler på hvordan analyser og tekst kan utformes. Overføringsverdien til verktøyene og metodene som har blitt utviklet har også stått i fokus. Fylkeskommunen har imidlertid i stor grad overlatt til kommunene å gjøre prioriteringer av indikatorer.

Samarbeidskommunene oppfattet at de hadde fått mye og god støtte fra fylkeskommunen i prosjektet. Likevel hadde de imidlertid forventet enda mer direkte bistand i utformingen av oversiktsdokumentet i sin helhet, og de etterlyste ytterligere rådgivning om blant annet utvelgelse av indikatorer. Kommunene har generelt ønsket at fylkeskommunen hadde vært enda tettere på når det gjaldt det konkrete arbeidet, både i form av enda mer rådgivning og utforming av dokumentet. Kommunene savnet også å bli ytterligere inkludert i fremdriften og planene for de ulike delprosjektene.

En enda sterkere rolleavklaring og kommunikasjon kunne vært med å skape mer like forventninger mellom prosjektledergruppa

og deltagerne i kommunene i hva kommunene kunne forvente av bistand fra fylkeskommunen. Generelt har fylkeskommunen en understøtterolle overfor kommunene innen folkehelse, og erfaringene fra dette prosjektet viser at det er viktig med tydelig avklaring av hvordan fylkeskommunen vil fylle understøtterollen og hvilke bistand kommunene kan vente seg. I og med at arbeidet har vært nytt for alle involverte med stor vekt på eksperimentering har det ikke vært så lett å vite på forhånd hvor arbeidskrevende prosjektet ville bli. Dermed har det vært vanskelig å stipulere tidsbruk og arbeidsbelastning på forhånd. Både kommunene og fylkeskommunene har kjent på at kapasiteten deres ble strukket i dette prosjektet.

## 8.4 Overgang fra oversikt til plan

«Erfaringsfylkeprosjektet» har bestått av fire delprosjekter med ulikt fokus og innretning. Gjennom å følge prosjektet over tid fremstår det tydelig at alle prosjektene, bortsett fra delprosjekt C om sosial ulikhet i helse, har en sentral felles komponent. De har hatt fokus på overgangen fra oversiktsdokumentet til planstrategi. Seminaret i Åsgårdstrand (delprosjekt A) handlet blant annet om møte mellom folkehelsekoordinatorne og samfunnsplanleggerne. I delprosjekt B har det vært et særlig fokus på at oversiktsdokumentet skal utformes på en måte som gjør det egnet til å være et grunnlag for arbeidet med den kommunale planstrategien. Mens delprosjekt D i sin helhet omhandler denne overgangen. Vestfold fylkeskommunes «erfaringsfylkeprosjekt» har, slik vi ser det, ved prosjektstart hatt en tydelig vektlegging av oversiktsarbeidet muligheter for påvirkning av planarbeidet.

I prosjektet har man også fått prøvd ut noen aktiviteter, metoder og tilnærminger som tar opp i seg overgangen fra oversikt til planer. I delprosjekt D har man gjennomført møter hvor folkehelseperspektivet møter samfunnsplanleggerens perspektiv. I delprosjekt B er forslag til mal for oversiktsdokumentet klart preget av tanken om at dokumentet skal virke inn på planarbeidet, men man har i mindre grad fått prøvd dette ut de i to deltakerkommunene. Prosjektet, med de ulike delprosjektene, er altså i stor grad bygd opp for å prøve ut og høste erfaringer om overgangen fra oversikt til plan, men ser man på hva som er gjennomført i prosjektet er det muligens nettopp overgangen fra

oversiktsdokumentet til planstrategi hvor man har fått høstet minst erfaringer. Den rikeste erfaringen er knyttet til hvilke utfordringer og muligheter kommuner og fylkeskommuner kan møte i arbeidet med å utforme oversiktsdokumentet. Dette kan henge sammen med at overgangen fra oversikt til plan også er den siste fasen i oversiktsarbeidet, og krever til dels et foreliggende oversiktsdokument. Men delprosjektene har gitt noen overordnede erfaringer med hvordan innrette oversiktsarbeidet og oversiktsdokumentet for at disse skal virke inn på det kommunale planarbeidet, og omvendt, hvordan oversiktsarbeidet kan tilpasses en plankontekst.

#### 8.4.1 Gjensidig påvirkning mellom prosjektene

En utfordring i dette prosjekt har vært å få de ulike kunnskapsbidragene innad i delprosjektene til å befrukte hverandre og å få disse bidragene til å tilflyte arbeidet med oversiktsdokumentet, i delprosjekt B. Hvordan og når dette eventuelt skal skje er ikke helt klart i formålsbeskrivelsen. For eksempel kan man spørre hva slags sammenheng det er, i delprosjekt C, mellom rapporten og fokusgruppeintervjuene? Og i hvilken grad og på hvilken måte tenkes erfaringene fra prosjekt C å bygges inn i malen for oversiktsarbeidet og instrumentene for å fylle data inn i denne (i delprosjekt B)? Videre er det liten eller manglende erfaring fra hvordan deltagerkommunene Tønsberg og Svelvik trekker vekslers på kunnskapsbidragene fra delprosjekt C i sine respektive utkast til oversiktsdokumenter. Dette illustrerer at selv om det har vært regelmessige møtepunkter mellom representanter for det ulike delkomponentene i oversiktsprosjektet, kan det være komplisert å få til et en god kunnskapsflyt som beriker alle dokumenter. Noe gjensidig påvirkning har det imidlertid vært, særlig mellom de ansvarlige for de ulike prosjektene i fylkeskommunen. Likevel er det riktig å si at den gjensidige påvirkningen og videreutviklingen av de ulike prosjektene hovedsakelig vil komme til uttrykk i det videre arbeidet, etter prosjektene formelt er avsluttet.

#### 8.4.2 Erfaringspunkter

Som vi tidligere har vist har dette prosjektet gitt mange erfaringer når det gjelder folkehelsearbeidet, men prosjektet har også gitt interessante erfaringer med å gjennomføre denne typen prosjekter

---

generelt og innenfor folkehelse spesielt. Vi vil trekke frem følgende erfaringer:

*Rolleavklaringer.* En tydelig avklaring mellom prosjektledere og deltagere om ansvarsforhold og oppgaver kan forhindre forventninger som ikke oppfylles. For deltagerne i prosjektet kan informasjon ikke kun om delprosjektet man er en del av være interessant og relevant, men også fremdrift og planene for prosjektet i sin helhet. Både tydelige rolleavklaringer og god informasjonsflyt kan virke stimulerende og motiverende for deltagerne i prosjektet.

*Overganger.* I større prosjekter med flere delprosjekter som skal virke inn på hverandre vil det være viktig at det er en tydelig plan og avklaring av hvordan og når ulike dokumenter/moduler skal befrukte hverandre. Imidlertid er det ikke mangel på planlegging som har hindret en gjensidig påvirkning på tvers av prosjektene i erfaringsfylkeprosjektet. Snarere har kapasiteten i fylkeskommunen vært for liten.

*Relasjoner.* Prosjekter mellom organisasjoner kan skape relasjonelle koblinger. En spin-off effekt av prosjektene er at relasjonene som er etablert vil kunne vedvare etter prosjektslutt, og dermed styrke både samarbeidet mellom organisasjonen og arbeidet internt i egen organisasjon.

*Essensen av dataene.* Innen komplekse fagfelt som folkehelse vil materialet man jobber med ofte være omfattende. Det kan likevel være viktig å trekke ut essensen av dataene på et tidlig tidspunkt for å kunne kvalitetssikre analyser og hypoteser.

## 9 Muligheter og utfordringer for oversiktsarbeid i fylkeskommuner og kommuner

NIBRs rolle har vært å oppsummere lærdommer fra Vestfoldprosjektet. Vi har vurdert prosjektet i seg selv i relasjon til prosess og resultat og organisatoriske muligheter og begrensninger for å drive lokalt folkehelsearbeid. Men vi forsøker også å trekke mer generelle erfaringer som kan ha overføringsverdi for andre kommuner. NIBRs arbeid som følgeevaluator har omfattet blant annet gjennomgang av litteratur; kartlegging av tilgjengelige metoder og verktøy for oversiktsarbeid; deltakelse på seminarer og møter; intervjuer (enkeltpersoner, fokusgrupper og referansegrupper); og gjennomgang av dokumentasjon knyttet til prosesser og resultater for prosjektet (for eksempel produserte dokumenter).

Generelt viser prosjektet at oversiktsarbeidet, slik det er krav om i loven og forskriften, er omfattende og krevende. Målet er at arbeidet skal gi status over folkehelsen i kommunen, bidra til det løpende folkehelsearbeidet, gi grunnlag for å overvåke helsetilstanden og negative/positive påvirkningsfaktorer, og samtidig være et beslutningsdokument som skal gi innspill til kommunens ulike plan- og politiske beslutningsbehov. Denne formen for kunnskapsbasert og systematisert folkehelsearbeid var et krav til kommunene også før folkehelseloven trådte i kraft. Men det er først med folkehelseloven fra 2012 at denne måten å arbeide på har fått bred oppmerksomhet. De fleste fylkeskommuner og kommuner har imidlertid behov for læring gjennom praksis. Vestfold fylkeskommune har sett prosjektet som en mulighet for å bringe fram nye ideer og erfaringer på kort tid, og å få rom til

eksperimentering. I sitt eget erfaringsnotat beskriver de tilnærmingen til folkehelsearbeidet slik; «fremmad i alle retninger – og så ser vi hva som skjer». Sitatet understreker at de har få erfaringer med oversiktsarbeidet, ikke bare hos kommunene, men også hos fylkeskommunen som understøtter av dette arbeidet. Prosjektet har derfor hatt mye preg av en felles utforskning av muligheter og begrensninger mer enn en prosess der fylkeskommunen sitter med alle svarene.

Slik eksperimentering handler om å oversette nasjonale ambisjoner til en lokal kontekst og innebærer (i alle fall) to parallelle prosesser: 1) å etablere ny forståelse for hva folkehelse er og hvilken type kunnskap som er aktuell å frambringe. 2) å utvikle nye institusjonelle praksiser og oversette kunnskap til plan og praksis. Ikke minst handler dette om å etablere koblingspunkter og fellesarenaer mellom relevante fagmiljøer og sektorer i kommunen slik at alle som har ansvar for folkehelse kommer i inngrep med relevant kunnskap. Også miljøer utenfor kommunen kan være aktuelle i den sammenheng. En helt sentral del av dette arbeidet er å etablere kontakt og kobling mellom oversiktsarbeidet som drives som del av folkehelsearbeidet og kommunens planarbeid. I kjølvannet av oversiktsarbeidet følger dermed utvikling av nye arbeidsformer, organisasjonsmodeller, rutiner og prosedyrer, og behov for politiske beslutninger og prioriteringer inn mot det kommunale planarbeidet. Oversettelsesprosessen som oversiktsarbeidet setter i gang har dermed potensial til å bidra til nyskaping og innovasjon i offentlig politikk og praksis over tid.

I det følgende vil vi trekke fram viktige erfaringer og lærdommer med de nevnte oversettelsesprosessene fra prosjektet i Vestfold. La oss først se på hvilke erfaringer kommunene og fylkeskommunen har gjort seg i forhold til å etablere *forståelse* for folkehelse, deretter erfaringene knyttet til å utvikle nye *institusjonelle praksiser*.

## 9.1 Å etablere ny forståelse på tvers av sektorer og fagfelt

Folkehelse som begrep og politisk mål er uten tvil komplekst. Ambisjonen er «helse i alt vi gjør» med et tydelig determinantperspektiv som retter oppmerksomheten mot positive og negative påvirkningsfaktorer langs hele bredden av kommunal

virksomhet og i privatsfæren, i folks arbeids- og hverdagsliv. Hvordan skal man gå fram for å belyse et så bredt tema?

### 9.1.1 Oversiktsarbeidets bredde og dybde

Vestfold fylkeskommune har benyttet erfaringsfylkeprosjektet til å ta folkehelseloven på ordet. De har lagt opp til at oversiktsarbeidet bør «vokse i bredde og dybde på grunnlag av folkehelserelatert kunnskap fra mange fagfelt» (VFK oppsummering 2015:4). Tanken er at man ikke bare skal finne fram til den kunnskapen man allerede sitter på, men også ny kunnskap fra sentrale og lokale kilder (Vedeld og Hofstad 2014).

Å gå i bredden har betydd at kommunene har arbeidet for å involvere mange fagfelt og sektorer. Å gå i dybden har medført at fylkeskommunen i arbeidet med å frambringe arbeidsmetoder knyttet til etablering av oversiktsdokumentet har utfordret kommunene til å gå bak statistikken og framskaffe lokal kunnskap. Fylkeskommunen ønsket at kommunene skulle øke forståelsen av statistikken, få eierskap til dataene og lete fram faktorer som kan forklare dem. Å få fram egnet dokumentasjon, statistikk og erfaringer fra relevante fagmiljøer og sektorer impliserer at de som skal frambringe kunnskapen skjønner hva de skal lete etter. For de ansvarlige for oversiktsarbeidet, som i dette prosjektet var folkehelsekoordinatorene, er dette en kommunikasjonsutfordring overfor fagpersoner som skal bistå i å framskaffe data og statistikk. De må informere godt om hva folkehelse er og hva det krever av den enkelte aktøren på veldig ulike fag- og politikkfelt. Å kunne kommunisere godt med ulike fagfeller handler om kjennskap til fagfeltene slik at prosjektleder treffer i bestillingen. Når informanter i Svelvik og Tønsberg blir bedt om å trekke fram noe de ville ha gjort annerledes, er det nettopp dette punktet om å forankre forståelsen for feltet og involvere og informere bedre som er deres svar. Trolig vil man aldri kunne informere godt og mye nok. Folkehelsearbeidet er en sideaktivitet for de impliserte sektorene. Men, som vi vil komme inn på under, kan organiseringen bidra til å lette denne delen av arbeidet.

### 9.1.2 Oversiktsarbeidets dualitet

Oversiktsarbeidet handler ikke bare om å gå i bredden og dybden. Snarere er det en sentral erkjennelse, særlig hos Vestfold

fylkeskommune, at oversiktsarbeidet og dokumentet det skal kunne ut i må gis et prioritert utfordringsbilde som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi og videre inn i plan- og politikktutforming. Dualiteten i arbeidet omfatter både å løfte fram det folkehelsemessig utfordrende og det planmessig relevante (samtidig skal arbeidet bidra til den løpende overvåkingen). Fylkeskommunen er opptatt av å ivareta begge disse funksjonene i oversiktsarbeidet. Kommunene er også opptatt av det, men de opplever den brede innhenting av data som krevende og detaljert. De er særlig opptatt av at arbeidet skal være matnyttig. Således er de noe ambivalente til målet om et stort og omfattende arbeid som grunnlag for oversiktsdokumentet. Deres forståelse av oversiktsdokumentets funksjon ligger altså nærmere det som oppfattes som plan- og lokalpolitisk relevant.

### 9.1.3 Fra oversikt til plan

Hva innebærer det så mer spesifikt å gjøre oversiktsarbeidet planmessig relevant? Vestfold fylkeskommune har vært særlig opptatt av at følgende kunnskap inngår i planleggingen: kunnskap og indikatorer som identifiserer knekkpunkter/vesentlige endringer, som gir en endret forståelse av et fenomen og/eller inneholder en geografisk dimensjon og dermed avfører prioriteringsdiskusjoner interessante i en plankontekst (se kapittel 7). Det som løftes fram her er altså momenter som utfordrer eksisterende kunnskap eller fører til nye diskusjoner. Det skisseres et bilde av planleggingen som responsiv stillet overfor nye ideer og impulser. Dette støter mot teorien om stivhengighet – at tidligere normer, organisasjonsformer, virker konserverende og i noen grad hindrer eller former adopsjonen av nye ideer. Om planleggingen er så endringsvillig og åpen for ny kunnskap svarer ikke denne undersøkelsen på. Men vi finner i alle fall stor grad av endringsvillighet – innenfor gitte rammer - blant sentrale aktører knyttet til prosjektet.

Kommunene og fylkeskommunen har sammen forsøkt å identifisere temaer hvor vesentlige folkehelseutfordringer møter sentrale planleggingsutfordringer. De to kommunene kommer opp med en rekke ulike temaer. Et viktig felt der det er overlapp mellom de to kommunene er temaet bolig og boligpolitikk. Begge kommunene har utfordringer på dette feltet, om enn i ulik grad, og de er opptatt av ulike sider ved problematikken. Som tema rommer



dette viktige muligheter for å takle sosial ulikhet i helse i tillegg til andre folkehelseanliggende. Forståelsen av hvordan bolig som folkehelse tema kan løftes fram i planleggingen har ikke materialisert seg i noen tydelige ideer eller praksiser så langt. Men det er noe både fylkeskommunen og kommunene ønsker å utforske videre. I koblingen mellom arealutvikling og folkehelse ligger det også et uforløst potensial som det vil være interessant å videreutvikle.

#### 9.1.4 Forståelsen av sosial ulikhet i helse

I kapittel 6 som omhandler betingelsene for å integrere sosial ulikhet i helse som en del av oversiktsarbeidet trakk vi fram at informanter syntes det var bedre å operere med begrepet «utsatte grupper» enn «sosial ulikhet i helse». Dette er et godt eksempel på det vi har kalt språksetting, å tydeliggjøre begrepet for å gjøre det mer håndterlig og lettere forståelig i den lokale dialogen (diskursen). Men denne språksettingen har også innbakt en viss *reduksjon* i innholdet. En form for *fratrekking* hvor man demper eller utelater deler av den opprinnelige ideen (se kapittel 3). Når man går fra sosial ulikhet i helse til utsatte grupper tillates samtidig et snevrere fokus på arbeidet. Sosial ulikhet i helse kan lett bli redusert til et fokus på de som allerede har utfordringer snarere enn å forebygge overfor befolkningen som helhet. Spørsmålet er om det å tenke gradienten og universelle tiltak oppleves for stort og vanskelig å forholde seg til for kommunene?

### 9.2 Å etablere nye institusjonelle praksiser

Å bli kjent med folkehelse og tilliggende begreper er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for å kunne drive oversiktsarbeid. Slik utvidet forståelse må gå hånd i hånd med utvikling av nye institusjonelle praksiser – arbeidet skal forankres og håndteres på tvers av kommunens ulike sektorer og fagmiljøer. Dermed blir strategiske og organisatoriske prioriteringer og arbeidsmåter viktige. På grunn av sin sektorovergrepende karakter, at kunnskap skal hentes inn bredt og integreres i planleggingen, utfordrer oversiktsarbeidet vante mønstre. Nyskaping i form av nye ideer og måter å arbeide på kan derfor utvikle seg i kjølvannet av dette arbeidet. Under vil vi utdype disse momentene nærmere.

### 9.2.1 Oversiktsarbeid som en forankringsprosess

Oversiktsarbeid handler om å involvere og aktivisere kommuneorganisasjonen (og eventuelt kommunesamfunnet) i kunnskapsutvikling og planlegging. Altså en form for tverrsektorielt og flerfaglig arbeid. En viktig erfaring fra prosjektet er at for å få til slik aktivisering og involvering på tvers er man avhengig av tydelig forankring. For det første forankring som *plassering av ansvar* - noen må få ansvaret for å gjennomføre arbeidet. En slik tydeliggjøring av ansvar krever en delegering fra rådmannen og gir legitimitet til å gå inn i organisasjonen, både vertikalt og horisontalt, og å etterspørre hjelp til å arbeide fram datagrunnlaget for oversiktsdokumentet. For det andre forankring som *organisasjonskunnskap* ved at den eller de som er satt til å utføre oversiktsarbeidet har god kjennskap til hvilke miljøer, erfaringer, arbeidsmåter og rutiner det er viktig å trekke på for å få tilgang til nødvendig og relevant kunnskap. Den eller de ansvarlige for oversiktsarbeidet er altså ikke bare avhengige av å ha forståelse og kunnskap om folkehelse og folkehelsepolitikken som fremhevet over, de er også avhengige av å kjenne egen organisasjon og aktuelle samarbeidspartnere for å kunne sette folkehelsepolitikken, i dette tilfellet oversiktsarbeidet, ut i livet. *Kompetansen* til prosjektlederen og prosjektgruppa som har fått ansvaret for oversiktsarbeidet er med andre ord viktig.

### 9.2.2 Betydningen av kapasitet og organisatorisk plassering

Et gjennomgangstema i vår rapport er oversiktsarbeidets kompleksitet, herunder kravet til bredde og dybde. I hvilken grad man lykkes med gjennomføringen er derfor avhengig av hvor store ressurser kommunen evner å sette av til arbeidet og hvilke ressurser fylkeskommunen som understøtter tilbyr kommunene og hvordan samarbeidet mellom fylke og kommune utfolder seg. Det avhenger også av hvor i det administrative hierarkiet folkehelse er plassert. *Kapasitet* er med andre ord en vesentlig faktor. Oversiktsarbeidet er særlig utfordrende for kommuner der få har mulighet til å arbeide med utviklingsoppgaver. Å utføre oversiktsarbeidet ved siden av andre tjenesteoppgaver er utfordrende. De ulike stegene og temaene i oversiktsarbeidet er de samme for alle, men kapasiteten til å håndtere arbeidet er ulikt

fordelt for eksempel mellom en liten kommune som Svelvik og en stor kommune som Tønsberg. Dette har også sammenheng med den organisatoriske plasseringen av folkehelsekoordinatoren og feltet innenfor kommuneadministrasjonen. Både denne evalueringen og tidligere undersøkelser viser at plassering tettere på rådmann gir større synlighet og legitimitet til arbeidet (Hofstad 2014, Helsetilsynet 2015).

### 9.2.3 Fokusgruppeintervjuer som metode

I arbeidet med delprosjekt C (presentert i kapittel 6) er det høstet verdifulle erfaringer med å måle sosial ulikhet i helse samt tiltak for å redusere ulikheten. Dette arbeidet har munnet ut i et interessant idéhefte om hvordan kommuner best kan løfte sosial ulikhet i helse-dimensjonen inn oversikt- og planarbeidet.

Idéheftet representerer et praktisk verktøy som kan brukes i kommuners videre arbeid med denne dimensjonen. Kanskje vel så nyttig, er imidlertid erfaringen som ble gjort med metoden for innhentning av de kvalitative data som ligger til grunn for heftet; nemlig fokusgruppeintervju.

Fokusgruppeintervjuene har bidratt til å gi en dypere og mer finmasket innsikt i hva som kjennetegner sårbare grupper, i dette prosjektet aldersgruppen 0-6 år. De har også bidratt til å identifisere relevante lokal helsedeterminanter av kvalitativ art og mulige determinanter som kommunen rår over. En viktig utfordring er imidlertid at fokusgrupper er tid- og arbeidskrevende. Bruken av metoden fungerer godt for refleksjon på tvers, og gir bevissthet om egen institusjons rolle. Den styrker tematisering av begreper, bidrar til å identifisere virkemidler og spisse innvalg av temaer til politikere. Utfordringen er at metoden er arbeidskrevende, særlig det å systematisere kunnskapen, og det kreves en del kompetanse for å kunne fasilitere slike intervjuer. I en forenklet og tilpasset form er metoden nyttig for få frem relevant kvalitativ informasjon.

## 9.3 Veien videre – krevende men med innovasjonspotensial

En sentral utfordring for folkehelsearbeidet er å finne en realistisk og mulig dimensjon på oversiktsarbeidet innenfor kommunens

ressurser. Med den tiden som var til rådighet i dette prosjektet, har ikke ambisjonene stått helt i forhold til gjennomføringsevnen. Imidlertid vil prosjekt B og D utvikles videre etter prosjektene formelt sett er avsluttet. Ingen av kommunene har klart å ferdigstille oversiktsdokumentet. De ulike delprosjektene har altså krevd mer arbeidsressurser, tid og kompetanse og kapasitet enn det kommunene har hatt eller fått tilført gjennom prosjektet. Også fylkeskommunen signaliserer at de har brukt mye ressurser på erfaringsfylkeprosjektet som de ikke vil ha samme mulighet til å sette av videre. Deres tanke er at verktøyene som er utviklet i forbindelse med dette prosjektet kan lette understøttingen av oversiktsarbeidet framover.

Oversiktsarbeidet kan løses på en rekke ulike måter for den enkelte kommune innenfor de relativt vide rammer som lov og forskrift setter. Samtidig som det er et relativt komplekst og krevende arbeid å framskaffe et godt oversiktsdokument.

Kommunen kan gjøre mye med oversiktsarbeidet ved å prioritere innenfor eksisterende ressurser, men dersom oversiktsdokumentet og prosessen med å utarbeide det skal gjøres bredt og dypt med stor vekt på å avdekke påvirkningsfaktorer, viser arbeidet i Vestfold både på fylkeskommunalt og kommunalt nivå, at det vil kreve økte ressurser. Slike tilleggsressurser kan komme fra kommunen selv eller fra fylkeskommunen (som mer aktiv understøtter) eller direkte fra helsemyndighetene.

Samtidig viser prosjektet at det ligger viktige innovasjonspotensial for kommuner og fylkeskommuner i oversiktsarbeidet. Kravene til folkehelsearbeidet medfører at kommunen og fylkeskommunen stilles overfor nye utfordringer. De ansatte må tenke og handle på nye måter internt og i samarbeid med andre både i forhold til oversiktsarbeidet og i planleggingen. Det kreves ny kunnskap, nye organisatoriske løsninger og nyorientering av planlegging. Vi viser til at ny kunnskap om sosio-økonomiske variable og helsevariable utfordrer vante oppfatninger og arbeidsmåter i planlegging og politikk. Vi har sett at folkehelsearbeidet slik det utfolder seg i Vestfold skaper kreativitet og nye ideer hos de impliserte. Det har bidratt med nye måter å arbeide og samarbeide på. Over tid vil antakelig denne dynamikken bidra til å forbedre og forenkle oversiktsarbeidet og gi det en mer robust forankring i kommunens løpende arbeid. Således har erfaringsfylkeprosjektet

vist flere veier mot en styrking av folkehelsen i lokal politikk og planlegging i årene fremover.

---

## Litteratur

- Asplan Viak (2015): *Innspill folkehelsearbeidet i Vestfold – arbeidsnotat*. Internt dokument.
- Citiplan (2015): *Fra oversikt til planstrategi. Oppsummering av møter med kommunene og anbefalinger til videre arbeid*. Internt dokument.
- Dahl, E., H. Bergsli og K.van der Wel (2014): *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus. (Sammendragsrapport)
- Hajer, M. A. (1995): *The Politics of Environmental Discourse: Ecological Modernization and the Policy Process*. Oxford: Oxford University Press
- Helgesen, M. og H. Hofstad (2012): *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid: Ressurser, organisering og koordinering – En baselineundersøkelse*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2012:13)
- Helsedirektoratet (2005): *Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse: Gradientutfordringen*, IS-1229, Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2013): *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. Oslo: Helsedirektoratet. (Veileder IS 2110)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012): FOR-2012-06-28-692  
*Forskrift om oversikt over folkehelsen*.
- Helsetilsynet (2015): *Med blikk for bedre folkehelse. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2014 med arbeidet i kommunane med løpende oversikt over helsetilstandene i befolkninga og påverknadsfaktorar etter folkehelselova*, rapport fra Helsetilsynet 4/2015. Oslo: Helsetilsynet.

- Hofstad, H. (2014): «Lokalt folkehelsearbeid – status, utfordringer og anbefalinger», vedlegg til Rapport IS 2203 *Samfunnsutvikling for god folkehelse*, Oslo: Helsedirektoratet
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) LOV-2011-06-24-29
- Proposisjon til Stortinget Prop. 90 L (2010-2011): *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Røvik, K.A. (1998): *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Oslo/Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K.A. (2007): *Trender og translasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Røvik, K.A. (2011): “From Fashion to Virus: An Alternative Theory of Organizations’ Handling of Management Ideas”. *Organization Studies*, 32 (5):631–654.
- Schou, A., H. Hofstad og M.K. Helgesen (2014): *Sambhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR-rapport 2014:21)
- Svelvik kommune (2015): *Utkast til oversiktsdokumentet for folkehelse i Svelvik mai 2015*. Internt dokument.
- Thelen, K. & S. Steinmo (1992): *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. London: Cambridge University Press
- Torfig, J. (2001): “Path-Dependent Danish Welfare Reforms: The Contribution of the New Institutionalisms to Understanding Evolutionary Change”. I: *Scandinavian Political Studies*, 24(4): 277-309
- Torfig, J. (2004): *Det stille sporskifte i velfærdsstaten : en diskursteoretisk beslutningsproceसानalyse*. Århus: Aarhus Universitetsforlag
- Vedeld, T. og H. Hofstad (2014): *Tilnærminger, modeller og verktøy i oversiktsarbeidet. En kunnskapsoppsummering*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2014:23)
- VFK (2015a): Innhold og disposisjon for et oversiktsdokument (fireårsdokumentet). Vestfold fylkeskommune. Internt dokument.

- VFK (2015b): Skjema for innsamling av informasjon til oversiktsdokumentet. Vestfold fylkeskommune. Internt dokument.
- VFK oppsummering (2015): *Arbeidsmetoder, erfaringer og refleksjoner*. Internt dokument.
- VFK oversikt til plan (2014): *Fra oversiktsdokument til planstrategi*. Arbeidsnotat til bruk i prosjektet Vest fold som erfaringsfylke innen oversiktsarbeid. Delprosjekt D. Internt dokument.
- VFK oversikt til plan (2015a): *Fra oversikt til planstrategi*. Underveisnotat til samarbeidskommunene Tønsberg, Svelvik og Nøtterøy. Internt dokument.
- VFK oversikt til plan (2015b): Uferdig utfylt informasjonsskjema, Tønsberg. Tema: Boligtyper. Internt dokument.
- VFK oversikt til plan (2015c): Uferdig utfylt informasjonsskjema, Svelvik. Tema: Befolknings sammensetning. Internt dokument.
- VFK oversiktsarbeidet på dagsorden (2014): *Folkebelse i kommunal planstrategi*. (Seminarrapport Åsgårdstrand 30. - 31. oktober 2014)
- VFK prosjektplan (2014): *Vestfold fylkeskommunes prosjektplan fra oppstart høsten 2014*. Internt dokument.
- VFK sosial ulikhet (2014): Vestfold fylkeskommune rapport om sosial ulikhet i helse. Internt dokument.
- VFK statusoversikt (2015): Vestfold fylkeskommunes rapport: *Status for arbeid med oversikt over folkehelsen i Vestfold-kommunene høsten 2014*. Internt dokument.