

Fosse, E. & Torp, S. (2022). Kan folkehelsearbeidet bidra til en styrking av velferdsstaten? I H. Vike, B. Karlsson & R. Sundet (Red.), *Velferdsstatens transformasjoner* (s. 102–118). Fagbokforlaget.
DOI: <https://doi.org/10.55669/oa200904>

4

Kan folkehelsearbeidet bidra til en styrking av velferdsstaten?

Elisabeth Fosse & Steffen Torp

Innledning

Samfunnet bruker store ressurser på å behandle sykdommer for at folk skal kunne leve gode liv, og vi oppfordres til å forebygge sykdommer gjennom bl.a. å spise sunt og holde oss fysisk aktive. Likevel vet vi at de grunnleggende faktorene som skaper helse, stort sett finnes utenfor helsevesenet og at de er utenfor enkeltindividets kontroll (WHO, 2008). I internasjonal sammenheng er folkehelsen i Norge god, og det er bred enighet om at dette har sammenheng med at vi i Norge har klart å skape gode levekår og små forskjeller mellom fattige og rike (se kapittel 2, Reiersen og Torp). En viktig faktor for å klare dette har vært en stor og velutviklet velferdsstat med universelle støtteordninger, dvs. støtteordninger for alle innbyggere. Norge har som ett av svært få land i verden fått en egen lovgivning om folkehelsearbeid og hvordan dette arbeidet skal organiseres og drives (Helse- og omsorgsde-

partementet, 2012). I dette kapitlet ønsker vi først å skissere hvordan folkehelsearbeidet i Norge har utviklet seg, og hvordan det er knyttet til utvikling og endring av velferdsstaten. Basert på denne gjennomgangen og på resultater fra egen forskning om iverksetting av folkehelselovgivningen stiller vi spørsmål om folkehelsearbeid kan være med på å styrke framtidens velferdsstat, og hvilke betingelser som må være til stede for at dette skal skje.

Folkehelse som del av velferdsstaten

Forbedring av folkehelsen var et sentralt tema allerede på 1920- og 1930-tallet, og i Norge ble folkehelse som et viktig tema drevet fram av sosialistiske leger, med senere helsedirektør Karl Evang i spissen (Nordby, 1989). I folkehelsearbeidet var det fokus på samfunnsforhold som skaper god og dårlig helse, det vi dag kaller helsens determinanter. Helse ble forstått som et resultat av levekår, og ved å bedre folks levekår ville også folkehelsen bli forbedret. Temaer var lønnspolitikk, boligpolitikk og velferdspolitikk, og ved å gi arbeidere en lønn å leve av, sunne boliger og velferdsordninger som arbeidsledighetsstønad og pensjon, ville levekår og dermed folkehelsen bli bedre (Slagstad, 2015). Denne forståelsen ble også grunnleggende for oppbyggingen av velferdsstaten etter krigen, og utjevning av sosiale forskjeller og utvikling av et sosialt sikkerhetsnett var de overordnede siktemålene.

Etter hvert som velstanden i befolkningen økte, ble koblingen mellom levekår og helse mindre tydelig. Hovedvekten ble lagt på å bygge ut sykehus, og stadig flere medisinske spesialiteter kom til. Men samtidig endret sykdomsmønsteret i befolkningen seg. Før krigen dominerte sykdommer som blant annet hadde sin årsak i fattigdom, som tuberkulose, mens på 1960 og -70-tallet ble hjerte-karsykdommer og kreft de dominerende folkesykdommene. Dette var sykdommer som ble knyttet til velstand og ikke fattigdom, og årsaken var ofte å finne i levevaner som røyking og kosthold. Det var også sykdommer som hadde et stort forebyggingspotensial; ved at folk sluttet å røyke og endret kostholdet i retning av mer grønnsaker og mindre fett, kunne noen av disse sykdommene forebygges. Sykdommene kunne selvsagt også behandles, men den helsemessige og samfunnsøkonomiske gevinsten lå i potensialet for forebygging. Dermed ble det etter hvert et økt fokus på forebygging, og utover på 1970-tallet dreide folkehelse seg i økende grad om

individuelle tiltak rettet mot å endre folks livsstil for å forebygge sykdom. Vi kan si at det før krigen og i årene etter krigen var en politisering av folkehelsearbeidet, med vekt på de sosiale determinantene, mens det etter hvert ble en avpolitisering, der sykdomsforebygging med fokus på enkeltindividers helseatferd ble prioritert. I de neste kapitlene vil vi vise hvordan folkehelsearbeidet i Norge, gjennom blant annet den nye folkehelseloven, igjen er blitt politisert.

Helsefremmende arbeid: revitalisering av determinantperspektivet

Folkehelsearbeidet, både i Norge og resten av den vestlige verden, hadde fått mindre fokus på strukturelle determinanter, noe som etter hvert møtte kritikk (1970–80-tallet), ikke minst fra land i det globale sør. Det ble pekt på at i et globalt perspektiv fantes det store sosiale helseforskjeller, som bl.a. bunnet i ujevne maktforhold mellom industriland i nord og utviklingsland i sør.

Det helsefremmende arbeid («health promotion») ble løftet fram som en ny strategi for folkehelsearbeidet. Manifestasjonen av det helsefremmende arbeid skjedde på en konferanse i Ottawa, Canada, i 1986. Konferansen ble arrangert etter initiativ fra WHO og satte fokus på de sentrale determinantene for helse. I Ottawa-charteret, som var sluttdokumentet for konferansen, ble det pekt på fem sentrale temaer som var viktige for å oppnå en god befolkningshelse: et bærekraftig miljø, en helsefremmende politikk, gode lokalsamfunn og individuelle ferdigheter. Det femte punktet handler om å reorientere helsetjenesten i en mer helsefremmende retning (WHO, 1986).

Ved at ideologien i helsefremmende arbeid legger vekt på helsens determinanter, inkludert sosial rettferdighet og likhet, har det vært en motbevegelse mot den sosiale og økonomiske utviklingen som har bidratt til å skape økte sosiale forskjeller. Den helsefremmende ideologien har bidratt til å prege diskusjoner om velferdsstatens betydning globalt, men også i Norge. Vi kan si at spørsmål om folkehelse igjen ble politisert gjennom den helsefremmende bevegelsen.

Sosial ulikhet i helse og den sosiale gradienten

Fra 1980-tallet har de sosiale forskjellene økt i store deler av verden, og dette har også påvirket befolkningens helse og fordelingen mellom ulike sosio-økonomiske grupper. Årsakene til denne utviklingen er komplekse, men det pekes på en global liberalisering av økonomi og arbeidsmarked. Sosiale ulikheter er en utfordring for den nordiske og norske velferdsmodellen som henter legitimitet fra at den bygger på prinsipper om likhet og sosial rettferdighet.

Også i Norge har de sosiale forskjellene økt de siste årene. I 2018 oppdaterte Folkehelseinstituttet Folkehelse rapporten fra 2014 og satte særlig fokus på sosial ulikhet i helse (Folkehelseinstituttet, 2018). Tallene viser at:

- Det er store sosiale helseforskjeller i Norge, og særlig ser vi forskjeller mellom utdanningsgruppene
- Kvinner og menn med lengst utdanning lever 5–6 år lenger og har bedre helse enn de som har kortest utdanning
- Forskjellene er økende, spesielt blant kvinner
- Innad i Oslo er forskjellen i forventet levealder inntil 8 år mellom bydelene
- Helseforskjellene i Norge er større enn i mange andre europeiske land

Hvordan man omtaler sosiale ulikheter har stor betydning for hvordan problemet defineres og også hvilke løsninger som foreslås. Lenge ble problemet i Norge omtalt som et fattigdomsproblem, det vil si at det var noen få, særskilt utsatte grupper som levde i fattigdom og som trengte ekstra støtte. De gruppene som vanligvis ble nevnt, var noen innvandrergupper, bostedsløse og enslige forsørgere (mødre) (St.meld. nr. 6 (2002–2003)). Begrepet sosial ulikhet ble i liten grad brukt i Norge før utpå 2000-tallet selv om det innen EU var blitt et økende fokus på dette i løpet av 1990-tallet.

I den nyere forskningen om sosiale ulikheter i helse pekes det på at ulikhetene danner en gradient gjennom befolkningen, der de med høyest utdanning og inntekt har best helse, enten den blir målt etter levealder, sykdomsbyrde eller subjektiv helse. Helsen blir gradvis dårligere jo lengre ned man beveger seg i de sosioøkonomiske gruppene. Dette betyr at den sosiale helsegradienten påvirker alle mennesker, og ikke bare de i de laveste sosioøkonomiske gruppene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005; WHO, 2008).

Graham (2004a, 2004b) skiller mellom strategier som retter seg mot hele befolkningen gjennom politikk, og mer enkeltstående tiltak som retter seg mot de fattigste gruppene i befolkningen. Tiltak særlig rettet mot de fattigste kan føre til forbedringer for disse gruppene, men slike tiltak vil ikke endre selve gradienten, det vil si den gradvise forskjellen mellom alle sosiale lag i befolkningen. Det er med andre ord forskjell mellom offentlig politikk som søker å forbedre levekårene for de fattigste, og politikk som retter seg mot hele befolkningen med siktemålet å redusere den sosiale gradienten og de mekanismer som er årsak til denne. Å redusere den sosiale gradienten krever helhetlige strategier som påvirker alle samfunnslag. En målsetting om å utjevne den sosiale gradienten krever med andre ord et fornyet fokus på sosiale helse-determinanter. Dette vil innebære en økt prioritering av velferdsstatens universelle ordninger. Innen folkehelsepolitikken vil dette være mer kontroversiell politikk enn å utvikle tiltak rettet mot såkalt utsatte grupper, fordi det vil kreve en bevissthet om fordelingspolitikk og politikk i mange sektorer av samfunnet, som skattepolitikk, arbeidsmarkedspolitikk og utdanningspolitikk. Det vil med andre ord innebære en politisering av folkehelsearbeidet.

I 2005 nedsatte WHO den såkalte Marmot-kommisjonen, ledet av Michael Marmot, kalt «WHO commission on the social determinants of health». I sluttrapporten «Closing the gap in a generation», som ble levert i 2008, anbefales universelle velferdsordninger, kombinert med ekstra støtte til utsatte grupper («proportionate universalism»). Kommisjonen peker på de nordiske velferdsstater som et ideal for å utjevne sosiale helseforskjeller (WHO, 2008).

Den norske politikken for å utjevne sosiale helseforskjeller

Den norske politikken er blitt påvirket av den internasjonale agendaen når det gjelder å utjevne sosiale helseforskjeller og sette søkelyset på den sosiale gradienten, som førte til et fornyet fokus på velferdsstatens universelle løsninger. Det var først og fremst ansatte i daværende Helse- og sosialdirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet som frontet et fokus på den sosiale gradienten (Fosse & Strand, 2010). De var inspirert av WHO's agenda, og fikk

inn formuleringer om den sosiale gradienten i Folkehelsemeldingen som kom i 2003 (St.meld. nr. 16 (2002–2003)). Som en oppfølging av meldingen fikk direktoratet i oppdrag å lage en handlingsplan rettet mot å utjevne sosiale helseforskjeller, og i januar 2005 kom Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan «Gradientutfordringen» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Som tittelen antyder innebar handlingsplanen et skifte av fokus, fra utsatte grupper til den sosiale gradienten. Den rødgrønne regjeringen, som kom til makten i 2005, hadde som en av sine målsetninger å redusere sosiale ulikheter, og innholdet i Gradientutfordringen passet som hånd i hanske til regjeringens satsing på området, og temaet ble dermed løftet opp på politisk nivå.

Det er rimelig å hevde at en tilnærming som erkjenner den sosiale gradienten og de sosiale determinantene, bidro til en fornyet politisering av folkehelsepolitikken ved at det ble lagt større vekt på strukturelle velferdstiltak.

Det ble satt i gang et utredningsarbeid med målsetning om å redusere fattigdom og utjevne sosiale helseforskjeller. Utredningsarbeidet resulterte i Stortingsmelding nr. 20 (2006–2007) om å utjevne sosiale helseforskjeller. Den hadde et tydelig fokus på den sosiale gradienten, og slagordet «Rettførdig fordeling er god folkehelsepolitikk» ga retning til politikken. Stortingsmeldingen la opp til en 10-års satsing for å utjevne sosiale helseforskjeller. Blant de politiske tiltakene som ble skissert, var å redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller bl.a. gjennom rettførdig inntektsfordeling i samfunnet og å avskaffe fattigdom. Stortingsmeldingen bygger på en grunnlagsforståelse om at vi har et lagdelt samfunn, at sosiale forskjeller er skapt av samfunnet og er mulig å gjøre noe med og at samfunnet har et ansvar.

I 2012 fikk Norge en folkehelselov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), som i stor utstrekning bygger på prinsippene fra Stortingsmelding nr. 20 (2006–2007). En av hovedmålsetningene er å utjevne sosiale helseforskjeller gjennom å jevne ut den sosiale gradienten. I loven skisseres fem grunnprinsipper for folkehelsearbeidet:

1. Helse i alt vi gjør
2. Bærekraftig utvikling
3. Sosial rettførdighet i helse
4. Førere-var-prinsippet
5. Deltakelse

Realisering av målsetningene i loven skulle skje gjennom en «Helse i alt vi gjør»-tilnærming (WHO, 2013), det vil si et samarbeid mellom alle samfunnets sektorer. I tråd med et determinantperspektiv er det ikke helsetjenestens ansvar å fremme likeverd og god helse, det er et ansvar for alle sektorer, ikke minst politikerne. Det er rimelig å hevde at prinsippene i folkehelseloven innebærer en revitalisering av den sosialdemokratiske velferdsmodellen og en anerkjennelse av betydningen av de sosiale determinantene. Den er også i tråd med ideologien i det helsefremmende arbeidet, og kan dermed også ses som realisering av det helsefremmende arbeidet i Norge.

Den norske folkehelseloven er ambisiøs, og i prinsippet krever den politiske endringer og en videreutvikling av velferdsstatens prinsipper. Internasjonalt er den blitt framhevet som den rette veien å gå for å utjevne sosiale helseforskjeller og særlig den sosiale gradienten (Marmot, 2007). Men loven skal iverksettes i en praktisk virkelighet, og i Norge vil det si at kommunene har fått hovedansvaret for iverksettingen av loven. Hvordan lovens ambisjoner og intensjoner møter den kommunale virkeligheten, vil vi gå nærmere inn på i de neste avsnittene.

Den norske velferdskommunen

I den norske velferdsmodellen spiller kommunene en sentral rolle. Kommunene har ansvar for svært mange av velferdstjenestene, og de fleste har betydning når det gjelder å utjevne sosiale helseforskjeller. I folkehelseloven har kommunal planlegging en sentral plass, og kommunene pålegges å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen, også sosiale determinanter og hvordan de fordeler seg i befolkningen. Kommunene skal lage et oversiktsdokument, og på grunnlag av dette skal det formuleres kommunal politikk og tiltak. For å kontrollere at kommunene følger opp loven, har statsforvalteren (tidligere kalt fylkesmannen) ansvar for å føre tilsyn med kommuneplanen, bl.a. når det gjelder kommunens ansvar for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Kommunene i Norge er delvis et nivå i den nasjonal-lokale styringskjeden, men de har også en selvstendig rolle som politisk enhet. Kommunene finansieres over statsbudsjettet og av egne skatteinntekter. Den statlige finansieringen skjer i hovedsak gjennom rammetilskudd, som gjør at kommunen har stor frihet til å prioritere hva de vil bruke penger til.

Tverrsektorielt samarbeid på ulike nivå

Tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid er et mantra i mye av helse- og sosialpolitikken. Det gjelder både tjenestene og administrasjonen. Når det gjelder tjenestene, er det i økende grad behov for koordinering på tvers, fordi mange av innbyggernes behov vil være avhengig av innsats fra flere kommunale sektorer. Eksempler kan være barn med spesielle behov i skolen eller barnehagen. Disse vil oftest ha behov for koordinerte tjenester både fra skolen og fra helse- og sosialsektoren. Men også på det administrative nivået vil det være behov for samarbeid og samordning. Dette blir også vektlagt i folkehelsepolitikken. «Helse i alt vi gjør»-prinsippet gir seg uttrykk i at det er kommunestyret som har hovedansvaret for folkehelsearbeidet. Ansvar kan ikke delegeres til helsesektoren, som var det vanlige da lov om kommunehelsetjenesten var styrende på dette området. Dette medfører ganske store endringer for kommunene, som tradisjonelt har betraktet folkehelse som først og fremst et ansvar for helsetjenesten. Nå er folkehelse et sektorovergripende ansvar, der alle sektorer skal bidra til å fremme folkehelsen, inkludert å utjevne sosiale helseforskjeller. Hovedprinsippet for organisering av kommuneforvaltningen er fortsatt sektorisering, der områder som helse, sosial, teknisk og kultur er organisert som egne enheter. Imidlertid har mange kommuner etter hvert valgt organisasjonsmodeller der avdelinger har ansvar for bredere temaområder eller befolkningsgrupper, for eksempel en egen oppvekstavdeling. Selv om vi etter hvert kan finne en noe mer temabasert organisering også på regionalt og nasjonalt nivå, er sektorisering i all hovedsak det bærende prinsippet der.

Hvordan iverksetter kommunene folkehelseloven?

Siden 2011 har det vært forsket på kommunenes rolle i iverksettingen av folkehelseloven, med særlig vekt på hvordan de utvikler tverrsektorielt samarbeid for å utjevne sosiale helseforskjeller. I samarbeidsprosjektene SODEMIFA (Addressing the social determinants of health. Multilevel governance of policies aimed at families with children) og EVASAM (Evaluering av samhandlingsreformen: Reformens effekt på kommunen som helsefrem-

mende og sykdomsforebyggende aktør med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner) har Universitetet i Sørøst-Norge, Universitetet i Bergen og NIBR satt søkelys på forvaltningsnivået, og vi har studert hvordan folkehelsearbeidet er blitt iverksatt i kommunene i perioden 2012–2016.¹ Vi inkluderer i tillegg en undersøkelse som er gjort av andre forskere på det samme temaet i 2017 (Helgesen et al., 2017). Det er brukt både kvantitative og kvalitative metoder, med bruk av sentrale registerdata om norske kommuner og spørreskjema til alle kommuner, samt intervju og dokumentstudier i noen kommuner. I presentasjonen under vil vi bygge på noen av funnene og konklusjonene fra disse prosjektene.

Målsetningen med prosjektene har vært å studere hvordan kommunene kan:

- Bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller
- Bidra til å utvikle folkehelse som tverrsektorielt ansvarsområde

I våre prosjekter har utgangspunktet vært spørsmålet om hvordan kommunene møter de nye kravene fra folkehelseoven om at folkehelse skal være et ansvar for alle kommunens sektorer. Folkehelseoven er koordinert med plan- og bygningsloven (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2008), og i forbindelse med rulleringen av kommuneplanen hvert fjerde år skal kommunene lage et oversiktsdokument der de gjør rede for helsetilstanden til befolkningen i kommunen. I dette dokumentet skal de også inkludere helsetilstanden til ulike sosiale grupper og vise hvordan kommunens politikk og tiltak kan bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Dette gjelder i alle sektorer, og det gjelder både kommuneplanens arealdel og samfunnsdel. I prinsippet skal altså kommunene ha en forståelse av bl.a. hvordan tilrettelegging av boligområder påvirker den sosiale gradienten. Et eksempel på dette kan være Bergen kommune, som har plassert mange av sine kommunale boliger for vanskeligstilte i ett boligområde, i samme område der det er lokaler med oppholds- og sprøyterom for narkomane. I tillegg ligger boligene på skygge-

1 Vi har valgt å ha referansene som baserer seg på vår forskning i en egen seksjon siden presentasjonen bygger på helheten i de to prosjektene SODEMIFA og EVASAM. Se «Publikasjoner fra prosjektene SODEMIFA og EVASAM» i egen referanseliste.

siden av byen, i et av de mest forurensede områdene. Hvis kommunen skulle følge loven, bør de vurdere hvordan denne opphopingen av negative forhold vil påvirke sosial ulikhet og ev. ta konsekvensene av dette ved for eksempel å bygge kommunale boliger på byens solside der de mer sosioøkonomisk velstående bor. Dette ville også bidra til bedre integrering, fordi det i skoler og barnehager på skyggsiden også er en stor overvekt av barn som ikke har norsk som førstespråk. Tilgang til nettopp pedagogisk gode barnehager er ellers et annet eksempel på mulige tiltak for å utjevne sosiale ulikheter. Det er vist at gode barnehager kan bidra til integrering og språkutvikling, og at barn som har gått i barnehager, har mindre sannsynlighet for senere å droppe ut av skolen enn de som ikke har gått i barnehage (Helsedirektoratet, 2018).

Kommuneplanen er kommunens viktigste styringsinstrument og legger føringer på utvikling av politikk og tiltak. Å inkludere sosial ulikhet som et fokus i planen vil både kunne bidra til en bevisstgjøring og en forpliktelse til å endre situasjonen. I det følgende skal vi presentere noen av de mest sentrale funnene fra vår forskning (SODEMIFA og EVASAM i tidsrommet 2011–2016) på hvordan kommunene møter kravene fra loven om å utvikle tverrsektorielt samarbeid for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Folkehelse og kommunale prioriteringer

I årene 2011–2012, det vil si rett før loven ble satt i verk og året etter, hadde de fleste kommunene en ganske snever forståelse av folkehelsearbeidet. De fleste la hovedvekten på individuelle levevaner, og helsesektoren ble betraktet som hovedansvarlig. Dette var også tydelig da vi spurte om utjevning av sosiale helseforskjeller. Helsedirektoratet hadde i denne perioden utarbeidet en veileder for kommunene, og det hadde blitt arrangert flere samlinger for fylkeskommuner og kommuner. På disse samlingene var også den kommunale ledelsen invitert, men det var i størst grad folkehelserådgivere og ansatte i helsesektoren som møtte. På samlingene ble de introdusert for tenkingen om den sosiale gradienten, om Marmot-kommisjonen og de sosiale helse-determinantene. I våre intervjuer i kommunene møtte vi nesten alltid folkehelserådgivere som hadde kunnskap om hva dette handlet om. De andre vi intervjuet, var i stor grad ledere for de kommunale avdelingene, og

deres forståelse var mer i tråd med at det dreide seg om de sosialt utsatte i kommunen, for eksempel «tredje generasjons» sosialklientfamilier. Men her var det også en forskjell mellom store og små kommuner. Større bykommuner hadde en større og tettere erfaring med utsatthet og segregering, og de så oftere problemet i en større sammenheng og mente at boligområder, språk, barnehager, skole og jobb var viktige faktorer for å utjevne forskjeller. Vi stilte også spørsmål til alle om de ville prioritere målrettede eller universelle tiltak. På bakgrunn av at så mange mente at å utjevne sosiale helseforskjeller var fattigdomspolitik, kunne en vente at de mente at målrettede tiltak rettet mot disse gruppene burde prioriteres, men alle mente at både universelle og målrettede tiltak var viktig. Alle mente også at det var viktig med kommunale tjenester til alle: gode barnehager og skoler, muligheter for fysisk utfoldelse for alle, gode boliger og så videre. Kommunene så ikke at folkehelsearbeidet kan bidra spesielt til å utjevne forskjeller, men at de kommunale tjenestene kan det – og bør det. Vår tolkning er at velferdsstatens tjenester har bred oppslutning i kommunene og at de betraktes som et middel til gode levekår for kommunens innbyggere.

Tverrsektorielt samarbeid kan være mange ting og foregå på mange nivåer. Det kan være ad hoc-samarbeid om tjenester for kommunens innbyggere eller mer organisert samarbeid, for eksempel mellom barnehager og helsestasjoner. Fokus for våre forskningsprosjekter var hvordan folkehelseloven ble forankret i kommuneadministrasjonen, blant administrative ledere og politikere, bl.a. gjennom arbeidet med å lage helseoversikter og forankre disse i kommuneplanen. Tidligere forskning viser at det er viktig å forankre tverrsektorielle satsinger i den kommunale ledelsen, bl.a. for å få folkehelse som tema inn i planer og budsjetter (Helgesen & Hofstad, 2014). Dersom et område er forankret i budsjettene, gir det større mulighet til også å oppnå forståelse for at tjenestene må organiseres bedre for å oppnå målsetningen om å utjevne sosiale helseforskjeller. I den tidlige fasen hadde få kommuner organisert folkehelse som et tverrsektorielt område, og det tverrsektorielle samarbeidet var lite utviklet. Det samarbeidet som fantes, var først og fremst samarbeid om tjenester, i f.eks. helse- og sosialsektoren. Men noen kommuner hadde kommet langt og hadde organisert folkehelsearbeidet som et tverrsektorielt ansvar. Vi så at det var forskjell mellom større og mindre kommuner når det gjaldt dette, og at flere mindre kommuner hadde fått det til. Forklaringen på dette var ganske åpenbar; det var mindre avstand,

både fysisk og byråkratisk mellom de ansatte, og det var lettere å snakke sammen. Flere av de mindre kommunene hadde ganske store økonomiske utfordringer og så også en effektiviseringsgevinst i å samarbeide. Samarbeidet var på administrativt nivå, men også om tjenester, og det var særlig samarbeid rundt barn og unge som ble beskrevet som meningsfullt. Helsestasjoner, barnehager og skoler var de mest sentrale samarbeidsaktørene. I de kommunene som var flinkest til å samarbeide, var det også et incitament at de hadde mange innbyggere med sosiale problemer som belastet kommunens budsjetter.

Våre undersøkelser fra 2014, to år etter at folkehelseloven ble innført, viste at flere kommuner hadde opprettet tverrsektorielle arbeidsgrupper, der også planavdelingen og den kommunale ledelsen var med. De fleste kommuner hadde startet arbeidet med å lage oversikter over befolkningens helse, inkludert sosiale forhold som påvirker helsen. En undersøkelse fra 2017 viser at så godt som alle kommuner nå har utarbeidet disse oversiktene (Helgesen et al., 2017).

Konklusjonen fra prosjektene SODEMIFA og EVASAM er at kommunene generelt sett har fått en økt forståelse for betydningen av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Et stort flertall mener også at kommunene har mulighet til å utjevne sosiale helseforskjeller. Det vi kan konkludere med, er at folkehelsearbeidet, slik det er formulert i loven og iverksatt i kommunene, synes å ha blitt mer institusjonalisert i kommunen, men også mer avpolitisert. Det er lite fokus på sosiale determinanter som skatte- og boligpolitikk. Dette poenget skal vi utdype nærmere i neste avsnitt.

Diskusjon – folkehelsearbeidet som revitalisering av velferdsstaten?

Det overordnede spørsmålet for dette kapittelet var om folkehelseloven kan bidra til å styrke velferdsstaten. Folkehelseloven har et gradientperspektiv og er tydelig på at målet med utjevning av den sosiale gradienten er økt sosial likhet i levekår og helse. I våre prosjekter har vi studert den politisk-administrative forankringen av loven i kommunene, og resultatene viser at kommunene i økende grad har tatt til seg forståelsen i folkehelseloven om å utjevne sosiale forskjeller. Vi har imidlertid ikke studert om kommunene

har endret organiseringen av tjenestene sine. For å oppnå målsetningene om å utjevne sosiale ulikheter i helse, må det også være en bevissthet om dette i organiseringen av tjenestene, på tvers av sektorer.

Sosiale ulikheter (i helse) er i sin karakter et kontroversielt tema. I forskningslitteraturen brukes begrepet «wicked problem» (Hofstad, 2014, 2018). Dette kan vi oversette til innfløkt eller komplekst problem hvor det ikke finnes enkle løsninger. Disse problemene vil også ofte være politiske og ha ulike løsninger avhengig av politiske prioriteringer. Et poeng er også at sosiale ulikheter i helse alltid vil konkurrere med andre politiske temaer. Om vi går tilbake til Grahams (2004a, 2004b) inndeling av strategier, så vi at hun skiller mellom a) strategier for å bedre situasjonen for grupper med lav sosioøkonomisk status og b) politikk for å utjevne den sosiale gradienten. Det siste krever virkemidler som også påvirker skatte- og arbeidsmarkedspolitikken. Det krever prioritering på nasjonalt nivå og er selvsagt mer krevende enn tiltak kommuner rår over i for eksempel barnehager og skoler. Fokus på gradienten vil innebære prioritering av helsens determinanter. Det betyr at sosiale ulikheter vil være et høyst politisert tema.

I folkehelseloven blir det lagt vekt på at folkehelse skal være et ansvar for alle offentlige sektorer og administrative nivåer. I stortingsmeldingen som kom forut for loven (St.meld. nr. 20 (2006–2007)), ble det lagt vekt på at for eksempel skattepolitikk og boligpolitikk er viktig når det gjelder å utjevne sosiale forskjeller. Imidlertid har denne forståelsen fått liten innvirkning på den nasjonale politikken. Folkehelsearbeidet er i økende grad blitt en kommunal reform der det er opp til kommunene å utvikle politikk og tiltak – inkludert å utjevne sosiale helseforskjeller.

En lov er statens viktigste virkemiddel overfor kommunene, og staten kan ha ulike sanksjonsmuligheter overfor kommunene dersom de ikke følger loven. Når det gjelder folkehelseloven, er statsforvalterens tilsyn med kommunene det sterkeste virkemiddelet. Statsforvalteren skal påse at kommunenes planer er i tråd med lovverket. I prinsippet kan altså statsforvalteren ikke godkjenne kommuneplanen om en kommune ikke har på plass planer og forslag til tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller. Imidlertid stilles det ikke krav om hvordan planer og tiltak skal utformes, om de for eksempel skal adressere den sosiale gradienten eller ha fokus på tiltak rettet mot utsatte grupper. Ut over tilsyn fra statsforvalteren har staten ingen sterke virkemidler til å få kommunene til å prioritere arbeidet med å utjevne sosi-

ale helseforskjeller. Dette kan føre til at kommunene prioriterer dette ulikt, og at det kan bli betydelige forskjeller mellom kommunene.

Hva kan vi så konkludere med ut fra dette? Folkehelseloven finnes, og den er bindende. En av hovedmålsetningene i loven er å utjevne den sosiale gradienten. Loven bygger på en forståelse av at strukturelle velferdstiltak er sentrale for å nå dette målet. Ansvar for dette er i hovedsak overlatt til kommunene. Som vi har beskrevet over, har kommunene i økende grad sett viktigheten av å utjevne sosiale forskjeller i sin virksomhet. Kommunene tar i økende grad i bruk FNs bærekraftsmål i sin planlegging (KS, 2022). Dette kan bidra til et økt fokus på betydningen av generelle, strukturelle velferdstiltak. Likevel rår de ikke over viktige virkemidler for å utjevne den sosiale gradienten. For at folkehelsepolitikken skal være en revitalisering av velferdsstaten, forutsetter det at også staten fortsetter å ha trykk på å utjevne sosiale forskjeller i velferd og helse. Delvis ved at statens politikk på andre områder enn helse setter søkelys på de sosiale determinantene for helse. I tillegg må de sette kommunene i stand til å sette i verk en ambisiøs folkehelsepolitikk, blant annet gjennom å tilføre midler til kommunene.

Referanser

- Folkehelseinstituttet (2018). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>
- Fosse, E. & Strand, M. (2010). Politikk for å redusere sosiale ulikheter i helse i Norge: Fornyet politisering av folkehelse spørsmål. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 13, 14–25.
- Fosse, E. (2009). Norwegian public health policy – revitalisation of the social democratic welfare state? *International Journal of Health Services*, 39(2), 287–300.
- Graham, H. (2004a). Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101–124.
- Graham, H. (2004b). Tackling inequalities in health in England: Remedying Health Disadvantages, narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients? *Journal of Social Policy*, 33(1), 115–131.
- Helgesen, M., Abebe, D. & Schou, A. (2017). *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktundersøkelse før Program for folkehelse i kommunene settes i verk*. By- og regionforskningsinstituttet (NIBR).
- Helgesen, M.K. & Hofstad, H. (2014). Determinants in Norwegian local government health promotion – institutional perspectives. *Research in the Sociology of Health Care*, 32, 143–180.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Helsedirektoratet (2018). *Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse. Fagrådet for sosial ulikhet i helse*. IS-2749. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalte-tiltak-mot-sosial-ulikhet-i-helse/Anbefalte%20tiltak%20mot%20sosial%20ulikhet%20i%20helse.pdf/_attachment/inline/61dc43e0-cdc6-43a7-97aa-033087123180:16c32d7c42b3ed5a8fbaf35742e986133a0749/Anbefalte%20tiltak%20mot%20sosial%20ulikhet%20i%20helse.
- Hofstad, H. (2014). Vil folkehelse få et løft av Samhandlingsreformen? *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 17(1), 59–64.
- Hofstad, H. (2018). Folkehelse – et proaktivt grep i pbl 2008, hva er status to år etter? I G.S. Hanssen & N. Aarsæther (Red.), *Plan- og bygningsloven – En lov for vår tid?* (s. 223–242). Universitetsforlaget.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- KS (2022). *Bærekraftsnettverket*. <https://www.ks.no/fagomrader/barekraftsmalene/barekraftsnettverket/>
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 370, 1153–1163.

- Meld. St. 19 (2018–2019). *Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Nordby, T. (1989). *Karl Evang – En biografi*. Aschehoug.
- Slagstad, R. (2015). *De nasjonale strategier* (3. utg.). Pax.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Gradientutfordringen: Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Sosial- og helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gradientutfordringen/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf/ / attachment/inline/8ea989b7-b958-477b-8cf4-6835ad07aa2a:88c350934287c7f6f234427989f7baa129f29f04/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gradientutfordringen/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf/_attachment/inline/8ea989b7-b958-477b-8cf4-6835ad07aa2a:88c350934287c7f6f234427989f7baa129f29f04/Gradientutfordringen%20handlingsplan%20mot%20sosiale%20ulikheter%20i%20helse.pdf)
- St.meld. nr. 20 (2006–2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 6 (2002–2003). *Tiltaksplan mot fattigdom*. Helsedepartementet.
- WHO (1986). *Ottawa charter for health promotion. An international conference on health promotion*, November 17–21. WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health*. World Health Organization (WHO).
- WHO (2013). *The Helsinki statement on health in all policies*. World Health Organization (WHO). https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf

Publikasjoner fra prosjektene SODEMIFA og EVASAM:

- Fosse, E. & Helgesen, M.K. (2015). How can local governments level the social gradient in health among families with children? The case of Norway. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 6(2), 328–346. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs.62201513505>
- Fosse, E., Helgesen, M.K., Hagen, S. & Torp, S. (2018). Addressing the social determinants of health at the local level: Opportunities and challenges. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(20_suppl), 47–52. <https://doi.org/10.1177/1403494817743896>
- Hagen, S. (2020). «Helse i alt kommunen gjør? ...»: En undersøkelse av samvariasjoner mellom kommunale faktorer og norske kommuners bruk av folkehelsekoordinator, fokus på levekår og prioritering av fordelingshensyn blant sosioøkonomiske grupper. Doktoravhandling. Universitetet i Bergen. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/11250/2719108>
- Hagen, S., Helgesen, M., Torp, S. & Fosse, E. (2015). Health in all policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(6), 597–605. <https://doi.org/10.1177/1403494815585614>
- Hagen, S., Overgard, K.I., Helgesen, M., Fosse, E. & Torp, S. (2018). Health promotion at local level in Norway: The use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups. *International Journal of Health Policy Management*, 7(9), 807–817. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.22>
- Hagen, S., Overgard, K.I., Helgesen, M.K., Fosse, E. & Torp, S. (2019). Health promotion at local level in Norway – Who, what, when, and how: A response to recent commentaries. *International Journal of Health Policy Management*, 8(4), 253–255. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.01>
- Hagen, S., Torp, S., Helgesen, M. & Fosse, E. (2017). Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health Promotion International*, 32(6), 977–987. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw052>
- Haug, M., Hofstad, H. & Schou, A. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør*. Rapport 2014:21. By- og regionsforskningsinstituttet (NIBR). <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5922/2014-21.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Helgesen, M.K., Fosse, E. & Hagen, S. (2017). Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45, 77–82. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1403494817709412>