

En kvalitativ dokumentstudie av folkehelsearbeid i norske fylkeskommuner

Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for Helse – og Sosialvitenskap
–
Mastergradsavhandling
Studieprogram: Helsefremmende arbeid
Vår 2023

Zohra Sakhi

Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2023 Zohra Sakhi

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	6
Abstract	7
Forord	8
1.0 INNLEDNING	9
2. BAKGRUNN	10
2.1 <i>Norsk kommunestruktur</i>	10
2.1.1 <i>Fylkeskommune</i>	10
2.1.2 <i>Kommune</i>	10
2.2. <i> Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)</i>	10
2.2.1. <i> Utjevning av sosiale helseforskjeller</i>	11
2.2.2. <i> Helse i alt vi gjør (Health in All Policies)</i>	11
2.2.3 <i> Bærekraftig utvikling</i>	11
2.2.4 <i> Føre-var prinsippet</i>	11
2.2.5 <i> Medvirkning</i>	11
2.3 <i> Folkehelse og folkehelsearbeid</i>	11
2.4 <i> Andre relevante lover og stortingsmeldinger</i>	12
2.4.1 <i> Plan- og bygningsloven</i>	12
2.4.2 <i> Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)</i>	12
2.4.3 <i> Helse og omsorgstjenesteloven</i>	12
2.4.4 <i> St.meld. nr. 20 (2006-2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller</i>	12
2.4.5 <i> Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. «God helse – felles ansvar»</i>	12
2.4.6 <i> Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen mestring og muligheter</i>	13
2.4.7 <i> Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn</i>	13
2.4.8 <i> Meld. St. 15 (2022–2023) Folkehelsemeldinga — Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar</i>	13
2.4.9 <i> Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2019–2023</i>	13
<i> Andre aktører</i>	13
3. TEORI	14
3.1 Helse	14
3.1.1 <i> Forebyggende arbeid</i>	14
3.1.2 <i> Helsefremmende arbeid - health promotion (HP)</i>	14
3.2. <i> Setting</i>	16
3.2.1 <i> Settingstilnærming</i>	17

3.2.2 Bronfenbrenners modell	19
4. Tidligere forskning	22
4.1 Målsetting.....	26
5. METODE	27
5.1 Datamaterialet.....	27
5.2 Analysemetode	27
5.2.1 Koding	29
5.2.2 Kodegruppering.....	29
5.3 Kildekritikk	30
5.3.1 Gyldighet	30
5.3.2 Pålitelighet.....	31
5.3.3 Generaliserbarhet.....	31
5.3.4 Forskningsetikk.....	32
6. RESULTAT	33
<i>DEL I deskriptiv beskrivelse av fylkeskommunale folkehelseplaner</i>	33
<i>DEL II</i>	38
6.3 Hva fylkeskommunen fokuserer på når det gjelder folkehelsearbeid.....	39
<u>6.3.1 Alkohol.....</u>	39
6.3.2 Tobakk	39
6.3.3 Andre rusmidler.....	39
6.3.4 Psykisk helse.....	40
6.3.5 Fysisk aktivitet.....	41
6.3.5 Friluftsliv	42
6.3.6 Oppvekst	42
6.3.7 Kosthold og ernæring	42
6.3.8 Sosiale helseforskjeller.....	43
6.3.9 Tannhelse.....	44
6.4 Hvem fokuserer fylkeskommunene på når det gjelder folkehelsearbeid.....	44
6.4.1 Barn og unge (0-18 år).....	44
6.4.2 Voksne (18-70 år).....	45
6.4.3 Eldre (70 år+)	45
6.5 Hvilke settinger er fylkene mest opptatt av når det gjelder folkehelsearbeid	46
6.5.1 Barnehage og skole	46
6.5.2 Arbeidsliv og arbeidsmiljø	47
6.5.3 Lokalsamfunn og nærmiljø.....	48
6.5.4 Frivillige organisasjoner.....	48

OPPSUMMERING	49
7. DISKUSJON	50
7.1 Hva fylkeskommunen fokuserer på når det gjelder folkehelsearbeid	50
7.1.1 Alkohol.....	50
7.1.2 Tobakk	50
7.1.3 Andre rusmidler.....	51
7.1.4 Psykisk helse.....	51
7.1.5 Fysisk aktivitet.....	53
7.1.6 Oppvekst	53
7.1.7 Kosthold og ernæring.....	54
7.1.8 Sosiale helseforskjeller.....	54
7.1.9 Tannhelse.....	55
7.2 Hvem fokuserer fylkeskommunen på når det gjelder folkehelsearbeid.....	55
7.2.1 Barn og unge	55
7.2.2 Voksne	56
7.2.3 Eldre.....	56
7.3 Hvilke settinger er fylkeskommunene mest opptatt av når det gjelder folkehelsearbeid...	57
7.3.1 Barnehage og skole	57
7.3.2 Arbeidsliv og arbeidsmiljø	58
7.3.3 Nærmiljø og lokalsamfunn	59
7.3.4 Frivillige organisasjoner.....	60
8.1 KONKLUSJON.....	63
<i>Teoretiske og praktiske implikasjoner.....</i>	<i>64</i>
10. Referanseliste	67
<i>Folkehelseplaner.....</i>	<i>76</i>
Figurer	77

Sammendrag

Formålet med denne masteroppgaven er å oppnå innsikt og forstå sammenhengene og utfordringene knyttet til folkehelsearbeidet i fylkene og samtidig undersøke hvordan norske fylkeskommuner driver med folkehelsearbeid, hvilke tema, målgrupper og settinger de er opptatt av.

For å skaffe mer kunnskap om dette temaet, har jeg valgt å studere hvordan fylkeskommunene gjennom sine folkehelseplaner driver folkehelsearbeid. Ved å inkludere samtlige fylker i denne studien ga meg muligheten til å se hvordan de ulike fylkene håndterer sine folkehelseutfordringer. For å lettere trekke konklusjoner, var det viktig for meg å kunne sammenlikne data fra samtlige fylker.

Oppgaven bygger på teoretiske tilnærminger om helsefremmende og forebyggende arbeid og Bronfenbrenners økologiske modell (1979) som danner det teoretiske rammeverket i oppgaven. Det presenteres også andre relevante litteratur innenfor helsefremmende arbeid. I den metodiske tilnærmingen jeg har benyttet kvalitativ metode og analysemetoden er dokumentstudie Dokumentene er analysert og tolket i lys av forskningsspørsmålene og relevant teori. Jeg har valgt å presentere dataene mine gjennom 3 funn om hva, hvem og hvilke settinger fylkene er opptatt av og funnene brukes for å drøfte forskningsspørsmålene.

Denne masteroppgaven undersøkte folkehelsearbeidet i norske fylkeskommuner og fant at satsningsområdene i hovedsak er rettet mot forebygging og mindre fokus på helsefremming. Tema som fysisk aktivitet, psykisk helse, rus og tobakk er dominerende og tiltakene er for det meste rettet mot barn og unge, skole og nærmiljø. Tannhelse er et forsømt tema, til tross for at fylkeskommunene har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten (DOT).

Avslutningsvis har jeg valgt å presentere hvilken teoretisk og praktisk implikasjon min masteroppgave kan ha.

Abstract

The purpose of this master's thesis is to gain insight and understand the connections and challenges associated with public health work in the counties and at the same time examine how Norwegian county councils conduct public health work, which topics, target groups and settings they are concerned with.

In order to gain more knowledge about this topic, I have chosen to study how the county authorities conduct public health work through their public health plans. Including all counties in this study gave me the opportunity to see how the various counties handle their public health challenges. In order to draw conclusions more easily, it was important for me to be able to compare data from all counties.

The assignment is based on theoretical approaches about health promotion and preventive work and Bronfenbrenner's ecological model (1979) which forms the theoretical framework in the assignment. Other relevant literature within health promotion work is also presented. In the methodological approach I have used qualitative method and the analysis method is document study. The documents have been analyzed and interpreted considering the research questions and relevant theory. I have chosen to present my data through 3 findings about what, who and which settings the counties are concerned with, and the findings are used to discuss the research questions.

This master's thesis investigated the public health work in Norwegian county municipalities and found that the focus areas are mainly aimed at prevention and less focus on health promotion. Themes such as physical activity, mental health, drugs and tobacco are dominant and the measures are mostly aimed at children and young people, schools and the local environment. Dental health is a neglected topic, even though the county councils are responsible for the public dental health service (DOT).

In conclusion, I have chosen to present what theoretical and practical implications my master's thesis may have.

Forord

Denne oppgaven er min avsluttende masteroppgave i helsefremmende arbeid ved Universitet i Sør-Øst-Norge (USN). Arbeidet med denne oppgaven har vært en tidkrevende prosess, men samtidig veldig lærerik.

Opgaven var et prosjekt i Mastertorvet ved USN med formål å undersøke fylkeskommunenes folkehelsearbeid på grunnlag av deres folkehelseplaner. Jeg fant prosjektet interessant på grunn av min erfaring som tannpleier ansatt i fylkeskommunen og som driver med folkehelsearbeid i tillegg til klinisk arbeid. Målet ditt var å få en bedre forståelse av det generelle folkehelsearbeidet i norske fylkeskommuner på et overordnet nivå. Underveis i prosessen er det mange som har bidratt, og jeg vil derfor benytte anledningen til å takke for all hjelp og bistand jeg har fått i forbindelse med denne oppgaven. Først og fremst retter en stor takk til min veileder Steffen Torp som har gitt meg god veiledning med mange gode innspill, ideer og forslag på litteratur som har vært relevante. I tillegg takker jeg min bror som har hjulpet meg med korrekturlesing underveis. Og sist og ikke minst, min datter. Jeg vil spesielt takke henne som har vært tålmodig og vist forståelse for at mamma har vært på jobb om dagen, studert på ettermiddager, kvelder og helger. Takk også til pappa og resten av familien, gode venner og kollegaer som har støttet meg underveis.

1.0 INNLEDNING

De skandinaviske landene har en lang tradisjon for desentralisering av helse- og omsorgstjenester der lokale myndigheter har myndighet til å både planlegge og prioritere folkehelsearbeidet sitt basert på sine folkehelseutfordringer. Og på nasjonalt nivå fokuserer mye av skandinavisk folkehelsepolitikk på reduksjon av sosiale forskjeller, arbeidsledighet og fattigdom. Derfor kan dette anses som introduksjon av helsedeterminanter i helsefremmende arbeid (Jansson et.al, 2011).

I Norge har vi Lov om folkehelse (Folkehelseloven, 2011) og en rekke andre lover og forskrifter som fastsetter rammer for hvordan folkehelsearbeidet skal organiseres. Disse retter seg mot både kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. For å følge med på påvirkningsfaktorer for folkehelsen, utgir Helsedirektoratet hvert fjerde år en rapport om folkehelsen. Ifølge Mæland (2022) er det folkehelsemeldingene som danner grunnlaget for folkehelsearbeidet i Norge pr i dag (Mæland, 2022; Helsedirektoratet, 2022). Målet med disse meldingene er blant annet at Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder, at folkehelsearbeidet skal fremme psykisk helse og en sunn og aktiv aldring og fokusere på tidlig innsats mot barn og unge, forebygge ensomhet og utjevne sosiale ulikheter (Mæland, 2022).

Innen folkehelsearbeid skiller vi mellom to ulike strategier; å fremme helse og å forebygge sykdom. Dagens folkehelsearbeid har økende fokus på helseutfordringene som er spesielt knyttet til blant annet overvekt, psykiske lidelser og rusmiddelbruk. Tiltakene kan være rettet mot enkeltpersoner, risikogrupper eller hele befolkningen. Folkehelsearbeid har i nyere tid i økende grad satt søkelys på samfunnets betydning for utvikling av helse (Green & Tones, 2015; Mæland, 2022).

Denne masteroppgaven har som tema å undersøke hvordan fylkeskommunene ønsker å drive folkehelsearbeid, med fokus på prioriteringer av temaer, grupper og settinger, og hvilke tiltak og strategier de bruker. Fylkeskommunale folkehelseplaner, styringsdokumenter, forskningsrapporter, lover og retningslinjer fra Helsedirektoratet og faglitteratur er benyttet for å besvare spørsmålene.

2. BAKGRUNN

2.1 Norsk kommunestruktur

Ifølge KommuneLOven (2018) er Norge inndelt i kommuner og fylkeskommuner med en egen folkevalgt ledelse. Hver kommune og fylkeskommune er et eget rettssubjekt og kan ta avgjørelser på eget initiativ og ansvar. Kommunene og fylkeskommunene utøver sitt selvstyre innenfor nasjonale rammer (KommuneLOven, 2018, § 2-1).

2.1.1 Fylkeskommune

Det regionale folkestyrtede forvaltningsnivået i Norge er et folkevalgt mellomnivå i norsk forvaltning. Fylkeskommunen har forvaltnings- og tjenesteproduiserende oppgaver, og er underlagt politisk styring, med fylkestinget som øverste organ. Oslo kommune, som også har fylkeskommunale oppgaver, regnes som fylket i denne oppgaven. Fylkeskommunen har ansvaret for blant annet den videregående skolen (VGS), den offentlige tannhelsetjenesten (DOT), friluftsliv og næringsutvikling (Berg, O., T. & Hansen, T., 2022; wikipedia, 2023).

2.1.2 Kommune

Et geografisk avgrenset område med en viss grad av selvstendighet i forhold til overordnede organer. Norge har 356 kommuner. Kommunene har blant ansvaret for primærhelsetjenesten, barnehage og skole og idrettsanlegg (Thorsnæs, G. & Berg, O., B., 2022; wikipedia).

2.2. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseLOven)

Ifølge folkehelseLOvens §5 og §2, er både kommunene og fylkeskommunene pålagt å både ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og sette i verk tiltak for å møte disse utfordringene. Etter §7, kan nødvendige tiltak være rettet mot oppvekst- og levekårsforhold, utdanning, arbeid og inntekt, kosthold, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet og tobakk-alkoholbruk. LOven bygger på fem grunnleggende prinsipper; utjevning av sosiale helseforskjeller, "helse i alt vi gjør", bærekraftig utvikling, føre-var og medvirkning og målet å bidra til å sette folkehelse på agendaen nasjonalt, regionalt og lokalt.

I § 20 heter det at *“Fylkeskommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler som fylkeskommunen er tillagt. jf. § 21 annet ledd.”*. Videre heter det at disse utfordringene bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsLOven § 7-1. I henhold til § 21, jf. § 5 første ledd bokstav a, skal fylkeskommunen være pådriver for å samordne folkehelsearbeidet i

fylket og gjennom partnerskap understøtte folkehelsearbeidet i kommunene (Folkehelseloven,2011).

2.2.1. Utjevning av sosiale helseforskjeller

Prinsippet om utjevning av sosiale helseforskjeller står sentralt da det overordnede målet for folkehelsearbeidet er å skape et helsefremmende samfunn som reduserer sosiale helseforskjeller.

2.2.2. Helse i alt vi gjør (Health in All Policies)

Helse i alt vi gjør-prinsippet innebærer at ansvaret for folkehelse ligger hos alle sektorer og ikke bare helsesektoren.

2.2.3 Bærekraftig utvikling

I et folkehelseperspektiv, er dette prinsippet knyttet opp mot å legge vekt på forebyggende og helsefremmende arbeid som både tilfredsstillende dagens og fremtidige generasjoners behov.

2.2.4 Føre-var prinsippet

Tiltak som antas å ha betydning for folkehelsen, kan iverksettes selv om det ikke ligger vitenskapelig grunnlag for det.

2.2.5 Medvirkning

Dette prinsippet er også regulert i plan- og bygningsloven §5-1. Det er spesielt empowerment og involvering av frivillige organisasjoner i folkehelsearbeid som blir fremhevet.

2.3 Folkehelse og folkehelsearbeid

Folkehelseloven § 3 a) definerer folkehelse som ”*befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen*”. Og i samme lov i §3 b), defineres folkehelsearbeidet som ”*samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom*” (Folkehelseloven, 2011, forkortet).

2.4 Andre relevante lover og stortingsmeldinger

2.4.1 Plan- og bygningsloven

Etter folkehelseloven er folkehelsearbeidet tett knyttet til plan- og bygningsloven. Formålet er at kommunen skal sikre en bærekraftig utvikling i samfunnet slik at de fysiske, miljømessige, økonomiske, sosiale og kulturelle utviklingene fremmer helse og motvirker sosiale helseforskjeller i befolkningen. Gode bomiljø og oppvekstvilkår omfattes av bærekraften i samfunnet som påvirker folkehelse (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2008).

2.4.2 Lov om grunnskolen og den vidaregående opplæringa (opplæringslova)

Etter formålsparagraf § 9 skal elever og lærlinger *“utvikle kunnskap, dugleik og holdninger for å kunne mestre liva sine og for å kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet”*. Både kommuner og fylkeskommuner må sørge for å sikre at alle elever i grunnskoler og videregående skoler har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring.

2.4.3 Helse og omsorgstjenesteloven

I lovens §3-3; § 3- 4 heter at helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid i kommunen når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid og at kommunen er pliktig til å både samhandle og samarbeide med andre sektorer.

2.4.4 St.meld. nr. 20 (2006-2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

Strategien har fire innsatsområder; tidlig innsats for gode og trygge oppvekstvilkår, tilrettelegging for sunne helsevalg, inkluderende arbeidsliv og styrking og videreutvikling av partnerskap for folkehelse.

2.4.5 Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. «God helse – felles ansvar»

I tillegg til de 5 grunnleggende prinsippene for folkehelsearbeidet (se 2.2.1), er det påvirkningsperspektivet og livsløpsperspektivet som er fremhevet. I påvirkningsperspektivet ønskes det mer fokus på faktorer som påvirker helse, mens livsløpsperspektivet fokuserer på gode overganger mellom ulike faser i livet med helsefremmende oppvekstvilkår, inkluderende arbeidsliv og aktiv og trygg aldring.

2.4.6 Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen mestring og muligheter

Tilrettelegging for sunne helsevalg, muligheter for den enkelte til å ta ansvar for egen helse samt integrering av psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet er fremhevet. Trygge oppvekstvilkår, familiens stilling i samfunnet, samt kvalitet i barnehager og skoler sees på som viktige forutsetninger for å skape en god barndom.

2.4.7 Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn

Målet med denne meldingen er at folkehelsearbeidet skal legge til rette for god helse for alle og bidra til mindre sosiale ulikheter i alle livsfaser. Trygge samfunn, tidlig innsats, godt foreldreskap, trygge og gode hjem og et trygt og godt nærmiljø med tilgang til friluftsområde og trygge skoleveier sees på som grunnleggende for god helse og livskvalitet.

2.4.8 Meld. St. 15 (2022–2023) Folkehelsemeldinga — Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar

Regjeringen ønsker å prioritere innsatsen mot sosiale helseforskjeller, gode og trygge oppvekstmiljø, utdanning, levevaner innen alkohol og rus, forebygging av ikke-smittsomme sykdommer, fysisk aktivitet, psykisk helse, arbeidsliv og arbeidsmiljø.

2.4.9 Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2019–2023

Det legges vekt på sosialt og økologisk bærekraftig velferdssamfunn, utjevning av sosiale helseforskjeller og prinsippet om «helse i alt vi gjør». Regjeringen ønsker at FNs bærekraftsmål skal ligge til grunn for all samfunns- og arealplanlegging (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019, s.11).

Andre aktører

Etter folkehelselovens §23, skal fylkesmannen gjennom råd og veiledning være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid på lokalt og regionalt nivå. Etter lovens § 24, skal Helsedirektoratet følge med på forhold som påvirker folkehelsen, bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Lovens § 32 pålegger Statens helsetilsyn det overordnede faglige tilsynet. Mens Folkehelseinstituttet (FHI) skal etter folkehelselovens § 25, overvåke utviklingen av folkehelsen, utarbeide oversikt, drive forskning, gi bistand, veiledning og informasjon (Helsedirektoratet, 2019).

3. TEORI

3.1 Helse

WHO (1946) definerer helse som “*en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom*”. Denne utvidelse av definisjon av helse som mer enn bare fravær av sykdom, førte til utviklingen av helsefremmende arbeid (Health promotion) som senere ble formalisert i Ottawa-charteret (WHO,1986, se 3.1.2). Siden helse skapes i de settingene mennesker oppholder seg i det daglige livet, der de lærer, jobber, leker og elsker, er disse arenaene viktige for helsefremmende arbeid og danner grunnlaget for utviklingen av settingsbaserte tilnærminger innen helsefremmende arbeid (WHO,1986; Green et.al,2015; Dooris, 2009, se også 3.2.2 og 3.2.3).

Som beskrevet i forrige kapittel, handler folkehelse om befolkningens helsetilstand, mens folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke befolkningens helse og omfatter både forebyggende og helsefremmende arbeid (Folkehelseloven,2011). Forenklet kan vi skille mellom to ulike strategier; å forebygge sykdom og å fremme helse (Green & Tones, 2015; Mæland, 2022).

3.1.1 Forebyggende arbeid

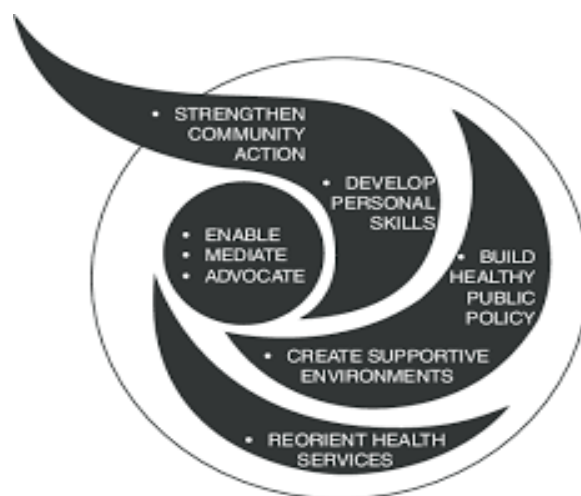
Forebyggende arbeid handler om å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom (Mæland, 2022). Den handler også om epidemiologisk forskning som er kunnskapen om hvilke ytre faktorer som forårsaker sykdom. Epidemiologisk kunnskap i både planlegging og evaluering og virkningene av forebyggende tiltak på gruppe- og befolkningsnivå er til nytte for folkehelsearbeidet. Når det gjelder individuelt forebyggende arbeid, kan forebyggende arbeid medvirke til at personen får større innsikt og tar mer bedre helsevalg, noe som styrker opplevelsen av kontroll og mestring (Mæland, 2022, s.64).

3.1.2 Helsefremmende arbeid - *health promotion* (HP)

Helsefremming handler om politiske prosesser som omfatter endring av sosiale, miljømessige og økonomiske forhold som setter personer i stand til å få økt kontroll over og forbedre helsen sin (Mæland, 2022). I litteraturen drøftes ofte det helsefremmende arbeidet i tre ulike livsfaser: barndom og oppvekst, den voksne befolkningen og de eldre. For barn og unge er det

hjemmemiljø, barnehage og skole som er særlig viktig. For voksenbefolkningen er det arbeidstilknytning som har særlig stor betydning, mens hos den eldre er det ivaretagelse av sosial kontakt og nettverk som er sentralt (Kaasbøll et.al, 2018, s.4). Ifølge Mæland (2022) er det verken realistisk eller ønskelig at den helsefremmende strategien skal erstatte det sykdomsforebyggende arbeidet. Begge tilnærminger er nødvendige og komplementære strategier som kan støtte opp om og påvirke hverandre (Mæland,2022, s.83)

Sentralt i helsefremmende arbeid er Ottawa Charteret (WHO,1986) som med sine tre strategier *advocacy, enabling og mediating* ønsker å gjøre det mulig for mennesker å ta kontroll over og forbedre egen helse (figur 3.1). Advocacy handler om å skape politisk og sosial aksept av det helsefremmende budskapet som bør ta sikte på på politiske, økonomiske, sosiale, kulturelle, miljømessige og atferdsmessige faktorer påvirkning på helse. Enabling handler om å iverksette tiltak i partnerskap med enkeltpersoner eller grupper for å styrke deres ressurser og at de er i stand til å ta sunne valg. Mediating handler om samarbeid mellom offentlige og private sektorer og frivillige organisasjoner.



Figur 3.1 Ottawa charteret WHO (1986).

Charteret skisserte fem innsatsområder for å fremme helse: Build healthy public policy, create supportive environments for health, strengthen community action for health, develop personal skills og Reorient health services. Build healthy public policy innebærer å sette helse på dagsorden på tvers av alle sektorer. Create supportive environments for health handler om å bygge trygge, stimulerende og tilfredsstillende leve- og arbeidsforhold. Strengthen community action for health handler om konkrete samfunnshandlinger som prioriterer

strategier for å oppnå bedre helse i et lokalsamfunn. Develop personal skills handler om å gi tilgang til informasjon som tillater folk å ha mer kontroll over helsen sin og ta sunne valg. Reorient health services viser til viktigheten av forebyggende og helsefremmende arbeid i helsetjenesten.

Charteret skapte et salutogent perspektiv på helse ved å fokusere på innsatsområdene og strategiene som kan bidra til høyest mulig grad av mestring og fysisk, psykisk og sosialt velvære. Helse ble ikke sett på som et mål i seg selv, men som en viktig ressurs for sosial, økonomisk og personlig utvikling. Charteret understreket også at tilrettelegging for utdanning, inntekt og sosial rettferdighet er fundamentale forutsetninger for god helse. På denne måten skapte Charteret en utvidet forståelse av helsebegrepet, som inkluderer settingene hvor mennesker lever sine liv, som hjem, skole, arbeid og fritid (WHO,1986).

3.2. Setting

En setting er *“stedet eller den sosiale konteksten folk engasjerer seg i daglig aktiviteter der miljømessige, organisatoriske og personlige faktorer samvirker med påvirke helse og velvære”* (Health Promotion Glossary, WHO, 1998, s.19). Mennesker inngår alltid i en setting i dagliglivet som hjemmet, arbeidsplassen, skolen eller samfunnet ellers. Iverksetting av helsefremmende arbeid i den aktuelle settingen har derfor stor betydning for folkehelse og folkehelsearbeidet, noe som er i samsvar med kjerneprinsippet for teori om helsefremmende arbeid (Green et.al, 2015, s.456). Videre poengterer Green et.al (2015) at setting er ikke en diskret enhet, den kan oppta ulike nivåer og eksisterer som en del av et bredere sammenkoblet system. For eksempel kan helsefremmende skoler eksistere innenfor sunne byer og være knyttet til sunne lokalsamfunn.

Green et.al (2015) og Dooris (2012) argumenterer for å skille mellom "helsefremmende arbeid i settinger" og "å arbeide med helsefremmende settinger". Helsefremmende arbeid i settinger fokuserer i hovedsak på individuell helseatferd, mens helsefremmende arbeid med settinger innebærer en helhetlig og koordinert tilnærming der politikere, befolkningen og tverrsektorielle representanter samarbeider og samhandler for å utvikle helsefremmende faktorer i lokalsamfunnet. Ved å innlemme helsefremming i de daglige aktivitetene og legge vekt på sammenhengen mellom miljømessige og personlige faktorer, kan helsefremmende settinger skape sunne miljøer som fremmer helse og velvære i samfunnet (Green et.al., 2015; Dooris, 2012, s.21; Hodgins & Griffiths, 2012; Rønning et.al.,2021).

Green et.al (2015) mener at helsefremmende arbeid gjennom settinger kan bidra til å skifte fokuset fra individuelle atferdsmessige tilnæringer til å vurdere miljøets bidrag til helse. Det gir tilgang til både enkeltpersoner og grupper og skifter fokuset fra sykdom til helsepotensialene som ligger i de sosiale settingene i hverdagen (Green et.al, 2015, s.453).

WHO (1986) mener at settingstilnæringer kan være en effektiv måte å implementere helsefremmende tiltak i samfunnet, og at det kan gjøres i en rekke ulike settinger som helsefremmende byer, lokalsamfunn, skoler, arbeidsplasser, sykehus og fengsler.

Helsefremmende arbeid kan deles inn i tema-, målgruppe- og settingstilnæringer.

Tematilnærming setter søkelys på spesifikke temaer som kosthold, fysisk aktivitet og rus, mens målgruppetilnærming retter seg mot spesielle grupper i samfunnet. Settingstilnærming fokuserer på å sette inn tiltak i sosiale steder der mennesker lever sine liv, som skolen og nærmiljøet (Green et.al,2015; Mæland,2022).

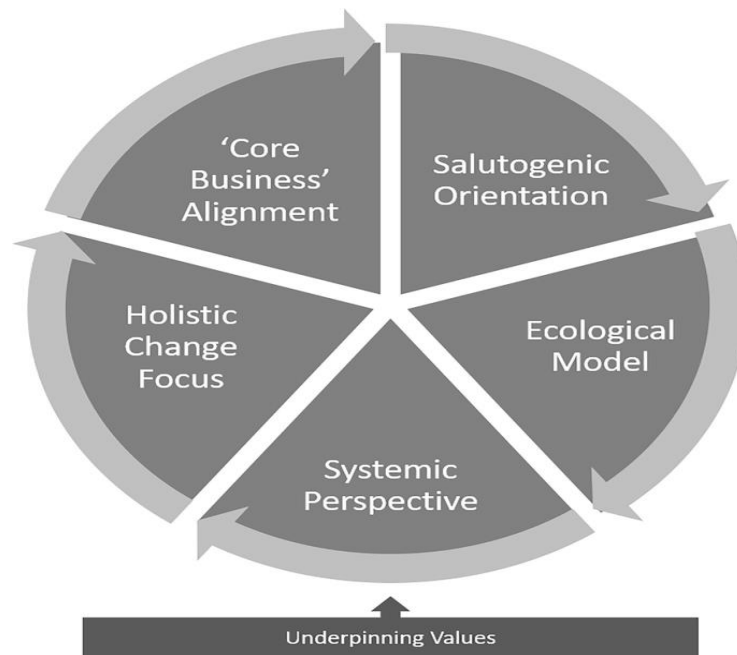
Det er flere terminologier som har blitt brukt for å beskrive settingsbaserte tilnæringer til helsefremming, inkludert "sunne omgivelser", "helsefremmende settinger", "den settingsbaserte tilnærmingen" og "settingstilnærming" (Green et.al, s.456; Dooris, 2012,s.17).

Det er sistnevnte jeg vil bruke i denne oppgaven.

3.2.1 Settingstilnærming

Settingstilnærming har sin opprinnelse fra Verdens helseorganisasjon (WHO) Health for All-bevegelsen (WHO, 1980, 1981), og fokuserer på hvordan fysisk, sosial, økonomisk og politisk miljø påvirker helse og velvære. Ottawa Charteret (WHO,1986) hadde eksplisitt fokus på settinger (se også 3.2.2; Sakhi, 2022), og settingstilnærming som metode ble også støttet av Jakarta-erklæringen (WHO, 1997) og Nairobi Call to Action (WHO, 2009).

Dooris (2005;2012;2022) mener prinsippene for systemteori og settingstilnærmingen til helsefremmende arbeid består av 5 sammenhengende dimensjoner. (figur 3.2).



Figur 3.2 Conceptual framework Settings-based approach conceptual framework for healthy settings. (Dooris et.al,2022).

Dooris (2012;2022) skildrer det konseptuelle rammeverket for helsefremmende arbeid på bakgrunn av WHO's prinsipper om deltakelse, rettferdighet, myndiggjøring, partnerskap og bærekraft. En nærmere beskrivelse av de fem dimensjonene (figur 3.2) følger; salutogen orientering handler om en salutogen tenkning innen helsefremmende arbeid om hva som skaper helse (se også 3.1.2). Økologisk helsemodell viser til at helse er bestemt av et komplekst samspill av miljømessige, organisatoriske og personlige faktorer og det legges også vekt på spillet mellom mennesker og deres miljø (se også 3.2.4).

Settingstilmærning fokuserer på helhetlig satsing på befolkningen innenfor en setting for å utvikle støttende kontekster. Systemperspektivet ser på helheten og sammenhengen mellom ulike komponenter i settingene og dens omgivelser. Holistisk endringsfokus handler om å bruke hele systemtenkning og flere sammenkoblede intervensjoner for å fremme helse i ulike settinger. Hele systemutvikling setter søkelys på organisasjonsutvikling og samfunnsutvikling for å gjøre endringer innenfor rammen i sin helhet (Dooris et. al,2022; Dooris,2012, s.23; Dooris, 2005).

Systemer kan bli mer differensierte og spesialiserte over tid. Selv om skoler og arbeidsplasser har mål og er spesialiserte, er byer og nabolag åpne, komplekse og gir kryssende sammenhenger (Hodgins & Griffiths, 2012, s.35; Dooris, 2012).

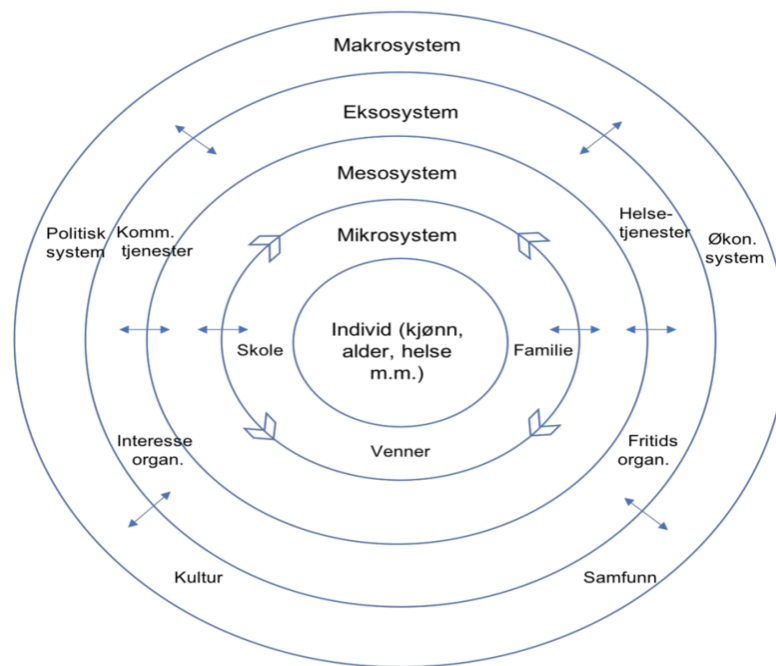
Settingstilmærmingen fokuserer på å påvirke velvære gjennom sosiale regler, normer og verdier i organisasjoner og samfunnet generelt. Det kan være utfordrende å få til organisatoriske endringer og teori kan avvike fra praksis (Dooris, 2012, s.17;s.20-21;Green et.al,2015,s.455).

Dooris (2012) og Green et.al (2015) viser til Whitelaw et.al (2001) som identifiserte fem typer settingsaktivitet for helsefremming på individ- og organisasjonsnivå med ulik grad av muligheter og begrensninger. Disse modellene inkluderer den *passive modellen* (problemet og løsningen avhenger av individet), *den aktive modellen* (problemet ligger hos individet og løsningen avhenger av handling på nivå med både individet og settingen, at settingen kan bidra til å forme individuell atferd), *kjøretøymodellen* (problemet ligger først og fremst i systemet), *den organiske modellen* (problemet forstås å ligge innenfor settingen, og løsningen anses å omfatte handlingene til en samling av individuelle handlinger) og *den omfattende modellen* (der settingen blir sett på som en enhet utenfor individene i den, og både problemet og løsningen sees å ligge i systemet) (Dooris 2012,s.22; 2022; Green.et al, 2015).

Selv om den organiske og omfattende modellen anses som "ideelle" tilnærminger, kan forskjellene mellom disse aktivitetstypene sees som løse og overlappende. Det er imidlertid viktig å erkjenne at tilnærmingen implementeres på forskjellige måter innenfor de bestemte begrensningene (Whitelaw et.al, 2001). Green et.al (2015) mener at helse i en settingstilmærming vil være avhengig av samspillet mellom individer og undersystemer i økosystemet, og viser til Bronfenbrenner (1979) økologiske modell.

3.2.2 Bronfenbrenners modell

Bronfenbrenner (1979) økologiske modell danner det teoretiske rammeverket i denne masteroppgaven (figur 3.3). Modellen tar utgangspunkt i at alt henger sammen og tenker at det økologiske miljøet er systemer der den ene danner kjernen i den andre. Disse systemene kaller han for mikro, meso, ekso og makro som fokuserer på å skape forutsetninger for miljøer som er støttende for helse og velvære (Green et al., 2015).



Figur 3.3. Bronfenbrenner (1979) økologisk modell.

Mikro, den innerste sirkelen i systemet, er på individnivå og som fysisk og sosialt kan avgrenses i forhold til andre miljøer. I dette nivået blir individet både påvirket og påvirket av miljøet. Barnehagen, lekeplassen og familien er noen av elementene i dette systemet.

Bronfenbrenner definerer mikro som: *"A micro system is a pattern of activities, roles, and interpersonal relations experienced by the developing person in a given setting with particular physical and material characteristics"* (Bronfenbrenner 1979: 22).

Mesosystemet er den andre sirkelen som handler om forholdet mellom to eller flere mikrosystemer og interaksjonen mellom de ulike strukturer som individet inngår.

Mesosystemet er definert som: *"A mesosystem comprises the interrelations among two or more settings in which the developing person actively participates (such as, for a child, the relations among home, school, and neighborhood peer group; for an adult, among family, work, and social life.)"* (Bronfenbrenner 1979, s.25).

Eksosystemet, som er den tredje sirkelen, er på samfunnsnivå og som har indirekte virkning på individet. Lokalmiljøet og arbeidsplasser er eksempler på dette. Eksosystemet er definert som; *"An exosystem refers to one or more settings that do not involve the developing person as an active participant, but in which events occur that affect, or are affected by, what happens in the setting containing the developing person"* (Bronfenbrenner 1979,s.25).

Makrosystemet er den ytterste sirkelen som handler om organisering av sosiale institusjoner og politikk som påvirker hele samfunnet på et overordnet nivå. Makrosystemet er beskrevet på følgende måte: ”*The macrosystem refers to consistencies, in the form and content of lower-order systems (micro-, meso-, and exo-) that exist, or could exist, at the level of the subculture or the culture as a whole, along with any belief systems or ideology underlying such consistencies*” (Bronfenbrenner 1979, s.26).

Det er interessant å se hvordan Bronfenbrenners økologiske modell og livsløpsperspektivet kan brukes til å forstå samspillet mellom helse og miljømessige faktorer. Ottawa Charteret (WHO,1986) understreker også viktigheten av miljøet for å fremme helse.

4. Tidligere forskning

Helsedirektoratets kartlegging i perioden 2012–2017 viste at mange kommuner har identifisert sine folkehelseutfordringer, planforankret folkehelseperspektivet og har ansatt en folkehelsekoordinator. Utvikling og fremdrift i folkehelsearbeidet varierer fra kommune til kommune, men kommunene ønsker å få etablert et systematisk folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2019).

To norske studier konkluderte med at folkehelse har blitt etablert som et politikkkfelt, det er sterkere samarbeid mellom kommunene og fylkeskommunene. Kommunenes bruker mer ressurser på forebyggende helsearbeid og folkehelsearbeidet har blitt mer helsefremmende og mer systematisk. Funnene viste også at kommunene har jobbet mer aktivt for å utvikle et kunnskapsgrunnlag for folkehelse som har blitt tydeliggjort som et satsingsområde i det kommunale planverket (Hofstad & Schou, 2017; Løset & Veenstra, 2015). I en tilsvarende studie, blant svenske kommuner, viste det seg at folkehelsepolitikkenes fokus på helsedeterminanter generelt var godt forstått og tilstrekkelig vektlagt når det gjaldt organiseringen av svensk regional og lokal helsefremming (Jansson et.al, 2011).

Norske studier gjennomført av Fosse & Helgesen (2015;2017), konkluderte med at det er vanskelig for kommunene å flytte fokus fra individuelle livsstils spørsmål for å inkludere folkehelse i politiske prosesser. De sliter med å integrere helsefremmende arbeid i sine planprosesser og “helse i alt politikk”-perspektivet er til stede i begrenset grad. Kommunene møter utfordringene ulikt etter deres størrelse, økonomi og geografisk beliggenhet. Lignende studie fra Nederland viste at helsetjenester med retningslinjer for å støtte utvikling og implementering av lokal helsepolitikk, ble utilstrekkelig brukt av kommunene (Kuunders et.al, 2018).

Ifølge Gasby et.al (2017) kan implementeringen av folkehelse og folkehelsepolitikk oppleves utfordrende, noe som kan føre til manglende klarhet rundt ansvarsfordeling og koordinering. Halvorsen et.al (2017) og Fosse & Helgesen (2017) fant også ut at forankring og integrering av helsefremmende prinsipper til folkehelseloven i alle sektorer har vist seg å være utfordrende. Derfor mener de at integrering av folkehelsearbeidet i den fylkeskommunale virksomheten gjennom deres regionale folkehelseplaner kan bidra til å bedre satsing på folkehelseområdet.

I sin doktorgradsavhandling, kom Hagen (2020) fram til at folkehelsearbeidet er lite utstrakt på kommunalt nivå tatt grunnprinsippene i folkehelseloven i betraktning. Kommunene har i

mindre grad utviklet helseoversikter og syns prosessen er krevende. Samtidig viser det seg at kommuner som fokuserte på levekårsperspektivet hadde i større grad bedre oversikt over regionalt helsetilstanden og hadde bedre tverrsektorielt samarbeid med fylkeskommunen og privat og frivillig sektor. Og Riksrevisjonens (2015) undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid viste at kun 24 prosent av kommunene hadde oversikt, 59 prosent hadde delvis utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, mens 16 prosent hadde ikke oversiktsarbeidet.

Få fylker som satser på befolkningsrettede strategier og flesteparten retter tiltak mot utsatte grupper i samfunnet. Mange av de konkrete tiltakene viser seg å være intervensjoner innenfor tradisjonelle folkehelseområder, kosthold, fysisk aktivitet og andre livsstilsproblemer (Fosse & Helgesen (2015); Shandiz, (2015) og Fosse & Helgesen (2017)). Riksrevisjonen fant at 35 prosent av kommunene hadde befolkningsrettede folkehelseiltak, mens 19 prosent hadde risikostrategier, og i underkant av halvparten har like mange befolkningsrettede som risikostrategier (Riksrevisjonen, 2015).

Kommunene ser på psykisk helse, levekår og sosial ulikhet som sine største folkehelseutfordringer. Fylkeskommunene på sin side oppgir de samme temaene i tillegg til skole/utdanning som sine største utfordringer. Samtidig som halvparten av kommunene anser psykisk helse som en av de viktigste folkehelseutfordringene, er det kun 1 av 3 som har iverksatt flere tiltak i området psykisk helse. Dermed ser det ut som kommunene ofte prioriterer tiltak med levevaner, kosthold og fysisk aktivitet som er "klassiske" temaer som er sentrale i folkehelsearbeidet. Åtte av ti har iverksatt tiltak innen fysisk aktivitet. Bakgrunnen kan være at kommunene har god kompetanse innen disse områdene samtidig som tiltakene er ikke kostbare samt resultatene er målbare og godt dokumentert (Riksrevisjonen,2015).

I sin studie, tok Shandiz (2015) utgangspunkt i fylker som hadde utviklet regionale folkehelseplaner (13 av 19 fylker). Konklusjonen var at mange fylker er innforstått med at folkehelsearbeid krever helhetlig og tverrsektorielt samarbeid og at fylkeskommunene hadde et bredt samarbeid med flere aktører i utarbeiding av regionale folkehelseplanene. Det viste seg at en av fem av fylkeskommuner bruker helseoversikten som plangrunnlag for prioriteringer innen folkehelsearbeidet (Shandiz, 2015). I Riksrevisjonens undersøkelse svarte 8 av 18 fylker at de har utarbeidet en slik oversikt over helsetilstand i befolkningen, mens resten var i gang med arbeidet (Riksrevisjonen, 2015).

Når det gjelder utarbeiding av planstrategier, opplyste 14 av 18 fylkeskommuner at de har utarbeidet planene deres på grunnlag av folkehelseutfordringene. Og samtlige fylkeskommuner opplyste at de har iverksatt tiltak innen fylkeskommunens forvaltningsområder, for eksempel den videregående skole og tannhelsetjenesten. I samme undersøkelse, oppga samtlige fylkeskommuner at de bistår kommunene med deres oversiktsarbeid og at de legger til rette for erfaringsutveksling, mens 16 av 18 fylker svarte at de bistår kommunene i arbeidet med folkehelse tiltak. Selv om 15 av 19 fylkeskommuner opplyser at de har etablert et systematisk samarbeid om folkehelsearbeidet på tvers av enheter og avdelinger, opplever de fortsatt utfordringer lokalt og regionalt. Mange fylkene har også inngått partnerskap med for eksempel frivillig sektor og universiteter/høyskoler (Riksrevisjonen, 2015). Og i Sverige viser det seg at nær halvparten av svenske kommuner har et vanlig eller formalisert samarbeid med andre sektorer om helsefremmende og forebyggende arbeid (Folkhälsomyndigheten, 2022).

På bakgrunn av dette, er det naturlig å sammenlikne Norge med våre naboland ved å se på strukturen i deres lokale myndigheter og deres folkehelsearbeid.

I Finland har kommunene hovedansvaret for grunnskole og videregående opplæring, samt sosiale og helsetjenester. Lovverk og overordnede politiske retningslinjer utarbeides på nasjonalt nivå, men styring og organisering av tiltak er hovedsakelig opp til lokale myndigheter. Det helsefremmende arbeidet både på nasjonalt og kommunalt nivå, involverer flere etater og institusjoner underlagt departementet, samt frivillige organisasjoner og andre aktører (Keskimäki et.al, 2019).

I likhet med Norge, har regionene/fylkene i Sverige ansvaret for helse, tannhelse, helsestasjon, kollektivtransport og regional utvikling. Og kommunene har ansvaret for det helsefremmende og forebyggende arbeidet med blant annet barnehage, skole, skolehelsetjeneste, sosialtjeneste og eldreomsorg (Folkhälsomyndigheten, 2022).

I Danmark er det kommuner som har ansvaret for lokal sykdomsforebygging og helsefremming samt primærhelsetjenester, hjemmesykepleie, skolehelsetjeneste, tannhelsetjeneste og sykehjem. Og fylkene/regionene har ansvaret for sykehus, psykiatri og helsetjenester levert i privat praksis (Sundhedsstyrelsen, 2019; Rod & Høybye, 2015).

Det svenske parlamentet vedtok en omfattende folkehelsepolitikk (SNPHP) i 2003 med fokus på helsedeterminanter. Det er faktorer som trygge oppvekstmuligheter med høy kvalitet i

barnehage, godt læringsmiljø på skolen, fysisk aktivitet, kosthold og tiltak innen tobakk/rus. I tillegg er helsefremmende arbeidsplasser med godt fysisk og psykososialt miljø, bo og nærmiljø, livsstil og likeverdig deltakelse i samfunnet fremhevet. Tidlig innsats i samarbeid med blant annet politi, sosialtjenester, skole og foreldre og opplæring av kommunalt ansatte sees på som viktige forutsetninger i folkehelsearbeidet (Folkhälsomyndigheten, 2023; Jansson et.al, 2011).

Undersøkelse i Sverige blant landets 21 fylkeskommuner, 290 kommuner og 14 nabolag i Stockholm, fant ut at 40% av kommunene har foretatt en undersøkelse angående tema alkohol, narkotika og tobakk i sitt folkehelsearbeid. I samme studie kom de fram til at over 70% av kommunene hadde kartlagt skoleelevers adferd i forhold til alkohol, narkotika og røyking. 82 % av kommunene hadde politikk om alkoholfri arbeidstid og 75 % som røykfri arbeidstid (Folkhälsomyndigheten, 2022).

I likhet med Sverige og Norge, ønsker også finske myndigheter å fremme befolkningens helse, redusere helseforskjeller og sikre lik tilgang til tjenester for alle innbyggerne. De største folkehelseutfordringene viser seg å være sosioøkonomiske ulikheter, røyking, alkohol, overvekt, fysisk inaktivitet og kosthold (Keskimäki et.al, 2019).

Ifølge Rod & Høybye (2015) har dansk folkehelsearbeid en risikofaktororientert tilnærming som vektlegger rollen til individuell atferd og livsstil fremfor f.eks. sosiale determinanter. Men i de siste årene har KRAM (en forkortelse av de danske ordene for mat, røyking, alkohol og trening) hatt viktig innvirkning i både planlegging, politikktutforming, lokal og nasjonal lovgivning. De nye retningslinjene som omtales som *forebyggingspakker*, er utviklet av helsetilsynet publisert i 2012/2013. Målet er å hjelpe lokale myndigheter når de planlegger og organiserer helsefremmende innsats på lokalt nivå. Disse anbefalingene er delt i 11 ulike risikofaktorer med blant annet tobakk og alkohol, fysisk aktivitet, psykisk helse og kosthold (Rod & Høybye, 2015; Sundhedsstyrelsen, 2019).

I Danmark har de spesielt fokus på tidlig innsats for barn og unge i familier med rusproblemer, godt fysisk og psykisk miljø i barnehage og skole, involvering av foreldre, økt deltakelse i fritidsaktiviteter, forebygging av overvekt og mobbing. Helsesøster har en veiledningsfunksjon i forhold til sunne vaner i familier med barn i deres første leveår (Sundhedsstyrelsen, 2019).

Når det gjelder voksne, er fokuset rettet mot tilknytning til arbeidslivet, røyking og alkohol. Rus- og alkoholforbruk og røyking er et gjennomgående problem også blant ungdom i

Danmark. Med alkoholforebyggingspakken ønsker kommunen redusert alkoholforbruk blant innbyggere og utsette alkoholdebut blant ungdom. Derfor har Helsetilsynet i Danmark skjerpet de nasjonale anbefalingene om alkoholforbruk og fraråder barn og unge under 18 år å drikke alkohol (Sundhedsstyrelsen, 2019; 2022; Rod & Høybye, 2015; Santini et.al,2020).

Dårlig oral helse er et stort globalt problem som rammer de mest sårbare gruppene i samfunnet. Det er anslått å være mer enn 3,5 milliarder tilfeller av orale sykdommer på verdensbasis i 2017, hvorav de fleste kan forebygges (WHO, 2022). Verdens helseorganisasjon har derfor vedtatt en global strategi for oral helse som skal omsettes til en handlingsplan mot 2030, og som blir knyttet opp mot bærekraftsmål 3 og ikke-smittsomme sykdommer (Helse - og omsorgsdepartementet, 2022).

4.1 Målsetting

Love, stortingsmeldinger, handlingsplaner og samhandlingsreformen viser til at innsats må rettes mot en rekke temaer, grupper og arenaer. Fra kosthold og sosiale ulikheter - til innsats i barnehage og skole og arbeidslivet. I og med at det er gjort mye forskning på feltet folkehelsearbeid og hvordan kommunene forholder seg til det, har dette studiet som mål å søke svar som kan bidra til bedre forståelse av folkehelsearbeidet på fylkeskommunalt nivå og hvordan fylkene som beslutningsorgan gjennom sine regionale folkehelseplaner ivaretar folkehelsearbeid gjennom sin folkehelsepolitikk. Oppgavens formål er ikke å generere nytt konsept eller teori, men har imidlertid hensikt å gi et innblikk i et felt som vi per i dag ikke har mye oppdatert systematisk kunnskap om hvordan fylkeskommuner velger å satse på ulike temaer, grupper og arenaer i sitt folkehelsearbeid, og hvilke tilnæringsmetoder de benytter seg av. Studiet har som formål å gi et innblikk i et felt som per i dag har lite oppdatert systematisk kunnskap.

På bakgrunn av dette, stiller jeg følgende forskningsspørsmål:

1. *Hva fokuserer fylkeskommunen på når det gjelder folkehelsearbeid?*
2. *Hvem fokuserer fylkeskommunen på når det gjelder folkehelsearbeid?*
2. *Hvilke settinger er fylkene mest opptatt av når det gjelder folkehelsearbeid?*

5. METODE

5.1 Datamaterialet

Denne studien analyserer i folkehelseplanene i 13 norske fylkeskommuner og Oslo kommune. Disse folkehelseplanene ble samlet av USN gjennom fylkenes folkehelsekoordinatorer våren 2021. Jeg velger å nevne Oslo som fylke i denne oppgaven da de har både kommunale og fylkeskommunale oppgaver.

Dagens fylker består av Troms og Finnmark (avvikles i 2024), Nordland, Trøndelag (tidligere Nord - og Sør -Trøndelag), Møre og Romsdal, Vestland (tidligere Hordaland og Sogn og Fjordane), Rogaland, Agder (tidligere Aust-Agder og Vest Agder), Vestfold og Telemark, Viken (avvikles i 2024), Oslo kommune og Innlandet (tidligere Hedmark og Oppland). Jeg har inkludert folkehelseplaner fra følgende fylker: Agder (2016), Finnmark (2015), Hedmark (2018), Hordaland (2014), Oppland (2017), Nordland (2021), Nord-Trøndelag (2013), Oslo kommune (2017), Rogaland (2012), Sør-Trøndelag (2012), Sogn og Fjordane (2015), Troms (2008), Vestfold og Telemark (2021) og Østfold (2011). Noen av planene som jeg har tatt utgangspunkt i, er gamle fylker. Det betyr at da disse dataene ble samlet, hadde ikke de nye fylkeskommune rukket å lage sine folkehelseplaner. Jeg mangler folkehelseplan for Møre og Romsdal som ikke hadde egen folkehelseplan under datainnsamlingen.

5.2 Analysemetode

Folkehelseplanene ligger tilgjengelige som dokumenter, derfor er denne studien gjennomført som en ren dokumentstudie (Tjora, 2021, s.196). Dokumentstudier oppfattes som en ikke-påtrengende metode der forskere generer data uten at deltakere er involvert. (Tjora, 2021, s.195). Bowen (2009) beskriver slike studier som en systematisk prosedyre for gjennomgang og evaluering av dokumenter der data undersøkes og tolkes for å få forståelse og utvikle kunnskap. I litteraturen er det både innholdsanalyse og dokumentanalyse som blir brukt, men det er sistnevnte som skal benyttes i denne oppgaven.

For å svare på forskningsspørsmålene om hva og hvem fylkeskommunene fokuserer på og hvilke settinger de er opptatt av i sitt folkehelsearbeid, ligger hovedvekten på en kvalitativ tilnærming, mens noen av resultatene i resultatkapitlet er presentert i form av tall og tabell som er en kvantitativ tilnærming.

Kvalitativ dokumentanalyse fokuserer i stor grad på emne og kontekst, og vektlegger forskjeller mellom og likheter innenfor datamaterialet der forskeren søker etter mønstre,

likheter og forskjeller i dataene. (Johannessen et.al, 2019; Graneheim & Lundman, 2004; Tjora, 2021). Hvordan jeg har gått fram i denne prosessen er nærmere beskrevet i neste delkapittel.

Forskningsmetoden i oppgaven er som nevnt kvalitativ som bygger på teorier om fortolkning, *hermeneutikk*. (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Målet er å forsøke å skape sammenheng med teorien, forstå og forklare funn og skape mening i funnene. (Nilssen 2021; Johannessen et.al,2019). Tolkningen er avhengig av forforståelsen hos forskeren. (Graneheim & Lundman, 2004; Johannessen, 2019). Og Tjora (2021) mener forskerens forforståelse, personlige bakgrunn og erfaring påvirker prosjektets tema, metode og valg av teori.

For å skape ny kunnskap, kan man se på tolkning, analyse og systematikk i forskningen som en prosess som bidrar til å gjøre det ubevisste bevisst. Da er det snakk om den *hermeneutiske sirkelen* - “*tolkning består av stadige bevegelser mellom helhet og deler, mellom det som blir fortolket og konteksten og mellom det som blir fortolket og vår forståelse*”. (Nilssen, 2021, s.73). Analyse og tolkning kan sees på som en pendling mellom teori og datamateriale og mellom deler og helhet for å skape mening og forståelse. (Nilssen, 2021, 104-105; Tjora,2021).

Ifølge Tjora (2021, s.38) fremhever kvalitative metoder innsikt og forståelse og bærer preg av forskersubjektivitet. Forforståelsen starter før selve forskningen og er basert på forskerens tidligere personlige referanser og erfaringer. Malterud (2011) mener at det viktig at forskeren tar stilling til betydningen av egen rolle og forforståelse forskningsprosessen. Som praktiserende tannpleier, har jeg faglig kunnskap om tannpleierfaget, men lite om hvordan fylkeskommunen driver folkehelsepolitikk og folkehelsearbeid. Lite visste jeg om at fylkene hadde egne folkehelseplaner. Som tannpleier i fylkeskommunen driver jeg i tillegg til klinisk arbeid med både forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeid i form av undervisning på skoler og sykehjem med tema om tannhelse og kosthold. I tillegg har vi samarbeidsmøte med helsestasjon for barn og ungdom. Derfor er denne studien interessant fordi jeg vil få et større perspektiv på fylkeskommunenes folkehelsearbeid i andre arenaer. Min bakgrunn som tannpleier kan påvirke min forutsetning om fylkeskommunene som har ansvaret for tannhelse. Dette kan gjøre at jeg ser etter teamet tannhelse i folkehelseplanene. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) kan forskerens forforståelse være viktig for å kunne forstå og se nærmere på det fylkene deler av informasjonen. Det at jeg er tannpleier selv, kan ha påvirket tolkningsprosessen, men i veldig liten grad da målet med studien er å se på det generelle folkehelsearbeidet i fylkeskommunene og ikke bare tannhelse.

I analysearbeidet mitt, har jeg valgt å ta utgangspunkt i Tjora (2021) og metoden bidrar til systematikk og fremdrift i et kvalitativt forskningsprosjekt og virket derfor hensiktsmessig for bruk i min studie. Folkehelseplanene er analysert ved hjelp av den stegvis-deduktive induktive metoden (SDI) som presenteres av Tjora (2021, s.21). Selve metoden består av totalt syv steg; generering av empiriske data, 2. bearbeiding av rådata, 3. koding, 4. gruppering av koder, 5. utvikling av konsepter, 6. diskusjon av konsepter, 7. teori (Tjora, 2021, s. 21). Jeg leste gjennom folkehelseplanene en gang før jeg begynte med selve kodingen.

5.2.1 Koding

I dette steget var det 14 folkehelseplaner, stor mengde datamateriale som skulle sorteres i koder. I arbeidet med koder og for å samle og få en ryddig oversikt over kodene, lærte jeg meg «NviVo» som er et dataprogram anbefalt av Tjora (2021) til bruk i koding. Selv om programmet ikke genererer kodene automatisk, hjalp den meg med å systematisere og sortere kodene. Det første steget i arbeidet mitt var å legge til folkehelseplanene i NviVo. Etter å ha lest gjennom datamaterialet, begynte jeg å lage forskjellige koder for å få oversikt over materialet. Og i tråd med et induktivt premiss, hentet jeg koder fra transkriberingen, og ikke fra teorien, hypoteser eller forskningsspørsmålene (Tjora 2021, s.218; Anker, 2020). For å forsikre at kodene var empirinære, måtte jeg påse at kodene ikke kunne blitt opprettet før selve kodingen, og at kodene gjenspeilet konkret innhold. (Tjora, 2021, s. 224). Her følte jeg at kodene mine var empirinære ved at de ga en detaljert gjengivelse av de empiriske dataene som var relevante for belysning av forskningsspørsmålene. Etter endt koding, satt jeg igjen med 439 empirinære koder. Disse kodene ble samlet i NviVo i forskjellige kodemapper som dannet utgangspunkt for kodegruppering som er neste steg i analysen.

5.2.2 Kodegruppering

I denne delen begynte jeg å fokusere på forskningsspørsmålene i oppgaven og hvordan de skal brukes videre i analysen av empirien. Jeg brukte en grupperingstest for hver kode jeg opprettet, og etter endt arbeid hadde jeg 14 grupper som danner utgangspunktet for videre analyse. Selv om Tjora (2021) mener at induktiv forskning ofte stopper opp ved SDI-modellens femte steg, konseptutvikling, har jeg valgt å avslutte analysen min i SDI-modellens fjerde steg, gruppering av kodene, fordi jeg føler at disse kodegruppene dekker dine forskningsspørsmål.

Jeg har gruppert kodene etter hva og hvem fylkeskommunen fokuserer på i sitt folkehelsearbeid og hvordan de ønsker å jobbe med folkehelsearbeid i settinger Graneheim &

Lundman (2004) mener at målet med å lage slike grupper er å få ut essensen i materialet som kan svare på forskningsspørsmålene. Jeg opprettet 3 hovedkategorier basert på de 14 gruppene jeg hadde opprettet: tema, målgrupper og settinger som fylkene er opptatt av (tabell 6.1). Noen av temaene er relevante for en spesifikk målgruppe, mens andre er relevante for alle.

5.3 Kildekritikk

Kildekritikk er viktig for å sikre at dokumentene som brukes i forskning er pålitelige og relevante. Det er nødvendig å ta hensyn til dokumentets kontekst og opphav for å forstå dets betydning og funksjon. Det er viktig å vurdere dokumentets kvalitet og relevans for å sikre gyldighet, pålitelighet og generaliserbarhet i forskning (Johannessen, 2019; Tjora, 2021, kap.8).

5.3.1 Gyldighet

Gyldighet i forskning handler om å finne svar på problemstillingen. Det er viktig å forholde seg til aktuelle perspektiver og teorier og tidligere forskning for å sikre at forskningen er relevant. For å finne svar på forskningsspørsmålene i oppgaven, var det nødvendig å velge en metode som var egnet for å belyse problemstillingen.

For riktig metodevalg, må man ifølge Malterud (2011) spørre om valgt metode er relevant for belysning av problemstillingen i oppgaven. Og en studie med god validitet er avhengig av forskeren klarer å gjøre rede for hva slags spørsmål som er stilt i datagenerering og samtidig sette kilden i en kontekst ved å tenke på når de er skrevet, hvilken metode er benyttet for å produsere dokumentene, hvem målgruppen er og hva formålet er. (Tjora,2021, s.196; Asdal & Reinertsen, 2021).

Folkehelseplanene er skrevet og godkjent av fylkestinget i hvert fylket. Målgruppen er fylkeskommunene og deres partnere i folkehelsearbeidet, kommunene, privat sektor og frivillige organisasjoner. Som beskrevet innledningsvis, er formålet med studien å undersøke hva, hvem og hvordan fylkene ønsker å jobbe med folkehelsearbeid. Som forsker har jeg vært bevisst i min rolle som nøytral og påse at det jeg gjør er riktig både i forhold til valg av metode og hvordan jeg skal gå fram for at koblingen mellom analyse, empiri og teori blir riktig. Da kommer vi til neste punkt, *pålitelighet* som handler nettopp om dette.

5.3.2 Pålitelighet

Pålitelighet handler om redegjørelse og synliggjøring av koblingen mellom empiri, analyse og teori i forskningen. I tillegg til god systematikk i analysen, vil bruk av sitater eller utdrag, og eventuelt analyseverktøy som Nvivo, styrke påliteligheten til de empiriske dataene. (Tjora, 2021).

For det første handler påliteligheten i studien om at resultatene fra forskningen er troverdige. (Kvale & Brinkmann, 2015). For det andre handler dette om at andre forskere ville ha kommet tilnærmet lik konklusjon med det jeg har gjort i denne studien. (Green & Tones, 2010).

Ved å systematisk lese gjennom folkehelseplanene, gjengi deres innhold som de står uten å omformulere innholdet, har jeg prøvd å tydeliggjøre troverdigheten i resultatene. Selv om både lengde, innhold, antall strategier og tiltak varierer i fylkene, har jeg prøvd å få fram essensen i innholdet mer enn å inkludere mest mulig fra de fylkene med flest tiltak, for eksempel. Som nevnt ovenfor, er denne studien hermeneutisk forankret og målet er å forsøke å forstå, forklare og skape mening i funnene. (Nilssen 2021; Johannessen et.al,2019). Og tolkningen av dette er avhengig av forforståelsen hos forskeren. (Graneheim & Lundman, 2004). Med utgangspunkt i samme problemstilling og empiri, er det nærliggende å tro at en annen forsker hadde kommet til samme konklusjon som meg, dog med noe variasjon i hva som hadde blitt vektlagt av tema. Og med bakgrunn i dette, vil jeg hevde at min forskning fremstår som pålitelig.

5.3.3 Generaliserbarhet

Ifølge Tjora (2021) danner samspillet mellom empirien, analysen og teorien grunnlaget for generaliserbarheten i studien og mener generaliserbarhet er en kvalitetsindikator for forskning (Tjora, 2021, s. 268). Denne formen for generalisering er mulig etter systematisk koding og kategorisering og ikke direkte ut fra empirisk materiale. *“For å sikre relevans utover de data som er analysert i prosjektet, benyttes tidligere forskning og teorier som støtter opp under en større gyldighet og generaliserbarhet”* (Tjora, 2021, s. 271-272).

Studien kan ha en svakhet ved at folkehelseplaner fra tidligere fylker som ikke eksisterer lenger og fylker som skal avvikles, er inkludert. Men funnene fra studien kan fremdeles ha overføringsverdi og gi en indikasjon på hvordan fylkeskommunene ivaretar folkehelse. Å inkludere alle 14 folkehelseplaner kan bidra til et rikere innhold i analysen. Dermed gir

studien et bredere perspektiv på folkehelse fra flere fylker, og inkluderingen av samtlige fylkeskommuner i studien styrker tilstrekkeligheten for å gi et innblikk i fylkenes folkehelsearbeid. Resultatene og diskusjonen tyder på at det er lite variasjoner mellom alle fylker når det gjelder hva, hvem og hvor de ønsker å satse på i sitt folkehelsearbeid.

Siden folkehelseplanene ligger som dokumenter, mener jeg dokumentanalyse er den best egnede metoden å analysere innholdet på. Samtidig kan det også nevnes at for eksempel intervju med planleggere i fylkeskommunene kunne kanskje ha bidratt med mer kunnskap om folkehelsearbeidet i fylkene, ønsket jeg imidlertid i denne studien å studere fakta som ligger tilgjengelig som dokumenter om hva, hvem og hvordan fylkeskommunene ønsker å ivareta i sitt folkehelsearbeid. Basert på disse punktene, vurderes dokumentanalyse som den mest egnede metoden for å samle inn data som kan belyse problemstillingen i denne masteroppgaven. Derfor ville ikke intervju i tillegg til selve dokumentanalysen bidratt til bedre svar på problemstillingen.

5.3.4 Forskningsetikk

Ifølge Asdal & Reinertsen (2021) innebærer forskningsetikk å sikre at vi samler inn og bruker informasjon på en etisk forsvarlig måte. (s.212).

Siden denne studien er ren dokumentanalyse og dokumentene er tilgjengelig for offentligheten, omfattes den ikke av hensyn til personvern. Likevel følger det et etisk ansvar der man som forsker tar hensyn til at mennesker har vært involvert i utarbeiding av disse folkehelseplanene. Nøyaktige kildehenvisninger, systematikk og åpenhet gir transparens som er viktig for forskningsarbeidet (Nilssen, 2021; Nasjonale etiske retningslinjer, 2019; Goth, 2014). Under hele prosessen i denne oppgaven, har jeg vært bevisst på min forforståelse, mine forutsetninger og forventninger og min rolle som nøytral forsker. I analysedelen har jeg vært bevisst på å ikke favorisere ett bestemt eller noen få fylker, og jeg har lest gjennom alle planene like mange ganger og prøvd samme metode for utarbeiding av koding og kodegruppering for å komme til likt resultat som mulig.

6. RESULTAT

Resultatkapitlet består av to deler. Del I inneholder en deskriptiv og sammenfattende beskrivelse av hver fylkeskommunes folkehelseplan. I Del II har jeg delt funnene mine på seks temaer, tre grupper og fire settinger (tabell 6.2). Målet er å besvare følgende forskningsspørsmål.

- a. Hva er fylkene er opptatt av
- b. Hvem er fylkene opptatt av
- c. Hvilke settinger er fylkene mest opptatt av når det gjelder folkehelsearbeid

DEL I

Jeg har valgt å presentere en kort sammenfattende beskrivelse av folkehelseplanene i alfabetisk rekkefølge.

6.1.1 Folkehelsestrategi for Agder 2018-2025. *Sammen om god livskvalitet for alle på Agder. Agder fylkeskommune (2018).*

Regional planstrategi for Agder (2018) vedtatt i de to fylkestingene juni 2016.

Folkehelsestrategien i Agder (2018) bygger på «*Det gode livet: Agder for alle*» og er et felles plan for Agder fylke. Strategiene er basert på funn fra folkehelseutfordringene i fylket som ønsker å bruke både helsefremmende og forebyggende tilnærminger i folkehelsearbeidet rettet mot folkehelse- og levekårsutfordringene.

6.1.2 Regional strategi for folkehelsearbeid i Finnmark 2015 – 2018. Finnmark fylkeskommune (2015).

Hovedmålet for Finnmark (2015) er *Flere leveår med gode liv i Finnmark*. Fylket har ikke utviklet egne strategier som de andre fylkene når det gjelder folkehelsearbeid, men ønsker å følge de nasjonale målene i Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2014-2015)) i folkehelsearbeidet sitt. Koordinert og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, partnerskap mellom aktører og en felles grunnforståelse for folkehelseutfordringene sees på som avgjørende for å iverksette tiltak som bidrar til helsefremmende tiltak.

6.1.3 Folkehelsestrategi 2018–2022. Bedre folkehelse og reduserte sosiale helseforskjeller. Hedmark fylkeskommune (2018).

Visjon for Hedmarks folkehelseplan (2018) er «*Enkelt å velge sunt i Hedmark*». Det er de fem prinsippene fra folkehelseloven (Lov om folkehelsearbeid, 2011) som er sentrale i strategien og fylket ønsker å satse på videregående opplæring, tannhelse med vekt på forebygging, god samfunnsutvikling tilpasset klimautfordringene, arbeidsplassutvikling og innovasjon, samferdsel og gode kollektivtilbud. Fylket ser tydelig, systematisk og godt tverrsektorielt samarbeid som avgjørende for å lykkes i arbeid mot felles mål for å skape bedre folkehelse. Videre ønsker fylket å understøtte kommunene i deres folkehelsearbeid.

6.1.4 Regional plan for folkehelse – *Fleire gode leveår for alle* 2014-2025. Hordaland fylkeskommune (2014).

I Hordalands folkehelseplan (2014), er det prinsippene fra folkehelseloven (Lov om folkehelsearbeid, 2011), spesielt "*helse i alt vi gjør*" som er sentrale i strategien. Planen beskriver utviklingstrekk og helsetilstand med utfordringer og ressurser i fylket. Det kommer fram at det finnes mye kunnskap om risikofaktorer for sykdom, men mindre kunnskap om hva som er helsefremmende for både individ og samfunn. Derfor ønsker fylket å legge Den sosiale helsemodellen til Whitehead og Dahlgren (1991) til grunn i sin folkehelseplan med særlig fokus på befolkningsstrategier. Fylket ønsker å være et universelt utformet samfunn innen 2025.

6.1.5 Handlingsprogram 2021 til Regional folkehelseplan Nordland 2018-2025. Nordland fylkeskommune (2021).

Nordland (2021) ser på folkehelseplan om en felles plattform for lokalt og regionalt folkehelsearbeid og er opptatt av å skape trygge, attraktive og helsefremmende bo- og nærmiljø og legger FNs¹ bærekraftsmål til grunn i planarbeidet.

I tillegg til forankring av folkehelsearbeidet på politisk og administrativt nivå, ønsker fylket samarbeid mellom offentlige, frivillige og private aktører, forskning og høyere utdanning. I tillegg til å avholde erfaringsseminar og utvikle undervisningsmateriell om folkehelsearbeid.

¹ FNs bærekraftsmål er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030.

6.1.6 Regional plan for folkehelse i Nord - Trøndelag 2015 - 2020. Avdeling tannhelse og folkehelse. Nord-Trøndelag fylkeskommune (2015).

Planprogrammet for Nord-Trøndelag ble vedtatt av fylkestinget i 2013, og er forankret i Regional planstrategi for Nord-Trøndelag 2012-2016, hvor folkehelse er et prioritert område. Kunnskapsgrunnlaget i planen er folkehelseutfordringene i fylket. I planen er det lagt vekt på å prioritere strategier og handlinger som retter seg mot påvirkningsfaktorene og ved bruk av befolkningsstrategier med både helsefremmende og forebyggende tilnærming, ønsker fylke å rette innsatsen mot samfunnsarenaene (settinger) og forhold som påvirker helsen til befolkningen og viser til den «sosiale helsemodellen» (Whitehead og Dahlgren, 1991).

6.1.7 Regional plan for folkehelse i Oppland 2018-2022. Oppland fylkeskommune (2017).

Oppland (2017) har lagt kunnskap fra blant annet Ungdata 2016, Folkehelse- og levekårsundersøkelsen og NAV er til grunn for oversikt over befolkningens helse og påvirkningsfaktorer både regionalt og i kommunene i fylket. Fylket har spesielt fokus på sosiale helseforskjeller og ønsker å skape en bærekraftig samfunnsutvikling som fremmer trivsel og livskvalitet og god folkehelse for alle. I tillegg skal programmet legge til rette for samarbeid mellom andre aktører innen bl.a. helsetjenesten, skole og barnehage, politiet og frivillig sektor.

6.1.8 Folkehelseplan for Oslo 2017-2020. Helse og trivsel for alle - vårt felles ansvar. Oslo kommune (2017).

Oslo (2017) legger utfordringer blant barn og unge, voksne og eldre til grunn for utvikling av folkehelseplanen sin. Folkehelse i Oslo kommune er forankret i Helseetaten og kommunen har både kommunale og fylkeskommunale oppgaver. Byrådet har lagt fram tre hovedsatsingsområder, trygg og sunn oppvekst for alle barn og unge, en grønn og aktiv by som fremmer fysisk og psykisk helse og en inkluderende by som fremmer deltakelse og medborgerskap og forebygger ensomhet. Og strategiene handler om folkehelsearbeid der folk lever sitt liv og at folkehelsearbeid er et felles ansvar. I tillegg har kommunen egne strategiplaner i bydeler med særlige levekårsutfordringer. Kommunene understreker viktigheten av begrepet «*samfunnets innsats*» på alle nivåer og i alle virksomheter som skal bidra til god folkehelse.

6.1.9 Regionalplan for folkehelse i Rogaland 2013–2017. Vilje gir vekst. Rogaland fylkeskommune (2012).

Visjon i Rogaland (2012) er *“helse i alt vi gjør – sammen utvikler vi et godt Rogaland”*.

Utfordringsbildet i fylket er skjematisk beskrevet og danner bakgrunnen for folkehelsearbeidet i fylket som ønsker befolkningsrettede tiltak. Fylket ønsker å synliggjøre folkehelse og helsefremmende politikk på alle samfunnsområder og viser til den sosiale helsemodellen av Whitehead og Dahlgren (1991). Hovedstrategiene går ut på å skape støttende miljø for god helse på alle arenaer der folk ferdes og lever sine liv og ønsker å rette folkehelsearbeidet mot faktiske utfordringer og i tråd med tilgjengelig kunnskap.

6.1.10 Regional plan for folkehelse 2015–2025. Saman for god helse og trivsel. Sogn og Fjordane fylkeskommune (2015).

Regional for Sogn og Fjordane (2015) består av et hoveddokument som beskriver det fylket ønsker å oppnå og en handlingsplan som beskriver hvordan de skal oppnå målene i sitt folkehelsearbeid. Med bakgrunn i folkehelseutfordringene, har fylket identifisert fem satsingsområder for folkehelsearbeidet med *“helse i alt vi gjør”*- prinsippet. Med tettere samarbeid på tvers av sektorer og universelle tiltak i folkehelsearbeidet som omfatter alle innbyggerne og ikke bare mot utsatte grupper, ønsker fylket å fremme trivsel, gode levekår, forankre folkehelse inn i alle politikkområde, helsefremmende lokalsamfunn og utjevning av sosiale helseulikheter, gode bo- og nærmiljø, helsefremmende oppvekstmiljø, trivselsfremmende fritid og helsefremmende arbeidsliv.

6.1.11 Regional folkehelsearbeid for Sør-Trøndelag (2014- 2018). En håndbok i folkehelsearbeid. Sør-Trøndelag fylkeskommune (2012).

Folkehelseplanen i Sør -Trøndelag (2012) er forankret i regional planstrategi og formålet er å skape en felles plattform for folkehelsearbeidet både lokalt og regionalt. Fylket ønsker å fremme folkehelse og gode by- og bomiljøer. De mener manglende møteplasser og organisering av innsatsen for aktørene i folkehelsearbeidet skaper utfordringer i forhold til folkehelsearbeidet. De har skissert fire utfordringer som handler om nettopp kunnskap og kompetanse, om organisering av arbeidet, ressurser og medvirkning i folkehelsearbeidet. Til hver utfordring er det formulert to strategier som skal gi retning til folkehelsearbeidet i fylket. I tillegg til to innsatsområder som er barn og unge og nærmiljø og stedsutvikling.

6.1.12 Handlingsplan for Troms 2008-2013. Folkehelse, idrett og friluftsliv. Vestfold fylkeskommune. Troms fylkeskommune (2008).

Helseutvikling og sykdomsstatus i fylket danner bakgrunnen for folkehelseplanen for Troms (2008). Visjonen i folkehelsepolitikken er å bidra til livsglede og gode levekår for hele befolkningen. Et nært samarbeid med kommunene og regionale samarbeidspartnere sees på som en forutsetning for en vellykket satsing. Selve planen består av 5 hovedstrategier som går ut på at folkehelse skal være et regionalpolitisk utviklingsområde, alle kommunene og regionale folkehelseaktører er med i folkehelsearbeidet, systematisk og tydelig folkehelsearbeid i videregående skoler² og etablering av et rådgivende folkehelseforum. Fylket ønsker å benytte både risikostrategier, individstrategier og befolkningsrettede strategier i sitt folkehelsearbeid.

6.1.13 Handlingsprogram folkehelse 2021–2022. Regional plan for folkehelse i Vestfold og Regional plan for folkehelse i Telemark 2018–2030. Vestfold og Telemark fylkeskommune (2021).

Vestfold og Telemark fylkeskommune har to regionale planer for folkehelse: Regional plan for folkehelse i Telemark (2018-2030) og Regional plan for folkehelse i Vestfold (2019-2030). Folkehelseutfordringene ligger som grunnlag for prioritering av tiltak. Fylket har utarbeidet 4 samfunns mål som overordnet strategi for folkehelsearbeidet sitt. FN bærekraftsmålene utgjør rammen for all samfunnsutvikling i begge fylkene. Blant de 17 bærekraftsmålene er det god helse, god utdanning, mindre ulikhet, bærekraftige byer og samfunn, tverrsektorielt samarbeid helt sentralt i folkehelsearbeidet.

Tiltakene dekker alle livsfaser; oppvekst (0–18 år), voksenliv (18–70 år) og alderdom (70+ år). (s.6). Tiltaksplanene er skissert med aktiviteter, samarbeidspartnere, tidsplan, finansiering og mål. I tillegg ønsker fylket å understøtte kommunenes systematiske folkehelsearbeid og gjennomføre konferanser om aktuelle folkehelse tema.

6.1.14 Regional plan for folkehelse i Østfold 2012 – 2015/2024 med Handlingsprogram 2012 – 2015. Østfold fylkeskommune (2011).

Regional plan for folkehelse i Østfold (2011) legger helse- og levekårsutfordringene i fylket som grunnlaget for planen. Fylket har formulert tre langsiktige hovedmål for

² Alle videregående skoler i Troms ble tilknyttet folkehelsesamarbeidet i Troms i 2008. (Troms,2008).

arbeide med kunnskap om folkehelse og i forståelsen av begrepet «helse i alt vi gjør».

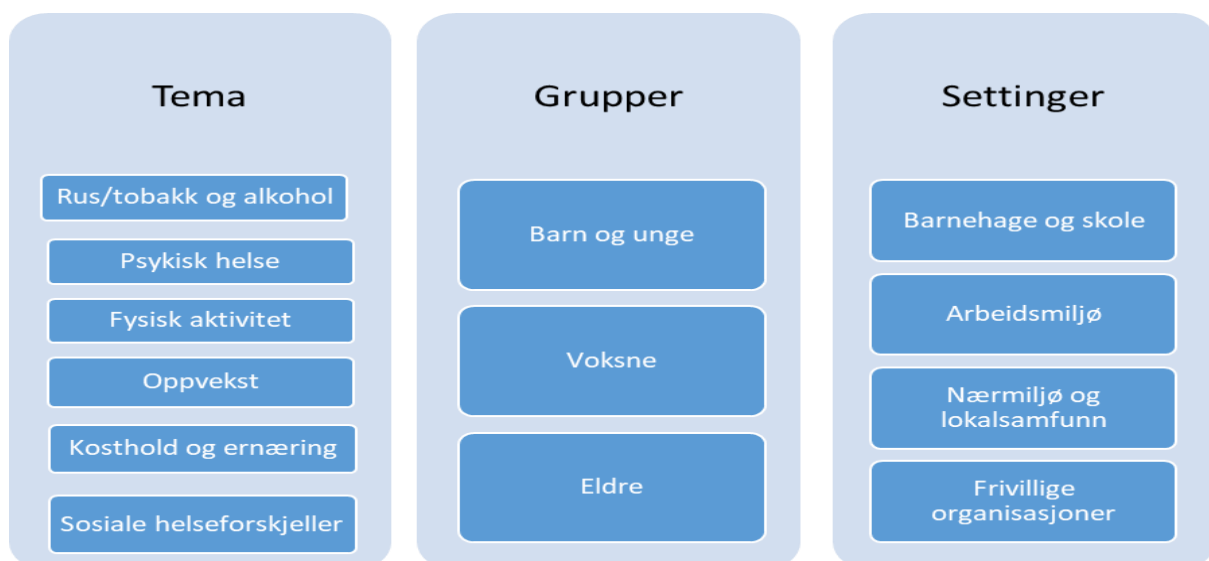
Folkehelseplanen er bygd rundt fire temaer: trygge, sunne, levende og rettferdige fylket. Selve hovedstrategien består av 7 delmål; forankring av folkehelsearbeidet, partnerskap, livsstil og levevaner, lokalsamfunn, utjevning av sosiale ulikheter og styrke fylkeskommunens ansvar i rollen som regional aktør innen folkehelse.

DEL II

Så, fylkene definerer helse på en liknende måte og mener at helse skapes av enkeltpersoner i samspill med andre mennesker, samfunnet for øvrig og politikken i ulike sektorer. Helse sees på som en sentral forutsetning for samfunnsmessig aktivitet og sosial deltakelse, livskvalitet og trivsel. Halvparten av fylkene viser til den sosiale helsemodellen til Whitehead og Dahlgren (1991), både i forbindelse med påvirkningsfaktorer for helse og hvordan de ønsker å jobbe med folkehelse. Det nevnes også i varierende grad at samfunnet påvirker helsevalgene gjennom informasjon, kunnskap og påvirkning av holdninger og ved å gjøre de sunne valgene lettere og mer tilgjengelige.

Studien oppsummerer funnene i temaer, grupper og settinger (tabell 6.2). Temaene er relatert til barn og unge, og eldre er den nest største gruppen som er knyttet spesielt til kosthold og ernæring samt lokalmiljø. Voksne utgjør den minste gruppen og er ofte nevnt i forbindelse med psykisk og fysisk helse og i liten grad til arbeidsliv og arbeidsmiljø.

Tabell 6.2: Inndeling av funn etter tema, gruppe og setting



I faglitteratur brukes ordet *setting* om for eksempel skole og arbeidsmiljø. *Setting* er ikke innarbeidet ord i norsk og fylkene har valgt å bruke ordet *arena* om settinger. Derfor vil begge ordene brukes om hverandre i denne oppgaven.

6.3 Hva fylkeskommunen fokuserer på når det gjelder folkehelsearbeid

6.3.1 Alkohol

Ungdom er særlig sårbare for virkningene av alkohol, og skolen blir ofte beskrevet som en viktig arena for forebyggende arbeid. Konsum av alkohol og rus sees på som store risikofaktorer med negativ effekt på psykisk og fysisk helse, spesielt hos ungdom. For å redusere helseskader og sykdom grunnet alkoholbruk og for å utsette alkoholdebuten og redusere alkoholforbruket generelt, ønsker fylkene systematisk arbeid med arrangører, foreldre, skole, lag og organisasjoner. Den videregående skolen sees som en viktig arena for forebyggende rusarbeid.

6.3.2 Tobakk

Fylkene er bekymret for økningen i snusbruk og mener tiltak for forebygging av snusbruk bør inkluderes i tobakksforebyggende arbeid, spesielt hos barn og unge og kvinner. Nord-Trøndelag (2013) mener tobakksbruk, om det er røyking eller snusing, er de viktigste bakenforliggende årsakene til sykdom, tidlig død og sosiale ulikheter i helse. Fylker med tobakksforebyggende arbeid, nevner undervisning i tobakksforebygging på skolen som et viktig tiltak. Troms (2008) for eksempel, har rus/tobakk som ett av fire hovedområder i sitt folkehelsearbeid og ønsker restriksjoner i omsetning av tobakk ved salg i butikk og på utesteder og oppfordrer til tobakksfri arbeidstid.

6.3.3 Andre rusmidler

Problematikken rundt andre rusmidler enn alkohol og tobakk ser ut til å være neglisjert. Vestfold og Telemark (2021) er det eneste fylket som har kartlagt bruk av hasj/ marihuana blant ungdom og viser til at 9,6 prosent av videregåendeelevne som har prøvd cannabis. Ifølge Vestfold og Telemark (2021), er viktige forebyggende tiltak i innsatsen mot doping økt kunnskap om dens skadevirkninger gjennom en systematisk og helhetlige og koordinerte

løsninger på tvers av samfunnssektorer med blant annet ansatte i fylkeskommune og kommunene, lokale skoler, politi, treningssentre og idrettslag.

6.3.4 Psykisk helse

Fylkene peker på psykiske lidelser som en av de største folkehelseutfordringene hos alle grupper i samfunnet og mener oppmerksomheten omkring psykisk helse generelt er for liten. Hos barn og unge er det spesielt negative opplevelser i barndommen, vanskelige familieforhold og mobbing som sees i sammenheng med dårlig helse senere i livet. Negative opplevelser medfører blant annet frafall i skolen og fysiske og psykiske plager. Når det gjelder voksne pekes det på utenforskap og arbeidsledighet som faktorer som kan gi både fysisk og psykisk uhelse. Ensomhet sees som et stort problem hos eldre, og Oslo (2017) viser at så mange som tre av ti over 80 år opplever ensomhet.

Vestfold og Telemark (2021) og Nordland (2021) har begge tatt viktige initiativ for å øke bevisstheten om selvmordsforebygging. Vestfold og Telemark (2021) arrangerer "Du er ikke alene" for å sette fokus på selvmord som et samfunnsproblem og ønsker tettere samarbeid om selvmordsforebygging, spesielt hos ungdom på videregående skoler. Nordland (2021) ønsker å utdanne regionale kursledere i selvmordsforebyggende arbeid hos både voksne og eldre. Begge tiltakene er positive og viktige for å øke kunnskapen og bevisstheten om selvmord.

Rogaland (2012) ønsker å inngå som neste pilotfylke for prosjektet «Hverdagslykke». Prosjektet er en kunnskapsbasert satsing rettet mot barnehagebarn og er utarbeidet fra rådet for psykisk helse. Målet er å styrke psykisk helse og forebygge utvikling av psykiske lidelser. Mens Oppland (2017) er det eneste fylket som nevner søvnvansker i forbindelse med økt risiko for utvikling av psykiske og somatiske plager som fører til redusert livskvalitet og sykefravær.

Forankring av psykisk helse i folkehelsearbeidet, tidlig og systematisk oppfølging og tverrfaglige tiltak, oppfølging av risikogrupper, inkluderende arbeidsliv og helsefremmende nærmiljøkvaliteter sees på som forutsetninger for å styrke god psykisk helse i befolkningen. I tillegg mener fylkene at gode overganger mellom barnehage, skole og arbeidslivet styrker livskvalitet og støtte god psykisk helse i befolkningen.

Dokumentanalysen viser at helsestasjon og skolehelsetjenesten er sentrale i arbeidet med å hindre utvikling av psykiske lidelser og oppfølging av barn i risikosoner. Barnevern, rus- og psykiatrienheter og PPT i kommunene er også viktige samarbeidspartnere. Mange fylker ser på kulturaktiviteter som en viktig arena for utvikling av sosiale relasjoner, noe som bidrar til sosialt nettverk og tilhørighet som er viktige beskyttelsesfaktorer mot utvikling av psykiske lidelser (se også 6.6.1).

6.3.5 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet sees som en viktig faktor som fremmer helse, forebygger sykdomsutvikling og gir glede og følelse av mestring. Hos barn er utvikling av gode vaner tidlig i livet med tilgang til bolignære oppholdsarealer og deltakelse i fritidsaktiviteter viktig for deres fysiske og mentale utvikling. Oslo kommune (2017) nevner dårlig familieøkonomi som en viktig barriere mot deltagelse i sunne fritidsaktiviteter og legger til at de ønsker å stimulere til balansert byutvikling for å hindre opphopning av levekårsutfordringer i enkelte områder av byen.

Kunnskap om helsefremmende livsstil, bruk av nærmiljø, skole og barnehage som helsefremmende arena for fysisk aktivitet er viktigste inkluderingsarenaer som har stor betydning for folkehelse og livskvalitet. For å gjøre det lettere for barn og unge å delta i ulike fritidsaktiviteter, driver Oslo kommune *FRIGO*, et kommunalt friluftsentre. Sentret har sport og friluftaktiviteter i fokus og driver i tillegg utlån av sports- og friluftsutstyr som kan lånes til FRIGOs aktiviteter. Alle barn og unge, alle skoler i Oslo kommune (2017) og frivillige organisasjoner kan låne fritidsutstyr her. Sentret arrangerer også ferietilbud i skoleferiene. Og i Troms (2008) gikk Fylkestinget i 2003 inn for å videreføre FYSAK³ som et fast program og bevilget midler for å støtte fysisk aktivitet i lokalt folkehelsearbeid.

For voksne nevnes tilrettelegging for aktiv transport til og fra jobb, videreutvikling av kultur-, fritids- og aktivitetstilbud tilpasset deres behov som viktige tiltak. Og universell utforming sees på et viktig tiltak for eldre slik at de skal være fysisk aktive og leve gode liv. (se også 6.5.3).

Oslo kommune (2017) har en tverrsektoriell samarbeidsmodell, *Oppdag nabolaget*, som jobber for å fremme fysisk aktivitet og friluftsliv hos befolkningen. I tillegg har kommunen

³ Fysisk aktivitet i skolen, er en samlebetegnelse for tiltak som skal bidra til å få elevene i aktivitet. (fysak.no).

Bilfritt byliv, gå- og sykkelstrategien der målet er å tilrettelegge for gående og syklende slik at flere får oppfylt anbefalingene om daglig fysisk aktivitet.

6.3.5 Friluftsliv

De fleste folkehelseplanene nevner friluftsliv som en viktig del av utviklingen av nærmiljøet, og noen fylker (Troms, 2008) har egne strategier for friluftslivet. Noen av fylkene har handlingsplaner for helsefremmende barnehage og skole der friluftslivet er nevnt som en viktig del av strategien. Oslo kommune (2017) samarbeider med Norsk Friluftsliv og Helsedirektoratets kampanje for å fremme hverdagsaktivitet og nærfriluftsliv.

6.3.6 Oppvekst

Med oppvekst og levekår forstås økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold samt skole og utdanning som viktige premisser for helse og livskvalitet. Det betyr at de fysiske omgivelsene i nærmiljøet, samt familien, barnehagen, skolen, sosiale institusjoner og fritidsaktiviteter påvirker oppvekstvilkårene.

Fylkene mener at tidlig innsats for barn og unge kan gi likeverdige og utfordrende oppvekstmuligheter.

Med blant annet helsestasjon og skolehelsetjeneste i spissen, ønsker mange fylker å styrke folkehelsen og redusere sosiale ulikheter. Investering i trygge og helsefremmende oppvekstvilkår og et helhetlig tjenestetilbud skal sikre barn og unges fysiske og psykiske helse. Oslo kommune (2017) mener at dårlige oppvekstvilkår kan føre til psykiske og fysiske helseplager senere i livet, og at dette er et underkommunisert folkehelseproblem.

Groruddalssatsingen 2017-2026 har som mål å sikre gode oppvekstvilkår for barn og unge.

Kommunen har "Trygg og sunn oppvekst" som én av tre hovedsatsinger og ønsker å rette oppmerksomhet mot de første leveårene i barns liv, inkludert svangerskapsperioden, i tillegg til programmet "Nye familier" som gir førstegangsførelde tett oppfølging for å styrke deres rolle som foreldre.

6.3.7 Kosthold og ernæring

Kosthold og ernæring blir ofte nevnt i forbindelse med levevaner og fysisk aktivitet. Mange fylker ønsker å tilby helsefremmende mat i barnehager, skoler og videregående skoler, samt fokusere på kostholdet blant hjemmeboende eldre og eldre i institusjon for å forebygge under-

og feilernæring. Samarbeidspartnere som helsestasjon, eldreråd, lag og foreninger er sentrale med tanke på veiledning og rådgivning.

Oslo kommune (2017) mener at mat og drikke i barnehagen er viktig for barns utvikling, og gjennom Groruddalssatsingen har kommunen gjennomført en rekke tiltak for å bedre kosthold og øke fysisk aktivitet for barn i barnehagen. Tiltakene inkluderte veiledning for foresatte og kompetanseheving for ansatte, og førte til gode rutiner for kosthold og fysisk aktivitet i barnehagen. Kommunen ønsker nå å utarbeide en veileder for kosthold og fysisk aktivitet for barnehager, skoler og aktivitetsskoler etter inspirasjon fra Groruddalssatsingen.

Troms (2008) samarbeider med Høgskolen i Tromsø og dekker utgifter til ernæringsstudiet om barn, kosthold og helse. Studiet er rettet mot pedagogiske ledere i kommunene, folkehelsekoordinatorer og ansatte i SFO. Studiet har gitt ansatte en unik praktisk og teoretisk kunnskap knyttet til kosthold og helse i et helsefremmende og forebyggende perspektiv, og tilført dem kompetanse i folkehelsearbeidet.

Både Sogn og Fjordane (2015) og Troms (2008) nevner kompetanseheving ”*Bra mat for bedre helse*”⁴ som strategier for å øke kunnskapen om sunt kosthold og fritidsaktiviteter. Mens Sogn og Fjordane (2015) nevner det i forbindelse med helsefremmende arbeidsliv, ønsker Troms (2008) å få barn til å like å spise mer fisk ved at barnehageansatte deltar på Fiskesprell-kurs for å få tips om enkle og gode fiskeretter. Fiskesprell i barnehager og SFO er et tiltak for å få flere barn til å like fisk.

6.3.8 Sosiale helseforskjeller

Sosial ulikhet i helse er et stort folkehelseproblem som viser seg aller tydeligst innenfor områdene forventet levealder, fysisk aktivitet, kosthold, alkoholbruk og røyking. Fylkene mener det er nødvendig med en bred og samordnet innsats over tid for å utjevne helse- og levekårsforskjeller i samfunnet. For å kartlegge disse forskjellene, har fylkene hentet data fra blant annet Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT), regionale levekårsundersøkelser og Ungdata.

Fylkene er spesielt opptatt av unge når det gjelder sosiale ulikheter. Disse ulikhetene forplanter seg som dårlig helse og livskvalitet videre i livet. Med innsats allerede fra svangerskapet, kunnskapsbasert og systematisk folkehelsearbeid, økt kunnskap blant

⁴ Kurstilbud for personer som kan ha nytte av å gjøre endringer i sine levevaner med fokus på kostholdsendringer. Kurset tar utgangspunkt i Helsedirektoratets anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet. (Helsedirektoratet, 2019).

politikere og oppmerksomhet mot forhold som skaper og opprettholder sosial ulikhet, ønsker fylkene å synliggjøre og spre kunnskap om faktorer som bidrar til å opprettholde disse forskjellene. Med kombinasjon av universelle ordninger og målrettede tiltak, forebyggende helsetjenester som helsestasjon og skolehelsetjeneste, ønsker de å redusere disse forskjellene og forbedre helse i befolkningen. Frafallsforebyggende arbeid i den videregående skolen sees på som et viktig satsingsområde for å redusere sosiale forskjeller i utdanning og helse. (se også 6.4.1).

6.3.9 Tannhelse

Temaet tannhelse ser ut til å være neglisjert selv om fylkeskommunen har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten. Det er kun 3 fylker som har forankret tannhelse i sin folkehelseplan. Troms (2008) har både helsefremmende og forebyggende tilnærming ved blant annet tannhelseundervisning i barnehager og skoler. Sør-Trøndelag (2012) mener tannhelsetjenesten har en viktig funksjon i folkehelsearbeidet. Fylket ønsker å arbeide for å utjevne helseforskjeller i tannhelse, og har en folkehelsegruppe med tannhelse- representanter fra hvert distrikt. Nord-Trøndelag har egen strategi for god tannhelse hele livet forankret i planen og ønsker økt tannhelsekompetanse som skal bidra med økt kunnskap om faktorer i samfunnet som fremmer og hemmer god tannhelse både hos voksne og barn og unge. Og to andre fylker som også har nevnt tannhelse er Hedmark (2018) som ønsker god tannhelse med vekt på forebygging, og Vestfold og Telemark (2021) helsefremmende og forebyggende tannhelsetjeneste med vekt på undervisning i skoler og barnehager.

6.4 Hvem fokuserer fylkeskommunene på når det gjelder folkehelsearbeid

6.4.1 Barn og unge (0-18 år)

Fylkeskommunene prioriterer barn og unge i deres strategier i folkehelsearbeid og mener å investere i oppvekst og utdanning er å investere i god helse som varer livet ut. Fylkene prioriterer også barn og unge i lavinntektsfamilier og ønsker tidlig innsats og tiltak rettet mot arenaer barn og unge oppholder seg til daglig. God skole-, barnehage-, familiepolitikk sees på som fundamentalt i dette arbeidet for å fremme trivsel og mestring slik at de kan leve et godt liv allerede fra tidlig stadium i livet.

Gjennom hovedsatsing på trygg og sunn oppvekst med fokus på barnas første leveår, ønsker fylkene å sikre gode oppvekstvilkår for barn og unge. I sitt frafallsforebyggende arbeid på videregående skole og tiltak gjennom Groruddalssatsingen, ønsker Oslo kommune (2017) å få

flere ungdommer til å fullføre videregående skole. I tillegg har kommunen egen strategi der de ønsker å tilby lavterskel sommerjobb til ungdom i lavinntektsfamilier.

Andre fylker mener universelle kunst- og kulturarenaer og fritidstilbud gjennom frivilligheten spiller en viktig rolle i folkehelsearbeidet når det gjelder barn og unge. Det er blant annet Den kulturelle skolesekken (DKS) og Ung kultur møtes (UKM) som nevnes som gode tiltak. Disse benytter skolen som visningsarena og har som mål å stimulere og synliggjøre kulturelle aktiviteter både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå som Vestfold og Telemark fylke (2021) for eksempel som ønsker å delta som samarbeidsaktør i Liv og Røre.⁵

6.4.2 Voksne (18-70 år)

Funn fra dokumentanalysen tyder på at målgruppen som er i arbeidsdyktig alder, er den gruppen de er minst opptatt av når det gjelder tiltak. Fylkene mener tilrettelegging for aktiv transport til og fra jobb, flere sosiale møteplasser for voksne slik at disse fungerer både som arena for fysisk aktivitet og sosial inkludering. Voksne som målgruppe er nedprioritert og de i risikogrupper, for eksempel innen rus, er utelatt i folkehelseplanene.

Oslo kommune (2017) er det eneste som nevner tverrfaglig samarbeid og tett oppfølging i overgang mellom tjenester for å sikre aktiviserings- og opplæringstiltak, kvalifisere for arbeid og inntekt for voksne i lavinntektsfamilier. (se også 6.5.2).

6.4.3 Eldre (70 år+)

Det er bred enighet blant fylkene om at det blir flere eldre i samfunnet. utfordringene gruppen står overfor i form av for eksempel ensomhet, utenforskap og manglende sosial kontakt som øker sjansen for psykiske lidelser og økt press på helsetjenestene, skaper størst bekymring. I et folkehelseperspektiv, er det tilrettelagt fysisk aktivitet, rett kosthold, særlig på institusjoner og kulturtilbud som sees på som gode tiltak slik at flest mulig klarer seg selv og lever gode liv. Helsefremmende institusjoner, lokale aktivitetstilbud og transporttilbud er noen av tiltak som fylkene mener gir eldre bedre mulighet til å ta i bruk sine ressurser og å delta i samfunnet.

Oslo kommune (2017) ønsker å være en aldersvennlig by og viser til WHO sin definisjon av en aldersvennlig by som et inkluderende og tilgjengelig bymiljø som fremmer aktiv aldring.

⁵ Liv og røre er et universelt, helhetlig og helsefremmende program som har som mål å bidra til bedre helse, trivsel og inkludering som grunnlag for læring og livsmestring for alle barn og unge. Faktorer som sunt kosthold og matglede, fysisk aktivitet og det psykososiale miljøet er i fokus. (Vestfold og Telemark fylke).

Innsats fra alle sektorer, bydeler og etater og fra frivillig sektor kan gjøre det lettere for eldre å bevege seg rundt og møte andre mennesker. Seniorveiledningstjenesten i bydelene og seniorsentrene skal ha et særlig fokus på å forebygge ensomhet. Det oppfordres til å legge til rette for møter på tvers av generasjoner og viser til prosjektet Unge møter eldre (UME). UME er et samarbeidsprosjekt mellom lokal ungdom, ungdomsråd, sykehjem, omsorgsboliger, kirke og skoler.

Det satses på både risikostrategier i form av skadeforebyggende tiltak som forebygging av fall, og befolkningsrettede tiltak som inkluderer universell utforming, utvikling av frisklivssentraler, tilskuddsmidler til prosjekter og aktiviteter som er spesielt rettet mot eldre. Et interessant funn er at fylkene nevner ikke Eldres tannhelse eller alkoholforbruk i sine folkehelseplaner.

6.5 Hvilke settinger er fylkene mest opptatt av når det gjelder folkehelsearbeid

Generelt er fylkene opptatt av barnehage og skole, lokalsamfunn og frivillige organisasjoner og ønsker at folkehelsearbeidet skal være rettet mot hele befolkningen og samfunnsforholdene som direkte eller indirekte påvirker helse i befolkningen. Samtlige fylker mener folkehelsearbeidet forutsetter både helsefremmende og forebyggende tilnærminger fordi tilnærmingene supplerer, overlapper og forsterker hverandre. Satsing på forebyggende arbeid samt styrking av kulturliv og frivillighet, vil bidra til å opprettholde og styrke livskvaliteten. Oppland (2017) mener felles ansvar for god folkehelse gir bedre mulighet for flere til å ta ansvar for egen helse. (s.10).

6.5.1 Barnehage og skole

Fylkene mener et tettere samarbeid mellom barnehage og skole og foreldre vil skape støttende miljø som fremmer mestring, læring og inkludering. Barnehager og skoler sees på som gode arenaer for tilrettelegging av helsefremmende tiltak som gir økt læringseffekt. Det er spesielt tiltak innen fysisk aktivitet og kosthold som sees på som gode tiltak for å fremme fysisk og psykisk helse og forebygge sosial ulikhet. I tillegg mener fylkene mer foreldredeltakelse, styrket kompetanse hos ansatte med etter- og videreutdanningstilbud som møter behovet i kommunene, vil styrke det helsefremmende arbeidet i barnehage og skole.

Dokumentanalysen viser ulikheter i hva fylkene legger i begrepet helsefremmende barnehage og skole. Fylkene har ulike syn på hva som er viktig i en helsefremmende skole og barnehage. Hordaland (2014) mener at helsefremmende skole kjennetegnes ved at ingen blir mobbet og at

elevene er en del av fellesskapet og mestrer skolehverdagen. Andre fylker mener at helsefremmende barnehager og skoler bør fokusere på ansettelse av flere pedagoger som styrker kvaliteten som igjen er viktig for barn og unges trivsel, mestring og læring. Mange fylker nevner "Den kulturelle skolesekken" (DKS) i forbindelse med helsefremmende skoler og mener at DKS kan bidra til å styrke barn og unges psykososiale oppvekstmiljø og være en god arena for deltakelse og inkludering. Sør-Trøndelag (2012) har utviklet Den Fysiske Skolesekken (DFS) som tilbyr kurs og kompetanseheving for ansatte om fysisk aktivitet i grunnskolen i fylket. Nordland (2021) vil arbeide for at flere barnehager, skoler og kommuner blir trafikksikre gjennom sykkeldyktig.no.

6.5.2 Arbeidsliv og arbeidsmiljø

I et folkehelseperspektiv vurderes deltakelse i arbeidslivet som en positiv påvirkning på både økonomi, sosiale tilhørighet, forebygging av fattigdom og utjevning av sosiale forskjeller. Fylkene er spesielt opptatt av unge som faller utenfor arbeidsmarkedet, og mener at tilrettelegging og inkluderende arbeidsmiljø øker deltakelsen i arbeidslivet, men har ingen konkrete tiltak.

Det er en sammenheng mellom gjennomføring av videregående opplæring og deltakelse i arbeidslivet. Fylkene legger mye innsats i frafallsforebyggende arbeid på skolene for å sikre at flest mulig gjennomfører videregående opplæring. Dette gjøres ved å rette innsatsen mot tidlig og koordinert innsats, godt samarbeid mellom aktører og god kvalitet i barnehage og skole. For å sikre stabil tilknytning til arbeidslivet og like muligheter til å gjennomføre utdanning, ønsker fylkene å fokusere på tidlig innsats i opplæringsløpet for å forebygge frafall i videregående opplæring (se 6.4.1), tettere samarbeid med NAV, næringslivet og andre offentlige instanser. I sitt fallforebyggende arbeid, viser Sør-Trøndelag (2012) til *skoleutviklingsprosjekt* som skjer i samarbeid med videregående skoler, NTNU og aktører i arbeidslivet. Målet er å kvalifisere ungdom for et livslangt arbeidsliv med økt fysisk kapasitet og styrket kompetanse. Sogn og Fjordane (2015) ønsker å videreføre arbeidet med Ny GIV⁶ – satsinga slik at flere ungdommer klarer å gjennomføre videregående skolen. Oslo kommune (2017) har delprogram i Groruddalssatsingen (2017-2026) der målet er at flere skal fullføre og bestå videregående opplæring og komme ut i ordinært arbeid. I tillegg har kommunen en egen

⁶ Ny GIV (gjennomføring i videregående), innført i 2011, er en nasjonal tiltaksplan for å få flere elever til å gjennomføre videregående opplæring. Tiltakene går ut på profesjonalisering av rådgivningstjenesten, bedre oppfølging av elever, obligatoriske kartleggingsprøver og dialog med arbeidslivet for å øke antall læreplasser. (snl.no)

strategi for at flere innbyggere skal komme i arbeid gjennom kommunens oppfølging av «Avtale om samarbeid mellom utdannings- og arbeids- og velferdsmyndighetene i Oslo» der foreldre skal være en prioritert. Målet er at nye metoder og tiltak skal kvalifisere for arbeid og inntekt for voksne i lavinntektsfamilier.

Vestfold og Telemark (2021) fokuserer på selvmordsforebygging i helsefremmende arbeidsliv. De viser til sitt selvmordsforebyggende arbeid og undervisningsfilmen «Spørre om selvmord» som er tema på lederopplæring for fylkeskommunale ledere.

6.5.3 Lokalsamfunn og nærmiljø

Fylkeskommunene mener at helsefremmende arbeid bør skje i nærmiljøet, og ønsker å veilede og bistå kommunene i å tilrettelegge for grønnstruktur, møteplasser og aktiviteter. Oslo kommune (2017) har eksempler på slike satsinger, som Groruddalssatsingen og Tøyenløftet, som begge tar sikte på å skape inkluderende lokalsamfunn med trygge bo- og oppvekstmiljøer og attraktive møteplasser.

En befolkning med god helse er en grunnleggende ressurs for å sikre bærekraften i samfunnet, og to fylker legger bærekraftsmålene til FN til grunn i alt planarbeid. Universell utforming er viktig for å oppnå prinsippet om "helse i alt vi gjør", og mange fylker ønsker å utforme samfunnet slik at alle kan delta på like vilkår. Livsløpsperspektivet er vektlagt i nærmiljøutvikling, der fokuset er på eldre og deres muligheter til å benytte seg av nærmiljøet. Innbyggernes trygghet og følelse av fellesskap styrkes av tilhørighet til lokalsamfunnet og nærmiljøet, som utvikles kontinuerlig som en ressurs for helse og trivsel. Levende lokalsamfunn er åpent for alle og bidrar til at mennesker kan føle en sammenheng i livet som er sentralt i forståelsen av folkehelse, ifølge Østfold (2011).

6.5.4 Frivillige organisasjoner

Ingen fylker, bortsett fra Oslo kommune (2017), har definert frivillige organisasjoner som lag, foreninger, idrettslag, frivilligsentraler som er egenorganiserte. Frivillige organisasjoner er ofte drivkraften bak lokale tilbud som fysisk aktivitet, friluftsliv og speidervirksomhet, og disse aktivitetene i nærmiljøet er viktige både for å utvikle og styrke sosiale relasjoner, og for å gi verdifulle og helsefremmende opplevelser for mennesker i alle aldre. Fylkene ønsker varierte og lavterskeltilbud for deltaking i meningsfulle fritidsaktiviteter, og mener at frivillige organisasjoner bidrar til bedre levekår og oppvekstmiljø, sosialt fellesskap og aktiv deltakelse i samfunnet for hele befolkningen, spesielt for barn og unge.

Nord-Trøndelag (2013) viser til HUNT undersøkelsen (2011) som konkluderte med at de som benytter seg av ulike kulturtilbud, opplever bedre helse, er mer tilfreds med livet og har mindre angst og depresjoner. Fylkene påpeker viktigheten av tilrettelegging for deltakelse av frivillig sektor i kommunal og fylkeskommunal planlegging, samfunnsutvikling og partnerskap. Utlån og utleie av fylkeskommunale bygg til frivilligheten, samarbeid om kompetansehevende kurs og økonomisk støtte til frivillige organisasjoner som driver lavterskel helsefremmende prosjekter, kan styrke frivillig sektor.

Fylkene mener at selv om frivillig sektor spiller en viktig rolle i folkehelsearbeidet, kan den ikke erstatte det offentlige folkehelsearbeidet.

6.5.5 Tverrsektorielt samarbeid

Fylkene ønsker tverrfaglig samarbeid og partnerskap som arbeidsform for det regionale og lokale folkehelsearbeidet. Partnerskap er forpliktende samarbeid på tvers av sektorer, og mange fylker ser på samhandlingen på tvers av sektorer som avgjørende for bedre folkehelse. Sektorsamarbeid er viktig for å fordele oppgaver og unngå dobbeltarbeid. Etablering av arenaer for kunnskaps- og erfaringsdeling vil bidra til å utnytte ressursene i regionen. Fylkene ønsker å styrke veiledningen til kommunene og prioritere å understøtte kommunene i folkehelsearbeidet gjennom tilskuddsordninger. Rogaland (2012) ønsker å opprette en 100 % stilling med kompetanse på folkehelse som skal hente inn og analyse av statistikk knyttet til regionalt folkehelsearbeid, veilede kommuner i plan og oversiktsarbeid, samt bidra i regionalt planarbeid med betydning for folkehelse. Formalisering, forpliktende samarbeid om folkehelse, møteplasser, oppgavefordeling mellom kommuner og fylkeskommunen og andre aktører vil bidra til at oppgavene i folkehelsearbeidet blir løst på en bedre måte.

OPPSUMMERING

Folkehelsepolitikken i fylkene fokuserer spesielt på levevaner som fysisk aktivitet, psykisk helse, rus og tobakk, og barn og unge er en viktig gruppe i det generelle folkehelsearbeidet. Fylkene ser på frivillige organisasjoner og privat næringsliv som viktige samarbeidspartnere. Folkehelseperspektivet er variabelt prioritert i alle samfunnsområder, og fylkeskommunene mener at tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid må styrkes for å møte utfordringer knyttet til folkehelsearbeidet.

7. DISKUSJON

Resultatene diskuteres i lys av relevant teori og empiri for å besvare oppgavens problemstilling om hva, hvem og hvilke settinger fylkeskommunen er opptatt av i folkehelsearbeidet. Diskusjonen er strukturert basert på spørsmålene i problemstillingen.

7.1 Hva fylkeskommunen fokuserer på når det gjelder folkehelsearbeid

7.1.1 Alkohol

Fylkene ønsker å prioritere strategier for å oppnå bedre helse i lokalsamfunnet og utvikle personlige ferdigheter hos befolkningen ved å gi informasjon som gir folk mer kontroll over helsen deres, og dette er i tråd med WHO's prinsipper for helsefremmende arbeid (WHO,1986). Mæland (2022) mener at holdningsskapende arbeid i skolen, samarbeid med foreldre, reklameforbud og aldersgrense på kjøp av alkohol, er gode virkemidler i det alkoholforebyggende arbeidet. Disse tiltakene er også i samsvar med strategier som er anbefalt i litteraturen når det gjelder tilgjengelighetsbegrensninger for å redusere alkoholbruk, som er effektive virkemidler i folkehelsearbeidet (Sundhedsstyrelsen, 2019; 2022; Rod & Høybye, 2015; Santini et al.,2020; Moan et.al,2020). Basert på ny forskning og utkast til nye kostholdsråd som skal publiseres i juni 2023, anbefaler arbeidsgruppen å unngå inntak av alkohol (Sørdal,2023)

Fylkene vil ha en helhetlig tilnærming til rusmiddelforebyggende arbeid, noe som er i tråd med folkehelsemeldinger og regjeringens ønske om helsefremmende samfunn. Frivillige organisasjoner er viktige støttespillere i det rusmiddelforebyggende arbeidet. Regjeringen vil tilrettelegge for god psykisk helse og mestring, inkluderende arbeidsliv og lokalsamfunn, og utjevning av sosiale helseforskjeller (Meld.St.19 [2014-2015]; Meld. St.15 [2022–2023]).

7.1.2 Tobakk

Dokumentanalysen viser at fylkene er bekymret for økningen i snusbruk, spesielt hos barn, unge og kvinner. Tobakksbruk nevnes i forbindelse med strategier for sunnere livsstil. Kun Nord-Trøndelag (2013) og Troms (2008) har egne strategier mot tobakksbruk. Fylkene ønsker tobakksfri idrett og skole, restriksjoner i omsetning av tobakk, og inkludering av snusbruk i tobakksforebyggende arbeid. Vestfold og Telemark (2021) har tobakksforebyggende undervisning på skolen. Disse tiltakene er også sett i andre skandinaviske land (Rod &

Høybye, 2015; Folkhälsomyndigheten, 2022). Tobakksbruk er den viktigste enkeltårsaken til sykdom og tidlig død (Meld.St.34 [2012-2013]; Meld.St.15 [2022-2023]; Mæland, 2022).

7.1.3 Andre rusmidler

Med unntak av Vestfold og Telemark (2021), er det lite fokus på andre typer rusmidler, som cannabis og doping, i de fleste fylkene i Norge. Statistikk fra Statistisk sentralbyrå viser at cannabis er det mest brukte ulovlige rusmiddelet i Norge, og 9 prosent av norske tenåringer oppgir at de har brukt cannabis i løpet av det siste året. Ved å øke kunnskapen om skadevirkningene gjennom systematiske og koordinerte løsninger på tvers av samfunnssektorer, inkludert ansatte i fylkeskommunen og kommunen, skoler, treningssentre og idrettslag, ønsker Vestfold og Telemark (2021) å redusere risikoen og bruken av narkotiske stoffer og rusmidler. Vestfold og Telemarks (2021) satsing støttes også av folkehelsemeldingene, som understreker viktigheten av å styrke innsatsen mot doping som samfunnsproblem og ønsker tverrsektorielt samarbeid i feltet (Meld.St.15 [2022-2023]; Meld.St.19 [2014-2015]).

7.1.4 Psykisk helse

Dokumentanalysen viser at fylkene peker på psykiske lidelser som en av de største folkehelseutfordringer, spesielt hos barn og unge i lavinntektsfamilier. Dette sees ofte i sammenheng med negative opplevelser i barndommen som er knyttet til blant annet frafall fra skolen og sosiale helseforskjeller. Dette samsvarer med funn fra Riksrevisjonens (2015) undersøkelse og bekreftes i den nye Folkehelsemeldingen bekrefter at psykiske lidelser er tre-fire ganger mer utbredt hos barn av foreldre med lav inntekt (Meld.St.15 [2022–2023]).

Videre viser analysen at fylkene ser på helsestasjon og skolehelsetjenesten, som den viktigste helsefremmende og forebyggende tjenester rettet mot barn og unge. I tillegg er fylkene opptatt av overganger mellom barnehage, skole og arbeidslivet, forankring av psykisk helse i folkehelsearbeidet, tidlig og systematisk oppfølging av risikogrupper med tverrfaglige tiltak og helsefremmende nærmiljøkvaliteter. Disse tiltakene er ifølge Eriksson (2019) settingbasert tilnærming som understreker at psykisk helse, i likhet med den generelle helsen, utvikler seg der folk lever livene sine, det vil si hjemmet, skolen og arbeidsplassen. I likhet med livsløpsperspektivet i Folkehelsemeldingen «God helse – felles ansvar» (Meld.St. 34 [2012–2013]), mener Mæland (2022) at det forebyggende arbeidet mot psykiske lidelser bør ha fokus

på gode overganger mellom ulike faser i livet og bredt spekter av tiltak mot disse miljøene. Det helsefremmende og forebyggende psykiske helsearbeidet blir løftet fram i den nye folkehelsemeldingen (Meld.St.15 [2022–2023]) som ser på barnehage og skole som viktige arenaer i dette arbeidet og viser til Opplæringslovens (2009) formål som skal sikre barn og unge en godt fysisk og psykisk helse.

Basert på funn i studien og tilgjengelig litteratur, er fylkene klar over viktigheten av å inkludere psykisk helse i folkehelsearbeidet og rette oppmerksomheten mot faktorer som levekår, barnehage, skole og arbeidsmiljø, deltakelse i fritidsaktiviteter og gode nærmiljø. Det er også påpekt at det er viktig å ha tverrsektorielle tiltak for å redusere ulikheter på individ-, samfunns- og politisk nivå (Bronfenbrenner, 1979; Meld. St.19 [2014–2015]). Viktigheten av helsefremmende psykisk helsearbeid på individ-, -samfunns-, og politisk nivå med gode tverrsektorielle tiltak for å redusere ulikheter er også poengtert i Folkehelsemeldingene (Meld. St.19 [2014-2015]; Meld. St.19 [2018–2019]; Meld.St.15 [2022-2023]).

Etter Folkehelseloven (2011) skal fylkene og kommunene iverksette tiltak der folkehelseutfordringene er størst. I motsetning til mine funn som viser at fylkene er opptatt av den psykiske helsen, hevder både Riksrevisjonen (2015), Fosse & Helgesen (2015), Shandiz (2015), og Fosse & Helgesen (2017) at mange kommuner velger å prioritere tiltak med levevaner, kosthold og fysisk aktivitet fordi de har god kompetanse innen disse områdene, samtidig som disse tiltakene er ikke kostbare, har målbare resultater og er godt dokumentert.

Fylkene ser på kulturaktiviteter som viktige arenaer når det gjelder psykisk helse hos befolkningen, og dette er i tråd med Folkehelsemeldingen som mener at kulturaktiviteter kan bidra til sosialt nettverk, tilhørighet og beskyttelse mot utvikling av psykiske lidelser (Meld.St.15 [2022-2023]).

Dokumentanalysen viser at kun 2 fylker fokuserer på selvmordsforebygging som er relatert til arbeidsløshet. Risikoen for selvmord øker ved psykiske lidelser og rusmiddelbruk, og rundt 50 til 60 prosent av denne gruppen kan være berørt. Meld.St.19 [2014-2015]). Oppland (2018) er det eneste fylket som nevner søvnevansker i forbindelse med økt risiko for utvikling av psykiske lidelser. Forebyggende helsetjenester, tidlig intervensjon, forebygging og økt kunnskap hos ansatte i tjenester er gode tiltak i dette arbeidet (Meld. St. 34 [2012–2013]; Meld. St.19 (2014–2015)).

7.1.5 Fysisk aktivitet

Dokumentanalysen viser at fylkene er opptatt av betydningen fysisk aktivitet har for helse, spesielt hos barn og unge. Fylkeskommunale strategier for å forbedre folkehelse gjennom fysisk aktivitet legger vekt på friluftsentre med utlån av sports- og friluftsutstyr, tilrettelegging for aktiv transport, videreutvikling av kultur-, fritids- og aktivitetstilbud og universell utforming. FRIGO, Oppdag nabolaget og Bilfritt byliv, gå- og sykkelstrategien i Oslo kommune (2017) og Fysak i Troms (2008) er noen av tiltakene for å fremme fysisk aktivitet.

Deltakelse i fritidsaktiviteter er gjerne assosiert med høyt mentalt velvære, reduserte psykiske problemer og mindre rusbruk. Bruk av fritidsarenaen som omfatter mange ulike former for fysiske og kulturelle aktiviteter ser ut til å ha positiv innvirkning på den fysiske og psykiske helsen til barn og unge (Meld.15 [2022-2023]; Meld.St.19 [2018–2019]; Santini et.al, 2020). Generelt kan tiltak som tilrettelegging og støtte fra myndigheter som tenker "folkehelse i alt vi gjør", bedre folkehelse. Når det gjelder fysisk aktivitet hos voksne, er det kun én av tre som kjenner til helsemyndighetenes anbefalinger (Meld. St. 34 [2012–2013]; Sunne kommuner,2023). Funn i denne studien viser at fylkene ønsker tilrettelegging for aktiv transport til og fra jobb som en viktig strategi for mer fysisk aktivitet hos voksne. Dette er i tråd med folkehelsemeldingene som mener sosiale møteplasser, tilrettelegging for sykkel og gange, naturområder med turmuligheter gir økt fysisk aktivitet, trygghet og deltagelse og er sentralt for å fremme fysisk aktivitet i et livsløpsperspektiv (Meld. St.19 [2018–2019]; Meld. St. 34 [2012–2013]).

7.1.6 Oppvekst

Mange fylker ønsker å investere i trygge og helsefremmende oppvekstvilkår og et helhetlig tjenestetilbud for å styrke folkehelsen og redusere sosiale ulikheter. Regjeringen mener samarbeidet mellom ulike tjenester som helsestasjon og skolehelsetjenesten som jobber med barn og unge, økt fokus på forebyggende arbeid og tidlig innsats kan sikre at barn og unge har tilgang til gode og trygge oppvekstmiljøer som er viktige for skal sikre barn og unges fysiske og psykiske helse (Meld.St.19 [2018-2019]; Meld.St.19 [2014-2015]).

Oslo kommune ønsker å sikre gode oppvekstvilkår for barn og unge og har som et av målene i "Groruddalssatsingen 2017-2026" å rette oppmerksomheten mot de første leveårene i barns liv. Kommunen mener dårlig helse senere i livet og dårlig sosioøkonomisk status sees i

sammenheng med negative opplevelser fra barndommen og viser til “Trygg og sunn oppvekst” som én av tre hovedsatsinger. Dette er i samsvar med det regjeringen mener er nødvendig med områdesatsinger i enkelte områder i større byer som har særlige utfordringer. (Meld.St.19 [2014-2015]).

Oslo kommune (2017) har programmet "Nye familier" for førstegangsførelde. Også Mæland (2002) ser på disse som viktige forebyggende støttetiltak til foreldre som støtter deres rolle som foreldre. Dette kan også relateres til regjeringens mål om å bedre oppvekstvilkårene ved å styrke familiens stilling i samfunnet, øke kvaliteten i barnehager og skoler med mer kompetanse hos ansatte og at flere skal gjennomføre videregående opplæring. Fysiske omgivelser i nærmiljøet, familien, barnehagen, skolen og fritidsaktiviteter påvirker oppvekstvilkårene og helsen, og gode oppvekststrategier er antakelig den mest lønnsomme i forebyggende helsearbeid og dermed blant de viktigste oppgavene i samfunnet (Meld.St.35 [2012-2013]; Mæland, 2022; Meld.St.19 [2014-2015]).

7.1.7 Kosthold og ernæring

Fylkene fokuserer på helsefremmende mattilbud i barnehager og skoler, og tiltakene er først og fremst rettet mot barn og unge. Troms (2008) dekker utgifter til ernæringsstudiet rettet mot folkehelsekoordinatorer, pedagogiske ledere og ansatte i SFO om barn, kosthold og helse. Oppland (2017), Sogn og Fjordane (2015) og Vestfold og Telemark (2021) nevner Fiskesprell som et viktig tiltak for kosthold i barnehager, skoler og SFO. Regjeringen mener at tilrettelegging for et sunt kosthold og gode måltidsvaner i barnehage og skole har stor betydning for barns helse (Meld.St.34 [2012–2013]; Meld.15 [2022-2023]; Meld.St.19 [2014-2015]).

7.1.8 Sosiale helseforskjeller

Dokumentanalysen viser at alle fylkene ser på sosial ulikhet i helse som et stort folkehelseproblem og er spesielt opptatt av barn og unge. Tidlig innsats allerede fra svangerskapet, fokus mot forhold som skaper og opprettholder sosial ulikhet, forebyggende helsetjenester og frafallsforebyggende arbeid i den videregående skolen er tiltak som fylkene ønsker å gjennomføre. Dette er også fremhevet i litteraturen (Mæland, 2022; Jansson et.al, 2011; Sundhedsstyrelsen, 2019; Meld.St.19 [2018-2019]). Regjeringen ser også behovet for at

utjevning av sosiale helseforskjeller skal være en integrert del av folkehelsepolitikken og ser på dette som et samfunnsansvar å bidra til at alle får god helse (Meld.St.19 [2018–2019]).

7.1.9 Tannhelse

Dokumentanalysen viser at kun 3 fylker har forankret tannhelse i sin folkehelseplan. Dette er ikke samsvar med Riksrevisjonens rapport fra 2015 der samtlige fylkeskommuner informerte at de har iverksatt tiltak innen fylkeskommunens forvaltningsområder, som for eksempel den videregående skole og tannhelsetjenesten. Tannhelseloven (§ 1-2 og § 1-3,1983) regulerer fylkeskommunens ansvar i å organisere og fremme tannhelse, forebygge og gi nødvendig behandling i befolkningen. Ifølge WHO (2022) bør innsatsen rettes mot sosiale og kommersielle determinanter for oral helse på befolkningsnivå, og krever tverrsektorielt samarbeid på ulike politiske nivåer. Siden det finnes lite datagrunnlag når det gjelder tannhelsestatus i Norge på grunn av manglende regelmessig innsamling av tannhelsesdata, spesielt hos grupper innen rus og/ eller psykiatri, foreslår Lyhol & Biehl (2009), tiltak slik at disse gruppene fanges opp i fremtiden.

7.2 Hvem fokuserer fylkeskommunen på når det gjelder folkehelsearbeid.

7.2.1 Barn og unge

Dokumentanalysen viser at fylkene prioriterer barn og unge, og at alle temaene de er opptatt av er relatert til denne gruppen. Strategiene inkluderer tidlig innsats, god familiepolitikk, og tiltak rettet mot arenaer som barnehage og skole. Kunst- og kulturarenaer som benytter skolen som visningsarena på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå, nevnes også som viktige tiltak. Dette er i samsvar med folkehelsemeldingene der barn og unge, spesielt lavinntektsfamilier, er en viktig målgruppe (Meld.St.15 [2022-2023]). Regjeringen mener økt fokus på forebyggende innen psykisk helse og rusforebygging og sosiale helseforskjeller, tidlig innsats, tverrfaglig og helhetlig samarbeid mellom ulike tjenester skal sikre barn og unge gode oppvekstvilkår, fremme god helse og livskvalitet (Meld.St.19 [2014-2015]). Liv og røre i Vestfold og Telemark fylket (2021) er et eksempel på dette.

7.2.2 Voksne

Folkehelseplanene har som mål å fremme god helse og trivsel for alle innbyggere med forebyggende og helsefremmende tiltak innen fysisk aktivitet, sunn livsstil, og kostholdsveiledning. Voksne står overfor helseutfordringer i form av fysisk inaktivitet, overvekt, bruk av snus, røyk, alkohol, psykiske lidelser, arbeidsledighet, muskel- og skjelettlidelser og sykefravær. Funn i denne studien viser at fylkene er lite opptatt av voksne når det gjelder tiltak og strategier i folkehelsearbeid, men mener tilrettelegging for aktiv transport til og fra jobb, flere sosiale møteplasser og tilrettelegging for fysisk aktivitet er viktig for helsen hos denne gruppen. Risikogrupper, for eksempel innen rus, er utelatt i folkehelseplanene. Oslo kommune (2017) har nevnt tverrfaglig samarbeid og tett oppfølging i overgang mellom tjenester for å sikre at aktiviserings- og opplæringstiltak kvalifiserer for arbeid og inntekt for voksne i lavinntektsfamilier.

Det må det skapes en balansegang mellom den enkeltes ansvar for sin egen helse og myndighetenes ansvar som skal legge til rette for forhold som skal fremme helse og mestring (Meld.St.34 [2012–2013]; Bronfenbrenner, 1979; WHO,1986).

7.2.3 Eldre

Fylkene ser økning i antall eldre i samfunnet som en utfordring, og ensomhet og manglende sosial kontakt er en del av utfordringsbildet. På bakgrunn av dette, ønsker fylkene å legge til rette for mer fysisk aktivitet, kulturtilbud, lokale transporttilbud og seniorveiledningstjenester som har særlig fokus på disse temaene og møter på tvers av generasjoner, som Unge møter eldre (UME) prosjektet i Oslo kommune (2017), er også et godt tiltak for å øke samhørighet og sosial kontakt. Forebygging av fall gjennom risikostrategi og universell utforming, samt utvikling av frisklivssentraler og tilskuddsmidler til prosjekter og aktiviteter som er spesielt rettet mot eldre, er også viktige tiltak for å opprettholde god helse og trivsel blant eldre.

Folkehelseplanene har et mål om å fremme god helse og trivsel for eldre, og spesielt fokus på samfunnsutvikling som bidrar til å fremme en aktiv og trygg aldring (Meld.St. 34 [2012-2013]). Det å ha universelt utformede lokalsamfunn, bedre tilgjengelighet til transport, godt bomiljø og møteplasser og tilrettelagt kulturelle og frivillige aktiviteter, kan bidra til mer deltakelse, bedre livskvalitet og redusert isolasjon og ensomhet. Sosial støtte, synliggjøring av ensomhet som en folkehelseutfordring, forebyggende hjemmebesøk, og møte mellom generasjoner, er også effektive tiltak i det forebyggende arbeidet. Meld. St.19 [2018–2019]).

Forebyggende hjemmebesøk og seniormøter har vist seg å forbedre den generelle helsen og velvære og hindre forverring av helsen blant eldre i lokalsamfunnet (Bajraktari et.al.,2020).

Det er også viktig å huske på at frivillige organisasjoner spiller en avgjørende rolle i det forebyggende arbeidet mot ensomhet. De kan bidra til å skape gode nærmiljøer, legge til rette for møteplasser og etablere tilbud for grupper og enkeltpersoner som er viktige tiltak i dette arbeidet. Det er derfor positivt at regjeringen vurderer å inkludere ensomhet som en folkehelseutfordring i folkehelseloven. Dette vil bidra til å øke bevisstheten om ensomhet og sørge for at det blir satt i gang tiltak for å forebygge ensomhet og styrke eldre i samfunnet (Meld.St.19 [2014-2015])

Det er imidlertid bekymringsfullt at Eldres tannhelse og alkoholforbruk er utelatt i folkehelseplanene. Disse faktorene kan også påvirke eldre menneskers helse og trivsel negativt, og det er viktig å inkludere dem i folkehelseplanene for å sikre at alle innbyggere har like muligheter til å opprettholde god helse og trivsel.

7.3 Hvilke settinger er fylkeskommunene mest opptatt av når det gjelder folkehelsearbeid.

7.3.1 Barnehage og skole

Fylkene mener at barnehager og skoler er gode arenaer for helsefremmende tiltak, spesielt innen fysisk aktivitet og kosthold. Foreldredeltakelse og styrket kompetanse hos ansatte vil også styrke det helsefremmende arbeidet. Dette er i tråd med Ottawa-charteret (WHO, 1986), som fokuserer på hele skolesamfunnet med barnet, ansatte, foreldre og politikerne (Jensen et.al, 2022).

Helsefremming i en skolesetting er forankret i Ottawa Charteret (WHO, 1986) og ut fra prinsippene i charteret, er det et klart skille mellom helsefremmende skole og den mer tradisjonelle skolen. Mens den helsefremmende skolen kombinerer skolepolitikk med det fysiske og sosiale skolemiljøet og det omkringliggende samfunnet, inkludert foreldre og helsetjenester, er den tradisjonelle skolen hovedsakelig fokusert utelukkende knyttet til risikofaktorer for elevene. Kombinasjon med god skolepolitikk, godt fysisk og sosialt miljø, samarbeid med foreldre og helsetjenester som fokuserer på å fremme helse fremfor å forebygge sykdom (Jensen et.al,2022; Noble & Toft, 2012; Neufeld & Kettner,2014).

Ifølge Opplæringsloven (2009) skal kommuner og fylkeskommuner sørge for at alle elever i skolen har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring. Viktigheten av trygge oppvekstvilkår, god familiepolitikk, samt god kvalitet i barnehager og skoler for å skape en god barndom, er også poengetert i folkehelsemeldingene (Meld.St.19 [2014-2015]; Meld.St.19 [2014-2015]; Meld.St.19 [2018–2019]). I likhet med funn i denne studien og med støtte i litteraturen og i folkehelsemeldingene, satser mange fylkeskommuner på helsefremmende skole der aktiv elevmedvirkning, fokus på ansattes trivsel, samarbeid med foreldre, samspillet mellom fysiske, mentale, sosiale og miljømessige aspekter, fysisk aktivitet, sunnere kosthold og forebygging av mobbing er viktige strategier (Noble & Toft, 2012, s.141; s.147; Helgesen et.al, 2014; Green et.al, 2015).

Dette er også i tråd med folkehelsemeldingene med prinsippene i Ottawa Charteret (WHO,1986), som fokuserer på å fremme helse fremfor å forebygge sykdom. Ved å ta en helhetlig tilnærming og involvere alle aktører i skolesamfunnet, kan man skape et miljø som fremmer både fysisk og psykisk helse hos elevene. Disse understreker viktigheten av trygge oppvekstvilkår og god kvalitet i barnehager og skoler for å skape en god barndom.

7.3.2 Arbeidsliv og arbeidsmiljø

Fylkene ser på utdanning som inngangsport til arbeidslivet og har strategier for å sikre at flest mulig fullfører videregående skole. Tidlig innsats for å forebygge frafall på videregående skoler og tverrfaglig innsats på alle instanser for å både inkludere og beholde ungdommene i arbeidslivet er de viktigste strategiene fylkene har. Sogn og Fjordane (2015) ønsker å videreføre Ny GIV-satsingen på videregående skole. Regjeringen ønsker gode overganger fra utdanning til arbeidsliv for å sikre stabil tilknytning til arbeidslivet. Fylkenes fokus på tidlig innsats for å sikre en god overgang mellom utdanning og arbeidslivet, er i tråd med folkehelsemeldingen Meld.St.34 [2012-2013].

En annen problemstilling knyttet til arbeidslivet, er selvmord. Kun 2 fylker har nevnt selvmordsforebygging i arbeidslivet i sine folkehelseplaner. Vestfold og Telemark (2021) har selvmordsforebygging i arbeidslivet som tema på lederopplæring og har årlig støttemarkering som setter fokus på selvmord som et samfunnsproblem. Nordland (2018) ønsker å utdanne regionale kursledere i selvmordsforebyggende arbeid. Arbeidsløshet er forbundet med fysiske

og psykiske lidelser og ensomhet, og undersøkelser viser økt forekomst av selvmord blant arbeidsledige (Mæland,2022). Viktigheten av selvmordsforebyggende arbeid er også poengtert i Folkehelsemeldingen Meld. St.34 [2012–2013].

Ifølge Torp (2013) omfatter fylkeskommunens ansvar innenfor folkehelse også fylkeskommunens rolle som arbeidsgiver, og dette er bestemt i arbeidsmiljølovens § 1-1 og Luxembourgdeklarasjonen for helsefremmende arbeidsplasser. Disse dokumentene vektlegger arbeidsgiveres innsats for å bedre arbeidsmiljøet, samt å fremme aktiv deltakelse og personlig utvikling hos arbeidstakere (Torp, 2013; Meld.St.15 [2022-2023])).

Fylkeskommunens ansvar innenfor folkehelse inkluderer også deres rolle som arbeidsgiver, og arbeidsplassen er en viktig arena for både helsefremming og forebygging. Støttende miljøer for helsefremmende arbeid er en av strategiene i Ottawa charteret (1986), som handler om å skape tilfredsstillende arbeidsforhold. Regjeringen mener arbeidsgiverpolitikken bør være en del av folkehelsearbeidet og påpeker viktigheten av mer helhetlig tenkning om og tilnærming til arbeidshelse og folkehelse (Meld.St.15 [2022-2023]). Videre ser regjeringen på det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS-arbeid) som nøkkelen til et arbeidsmiljø som fremmer god psykisk og fysisk helse, Og for å forebygge dagens og framtidens arbeidslivs- og arbeidsmiljøutfordringer, ønsker regjeringen å gjøre kravene til det psykososiale arbeidsmiljøet tydeligere (Meld.15 [2022-2023]; Meld.St.19 [2014-2015]). Det virker som om fylkene har lite fokus på arbeidstakere og arbeidsmiljø, og overlater problemstillinger til arbeidsmiljøloven. Selv om noen fylker nevner universelt utformede arbeidsplasser og inkluderende arbeidsliv som viktige strategier for å ivareta helsen til arbeidstakere, er dette temaet likevel neglisjert.

7.3.3 Nærmiljø og lokalsamfunn

Fylkene mener at helsefremmende arbeid gjøres best i nærmiljøet der mennesker bor, og ønsker å prioritere veiledning av kommunene i planarbeidet for tilrettelegging for grønnstruktur og aktiviteter i lokalsamfunnet. Universelt utformet samfunn, sykkelveier, turstier, bostedsmiljø, skoler og kollektivtransport blir også løftet fram. Dette er i samsvar med plan- og bygningsloven (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2008) som gir viktige premisser for universell utforming som også er nært knyttet til prinsippet om «helse i alt vi gjør». Helsefremmende arbeid i nabolag og lokalsamfunn er også nedfelt innenfor de fem handlingsområdene i Ottawa Charteret (WHO,1986). Betydning av de sosiale, kulturelle,

økonomiske, politiske og fysiske miljøer som er i lokalsamfunn er også illustrert i Bronfenbrenners (1979) økologiske modell.

Groruddalssatsingen (2017-2026) og Tøyenløftet (2014-2018) i Oslo kommune (2017) er eksempler på hvordan nærmiljøkvaliteter i lokalområder kan bidra til et trygt bo- og oppvekstmiljø og inkluderende lokalsamfunn. Samarbeid på tvers mellom kommunen, frivillige organisasjoner og utdanningssektoren er viktig i helsefremmende arbeid i nærmiljøet og lokalsamfunnet siden helsevaner blir etablert tidlig i livet (Biddle & Seymour, 2012; Meld.St.15 [2022-2023]).

God helse i befolkningen sees i sammenheng med bærekraften i samfunnet. To fylker legger bærekraftsmålene til FN eksplisitt til grunn i alt planarbeid og mener at innbyggernes trygghet og følelse av fellesskap styrkes av tilhørighet til lokalsamfunnet og nærmiljøet. Dette bekreftes av Mæland (2022) som beskriver nærmiljøet som bestående av de sosiale båndene som finnes mellom mennesker som bor der og ikke bare som et avgrenset geografisk sted som nabolag, bydel, arbeidsplass eller en skole. Nærmiljøet og lokalsamfunnet er en særlig strategisk arena innen helsefremmende arbeid, både fordi folks helse påvirkes av det fysiske og sosiale nærmiljøet og kultur- og organisasjonsliv er viktige møteplasser (Meld.St.19 [2014-2015]; Mæland, 2022; Bronfenbrenner 1979).

Frivillige organisasjoner er en viktig ressurs i det forebyggende helsearbeidet i nærmiljøet. Dugnadsaktiviteter, kulturprosjekter og fritidstilbud som er basert på de uformelle nettverkene i lokalmiljøet er tiltak som kan styrke folks sosiale nettverk. Tilgang til blant annet friluftsområder og trygge skoleveier sees som grunnleggende i et trygt og godt nærmiljø (Meld. St. 19 (2018–2019)). En undersøkelse i Nederland viser at folk som hadde tilgang til større grøntareal, hadde sterkere oppfatning av å ha god helse (Vaandrager & Kennedy, 2022).

7.3.4 Frivillige organisasjoner

Dokumentanalysen viser at flere fylkeskommuner ser på frivillig sektor som en viktig bidragsyter i folkehelsearbeidet. Hordaland (2014) ønsker å utvikle regional og kommunal frivillighetspolitikk i samarbeid med frivillig sektor, mens Nord-Trøndelag (2015) vil løfte innsatsen til frivillig sektor fram i kommunale strategidokumenter. Nordland (2021) ønsker tettere samarbeid og vil tilby kompetansehevende kurs til frivillig sektor. Oslo kommune (2017) ser på frivillig sektor som en viktig samarbeidspartner og ønsker å fylle kommunens lokaler med frivillig aktivitet. Dette er et positivt skritt for å styrke frivillig sektor og folkehelsearbeidet i Norge.

Flere av fylkeskommunene er av lik oppfatning som folkehelsemeldingene og ser på bruken av frivillig arbeid som allmennyttig (Shandiz, 2015). Etter prinsippet om medvirkning i Folkehelseloven (2011), er frivillige organisasjonene en avgjørende kraft i samfunnet. De bidrar til å bygge fellesskap, redusere ensomhet, skape glede, trivsel og tilhørighet. Dette gjelder både i kraft av de aktivitetene som de ulike organisasjonene bidrar med, i tillegg til at det er en egenverdi for den enkelte å engasjere seg frivillig (Lov om folkehelsearbeid, 2011; Meld.St.19 [2014-2015]). Ifølge Folkehelselovens (2011) § 4, skal kommunen legge til rette for samarbeid med frivillig sektor og strategiene i teorien om helsefremmende arbeid tar sikte på å sikre bedre helse hos befolkningen gjennom samarbeid mellom offentlige og private sektorer og frivillige organisasjoner (WHO,1986). I tillegg har Frivillighetserklæringen (2015) som mål å legge til rette for nasjonale møteplasser for frivillig sektor, kommune og stat.

I likhet med mine funn, konkluderte Shandiz (2015) med at det ikke er lagt opp til samarbeid med frivillig sektor i planarbeidet hos alle fylker. Frivillig arbeid er en avgjørende kraft i samfunnet, og det er viktig at det legges til rette for samarbeid mellom offentlige og private sektorer og frivillige organisasjoner. For å skape bedre helse hos befolkningen og for å bygge fellesskap, redusere ensomhet og skape glede og trivsel, er det derfor viktig at fylkene legger til rette for samarbeid med frivillig sektor i planarbeidet og i tiltak og strategier.

Partnerskap og tverrsektorielt samarbeid

Dette er ikke en setting, men meningen med dette delkapitlet er å gi en oversikt hvordan fylkene ser på partnerskap i folkehelsearbeidet. Resultatene i denne studien viser at samtlige fylker er i mer eller mindre grad opptatt av tverrfaglig samarbeid. Mange fylker ser på partnerskap og samhandlingen på tvers av sektorer, nasjonale organer, universiteter, frivillige organisasjoner, kommune, forskning, NAV og næringsliv som avgjørende for å forbedre folkehelse. Partnerskap og samarbeid på tvers av sektorer, inkludert frivillige organisasjoner, er avgjørende for å utnytte ressursene som finnes i regionen og for å skape en mer helhetlig tilnærming til folkehelsearbeidet. Det er også viktig å etablere arenaer for kunnskaps- og erfaringsdeling, slik at man kan lære av hverandre og bygge felles forståelse og kompetanse. Samtidig er det utfordringer knyttet til å etablere samarbeid på tvers av sektorer, og det er viktig å jobbe med å overvinne disse utfordringene for å sikre best mulig folkehelsearbeid.

Nødvendigheten av partnerskap mellom sektorer på alle styringsnivåer er viktig for å forbedre folkehelsen, og både Jakarta-erklæringen (WHO, 1997) og Bangkok Charteret (WHO,2005) understreker dette. Aktiv deltakelse fra alle sektorer er avgjørende for bærekraftige og helsefremmende tiltak, og partnerskap mellom offentlige, private og frivillige organisasjoner kan skape bærekraftige handlinger på tvers av sektorer.

Det er viktig å ha et samarbeid på tvers av sektorer for å oppnå bærekraftige og helsefremmende tiltak. Som Shandiz (2015) påpeker, er det ikke alltid at fylkeskommunene følger opp partnerskap i sitt regionale folkehelsearbeid. En av utfordringene med samarbeid på tvers av sektorer er at helse oppfattes som helsesektorens ansvar, og dette kan føre til manglende klarhet rundt ansvarsfordeling og koordinering (Gasby et.al, 2017). For å etablere godt samarbeid på tvers, må organisatoriske endringer til hos de ulike aktørene (Mæland,2022; Fosse & Helgesen (2015;2017; Kuunders et.al, 2018; Halvorsen et.al, 2017; Fosse & Helgesen, 2017).

Folkehelseloven (2011) understreker at de aller fleste områdene i samfunnet påvirker de aller fleste områdene i samfunnet folkehelsen, og det er derfor viktig at "helse i alt vi gjør" bør være et bærende element i folkehelsearbeidet og i strategier, planer og tiltak i alle sektorer og ikke bare helsesektoren. Studier viser også at det er sterkere samarbeid mellom aktørene innen folkehelsearbeid i de kommunene der folkehelse har blitt etablert som et politikkfelt. Dette understreker viktigheten av å inkludere folkehelse som en sentral del av alle sektorer i samfunnet for å kunne oppnå bærekraftige og helsefremmende tiltak (Hofstad & Schou, 2017; Løset & Veenstra, 2015; Jansson et.al, 2011; Hagen, 2020).

Studier viser sprikende resultater når det gjelder medvirkning i folkehelsearbeidet, og kun 4 fylker mener at medvirkning er sentralt i arbeidet og som har hatt innspill fra ulike organisasjoner og frivillige som har blitt vurdert som nyttige perspektiver til arbeidet med strategiene. Halvorsen et.al (2017) og Fosse & Helgesen (2017) mener at integrering av folkehelsearbeidet i den fylkeskommunale virksomheten gjennom deres regionale folkehelseplaner kan bidra til å bedre satsing på folkehelseområdet. Dette kan også bidra til å styrke medvirkning fra ulike organisasjoner og frivillige, som kan gi viktige perspektiver til arbeidet med strategiene.

8. AVLUTNING

8.1 KONKLUSJON

I denne studien har jeg sett på hvordan fylkene legger opp til folkehelsearbeid og hvilke tema, målgrupper og settinger de er opptatte av. Forskningsspørsmålene er forsøkt besvart med empiri fra 14 fylkeskommunale folkehelseplaner, lover, stortingsmeldinger og diverse litteratur.

Resultatene fra studien viser både likheter og forskjeller i folkehelsearbeidet i fylkene, og at folkehelsen har en ulik grad av sentral plass i folkehelseplanene i fylkene. Mens noen fylker, som Finnmark (2015), velger å følge de nasjonale målene for folkehelse og ikke utarbeide egen plan, har andre fylker, som Oslo (2017), egne strategier i områder med særlige utfordringer og en folkehelseplan for hele kommunen.

Funnene viser at fylkeskommunene er bevisst på at folkehelsearbeid krever tverrsektorielt og helhetlig samarbeid. Implementering av helsedeterminant perspektivet i fylkenes strategier og tiltak viser at de fleste fylkeskommunene anerkjenner at ansvaret for folkehelsearbeid ligger ikke bare hos helsesektoren. Dette er kjernen i ”helse i alt vi gjør”- prinsippet som framkommer i folkehelseloven (2011). Likevel ønsker flere fylker tiltak og strategier for å endre levevaner og livsstil hos befolkningen. Funn knyttet til samarbeid med frivillig sektor viser at fylkene ser viktigheten av innsatsen i frivillig sektor, spesielt innen fysisk aktivitet.

Innen folkehelsearbeid kan vi skille mellom to ulike strategier; å fremme helse og å forebygge sykdom (Green & Tones, 2015; Mæland, 2022). Innen helsefremmende arbeid har vi tema-, målgruppe-, og settingstilnærming. På bakgrunn av det første forskningsspørsmålet, er helhetsinntrykket at fylkeskommunene i stor grad velger å satse på forebyggende tiltak innen folkehelsearbeid, med fokus på temaer som fysisk aktivitet, tobakk og rus, og psykisk helse. På bakgrunn av forskningsspørsmål 2, tyder resultatene i denne studien at fylkene har valgt å vektlegge målgruppetilnærminger rettet mot barn og unge. Disse strategiene ser ut til å være basert på funn fra kunnskapsgrunnet, og ikke fra brukerperspektiv. På bakgrunn av tredje forskningsspørsmål diskuterte jeg hvilke settinger fylkene er opptatt av i sitt folkehelsearbeid, viser mine funn at fylkeskommunene fokuserer mest på barnehage, skole og nærmiljø som settinger i sitt folkehelsearbeid, med tanke på deres betydning og påvirkning for barn og unges oppvekstvilkår.

Teoretiske og praktiske implikasjoner

Selv om arbeidet med oppgaven har vært omfattende, å skrive denne oppgaven, har gjort meg mer bevisst på viktigheten av folkehelsearbeid og fylkeskommunenes rolle i dette arbeidet. Jeg har introdusert tre forskjellige tilnærminger i helsefremmende arbeid, tema-, målgruppe- og settingstilnærming, og på bakgrunn av funnene i studien ser jeg at fylkene er mest opptatt av temaer som fysisk aktivitet og psykisk helse, særlig knyttet til gruppen barn og unge.

Fylkenes fokus på barn og unge kan øke bevisstheten om betydningen av å investere i helsefremmende og forebyggende arbeid tidlig i livet, samt øke bevisstheten rundt hvordan disse arenaene kan være viktige for å fremme fysisk aktivitet og psykisk helse hos barn og unge. I tillegg viser mine funn at fylkeskommunene er mest opptatt av barnehage, skole og nærmiljø som settinger i sitt folkehelsearbeid. Det er viktig at man tar hensyn til disse funnene når man utvikler strategier og tiltak for å forbedre folkehelse i fylkene.

Samtidig mener regjeringen at det kan være behov for å inkludere flere settinger i folkehelsearbeidet for å øke effekten av tiltakene innen folkehelsearbeid. Videre kan det være behov for å øke samarbeidet mellom ulike sektorer for å sikre en helhetlig tilnærming til folkehelsearbeidet (Meld.St.15 [2022–2023]). Jeg tror det er viktig å samarbeide med ulike sektorer og inkludering av flere settinger i folkehelsearbeidet øker effekten av tiltakene. Ved å fokusere på flere områder som arbeidsplasser, boliger og fritidsaktiviteter, kan man øke bevisstheten om helse og velvære i samfunnet og sikre en helhetlig tilnærming til folkehelsearbeidet

Denne masteroppgaven kan bidra til å bevisstgjøre fylkene på verktøy som kan benyttes i folkehelsearbeidet. Fylkene ser ut til å være opptatt av miljøets betydning for helse, spesielt hos barn og unge. Noen av fylkene har vist til sosiale helsemodellen til Whitehead & Dahlgren (1991) som er en forlengelse av og Bronfenbrenners økologiske modell (1979). Modellene kan være relevante for folkehelsearbeidet i fylkene og bidra til å gi fylkene en forståelse av helsefremmende arbeid, og hjelpe dem å lage strategier og tiltak for å forbedre folkehelse.

I oppgaven har jeg påpekt at Bronfenbrenner økologiske modell (1979) øker forståelsen av hvordan sosiale, økonomiske og politiske faktorer påvirker helsen til enkeltpersoner. I tillegg har jeg introdusert Whitelaw et.al (2001) sin presentasjon av ulike modeller som kan øke

forståelsen av samarbeid mellom forskjellige aktører for å utvikle og implementere tiltak for å forbedre helsen. Videre har jeg vist til Ottawa-charteret (WHO,1986) som understreker viktigheten av å skape et helsefremmende miljø, styrke samfunnets helsekompetanse, utvikle personlige ferdigheter og styrke samfunnets helsepolitiske engasjement.

Jeg har presentert prinsipper for systemteori og settingstilnærming av Dooris (2012; Dooris et. al,2022) som viser hvordan helsefremmende og forebyggende tiltak kan utformes og iverksettes på en måte som tar hensyn til kompleksiteten i samfunnet og de ulike faktorene som påvirker helsen til enkeltpersoner. Jeg synes det har vært interessant å lære om disse prinsippene kan brukes til å utforme og implementere helsefremmende tiltak som tar hensyn til de forskjellige faktorene som påvirker helsen til individer i et samfunn. Det er viktig å forstå hvordan ulike deler av samfunnet påvirker hverandre, og hvordan helsefremmende tiltak kan utformes for å adressere disse komplekse sammenhengene. Konklusjonen er at prinsipper for systemteori og settingstilnærming av Dooris (2012; Dooris et.al, 2022), Bronfenbrenners økologiske modell (1979) kan hjelpe med å utvikle og ta i bruk tiltak som tar hensyn til de forskjellige faktorene som påvirker helsen og som kan bidra til å skape sunnere og mer bærekraftige samfunn.

Som påpekt av Mæland (2022), har folkehelsemeldingene en sentral plass både i folkehelsearbeidet i norske fylkeskommuner Disse har også en sentral i denne masteroppgaven. Folkehelsemeldingene kan brukes som retningslinjer for å utvikle og iverksette helsefremmende og forebyggende tiltak. Disse meldingene gir en oversikt over de viktigste utfordringene i folkehelsen og beskriver ulike strategier og tiltak som kan brukes for å adressere disse utfordringene. Ved å bruke disse meldingene som retningslinjer, kan fylkene utvikle tiltak som er basert på de nyeste forskningsresultatene og som er relevante for de spesifikke utfordringene som finnes i et lokalsamfunn eller region, og dette kan bidra til å skape et sunnere og mer bærekraftige samfunn og dermed ha en positiv effekt på folkehelsen.

Denne masteroppgaven kan den gi retning for videre faglig forskning og danne utgangspunkt for mer forskning om temaet. Ifølge Rønning et.al (2021) kan masteroppgaver bidra til å styrke kompetansen i det lokalt helsefremmende arbeidet, og dermed kan denne oppgaven bidra til å styrke kompetansen i fylkeskommunalt folkehelsearbeid.

Til slutt vil jeg presisere at formålet med denne oppgaven er hverken konsept- eller teoriutvikling, men å gi et innblikk i praksisen rundt spørsmålene problemstillingen peker på. Denne masteroppgaven har gitt et interessant innblikk i praksisen rundt spørsmålene problemstillingen peker på, og bidrar med ny innsikt som et supplement til eksisterende empiri på feltet folkehelsearbeid i fylkene. Det er nødvendig å utvikle videre teori om helsefremmende arbeid i fylkeskommunene, da det finnes lite forskning i feltet og resultatene viser at fylkene satser på forebyggende tiltak. Det er også ønskelig at satsingen på tannhelse blir bedre forankret i fylkeskommunenes folkehelseplaner.

10. Referanseliste

- Andersen, A. S. (Red). (2018). *Fysisk aktivitet og helse. Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap*. Cappelen Damm Akademisk.
- Anker, T. (2020). *Analyse i praksis. En håndbok for masterstudenter*. Cappelen Damm Akademisk
- Asdal, K. & Reinertsen, H. (2021). *Hvordan gjøre dokumentanalyse. En praksisorientert metode*. Cappelen Damm Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Berg, O., T. & Hansen, T. (2022). *Fylkeskommune*. Store norske leksikon. Hentet 3.feb 2023 fra <https://snl.no/fylkeskommune>
- Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable health improvement: The contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in public health* 129(1), 29-36. doi: 10.1177/1757913908098881
- Dooris, M. (2012). The settings approach: Looking back, looking forward. I A. Scriven & M. Hodgins (Red.), *Health promotion settings: Principles and practice*. London: Sage Publications.
- Dooris, M., Kokko, S., Baybutt, M. (2022). Theoretical Grounds and Practical Principles of the Settings-Based Approach. In: Kokko, S., Baybutt, M. (eds) *Handbook of Settings-Based Health Promotion*. Springer, Cham. https://doi-org.ezproxy1.usn.no/10.1007/978-3-030-95856-5_2
- Eriksson, C. (2019). What is the current state of mental health and well-being among adolescents? Mental health trends and the role of the school. Eva Franzén (Red.) *Adolescent Health in the Nordic Region Health promotion in school settings*. Nordic Welfare Centre. <https://nordicwelfare.org/nb/publikationer/adolescent-health-in-the-nordic-region-health-promotion-in-school-settings/>
- FN-sambandet. (2023). *FN'n bærekraftsmål*. Hentet 3.mars 2023 fra <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>

Folkhälsomyndigheten (2022). *Det lokala och regionala ANDTSförebyggande arbetet – vad visar Länsrapportens undersökning?* Hentet 5.mars 2023.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/d/det-lokala-och-regionala-andts-forebyggande-arbetet-vad-visar-lansrapportens-undersokning/>

Folkhälsomyndigheten (2022). *Kjerneindikatorer for oppfølging av det folkehelsepolitiske målet*. Folkehelseetaten (2022). Hentet 5.mars 2023.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/publicerat-material/publikationer/artikelnr-22019/bilaga-1-karnindikatorer-uppfoljning-folkhalsopolitiska-malet-hasloindikatorer.pdf>

Folkhälsomyndigheten (2023). *Nasjonale folkehelsemål og målområder*. (2023,8.februar). Hentet 9.mars 2023. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/>

Folkhälsomyndigheten. *Hvem gjør hva? Mange aktører bidrar til å gjennomføre folkehelsepolitikken*. Hentet 8.mars 2023. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa/vem-gor-vad/>

Fysak. *Om fysak*. Hentet 25.mars 2023 fra <https://fysak.net/kontakt>

Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (2015). *Health promotion: Planning and strategies* (3rd ed. utg.). Los Angeles, Calif: Sage.

Fosse, E. & Helgesen, M. (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* (2015) 6(2): 328–346

Fosse, E. & Helgesen, M. (2017). Advocating for health promotion policy in Norway: The role of the county municipalities. *Societies (Basel, Switzerland)*, 7 (2), 5. <https://doi.org/10.3390/soc7020005>

Gadsby, E.W., Peckham, S., Coleman, A., D. Bramwell, N. Perkins & L. M. Jenkins. (2017). Commissioning for health improvement following the 2012 health and social care reforms in England: what has changed?. *BMC Public Health* 17, 211. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4122-1>

Graneheim, U., H., Lindgren, B-M., Lundman, B. (2004). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*. Volume 24, Issue 2. s.29-34. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.06.002

Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodal, J. (2015). *Health promotion. Planning & strategies*. (3rd.edt.). SAGE Publications Ltd.

Halvorsen, L. J., Kårstein, A., & Bergem, R. (2016). *Fylkeskommunens ansvar og oppgaver i regionalt folkehelsearbeid*. (Rapport 73). Møreforskning Volda AS

<https://bravo.hivolda.no/hivolda-xmlui/handle/11250/2387087>

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*. (Doktorgradsavhandling). AIT Bjerch AS / Universitetet i Bergen

Helse - og omsorgsdepartementet. (2021). *Folkehelseloven*

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>

Helsedirektoratet. (2020). *Alkoholoven med kommentarer*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/alkoholoven/kapittel-1-alminnelige-bestemmelser#paragraf-1-5-aldersgrenser>

Helsedirektoratet (2019). *Bra mat for bedre helse*. Hentet 17.mars 2023. 2. utgave, mai 2011. Revidert november 2019. (IS-

0244). <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/tilbud-ved-frisklivssentraler-og-veilederkurs/Bra%20mat%20for%20bedre%20helse%20Kurslederhefte.pdf/> /attachment/inline/4fa7bd5b-8a5a-4406-bd3b-d3eae23612d2:a0de614b2f4d154b449e01aab9069a32f5baeea/Bra%20mat%20for%20bedre%20helse%20Kurslederhefte.pdf

Helsedirektoratet (2018). *Lokalt rusmiddelforebyggende arbeid i et folkehelseperspektiv*. Kompetansesenter rus, Region Midt-Norge. (Rapport IS-2784).

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/lokalt-rusmiddelforebyggende-arbeid-i-et-folkehelseperspektiv/Lokalt%20rusmiddelforebyggende%20arbeid%20i%20et%20folkehelseperspektiv.pdf/_attachment/inline/3511e97b-06df-4af6-91df-13ca9e9af3c5:fd22cefb2a070a8e7a411f6ce81f4538875c371e/Lokalt%20rusmiddelforebyggende%20arbeid%20i%20et%20folkehelseperspektiv.pdf

Helsedirektoratet (2019). *Roller og ansvar i folkehelsearbeidet*. Hentet 4.mars 2023.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid/roller-og-ansvar-i-folkehelsearbeidet>

Helsedirektoratet (2022). *Multidisiplinær odontologi - erfaringer med utprøving av en videreutdanning for tannleger på spesialistnivå*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/multidisiplinaer-odontologi-erfaringer-med-utproving-av-en-videreutdanning-for-tannleger-pa-spesialistniva/hva-vil-vi-oppna/sosial-ulikhet-i-tannhelse>

Hodgins, M. & Griffiths, J. (2012). A whole systems approach to working in settings. I A. Scriven & M. Hodgins (Red.), *Health promotions settings:Principles and practice*. London: Sage Publications.

Hodgins, M. & Scriven, A. (2012). Health promotion settings:Introduction to part 2:Healthy settings. I A. Scriven & M. Hodgins (Red.), *Health promotion settings:Principles and practice*. London: Sage publications.

Hofstad, H. & Schou, A. (2017). Har samhandlingsreformen ført til mer oppmerksomhet på folkehelse i kommunene? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20, 81–88.

<https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-01-05>

Jacobsen, D.I. (2005). *Hvordan gjennomføres undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2.utg). Høyskoleforlaget.

Jansson, E., Fosse, E. & Tillgren, P. (2011). National public health policy in a local context—Implementation in two Swedish municipalities. *Health Policy. Volume 103, Issues 2–3*. Pages 219-227. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.08.013>

- Jenny, G.J., Bauer, G.F., Vinje, H.F., Brauchli, R., Vogt, K., Torp, S. (2022). Applying Salutogenesis in the Workplace. In: , *et al.* The Handbook of Salutogenesis. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_31
- Jensen, B.B., Dür, W., Buijs, G. (2022). Applying Salutogenesis in Schools. In: , *et al.* The Handbook of Salutogenesis. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_29
- Johannessen, A., Tufte, P.,A. & Christoffersen, L. (2019). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (5.utg). Abstrakt forlag.
- Keskimäki, I., Tynkkynen, L-K, Reissell, E., Koivusalo, M., Syrja,V., Vuorenkoski, L., Rechel, B.,Karanikolos, M. (2019) *Finland: Health System Review*. Health systems in transition, 21 (2). pp. 1-166. ISSN 1817-6119
<https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/4667421>
- Kommunal- og distriktsdepartementet (2022). *Folkehelse*.
https://www.regjeringen.no/no/tema/plan-bygg-og-eiendom/plan_bygningsloven/planlegging/fagtema/folkehelse/id2902843/
- Kommunal- og distriktsdepartementet (2020). *Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/veileder-om-statlig-styring-av-kommuner-og-fylkeskommuner/id2791598/?ch=2>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*. (LOV-2018-06-22-83).
<https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2018-06-22-83>
- Kommunal- og distriktsdepartementet (2008). *Plan- og bygningsloven*. (LOV 2008-06-27 nr 71). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/plan-og-bygningsloven/id570450/>
- Kultur- og kirke departementet. (2007). *Frivillighet for alle*. (St. meld. nr. 39 2006 – 2007). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Kultur- og likestillingsdepartementet (2015). *Frivilligerklæringa / Frivillighetserklæringen*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/frivilligerklaringa--frivillighetserklaringen/id2458656/>

- Kuunders, T. J. M., van Bon-Martens, M. J. H., van de Goor, I., A., M., Paulussen, T. G. W. M. & van Oers, H. A., M. (2018). Towards local implementation of Dutch health policy guidelines: a concept-mapping approach. *Health Promotion International*, Volume 33, Issue 4, Pages 635–647. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax003>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.
- Lov om folkehelsearbeid (2011). *Folkehelseloven* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Lov om tannhelsetjenesten (1983). *Tannhelsetjenesteloven* (LOV-1983-06-03-54). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>
- Lyshol, H. & Biehl, A. (2009). *Tannhelsestatus i Norge En oppsummering av eksisterende kunnskap*. Folkehelseinstituttet.
<http://hdl.handle.net/11250/220081>
- Læg Reid, S. & Skorgen, T. (2006). *Hermeneutikk - en innføring*. Spartacus Forlag
- Løset, G. K., & Veenstra, M. (2015). *Forebyggende helsearbeid i kommunene. Prosessevaluering av Samhandlingsreformen*. (Rapport 6/2015). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
<https://hdl.handle.net/20.500.12199/5088>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 34 (2012–2013). *God helse – felles ansvar*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>
- Meld. St. 19 (2014–2015). *Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- 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/>

Meld. St. 15 (2022–2023). *Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>

Moan, I.S., Buvik, K., Rossow, I., Brunborg, G.S. & Bergsvik, D. (2020). *Vurdering av forebyggende tiltak på alkoholfeltet: muligheter for å nå målsetting om reduksjon i skadelig alkoholbruk*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/contentassets/e720ed4ff13c4bcea1ff8be6012a46c5/vurdering-av-forebyggende-tiltak-pa-alkoholfeltet.pdf>

Mæland, J.G. (2022). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. (5. utg). Universitetsforlaget.

Nilssen, V. (2021). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Universitetsforlaget.

Norske fylker. (2023). Hentet 25.feb.2023 fra https://no.wikipedia.org/wiki/Norges_fylker

Peters, P, Harting, J, van Oers, H, Schuit, J, de Vries, N & Stronks, K. (2016). Manifestations of integrated public health policy in Dutch municipalities. *Health Promotion International*, Volume 31, Issue 2, Pages 290–302.

<https://doi.org/10.1093/heapro/dau104>

Resaland, G.K., Solbraa, A.K. & Lohne-Seiler, H. (2018). Arenaer, tilrettelegging og tiltak for å fremme fysisk aktivitet i ulike befolkningsgrupper. I Andersen, S.A. (Red). *Fysisk aktivitet og helse. Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap*. Cappelen Damm Akademisk

Riksrevisjonen (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid av offentlig folkehelsearbeid*. Hentet 4.mars 2023.

<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2014-2015/offentligfolkehelsearbeid.pdf>

Rod, M.H & Høybye, M.T. (2015). A case of standardization? Implementing health promotion guidelines in Denmark. *Health Promotion International*, Volume 31, Issue 3, September 2016, Pages 692–703, <https://doi.org/10.1093/heapro/dav026>

- Rønning, G.,R., Ausland,L,H. & Torp, S. (2021). Masteroppgaver som viktige bidrag til kunnskapsbasen i helsefremmende arbeid. *Nordisk Tidsskrift for helseforskning nr.2 -2021, 17.årgang.* <https://doi.org/10.7557/14.5535>
- Sakhi,Z. (2022). Prosjektbeskrivelse. USN.
- Santini, Z.I, Meilstrup,C, Hinrichsen C, Nielsen L, Koyanagi A, Koushede V, Ekholm O, Madsen K.R. (2020). Associations Between Multiple Leisure Activities, Mental Health and Substance Use Among Adolescents in Denmark: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Frontiers in Behavioral Neuroscience.*
- <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2020.593340>
- Scriven,A. & Hodgins,M. (2012). *Health promotion settings. Principles and practice.* SAGE Publications Ltd.
- Shandiz, K.,N. (2015). *Norske fylkeskommuner - Med sosiale ulikheter og "Helse i alt vi gjør" på agendaen? - En dokumentanalyse av 13 regionale folkehelseplaner.* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen.
- Sletteland, N. & Donovan, R. -M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn.* Gyldendal Norsk Forlag AS.
- St.meld. nr. 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.* Helse- og omsorgsdepartementet.
- <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-20-2006-2007-/id449531/>
- Store norske leksikon. (2022). Fylkeskommune. Hentet 25.feb.2023 fra
- <https://snl.no/fylkeskommune>
- Sundhedsstyrelsen (2019, 4.april). *Forebyggingspakker for kommuner.*
- <https://sst.dk/da/viden/Forebyggelse/Forebyggelsespakker-til-kommunerne>
- Sundhedsstyrelsen (2022, 07.mars). *Helsetilsynet kunngjør nye faggrenser.*
- <https://sst.dk/da/nyheder/2022/10-4-Sundhedsstyrelsen-melder-nye-genstandsgraenser-ud>

Synnevåg, E.,S., Amdam, R., & Fosse, E. (2018). Intersectoral planning for public health: Dilemmas and challenges. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(11), 982–992.

<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.59>

Sørdal, K. (2023). *Alt om de nye kostholdsradene*. vi.no

<https://www.vi.no/helse/alt-om-de-nye-kostholdsradene/78987804>

Thorsnæs, G. & Berg, O.,B. (2022). Store norske leksikon. *Kommune*. Hentet 3.feb 2023 fra <https://snl.no/kommune>

Tjora, A. (2022). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (4.utg). Gyldendal Akademisk.

Vaandrager, L, Kennedy,L, Mittelmark, M.B, Bauer, G.F., M. Pelikan,J, Sagy,S, Eriksson,M,Lindström,B, Meier, Magistretti,C. (2022). The Application of Salutogenesis in Communities and Neighborhoods. *The Handbook of Salutogenesis* [Internet]. 2nd edition. Cham (CH): Springer; 2022. Chapter 33.

DOI: [10.1007/978-3-030-79515-3_33](https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_33)

Vestfold og Telemark fylkeskommune. *Liv og røre i Vestfold og Telemark*. Hentet 17.mars 2023

<https://www.vtfk.no/meny/tjenester/opplaring-og-folkehelse/folkehelse/liv-og-rore/>

Whitelaw, S.,Baxendale,A., Bryce,C., MacHardy,L., Young, I. & Witney, E. (2001). 'Settings' based health promotion: a review. *Health Promotion International*, Volume 16, Issue 4, December 2001, Pages 339–353.

<https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.339>

WHO (1986). *Ottawacharteret*.

<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

WHO (2005). *Bangkok-charteret*. <https://www.afro.who.int/publications/bangkok-charter-health-promotion-globalized-world>

WHO. *Health Promotion*. Hentet 18.mars 2023

<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/healthy-settings>

WHO (2022). *Follow-up to the political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable disease*. Seventy-fifth World Health Assembly A75/10 Add.1 Provisional agenda item 14.1.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_10Add1-en.pdf

Wikipedia (2023). *Norges fylker*. Hentet 3.feb 2023 fra

https://no.wikipedia.org/wiki/Norges_fylker

Wikipedia (2023). *Kommune*. Hentet 3.feb 2023 fra <https://no.wikipedia.org/wiki/Kommune>

Folkehelseplaner

Folkehelsestrategi for Agder 2018-2025. *Sammen om god livskvalitet for alle på Agder*. Agder fylkeskommune (2018).

Regional strategi for folkehelsearbeid i Finnmark 2015 – 2018. Finnmark fylkeskommune (2015).

Folkehelsestrategi 2018–2022. *Bedre folkehelse og reduserte sosiale helseforskjeller*. Hedmark fylkeskommune (2018).

Regional plan for folkehelse – *Fleire gode leveår for alle* 2014-2025. Hordaland fylkeskommune (2014).

Handlingsprogram 2021 til Regional folkehelseplan Nordland 2018-2025. Nordland fylkeskommune (2021).

Regional plan for folkehelse i Nord - Trøndelag 2015 - 2020. Avdeling tannhelse og folkehelse. Nord-Trøndelag fylkeskommune (2015).

Regional plan for folkehelse i Oppland 2018-2022. Oppland fylkeskommune (2017).

Folkehelseplan for Oslo 2017-2020. *Helse og trivsel for alle - vårt felles ansvar*. Oslo kommune (2017).

Regionalplan for folkehelse i Rogaland 2013–2017. *Vilje gir vekst*. Rogaland fylkeskommune (2012).

Regional plan for folkehelse 2015–2025. *Saman for god helse og trivsel*. Sogn og Fjordane fylkeskommune (2015).

Regional folkehelsearbeid for Sør-Trøndelag (2014- 2018). *En håndbok i folkehelsearbeid*. Sør-Trøndelag fylkeskommune (2012).

Handlingsplan for Troms 2008-2013. *Folkehelse, idrett og friluftsliv*. Vestfold fylkeskommune. Troms fylkeskommune (2008).

Handlingsprogram folkehelse 2021–2022. Regional plan for folkehelse i Vestfold og Regional plan for folkehelse i Telemark 2018–2030. Vestfold og Telemark fylkeskommune (2021).

Regional plan for folkehelse i Østfold 2012 – 2015/2024 med Handlingsprogram 2012 – 2015. Østfold fylkeskommune (2011).

Figurer

Figur 3.1. Ottawacharteret (WHO,1986).

https://www.researchgate.net/figure/OTTAWA-CHARTER-FOR-HEALTH-PROMOTION-1986_fig1_236976036

Figur 3.2. Fra “*Theoretical Grounds and Practical Principles of the Settings-Based Approach*” av Dooris, M., Kokko, S., Baybutt, M. (2022).. In: Kokko, S., Baybutt, M. (eds) *Handbook of Settings-Based Health Promotion*. Springer, Cham. https://doi-org.ezproxy1.usn.no/10.1007/978-3-030-95856-5_2
fokus på tema? grupper? settinger?

Figur 3.3. Cathrine Arntzen (2019). *Bronfenbrenner (1979) økologisk modell*.

https://www.researchgate.net/figure/Figur-3-Den-utviklingsokologiske-modellen-bearbeidet-fra-Bronfenbrenner-1979-og_fig6_332720202

