
ERFARINGER MED DET SYSTEMATISKE FOLKEHELSEARBEIDET FRA 2012-2024

Av Elisabeth Fosse og Olin Blaalid Oldeide

Rapport til Helse og omsorgsdepartementets utvalg for prioriteringer i folkehelsearbeidet
Februar 2025
Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL), Universitetet i Bergen

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	2
Bakgrunn	2
Metode	5
Sosial ulikhet i helse	6
Tidlig fase: Forståelse for temaet sosial ulikhet i helse	6
Økt interesses for temaet sosial ulikhet	7
Sosial ulikhet i helse – et innfløkt problem	8
Helse i alt vi gjør - Tverrsektorielt samarbeid i folkehelsearbeidet.....	9
Helse i Alle Politikkområder (HIAP)	10
Integrering av HIAP i kommuner	10
Sosial bærekraft i folkehelsearbeidet	11
Tverrsektorielt samarbeid i kommunal forvaltning	12
Kunnskap i folkehelsearbeidet.....	13
Oppsummert erfaringer fra forskningen.....	15
Anbefalinger	16
Referanser	18

Innledning

Regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som skal utrede og gi råd om prioritering av folkehelseiltak. Utvalget skal avgi rapporten til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) 1. september 2025. I den forbindelse ønsker HOD bistand fra forskningsmiljøer til å belyse relevante problemstillinger. Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL) ved Universitetet i Bergen er et av de forespurte fagmiljøene.

Vi har i vår tolkning av oppdraget tatt utgangspunkt i notatet fra HOD, der oppdraget beskrives. Departementet ønsker bistand til særlig å vurdere følgende problemstilling (problemstilling 3 i mandatet til utvalget). «Tiltak for å behandle folkehelseiltak enhetlig på tvers av sektorer». I denne sammenhengen ønsker HOD kunnskap om følgende tema:

«Bistanden er knyttet til den tredje problemstillingen som omfatter kartlegging og analyse av dagens beslutningsprosesser, prioriteringer, vurderinger og barrierer for implementering av folkehelseiltak. I den sammenheng ønsker vi bistand til en oppsummering av tilgjengelig kunnskap om situasjonen i kommunene som kan bidra til å belyse disse problemstillingene. Vi er særlig interessert i oppsummering av erfaringer med det systematiske folkehelsearbeidet, betydningen av folkehelseloven og utviklingen når det gjelder integrering av helsehensyn i andre politikkområder.»

I vår gjennomgang vil vi ha et prosessperspektiv på iverksetting av folkehelseloven, og vi vil følge iverksettingen fra 2012 fram til nå.

Vi har fokusert på følgende tema:

- **Utjevning av sosiale helseforskjeller:** Integrering av dette temaet i kommunene
- **Helse i alt vi gjør:** Tverrsektorielt samarbeid og helse i andre samfunnssektorer
- **Kunnskapsbasert folkehelsearbeid:** Omfang og kunnskapsformer

Bakgrunn

Fra 1980-tallet har de sosiale forskjellene økt i store deler av verden, og dette har også påvirket befolkningens helse og fordelingen mellom ulike sosioøkonomiske grupper (WHO, 2008). Årsakene til denne utviklingen er komplekse, men det pekes på en global liberalisering av økonomi og arbeidsmarked (Raphael, 2014). Sosiale ulikheter er en særlig utfordring for den nordiske og norske velferdsmodellen som henter legitimitet fra at den er bygget på prinsipper om likhet og sosial rettferdighet.

Temaet sosial ulikhet i helse kom på den globale agendaen på 1980 tallet, særlig initiert av Verdens helseorganisasjon (WHO) gjennom globale bevegelser som Helse for alle 2000 og Ottawa-charteret for helsefremmede arbeid. På 2000-tallet var det en økende revitalisering av temaet, særlig manifestert gjennom den globale "WHO Commission on the Social Determinants of health" fra 2008, ledet av Michael Marmot. Kommisjonen

framhevet strukturelle, universelle tiltak som det viktigste virkemiddelet for å bekjempe fattigdom, redusere sosiale ulikheter i helse og den sosiale gradienten (WHO, 2008). Men dette er ikke tilstrekkelig i tillegg til universelle ordninger, er det også behov for mer målrettede ordninger for dem som trenger ekstra velferdstjenester. Marmot bruker derfor begrepet proporsjonell universalisme (Marmot, 2010). Virkemidlene kan beskrives som velferdsstatspolitikk, og kommisjonen pekte på de nordiske land, med sine omfattende velferdsordninger, som idealet. Et særtrekk ved de nordiske land er at de har relativt sett høy levestandard og små sosiale og økonomiske forskjeller.

Hvordan man omtaler sosiale ulikheter har stor betydning for hvordan problemet defineres og også hvilke løsninger som foreslås. Lenge ble problemet i Norge omtalt som et fattigdomsproblem, det vil si at det var noen få, særskilt utsatte grupper som levde i fattigdom og som trengte ekstra støtte (Fosse, 2012). Begrepet sosial ulikhet ble i liten grad brukt i Norge før utpå 2000-tallet selv om det innen EU var blitt et økende fokus på dette i løpet av 1990-tallet.

Sosiale ulikheter i helse danner en gradient gjennom befolkningen, der de med høyest utdanning og inntekt har best helse, enten den blir målt etter levealder, sykdomsbyrde eller subjektiv helse. Helsen blir gradvis dårligere jo lengre ned man beveger seg i de sosioøkonomiske gruppene. Dette betyr at den sosiale helsegradienten påvirker alle mennesker, og ikke bare de i de laveste sosioøkonomiske gruppene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005; WHO, 2008). Graham (2000) skiller mellom strategier som retter seg mot hele befolkningen gjennom politikk og mer enkeltstående tiltak som retter seg mot de fattigste gruppene i befolkningen. Tiltak særlig rettet mot de fattigste kan føre til forbedringer for disse gruppene, men slike tiltak vil ikke endre selve gradienten, det vil si den gradvise forskjellen mellom alle sosial lag i befolkningen. Det er med andre ord forskjell mellom offentlig politikk som søker å forbedre levekårene for de fattigste og politikk som retter seg mot hele befolkningen med siktemålet å redusere den sosiale gradienten og de mekanismer som er årsak til denne. Å redusere den sosiale gradienten krever helhetlige strategier som påvirker alle samfunnslag. En målsetning om å utjevne den sosiale gradienten krever med andre ord et fokus på sosiale helsedeterminanter. Dette vil innebære en økt prioritering av velferdsstatens universelle ordninger, og det vil kreve en bevissthet om fordelingspolitikk i mange sektorer av samfunnet, som skattepolitikk, arbeidsmarkedspolitikk og utdanningspolitikk.

På tross av en lang tradisjon i de nordiske land med å utjevne sosiale helseforskjeller, har disse forskjellene økt også hos oss over tid. Det er ulike forhold som forklarer denne utviklingen, men en av dem er et skifte i politikk i retning av økt ny-liberalisme, som har bidratt til deregulering og privatisering av offentlige tjenester (Goldblatt et al., 2023; Eklund Karlsson et al., 2022; Mackenbach, 2012; Raphael 2014). Globalisering og økt innvandring har også bidratt til økt press på helse- og velferdssystemene.

Den norske politikken har blitt påvirket av denne internasjonale agendaen når det gjelder å utjevne sosiale helseforskjeller og sette søkelyset på den sosiale gradienten, noe som førte til et fornyet fokus på velferdsstatens universelle løsninger. I 2012 fikk Norge en folkehelselov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). En av hovedmålsettingene er å utjevne sosiale helseforskjeller gjennom å jevne ut den sosiale gradienten. I loven skisseres fem grunnprinsipper for folkehelsearbeidet:

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

Realisering av målsetningene i loven skulle skje gjennom en «Helse i alt vi gjør»-tilnærming (Ståhl, 2018), det vil si et samarbeid mellom alle samfunnets sektorer. I tråd med denne tilnærmingen, er det ikke helsetjenestens ansvar å fremme likeverd og god helse, det er et ansvar for alle sektorer, ikke minst politikerne.

Desentralisering som administrativt prinsipp har sterke røtter i Norge, og kommunene er et svært viktig administrativt nivå. Kommunene er både et ledd for å iverksette statlig politikk og et selvstendig politisk administrativt nivå (Baldersheim & Ståhlberg, 2002). Kommunene finansieres delvis av staten, men også av egne, kommunale skatter. Kommunene har ansvar for mange tjenester som er relevante for folkehelsen, utjevne sosiale helseforskjeller og redusere fattigdom; planlegging, barnehager, skoler og boliger. Selv om det foreligger statlig politikk og retningslinjer, har kommunene stor frihet til å prioritere hva de vil bruke penger på.

Den statlige styringen av kommunene skjer i økende grad gjennom såkalt «myke styringsmidler», for eksempel stimuleringsmidler, det vil si tidsavgrensede midler, men også råd og veiledning. Styringen har i økende grad gått i retning av samhandling og dialog, mer enn hierarkisk styring i form av påbud og øremerking av midler. Dette kalles ofte flernivåstyring (Baldersheim & Ståhlberg, 2002).

Kommunene har, naturlig nok, fått et stort ansvar for iverksetting av folkehelseloven, og staten har fulgt opp med dialogbaserte virkemidler og stimuleringsiltak overfor kommunene. Men loven inneholder også hierarkiske virkemidler, som skal bidra til å sikre at loven blir fulgt opp i kommunene.

Folkehelseloven er koplet til Plan- og bygningsloven og kommuneloven, som alle stiller de samme kravene til kommunene. Når det gjelder temaet sosial ulikhet i helse, skal kommunene ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen i kommunen, inkludert helsetilstanden blant ulike befolkningsgrupper, også basert på sosioøkonomisk status.

Kommunen skal også inkludere politikk og tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller (Fosse & Helgesen, 2019). Det hierarkiske styringselementet her er at det er Statsforvalteren som godkjenner kommuneplanene og kan dermed underkjenne en kommuneplan, om for eksempel kommunene mangler denne oversikten. Statsforvalteren kan også føre tilsyn med kommunene. Kommunene har likevel fortsatt stor frihet til å gjøre egne prioriteringer, og det er i realiteten få sanksjoner overfor kommuner som ikke følger opp loven (Fosse & Helgesen, 2019).

Den norske folkehelseloven er ambisiøs, og i prinsippet krever den politiske endringer og en videreutvikling av velferdsstatens prinsipper. Internasjonalt har den blitt framhevet som den rette veien å gå for å utjevne sosiale helseforskjeller og særlig den sosiale gradienten (WHO, 2008; Marmot, 2010; Raphael, 2014). Likevel skal loven iverksettes i en praktisk virkelighet, og i Norge vil det si at kommunene har fått hovedansvaret for iverksettingen av loven. Hvordan lovens ambisjoner og intensjoner møter den kommunale virkeligheten, vil vi gå nærmere inn på i de neste avsnittene.

Metode

Vår forskning er et resultat av ulike prosjekter, der vi har studert utviklingen av folkehelsearbeidet i perioden etter at folkehelseloven trådte i kraft. De fleste prosjektene er basert på kvalitative data, det vil si personlige intervjuer og dokumentanalyse. Vi har i hovedsak intervjuet administrativt ansatte og politikere i ulike kommuner. Utvelgelsen av kommunene har variert, men i hovedsak har vi ønsket å studere kommuner som har jobbet aktivt med å iverksette folkehelseloven. Intervjuene har foregått i ulike perioder, og vi har data fra 2012 til 2023. Kommunene er plassert i ulike deler av landet, men i de senere år, har det primært vært fokusert på kommuner i Vestland fylke. Det henger sammen med at prosjektene våre har foregått i dette fylket. Dokumentene har stort sett vært ulike politiske dokumenter på ulike nivå, men også handlingsplaner og projektrapporter. Det er foretatt en innholdsanalyse av dokumentene. Kommunene har ikke vært representative i statistisk forstand, men vi mener at våre data gir et godt bilde av utviklingen i kommunene. Dette får vi også bekreftet når vi presenterer forskningen vår i ulike fora der kommuner og fylkeskommuner deltar. I noen prosjekter har også kvantitative metoder blitt brukt, først og fremst spørreundersøkelser til kommuner og fylkeskommuner. Disse ble gjort i 2011, 2014 og 2017. Det er også brukt registerdata. I det følgende vil vi presentere våre hovedtema *sosial ulikhet i helse, helse i alt vi gjør og kunnskapsbasert folkehelsearbeid*.

Sosial ulikhet i helse

Tidlig fase: Forståelse for temaet sosial ulikhet i helse

Susanne Hagen (2020) har i sin dr. avhandling fulgt utviklingen i det kommunale folkehelsearbeidet fra 2011 til 2014. Dataene er basert på to spørreundersøkelser til kommunene, en fra 2011 og en fra 2014. Resultatene i avhandlingen er publisert i tre artikler i internasjonale, fagfellelevurderte tidsskrifter (Hagen et al., 2015; Hagen et al., 2016; Hagen et al., 2018). Begge undersøkelsene var finansiert av Norges Forskningsråd gjennom prosjektet «Adressing the social determinants of health. Multilevel governance of policy aimed at families with children» (SODEMIFA), og gjennomført av By- og regionforskningsinstituttet (NIBR) i samarbeid med HEMIL ved Universitetet i Bergen.

Hensikten med undersøkelsen i 2011 var å kartlegge status i det lokale folkehelsearbeidet i Norge før iverksettelsen av folkehelseloven, og å danne et utgangspunkt gjennom en baseline for framtidige undersøkelser av norsk folkehelsearbeid på det lokale nivået (Helgesen & Hofstad, 2012). Spørreundersøkelsen som ble gjennomført våren 2014 var en evaluering av implementeringen av folkehelseloven (Haug et al, 2014).

Hagen (2020) har utforsket omfang og samvariasjoner mellom ulike faktorer ved de norske kommunene og bruken av folkehelsekoordinator, prioritering av levekårsperspektivet og fokus på fordelingshensyn i kommunens folkehelsearbeid. Det kan trekkes fram tre overordnede funn når doktorgradsprosjektets delstudier sammenstilles. Det første overordnede funnet er at folkehelsearbeidet i denne perioden bare i relativt liten utstrekning ble realisert på lokalt nivå, tatt grunnprinsippene i folkehelseloven i betraktning.

Likevel mente norske kommuner at de i stor utstrekning er i stand til å bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse, og mange kommuner ansatte folkehelsekoordinatorer. Dette er i og for seg viktige folkehelsepolitiske mål, og dermed kan dette tolkes som måloppnåelser. Samtidig viste funnene at få kommuner i denne perioden hadde organisert folkehelsekoordinatoren i en stor stillingsprosent, plassert den inn i rådmannens stab eller gjort funksjonen til en del av den kommunale planleggingen (Hagen et al., 2015).

Kommunene hadde også i mindre grad utviklet helseoversikter (Hagen et al., 2018), som kommunene er pålagt å gjøre. Videre hadde kommunene fokusert lite på levekårsperspektivet og det å gjøre fordelingshensyn i kommunal politikkutforming. Nettopp disse faktorene berører i særlig grad de sosiale helsedeterminantene og gradientperspektivet som er avgjørende for å redusere sosiale helseforskjeller. I sum kan dermed doktorgradsprosjektets samlede resultater tyde på at grunnprinsippene i folkehelseloven knyttet til å adressere sosiale ulikheter i helse i mindre grad ble iverksatt i de norske kommunene i denne første perioden. På en annen side viste resultater fra

dette prosjektet at kommuner som ansatte folkehelsekoordinator i høy stillingsprosent og plasserte stillingen sentralt i administrasjonen hadde mer fokus på levekår og fordelingshensyn og mer tverrsektorielt samarbeid.

I SODEMIFA-prosjektet gjennomførte vi også kvalitative undersøkelser i ulike kommuner. Der intervjuet vi ansatte på ulike nivå, i ulike sektorer. Intervjuene ble gjennomført i 2013 og 2014. Disse undersøkelsene bekreftet mange av funnene i Hagens avhandling (Fosse, Sherriff og Helgesen, 2019). Hovedfunnet var at kommunene var interessert i å jobbe etter den nye folkehelseloven, men de var usikre på hva det innebar å utjevne sosiale helseforskjeller. Mange tenkte på at det først og fremst innebar økt oppmerksomhet på utsatte grupper og tiltak rettet mot disse gruppene (Fosse et al., 2018).

I denne første fasen kan vi konkludere med at det var en diskrepans mellom statens forståelse av folkehelse og sosial ulikhet og hvordan dette temaet ble forstått og håndtert i kommunene (Tallarek née Grimm, Helgesen & Fosse, 2013, Helgesen, Fosse & Hagen, 2017).

Økt interesses for temaet sosial ulikhet

Vi har etter hvert sett en interessant utvikling i kommunene gjennom våre forskningsprosjekter. Spørreundersøkelsen som ble gjennomført i 2017 viste at kommunene i økende grad hadde fått forståelse for det helhetlige folkehelsearbeidet (Fosse, Sherriff, Helgesen, 2019). Det viste seg bl.a. i at det var en økt bevissthet blant ansatte i mange av kommunenes sektorer om temaet sosial ulikhet i helse. Flere mente at politikk og tiltak bør være universelle, men at det også bør være målrettede tiltak mot utsatte grupper. Dette kan tolkes som at prinsippet om «proporsjonell universalisme» støttes i kommunene.

Dette funnet støttes også i kvalitativ forskning. I ulike prosjekter har vi studert folkehelsearbeidet i kommuner i Vestland fylke. Der har vi funnet at sosial ulikhet i økende grad blir innarbeidet i kommunens planer. Ansatte i ulike avdelinger mener generelt sett at det er et sentralt område for folkehelsearbeidet. De mener også at det er et tverrsektorielt ansvar, og at kommunene kan bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. De mener også at universelle tiltak er viktige, men at de må suppleres med mer målrettede tiltak. Likevel mener de fleste at det er vanskelig å få til en helhetlig, tverrsektoriell innsats i praksis, blant annet fordi de ulike sektorene ofte har ulike oppdrag og fortsatt er preget av siloer (Løtveit og Soltvedt, 2023; Fosse og Oldeide, 2024; Knutsen og Urang, 2024).

Konklusjonen på våre prosjekter er altså at temaet sosial ulikhet i helse har vunnet terreng i kommunene i løpet av den perioden folkehelseloven har vært virksom. Vi finner at kommunene er interessert i temaet, og at de ønsker å bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Likevel mener vi at det er viktig å være oppmerksom på hvilke

strukturelle begrensninger som finnes når det gjelder kommunenes mulighet til å påvirke sosiale forskjeller og utjevne den sosiale gradienten.

Sosial ulikhet i helse – et innfløkt problem

Kommunene har ansvar for mange tjenester som er relevante for folkehelsen, utjevne sosiale helseforskjeller og redusere fattigdom; planlegging, barnehager, skoler og boliger. Selv om det foreligger statlig politikk og retningslinjer, har kommunene stor frihet til å prioritere hva de vil bruke penger på. Kommunene har også begrensede budsjetter. Velferdsstaten er i en stor grad organisert slik at de universelle velferdsordningene, som foreldrepermisjon og rett til barnehager er et statlig ansvar der rammene til en stor utstrekning er satt. Men de proporsjonelle ordningene i stor grad er kommunenes ansvar. Kommunene vil måtte prioritere sine lovpålagte oppgaver først, dermed vil prioriteringene som blir gjort ofte ramme de mest utsatte hardest. Dette bekreftes også i annen forskning fra Sverige og Norge. I Sverige undersøkte Brauer (2024) blant annet ordningen, som på norsk kalles Personlig brukerstyrt assistent (BPA). Dette var en ordning som tidligere ble finansiert av statlige midler, men der ordningen nå er en del av de kommunale budsjettene, som gjør at kommunene må gjøre prioriteringer. Forfatteren mener at dette er en del av bevisste innsparingstiltak, som dermed rammer svake grupper hardest (2024). Mehara (2022) har undersøkt hvordan den norske svangerskapsomsorgen møter innvandrerkvinner. Dette er en universell kommunal tjeneste. Mehara (2022) argumenterer at selv om tjenesten er universell, er den ikke likeverdig. Hun finner at tjenesten ikke er tilpasset kvinner fra ulike kulturer, men møter alle på samme måte. Dette skaper problemer for en del kvinner med annen kulturell bakgrunn enn den nordiske. Disse funnene illustrere utfordringene som kan oppstå når kommuner skal prioritere folkehelsetiltak.

Et mer grunnleggende spørsmål er selvfølgelig: Hva innebærer det å utjevne sosiale helseforskjeller? I en artikkel brukte vi data fra prosjektet der vi sammenlignet den nasjonale politikken i de nordiske land og så nærmere på hva som kreves av en politikk for å utjevne sosiale ulikheter (Fosse & Helgesen, 2020). Å ha fokus på strukturelle faktorer som påvirker helsen, er krevende på flere måter. Å utjevne de sosiale forskjellene- og utjevne den sosiale gradienten - krever politisk handling i mange samfunnssektorer og er vanskelig å løse. Det er et såkalt innfløkt, på engelsk «wicked», problem. Rittel og Webber (1973, p. 55) beskriver et innfløkt problem på følgende måte:

“The search for scientific bases for confronting problems of social policy is bound to fail, because of the nature of these problems (...). They are “wicked” problems, whereas science has developed to deal with “tame” problems. Policy problems cannot be definitively described.”

Å løse et innfløkt problem krever tverrsektoriell innsats på mange nivåer. Dette er problematisk å oppnå, blant annet fordi myndighetene er organisert i departement og avdelinger, såkalte siloer. Innfløkte problemer er dessuten ofte politisk kontroversielle.

Uenigheten kan gjelde både definisjonen av problemet og de løsningene som foreslås. Ofte blir resultatet uklare kompromisser (Christensen et al., 2019).

Sosiale ulikheter i helse er et typisk innfløkt problem fordi det er politisk uenighet både om definisjonen og løsningene på problemet (Feyarts et al., 2017). Feyarts et al viser at politikk for å utjevne sosiale ulikheter har en tendens til drive nedstrøms (“drift downstream”). Dette innebærer at det inngås kompromisser som innebærer at i stedet for å fokusere på strukturelle faktorer som påvirker helsen, blir individuelle tiltak, ofte med fokus på levevaner, prioritert. Det innfløkte problemet blir dermed omdefinert til et tamt problem, der det ikke er konflikt om forståelsen av problemet.

Dette var også en av konklusjonene i vår studie. “The wickedness” i problemet sosial ulikhet i helse ble underkommunisert i alle de nordiske land (Fosse & Helgesen, 2020; Fosse, 2022; 2025). Disse funnene illustrerer at selv om politikk for å utjevne sosiale (helse-) forskjeller er formulert på nasjonalt nivå, følges de ikke opp med implementering på det lokale nivået, som har ansvar for mange av de tjenestene som er relevante for å oppnå målsetningen. En erkjennelse av kompleksiteten av problemet er viktig når det skal utvikles politikk og tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Helse i alt vi gjør - Tverrsektorielt samarbeid i folkehelsearbeidet

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

Helse i Alle Politikkområder (HIAP)

Erkjennelsen av at helse påvirkes av forhold utenfor helsesektoren har ført til økt fokus på tverrsektoriell innsats (De Leeuw, 2017). Økt oppmerksomhet rundt tverrsektoriell handling skyldes også stadig mer mangfoldige og komplekse samfunn. Det moderne samfunnet er preget av hyperspesialisering, organisatoriske siloer og mangel på samarbeid på tvers av disse siloene (De Leeuw, 2017). HiAP har som mål å øke ansvaret for folkehelsen på alle sektorer i politikktutformingsprosessen og krever høy grad av samarbeid innen forvaltningen (Carey et al., 2014; Ståhl et al., 2006). HIAP er et bærende prinsipp for den norske folkehelseloven for folkehelsearbeidet i kommunene. HiAP har blitt videre utforsket på lokalt nivå av Holt et al. (2018) i danske kommuner og i norske kommuner gjennom avhandlingsarbeidet til Synnevåg (2019), Hagen (2020) og Oldeide (2021).

Integrering av HIAP i kommuner

HiAP har blitt kritisert for den noe paradoksale rollen til "helse" i HiAP. Noen forskere har påpekt at det kan være kontraproduktivt å starte et samarbeid med et helseargument (De Leeuw, 2017). Dette har blant annet blitt belyst av Holt (2016) som i sin avhandling undersøkte tverrsektorielt samarbeid i danske kommuner ved å gjennomføre en etnografisk studie basert på intervju og feltarbeid i 10 kommuner. Et primærfunn er at kommuner ofte rammet inn «helse» som et middel for å oppnå målene til de ikke-helserelaterte sektorene. I denne prosessen har tverrsektorielt samarbeid en tendens til å favorisere mindre intervensjoner som tar sikte på å introdusere sunnere praksiser i ulike miljøer, for eksempel å skape sunne skolemiljøer for økt fysisk aktivitet og sunnere kosthold. Mens andre mer overordnede intervensjoner på helsevirkningen av bredere velferdspolitik, som for eksempel utdanningspolitikk, har en tendens til å bli neglisjert. Intervensjonene unnlater dermed å adressere de strukturelle helsedeterminantene. Ved å fokusere på «snevrrere» intervensjoner står man i fare for å ikke adressere bakenforliggende forholdene som skaper god helse.

Hagens avhandling undersøker helsefremmende arbeid på lokalt nivå i Norge gjennom registerdata kombinert med data fra to spørreundersøkelser distribuert til alle norske kommuner (N= 428) i 2011 og 2014. Hagen identifiserte at 76% av norske kommuner hadde ansatt en folkehelsekoordinator i perioden rett før 2012. Av de ansatte folkehelsekoordinatorer var 22% ansatt på heltid og 28% var plassert innenfor staben til administrerende direktør. Denne studien viste at partnerskap for helsefremmende arbeid med fylkeskommuner, utvikling av en helseoversikt, samarbeid med ikke-statlige sektorer og lav sosioøkonomisk status alle var signifikant assosiert med norske kommuner som hadde en folkehelsekoordinator. Funnene viser at få kommuner har organisert folkehelsekoordinatoren i en stor stilling, plassert den inn i rådmannens stab eller gjort funksjonen til en del av den kommunale planleggingen. Avhandlingen viste videre at kommunene i mindre grad hadde utviklet helseoversikter (Hagen et al., 2018).

Dette arbeidet viser at i perioden 2011-2014 følger norske kommuner i varierende grad grunnprinsippene i folkehelseloven. Studien indikerer videre at det er i de mer samarbeidende kommunene dette realiseres. Folkehelsekoordinator har derfor potensiale til å påvirke folkehelsearbeidet og HIAP, men først ved å være organisert høyt nok i det administrative systemet for å kunne inneha rollen som «koordinerende funksjon» og i en stor nok stillingsprosent (Hagen et al., 2016).

Synnevåg (2019) gjennomførte i sin avhandling en multippel case studie av tre norske kommuner der empirien bygget på intervjuer og dokumentstudier i 2014. Primærfokuset var hvordan planlegging kan legitimere tverrsektorielt folkehelsepolitikk etter folkehelseloven. Synnevåg et al (2018a) sine funn skisserer at kommunene opplever utfordringen med å balansere kvalitativ og kvantitativ kunnskap som en del av helseoversikter og kunnskapsgrunnlag for videre planlegging og styringsprosesser. De står også overfor dilemmaet med å gjøre folkehelsestrukturer og -prosesser enten tydelige eller integrerte i eksisterende strukturer og prosesser. Dette peker på noe av dilemmaet med HIAP begrepet mellom det å sette folkehelse i sentrum eller integrere det i eksisterende prosesser, og potensielt utvanne begrepet og politikken.

I det videre arbeidet til Synnevåg et al (2018b) finner man at kommunene opplever dilemmaer knyttet til bruken av folkehelseterminologi når de implementerer HiAP. På den ene siden oppleves begrepene som brede, komplekse, avanserte og unødvendige. Derfor fremmer kommunene behovet for å tilpasse, endre eller operasjonalisere begrepene til kommunale og avdelingsmessige forhold og behov. De stiller spørsmål ved behovet for å bruke begrepene folkehelse og folkehelsearbeid, og en kommune ser ut til å ha funnet et alternativt begrep: levekår. På den andre siden finner kommunene også bruken av begrepene viktig for en systematisk tilnærming til å forstå folkehelseideologi og tverrsektoriell ansvarlighet, samt for å fremme legitimitet. Denne balansegangen mellom tilpasning og rigiditet beskriver Synnevåg et al (2018b) som passende og noen ganger nødvendige når HiAP-perspektivet implementeres. I noen tilfeller kan denne tilpasningen dra nytte av alternative begreper, men det er viktig å ivareta innholdet i folkehelsearbeidet. Videre studerte Synnevåg (2022) legitimiteten til HIAP i kommunene, og funnene tyder på at HIAP-begrepet er i ferd med å bli innarbeidet. Arbeidet til Holt og Synnevåg har også blitt brukt til å argumentere for at det å sette folkehelseproblemer i forgrunnen og forvente at andre politiske sektorer initierer tverrsektoriell handling, er et tegn på «helseimperialisme». Innen folkehelsefeltet har derfor alternative begreper som sosial bærekraft og levekår blitt foreslått som mulige konsepter for å styrke tverrsektoriell handling for folkehelse (Hofstad & Bergsli, 2017; Holt et al., 2018; Holt et al., 2016; Scheele et al., 2018; Synnevåg et al., 2018a).

Sosial bærekraft i folkehelsearbeidet

Zeiner (2022) beskriver at det har vært en kraftig økning i bruken av begrepet sosial bærekraft de siste årene. Hofstad og Bergsli (2017) viser i en rapport at det er et nært

slektskap mellom sosial bærekraft og folkehelse og beskriver at begrepene fungerer som moralske og etiske mål å strekke seg etter, mer enn å gi konkrete anbefalinger. Hofstad og Bergsli (2017) har sammenlignet begrepene helsefremming og sosial bærekraft og funnet at de har flere fellestrekk, blant annet at menneskelige behov står i sentrum, og at sosial rettferdighet og sosial støtte står sentralt i utviklingen av helsefremmende og bærekraftige lokalsamfunn. I tillegg er helse og sosial bærekraft gjensidig avhengige av hverandre, og begge fremmes gjennom innsats på tvers av samfunnets sektorer og nivåer, gjennom myndiggjøring av lokalsamfunn og befolkningens medvirkning. Selv om det er synergier mellom sosial bærekraft og folkehelse, understreker Hofstad og Bergsli (2017) at sosial bærekraft ikke burde erstatte folkehelsebegrepet. Tvert imot bør denne felles forståelsen bidra til at de to begrepene understøtter og forsterker hverandre i arbeidet for en mer helsefremmende og utjevnende samfunnsutvikling. Dette kommer også fram i en rapport som er gitt ut av Helsedirektoratet i 2018, der budskapet er at folkehelsearbeidet og god helse er en forutsetning for bærekraftig utvikling (Helsedirektoratet, 2018). I en mindre case studie med intervju av ansatte i to kommuner ble det vist at begrepet folkehelse fortsatt ble mest brukt, men sosial bærekraft og folkehelse ble sett på som en deler av det samme begrepet (Knutsen & Urang, 2024).

For å undersøke sosial bærekraft sin rolle i folkehelsearbeidet gjennomførte Oldeide, Johansen og Fosse (2024) en dokumentstudie av kommunale plandokumenter i alle 43 kommuner i Vestland fylket. Rapporten viser at kommunene ser en sammenheng mellom bærekraft og folkehelse. Kommunene beskriver både bærekraftig utvikling som grunnleggende i folkehelsearbeidet og folkehelsearbeidet som essensielt for en bærekraftig utvikling. Analysen viser at noen kommuner klarer å nyttiggjøre seg den sosiale bærekraftsagendaen for å mobilisere i arbeidet med lokale folkehelseutfordringer. Sosial bærekraft-agendaen kan derfor tilby en ny potensiell «bredere» inngang til folkehelse om man klarer å koble de to områdene i lokal politikktutforming uten at hver av begrepene mister sin betydning.

Tverrsektorielt samarbeid i kommunal forvaltning

Et annet stridspunkt med HiAP-tilnærmingen er det noe begrensede fokus i litteraturen om styring, politikk og implementering. De Leeuw (2017) advarer om at terminologien rundt HiAP og andre konsepter blander politikk med handling og oppfordrer til å forankre tverrsektorielt engasjement i et flernivåstyringsperspektiv. I Oldeide (2021) sin avhandling var fokuset å undersøke rusforebyggende politikk og tiltak i en kommunal setting fra politiske ledelse og administrasjon, til tiltak i tjenester og hvordan tjenestene oppleves av brukere. Dette case studiet basert på intervju i en kommune belyser den kommunale styringskjeden vedrørende et tverrsektorielt satsingsområde som rusforebygging. Funnene viser at samarbeidet rundt tverrsektorielle temaer var utfordret og spesielt byråkrater innen ulike politikkområder opplevde et manglende mandat til samarbeid, i motsetning til ledernivået der samarbeidet var bedre utviklet (Oldeide et al., 2019). Dette synliggjør de strukturelle siloene som preger kommunal forvaltning for

tverrgående temaer. Gjennom å bruke bakkebyråkratteori, som tar utgangspunkt i ansatte i tjenestene, belyser Oldeide et al (2020) at den forebyggende politikken er beskrevet i tråd med HIAP tilnærmingen. Bakkebyråkratene i denne studien var ansatte i den kommunale tjenesten Utekontakten. Studien viser videre at disse «friere» aktørene innen velferdstjenester har mulighet til å håndtere og motvirke effektene av silo-organiseringen i sitt arbeid med å gi ungdom i utsatte livssituasjoner hjelpen de trenger. Her peker vi på verdien av et ressursorientert verdisyn og en fleksibel organisering i forvaltningen med et åpent mandat som avgjørende for å lykkes i det tverrgående arbeidet.

En viktig del av folkehelsearbeidet er det tverrgående samarbeidet i tjenester og på etatsnivå. I en mindre case studie av en etat for barn og familie i en kommune belyser dette da områder da deler av helsetjenester og sosialtjenester ble samlokalisert (Johansen, 2022). Johansen fant at samlokalisering var et viktig virkemiddel for å skape tverretattlig og tverrfaglig samarbeid. Det var stor vilje og interesse blant de ansatte i etaten for utvikle samarbeid, men samtidig opplevde de både organisatoriske og profesjonsbaserte barrierer. De så likevel samordningen som en prosess der de var på vei i en retning mot økt samarbeid og samforståelse (Johansen, 2022).

Kunnskap i folkehelsearbeidet

Folkehelseloven fastslår at folkehelsearbeidet skal forankres i kommuneplanen, og kommunene skal utarbeide strategier og tiltak som kan bedre befolkningens helse og levekår. Det krever et kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Kommunene må ha gode, hensiktsmessige data for få den oversikten loven krever. Et slikt kunnskapssystem er en forutsetning for å beskrive folkehelseutfordringer og for å planlegge og gjennomføre nødvendige tiltak. I 2015 ble det gjennomført et tilsyn av offentlig folkehelsearbeid som viste at til tross for godt folkehelsearbeid, så mangler kommuner kunnskap og informasjon om effektive tiltak (Riksrevisjonen, 2015). Dette var også tema i det nylige tilsynet gjennomført av helsetilsynet (2025). Basert på survey til alle kommuner og dybdeintervju i 30 kommuner viste det at det mangler en rød tråd i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Særlig løfter tilsynet frem manglende oversiktsdokument, mangelfull oppfølging og iverksetting av tiltak og internkontroller i arbeidet med å fremme barn og unges psykiske helse.

Mæland (2021) argumenterer for at folkehelsearbeidet har en bred samfunnsvitenskapelig tilnærming til kunnskap som inkluderer forskningsbasert-, erfaringsbasert-, og brukerbasert kunnskap, som sammen beskrives som kunnskapsbasert praksis. Innen folkehelsefeltet har man tradisjonelt vært opptatt av vitenskap som medisinsk, klinisk og epidemiologisk kunnskap når man utvikler helsefremmende politikk og lokale intervensjoner (Williams et al., 1997). Det har blitt argumentert at dominansen av vitenskapelig kvantitativ kunnskap har bidratt til en

vektlegging av levevaner i politikkutforming, på bekostning av politiske og sosioøkonomiske saker som fattigdom og miljø (Tesh, 1990; Raphael, 2000; Bryant, 2002). I arbeidet til Lillefjell og kollegaer (2011; 2013) har de vist at de strukturelle og overordnede satsingene innen folkehelsearbeid har en kunnskapsbasert profil med klare mål om kompetanseutvikling, men at det trengs mer enn kunnskap om befolkningshelse. Kommunene trenger ferdighetstrening innen analyse og prosesskunnskap for omsette kunnskap til målrettet tiltak. Lillefjell et al. argumenterer for at FOU-sektoren skal involveres mer for å lykkes med dette (2011).

Bryant (2002) utviklet et rammeverk som viser hvordan ulike typer kunnskap påvirker politikkutforming for folkehelse. I rammeverket skiller Bryant mellom: *Instrumentell kunnskap* som er ekspertkunnskap og ofte oppfattet som objektiv og utviklet gjennom kvantitative metoder. *Interaktiv eller brukerkunnskap* er utviklet av mennesker med levde erfaring. *Kritisk kunnskap* ser på samfunnsstrukturens rolle i å opprettholde ulikheter og tar en normativ vurdering av rett og galt for å forbedre samfunnet og øke livskvaliteten. Disse kunnskapstypene er ofte isolert fra hverandre i politikkutforming (Bryant, 2002). Hvordan kunnskap brukes i folkehelse og helsefremmende politikkutvikling kan avhenge av hvordan de ulike aktørene vurderer kunnskap. Det er derfor viktig å forstå hvordan ulike typer kunnskap oppfattes av de som utformer politikken for å få innsikt i hvilken politikk som blir utformet.

I 2024 presenterte Fosse og Oldeide funn fra Folkekommuneprosjektet i en rapport som belyser dette med funn fra case studier av tre kommuner (Fosse og Oldeide, 2024). Funnene fra denne studien viser at instrumentell kunnskap, og særlig forskningsbasert kunnskap innen epidemiologiske tradisjoner som folkehelsestatistikk er vurdert som viktig i utvikling av politikk for folkehelse. Det er mer usikkert hvordan interaktiv eller brukerkunnskap blir beskrevet i den lokale politikkutforming, men funnene fra denne studien tyder på at det er mindre grad brukt. Kritisk kunnskap, som blant annet kan inneholde underliggende maktanalyser, blir beskrevet som savnet, men dette er innenfor en byrådsavdeling som beskrives å ha stor grad av tilgjengelig instrumentell kunnskap. Det er viktig å forstå hvordan ulike typer kunnskap blir forstått av de som utformer politikken for å få innsikt i hvilken politikk som blir utformet. Funnene fra denne studien viser at det er noe variasjon mellom kommuner og internt i kommuner. Dette kan potensielt ha konsekvenser for samarbeidet på tvers for å fremme helse lokalt. Et viktig moment er at disse kunnskapstypene kan ha en mobiliserende kraft og kan representere et potensiale for å realisere økt medvirkning fra befolkningen for å fremme folkehelsen. Ved at kommuner og forskingsmiljøer kan inngå i økt medforskning og aksjonsforskning sammen med innbyggere kan man både frembringe nye perspektiver og iverksette folkehelsepolitikk som er tilpasset de lokale rammene.

Oppsummert erfaringer fra forskningen

Våre prosjekter viser at det har vært en utvikling over tid når det gjelder interesse for og prioritering av temaet sosial ulikhet i helse. I en tidlig fase etter at folkehelseloven trådte i kraft, var kommunene usikre på hva dette ansvarsområdet innebar. Begreper som sosial gradient var ganske ukjent, de fleste mente at sosial ulikhet handlet om å hjelpe utsatte grupper. Dette ser vi har endret seg over tid, og i våre kvalitative studier de siste årene finner vi at ansatte i ulike kommunale sektorer mener at dette er et viktig tema, og at alle sektorer må bidra.

Men som vi skrev over, er sosiale ulikheter et innfløkt problem. Det krever politisk handling på alle nivåer, men også politisk vilje til å adressere de sosiale determinantene. Det kan synes som en uoverkommelig oppgave å løse disse problemene, både på det globale, nasjonale – og lokale - nivået.

Som vi har sett, har kommunene ansvaret for mange av velferdsstatens tjenester, og kommunene har begrensede budsjetter og må derfor prioritere mellom oppgavene. Det fører ofte til at de mest utsatte rammes hardest, og manglende innsats for disse gruppene kan dermed bli en av driverne for økt sosial ulikhet og fattigdom. Et viktig politisk virkemiddel vil være at statlige myndigheter i økende grad erkjenner betydningen av proporsjonell universalisme, ved å sette kommunene bedre i stand til å støtte ulike utsatte grupper, og dermed bidra til å redusere sosial ulikhet og fattigdom.

Helse i alt vi gjør, og tverrsektoriell innsats, er et mantra i folkehelseloven. I vår forskning fant vi at det var utfordrende for kommunene å få grep om hva dette innebærer, særlig de første årene etter at loven ble iverksatt. Det handlet delvis om legitimitet, det vil si at det ble stilt spørsmål om hva folkehelsearbeidet egentlig innebar. Var det slik at helsesektoren skulle overstyre de andre sektorene, eller var det slik at de enkelte sektorer skulle kunne se folkehelseaspektene ved sin egen virksomhet? Dette berørte både profesjons- og sektorgrenser og var en aktuell problemstilling i mange kommuner. Norge har en sektorisert forvaltningsstruktur på alle administrative nivåer og å få til en endring til en mer områdebasert organisasjonsstruktur er krevende. Våre funn viser at det har vært en positiv utvikling på plannivå i mange kommuner, og at det brede folkehelsearbeidet har fått fotfeste som prinsipp i kommunenes planer og strategier. Det er imidlertid mer problematisk å få innarbeidet prinsippene om helse i alt vi gjøre i den kommunale virksomheten. Dette gjelder både det administrative nivået og tjenesteyternivået. Vi fant at i flere kommuner var det en prosess i retning av å få til økt samordning og samarbeid, og for at dette kan utvikles, må det være en kombinasjon av styring og tilrettelegging fra kommunen (samordning), som legger rammene for å utvikle samarbeid på lavere nivå i organisasjonen.

Forskning viser at det er utfordrende å skape helhetlige tjenester på tvers av samfunnssektorer grunnet silo-organisering i kommuner. Samlokalisering av tjenester

for eksempel i en felles etat for barn og familie kan være et virkemiddel som kan hindre fragmentering av tjenester. Tjenester som er mer løst organisert som for eksempel Utekontakten kan også motvirke fragmenterte tjenester for ungdommer i utsatte livssituasjoner. Det siste viser at det er behov for tjenester med et ressursorientert verdisyn og en fleksibel organisering i forvaltningen med et åpent mandat for å lykkes i det tverrgående arbeidet.

Prinsippene i folkehelsearbeidet er nært knyttet til prinsippene om bærekraftig utvikling, og særlig sosial bærekraft er et begrep med et innhold som bygger på den samme samfunnsforståelsen som folkehelsearbeidet. I våre prosjekter har vi funnet at mange kommuner har sosial bærekraft som en inngang til folkehelsearbeidet, eller den andre veien, at den økte forståelsen for hva folkehelsearbeidet er, også bidrar til økt forståelse av sosial bærekraft. Det er en pågående diskusjon om begrepet sosial bærekraft bør erstatte folkehelsebegrepet, siden det enda tydeligere peker på hvordan helse og samfunnsforhold henger sammen. Vi mener likevel at den innholdsmessige forståelsen av folkehelsebegrepet etter hvert har fått et sterkt fotfeste i kommunene, og at det er få som nå mener at det i første rekke handler om individuelle innsatser fra helsetjenesten. Tvert imot rapporterer de alle fleste at de er opptatt av helsens determinanter, og at alle samfunnssektorer må bidra til å styrke folkehelsen.

Folkehelsearbeidet skal, ifølge loven, være kunnskapsbasert. Staten har bidratt til at kommunene har tilgang til folkehelsedata, som de kan bruke i sin planlegging. Dette er imidlertid i hovedsak statistisk kunnskap om helse og helseindikatorer, men i mindre grad annen relevant kunnskap. Ulike tilsyn har vist at det er manglende kunnskap om oversikt over helsetilstand og mangelfull oppfølging og tiltak. I arbeidet med kunnskap i lokalt folkehelsearbeid har forskning rettet oppmerksomheten mot at det trengs styrking av analysekunnskaper, men også prosesskunnskap for å iverksette tiltak. Ulike kunnskapstyper blir brukt i folkehelsearbeidet, men særlig kritisk- og brukerkunnskap er mindre brukt. Brukerkunnskap har for eksempel et stort potensial og kan bidra til å skreddersy lokale folkehelsetiltak. Det er også behov for kunnskap i å utvikle tiltak og evaluerer dem. Dette krever instrumentell kunnskap, men også kritisk-, bruker- og prosesskunnskap.

Anbefalinger

På bakgrunn av den forskningen som er presentert i denne rapporten vil vi gi noen anbefalinger om hvilke politikk og tiltak vi anser som viktig å prioritere:

- For at kommuner skal kunne oppfylle sine oppgaver innen folkehelsearbeidet er det viktig at også det statlige ansvaret for folkehelsearbeidet blir tydeliggjort. Kommunene må ha tilstrekkelige ressurser til å løse oppgavene sine. Ikke minst gjelder dette ansvaret for å utjevne sosiale helseforskjeller der kommuners begrensede ressurser kan være en hindring. Vi mener videre

at et tverrsektorielt fokus for folkehelsearbeid må sikres og styrkes, også på det statlige nivået. Prinsippet om 'helse i alt vi gjør' vektlegger at også departementene innen andre fagområder må involveres i folkehelsearbeidet.

- I kommuner anbefaler vi folkehelsekoordinator i stor stillingsprosent, organisert på et høyt administrativt nivå for å kunne ha en koordinerende funksjon. I denne stillingen er det behov for folkehelsevitenskaplig kompetanse som innebærer planlegging og planarbeid, implementeringskunnskap, deltakerorienterte metoder og medvirkningsprosesser, tverrsektorielt arbeid, helsefremming med mer.
- Begreper som sosial bærekraft eller levekår i tillegg til «helse i alle politikkområder» kan være en nyttig inngang for å skape tverrsektorielt samarbeid for folkehelsearbeidet.
- Alle administrative nivåer må legge til rette for tverrsektorielt og tverrfaglig organisering av folkehelsearbeidet i kommunene. For å sikre tverretattlig samarbeid kan for eksempel «frierte aktører» som den kommunale tjenesten utekontakten spille en viktig rolle i å hindre fragmentering av tjenester.

Referanser

- Baldersheim, H., & Ståhlberg, K. (2002). Guided democracy or multi-level governance? New trends in regulatory regimes in central-local relations in the Nordic countries. *Local Government Studies*, 28(1), 74-90. doi: 10.1080/714004149
- Brauer, J. (2024). Austerity through rescaling and layering in the Swedish welfare state. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*. <https://doi.org/10.1080/04353684.2024.2336045>
- Bryant, T. (2002). Role of knowledge in public health and health promotion policy change. *Health Promotion International*, 17(1), 89-98. <https://doi.org/10.1093/heapro/17.1.89>
- Carey, G., Crammond, B., & Keast, R. (2014). Creating change in government to address the social determinants of health: How can efforts be improved? *BMC Public Health*, 14(1), 1087–1097. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1087>
- Christensen, T., Lægreid, O. M., & Lægreid, P. (2019). Administrative coordination capacity; does the wickedness of policy areas matter? *Policy and Society*. <https://doi.org/10.1080/14494035.2019.1584147>
- De Leeuw, E. (2017). Engagement of sectors other than health in integrated health governance, policy, and action. *Annual Review of Public Health*, 38(1), 329–349. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044309>
- Eklund Karlsson, L., Balkfors, A., Gunnarsdottir, H., Povlsen, L., Regber, S., Buch Mejsner, S., Ikonen, A. L., & Fosse, E. (2022). Are universal measures sufficient in reducing child poverty in the Nordic countries? An analysis of policies and political commitments. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2022;50(7):892-902. <https://doi.org/10.1177/14034948221109694>
- Feyaerts, G., Deguerri, M., Deboosere, P., & De Spiegelaere, M. (2017). Exploration of the functions of health impact assessment in real-world policymaking in the field of social health inequality: Towards a conception of conceptual learning. *Global Health Promotion*, 24(2), 16–24. <https://doi.org/10.1177/1757975916679918>
- Fosse, E. (2012). Norwegian health promotion policy: The pendulum swings of 1984 to 2007. In O. Samdal & B. Wold (Eds.), *An ecological perspective on health promotion: Systems, settings and social processes*. Bentham Science Publishers.
- Fosse E (2022). Norwegian policies to reduce social inequalities in health: Developments from 1987 to 2021. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2022; 50: 882–886

Fosse, E. (2025). Velferdsstat og folkehelse: politikk for å utjevne sosiale helseforskjeller i de nordiske land. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 101(4-6), 459–466. doi: 10.62607/smt.v101i4-6.32686

Fosse, E., Helgesen, M. K., Hagen, S., & Torp, S. (2018). Addressing the social determinants of health at the local level: Possibilities and limitations. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(Suppl 20), 47–52. <https://doi.org/10.1177/1403494817743896>

Fosse, E., & Helgesen, M. K. (2019). Policies to address the social determinants of health in the Nordic countries. Report to Nordic Welfare Centre. ISBN: 978-91-88213-47-1. <https://nordicwelfare.org/en/publication>

Fosse, E., & Helgesen, M. K. (2020). Addressing the Social Determinants of Health in the Nordic Countries: Wicked or Tame Problem? *Socialmedicinsk Tidsskrift*, 97(3), 393–404. doi:<https://publicera.kb.se/smt/article/view/38333>

Fosse, E., & Oldeide, O. (2024). Kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommuner. *HEMIL-rapport 1/2024*. Institutt for helse, miljø og likeverd, Universitetet i Bergen. ISBN 978-82-7669-206-8. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/11250/3115670/Folkekommunerapport%202024%20%281%29.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Fosse, E., Sherriff, N., & Helgesen, M. (2019). Leveling the social gradient in health at the local level: Applying the gradient equity lens to Norwegian local public health policy. *International Journal of Health Services*, 49(3), 538–554. <https://doi.org/10.1177/0020731419842518>

Goldblatt, P., Castedo, A., Allen, J., Lionello, L., Bell, R. R., & Marmot, M. (2023). Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014 - executive summary. Institute of Health Equity, London.

Graham, H. (Ed.). (2000). *Understanding health inequalities*. Open University Press.

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. Universitetet i Bergen. Doktoravhandling. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/11250/2719108>

Hagen, S., Helgesen, M., Torp, S., & Fosse, E. (2015). Health in all policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(6), 597–605. <https://doi.org/10.1177/1403494815585614>

- Hagen, S., Overgard, K. I., Helgesen, M., Fosse, E., & Torp, S. (2016). Health promotion at local level in Norway: The use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(9), 807-817. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.22>
- Hagen, S., Torp, S., Helgesen, M., & Fosse, E. (2018). Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health Promotion International*, 32(6), 977-987. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw052>
- Haug, M., Hofstad, H., & Schou, A. (2014). Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. By- og regionsforskningsinstituttet (NIBR). Rapport 2014:21.
- Helgesen, M. K., Fosse, E., & Hagen, S. (2017). Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45, 77–82.
- Helgesen, M. K., & Hofstad, H. (2012). Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baseline undersøkelse. *NIBR-rapport 2012:13*. <https://evalueringsportalen.no/evaluering/regionalt-og-lokalt-folkehelsearbeidressurser-organisering-og-koordinering-en-baselineundersokelse/NIBRRapport%20folkehelsearbeid.pdf/@inline>
- Helsedirektoratet (2018). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling* (Rapport IS-2748). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftigsamfunnsutvikling/Folkehelse.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).
- Helsetilsynet (2025). Har kommunene god nok systematikk i arbeidet med å fremme barn og unges psykiske helse? Rapport fra Helsetilsynet 1/2025. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2025/helsetilsynetsrapport1_2025_folkehelse_barn_unge.pdf
- Hofstad, H., & Bergsli, H. (2017). Folkehelse og sosial bærekraft. En sammenligning og diskusjon av begrepsinnhold, målsettinger og praktiske tilnærminger (NIBR-rapport 2017:15). By- og regionforskningsinstituttet NIBR. <https://www.statsforvalteren.no/contentassets/39fa0364feca496fa13f95e600525f1e/rapport-nibr---folkehelse-og-sosial-barekraft.pdf>
- Holt, D. H. (2016). Intersectoral policymaking for health? From policy to practice: A qualitative study of challenging implementation [Doctoral dissertation]. University of Southern Denmark.
- Holt, D. H., Carey, G., & Rod, M. H. (2018). Time to dismiss the idea of a structural fix within government? An analysis of intersectoral action for health in Danish

municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(22suppl), 48–57. <https://doi.org/10.1177/1403494818765705>

Holt, D. H., Frohlich, K. L., Tjørnhøj-Thomsen, T., & Clavier, C. (2016). Intersectoriality in Danish municipalities: Corrupting the social determinants of health? *Health Promotion International*, 32(5), 881–890. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw020>

Johansen, M. S. (2022). Tverrfaglig samarbeid for å styrke ungdoms psykiske helse: En kvalitativ studie av Etat for barn og familie, Bergen kommune [Masteroppgave], Masterprogram i helsefremmende arbeid og helsepsykologi, Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL), Det psykologiske fakultet Universitetet i Bergen.

Knutsen, K. A., & Urang, K. H. (2024). Sosial bærekraft i alt vi gjør: En kvalitativ studie om to kommuners arbeid med sosial bærekraft [Masteroppgave]. Masterprogram i helsefremmende arbeid og helsepsykologi, Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL), Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Lillefjell, M., Knudtsen M, S., Wist, G. (2011) Kunnskapsbasert folkehelsearbeid - Kartlegging av kunnskapsgrunnlag, pågående satsinger samt forsknings- og kompetansebehov i folkehelsearbeidet lokalt og regionalt. Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU. 2011/06. <https://www.ntnu.edu/documents/1268773379/1270895582/Kunnskapsbasert+folkehelsearbeid>

Lillefjell, M., Knudtsen, M. S., Wist, G., & Ihlebæk, C. (2013). From knowledge to action in public health management: Experiences from a Norwegian context. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(8), 771–777. <https://doi.org/10.1177/1403494813496600>

Løtveit, A. B., & Soltvedt, M. K. (2023). Lokal innsats for utjevning av sosiale helseforskjeller: En kvalitativ studie av to kommuners arbeid med sosial ulikhet i helse [Masteroppgave]. Masterprogram i helsefremmende arbeid og helsepsykologi, Institutt for helse, miljø og likeverd, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Mackenbach, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75(4), 761–769. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.029>

Marmot, M. (2010). The Marmot Review. Fair Society, Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>

Mehrara, L. (2022). How universal is universal health care? A policy analysis of the provision of maternal health care for immigrant women in Norway [Doctoral thesis]. Nord University. <https://hdl.handle.net/11250/3001277>

- Mæland, J. G. (2021). Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis (5. utgave). Universitetsforlaget.
- Oldeide, O. B. (2021). Local drug prevention - From policy to practice: A qualitative case study of policy makers, outreach social workers and at-risk youths [Doctoral thesis]. Universitetet i Bergen. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/11250/2777422>
- Oldeide, O., Fosse, E., & Holsen, I. (2019). Collaboration for drug prevention: Is it possible in a “siloe” governmental structure? *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(4), e1556-e1568. <https://doi.org/10.1002/hpm.2846>
- Oldeide, O., Fosse, E., & Holsen, I. (2020). Local drug prevention strategies through the eyes of policy makers and outreach social workers in Norway. *Health & Social Care in the Community*. <https://doi.org/10.1111/hsc.13096>
- Oldeide, O., Johansen, M. S., & Fosse, E. (2024). Sosial berekraft i Vestland: En dokumentanalyse av kommunale plandokument. *HEMIL-rapport 2/2024*. Institutt for helse, miljø og likeverd, Universitetet i Bergen. ISBN 978-82-7669-207-5.
- Raphael, D. (2000) The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International*, 15 (4), 355-367. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.4.355>
- Raphael, D. (2014). Challenges to promoting health in the modern welfare state: The case of the Nordic nations. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(7), 7-17. <https://doi.org/10.1177/1403494813506522>
- Riksrevisjonen. (2015). Undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid. *Dokument 3:11*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2014-2015/offentligfolkehelsearbeid.pdf>
- Rittel, W. J., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155-169.
- Scheele, C. E., Little, I., & Diderichsen, F. (2018). Governing health equity in Scandinavian municipalities: The inter-sectorial challenge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 57-67. <https://doi.org/10.1177/1403494816685538>
- Schou, A., Helgesen, M., K., & Hofstad, H. (2014) Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. NIBR-rapport 2014:21. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5922/2014-21.pdf?sequence=1%26isAllowed=y>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). Gradientutfordringen: Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Sosial- og helsedirektoratet.

- Ståhl, T. (2018). Health in all policies: From rhetoric to implementation and evaluation - the Finnish experience. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(20_suppl), 38-46. <https://doi.org/10.1177/1403494817743895>
- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). *Health in all policies: Prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Government of Finland. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf
- Synnevåg, E. (2019). Planning for public health: Balancing top-down and bottom-up approaches in Norwegian municipalities [Doctoral thesis]. Universitetet i Bergen.
- Synnevåg, E., Amdam, R., & Fosse, E. (2018a). Public health terminology: Hindrance to a Health in All Policies approach? *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 68–73. <https://doi.org/10.1177/1403494817729921>
- Synnevåg, E., Amdam, R., & Fosse, E. (2018b). 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>
- Synnevåg, E., S. (2022). Evaluating ‘Health in All Policies’ in Norwegian Municipalities, *Societies*, 12(3), 1-8. doi: <https://www.mdpi.com/2075-4698/12/3/92/>
- Tallarek née Grimm, M. J., Helgesen, M. K., & Fosse, E. (2013). Reducing social inequities in health in Norway: concerted action at state and local levels? *Health policy*, 113(3), 228–235. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.019>
- Tesh, S (1990) Hidden arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy. Rutgers University Press.
- WHO. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization.
- Williams, G., Popay, J., Bissel, P. (1995) Public health risks in the material world: barriers to social movement in health. I Gabe, J. (ed.) *Medicine, health and Risk: Sociological approaches*. Blackwell
- Zeiner, H. H. (2022). Sosial bærekraft - en litteraturstudie. *NIBR-notat: 2022:105*. Oslo Met. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/3015353/2022-105.pdf?sequence=1&isAllowed=y>