

Groruddalssatsningen i Oslo kommune - en helsepolitisk analyse

Silje Skagen

Masterstudent i "Public health with health economics" Göteborgs universitet. E-post: skagen_3@hotmail.com.

Bakgrunn: Kartlegging viser at bydeler i Groruddalen og indre øst i Oslo kommer dårligst ut når det gjelder levekår i Norge. Groruddalssatsningen er et politisk tiltak for å redusere disse ulikhetene. Artikkelen prøver å illustrere hvordan man kan utføre en helsepolitisk analyse av et viktig tiltak i satsningen.

Metode: Materialet inneholder sentrale beslutninger på ulike politiske nivå, samt evalueringer av Groruddalssatsningen. Et helsepolitisk verktøy "the health policy triangle" inspirert av Buse, Mays og Walt har blitt benyttet i data analysen. **Resultater:** Analysen avdekker at manglende organisering, økonomi og tverrsektorielt samarbeid legger en demper på implementeringsarbeidet. **Konklusjon:** Politikk er et felt hvor ulike faktorer har stor innvirkning på hverandre. En helsepolitisk analyse kan sette søkelys på disse og gi en større forståelse av et slikt komplekst samspill.

Background: Living conditions research shows that districts in Groruddalen and neighbourhoods in the inner east of Oslo are the worst off in terms of living conditions in Norway. Groruddalssatsningen is a political measure to reduce these inequalities. The article tries to illustrate how "the health policy triangle" can perform a health policy analysis of an important measure of its focus.

Method: The material contains key decisions at various political levels, as well as evaluations of "Groruddalssatsningen". A health policy tool "the health policy triangle" inspired by Buse, Mays and Walt have been used in the data analysis. **Results:** The analysis reveals that a lack of organization, finance and cross-sectoral collaboration puts a damper on the work of implementation.

Conclusion: Politics is a field where various factors have a major impact on each other. A health policy analysis can highlight these and provide a greater understanding of such complex interaction.

Groruddalen i Oslo kommune i Norge har lenge blitt sett på som et problemområde blant politikere, media og lokalbefolkning. De 4 bydelene Bjerke, Grorud, Stovner og Alna i Groruddalen kjennetegnes av innbyggere med dårligere objektiv og subjektiv helse, den høyeste andelen med redusert funksjonsevne, lavere utdanning, svakere tilknytning til arbeidslivet enn resten av Oslo, lavere gjennomsnittsinntekt og lavere levealder. Befolkningsutviklingen i Groruddalen viser også at området preges av den største veksten av ikke-vestlige innvandrere (1,2).

Levekårsundersøkelser (1) viser at Groruddalen sammen med bydeler i indre øst kommer dårligst ut når det gjelder levekår i landets kommuner og bydeler. Arbeidet for å redusere disse ulikhetene kan knyttes til ulike dokumenter og handlingsplaner på internasjonalt, nasjonalt og kommunalt nivå. I 2007 ble "Groruddalsatsningen" vedtatt. Satsningen består av målrettede tiltak mot 4 programområder; miljøvennlig transport [1], grønnstruktur, idrett og kulturmiljø [2], bolig-, by- og stedsutvikling [3], oppvekst, utdanning, levekår, kulturaktiviteter og inkludering [4]. Tiltakene er iverksatt for å bremse utviklingen knyttet til miljø og leveforhold og hindre segregering av befolkningen over en 10 års periode (3). Artikkelen vil utforske hvordan Groruddalsatsningen kom til på den politiske agendaen i Norge, se nærmere på programområde 4 (Oppvekst, utdanning, levekår, kulturaktiviteter og inkludering). Målet er utføre en helsepolitisk analyse av det største politiske tiltaket innenfor området.

Avslutningsvis reflekteres det over bruken av helsekonsekvensutredninger i Groruddalen.

Metode

Et helsepolitisk rammeverk for helsepolitiske avgjørelser inspirert av Buse, Mays og Wall (4) er benyttet i artikkelen. Rammeverket inneholder 4 sentrale faktorer som alle samhandler og påvirker helsepolitiske resultat. Aktører, innhold, kontekst og prosess blir benyttet separat for å få en bedre struktur på den helsepolitiske analysen. Datamaterialet i artikkelen omfatter dokumenter på internasjonalt, nasjonalt og lokalt nivå. Seleksjonen av kildedokumentene er alle relatert til utviklingen og implementeringen av Groruddalsatsningen. I utformingen av denne litteraturgjennomgangen så har forfatteren benyttet flere ulike kilder. Dokumentene på internasjonalt nivå er hentet fra WHO; "Health 21" (5) og Ottawa charterets "Health promotion" (6) hvor viktige søkeord har vært "inequality", "health gap" og "multisectoral perspective on health". Nasjonale dokumenter er hentet fra den norske regjering sine hjemmesider hvor viktige søkeord har vært "sosial ulikhet i helse" og "Groruddalsatsningen". Lokale dokumenter er blitt hentet fra Oslo kommune sine hjemmesider og fra midtveis og sluttevalueringer av tiltaket. Disse dokumentene har blitt funnet gjennom google search hvor søkeord som "levkår i Oslo", "evaluering av Groruddalsatsningen", "kjernetid i barnehage" er sentrale.

Groruddalssatsningen på den poliske agendaen - aktører

Flere aktører har bidratt til at Groruddalen har blitt et satsningsområde i Oslo. Av internasjonale aktører har WHO hatt stor innflytelse. I 1978 dannet Alma Ata-deklarasjonen utgangspunkt for en tenkning som omhandler sosiale helseforskjeller. Siden den gang har man i flere WHO-dokumenter hatt som mål å utjevne disse. WHO Europa hadde allerede i 1985 gjennom "Health for all in the 2000 century" et mål om å redusere sosiale helseforskjeller med 25 % innen år 2000. I 1998 vedtok WHO Europa ett nytt måldokument: "Health for all in the 21st century". "Health21" danner grunnlaget for det politiske rammeverket i den europeiske regionen og inneholder 21 strategier for å forbedre helsetilstanden til folket i Europa. Spesielt fokus er det på å redusere helsegapet mellom sosioøkonomiske grupper og forbedre helsen til ufordelaktig stilte grupper i samfunnet (5).

Denne tankegangen dannet blant annet grobunnen for den rød-grønne regjeringens "Soria Moria erklæring" i 2005 (7) og Stortingsmelding 20 "Nasjonale strategier for å utjevne sosiale helseforskjeller" i 2006-2007 (8). I Soria Moria-erklæringen ble det blant annet fremmet at man ville gjennomføre tiltak for områder i storbyene som har særlig store utfordringer, derav Groruddalen. Den politiske prosessen i Groruddalen startet så smått på slutten av 90 tallet. Oslo kommune hadde identifisert at miljøforholdene i dalen

var preget av mye næringsvirksomhet, motorveier og forfallede områder og man ønsket primært å bedre disse forholdene. Med bakgrunn i stortingsmelding nr. 23 (2001-2002) "Bedre miljø i byer og tettsteder" (9) og bystyresak 778/2000, (vedtatt 2006) "Helhetlig utviklingsplan for Groruddalen" (10) ble det vedtatt en satsing på Groruddalen og Oslo kommune innledet et samarbeid med staten i 2003 vedrørende "miljøsonen Groruddalen" (11). Levekårsundersøkelsene som hadde blitt gjennomført i perioden (1) satte søkelyset på ulikhetene i levekårene i Norges kommuner og bydelar og man ønsket å redusere de sosiale ulikhetene som ble identifisert. Stortingsmelding 20 satte dette på agendaen. En egen handlingsplan for Groruddalen ble utformet i 2007 (3). Dette er et 10-årig samarbeidsprosjekt mellom staten og Oslo Kommune med visjonen om at Groruddalen skal bli et attraktivt og miljøvennlig boområde med økte levekår.

Et annet internasjonalt dokument som har fått stor innflytelse innenfor helsepolitikken i Norge er Ottawa-charteret. Dette dokumentet ble arrangert sammen med WHO i Canada i 1986 og har fått navnet "health-promotion" (6). I dokumentet fremkommer viktigheten av at det forebyggende helsearbeidet har en tydelig sammenheng med politikk og at det er ikke bare føringene i helsesektoren som skaper god helse. Dokumentet har lagt vekt på et bredt samfunnsperspektiv, noe som innebærer at politiske tiltak i andre sektorer kan ha fremmende eller svekkende effekter på helsen. Prinsippene i Ottawa

charteret har siden 1986 hatt en sentral rolle i WHO og har i senere tid blitt fulgt opp med flere verdenskonferanser, derav "Health promotion i Adelaide" i 1988, Sundsvall i 1991, Jakarta i 1997, Mexico i 2000, Bangkok i 2005 og Nairobi i 2009. I Norge har Ottawa charteret blitt trukket fram i flere stortingsmeldinger, blant annet annet stortingsmelding 16, "Resept for et sunnere Norge" (2002-2003) og 47 "samhandlingsreformen" (2008-2009) (12,13).

I Groruddalssatsningen kommer den tverrsektorielle tankegangen tydelig fram. Totalt samarbeider 17 statlige og 18 kommunale aktører i prosjektet. Ved å inkludere bydeler, offentlige institusjoner, beboere, organisasjoner, næringsdrivende følger man også Ottawa charteret sin tankegang med å integrere flere parter for en mer helhetlig kommunikasjon og et felles mål om en bedret helse.

Andre aktører som har hatt betydning for Groruddalssatsningen er sosiale

medier som over tid har gitt Oslo befolkningen et negativt bilde av og bo i Groruddalen (2). Omtale har blant annet fokusert på at Groruddalen er et område med mye støy, lite grønnstruktur, lite familievennlighet, stor utflytting og "hvit flukt", stor andel innvandrere, mye kriminalitet ol. De to sistnevnte knyttes ofte opp mot hverandre i media og er med på å skape en fremmedfrykt blant befolkningen. Medias rolle har sammen med den nasjonale politikken som omhandler sosiale determinanter som har blitt utviklet de senere år bidratt til å sette fokus på Groruddalen som satsningsområde innenfor politikken, spesielt innen miljø og folkehelse. Etter at prosjektet startet opp i 2007 har media fått en ny viktig rolle når det gjelder å formidle nyheter fra områdeløftet til målgruppene og andre for eksempel næringsliv og barnefamilier slik at omdømmet til Groruddalen endres.

OPPVEKST OG UTDANNING	LEVEKÅR	KULTURAKTIVITETER OG DELTAKELSE
Barnehage og familie	Sysselsetting og aktivisering	Kultur
Ungdom og fritid	Folkehelse	Idrett
Utdanning	Bomiljø	Frivillige organisasjoner, inkludering og deltagelse

Figur 1. Programområde 4 består av 3 hovedsatsninger som hver har 3 underliggende prosjektområder. Det første hovedmålet er å bedre oppvekstvilkårene gjennom tiltak rettet mot barnehage og familie, ungdom og fritid og utdanning. Det andre hovedmålet er å bedre levekårene i bydelen gjennom tiltak rettet mot sysselsetting og aktivisering, folkehelse og bomiljø. Det siste hovedmålet er å satse mer på kultur å styrke inkludering gjennom medvirkning, deltagelse og frivillig innsats.

Innhold

Viktig tiltak i

Groruddalssatsningen

For å få et bedre bilde over innsatser i Groruddalsprosjektet er programområde 4 “oppvekst og utdanning, levekår, kulturaktiviteter og deltakelse” valgt. Programområdet består av 3 hovedsatsningsområder med 3 underliggende prosjektområder. Oppmerksomheten i denne artikkelen vil bli rettet mot det største prosjektet som er blitt satt i gang i programområde 4; oppvekst og utdanning; barnehage og familie.

Innenfor de ulike satsningsområdene utvikler bydelene årlige, individuelle mål eller fellesmål som de skal følge. Ett av de største tiltakene som har fått oppmerksomhet i bydelene er delmålet “gratis kjernetid i barnehagen” som er ett forsøksstilbud i enkelte områder med høy andel innvandrere (15). Forsøket som ble igangsatt i 2006/2007 har et innhold som innebærer at foreldre til alle fire og femåringer i de 4 bydelene i Groruddalen og Søndre Nordstrand bydel i Oslo får gratis barnehageplass inntil 20 timer per uke (dvs. 5 x 4 timer i kjernetiden). Dette tiltaket skal være med på å øke integreringen av minoritetsspråklige barn ved å forberede de til skolestart, bidra til økt sosialisering og gi bedre norskkunnskaper. En annen målsetning med prosjektet er å gi foreldre muligheten til (gratis) barnepass slik at de kan delta på aktiviteter utenfor hjemmet, for eksempel gi dem muligheten til å delta på norskkurs, søke på arbeid, få kunnskap som er viktig i foreldrerollen, gi de større forutsetninger når barnet begynner på skolen

mm. På sikt kan dette tiltaket være med på å redusere sosiale forskjeller og øke bydelens levekår rettet mot utdanning, arbeid, inntekt og helse (3).

Kontekst

For å kunne øke rekrutteringen av minoritetsbarn i norske barnehager må tiltak rettes mot samfunnsnivået for å sikre at det finnes nok barnehager og barnehageplasser i den konteksten hvor målgruppen er. Den rød-grønne regjeringen som dannet en koalisjon i 2005 startet i 2006 arbeidet med “barnehageløftet”. Dette er en måldefinisjon om full barnehagedekning i Norge og en storstilt utbygging av barnehager som har foregått parallelt med tiltaket om gratis kjernetid. Ifølge FAFO’s rapport fra 2009 (15) er det ulik dekningsgrad av barnehageutbygging i de 5 bydelene. Barnehagedekningen for 3-5 åringer i Stovner bydel er minst med 82,9 %, mens Bjerke og Alna har den høyeste dekningsgraden med henholdsvis 92,4 og 92,5 %. Alle bydelene ligger under landsgjennomsnittet på 95,6 %. I utbyggingen av barnehageplasser er det også heltidsplasser som vektlegges uavhengig av korttidsplassene som trengs i Groruddalssatsningen.

Jens Stoltenberg og den rød-grønne regjeringen fikk ved riksvalg i 2009 sitte 4 år til på makten noe som blant annet har ført til at de kan fortsette å jobbe med å innfri og utvide valgloftene fra Soria Moria-erklæringen i 2005. I 2013 er det nytt riksvalg og regjeringsskifte kan oppstå. Arbeidet med sosiale determinanter og kollektive løsninger kan da reduseres ved at viktige pågangsdri-

vere forsvinner og erstattes av politikere fra høyre siden, mer rettet mot individuelle løsninger.

Prosess

En av årsakene til at dette ble den største satsningen innenfor programområde 4 kan blant annet knyttes til forskning som viser at etnisk norske benytter seg av barnehageplass for sine barn i mye større grad enn foreldre med innvandrerbakgrunn (15,16). Forskning viser også at barn som ikke går i barnehage har et mer underutviklet språk enn de som går i barnehage og at disse i større grad har innvandrerbakgrunn (15,17). Det viser seg også at barn som går i barnehage har en bedre studieprogresjon, de gjennomfører oftere utdanningen og får seg lettere arbeid når de er ferdige med å studere (15, 18). FAFO rapporten fra 2009 beskriver også at økonomiske utfordringer, kjønnsroller i familien, beliggenhet og manglende kunnskap om hva barnehage er fører til at mange barn med innvandrerbakgrunn ikke går i barnehage.

Et implementeringsproblem som FAFO rapporten tar opp er at den storstilte barnehageutbyggingen kan føre til knapphet på barnehagepersonell. Det kan være utfordrende å få tak i egnet personell som har pedagogisk utdanning og assistenter med ønskelig kompetanse. I arbeidet med å tilby foreldre med minoritetsspråklig bakgrunn en barnehageplass til sine barn så er det viktig at personalet har en flerspråklig kompetanse for å sikre en god kommunikasjon mellom ulike parter. En annen utfordring er at det

ikke alltid har vært mulig å få tak i lokaler der hvor etterspørselen er størst. Bydelene som opplever dette har erfart at foreldre har valgt å avslå tilbudet til barnehageplass siden det ikke finnes en barnehage i umiddelbar nærhet. Bydelene føler seg samtidig pliktig til å utnytte de ledige plassene som finnes andre steder og dette går på bekostning av foreldre som bor lengre unna og velger å si nei til deltagelse i prøve-satsningen (15).

Årlig bevilger stat og kommune 100 millioner til satsningen og disse midlene skal fordeles innenfor de 4 programområdene (3). Staten styrer mye av ressursbruken gjennom øremerkede midler for å oppnå generelle styringsmål. Resten av midlene forvaltes av etablerte programgrupper som ledes av de 4 bydelene. Disse har stor innflytelse på hvilke mål/delmål som skal prioriteres. Bevilgningene til gratis prøvetid i bydelene har fått den største potten i programområde 4, 36,9 millioner i 2007, 50 millioner i 2008 og 2009 (15). Den største andelen av midlene har blitt brukt til å kompensere for bortfallet av foreldreinntekten i kjernetiden. Evalueringen peker også på en rekke utfordringer knyttet til prosjektets begrensede midler. Denne knappheten hindrer igangsetting av andre tiltak som kan være med på å styrke rekrutteringsarbeidet. Det har for eksempel ikke blitt budsjettert inn ekstra lønnskostnader i forbindelse med rekruttering av barn hvis foresatte ikke har søkt om barnehageplass og til kompetanseheving for å stimulere til en systematisk språkstimulering i barnehagene. Det blir nå bevilget ekstra

midler til disse formålene for å lette implementeringsarbeidet. Videre viser evalueringen at bydelene i prosjektet har jobbet grundig med å opplyse beboere om gratistilbudet. Bydelene har arbeidet på forskjellig måte i forhold til ulike forutsetninger og tidligere erfaringer som er gjort. Samtlige av de 5 bydelene opplyser om at de fleste 4 og 5-åringene benytter seg av en eller annen form for barnehagetilbud. Aktører benyttes aktivt i opplysningsarbeidet. Et tverrfaglig samarbeid innad i bydelene har vist seg å være svært vellykket. Barnehageadministrasjonene har god kontakt andre kommunale aktører som helsestasjoner, barnevern, sosialkontor, skoler og lokal helsetjeneste noe som har bidratt til at foreldre uten stort nettverk har fått informasjon om tiltaket. I den seneste tiden opplyser også bydelene at rekrutteringsarbeidet har blitt mer selvgående, fordi informasjonen spres muntlig blant bydelenes innbyggere. Fornøyde foreldre tar kontakt med venner, familie, naboer for å fortelle om tiltaket. Barnehagene opplever nå i større grad at informerte foreldre tar kontakt med spørsmål om deres barn kan benytte seg av tilbudet (15).

Sosiale medier har også vært aktive, gjennom annonseringer i avisen, informasjonsbrosjyrer i postkassen, plakater på butikk ol. Samtidig samarbeider NAV kontorene i hver enkelt bydel (avdeling psykisk helse) sammen med AOF (voksenopplæring) for rekruttering og ivaretagelse av foreldre slik at de kan lære norsk og søke på arbeid mens barna er i barnehagen. Samarbeid og erfaringsveksling på tvers av byde-

lene har ifølge FAFO rapporten vært mindre vellykket enn samarbeid innad i bydelene. Kartleggingen viser at barnas mødre i større grad gis muligheten til å delta i aktiviteter utenfor hjemmet og får et større sosialt nettverk ved at de bringer og henter barna i barnehagen. Små språkopp-gaver som sendes med hjem stimulerer også til språklig utbytte for mor noe som kan gjøre de i større stand til å hjelpe til med lekser og oppfølging. På bakgrunn av tidligere språkarbeid og ulik organisering for "kjernetid i barnehagene" ble igangsatt er det vanskelig å isolere språkeffekten til barna. Det er enda ikke blitt utført noen kartlegging av språkeffekten av forsøket på barnas språkferdigheter (15). Subjektive svar fra mødre som har vært med i prosessen kan allikevel meddele at barnas språkferdigheter forbedres, de trives i barnehagen og foreldrerollen oppfattes som gunstigere i form av involvering, oppfølging gjennom kurs og norskopplæring. At tiltaket er gratis meddeles å være svært viktig. Det er ikke alltid et behov for barnehage hvis mor går hjemme og kan passe på barna/barnet selv. Allikevel innses fordelene der barnet kan utvikle sine språkferdigheter og omgås med andre barn.

Bruk av helsekonsekvensutredninger

En helsekonsekvensutredning (hku) er et verktøy og en systematisk vurdering for å få belyst fordeler og ulemper ved en planlagt handling (19). Disse vil kunne gi et bedre beslutningsgrunnlag når en plan eller tiltak skal bestemmes og kan virke inn på helse og fordeling

av helse i en befolkning. I Norge finnes tre ulike lovverk som hjemler hku. På nasjonalt plan kan man jobbe med hku etter regjeringens utredningsinstruks som inneholder utredninger og forskrifter som retter seg mot departementene og underliggende virksomhet (20).

Utredninger av helsemessige konsekvenser kan kreves gjennom plan og bygningsloven på regionalt og kommunalt nivå (21). I Groruddalssatsningen jobber de systematisk med konsekvensutredninger gjennom plan og bygningsloven, men ikke med hku. En av grunnene til dette kan være den store avstanden mellom nasjonal og lokal politikk hvor man skal tilfredsstille ulike kontekster og behov (19). I tillegg er det vanskelig å vite helsekonsekvensene av tiltak. I store kommuner og bydeler kreves et omfattende tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid for å sette i gang med utredninger. Det er ressurskrevende å sette seg inn i prosjekter fordi det er knapphet på tid og penger og store avstander vanskeliggjør samarbeidsplattformene. Selv om ikke hku benyttes systematisk har blitt enklere å tenke på helsekonsekvenser i hverdagen etter at helse ble innlemmet i plan og bygningsloven. Dette kommer som oftest til uttrykk muntlig gjennom argumentering og råd. En sjekkliste hjelper til med å belyse folkehelsens aspekter, ikke bare miljøkonsekvenser. Selv om sjekklister finnes, er det mye som skal til for å kunne kreve en hku. Kriteriene er svært strenge og prosessen er i tillegg svært tidkrevende og kompleks.

Hku kan også benyttes lokalt gjennom

forskriften "miljørettet helsevern" som ble hjemlet i kommunehelsetjenesteloven i 1988 (22). Kapittel 4 A fastslår at miljørettet helsevern handler om alt som finnes i vårt ytre miljø som kan ha direkte eller indirekte innvirkning på helsen. Dette kan være fysiske, kjemiske, biologiske og sosiale miljøfaktorer. Enkelte grupper i samfunnet har ikke ressurser til å kunne bosette seg i områder med gode miljøforhold. Miljørettet helsevern skal motvirke at det oppstår sosiale ulikheter ved at alle skal sikres gode miljøforutsetninger. Regelverket legger opp til at helsetjenesten skal ha en samarbeidsplikt med andre forvaltningsorganer og medvirke til at helsemessige tiltak blir ivarettatt. En kommune eller bydelsoverlege kan for eksempel kreve at prosjekter skal stanses for å hindre helseskader. Dette regelverket benyttes ikke i så stor grad. I store planprosesser får kommunen komme med råd og uttalelser, men blir mer en høringsinstans enn en aktør med stor påvirkning. Det kan se ut som det ofte er en utfordring å sikre at tjenesten miljørettet helsevern blir involvert i planprosesser, konsekvensutredninger og vurderinger.

Begrepet "sosiale" (miljø) forhold ble innført som kommunalt ansvar i 1988 (22). Begrepet skal vektlegge at forhold som nærmiljø, kontakt, tilhørighet, sosialt nettverk, bomiljø, arbeidsmiljø, lokalsamfunn og storsamfunn skal utredes med tanke på helsekonsekvenser. En evaluering (23) basert på bruken av lovverket miljørettet helsevern i norske kommuner avslører at bare 7 % (25 kommuner) har fattet vedtak om retting eller andre former for sanksjoner

på grunnlag av det kommunen oppfatter som sosiale miljøfaktorer. Selv om Groruddalssatsningen er rettet mot mange av disse forholdene er det ikke blitt gjennomført noen utredninger som har fokusert eksplisitt på dette. Helsedirektoratet har på grunnlag av lite bruk av lovverket rundt sosiale forhold foreslått en tydeliggjøring av roller og oppgaver, samt styrking i kompetansen innen miljørettet helsevern noe som også vektlegges i Bergström 2010 (19) Den nye folkehelseoven (24) ønsker å legge ansvaret for hku fra helsetjenesten til kommunen. Kanskje dette kan være med på forankre ideen om helsekonsekvenser på flere arenaer.

“Forskriften for miljørettet arbeid i barnehager og skoler” (25) ble opprettet i 1996 og denne inneholder flere kriterier som må være tilfredsstillt før en utbygging eller åpning kan skje. Det er i hovedsak denne forskriften som har blitt benyttet ved utbygging av barnehager i Groruddalen. I bydel Grorud er 12 av 24 barnehager ikke godkjente på grunn av avvik (26). Av disse inngår barnehager som ble bygget før forskriften kom og nybyggede barnehager. Forskriften om miljørettet helsevern oppfattes som svært omfattende blant annet fordi den omhandler fysiske og psykososiale forhold og begrunnelsene for manglende godkjenning er ulike. I bydel Grorud skyldes avvikene blant annet renhold, inn klima, lydforhold, smittevern knyttet til vannlekerom/dusj, belysning og sikkerhetsrutiner. Det hevdes at avvikene ikke er så alvorlige at barnehagene må stenges (26). Kommunehelsetjenesten § 4a – femte ledd stiller strenge krav til

stenging/stans av en virksomhet (22). *”Stansning kan bare kreves dersom ulempene stansningen vil medføre, står i rimelig forhold til den helsefare som unngås. Stansning kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.”* Strenge krav til stansing kan føre til at forskriften i mindre utstrekning blir benyttet i praksis. Det settes i stedet opp flere tiltak for å lukke avvikene. Hvis denne prosessen tar for lang tid eller stopper opp på grunn av manglende organisering, ansvarsuklarhet, manglende økonomi, hva blir da konsekvensene? At 12 barnehager i bydel Grorud drives til tross for manglende godkjenning er en tankevekker. Avvikene er ulike, men hvordan påvirker disse helsen? Forsetter driften av barnehagene fordi “barnehageløftet” eller tiltaket “gratis kjernetid” i større utstrekning skal se ut som de fungerer på papiret? Enkelte aspekter kan virke som et politisk spill hvor makt har mer og si enn konsekvenser. Hva blir utfallet for allerede utsatte grupper som inntar barnehager som ikke er kvalitetssikret innen miljø og helse? På kort sikt kan gratis kjernetid gi bedre resultater i form av norskkunnskaper, men langtidskonsekvensene i form av helse er vanskeligere å si noe om. Hadde disse (helse)konsekvensutredningene blitt tatt på alvor ville kanskje barnehagene blitt stengt for utbedringer. Hvem ville det gått utover? Man ser her viktigheten av å tilpasse verktøyet lokalt, klargjøre ansvarlinjer slik at det ikke skal bli så “lett” å snike seg unna reguleringer og sikre at alle aktører som er involvert har god kunnskap om hku hvis verktøyet skal benyttes.

Konklusjon

Politikk er et komplisert felt og de 4 faktorene som Buse trekker fram i “The health policy triangle” har stor innvirkning på hverandre. Hvis man skal skape en bærekraftig utvikling er det viktig å forstå dette samspillet. Politiske dokumenter på ulike nivåer kan legge føringer på et arbeids retning, men er ikke et virkemiddel som kan råde alene. Det er viktig å skape en helhetlig tankegang i samfunnet slik at man sammen kan jobbe og medvirke i prosesser som skal fremme en bærekraftig utvikling. I tillegg bør det være en klarere ansvarsforankring og organisering slik at dette samspillet kan fungere i praksis. På papiret er det lett å tydeliggjøre mål og politiske budskap, men utfordringen blir å redusere makt og særinteresse.

Referanser

1. Bråthen Magne, Djuve Anne Britt, Dølvik Tor, Hagen Kåre, Hernes Gudmund, Nielsen Roy A. (2007), Levekår på vandring. Velstand og marginalisering i Oslo. Fafo-rapport 2007:5 Tilgjengelig fra: <http://www.faf.no/pub/rapp/20005/20005.pdf>
2. Nadim Marjan (2008) Levekår i Groruddalen. FAFO rapport 2008:27 Tilgjengelig fra: <http://www.prosjekt-groruddalen.oslo.kommune.no/getfile.php/plankontoret%20for%20groruddalen%20%28GRORUDDALEN%29/Internett%20%28GRORUDDALEN%29/Dokumenter/Fafos%20rapport%20MTIyNDc2M-jLxMDUxNDY2NzkyNA.pdf>
3. Handlingsplan Departementene og Oslo kommune 2007: “Intensjonsavtale mellom staten og Oslo kommune om Groruddalen”. Tilgjengelig fra <http://www.prosjekt-groruddalen.oslo.kommune.no/getfile.php/plankontoret%20for%20groruddalen%20%28GRORUDDALEN%29/Internett%20%28GRORUDDALEN%29/Dokumenter/Intensjonsavtale%20for%20Groruddalen.pdf>
4. Buse Kent, Mays Nicolas, Walt Gill (2005). Making health policy. London: Open University press. ISBN: 9780335218394
5. Health 21. An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region (1998). Copenhagen: World Health Organization. Tilgjengelig fra: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf
6. The Ottawa charter for health promotion: First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21. November 1986. Geneva: World Health Organization. Tilgjengelig fra: www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html
7. Soria Moria erklæringen: Plattform for regjeringssamarbeidet mellom Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet 2005-09. Regjeringen. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/SMK/Vedlegg/2005/regjeringssplatform_SoriaMoria.pdf
8. Helse- og omsorgsdepartementet: Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. St.meld. nr.20 (2006- 2007). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-20-2006-2007-.html?id=449531>
9. Miljøverndepartementet St. meld nr. 23 (2001-2002). Bedre miljø i byer og tettsteder. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/md/dok/regpubl/stmeld/20012002/stmeld-nr-23-2001-2002-.html?id=196048>
10. Helhetlig utviklingsplan for Groruddalen. Strategier for et bedre miljø mot 2030. Oslo Kommune (2006).Tilgjengelig fra: <http://www.prosjekt-groruddalen.oslo.kommune.no/getfile.php/plankontoret%20for%20groruddalen%20%28GRORUDDALEN%29/Internett%20%28GRORUDDALEN%29/Dokumenter/Helhetlig%20utviklingsplan%20for%20Groruddalen%20med%20lenker.pdf>
11. Bedre miljø i Groruddalen. Planer og hovedstrategier – miljøsoner med 4 innsatsområder (2003). Administrativ samarbeidsgruppe Groruddalen - samarbeidsgruppe mellom stat og kommune. Tilgjengelig fra:<http://www.prosjekt-groruddalen.oslo.kommune.no/getfile.php/Oslo%20kommune/Internett/Dokumenter/dokument/samarbeid-hovedrapport.pdf>

12. Helsedepartementet St. meld. nr. 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge 2003. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20022003/016/PDFS/STM200220030016000DDDPDFS.pdf>
13. Helse og omsorgsdepartementet St. meld. nr 47 (2008-2009). "Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid". Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?pid=567201>
14. Arbeids og inkluderingsdepartementet: Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen og mål for inkludering (2006/2007). Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/prm/2006/0134/ddd/pdfv/292448-h-plan2006_int_og_inkl.pdf
15. Bogen Hanne, Reegård Kaja (2009) Gratis kjerretid i barnehagene, kartlegging av et forsøk i fem bydeler i Oslo. FAFO rapport 2009:31 Tilgjengelig fra: <http://www.faf.no/pub/rapp/20121/20121.pdf>
16. Djuve Anne Britt, Pettersen Hanne Cecilie (1998). Må de være ute om vinteren? Oppfatninger om barnehager i fem etniske grupper i Oslo. Oslo: FAFO rapport 262. Tilgjengelig fra: <http://www.faf.no/pub/rapp/262/262.pdf>
17. Gautun, Heidi (2007). Hjemmebarna. En evaluering av språkstimulerende tiltak til 4-og 5-åring-er som ikke går i barnehage. Oslo: FAFO notat 2007:17 Tilgjengelig fra: <http://www.faf.no/pub/rapp/10037/10037.pdf>
18. Havnes Tarjei, Mogstad Magne (2009). "No child left behind. Universal child care and children's long-run outcomes". Discussion paper NO. 582, statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <http://www.econstor.eu/dspace/bitstream/10419/36326/1/616201729.pdf>
19. Bergström K (2010) Hålsokonskvensbedömningar i kommune, landsting och regioner: en studie av införandet av hålsokonskvensbedömningar och behovet av stöd. R 2009:23. Östersund: Statens folkhälsoinstitut
20. Fornyings og –administrasjonsdepartementet. Utretningsinstruksen (2005). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/fad/dok/lover-og-regler/reglement/2005/utredningsinstruksen.html?pid=107582>
21. Lovdata: Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven). LOV-2008-06.27-71. Miljøvedepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-20080627-071.html>
22. Lovdata: Lov om helsetjenesten i kommune (kommunehelsetjenesteloven). LOV-1982-11-19-66. Helse-og Omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19821119-066-005.html>
23. Martinsen Finn, Smith Anders, Solevåg Anders (2009). "Evaluering av miljørettet helsevern i kommunene". Helsedirektoratet, avdeling miljø og helse. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00099/Evaluering_av_milj_r_99809a.pdf
24. Det kongelige Helse-og omsorgsdepartementet. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Prop 90 L (2010-2011). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/16245842/PDFS/PRP201020110090000DDDPDFS.pdf>
25. FOR 1995-12-01 nr 928: Forskrift om miljørettet helsevern i barnehage og skoler mv. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19951201-0928.html>
26. Status godkjenning av barnehager etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Bydel Grorud (2011). Tilgjengelig fra: <http://www.bydel-grorud.oslo.kommune.no/get-file.php/bydel%20grorud%20%28BGR%29/Internett%20%28BGR%29/Dokumenter/Politiske%20r%C3%A5d%20og%20utvalg/Innkallinger%20og%20sakskart/OVK%20innkalling%2024032011.pdf>