



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2016 30 studiepoeng
Institutt for landskapsplanlegging

Kommuneplanens samfunnsdel som forankringsredskap i lokalt folkehelsearbeid

Case-studie av en planprosess i en norsk kommune

The Social Element of the Municipal Master Plan as
a Tool for Local Health Promotion

A Case Study in a Norwegian Municipality

Cecilie Merethe Bagge
Master i folkehelsevitenskap

Forord

Oppgaven markerer avslutningen på en utfordrende masterstudie, på 30 stp, som har vært en lang berg-og-dalbanetur.

Jeg vil først og fremst uttrykke en stor takk til rådmannen og fantastiske informanter i en liten norsk kommune. Takk for at dere satt av tid til å prate og sende meg dokumenter i en meget hektisk hverdag med tøffe prioriteringer mellom kommuneplanarbeid og daglig drift. Det har vært spennende å bli kjent med dere og jeg er takknemlig for den tilliten dere har vist meg og den innsikten jeg har fått. Jeg vil videre uttrykke stor respekt for kommunens politiske og administrative ledelse og det komplekse og tidkrevende arbeidet dere gjør for kommunen. Det er viktig for meg å understreke at prosjektet tar for seg systemiske utfordringer som kommunen nok ikke er alene om å ha.

Jeg vil selvfølgelig takke mine to fantastiske veiledere, Knut Bjørn Stokke fra NMBU og Hege Hofstad fra NIBR, som har vært helt uvurderlige. Takk for konstruktive innspill og solid faglig innsikt. Uten dere hadde jeg ikke kommet i mål.

Takk til By- og regionforskningsinstituttet NIBR og Hege Hofstad for innsikt i HELOMPLAN og oversikt over potensielle case-kommuner.

Til slutt vil jeg takke Truls Enger for faglig og emosjonell støtte i vanskelige perioder, uten deg hadde dette aldri gått. Elise S. Gurrik fortjener stor takk for å ha tatt seg tid til å korrekturlese oppgaven. Takk også til gode venner og familie som har holdt ut med meg i denne tøffe tiden.

Innholdsfortegnelse

1	<i>Sammendrag</i>	1
2	<i>Abstract</i>	3
3	<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	5
4	<i>Innledning</i>	7
4.1	Folkehelse – i lov og forskrift.....	7
4.2	«Helse i alt vi gjør» – determinantperspektivet	8
4.3	Plan- og bygningsloven som verktøy i folkehelsearbeidet	9
4.4	Det systematiske folkehelsearbeidet	10
4.4.1	Kompetanse	12
4.5	Plansystemet – en kort innføring.....	13
5	<i>Begrepsforklaringer: Folkehelse, planlegging og innovasjon</i>	14
6	<i>Relevant forskning</i>	15
6.1	Tverrfaglig samarbeid om folkehelse og samfunnsplanlegging	15
6.2	Oversikt og kunnskapsgrunnlag.....	17
6.3	Prioriteringer i planer - langsiktige og kortsiktige behov	18
6.4	HELOMPPLAN.....	18
6.5	Tre kjerneutfordringer i lokalt folkehelsearbeid	19
7	<i>Problemstillinger</i>	19
8	<i>Metode</i>	21
8.1	Utvalg og tilgang.....	21
8.2	Tidsaspektet.....	21
8.3	Dokumentanalyse	22
8.4	Intervjuer	22
8.5	Deltakende observasjon	24
8.6	Feltarbeiderens rolle(r)	25

8.7	Praktisk gjennomføring.....	26
8.8	Analysemetode	26
9	Etikk.....	29
10	Teoretisk rammeverk.....	31
10.1	Virusteori og historisk institusjonell teori	32
10.2	Oversettelse og translatørkompetanse	35
10.3	Utviklingsarenaer - HELOMPLAN	37
10.4	Nettverksamarbeid og innovasjon.....	37
1.	Empirikapittelet.....	41
10.5	Organiseringskart, begreps- og rolleavklaringer	41
10.6	Samfunnsdelen – et arbeidsdokument for kommuneorganisasjonen.....	43
10.7	Folkehelsesatsingen på strategisk plannivå.....	44
10.8	Tverrsektoriell involvering og deltakelse.....	46
10.8.1	Organisering av planarbeidet	47
10.8.2	Ledelsesansvar.....	49
10.8.3	Plan for iverksetting og behov for kompetanseheving etter planprosess	50
10.8.4	Folkehelsekoordinator: folkehelseholdninger og målsetting gjennom oversiktsarbeidet.....	52
10.9	Politisk visjon og deltakelse i planprosess.....	52
10.9.1	Visjon og beslutningstakere.....	52
10.9.2	Skriftlig kommunikasjon – samarbeid mellom prosjektorganisasjon og politikere.	53
10.10	Folkehelsekompetanse og organisasjon.....	58
10.10.1	Folkehelseansvaret i samfunnsdelen.....	58
10.10.2	HELOMPLAN-utdanningen – kompetanse og kunnskapsgrunnlag	59
10.10.3	Folkehelseoppdragelse og HELOMPLANS rolle.....	60
10.10.4	Kunnskapsgrunnlag for folkehelsesatsingen.....	62
10.10.5	Organisasjon av folkehelsearbeidet i kommunen.....	65
2.	Drøfting	66
10.11	Oversettelsesutfordringen	66
10.11.1	Translatørkompetanse: HELOMPLAN og folkehelsekoordinator	67
10.11.2	Oversettelse og spredning av folkehelse i arbeidet med samfunnsdelen	68
10.11.3	Kunnskapsgrunnlag i samfunnsdelen	69

10.12	Samfunnsutviklingsutfordringen	70
10.12.1	Folkehelse og politiske prioriteringer i samfunnsdelen	70
10.12.2	Administrativ ledelse og legitimitet.....	72
10.12.3	Kapasitet og forståelse	73
10.12.4	Folkehelseprofil og økonomi	74
10.13	Samstyring og innovasjon	74
10.13.1	Hvordan legges det til rette for innovasjon?	75
10.13.2	Politisk ledelse – eierskap og forankring	77
10.13.3	Hvordan kan folkehelsekompetanse og kunnskap støtte innovasjon?	79
11	<i>Oppsummering av muligheter og begrensninger for forankring</i>	81
11.1	Muligheter	81
11.2	Begrensninger	82
11.3	HELOMPLANs betydning for folkehelseforankring.....	83
12	<i>Veien videre</i>	84
13	<i>Metodiske implikasjoner.....</i>	86
14	<i>Litteratur.....</i>	88
15	<i>Vedlegg 1: Intervjuguide.....</i>	92
16	<i>Vedlegg 2: Samtykkeskjema.....</i>	96

1 Sammendrag

Folkehelseloven fra 2012 styrker kommunenes ansvar for folkehelsearbeidet, og har et mål om at folkehelsearbeidet skal foregå i alle etater, ikke bare i helsesektoren. Plan- og bygningsloven fra 2008 styrker kommuneplanleggingen, med kommuneplanens samfunnsdel som retningsgivende for kommuneorganisasjon og -samfunn. Det *systematiske folkehelsearbeidet* skal styrke koblingen mellom planlegging og folkehelse, og innebærer at oversikt over helsetilstand skal ligge til grunn for fastsetting av folkehelsemål i kommuneplanen. Målene skal så materialisere seg i folkehelseiltak og evalueres hvert 4. år.

Studien skal se på hvilke muligheter og begrensninger som finnes for bruk av kommuneplanens samfunnsdel som redskap for å forankre folkehelse i kommuneorganisasjonen. Den skal videre belyse hvilken betydning videreutdanningen, helse og omsorg i plan (HELOMPLAN), har i utviklingen av samfunnsdelen som forankringsredskap.

Det er samlet inn data i én norsk kommune, for å få en mer grundig beskrivelse av ett case. Under arbeidet med kommuneplanens samfunnsdel er det benyttet deltakende observasjon i møter og halvstrukturerte intervjuer av administrativt ansatte som er involvert i planarbeidet. Folkehelse er hovedsatsingsområde i samfunnsdelen og kommunen innehar kompetanse på samfunnsplanlegging og folkehelse. Case-kommunen kan derfor betegnes som et «best case».

Teoretiske perspektiver som benyttes er virusteorien, som kan belyse hva folkehelseideen gjør med kommuneorganisasjonen, og translatørperspektivet fokuserer på aktørenes rolle i å forme, fremme og hemme forankringen av folkehelseideen i kommuneorganisasjonen. Nettverksteori belyser styring og innovasjon gjennom tverrsektorielt samarbeid utenfor de formelle politiske arenaer i kommuneorganisasjonen.

Folkehelseforståelse tydeliggjøres som den viktigste begrensningen for å forankre folkehelsesatsningen i kommuneorganisasjonen og planprosessen fremheves som en mulighet for forankring gjennom tverrsektorielt samarbeid og læring.

Informantene påpeker at det er den administrative ledelsens ansvar å gi planarbeidet legitimitet i kommuneorganisasjonen. Samfunnsdelen fremheves som tydelig forankret hos rådmannen,

men det er tegn til at forankringen hos kommunalsjefene ikke er like god. Fravær i planarbeidet, grunnet manglende kapasitet og forståelse for omfanget av planarbeidet, oppgis som årsaker til at kommunalsjefer ikke prioriterer langsiktig utviklingsarbeid for sine ansatte. Det begrenser tverrsektoriell deltakelse i arbeidet med samfunnsdelen og kan begrense forankringen av folkehelse i kommuneorganisasjonen.

Informantene påpeker at det finnes engasjement for folkehelse og samfunnsplanlegging i politisk ledelse, men manglende forståelse for, og kapasitet til langsiktig utviklingsarbeid, og begrenset med politiske prioriteringer i samfunnsdelen kan tyde på at planen i stor grad er et fagdokument. Mangel på politisk eierskap til planen kan begrense forankringen av folkehelse i organisasjonen på grunn av de folkevalgtes posisjon til å prioritere forebyggende tiltak på sikt og for å legge til rette for nye måter å arbeide med folkehelse på.

Folkehelsekompetanse fremheves som viktig for å forankre folkehelse i samfunnsdelen og kommuneorganisasjonen. HELOMPLAN trekkes frem som viktig kompetanse i arbeidet med å forankre et tverrsektorielt folkehelseperspektiv i samfunnsdelen og blant aktørene som utfører planarbeidet. Utdanningen bidrar til innovasjon i form av å løfte folkehelsearbeidet ut av helsesektoren. Folkehelsekoordinator arbeider nærmere kjernevirksomheten og bistår med lokalkunnskap og erfaring inn mot samfunnsdelen. Kommunen ser ut til å besitter kompetanse på planlegging og folkehelse, men kapasitet begrenser arbeidet med forankring i organisasjonen.

Organiseringen av planarbeidet som prosjekt og HELOMPLAN har bidratt til folkehelseforståelse og eierskap til samfunnsdelen i de tverrsektorielle gruppene som arbeider med samfunnsdelen. Prosjektdeltakerne arbeider i ulike etater i kjernevirksomheten, noe som er en mulighet for forankring av folkehelse. Samtidig er det begrensninger knyttet til kapasitet til å spre folkehelse og fravær av planer for iverksetting utover i kommuneorganisasjonen.

Folkehelseprofilen trekkes frem som en sentral kilde til at folkehelse er valgt som hovedsatsingsområde i kommunen. Den kan bidra til å sette fokus på helseutfordringer i kommunesamfunnet, skape forståelse og begrense motstand mot folkehelsesatsingen. Profilen tydeliggjøres som en mulighet for at fokus på folkehelse opprettholdes på sikt, og den kan bidra til at aktører i kommuneorganisasjonen ønsker å samarbeide om folkehelseinnovasjon.

2 Abstract

The Public Health Act of 2012 strengthens the responsibility for health promotion in the municipality as a whole, not merely a target of the health sector. The Planning and Building Act of 2008 aims to strengthen planning in Norwegian municipalities with the social element of the municipal master plan as a key aspect, and a long term guideline for the organization and the local community. Systematic health promotion is a tool, of the Public Health Act, for enhancing the link between planning and public health. It includes a knowledge-based local health overview as groundwork for determining goals for public health in municipal planning.

The objective of the study is to get a deeper understanding of the limits and possibilities within the development of the social element of the municipal master plan, in anchoring an intersectoral focus on health promotion in all public sectors. Moreover it aims to show how the education program "HELOMPLAN", contributes to the development of the plan as a tool for anchoring of public health in the municipality.

The data was collected in one Norwegian municipality during the work on the social element of the municipal master plan. The method used was participant observation at meetings and semi-structured interviews with administrative staff who are involved in the planning process. Public health is the main area of priority in the municipality and there is expertise in urban planning and public health. Therefore this municipality can be described as a "best case".

The theoretical framework used in this paper is the virus theory and it highlights how the concept of public health affects the organization. Translation focuses on the actors' role in shaping, promoting and institutionalizing the concept in the municipal organization. Network theory highlights management and innovation through cross-sectoral cooperation outside the formal political arenas in the municipal organization.

Knowledge of public health is the main limit for anchoring public health in the organization. However the planning process is an opportunity for intersectoral collaboration and learning.

The importance of the anchoring of the social element of the municipal master plan in the administrative leadership is highlighted. The plan seems to be institutionalized with the chief administrative officer. However the municipal managers are thought to be absent from the

planning process due to capacity and lack of understanding of the scope of the plan. This further limits cross-sectoral participation in the planning process throughout the organization. The reason being that it is the administrative management's responsibility to prioritize long-term planning for their staff in the municipal organization.

The political leadership acknowledges the need for public health and community planning in the municipal. However limited political involvement in the planning process and a lack of political priorities in the social element of the municipal master plan suggest limited ownership to the plan and public health focus. This can affect the anchoring of public health in the organization due to the political responsibility and potential for making health promotion a long-term priority and to facilitate new ways to work on public health in the municipal. Knowledge and capacity seems to be barriers for involvement.

Public Health Expertise is highlighted as important to institutionalize public health in the municipal organization. In the municipal's experience the HELOMPLAN education, has contributed to the promotion of innovation of public health in the plan and in the intersectoral collaboration teams working on it. A public health coordinator holds a position in the health sector and it is thought to facilitate dissemination of public health in affected sectors. The municipality seems to have valuable public health expertise in translating public health politics to local realities. However capacity constitutes the main limit for these translators to promote public health in all sectors of the organization.

The organization of the planning process as a project and HELOMPLAN has facilitated public health understanding in the intersectoral groups working on the social element of the municipal master plan. The project participants positions in various sectors in the organization, represents an opportunity for anchoring public health. However there are challenges associated with capacity to disseminate public health in the whole municipal and lack of plans for implementation.

The Public health profile, an overview of health challenges in the local community, is highlighted as an opportunity to increase focus on health promotion, stimulate understanding and limit resistance to the public health initiative. The profile is highlighted as a possibility for anchoring a long-term focus on public health and to encourage actors in the organization to cooperate on public health innovation.

3 Bakgrunn for valg av tema

Koblingen mellom folkehelse og samfunnsplanlegging har røtter i den industrielle revolusjonen i Europa, og arbeidet med å kartlegge og forebygge smittsomme sykdommer med fokus på omgivelser. Erkjennelsen av at helse påvirkes av mange faktorer i våre omgivelser har bidratt til folkehelseoven og folkehelsemeldingens fokus på å flytte folkehelse ut av helsesektoren. Koblingen mellom samfunnsplanlegging og folkehelse har dermed blitt tydeligere formalisert i lovverket. Plan- og bygningsloven¹ fra 2008 og den nye folkehelseoven fra 2012 gir kommunene større ansvar for et systematisk folkehelsearbeid hvor kommuneplanlegging tydeliggjøres som et virkemiddel for å heve folkehelse opp på et strategisk plannivå. Det systematiske folkehelsearbeidet krever kompetanse på planlegging og folkehelse, i tillegg til tid og midler til å skaffe oversikt over folkehelsen i kommunene.

Folkehelse er imidlertid et komplekst fagfelt uten objektivt riktige løsninger og uten en garanti om ønsket resultat. I tillegg utgjør folkehelse enda en problemstilling som skal inn på den kommunale planagendaen sammen med andre tema som kan være til dels motstridende. I mange tilfeller er det allerede etablerte rutiner, faste måter å gjøre ting på, mange aktører, fagfelt og interesser i kommuneorganisasjoner. Lokale utfordringer med å få til et tverrsektorielt folkehelsearbeid gjorde meg interessert i hvordan kommunene håndterer det systematiske folkehelsearbeidet i samfunnsplanleggingen. Hvilke muligheter og begrensninger finnes for å institusjonalisere et tverrsektorielt folkehelsearbeid og hvordan kan kommuneplanens samfunnsdel brukes som forankringsredskap?

Min interesse for «Helse og omsorg i plan»², kom av at By- og regionforskningsinstituttet NIBR³ var i gang med et prosjekt om å evaluere videreutdanningen. Målet med HELOMPLAN er å heve deltakernes kunnskap på planleggingsredskap i utviklingen av helse-, omsorg- og folkehelse tjenester. Utdanningen skal bidra gjøre koblingen mellom

¹ Heretter kalt PBL

² Heretter referert til som HELOMPLAN

³ Heretter kalt NIBR

samfunnsplanlegging og folkehelse enklere. En studie av en kommune med HELOMPLAN-kompetanse er interessant fordi barrierene for kobling som finnes her, sannsynligvis vil være større utfordringer i kommuner som mangler denne kompetansen.

Jeg skal belyse to problemstillinger knyttet til koblingen mellom folkehelse og samfunnsplanlegging:

- 1) Hvilke muligheter og begrensninger finnes for bruk av kommuneplanens samfunnsdel som redskap for å forankre folkehelse i kommuneorganisasjonen?
- 2) Hvilken betydning har videreutdanningen HELOMPLAN for utviklingen av kommuneplanens samfunnsdel som forankringsredskap?

4 Innledning

4.1 Folkehelse – i lov og forskrift

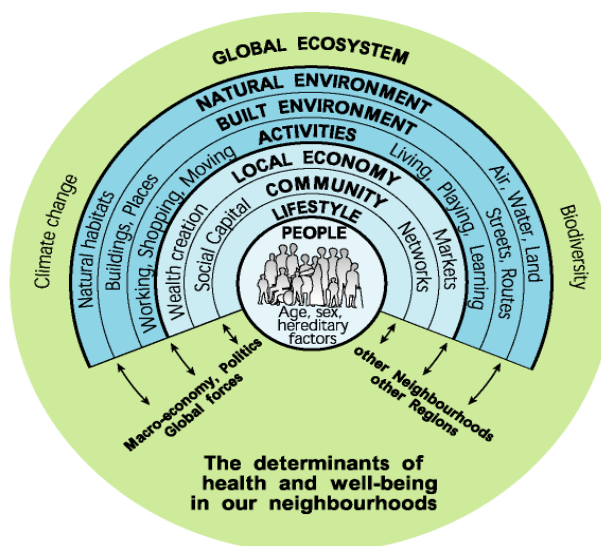
Folkehelse har stått høyt på den politiske agendaen det siste tiåret. Gjennom lovverk og rammeverk som pålegger kommunene å arbeide med folkehelse er det et stadig økende fokus på folkehelsearbeid. Ifølge Hofstad (2014), har folkehelsearbeidet i kommunene beveget seg fra å ha mer eksperimentell karakter, til å få bedre fotfeste i kommunene, noe som kan henge sammen med tydeliggjøringen av folkehelsepolitikken i folkehelseloven fra 2012.

Flere lovverk og utredninger legger grunnlaget for folkehelseloven. Ifølge Regjeringen Stoltenberg II (2009) er stortingsmelding 47 basert på en undersøkelse som viste at Norge bruker mye penger på helse, uten å få tilsvarende helsegevinster ut av ressursbruken. Meldingen redegjør for utfordringer i, og behov for reform av, kommuner og helse- og omsorgstjenester for å få «mer helse for pengene» (Regjeringen Stoltenberg II 2009). Resept for et sunnere Norge satte en ny infrastruktur for folkehelsearbeidet på agendaen ved å vise hvordan regionale partnerskap kan knytte folkehelsearbeidet mellom stat og kommune tettere sammen. Resepten har et tydelig fokus på tverrsektorielt samarbeid (Helsedirektoratet 2014). Samhandlingsreformen fokuserer på forebygging og tidlig innsats, fremfor behandling og reparering. Reformen gir kommunene ansvar for å samordne helse- og omsorgstjenester, samt å bedre samarbeidet mellom ulike ledd i helsetjenestene og å sørge for en sterkere brukermedvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet 2014). Et av tiltakene for å gjøre dette, er gjennom kompetanseheving og ved å samle sterke, spesialiserte fagmiljøer (Helse- og omsorgsdepartementet 2014; Regjeringen Stoltenberg II 2009). En økende oppmerksomhet rettet mot samfunnsmessige forhold som påvirker helsetilstanden i befolkningen førte til at reform av helsetjenesten ble fulgt av Helse- og omsorgstjenesteloven som definerer kommunenes ansvar for folkehelsearbeid (Helsedirektoratet 2014). Folkehelsepolitikken forenes og formaliseres i folkehelseloven som har en sektorovergripende tankegang og fokus på faktorer som påvirker folkehelsen.

4.2 «Helse i alt vi gjør» – determinantperspektivet

Den industrielle revolusjonen tydeliggjorde at faktorer i menneskers omgivelser påvirket helsen i negativ retning. Faktorer som trangboddhet og dårlig hygiene førte til sykdom og rask spredning av blant annet kolera (Helsedirektoratet 2014). Dette førte til at planleggingen i økende grad tok høyde for sanitære forhold, sikkerhet og andre farer i omgivelsene (Falleth 2012). I kjølvannet av den industrielle revolusjon kom den første sunnhetsloven i Norge, i 1860, med fokus på epidemier og smittsomme sykdommer i befolkningen (Helsedirektoratet 2014). Tematisk ser vi at folkehelsearbeidet har endret fokus over tid, fra bekjempelse av smittsomme sykdommer, via livsstilssykdommer til et determinantperspektiv (Helsedirektoratet 2014).

Whitehead og Dahlgren (1991) har utviklet en modell som viser hvordan helse påvirkes av mange faktorer, fra individuelle betingelser til komplekse ytre faktorer: genetikk og biologi, livsstil, sosial støtte og nettverk, levekår og arbeid, samt generelle sosioøkonomiske-, kultur- og miljøfaktorer. Barton og Grant (2006) har videreutviklet modellen og tilført den ytterste sirkelen i modellen, med det globale økosystemet som påvirkningsfaktor (figur 1). Modellen



Figur 1 Helse-determinanter (Barton & Grant 2006)

indikerer at helse først og fremst skapes utenfor helsesektoren. Determinantperspektivet er bakgrunnen for folkehelsemeldingens forståelse av at god helse, trivsel og utjevning av sosial ulikhet skapes i, og blir påvirket av, arbeidet i flere sektorer (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Det betyr at politikktutvikling på alle områder i kommuneorganisasjonen, for eksempel i utdanningssektoren, må ta hensyn til og vurderes opp mot konsekvenser for befolkningens helse (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Økende forståelse for at det som bestemmes i en sektor vil påvirke folkehelsen, gjør «helse i alt vi gjør» til kjernen i folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Den tverrsektorielle kjernen er tydelig i formålet med folkehelseloven:

§1: [...] bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

Folkehelseloven har et tydelig determinantperspektiv som fremhever koblingen mellom folkehelsearbeid og samfunnsutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Eksempelvis kan bygde omgivelser som tilrettelegging av sykkelstier, i henhold til determinantperspektivet, synliggjøre koblingen mellom samfunnsplanlegging og helse (Barton et al. 2009). Determinantperspektivet innebærer videre at etater i kommunen må samarbeide og samordne sine tjenester, og iverksette tiltak for å få til et forsvarlig og helhetlig folkehelsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet 2011; Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Folkehelseloven tydeliggjør dermed kommunenes ansvar for å fremme folkehelse med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder lokal utvikling og planlegging (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Det innebærer å iverksette nasjonal folkehelsepolitikk til lokal praksis, med mål om å forhindre at folkehelsearbeidet forblir fragmentert. Ett virkemiddel er å utvikle egne langsiktige planer som forebygger og fremmer helse.

4.3 Plan- og bygningsloven som verktøy i folkehelsearbeidet

Hofstad (2014) hevder at PBL er kommunenes viktigste verktøy for en helhetlig og fremtidsrettet samfunnsplanlegging som fremmer folkehelse og utjevner sosial ulikhet. Planlegging kan bidra til langsiktighet, helhet og sammenheng i folkehelsearbeidet. I tillegg til å forankre folkehelseinnsatsen, gi retning og legitimitet til folkehelsearbeidet (Hofstad 2014).

Kommunenes plikt til å drive samfunnsutvikling gjennom langsiktig planlegging er nedfelt i PBL (2008). Kommuneplanlegging fremheves som et verktøy for å møte store sektorovergrepene ved å legge rammer for hvordan enkeltbeslutninger påvirker lokalsamfunnet i et langtidsperspektiv (Klima- og miljødepartementet 2008). Loven legger vekt på at planleggingen skal skape helhet gjennom samordning av oppgaver og samarbeid mellom sektorer og kommunale organer (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2008).

Kommuner får stadig flere samfunnsoppgaver med en økende kompleksitet som skal løses (Klima- og miljødepartementet 2008). En av disse oppgavene er folkehelsearbeid. I PBL § 3.1 stilles det krav til en helsefremmede og -forebyggende samfunnsutvikling i kommunene:

e) Legge til rette for god forming av bygde omgivelser, gode bomiljøer og gode oppvekst- og levekår i alle deler av landet.

f) Fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet (Plan- og bygningsloven 2008).

I PBL fremheves kommuneplanlegging som et redskap for å bedre levekår og utjevne sosial ulikhet i helse, med vekt på forming av omgivelser.

PBL og folkehelseloven gir kommuner større ansvar gjennom å styrke kravet til kommuneplanlegging og gi kommunene ansvar for folkehelsearbeidet, samtidig som kommunene har fått større frihet til å velge hvordan de selv skal organisere seg (Helse- og omsorgsdepartementet 2011; Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2008). Kommunestyret er oppdragsgivere for samfunnsplanleggingen med ansvar for å fremme folkehelse i samfunnsdelen. Ifølge Aarsæther (2012b) har PBL et mål om å styrke lokal styring, og planlegging skal være et redskap for å koble politiske standpunkter til konkrete handlinger. Arbeidet med planstrategien skal motivere de folkevalgte til plantenkning og kobling av planer, i tillegg til å utfordre til å skape visjoner for kommuneorganisasjon- og samfunn (Aarsæther 2012b). Dette er et utfordrende ansvar gitt kompleksiteten i kommuneorganisasjoner, folkehelsearbeidet og planleggingen.

4.4 Det systematiske folkehelsearbeidet

Et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid er sentralt for å oppnå en langsiktig og helsefremmende samfunnsutvikling (Helsedirektoratet 2013). Rittel og Webber (1973) beskriver planproblemer som er vanskelige å definere, løse og implementere som «wicked problems». Hofstad (2012) hevder at folkehelse er et slikt komplekst problem. Utfordringen med «wicked problems» er at de er kontinuerlige og



Figur 2 Det systematiske folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet 2013)

har ingen objektivt riktig løsning, fordi det er vanskelig å finne årsak-virking (Rittel & Webber 1973). Mangel på en sikker kilde til kunnskap fører gjerne til usikkerhet i planprosesser, om hvilke tiltak som er best og hva som vil skape ønsket effekt (Rittel & Webber 1973). Det illustrerer behovet for systematikk, kunnskap og kompetanse i folkehelsearbeidet, samt behovet for demokratiske prioriteringer.

Koblingen mellom folkehelse og planlegging er en viktig faktor i norsk folkehelsepolitikk og den skal styrkes gjennom «*det systematisk folkehelsearbeidet*» som skal startes opp etter hver lokalvalgperiode (Helsedirektoratet 2013). Figur 2 knytter sammen ulike virkemidler i det systematiske folkehelsearbeidet. Det første steget er krav til oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Det skal gjennomføres fortløpende og i forbindelse med planstrategien hvert fjerde år (Helse- og omsorgsdepartementet 2012; Helsedirektoratet 2013). Det neste steget er å fastsette planoppgaver i planstrategien og målsette folkehelsearbeidet i kommuneplanleggingen. Målene skal så materialisere seg i folkehelseiltak i praksisfeltet. Strekene i modellen illustrerer at oversikten skal utgjøre grunnlaget for det daglige folkehelsearbeidet og brukes til å fastsette langsiktige mål i samfunnsdelen (Helsedirektoratet 2013). Planstrategi og oversiktsarbeid er relevante her fordi de vil påvirke de valgene som tas når mål skal fastsettes i kommuneplanens samfunnsdel, som er fokuset for denne studien.

Kravet til oversikt innebærer at informasjon om helsetilstand og faktorer som påvirker helse skal innhentes og bearbeides (Helsedirektoratet 2013). Folkehelseloven §5 krever videre at det innhentes kunnskap fra flere kilder for å møte kravet om «nødvendig oversikt over helsetilstanden»:

- 1) *Opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig*
- 2) *Kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene og*
- 3) *Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og samfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse (Helsedirektoratet 2013)*

Folkehelseprofilen er et sentralt kunnskapsgrunnlag i case-kommunens arbeid med kommuneplan og samfunnsdel. Folkehelseprofilene er statistiske oversikter over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommuner og fylkeskommuner som Folkehelseinstituttet utarbeider og gjør tilgjengelig hvert år (Helse- og omsorgsdepartementet 2011; Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Folkehelseprofilene er basert på årlige målinger av utvalgte indikatorer som levekår, miljø, levevaner, fysisk og psykisk helse. Indikatorene sammenliknes

med fylket og landet som helhet. Hvilke indikatorer som måles kan variere med hensyn til tilgjengelighet, samt hva folkehelseinstituttet mener er viktig å måle og adressere for å bedre helsetilstanden i befolkningen (Folkehelseinstituttet 2013; Folkehelseinstituttet 2014; Kommunetorget Udatert-a). I folkehelseprofilen er det understreket at «all statistikk må også tolkes i lys av kunnskap om lokale forhold» (Folkehelseinstituttet 2014), i tråd med krav til bruk av flere kunnskapskilder i oversiktsarbeidet. Oversiktsarbeidet skal gjennomføres innenfor tilgjengelige ressurser i kommuneorganisasjonen, noe som gir spillerom til valg og vekting av kunnskapskilder.

4.4.1 Kompetanse

En viktig faktor i det systematiske folkehelsearbeidet er at de som skal utføre kartlegginger og utarbeide oversikt og planer har nødvendig kompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). I folkehelseloven er det krav til samfunnsmedisinsk kompetanse som har ansvar for oversiktsarbeidet. Kommunen har stor frihet til å bestemme organisering, stillingsstørrelse og bruk av denne kompetansen (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). I case-kommunen er det en kommunelege som innehar en 50% stilling som folkehelsekoordinator, som har ansvaret for oversiktsarbeidet.

Videreutdanningen HELOMPLAN har som mål å sikre en bærekraftig implementering av samhandlingsreformen gjennom økt kompetanse og kapasitet på planlegging av folkehelse og helse- og omsorgstjenester (Hofstad & Helgesen 2013). Utdanningen er et konkret tiltak for å heve folkehelsekompetansen hos planleggere og øke kompetansen på planlegging for ansatte med folkehelse-, helse- og omsorgskompetanse. Kompetansen skal bidra til:

- Implementeringen av folkehelseloven og helse -og omsorgstjenesteloven (Samhandlingsreformen).
- Sikre samarbeid og planlegging på tvers av sektorer
- Tilføre kompetanse som bidrar til innovasjon og utvikling på tvers av etater
- Utvikle og benytte verktøy og arbeidsmåter som støtter planleggingen
- Fremme faktorer som påvirker helsen og tydeliggjøre at folkehelsearbeid foregår i flere sektorer enn helse- og omsorg (Hofstad & Helgesen 2013)

I case-kommunen hadde to ansatte tatt HELOMPLAN mellom høsten 2012- våren 2013, og under datainnsamlingen deltok to andre ansatte på kurset. HELOMPLAN er interessant i

denne sammenhengen fordi kurset utgjør en del av kunnskapsgrunnlaget i arbeidet med samfunnsdelen. En av kursdeltakerne er involvert i kommuneplanarbeidet, og har utarbeidet oversikt i samarbeid med folkehelsekoordinator. Målet med utdanningen er å styrke koblingen mellom planlegging og folkehelse.

4.5 Plansystemet – en kort innføring

Kommuneplanen skal være kommunens overordnede styringsdokument. Den skal samordne den fysiske, miljømessige, økonomiske, sosiale, kulturelle og estetiske utviklingen i kommunen (Klima- og miljødepartementet 2009). Kommuneplanen skal bestå av en samfunnsdel med en handlingsdel for hvordan målene i samfunnsdelen skal følges opp, og en arealdel med et juridisk bindende kart over kommunens arealbruk (Klima- og miljødepartementet 2008; Klima- og miljødepartementet 2009).



Figur 3 Plansystemet (Kommunetorget Udatert-b)

Planstrategien er et nytt verktøy i plan- og bygningsloven fra 2008. Den skal brukes av de folkevalgte til å prioritere planoppgaver gjennom en systematisk vurdering av planbehov i kommunen (Miljøverndepartementet 12/2011). Planprogrammet skal gjøre rede for formålet med planarbeidet, hvem som skal medvirke, frister og hvordan man i planprosessen skal ivareta medvirkning (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2008).

Kommuneplanens samfunnsdel skal beskrive hvordan kommunens egne mål og strategier skal gjennomføres i virksomheten. Samfunnsdelen skal ta stilling til utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet i et langsiktig perspektiv og skal gjelde både kommunesamfunnet og organisasjonen. Samfunnsdelen er et overordnet styringsdokument som skal ligge til grunn for sektorenes planer og virksomhet i kommunen (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2008). Arbeidet med samfunnsdelen er fokuset i denne studien.

5 Begrepsforklaringer: Folkehelse, planlegging og innovasjon

Folkehelse defineres her som:

All organized measures (whether public or private) to prevent disease, promote health, and prolong life among the population as a whole. Its activities aim to provide conditions in which people can be healthy and focus on entire populations, not on individual patients or diseases (Verdens helseorganisasjon Udatert).

Folkehelse involverer aktive forsøk på å fremme eller forebygge sykdom, og innebærer tilrettelegging som bedrer helsen i hele befolkningen (Verdens helseorganisasjon Udatert).

Om Folkehelsearbeid brukes definisjonen fra folkehelseloven:

Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

Determinantperspektivet er tydelig i målsettingen om å utjevne sosial ulikhet i helse, i tillegg til at folkehelse er hele samfunnets ansvar (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Definisjonen brukes her fordi den er på et systemisk nivå og passer til det tverrsektorielle aspektet knyttet til å utarbeide folkehelsemål i samfunnsdelen.

Planlegging defineres her som: «en organisert aktivitet hvor aktører utformer fremtidsrettede mål og bruker kunnskap og profesjonelle arbeidsmetoder for å analysere, prioritere og samordne tiltak for å nå disse målene» (Aarsæther et al. 2012a :S: 15). Planarbeid foregår videre i skjæringspunktet mellom kunnskap og politikk, og planleggingen vil påvirkes av politiske motsetninger, konflikter og spenninger mellom ulike sektorer og aktører i kommuneorganisasjonen og -samfunnet (Aarsæther et al. 2012a :S: 19). Planprosessen forstås derfor som en organisert og målrettet aktivitet som involverer prioriteringer basert på fagkompetanse og kunnskap, samt politiske mål.

Samfunnsplanlegging kan defineres som offentlig planlegging hvor tverrsektoriell kunnskap ligger til grunn for planer hvor målet er å dreie utviklingen av, og oppnå en fremtidig tilstand for, et geografisk avgrenset samfunn (Aarsæther 2012: S: 41). Her brukes begrepet som en generell betegnelse på utviklingsarbeidet som gjøres i forbindelse med kommuneplanen og det inkluderer alle elementene i det systematiske folkehelsearbeidet.

Kommuneplan refererer generelt til kommunens planstrategi, planprogram, samfunnsdel, arealdel og handlingsdel. Plandeler som enten var ferdigstilt eller påbegynt under datainnsamlingen. Det er en lite spesifikk betegnelse som benyttes av informantene for å beskrive noe i prosessen og som andre ganger henviser direkte til arbeidet med samfunnsdelen.

Her brukes begrepet innovasjon om: “[...] an intentional and proactive process that involves the generation and practical adoption and spread of new and creative ideas, which aim to produce a qualitative change in a specific context” (Sørensen & Torfing 2011: S: 849). Definisjonen forutsetter aktører som handler proaktivt med en intensjon om å endre eller forbedre noe. Innovasjon er en måte å respondere på utfordringer og utforske muligheter på, og det vil føre til en blanding av intenderte og uintenterte resultater. Innovasjon vil alltid føre til noe nytt, men definisjonen sier ikke noe om innovasjonen er god eller dårlig (Hartley 2005; Sørensen & Torfing 2011). Moore et al. (1997) referert og utdypet i Hartley (2005: S: 27) fremhever at innovasjon kan være en ny måte å gjøre noe på, men innovasjonen må være så omfattende og varig at den påvirker hele organisasjonens karakter. Prosessen med samfunnsdelen omfatter aktører som har intensjoner om et folkehelsearbeid som går på tvers av sektorer. Det er en ny måte å tenke folkehelse på, med mål om å skape varige endringer i hvordan folkehelsearbeidet organiseres i kommuneorganisasjonen.

6 Relevant forskning

6.1 Tverrfaglig samarbeid om folkehelse og samfunnsplanlegging

Barton og Tsourou (2000) gjorde tidlig en studie av byplanlegging i byer knyttet til WHO's «Healthy Cities movement». Studien viser at den holistiske byplanleggingen fortsatt er en utfordring fordi mange planleggere i praksis arbeider uavhengig av hverandre, på små prosjekter med kortsiktig (økonomisk) effekt. Folkehelse tydeliggjøres som samfunnsplanleggingens hovedoppgave, og planleggenes betydning for arbeidet med å håndtere helsedeterminantene fremheves (Barton & Tsourou 2000). Barton et al. (2003) gjorde casestudier av europeiske byer med helse som det primære målet for urban planlegging. Til tross for at miljø er den viktigste helsedeterminanten, fokuserer byene mest på atferdsendring hos individer og små grupper, samt at prosjektene ofte er kortvarige. Studien viser at det er vanskelig å bryte ned barrierer mellom etater og skape felles integrerte programmer og tiltak,

noe som fører til at politikken forblir uendret. Tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid med felles anerkjennelse av problemet og vilje til å løse dem, tydeliggjøres som kjernen i arbeidet med folkehelse i planlegging (Barton et al. 2003). I Barton et al. (2009) er funn fra tidligere studier av «Healthy Cities» sammenfattet. Studien identifiserer fem suksessfaktorer for å integrere helse i urbane planer: Tverrfaglig samarbeid, sterk politisk støtte, fullverdig integrering av miljø, sosiale og økonomiske perspektiver i planleggingen, aktiv medvirkning og planverktøy som gjør helsemålene eksplisitte (Barton et al. 2009). Disse faktorene vil påvirke muligheter og begrensninger for å forankre folkehelse i case-kommunens planprosess.

I norske kommuner, finner vi tilsvarende utfordringer med tverrsektorielt samarbeid og determinantperspektivet. Hofstad (2011) viser at det er lite kunnskapsoverføring og tverrsektorielt samarbeid i kommunene. Begrenset kontakt mellom planleggere og folkehelsekoordinator fremheves som en barriere for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet (Hofstad 2011). En baselineundersøkelse gjort for NIBR, tar for seg organisering, ressurser og koordinering av lokalt og regionalt folkehelsearbeid (Helgesen & Hofstad 2012). Rapporten viser at folkehelsearbeidet er helserelatert og at det tverrsektorielle fokuset ikke er innarbeidet. Deltakelsen i tverrsektorielle arbeidsgrupper involver rådmannens stab i 22% av kommunene, mens plan/miljø/teknisk bare deltar i 16% av kommunene (Helgesen & Hofstad 2012).

En NIBR-rapport, basert på tidsreisedata samlet inn i 2011 og 2014, viser at det er økt forståelse for folkehelse og behov for tverrsektorielt samarbeid i kommuneorganisasjonene (Schou et al. 2014). Folkehelsekoordinatorstillingen er noe oftere organisert under planavdelingen. Samtidig har folkehelsearbeidet beveget seg ut av helsesektoren og er bedre forankret i kommunene. Utfordringen er at noen sektorer deltar oftere enn andre i slike samarbeid og plan- eller teknisk avdeling ligger på en sjetteplass blant tolv undersøkte sektorer (Schou et al. 2014). En masteroppgave basert på intervjuer og spørreskjema til planleggere i norske kommuner, viser at flertallet ikke opplever folkehelse som relevant for eget fagområde (Beck 2014). Studiene antyder at kommunene i større grad har forankret folkehelse tverrsektorielt, men det finnes fortsatt barrierer i forhold til å koble folkehelse og planlegging.

Helgesen et al. (2014) har evaluert tiltakene i det systematiske folkehelsearbeidet og organiseringen av folkehelsearbeidet. Studien kartlegger folkehelse og forebyggende tiltak i kommunesektoren og spesielt effekter av tiltak rettet mot barn, unge og eldre. Helgesen et al.

(2014) finner en sammenheng mellom hvor folkehelsekoordinatorstillingen er plassert i kommuneorganisasjonen i hvilken funksjon og hvilke folkehelse tema organisasjonen fokuser på. Et interessant funn i studien er at forankring i rådmannens stab kan ha positive effekter for tverrfagligheten i folkehelsearbeidet (Helgesen et al. 2014).

6.2 Oversikt og kunnskapsgrunnlag

Hofstad (2011) peker i sitt doktorgradsarbeid, på at det er lite kjennskap til folkehelseprofilene blant planleggere i kommunene. Helgesen og Hofstad (2012) viser i en studie av kommunalt folkehelsearbeid at 71% av kommunene manglet oversikt over helsetilstand ved inngangen til 2012, noe som begrunnes med manglende kunnskap. I underkant av 20 prosent av kommunene hadde laget oversikt over helsetilstand og de mest brukte kunnskapskildene var Kostra og folkehelseprofilene (69%) (Helgesen & Hofstad 2012). Velled og Hofstad (2014) har publisert en kunnskapsoversikt over tilgjengelig verktøy og erfaringer med å bruke dem i et kunnskapsbasert og treffsikkert folkehelsearbeid nasjonalt og internasjonalt. Folkehelseprofilen fremheves som et slikt verktøy. Begrensningen med folkehelseprofilene er sykdomsorientering og at de er for lite tilpasset lokale forhold. Rapporten foreslår å utvide indikatorene fordi «det som måles, er det som følges opp i praktisk politikk» (Velled & Hofstad 2014).

En NIBR-studie av muligheter og begrensninger i oversiktsarbeidet i kommuner fremhever tverrfaglig samarbeid som en suksessfaktor som bidrar til å gi arbeidet med oversikt legitimitet i organisasjonen (Hofstad et al. 2015). Kapasitet og kompetanse er avgjørende for å gjennomføre et tilfredsstillende oversiktsarbeid, og den viktigste faktoren for å få det til synes å være høy nok prioritering av oversiktsarbeidet. Videre krever bruk av statistisk kunnskap gode oversettere i kommuneorganisasjonen og det er behov for å systematisere kunnskapsinnhenting (Hofstad et al. 2015). Ifølge en KOSTRA-undersøkelse oppgir over 50% av kommunene at de har løpende oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for folkehelsen (Løset & Veenstra 2015). En rapport fra Riksrevisjonen (2015) viser at de fleste kommunene ikke har kommet i gang med et systematisk folkehelsearbeid, og kunnskap og kompetanse oppgis som årsaker der kommunene har kommet til kort i oversiktsarbeidet. Rapporten fra Riksrevisjonen (2015) viser i tillegg at bredden i folkehelsearbeidet er en utfordring å håndtere i kommunene. Derfor er det behov for tydeligere nasjonale føringer og

retningslinjer som konkretiserer hva godt folkehelsearbeid innebærer (Riksrevisjonen 2015). Studiene tyder på at det er økt oppmerksomhet rundt arbeidet med å få oversikt. Oversikt over helsetilstand er et viktig element i det systematiske folkehelsearbeidet, i tillegg til målsetting i plan. Derfor kan det finnes liknende utfordringer i arbeidet med målsetting i kommuneplanens samfunnsdel og institusjonalisering av folkehelse i case-kommunen.

6.3 Prioriteringer i planer - langsiktige og kortsiktige behov

En studie gjort av NOVA har sett på hvordan samhandlingsreformen med folkehelseloven har påvirket det kommunale folkehelsearbeidet. Funnene viser at folkehelse i økende grad er forankret i det kommunale planverket og kommunene bruker mer ressurser på organisering og planlegging av folkehelsearbeidet, samt at kommunene generelt opplever en bredere forståelse av folkehelseiltak (Løset & Veenstra 2015). Ifølge en KOSTRA-undersøkelse har ca. 25% av kommunene forankret folkehelse i planer (Helsedirektoratet 10/2015). Dette støttes av Velded og Hofstad (2014) som finner at kommunene arbeider mye med folkehelse på strukturelt nivå. En statusgjennomgang av lokalt folkehelsearbeid antyder at folkehelse, der det har kommet inn på planagendaen, i første rekke er forankret i samfunnsdelen (Hofstad 2014). Dette tyder på at folkehelse i større grad er tatt inn i overordnede planer i kommunene.

En NIBR-rapport finner at 84% av kommunene opplever at økonomiske begrensninger gjør det vanskelig å prioritere forebygging over mer kortsiktige behov og at økonomi gjør det utfordrende for de folkevalgte å re-orientere seg fra behandling til helsefremming (Schou et al. 2014). Helgesen et al. (2014) finner at det er større oppmerksomhet rundt folkehelse etter samhandlingsreformen, men når folkehelsearbeidet drives med prosjektmidler er det vanskelig for kommunene å prioritere folkehelseiltak. Studiene tydeliggjør at det fortsatt knytter seg utfordringer til avveininger mellom kortsiktige (økonomiske) behov og langsiktig utvikling av det brede folkehelsearbeidet.

6.4 HELOMPLAN

Det er utført flere evalueringer av HELOMPLAN-studiet i regi av NIBR, basert på spørreundersøkelser og intervjuer. Delrapport 1 evaluerer selve utdanningen, mål og utbyttet studentene har hatt av utdanningen. Studien fremhever behov for tilpasning av innhold i forhold til målgruppe grunnet en klar overvekt av helseorienterte deltakere, som allerede satt

på mye praksiskunnskap, på det første kurset (Hofstad & Helgesen 2013). Delrapport 2 viser at studentene er fornøyde med kunnskapen og kompetansen de tilegner seg gjennom HELOMPLAN, spesielt innenfor planlegging og oversikt over helsetilstand. Imidlertid ønsker studentene mer kunnskap om hvordan en planprosess kan gjennomføres i praksis, samt utvikling av statistikk og indikatorer tilpasset lokale utfordringer (Hofstad & Helgesen 2014). En statusgjennomgang av det lokale folkehelsearbeidet indikerer at HELOMPLAN bidrar til at kommuner i økende grad prioriterer oversiktsarbeidet og at utdanningen kan ha en positiv effekt på kommunenes oppfølging av folkehelseloven (Hofstad 2014). Det er interessant å se nærmere på hvordan HELOMPLAN kan bidra til å bryte ned barrierer for å institusjonalisere folkehelsearbeidet og hvilke utfordringer som finnes.

6.5 Tre kjerneutfordringer i lokalt folkehelsearbeid

Basert på tidligere studier, har Hofstad identifisert tre kjerneutfordringer i det kommunale folkehelsearbeidet. 1) Oversettelsesutfordringen handler om å få til det brede folkehelseperspektivet. Det innebærer at nasjonale lover må oversettes til lokal virkelighet og folkehelsearbeidet gjøres håndterbart med støtte i lovverket. 2) Samfunnsutviklingsutfordringen har rot i utfordringer med langsiktighet og kortsiktighet. Behovet for å løfte folkehelse opp på strategisk nivå, tydeliggjøres som et redskap for å møte utfordringer knyttet til slike prioriteringer. 3) Folkehelsens tverrsektorielle fokus utfordrer kommunenes vante måte å arbeide på og derfor utgjør samstyring og innovasjon den siste utfordringen. Ifølge Hofstad (2014) er en nøkkelfaktor i det lokale folkehelsearbeidet at folkehelsearbeidet forankres i både politisk og administrativ ledelse. Kjerneutfordringene skal brukes til å belyse utfordringene som case-kommunen står ovenfor.

7 Problemstillinger

Formaliseringen av folkehelsepolitikken i folkehelseloven gir kommunene ansvar for det systematiske folkehelsearbeidet. Det er et omfattende ansvar, som i henhold til determinantperspektivet, krever at kommunen benytter kommuneplanen for å planlegge og gjennomføre et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Kommunestyret har ansvar for planleggingen i kommunen, og kommunen har handlingsrom til å organisere det systematiske folkehelsearbeidet på nye måter

(Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2008). Tidligere forskning viser at folkehelsearbeidet i kommunene har gått fra å være på et eksperimentelt stadium til å bli mer institusjonalisert (Hofstad 2014). Det er mer bevissthet om folkehelse i norske kommuner og det er i større grad forankret i planer (Løset & Veenstra 2015). Studier tyder likevel på at det fortsatt er et stykke å gå for å etablere tverrsektorielle samarbeid og institusjonalisere folkehelse i etater utenfor helsesektoren (Løset & Veenstra 2015; Riksrevisjonen 2015). Det er derfor fortsatt aktuelt å belyse drivkrefter og barrierer som finnes i arbeidet med å oversette og forankre folkehelsepolitikken i kommunale planer og i lokalt folkehelsearbeid. Problemstillingene som skal belyses er:

- 1) *Hvilke muligheter og begrensninger finnes for bruk av kommuneplanens samfunnsdel som redskap for å forankre folkehelse i kommuneorganisasjonen?*
- 2) *Hvilken betydning har videreutdanningen HELOMPLAN for utviklingen av kommuneplanens samfunnsdel som forankringsredskap?*

Studien er avgrenset til en casestudie i én norsk kommune, for å få en fyldigere beskrivelse av planprosess og folkehelsesatsing. Det er gjennomført deltakende observasjon under arbeidet med kommuneplanens samfunnsdel, i tillegg til intervjuer av folkehelsekoordinator og administrativt ansatte som skriver og utformer samfunnsdelen. Noen informanter, slik som politisk ledelse, er kun observert under møtevirksomhet. Case-kommunen er valgt ut fordi folkehelse er hovedsatsingsområde i samfunnsdelen og en ansatt med HELOMPLAN-utdanning har ansvar for folkehelsekapittelet. Fokuset på HELOMPLAN er interessant fordi utdanningen skal bidra til å koble sammen folkehelsearbeid og planlegging. Høyt fokus og kompetanse tyder på at case-kommunen har gode forutsetninger for å operasjonalisere folkehelse i samfunnsdelen og institusjonalisere folkehelsearbeidet i kommuneorganisasjonen.

Studien er avgrenset til å omfatte oppfatninger og betraktninger fra kommuneplanprosessen så langt og observasjon av arbeidsprosessen med samfunnsdelen. Problemstillingen er derfor avgrenset til å omfatte hvordan samfunnsdelen og arbeidet med den kan brukes til å institusjonalisere folkehelse i kommuneorganisasjonen.

8 Metode

8.1 Utvalg og tilgang

Studien er gjort i en norsk kommune med ca. 25 000 innbyggere mellom februar og juni 2013.

Utvelgelsen av case-kommune tok utgangspunkt i en oversikt over kommuner som hadde hatt deltakere på HELOMPLAN-utdanningen høsten 2012. Grunnen til at HELOMPLAN var et utvelgelseskriterium var interesse for hva utdanningen kan tilføre kommunen og det systematiske folkehelsearbeidet. HELOMPLAN ble vurdert som en mulighet for å se på koblingen mellom folkehelse og kommuneplanlegging. Andre utvelgelseskriterium var at kommunen skulle være i prosessen med å rullere kommuneplanen. Etter å ha korrespondert med tre aktuelle kommuner ble case-kommunen valgt ut for en kvalitativ studie. Bakgrunnen for valget av case-kommune var at kommunen var i prosessen med å rullere hele kommuneplanen, i tillegg til at to ansatte hadde gjennomført HELOMPLAN-utdanningen og en av disse var direkte involvert i planarbeidet. Case-kommunen var spesielt interessant på grunn av høyt fokus på å styrke kommuneplanen som styringsdokument for organisasjonen og fordi folkehelse var et viktig satsingsområde i samfunnsdelen.

Case-kommunen kan kalles for et «best case». Informantene så på kommunen som en foregangskommune i arbeidet med å styrke samfunnsdelens betydning i henhold til PBL og løfte folkehelsearbeidet opp på strategisk plannivå og ut av helsesektoren. En studie av et «best case» kan gi viktig innsikt i de utfordringene som kommuner står ovenfor når folkehelsepolitikk skal oversettes til lokal praksis og i planer. Pålegg fra myndighetene om et systematisk folkehelsearbeid, samt at kommunen ikke er alene om å implementere folkehelse i kommuneplanen, kan styrke studiens overførbarhet til andre kommuner.

8.2 Tidsaspektet

Studiens tidshorisont bidro til videre avgrensinger. Arbeidet med kommuneplanens samfunnsdel var akkurat påbegynt, mens arealdelen, handlingsdelen og folkehelseplanen var på planleggingsstadiet og skulle formelt ikke starte opp før samfunnsdelen skulle på høring i juni. Det gav tilgang til skriveprosessen på samfunnsdelen, en arena som kan gi innsikt i hvordan folkehelsepolitikken oversettes og forankres gjennom planprosessen.

I utgangspunktet var datainnsamlingsperioden satt til januar-april, men jeg valgte å forlenge denne perioden for å få med meg arbeidet med samfunnsdelen frem til første høringsrunde i juni. Hoveddelen av datainnsamlingen foregikk mellom februar og april, under arbeidet med å skrive og utforme samfunnsdelen. I denne perioden ble alle intervjuene foretatt og møter fulgt på flere nivåer i kommuneorganisasjonen. Nye planutkast og sporadiske møter ble fulgt frem til kommunestyremøtet i juni, når planen ble sendt på høring. Fordelen med å forlenge datainnsamlingsperioden var at det åpnet for muligheten til å følge kommuneplanprosessen over en lengre periode, samt at det åpnet for deltakelse i flere møteforum. Senere utsettelse av innlevering har gjort det mulig å følge samfunnsdelen til vedtak. Det har gjort det mulig å følge opp eventuelle endringer i samfunnsdelen før vedtak og det har veiet opp for utfordringer med å studere en periode av en lengre prosess.

8.3 Dokumentanalyse

Fangen (2010) hevder at dokumentanalyse kan kombineres med deltakende observasjon og brukes som bakgrunnsinformasjon som sjekkes opp mot det som kommer frem i casestudiene. Det er ikke gjort en systematisk innholdsanalyse hvor man kvantitativt teller begreper, men det er gjennomført en helhetlig gjennomlesning med koding av materialet (Fangen 2010). Innholdet i samfunnsdelen er sortert under analysekategoriene *strategisk dokument* og *folkehelsefokus*, basert på informantenes uttalelser om planen. Trinnvis analyse er foretatt av samfunnsdelen, som beskrevet i analysekapittelet. Det er foretatt gjennomlesninger av planstrategi, planprogram, kunnskapsoversikt og tidligere samfunnsdel, samt folkehelseprofilen og annet kunnskapsgrunnlag som har kommet frem i case-studiet, med henblikk på overnevnte kategorier. Målet har vært å få et overblikk over variasjon og likheter mellom samfunnsdelen og det som kom frem i intervjuer, andre plandeler og kunnskapskilder. Poenget var ikke å foreta en dyptgående analyse av hvilke tema kommunen fokuserer på, men å få en følelse med kunnskapsgrunnlaget og forankringen av folkehelsesatsingen.

8.4 Intervjuer

Det ble foretatt semi-strukturerte intervjuer av administrativt ansatte som er involvert i utformingen av samfunnsdelen. Ifølge Johannessen et al. (2007) brukes en intervjuguide med noen tema og generelle spørsmål som inngår i de overordnede forskningsspørsmålene, samt

noen underpunkter for å sikre at alt blir dekket eller for å utdype svar. Fordelen med semi-strukturerte intervjuer er at temaenes rekkefølge kan endres etter hva informantene vil snakke om og metoden kan gi innsikter i problemstillinger som ikke er dekket i en strukturert intervjuguide (Johannessen et al. 2007). Semi-strukturerte intervjuer ble valgt for å få tak i informantenes egen oppfatning av drivkrefter og barriere for å forankre folkehelsesatsingen. Intervjumetoden gav informantene mulighet til å ta opp problemstillinger som opptok dem og gav innsikt i hva som var de viktigste problemstillingene for informantene. Semi-strukturerte intervjuer gav rom for at det kunne dukke opp uventede tema og gjorde det mulig å justere spørsmålene etter hvert som det dukket opp ny kunnskap (Johannessen et al. 2007).

En viss struktur var nødvendig på grunn av studiens varighet og for å gjøre materialet lettere å håndtere under analysen, i forhold til å bruke en helt løs samtaleform (Johannessen et al. 2007). Intervjuguidene ble utformet med hovedkategorier som alle intervjuene skulle innom, med mulige underspørsmål. Det ble satt opp skjematisk og sortert i kategorier for å gjøre det mer oversiktlig under intervjuene. Bruk av semi-strukturerte intervjuer gjorde at underspørsmålene kunne justeres i forhold til informantenes ulike roller i kommunen og planarbeidet da ulike posisjoner og fagbakgrunner nødvendigvis gir forskjellige innfallsvinkler og fokusområder (Johannessen et al. 2007).

Det ble foretatt 6 intervjuer på 1,5-2 timer. Det første intervjuet hadde som fokus å skaffe oversikt over felten, folkehelsearbeidet og kommuneplanprosessen. Valg av informanter ble foretatt underveis i datainnsamlingen. HELOMPLAN-deltaker ble valgt ut som informant på grunn av involvering i arbeidet med folkehelsekapittelet i samfunnsdelen og folkehelsekoordinator for sitt ansvar for folkehelsearbeidet i kommunen. Øvrige intervjuobjekter ble valgt ut på bakgrunn av hvorvidt de arbeidet med samfunnsdelen og kunne tenkes å belyse koblingen mellom folkehelse og planlegging. Valgene er basert på observert tilknytning til planprosessen og forslag fra informanter som deltok i planarbeidet, inspirert av snøballmetoden (Johannessen et al. 2007). Alle informantene som er intervjuet, har overordnede posisjoner i kjernevirksomheten og jobber enten i planavdelingen eller i helse- og omsorg. Intervjuobjektene har arbeidet i kommunen fra 3-31 år og alle, bortsett fra rådgiver for folkehelse, har erfaring med kommuneplanlegging fra tidligere planprosesser i kommunen.

Det er kun foretatt intervjuer av ansatte i administrasjonen som var involvert i arbeidet med samfunnsdelen, på ulike måter og med ulike roller. Politikere og kommunalsjefer er ikke intervjuet på grunn av deres kapasitet og studiens tidshorisont, men de er i midlertid representert i noe møtevirksomhet. En slik avgrensing gav imidlertid en fyldigere beskrivelse av, blant annet, folkehelseforståelse hos utførerne, samt deres oppfatninger av barrierer og drivkrefter for å forankre folkehelsearbeidet.

8.5 Deltakende observasjon

Deltakende observasjon ble benyttet som metode for å ha en holistisk tilnærming og for få oversikt over felten. Det er en nyttig tilnærming for å få kontekstuell innsikt og for å belyse forholdet mellom det folk sier og det de faktisk gjør (Fangen 2000). Metoden gjorde det mulig å følge informantene og delta med dem i deres eget miljø. Det gjør det mulig å studere menneskers samhandling og språkbruk uten å påvirke samhandlingen i like sterk grad som for eksempel i et intervju (Fangen 2000).

Jeg gjorde deltagende observasjon i møter som angikk kommuneplanprosessen. Det var tre møter med arbeidsgruppen som skrev samfunnsdelen, to møter i prosjektgruppen som utformet samfunnsdelen og tre samarbeidsmøter mellom prosjektgruppen og administrativ ledelse. I tillegg var det ett møte med fagmiljøet og tre møter i kommunestyret. Deltakelse i møter var nyttig for å få oversikt over den komplekse planprosessen og hvem som hadde ansvar for hva. Det lettet arbeidet med å nøste opp aktuelle intervjuobjekter og gav mer informasjon og tilgang til flere informanter, på en relativt kort tidshorisont. Møtedeltakelse åpnet for at det kunne komme frem informasjon som informantene ikke ville oppgitt i et intervju (Fangen 2010). Metoden gav innsikt i tema som ikke kom like tydelig frem under intervjuer og fremhevet problemstillinger som var viktige for informantene. Metoden gav mulighet for å utdype intervjuguiden og stille oppfølgingsspørsmål i etterkant av intervjuer. Ved å møte informantene i sitt eget miljø der de er mer avslappet og der diskusjoner foregår, kunne det dukke frem informasjon av konteksten, f.eks. i en diskusjon (Fangen 2010).

Graden av deltagelse i møtene var begrenset og jeg hadde hovedsakelig en observatørrolle. I pauser, før og etter møter deltok jeg i større grad, gjennom mer uformelle samtaler. Møtene egnest seg best for observasjon fordi informantene hadde en tidsplan å følge som gjorde at det ville vært forstyrrende om jeg skulle stille spørsmål underveis. Ifølge Fangen (2000) er

problemet med en ren observatørrolle at den kan gjøre informanter ubekvemme og hindrer at de sier det de vanligvis ville sagt. Det informerte samtykket i forkant begrenset nok dette problemet, selv om jeg i noen situasjoner oppfattet at enkelte av møtedeltakerne virket ubekvemme med min tilstedeværelse. Dette hendte i situasjoner når det dukket opp personer i møter som ikke var informert på forhånd om min rolle og som ble informert om hensikten ved min tilstedeværelse av møteleder. De øvrige informantene i arbeids- og prosjektgruppen hadde fått informasjon om prosjektet i forkant av datainnsamlingen. Noen grad av deltakelse i mer uformelle settinger, bidro nok ytterligere til at observatørrollen fikk større aksept. Fangen (2010) skriver at ved å legge inn noen grad av deltakelse og delta i den dagligdagse samhandlingen og følge de sosiale spillereglene, kan forskeren gjøre sin tilstedeværelse mer naturlig og det er lettere å bli akseptert og få tilgang til informasjon fra informantene.

8.6 Feltarbeiderens rolle(r)

Deltakende observasjon og kvalitative intervjuer fordrer refleksjon rundt feltarbeiderens rolle og påvirkning på felten fordi forskeren bruker seg selv som instrument. Det er derfor viktig å reflektere over egen forforståelse (Johannessen et al. 2007, Fangen 2010). Min forforståelse innebar troen på samfunnsplanlegging som nyttig for lokalt folkehelsearbeid. Det er noe jeg reflekterte over gjennom hele prosjektet.

Forskerens person og maktforholdet mellom forsker og informant kan påvirke hva forskeren får tilgang til av informasjon (Fangen 2010). Det er viktig å tenke på at forsker og informant ikke er en jevnbyrdig relasjon, men mine informanter var høyt utdannede og stort sett eldre enn meg, noe som kan ha bidratt til å gjøre relasjonen jevnere. Det kan være mindre av denne typen utfordringer i denne typen studie som handler om prosesser og systemiske utfordringer i en organisasjon.

Videre reflekterte jeg rundt informantenes motivasjoner for å delta i studien, gjennom prosessen. Noen var interessert i å bidra med kunnskap om utfordringene i lokalt folkehelsearbeid, mens andre var mer engasjert i lokalt styre og strategisk planlegging.

8.7 Praktisk gjennomføring

Det ble gjort lydopptak under intervjuene for å få med seg alt informantene sier og hvordan de snakker om tema (Fangen 2010). Ulempen med lydopptak er at informanter kan bli ukomfortable og holde tilbake informasjon, men jeg opplevde informantene som trygge eller at de ble tryggere underveis i intervjuet. Det hjalp nok at jeg hadde møtt alle informantene i møter før intervjuene ble holdt. I tillegg ble intervjuene holdt på informantenes arbeidsplass, på kontorer eller møterom de selv hadde valgt. Det var gjennomførbart i forhold til deres tid, og kjente plasser kan bidra til at informantene føler seg tryggere. I tillegg til lydopptak, noterte jeg stikkord til oppfølgingsspørsmål. Etter hvert intervju ble det skrevet ned betraktninger av intervjuet om intervjusituasjonen, tema og kommentarer.

Under deltakende observasjon brukte jeg kun notater, slik at møtet skulle foregå så naturlig som mulig, med minst mulig påvirkning av min tilstedeværelse. Notatene ble skrevet i deskriptiv form for å begrense egne tolkninger i henhold til krav om objektivitet. Notatene ble revurdert og omskrevet i etterkant av intervjuene, med fokus på å beskrive og heller legge til spørsmål til teksten nederst i dokumentet som kunne brukes i analysen og for å vurdere feltnotatene opp mot hverandre.

Jeg foretok transkriberingen selv for å være sikker på å få med meg alt og for å unngå feiltolkninger. Transkriberingen av intervjuene ble i begynnelsen gjort ord for ord, men det viste seg å være utfordrende og skriftliggjøre et muntlig språk nøyaktig. For å gjøre teksten mer forståelig gjorde jeg små justeringer som å kutte ut små fyllord. Det var høy bevissthet under dette arbeidet på å unngå å endre på meningen av utsagn, eller å legge inn tolkninger i teksten.

8.8 Analysemetode

Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater. For å organisere, fortolke og sammenfatte materialet, brukes problemstillingen som utgangspunkt for å stille spørsmål til materialet, finne mønstre og kjennetegn som forskeren, etter kritisk refleksjon, kan identifisere og gjenfortelle (Malterud 2011). Systematisk tekstkondensering bygger på prinsipper om dekontekstualisering og rekontekstualisering. Først løftes deler av stoffet ut og sees i sammenheng med andre deler av materialet som sier noe om det samme. Deretter

rekontekstualiseres materialet ved å sjekke at delene fortsatt stemmer overens med den sammenhengen de ble hentet ut fra (Malterud 2011). Analysen tok utgangspunkt i systematisk tekstkondensering for å gjøre analyseprosessen oversiktlig og systematisk, med et bevisst forhold til forforståelse og fortolkninger. Det er mer strukturert enn å bare fordype seg i teksten til man finner det vesentlige, og gjør det dermed lettere å forklare stegene i analysen (Malterud 2011). Analysemetoden gjør det mulig å sammenfatte informasjon fra flere informanter og samtidig bevare konteksten. Den passer godt til å utvikle beskrivelser og begreper (Malterud 2011).

Analysen innebærer å identifisere enheter i teksten og databaserte kategorier utarbeides. Kategoriene brukes til å reorganisere innholdet slik at meningsinnholdet kommer tydelig frem. Analysemetoden er ikke teorigyrt, noe som kan begrense sannsynligheten for at man reproducerer allerede kjent kunnskap (Malterud 2011). Fire trinn utgjør hovedstrukturen i systematisk tekstkondensering:

- 1) Forskeren danner seg et helhetsinntrykk
- 2) Meningsdannende enheter identifiseres
- 3) Innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene abstraheres
- 4) Betydningen av enhetene sammenfattes (Malterud 2011)

Analysen startet med en gjennomlesning av alle intervjuene, en prosess som dannet et helhetsinntrykk av tekstene. Noen foreløpige tema ble laget med utgangspunkt i problemstillingen og hva informantene var opptatt av i intervjuene. Temaene fra trinn 1 av analysen:

- Samfunnsdelen som strategisk dokument
- Involvering utover i kommuneorganisasjonen- og samfunnet
- Forankring i ledelsen
- Kompetanse
- Folkehelse tema og kunnskapsgrunnlag

Relevante deler ble tatt ut av sin sammenheng ved å merke teksten og sette utdragene sammen i et nytt dokument. Originaltekstene ble bevart i en egen mappe og kopier av intervjuene ble fargekodet etter overnevnte kategorier. All merket tekst ble deretter sortert i et nytt dokument

for å kunne undersøke deler av stoffet sammen med andre deler av materialet som sier noe om det samme (Malterud 2011).

På analysetrinn 2 ble det foretatt en systematisk gjennomgang av det fargekodete materialet for å identifisere meningsbærende enheter, det vil si relevant tekst som kan belyse ett eller flere av temaene fra første analysetrinn. Noen kategorier kan vise seg å handle om adskilte temaer eller to temaer viser seg å handle om det samme (Malterud 2011). Den utvalgte teksten ble brukt som grunnlag i arbeidet med å utarbeide koder for å sortere de meningsbærende enhetene og kategoriene ble justert og definert i prosjektloggen. Administrativ og politisk ledelse ble her sortert under ulike kategorier, fordi det viste seg at forankring i administrativ ledelse handlet om tverrsektoriell deltakelse i planarbeidet. Folkehelse tema ble endret til folkehelsefokus, fordi problemstillingen ble endret og ikke lengre omfatter hvilke folkehelse tema planen fokuserer på.

Kodene er en måte å organisere og sortere data, som i neste omgang må tolkes, sammenfattes og abstraheres for å sikre overførbarhet (Malterud 2011). I analysens 3. trinn ble det utviklet 2-4 sub-grupper under kodene og det er dette som, ifølge Malterud (2011) er utgangspunktet for kondensering. Flere gjennomlesninger og spørsmål til teksten bidro til disse justerte kategoriene, samt utvelgelsen av følgende underkategorier;

- Samfunnsdelen
 - Strategisk dokument
 - Folkehelsefokus
- Politisk ledelse
 - Visjon
 - Dialog
- Folkehelsekompetanse og organisering
 - Kompetanse
 - Kunnskapsgrunnlag
 - Spredning av folkehelseholdninger
- Tverrsektoriell involvering i planarbeidet og folkehelseforståelse
 - I arbeids- og prosjektgruppen
 - Utover i kommuneorganisasjonen
 - Lederansvar

Materialet ble kategorisert og sub-gruppene analysert. Det ble laget kondensater og fortettinger av innholdet i sub-gruppene for å analysere hva dette kan fortelle om

problemstillingen. Deretter ble gullsitater hentet ut av empirien. Ved å trekke ut essensen av kondensatene skal forskeren sitte igjen med 3-5 kategorier (Malterud 2011) og disse utgjør hoved-overskriftene i empirikapittelet. Det forekommer noe overlapping mellom kategorier, som jeg har vært bevisst på gjennom hele prosessen, mellom tverrsektoriell deltakelse og spredning av folkehelseholdninger. Dette er årsaken til at folkehelseoppdragelse er sortert under kompetanse og organisasjon i empirikapittelet.

Til slutt, på trinn 4, var det nødvendig å rekontekstualisere funnene. Det innebærer å sette sitatene tilbake i sin opprinnelige kontekst, i det originale intervjuet eller møtesituasjonen. Det ble foretatt systematisk gjennomlesning for å vurdere om sitatene mistet eller endret betydning når de ble tatt ut av sin kontekst. Det har gjennom hele analysearbeidet vært høyt fokus på å ha et refleksivt forhold til dataene gjennom å stille spørsmål til materialet og bevare konteksten.

9 Etikk

All informasjon som kan tilbakeføres til enkeltpersoner er taushetsbelagt. Konfidensialitet i forskningen vil si at det ikke skal være mulig å gjenkjenne personlige identiteter i det materiale som offentliggjøres (Fangen 2010).

For å sikre konfidensialiteten har jeg anonymisert kommunen og bruker andre begreper og navn på etater for å gjøre dem mindre gjenkjennelige. Det henger sammen med at det i noen tilfeller er relevant hvilken rolle i organisasjonen informantene har, og ved å la kommunen være kjent, ville det vært lett å gjenkjenne informantene. Ved å vise til hvilken rolle informantene har kan det være mulig å gjenkjenne informanter hos folk som kjenner kommunen, men det ville nok fortsatt vært et problem dersom jeg hadde valgt å anonymisere informantene bedre og la kommunen være kjent. Derfor mener jeg at å anonymisere kommunene er det grepet som sikrer konfidensialiteten best mulig. For å beskytte informantene ytterligere, refereres de til som informanter der rolle ikke er relevant. Fire av de fem intervjuobjektene mente at anonymisering ikke var nødvendig og at de står inne for det de sier, også med navn. Likevel har jeg valgt å ikke bruke navn på informantene i publikasjonen for å minimere eventuelle følger for dem.

Prinsippet om frivillig deltakelse er sentralt innenfor forskningsetikken. Det innebærer å informere informantene om formålet med prosjektet og mulige fordeler og ulemper ved deltakelse (Fangen 2010). Informantene som er intervjuet har skrevet under på samtykkeskjema og det meste av empirien er hentet fra disse informantene. Det viste seg å være en større utfordring å få samtykke fra alle som deltok på møter hvor jeg var observatør. Informantene hadde et meget strengt tidsskjema å forholde seg til, møter startet på klokkeslett og agendaen var satt. I tillegg dukket det, ved noen anledninger, opp nye personer under møtene. Disse ble informert av møteleder. Jeg sendte ut mail med samtykkeskjema til prosjekt- og arbeidsgruppen, men disse fikk jeg liten respons på. For å ivareta kravet til informert samtykke har jeg måttet belage meg mer på muntlig informasjon om prosjektet i pauser og gjennom introduksjoner. Informantene har utdanning og ressurser til å kunne forstå informasjonen og samtykke til deltakelse, både muntlig og skriftlig.

Oversikt over informanter er oppbevart separat fra intervjuer, andre innsamlede data og masteroppgaven. Intervjuer ble anonymisert under transkribering. Kodelister og lydopptak er låst inn og slettes etter prosjektslutt.

Prosjektet er godkjent hos NSD.

10 Teoretisk rammeverk

Institusjonell pragmatisme er valgt som teoretisk perspektiv fordi det tilbyr et begrepsapparat for å belyse hva som skjer med folkehelsepolitikken i møtet med kommuneorganisasjonen. Virusteorien belyser hvordan ideer kommer inn, hvordan de mottas og eventuelt spres i organisasjonen (Røvik 2007). Translasjonsteorien gir begreper for å studere hva aktørene gjør med ideer og hvordan folkehelsepolitikken oversettes og tilpasses i mottakerorganisasjonen (Røvik 2007). Historisk institusjonalisme utdyper virusteoriens immunitetsreaksjoner og viser hvordan organisasjoner har minner og historier om tidligere hendelser som kan påvirke hva som skjer med nye ideer som introduseres (Steinmo & Thelen 1992). Nettverksteori benyttes som empirisk analyseverktøy for å studere styringsmønstre utenfor det hierarkiske styringssettet, slik som tverrsektorielt samarbeid og innovasjon (Sørensen & Torfing 2011; Vabo & Roiseland 2012).

Utfordringen med å studere planlegging er at teorier ofte må lånes fra andre fagfelt for å belyse ulike problemstillinger (Fainstein & Campbell 2012). Flere mulige teorier er vurdert for å belyse problemstillingen her: Kommunikativ planlegging har fokus på planlegging som meningsdannende prosess med fokus på bred deltakelse og læring. Det er en måte å planlegge på som muliggjør målformulering og iverksetting i tilfeller der kunnskapssammenhenger om årsak-virkning mangler, slik som i folkehelse (Amdam 2012). Diskursteori ble videre vurdert som teoretisk grunnlag, i og med at oversettelsen av folkehelsepolitikken til lokal virkelighet, handler om meningsdannelse (Hajer & Versteeg 2005). Begge teoriene er relevante og vil kunne belyse arbeidet med samfunnsdelen som en prosess for meningsdannelse av folkehelsepolitikken. Case-kommunen har imidlertid utfordringer som disse teoriene ikke har begreper for å forklare, som utfordringer med å involvere aktører i arbeidet med og samarbeidet om samfunnsdelen, begreper for motstand som utløses, samt hvor og hvordan folkehelsepolitikken oversettes og eventuelt får feste i organisasjonen. Nettverksteori ble bedømt som mer egnet enn kommunikativ planlegging på grunn av folkehelsearbeidets innovative karakter. Perspektivene myte og kultur er vurdert som teoretisk fokus, men ble valgt bort fordi kulturperspektivet innebærer en organisasjonskultur preget av stor grad av stivhengighet og teori om institusjonaliserte myter forutsetter at det ikke er et ønske om reell endring i praksisfeltet Røvik et al. (2009). Det ser ikke ut til at endringsuvilligheten, til å forankre et tverrsektorielt folkehelsearbeid, er så stor i case-kommunen. Derfor er ikke myte

og kultur-perspektivene gode nok modeller for å forklare aktørenes rolle i å fremme endring av folkehelsearbeidet, selve oversettelsen og kompetanser.

Ved å studere introduksjonen av folkehelse i kommuneorganisasjonen som en prosess, har møtet mellom folkehelse og kommuneorganisasjonen startet i det organisasjonen valgte å ta inn folkehelseideen gjennom plansystemet (Røvik 2007). Ved å velge folkehelse som hovedsatsingsområde i samfunnsdelen og for kommunens virksomhet, må kommuneorganisasjonen forholde seg aktivt til myndighetenes lovgivning og krav til det systematiske folkehelsearbeidet. Røvik (2007) hevder at autoriteten til avsender og styrken på introduksjonen av ideen i kommuneorganisasjonen påvirker hvordan møtet mellom folkehelse og kommuneorganisasjon utspiller seg. Først kan folkehelse feste seg på overflaten i organisasjonen som begreper, resonnementer og argumenter (*adhesjon*). Deretter forblir ideen enten i overflaten, eller *adsorberes* i mottakerorganisasjonen og får konsekvenser i praksisfeltet (Røvik 2007). Prosessperspektivet gjør det mulig å belyse om det finnes mekanismer som overvåker planarbeidet og iverksettingen av folkehelsearbeidet (Hofstad et al. 2015).

10.1 Virusteori og historisk institusjonell teori

Røvik (2007) bruker virusmetaforer for å belyse hvordan ideer spres i organisasjoner. Ved å sammenlikne organisasjonsideer med virus kan en belyse likhetstrekkene og oppdage ulikheter som kan gi viktig innsikt i komplekse fenomener. Det er imidlertid noen metodiske implikasjoner ved å benytte metaforer i analyse. Bruk av metaforer kan friste til forenklinger og føre til forfalskninger i stedet for nye innsikter (Røvik 2007). Det er derfor tatt høyde for at virus kun er en metafor når virusteorien er benyttet. Virusteorien utfordrer moteteorien, som ifølge Røvik (2007), er et eksempel på en metafor på et komplekst fenomen som fører til forenklinger. Moteteorien impliserer at ideer kommer og går i et trendmønster som forblir overflatiske fenomener og dekoples i praksisfeltet (Røvik 2007; Røvik et al. 2009). I mote-perspektivet vil samfunnsdelen fungere som «window dressing» (Røvik et al. 2009), et dokument som er laget for å vise utenforstående at organisasjonen er opptatt av folkehelse. Virusteorien, med et tydelig aktørfokus, åpner for at nye ideer vil påvirke og føre til endring i organisasjonen de føres inn i (Røvik 2007). Mange aktører, med ulike interesser og motsetninger, skal utarbeide langsiktige mål for hvordan organisasjonen skal arbeide og

lokalsamfunnet utvikles (Aarsæther et al. 2012a). Det innebærer at folkehelseideen vil formes og tilpasses til den lokale konteksten gjennom arbeidet med samfunnsdelen. Aktørperspektivet åpner for at samfunnsdelen vil få konsekvenser i kommuneorganisasjonen, selv om det tar tid og ikke nødvendigvis fører til de resultater en hadde tenkt seg i utgangspunktet.

Hvorvidt folkehelse absorberes inn i kjernevirksomheten avgjøres videre av trekk ved organisasjonen. Historisk ny-institusjonalisme viser hvordan institusjoner påvirker handlinger og resultater (Steinmo & Thelen 1992). *Sti-avhengighet* innebærer at erfaringer, måter å arbeide på og kompetanser som finnes i kommuneorganisasjonen påvirker hva som skjer med nye ideer og praksiser som kommer inn. I disse etablerte praksisene finnes normer, organisasjonsformer og flere lag med tidligere diskurser og ressurser, i tillegg til tilfeldige valg og hendelser (Steinmo & Thelen 1992). *Sti-avhengighet* kan være etablerte praksiser knyttet til kommuneplanlegging og hvordan arbeidet med samfunnsdelen skal foregå med hensyn til for eksempel medvirkning og betydningen planverket har hatt i kommuneorganisasjonen tidligere. *Sti-avhengighet* kan også være etablerte måter å forene, organisere og regulere et gitt felt, før introduksjon av ny idé (Vabo & Røiseland 2008). Hofstad (2014) hevder at den tradisjonelle forankringen av folkehelse i helsesektoren kan utgjøre en *sti-avhengighet* i kommuneorganisasjonen. I henhold til virusteorien vil nye ideer som forsøkes introdusert inn i organisasjonen som hovedregel utløse forsvarsmekanismer eller *immunitetsreaksjoner*. Immunitet kan være *medfødt* eller *ervert* (Røvik 2007). Offentlige organisasjoner har tidligere vært anklaget for å være medfødt immune mot endring og nye ideer. Folkehelse er likevel aktivt tatt inn i organisasjonen, hvilket tyder på et ønske om endring. Derfor er ervert immunitet som et eksempel på *sti-avhengighet* mer sannsynlig å finne i kommuneorganisasjonen. Ervert immunitet kan være arbeid- og ansvarsfordeling av planarbeidet mellom politisk ledelse og fagpersonell.

I organisasjonsanalyse kan man skille mellom *ytre og indre forsvarsverk*. I første fall kommer ikke folkehelseideen forbi ledelsen og inn i organisasjonen (Røvik 2007). Det kan blant annet komme av at politisk og administrativ ledelse ikke prøver hardt nok å implementere og oversette folkehelsepolitikken, slik at folkehelsesatsingen i samfunnsdelen får konsekvenser i kjernevirksomheten. Det indre forsvaret setter inn hvis ideen ikke passer inn, ikke er kompatibel med eksisterende verdier i organisasjonen, eller den truer personers/gruppers interesser (Røvik 2007). Det kan dreie seg om fagbakgrunner som gjør at man i en etat ikke

forstår folkehelse eller fokuserer på andre tema. Immunitetsreaksjonen avhenger av alvorlighetsgradene av tidligere erfaringer, hvor sterkt de er befestet i organisasjonen og spesielt om de har feste hos sentrale beslutningstakere (Røvik 2007). Immuniteten kan være mot spesifikke grupper, for eksempel om aktørene som fronter folkehelse er organisert langt ned i kommuneorganisasjonen og ikke er gitt nødvendig legitimitet av ledelsen.

Sti-avhengighet, ervervet immunitet og motstand mot folkehelsesatsingen kan svekkes eller omgås. Ifølge (Røvik 2007) er det tre *virkningsmekanismer* som kan bidra til at folkehelseideen får konsekvenser i kjernevirksomheten.

- Instruksjer eller krav utenfra og/eller innenfra organisasjonen (Røvik 2007). Styrken og tydeligheten på sentral folkehelsepolitikk kan påvirke forankring av folkehelse i organisasjonen. Samfunnsdelen er et eksempel på et internt krav til organisasjonen om å fokusere på folkehelse.
- Ledelsen ønsker å fremstå som handlekraftig og dermed reduseres avstanden mellom prat og praksis (Røvik 2007). For eksempel ved å aktivt arbeide for at samfunnsdelens folkehelsemål skal få konsekvenser for folkehelsearbeidet i kjernevirksomheten.
- Replikasjon og institusjonalisering innebærer at massiv intern smittespredning av folkehelseideen må til for at folkehelsesatsingen skal forankres i kommuneorganisasjonen (Røvik 2007).

Smitte kan skje ved direkte kontakt mellom smittede og usmittede, for eksempel mellom translator og andre fagfelt i kommuneorganisasjonen. Det kan også foregå gjennom smittebærere som sprer folkehelseideen i kommuneorganisasjonen (Røvik 2007). Språksmitte starter gjerne først med uformell prat når ideen kommer inn i overflaten på organisasjonen, men for å få virkninger i organisasjonen er det behov for formålsrettet språksmitt (Røvik 2007). Implementeringen av folkehelse i samfunnsdel og kommuneorganisasjon, vil dermed være avhengig av om det finnes kapasitet, kompetanse og vilje til å arbeide med samfunnsdelen og folkehelsesatsingen. Virkningsmekanismer og immunitetsreaksjoner gir begreper for å belyse muligheter og begrensninger for å institusjonalisere folkehelsearbeidet i kommuneorganisasjonen.

10.2 Oversettelse og translatørkompetanse

Kommuner er ikke passive mottakere av folkehelsepolitikken fra sentrale myndigheter. De skal planlegge folkehelsearbeidet «innenfor tilgjengelige ressurser» og med «nødvendig» oversikt over helsetilstanden (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Det gir handlingsfrihet for kommuneorganisasjonen i organiseringen av planarbeidet og kunnskapsinnhenting, for hvordan, og hvor detaljert, kunnskapsgrunnlaget for samfunnsdelen skal være. Det gir videre handlingsrom for å velge delmål for folkehelse innenfor de kravene som finnes i oversiktsarbeidet (Helsedirektoratet 2013). Ulike kunnskapskilder og innsikter skal vurderes opp mot hverandre, og opp mot lokale forhold, samt institusjonelle forhold som kompetanse, andre ideer og måter å gjøre ting på. Institusjonell pragmatisme har et tydelig aktørperspektiv som gir et begrepsapparat for å belyse hva aktører i kommuneorganisasjonen gjør med folkehelseideen.

Translasjon er hentet fra litteraturvitenskapen og språkovversettelser og åpner for at kunnskapsoverføring mellom organisasjoner er mulig (Røvik 2007). Teorien gjør det mulig å studere hvordan folkehelsepolitikken oversettes til lokal kontekst, ved å benytte et analytisk skille mellom kontekstualisering og dekontekstualisering. Dekontekstualisering innebærer at en praksis eller idé blir forsøkt tatt ut av sin sammenheng, for så å overføres til andre organisasjoner. Da folkehelse er en allmenn idé som må hentes fra flere kilder, brukes begrepet rekontekstualisering. Kontekstualisering innebærer å tilpasse ideen til lokal virkelighet. Røvik (2007) identifiserer noen oversettelsesregler som kan forklare variasjon. Ideen kan kopieres og gjenskapes med få endringer eller den omvandles og tilpasses ny kontekst. Enkelte ganger kan ideen forvandles radikalt (Røvik 2007).

Folkehelsearbeidets kompleksitet og det systematiske folkehelsearbeidets krav til å benytte flere kunnskapskilder gjør folkehelse lett å omforme og vanskelig å kopiere, og øker sjansen for omvandling som oversettelsesstrategi. Det gir kommuneorganisasjonen frihetsgrader til omvandling av folkehelseideen innenfor lovverket. Ifølge Røvik (2007) innebærer en mild form for omvandling å legge til noe, gjennom *adding*, ved at noe som er implisitt i originalteksten gjøres eksplisitt i mottakerkonteksten. Omvandling kan også innebære *fratrekking*, hvor noe som er eksplisitt i den opprinnelige ideen, gjøres implisitt og mindre tydelig (Røvik 2007). Det finnes en mer radikal form for omvandling hvor det gjøres en

grunnleggende endring av en praksis eller en idé, gjerne i form og innhold, slik at den lokale varianten som utvikles fremstår som lokal innovasjon. Adapsjon er mindre radikalt og innebærer at man omformer når det er nødvendig (Røvik 2007). Oversettelsesreglene er en interessant innfallsvinkel til bruken av kunnskapskilder i case-kommunens oversettelse av folkehelsepolitikken.

Røvik (2007) hevder at translatørkompetanse er en viktig ressurs for å lykkes med kunnskapsoverføring. Han identifiserer noen egenskaper ved en translatør som kan øke sannsynligheten for fungerende oversettelser av folkehelsepolitikken til lokalt folkehelsearbeid. En god translatør må ha kunnskap om *angivende kontekst* (Røvik 2007). Det innebærer kompetanse på folkehelse og samfunnsplanlegging, å kunne innhente kunnskap fra flere kilder og å finne eksempler på helsefremmende samfunnsplanlegging fra andre tilsvarende organisasjoner som på noen måte har lyktes med folkehelsearbeidet. Dette kaller Røvik (2007) for *rekontekstualisering*. Videre må translatøren kunne sammenfatte kunnskapen og *relokalisere ideen* (Røvik 2007), det vil si å tilpasse folkehelsepolitikken til kommuneorganisasjonen. Den viktigste typen kunnskap som translatøren må besitte, er kunnskap om *mottakende kontekst* (Røvik 2007). I det systematiske folkehelsearbeidet består kunnskap om mottakende kontekst av kunnskap om kommunens tjenester, tiltak og utfordringer, samt helsetilstanden i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Kunnskap om egen kommune er viktig for at folkehelsepolitikken etter intensjon kan tilpasses den lokale virkeligheten.

Folkehelse skal ikke innføres i et tomrom, men i en kontekst av aktører, strukturer, rutiner og andre ideer som sirkulerer i organisasjonen på samme tid (Røvik 2007). Kommuneorganisasjonen vil ha en *reformhistorie*, bestående av mer og mindre tydelige erfaringer fra tidligere reformer eller ideer som har blitt introdusert og prøvd ut i løpet av organisasjonens levetid (Røvik 2007). Dette betoner sti-avhengigheten i organisasjonen, og translatører med kunnskap om kommuneorganisasjonens reformhistorie kan bidra til å løse opp motstand og lette implementeringen av folkehelseideen.

Translatørkompetansen innebærer å *språksette* ideen, det vil si å tilføre begreper som gjør folkehelse begripelig for de som skal delta i arbeidet med samfunnsdelen og de som skal iverksette samfunnsdelen i kjernevirksomheten. Videre må translatøren vite når frihetsgrader

til omvandling skal benyttes og hvordan. Det er vesentlig at ideer oversettes til lokale, konkrete versjoner for å kunne bli implementert i praksisfeltet (Røvik 2007). Begreper om translasjon kan belyse oversettelsen av folkehelsepolitikken gjennom arbeidet med samfunnsdelen, kompetansen og kunnskapen som finnes i kommuneorganisasjonen. Disse faktorene kan videre påvirke muligheter og begrensninger til å forankre folkehelsesatsingen i kommuneorganisasjonen.

10.3 Utviklingsarenaer - HELOMPLAN

Røvik (2007) hevder at det finnes utviklingsarenaer som svekker ideen om en hierarkisk oversettelseskjede fra ledelsen, stegvis nedover i organisasjonen. Ifølge Røvik (2007) har ansatte i organisasjoner høyere utdanning enn tidligere, med mer analytisk kunnskap og de er opptatt av utvikling. Oversettelses- og utviklingsarenaer kan være kurs, seminarer og studier som befinner seg utenfor det vertikale hierarkiet i organisasjonen. Det betyr at ideer kan komme inn i og oversettes flere steder i organisasjonen, via ulike aktører som er knyttet til ulike utviklingsarenaer (Røvik 2007). HELOMPLAN er et eksempel på et studium som har gitt kunnskap om koblingen mellom samfunnsdel og folkehelse. Det kan være en utviklingsarena som har potensiale for å bidra til å bryte ned eller svekke barrierer for å institusjonalisere folkehelsesatsingen, ved å minske avstanden mellom teori og praksisfelt.

10.4 Nettverksamarbeid og innovasjon

På grunn av folkehelsearbeidets kompleksitet og den tverrsektorielle kjernen i folkehelsearbeidet skal teori om nettverksstyring og innovasjon benyttes. Folkehelse kan omtales som et «wicked problem», uten sikker, objektiv kunnskap (Hofstad 2012). Det systematiske folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert, og det er rom for, og nødvendig, å foreta demokratiske prioriteringer gjennom kommunal planlegging. Dette gjør folkehelsepolitikken og folkehelseutfordringer egnet for å løses gjennom samstyring og samarbeid.

Målet med samfunnsdelen i case-kommunen er å skape nye, store og varige endringer for hvordan folkehelsearbeidet praktiseres i hele kommuneorganisasjonen. Derfor kan folkehelsesatsingen sees på som innovasjon i form av gjenoppfinnelse og tilpasning (Hartley 2005). Sørensen og Torfing (2011) mener at offentlig innovasjon er episodisk og tilfeldig.

Derfor er det behov for en innovasjons-agenda som gjør innovasjon til en permanent og systematisk aktivitet som omfatter hele organisasjonen. Samfunnsdelen kan forstås som et systematisk verktøy for innovasjon på grunn av fokuset på å løfte folkehelsearbeidet ut av helsesektoren og over på hele kommunen med alle dens virksomheter. I samfunnsdelen og i planprosessen utvikles nye mål for folkehelsearbeidet i kommuneorganisasjonen og -samfunnet. Hartley (2005) bruker begrepet «strategisk innovasjon» når nye mål og formål med organisasjonen utvikles. For å få til et innovativt folkehelsearbeid er det behov for å trekke inn aktører på tvers av etater og virksomheter i kommuneorganisasjonen i arbeidet med å planlegge og implementere folkehelsearbeidet. Sørensen og Torfing (2011) hevder at nettverksstrategi kan legge til rette for utveksling av ideer, gjensidig læring og handling gjennom horisontal interaksjon mellom relevante og påvirkede aktører med ulike ressurser og ekspertise, og dermed bidra til innovasjon. De tilbyr et empirisk analyseverktøy for å studere hvordan tverrfaglig nettverkssamarbeid kan forbedre innovasjon i offentlige organisasjoner.

En innovasjonssirkel (Figur 4) bestående av fire steg, som ikke nødvendigvis foregår i en bestemt rekkefølge, illustrerer hvordan hvert steg kan styrkes gjennom samarbeid mellom aktører som påvirkes av samfunnsdel og folkehelsesatsingen:

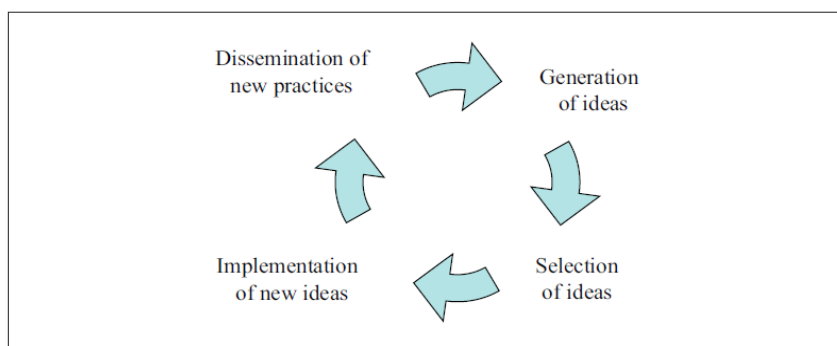


Figure 1. The innovation cycle

Figur 4 Innovasjonssirkelen (Sørensen & Torfing 2011)

I henhold til figur 4, er folkehelse valgt ut som hovedsatsingsområde blant flere tema. Ifølge Sørensen og Torfing (2009) bør ideer som velges ut være store, lette å omforme og ha bred aksept hos berørte og involverte aktører. (Sørensen & Torfing 2011) hevder at tverrfaglig nettverkssamarbeid kan bidra til å skape eierskap til en idé eller innovasjon. Det styrker ideen, bidrar til å redusere motstand og letter *implementeringen* av folkehelseideen i

kommuneorganisasjonen. Forming av sosiale og faglige nettverk kan videre styrke *formidlingen* av folkehelseideen ut i kommuneorganisasjonen (Sørensen & Torfing 2011).

Nettverk beskrives som en institusjonell arena for interaksjon og tydeliggjøres som en strategi for å få til innovasjon (Sørensen & Torfing 2011). For å fremme innovasjon bør tverrsektorielt samarbeid involvere autonome deltakere, gjensidig læring og eierskap til folkehelsesatsingen. Diversitet mellom deltakerne i samarbeidet og høyt nivå av intern og ekstern kommunikasjon fremheves som positivt for innovasjon (Sørensen & Torfing 2011). En innovasjonsstrategi innebærer å tilrettelegge for en type nettverkssamarbeid som gjør det mulig for aktørene å utveksle og teste ideene i sitt daglige virke (Sørensen & Torfing 2011). Det kan være interessant å se på muligheter og begrensninger for kultivering i og med at arbeidet med samfunnsdelen foregår i tverrfaglig team. Ifølge nettverksteorien kan vi finne kontekstuelle drivere og barrierer for å få uavhengige aktører til å samarbeide mot innovasjon. Ifølge Sørensen og Torfing (2011) kan sterk avhengighet og forpliktelse mellom autonome personer i organisasjonen være en drivkraft. Videre ligger det potensiale i å konstruere folkehelse som en hastesak i organisasjonen. Enighet om de overordnede målene og høyt nivå av gjensidig tillitt i det tverrsektorielle samarbeidet fremheves også som en drivkraft. Det kan finnes institusjonelle, kulturelle og organisatoriske barrierer som begrenser deltakelse i tverrsektorielt samarbeid. Det kan være separasjon mellom politikere og administrasjon, sterk ansvarsdeling, manglende arenaer og strukturer for dialog. Sterke fagdisipliner kan bremse innovasjon og organisasjonen kan mangle prosedyrer for innovasjon (Sørensen & Torfing 2011). Dette er faktorer som kan muliggjøre og begrense deltakelsen i innovativt samarbeid om samfunnsdelen og det kan belyse hvor langt kommunen har kommet i å forankre folkehelsesatsingen i kommuneorganisasjonen.

Metastyring kan benyttes til å se på hvordan det legges til rette for tverrfaglig samarbeid utenfor den hierarkiske styringsmodellen. Hartley (2005) hevder at innovasjon ikke nødvendigvis fører til forbedring, og derfor er det behov for å belyse hvordan det *legges til rette for innovasjon, hvordan det støttes, opprettholdes og implementeres*. *Metastyring* benyttes til å belyse muligheter og begrensninger for å få til et tverrsektorielt samarbeid om folkehelsearbeidet i kommuneorganisasjonen.

Metastyring kan defineres bredt som styring av styringen og kan utdypes som:

Metagovernance involves deliberate attempts to facilitate, manage, and direct more or less self-regulating processes of collaborative interaction without reverting to traditional statist styles of government in terms of bureaucratic rule making and imperative command. (Torfing 2001)

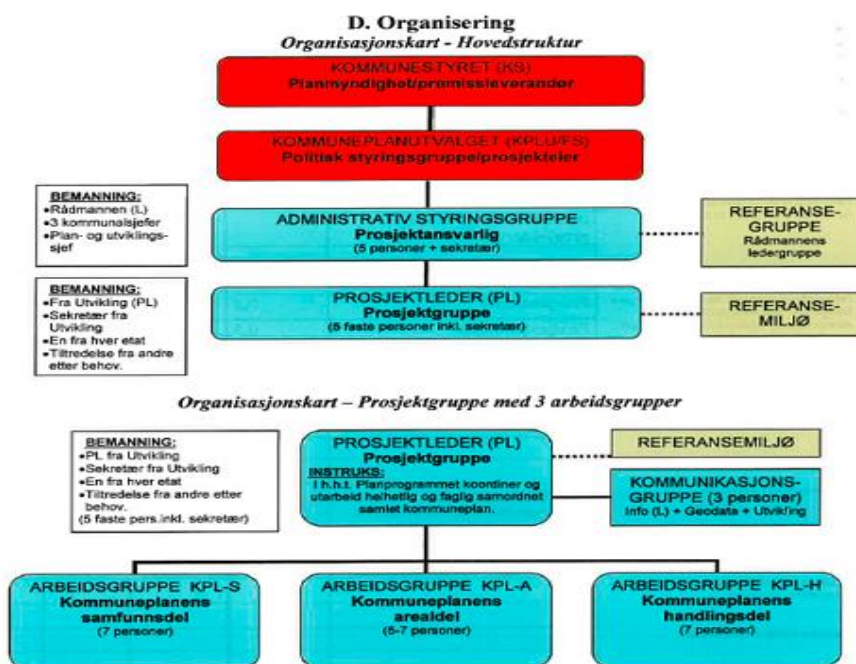
Metastyring innebærer bevisste forsøk på tilrettelegging og styring av mer nettverksbaserte samarbeidsformer. Proaktive former for metastyring kan bidra til å transformere og stabilisere institusjonelle arenaer, og det kan komme både fra ledelsen og andre steder i organisasjonen (Sørensen & Torfing 2011). Metastyring kan dermed bidra til å svekke barrierer og styrke drivere for tverrsektorielt samarbeid. Derfor er tilrettelegging av tverrsektorielt samarbeid en viktig faktor å analysere institusjonaliseringen av folkehelsesatsingen.

1. Empirikapittelet

Empirikapittelet starter med en beskrivelse av organiseringen av kommuneplanarbeidet med rolle- og begrepsavklaringer som er relevante for arbeidet med samfunnsdelen. Deretter følger en introduksjon til case-kommunens plandeler, med hovedvekt på kommuneplanens samfunnsdel for å vise case-kommunens ambisjoner for samfunnsdelen og folkehelsesatsingen. Deretter skal muligheter og begrensninger for forankring av folkehelse ved bruk av samfunnsdelen belyses i forhold til følgende tema fra analysen: Tverrsektoriell deltakelse i plan- og folkehelsearbeid, politiske visjoner og deltakelse i planarbeidet, samt folkehelsekompetanse og kunnskap.

10.5 Organiseringskart, begreps- og rolleavklaringer

Kommuneplanarbeidet i case-kommunen er organisert som et prosjekt i tillegg til den daglige driften. For å få en oversikt over organiseringen av kommuneplanarbeidet, de ulike aktørene som er involverte og på hvilken måte, er det nødvendig med begrepsavklaringer av de ulike gruppene som leder, skriver og utformer samfunnsdelen.



Figur 5 Organisasjon av kommuneplanarbeidet i case-kommunen

Kommunestyret består av kommunens folkevalgte politikere og beslutningstakere i kommuneorganisasjonen. Kommuneplanutvalget⁴ leder og er ansvarlige for hele kommuneplanen. Begrepene «politikerne», «den politiske ledelsen» og «folkevalgte» benyttes her fordi informantene bruker termene og det er ikke relevant å skille mellom formannskapet, kommunestyret og KPLU.

Administrativ styringsgruppe: består av rådmann, tre kommunalsjefer fra ulike etater og leder for kommunens planavdeling. Rådmannen organiserer planarbeidet, er ansvarlig for det som produseres i samfunnsdelen. Når informanter snakker om møter i styringsgruppen betyr det møter mellom prosjektgruppen og styringsgruppen.

Referansemiljøet består av interne og eksterne fagpersoner blant annet fra vannverket, beredskapsavdelingen, eiendom, landbruk, samt folkehelsekoordinator. Referansemiljøet hadde to møter med prosjektgruppen om samfunnsdelen før den ble sendt på høring.

Prosjektgruppen består av prosjektleder, som har kommuneplanen som sitt arbeidsområde, representanter fra etatene helse- og omsorg, oppvekst og kultur, teknisk- og planavdeling. Gruppen har ansvar for å koordinere og redigere en samlet kommuneplan. Arbeidsgruppene skriver selve plandelen. Begrepet arbeidsgruppen referer til de som skriver kommuneplanens samfunnsdel. Det er i stor grad samme personer som er involvert i prosjekt- og arbeidsgruppen, i tillegg til at de har vært involvert i arbeidet med planprogram, utredningsarbeid⁵ og de skal utforme handlingsdelen. Gruppene består av tverrfaglig personell som, i tillegg til planarbeidet, har overordnede posisjoner i ulike etater i kjernevirksomheten, herunder planavdelingen. Leder for arealdelen vikarierte som leder i arbeidsgruppen for samfunnsdelen under store deler av datainnsamlingen. En rådgiver for folkehelse deltar i begge gruppene.

Begrepet prosjektorganisasjon refererer til styrings-, prosjekt- og arbeidsgruppa. Det vil si de som leder, redigerer og skriver samfunnsdelen og som arbeider i kommuneorganisasjonens administrasjon.

⁴ Heretter referert til som KPLU

⁵ Faglig utredninger av ulike plantema, herunder oversikt over helsetilstand.

10.6 Samfunnsdelen – et arbeidsdokument for kommuneorganisasjonen

Kommunestyre vedtok i planstrategien⁶ å rullere hele kommuneplanen fordi det er behov for å revidere kommunens langsiktige mål og styrke samfunnsdelen som overordnet styringsdokument for kommunesamfunnet og -organisasjonen (Case-kommunen 2012). Målet er å skape bedre sammenheng mellom de ulike kommuneplan-delene og målrette planleggingen i samsvar med kommunens utfordringer (Case-kommunen 2012). Gjennomgangen av hele kommunens plansystem skal videre skape økt bevissthet rundt planlegging og styrke den politiske styringen i kommunen (Case-kommunen 2012). Planprogrammet⁷ viderefører målet om en konkret og tydelig samfunnsdel, med et 12-års perspektiv, som skal ligge til grunn for arealdelen, sektorenes planer og virksomhet i kommunen, i tillegg til å være et styringsdokument for administrasjon og politikere (Case-kommunen 2013). Rådgiver utdypet behovet for å styrke samfunnsdelen:

Den største endringen, som er gjort nå, er at samfunnsdelen skal ha en tung betydning. Den har fått lite fokus før og den har vært litt sånn blabla. Det er arealdelen som det har vært fokusert på, men nå skal vi prøve å få de til å henge sammen da.

Flere informanter viser til den forrige samfunnsdelen⁸ som overordnet og uten betydning i organisasjonen. Leder for arbeidsgruppen forklarer: «Det er arealdelen og økonomiplanen som har styrt kommunen tidligere». Samtlige informanter fremhever at fokuset i denne planprosessen er å styrke samfunnsdelen og koble planer.

Målet er å etablere et plansystem, som gir tydelige instruksjoner til kommuneorganisasjonen. I tråd med PBL skal samfunnsdelen⁹ inneholde kommunens overordnede mål og strategier, i et langsiktig perspektiv. Målene skal konkretiseres i handlingsdel og sektorplaner og ligge til

⁶ Ferdigstilt i september 2012, ca. ett år etter at nytt kommunestyre tiltrådte.

⁷ Ferdigstilt i november 2013.

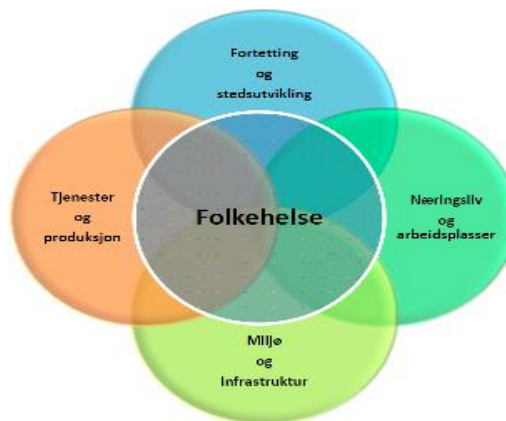
⁸ Vedtatt av kommunestyret 28.03.2007.

⁹ I årsskiftet 2013/2014 startet skriveprosessen på samfunnsdelen, med hoveddelen av skrivearbeidet mellom januar- og juni 2014. Samfunnsdelen ble sendt på høring sommeren 2015 og vedtatt 28.01.2015.

grunn for politiske beslutninger. Fokuset i planprosessen er å styrke samfunnsdelens betydning som strategisk arbeidsdokument for administrasjon og politisk ledelse.

10.7 Folkehelsesatsingen på strategisk plannivå

Folkehelse er utpekt som hovedsatsingsområde allerede i planstrategien. Det er videreført i planprogrammet på bakgrunn av økt oppmerksomhet nasjonalt og en forståelse av at forebygging vil gi bedre helse og trivsel, i tillegg til at fokus på forebygging vil medføre mindre utgifter til behandlinger for kommunen på sikt (Case-kommunen 2013). I kommuneplanens samfunnsdel er folkehelse hevet opp som hovedsatsingsområde som vist i modell 6.



Figur 6 Satsingsområdene for casekommunen (Case-kommunen 2015).

Hovedmålet for kommunen frem mot 2050 er at kommunens folkehelseprofil «skal være på høyde med de beste i landet» sammenliknet med landsgjennomsnittet (Case-kommunen 2015). Forebygging er hevet opp som strategisk prinsipp som skal ligge til grunn for all beslutningstaking i organisasjonen. Det innebærer at folkehelsehensyn skal prioriteres i politiske beslutninger. Folkehelsesatsingen synliggjøres videre med vedtak om at det skal følge økonomiske midler til å fremme folkehelsearbeidet (Case-kommunen 2015). Delmålene for folkehelse fokuserer på levekår, levevaner, tidlig innsats og fremhever utdanning som viktig for å utjevne sosial ulikhet. Folkehelsearbeid defineres som:

Folkehelsearbeid krever hele samfunnets innsats, ikke bare kommunens. Kommunen har en sentral posisjon i arbeidet og må bruke alle sine roller i utøvelse, tilrettelegging og samarbeid med privat, ideell og frivillig sektor (Case-kommunen 2015).

Samfunnsdelen viser et tydelig tverrsektorielt perspektiv på folkehelsearbeidet og ambisjoner om å flytte folkehelse ut av helsesektoren. Dette tydeliggjøres videre i intensjoner om å samordne tjenester og ressurser for å få til et helhetlig folkehelsearbeid og mål om samarbeid utover kommuneorganisasjonen (Case-kommunen 2015).

Samtlige informanter fremhever viktigheten av å heve folkehelse opp på strategisk nivå i samfunnsdelen. Videre mener de at, til tross for at den er overordnet, er samfunnsdelen et godt styringsdokument for kommuneorganisasjonen. Folkehelsekoordinator utdyper:

I og med at kommuneplanen nå fokuserer så tydelig som den gjør, håper jeg at det kan bli litt annerledes for den er jo faktisk, foreløpig da, veldig tydelig på at folkehelsesatsingen skal synes i budsjettet. Så jeg er hoppandes glad for at den ser sånn ut.

Folkehelsekoordinator og rådgiver trekker frem målsetting og avgrensning av satsingsområder som viktig for å få til et treffsikkert folkehelsearbeid. Folkehelsekoordinator mente at «planverket er noe av det beste vi kan ha» for å fokusere folkehelsearbeidet innenfor kommunens økonomiske rammer. Folkehelsekoordinator forklarer hvordan folkehelsesatsingen kan få konsekvenser i praksisfeltet:

Jeg har fått gehør for, i styringsgruppa, [...] å fokusere folkehelsearbeidet fordi det er så vidt. [...] selv om vi ikke får hostet opp så veldig mange penger, så kan i hvert fall tjenestene gjøre det de kan innenfor de rammene de har og det tror jeg praktisk.

Her fremheves planlegging som viktig for å målsette folkehelsearbeidet innenfor kommunens økonomiske rammer. Leder for planavdelingen tydeliggjør hvordan kobling av planer kan bidra til folkehelsesatsingen:

Hva er viktigere enn å starte med samfunnsdelen og utforme de helt konkrete tiltakene ned på de forskjellige tjenestenivåene og tjenestestedene. Men da må du gjøre det og da må du ha vilje og det krever nok en større implementering og en mye større jobb.

Sitatet viser tiltro til samfunnsdelen og strategisk planlegging som et verktøy i folkehelsearbeidet, samtidig antyder det at et mer omfattende arbeid med implementering gjenstår. Samtlige informanter uttrykker, både i intervjuer og møter, at utfordringen ikke ligger i å få folkehelse inn på strategisk plannivå, men å institusjonalisere samfunnsdelen i kommuneorganisasjonen.

Informantene og plandokumenter viser at et tverrsektorielt folkehelseperspektiv er forankret på strategisk plannivå. Det er et tydelig mål om å styrke betydningen av samfunnsdelen som et arbeidsdokument for politiske beslutninger og som et utgangspunkt for å konkretisere tiltak, innenfor tilgjengelige ressurser i et langtidsperspektiv. Utfordringen som fremheves er at samfunnsdelen skal tas i bruk der hvor tiltak utvikles og beslutninger tas. Det innebærer at samfunnsdelen tas i bruk når handlingsdel og virksomhetsplaner utvikles, at tjenestene arbeider etter målsettingene i samfunnsdelen og at politisk ledelse bruker planen aktivt når vedtak skal fattes.

10.8 Tverrsektoriell involvering og deltakelse

Folkehelseholdninger og –forståelse fremheves av samtlige informanter som den viktigste muligheten, og samtidig begrensningen, for å implementere et tverrsektorielt folkehelsearbeid i kommunen. Arbeidet med samfunnsdelen tydeliggjøres som et redskap for å involvere og skape folkehelseforståelse, men det er utfordrende å få til i praksis.

Folkehelsekoordinator forteller at folkehelsearbeidet skal være hele organisasjonens ansvar, men: «det er ikke stor nok bevissthet ennå på at tjenestene har fått det ansvaret lovmessig». Fagbakgrunn oppfattes som en begrensning for å implementere et tverrsektorielt folkehelsearbeid i kommuneorganisasjonen. Folkehelsekoordinator forklarer:

Det er nok faktisk sånn at folks fagbakgrunn og det du jobber med, former litt av de holdningene du har. Så det betyr at hvis du er veldig fokusert inn i, ja si, et teknisk fagområde, så har du ikke tenkt så mye på folkehelse og da kanskje du synes det er luksusbruk av penger fordi du ikke direkte skjønner hva det er.

Folkehelsekoordinator legger til at: [..]. Noen av tjenestene har jo dette (folkehelse) inn under huden, men det må bli mye, mye bedre». Sitatene tyder på at fagbakgrunn er en begrensning for å institusjonalisere folkehelsesatsingen i kommuneorganisasjonen. Samtidig finnes det gode folkehelseholdninger i kommuneorganisasjonen som kan være en mulighet for forankring av folkehelsesatsingen, men det er et stykke å gå. Samtlige informanter oppgir forståelse for folkehelse som en begrensning for forankring, og prosessfokus, deltakelse og involvering i arbeidet med samfunnsdelen på tvers av sektorer, fremheves som en mulighet for forankring. Leder for planavdelingen forklarer:

Kanskje ikke viktigst med selve dokumentet som blir til slutt, men det er de diskusjonene og den prosessen og den felles forståelsen av hva det (folkehelse) betyr. [..] så ser man sammenhengen mellom god folkehelse og en gangvei eller godt fortau eller å lage en bomring for å redusere biltrafikken.

Arbeidet med samfunnsdelen tydeliggjøres som et redskap for å skape forståelse og gode folkehelseholdninger gjennom å involvere folk i arbeidet med de strategiske målsettingene for folkehelsearbeidet i lokalsamfunnet. Leder for arbeidsgruppen forklarer at denne planrulleringen har større fokus på planprosess enn tidligere:

Man skal jobbe på den prosessmåten nå, som er å koble alle som er berørt i de ulike sektorene. Det er litt den nye tankegangen, for vanligvis så har det (kommuneplanarbeidet) blitt ledet herfra (planavdelingen). Da har vi laget utkastene og så har de sett på ting og bare gitt tilbakemeldinger.

Leder for planavdelingen mener at tverrsektoriell deltakelse i planarbeidet: «har vært litt bedre i den prosessen som er kjørt nå». Det kan henge sammen med at planarbeidet er flyttet ut av planavdelingen og over til tverrfaglige grupper. Samtidig fremhever samtlige informanter at deltakelsen i praksis er begrenset fordi det er: «mer fokus på driftssider». Leder for arbeidsgruppen eksemplifiserer hvordan kjernevirksomheten går foran det langsiktige utviklingsarbeidet:

Det er blant annet enkelte som er inne fra skolesektoren [...] Der ser vi at når man er en rektor på en skole så er man nødt til å løse problemer som oppstår der og da, og da blir det plutselig at de ikke kan delta på møtene.

Ifølge informantene er manglende deltakelse en gjennomgående utfordring. Prosjektleder forklarer hvordan medvirkningen foregår i praksis:

[...] når det kom til stykket så er det vi som må gjøre jobben, men la de andre få anledning til å uttale seg gjennom en mail eller lignende.

Arbeidet med samfunnsdelen fremheves som en mulighet for å skape folkehelseforståelse og -holdninger i kommuneorganisasjonen. Informantene mener at involvering og deltakelse i arbeidet med samfunnsdelen har vært bedre i denne planprosessen. At planarbeidet er flyttet ut av planavdelingen og over på en tverrfaglig prosjektorganisasjon tyder på bedring¹⁰. Samtidig er deltakelse utover prosjektorganisasjonen fortsatt begrenset. I praksis er det utstrakt bruk av skriftlige innspill, som ved tidligere planprosesser, fordi kjernevirksomheten fortsatt går foran utviklingsarbeidet.

10.8.1 Organisering av planarbeidet

Utfordringer med kapasitet er fremtredende på alle nivåer i kommuneorganisasjonen. Prosjektleder antyder at det henger sammen med at planarbeidet er organisert som et prosjekt:

[...]hvis man skal få til dette så må man løsrive den strategiske planleggingen fra driftsoppgaver. [...] egentlig så burde strategisk planlegging være en del av en organisasjons naturlige virksomhet og ikke måtte organiseres som prosjekt hver gang.

Prosjektleder var den eneste som tok opp muligheten for å ha samfunnsplanlegging som en naturlig del av driften for å bøte på prioriteringskonflikter mellom drift og utviklingsarbeid.

¹⁰ Dette vil utdypes mer under kapittel 8.10 «Folkehelseoppdragelse»

Det har nok sammenheng med at prosjektleder har et overordnet strategisk fokus i kommuneplanarbeidet. De øvrige informantene snakket mer om egen situasjon, tidspress og utfordringer med å balansere oppgaver i kjernevirksomhet og arbeid med samfunnsdelen. Dette var oppe til diskusjon på flere møter. På et møte i prosjektgruppen diskuteres utfordringer med tid, for mange oppgaver og at det er vanskelig å prioritere mellom drift og plan. En informant påpeker at det: «har stor påvirkning på arbeidet og kvaliteten på det prosjektgruppa og arbeidsgruppa greier å levere». Prosjektleder forklarer at tidsbegrensninger påvirker muligheten for å informere om folkehelse utover i organisasjonen:

I forhold til tidsplan, er det begrenset hva vi rekker i prosjektorganisasjonen med å kunne arbeide med å plante dette her og diskutere det der ute, som vi kanskje burde ha gjort. Det blir liksom at vi må produsere ferdig dette her til datoen. Det som har vært et dilemma i prosjektorganisasjonen er at de folkene egentlig jobber et annet sted.

I praksis er det, i prosjektorganisasjonen, begrenset med kapasitet til å drive med opplæring og informasjonsarbeid i planprosessen på grunn av arbeidsoppgaver i kjernevirksomheten. Samtidig er fordelene med prosjektorganiseringen, som fremheves av prosjektleder og de andre informantene, nettopp at prosjektdeltakerne arbeider i kjernevirksomheten til daglig. Leder for arbeidsgruppen beskriver hvordan deltakerne i prosjekt- og arbeidsgruppen kan fronte samfunnsdelen i egen etat:

Hver enkelt som har vært med i gruppene går jo tilbake til sine fagmiljø og jobber for å få den mer rettet inn. Det er ikke glemt når man går ut fra døra her og dokumentet er ferdig. Det er da jobben faktisk begynner.

Prosjektorganisering gir begrenset kapasitet til planarbeid på alle nivåer. Muligheten er at prosjektdeltakerne kjenner kjernevirksomheten og kan fronte samfunnsdelen i sine etater når planen er ferdigstilt.

Fagpersonellet i prosjekt- og arbeidsgruppen opplever tidspress og prioriteringsproblematikk i planarbeidet, noe som påvirker kvaliteten på samfunnsdelen og mulighetene til å spre folkehelsesatsingen i kommuneorganisasjonen under planarbeidet. Muligheten for at prosjektdeltakerne kan spre folkehelse i kjernevirksomheten i etterkant antydes som en fordel med prosjektorganiseringen.

10.8.2 Ledelsesansvar

Informantene påpeker viktigheten av at samfunnsdelen er forankret hos rådmannen. Administrativ ledelse fremheves som ansvarlig for å sikre tverrsektoriell deltakelse i planarbeidet. Samtidig mener informantene at det ikke er samsvar mellom rådmannens krav og kommunalsjefenes prioriteringer av langsiktig planlegging. Prosjektleder forklarer hvorfor forankring av samfunnsdelen hos rådmannen er viktig:

[..]Tidligere så har problemet vært at når prosjektlederen får kommuneplanen, og går ut og ber om uttalelser fra etater og virksomheter, så har ikke de brydd seg om det, fordi det har kommet fra noen langt ned i organisasjonen eller sideorganisasjonen. «De er ikke våre sjefer», sier de. Så det er noe med det å oppfatte at det er rådmannen [...] og denne rådmannen har tatt tak i det. Rådmannen er veldig klar på at dette er rådmannen. Han vil ha kobling mellom samfunnsdel, arealdel og handlingsdel og at dette følger av samfunnsdelen, [...] at organisasjonen blir bemannet og at prosjektorganisasjonen kan forlange en del ting av aktivitet her ute.

Rådmannen er øverste leder i administrasjonen med myndighet til å pålegge kommuneorganisasjonen å delta i planarbeidet og ta i bruk samfunnsdelen. Arbeidet med utformingen av samfunnsdelen er delegert til prosjektleder og tydelig forankring av samfunnsdelen og planarbeidet hos rådmannen gir prosjektleder myndighet til å involvere ansatte utover i kommuneorganisasjonen i planarbeidet. Rådmannen fremheves av informantene som tydelig på at samfunnsdelen er ledelsens oppdrag til kommuneorganisasjonen. En informant fra arbeidsgruppen utdyper rådmannens mål:

Det er jo tanken, hvert fall fra rådmannen og administrasjonen, at man må styre etter det man vedtar i samfunnsdelen

Til tross for rådmannens tydelighet og prioritering av det langsiktige utviklingsarbeidet uttrykker informantene bekymring for fravær av kommunalsjefer i arbeidet med samfunnsdelen. Prosjektleder forklarer ulike prioriteringer av utviklingsarbeidet og konsekvenser nedover i prosjektorganisasjonen:

Selv om rådmannen innledningsvis sa at de som blir plukket ut til dette, da er kommuneplanarbeidet en del av jobben din. Så får jeg tildelt de personene og legger beslag på tidsbruken deres, en viss mengde, men når de kommer tilbake til sin jobb og blir møtt med sin overordnede som forventer at de har produsert noe annet, så får du en konflikt.

Sitatet viser ulike forventinger til langsiktig planlegging mellom rådmann og egen administrativ lederstab. Leder for planavdelingen forklarer hvorfor: «De tre kommunalsjefene er veldig mye fraværende, skjer det et eller annet akutt driftsmessig så prioriteres ikke det

strategiske arbeidet». På den ene siden er kommunalsjefenes egen involvering i planarbeidet begrenset. På den andre siden opplever informantene at kommunalsjefer ikke prioriterer arbeidet med samfunnsdelen for sine ansatte. Dette skaper tidspress og konflikter mellom ansvar for kjernevirksomhet og utviklingsarbeid for utførerne av samfunnsdelen. En informant fra prosjektgruppen fremhever forståelse for omfanget av planarbeidet som en forklaring på fraværet:

Når du på toppledernivået, ikke er klar over hvor mye jobb det er med den type planlegging. Da ser du problemet, at de ikke har sett behovet for å gå ut og si noe til sine folk om hvor hardt de må prioritere dette.

Manglende forståelse for omfanget av arbeidet med langsiktig planlegging og samfunnsdelen antydes som årsaken til at administrativ ledelse prioriterer kjernevirksomheten. Leder for planavdelingen mener at det er et: «lederansvar å være klar og tydelig inn i egen organisasjon for hvilke fokus vi nå skal ha». Informantene understreker at ledelsen må vise at de prioriterer planarbeidet og samfunnsdelen, slik at ansatte i kommuneorganisasjonen oppfatter at det langsiktige planarbeidet er viktig. Leder for planavdelingen er tydelig på at det er et lederansvar å prioritere utviklingsarbeidet for ansatte og skape forståelse for folkehelse:

[...] hvis man ikke har tid innafor etatene til å jobbe med det (samfunnsdelen), da har styringsgruppens medlemmer bare seg selv å takke for at ting ikke går videre og at det blir en vanskelig prosess i ettertid med å implementere, enn det det ville vært om de har sådd tankene (folkehelse) hele veien. Det ansvaret får de ta.

Ledelsens prioriteringer fremheves som en begrensning på den tverrsektorielle deltakelsen i arbeidet med samfunnsdelen.

Det er en generell opplevelse av at daglige driftsoppgaver som kommunen har, går foran den strategiske og langsiktige samfunnsplanleggingen. Tid og forståelse for langsiktig utviklingsarbeid ser ut til å påvirke kommunalsjefenes fravær i planprosessen og tyder videre på at det er et gap mellom rådmannens prioriteringer og egen lederstab. Det kan begrense deltakelse i utviklingsarbeidet blant ansatte i kommuneorganisasjonen.

10.8.3 Plan for iverksetting og behov for kompetanseheving etter planprosess

Den tverrsektorielle involveringen i planprosessen er mangelfull og det er ifølge folkehelsekoordinator: «et stykke å gå» for å institusjonalisere folkehelseforståelse i hele kommuneorganisasjonen. Dermed tydeliggjøres behovet for implementering i ettertid.

Informantene uttrykte frustrasjon over at det ikke er noen plan for hvordan de skal implementere og iverksette samfunnsdelen i ettertid.

Prosjektleder etterlyser et verktøy for iverksetting av samfunnsdelen som arbeidsdokument i kommuneorganisasjonen:

[..]dette er en samfunnsplan som har veldig mye fokus på måloppnåelse for å skape et godt samfunn for innbyggerne der ute, men jeg tror det at når handlingsdelen er vedtatt, så må de (kommunen) ha et administrativt planverktøy som iverksetter dette her. Det er de heller ikke noe gode på, eller det mangler[..]

Rådgiver legger til at det ikke finnes en plan for opplæring i plan og folkehelse i kommuneorganisasjonen: «[..]Når vi skal opplære flere i det. [..]Det har vi ikke egentlig noen plan for». Leder for arbeidsgruppen påpeker at opplæring krever ressurser og at dette er avhengig av politisk ledelse: «hva rådmannen mener, ikke minst hva politikerne mener, og hvilke ressurser de vil sette av, om de vil kanalisere midler til å drive opplæring». Dette tyder på begrenset med verktøy og planer for forankring og iverksetting av folkehelsesatsingen.

Rådgiver etterlyser også folkehelsekompetanse på overordnet nivå i kommuneorganisasjonen til å drive med operasjonalisering av folkehelse på strategisk nivå og institusjonalisering i kommuneorganisasjonen: «dersom man virkelig mener å satse på folkehelse». Rådgiver fremhever videre folkehelsekoordinators begrensede kapasitet, som en generell utfordring for implementeringen av folkehelsearbeid på tvers:

Denne funksjonen som folkehelsekoordinator har, det fatter jeg nesten ikke hvordan han får til, kommunen burde kanskje hatt flere ressurser som jobbet bare med folkehelse, på plannivå og planinformasjons-nivå. En koordinator i forhold til forskjellige etater og ting som skal gjøres

Det var ikke noen plan for videre opplæring, informering og spredning av samfunnsdelen og folkehelsesatsingen under datainnsamlingen. I tillegg er det begrenset kapasitet hos folkehelsekoordinator til å overvåke iverksettingen. Det kan begrense forankringen av folkehelseperspektivet i kommuneorganisasjonen.

10.8.4 Folkehelsekoordinator: folkehelseholdninger og målsetting gjennom oversiktsarbeidet

En mulighet for tverrsektoriell involvering i planprosessen er folkehelsekoordinators oversiktsarbeid og tilhørende spørreundersøkelse til tjenestene. Folkehelsekoordinator beskriver hvordan en spørreundersøkelse kan bidra til folkehelseholdninger i virksomhetene:

Når vi sender ut spørreskjema til virksomhetsledere og spør «hva driver dere med av folkehelsearbeid?» Så får det de til å tenke «driver vi med folkehelsearbeid? Kanskje det er og kanskje det er». I neste omgang utfordrer vi: «Kan dere utvikle dette videre»? Når det er en del av en planprosess så tror jeg du får effekten av at du drar med deg folk, men også at du viser frem og målsetter arbeidet i den andre enden. Jeg tror planarbeid er viktig. Planhierarkiet i kommunen, altså kommuneplanen, er stor og diffus, men den gir oss en retning.

Folkehelsekoordinator benytter planprosessen til å kartlegge folkehelsearbeidet og forståelse av folkehelse i virksomhetene. Spørreundersøkelsen skulle, ifølge folkehelsekoordinator, følges opp med: «hvor vil dere satse hen?». Målet med undersøkelsen er å involvere virksomhetene i å utvikle folkehelse tiltak, skape helhet i folkehelsearbeidet og øke forståelsen for folkehelse. Spørreundersøkelsen kan være en arena for tverrsektoriell involvering i planprosessen.

10.9 Politisk visjon og deltakelse i planprosess

10.9.1 Visjon og beslutningstakere

Informantene diskuterte i samtlige møter mangel på politiske visjoner og prioriteringer i samfunnsdelen og prosjektorganisasjonens utfordringer knyttet til dette. Prosjektleder uttrykker bekymring for fravær av politiske visjoner for kommunesamfunnet:

Når du ser på regjeringsskiftet [..]. De setter seg ned og snekrer sammen felles politikk og så presenterer de det[.] «her, start og kjør» [..] Jeg ser ikke noe tilsvarende i kommunen. [..] vi skal produsere frem forslag til politiske målsettinger, disse delmålene. Det er politiske mål som skal med og det er det vi i administrasjonen som jobber frem. Det at vi sliter med å få politikerne til å ta tak i dette med visjonen sier ganske mye egentlig. Vi ønsker jo at politikerne skal gi oss en «her er våre politiske visjoner og planer, kom opp med strategier og mål for hvordan vi skal komme dit».

Informanten etterlyser politiske visjoner og målsettinger for hvordan kommuneorganisasjonen og -samfunnet skal utvikle seg på lang sikt. Alle informantene trekker frem at de ønsker at politikerne skal utvikle en overordnet politisk visjon for hvordan kommunesamfunnet skal utvikle seg. Det ble utsatt, før prosjektorganisasjonen utviklet et forslag som ble endret av politikerne i skriftlige innspill på samfunnsdelen to måneder før vedtak. Mangel på tydelig

oppdrag fra politisk ledelse til prosjekt- og arbeidsgruppen som utformer samfunnsdelen, oppleves som en utfordring for fagpersonellet. En informant fra arbeidsgruppen forklarer:

[..] vi har et løp å kjøre og da må vi bare jobbe og så ta noen forutsetninger og gjette oss til hva politikerne er opptatt av, og kombinere det med de utredningene som er gjort.

Arbeidsgruppen skal utforme en langsiktig plan for kommunen uten å vite hva de politiske målene er. Planprosessen preges av usikkerhet rundt hva samfunnsdelen skal inneholde når utførerne ikke vet hva oppdragsgiveren ønsker. I samtlige møter er usikkerheten rundt «hva politikerne ønsker» til stede i diskusjonen. Informantene nevner usikkerhet om tekstmengde, satsingsområder og hva de skal satse på innenfor folkehelse i samfunnsdelen. Prosjektleder uttrykker bekymring for at manglende politiske prioriteringer i samfunnsdelen fører til at det er prosjektorganisasjonen som setter den politiske dagsordenen i kommunen:

[..]min erfaring er at hva som har vært satt på dagsorden er hva slags preferanser vi har [..] og det er dette som gjelder i forslaget, og så vedtar de (politikere) og vil endre på noe, men det springer ikke ut av noen visjonær tenkning om hvordan de ønsker lokalsamfunnet.

Det er informantenes opplevelse at det er administrasjonen som setter den politiske dagsordenen. En informant i arbeidsgruppen mener at: «administrasjonen har for mye styring», mens leder for planavdelingen trekker frem at: «fraværet av politisk engasjement» har vært tydelig også i tidligere planprosesser. Likevel er politisk ledelse fortsatt beslutningstakerne og gjør noen endringer i samfunnsdelen før vedtak.

Informantene fremhever fravær av politiske prioriteringer og fremmer behov for et tydelig oppdrag for hvordan samfunnsdelen skal utformes med langsiktige, politiske visjoner for hvordan kommunesamfunnet skal utvikle seg. Det er tydelig at informantene ønsker mer politisk styring i tråd med målene i plandokumenter. Informantene uttrykker bekymring for at fagpersonellet setter den politiske agendaen i samfunnsdelen. Samtidig er politisk ledelse fortsatt beslutningstakerne. Dette kan tyde på at samfunnsdelen er for fagorientert og at det ikke er samme forståelse for hvordan planprosessen kan foregå i politisk ledelse og prosjekt- og arbeidsgruppen.

10.9.2 Skriftlig kommunikasjon – samarbeid mellom prosjektorganisasjon og politikere.

Politisk deltakelse i planarbeidet opptok både fagpersonellet og rådmannen i alle møter og intervjuer. Det var ingen diskusjon mellom prosjektorganisasjon og politikere på noen av de

tre møtene i KPLU som ble avholdt under datainnsamlingen. Administrasjonen møtte opp på det første møtet¹¹, forberedt på diskusjon. Det ble diskutert hvorvidt politikerne skulle gjennomgå planen på møtet eller gi skriftlige innspill på samfunnsdelen. Rådmannen tok ordet og ba om innspill på planen:

[..]det er viktig for oss (prosjektorganisasjonen) at synspunkter kommer frem i kveld. Politikerne trenger ikke å stemme over hver enkelt sak nå, men en gjennomgang er nyttig for oss. Selvfølgelig er innspill skriftlig nyttig, men det hadde vært nyttig med noe konkret å jobbe videre med.

Skriftlige innspill ble vedtatt og møtet hevet. Fagpersonellet så på hverandre med åpne munn. På vei ut fra møtet spurte jeg en av informantene hva de tenkte om møtet i KPLU:

Vi ble skuffa. Hadde gledet oss til innspill. Jeg var forberedt på at alt kunne skje, men ikke at det ikke skulle bli noen diskusjon i det hele tatt.

Møtet synliggjør prosjektorganisasjonens ønske om politiske innspill og prioriteringer i planen og tyder på at det er ikke er samsvar mellom forventninger til hvordan planarbeidet skal foregå i prosjektorganisasjonen og politisk ledelse.

I møtet i KPLU, andre møter og samtaler med informanter tydeliggjøres rådmannens utfordringer med forankring av samfunnsdelen i politisk ledelse, samt engasjementet for politisk medvirkning. I et møte i styringsgruppen, tok rådmannen opp politisk involvering i planprosessen:

Vi trenger en høyere medvirkningsprosess, spesielt blant politikerne. Noen anbefalinger eller ideer om å engasjere de (politikere) mer? [..]Hvis de ønsker mer deltakelse må vi legge opp til det.

Gruppen brukte møtet på å diskutere forslag til hvordan politikerne kan involveres mer i planarbeidet. De diskuterte tiltak som deltakelse på folkemøter og å stå på stand.

Mangel på dialog og samarbeid mellom prosjektorganisasjon og politisk ledelse begrenser seg til skriftlige innspill og det kan tyde på at det er ulike forventninger til planarbeidet.

¹¹ Møtet ble avholdt ca. to måneder før samfunnsdelen skulle på høring.

10.9.2.1 Engasjement, kapasitet og forståelse

Samtlige informanter påpeker at politisk ledelse har gjort det mulig å heve folkehelse opp som hovedsatsingsområde i samfunnsdelen. En informant i arbeidsgruppen forklarer politisk folkehelseforståelse med henvisning til folkehelseprofilen og helsetilstanden i kommunesamfunnet: «de vet hvilke utfordringer kommunen har». Leder for arbeidsgruppen fremhever at politikerne kjenner kommunens økonomi og vet at: «forebyggende arbeid vil spare kommunen for utgifter til behandlinger i fremtiden». Samtlige informanter trekker frem at politikerne er interessert i å satse på folkehelse og det er de som har valgt folkehelse som hovedsatsingsområde. Samtidig hersker en usikkerhet om den politiske forankringen av folkehelsesatsingen.

En utfordring som går igjen i informantenes diskusjoner rundt manglende dialog med den politiske ledelsen, handler om forståelse for samfunnsplanlegging og folkehelse. Prosjektleder forteller om utfordringer med å få politisk ledelse til å fronte samfunnsdelen ut i kommunesamfunnet, og viser samtidig til at politisk ledelse ønsker informasjon om samfunnsdelen: «På folkemøtet kom det politikere, men de satte seg ned i salen blant publikum og det forteller meg at det er mange politikere som tørster etter diskusjonen eller informasjonen». I et møte i KPLU var et argument for å gi skriftlige innspill, tid til å: «sette seg ned i ro og mak og bli kjent med dokumentet før de (politiske partiene) kommer med innspill». Dette tyder på at det finnes engasjement og ønske i den politiske ledelsen om å bli kjent med samfunnsdelen.

Møtet i arbeidsgruppen hvor de skriftlige innspillene fra de politiske partiene ble behandlet, kan eksemplifisere ulike forståelser for samfunnsdel og folkehelse. Arbeidsgruppen diskuterer problemstillingen med at politikerne ønsker mindre tekst i samfunnsdelen, og en informant i prosjektgruppen forklarer hvordan de kan ha skriftlig dialog med politikerne:

Samfunnsdelen er et dynamisk dokument hvor vi tar med alt vi tenker og forklaringer til politikerne slik at de har forutsetninger for å forstå det. Til slutt skreller vi vekk det som er overflødig. Politikerne må se hva valgene faktisk innebærer. Det er mye forklaringer som bare ligger i diskusjonene og prosessen.

Uten dialog mangler grunnlaget for å forstå valgene som er tatt i planen og forståelse til å kunne gjøre informerte vedtak. Når politikerne i tillegg vil ha lite tekst, forsterkes utfordringen. Prosjekt- og arbeidsgruppen forsøkte å bøte på begrensningen med manglende

dialog ved å legge inn kommentarer i margin på neste utkast som politikerne fikk tilsendt. Denne skriftlige dialogen illustrerer videre ulike forståelser både av folkehelse og samfunnsdelens funksjon i politisk ledelse og prosjektorganisasjonen. Et politisk forslag til et nytt delmål om helse- og omsorg, som fokuserer på helsefremmende tjenester for barn og eldre, kommenteres av arbeids –og prosjektgruppen:

Det er viktig å ha føringer for tjenester innen helse og omsorg, men folkehelse er et annet og mer overordnet tema. Mål innen helse og omsorg tilhører tjenesteproduksjon i likhet med konkrete tiltak innen oppvekst, veier, vann, byggesak osv. [...] Ytterligere konkretisering av tema og mål for de forskjellige tjenesteområdene vil finnes i virksomhetsplaner. Administrasjonen anbefaler at delmål 5 – omsorg ikke tas inn under folkehelse¹².

En informant spilte inn at politikerne er: «mest opptatt av tjenestene, ikke kommunen som bomiljø og helsefremmende». Eksemplene tyder på ulike forståelser om hva folkehelse er og hvilket plannivå samfunnsdelen skal være på. Dette tydeliggjøres av en informant: «Det er viktig å gjøre kommuneplanen til et styringsdokument. Vi må få de (politikere) til å forstå hva en kommuneplan er og at den skal bli et styringsdokument for organisasjonen».

Kapasitet og kjernevirksomhet fremheves som en forklaring på manglende dialog mellom prosjektorganisasjon og politisk ledelse. En informant i arbeidsgruppen understreker begrensningen: «Til tross for at vi skal drive mye mer med prosesser, så har vi ikke hatt så veldig mye av den dialogen fordi de (politikere) har mer fokus på driftssider». Det kan henge sammen med organiseringen av planarbeidet som prosjekt. Prosjektleder utdyper videre kapasiteten i de politiske møtene:

Disse møtene de (den politiske ledelsen) skal være med på, da har de en lang sakliste de skal behandle. Det er få møter og arbeidet gjøres i stor grad på fritiden.

Ulik kapasitet til og forståelse for planarbeidet ser ut til å begrense dialog og diskusjon mellom prosjektorganisasjonen og politikere.

Det er åpenbart ulik forståelse og kompetanse på folkehelse og samfunnsplanlegging mellom en fagadministrasjon som arbeider med samfunnsdelen og politikere med ulik fagbakgrunn. Funn tyder på at det er interesse for å sette seg inn i samfunnsdelen i politisk ledelse, samtidig

¹² Hentet fra et utkast til samfunnsdelen som inkluderte alle de politiske partienes forslag, i tillegg til anbefalinger og endringer som prosjekt- og arbeidsgruppen gjorde i samfunnsdelen, basert på politiske innspill.

som arbeid i kjernevirksomheten går foran langsiktig utviklingsarbeid. Dette tyder på at kapasitet og kompetanse påvirker muligheten for å øke og skape felles forståelse, for planarbeidet og folkehelse, mellom politisk ledelse og prosjektorganisasjonen.

10.9.2.2 Møtestruktur

Møtestruktur ser ut til å ytterligere begrense muligheten for dialog mellom politisk ledelse og prosjektorganisasjonen. Under en pause i et møte i arbeidsgruppen for samfunnsdelen diskuterer to informanter møtestruktur og muligheter for diskusjon mellom administrasjon og politisk ledelse.

Informant 2: Det er også noe med strukturen på formannskapsmøtet. Det var ikke mulig for oss å si at vi ønsket kommentarer allerede på forrige møte. Informant 1: Der jeg jobbet før kunne de i administrasjonen be om å kommentere eller forklare noe. Her kan man ikke det. Informant 2: Nei, strukturen i formannskapet er altfor satt. Ordføreren styrer møtet og rådmannen har talerett. Det er mulig å gi en lapp til rådmannen, som har talerett og be om ordet, så ber han om ordet for den fagansatte. Denne strukturen er ok til vanlig og når man diskuterer mindre saker, men i en så omfattende og viktig prosess som kommuneplan, burde disse strukturene løses opp.

Informant 2 mener at møtestrukturen burde løses opp i kommuneplan-prosesser. Møtestrukturen begrenser mulighetene for dialog og det finnes ikke andre arenaer for diskusjon mellom politisk ledelse og prosjektorganisasjonen, enn i KPLU.

10.9.2.3 Eierforhold

Målet med samfunnsdelen er å styrke politisk styring i organisasjonen (Case-kommunen 2012). Samtidig er hovedutfordringen som fremheves mangel på politisk deltakelse i arbeidet med samfunnsdelen. Leder for arbeidsgruppen tydeliggjør begrensningen med at den politiske ledelsen ikke er godt nok involvert i planprosessen:

[..] Når de ikke vil spille så veldig mye ball med administrasjonen, men heller vil få ferdige dokumenter der de kan bare votere, så gjør det at de ikke får samme eierforholdet som hvis de har vært med å utarbeide grunnlaget, så det kan jo være fare for at man ikke får den folkehelsen godt nok med hele veien når det gjelder å bevilge penger på de ulike sektorene.

I arbeids- og prosjektgruppen hersker det en tydelig usikkerhet rundt den politiske forankringen av samfunnsdelen. Når politikerne ikke har en dialog med administrasjonen og ikke deltar i å utforme mål i samarbeid med fagansatte, er informantene usikre på hvilken betydning samfunnsdelen vil ha i organisasjonen når den er ferdigstilt.

10.10 Folkehelsekompetanse og organisasjon

I tilknytning til arbeidet med folkehelsesatsingen i kommunen er det to aktører som fremheves som viktige for å innhente kunnskap til samfunnsdelen og spredning av folkehelseforståelse i kommuneorganisasjonen. Det er folkehelsekoordinator med samfunnsmedisinsk fagbakgrunn og en rådgiver som har HELOMPLAN-videreutdanning fra 2012/13. De har ulike roller og ansvarsområder i folkehelse- og utviklingsarbeidet.

10.10.1 Folkehelseansvaret i samfunnsdelen

I kommuneplan-prosessen har folkehelsekoordinator ansvar for å utarbeide en folkehelseplan og oversikt over helsetilstand¹³, i tillegg til å delta i referansemiljøet som skal gi faglige råd og innspill på samfunnsdelen. Folkehelsekoordinator betegner møtene som: «enkelstående», mens et samarbeid med rådgiver oppfattes som: «jevner»:

[..] Den faktiske muligheten, har vært at en rådgiver som har fått oppdraget har brukt tid sammen med meg og gitt meg mulighet til å komme med i stort monn og det er vel det som er påvirkningsmuligheten vår (kommunelegene).

Et uformelt samarbeid med rådgiver fremheves som koordinators praktiske mulighet til å påvirke samfunnsdelen. Rådgiver fremhever folkehelsekoordinator som en del av kunnskapsgrunnlaget for samfunnsdelen. Rådgiver forklarer:

[..]og så har jeg brukt litt tilbakemeldinger fra folkehelsekoordinator som har lang fartstid som kommuneoverlege og som kjenner miljøet og kommunen godt.

De øvrige informantene understøtter at folkehelsekoordinator er en viktig kilde og kompetansen som fremheves er at koordinator har: «lang fartstid i kommunen» og «vet hvor skoen trykker». Folkehelsekoordinators erfaring og lokalkunnskap tydeliggjøres som viktig kompetanse for folkehelsesatsingen i samfunnsdelen.

Kapasitet oppgis som begrensningen på folkehelsekoordinators innvolving i arbeidet med samfunnsdelen. På spørsmål om opplevelse av egen påvirkningsmulighet i samfunnsdelen, svarer folkehelsekoordinator: «Det er åpne dører hele veien her, men jeg har ikke kapasitet til

¹³ Det ble utarbeidet ny oversikt over helsetilstand i etterkant av planprogrammet. Den ble ferdigstilt like før oppstart med samfunnsdelen Prosjektgruppa (2013).

å gå inn alle dørene[.]. Folkehelsekoordinator anslår at av en 50% folkehelsekoordinatorstilling i case-kommunen, brukes ca 20 % av stillingen på folkehelsearbeid¹⁴. Derfor er ansvaret for folkehelsekapittelet delegert til en rådgiver som fremhever videreutdanningen HELOMPLAN som årsaken til ansvaret:

Vi ble håndplukket en fra hver etat, som skulle være med i prosjektgruppa [...]i forhold til hvem som har tid, kapasitet og lyst. [...]og så ville de ha med noen som hadde erfaring med kommuneplanarbeid. Det har ikke jeg, men da hadde jeg nettopp gått på den videreutdanningen (HELOMPLAN) [...]og jeg hadde noen tanker og meninger om folkehelse, samtidig som kommuneplanen skulle revideres, og politikerne spilte vel inn at folkehelse skulle være en viktig del av det, og så klaffet det sånn.

HELOMPLAN har tilført kommunen mer kapasitet på folkehelse og har gjort det mulig å delegere folkehelseansvar for folkehelsekoordinator. Folkehelsekoordinator har en mer perifer rolle i det langsiktige utviklingsarbeidet, men utsagnene tyder på at koordinator har faglig tyngde i kommuneorganisasjonen og at kompetansen benyttes i arbeidet med samfunnsdelen gjennom et uformelt samarbeid med rådgiver.

10.10.2 HELOMPLAN-utdanningen – kompetanse og kunnskapsgrunnlag

HELOMPLAN har gitt rådgiver kompetanse på samfunnsplanlegging og folkehelse som benyttes i arbeidet med folkehelsesatsingen i det langsiktige utviklingsarbeidet. Rådgiver beskriver hvilken kompetanse videreutdanningen HELOMPLAN har tilført:

Jeg hadde lite kjennskap til folkehelse før kurset i HELOMPLAN. Jeg trodde det skulle være et kurs i organiseringen av helse- og omsorgstjenester som jeg tenkte at var noe kommunen trengte. [...]Det viste seg at kurset handlet mer om PBL, som jeg ikke hadde forholdt meg til tidligere. Det handlet om utforming av idealsamfunn med eksempler fra Norge og utlandet på god planlegging. Jeg ble oppmerksom på at folkehelse foregår mest hos arealplanleggerne, fremfor i helse- og omsorgsetaten og i etat for kultur og oppvekst. Jeg kom tilbake med masse nye ideer og oppdaget at folkehelsekoordinator og arealplanleggerne har lite kontakt i kommunen [...].

Rådgiver utdyper at de lærte: «en del om statistikk og finne frem på FHI og hvor man skal finne rapporter og veiledere og sånne ting som kan danne bakgrunnsbilde[.].». Rådgiver selv mener at HELOMPLAN- utdanningen er viktig for hvordan samfunnsdelen ser ut:

¹⁴ De resterende 30% av stillingen er folkehelserelaterte, men består av mer brukerrettede oppgaver som miljørettet helsevern, eldreomsorg og styret på frisklivssentralen.

[..]Jeg tror nok ikke at folkehelsekapittelet hadde vært sånn, hvert fall ikke hvis jeg skulle vært med, hvis ikke jeg hadde hatt den erfaringen jeg har i forhold til det studiet.

Utsagnet henviser til kunnskapen om den tverrsektorielle kjernen i folkehelsearbeidet som kommer fra HELOMPLAN. Utdanningen har tilført kommunen kompetanse som brukes til å koble samfunnsplanlegging og folkehelse i arbeidet med samfunnsdelen. Dette støttes av de øvrige informantene. På spørsmål om hvem som har fremmet folkehelse i prosjektorganisasjonen og samfunnsdelen, fremheves spesielt rådgiver. Leder for arbeidsgruppen forklarer:

[..] kompetansen som vi har støttet oss mye på er folkehelsekoordinatoren og selvfølgelig (rådgiver for folkehelse) [..] De to (folkehelsekoordinator og rådgiver) har greid å få det mye mer overordnede fokuset inn, og spesielt via (rådgiver).

HELOMPLAN fremheves som viktig for den tverrsektorielle folkehelsesatsingen i arbeidet med samfunnsdelen, mens folkehelsekoordinator har en mer perifer rolle. Det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og koblingen mellom samfunnsplanlegging og folkehelse tydeliggjøres som viktig kompetanse i arbeidet med samfunnsdelen.

10.10.3 Folkehelseoppdragelse og HELOMPLANS rolle

I denne planprosessen er planarbeidet flyttet ut av planavdelingen og over på tverrsektorielle grupper. Samtlige informanter fra prosjekt- og arbeidsgruppen oppga planprosessen og samarbeidet med rådgiver som kilden til deres folkehelseforståelse.

De intervjuede informantene, som er ansatte i planavdelingen, hadde lite kjennskap til begrepet folkehelse før rulleringen av kommuneplanen startet. Folkehelse som begrep og hovedsatsingsområde fremheves som nytt i denne planprosessen. En informant fra prosjektgruppen beskriver: «Jeg kan jo ikke si at folkehelse var så veldig fremme i mitt hode før jeg ble kastet inn i denne prosessen». Informanten oppfatter at folkehelse først startet som prat «i lunsjpausen», før det ble en del av kommuneplanrulleringen. En informant fra arbeidsgruppen utdyper at det var ulike definisjoner av folkehelse i arbeidsgruppen hvor mange: «ikke jobber med folkehelse til daglig» og de hadde et vidt perspektiv på folkehelse: «vi så egentlig den som å dekke alt. ALT er folkehelse, også ting innenfor teknisk [..]». Gjennom planprosessen har de, ifølge rådgiver, brukt: «en del definisjoner av hva folkehelse er» og diskutert: «Hva kommunens oppgave er [..]. Det er alt i en kommune som er med på å bidra til at folk skal ha et godt liv». Informantene oppgir at de gjennom planprosessen har

jobbet med definisjoner og avgrensinger. Rådgiver beskriver planarbeidet som en læringsprosess:

Vi har hatt en ganske god og lang oppdragerperiode om hva folkehelse er, for det var nok nytt for veldig mange da vi begynte det arbeidet her. I prosjektgruppa sitter prosjektleder og lederne for henholdsvis arealdel og samfunnsdel. Vi har diskutert og snakket mye om folkehelse og de har nok fått litt opplæring i hva folkehelse er og hva vi kan tenke.

Videre snakker rådgiver om folkehelseoppdragelse- og forståelse i planavdelingen:

[..]. De som jobber med arealplanen har vært veldig flinke på å sende over bilder av broer som er bra for folkehelsen. De har virkelig vært ute og googlet og sett løsninger, på alt fra grønne lunger, til turmiljøer, måter å komme seg frem på og sånne hyggelig ting.

Rådgiver har arbeidet med å skape folkehelseforståelse i prosjekt- og arbeidsgruppene, samt planavdelingen. Rådgiver beskriver læringsprosessen:

Som sagt så tror jeg at den gruppen har blitt veldig flinke på å forstå hva som er folkehelse[.] det er jo en læringsprosess. Første gang jeg snakket om det så var det sånn okay, men så har det gått seg til litt. Plutselig detter de ut: «hva var folkehelse igjen?», men nå synes jeg at de har god oversikt.

Det er en læringsprosess, men ifølge rådgiver og folkehelsekoordinator har prosjekt- og arbeidsgruppen god forståelse for hva folkehelse er. Det vises hos samtlige av informantene som er intervjuet og hvordan de snakker om folkehelse. Samtlige kjenner folkehelseprofilen og trekker den frem i sin argumentasjon for hvorfor det er viktig å satse på folkehelse: Folkehelseprofilen: “har mange røde prikker» og viser at kommunen har: “en del utfordringer”. I tillegg fremhever to av informantene kommunens historie som forklaring på for hvorfor det er viktig å ha folkehelse som hovedsatsingsområde i kommunen. Leder for planavdelingen kobler lokalhistorie til helsetilstanden i kommunen:

(Kommunen) var jo et typisk industrisamfunn [..] Det førte til, når jeg gikk ut av skolen i 1956, da var det ikke noe spørsmål om du skulle begynne å jobbe. Det var spørsmål om hvor [..] Det førte til at det var færre som tok videregående, og det gjenspeiler seg fremdeles i folkehelseprofilen. [..] Til tross for at det er 35 år siden den store nedleggelsesbølgen [..] så bærer (kommunesamfunnet) preg av den forhistorien.

Informanten snakker om folkehelseutfordringer ved å vise både til folkehelseprofilen og lokalhistorie. Videre understreker informantene, i intervjuer, n egen rolle i arbeidet med å skape folkehelseforståelse og –holdninger utover i organisasjonen. En informant i arbeidsgruppen forklarer at: «gruppen her, som har jobbet mye med kommuneplanen, må nok ta et ansvar for å lufte den inn i de andre sektorene mye tydeligere». Dette tyder på forståelse for folkehelse i de tverrfaglige gruppene som arbeider med å utforme samfunnsdelen.

Planprosessen er brukt til å definere, avgrense og diskutere folkehelse og det tyder på at arbeidet med samfunnsdelen er et redskap for læring som har skapt forståelse for folkehelse i arbeids- og prosjektgruppen. HELOMPLAN har muliggjort opplæringen og operasjonaliseringen av folkehelse i samfunnsdelen.

10.10.4 Kunnskapsgrunnlag for folkehelsesatsingen

Folkehelseprofilen og lokalkunnskap fra tjenestene fremheves som kilder til folkehelsefokuset i kommunen.

Folkehelseprofilen fremheves av samtlige informanter som grunnlaget for valget av folkehelse som hovedsatsing og utvelgelse av folkehelse tema i samfunnsdelen. Folkehelseprofilen er tydelig i oversiktsarbeidet, hvor det er redegjort for folkehelseutfordringer innen levekår, levevaner og fysisk og psykisk helse, samt frafall i videregående skole som er høyere enn i landet for øvrig (Prosjektgruppa 2013). Folkehelsekoordinator oppgir folkehelseprofilen som: «grunnlaget for mye av det jeg jobber med» og rådgiver utdyper folkehelseprofilens betydning for folkehelsekapittelet i samfunnsdelen:

[..]vi har bevisst brukt folkehelseprofilen sine målinger gjennom hele arbeidet (med kommuneplanen) for det er på en måte det vi har av målinger og da er det viktig å bygge videre på det [..]. Vi tar opp de problemområdene som folkehelseprofilen viser.

Folkehelseprofilen fremheves som en viktig kunnskapskilde i samfunnsdelen. Informantene fremhevet videre profilens potensiale til å skape forståelse for folkehelsesatsingen i kommuneorganisasjonen. En informant i prosjektgruppen forklarer:

Nå virker det som det er en generell enighet om at vi har en dårlig folkehelseprofil i denne kommunen, og jeg tror de fleste skjønner [..] at det må være lønnsomt for kommunen at du kan slippe å bruke så mye penger på å reparere, når du kunne brukt pengene på mange andre gode formål, hvis du hadde hatt en bedre folkehelseprofil. Det tror jeg bidrar til at det blir lettere å forstå hvor viktig det er å implementere dette.

Informantene viser til god kjennskap til folkehelseprofilen i prosjektorganisasjonen og politisk ledelse, i tillegg til kunnskap om at det koster mindre å forebygge enn å behandle. Det er en mulighet som kan bidra til å forankre folkehelsesatsingen. Folkehelseprofilen fremheves videre, av prosjektleder, som et verktøy som kan benyttes for å sikre fokuset på folkehelse på lang sikt:

Det å endre en folkehelseprofil er ikke gjort over natta[..]Du må tenke fremover og være villig til å gjøre disse prioriteringene daglig, hvert år i så mange år, og kanskje være villig

til å gjøre en del investeringer på det. Det er det som er vanskelig. [...] For oss i administrasjonen tror jeg det blir lettere å foreslå input på budsjettforslagene som peker i den riktige retningen, men spørsmålet er om, når det kommer til stykket, hvis en gang- og sykkelvei blir satt opp mot en sykeseng så vet man veldig ofte hvordan det går.

Sitatet viser hvordan folkehelseprofilen kan brukes som redskap for å skape forståelse for folkehelsesatsingen og opprettholde fokuset i kommuneorganisasjonen over tid. Profilen fremheves som nyttig når saker skal legges frem til politisk vedtak. Den fremheves som en mulighet til å begrense barrierene knyttet til å velge forebyggende tiltak over behandling og den kan dermed hjelpe politisk ledelse å holde fokus på sikt.

Samtidig mener folkehelsekoordinator og rådgiver at folkehelseprofilen har noen begrensninger. Folkehelsekoordinator mente at selv om det er: «mange røde prikker» på kommunens folkehelseprofil» så er «det ikke så negativt»:

[...] Den (folkehelseprofilen) henter fra databaser som trygdevesenets oppfølging av utbetalinger til fastleger. Det betyr at de er nødt til å skrive en diagnose for å få penger for en pasient, [...] og da blir det bare sykdomsfokusert, men du kan fort finne, hvis du snakker med kultur og sånn, hvor voldsomt stort engasjement det er i kommunen, for alt fra leikarringen til kunstutstillinger. Vi har (et kultursenter) her som driver med konserter, samler folk, har laget naturløyper og det er jo kjempepositivt. Det finner du ikke igjen i oversikten til folkehelsa, fordi det er ikke en sånn database, så jeg har vært litt oppgitt over den. Jeg synes den er veldig negativ. Men da blir det vår oppgave, som jobber med planen, å vise frem alt det positive som veier opp litt.

Folkehelsekoordinator påpeker at folkehelseprofilen er for sykdomsfokusert og fremhever behovet for å supplere folkehelseprofilen med lokalkunnskap om positive tiltak som finnes i kommunen. Folkehelsekoordinator nevner videre at «Ungdata-statistikken¹⁵ brukes med jevne mellomrom» og forklarer at kommunen benytter «statistikk som gjøres tilgjengelig» fordi kommunen ikke besitter god nok kompetanse på statistikk:

[...] vi har fått godkjent fra styringsgruppa at vi ikke bruker veldig mye lokal statistikk[...] Det er blant annet fordi jeg er ganske kritisk til bruk av statistikk på kommunenivå. Det er ikke mange av oss som kan mye om statistikk og da er det fort gjort å misbruke statistikk.

Det var kun folkehelsekoordinator som trakk frem manglende statistisk kunnskap som et problem i kommuneorganisasjonen. Årsaken til at ikke andre nevnte dette, kan være at

¹⁵ Ungdata er lokale spørreundersøkelser som tilbys kommuner. Undersøkelsene er standardiserte og tilpasset elever på ungdomstrinnet og i videregående skole.

koordinator har ansvaret for oversiktsarbeidet og arbeider tettere på utvelgelsen av kunnskapskilder.

Kvalitativ lokalkunnskap fremheves som en del av kunnskapsgrunnet for samfunnsdelen. Folkehelsekoordinator utdyper: «[...]ellers så blir det den erfaringen og de tilbakemeldingene vi får når vi, blant annet, går ut og snakker med tjenestene» og en spørreundersøkelse som kartlegger: «Hva er det tjenestene selv mener at de driver med av folkehelsearbeid?». Folkehelsekoordinator forteller om spørreundersøkelsen:

Tjenestene skal selv beskrive hvordan de vil jobbe med folkehelse og så skal planen samle det, sånn at vi kan vise det til andre, hvordan helheten blir i kommunen da.

Spørreundersøkelsen innhenter kunnskap om folkehelse relaterte problemstillinger og tiltak i kommuneorganisasjonen og lokalsamfunn. Målet er at den skal bidra til et helhetlig folkehelsearbeid. Rådgiver har utarbeidet en oversikt over hvem som utfører folkehelsearbeid i kommunen og innhenter også kunnskap fra tjenester i kommuneorganisasjonen som innsatsområdene til frisklivssentralen: «for de er jo ute i samfunnet og ser hvor skoen trykker [...]». Videre ble kunnskap fra barneverntjenesten trukket frem som en del av kunnskapsgrunnet i samfunnsdelen:

Barnevern, hvor ting ikke funker, gjenspeiler seg i folkehelse delen i forhold til at vi må fokusere på barn og unge og oppvekst og ivareta de fordi det er forebyggende i forhold til andre ting som skjer senere i livet.

Rådgiver viser til utfordringer innenfor barnevern og innsatsområdene til frisklivssentralen som lokalkunnskap benyttet i samfunnsdelen.

Folkehelseprofilen og økonomiske argumenter har bidratt til at folkehelse er hovedsatsingen i samfunnsdelen. Den er tydelig til stede i delmålene i samfunnsdelen og fremheves som et redskap for å holde fokuset på folkehelsesatsingen på lang sikt. Begrensningen med folkehelseprofilen ligger i sykdomsfokusering. Folkehelseprofilen suppleres, ifølge informanter, med kvalitativ kunnskap om tjenester og tiltak som finnes i kommunen.

10.10.5 Organisasjon av folkehelsearbeidet i kommunen

Organiseringen av folkehelsekompetanse i kommuneorganisasjonen påvirker kunnskapsinnhenting og spredningen av folkehelseforståelse i kommunen.

Folkehelsekoordinator har vært ansatt i case-kommunen siden 2008, og i nabokommunen siden 2002. I case-kommunen arbeider koordinator i helse- og omsorgssektoren, mens stillingen er organisert inn i planavdelingen i nabokommunen. Folkehelsekoordinator sammenlikner plasseringen av egen folkehelsekoordinatorstilling i de to kommunene:

I (nabokommunen) er jeg organisert inn i planavdelingen og der har jeg jobbet såpass lenge, i 12 år, at jeg trenger ikke å si folkehelse til dem, de tenker det selv. Jeg tenker litt at sånn burde vi gjort det her i (case-kommunen) og, fordi her er jeg lengre vekk fra dem, men samtidig er jeg nærmere andre tjenester.

Fordelen med at folkehelsekoordinator er organisert i helse- og omsorgssektoren er nærhet til praksisfeltet. Begrensningen med plasseringen av stillingen, ligger i manglende nærhet til planavdelingen. Folkehelsekoordinators oppfatning av egen organisering henger sammen med stillingens, ifølge folkehelsekoordinators, viktigste funksjon: «å være misjonær for at nå må dere tenke folkehelse alle dere andre. [...] Folkehelseansvaret ligger ikke kun hos folkehelsekoordinator». Stillingen i helse- og omsorgssektoren gir muligheter for tettere samarbeid med tjenestene, og gir, ifølge folkehelsekoordinator, mulighet til å innhente lokalkunnskap og arbeide med folkehelseforståelse i praksisfeltet.

Organiseringen tyder på at kommunen har folkehelsekompetanse både via folkehelsekoordinator ut mot kjernevirksomheten, mens rådgiver arbeider inn mot planavdelingen og de tverrsektorielle gruppene som er involvert i arbeidet med samfunnsdelen.

2. Drøfting

Anerkjennelsen av behovet for det systematiske folkehelsearbeidet er i større grad til stede i norske kommuner nå enn før, likevel er lokalt folkehelsearbeid fortsatt preget av fragmentering (Hofstad 2014). Case-kommunen har hevet folkehelse opp som hovedsatsingsområde med et fokus på å løfte folkehelse ut av helsesektoren og inn i alle deler av kommuneorganisasjon og -samfunn (Case-kommunen 2007). Det er grunnlag for å anta at kommunen har et godt utgangspunkt for å institusjonalisere folkehelsesatsingen og derfor er det interessant å se på hvor langt kommunen har kommet i sitt folkehelsearbeid. Hofstad (2014) har identifisert tre kjerneutfordringer med å iverksette det systematiske folkehelsearbeidet: 1) Oversettelsesutfordringen innebærer at nasjonale lover skal oversettes til lokal virkelighet, og folkehelsearbeidet gjøres håndterbart med støtte i lovverket for å få til det brede folkehelseperspektivet. 2) Samfunnsutviklingens fremste verktøy er planlegging hvor langsiktige mål og prioriteringer formuleres, balanseres og koordineres. Utfordringen er at kortsiktige behov ofte går på bekostning av den langsiktige utviklingen. 3) Samstyrings- og innovasjonsutfordringen ser på folkehelsearbeidet som en form for offentlig innovasjon både i måter å tenke på, organisering og ønskede politiske resultater (Hofstad 2014). Muligheter og begrensninger for å institusjonalisere folkehelse i kommuneorganisasjonen ved hjelp av kommuneplanens samfunnsdel, skal diskuteres i lys av de tre kjerneutfordringene ved å benytte teorier om virus, translasjon og nettverksstyring.

10.11 Oversettelsesutfordringen

Folkehelseideen kommer inn i en kommuneorganisasjon med etablerte måter å arbeide på og eksisterende ideer som kan være til dels motstridende (Røvik 2007; Torfing 2001). Ifølge Hofstad (2014) kan lokalt folkehelsearbeid være preget av sti-avhengighet i og med at folkehelse fortsatt er helsesektorens arbeidsområde. Sti-avhengighet innebærer at erfaringer, måter å arbeide på og kompetanser som finnes i organisasjonen påvirker hva som skjer med nye ideer og praksiser som kommer inn (Steinmo & Thelen 1992). Derfor er en viktig faktor i det systematiske folkehelsearbeidet å oversette sentrale styringssignaler til lokal praksis gjennom å innføre nye måter å forstå og organisere folkehelsearbeidet på (Hofstad 2014). Det betyr at det er behov for kompetanse, kapasitet og vilje til å oversette folkehelsepolitikken til lokale praksiser i kommuneorganisasjonen.

Ifølge Røvik (2007) er det nødvendig med translatørkompetanse på angivende og mottakende kontekst for å skape dekkende idémessige representasjoner av folkehelseideen i kommuneorganisasjonen. I case-kommunen har HELOMPLAN tilført kompetanse på folkehelse og samfunnsplanlegging, med eksempler på helsefremmende samfunnsutvikling, og kunnskap om tilgjengelige verktøy for folkehelse og planlegging. Determinantperspektivet, med fokus på faktorer som påvirker helse og synet på folkehelsearbeid som hele samfunnets ansvar, fremheves som ny kompetanse for rådgiver. Ifølge Røvik (2007) er evne til å sette seg inn i tilsvarende organisasjoner som har forsøkt å implementere ideen og oversette fra det, viktig oversettelseskompetanse. Begrensningen i rådgivers kompetanse er manglende erfaring med folkehelse- og kommuneplanarbeid. Samtidig fremheves folkehelsekoordinator som en viktig kilde til lokalkunnskap inn mot samfunnsdelen. Nærhet til tjenester, erfaring med kommuneplan- og oversiktsarbeid gir koordinator kunnskap om helseutfordringer, tjenester og tiltak. Dette tyder på at folkehelsekoordinator besitter kunnskap om mottakende kontekst som, ifølge Røvik (2007), er svært viktig for å kunne oversette og tilpasse en idé til lokale praksiser. I tillegg tyder planerfaring og ansettelsestid i de to kommunene på at koordinatoren besitter, det Røvik (2007) kaller for, organisasjons- og reformkunnskap som kan brukes til å kunne løse opp sti-avhengighet og flytte folkehelse ut av helsesektoren. Dette tyder på at det er god translatørkompetanse i kommuneorganisasjonen. Et uformelt samarbeid mellom folkehelsekoordinator og rådgiver fremheves som en mulighet til å kombinere og utnytte kompetanser på folkehelse, samfunnsplanlegging og kunnskap om lokale tjenester og praksiser i arbeidet med å oversette folkehelsepolitikk i samfunnsdelen og kommuneorganisasjonen.

Røvik (2007) nevner flere egenskaper ved translatører som er nyttig i oversettelsesarbeid. Styrke til å stå imot og begrense motstand mot folkehelseideen ser ut til å ha relevans her. Utsagn fra translatører og øvrige informanter tyder på at rådgiver og folkehelsekoordinator har faglig tyngde i kommuneorganisasjonen, noe som ser ut til å gi folkehelsesatsingen legitimitet. Både med tanke på at folkehelse er forankret som hovedsatsingsområde i samfunnsdelen og folkehelseforståelsen i prosjekt- og arbeidsgruppen. HELOMPLAN fremheves spesielt som en drivkraft i arbeidet med å oversette folkehelsepolitikken i samfunnsdelen og prosjektorganisasjonen. Rådgiver selv fremhever at folkehelsekapittelet

ikke ville hatt den tverrsektorielle forankringen uten HELOMPLAN. Dette kan være tegn på at translatørene har styrke til å stå i oversettelsesprosessen i arbeidet med samfunnsdelen.

10.11.2 Oversettelse og spredning av folkehelse i arbeidet med samfunnsdelen

Ifølge virusteorien, kan vi forvente å finne at spredning av folkehelseideen er viktig for at den skal få feste i kommuneorganisasjonen (Røvik 2007). I case-kommunen foregikk planleggingen tidligere i planavdelingen, men i denne planprosessen involverer planarbeidet prosjekt- og arbeidsgruppene, bestående av ansatte med ulike fagbakgrunner og posisjoner i kjernevirksomheten. Planprosessen fremheves som en pågående «folkehelseoppdragelse» i prosjekt- og arbeidsgruppen. Oversettelsesarbeidet og operasjonaliseringen av folkehelse i samfunnsdelen tydeliggjøres som en læringsprosess. Ved bruk av definisjoner av folkehelsearbeid, med fokus på det tverrsektorielle aspektet og bruk av folkehelseprofilen, språksettes og avgrenses folkehelsesatsingen i samfunnsdelen og prosjektorganisasjonen. Planprosessen brukes som arena for formålsrettet språksmitte (Røvik 2007), og rådgiver med HELOMPLAN tydeliggjøres som en translatør og drivkraft i å oversette og institusjonalisere folkehelsesatsingen i prosjektorganisasjonen.

Vi kan forvente å finne at direkte språksmitte mellom translatør og usmittede skaper smittebærere som kan spre folkehelseideen innad i organisasjonen (Røvik 2007). Prosjekt- og arbeidsgruppen har fått forståelse av hva folkehelse er, og snakker om det som et naturlig hovedsatsingsområde for kommuneorganisasjonen. Informantene henviser til «røde prikker» på kommunens folkehelseprofil og lokalhistorie for å vise til folkehelseutfordringer i kommunesamfunnet. Informantene fremhever nødvendigheten av forebyggende arbeid på lang sikt for å bedre folkehelsen i lokalsamfunnet. Dette tyder på at informantene fra arbeids- og prosjektgruppen er opptatt av folkehelse og at de bidrar til å skrive folkehelsesatsingen inn i organisasjonen ved å gjøre den til en naturlig del av organisasjonen. Røvik (2007) kaller det for innskriving når aktører snakker om en idé som naturlig og utstyres den med referanser til lokale forhold. Selv om det fortsatt kan være ulike forståelser av hva som fremmer folkehelse, har case-kommunen kommet et godt stykke i arbeidet med å institusjonalisere folkehelse hos personer med overordnet ansvar i ulike deler av kjernevirksomheten. Begrensningen som tydeliggjøres er fravær av planer for iverksetting og kapasitet til å spre folkehelsesatsingen utover i kommuneorganisasjonen.

10.11.3 Kunnskapsgrunnlag i samfunnsdelen

Ifølge translasjonsteorien kan vi forvente at det benyttes flere kunnskapskilder i arbeidet med å operasjonalisere folkehelse i samfunnsdelen. Det innebærer at omvandling brukes som oversettelsesregel (Røvik 2007).

Folkehelseprofilen tydeliggjøres som et viktig redskap i arbeidet med å operasjonalisere folkehelse i samfunnsdelen og rådgiver oppgir å ha tatt utgangspunkt i profilens indikatorer i folkehelsekapittelet. Folkehelseprofilen oppfattes av informantene som den viktigste av målingene kommuneorganisasjonen kan benytte i oversikts- og planarbeid. Begrensningen som fremheves er at folkehelseprofilen er for sykdomsorientert. Det er i tråd med oppfatninger som finnes igjen i andre kommuner (Velded & Hofstad 2014). Det er derfor et pålegg og behov for å supplere folkehelseprofilen med kunnskap fra andre kilder (Folkehelseinstituttet 2013; Helsedirektoratet 2013). Informantene nevner Ungdata- undersøkelsen som en tilgjengelig kilde som benyttes, i tillegg til veiledere og kunnskap om påvirkningsfaktorer. Kvalitativ kunnskap som hentes inn fra tjenestene gjennom samtaler og kartlegging av folkehelseiltak i organisasjonen oppgis videre som kunnskapskilder. I samfunnsdelen nevnes muligheter knyttet til lokale kulturiltak og utfordringer innenfor etat for barnevern, men det er tydelig at folkehelseprofilen er hoved-kunnskapskilden i samfunnsdelen og kommunens folkehelsesatsing. Dermed ser det ut til å foregå svak omvandling fra folkehelseprofilen, hvor noe kunnskap fra lokale tjenester legges til og noen elementer tones ned, jamfør addering og fratrekking (Røvik 2007). Kapasitet oppgis som årsak til vektig av kunnskapskilder og det kan påvirke frihetsgradene som translatørene tar seg, og har, til omvandling av folkehelsearbeidet i arbeidet med samfunnsdelen.

Til tross for at HELOMPLAN har tilført kapasitet og kompetanse, opplever translatørene at de har begrenset kapasitet til kunnskapsinnhenting og -spredning. Folkehelsekoordinator har en liten del av stillingen viet til folkehelsearbeid, og rådgiver har utfordringer knyttet til å balansere sitt ansvar i kjernevirksomheten med utviklingsarbeidet. I tillegg kan mangel på statistisk kompetanse utgjøre en barriere for å utvikle egen, lokalt tilpasset statistikk. Mangel på statistisk kunnskap fremheves som en utfordring i flere kommuner (Velded & Hofstad 2014). Røvik (2007) hevder at translatørkompetanse, spesielt på angivende kontekst, er svært tidkrevende, noe som bidrar til å understreke utfordringen med kapasitet. Innenfor

kommunens ressurser står tilgjengelig kunnskap fra myndigheter, spesielt i form av folkehelseprofilen, sterkt som kilde til kunnskap og folkehelseprofilen har bidratt til den tverrsektorielle forankringen av folkehelse i samfunnsdelen. Dette bidrar til å understøtte Hofstad (2014) som hevder at det er viktig at myndighetene fortsetter å gjøre kunnskap om oversiktsarbeidet lett tilgjengelig for kommunene (Hofstad 2014).

Kompetansen i case-kommunen ser ut til å være god, og HELOMPLAN, med folkehelsekoordinator i bakgrunnen, utgjør en mulighet for å lage gode oversettelser av folkehelsepolitikken tilpasset lokale forhold og bryte ned barrierer knyttet til forståelser av folkehelse gjennom arbeidet med samfunnsdelen. Den neste delen skal belyse utfordringer knyttet til langsiktig utviklingsarbeid i case-kommen.

10.12 Samfunnsutviklingsutfordringen

Folkehelsearbeid omhandler mer enn fravær av sykdom. Det er en fremtidsvisjon som involverer trivsel og det gode liv i et langsiktig perspektiv. Samfunnsutviklingsutfordringen innebærer at langsiktig utvikling, stadig vil utfordres av kortsiktige behov (Hofstad 2014). Røvik (2007) og virusteoriens immunitetsreaksjoner og virkningsmekanismer, skal brukes for å belyse hvorvidt samfunnsdelen kan få konsekvenser som kan endre folkehelsearbeidet i kjernevirksomheten på sikt.

10.12.1 Folkehelse og politiske prioriteringer i samfunnsdelen

For å få feste i kommuneorganisasjonen må folkehelseideen først komme forbi det ytre forsvarsverket, det vil si den politiske og administrative ledelsen, dersom den ikke skal dekoples i kjernevirksomheten. Er folkehelsesatsingen kun til stede i overflaten i kommuneorganisasjonen eller er ideen absorbert og adoptert?

Folkehelse er løftet opp på strategisk plannivå hvor målet er å komme på høyde med de beste folkehelseprofilene i landet i løpet av 2050 (Case-kommunen 2015). Folkehelsekoordinator fremhever viktigheten av å heve folkehelse opp på et strategisk nivå i kommuneorganisasjonen for å gjøre det lettere for kommuneorganisasjonen å prioritere folkehelse i et langsiktig perspektiv, innenfor de økonomiske ressursene som kommunen har til rådighet. Prioritering av tiltak i samfunnsdelen og bruk av planen som styringsdokument for hele organisasjonen fremheves av informanter som en mulighet for å ivareta det langsiktige perspektivet gjennom

samordning og helhet. Prioriteringer i langsiktige planer tydeliggjøres av Tewdwr-Jones (2008) som viktige fordi planleggingen skal inneholde så mange tema, og møter til dels motstridende utfordringer. Forebygging som beslutningskriterium tydeliggjøres videre som et redskap for å prioritere forebyggende tiltak over behandling i politisk vedtak. I tillegg tar det tid å implementere et tverrsektorielt folkehelsearbeid og det innebærer kontinuerlig arbeid, hvor den ene utfordringen avløser den andre uten at arbeidet noen gang kommer i mål. Determinantperspektivet tydeliggjør videre hvordan samfunnsplanlegging kan bidra til folkehelse på et mer systemisk nivå. Helsefremming rettet mot atferdsendring hos individer eller små grupper er ikke effektivt nok til å bedre folkehelsen, derfor er det behov for å endre miljøet og de sosioøkonomiske betingelsene (Barton et al. 2009). Hofstad (2014) hevder at det er nødvendig å løfte folkehelse opp på strategisk nivå for å møte utfordringene med langsiktighet. I praksis er det imidlertid begrensninger knyttet til prioriteringer av satsingsområder innenfor folkehelse i selve samfunnsdelen i case-kommunen.

Begrensningen ligger, ifølge informantene, i at politiske visjoner for samfunnsutviklingen mangler og at det er beslutningsvegring i politisk ledelse når det gjelder å foreta prioriteringer av folkehelsemål i samfunnsdelen. Det er også et premiss i det systematiske folkehelsearbeidet at politiske prioriteringer skal være en faktor i planleggingen, i tillegg til kunnskap (Helsedirektoratet 2013). Dette støttes av Hofstad et al. (2015) som hevder at politiske ønsker og prioriteringer er viktig innsikt i arbeid med oversikt over helsetilstanden, i tillegg til det faglige utfordringsbildet. Amdam (2011) finner begrensninger i forhold til politisk binding og prioritering i kommuneplaner og hevder at man på strategisk nivå, som samfunnsdelen befinner seg på, har lettere for å få tilslutning fordi planen inneholder intensjoner om handling og de er ikke nødvendigvis bindende. Falleth og Stokke (2001) hevder videre at det er en utbredt erfaring i kommuner at økonomiplaner og arealplaner er de plandokumentene som tas i bruk i organisasjonene. At det finnes beslutningsvegring på det plannivået som samfunnsdelen befinner seg på i case-kommunen, kan henge sammen med det sterke fokuset på samfunnsdelen som styringsdokument. I motsetning til ved tidligere planprosesser, når arealdel og økonomiplan har styrt kommuneorganisasjonen, er det et mål at det som vedtas i denne samfunnsdelen skal få konsekvenser for mer konkrete planer og beslutningstaking.

Hoved-begrensningen for å forankre folkehelse i kjernevirksomheten, som tydeliggjøres av informantene, er at samfunnsdelen tas i bruk som arbeidsdokument og redskap for

folkehelsearbeidet. Informantene uttrykte bekymring for at mangel på politiske prioriteringer gir administrasjonen for mye makt i kommuneorganisasjonen. I case-kommunen ser det ut til at fagpersonellet setter agendaen i samfunnsdelen, og informantene mener at samfunnsdelen er et godt styringsdokument. Det er likevel politisk ledelse som er beslutningstakerne, slik at graden av makt til å sette politisk agenda vil avhenge av at samfunnsdelen tas i bruk. Funn tyder på at samfunnsdelen er et fagdokument hvor politiske prioriteringer og eierskap er begrenset. Manglende instruksjoner fra politisk ledelse kan, i henhold til virusteorien, tyde på at samfunnsdelen ikke vil få ønsket virkning og dekoples i kjernevirksomheten. Dersom samfunnsdelen ikke er forankret i politisk ledelse kan det bidra til at ledelsen ikke prøver hardt nok å implementere og oversette ideene slik at de endrer praksisfeltet (Røvik 2007). Det kan få konsekvenser for langsiktigheten ved at det styres fra sak til sak som før og at folkehelsesatsingen ikke absorberes i kjernevirksomheten. utfordringer med politisk mobilisering og tydeliggjøring av politisk rolle i å sikre langsiktig folkehelsesatsing viser seg å være utfordrende. Ifølge Aarsæther (2012b) har det, etter innføring av planloven i 2008, vist seg vanskelig å mobilisere de folkevalgte i arbeidet med strategisk planlegging selv om det dreier seg om å ha en formening om lokalsamfunnets utvikling.

10.12.2 Administrativ ledelse og legitimitet

Administrativ ledelse fremheves som viktige for å legge til rette for intern smittespredning og for å sikre langsiktighet i folkehelsearbeidet. I case-kommunen fremhever informantene fra prosjekt- og arbeidsgruppen viktigheten av at samfunnsdelen kommer fra rådmannen. I en studie av oversiktsarbeidet finner Hofstad et al. (2015) at forankring hos rådmannen er en avgjørende faktor for å gjennomføre oversiktsarbeidet. I case-kommunen organiserer rådmannen planarbeidet og oppfattes som tydelig i sine forventninger til prosjektorganisasjonen, i henhold til fremdrift og føringer for innholdet i samfunnsdelen. Det påpekes videre at et tydelig oppdrag fra rådmannen gir prosjektleder nødvendig legitimitet til å involvere ansatte i kommuneorganisasjonen i planarbeidet. Legitimitet i form av interne krav fra rådmannen kan, ifølge Røvik (2007), bidra til at det langsiktige utviklingsarbeidet får feste i kjernevirksomheten. Det er imidlertid begrenset deltakelse fra kommunalsjefer, og tverrsektoriell involvering av ansatte utover i kommuneorganisasjonen, i planarbeidet. Informantene tydeliggjør at administrativ ledelse har ansvar for å prioritere utviklingsarbeidet foran kjernevirksomhet for sine ansatte. Mangel på slike prioriteringer fremheves og det tyder

på at folkehelsesatsingen ikke er godt nok absorbert hos rådmannens nærmeste ledere. Det ser ut til å være en dekopling, når det gjelder forventninger og prioritet av det langsiktige utviklingsarbeidet, mellom rådmann og kommunalsjefer.

10.12.3 Kapasitet og forståelse

Til tross for mål om styrket styring og større bevissthet rundt planprosessen (Case-kommunen 2012), kan sti-avhengighet og ervervede immunitetsreaksjoner påvirke ledelse og organisasjon til handle i henhold til gamle praksiser (Røvik 2007; Steinmo & Thelen 1992). Dette kan påvirke deltakelsen i planprosessen.

Planarbeidets organisasjonsform fremheves som en barriere for deltakelse i utviklingsarbeidet. Informanter hevder at daglig drift går på bekostning av det langsiktige utviklingsarbeidet fordi planarbeidet er organisert som prosjekt. For politikerne er politikken et frivillig verv ved siden av andre jobber. De folkevalgte har driftsmessige oppgaver som må løses, de har få møter og lange sakslister. Det er belegg for å si at det er knapt med tid for den politiske ledelsen til å imøtegå alle oppgavene de er tillagt, deriblant ansvaret for langsiktig samfunnsplanlegging. Administrativ ledelse styrer kjernevirksomheten og de daglige behovene som stadig må prioriteres. Prosjektorganiseringen begrenser handlingsrommet for å prioritere langsiktig utviklingsarbeid over kortsiktige behov, og dette begrenser deltakelse i planarbeidet på alle nivåer i organisasjonen. Dette får støtte av Hofstad (2014) som hevder at langsiktigheten ofte går på bekostning av kortsiktige hensyn som sykdom og behandlingstilbud, og medfører at det langsiktige utviklingsarbeidet ikke blir prioritert i norske kommuner.

Forståelse for samfunnsplanlegging og folkehelse fremheves som en barriere for ledelsens prioritering av planarbeidet. Funn tyder på at det er ulik forståelse og forventning til planarbeidet i prosjekt- og arbeidsgruppene på den ene siden, og hos kommunalsjefer og politisk ledelse på den andre siden. Sti-avhengighet kan forklare hvorfor ledelsen ikke har tatt PBL og ansvaret for samfunnsplanleggingen inn over seg, ettersom man faller inn i gammel praksis og handlingsmønstre (Steinmo & Thelen 1992). I case-kommunen kan det være snakk om en ervervet immunitet (Røvik 2007), basert på minner fra tidligere planprosesser hvor samfunnsdelen ble utformet av administrasjonen, i planavdelingen, og ikke fikk konsekvenser for styre og praksis. Virusteorien har et tydelig aktørperspektiv (Røvik 2007) og sti-avhengighet kan løses opp over tid. På grunn av dette handlingsrommet hos aktørene, ser

forståelse for folkehelse og samfunnsplanlegging ut til å utgjøre en viktig barriere, også i ledelsen, for deltakelse i planprosessen. Dette finner støtte hos Sørensen og Torfing (2003), som hevder at felles mål kan få aktører til å ønske å delta i tverrfaglig samarbeid.

10.12.4 Folkehelseprofil og økonomi

Folkehelseprofilen og økonomi fremheves som bakgrunn for folkehelsesatsingen i kommuneorganisasjonen. «Røde prikker» på folkehelseprofilen, som antyder folkehelseutfordringer på flere områder i kommunesamfunnet, og argumenter om at kommunen vil spare penger på sikt gjennom å dreie fokuset fra behandling til forebygging, er argumenter som går igjen i case-kommunen. Folkehelseprofilen tydeliggjøres som en mulighet for forankre folkehelse i kommuneorganisasjonen, gjennom arbeidet med samfunnsdelen. I tillegg fremheves folkehelseprofilen som en mulighet til å kunne støtte og opprettholde folkehelsefokuset på lang sikt, i tillegg til målene i samfunnsdelen. Dette støttes av Hofstad (2014) som hevder at en form for «kriseforståelse» kan trigge satsing på utviklingsarbeid.

Ifølge virusteorien tyder analysen på at folkehelseideen er tatt inn i kommuneorganisasjonen, men det gjenstår mye når det gjelder å forankre eller absorbere ideen i organisasjonen. Forankring og forståelse av folkehelse i ledelsen fremheves som viktig for å legitimere utviklingsarbeidet og samfunnsdelen i kommuneorganisasjonen og dermed for å sikre folkehelsesatsingen på lang sikt. Røvik (2007) viser imidlertid at flere aktører kan spille viktige roller i å oversette folkehelsepolitikken til lokale forhold og institusjonalisere folkehelse i organisasjonen. Det neste kapittelet skal derfor belyse hvilke muligheter og begrensninger som finnes i kommuneorganisasjonen med å forankre folkehelse i samfunnsdelen – utover de betingelsene som er beskrevet for ledelsen. Her skal betydningen av ildsjeler og innovasjon drøftes, særlig HELOMPLAN-utdanningens funksjon og bidrag til et innovativt og langsiktig folkehelsearbeid i kommuneorganisasjonen.

10.13 Samstyring og innovasjon

Hofstad (2014) kaller den siste kjerneutfordringen i folkehelsearbeidet for «samstyrings- og innovasjonsutfordringen». Folkehelsearbeid krever nye måter å arbeide og tenke på når det skal løftes ut av helsesektoren og over på hele kommuneorganisasjonen, i tråd med determinantperspektivet og faktorer i omgivelsene som påvirker helse. Utviklingen av nye mål

for folkehelse og omorganiseringen av folkehelsearbeidet gjør at arbeidet med samfunnsdelen kan sees på som en innovasjonsprosess. Ifølge Hartley (2005) kan prosessen studeres ved å se på hvordan kommuneorganisasjonen legger til rette for og støtter innovasjon. Her skal nettverksteori benyttes for å se på muligheter og begrensninger med å forankre folkehelse horisontalt og vertikalt i kommuneorganisasjonen. Sørensen og Torfing (2011) hevder at *utvelgelse av satsingsområder, implementering og formidling* av nye praksiser kan styrkes gjennom tverrfaglig samarbeid mellom aktører som påvirkes av samfunnsdelen og folkehelsesatsingen. Sørensen og Torfing (2011) mener at det vil finnes kontekstuelle, institusjonelle, kulturelle og organisatoriske drivkrefter og barrierer i kommuneorganisasjonen for å få uavhengige aktører til å samarbeide om innovasjon i folkehelsearbeidet (Sørensen & Torfing 2011).

10.13.1 Hvordan legges det til rette for innovasjon?

Informantene understreker at folkehelseholdninger, i form av fagbakgrunn og arbeidsområde, er den viktigste begrensningen og muligheten for å institusjonalisere folkehelsesatsingen i kommuneorganisasjonen. Folkehelsekoordinator trekker frem at det finnes gode folkehelseholdninger i kommuneorganisasjonen, men det er fortsatt et stykke å gå før tjenestene tar inn over seg ansvar og forståelse for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

En mulighet for å forankre folkehelsesatsingen, er organiseringen av planarbeidet som tverrsektorielt prosjektarbeid. Planprosessen tydeliggjøres, av informantene, som et redskap for å sikre deltakelse fra flere fagområder og sektorer som påvirkes av samfunnsdelen og folkehelsesatsingen. På den ene siden kan deltakelse i planarbeidet fungere som en læringsprosess, hvor folkehelseforståelsen heves og gode folkehelseholdninger skapes. På den andre siden kan tverrsektoriell deltakelse, ifølge informanter, føre til at samfunnsdelen blir mer praksisnær ved at problemstillinger og utfordringer ute i tjenestene dekkes i samfunnsdelen. Det støttes av Hofstad (2014), som beskriver planprosess som en bevisstgjørings- og læringsprosess. Sørensen og Torfing (2011) hevder at tverrfaglig samarbeid, med gjensidig utveksling av ideer og læring mellom autonome aktører, er viktig for å skape eierskap og få til innovasjon (Sørensen & Torfing 2011). I praksis er det imidlertid barrierer knyttet til å få til deltakelse og involvering i planprosessen, på flere nivåer i kommuneorganisasjonen.

Ifølge Sørensen og Torfing (2011) kan organisatoriske utfordringer begrense aktørenes ønske om å delta i innovative samarbeid. I case-kommunen er det muligheter og begrensninger knyttet til organiseringen av kommuneplanarbeidet som prosjekt. På alle nivåer i organisasjonen fremheves oppgaver i kjernevirksomheten som begrensende for ledelsens og ansattes, utover i organisasjonen, kapasitet til deltakelse i arbeidet med samfunnsdelen. I tillegg har arbeids- og prosjektgruppene utfordringer med tidspress i planarbeidet. En mulighet for bedre kapasitet i kommuneplanleggingen kan, ifølge prosjektleder, være å organisere planarbeidet som en naturlig del av kommuneorganisasjonen. Samtidig vil en slik organisering medføre at de som utfører planarbeidet arbeider lengre unna praksisfeltet.

Informantene understreker at prosjektorganiseringen gjør det mulig å få til tverrsektoriell deltakelse i planarbeidet. Arbeidet med samfunnsdelen er flyttet ut av planavdelingen og over på tverrfaglige og sektorielle grupper som består av autonome aktører med ulike fagbakgrunner og overordnede posisjoner i kjernevirksomheten. Planprosessen og arbeidet med å utarbeide målsettinger for folkehelsearbeidet i samfunnsdelen, har gitt prosjektdeltakerne engasjement for og forståelse av folkehelse. Dette tyder på at arbeidet med samfunnsdelen har tilført eierskap til planen og har bidratt til å forankre folkehelsesatsingen i prosjekt- og arbeidsgruppen. Begrensningen som fremheves for å forankre folkehelse, er å få til involvering i planarbeidet, utover prosjekt- og arbeidsgruppen. I tillegg savner informantene midler og planer for å innhente informasjon til samfunnsdelen og spre folkehelsesatsingen i sine etater. Dette tyder på at organisasjonen mangler strukturer som legger til rette for kultivering som, ifølge Sørensen og Torfing (2011), er en god strategi for å få til innovasjon. Ifølge begreper fra Sørensen og Torfing (2011) tyder funn på at det er høy grad av intern kommunikasjon i arbeids- og prosjektgruppen, men det er begrensninger knyttet til ekstern kommunikasjon og forankring av folkehelse utover i kommuneorganisasjonen.

I henhold til begrepet metastyring, fremstår administrativ ledelse som viktige tilretteleggere for nettverksstyring og tverrfaglig samarbeid i hele kommuneorganisasjonen (Sørensen & Torfing 2011). I case-kommunen fremheves forankring av planarbeidet hos rådmannen og kommunalsjefer som viktig for å gi utviklingsarbeidet legitimitet i kommuneorganisasjonen. Rådmannen oppfattes som tydelig på at samfunnsdelen er et arbeids- og styringsdokument som kommuneorganisasjonen skal arbeide etter. Samtidig mener informanter at manglende forståelse for omfanget av planarbeidet hos kommunalsjefer fører til at de nedprioriterer

utviklingsarbeidet, både i forhold til egen deltakelse og for sine ansatte. Sørensen og Torfing (2011) hevder at fagbakgrunn kan utgjøre en kulturell barriere som hindrer aktørenes ønske om å delta i arbeidet med samfunnsdelen og innovasjon av folkehelsearbeidet. Det kan se ut som fravær i planprosessen begrenser eierskapet til samfunnsdelen i administrativ ledelse, noe som videre begrenser tverrsektoriell deltakelse i planarbeidet utover i kommuneorganisasjonen. Informantene antyder at til tross for prosessfokusert i kommuneplanleggingen, operer kommuneorganisasjonen i praksis fortsatt med medvirkningsprosesser, i form av skriftlige innspill, slik som var vanlig ved tidligere planprosesser. Dette tyder på at administrativ ledelse ikke legger godt nok til rette for at fagfolk med nærhet til praksisfeltet deltar i arbeidet med samfunnsdelen. Det kan bidra til at samfunnsdelen dekoples i praksisfeltet og kan svekke forankringen av folkehelsesatsingen. Ifølge Helgesen et al. (2014) er kommunalsjefer viktige aktører i arbeidet med å legge til rette for samarbeid mellom tjenester.

10.13.2 Politisk ledelse – eierskap og forankring

Sørensen og Torfing (2011) hevder at sterk ansvarsdeling mellom fagpersonell og politisk ledelse sammen med manglende arenaer og strukturer for dialog kan utgjøre institusjonelle barrierer for innovasjon. I tillegg kan det, i henhold til Sørensen og Torfing (2011), finnes kulturelle og organisatoriske drivkrefter og barrierer i kommuneorganisasjonen som begrenser og muliggjør samarbeid om innovasjon mellom prosjektorganisasjon og politisk ledelse.

Det finnes en mulighet for forankring av folkehelse i at politisk ledelse har vedtatt å heve folkehelse opp som hovedsatsingsområde i samfunnsdelen. Kommunestyret er pålagt å ta hensyn til folkehelse i samfunnsplanleggingen (Helse- og omsorgsdepartementet 2011), samtidig er det de som har vedtatt folkehelse som hovedsatsingsområde, fremfor en rekke andre tema. Det tyder på at det er felles overordnede mål om å satse på folkehelse i prosjektorganisasjonen og den politiske ledelsen. Det ser videre ut til å finnes både engasjement for og ønsker om å sette seg inn i samfunnsdelen hos politikerne, noe som kan være en mulighet for å forankre folkehelsesatsingen i kommuneorganisasjonen. Dette er i tråd med forskning som viser at folkevalgte generelt har et ønske om å få til mer holistisk styring, gjennom å levere mer effektive, ansvarlige, målrettede og fleksible tjenester (Sørensen &

Torfing 2011). Det er likevel flere faktorer som tyder på at folkehelsesatsingen har begrenset forankring i politisk ledelse og at den kan dekoples i kjernevirksomheten.

Det finnes barrierer for tverrfaglig samarbeid mellom prosjektorganisasjon og politisk ledelse. Informantene opplever fravær av dialog i møter og begrenset politisk deltakelse i arbeidet med samfunnsdelen. Politisk ledelse får ferdige dokumenter som de stemmer over, uten diskusjoner med fagpersonellet. Kapasitet fremheves som en utfordring for politisk ledelse, noe som bidrar til at behov i daglig kjernevirksomhet prioriteres over planarbeid. I tillegg fremhever informantene møtestruktur og manglende arenaer for dialog som barrierer for muligheten for samarbeid mellom fagpersonell og politisk ledelse.

Forståelse fremheves som en barriere for politisk deltakelse i arbeidet med samfunnsdelen. Ulike forståelser for folkehelse og samfunnsplanlegging, i prosjektorganisasjonen og i politisk ledelse, er synlig i møter og i de skriftlige tilbakemeldingene til samfunnsdelen. I tillegg er samfunnsplanlegging og folkehelse en del av arbeids- og prosjektgruppene arbeidshverdag, mens politisk ledelse har ulike kompetanser, mange, og noen ganger motstridende, oppgaver å håndtere. Planprosessen tyder på at det, jamfør Sørensen og Torfing (2011), er sterk ansvarsdeling og separasjon mellom prosjektorganisasjonen og politisk ledelse. Dette samsvarer ikke med det overordnede prosessfokus som er vedtatt i case-kommunens planstrategi, men tyder på at tidligere erfaringer, hvor arbeidet med samfunnsdelen ble utført i planavdelingen, og hvor andre aktører var involvert gjennom skriftlige innspill, påvirker nåværende planprosess. Erfaringer og kompetanse kan betone sti-avhengighet i politisk ledelse som begrenser deltakelse i planarbeidet og forankring av folkehelsesatsingen.

Sørensen og Torfing (2003) fremhever nettverksbaserte samarbeidsformer som en mulighet for å bryte ned byråkratisk siloorganisering, hvor det er lite samarbeid på tvers av etater, og motstand i sterke faggrupper. I henhold til den generelle betraktningen om folkehelseholdninger og fag som hoved-barrieren for deltakelse i innovativt samarbeid, kan det synes som kompetanse på samfunnsplanlegging og folkehelse er både en konsekvens av og årsak til manglende politisk deltakelse i utviklingsarbeidet. Sørensen og Torfing (2011) hevder at kulturelle barrierer er de viktigste å bryte ned for å få til innovativt folkehelsearbeid, fordi motstand knyttet til holdninger og fagbakgrunn kan bidra til å bryte ned andre barrierer. Det er nødvendig fordi politisk ledelse tydeliggjøres som viktige for å spre folkehelsesatsingen

i kommuneorganisasjonen, men også utad i kommunesamfunnet. Dette støttes av Hofstad (2014) som hevder at politisk forankring av folkehelsearbeidet kan gi det legitimitet og bidra til å utfordre siloorganisasjoner.

10.13.3 Hvordan kan folkehelsekompetanse og kunnskap støtte innovasjon?

I henhold til nettverksteori og aktørfokuset i institusjonell pragmatisme kan vi forvente at innovasjon kan komme fra flere steder i organisasjonen (Røvik 2007; Sørensen & Torfing 2011). Likevel er det behov for strukturer som støtter innovativ nettverksstyring i kommuneorganisasjonen (Sørensen & Torfing 2011). Folkehelsekompetanse knyttet til arbeidet med samfunnsdelen kan derfor bidra til å bryte ned eller svekke barrierer som hindrer aktører i å delta i tverrsektorielt innovativt samarbeid om samfunnsdelen.

Organiseringen av folkehelsekompetanse i kommuneorganisasjonen kan påvirke forankringen av folkehelse i kommuneorganisasjonen. Folkehelsekoordinator er organisert inn i helse- og omsorgsetaten, og informantene fremhever en erfaren folkehelsekoordinator som kjenner tjenester og tiltak som en mulighet for forankring av folkehelse. Denne organiseringen gir folkehelsekoordinator mulighet til å oversette mellom samfunnsdelen og virksomheter i kommuneorganisasjonen. Folkehelsekoordinator oppgir at den viktigste oppgaven i stillingen er å drive misjonering for å få tjenestene til å tenke folkehelse selv. En spørreundersøkelse til tjenestene, i forbindelse med kommuneplanarbeidet, oppfattes som en konkret mulighet til å skape folkehelseforståelse i praksisfeltet. Ifølge Sørensen og Torfing (2011), kan det bidra til å bryte ned barrierer for å få ansatte utover i organisasjonen til å ville delta i tverrsektorielt samarbeid og innovasjon i folkehelsearbeidet. Folkehelsekoordinatorstillingen og –kompetansen utgjør en mulighet for å forankre folkehelse i kjernevirksomheten.

Begrensningen i organiseringen av folkehelsekoordinatorstillingen er avstand til planavdelingen. Andre studier antyder at denne typen stilling bør være organisert i planavdelingen på grunn av folkehelsens tverrsektorielle fokus. En rapport fra NIBR viser at plasseringen av folkehelsekoordinator speiler folkehelseprioriteringene og finner at en plassering i rådmannens stab eller andre etater enn helse- og omsorg er nyttig for å oppå tverrsektoriell forankring av folkehelsearbeidet (Helgesen et al. 2014). Funn fra casekommunen antyder muligheter og begrensninger ved begge plasseringene, og at det ideelle nok vil være «ja takk, begge deler». Dette støttes i en rapport som oppsummerer

folkehelsearbeidet i kommuner etter samhandlingsreformen. Rapporten finner ingen entydig konklusjon på hvor det er mest gunstig å plassere folkehelsekoordinatorstillingen (Schou & Hofstad kommer i juni 2016). I denne kommuneorganisasjonen fungerer folkehelsekoordinators plassering i helse- og omsorgssektoren, blant annet fordi rådgiver med HELOMPLAN arbeider tett på de tverrfaglige gruppene som skriver samfunnsdelen og planavdelingen.

HELOMPLAN-kompetansen fremheves som en mulighet for å støtte opp under et tverrsektorielt folkehelsearbeid. I henhold til translasjonsteorien fremstår HELOMPLAN som en utviklingsarena som viser at spredningen av folkehelseideen ikke er avhengig av å komme fra ledelsen. Plasseringen av rådgiver i prosjektorganisasjonen, med ansvaret for folkehelsekapittelet, gir nærhet til kommuneplanleggingen. Folkehelseoppdragelse og -forståelse i prosjekt- og arbeidsgruppen tyder på at HELOMPLAN har en viktig rolle forhold til den nytenkningen som vises i folkehelsesatsingen, i samfunnsdelen og prosjektorganisasjonen. Dette er i tråd med utdanningens mål om å tilføre kompetanse som kan bidra til «innovasjon og utvikling på tvers av etater» (Hofstad & Helgesen 2013). Det ser ut til at HELOMPLAN har gitt rådgiver engasjement og kompetanse som benyttes til å bringe sammen ulike fagpersoner som arbeider med samfunnsdelen. I henhold til begrep om metastyring, tyder dette på at HELOMPLAN utgjør en mulighet til å tilrettelegge for, og støtte, tverrsektorielt samarbeid og innovasjon i folkehelsearbeidet. Metastyring innebærer bevisste forsøk på å gi retning til tverrsektorielt samarbeid (Sørensen & Torfing 2011). HELOMPLAN-kompetansen benyttes i arbeidet med samfunnsdelen til å bryte ned barrierer i folkehelsearbeidet, særlig knyttet til kulturelle barrierer som forståelse. Dette er en mulighet for å forankre folkehelse gjennom arbeidet med samfunnsdelen, og kan på sikt, bidra til å begrense fragmenteringen av folkehelsearbeidet i kommuneorganisasjonen. En evaluering av HELOMPLAN understreker at utdanningen kan ha en positiv effekt på kommunenes oppfølging av folkehelseloven (Hofstad & Helgesen 2014).

Hofstad et al. (2015) hevder at lokalt folkehelsearbeid i stor grad er ildsjel-drevet. Funnene i case-kommunen tyder på folkehelsekoordinator og rådgiver har kompetanse og engasjement for tverrsektorielt folkehelsearbeid og er viktige ildsjeler for å bryte ned barrierer knyttet til folkehelsearbeidet. Begrensningene hos translatorene ligger i kapasitet og ressurser til oversiktsarbeid og spredning av folkehelseideen.

Folkehelseprofilen tydeliggjøres som viktig i arbeidet med å skape folkehelseforståelse hos informantene i prosjektorganisasjonen. Ifølge Sørensen og Torfing (2011) kan en mulighet for å få til innovasjon, være å konstruere folkehelse som en hastesak. Folkehelseprofilen har i dette perspektivet potensiale, å utnytte sitt sykdomsfokus, for å skape en følelse av at det haster å gjøre noe med helseutfordringene. Det kan, ifølge Sørensen og Torfing (2011), bidra til å skape enighet om mål og få uavhengige aktører til å samarbeide om innovasjon.

11 Oppsummering av muligheter og begrensninger for forankring

Tverrsektorielt samarbeid tydeliggjøres som en suksessfaktor for folkehelsearbeidet i case-kommunen, noe som har god støtte i tidligere forskning som Barton et al. (2009) og Hofstad et al. (2015). I tillegg understreker nettverksteorien betydningen av tverrsektorielt samarbeid for innovasjon, eierskap og forankring av folkehelse i kommuneorganisasjonen (Sørensen & Torfing 2011). Hvor langt har case-kommunen kommet i å forankre folkehelsesatsingen? Det følgende er en oppsummering av de viktigste muligheter og begrensninger som finnes i bruken av samfunnsdelen for å forankre folkehelse i kommuneorganisasjonen, og hvilken betydning HELOMPLAN har for utviklingen av kommuneplanens samfunnsdel som forankringsredskap.

11.1 Muligheter

Folkehelse er tatt inn i kommuneorganisasjonen og hevet opp på strategisk nivå i samfunnsdelen. Prioriteringer i samfunnsdelen er et steg i retning mot et langsiktig fokus og prioritering av forebyggende arbeid. Planprosessen trekkes frem som en mulighet til å skape bevissthet om folkehelseutfordringene i folkehelseprofilen, til å tenke nytt og til å forankre folkehelse i kommuneorganisasjonen.

Rådmannens tydeliggjøring av samfunnsdelen som krav til kommuneorganisasjonen er viktig for å gi arbeidet med samfunnsdelen legitimitet. Det kan bidra til tverrsektoriell deltakelse i planprosessen og utgjør en mulighet for å forankre folkehelse i kommuneorganisasjonen

Planleggingen er flyttet ut av planavdelingen og utføres av tverrfaglige team. Språksettingen av folkehelsesatsingen gjennom arbeidet med samfunnsdelen har resultert i forståelse av og engasjement for folkehelse hos de som arbeider med samfunnsdelen, spesielt i prosjekt- og arbeidsgruppen. Det tyder på at arbeidet med samfunnsdelen er en mulighet for å forankre folkehelse hos ansatte i overordnede posisjoner i kjernevirksomheten, herunder planavdelingen.

Folkehelsekoordinators kompetanse og nærhet til tjenestene åpner flere porter for forankring av folkehelsesatsingen utover i organisasjonen. Et uformelt samarbeid med rådgiver om samfunnsdelen, spredning av folkehelseforståelse og –holdninger gjennom kunnskapsinnhenting og kontakt med tjenester i kjernevirksomheten viser at folkehelsekoordinator bruker planprosessen til kartlegginger som kan bidra til folkehelseforankringen, i relasjon til, og ved siden av arbeidet med samfunnsdelen.

Folkehelseprofilen fremheves som et viktig kunnskapsgrunnlag for folkehelsesatsingen og som et redskap for å skape forståelse for behovet for folkehelsesatsingen i kommunen. Informantene mener at profilen kan brukes til å opprettholde fokuset på folkehelse over tid. I tillegg kan den bidra til at ansatte ønsker å delta i tverrsektoriell innovasjon.

11.2 Begrensninger

Informantene opplever at politisk ledelse ikke har samme folkehelseforståelse og ikke er på samme plannivå som utførerne av samfunnsdelen. Begrenset dialog mellom prosjektorganisasjonen og politisk ledelse i arbeidet med samfunnsdelen, i tillegg til fravær av politiske prioriteringer i samfunnsdelen, kan tyde på at det ikke er et godt nok eierskap til samfunnsdelen i politisk ledelse. Det kan bidra til at folkehelsesatsingen dekoples i kjernevirksomheten.

Kommunalsjefene beskrives som fraværende i arbeidet med samfunnsdelen, og informantene antyder at forståelse for omfanget av planarbeidet begrenser deltakelsen og dermed eierskapet til samfunnsdelen i administrativ ledelse. Det er en utfordring fordi det påpekes at det er administrativt lederansvar å sikre tverrsektoriell deltakelse i planarbeidet utover i kommuneorganisasjonen. Deltakelsen i planarbeidet utover i planorganisasjonen er

begrenset, og det kan bety at det fortsatt er en lang vei å gå med å forankre folkehelse utover i organisasjonen.

Kapasitet er en utfordring på alle nivåer. Prosjektorganiseringen innebærer at kortsiktige utfordringer i daglig drift gir begrenset tid til langsiktig utviklingsarbeid.

Planverktøy for iverksetting, i form av å spre informasjon og gi opplæring på samfunnsdelen og folkehelse, utover i kommuneorganisasjonen oppfattes som en fraværende og det kan begrense forankringen av folkehelse i kommuneorganisasjonen.

11.3 HELOMPLANs betydning for folkehelseforankring

HELOMPLAN påvirker hvordan drivkreftene og barrierene for forankringen av folkehelsearbeidet utspiller seg. Rådgiver fremstår som viktig for oversettelsen av folkehelsepolitikken og forankringen av folkehelse i samfunnsdelen, og har tilført folkehelseforståelse i de tverrfaglige arbeids- og prosjektgruppene. Dette tyder på at utdanningen har gjort det mulig å tilrettelegge for tverrsektorielt samarbeid og forankre folkehelse gjennom arbeidet med samfunnsdelen. Engasjementet for folkehelse og kompetanse på koblingen mellom folkehelse og samfunnsplanlegging, i tillegg til støtte av folkehelsekoordinator, ser ut til å gi folkehelsesatsningen legitimitet. Det er nødvendig for å møte samstyrings- og innovasjonsutfordringen, og finne nye måter å arbeide på når folkehelse skal ut av helsesektoren.

Begrensningen for å forankre folkehelse består i at, til tross for at HELOMPLAN har tilført kommunen kompetanse, engasjement og kapasitet til folkehelsearbeidet, er det fortsatt begrenset kapasitet til oversiktsarbeid, oversettelse i samfunnsdelen og ut i organisasjonen.

12 Veien videre

Ifølge Røvik (2007) er det mulig å avlede normative implikasjoner av translasjon- og virusteorien. Derfor kan det teoretiske rammeverket brukes til å belyse hvordan kommuneorganisasjonen kan håndtere folkehelsepolitikken og det videre arbeidet med å institusjonalisere et tverrsektorielt folkehelsearbeid. Ifølge nettverksteorien er det mulig å antyde hvordan kommuneorganisasjonen kan opprettholde og implementere varige strukturer for innovasjon og tverrsektorielle samarbeid for å forbedre folkehelsearbeidet (Hartley 2005; Sørensen & Torfing 2011).

Folkehelseholdninger og -forståelse fremstår som den viktigste muligheten for å forankre folkehelse i kommuneorganisasjonen. Samtidig er manglende folkehelseforståelse en begrensning, og det er flere tegn til dekopling mellom samfunnsdelen og kjernevirksomheten. Ifølge virusteorien kan det føre til at folkehelseideen inaktiveres når planarbeidet er avsluttet (Røvik 2007). Det er mulig å bryte ned sti-avhengighet og begrense immunitetsreaksjoner, men forankringen av folkehelseideen i kommuneorganisasjonen vil, ifølge Røvik (2007); Steinmo og Thelen (1992), ta tid og foregå stegvis. Hvorvidt folkehelse får feste i kjernevirksomheten vil derfor avhenge av at engasjementet rundt samfunnsdelen som styringsdokument, og av at det tverrsektorielle folkehelsearbeidet opprettholdes og videreføres i etterkant av kommuneplan-prosessen. Ifølge Røvik (2007) må ideen holdes levende og aktiv i organisasjonen slik at den ikke inaktiveres eller dør ut. Dette støttes av Hofstad (2014) som mener at det må legges til rette for å få ildsjeler for folkehelsearbeidet til å brenne.

Den tverrsektorielle organiseringen av planarbeidet har gitt sentrale deltakere i planarbeidet eierskap til samfunnsdelen og god forståelse for folkehelse. Disse aktørene har et potensiale til å fungere som smittebærere som sprer folkehelseideen ut i sine etater i kjernevirksomheten. I tillegg finnes det flere aktører med HELOMPLAN- utdanning i organisasjonen som potensielt kan spre folkehelsesatsingen. Røvik (2007) hevder at formålsrettet språkssmitte er en måte å institusjonalisere en idé i en organisasjon. Det innebærer å legge til rette for opplæring og spredning utover i kommuneorganisasjonen i etterkant av planarbeidet.

Administrativ ledelse fremheves som viktige tilretteleggere for tverrsektorielt samarbeid fordi de har myndighet til å foreta prioriteringer mellom kortsiktig og langsiktig utviklingsarbeid

for sine ansatte i kommuneorganisasjonen. I tillegg utfordrer folkehelsens tverrsektorielle fokus kommunenes vante måte å arbeide på, og derfor er det, ifølge Hofstad (2014), viktig å forankre folkehelsearbeidet i administrativ ledelse. Sørensen og Torfing (2011) hevder at proaktive former for nettverksstyring kan forsterke drivere og bryte ned barrierer i folkehelsearbeidet ved å legge til rette for selvregulerende samarbeidsprosesser lengre utover i organisasjonen. Riktig institusjonelt design og styre kan gjøre samarbeid til en viktig kilde til innovasjon i offentlig sektor (Sørensen & Torfing 2011). Kultivering kan videre benyttes som strategi for å få til innovasjon. Det innebærer å legge til rette for en type samarbeid som gjør det mulig for aktørene å utveksle og teste ideene i sitt daglige virke (Sørensen & Torfing 2011). Tilrettelegging for tverrsektorielt samarbeid og kultivering kan bidra til å skape eierskap, heve folkehelsekompetansen og skape ildsjeler for et innovativt folkehelsearbeid i kommuneorganisasjonen.

Politisk ledelse tydeliggjøres som en viktig faktor for å gi folkehelsesatsingen legitimitet. Røvik (2007) hevder at forankring i politisk ledelse kan bidra til å tette gapet mellom samfunnsdelen og praksisfeltet. I tillegg har de folkevalgte, ifølge Hofstad (2014), potensiale til å være entreprenører og få til endring. Når det gjelder forståelse som en sterk barriere for innovasjon og forankring, antyder nettverksteorien behov for kompetanseheving gjennom samarbeid med fokus på gjensidig læring og utvikling av felles mål (Sørensen & Torfing 2011). Det kan skape eierskap til samfunnsdelen og folkehelsesatsingen og, ifølge Sørensen og Torfing (2011), bidra til å lette implementering og formidling av folkehelsesatsingen. Det er viktig når politisk ledelse skal ha forebygging som beslutningskriterium i saker og i kontakt med kommunesamfunnet.

Translatørene tydeliggjøres som muligheter i arbeidet med å institusjonalisere folkehelsearbeidet. Røvik (2007) har identifisert fire egenskaper som en translatør bør ha for å oversette og institusjonalisere en organisasjonsidé. Funn viser at kommuneorganisasjonen har *kunnskapsrike* translatører, men arbeidet med institusjonalisering av folkehelse i kjernevirksomheten er ressurs og tidkrevende. I henhold til teorier om virusmitte og inkubasjonstid, bør translatøren ha *tålmodighet* i arbeidet med språksetting og spredning av folkehelseideen (Røvik 2007). Det er tegn til immunitetsreaksjoner i organisasjonen, fra ledelsen og ut i tjenestene. Derfor må translatøren ha *styrke* til å stå i oversettelsesprosessen som tar plass i en kontekst preget av kunnskap, politikk, interesser og motsetninger. En

translatør bør kunne lese ulike interesser og ha styrke til å håndtere motstand mot folkehelseideen også i etterkant av planprosessen. Når tiltak skal utarbeides i kjernevirksomheten vil *kreativitet*, i henhold til Røvik (2007), være viktig i den videre oversettelsesprosessen på grunn av folkehelsearbeidets innovative karakter.

13 Metodiske implikasjoner

Objektivitet er en utfordring i kvalitative studier fordi forskeren bruker seg selv som instrument. En høyere grad av objektivitet kan oppnås gjennom å forklare tolkninger og begrunne valg (Johannessen et al. 2007). Derfor er åpenhet om forskningsprosessen etterstrebet.

Reliabilitet handler om hvorvidt resultatene er til å stole på. Ville en annen forsker fått de samme resultatene ved en nøyaktig gjengivelse av studien eller ved å analysere sammen datamateriale (Fangen 2010)? Det er ikke mulig å finne ut av, men det kan vises med å gjøre godt rede for muligheter og begrensninger ved metodevalget. Utfordringen med å vise alle valg og refleksjoner, er å finne en balanse mellom en så tykk og helhetlig beskrivelse som mulig og leservennlighet (Fangen 2010). Kombinasjonene av deltakelse, observasjon, intervjuer og dokumentanalyse er gode metodevalg for å studere hva som skjer i en prosess og hvilke utfordringer informantene opplever. Samtidig har det vært fokus på å gjengi informanter og situasjoner så deskriptivt som mulig, både i feltnotater, transkribering og i bruken av sitater i oppgaven. Det har vært høyt fokus på å gå tilbake å rekontekstualisere funn fra analysen, for å sjekke at utsagn ikke er tatt ut av kontekst. En stor utfordring har vært å finne samlende begreper og beskrivelser av informanter i oppgaven. Det er et vidt spekter av informanter involvert, i større og mindre grader, med ulike fagbakgrunner, roller og funksjoner i kjernevirksomhet og i planleggingen. Valg av begreper og avgrensinger er utfordrende med å studere en prosess, med uklar begynnelse, omfang og slutt.

Validitet handler om gyldigheten av dataene og hvorvidt de er gode nok for å presentere det studerte fenomenet (Johannessen et al. 2007). Fangen (2010) hevder at deltakende observasjon, når den måler det den skal, gir høy grad av validitet. Det henger sammen med at metoden gjør at forskeren ikke er påvirket av forhåndsdefinerte betingelser og kan gli naturlig inn i settingen som informantene befinner seg i. Det er samlet inn et rikt empirisk materiale

for å kunne fange planprosessen og folkehelsearbeidet på strategisk nivå. Hoveddelen av møtedeltakelsen ble foretatt i en kritisk fase av arbeidet med samfunnsdelen, men for å få med hele prosessen ble arbeidet med samfunnsdelen fulgt opp i etterkant av selve datainnsamlingen. Møtedeltakelse har vært nyttig for å validere utsagn. Underveis i prosessen har veiledere og tidligere forskning vært kilder til validering. I tillegg til kommuneorganisasjonens egne skriftlige evalueringer av planarbeidet, som er benyttet for å belyse egne funn. Videre gir pragmatisk institusjonalisme et godt begrepsapparat for å forklare hva som skjer med folkehelseideen i organisasjonen. Nettverksteori gir dekkende begreper for å belyse folkehelsearbeidets tverrsektorielle karakter med begrensninger og muligheter for å flytte folkehelse ut av helsesektoren.

Ekstern validitet omhandler overførbarhet og hvorvidt denne studien kan ha relevans for liknende sammenhenger eller andre kommuneorganisasjoner. Overførbarhet er ikke alltid relevant i kvalitativ forskning fordi målet ofte er å beskrive et fenomen og øke forståelsen for det (Fangen 2010). Til tross for at ulike kommuner har varierende helseutfordringer, ulik størrelse, ressurser og organisering, finnes det likhetstrekk. Casekommunen er pålagt å ha en kommuneplan og integrere folkehelse i planen, i likhet med andre norske kommuner. Kommunen er ikke alene om å ha utfordringer knyttet til helsetilstand. Det kan være likheter og ulikhet knyttet til hvilke helseutfordringer ulike kommuner har og mange helseutfordringer er nasjonale (Folkehelseinstituttet 2014). Casekommunen har fokus på å følge myndighetenes krav til planlegging og iverksetting av folkehelsepolitikken og kommunen er godt i gang med å heve folkehelse opp på strategisk nivå i samfunnsdelen. De har folkehelse og plankompetanse fra HELOMPLAN, planavdelingen og folkehelsekoordinator. Disse faktorene gjør kommunen til et best case og de barrierene som finnes i casekommunen vil finnes i andre kommuner og sannsynligvis være sterkere i kommuner som ikke satser like høyt på folkehelse eller som ikke har tilsvarende kompetanse.

14 Litteratur

- Aarsæther, N. (2012). Planlegging som handlingstype. I: N. Aarsæther, E. Falleth, T. Nyseth & R. Kristiansen (red.) *Utfordringer for norsk planlegging*, s. 26-48. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T. & Kristiansen, R. (2012a). Utfordringer for norsk planlegging. I: N. Aarsæther, E. Falleth, T. Nyseth & R. Kristiansen (red.) *Utfordringer for norsk planlegging*, s. 15-24. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Aarsæther, N. (2012b). Ny giv for kommunal planlegging. I: N. Aarsæther, E. Falleth, T. Nyseth & R. Kristiansen (red.) *Utfordringer for norsk planlegging*, s. 63-84. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Amdam, R. (2011). Kommuneplanleggingas institusjonelle legitimitet. I: U. Higdem, J. H. Lesjø, T. H. Pedersen, T. Selstad & H. Teigen (red.) *Plan, region & politikk*. Oslo: Forlag 1.
- Amdam, R. (2012). Fokus på prosess: kommunikativ og samarbeidande planlegging. I: N. Aarsæther, E. Falleth, T. Nyseth & R. Kristiansen (red.) *Utfordringer for norsk planlegging*, s. 273-289. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Barton, H. & Tsourou, C. (2000). *Healthy Urban Planning: a WHO Guide to Planning for People*. London: Spoon press.
- Barton, H., Mitcham, C. & Tsourou, C. (2003). *Healthy Urban Planning in Practice. Experience of European cities: The WHO City Action Group on Healthy Urban Planning*.
- Barton, H. & Grant, M. (2006). A Health Map for the Local Human Habitat. *The Journal for the Royal Society for the Promotion of Health*, 126 (6): 252-253.
- Barton, H., Grant, M., Mitcham, C. & Tsourou, C. (2009). Healthy Urban Planning in European Cities. *Health Promotion International*, 24 (1): 91-99.
- Beck, F. (2014). *Kommuneplanlegging og folkehelse. Norske kommuneplanleggeres vurdering av helsefremmende innspill*. Nordic School of Public Health NHV.
- Case-kommunen. (2007). *Kommuneplan 2007-2017 Samfunnsdel* Case-kommunen. Tilgjengelig fra: Case-kommunens hjemmeside (Lesedato 03.03.2014).
- Case-kommunen. (2012). *Planstrategien*. Case-kommunen. Tilgjengelig fra: Case-kommunens hjemmeside (Lesedato 05.02.2014).
- Case-kommunen. (2013). *Planprogram for samlet kommuneplan 2015–2026 samfunnsdel og arealdel*. Case-kommunen. Tilgjengelig fra: Case-kommunens hjemmeside (Lesedato 02.02.2014).
- Case-kommunen. (2015). *Kommuneplanens samfunnsdel 2015–2026*. Case-kommunen. Tilgjengelig fra: Case-kommunens hjemmeside (Lesedato 02.03.2015).
- Fainstein, S. S. & Campbell, S. (2012). The Structures and Debates of Planning Theory. I: S. S. Fainstein & S. Campbell (red.) *Readings in Planning Theory*, s. 1-20: Blackwell Publishing Ltd.
- Falleth, E. & Stokke, K. B. (2001). *Kommune- og økonomiplanlegging Hva gjør kommunene?: Norsk institutt for by- og regionforskning*.
- Falleth, E. (2012). Introduksjon til norsk planlegging. I: N. Aarsæther, E. Falleth, T. Nyseth & R. Kristiansen (red.) *Utfordringer for norsk planlegging*, s. 49-61. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Fangen, K. (2010). *Deltakende observasjon*: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Folkehelseinstituttet. (2013). *Folkehelseprofilar*. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler> (Lesedato 09.03.2015).
- Folkehelseinstituttet. (2014). Folkehelseprofil 2014 case-kommunen. Tilgjengelig fra: www.fhi.no/folkehelseprofiler (lest 14.01.2014).
- Hajer, M. & Versteeg, W. (2005). A Decade of Discourse Analysis of Environmental Politics: Achievements, Challenges, Perspectives. *Journal of Environmental Policy & Planning*, 7 (3): 175-184.
- Hartley, J. (2005). Innovation in Governance and Public Services: Past and Present. *Public Money & Management*: 27-34.
- Helgesen, M. K. & Hofstad, H. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering*, NIBR-rapport 2012:13: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Helgesen, M. K., Hofstad, H., Risan, L. C., Stang, I., Rønningen, G. E., Lorentzen, C. & Goth, U. S. (2014). *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*, NIBR rapport 2014:3: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Forskrift om oversikt over folkehelsen*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Meld. St. 34 Folkehelsemeldingen - god helse felles ansvar*. Bergen.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/> (Lesedato 03.10.2015).
- Helsedirektoratet. (10/2015). *Folkehelsepolitisk rapport 2015*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2013). *God oversikt - en forutsetning for god folkehelse*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2014). *Samfunnsutvikling for god folkehelse*. Oslo.
- Hofstad, H. (2011). Healthy Urban Planning: Ambitions, Practices and Prospects in a Norwegian context. *Planning Theory and Practice*, 12 (3): 387-406.
- Hofstad, H. (2012). *Håndtering av "Wicked Problems" i kommunal planlegging - Lokal oversettelse av målsettingene om bærekraftig utvikling og bedre folkehelse i ulike planleggingspraksiser*: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hofstad, H. & Helgesen, M. K. (2013). *Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) - KS' etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging. Delrapport 1*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hofstad, H. (2014). *Lokalt folkehelsearbeid - status, utfordringer og anbefalinger*. I: Helsedirektoratet (red.). *Samfunnsutvikling for god folkehelse*. Oslo.
- Hofstad, H. & Helgesen, M. (2014). *Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) - KS' etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging. Delrapport 2*: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hofstad, H., Lid, S., Schou, A. & Velled, T. (2015). *Lokal oversikt over folkehelsen - muligheter og utfordringer*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2007). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Klima- og miljødepartementet. (2008). *Ot.prp. nr 32 (2007-2008)*. Klima- og miljødepartementet: Lobo Media AS.
- Klima- og miljødepartementet. (2009). *Lovkommentar til plandelen av plan- og bygningsloven: § 11-1. Kommuneplan*. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kld/dok/veiledninger/2009/ny-versjon->

- lovkommentar-til-plandelen-i-/kapittel-11-kommuneplan/-11-1-kommuneplan.html?id=556799 (Lesedato 05.02.2014).
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)*.
- Kommunetorget. (Udatert-a). *Folkehelseprofiler*. Kommunetorget.no. Tilgjengelig fra: <http://www.kommunetorget.no/Temaomrader/Folkehelse/Planlegging-for-folkehelse-i-kommuner/Folkehelseprofiler/> (Lesedato 09.03.2015).
- Kommunetorget. (Udatert-b). *Plansystemet*. Tilgjengelig fra: <http://www.kommunetorget.no/PageFiles/11433/plansystem.jpg> (Lesedato 10.03.2016).
- Løset, G. K. & Veenstra, M. (2015). *Prosessevaluering av samhandlingsreformen: Forebyggende helsearbeid i kommunene*: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. 3 utg.: Universitetsforlaget.
- Miljøverndepartementet. (12/2011). *Veileder kommunal planstrategi*: Grøset Trykk.
- Moore, M. H., Sparrow, M. & Spelman, W. (1997). Innovation in policing: From production line to jobs shops. I: A. A. Altshuler & R. D. Behn (red.) *Innovation in American Government*. Washington D.C.: Brookings institution.
- Prosjektgruppa. (2013). *Kommuneplan 2015–2026: Sammenstilling av utredningsrapportene*. Case-kommunen. Tilgjengelig fra: Case-kommunens hjemmeside (Lesedato 03.03.2014).
- Regjeringen Stoltenberg II. (2009). *St.meld. 47 (2008-2009) samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*. Oslo. Tilgjengelig fra: www.riksrevisjonen.no (Lesedato 08.10.2015).
- Rittel, H. W. J. & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences* (4): 155-169.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Røvik, K. A., Roness, P. G., Lægreid, P. & Christensen, T. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor. Instrument, kultur, myte*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schou, A., Helgesen, M. K. & Hofstad, H. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Schou, A. & Hofstad, H. (kommer i juni 2016). *Sluttrapportering prosjekt 229628. Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør: Sluttrapportering til Forskningsrådsprogrammet EVASAM (evaluering av samhandlingsreformen)*.
- Steinmo, S. & Thelen, K. A. (1992). Historical Institutionalism in Comparative Analysis. I: S. Steinmo, K. A. Thelen & F. Longstreth (red.) *Structuring Politics*: Cambridge University Press.
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2003). Network Politics, Political Capital and Democracy. *International Journal of Public Administration*, 26 (6): 609-634.
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2009). Making Governance Networks Effective and Democratic Through Metagovernance. *Public Administration*, 87 (2): 234-258.
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2011). Enhancing Collaborative Innovation in the Public Sector. *Administration & Society*, 43(8): 842-868.

- Tewdwr-Jones, M. (2008). Commentary: The Complexity of Planning Reform: a Search for the Spirit and Purpose of Planning. *Town Planning Review*, 79 (6): 673-688.
- Torfinn, J. (2001). Path-Dependent Danish Welfare Reforms: The Contribution of the New Institutionalisms to Understanding Evolutionary Change. *Scandinavian Political Studies*, 24 (4): 277-309.
- Vabo, S. I. & Røiseland, A. (2008). Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 24 (01-02): 86-107.
- Vabo, S. I. & Røiseland, A. (2012). Conceptualizing the Tools of Government in Urban Network Governance. *International Journal of Public Administration*, 35 (14): 934-946.
- Velded, T. & Hofstad, H. (2014). *Tilnærminger, modeller og verktøy i oversiktsarbeidet. En kunnskapsoppsummering*: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Verdens helseorganisasjon. (Udatert). *Public Health*. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/trade/glossary/story076/en/> (Lesedato 01.02.2016).
- Whitehead, M. & Dahlgren, C. (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet*, 338 (1): 1059-63.

15 Vedlegg 1: Intervjuguide

<p>Rolle og funksjon i planprosessen</p>	<p>Informasjon og forespørsel om lydopptak</p>
	<p>Hvor lenge har du jobbet i kommunen?</p> <p>Hva er dine ansvarsområder?</p> <p>(utdyp folkehelseansvar)</p>
	<p>Hva er din utdanningsbakgrunn?</p> <p>På hvilken måte opplever du den som relevant i arbeidet med kommuneplanen?</p>
	<p>Hvordan er du involvert i arbeidet med kommuneplan?</p> <p>Hvilke deler av prosessen? I hvilke forum/grupper?</p> <p>Utdyp.</p>
	<p>Skal du jobbe med temaplaner i etterkant av kommuneplanarbeidet?</p> <p>Hvilke? Hvordan, utdyping?</p>
	<p>Har du vært med på å lage kommuneplan tidligere?</p> <p>Hva er likt og ulik med prosessen nå?</p> <p>Hvorfor og hvordan?</p> <p>Utdyp om samfunnsdelen.</p>
<p>Kunnskapsgrunnlag, informasjon for valg av tema i kommuneplan</p>	<p>Hvordan er de fem overordnede satsningsområdene i samfunnsdelen valgt ut?</p> <p>Hvorfor?</p> <p>Hvilken kunnskap ligger til grunn?</p> <p>Hvem har fremmet dem?</p>
	<p>Hvorfor er føre var, forebygging og forutsigbarhet valgt ut som hovedstrategier i samfunnsdelen?</p> <p>Hvem har fremmet det? Hva kan det føre til?</p>

	Hvorfor? Utdyp.
	Hvordan er tema innenfor folkehelse valgt ut? Hvorfor? Utdyp. Hvem har fremmet det?
	På hvilken måte kan planlegging brukes for å fremme folkehelse? Hvorfor?
	Hvilke verktøy brukes i arbeidet med folkehelsesatsingen i samfunnsdelen? Hvor er informasjon, kunnskap hentet fra?
	I hvilken grad brukes folkehelseprofilen i arbeidet med kommuneplanen? På hvilken måte og hvorfor? Hvordan er profilen å bruke ifht. hvilken kunnskap det er behov for i arbeidet med samfunnsdelen? I hvilken grad suppleres folkehelseprofilen med annen statistisk kunnskap, informasjon fra helse- og omsorgssektoren og med annen lokal kunnskap (internt i kommunen eller hos eksterne aktører)? Har oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer innflytelse på prioriteringer gjort i kommuneplanen? Hvordan? Hvordan påvirker kunnskapen som finnes i kommunen/eksternt planen? –hvordan utnyttes kunnskapen om FH? Hvorfor? Hvordan?
	Hvordan integreres folkehelse i arealplanen? Hvilke planverktøy brukes for å få dette til? Hvem fremmer dette? Hvorfor og hvordan?

	<p>På hvilken måte er folkehelseplanen synlig i kommuneplanen?</p> <p>På hvilken måte henger de sammen?</p> <p>Hvorfor?</p>
<p>Folkehelseimplementering i plan:</p> <p>Hemmere og fremmere</p>	<p>Hvordan klarer dere å integrere folkehelseperspektivet i samfunnsdelen?</p> <p>På hvilke måter, hvorfor?</p>
	<p>Opplever du at det er samsvar mellom det som står i samfunnsdelen og det som er de viktigste folkehelseutfordringene i kommunen?</p> <p>På hvilken måte?</p> <p>Hvorfor? Utdyp.</p>
	<p>Hvilke faktorer muliggjør implementering av folkehelse i samfunnsdelen?</p> <p>Hvordan? Hvorfor?</p> <p>Hvem fremmer folkehelse i samfunnsdelen?</p>
	<p>Hvilke faktorer vanskeliggjør implementering av folkehelse i planleggingsarbeidet?</p> <p>Hvordan?</p> <p>Hvorfor? Utdyp.</p>
	<p>Opplever du at de som er involvert i planarbeidet har samme forståelse for hva folkehelse er?</p> <p>I arbeidsgruppen/på tvers av nivåer? Følg opp og spesifiser. På hvilken måte?</p>
	<p>I hvilken grad tror du folkehelsesatsingen lar seg realisere i praksis? På hvilken måte, hvorfor?</p>
<p>Kunnskap og kunnskapsoverføring</p>	<p>Opplever du å ha kunnskap om hva folkehelse er?</p> <p>Hvordan har du tilegnet deg kunnskap om temaet?</p>

	<p>Kan du peke på noen kanaler som har bidratt til din forståelse av folkehelse? Opplever du at det er viktig kompetanse? Hvorfor, hvordan?</p> <p>Finnes det folkehelsekompetanse i kommunen som er nyttig i arbeidet med kommuneplanen? (Evt. oppfølging: andre personer, dokument eller kurs?) Hvorfor, hvordan?</p>
<p>Kunnskap og kunnskapsoverføring:</p> <p>HELOMPLAN</p>	<p>Hvordan opplevde du kurset i HELOMPLAN?</p> <p>Utdyp.</p>
	<p>Hvordan bruker du kunnskapen fra HELOMPLAN i ditt arbeid med folkehelse i plan?</p> <p>Hvilke konsekvenser har det fått? Utdyp.</p>
<p>Medvirkning og samarbeid</p>	<p>Hvordan opplever du din mulighet til å påvirke planutformingen?</p> <p>Opplever du at det er samsvar mellom det du har tenkt og kommuneplanen slik den foreligger nå? Hvorfor? På hvilken måte?</p>
	<p>Hvordan foregår samarbeidet om kommuneplanen på tvers av faggrupper og nivåer?</p> <p>Hvilke fora har dere for samarbeid? (evt. følge opp med uformelle forum?)</p> <p>Hvilke funksjon har de ulike fora? Hvem har vært med? (Bilaterale møter? Interkommunale samarbeid? Fylke? Fag?)</p> <p>Hvorfor? Hvordan?</p>
	<p>Hvordan opplever du din egen rolle i planarbeidet?</p> <p>Hvordan er det å formidle innhold i planen og tanker mellom nivåer?</p> <p>Hvorfor?</p>
<p>Spør om informanten har noe å tilføye eller ønsker å utdype noe.</p>	

Generell intervjuguide, justert og tilpasset informanter og informasjon som kom frem i møter.

16 Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

”Implementering av folkehelse i kommuneplanlegging”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for en masteroppgave i folkehelsevitenskap. Studien har som mål å identifisere faktorer som fremmer og hemmer implementering av folkehelseperspektivet i kommuneplanlegging, og hvordan kommuneansatte som jobber med planlegging opplever at folkehelse blir implementert i kommuneplanen. Din kommune forespørres fordi dere holder på å rullere kommuneplanen.

Hva innebærer studien?

Studien skal foregå i ca. 4 måneder, fra februar til mai. I den perioden ønsker jeg å foreta et intervju som skal tas opp på lydbånd. I tillegg ønsker jeg å delta på planleggingsmøter for å observere hvordan planleggingsarbeidet foregår. Alle utsagn vil anonymiseres. Dersom du ikke ønsker å delta i studien, vil dine utsagn på møter jeg deltar på ikke bli brukt i masteroppgaven.

Mulige fordeler og ulemper

Jeg ønsker å delta i møtevirksomhet i forbindelse med rulling av kommuneplanen og ta notater fra planleggingsmøter. Det kan være ønskelig at du stiller opp på ett intervju på 30-60 minutter i løpet av mars/april, og evt. korte samtaler underveis. Intervju avtaler vi nærmere ved behov og dersom du har mulighet. Studien skal ikke føre til merarbeid for deg utover dette. Fordelen med studien er at den setter fokus på et område som din kommune er opptatt av og resultatene kan senere brukes i kommunens arbeid.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Kodelisten som kan knytte deg til dine utsagn skal være nedlåst og det er kun Cecilie Bagge som har tilgang til denne. Lydopptak vil holdes nedlåst, inntil de skrives ned uten personlige opplysninger. 1. Juni 2014 vil alle opptak være slettet. Kodelisten med navn og de alias som blir brukt i notater og masteroppgaven, vil makuleres når masterprosjektet avsluttes.

Når resultatene av studien publiseres vil du anonymiseres så godt det lar seg gjøre. For å sikre deg anonymitet vil det ikke være knyttet navn til dine utsagn i publikasjonen. Da kommunen vil være gjenkjennbar, kan det likevel ikke utelukkes at det vil være mulig for enkelte å koble dine utsagn til deg.

Frivillig

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom

deltakelse

du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen under. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Cecilie Merethe Bagge, masterstudent i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet.

Telefon 906 39 069

E-post: cecilie.merethe.bagge@student.nmbu.no

Økonomi og interesser

Studien er selvfinansiert og gjøres uavhengig, men den har tilknytning til en større evaluering av HELOMPLAN som gjøres av Norsk institutt for by- og regionforskning.

Informasjon om utfallet av studien

Som deltaker i studien vil du få tilgang til studien og de funn som er gjort når masteroppgaven er publisert. Foreløpig tidspunkt for publisering er desember 2014.

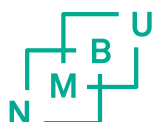
Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien:

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:

(Signert av masterstudent, dato)



Norges miljø- og biovitenskapelig universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway