



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

Masteroppgave 2016 30 stp  
Fakultet for samfunnsvitenskap  
Institutt for landskapsplanlegging

## **Folkehelse og planlegging**

En casestudie av integrering av folkehelse i  
kommunal planlegging

Hildegunn Kristine Aarnes



## **Førord**

I løpet av masterstudiet i folkehelsevitenskap har jeg blitt oppmerksom på den viktige rollen kommunal planlegging har i folkehelsearbeidet. Interessen for helsefremmende og forebyggende arbeid startet allerede mens jeg utdannet meg til ergoterapeut. Jeg har tro på at et helsefremmende og forebyggende perspektiv lønner seg for alle parter, for den enkelte så vel som for samfunnet. Dette er bakgrunnen for temaet som er valgt i masteroppgaven.

Denne studien er tilknyttet Norsk institutt for by- og regionforsknings (NIBR) prosjekt for følgeevaluering av etter- og videreutdanningsprogrammet «Helse og omsorg i plan». Takk til informanter for at jeg fikk bruke intervjuene som jeg utførte på vegne av NIBRs prosjekt, i min masteroppgave.

Takk til min veileder og prosjektleder for NIBRs følgeevaluering, Hege Hofstad, for gode faglige innspill og motiverende tilbakemeldinger. Takk for at jeg fikk muligheten til å være tilknyttet NIBRs følgeevalueringsprosjekt og for den tilliten som ble vist meg ved at jeg fikk utføre intervjuer på vegne av prosjektet. Det har gitt meg kunnskaper og erfaringer som jeg tror jeg vil ha nytte av i fremtiden.

Oslo, august 2016

Hildegunn Kristine Aarnes

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Temaet for denne studien er folkehelse og planlegging. Planlegging er et viktig verktøy for å nå nasjonale mål for folkehelsepolitikken. Målene er å skape et helsefremmende samfunn som reduserer sosiale ulikheter i helse og øker antall leveår med god helse og trivsel. Forskning viser ulikheter i hvor langt kommuner har kommet i å ta i bruk dette verktøyet i folkehelsearbeidet.

**Formål:** Formålet med studien har vært å få kunnskap om hvordan det brede folkehelsebegrepet er forstått og integrert i plan, og på hvilken måte kommunale aktører vurderer at etter- og videreutdanningsprogrammet «Helse og omsorg i plan» (Helomplan) har påvirket denne integreringen.

**Metode:** Casestudie er valgt som design. Metodene som er brukt for å samle inn data, er analyse av plandokumenter og kvalitative intervjuer med to ansatte i en kommune.

**Hovedfunn:** Det synes å være en bred forståelse av folkehelse og at folkehelse er et tverrsektorielt ansvar. Likevel ser det ut til å være utfordringer knyttet til å få hele kommunen til å tenke helse når de planlegger samt å få forståelse av roller og oppgaver i folkehelsearbeidet. Folkehelse er et tema som tydelig vektlegges og er integrert i kommunens plandokumenter. Forebygging, tidlig innsats, helsefremming og sosiale ulikheter i helse er adressert i planene. Kommunen har folkehelsekoordinator som er strategisk plassert i rådmannens stab, og det er utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helse. Det imidlertid uklart hvorvidt oversiktsdokumentet blir brukt ved fastsettelse av mål i planer, slik det systematiske folkehelsearbeidet forutsetter. Det er etablert arenaer for tverrsektorielt samarbeid i kommunen. Studien frembringer ikke kunnskap om på hvilken måte kommunale aktører vurderer at Helomplan har påvirket integreringen av folkehelse i planlegging.

## Abstract

**Background:** The theme of this study is public health and planning. Planning is an important tool in reaching the national public health goals. The goals are to develop a health promoting society that equalize social health differences and increase the number of years lived with good health and well-being. Research shows differences in how far municipalities have reached in making active use of this tool in public health work.

**Objective:** The objective of this study is to generate knowledge about how public health is understood and integrated into municipal planning and in which way municipal actors consider the educational program “Helse og omsorg i plan” (Helomplan) has influenced the integration.

**Method:** A case study design is chosen. The methods used for collecting data are analysis of planning documents and qualitative interviews with two employees in a municipality.

**Main findings:** It seems to be a broad understanding of public health and that public health is a cross sectoral responsibility. Nevertheless there seems to be challenges in getting the whole municipal organization to include health in their thinking when planning, as well as to get understanding of the roles and responsibilities in the public health work. Public health is a theme that is emphasized and integrated in the municipal plans. Prevention, early intervention, health promotion and social inequities in health are addressed in the plans. The municipality has a public health coordinator strategically placed in the staff of the deputy mayor. They have made a document showing the state of health and factors influencing health. However, it is unclear whether this document is used when goals are set in plans, as the systematic public health-work requires. Arenas are established in the municipal organization for cooperation across sectors. The study did not bring forth knowledge of in which way Helomplan has influenced the integration of public health in municipal planning.

## Innhold

Forord .....	1
Sammendrag .....	2
Abstract .....	3
1 Innledning .....	6
1.1 Introduksjon av tema .....	6
1.2 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.3 Formålet med studien .....	7
1.4 Presentasjon av problemstillinger .....	7
1.5 Helse og omsorg i plan (Helomplan) .....	8
1.6 Definisjon av begreper .....	8
1.7 Disposisjon .....	9
2 Bakgrunn .....	10
2.1 Folkehelsearbeid .....	10
2.2 Planlegging .....	14
2.3 Styringsformer .....	16
2.4 Tidligere forskning .....	17
3 Teoretisk ramme .....	20
3.1 Diskursteori .....	20
3.2 Translasjonsteori .....	21
3.3 Samstyring .....	23
4 Metode .....	25
4.1 Studiedesign og utvalgskriterier .....	25
4.2 Datainnsamlingsprosessen .....	27
4.2.1 Dokumentanalyse .....	27
4.2.2 Intervju .....	27
4.3 Analyse av plandokumenter .....	28
4.4 Analyse av intervjudata .....	29
4.5 Metodisk kvalitet .....	30
4.6 Etske overveielser .....	31
5 Resultater .....	33
5.1 Casebeskrivelse .....	33
5.2 Resultater fra dokumentanalyse .....	33
5.2.1 Forståelse av folkehelse og folkehelsearbeid .....	34

5.2.2 Det systematiske folkehelsearbeidet.....	35
5.2.3 Helsehensyn i plandokumenter .....	37
5.2.4 Samarbeid .....	39
5.3 Resultater fra intervju .....	40
5.3.1 Ønskede og uforutsette virkninger av Helomplan .....	40
5.3.2 Anvendelse av kompetanse tilegnet gjennom Helomplan .....	40
5.3.3 Endringer i organisering av folkehelsearbeidet .....	41
5.3.4 Tverrsektorielt samarbeid .....	41
5.3.5 Utfordringer med å få til en tettere kobling mellom helse og plan .....	41
5.3.6 Oversiktsdokument over helsetilstand og påvirkningsfaktorer .....	42
6 Diskusjon .....	43
6.1 Resultatdiskusjon .....	43
6.1.1 Forståelse av begrepene folkehelse og folkehelsearbeid .....	43
6.1.2 Det systematiske folkehelsearbeidet.....	47
6.1.3 Helsehensyn i plandokumenter .....	49
6.1.4 Ringvirkninger av Helomplan .....	52
6.1.5 Samarbeid .....	53
6.2 Metodediskusjon.....	58
7 Avslutning.....	60
8 Referanser .....	62
Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.....	65
Vedlegg 2: Intervjuguide deltaker .....	66
Vedlegg 3: Intervjuguide planlegger.....	68
Vedlegg 4: Svar fra NSD .....	69
Vedlegg 5: Endret dato for prosjektslutt .....	71

# 1 Innledning

## 1.1 Introduksjon av tema

Temaet for denne studien er folkehelse og planlegging. Nasjonale mål for folkehelsepolitikken er å skape et helsefremmende samfunn som reduserer sosiale ulikheter i helse og øker antall leveår med god helse og trivsel i befolkningen (Meld. St. 19 (2014 - 2015)).

Folkehelsebegrepet indikerer at helse skal ses på i et befolkningsperspektiv og fokuset rettes mer mot å forebygge sykdom og fremme helse, fremfor å reparere. Det fremgår både av Plan- og bygningsloven (2008) og Folkehelseloven (2011), at helsehensyn skal inkluderes i planlegging.

Folkehelseloven (2011) bygger på fem prinsipper; utjevning av sosiale helseforskjeller, helse i alt vi gjør, bærekraftig utvikling, føre-var-prinsippet og medvirkning (Prop. 90 L (2010-2011)). Hovedansvaret for folkehelsen er lagt til det kommunale nivået gjennom denne loven (Helgesen 2012). Kommunen skal fremme folkehelse med de virkemidler den har til rådighet. Dette omfatter blant annet planlegging og lokal utvikling (Folkehelseloven 2011). Folkehelse og bærekraftig utvikling har historisk sett vært forankret i henholdsvis helsesektoren og miljøsektoren, men nå er målet at disse skal integreres i utformingen av politikken i alle samfunnssektorer (Hofstad 2013). Prinsippet om helse i alt vi gjør, understreker nettopp dette.

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Det ble gjort en kartlegging av kommuners folkehelsearbeid høsten 2011. Der kom det frem at andelen av kommuner som ikke hadde utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, var stor. Gjennom kartleggingen kom det til uttrykk et kunnskapsbehov hos kommunene på dette feltet (Helsedirektoratet 2013). På denne bakgrunn og som en oppfølging av samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)), initierte Helse- og omsorgsdepartementet etter- og videreutdanningsprogrammet «Helse og omsorg i plan» (Helomplan) som Kommunesektorens organisasjon (KS) er prosjektleder for (Hofstad & Helgesen 2013). Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) fikk i oppdrag av KS å følgeevaluere prosjektet. I den forbindelse ble det blant annet gjort intervjuer av deltakere på Helomplan, deltakeres nærmeste overordnede og planleggere i utvalgte kommuner. Denne oppgaven er en del av NIBRs følgeevaluering.

Målet med Helomplan er å styrke planleggingskompetansen i kommunene i forbindelse med implementering av samhandlingsreformen (Hofstad & Helgesen 2014). Folkehelseloven



(2011) og samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) som begge ble iverksatt 1.1.2012, tydeliggjør kommunens ansvar for folkehelsearbeid og behovet for tverrsektorielt samarbeid. En sentral utfordring i folkehelsearbeidet er nettopp å få innpass i andre sektorer enn helsesektoren (Hofstad 2014).

### **1.3 Formålet med studien**

Formålet med denne studien er å få kunnskap om hvordan det brede folkehelsebegrepet er forstått og integrert i plan og på hvilken måte aktører vurderer at Helomplan har påvirket integreringen av folkehelse i planlegging i Vestvik kommune. «Vestvik» er et fiktivt navn for å sikre anonymitet.

I folkehelsemeldingen som kom i 2015, understrekes det at folkehelsearbeidet etter Folkehelseloven (2011) er flyttet fra helsetjenesten i kommunen til kommunen som sådan. Folkehelsearbeidet skal derfor være en integrert del av ansvaret for samfunnsutviklingen etter Plan- og bygningsloven (2008) i alle sektorer i kommunen (Meld. St. 19 (2014 - 2015)). Kommuneplanlegging som verktøy for langsiktig koordinering av kommunens innsats, er en måte å sikre helse i alt vi gjør. Forskning viser ulikheter i hvor langt kommuner har kommet i å ta i bruk dette verktøyet i folkehelsearbeidet (Hofstad 2014). Forståelse av integreringsprosessen, og hva som kan bidra til å fremme denne prosessen er viktig. Helsedirektoratet peker på at det er behov for å legge økt vekt på implementeringsforskning (Helsedirektoratet 2014). Det vurderes derfor som relevant å se på hvor langt Vestvik kommune har kommet i prosessen med å integrere folkehelse i planlegging.

### **1.4 Presentasjon av problemstillinger**

På bakgrunn av studiens formål er følgende problemstillinger formulert:

- 1) Hvordan er det brede folkehelsebegrepet forstått og integrert i plan?*
- 2) På hvilken måte vurderer kommunale aktører at Helomplan har påvirket integreringen av folkehelse i planlegging?*

Planlegging blir utført på tre ulike politiske nivåer; lokalt, regionalt og statlig (Saglie, Hofstad og Hanssen 2015). Denne studien avgrenses til å se på planlegging på det lokale nivået gjennom en casestudie av Vestvik kommune. Kommunale aktører er i denne sammenheng leder for helsesektoren og leder for planavdelingen i Vestvik kommune.

## 1.5 Helse og omsorg i plan (Helomplan)

Helomplan er et studium som ble etablert for å følge opp samhandlingsreformen og målet er at kompetansen knyttet til plan og planprosesser skal økes (Meld. St. 34 (2012 - 2013)).

Helomplan er et ettårig deltidsstudium som utgjør 30 studiepoeng og er finansiert med tilskudd over statsbudsjettet. Studietilbudet startet opp høsten 2012, og er rettet mot personer i kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og hos fylkesmenn (Hofstad & Helgesen 2013).

Dette gjelder personer som har ansvar for planlegging og planprosesser generelt, og de som har implementeringsansvar for samhandlingsreformen spesielt (Kommunesektorens organisasjon 2015). Folkehelse inngår som et sentralt element i studiet. Det ble inngått avtale om undervisningstilbud ved fem utdanningssteder: Høgskolene i Lillehammer, Vestfold og Volda samt universitetene i Tromsø og Agder. Det første studieåret var det 148 personer som deltok på Helomplan, flertallet av disse, 110 personer, var fra kommuner (Hofstad & Helgesen 2014).

## 1.6 Definisjon av begreper

Hvordan helse har blitt sett på har endret seg fra å handle om fravær av sykdom, til å bli vurdert som en ressurs i hverdagslivet (Naidoo & Wills 2016; WHO 1986). I denne studien er følgende definisjon av folkehelse valgt: «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» (Folkehelseloven 2011:§3a).

Folkehelsearbeid kan defineres som: «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» (Folkehelseloven 2011:§3b).

Definisjonene av folkehelse og folkehelsearbeid fra Folkehelseloven (2011) er valgt ut fra at de bygger på tankegangen fra Ottawa-charteret som blant annet innebærer at helse og fordeling av helse bør ses i et bredt samfunnsperspektiv (WHO 1986). I tillegg er lover blant de sterkeste statlige styringsvirkemidlene som gir bestemmelser for hva som er forbudt eller hva som er betingelsene for at det eventuelt er tillatt (Prop. 90 L (2010-2011)). Det vurderes derfor at definisjoner som fremgår av lov, tillegges større vekt enn andre definisjoner.

Det finnes ulike definisjoner av planlegging. Aarsæther, Falleth, Nyseth og Kristiansen (2012:15) har definert planlegging 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». Denne definisjonen er valgt å legge til

grunn i denne studien fordi den dekker at planlegging kan forstås som et tverrfaglig verktøy i et langsiktig arbeid som skal være kunnskapsbasert og som krever samordning og samarbeid mellom sektorer, slik det også fremgår av Plan- og bygningsloven (2008). Tidsdimensjonen i definisjonen vurderes som viktig fordi planlegging, i tillegg til samfunnsutvikling på kort sikt, også handler om utvikling av fremtidens samfunn.

### **1.7 Disposisjon**

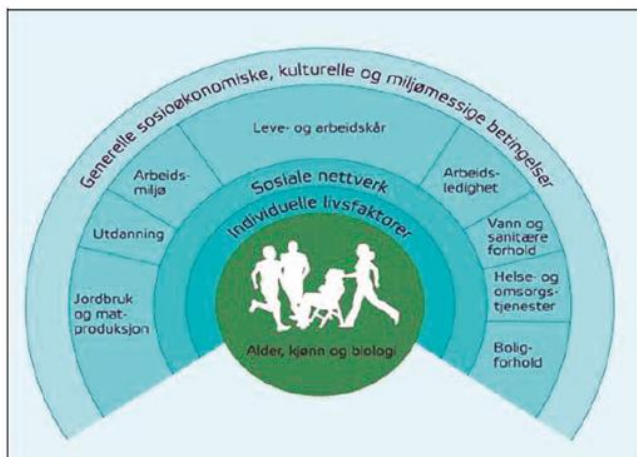
I kapittel 2 vil bakgrunnen for temaet beskrives. Det vil redegjøres for metodevalg og fremgangsmåte, metodisk kvalitet og etiske overveielser i kapittel 3. Den teoretiske rammen for studien vil beskrives i kapittel 4. I kapittel 5 vil resultatene fra analyse av plandokumenter og intervjuer presenteres. Disse resultatene vil diskuteres i forhold til teori og tidligere forskning i kapittel 6, i tillegg til diskusjon av metode. Studien avsluttes med en oppsummering i kapittel 7.

## 2 Bakgrunn

Dette kapittelet presenterer bakgrunnsstoff for myndighetenes forventninger til folkehelsearbeid og planlegging på kommunalt nivå. Videre vil tidligere forskning som vurderes som relevant for temaet bli presentert.

### 2.1 Folkehelsearbeid

World Health Organization (WHO) har vært sentral i å utvikle perspektiver innen folkehelsearbeid. Et av de viktigste budskapene fra Ottawa-charteret fra 1986, er at det er behov for å ta hensyn til helse i alle områder av politikken. Et sentralt perspektiv for folkehelsepolitikken er å ta utgangspunkt i faktorer som påvirker helsen (WHO 1986). Denne tankegangen har vunnet innpass også i Norge, og regnes som en inspirasjonskilde for folkehelsepolitikken (Helgesen 2012). Påvirkningsfaktorene det dreier seg om er individuelle,



**Figur 1. Påvirkningsfaktorer for helse (Dahlgren & Whitehead 1991) ref. i (Meld. St. 34 (2012-2013):51).**

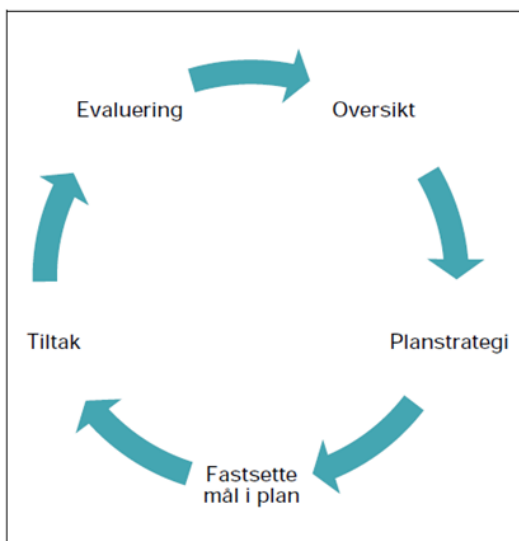
sosiale, økonomiske, fysiske og kulturelle faktorer som kan virke inn på befolkningens helse, slik det fremgår av Figur 1 (Dahlgren & Whitehead 1991). Helsens påvirkningsfaktorer kan deles inn i ulike nivåer og illustreres som en årsakskjede som starter med generelle forhold i samfunnet og ender med det enkelte individs egenskaper (Meld. St. 34 (2012 - 2013)). Bakerst i årsakskjeden på

nivå 1 er generelle forhold i samfunnet som sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser. På nivå 2 følger leve- og arbeidskår. Nivå 3 i modellen viser sosiale nettverk som handler om sosiale relasjoner og nettverk som utgjør lokalsamfunnets sosiale kapital. Til slutt i årsakskjeden på nivå 4, finner vi individuelle livsfaktorer som levevaner, holdninger og helseatferd som har mer direkte betydning for helsen. De individuelle livsfaktorene kan ikke ses isolert fordi de også er formet av bakenforliggende forhold i årsakskjeden. I sentrum av modellen står individene som er definert av alder, kjønn og biologi (Dahlgren & Whitehead 1991; Meld. St. 34 (2012 - 2013)). Modellen for påvirkningsfaktorer viser kompleksiteten i hva som påvirker helse. Det blir vanskeligere for individene selv å gjøre endringer eller kontrollere faktorer som påvirker helse, jo lenger bak i årsakskjeden man beveger seg.

Påvirkningsperspektivet bygger på en forståelse av at helse skapes på mange ulike arenaer i samfunnet, og ikke først og fremst i helsesektoren (Prop. 90 L (2010-2011)). I Figur 1 blir dette tydelig når vi ser på hvilken plass helse- og omsorgstjenester har blant de mange faktorene som påvirker helse. I Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003), «Resept for et sunnere Norge», ble det understreket at et folkehelsearbeid som er sektorovergripende er viktig og at hensyn til helse i sterkere grad må tas i alle deler av samfunnsplanleggingen. Videre i denne meldingen ble partnerskapsmodellen for folkehelse lansert, hvor målet var å styrke den lokale og demokratiske forankringen av folkehelsearbeidet, blant annet gjennom å fremme utvikling av lokale og regionale partnerskap for folkehelse (St.meld. nr. 16 (2002-2003)).

Folkehelselovens (2011:§ 1, 1. ledd) formål er: «å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller». Folkehelsearbeid kan derfor ses på som utvikling av samfunnet gjennom innsats for å påvirke både helsefremmende og forebyggende faktorer samt utjevne sosiale helseforskjeller. Verdens helseorganisasjon har definert helsefremming som en prosess som skal sette både den enkelte og fellesskapet i stand til å få økt kontroll over faktorer som har innvirkning på helse (WHO 1986). Virkemidlene som kommunen har til rådighet for å fremme folkehelse er: «lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting» (Folkehelseloven 2011:§4). Videre i §4 skal kommunen «legge til rette for samarbeid med frivillig sektor». Det betyr at folkehelsearbeidet skal skje innenfor de rammene som finnes i den enkelte kommune.

Folkehelseloven (2011) legger opp til at folkehelsearbeidet skal være langsiktig og



**Figur 2. Fasene i folkehelsearbeidet** (Meld. St. 34 (2012-2013):159).

systematisk i §1. Det systematiske folkehelsearbeidet er en arbeidsmetode som ble introdusert for å integrere folkehelse i planlegging og kan illustreres som vist i Figur 2 (Meld. St. 34 (2012 - 2013)). Kommunen er pålagt å utarbeide en oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som kan ha innvirkning på helsen etter § 5 i Folkehelseloven (2011) og skal legges til grunn for planlegging og utforming av tiltak (Meld. St. 34 (2012 - 2013)). Kravet til kommunen om å utarbeide oversikt over helsetilstand og

påvirkningsfaktorer for helse, var ikke noe nytt som kom med Folkehelseloven (2011). Dette har inngått i tidligere helselovgivning siden 1982, da kommunehelsetjenesteloven kom (Helsedirektoratet 2013).

Det er et krav at oversikten skal inneholde beskrivelser og vurderinger av temaene «befolknings sammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helse relatert atferd og helsetilstand» (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012:§ 3). I oversikten skal lokale ressurser og folkehelseutfordringer identifiseres. I tillegg skal årsaksforhold og konsekvenser vurderes faglig. Kommunen skal følge spesielt med på utviklingstrekk som kan bidra til at sosiale helseforskjeller blir skapt eller opprettholdt (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012).

Kommunens grunnlag for å utarbeide oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer er folkehelseprofilen som utgis årlig av Folkehelseinstituttet, opplysninger fra statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen, informasjon fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene samt lokal kunnskap om faktorer og utviklingstrekk som kan ha betydning for helse (Helsedirektoratet 2013). Folkehelseprofilen viser hvordan kommunen skårer på nøkkeltall innenfor temaene befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner samt helse og sykdom, sammenlignet med lands- og fylkestall (Folkehelseinstituttet 2016).

Oversikten skal ifølge § 6 i Folkehelseloven (2011) inngå som grunnlag for utarbeidelsen av kommunens planstrategi, hvor strategiske valg knyttet til samfunnsutvikling og planbehov skal drøftes i henhold til § 10-1 i Plan- og bygningsloven (2008), som videre skal legge grunnlag for fastsetting av mål i kommunens planer. Her er det en direkte kobling mellom Folkehelseloven (2011) og Plan- og bygningsloven (2008).

Tiltak for å møte folkehelseutfordringer skal utarbeides basert på kunnskap fra oversiktsdokumentet og målsettinger i planer (Meld. St. 34 (2012 - 2013)). Et dilemma i folkehelsearbeid er at kostnader knyttet til tiltak kommer umiddelbart, mens gevinstene først vil vise seg i fremtiden (Helsedirektoratet 2010). Siste fase i prosessen er evaluering av kommunens virksomhet gjennom internkontroll som skal sikre at krav i Folkehelseloven (2011) oppfylles (Meld. St. 34 (2012 - 2013)).

Det som er sentralt for å skape samarbeid på tvers av sektorer, er forståelsen av at helse først og fremst skapes utenfor helsesektoren (Helsedirektoratet 2011). Samhandlingsreformen anbefaler en tverrsektoriell organisering av folkehelsearbeidet (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

Videre pekes det på at det er viktig at det bygges opp plan- og prosesskompetanse i helsesektoren og at det etableres arenaer for samhandling. Dette skal bidra til at helseforhold kommer så tidlig som mulig inn i prosessene knyttet til planlegging. Folkehelsekoordinator er ikke en stilling som kommunene er pålagt å ha, men det anbefales for å styrke folkehelsearbeidet og det tverrsektorielle samarbeidet. Videre anbefales det en sentralt administrativ forankring av funksjonen som folkehelsekoordinator med nærhet til kommunens politiske nivå. En slik organisering vil lettere kunne ivareta koordineringen av folkehelsearbeidet på tvers av sektorene i kommunen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

Folkehelsearbeid har endret seg fra å dreie seg om å bekjempe smittsomme sykdommer til å være rettet mot livsstilssykdommer og faktorer som direkte og indirekte påvirker helse (Naidoo & Wills 2016). Kompleksiteten har økt i de målene som planleggingen i kommunen er satt til å løse. Rittel og Webber (1973) hevder at nesten alle temaer innen offentlig politikk som planleggingen skal løse, kan karakteriseres som «wicked problems» som kan oversettes til komplekse eller gjenstridige problemer. Problemene kan sies å være mer sammensatte og innvevd i hverandre, og kan ikke defineres eller isoleres like lett som problemstillinger som for eksempel smittsomme sykdommer kunne (Rittel & Webber 1973). Når det gjaldt smittsomme sykdommer, kunne man sette inn tiltak for å løse problemet når smitekilden var identifisert. «Wicked problems» kan karakteriseres som problemer som er uklare eller vanskelig å definere, og dermed også vanskelig å løse (ibid). Den delen av folkehelsearbeidet som handler om å utjevne sosiale helseforskjeller kan være et eksempel på sammensatte og komplekse problemer. Sosiale helseforskjeller kan defineres som «helseforskjeller som varierer systematisk med utdanningsnivå, yrkesgruppe eller inntektsnivå» (St.meld. nr. 20 (2006-2007):12). Det er sammenheng mellom sosioøkonomisk status, det vil si utdanning, yrke og inntekt, og helse, jo høyere sosioøkonomisk status, jo bedre helse (ibid). I den nasjonale strategien for å utjevne sosiale forskjeller, understrekes det at grunnlaget for sosiale helseforskjeller blir lagt tidlig og at tidlig innsats derfor er nødvendig for å forebygge at sosiale helseforskjeller får utvikle seg (St.meld. nr. 20 (2006-2007)). Det pekes på at det er betydelige sosiale helseforskjeller, som også varierer mellom geografiske områder, som antas å være skapt av samfunnsmessige forhold (Meld. St. 34 (2012 - 2013)). Det argumenteres for at disse samfunnsmessige forholdene kan påvirkes gjennom forvaltning, planlegging og tiltak (ibid). Siden kompleksiteten i sosiale helseforskjeller er store, understrekes det at alle sektorer i samfunnet som er med på å skape og opprettholde sosiale helseforskjeller, også må bidra til å løse dem gjennom samarbeid på tvers (Helsedirektoratet 2014).

I NOU 1998: 18, «Det er bruk for alle», pekes det på at de fleste og viktigste beslutningene som har betydning for folkehelsen, tas utenfor helsesektoren. Det hevdes at det ikke har vært tradisjon innen planlegging for å vurdere helsemessige konsekvenser av tiltak innen for eksempel samferdsel og arealplanlegging. Det tverrsektorielle folkehelsesamarbeidet kan vanskeligjøres av at det i andre sektorer er manglende interesse for at egen virksomhet kan ha konsekvenser for helse, men også av at helsesektoren mangler forståelse for andre sektors tyngde og er mest opptatt av tiltak innen egen sektor (NOU 1998: 18). Dette kan medføre avstand og lite samarbeid mellom helsesektor og øvrige sektorer. Oppgaven med å fremme folkehelse, er ikke en oppgave som en sektor i kommunen kan løse alene. Løsningen som skisseres for å redusere avstanden og få til en tverrsektoriell integrering av folkehelse, er samstyring og samarbeid (Hofstad 2015).

## 2.2 Planlegging

Kommunal planlegging har utviklet seg fra en byplanlegging som var faglig styrt til en samfunnsplanlegging som et politisk anliggende (Falleth & Saglie 2012). Formålet med Plan- og bygningsloven (2008:§1-1) er at den skal «fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner». Bærekraftig utvikling kan defineres som en utvikling der dagens behov imøtekommes uten å gå på bekostning av at framtidige generasjoner skal få muligheten til å dekke sine behov (World Commission on Environment and Development 1987).

Plan- og bygningslovens (2008:§ 3-1, f)) intensjon er blant annet at kommunenes planlegging skal «fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet». Videre skal det gjennom planleggingen legges til rette for gode oppvekst- og levekår. Det vektlegges at planleggingen skal være helhetlig og sektorovergripende: «Planleggingen skal fremme helhet ved at sektorer, oppgaver og interesser i et område ses i sammenheng gjennom samordning og samarbeid om oppgaveløsning mellom sektormyndigheter og mellom statlige, regionale og kommunale organer, private organisasjoner og institusjoner, og allmennheten» (Plan- og bygningsloven 2008:§ 3-1, 2. ledd).

Kommunal planlegging omfatter utarbeidelse av planstrategi, kommuneplan, kommunedelplan og reguleringsplan (Plan- og bygningsloven 2008). Planleggingen skal etter §3-1 i Plan- og bygningsloven (2008), gjennomføres innenfor de ressursmessige rammene som kommunen har og ikke gjøres mer omfattende enn det lokale behov tilsier. Planstrategi



skal utarbeides minst en gang hvert 4. år og innen ett år etter at kommunestyret har konstituert seg etter valget i henhold til § 10-1 i Plan- og bygningsloven (2008). Planstrategi er ikke en plantype, men et verktøy for å drøfte kommunens strategiske valg når det gjelder samfunnsutvikling og vurdere hvilke planer kommunen har behov for å utarbeide i valgperioden (ibid). Dette var et nytt obligatorisk planelement som ble innført da den nye planloven kom i 2008 (Aarsæther 2012).

Kommuneplanen består av samfunnsdel med handlingsdel og arealdel (Plan- og bygningsloven 2008:§ 11-1). Med utgangspunkt i planstrategien skal det tas stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier i kommuneplanens samfunnsdel. Disse skal gjelde for kommunen både som samfunn og som organisasjon i henhold til § 11-2 i Plan- og bygningsloven (2008). Kommuneplanens samfunnsdel skal danne grunnlaget for kommunesektorenes planer og virksomhet. Handlingsdelen angir hvordan ressurser, planleggings- og samarbeidsoppgaver og tiltak skal prioriteres innenfor de økonomiske rammene som kommunen må forholde seg til. Handlingsdelen utarbeides ofte sammen med økonomiplanen. Arealdelen av kommuneplanen består av plankart, bestemmelser for arealdisponering og planbeskrivelse, og er juridisk bindende. Arealdelen skal vise sammenhengen mellom den framtidig ønskede samfunnsutviklingen og bruken av kommunens arealer. Kommunedelplan kan utarbeides for et virksomhetsområde eller et tema. Reguleringsplan er arealplankart med bestemmelser for hvordan arealer og fysiske omgivelser skal brukes, vernes og utformes (Plan- og bygningsloven 2008).

Planprogram er pålagt etter § 4-1 i Plan- og bygningsloven (2008) å utarbeide «for alle kommuneplaner og reguleringsplaner som kan få vesentlige virkninger for miljø og samfunn». Planprogrammet skal blant annet beskrive planarbeidets formål, planprosessen med angivelse av tidsfrister, hvem som skal delta i planarbeidet og hvordan medvirkning tenkes ivare tatt (Plan- og bygningsloven 2008). Økonomiplanen har et fireårsperspektiv og skal tas opp til samlet vurdering en gang i året, og reguleres av §44 i Kommuneloven (1992). Økonomiplanen skal inneholde beskrivelse av hvilke økonomiske ressurser som står til rådighet når tiltak som er prioriterte i politisk vedtatte planer skal gjennomføres (Kommuneloven 1992). Planstrategien og alle planer i en kommune vedtas av kommunestyret (Plan- og bygningsloven 2008).

Hvert 4. år, i forkant av kommunevalgperioden, blir det utarbeidet nasjonale forventninger til kommunal planlegging som er statlige styringssignaler til kommunene (Aarsæther 2012). Det

kom nye nasjonale forventninger til kommunal planlegging i 2015 (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015). Forventningsdokumentet angir hvilke hensyn kommunene bør fokusere på i planleggingen for at den nasjonale politikken skal bli gjennomført på de ulike områdene. I forventningene fra 2015 er det blant annet fokus på å redusere klimagassutslipp, få til energieffektivisering, ta hensyn til klimaendringer, ta vare på naturmangfold, sikre viktige jordbruksområder og legge til rette for bærekraftig næringsutvikling. Videre er det fokus på helsefremmende bo- og oppvekstmiljø, tilrettelegging for fysisk aktivitet og trivsel, tilgjengelighet og universell utforming, fortetting rundt kollektivknutepunkter samt at trafikkvekst skal tas med kollektivtransport, sykkel og gange (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015).

### 2.3 Styringsformer

Planlegging kan oppfattes som «en styringsprosess forankret i et formelt regelverk» (Aarsæther et al. 2012:17). De offentlige styringsformene kan deles inn i hierarkisk styring, markedsorientert styring og samstyring (Falleth & Saglie 2012). Hierarkisk styring baserer seg på administrativ og legal rasjonalitet. Planleggerens rolle i denne styringsformen er å være eksperter som følger regelverk og rutiner i et hierarkisk system. De forbereder grunnlaget for politiske beslutninger og er på den måten en støtte for politikere. Når det er fattet formelle vedtak, er det administrasjonen som følger opp disse i etterkant (Falleth & Saglie 2012).

Markedsorientert offentlig styring, som New Public Management kan oversettes til på norsk, utviklet seg på 1980-tallet som et nytt styringsideal som skulle effektivisere offentlig sektor. Ideen er å overføre elementer som konkurranse og forhandlinger om kontrakter, fra privat sektor til offentlig sektor. Dette gjøres blant annet ved å konkurranseutsette offentlige oppgaver og opprette kommunale foretak. I praksis betyr dette at det er politikere som vedtar målene og strategiene i kommunale planer, mens private og offentlige foretak konkurrerer om å få utføre oppgavene (Falleth & Saglie 2012).

Samstyring og dannelsen av styringsnettverk er det nyeste idealet for offentlig styring (Falleth & Saglie 2012). Dette handler om samarbeid mellom gjensidig avhengige aktører som bringer inn ulike ressurser og utvikler felles problemforståelse, mål og strategier for å løse en felles utfordring. Planleggerens rolle er å være prosessleder og planutvikler i denne styringsformen. Det finnes elementer fra alle tre styringsformene i offentlige organisasjoner (Falleth & Saglie 2012). Planlegging som en styringsprosess som er forankret i et formelt regelverk som Aarsæther og medarbeidere (2012) beskriver, kan by på utfordringer fordi de nevnte

styringsformene bygger på tre ulike logikker (Saglie et al. 2015). Hierarkisk styring er basert på å følge regler og rutiner i et hierarkisk system med koordinering ovenfra og ned.

Markedsorientert styring er basert på konkurranse og forhandlinger mellom aktører i et marked der tilbud og etterspørsel og fortjeneste er drivkrefter. Samstyring er basert på en ikke-hierarkisk logikk og er nettverksdrevet av aktører som er gjensidig avhengige av hverandres ressurser for at felles mål skal bli nådd (ibid). Det kan ses på som en fordel at de ulike styringsformene fungerer parallelt, fordi de kan utfylle hverandre og gi kommunen fleksibilitet og flere verktøy når de skal gjennomføre den vedtatte politikken. Men det kan også ses på som en ulempe fordi kompleksiteten øker og styringsmekanismene kan underminere hverandre siden de bygger på så ulike logikker (Saglie et al. 2015).

## 2.4 Tidligere forskning

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) og Folkehelseloven (2011) ble satt i verk 1.1.2012, og har hatt en virketid på vel 4 år. Reformen og endringer tar ofte tid å gjennomføre og dermed også å se resultater av. Tidligere forskning som er valgt ut og vurdert som relevant i forhold til problemstillingene, er utført både før og etter dette iverksettelsestidspunktet.

Når det gjelder forskning på hvilke ringvirkninger tiltaket Helomplan har gitt, så foreligger ikke dette ennå. NIBR har utarbeidet to delrapporter knyttet til tiltaket, men disse er rettet mot evaluering av innholdet i etterutdanningsprogrammet (Hofstad & Helgesen 2013; Hofstad & Helgesen 2014).

Barton, Grant, Mitcham og Tsourou (2009) utførte en studie av europeiske byer hvor fokuset var på om de hadde lyktes med å integrere helse i planer. De identifiserte 5 nøkkelementer som er vesentlige for å kunne utvikle et planleggningssystem hvor helse er integrert. Det første er aksept for å samarbeide på tvers av fagdisipliner og etater. Det andre er sterk politisk støtte som blant annet kan sikre nødvendige ressurser. Det tredje er integrering av helse på lik linje med miljømessige, sosiale og økonomiske temaer i hovedplanene for arealdisponering, transport, bolig og økonomisk utviklingspolitikk. Det fjerde er at innbyggerne og interessenter fra offentlig, privat og frivillig sektor aktivt involveres i den politiske prosessen. Det femte er å bruke verktøy i planleggingen som reflekterer helsemålsettingene. Dette kan være verktøy som for eksempel overvåker livskvalitet eller vurderer helsepåvirkninger (Barton et al. 2009).

Hofstad (2011) har gjort en analyse der det fremkommer at det er lite kunnskapsoverføring og samarbeid mellom folkehelsekoordinatorer og planleggere i kommunene som er med i

undersøkelsen. Årsaker til dette kan være at folkehelsekoordinatorer ikke trekkes inn i planprosesser eller at det ikke er etablert noen felles arena hvor folkehelsekoordinator og planlegger kan møtes. Andre årsaker som nevnes, er at folkehelsekoordinator ikke er i stand til å oversette kunnskapen fra folkehelseprofilen inn i en planleggingsprosess. Videre viser analysen at det har vist seg å være vanskelig å få innpass for folkehelse temaer som ikke er i takt med det tradisjonelle fokuset innen planlegging. Analysen identifiserte tre måter som kan bidra til å styrke helsefokuset i kommunal planlegging. For det første kan helsefokuset styrkes gjennom systematisk kunnskap. Lokale myndigheter kan utarbeide sin egen kommuneprofil gjennom å benytte tilgjengelig statistisk materiale og kartlegge faktorer som påvirker helse og legge dette til grunn for planleggingsprosessen. Dette kan resultere i økt bevissthet, støtte prioriteringer, og som en konsekvens av dette, fremme helse. For det andre kan helsefokuset styrkes gjennom å integrere helse i all politikk. Et viktig formål med dette er å øke bevisstheten og anspore til aktivitet horisontalt gjennom å gjøre helsefremming til et mål for kommunal planlegging. For det tredje kan helsefokuset styrkes gjennom eksperimentering for å utvikle beste praksis. Det nasjonale prosjektet «Helse i Plan», som ble avsluttet i 2010, er et eksempel på det. 30 kommuner deltok i prosjektet og utviklet metoder for at et bredt spekter av folkehelse mål kunne realiseres ved å bli inkludert i kommuneplaner og gjennom et nærmere samarbeid mellom folkehelsearbeidere og planleggere. Disse tre måtene antas å styrke fokuset på folkehelse i lokal planlegging (Hofstad 2011).

NIBR har utgitt en rapport med oversikt over status i kommuner to år etter at samhandlingsreformen trådte i kraft (Schou, Helgesen & Hofstad 2014). Det var 309 kommuner som deltok i undersøkelsen. Status er at folkehelsearbeidet har beveget seg ut av helsefeltet og dreiet i en tverrsektoriell retning. I tillegg har viktigheten av folkehelsearbeidet trengt dypere inn i organisasjonen i kommunene. Rapporten viser at andelen kommuner som har folkehelsekoordinator var på 85 % i 2014, dette er en økning på 11 prosentpoeng fra 2011. 38 % av kommunene oppgir at de har utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. 69 % av kommunene rapporterer om at folkehelse er integrert i kommuneplanleggingen (Schou et al. 2014).

Hofstad (2014) gjorde en undersøkelse for å kartlegge status og utfordringer knyttet til folkehelsearbeidet lokalt. Undersøkelsen omfattet to surveyer til norske kommuner og i tillegg kvalitative intervjuer og fokusgruppeintervjuer i 15 kommuner og 17 fylkeskommuner. Hun fant blant annet at det er forskjeller i hvor langt kommunene har kommet i arbeidet med å implementere det systematiske folkehelsearbeidet og at folkehelsearbeidet er fragmentert.

Videre fant hun at det er usikkerhet knyttet til hva folkehelsearbeid er, og hvilke tiltak som virker. Det kan være vanskelig å prioritere det langsiktige folkehelsearbeidet fremfor presserende oppgaver knyttet til for eksempel sykdomsrelaterte tjenester, og folkehelsearbeidet kan bli presset på grunn av at kommunen har mange hensyn som skal avveies og mange oppgaver som skal løses. Kommunene har utfordringer med å oversette nasjonale ambisjoner og aggregerte statistiske resultater til lokale forhold fordi de kan oppfattes som diffuse og tvetydige. Oversettelsesprosessene som foregår i kommunene preges av den eksisterende organiseringen, styringskulturen, kapasiteten og kompetansen. Det er en utfordring å etablere folkehelse på tvers i den kommunale organisasjonen og å trekke inn eksterne aktører, fordi en slik organisering eller samstyring kan utfordre tankemønstre som eksisterer i organisasjonen og praksiser som er etablerte eller vante måter å løse problemer på (Hofstad 2014).

I en undersøkelse som inkluderte 27 kommuner fant Løset og Veenestra (2015) at forankringen av folkehelse i kommunale planer har vært økende etter at samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) og Folkehelseloven (2011) ble iverksatt. Tradisjonelt har folkehelse tiltak i mange kommuner dreid seg om fysisk aktivitet og veiledning om kosthold, men undersøkelsen tyder på at det er i ferd med å vokse frem en bredere forståelse av hva folkehelse tiltak kan være (Løset & Veenestra 2015).

I en masteroppgave med temaet folkehelse og kommunal planlegging, som var en casestudie av to kommuner, fant Samuelsen (2015) blant annet at oversettelsen og operasjonaliseringen av folkehelsearbeidet blir vanskeliggjort av at det innad i kommunen finnes ulike forståelser av folkehelse. Et annet funn var at det er utfordringer knyttet til å få politikere til å prioritere langsiktig folkehelsearbeid (Samuelsen 2015). En annen masteroppgave fra samme år, var en best-case studie som så på utfordringer og suksesskriterier for tverrsektorielt samarbeid og planlegging (Kvalsвик 2015). Hun fant at kriterier for suksess blant annet var en plassering av folkehelsekoordinator strategisk i rådmannens stab og at det finnes en arena for utveksling av faglig og lokal kunnskap. Utfordringer var blant annet å kombinere planlegging og folkehelse, kombinere langsiktig og kortsiktig folkehelsearbeid samt vise til effekt av det langsiktige folkehelsearbeidet fordi resultatene først viser seg etter lang tid (Kvalsвик 2015).

### 3 Teoretisk ramme

En teoretisk referanseramme kan ses som et hjelpemiddel i en studie til å kunne forstå meningen eller betydningen av materiale og funn, og i tillegg gi struktur til forskerens forståelse av dette (Malterud 2011). Det er behov for å låne teorier fra andre fagdisipliner fordi folkehelsevitenskap ikke har et eget teoretisk rammeverk. Teoriene som er valgt har faglig forankring i samfunnsvitenskap og statsvitenskap. Videre i dette kapittelet vil teorier som er vurdert som de mest relevante for å forstå meningen med og strukturere forståelsen av datamaterialet og funnene i denne studien, bli presentert og begrunnet.

#### 3.1 Diskursteori

Innen samfunnsvitenskap handler diskursteori om å studere produksjon og fortolkning av mening samt representasjoner for at språket og konteksten på den måten kan bringes nærmere hverandre (Torfing 2005). Med representasjoner forstås virkeligheter (Neumann 2001). Et fenomen som studeres er slik det fremstår for oss etter at vi har tolket det gjennom det som kommer mellom oss og verden, som blant annet er språket og kategoriene (ibid). Diskursteori bidrar med et analytisk perspektiv som legger vekt på at regler og meninger danner grunnlaget for konstruksjon av sosial, politisk og kulturell identitet og sosiale praksiser (Torfing 2005). Diskurser omtales i forskningslitteratur som «de meningene og forståelsene som er retningsgivende for hvordan vi forstår verden» (Saglie et al. 2015:32). Diskurs kan defineres som «an ensemble of ideas, concepts, and categories through which meaning is given to social and physical phenomena, and which is produced and reproduced through an identifiable set of practices» (Hajer 2005:300). Denne definisjonen legger vekt på meningsdannelse. Når mening produseres og reproduseres, kan det forstås som at ulike aktører gjennom denne meningsdannelsen får felles referanser og forståelse av virkeligheten (Saglie et al. 2015).

Diskursteori er opptatt av å forstå et fenomen, ikke på å forklare (Torfing 2005). I diskursteori er det fokus på hvordan diskurser etablerer dominerende virkelighetsforståelser (Torfing 2005). Prosessen som fører til at en diskurs blir hegemonisk eller dominerende, kan forstås på følgende måte: «Articulations that manage to provide a credible principle upon which to read past, present, and future events, and capture people's hearts and minds» (Torfing 2005:15). Det handler altså om formulering av et troverdig prinsipp. Videre i diskursteori er det fokus på hvordan diskurser institusjonaliseres, det vil si hvordan de legger grunnlaget for nye praksiser eller handlingsmønstre (Hajer 2005). Diskurser regulerer handlinger gjennom å forme identiteter, kapasiteter og relasjoner hos de sosiale aktørene, og på den måten konstruerer diskurser en virkelighet som det blir mulig å handle i forhold til (Torfing 2005).

Schmidt (2010) omtaler diskursiv institusjonalisme som har fokus på hvilke roller diskurser og ideer spiller i en institusjonell sammenheng. Hun argumenterer for at dette perspektivet er godt egnet til å fange opp dynamikken i institusjonelle endringer. Hun bruker begrepene «background ideational abilities» og «foreground discursive abilities» som begge har betydning for hvilke handlingsbetingelser aktører i institusjoner har (Schmidt 2010:14-15). «Background ideational abilities» er knyttet til en underliggende praktisk logikk som inkluderer kunnskap om hvordan verden henger sammen og kan håndteres. Det refererer til de idemessige reglene som styrer interne prosesser som bidrar til å skape og opprettholde institusjoner. Institusjoner kan ses som idemessige konstruksjoner og strukturer (Schmidt 2010). Overført til en planleggingssammenheng kan «background ideational abilities» bety de normene og reglene som ligger til grunn for måten planleggere tolker at planlegging skal utføres på. «Foreground discursive abilities» handler om nye ideer og diskurser, og er knyttet til at aktører kan bidra til institusjonelle endringer gjennom å følge en kommunikativ logikk. Dette betyr at aktører kan flytte fokuset bort fra de institusjonelle rammene de opererer innenfor, og se egen praksis i et kritisk lys og sette i gang endringsprosesser. En forutsetning for aktørers muligheter til å endre deres institusjoner, er at det finnes arenaer der de kan argumentere for og utveksle nye ideer (Schmidt 2010). Det kan antas at folkehelse vil bli påvirket av og tilpasse seg institusjonaliserte planleggingspraksiser og denne aktivitetens dominerende diskurs (Hofstad 2011). Men planleggingens innhold og form vil trolig også endres over tid, i møte med idealene i diskursen som gjelder for helsefremming (ibid).

Diskursteori er valgt fordi det gir et begrepsapparat med tanke på hvilke forståelser av folkehelse og folkehelsearbeid som finnes i planene og som fremkommer i intervjuene. Det kan gi en ramme for å forstå hvordan den gjeldende diskursen om folkehelse som beskriver perspektiver i forhold til komplekse problemer, er oversatt til lokal forståelse i Vestvik kommune og om denne diskursen er institusjonalisert eller har ført til nye handlingsmønstre.

### **3.2 Translasjonsteori**

Røviks (2007) translasjonsteori befinner seg i spenningsfeltet mellom en modernistisk og en sosialkonstruktivistisk tilnærming og er knyttet til overføring av kunnskap og ideer mellom organisasjoner. Disse to tilnærmingene har ulike måter å forstå hvordan denne overføringen skjer. Den modernistiske tilnærmingen kan beskrives som rasjonell, hvor antakelsen er at organisasjoner i stor grad er enheter med like systemer og at gode organisatoriske praksiser og prosesser kan identifiseres, hentes ut og overføres til andre organisasjoner. Det antas at gode

praksiser og prosesser med høy grad av sannsynlighet vil kunne reproduseres, gjennom å bruke rasjonelle prinsipper (Røvik 2007).

Den sosialkonstruktivistiske tilnærmingen bygger på ideen om at virkeligheten ikke er objektiv, men er sosialt konstruert. I denne tilnærmingen ses organisasjoner som arenaer hvor symboler og meninger bli fortolket og utviklet. Organisasjoner forstås som sosiale konstruksjoner som befinner seg i en bestemt kontekst. Dette gjør at ideer eller oppskrifter trolig ikke like rasjonelt lar seg overføre til andre organisasjoner som befinner seg i andre kontekster, slik den modernistiske tilnærmingen kan forstås (Røvik 2007).

Translasjonsteorien kan beskrives som en pragmatisk tilnærming. Ut fra denne tilnærmingen antas det at organisasjonsideer implementeres ut fra en tvetydighet, som innebærer at man vurderer seg selv som en rasjonell aktør i løsningen av virksomhetens problemer samtidig som man blir motivert til å adoptere ideer fordi de fremstår som symboler for hva det betyr å være en moderne organisasjon (Røvik 2007).

Translasjon handler om hva organisasjoner kan gjøre med ideer eller oppskrifter. Når nye ideer blir introdusert i organisasjoner, møtes de av en kompleks kontekst med blant annet formelle strukturer, prosedyrer og rutiner. De som arbeider i organisasjonene har kunnskaper og identiteter, og har sine måter å utføre oppgaver på som allerede er etablert. I tillegg kan ideene som introduseres i ulik grad være tydelige idemessige representasjoner av konkrete praksiser (Røvik 2007). Translasjon innebærer også transformasjon som betyr «at noe forsøkes kopiert, noe legges til, mens annet trekkes fra og så tilpasses og blandes» (Røvik 2007:56). I translasjonsteorien argumenteres det for at organisasjoners translatørkompetanse er en kritisk faktor for at overføringen av kunnskap og ideer skal bli vellykket. Med translatørkompetanse menes evnen til å oversette praksiser og ideer på en god måte. Uten denne kompetansen blir det derfor vanskelig å få til gode oversettelser av ideer (Røvik 2007). For å kunne oversette organisasjonsideer kreves det at det finnes språk å oversette til. Derfor inkluderer translatørkompetanse evne hos oversetteren til å kunne språksette som Røvik (2007:330) definerer som «å bringe praksiser og ideer på begreps form». Når en ide eller praksis blir språksatt, kan den kommuniseres ved hjelp av begrepene den er oversatt til. For at det skal bli mulig for organisasjonen å fange opp og forstå nye ideer eller praksiser, må den derfor først tilføres begreper som gjør det mulig å oversette og implementere disse i en ny kontekst (Røvik 2007).



Translasjonsteorien er valgt for å gi begreper som kan være nyttige for å forstå hvordan nye ideer spres i organisasjoner og hvordan tolkningen og oversettelsen av ideen om å integrere folkehelse i planlegging, kan foregå på det kommunale nivået.

### 3.3 Samstyring

Samstyring er den norske oversettelsen av «governance» (Røiseland & Vabo 2012).

Samstyring kan defineres som «den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening» (Røiseland & Vabo 2012:21). Dette er en vid definisjon som omfatter både horisontale og vertikale relasjoner. Sentralt i definisjonen er at offentlig politikk iverksettes og utvikles gjennom andre strukturer enn det tradisjonelle hierarkiet der aktører befinner seg i entydige under- og overordningsforhold (Røiseland & Vabo 2012). Samstyringsnettverk blir ofte etablert som en måte å håndtere utfordringene med en fragmentert offentlig sektor på (Sørensen & Torfing 2009).

Det er tre aspekter ved samstyring. For det første handler det om at aktørene som inngår i samstyringen er gjensidig avhengige av hverandre, noe som betyr at de forsøker å løse et problem som de bare kan få til sammen (Røiseland & Vabo 2012). Motivasjonen for å delta i styringsnettverket er at den enkelte aktør ikke har nok kapasitet eller kunnskap til å løse problemet alene (Røiseland & Vabo 2008). De ulike aktørene utfyller hverandre ved å bidra med forskjellige typer ressurser i samarbeidet. Eksempel på ressurser som bringes inn kan være kompetanse, penger eller lokalkunnskap. På den måten vil de ulike aktørene kunne oppnå mer ved å samarbeide enn den enkelte kunne oppnå alene (Røiseland & Vabo 2012).

For det andre handler samstyring om at beslutninger må baseres på diskurs eller forhandlinger som en følge av at aktørene er gjensidig avhengige av hverandre (Røiseland & Vabo 2012). Aktører i nettverket må utvikle en felles forståelse av hva problemet er og diskutere eller forhandle seg frem til en felles løsning (ibid). Videre må de bygge opp en basis for gjensidig tillit, i mangel på klart definerte konstitusjonelle regler som er et kjennetegn ved samstyringsnettverk (Hajer & Versteeg 2005). Tradisjonelle styringsvirkemidler som hierarkisk autoritet og makt vil ikke fungere ved samstyring (Røiseland & Vabo 2008). Det er ingen overordnet myndighet som styrer aktørene i nettverket, og på denne bakgrunn kan aktørene beskrives som operasjonelt autonome (Sørensen & Torfing 2009). Konflikter og skjeve maktforhold i nettverket kan føre til at aktører ikke lenger ser den gjensidige nytten av

å delta. Det kan påvirke forhandlingene og gjøre samstyring til en utfordrende styringsform (Røiseland & Vabo 2012).

For det tredje representerer samstyring en planlagt og målorientert aktivitet, og kan derfor beskrives som et organisert samarbeid, selv om strukturen er løsere enn i en formell organisasjon (Røiseland & Vabo 2012). Samarbeidet inkluderer organisasjonsprosesser som blant annet fastsettelse av mål, valg av virkemidler, utforming av strategier og koordinering av aktiviteter (Røiseland & Vabo 2008).

Sørensen og Torfing (2009:234) peker på at samstyring kan være en styringsform som er godt egnet til å løse komplekse samfunnsproblemer eller «wicked problems». Når komplekse problemer skal håndteres kan kunnskapsgrunnlaget og dermed også beslutningsgrunnlaget økes gjennom at aktører fra for eksempel frivillig sektor inkluderes i nettverket (Sørensen & Torfing 2009).

Samstyringsteori er valgt for å få begreper som kan brukes for å se etter trekk av samstyring i analysene av plandokumenter og intervjuer i Vestvik kommune. Dette gjelder den gjensidige avhengigheten mellom aktører, at beslutninger baseres på diskurs og forhandlinger og at aktivitetene er planlagte og målorienterte.

## 4 Metode

I dette kapittelet vil det redegjøres for hvilke metodiske valg som er tatt. Først vil casestudie som design og hvilke utvalgskriterier som er benyttet bli beskrevet. Deretter vil datainnsamlingsprosessen bli presentert. Data er innhentet gjennom plandokumenter og intervjuer. Avslutningsvis kommer en beskrivelse av kvalitetene ved metodene som er brukt, etterfulgt av en redegjørelse for hvilke etiske overveielser som er gjort.

### 4.1 Studiedesign og utvalgskriterier

Kvalitativ forskningsmetode har som mål å utvikle kunnskap om fenomeners egenskaper, kvalitet og karaktertrekk (Malterud 2011). Kunnskapen kan utvikles gjennom blant annet beskrivelser som gir forståelse av mangfold, egenskaper som er typiske samt trekk som er felles (ibid). Fenomenologi er læren om fenomener og er opptatt av å forstå fenomener ut fra menneskers egne perspektiver og beskrive verden på den måten de oppfatter og opplever den (Kvale & Brinkmann 2010). Fenomenologi er en forståelsesform hvor menneskers erfaringer blir ansett som gyldig kunnskap (Malterud 2011). Hermeneutikk handler om fortolkning av en teksts mening (Kvale & Brinkmann 2010). Fortolkning foregår ved at vi beveger oss mellom helhet og deler, mellom det som skal fortolkes, konteksten og den forforståelsen vi har. Dette prinsippet blir kalt den hermeneutiske sirkel. Fortolkninger begrunnes alltid ved å vise til andre fortolkninger, og på den måten dannes en sirkel (Johannessen et al. 2010). I denne studien er det valgt å utvikle kunnskap gjennom beskrivelser med en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. Denne tilnærmingen er valgt fordi det gjennom problemstillingene søkes å fortolke plandokumenter og å få innsikt i personers vurderinger gjennom en casestudie av Vestvik kommune.

Casestudier søker å forstå særtrekk ved mennesker og samfunn eller å forklare komplekse sammenhenger (Andersen 2013). Casestudier kjennetegnes av at det innhentes detaljert og omfattende informasjon fra noen få enheter eller caser (Johannessen et al. 2010). Det er en fordel at flere metoder kombineres for å samle mye og detaljert informasjon i casestudier (Johannessen et al. 2010).

Flyvbjerg (2006) peker på flere misforståelser når det gjelder forskning ved hjelp av casestudier. Teoretisk, kontekstuavhengig kunnskap blir ofte vurdert som viktigere enn praktisk, kontekstavhengig kunnskap. Det hevdes at man ikke kan generalisere på grunnlag av et enkeltstående tilfelle og at casestudier er derfor best egnet til å generere hypoteser. En annen misforståelse er at casestudier inneholder bias i retning av verifisering eller at det er en tendens til at hypoteser som forskeren hadde på forhånd, blir bekreftet (Flyvbjerg 2006).

Case spiller en viktig rolle i den menneskelige læreprosessen, hevder Flyvbjerg (2006). Det er på grunn av erfaringer med konkrete caser, at mennesket går fra å være nybegynner til å bli ekspert. Kontekstuavhengig kunnskap og regler vil bare bringe mennesket til nybegynnernivået. Videre peker han på at det er kontekstavhengig kunnskap og erfaring som er kjernen i aktiviteter som utføres av eksperter (Flyvbjerg 2006).

Flyvbjerg (2006) mener at casestudier er ideelle til å generalisere gjennom å bruke Karl Poppers falsifikasjonstest. Falsifikasjon innebærer at hvis bare en enkelt observasjon ikke stemmer overens med hypotesen, så må hypotesen endres eller forkastes. Eksempelvis ville det føre til falsifikasjon av hypotesen «alle svaner er hvite», hvis det ble gjort en enkelt observasjon av en sort svane. Flyvbjerg (2006) hevder at casestudier er godt egnet til å identifisere «sorte svaner», fordi de har en tilnærming som går i dybden. Det som kan se ut som det er «hvitt», kan når det undersøkes nærmere vise seg å være «sort» (Flyvbjerg 2006).

NIBR har valgt ut kommuner til sitt følgeevalueringsprosjekt ut fra geografisk spredning, kommunestørrelse, spredning av deltakere med hensyn til studiesteder, administrativ kapasitet og kompetanse samt hvilken type helseutfordringer kommunene har (Hofstad & Helgesen 2014). Dette kan kalles et strategisk utvalg fordi det er satt sammen ut fra at materialet anses å ha best mulig potensial til å belyse forskningsspørsmålet (Malterud 2011). Strategisk valg av case kan styrke generaliserbarheten i casestudier (Flyvbjerg 2006). Jeg ser i min studie på ett av disse casene. Caset er Vestvik kommune, som har folkehelsekoordinator som er organisert i rådmannens stab, og som har hatt deltaker som har gjennomført deltidsstudiet Helomplan. Dette er en av de mindre kommunene, sammenlignet med øvrige kommuner som inngår i utvalget for NIBRs følgeevaluering.

Den opprinnelige planen for denne studien var at jeg skulle gjøre intervjuer i to kommuner som ble tildelt av prosjektet, med totalt 6 informanter. I tillegg til å inngå i NIBRs følgeevalueringsprosjekt, skulle jeg få bruke intervjudataene fra de to kommunene i denne studien. På grunn av at alle informantene i den ene kommunen og deltakers nærmeste overordnede i den andre kommunen hadde sluttet, gjennomførte jeg kun intervju med deltaker og planlegger i Vestvik kommune. Dette er også bakgrunnen for at det ble valgt å se på plandokumenter i tillegg til intervjuer, for å kunne gå mer i dybden i den ene kommunen.

## 4.2 Datainnsamlingsprosessen

Det er innhentet informasjon om Vestvik kommune ved å bruke både dokumentanalyse og intervju som metode.

### 4.2.1 Dokumentanalyse

Følgende dokumenter knyttet til planprosessen ble hentet fra kommunens nettsider og valgt ut til å inngå i analysen:

- Planstrategi for perioden 2012-2016
- Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer fra 2013
- Planprogram for kommuneplanens samfunnsdel fra 2015
- Kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv for perioden 2008-2019
- Kommunedelplan for helse, omsorg og sosial for perioden 2013-2022
- Temaplan for psykisk helse og rus for perioden 2014-2018
- Økonomiplan med handlingsprogram for perioden 2014-2017

Nåværende samfunnsdel av kommuneplanen er beskrevet å ha utdaterte mål og strategier og er derfor ikke inkludert i datagrunnlaget. Fordi ikke alle dokumenter som kunne ha vært aktuelle for analyse av temaet folkehelse i planlegging er med i datagrunnlaget, vil den etterfølgende analysen ikke kunne forstås som en helhetlig analyse av alle plandokumenter i Vestvik kommune.

### 4.2.2 Intervju

Kvalitative forskningsintervju søker å få frem betydningen av menneskers erfaringer (Kvale & Brinkmann 2010). Intervjuene i denne studien er en del av NIBRs prosjekt *Følgeevaluering knyttet til etter- og videreutdanningsprogrammet «Helse og omsorg i plan»*. I følgeevalueringssprosjektet ble det planlagt å intervju deltaker på utdanningsprogrammet, deltakers nærmeste overordnede og planlegger i alle kommuner som inngår i NIBRs utvalg. Egne intervjuguider rettet mot henholdsvis deltaker, dennes nærmeste overordnede og planlegger ble utarbeidet med utgangspunkt i følgeevalueringssprosjektets forsknings spørsmål:

- Fører utdanningen med prosjektoppgave til økt bruk av planlegging som redskap i utvikling av tjenester knyttet til helse, omsorg og folkehelse hos de deltakende samfunnsaktørene?
- Ser man en endring i bruk av kunnskapskilder knyttet til helsetilstand og helseutfordringer?

- Fører utdanningen med prosjektoppgave til økt samarbeid på tvers av sektorielle og faglige skiller hos samfunnsaktørene?

De samme intervjuguidene ble brukt i alle kommunene for å kunne gjøre sammenligninger mellom kommunene (se vedlegg 2 og 3). Intervjuene av deltaker og planlegger i Vestvik kommune ble gjennomført i november og desember i 2015. Intervjutidspunkt ble avtalt via e-post og informasjonsskrivet med forespørsel om deltagelse i denne studien fulgte som vedlegg til e-post (se vedlegg 1). Når intervjutidspunkt var avtalt, fikk informantene tilsendt intervjuguiden på e-post. Det var bestemt i NIBRs følgeevalueringsprosjekt at informantene skulle få intervjuguiden på forhånd, for at de skulle ha mulighet til å kunne forberede seg. Intervjuene ble gjennomført per telefon. Det ble benyttet lydopptaker under intervjuene, som en støtte både til datainnsamling og analysearbeid. På den måten ble det mer fokus på samtalen og ikke på å notere under intervjuet. Under dataanalysen kunne det tas utgangspunkt i nøyaktig det som ble sagt og dermed unngå misforståelser og eventuelle feilkilder.

### 4.3 Analyse av plandokumenter

Dokumentene som ble valgt ut i datainnsamlingsprosessen ble gjennomgått. Det er valgt å gjøre en kvalitativ analyse av disse dokumentene. Det er sett på innholdsmessige forhold i dokumentene som kan bidra til å besvare den første problemstillingen; *Hvordan er det brede folkehelsebegrepet forstått og integrert i plan?* Ved analyse av dokumenter er det viktig å veksle mellom helhets- og delforståelse, og det vil derfor være behov for å lese og analysere dokumentene flere ganger for oppnå ny type forståelse (Brekke 2006). Dokumentene ble analysert og gjennomlest flere ganger med fokus på hvilken forståelse av folkehelsebegrepet og hvordan folkehelse er integrert i planene i Vestvik kommune. Folkehelsehensyn kan være tatt i planer, uten at ordene helse eller folkehelse er direkte nevnt. Deler av dokumentene som er vurdert å gi informasjon om hvordan folkehelse er forstått og integrert, er valgt ut. I tillegg er informasjon om hvem som har deltatt i utarbeidelse av plandokumentene, tatt med. Etter flere gjennomlesninger og sett i forhold til problemstillingen ble det valgt å analysere plandokumentene ut fra fire temaer:

- Forståelse av folkehelse og folkehelsearbeid
- Det systematiske folkehelsearbeidet
- Helsehensyn i plandokumenter
- Samarbeid

Det som er vurdert som mest dekkende i forhold til disse temaene er valgt ut fra plandokumentene, og vil bli presentert under kapittelet om resultater.

#### 4.4 Analyse av intervjudata

Analyse av kvalitative data dreier seg om bearbeiding av tekst (Johannessen et al. 2010). Lydopptakene fra intervjuene ble transkribert. Transkripsjon betyr at talespråk blir oversatt til skriftspråk (Kvale & Brinkmann 2010). Intervjutekstene ble deretter analysert etter metodene meningskoding og meningsfortetting. Disse analysemetodene «kan brukes til å organisere intervjutekstene, konsentrere meningsinnholdet i former som kan presenteres relativt kortfattet, og hente frem implisitte meninger i det som ble sagt» (Kvale & Brinkmann 2010:208). Ved meningskoding blir det knyttet nøkkelord til avsnitt i teksten for på den måten senere å kunne identifisere uttalelser. Meningsfortetting foregår ved at svarene i intervjuet komprimeres slik at meningen i uttalelsene blir gjengitt med få ord (Kvale & Brinkmann 2010).

Det ble først tatt utgangspunkt i tema fra intervjuguiden, men gjennom analyseprosessen kom det fram nye tema som ble vurdert å gi bedre oversikt over det som den andre problemstillingen søker å belyse; *På hvilken måte vurderer kommunale aktører at Helomplan har påvirket integreringen av folkehelse i planlegging?* På bakgrunn av nøkkelordene som ble knyttet til tekstavsnittene i intervjuene ble følgende tema formulert:

- Ønskede og uforutsette virkninger av Helomplan
- Anvendelse av kompetanse tilegnet gjennom Helomplan
- Endringer i organisering av folkehelsearbeidet
- Tverrsektorielt samarbeid
- utfordringer med å få til en tettere kobling mellom helse og plan
- Oversiktsdokument over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Innenfor det enkelte tema ble analysemetoden meningsfortetting brukt. Meningen i det som ble sagt innenfor hvert tema ble beskrevet med få ord. Underveis var det behov for å gå tilbake til de transkriberte intervjuene og undersøke at tolkning av meninger som ble gjort, fortsatt var i overensstemmelse med sammenhengen det ble uttalt i. I tillegg ble direkte sitater fra intervjuene valgt ut. De sitatene som ble valgt ut, ble vurdert til å være mest dekkende for de ovennevnte temaene. Det er valgt å omforme teksten i sitatene til bokmål.

## 4.5 Metodisk kvalitet

Det finnes ulike kriterier som kan legges til grunn for å bedømme en studies kvalitet. Jeg har valgt å se på reliabilitet, validitet, overførbarhet og bekreftbarhet.

Reliabilitet eller pålitelighet handler om studiens data. Det er knyttet til hvilke data som blir brukt, måten data blir innsamlet på og hvordan de blir bearbeidet (Johannessen et al. 2010). I kvalitativ forskning er det forskeren selv som er instrumentet. Forskerens erfaringsbakgrunn vil påvirke måten det tolkes på. En annen forsker vil derfor vanskelig kunne tolke på samme måte. Gjennom å beskrive kontekst og framgangsmåte detaljert og åpent, kan påliteligheten eller reliabiliteten av en studie styrkes (Johannessen et al. 2010). Dette har jeg forsøkt å ivareta i denne studien ved å beskrive i metoddelen så detaljert som mulig hvordan jeg har gått frem gjennom prosessen. Datakildene som er brukt i denne studien vurderes som pålitelige. Kildene er offentlige plandokumenter og intervjuer med profesjonelle aktører som har inngående kjennskap til planprosessene i Vestvik kommune.

Kvale og Brinkmann (2010) hevder at det er på grunnlag av våre forforståelser at vi forstår verden. Forforståelse består av det vi bringer med oss av hypoteser, erfaringer, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme ved studiens start (Malterud 2011). Min forforståelse vil være preget av at jeg utdanner meg innen folkehelse og ikke har praktisk erfaring fra planleggings- eller folkehelsearbeid. En fallgrube kan være at vi tillater forforståelsen å dominere, og på den måten går vi glipp av kunnskapen som det empiriske materialet kunne ha gitt oss (Malterud 2011). Det er derfor viktig å være seg bevisst sin forforståelse, og være åpen for det datamaterialet kan gi av ny kunnskap og innsikt (ibid).

Validitet eller troverdighet handler om i hvilken grad metoden undersøker det som var hensikten å undersøke, og om datamaterialet representerer virkeligheten av fenomenet som studeres. Dette kan også kalles begrepsvaliditet (Johannessen et al. 2010). I denne sammenheng betyr det om metode og funn reflekterer problemstillinger og formålet med studien (ibid). I denne casestudien innhentes det detaljert og omfattende informasjon om et enkelt tilfelle, noe som ifølge Andersen (2013) kan styrke studiens indre validitet som handler om troverdighet og kvalitet.

Overførbarhet eller ekstern validitet dreier seg om i hvilken grad studiens resultat kan overføres til liknende tilfeller (Johannessen et al. 2010). I kvalitativ forskning er det heller tale om overføring av kunnskap enn om generalisering, fordi generalisering er sterkt knyttet til kvantitativ forskning med statistiske metoder. Overførbarhet handler om at det i studien



fremkommer begreper, beskrivelser, fortolkninger eller forklaringer som kan komme til nytte på andre områder enn det som blir studert (ibid). Siden denne casestudien går i dybden på en enhet, stiller den ifølge Andersen (2013) svakere i forhold til at funn kan være representative for en større populasjon. Hvorvidt denne studiens resultat kan overføres til å gjelde for andre kommuner, vil jeg komme tilbake til under metodediskusjonen.

I kvalitativ forskning diskuteres bekreftbarhet, som dreier seg om resultatene kan bekreftes av andre forskere som har gjort lignende undersøkelser (Johannessen et al. 2010). Det er blant annet funnet to masteroppgaver fra 2015 med tilsvarende tema i tillegg til annen forskning, som deler av resultatene i denne studien er sammenlignet med. Studiene som er vurdert som relevante, er beskrevet nærmere under tidligere forskning i kapittel 2. Bekreftbarhet skal sikre at studiens funn, faktisk er et resultat av forskningen og ikke et produkt av subjektive holdninger hos forskeren. En strategi for å styrke bekreftbarheten er å beskrive alle beslutninger i forskningsprosessen og på den måten gi leseren muligheter for å følge og gjøre egne vurderinger av disse (Johannessen et al. 2010). Beslutningene som jeg har tatt i forskningsprosessen er beskrevet tidligere i dette metodekapittelet.

#### **4.6 Etiske overveielser**

Det er forskerens ansvar å ivareta alle etiske sider ved et forskningsprosjekt. Siden undertegnede ville få kjennskap til navn på informantene, ble det sendt søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), før datainnsamlingen startet (se vedlegg 4). Retningslinjer for god forskningsetikk er beskrevet i Helsinkideklarasjonen som alle forskere skal følge (World Medical Association 1964/2008). Her blir krav til forskningen som personvern og konfidensialitet, informert samtykke og krav til informasjon til deltakere i forskningsprosjekt beskrevet. I denne studien er dette ivaretatt ved at informantene fikk tilsendt skriv med informasjon om studiens hensikt og hva deltagelse innebærer på forhånd. Der fremgår det at deltagelse er frivillig og at informanter har muligheten til å trekke seg når som helst uten å oppgi noen grunn (se vedlegg 1). Det ble innhentet muntlig samtykke fra informantene på grunn av at dette ikke er forskning på sensitive opplysninger, men på gjennomføring av politikk. Navn på informanter og navn på kommune er anonymisert.

Opptaksutstyret som ble benyttet under telefonintervjuene tilhører NIBR og originale lydfiler ble oppbevart av leder for følgeevalueringsprosjektet. Kopi av lydfilet fra intervjuene ble overført til undertegnades datamaskin og deretter transkribert. Lydfilet og transkriberte

intervjudata ble lagret på passordbeskyttet datamaskin, og vil bli slettet når mastergradsprosjektet avsluttes i september 2016.

## 5 Resultater

Først vil det følge en kort presentasjon av Vestvik kommune, kommunens deltaker på Helomplan og planlegger. Deretter vil relevante funn fra dokumentanalyse og intervjuer, bli presentert.

### 5.1 Casebeskrivelse

Som nevnt innledningsvis har kommunen som er case i denne studien fått det fiktive navnet «Vestvik», for å sikre anonymitet. Vestvik kommune hadde omlag 8.000 innbyggere ved utgangen av 2015. Statistisk sentralbyrå (SSB) definerer kommuner som har mellom 5.000 og 19.999 innbyggere som mellomstore kommuner (Statistisk sentralbyrå 2015). Kommunen har ansatt folkehelsekoordinator i 50 % prosjektstilling som er organisatorisk tilknyttet rådmannens stab. På kommunens nettsider fremgår det at folkehelsekoordinatorens arbeidsoppgaver ligger på et overordnet nivå og omfatter blant annet oversiktsdokument og koordinering av folkehelsearbeidet på tvers av sektorer og enheter. Videre skal folkehelsekoordinatoren være pådriver for å få aktører i kommuneorganisasjonen og lokalsamfunnet til å ta større ansvar for forebygging og helsefremming. En annen oppgave er å fremme samarbeid mellom offentlig sektor, frivillig sektor og næringsliv.

Da Vestvik kommune ble valgt ut til å inngå i NIBRs følgeevalueringsprosjekt i 2014, ble kommunen beskrevet å være i en oppstartsfase når det gjaldt folkehelsearbeid etter folkehelseovens prinsipper (Hofstad & Helgesen 2014). Kommunens deltaker på Helomplan, studerte ved Høgskolen i Volda fra høsten 2013 til våren 2014. Deltaker er leder for helsesektoren i kommunen, og hadde på intervjutidspunktet i november 2015, samme stilling og arbeidsoppgaver som hun hadde før studiet startet. Planlegger som ble intervjuet, er leder for planavdelingen i kommunen.

### 5.2 Resultater fra dokumentanalyse

Kommunens planstrategi for perioden 2012-2016 og kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv for perioden 2008-2019 er gjennomgått. I tillegg er det valgt å se på dokumenter som er utarbeidet i kommunen etter at deltaker begynte på deltidsstudiet Helomplan i 2013. Dette gjelder oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer fra 2013, planprogram for kommuneplanens samfunnsdel fra 2015, kommunedelplan for helse, omsorg og sosial for perioden 2013-2022, temaplan for psykisk helse og rus for perioden 2014-2018 og økonomiplan med handlingsprogram for perioden 2014-2017. Det er ikke formulert mål i planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel, men spørsmål til vurdering knyttet til det

enkelte tema som er foreslått. Det ble likevel valgt å se på planprogrammet fordi det gir indikasjoner på hvilke helsehensyn som tenkes tatt i den nye kommuneplanens samfunnsdel.

### **5.2.1 Forståelse av folkehelse og folkehelsearbeid**

I kommunens planstrategi pekes det på at folkehelse er sektorovergripende og relevant innen de fleste planer og bør være en viktig del av kommuneplanens samfunnsdel. God folkehelse for alle, et bærekraftig og trygt samfunn er blant de foreslåtte hovedtemaene i planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel. Det understrekes at det er viktig å utvikle et bærekraftig lokalsamfunn med balanse mellom miljømessige, sosiale og økonomiske forhold. Det fremgår av planprogrammet at kommuneplanens samfunnsdel vil ha et overordnet folkehelseperspektiv. Under et av temaene som er foreslått i planprogrammet; et godt og helsefremmende samfunn, pekes det på viktigheten av at folkehelseperspektivet ikke blir redusert til noe som en sektor i kommunen har ansvaret for eller bare noen få arbeidere med. Videre under det samme temaet er det fokus på at det er økende ulikheter i levekår og levevaner. Det er ønskelig å vurdere hvordan det kan arbeides for å redusere sosiale ulikheter og tilrettelegge for bedre folkehelse for alle. Knyttet til det foreslåtte temaet arealstrategi i planprogrammet, er et av spørsmålene hvordan det kan sikres at arealbruken er med på å fremme god folkehelse i forhold til bolig, infrastruktur, natur, nærings- og servicetilbud.

En hovedutfordring for Vestvik kommune er å tilrettelegge for uorganisert fysisk aktivitet ifølge kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv. Det pekes på at fysisk aktivitet er en forutsetning for god helse. Det nevnes videre at livsstilssykdommer er et økende problem i kommunen. Det er et mål at anlegg og friluftsområder skal ha universell utforming.

Visjonen for kommunedelplanen for helse, omsorg og sosial, er «helse i alt vi gjør». Det skal være fokus på forebyggende arbeid i alle kommunale tjenester. Hovedmålet innen folkehelse er at kommunen skal bidra til at den enkelte innbygger skal kunne ta vare på og fremme sin egen helse. Utfordringer som nevnes på dette området er blant annet å få forståelse blant de ansatte av hvilke roller og oppgaver de har i folkehelsearbeidet samt å få forståelse for at folkehelsearbeid tar tid.

Det legges vekt på forebyggende arbeid i temaplan for psykisk helse og rus og dette ses på som en del av det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet som kommunen er pålagt å drive etter Folkehelseloven (2011). Tidlig intervensjon vurderes som svært viktig for å hindre utvikling av psykiske lidelser.

Det fremgår av Vestvik kommunes økonomiplan med handlingsprogram, at kommunen er i en vanskelig økonomisk situasjon der det er behov for å stramme inn. Dette er planlagt gjennom strukturendringer innen skole, effektivisering og omorganisering innen helse- og omsorgstjenester og redusert nivå på hjemmetjenester. Forebygging og tidlig innsats i tjenestene blir vektlagt til tross for at dette kan gi økte kostnader på kort sikt fordi det vurderes å ha positive virkninger og gevinst på lengre sikt.

### **5.2.2 Det systematiske folkehelsearbeidet**

Utfordringer som beskrives i oversiktsdokumentet som ble utarbeidet i 2013, er knyttet til temaene befolkningssammensetning, oppvekst- og levekår, miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand. Kunnskapsgrunnlaget for utarbeidelsen av oversiktsdokumentet ser ut til å være folkehelseprofil og kommunehelse statistikkbank, begge fra Folkehelseinstituttet, tall fra Statistisk sentralbyrå og tall fra videregående skole. I tillegg er det innhentet kvalitativ informasjon fra politiet, Statens vegvesen, NAV, tannhelsetjenesten og frivillig sektor for å fange opp lokale utfordringer som ikke kommer frem gjennom statistikk.

Når det gjelder befolkningssammensetning, viser fremskrivning at antall personer som er yrkesaktive vil gå ned og antall personer over 67 år vil øke. Dette vil kunne innebære at kommunens skatteinntekter reduseres samtidig som ressursbruken til pleie- og omsorgstjenester økes. Det er en trend i Vestvik kommune at bosettingen fortettes i kommunesenter og områdesenter.

På området oppvekst- og levekår, har kommunen høyere andel av befolkningen grunnskole som høyeste utdanning sammenlignet med landet som helhet. Andelen på 5. skoletrinn med leseferdighet på laveste mestringsnivå er høyere enn landsgjennomsnittet. Det er en høyere andel av mobbing i 10. klasse, enn landet ellers. Kommunen har en lavere andel som bor alene, enn landet for øvrig. Andelen av befolkningen som har lav inntekt er høyere enn landet ellers. Kommunen hadde lav arbeidsledighet (2 %) på tidspunktet for utarbeidelse av oversiktsdokumentet.

Når det gjelder miljø, så er det et rikt organisasjonsliv i kommunen innen kultur, idrett og friluftsliv. Sosiale aktiviteter og møteplasser er lokalisert i kommunesenteret og områdesentrene. På grunn av spredt bosetting, er mange avhengig av å bruke bil til arbeid, butikk og andre servicetjenester eller for å delta på fritidsaktiviteter. Sykkelveinettet er lite utbygget og mange av veiene er smale og uoversiktlige, noe som gjør det utfordrende å være

myk trafikant. Ifølge analyseresultater er drikkevannet i kommunen av god kvalitet. Tilgang til friområder og friluftsområder er sikret gjennom arealplanen. Friluftsområder pekes på som en stor ressurs for kommunen i et folkehelseperspektiv. Det er satt i gang arbeid med rydding og merking av stier. Frivillige bidrar i stor grad i dette arbeidet.

På området skader og ulykker viser statistikk at antall trafikkulykker i kommunen har gått ned de siste årene. Kommunen har mange aktive lag, organisasjoner og private aktører som legger til rette for fysisk aktivitet, knyttet til området helserelatert atferd. På tidspunktet for utarbeidelsen av oversiktsdokumentet, fantes det ikke statistikk på kommunenivå med informasjon som viser innbyggernes fysiske aktivitetsnivå. Kommunen ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder kvinnelige røykere. Antall personer med vansker knyttet til rus og psykiatri har vært økende de siste årene.

Når det gjelder helsetilstand, så er andel med overvekt og muskel- og skjelettsykdommer høyere enn ellers i landet. Oversiktsdokumentet inneholder et eget kapittel med vurdering av innsamlet statistikkmateriale, der det blant annet pekes på at lav inntekt og utdanning er faktorer som kan bidra til sosiale ulikheter i helse.

Planstrategien som ble utarbeidet i 2012, beskriver hvilke nasjonale forventninger og regionale føringer som skal gjelde for kommunens planlegging. I beskrivelsen av kommunens utfordringer, er det referert til folkehelseprofilen fra Folkehelseinstituttet. Utfordringene er økning i antall eldre, flere med grunnskole som høyeste utdanning, trivsel på 10. trinn er lavere enn landet ellers, manglende gang- og sykkelstier, muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser og økende ulikheter i levekår og levevaner.

I planstrategien er det vurdert at det er behov for å utarbeide ny samfunnsdel til kommuneplanen, på grunn av at den nåværende samfunnsdelen har utdaterte mål og strategier. I tillegg er den ikke utfyllende nok i forhold til nasjonale forventninger og forventninger i Plan- og bygningsloven (2008). Det fremgår av planstrategien at den høyest prioriterte planoppgaven i perioden blir å utarbeide ny samfunnsdel av kommuneplanen.

Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging er lagt til grunn for planprogrammet for ny samfunnsdel av kommuneplanen som ble utarbeidet i 2015. I tillegg er regionale føringer vektlagt, blant annet regional plan for folkehelse. Det er referert til folkehelseprofilen som utgis av Folkehelseinstituttet, Ungdata undersøkelser og tall fra

Statistisk sentralbyrå. Oversiktsdokumentet over påvirkningsfaktorer og helsetilstand som ble utarbeidet i 2013, er ikke direkte nevnt i planprogrammet.

I økonomiplanen med handlingsprogram er Folkehelseloven (2011) nevnt som et viktig verktøy for å nå intensjoner i samhandlingsreformen om å gi bedre helse til den enkelte, utjevne helseforskjeller og dreie innsatsen mot forebygging og folkehelsearbeid for derigjennom å sikre en velferdsstat som er bærekraftig. Et tiltak som fremgår av økonomiplanen med handlingsprogram, er at mål og strategi for folkehelsearbeid skal være inkludert i kommunens plansystem. Mål og strategi for folkehelsearbeid skal implementeres ved rullering av planer. Målsettingen er at dette skal være sektorovergripende implementert i 2017. Et tiltak er å styrke helsefremmende og forebyggende arbeid. Målsettingen her er at folkehelsekoordinatoren skal gå fra prosjektstilling til fast stilling i 2017. Utbygging av gang- og sykkelveier er et tiltak som det skal fremmes egen sak på.

### **5.2.3 Helsehensyn i plandokumenter**

I planprogrammet er det foreslått ulike temaer for kommuneplanens samfunnsdel. Det er formulert spørsmål til vurdering knyttet til hvert tema. Spørsmål til vurdering under temaet inkludering og mangfold, er hvordan det kan arbeides frem en kultur som i enda større grad gir en opplevelse av å være inkludert og respektert, og hvordan det kan arbeides for et lokalsamfunn som har rom for mangfold, slik at flere inkluderes i fellesskapet.

Avklaringsspørsmål under temaet oppvekst er hva som er et godt oppvekstmiljø, hvordan skape og opprettholde god kvalitet i barnehager og skoler samt sikre gode fysiske og sosiale oppvekstvilkår. Det nevnes som viktig å sette inn tiltak så tidlig som mulig for å forebygge sosiale ulikheter, å sikre gode areal for lek og fysisk aktivitet, trygg skolevei og god kvalitet på tilbud i barnehage og skole. Det er også ønskelig å sikre at aktivitets- og fritidstilbud er for alle og legge til rette for uorganiserte aktivitets- og møteplasser.

Knyttet til temaet kunnskap og kompetanseutvikling er spørsmål om hvordan kommunen kan utvikle kompetansemiljø og flere kompetansearbeidsplasser. Videre er det spørsmål om hvordan det kan samarbeides for at høyskole- eller universitetsutdanning skal velges av flere ungdommer og voksne. Under temaet arbeid og næringsliv er spørsmål til vurdering blant annet hvordan kommunen kan legge til rette for at eksisterende næringsvirksomheter kan utvikles og hvordan det kan samarbeides med næringslivet for at det skal bli flere nye virksomheter i kommunen.

Under temaet arealstrategi er det foreslått å vurdere hvordan kommunen kan oppnå en bærekraftig arealbruk. Spørsmål til vurdering er også hvordan kommunen kan oppnå gode infrastrukturløsninger og nå mål om at økning i trafikk skal tas gjennom gange, sykkel og kollektivtransport. Det nevnes at gjeldende arealstrategi er å fremme fortetting i kommunesenteret og områdesentrene. Spørsmål til vurdering under temaet natur, kultur og miljø er hvordan natur- og kulturlandskap kan forvaltes på en bærekraftig måte, hvordan allmenheten skal sikres tilgang til sjø, strandsone og grøntområder samt hvordan natur- og kulturlandskap og kulturminner kan forvaltes i forhold til at klimaendringer kan gi større fare for flom og ras. Nærhet til variert natur nevnes som en kvalitet som kan gjøre lokalsamfunnet mer attraktivt når det gjelder bosetting og reiseliv.

I kommunedelplanen for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv er ambisjonen å øke den daglige fysiske aktiviteten hos innbyggerne. Et mål er å legge til rette for at alle aldersgrupper skal få muligheter til fysisk aktivitet og naturopplevelser. Et annet mål er å utvikle tilbudet til den uorganiserte aktiviteten i nærmiljøene. Dette stiller krav til aktiv samfunnsplanlegging slik at disse interessene ivaretas i arealforvaltningen. Fedme, diabetes og livsstilsykdommer er et økende problem i kommunen. Det nevnes at barn er mindre aktive enn tidligere, og at dette kan ha sammenheng med at gang- og sykkelveier mellom bolig og aktivitetsområder er lite utbygget. Det vurderes som viktig å sørge for at det er gode areal og anlegg for idrett og friluftsliv der folk bor. Det er et mål at anlegg og friluftsområder har universell utforming for å kunne brukes og være tilgjengelige for alle i tillegg til å fungere som sosiale møtesteder.

Blant målene i kommunedelplan for helse, omsorg og sosial, er at alle innbyggere skal få nødvendige forebyggende tjenester, rehabilitering, behandling, pleie- og omsorg. Det er et mål at det skal være fokus på forebyggende arbeid i alle kommunale tjenester. Folkehelse er et av satsningsområdene i kommunedelplanen. De kommunale oppgavene som NAV har ansvaret for er et annet satsningsområde i kommunedelplanen. Blant målene her er å redusere fattigdom og sosiale ulikheter, at barn ikke skal oppleve å bli sosialt ekskludert på grunn av foreldrenes økonomi, at flere skal komme i arbeid og aktivitet samt å få til et arbeidsmarked som fungerer godt.

I temaplan for psykisk helse og rus er det et mål med tidlig intervensjon for å hindre utvikling av psykiske lidelser. Mål innen rusomsorg er å redusere betydelig de sosiale og helsemessige skadene ved rusmiddelbruk. Dette målet tenkes nådd ved å satse på forebyggende arbeid og helhetlig oppfølging og behandling av rusavhengige.



#### 5.2.4 Samarbeid

Kommunens oversiktsdokument er fra 2013 og er utarbeidet av folkehelsekoordinatoren. I dokumentet er det nevnt at assisterende rådmann, representant for NAV, lensmannskontor, videregående skole og alle sektorene i kommunen har bidratt i arbeidet. Kommunen deltar i regionale plannettverk fremgår det av planstrategien. I tillegg deltar kommunen i interkommunalt planarbeid knyttet til blant annet Regional helse og omsorgsplan.

Da kommunen utarbeidet planprogram for ny samfunnsdel av kommuneplanen i 2015, ble det nedsatt en politisk arbeidsgruppe med en person fra hvert politisk parti som er representert i kommunestyret, for å sikre at planprogrammet skulle få god politisk forankring. I arbeidet med planprogrammet deltok kommunens tverrfaglige plangruppe samt ledergruppen for å sikre at de ulike sektorenes interesser skulle bli ivaretatt. Det var planavdelingen som hadde ansvaret for å koordinere arbeidet. Planprogrammet har også blitt diskutert i regionalt planforum for å få innspill fra regionale styresmakter. Det er lagt opp til en bred medvirkningsprosess for å sikre at kommuneplanens samfunnsdel skal bli godt forankret i befolkningen og at de skal føle eierskap til den. Spørsmål til vurdering under det foreslåtte temaet fritid og fellesskap i planprogrammet, er hvordan det kan tilrettelegges for et godt samarbeid mellom det offentlige og det frivillige.

I kommunedelplanen for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv fremgår det at kommunen har et idrettsmiljø som er godt organisert og har et idrettsråd som er kontaktledd inn mot kommunen. Når det gjelder friluftsliv er det ikke en tilsvarende ordning, men frivillige lag og organisasjoner er viktige bidragsytere på dette området.

Arbeidet med kommunedelplanen for helse, omsorg og sosial var prosjektorganisert med egen prosjektgruppe og styringsgruppe. Prosjektgruppen besto blant annet av leder for helsesektoren, representanter fra de ulike enhetene innen helsesektoren, leder for NAV, kommuneoverlege og folkehelsekoordinator. Styringsgruppen var sammensatt blant andre av leder for helsesektoren, leder for planavdelingen, representanter for ansattes fagforbund, representant for Eldrerådet, representant for Rådet for funksjonshemmede og politikere fra tre forskjellige partier.

En utfordring som nevnes i kommunedelplan for helse, omsorg og sosial, er blant annet å få formalisert samarbeidet med frivillige organisasjoner. Et satsningsområde er å få til et samarbeid mellom kommune, familie og frivillige organisasjoner. Et godt samarbeid blir vurdert som en betydelig ressurs for kommunen. Et av hovedmålene innen organisering og

drift i denne kommunedelplanen, er å få til en organisasjon der det arbeides tverrfaglig innen og mellom sektorene for å møte kommunens utfordringer.

I temaplan for psykisk helse og rus, pekes det på at det er behov for å bedre samarbeidet mellom etatene på området psykiatri og rus fordi tverrfaglig samarbeid vurderes som en vesentlig faktor for å lykkes med å gi god hjelp til personer med psykiske lidelser eller rusproblemer.

### **5.3 Resultater fra intervju**

Her vil resultatene fra telefonintervjuene med deltaker på Helomplan og planlegger i Vestvik kommune beskrives.

#### **5.3.1 Ønskede og uforutsette virkninger av Helomplan**

Deltaker sier at hennes motivasjon for å ta studiet var ønsket om mer kunnskap om kommunal drift og behov for plankompetanse. Hun vurderer at hun gjennom Helomplan har fått økt kunnskap og interesse for planarbeid. Hun sier:

*«Jeg har en annen forståelse av planarbeidet enn jeg hadde i forkant» (deltaker).*

Deltaker sier at Helomplan har hatt virkninger som hun ikke forutså på forhånd, og vurderer kontakten med andre kommuner som hun har fått gjennom studiet, som bra. Hun sier at hun:

*«... har knyttet en del relasjoner som jeg har brukt i etterkant» (deltaker).*

Hun vurderer det som verdifullt å kunne ta kontakt og diskutere enkeltsaker med andre som sitter i tilsvarende stillinger i andre kommuner.

#### **5.3.2 Anvendelse av kompetanse tilegnet gjennom Helomplan**

Deltaker mener at hun har fått anvendt kompetansen hun har tilegnet seg gjennom utdanningsprogrammet. Hun peker på at det hun har lært om i forhold til planprosesser, er det hun har hatt mest nytte av i ettertid. Hun sier:

*«Jeg har en bedre innsikt i planarbeidet og styring av de prosessene» (deltaker).*

Som konkrete eksempler på hvor hun har fått brukt kunnskapen, nevner hun utarbeidelsen av planprogram for ny samfunnsdel av kommuneplanen, temaplan for psykisk helse og økonomiplan. Hun sier at hun har fått innpass i planleggingsprosesser og at hennes innspill har blitt diskutert og innspill har fått plass i den endelige planen. Hun sier:

«Jeg har jo vært med både i oppstartsfase, underveis og er med i sluttfasen også. Så jeg er på en måte med i hele planen» (deltaker).

### 5.3.3 Endringer i organisering av folkehelsearbeidet

Deltaker vurderer at det ikke har vært noen endringer i organiseringen av folkehelsearbeidet. Hun peker på at det har skjedd endringer i forhold til hvordan planarbeidet prioriteres når hun sier:

«Vi har hatt en større prioritering av planarbeid i kommunen enn det var tidligere» (deltaker).

Hun vurderer også at helsesektoren i kommunen har fått et tettere samarbeid med planavdelingen. Hun er usikker på om disse endringene konkret kan knyttes til kompetansen som hun har tilegnet seg gjennom Helomplan.

### 5.3.4 Tverrsektorielt samarbeid

Deltaker vurderer at kommunen har et godt tverrsektorielt samarbeid. Hun nevner at de har tatt inn flyktninger til kommunen, hvor de har hatt et ganske tett tverrsektorielt samarbeid og at det var nytt etter at hun studerte i 2013-2014. Men hun tror ikke endringen kan knyttes til kompetansen hun tilegnet seg gjennom Helomplan.

Planlegger sier at kommunen har, det han kaller en intern høring for alle planer. Han understreker at folkehelsekoordinatoren blir trukket inn i alle planer. Videre sier han at samarbeidet er formalisert gjennom arbeidsgrupper på større planer som områderegulering og kommuneplaner. Han sier:

«På større planer..., så har vi arbeidsgrupper. Der sitter representanter fra helse og jobber igjennom problemstillinger helt fra begynnelse til slutt i planprosessen» (planlegger).

Ved utarbeidelse av ny planstrategi har de ifølge planlegger, brukt en referansegruppe der folkehelsekoordinatoren er med. Han sier at det også er opprettet en referansegruppe for utarbeidelse av ny samfunnsdel av kommuneplanen, og at representanter fra helseavdelingen og folkehelse vil bli trukket inn i den referansegruppen.

### 5.3.5 utfordringer med å få til en tettere kobling mellom helse og plan

Deltaker mener at det har blitt mer fokus på helse i planlegging, og at situasjonen bedret seg etter at kommunen fikk ansatt folkehelsekoordinator som jobber mer rettet mot system enn med tiltak. Prinsippet om helse i alt vi gjør, ser ikke ut til å være rådende i alle deler av kommunen. Hun sier:

*«Utfordringen er jo å få hele kommunen til å tenke helse når vi planlegger» (deltaker).*

Planlegger peker på at bredden i folkehelsearbeidet ikke er oppfattet av hele kommuneorganisasjonen og at dette skaper utfordringer med å få til en tettere kobling mellom helse og plan når han sier:

*«Personer som jobber i helseorganisasjonen i kommunen ... har ofte et tjenestefokus. Man må ofte poengtere bredden i folkehelsearbeidet, at selve helse i plan går utover det rene tjenestetilbudet som kommunen skal tilby og helst et ganske bredt spekter» (planlegger).*

Han vurderer det slik at helseorganisasjonen ofte fokuserer på tjenestetilbud og konkret problemløsning. Videre mener han at det er behov for trening i å tenke overordnet og sette folkehelse inn i riktig kontekst, fordi planer har et overordnet perspektiv.

### **5.3.6 Oversiktsdokument over helsetilstand og påvirkningsfaktorer**

Deltaker som er leder for helsesektoren, har ikke deltatt direkte i utarbeidelsen av oversiktsdokumentet over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, men har vært involvert i datainnsamling og statistikkinnhenting fra Statistisk sentralbyrå inkludert tall fra Kommune-stat-rapportering (KOSTRA). Hun mener at hun har bidratt indirekte i utarbeidelsen av oversiktsdokumentet. Hun sier:

*«Jeg har ikke vært involvert i selve arbeidet, men ... jeg har jo diskutert en del med folkehelsekoordinatoren, så sånn sett kan du si det» (deltaker).*

Planlegger mener at oversiktsdokumentet over helsetilstand og påvirkningsfaktorer ikke har blitt så mye brukt ved utarbeidelse av planer. Han sier at de heller har benyttet seg av det siste tallmaterialet som har vært tilgjengelig.

## 6 Diskusjon

Diskusjonen vil først ta for seg resultater og deretter styrker og svakheter ved metodene som er brukt.

### 6.1 Resultatdiskusjon

Resultatene fra analyse av plandokumenter og intervjuer vil drøftes i lys av problemstillingene:

- 1) *Hvordan er det brede folkehelsebegrepet forstått og integrert i plan?*
- 2) *På hvilken måte vurderer kommunale aktører at Helomplan har påvirket integreringen av folkehelse i planlegging?*

Funnene vil bli diskutert opp mot diskursteori, translasjonsteori og samstyring, i tillegg til forskning og egne tolkninger.

#### 6.1.1 Forståelse av begrepene folkehelse og folkehelsearbeid

Helse i alt vi gjør, er et av prinsippene som Folkehelseloven (2011) bygger på (Prop. 90 L (2010-2011)). Dette prinsippet er visjonen for kommunedelplanen for helse, omsorg og sosial. I planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel fremgår det at planen vil ha et overordnet folkehelseperspektiv. I planstrategien pekes det på at folkehelse er relevant innen de fleste planer og bør være en viktig del av kommuneplanens samfunnsdel. Helse i alt vi gjør, er et overordnet folkehelseperspektiv og at folkehelse er relevant innen de fleste planer kan tolkes som en bred forståelse av folkehelse fordi det indikerer at folkehelse skal inkluderes i alle områder. Hofstad (2011) fant i sin forskning at helsefokuset kan styrkes gjennom å integrere helse i all politikk og at dette kan øke bevisstheten og anspore til aktivitet horisontalt gjennom å gjøre helsefremming til et mål for kommunal planlegging.

I planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel pekes det på at det er viktig å utvikle et bærekraftig lokalsamfunn med balanse mellom miljømessige, sosiale og økonomiske forhold. Barton og medarbeidere (2009) fant i sin forskning at integrering av helse på linje med miljømessige, sosiale og økonomiske temaer i planer er et nøkkelelement for å kunne utvikle et planleggingssystem hvor helse er integrert. Det at disse forholdene sidestilles i planprogrammet, kan bety at viktigheten av folkehelse kommer tydeligere frem. Det kan tolkes som en forståelse av folkehelse som blir vurdert som like viktig som de andre temaene, for at lokalsamfunnet skal bli bærekraftig.

God folkehelse for alle er foreslått som et hovedtema i planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel. Dette kan tolkes som at folkehelsearbeid er befolkningsrettet og omfatter alle kommunens innbyggere og dette er i samsvar med Folkehelseloven (2011). Det fremgår av økonomiplanen med handlingsprogram at til tross for en vanskelig økonomisk situasjon blir forebygging og tidlig innsats i tjenestene vektlagt, selv om dette vil øke kostnadene på kort sikt, fordi det vurderes å ha positive virkninger og gevinst på lengre sikt. Dette tolkes som at kommunen er opptatt av det langsiktige folkehelsearbeidet. Forskning viser at det kan være vanskelig å prioritere det langsiktige folkehelsearbeidet fordi det kan komme under press på grunn av de mange oppgavene som kommunen skal løse (Hofstad 2014). Et annet forhold er at det er vanskelig å synliggjøre hva som spares gjennom forebyggende arbeid, fordi det ikke er lett å dokumentere hva som spares ved at noe ikke skjedde. Da kan det være lettere å prioritere det kortsiktige arbeidet, som kan gi resultater raskt. I en situasjon der politikere ønsker å bli gjenvalgt, kan det være lettere å prioritere tiltak som gir resultater på kort sikt, enn å prioritere tiltak som kan gi effekt 20-30 år frem i tid. Samuelsen (2015) fant i sin studie at det er utfordringer knyttet til å få politikere til å prioritere langsiktig folkehelsearbeid. Dette er et dilemma i folkehelsearbeidet, som Helsedirektoratet (2010) peker på, at kostnadene ved tiltak kommer umiddelbart, mens gevinstene først vil vise seg en gang i fremtiden.

Det pekes på at folkehelse er sektorovergripende i planstrategien. I planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel understrekes det at folkehelseperspektivet ikke må reduseres til noe som en sektor i kommunen har ansvaret for eller bare noen få arbeider med. Dette tolkes som at alle sektorer eller kommunen som sådan, har ansvar for folkehelse og dette er i samsvar med Folkehelseloven (2011). Det tolkes også som at kommunen ønsker at folkehelse skal favne bredt. Planlegger er opptatt av bredden i folkehelsearbeidet i intervjuet, og at helse i plan omfatter mer enn bare tjenestetilbudet i kommunen. Deltaker på Helomplan mener at det er en utfordring å få hele kommunen til å tenke helse når de planlegger. Dette kan tolkes som at hun oppfatter folkehelse som hele kommunens ansvar, og ikke bare knyttet til helsesektoren. Dette er i tråd med anbefalinger i samhandlingsreformen om at folkehelsearbeid bør være tverrsektorielt (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

Helsefremming er vektlagt i flere plandokumenter og dette er en viktig del av definisjonen av folkehelsearbeid i § 3 b) i Folkehelseloven (2011). I planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel er et av temaene som er foreslått; et godt og helsefremmende samfunn. Det er også fokus på å sikre at arealbruken er med på å fremme god folkehelse i forhold til bolig, infrastruktur, natur og nærings- og servicetilbud. I kommunedelplanen for helse, omsorg og

sosial er hovedmålet innen folkehelse, at kommunen skal bidra til at den enkelte innbygger skal kunne ta vare på og fremme sin egen helse. Dette kan tolkes som at folkehelse ses på som et begrep som omfatter både individets og samfunnets ansvar for helse. Dette samsvarer med WHO's (1986) definisjon av helsefremming som handler om at både samfunnet og den enkelte skal kunne få økt kontroll over faktorer som har innvirkning på helsen.

Forebygging er en annen viktig del av definisjonen av folkehelsearbeid i § 3 b) i Folkehelseloven (2011). I følge kommunedelplanen for helse, omsorg og sosial er det et mål at det skal være fokus på forebyggende arbeid i alle kommunale tjenester. I temaplanen for psykisk helse og rus legges det vekt på forebyggende arbeid og dette ses på som en del av det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet i kommunen. Videre i temaplanen vurderes tidlig intervensjon som svært viktig for å hindre utvikling av psykiske lidelser. Å holde fokus på det forebyggende arbeidet kan være utfordrende. Det kan være vanskelig å prioritere forebyggende arbeid, i en situasjon der sykdomsrelaterte tjenester er mer presserende (Hofstad 2014). Planlegger peker nettopp på dette i intervjuet, at personer som arbeider i helseorganisasjonen i kommunen ofte har et tjenestefokus.

I planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel stilles det spørsmål om hvordan det kan arbeides for å redusere sosiale ulikheter som skyldes økende ulikheter i levekår og levevaner og tilrettelegge for bedre folkehelse for alle. Det er et mål i kommunedelplanen for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv at anlegg og friluftsområder skal være universelt utformet. Universell utforming av anlegg og friluftsområder, kan bidra til at helsefremmende ressurser fordeles jevnere og at sosiale ulikheter i helse reduseres. Sosiale ulikheter i helse er et sentralt tema for folkehelsearbeid som fremgår både av formålet med Folkehelseloven (2011) i § 1 som inkluderer utjevning av sosiale helseforskjeller og definisjonen av folkehelsearbeid i § 3 b), der «arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen» inngår. I tillegg fremgår det av Plan- og bygningsloven (2008) at oppgaver og hensyn i planlegging blant annet skal «motvirke sosiale helseforskjeller» etter § 3-1, f). Sosiale ulikheter i helse kan være et eksempel på det Rittel og Webber (1973) betegner som «wicked problems» eller komplekse problemer som er vanskelig å definere og løse fordi de er sammensatte og innvevd i hverandre.

Kommunedelplanen for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv fokuserer på at fysisk aktivitet er en forutsetning for god helse. Det nevnes at livsstilssykdommer er et økende problem i kommunen. Dette kan tolkes som et folkehelseperspektiv, der målet er å påvirke helseatferd

som inngår i individuelle livsfaktorer i Dahlgren & Whiteheads (1991) modell for påvirkningsfaktorer for helse. Men siden denne kommunedelplanen også har med universell utforming som nevnt ovenfor, kan det tolkes som forståelsen av folkehelse omfatter at strukturelle faktorer også har betydning for helsen, i tillegg til individuelle livsfaktorer.

En utfordring som nevnes i kommunedelplanen for helse, omsorg og sosial, er å få forståelse blant de ansatte av hvilke roller og oppgaver de har i folkehelsearbeidet. Dette kan tolkes som at ikke alle i kommunen har samme forståelse av folkehelsearbeid eller at det kan være uklart hva det innebærer. Dette støttes av funn som Hofstad (2014) gjorde i en studie som viser at det er usikkerhet knyttet til hva folkehelsearbeid er, blant kommuner som inngår i studien. Røvik (2007) peker på at ideer som introduseres i organisasjoner i ulik grad kan være tydelige idemessige representasjoner av konkrete praksiser. I folkehelsesammenheng kan dette være situasjonen, fordi det er angitt lite konkrete fremgangsmåter, og derfor i stor grad er opp til den enkelte kommune å fortolke hva folkehelse og folkehelsearbeid betyr i lokal kontekst. Diskursen om folkehelse og folkehelsearbeid kan sies å handle om hvilke meninger som blir produsert og fortolkninger som gjøres, og hvordan det gjennom denne diskursen konstrueres en virkelighet som det blir mulig å handle i forhold til (Torfing 2005). Utfordringen som er nevnt i kommunedelplanen kan indikere at diskursen om folkehelse og folkehelsearbeid trolig ikke har kommet så langt i Vestvik kommune at den har konstruert en virkelighet som det går an å handle i forhold til, slik Torfing (2005) uttrykker det. Samuelson (2015) fant i sin studie at oversettelsen og operasjonaliseringen av folkehelsearbeidet blir vanskeliggjort når det innad i kommunen, finnes ulike forståelser av folkehelse. Det kan synes som om det foregår en tolkningsprosess i Vestvik kommune, av hva folkehelse og folkehelsearbeid betyr i den lokale konteksten, men at diskursen ikke er institusjonalisert eller har resultert i nye handlingsmønstre ennå (Hajer 2005). Det at deltaker på Helomplan mener at det er en utfordring å få hele kommunen til å tenke helse når de planlegger, kan tyde på at det er manglende eller ulik forståelse blant de som deltar i planprosesser av hva det betyr å integrere folkehelse i planlegging. Røvik (2007) fremhever translatørkompetanse som en kritisk faktor for at overføring av ideer skal bli vellykket. Med translatørkompetanse menes evnen til å oversette praksiser og ideer på en god måte. Translatørkompetanse inkluderer evnen til å språksette som handler om å omforme ideen til begreper som kan kommuniseres (Røvik 2007). Mangel på felles begreper eller at det er ulik forståelse av begreper, kan være en årsak til at det er en utfordring å få hele kommunen til å tenke helse når de planlegger.



Når tolkningen av hvilken forståelse av folkehelse og folkehelsearbeid som synes å gjelde i Vestvik kommune, sammenlignes med Folkehelselovens (2011) beskrivelser, så kan det oppsummeres til å inkludere helsefremming, tidlig innsats, forebygging og utjevning av sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal rettes mot hele befolkningen og oppfattes som et tverrsektorielt ansvar. I tillegg vektlegges det at folkehelsearbeidet skal være langsiktig. Både den enkelte innbygger og kommunen har ansvar for å ivareta og fremme helse. Likevel synes det å være utfordringer knyttet til forståelsen av roller og oppgaver i folkehelsearbeidet. I tillegg nevnes det at det er en utfordring å få hele kommunen til å tenke helse når de planlegger. Når forståelsen av folkehelse sammenlignes med Dahlgren og Whiteheads (1991) modell for påvirkningsfaktorer, så inkluderer forståelsen at både individuelle og strukturelle faktorer har betydning for innbyggernes helse.

### **6.1.2 Det systematiske folkehelsearbeidet**

Det systematiske folkehelsearbeidet omfatter punktene med oversikt, planstrategi, fastsettelse av mål i plan, tiltak og evaluering som Folkehelseloven (2011) legger opp til, og som fremgår av Figur 2 (Meld. St. 34 (2012 - 2013)).

Oversiktsdokumentet over helsetilstand og påvirkningsfaktorer ble utarbeidet i 2013. Schou og medarbeidere (2014) fant at 38 % av de 309 kommunene som var med i en undersøkelse, hadde utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i 2014. I Vestvik kommunes oversiktsdokument er positive og negative faktorer som kan påvirke helse og helsetilstand beskrevet i tråd med § 5 i Folkehelseloven (2011). Utfordringer som beskrives i oversiktsdokumentet er knyttet til temaene befolkningssammensetning, oppvekst- og levekår, miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand. Temaene samsvarer med kravet til innhold etter § 3 i gjeldende forskrift (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012).

Opplysninger som er tilgjengelige som folkehelseprofil, kommunehelse statistikkbank, tall fra Statistisk sentralbyrå og tall fra videregående skole er benyttet i utarbeidelsen av dokumentet. I tillegg er det innhentet kvalitativ informasjon fra politi, Statens vegvesen, NAV, tannhelsetjenesten og frivillig sektor for å fange opp lokale utviklingstrekk som ikke kommer frem gjennom statistikk.

Utfordringsbildet i Vestvik kommune består av en høyere andel med grunnskole som høyeste utdanningsnivå, høyere andel med lav inntekt, demografiske utfordringer med færre yrkesaktive og flere eldre, høyere andel kvinnelige røykere, økende andel med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Videre er det høyere andel 5.- klassinger med laveste

mestringsnivå i lesing, mobbing i skolen og gang- og sykkelveier som er lite utbygget. Faktorer som vurderes å ha positiv påvirkning på folkehelsen er lav arbeidsledighet, et rikt organisasjonsliv, friluftsområder, god kvalitet på drikkevann og få aleneboende.

Oversiktsdokumentet inneholder et eget kapittel med vurderinger av innsamlet statistikkmateriale, der det blant annet pekes på at lav inntekt og utdanning er faktorer som kan bidra til sosiale ulikheter i helse. Dette er også i samsvar med forskriften, som sier at oversikten skal inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser i tillegg til å identifisere ressurser og utfordringer, og at det skal følges spesielt med på utviklingstrekk som kan bidra til at sosiale helseforskjeller blir skapt eller opprettholdt (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012). Vestvik kommune har systematisert kunnskapen om påvirkningsfaktorer og helsetilstand gjennom utarbeidelsen av oversiktsdokumentet i 2013. Hofstad (2011) fant i sin forskning at systematisk kunnskap kan styrke helsefokuset i kommunal planlegging.

Kommunens planstrategi for perioden 2012-2016, er utarbeidet før oversiktsdokumentet over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som ble utarbeidet i 2013. Det er derfor ikke aktuelt å se på i hvilken grad oversiktsdokumentet har blitt lagt til grunn ved utarbeidelse av planstrategien, slik § 6 i Folkehelseloven (2011) forutsetter. I beskrivelsene av hvilke utfordringer kommunen står overfor, er det referert til folkehelseprofilen fra Folkehelseinstituttet. Utfordringene som drøftes i planstrategien, er selv om den er utarbeidet før oversiktsdokumentet, i stor grad sammenfallende med utfordringene som fremgår der. I planstrategien er planbehov i perioden vurdert. Den høyest prioriterte planoppgaven blir å utarbeide ny samfunnsdel av kommuneplanen på grunn av at den nåværende har utdaterte mål og strategier. I tillegg er den ikke utfyllende nok i forhold til nasjonale forventninger og forventninger i Plan- og bygningsloven (2008).

Det refereres ikke direkte til oversiktsdokumentet for helsetilstand og påvirkningsfaktorer i planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel fra 2015. Ifølge det systematiske folkehelsearbeidet, skal oversiktsdokumentet legges til grunn ved arbeid med planer for å møte utfordringene som kommunen står overfor etter § 6 i Folkehelseloven (2011). Dette kan være en indikasjon på det som planlegger nevnte under intervjuet, om at oversiktsdokumentet ikke har blitt så mye brukt. Det fremgår at oversiktsdokumentet er utarbeidet av folkehelsekoordinatoren. Hvis flere var med direkte i utarbeidelsen av oversiktsdokumentet, kunne det kanskje bidra til bedre forståelse av hva som er kommunens utfordringer og bedre forankring av oversiktsdokumentet på tvers av sektorene i kommunen. Folkehelseprofilen

som er utgitt av Folkehelseinstituttet er nevnt i planprogrammet. Barton og medarbeidere (2009) peker på at å ta i bruk verktøy i planleggingen som reflekterer helsemålsettingene er et nøkkelement for å lykkes med integrering av helse i planer. Folkehelseprofilen kan være et eksempel på et slikt verktøy. Det fremgår av oversiktsdokumentet, planstrategien og planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel, at dette verktøyet er tatt i bruk i Vestvik kommune.

Det er nevnt i økonomiplanen med handlingsprogram at Folkehelseloven (2011) er et viktig verktøy for å nå målsettingen om å gi bedre helse til den enkelte og utjevne sosiale helseforskjeller. Et tiltak som kan tolkes som et svar på dette, er at mål og strategi for folkehelsearbeid skal inkluderes i kommunens plansystem og at dette skal være sektorovergripende implementert i 2017. Dette tolkes som at Vestvik kommune har en målsetting om at folkehelse skal være integrert i all planlegging i 2017. Et annet tiltak som er nevnt er å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Målet her er at folkehelsekoordinatoren skal gå over fra prosjektstilling til fast stilling i 2017. Dette er i tråd med anbefalingen i samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) om å ansette folkehelsekoordinator for å styrke folkehelsearbeidet og det tverrsektorielle samarbeidet. Det er stadig flere kommuner som ansetter folkehelsekoordinator. Vestvik kommune er blant de 85 % av kommunene som hadde folkehelsekoordinator i 2014, det tilsvarende tallet var 74 % i 2011 (Schou et al. 2014).

Manglende utbygging av gang- og sykkelveier ble nevnt som en utfordring i oversiktsdokumentet. I økonomiplanen med handlingsprogram er utbygging av gang- og sykkelveier nevnt under tiltak. Dette kan være med på å forebygge en annen utfordring som ble nevnt i oversiktsdokumentet med overvekt, fordi tilrettelegging for sykkel og gange kan bidra til økt fysisk aktivitet. Å tilrettelegge for sykkel og gange er i tråd med områder som det bør fokuseres på som fremgår av nasjonale forventninger (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015).

### **6.1.3 Helsehensyn i plandokumenter**

I planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel er det ikke fastsatt mål, bare spørsmål til vurdering innen det enkelte tema som er foreslått for ny samfunnsdel. Selv om det ikke er fastsatt mål, så gir planprogrammet likevel informasjon om hvilke helsehensyn som tenkes å bli tatt i ny samfunnsdel. Det er spørsmål om hvordan det kan arbeides for et lokalsamfunn med rom for mangfold i planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel, slik at flere

inkluderes i fellesskapet. Å være inkludert i fellesskapet har betydning for muligheten til å utvikle og delta i sosiale nettverk. Sosiale nettverk er en påvirkningsfaktor for helse og handler om sosiale relasjoner og nettverk og utgjør lokalsamfunnets sosiale kapital (Dahlgren & Whitehead 1991; Meld. St. 34 (2012 - 2013)). Under temaet oppvekst i planprogrammet, er hovedfokuset å sikre gode fysiske og sosiale oppvekstvilkår. Videre under samme tema vektlegges det å sette inn tiltak tidlig for å forebygge sosiale ulikheter. Dette støttes av den nasjonale strategien for å utjevne sosiale forskjeller, der det understrekes at grunnlaget for sosiale helseforskjeller blir lagt tidlig og at tidlig innsats derfor er nødvendig for å forebygge at sosiale helseforskjeller får utvikle seg (St.meld. nr. 20 (2006-2007)). Det nevnes at det er viktig å sikre gode areal for lek og fysisk aktivitet, trygg skolevei, god kvalitet i barnehage og skole, sikre at aktivitets- og fritidstilbud er for alle og tilrettelegge for uorganiserte aktivitets- og møteplasser. Dette kan ha helsemessig betydning fordi det gir muligheter for å være fysisk aktiv, oppnå god læring i barnehage og skole når kvaliteten på tilbudet er bra samt utvikle og vedlikeholde sosiale nettverk gjennom møteplasser.

Under temaet kunnskap og kompetanseutvikling i planprogrammet nevnes det at det må vurderes hvordan det kan utvikles kompetansemiljø og flere kompetansearbeidsplasser. På den måten kan kommunen tiltrekke seg arbeidskraft med høyere utdanning. Det er også fokus på utdanning under dette temaet. Det er foreslått å vurdere hvordan man kan få flere til å velge høyskole- eller universitetsutdanning. Utfordringene som ble nevnt i oversiktsdokumentet med større andeler med lav inntekt og grunnskole som høyeste utdanningsnivå, kan være en bakgrunn for dette fokuset. Sosioøkonomisk status, det vil si utdanning, yrke og inntekt, har helsemessig betydning, jo høyere sosioøkonomisk status, jo bedre helse (St.meld. nr. 20 (2006-2007)).

Når det gjelder arbeid, er det fokus på tilrettelegging for at eksisterende næringsvirksomheter kan utvikles og at det blir nye virksomheter i kommunen, i planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel. Næringsutvikling har betydning for tilgang til arbeid. For mange er arbeid i tillegg til å gi inntekt, en kilde til sosiale relasjoner, opplevelsen av å være til nytte og en viktig del av den sosiale identiteten (Naidoo & Wills 2016).

Det er nevnt i planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel under temaet arealstrategi at det skal fremmes fortetting i kommunesenteret og områdesentrene. Fortettet boligbygging rundt kollektivknutepunkter kan bidra til at flere får muligheten til å benytte kollektiv transport istedenfor privat bilbruk, noe som kan bidra til mindre forurensning. Arbeidsplass

eller tjenestetilbud som befinner seg i gang- eller sykkelavstand som følge av fortetting, reduserer også bilbruk og dermed forurensning. Fortetting kan bidra til helsemessige gevinster fordi flere kan øke sin fysiske aktivitet gjennom sykkel og gange. I tillegg unngås det at boliger spres utover i omkringliggende naturområder og på den måten kan rekreasjonsmuligheter bli tatt vare på. Fortettet boligbygging kan også ha betydning for helse fordi det ofte bidrar til flere møteplasser, og på den måten kan gi muligheter for å utvide sosiale nettverk. Fortetting rundt kollektivknutepunkter er i tråd med anbefalinger i de nasjonale forventningene til planlegging (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015). Et annet forhold som nevnes under temaet arealstrategi, er at økning i trafikk skal tas gjennom gange, sykkel og kollektivtransport og er også et fokusområde i de nasjonale forventningene til planlegging (ibid). At trafikkøkning håndteres på denne måten kan også bidra til å øke fysisk aktivitet og redusere forurensning.

Under temaet natur, kultur og miljø i planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel er det spørsmål om hvordan allmenheten kan sikres tilgang til sjø, strandsone og grøntområder. Forskning viser at i boligområder der det er god tilgang på grønne arealer, er det færre som opplever ensomhet og mangel på sosial støtte (Maas et al. 2009). Nærhet til variert natur nevnes som en kvalitet. Det er spørsmål om hvordan natur- og kulturlandskap og kulturminner kan forvaltes på en bærekraftig måte. Natur- og kulturlandskap har betydning for mulighetene til å drive med landbruksvirksomhet, matproduksjon og friluftsliv. Kulturminner kan, ifølge nasjonale forventninger, ha betydning for stedsidentitet og kan dermed bidra til opplevelse av tilhørighet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015).

I kommunedelplanen for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv fremgår det som et mål å øke den daglige fysiske aktiviteten hos innbyggerne. Det er et mål å legge til rette for at personer i alle aldersgrupper skal få muligheter til fysisk aktivitet og naturopplevelser. Videre nevnes det at det er et mål å sørge for at det er gode areal og anlegg for idrett og friluftsliv der folk bor. Forskning viser at kort avstand fra bolig til grøntområder har sammenheng med mindre stress og lavere sannsynlighet for fedme (Nielsen & Hansen 2007). En annen studie peker på at nærhet til grønne arealer har betydning for om de blir brukt til fysisk aktivitet og at grønne arealer i nærområdet gir lavere risiko for overvekt (Toftager et al. 2011). Det er mål om at anlegg og friluftsområder skal være tilgjengelig for alle og fungere som sosiale møtesteder. Forskning viser at å ha gode sosiale relasjoner kan ha like stor betydning for helsen som blant annet å slutte å røyke eller øke den fysiske aktiviteten (Holt-Lundstad et al. 2010). Det nevnes

at livsstilsykdommer er et økende problem i kommunen. Tilretteleggingene for fysisk aktivitet som nevnes i denne kommunedelplanen kan gi muligheter for å ta sunne valg som igjen kan påvirke livsstil. I den siste folkehelsemeldingen er helsevennlige eller sunne valg, et av de nye innsatsområdene i folkehelsepolitikken (Meld. St. 19 (2014 - 2015)).

Folkehelse er nevnt som et satsningsområde i kommunedelplanen for helse, omsorg og sosial. Blant målene er å redusere fattigdom og sosiale ulikheter. Videre er det et mål at barn ikke skal oppleve ekskludering som følge av familiens økonomi. Dette samsvarer med den delen av definisjonen av folkehelsearbeid som handler å fordele faktorer som påvirker helse jevnere eller utjevning av sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven 2011). Det er mål om at flere skal komme i arbeid og aktivitet og få et arbeidsmarked som fungerer godt. Naidoo og Wills (2016) peker på at arbeid vurderes å ha positiv innvirkning på helse for de fleste.

I temaplanen for psykisk helse og rus, legges det vekt på tidlig intervensjon for å hindre utvikling av psykiske lidelser. Målet innen rusomsorg er en betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene ved rusmiddelbruk. Dette målet tenkes nådd ved å satse på forebyggende arbeid og helhetlig oppfølging og behandling av rusavhengige. Temaplanen adresserer utfordringer som fremgikk av oversiktsdokumentet om at antall personer med vansker knyttet til psykiatri og rus har vært økende.

Folkehelse er et tema som tydelig vektlegges og er integrert i kommunens plandokumenter. Forebygging, tidlig innsats, helsefremming og sosiale ulikheter i helse er inkludert i planene. Løset og Veenestra (2015) fant at forankringen av folkehelse i kommunale planer har vært økende etter at samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) og Folkehelseloven (2011) ble iverksatt. Det kan være mange forhold som kan ha medvirket til at folkehelse er integrert i kommunens planlegging. Kravet til kommunen om å integrere folkehelse i planlegging er blitt større gjennom Plan- og bygningsloven (2008) og Folkehelseloven (2011). Et annet forhold som kan ha betydning er at folkehelse er et tidsaktuelt tema, og ifølge Røvik (2007) kan aktører i organisasjoner motiveres til å adoptere ideer ut fra hva som er moderne, for på den måten å bli oppfattet som en moderne organisasjon. Det kan også være at flere har blitt bevisste på at å satse på folkehelse kan bidra til en bærekraftig økonomi for kommunen, gjennom at færre med tiden vil ha behov for behandling i helsesektoren.

#### **6.1.4 Ringvirkninger av Helomplan**

Deltaker på Helomplan vurderer at hun har fått mer kunnskap, en annen forståelse og interesse for planarbeid gjennom deltidsstudiet. Det hun mener å ha hatt mest nytte av i

ettertid, er det hun har lært om planprosesser. I tillegg angir hun at hun har blitt kjent med personer i tilsvarende stillinger i andre kommuner, som hun kan ta kontakt og diskutere med. På den måten virker det som hun har fått utvidet sitt faglige nettverk.

Helomplan kan ses på som et tiltak for å spre ideer eller å øke det Røvik (2007) kaller translatørkompetanse i organisasjoner som handler om å kunne oversette ideer på en god måte. Tiltaket kan ha økt Vestvik kommunes translatørkompetanse når det gjelder å oversette målsettinger for folkehelsepolitikken til en lokal kontekst. Hofstad (2014) fant at mange kommuner har utfordringer med å oversette nasjonale ambisjoner og aggregerte statistiske resultater til lokale forhold, fordi de kan oppfattes som diffuse og tvetydige. Leder av helsesektoren kan gjennom deltakelsen på Helomplan, ha bidratt til å øke bevisstheten og styrke helsefokuset i den kommunale planleggingen i Vestvik kommune.

Deltaker gjennomførte deltidsstudiet på Helomplan fra høsten 2013 til våren 2014. Deltaker og planlegger ble intervjuet høsten 2015. Deltaker peker på flere endringer som har skjedd, blant annet har det blitt en større prioritering av planarbeid, mer fokus på helse i planlegging og tettere samarbeid mellom helsesektor og planavdelingen i kommunen. Hun er usikker på om disse endringene konkret kan knyttes til kompetansen hun har tilegnet seg gjennom Helomplan. Tiltaket Helomplan som metode for å spre ideer og tenkemåter, er noe det kan ta tid å se resultater av. Dette kan være en faktor som gjør det vanskelig for deltaker, forholdsvis kort tid etter at utdannelsen var gjennomført, å kunne vurdere om endringer som har skjedd i kommunen har noen sammenheng med hennes deltakelse på Helomplan. Intervjuene kan derfor ikke sies å ha frembragt kunnskap om på hvilken måte informantene vurderer at Helomplan har påvirket integreringen av folkehelse i planlegging i Vestvik kommune.

#### **6.1.5 Samarbeid**

Det som er sentralt for å skape samarbeid på tvers av sektorer, er forståelsen av at helse først og fremst skapes utenfor helsesektoren (Helsedirektoratet 2011). Dette tverrgående samarbeidet kan gjelde både internt i kommunen og gjennom å trekke inn aktører i lokalsamfunnet. Hofstad (2011) fant i sin forskning at det var lite kunnskapsoverføring og samarbeid mellom folkehelsekoordinatorer og planleggere i kommunene som var med i undersøkelsen. I Vestvik kommune kan det se ut som at dette er annerledes, der folkehelsekoordinatoren ifølge planlegger, blir trukket inn i alle planer og dermed har mulighet til å bidra til at helsefokuset i planene blir styrket. I intervjuet pekte planlegger på at oversiktsdokumentet som ble utarbeidet i 2013, har blitt lite brukt ved utarbeidelse av planer.

Hvilken betydning dette har for overføringen av den kunnskapen som folkehelsekoordinator har om faktorer som har positiv eller negativ innvirkning på helse, er vanskelig å tolke ut fra den foreliggende informasjonen. Årsaker til at folkehelsekoordinatorer ikke fikk mulighet til å overføre kunnskap om påvirkningsfaktorer for helse til planleggere, som Hofstad (2011) fant i sin undersøkelse, var at folkehelsekoordinatorene ikke trekkes inn i planleggingsprosesser eller at det ikke er etablert noen felles arena, hvor folkehelsekoordinator og planlegger kan møtes. Dette er ikke situasjonen i Vestvik kommune, siden folkehelsekoordinatoren er med i utarbeidelsen av alle planer, og dermed får brukt sine «foreground discursive abilities» (Schmidt 2010), det vil si muligheten til å argumentere for viktigheten av folkehelse i planleggingsprosessen. Det er etablert arenaer der folkehelsekoordinator og planleggere møtes i Vestvik kommune, og dette samarbeidet ser ut til å være formalisert.

Planlegger peker på at de har intern høring på alle planer som blir utarbeidet. I tillegg er det et formalisert samarbeid gjennom arbeidsgrupper på større planer som områderegulering og kommuneplaner. Ifølge planlegger bruker de referansegrupper på utarbeidelse av ny planstrategi og ny samfunnsdel av kommuneplanen. Videre peker han på at representanter fra helseavdelingen og folkehelse trekkes inn i referansegruppene. En av forutsetningene for samstyring er at deltakerne i nettverket er gjensidig avhengige av hverandre (Røiseland & Vabo 2012). Arbeidsgrupper og referansegrupper kan ses på som samstyring. Det spørres da om deltakerne i disse nettverkene har et bidrag som de andre har behov for eller ser nytten av. Et annet forhold ved samstyring er at beslutninger må baseres på diskurs og forhandlinger (Røiseland & Vabo 2012). I planprosesser vil folkehelse være et av mange hensyn som skal avveies. Ifølge Torfing (2005) etablerer diskurser dominerende virkelighetsforståelser. Hvilken virkelighetsforståelse er det som gjelder i Vestvik kommune og hvordan er maktforholdene i nettverket? Er det noen aktørers bidrag som tillegges større vekt? Røiseland og Vabo (2012) peker på at skjeve maktforhold kan påvirke forhandlingene og gjøre samstyring til en utfordrende styringsform. Deltakers økte kunnskaper om planprosesser kan ha bidratt til utjevning av eventuelle maktskjevheter i møte med planleggere og at de snakker samme språk.

Hofstad (2011) fant i sin forskning at det har vist seg å være vanskelig å få innpass for folkehelse temaer som ikke er i takt med det tradisjonelle fokuset innen planlegging. Deltaker som er leder for helsesektoren, mener at hun har fått innpass i planprosessene og at hennes innspill har blitt diskutert, og at innspill som hun har kommet med har fått plass i endelige planer. Det kan ha sammenheng med at hun gjennom Helomplan har fått større kunnskap om



og innsikt i planprosesser. Sørensen og Torfing (2009) argumenterer for at det er en fordel å trekke flere aktører inn i nettverket fordi kunnskapsgrunnlaget kan økes ved å bringe inn flere synspunkter, og på den måten kan beslutningsgrunnlaget bli mer grundig og nyansert.

Barton og medarbeidere (2009) fant i sin studie at aksept for å samarbeide på tvers av fagdisipliner og etater var et nøkkelement for å lykkes med å integrere helse i plan. Deltaker vurderer at det er et godt tverrsektorielt samarbeid i Vestvik kommune. Hun peker på at det har blitt et tettere samarbeid mellom helseavdelingen og planavdelingen. Dette tyder på at det er aksept for å samarbeide på tvers av fag og sektorer i Vestvik kommune. Forskning viser at helsefokuset ble styrket i planlegging gjennom nærmere samarbeid mellom folkehelsearbeidere og planleggere (Hofstad 2011). Flyvbjerg (2006) omtaler den menneskelige læreprosessen, og mener at det som skiller en amatør fra en ekspert, er konteksthengig kunnskap og erfaring. Tidsaspektet vil trolig være viktig i læreprosessen fordi det å tilegne seg kunnskap, det vil si plankunnskap for folkehelsearbeidere og folkehelsekunnskap for planleggere, og få erfaring med å jobbe tverrsektorielt, vil ta tid.

Folkehelsekoordinatoren er organisatorisk tilknyttet rådmannens stab i Vestvik kommune. En slik plassering er i tråd med samhandlingsreformens anbefalinger om å forankre denne funksjonen sentralt administrativt i kommunen fordi det gjør den tverrsektorielle koordineringen lettere (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Kvalsvik (2015) fant at en strategisk plassering av folkehelsekoordinator i rådmannens stab var et av kriteriene for suksess for tverrsektorielt samarbeid og planlegging. Deltaker peker på i intervjuet at det har blitt mer fokus på helse i planlegging etter at kommunen fikk tilsatt folkehelsekoordinator som jobber mer mot system enn med tiltak. En viktig forutsetning er dermed på plass i Vestvik kommune, for å kunne få til et tverrsektorielt folkehelsesamarbeid. Men det er trolig ikke bare den organisatoriske plasseringen av folkehelsekoordinator som har betydning. Forskning viser at folkehelsekoordinatorer kan ha vansker med eller ikke være i stand til å oversette kunnskapen fra folkehelseprofilen, inn i en planprosess (Hofstad 2011). Røvik (2007) peker på at translatørkompetanse eller evnen til å oversette ideer på en god måte, er vesentlig for å lykkes med implementering av nye ideer i organisasjoner. I Vestvik kommunes planer ser det ut til å være en sammenheng mellom det som fremkommer som utfordringer i oversiktsdokumentet og det som er tema i kommunens planer som er utarbeidet etter at oversiktsdokumentet forelå i 2013. Dette kan tyde på at folkehelsekoordinatoren har translatørkompetanse og har klart å kommunisere til politikere og planleggere hva som kan ha betydning for helsen for innbyggerne i Vestvik kommune.

Kommunikasjonen med politikere er viktig, fordi det er de folkevalgte politikerne som skal vedta planene i kommunestyret. Barton og medarbeidere (2009) fant at sterk politisk støtte var et nøkkelement for å integrere helse i planer, og at det blant annet bidro til å sikre nødvendige ressurser. I forbindelse med planprogrammet for ny samfunnsdel av kommuneplanen, har det vært nedsatt en politisk arbeidsgruppe med en person fra hvert politisk parti som er representert i kommunestyret for nettopp å sikre politisk støtte og forankring. I arbeidet med planprogrammet deltok kommunens tverrfaglige plangruppe samt ledergruppen for å sikre at de ulike sektorenes interesser skulle bli ivaretatt.

Det fremgår av planstrategien at kommunen deltar i regionale plannettverk og interkommunalt planarbeid knyttet til blant annet Regional helse og omsorgsplan. Planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel har blitt diskutert i regionalt planforum. Dette kan ses på som trekk av samstyring ved at det kan tolkes som ikke-hierarkiske prosesser (Røiseland & Vabo 2012) og at det er selvstendige aktører som deltar i disse nettverkene (Sørensen & Torfing 2009).

I kommunedelplanen for helse, omsorg og sosial fremgår det at arbeidet med planen var prosjektorganisert med egen prosjektgruppe og styringsgruppe. Prosjektgruppen besto blant annet av leder for helsesektoren, representanter for de ulike enhetene innen helsesektoren, leder for NAV, kommuneoverlege og folkehelsekoordinator. Dette kan ses som et samstyringsnettverk (Sørensen & Torfing 2009). I styringsgruppen var det trukket inn leder for helsesektoren, leder for planavdelingen, representant for ansattes fagforbund, representant for Eldrerådet, representant for Rådet for funksjonshemmede og politikere fra tre forskjellige partier. Dette kan vurderes som et samstyringsnettverk der flere sektorer i kommunen, ansattes organisasjoner, Eldreråd, brukerorganisasjoner og det politiske nivået deltar.

Et av hovedmålene knyttet til organisering og drift i kommunedelplanen for helse, omsorg og sosial, er å få til en organisasjon der det arbeides tverrfaglig innen og mellom sektorene for å møte kommunens utfordringer. I temaplanen for psykisk helse og rus pekes det på at det er behov for å bedre samarbeidet mellom etatene på området psykiatri og rus og tverrfaglig samarbeid vurderes som en vesentlig faktor for å lykkes i dette arbeidet. Dette er i tråd med samhandlingsreformens oppfordring til å samarbeide på tvers (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

I planprogrammet for kommuneplanens samfunnsdel er det spørsmål om hvordan det kan legges til rette for et godt samarbeid mellom det offentlige og det frivillige. Det fremgår av kommunedelplanen for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv at frivillige lag og organisasjoner

er viktige bidragsytere når det gjelder idrett og friluftsliv. Dette temaet nevnes også i kommunedelplan for helse, omsorg og sosial, der det er et mål å få formalisert samarbeidet med frivillige organisasjoner. Et godt samarbeid ses på som en betydelig ressurs for kommunen. Dette er i samsvar med Folkehelseloven (2011), der det fremgår at kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor i § 4.

Deltaker på Helomplan mener at det er en utfordring å få hele kommunen til å tenke helse når de planlegger. I NOU 1998: 18 pekes det også på at det kan være utfordrende å få til et tverrsektorielt folkehelsesamarbeid, hvis personer i andre sektorer mangler interesse for at egen virksomhet kan ha konsekvenser for helse. Samstyring forutsetter at det utvikles en felles problemforståelse (Røiseland & Vabo 2012). Ut fra den nevnte utfordringen, kan det se ut som det ikke er utviklet en felles forståelse av hva folkehelse i planlegging dreier seg om i Vestvik kommune. Forskning viser at det er en utfordring å etablere folkehelse på tvers i den kommunale organisasjonen, fordi en slik organisering eller samstyring utfordrer eksisterende tankemønstre og vante måter å løse problemer på (Hofstad 2014).

Vestvik kommune bruker intern høring, politiske arbeidsgrupper, referansegrupper, kommunens tverrfaglige plangruppe, prosjekt- og styringsgrupper i tilknytning til kommunedelplaner, deltar i regionale plannettverk og interkommunalt planarbeid. Det ses trekk av samstyring ved at aktørene i disse nettverkene i kommunen, bringer inn ulike typer ressurser i form av kunnskap (Røiseland & Vabo 2012). Det er en gjensidig avhengighet gjennom at det de forsøker å oppnå som er å integrere folkehelse i planlegging, er noe som de bare kan få til sammen (Røiseland & Vabo 2012). Det tolkes som at det er planlagte og målorienterte aktiviteter som foregår i de ulike nettverkene og at prosessene er ikke-hierarkiske (Røiseland & Vabo 2008; Røiseland & Vabo 2012). Samstyring er basert på en ikke-hierarkisk logikk og denne styringsformen finnes i kommunene ved siden av de andre styringsformene som er hierarkisk styring og markedsorientert styring (Falleth & Saglie 2012; Saglie et al. 2015). Det kan være både fordeler og ulemper ved at disse styringsformene operer samtidig i kommunens organisasjon. En fordel som det pekes på er at kommunen får flere verktøy til rådighet når den vedtatte politikken skal gjennomføres. Ulemper kan være at kompleksiteten øker eller at de ulike styringsformene underminerer hverandre fordi de bygger på så ulike logikker (Saglie et al. 2015).

## 6.2 Metodediskusjon

Kommuneplanens samfunnsdel vurderes som et sentralt styringsdokument, men siden Vestvik kommune ikke hadde en samfunnsdel av nyere dato, ble det valgt å se på planprogrammet for ny samfunnsdel. I planprogrammet fremgår spørsmål til vurdering knyttet til det enkelte tema som er foreslått for den nye kommuneplanens samfunnsdel. Analysen av planprogrammet ga trolig mindre informasjon enn det kunne ha gitt å analysere kommuneplanens samfunnsdel som inneholder utfordringer, mål og strategier. Dette kan ha svekket studiens reliabilitet eller pålitelighet.

Kvalitative forskningsintervjuer gir et datamateriale som er detaljert, men kan være tidkrevende å innhente (Kvale & Brinkmann 2010). Ved at det ble benyttet telefonintervju kan tidsbruk og reiseutgifter ha blitt redusert, slik Dalland (2000) peker på. En annen fordel som nevnes, er at telefonintervju kan oppleves som mer anonymt, og at man kanskje kan våge å si mer enn ved et besøksintervju. En ulempe ved telefonintervju er at man ikke får fanget opp nonverbal kommunikasjon (Dalland 2000). Spørsmålene i intervjuene er knyttet til gjennomføring av politikk og ikke personlige temaer, det vurderes derfor at mangel på nonverbal kommunikasjon trolig har hatt mindre betydning for tolkning av svarene, men kan ha svekket studiens reliabilitet.

Liten erfaring med intervju som metode samt manglende praktisk erfaring fra planleggings- og folkehelsearbeid, kan ha hatt betydning for svarene som ble gitt og kan ha påvirket studiens reliabilitet. Hvis intervjuene hadde blitt gjennomført av en av de faste prosjektmedarbeiderne hos NIBR, med mer intervjuerfaring og større kunnskap om prosjektet, kunne det ha blitt stilt flere relevante oppfølgingsspørsmål. På den måten kunne det ha kommet frem mer grundig informasjon. På grunn av at kommunen er anonymisert, vil det ikke være kildehenvisning til plandokumentene som inngår i dokumentanalysen. Det kan vurderes som en svakhet at leseren ikke får tilgang til originaldokumentene som analysen bygger på, og dette kan ha redusert studiens reliabilitet.

Flyvbjerg (2006) hevder at casestudier er egnet til å falsifisere en hypotese ut fra Karl Poppers falsifikasjonstest. Et eksempel som han brukte var hypotesen om at alle svaner er hvite. Hvis det gjøres en enkelt observasjon av en sort svane, må hypotesen endres eller forkastes (Flyvbjerg 2006). Casestudier er inngående detaljstudier av virkeligheten og Andersen (2013) peker på at dette er en styrke ved casestudier. På den måten kan det som så ut til å være «hvitt» i utgangspunktet, vise seg å være å være «sort» etter en nærmere undersøkelse av

fenomenet. Ut fra beskrivelsen av at Vestvik kommune var i oppstartsfasen av folkehelsearbeidet i 2014, ble det skapt noen forventninger til hva analysen kunne frembringe. Denne forventningen om at kommunen kanskje ikke hadde kommet så langt i sin integrering av folkehelse i planlegging, viste seg etter at analysen var gjennomført, ikke å være tilfelle. Malterud (2011) peker på at vi kan gå glipp av kunnskapen som det empiriske materialet kan gi oss, hvis vi lar forforståelsen dominere. Min forforståelse av at Vestvik kommune kanskje ikke hadde kommet så langt i prosessen med å integrere folkehelse i planlegging, bidro heller til å vekke nysgjerrighet og åpenhet til hva datamaterialet kunne frembringe, enn å være til hinder slik jeg vurderer det.

Det kan vurderes som en styrke at det er brukt flere metoder for å samle inn data i denne studien (Johannessen et al. 2010). I tillegg til å få et mer detaljert datagrunnlag, har funn fra intervjuer kunnet underbygge funn fra dokumentanalyse og omvendt, noe som kan ha bidratt til å øke studiens indre validitet (Andersen 2013). Det er brukt offentlige dokumenter og intervjuer med profesjonelle aktører, og dette kan også ha økt den indre validiteten av studien. Bekreftbarheten i studien kan være styrket av at tidligere forskning viser at andre kommuner har tilsvarende utfordringer (Johannessen et al. 2010), som Vestvik kommune har.

I kvalitativ forskning er det heller tale om overføring av kunnskap enn om generalisering (Johannessen et al. 2010). Overførbarhet eller ekstern validitet handler om i hvilken grad funnene i denne studien kan overføres til liknende tilfeller eller at andre kan ha nytte av funnene i andre sammenhenger (ibid). Intervju og dokumentanalyse som er benyttet i denne studien, frembringer kontekstavhengig kunnskap. Flyvbjerg (2006) mener at det er en misforståelse at teoretisk kunnskap blir vurdert til å være viktigere enn praktisk, kontekstavhengig kunnskap og viser til den viktige rollen som case spiller i den menneskelige læreprosessen. Det er på grunn av erfaringer med caser som nettopp gir kontekstavhengig kunnskap, at mennesket går fra å være nybegynner til å bli ekspert (Flyvbjerg 2006). Selv om kunnskapen som kommer frem om Vestvik kommune ikke kan generaliseres, kan den likevel være til nytte gjennom at andre kommuner kan kjenne seg igjen i beskrivelsene (Johannessen et al. 2010). Gjenkjennelse og refleksjon kan bidra til å øke bevisstheten hos andre kommuner om viktigheten av å integrere folkehelse i kommunale planer.

## 7 Avslutning

Formålet med studien har vært å få kunnskap om hvordan folkehelse er forstått og integrert i plan og på hvilken måte informantene vurderer at Helomplan har påvirket integreringen. For å svare på studiens problemstillinger er det valgt å gjøre en casestudie. Problemstillingene har vært:

- 1) *Hvordan er det brede folkehelsebegrepet forstått og integrert i plan?*
- 2) *På hvilken måte vurderer kommunale aktører at Helomplan har påvirket integreringen av folkehelse i planlegging?*

Det synes å være en bred forståelse av folkehelse tolket ut fra kommunens plandokumenter. Forståelsen av folkehelsearbeid tolkes til at dette er rettet mot hele befolkningen og at ansvaret er tverrsektorielt. Likevel ser det ut til å være utfordringer knyttet til å få hele kommunen til å tenke helse når de planlegger. Dette kan ha sammenheng med at det ikke er utviklet en felles forståelse av hva folkehelse i planlegging dreier seg om. I tillegg er det utfordringer med å få forståelse av roller og oppgaver i folkehelsearbeidet.

Folkehelse er et tema som tydelig vektlegges og er integrert i kommunens plandokumenter som inngår i analysen. Forebygging, tidlig innsats, helsefremming og sosiale ulikheter i helse er adressert i planene. Det er etablert arenaer for tverrsektorielt samarbeid i kommunen. Kommunen har folkehelsekoordinator som er organisatorisk tilknyttet rådmannens stab. Det er utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helse. Det er imidlertid uklart hvorvidt oversiktsdokumentet blir brukt ved fastsettelse av mål i planer, slik det systematiske folkehelsearbeidet forutsetter.

Studien frembringer ikke kunnskap om på hvilken måte de kommunale aktørene vurderer at Helomplan har påvirket integreringen av folkehelse i planlegging. Deltaker som er leder for helsesektoren, opplever å ha fått økt kunnskap om planlegging og planprosesser gjennom Helomplan. Dette kan ha bidratt til å øke kompetansen til å oversette ideen om integrering av folkehelse i planlegging i Vestvik kommune.

Denne studien frembringer kontekstavhengig kunnskap som ikke kan generaliseres til å gjelde for andre kommuner. Kunnskapen kan likevel være til nytte for andre kommuner, gjennom at de kan kjenne seg igjen i beskrivelsene (Johannessen et al. 2010). Gjenkjennelse og refleksjon kan dermed bidra til å øke bevisstheten hos andre kommuner om viktigheten av å integrere folkehelse i planlegging.

Videre forskning kan tenkes i retning av å utvikle et internundervisningsopplegg for alle som er involvert i planlegging i kommuner. Dette foreslås på bakgrunn av at det oppfattes som en utfordring i Vestvik kommune å få hele kommunen til å tenke helse når de planlegger. Det foreslås at internundervisningen inkluderer kunnskap om både folkehelse og planlegging, og at den er rettet mot alle som er involvert i planlegging. Dette tenkes som et hjelpemiddel for kommuner til å kunne utvikle en felles forståelse gjennom interne prosesser, av hva folkehelse i planlegging handler om.

## 8 Referanser

- Aarsæther, N. (2012). Ny giv for kommunal planlegging? I: Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T. & Kristiansen, R. (red.) *Utfordringer for norsk planlegging: kunnskap, bærekraft, demokrati*, s. 63-84. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlag.
- Andersen, S. S. (2013). *Casestudier: Forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget. 185 s. : ill. s.
- Barton, H., Grant, M., Mitcham, C. & Tsourou, C. (2009). Healthy urban planning in European cities. *Health Promotion International*, 24 (S1): i91-i99.
- Brekke, M. (2006). Analyse og fortolkning av tekst i forskningen. I: Brekke, M. (red.) *Å begripe teksten: om grep og begrep i tekstanalyse*, s. 19 - 38. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Falleth, E. & Saglie, I.-L. (2012). Kommunal arealplanlegging. I: Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T. & Kristiansen, R. (red.) *Utfordringer for norsk planlegging: kunnskap, bærekraft, demokrati*, s. 85-101. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12 (2): 219-245.
- Folkehelseinstituttet. (2016). *Folkehelseprofilar*. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler> (lest 10.05.2016).
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011, nr. 29*.
- Forskrift om oversikt over folkehelsen. (2012). *Forskrift om oversikt over folkehelsen av 28. juni 2012, nr. 692*.
- Hajer, M. & Versteeg, W. (2005). Performing governance through networks. *European Political Science*, 4: 340-347.
- Hajer, M. A. (2005). Coalitions, Practices, and Meaning in Environmental Politics: From Acid Rain to BSE. I: Howarth, D. & Torfing, J. (red.) *Discourse Theory in European Politics: Identity, Policy and Governance*, s. 297-315. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Helgesen, M. (2012). Styring av folkehelsepolitikk i relasjonen mellom stat, fylkeskommuner og kommuner. I: Hansen, G. S., Klausen, J. E. & Langeland, O. (red.) *Det Regionale Norge 1950 - 2050*, s. 257-279. Oslo: Abstrakt forlag.
- Helsedirektoratet. (2010). Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. *Rapport Helsedirektoratet*, IS-1846. 147 s.
- Helsedirektoratet. (2011). Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: Behov for "samfunnskompetanse" i kurs- og utdanningstilbud. Drøftings- og prosessnotat. *Rapport Helsedirektoratet*, IS-1931. 26 s.
- Helsedirektoratet. (2013). God oversikt - en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. *Rapport Helsedirektoratet*, IS-2110. 49 s.
- Helsedirektoratet. (2014). Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. *Rapport Helsedirektoratet*, IS-2203. 142 s.
- Hofstad, H. (2011). Healthy Urban Planning: Ambitions, Practices and Prospects in a Norwegian Context. *Planning Theory & Practice*, 12 (3): 387-406.
- Hofstad, H. (2013). *Håndtering av "wicked problems" i kommunal planlegging. Lokal oversettelse av målsettingene om bærekraftig utvikling og bedre folkehelse i ulike planleggingspraksiser*. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet. 208 s.
- Hofstad, H. & Helgesen, M. K. (2013). Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) - KS' etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging. Delrapport 1. *Rapport Norsk institutt for by- og regionforskning*, 2013:18. Oslo. 49 s.



- Hofstad, H. (2014). Lokalt folkehelsearbeid - status, utfordringer og anbefalinger. I: Helsedirektoratet (red.) *Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge* s. 109-132. IS-2203. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hofstad, H. & Helgesen, M. K. (2014). Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) - KS` etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging. Delrapport 2. *Rapport Norsk institutt for by- og regionforskning*, 2014:18. Oslo. 41 s.
- Hofstad, H. (2015). Plan- og bygningsloven som verktøy i folkehelsearbeidet: ambisiøst eller urealistisk? *Plan*, 3 (4/2015): 10-14.
- Holt-Lundstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PloS Medicine*, 7 (7): 1-20.
- Johannessen, A., Tuft, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. Oslo: Abstrakt forlag AS. 436 s. : ill. s.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2015). *Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging*. Oslo.
- Kommuneloven. (1992). *Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25. september 1992, nr. 107*.
- Kommunesektorens organisasjon. (2015). *Prosjekt Helse og Omsorg i Plan*. Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/fagomrader/samfunn-og-demokrati/helse-og-omsorg-i-plan/prosjekt-helse-og-omsorg-i-plan/> (lest 03.07.2015).
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2 utg. Oslo: Gyldendal akademisk. 344 s. : ill. s.
- Kvalsvik, B. (2015). *Suksesskriterier og utfordringer for å integrere folkehelse på tvers. Ei best-casestudie av nettverksstyring i kommunalt folkehelsearbeid for å integrere "helse-i-alt-vi-gjer"*. Masteroppgave. Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Institutt for landskapsplanlegging. 77 s.
- Løset, G. K. & Veenstra, M. (2015). Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Forebyggende helsearbeid i kommunene. *Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring*, NOVA Rapport 6/2015. Oslo. 111 s.
- Maas, J., van Dillen, S. M. E., Verheij, R. A. & Groenewegen, P. P. (2009). Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health. *Health and Place*, 15 (2): 586-595.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl. 238 s. : fig. s.
- Meld. St. 19 (2014 - 2015). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 182 s.
- Meld. St. 34 (2012 - 2013). *Folkehelsemeldingen: God helse - felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 198 s.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2016). *Foundations for Health Promotion*. 4. utg. London: Elsevier. 335 s.
- Neumann, I. B. (2001). *Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nielsen, T. S. & Hansen, K. B. (2007). Do green areas affect health? Results from a Danish survey on the use of green areas and health indicators. *Health & Place*, 13: 839-850.
- NOU 1998: 18. *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. 503 s.
- Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling av 27. juni 2008, nr. 71*.
- Prop. 90 L (2010-2011). *Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 233 s.
- Rittel, H. & Webber, M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Integrating Knowledge and Practice to Advance Human Dignity*, 4 (2): 155-169.
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2008). Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 24: 86-107.
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2012). *Styring og samstyring - governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget. 179 s.

- Røvik, K. A. (2007). *Trender og tranlasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget. 398 s.
- Saglie, I.-L., Hofstad, H. & Hanssen, G. S. (2015). Hvordan studere motstridende hensyn i den kompakte byen? I: Hanssen, G. S., Hofstad, H. & Saglie, I.-L. (red.) *Kompakt byutvikling - muligheter og utfordringer*, s. 26-35. Oslo: Universitetsforlaget.
- Samuelsen, N. W. (2015). *Folkehelse og kommunal planlegging - Implementering av det systematiske folkehelsearbeidet*. Masteroppgave. Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Institutt for landskapsplanlegging. 87 s.
- Schmidt, V. A. (2010). Taking ideas and discourse seriously: explaining change through discursive institutionalism as the fourth 'new institutionalism'. *European Political Science Review*, 2 (1): 1-25.
- Schou, A., Helgesen, M. K. & Hofstad, H. (2014). Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. *Rapport Norsk institutt for by- og regionforskning*, 2014:21. Oslo. 76 s.
- St.meld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. Oslo: Helsedepartementet. 179 s.
- St.meld. nr. 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 90 s.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 149 s.
- Statistisk sentralbyrå. (2015). *Faglig veiledning for KOSTRA-tabeller*. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kommune-stat-rapportering/attachment/231152?ts=14df62334e0> (lest 10.02.16).
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2009). Making governance networks effective and democratic through metagovernance. *Public Administration*, 87 (2): 234-258.
- Toftager, M., Ekholm, O., Schipperijn, J., Stigsdotter, U., Bentsen, P., Grønabæk, M., Randrup, T. B. & Kamper-Jørgensen, F. (2011). Distance to Green Space and Physical Activity: A Danish national Representative Survey. *Journal of Physical Activity and Health*, 8: 741-749.
- Torfing, J. (2005). Discourse Theory: Achievements, Arguments, and Challenges. I: Torfing, J. & Howarth, D. R. (red.) *Discourse Theory in European Politics: Identity, Policy and Governance*, s. 1-32. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html> (lest 22.03.2015).
- World Commission on Environment and Development. (1987). *Our common future*. Oxford: Oxford University Press.
- World Medical Association. (1964/2008). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Tilgjengelig fra: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf> (lest 17.02.2015).

## Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

#### *”Folkehelse og planlegging – erfaringer etter tiltak for å fremme integrering av folkehelse i kommunal planlegging”*

#### **Bakgrunn og formål**

Dette er en forespørsel om deltakelse i en undersøkelse i forbindelse med en masteroppgave i Folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU). Formålet er å studere erfaringer med på hvilken måte etter- og videreutdanningsprogrammet «Helse og Omsorg i Plan» har påvirket praksis i kommunal planlegging. Problemstillingen som ønskes belyst er:

*På hvilken måte vurderer lokale aktører at utdanningsprogrammet «Helse og Omsorg i Plan» har påvirket integreringen av folkehelse i planlegging?*

Du forespørres om å delta i dette forskningsprosjektet fordi du allerede har takket ja til å bli intervjuet i forbindelse med følgeevalueringen av etter- og videreutdanningsprogrammet «Helse og Omsorg i Plan» som Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) gjennomfører.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Deltakelse i studien bidrar til å gi innsikt i ringvirkningene til etter- og videreutdanningsprogrammet og informasjonen vil inngå som et grunnlag for NIBRs evaluering av ordningen.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Opplysninger vil bli oppbevart på maskiner som er passordbeskyttet. Deltakere vil ikke kunne gjenkjennes i masteroppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2016. Undertegnede vil ikke ha tilgang til intervjudata som NIBR oppbevarer etter dette tidspunktet.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil ikke informasjonen som du har gitt bli brukt i masteroppgaven.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med undertegnede på mail. Veileder for prosjektet er Hege Hofstad ved NIBR som kan kontaktes på mail: [hege.hofstad@nibr.no](mailto:hege.hofstad@nibr.no).

Med vennlig hilsen

Hildegunn Kristine Aarnes  
Masterstudent ved NMBU

Mail: [hildegunn.kristine.aarnes@nmbu.no](mailto:hildegunn.kristine.aarnes@nmbu.no)

## Vedlegg 2: Intervjuguide deltaker

### Intervjuguide til ansatt som har deltatt på etterutdanningsprogrammet «Helse og Omsorg i Plan»

#### Motivasjon

I forrige intervju snakket vi om motivasjonen din for å ta studiet helse og omsorg i plan (referere hva hun/han vektla).

*I hvilken grad har Helomplan hatt den virkningen du ønsket deg?*

*Har studiet hatt andre virkninger som du ikke forutså på forhånd?*

#### Status

##### Arbeidsfokus

Sist gang vi snakket sammen hadde du følgende stilling (referer fra intervju) og brukte hovedsakelig tiden din på xxxx.

*Har du fortsatt samme stilling og arbeidsoppgaver?*

*Hvis dette har endret seg, har Helomplan hatt betydning for endringen i stilling eller arbeidsoppgaver?*

*Har du fått anvendt kompetansen du tilegnet deg i Helomplan i jobben din?*

*På hvilken måte?*

##### Organisering

*Har det skjedd noen endringer i organiseringen av folkehelse-, helse- og omsorgsarbeidet og samhandlingen med helseforetaket?*

*Hvis ja, kan noe av dette knyttes til kompetanse du tilegnet deg på Helomplan?*

*Har det skjedd endringer som har ført til større grad av tverrsektorielt arbeid? Gi i så fall gjerne eksempler.*

*Kan disse endringene knyttes til Helomplan?*

*Er det noe du nå i ettertid ser at du burde ha lært om organisering på Helomplan?*

##### Planlegging

*Har du deltatt i kommuneplanprosesser (inkludert planstrategi) etter plan- og bygningsloven underveis i, eller i etterkant av, Helomplan-utdanningen?*

*Hvis ja, fikk du nytte av kompetansen du hadde tilegnet deg? På hvilken måte?*

- Fikk du innpass i planleggingsprosessen?
- Ble dine innspill diskutert?
- Fikk de plass i den endelige planen?
- I hvilken grad følte du deg sikker på når i planprosessen du burde delta og på hvilke arenaer?

Har du deltatt i andre planprosesser i kommunen (eller med helseforetaket)? (for eksempel strategiske planer eller sektorspesifikke planer)

Hvis ja, fikk du nytte av kompetansen du hadde tilegnet deg? På hvilken måte?

I forrige intervju vektla du at xxx (om samarbeidet med planseksjonen), vurderer du det fortsatt slik?

På hvilken måte har det eventuelt endret seg?

Kan noe av dette tilskrives Helomplan?

Er det noe du vil legge til når det gjelder planlegging?

Er det noe du nå i ettertid ser at du burde ha lært om planlegging på Helomplan?

Hva er utfordrende med å få til en tettere kobling mellom helse og plan?

#### Statistikk og datainnsamling (også kvalitative data)

Har kommunen laget/holder på å lage et oversiktsdokument over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer?

Har du vært involvert i dette arbeidet? På hvilken måte?

Hvis ja, i hvilken grad har du hatt nytte av Helomplan i oversiktsarbeidet?

Har du vært involvert i annen type datainnsamling/statistikkinnhenting?

Hvis ja, i hvilken grad har du hatt nytte av kompetansen du tilegnet deg på Helomplan?

Er det noe du nå i ettertid ser at du burde ha lært om statistikk og datainnsamling på Helomplan?

#### **Avsluttende spørsmål**

Totalt sett, hva er den viktigste effekten av Helomplan slik du ser det?

Er det noe av det du lærte på Helomplan som du ikke har hatt nytte av?

Er det noe du burde ha lært mer om?

Hva har du hatt mest nytte av i ettertid?

Noe du vil legge til?

Ved hvilket studiested var du student?

## Vedlegg 3: Intervjuguide planlegger

### Helse og omsorg i plan (Helomplan): Intervjuguide planlegger

*Er folkehelse og/eller helse og omsorg et tema i kommunens planer etter PBL?*

*Har representanter for folkehelse/helse og omsorg deltatt i utarbeidelsen av kommunens planstrategi (år)? Kommuneplanen (år)?*

*Hva er utfordrende med å få til en tettere kobling mellom helse og plan?*

*Har dere utviklet spesifikke tiltak for å fremme samarbeid på tvers?*

*Kjenner du til om kommunen har utarbeidet et oversiktsdokument som viser befolkningens helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer på denne (hjemlet i folkehelseloven)?*

*Hvis ja, har oversiktsdokumentet blitt brukt inn i utarbeidelsen av planstrategi eller kommuneplanen, evt andre planer?*

## Vedlegg 4: Svar fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr: 985 321 884

Hege Hofstad  
Institutt for landskapsplanlegging Norges miljø- og biovitenskapelige universitet

1430 ÅS

Vår dato: 26.10.2015

Vår ref: 45198 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.10.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45198	<i>Folkehelse og planlegging - erfaringer etter tiltak for å fremme integrering av folkehelse i kommunal planlegging</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Hege Hofstad</i>
Student	<i>Hildegunn Kristine Aames</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontoret / District Offices*

*OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no*

*TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no*

*TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no*



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 45198

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Norges miljø- og biovitenskapelige universitet sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 01.07.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak



## Vedlegg 5: Endret dato for prosjektslutt

Prosjektnr: 45198. Folkehelse og planlegging - erfaringer etter tiltak for å fremme integrering av folkehelse i kommunal planlegging



Anne-Mette Somby <anne-mette.somby@nsd.no>

to 02.06.2016 15:07

Til: Hildegunn Kristine Aarnes

Kopi: Hege Hofstad ↗



Innboks

Viser til endringsmelding mottatt 31.5.16.

Vi bekrefter at prosjektslutt er utsatt til 30.9.16.

--

Vennlig hilsen

Anne-Mette Somby  
Seniorrådgiver  
NSD Personvern

Tlf. direkte: (+47) 55 58 24 10  
Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80  
Email: Anne-Mette.Somby@nsd.no  
[www.nsd.no/personvern](http://www.nsd.no/personvern)



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

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
Norway