



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

**Masteroppgave 2018 30 stp**

Fakultet for landskap og samfunn

Institutt for folkehelsevitenskap

Veileder: Hege Hofstad

# **Integrering av folkehelse i arealplanlegging og helsekonsekvensvurderinger som integreringsverktøy**

Karoline Unnerud

Master i folkehelsevitenskap



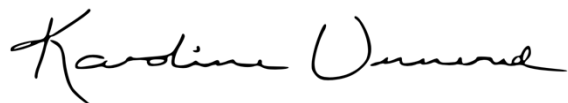
# FORORD

Men denne oppgaven avslutter jeg min tid som masterstudent i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Jeg vil takke alle informanter som stilte opp til intervjuer i en ellers hektisk hverdag. Takk til ledelsen i Trøgstad kommune for tillit og frihet. Jeg håper oppgaven kan bidra med noen perspektiver og tanker om det videre folkehelsearbeidet i ny kommune.

Takk til Hege Hofstad, for din ro som veileder, faglige tyngde og evne til å både støtte og utfordre mine synspunkter.

Til Pål som holder ut, mamma og pappa som aldri tviler, venner og kollegaer som har stilt opp med humor, støtte og snop – takk! Den siste takken vil jeg rette til min sjef turte å satse på meg. Hun har løftet meg fram og gang på gang satt sin tillit til meg og min evne til å utvikle meg faglig. Tusen hjertelig takk.

Oslo, mai 2018



# SAMMENDRAG

## **Bakgrunn**

Tema for denne masteroppgaven er folkehelse i arealplanlegging. Folkehelse er løftet frem i plan- og bygningsloven som en av de overordnede oppgavene i planleggingen. Oppgaver og hensyn i planlegging skal i følge loven fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Kommunene har myndighet til å planlegge for det som angår livet i kommunesamfunnet gjennom overordnede planer eller med detaljerte reguleringsplaner. Selv om folkehelse har fått fotfeste i overordnede planer ser det ut til å være en utbredt utfordring å oversette folkehelsemålene til konkrete bestemmelser og føringer for areal- og detaljplanleggingen. I stor grad styres planleggingen av kapitalsterke utbyggere som fremmer prosjekter som ikke alltid ivaretar den helhetlige ønskede samfunnsutviklingen.

## **Formål**

Studiens formål er å få kunnskap om muligheter og begrensninger for integrering av folkehelse i kommunal arealplanlegging, og om helsekonsekvensvurderinger kan være et hjelpemiddel i dette arbeidet.

## **Metode**

Studien har et casesdesign og bygger på materiale fra plandokumenter og kvalitative intervjuer med administrativt ansatte og politikere i Trøgstad kommune. Kommunen har folkehelse som overordnet mål og har brukt et skjema for helsekonsekvensvurderinger i konsekvensutredningen for arealinnspillene til kommuneplanen. Resultatene bygger på planene og de erfaringene informantene har med folkehelse i planlegging.

## **Funn**

Folkehelsebegrepets bredde og kompleksitet er den største begrensningen for å vurdere og integrere folkehelse i den praktiske arealplanleggingen. Styrende retningslinjer og bestemmelser kan sikre ivaretagelse av folkehelsen, men det avhenger av både ressurser og langsiktig ledelse. Mulighetene og begrensningene av integreringen avhenger også av tillit mellom administrasjonen og politikerne, samt deres vilje og mot til å prioritere og sikre kontinuitet i folkehelsearbeidet. Det avhenger også av ressurser i form av tid og kompetanse blant planleggere, saksbehandlere og folkehelseansatte. Å utvikle helsekonsekvensvurderingsskjema i et tverrsektorielt felleskap kan fungere som en læringsarena for å heve folkehelsekompetansen på tvers. Det krever ressurser og vilje, men det tverrsektorielle samarbeidet kan åpne opp for å skape et verktøy som kan tilpasses flere kontekster. Dermed kan det gi et kunnskapsgrunnlag som kan bidra til å bygge oppunder en helsefremmende arealplanlegging.

# ABSTRACT

## **Background**

The subject of this master thesis is public health and land use planning. Public health is one of the overall tasks in the Planning and Building Act. Although public health is implemented in the social element of the municipal master plan, it appears to be a challenge among the municipalities to translate public health goals into general provisions and guidelines in the land-use element of the municipal master plan. Even though the municipalities are the main planning authority within their area, capital-strong private developers generate most of the zoning plan proposals. These projects are mainly focused on the commercial perspective, and is not always in accordance with the local comprehensive planning.

## **Objective**

The objective of this master thesis is to gain knowledge about possibilities and limitations for the integration of public health in land use planning and how health impact assessments can function as a tool for the integration.

## **Method**

A qualitative case study based on analyses of interviews and planning documents was performed in Trøgstad municipality. Public health is the overall strategy in the newly revised municipal master plan, and the municipal administration used a health impact assessment form to evaluate the proposals for the land-use element.

## **Main findings**

The term “public health” is complex and difficult to operationalize into practical land use planning. General provisions and guidelines can ensure that the public health perspective is maintained in the land use planning. But it will depend on whether the municipality administration has enough resources to follow up on the provisions, and dedicated management who will preserve the public health perspective in the long run or not. Possibilities and limitations for integrating public health in land use planning also depend on the relationship between the administration and the politicians, as well as their determination and courage to prioritize and ensure continuity in the public health work. It also depends on enough resources in terms of time and knowledge among the planners and public health employees to develop important skills and tools to preserve the public health perspective in the land use planning. Developing a health impact assessment form through cross-sectoral governance networks can serve as a learning arena to develop knowledge about public health throughout the organization. This kind of work will demand resources, but the cross-sectoral network could possibly create a helpful organizational tool to translate and understand the public health perspective in other contexts. The knowledge generated from a health impact assessment can contribute to a health promoting land use planning.

# INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD .....	I
SAMMENDRAG.....	II
ABSTRACT .....	III
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 Problemstillinger .....	2
1.2 Avgrensning og begrepsavklaring.....	2
1.3 Disposisjon .....	3
<b>2. BAKGRUNN .....</b>	<b>5</b>
2.1 Det sektorovergripende folkehelsearbeidet .....	5
2.2 Nærmiljøet som helse-determinant .....	8
2.3 Folkehelse i planlegging .....	9
2.3.1 Det systematiske folkehelsearbeidet.....	11
2.3.2 Det kommunale plansystemet.....	12
2.4 Utredninger.....	13
2.4.1 Helsekonsekvensutredninger .....	14
2.5 Tidligere forskning.....	17
<b>3. TEORETISK RAMMEVERK .....</b>	<b>21</b>
3.1 Virusteori.....	22
3.2 Translasjonsteori.....	23
3.2.1 Kontekstualisering .....	24
3.2.2 Translatørkompetanse.....	25
3.3 Offentlig styring .....	26
3.3.1 Samstyring og nettverk.....	27
<b>4. METODE .....</b>	<b>29</b>
4.1 Forskningsmetode.....	29
4.2 Strategi for utvalg av case og informanter .....	29
4.2.1 Utvalg av informanter.....	30
4.3 Prosess for innsamling .....	32
4.3.1 Dokumenter.....	32
4.3.2 Intervju .....	33
4.4 Analyse.....	33
4.5 Etikk .....	34
4.5.1 Personvern og informert samtykke .....	35
4.6 Metodisk kvalitet og forskerrolle .....	35
<b>5. PRESENTASJON AV RESULTATER.....</b>	<b>39</b>
5.1 Casebeskrivelse: Trøgstad kommune.....	39
5.1.1 Organisering av folkehelse og plan.....	40
5.2 Forståelse av folkehelsebegrepet og rolle i folkehelsearbeidet .....	42
5.3 Folkehelse som overordnet mål .....	44
5.4 Kobling av folkehelse fra samfunnsdel til arealdel.....	47

5.5 Bruk av HKV og folkehelseperspektiv i arealplanlegging .....	49
5.6 Folkehelsevurderinger som del av saksbehandlingsmalen .....	54
5.7 Motorpark – et folkehelseiltak?.....	56
<b>6. DRØFTING .....</b>	<b>58</b>
6.1 Oversettelse og spredning.....	58
6.1.1 Translasjonens styrke og organisasjonens forsvarsverk .....	59
6.2 Behov for målrettet folkehelse og planlegging .....	61
6.2.1 Et ekstra gode .....	63
6.3 Tillit og kontinuitet.....	65
6.4 Ressurser .....	66
6.5 Helsekonsekvensvurderinger som verktøy .....	68
6.5.1 Verktøyutvikling som læringsarena .....	69
<b>7. KONKLUDERENDE REFLEKSJONER .....</b>	<b>72</b>
7.1 Veien videre.....	73
<b>8. METODISKE IMPLIKASJONER .....</b>	<b>75</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>77</b>
<b>Vedlegg 1: Innvilgelse av søknad - NSD .....</b>	<b>81</b>
<b>Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse.....</b>	<b>83</b>
<b>Vedlegg 3: Intervjuguide.....</b>	<b>84</b>

## FIGUROVERSIKT

Figur 1: Påvirkningsfaktorer for helse av Dahlgren og Whitehead av 1991. Hentet fra Prop. 90 L (2010-2011). ...	6
Figur 2: The Settlement Health Map. Hentet fra: Barton og Grant (2006). .....	8
Figur 3: Det systematiske folkehelsearbeidet. Hentet fra: Meld.St. 34 2012-2013. s. 159.....	11
Figur 4: Plansystemet. Hentet fra: Veileder i kommunal planstrategi, Miljøverndepartementet (2011) s. 7.....	12
Figur 5: De tre største folkehelseutfordringene og tre områder med flest folkehelseiltak i følge kommunene. Hentet fra: Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid (2014) s. 49.....	17
Figur 6: Andel av kommunene (N=156) som oppga at de mangler planfaglig kompetanse på følgende områder. Hentet fra: NIVI Analyse (2014) s. 30. ....	18
Figur 7: Kvalitative intervjustudiers informasjonsstyrke. Oversatt og hentet fra: Malterud et al. (2016). ....	37
Figur 8: Kart over Østfold med Trøgstad markert i rødt. Hentet fra: NordnordWest/Wikipedia (2011). ....	39
Figur 9: Delmål og strategier for folkehelse. Hentet fra: Kommuneplan for Trøgstad 2017-2029. ....	45

## TABELLOVERSIKT

Tabell 1: Sjekkliste - Vurdering av konsekvenser for folkehelse og klima i politiske saker. Hentet fra: Konsekvensvurdering av arealinnspill, Kommuneplan for Trøgstad 2017-2029. ....	16
Tabell 2: Sosiale bærekraftdimensjoner og tilhørende relevante faktorer. Min oversettelse fra: Opp (2017)....	25
Tabell 3: Oversikt over intervjuer gjennomført i studien, informantenes rolle og hvilken betegnelse som brukes i resultatdelen. ....	31
Tabell 4: Mal for informasjon hentet fra Kommuneplan for Trøgstad 2017-2029: Konsekvensutredning av arealinnspill. ....	52





# 1. INNLEDNING

Utformingen av omgivelsene der mennesker bor og oppholder seg har stor betydning for befolkningens helse (Barton et al. 2009). Gode steder, bo- og nærmiljøer skal sikre muligheter for et aktivt, sosialt og trygt liv for alle (Meld. St. 19 (2014-2015)). Planlegging har blitt et av kommunens sterkeste virkemidler for å forankre folkehelse som et sektorovergripende ansvarsområde, også utenfor helse- og omsorgssektoren (Helsedirektoratet 2014).

Folkehelse ser ut til å ha fått innpass i kommuners strategiske og overordnede planer, men integreringen i arealplanleggingen ser ut til å være en større utfordring (Helgesen & Hofstad 2012; Helgesen et al. 2017; Schou et al. 2014). Denne studiens formål er å få økt kunnskap om muligheter og begrensninger ved integrering av folkehelse i arealplanlegging, og om hvordan helsekonsekvensvurderinger kan benyttes som et verktøy for slik integrering.

Case for studien er Trøgstad kommune. Folkehelse er vedtatt som det overordnede målet i kommuneplanen som ble endelig vedtatt 7. februar 2018. Kommunen har vært med å utvikle et skjema for helsekonsekvensvurderinger som ble benyttet i konsekvensutredningen av innspill til kommuneplanens arealdel. Studien bygger på plandokumenter og intervjuer med administrativt ansatte og politiske aktører som har tatt del i planprosessen. I likhet med mange andre små og mellomstore kommuner har Trøgstad befolkningsmessige utfordringer knyttet til økende eldre befolkning, relativt høy andel uføretrygdete og generelt lavt utdanningsnivå. Tilstrekkelige ressurser til både plan- og folkehelsearbeidet er en administrativ utfordring i kommunen. Likevel har kommunen jobbet aktivt med å integrere folkehelse i organisasjonen i flere år, gjennom blant annet å delta aktivt i fylkespartnerskapet *Østfoldhelse (Østfoldhelse u.å-b)*. På grunn av kommunens aktive arbeid med å integrere en sektorovergripende forståelse av folkehelsearbeid vil det være interessant å se hvilke muligheter og begrensninger kommunen har når det gjelder å integrere folkehelse også i arealplanleggingen.

Som ansatt i Trøgstad kommune har jeg jobbet med folkehelseprosjekter og andre lokalsamfunnsutviklingsprosjekter siden 2016. Interessen min for folkehelse i arealplanlegging har vokst gjennom tiden jeg har arbeidet med og studert folkehelse. Tema for studien er valgt ut fra hva jeg som fagperson opplever er et område hvor folkehelse bør vies større oppmerksomhet. Jeg er opptatt av at folkehelse er noe mer enn overordnede visjonære ord og har derfor valgt å se nærmere på hvordan folkehelse kan integreres i den mer praksisnære arealplanleggingen.

Integreringen av folkehelse i plan- og bygningsloven fra 2008 og innføringen av folkehelseloven i 2012 har bidratt til en institusjonalisering av folkehelsepolitikken i Norge (Hofstad 2016). Plan- og bygningsloven § 3-1 bokstav f stiller krav til at oppgaver og hensyn i planlegging skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller.

Samhandlingsreformen bidro til å flytte folkehelseansvaret ut fra helse- og omsorgssektoren og vektla til kommunen som forvaltningsorgan og institusjon (Larsen et al. 2018; St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Reformen stilte krav til kommunen som samfunnsaktør og folkehelseoven (2011) ble en formalisering av disse forventningene (Schou et al. 2014). Kommunene har ansvar for å fremme folkehelse i sitt arbeid ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting (Folkehelseoven 2011, § 4). Bestemmelsene i folkehelseoven (2011) skal sikre integrering av folkehelsearbeid i det kommunale plansystemet (Karlsen 2017). Det å ivareta folkehelse i både kortsiktig og langsiktig arealplanlegging kan bidra til å utvikle samfunnet til det beste for den enkelte og fremtidige generasjoner. Men folkehelsens kompleksitet er utfordrende å konkretisere og operasjonalisere (Hofstad & Bergsli 2016). Det er derfor behov for å utvikle verktøy som støtter opp under helsefremmende kvaliteter i arealutviklingen (Hofstad & Bergsli 2017).

## 1.1 Problemstillinger

Oppgavens problemstillinger som skal belyses er:

- Hva er mulighetene og begrensningene for å integrere folkehelse i arealplanlegging i Trøgstad kommune?
- Hvordan kan helsekonsekvensvurderinger fungere som et verktøy for å integrere folkehelse i arealplanlegging i Trøgstad kommune?

## 1.2 Avgrensning og begrepsavklaring

Problemstillingene er avgrenset til å se på Trøgstad kommune fordi masteroppgaven er en case-studie med én singel case. Studiens funn vil belyses ved bruk av teori og tidligere forskning. Overføringsverdien av studien til andre kommuner diskuteres i metodekapittelet og etter drøfting av funnene.

Offentlig planlegging foregår på lokalt, regionalt og statlig nivå. For denne studien er det valgt å se på det lokale planleggingsnivået som foregår på kommunenivå. Det ligger både nasjonale og regionale føringer som har betydning for kommunens planleggingsmessige handlingsrom, men dette vil ikke få fokus i denne studien.

I studien benyttes flere begreper som ikke har allmenne bestemte definisjoner. Folkehelse og folkehelsearbeid er slike begreper. Definisjonene valgt å benytte i denne studien er definisjoner som fremgår av Folkehelseoven (2011). Følgende definisjon for folkehelse valgt:

*"Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning"*

(Folkehelseoven 2011, § 3 a). Videre defineres folkehelsearbeid 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"* (Folkehelseoven 2011, § 3 b).

Folkehelsearbeid innebærer både et helsefremmende og et sykdomsforebyggende perspektiv. Det sykdomsforebyggende arbeidet innebærer å opprettholde helse ved å forhindre sykdom og skade, mens det helsefremmende arbeidet innebærer å styrke og forbedre befolkningens helse (Helsedirektoratet 2010a).

Videre i oppgaven vil flere begreper defineres løpende i teksten. Grunnen til at jeg har valgt å gjøre det slik er at det gir rom for å diskutere og belyse begrepene i lys av flere definisjoner.

### 1.3 Disposisjon

Studien er delt inn i 8 kapitler. Etter dette introduksjonskapittelet kommer et kapittel hvor bakgrunnen for studiens tema presenteres mer utfyllende. I kapittel 3 redegjøres det for det teoretiske rammeverket valgt for denne studien. Metodebeskrivelsen i kapittel 4 presenterer studiens fremgangsmåte, etiske overveielser, min rolle som forsker på egen arbeidsplass og den metodiske kvaliteten. Resultatene fra intervjuer og plandokumenter presenteres i kapittel 5 og drøftes i lys av valgte teorier og tidligere forskning i kapittel 6. Konkluderende refleksjoner som oppsummerer studiens funn, samt viser til områder for videre forskning presenteres i kapittel 7. Studien avsluttes med kapittel 8, en metodediskusjon som sier noe om de metodiske styrkene og svakhetene som ikke ble presentert i metodekapittelet.



## 2. BAKGRUNN

I dette kapittelet vil jeg gi en inngående skildring av studiens bakgrunn. Først presenteres den rådende forståelsen av folkehelsearbeid som et sektorovergripende ansvar, samt nærmiljøets betydning for befolkningens helse. Deretter presenteres koblingen mellom folkehelsearbeid og planlegging, før det kommunale plansystemet, konsekvensutredninger og helsekonsekvensvurderinger redegjøres for. Til slutt i kapittelet presenteres relevant forskning som bygger opp under valget av folkehelse i arealplanlegging som tematikk for studien.

### 2.1 Det sektorovergripende folkehelsearbeidet

Helse skapes innenfor rammene av menneskers hverdagsliv – i hjemmet og nabolaget, på skolen og arbeidsplassen og i sosiale relasjoner (Meld. St. 34 (2012-2013)). Befolkningens helse i Norge er god og har i løpet av de siste hundre årene forbedret seg i takt med tiltak og reformer innen flere samfunnssektorer (Helsedirektoratet 2014). Folkehelsepolitikken har utgangspunkt i at helsen ikke bare innebærer fravær av sykdom, men også inkluderer trivsel, velvære og overskudd til å mestre utfordringer i livet (Meld. St. 19 (2014-2015) ; Meld. St. 34 (2012-2013)). Utviklingen av et mer helsefremmende samfunn handler om alt fra barnehager, skoler og fritidsordninger til trafikk, nærmiljøet og byplanlegging (Meld. St. 34 (2012-2013)). Befolkningens helse er et felles ansvar, og må derfor ivaretas i alle samfunnssektorer, ikke bare helsesektoren (ibid).

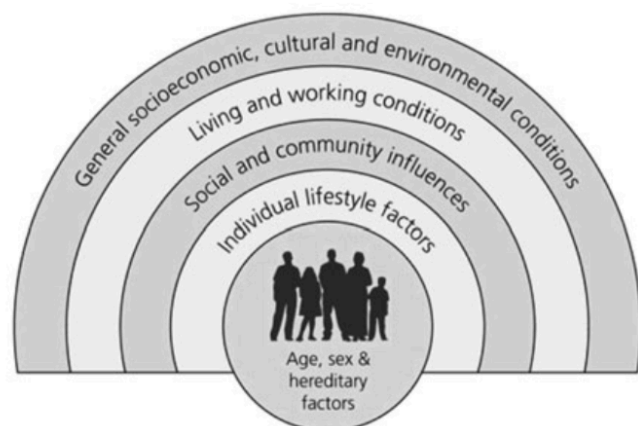
Verdens helseorganisasjon (WHO) har hatt en nøkkelfunksjon for utviklingen og formidlingen av den internasjonale og nasjonale folkehelsepolitikken. I deklarasjonen fra Alma-Ata i 1978 ble prinsippet *Health in all Policies* (oversatt: helse i alt vi gjør) innført (WHO 1978). Ottawa-charteret ble utviklet under WHO's første internasjonale konferanse for helsefremmende arbeid i 1986 (WHO 1986). Flere erklæringer fra WHO har bidratt til en videre utvikling av folkehelsearbeidet gjennom årene, men Ottawa-charteret var den første som understreket at folkehelse har en klar sammenheng med all politikk, alle samfunnsnivåer og det nærmiljøet vi omgir oss med. Et av charterets hovedstrategier er å plassere helse på sakslisten til de bestemmende organer på alle områder og nivåer. Det å integrere *helse i alt vi gjør* er et kjerneprinsipp for folkehelsearbeidet. Prinsippet viser at folkehelse er et ansvar på tvers av alle sektorer (Prop. 90 L (2010-2011)).

Et annet viktig prinsipp i folkehelsearbeidet er *bærekraftig utvikling* (Prop. 90 L (2010-2011)). Bærekraftig utvikling er et begrep som satte sitt preg på utformingen av offentlig politikk etter Brundtland-kommisjonen utga sin sluttrapport – *Vår felles framtid* (Brundtland & Dahl 1987). Bærekraft defineres som: "... utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov" (1987 s. 42). For å regne utvikling som bærekraftig må den ivareta både et økonomisk, miljømessig og sosialt perspektiv (Opp 2017). Det sosiale bærekraftperspektivet har flere fellestrekk med

folkehelsearbeid (Hofstad & Bergsli 2017). Fellestrekkene er blant annet det at mennesket står i sentrum og det er fokus på sosial rettferdighet. Videre likhetstrekk er at det kreves en tverrfaglig innsats hvor medvirkning fra, og myndiggjøring av, befolkningen er vektlagt (ibid). Disse likhetstrekkene synliggjøres i prinsippene for folkehelsearbeidet. Et tredje prinsipp for folkehelsearbeidet er *føre-var-prinsippet*, som handler om håndtering av vitenskapelig usikkerhet (Prop. 90 L (2010-2011)). Ved bruk av føre-var-prinsippet er det nok å ta utgangspunkt i sannsynlighet for at en eksponeringsfaktor eller et tiltak gir helseeffekt, selv om det ikke er vitenskapelig bevist. Prinsippet må sees i sammenheng med både helse i alt- og bærekraft-prinsippene. Å bruke prinsippet i et bærekraftperspektiv dreier seg om å vedlikeholde og fremme folkehelsen fremfor å kun jobbe for å forhindre helseskade (Prop. 90 L (2010-2011)). Det fjerde prinsippet i folkehelsearbeidet er *medvirkning*. Medvirkningsprinsippet bygger på at individer og grupper skal ha mulighet til å påvirke beslutninger som angår dem og deres helse (Prop. 90 L (2010-2011)). Empowerment er et begrep som brukes sammen med medvirkningsprinsippet, og handler om at enkeltindivider og grupper skal få økt eierskap og kontroll over egen helse og til å forbedre den (Prop. 90 L (2010-2011) ; WHO 1986).

Siden 1980-tallet har folkehelsepolitikken gått gjennom flere paradigmeskifter. Hofstad (2014) hevder endringene har skjedd gjennom en institusjonalisering av feltet. Politikken har gått fra å være helsesektororientert med et sykdomsbekjempelse-perspektiv, via individorientert med atferds- og levevane-perspektiv over til en sektorovergripende orientering med påvirkningsperspektiv (ibid). Sykdomsperspektivet rettet innsatsen mot å bekjempe smittsomme sykdommer og epidemier (Helsedirektoratet 2014). Atferd- og levevaneperspektivet dreier seg om å stille individet til ansvar for egen helse gjennom blant annet helseopplysning og helsekampanjer. I et påvirkningsperspektiv rettes derimot oppmerksomheten mot de bakenforliggende faktorene, også kalt helsedeterminanter, som påvirker helsen og dens fordeling i befolkningen (ibid). Folkehelsearbeid er en samfunnsoppgave som utøves gjennom påvirkning av faktorer som har positive eller negative effekter på helsen (Helsedirektoratet 2014).

Whitehead og Dahlgrens (1991) modell, *the social determinants of health* (figur 1), er en mye brukt illustrasjon for påvirkningsperspektivet. Modellen illustrerer systematisk de indre individuelle faktorene til de ytre, komplekse samfunnsfaktorene som har betydning for helsen og helsens fordeling i befolkningen. Innerst i modellen er mennesket med dets alder, kjønn og biologi. Det andre laget representerer de individuelle- og



Figur 1: Påvirkningsfaktorer for helse av Dahlgren og Whitehead av 1991. Hentet fra Prop. 90 L (2010-2011).

livsstilsfaktorer slik som kosthold, fysisk aktivitet, rusmiddelbruk, selvtillit og holdninger. Deretter kommer et lag med sosial støtte og lokal medvirkning som dreier seg om faktorer slik som integrering og mulighet for involvering i lokale politiske beslutninger. Det neste laget er leve- og arbeidskår som dreier seg om bolig- og arbeidsforhold og andre nærmiljøbetingelser slik som luft-, vannkvalitet og støy. Ytterst er de generelle sosioøkonomiske, kulturelle- og miljømessige betingelsene som handler om internasjonal, nasjonal og lokal politikk, tjenester, samt sosiale og kulturelle verdier og normer (Helsedirektoratet 2006). Modellen illustrerer at forhold innen de fleste samfunnsområder påvirker befolkningens helse.

Utjevningsprinsippet utgjør sammen med de nevnte helse-i-alt, bærekraftig utvikling, føre-var og medvirkning, de fem grunnleggende prinsippene for folkehelsearbeid (Prop. 90 L (2010-2011)). Folkehelseloven trådte i kraft i 2012 og har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder *utjevner sosiale helseforskjeller* (Folkehelseloven 2011, § 1). Sosiale helseforskjeller kan defineres som "*helseforskjeller som varierer systematisk med utdanningsnivå, yrkesgruppe eller inntektsnivå*" (St.meld. nr. 20 (2006-2007) s. 12). Forskjellene er ikke tilfeldige, men viser et konsekvent mønster i form av en gradient. Det vil si at dersom befolkningen grupperes etter inntekt eller utdanningsnivå ser man at helsetilstanden i gruppene blir gradvis bedre i takt med økt inntektsnivå eller utdanningslengde (ibid). Slike helseforskjeller er ikke biologisk betinget. Arv har liten betydning for de systematiske variasjonene som følger av sosial posisjon (Whitehead & Dahlgren 2009). Variasjonene skyldes forskjeller og urettferdig fordeling av materielle, psykososiale og atferdsrelaterte risikofaktorer (Marmot 2010; Whitehead & Dahlgren 2009). Forskjellsbehandlingen som fører til denne forskjellen i tilgang til ressurser og muligheter mellom sosiale grupper er urettferdige og samfunnsskapt, og det skal derfor være mulig å endre dem (ibid). I St.meld. nr. 20 (2006-2007), *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*, står det at: "*Så lenge de systematiske forskjellene i helse skyldes ulikheter i samfunnets ressursfordeling, er det fellesskapets ansvar å påvirke denne fordelingen i en mer rettferdig retning.*"

Folkehelsemeldingen, *God helse – felles ansvar*, trekker det frem at samfunnet må utvikles gjennom å fordele ressurser på en rettferdig måte og tilrettelegge for at mennesker skal kunne utnytte enge ressurser og ha en reell mulighet til frie valg (Meld. St. 34 (2012-2013)). Formålet med folkehelsearbeidet handler ikke om å begrense menneskers handlingsfrihet, men å skape muligheter (ibid). Økt vektlegging av påvirkningsperspektivet har forsterket forståelsen av at befolkningens helse i all hovedsak skapes utenfor helsetjenesten (Meld. St. 19 (2014-2015) ; Meld. St. 34 (2012-2013)). Det må derfor arbeides tverrsektorielt for å utvikle samfunn med gode fysiske og psykososiale miljøer der mennesker lever livene sine (ibid).

## 2.2 Nærmiljøet som helsedeterminant

Utformingen av det miljøet mennesker sine lever liv har betydning for deres helse (Meld. St. 19 (2014-2015)). Nærmiljøet består av det fysiske miljøet som omgir oss der vi bor og oppholder oss. Det består av de tjenestene vi har tilgang til, og de psykososiale faktorene som gjør at vi føler oss trygge, som skaper tillit og tilhørighet (ibid). I følge WHO er helsefremmende lokalsamfunn samfunn som består av et fysisk miljø som fremmer helse, rekreasjon, trygghet, sosiale møteplasser, god tilgjengelighet, stolthet og kulturell identitet (Barton et al. 2003).



Figur 2: The Settlement Health Map. Hentet fra: Barton og Grant (2006).

Med inspirasjon fra økologiske teorier og bærekraftig utvikling videreutviklet Barton og Grant (2006) Dahlgren og Whiteheads regnbuemodell som vist i figur 2. The *Settlement Health Map* er en grafisk presentasjon av hvordan kvaliteten på steder hvor mennesker oppholder seg har betydning for helsen. Barton (2006) hevder modellen bidrar til å belyse planleggerens rolle i helsearbeidet gjennom å illustrere den indirekte effekten arbeidet deres har. Han bruker bygging av vei som et eksempel: Selv om byplanleggeres arbeidsoppgaver hører innunder modellens *bygde omgivelser* skaper aktivitet i dette laget i modellen virkninger på de andre lagene. En ny vei skaper et nytt mønster av

menneskelig aktivitet gjennom å endre hvordan menneskene reiser og hva som kan bli deres destinasjon. En ny vei fører til endring i de *lokale naturlige omgivelserne* og *det globale økosystemet* gjennom eksempelvis luftforurensning. Veien kan gjøre stedet lettere tilgjengelig og derfor påvirke lokaløkonomi ved eksempelvis økte arbeidsplasser. Når det blir et nytt veimønster kan det føre til livsstilsendringer gjennom enklere, eller dårligere tilgang til fortau- og sykkelveier. Livsstilsendringene kan igjen endre menneskers sosiale nettverk (ibid). Eksempelet viser hvordan påvirkning i én sektor kan medføre endringer i befolkningens helse. I Norge er velferdsstaten desentralisert og det er kommunene som selvstendige politiske aktører som foretar prioriteringer ut fra lokale preferanser og forhold (Helgesen 2015). Hvordan kommunene tilrettelegger og planlegger for utformingen av områdene er en viktig del av folkehelsearbeidet.



## 2.3 Folkehelse i planlegging

Det finnes flere typer planlegging, og det er ingen allment akseptert definisjon av hva planlegging er, eller skal bestå av (Aarsæther 2012b). Kleven (2011, s. 18) definerer planlegging som *"forberedelse til handling"* som går ut på å *"...styre endring i ønsket retning eller motvirke en utvikling en ikke ønsker"*. Aarsæther et al. (2012, s. 15) definerer 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"*.

Begge de nevnte definisjonene bygger på at planlegging er en handling som er målrettet, fremtidsorientert og må baseres på kunnskap (Aarsæther 2012b; Kleven 2011). Den franske filosofen Foucault (i følge Pløger 2012, s. 263), omtalte byplanlegging som *"...et redskap i disiplinering, korrigerende og ordning av det sosiale felt"*, hvor utformingen av steder får *"... mennesker til å administrere seg selv"*. Foucaults forståelse belyser hvordan de fysiske omgivelsene som omgir oss har betydning for menneskers liv og interaksjoner – det sosiale felt. Bartons (2009) eksempel fra forrige delkapittel viser nettopp at endringer i omgivelser ved å bygge en vei, vil føre til endringer i hvordan menneskene som blir påvirket lever livene sine.

I lang tid har byplanlegging vært et redskap for hvordan territorier og områder skal struktureres for å være samfunnsnyttige (Falleth 2012b). I antikken handlet byplanlegging om å bygge byen strategisk basert på forsvarshensyn, forhindre brannspredning og tilrettelegge for handelsarealer (ibid). Industriutviklingen medførte behov for byplanlegging gjennom å legge industriområdene i gunstige havne- og elvedragsområder, og skille boliger fra disse områdene (Falleth 2012a). I etterkrigstiden skulle landet gjenoppbygges og offentlig planlegging ble, også utenfor byene, et virkemiddel og en styringsmetode for å bygge velferdsstaten slik vi kjenner den i dag (Falleth 2012b). Den rene byplanleggingen har utviklet seg til å bli en form for samfunnsplanlegging.

Samfunnsplanlegging er etablert som et av de viktigste verktøyene for å integrere folkehelse i alt, og kan defineres som *"...planlegging utført i offentlig regi som bygger på et tverrsektorielt kunnskapsgrunnlag, med en målsetting om å utvikle et geografisk avgrenset samfunn i en bestemt retning, eller over i en fremtidig tilstand"* (Aarsæther 2012b, s. 41). En kommune er et geografisk avgrenset samfunn og har myndighet til å planlegge for det som angår livet i kommunesamfunnet (Aarsæther 2012b). Mens kommunens folkehelsearbeid er regulert av folkehelseloven (2011) er planleggingen regulert av plan- og bygningsloven (2008). Plan- og bygningsloven bidrar til langsiktighet og en helhetlig sammenheng mellom sektorer som påvirker folkehelsen (Helsedirektoratet 2014). Folkehelse er løftet frem i plan- og bygningsloven (2008) som en av de overordnede oppgavene i planleggingen (Ot.prp. nr. 32 (2007-2008)). Perspektivet er synliggjort i lovens § 3-1 som stiller krav til at oppgaver og hensyn i planlegging skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller.

Videre skal det legges til rette for god forming av bygde omgivelser, gode bomiljøer og gode oppvekst- og levekår.

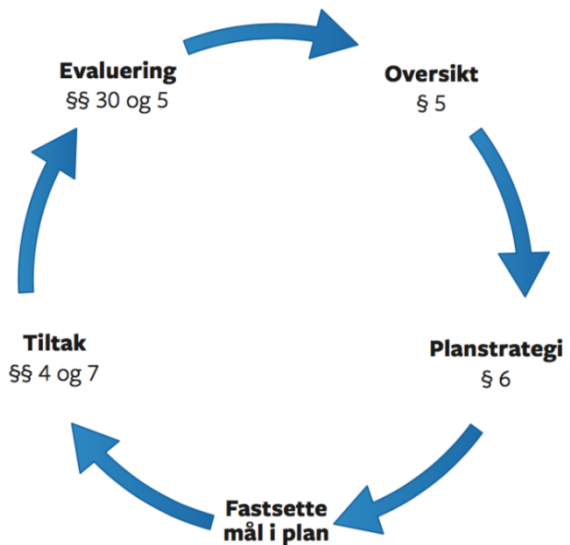
Bærekraftig utvikling er formålet i plan- og bygningsloven (2008, § 1-1) og et av kjerneprinsippene for folkehelseloven (Prop. 90 L (2010-2011)). I plan- og bygningslovens formål er folkehelse inkludert som en indikator på bærekraftig utvikling (Ot.prp. nr. 32 (2007-2008), s. 170). I forarbeidene til loven står det at "... vilkårene for å opprettholde og bedre helsetilstanden i ulike grupper i befolkningen i framtidige generasjoner sikres gjennom god offentlig planlegging og gjennom samfunns- og arealplanleggingen spesielt" (Ot.prp. nr. 32 (2007-2008), s. 170). Hensynet til bærekraftig utvikling skal i følge Miljøverndepartementet (2012b) sikre at langsiktige hensyn i planarbeidet kan tillegges større vekt enn kortsiktige økonomiske hensyn. Som tidligere nevnt bygger bærekraftig utvikling på både et økonomisk, miljømessig og sosialt perspektiv (Opp 2017). Det er imidlertid det økonomiske og det miljømessige perspektivet som har fått mest fokus i planleggingen, mens det har vært mindre fokus på den sosiale dimensjonen (Hofstad & Bergsli 2017).

Å planlegge og utvikle samfunnet i et bærekraft- og folkehelseperspektiv er en kompleks prosess og krever langsiktige prioriteringer og tverrfaglig arbeid. Rittel og Webber (1973) hevder planlegging har bidratt til å finne løsninger på de samfunnsproblemer som kan identifiseres og håndteres slik som eksempelvis vann- og avløpssystemer. Men de gjenværende problemene er så komplekse og derfor vanskelige å definere, løse og implementere. Slike problemer kaller Rittel og Webber (1973) for *problems of open social systems*, eller *wicked problems*. Hofstad (2013) hevder at flere folkehelseutfordringer, slik som utjevning av sosiale ulikheter i helse, er wicked problems. De er vanskelige å definere, lokalisere og implementere, de er kontinuerlige og har ingen objektiv riktig løsning (ibid). Flere har kritisert planleggingsambisjonene for å være for komplekse og for langsiktige til å kunne skape endring (Falleth et al. 2011; Wildavsky 1973). I følge Falleth et al. (2011) fører ambisjonene til at planleggingsfaget blir for komplekst til å utøve målrettet planlegging. Samtidig viser nyere rapporter at flere kommuner har klart å integrere folkehelsemål for planleggingen (Helgesen et al. 2017; Schou et al. 2014). Bestemmelsene i folkehelseloven (2011) skal sørge for å kartlegge det lokale utfordringsbildet og bidra til at folkehelseperspektivet ivaretas i de kommunale planprosessene. Videre i oppgaven vil jeg redegjøre for hvordan denne ivaretagelsen gjøres i form av det systematiske folkehelsearbeidet, før gangen i det kommunale plansystemet presenteres.

### 2.3.1 Det systematiske folkehelsearbeidet

Koblingen mellom folkehelse og planlegging styrkes gjennom det *systematiske folkehelsearbeidet* illustrert i figur 3. Av

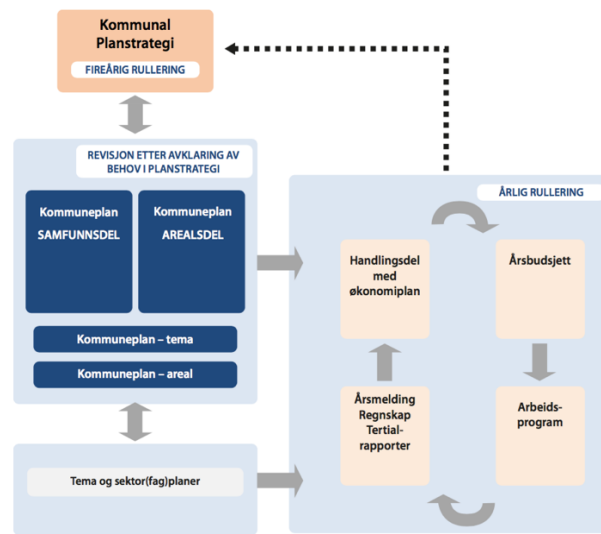
folkehelseloven § 5 skal kommunen ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen. Oversiktsdokumentet skal identifisere helsetilstanden og vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Det skal være basert på blant annet opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig, slik som Folkehelseprofilen som utgis årlig av Folkehelseinstituttet. Det skal videre baseres på kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og kunnskap om utviklingstrekk i lokalsamfunnet som kan innvirke på befolkningens helse.



Figur 3: Det systematiske folkehelsearbeidet. Hentet fra: Meld.St. 34 2012-2013. s. 159.

Oversikten skal etter § 3 i forskrift om oversikt over folkehelsen inneholde opplysninger om, og vurderinger av: befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand. Oversiktsdokumentet skal være et grunnlag for kommunenes planstrategi (Folkehelseloven 2011, § 6). Planstrategien skal utarbeides og vedtas av kommunestyret og bør drøfte kommunens strategiske valg i forbindelse med blant annet samfunnsutvikling og arealbruk (Plan- og bygningsloven 2008, § 10-1). I folkehelseloven § 6 henvises det til plan- og bygningslovens § 11 som omfatter kommuneplan. Kommunene skal i arbeidet med kommuneplaner fastsette egnede, overordnede mål og strategier for å møte de utfordringene kartlagt i oversikten etter folkehelseloven § 5. Ut fra de kartlagte folkehelseutfordringene i kommunen skal det iverksettes nødvendige tiltak (Folkehelseloven 2011, § 7). Etter § 30 skal prosessen evalueres gjennom internkontroll. Oversiktsarbeidet skal være løpende og kommunen skal utarbeide det samlede oversiktsdokumentet hvert fjerde år, slik at dokumentet foreligger ved oppstart av arbeidet med planstrategien etter plan- og bygningsloven (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012, §§ 4 og 5). Bestemmelsene i folkehelseloven skal sikre integrering av folkehelsearbeid i plan- og bygningslovens system (Karlsen 2017).

### 2.3.2 Det kommunale plansystemet



Figur 4: Plansystemet. Hentet fra: Veileder i kommunal planstrategi, Miljøverndepartementet (2011) s. 7.

Det kommunale plansystemet etter plan- og bygningsloven (2008) illustreres i figur 4. Senest ett år etter konstituert kommunestyre skal det utarbeides og vedtas en kommunal planstrategi (Plan- og bygningsloven 2008, § 10-1). De folkevalgte prioriterer de neste fire års planoppgaver og tar stilling til om kommuneplanen som foreligger skal revideres eller om det er behov for andre type planer (Miljøverndepartementet 2011). Planstrategien er en arena for å drøfte utviklingstrekk i kommunen, og det bør legges opp til medvirkning og allmenn debatt (ibid). Oversiktsdokumentet fra det systematiske folkehelsearbeidet skal ligge til grunn for vurderinger i planstrategien (Folkehelseloven 2011, § 6).

Kommuneplanen er kommunens overordnede styringsdokument og samordner den fysiske, miljømessige, økonomiske, sosiale, kulturelle og estetiske utviklingen (Miljøverndepartementet 2012b). Kommuneplanen består av to deler, en samfunnsdel med handlingsplan og en arealdel. Samfunnsdelen skal ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier basert på lokale, regionale og nasjonale føringer og premisser. Strategiske valg for utviklingen av kommunesamfunnet og kommunen som organisasjon skal synliggjøres. Samfunnsdelen er derfor et godt verktøy for strategisk overordnet styring (ibid). Tilhørende samfunnsdelen skal det være en handlingsplan for hvordan målene skal følges opp. Handlingsplanen kan med fordel integreres i kommunens økonomiplan etter kommuneloven (1992, § 44) og resultatvurderinger som rulleres årlig (Miljøverndepartementet 2012b). På denne måten styrkes den strategiske styringen og prioriteringen av arbeidsoppgavene. Kommuneplanens arealdel skal vise sammenhengen mellom samfunnsutviklingen, behov for vern og utbygging av fremtidig arealbruk (Miljøverndepartementet 2012c). Arealdelen består av plankart med tilhørende bestemmelser og planbeskrivelse. Plankartet viser

hovedtrekkene i arealbruken og skal ha tegnforklaringer som viser hvilke arealformål området er avsatt til, samt hvilke restriksjoner, krav og hensynssoner som gjelder. Bestemmelsene og plankartet er juridisk bindende (Miljøverndepartementet 2012c).

Det kan utvikles kommunedelplaner for særskilte områder, temaer og virksomhetsområder (Plan- og bygningsloven 2008, § 11-1). Mens kommunens arealplan tar for seg større beslutninger om eksempelvis utbyggingsmønster og ressursforvaltning, er reguleringsplaner mer detaljerte (Falleth 2012c). En reguleringsplan er etter plan- og bygningsloven § 12-1 "... *et arealplankart med tilhørende bestemmelser som angir bruk, vern og utforming av arealer og fysiske omgivelser.*" Dersom det skal gjennomføres større bygge- og anleggstiltak som kan få vesentlige virkninger for miljø og samfunn kreves det at det utarbeides reguleringsplan (Plan- og bygningsloven 2008, § 12-1). Områderegulering utarbeides av kommunen, eller kommunen kan overlate utarbeidelsen av forslag til områderegulering til andre myndigheter eller private (Plan- og bygningsloven 2008). Detaljregulering kan fremmes av private, tiltakshavere og andre myndigheter (Plan- og bygningsloven 2008, § 12-3).

Oppsummert skal planstrategien og samfunnsdelen drøfte og avklare de viktigste retningene for utviklingen av kommunesamfunnet og kommunen som organisasjon (Miljøverndepartementet 2012b). Handlingsdelen skal angi hvordan planene skal følges opp og gjennom økonomiplanen må det settes av midler for å sikre gjennomføringen av de prioriterte tiltakene (ibid). Arealdelen skal være et kart av hvor prioriteringene skal legges (Miljøverndepartementet 2012c). Planene skaper et rammeverk for alt som skal foregå innenfor kommunens grenser. Føringerne gjelder ikke bare for kommunen som organisasjon, men også for borgere og næringsliv som må følge opp de vedtatte hovedtrekkene og rammene i sine utbyggingsplaner.

## 2.4 Utredninger

Plan- og bygningsloven (2008) kalles for en prosesslov (Hanssen et al. 2015). Det vil si at loven gir krav til saksbehandlingen, men ikke til selve sluttresultatet (ibid). Et virkemiddel for å operasjonalisere lovens mål er utredninger. Alle forslag til planer skal ha en planbeskrivelse med planens formål, innhold, virkninger og forhold til rammer og retningslinjer som gjelder for området (Plan- og bygningsloven 2008, § 4-2). Planer og tiltak som kan få vesentlige virkninger for miljø og samfunn skal etter plan- og bygningsloven § 14-1 *konsekvensutredes*. Konsekvensutredninger skal identifisere og beskrive de faktorer som kan bli påvirket, og vurdere vesentlige virkninger for miljø og samfunn (Plan- og bygningsloven 2008). Planer for utbygging skal også ha en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) (Plan- og bygningsloven 2008, § 4-3). Analysen skal vise de risiko- og sårbarhetsforholdene som har betydning for om arealer er egnet til utbyggingsformålet, og de eventuelle endringene i slike forhold som følge av den planlagte utbyggingen (ibid).

Utredninger kan være et virkemiddel for å kartlegge og synliggjøre folkehelse i planlegging. Det er viktig å presisere at en utredning er et verktøy for å utrede beslutningsgrunnlaget for et vedtak, ikke et verktøy for å fatte vedtak (Negaard 2015). I forskrift om

konsekvensutredninger (§ 21) trekkes blant annet friluftsliv, landskap, forurensning, vannmiljø, transportbehov frem som områder som skal vektlegges i en konsekvensutredning. Videre er også beredskap og ulykkesrisiko, virkninger som følge av klimaendringer, tilgjengelighet for alle til uteområder, gang- og sykkelveinett, barn og unges oppvekstvilkår, kriminalitetsforebygging, estetisk utforming og befolkningens helse og helsens fordeling i befolkningen momenter av betydning. Disse hensynene har folkehelsemessig betydning uten at dette fremgår av forskriften.

I praksis utarbeides konsekvensutredninger med fokus på miljø – altså de fysiske, kjemiske og biologiske determinantene (Negaard 2015). Slike determinanter kan gi direkte og entydige virkninger på befolkningens helse, og kan undersøkes med naturvitenskapelige metoder. Et enkelt eksempel er at bakterier i drikkevannet kan gi sykdom i befolkningen. Men de sosiale determinantene har gjerne et mer komplekst årsaksforhold. Det vil ofte være et samspill mellom både de fysiske, kjemiske, biologiske, psykologiske og sosiale determinantene. Slike samspill er nesten umulig å undersøke som et naturvitenskapelig eksperiment, og kan derfor ofte omtales som et wicked problem (Negaard 2015; Rittel & Webber 1973).

#### 2.4.1 Helsekonsekvensutredninger

WHO og Helsedirektoratet har arbeidet med å få økt fokus på helsekonsekvensutredninger (heretter HKU) som et redskap som skal belyse hvordan beslutninger og tiltak kan påvirke befolkningens helse (Helsedirektoratet 2016; WHO u.å). HKU er utviklet med utgangspunkt i miljøkonsekvensvurderinger. Helsedirektoratet (2016) definerer HKU som:

*“... en kombinasjon av prosedyrer, metoder og verktøy som kan brukes til å vurdere en politikk, et program eller et prosjekt i forhold til potensielle konsekvenser for helsen i en befolkning, og fordelingen av disse virkningene i en befolkning.”*

En HKU skal bidra til å fremme demokrati gjennom å inkludere og myndiggjøre befolkningen (Helsedirektoratet 2016). Det skal også fremme sosial rettferdighet fordi det er fokus på hele befolkningen, samt hvordan politikk eller tiltak vil påvirke spesielt utsatte grupper. Videre skal en HKU fremme bærekraftig utvikling ved å vurdere både kortsiktige og langsiktige konsekvenser, samt sikre etisk bruk av kunnskap gjennom å bygge et kunnskapsgrunnlag på de beste kvalitative og kvantitative datakildene (Helsedirektoratet 2016).

Å gjennomføre en HKU er en femdelt prosedyre (Negaard 2015): Først utarbeides det en forundersøkelse som baseres på tilgjengelig informasjon og saksbehandlers erfaring og skjønn. Deretter gjennomføres en utredning basert på en av tre former: En rask skjønnbasert helsekonsekvensvurdering av saksbehandler, fagarbeidere og de berørte partene hvor informasjonen baseres på tilgjengelig informasjon, kunnskapsutveksling og skjønn; en dypere helsekonsekvensanalyse; eller en kunnskapsoversikt over tidligere helsekonsekvensanalyser. Etter å ha utredet lages en rapport som går ut til offentlig høring før den i fjerde trinn blir politisk vurdert og vedtatt. Det femte og siste trinnet av prosedyren innebærer evaluering.

Helsekonsekvens*utredninger* betegner alle de overnevnte formene, mens helsekonsekvens*vurderinger* (heretter HKV) betegner forundersøkelse og en rask skjønnsbasert vurdering (Negaard 2015). Folkehelseoven (2011) har ingen formelle bestemmelser om utredninger annet enn å ha oversikt over helseutfordringer i kommunen (Negaard 2015). Kommunene har derfor ingen lovfestet plikt til å gjennomføre HKU. I 2014 deltok Østfold fylkeskommune i Helsedirektoratets prosjekt om å utvikle og formidle erfaringer om hvordan folkehelsearbeidet fungerer i praksis etter ny folkehelselov (Hovden & Skipstein 2015). Østfold fylkeskommune fikk i oppdrag å utvikle og prøve ut enkle former for helsekonsekvensvurderinger i politisk saksbehandling (ibid). Verktøyet ble en sjekklister for vurdering av konsekvenser for folkehelse og klima i politiske saker, og regnes derfor å være en HKV (se tabell 1, s. 16).

Trøgstad kommune er case for denne masterstudien. Kommunen deltok i HKV-prosjektet og besluttet å teste ut verktøyet systematisk over en lengre periode (Hovden & Skipstein 2015; Trøgstad kommune 2015). Da kommunen valgte å delta i prosjektet så de det som en god mulighet for å innarbeide folkehelseanekgang i sin saksbehandling (Trøgstad kommune 2015). Trøgstad har siden 2015 revidert kommuneplanen med både samfunns- og arealdel. Folkehelse er satt som det overordnede målet i kommunen, og HKV-skjemaet er benyttet i planarbeidet. Denne studien skal se på muligheter og utfordringer for å integrere folkehelse i arealplanleggingen, og hvordan HKV-skjemaet kan være et redskap i denne integreringen.

LIVSSTILSFAKTORER	Negativ konsekvens	Positiv konsekvens	Ikke relevant
Fysisk aktivitet			
Kosthold			
Alkohol og øvrig rus			
Røyking			
Annet			
SOSIALE FAKTORER	Negativ konsekvens	Positiv konsekvens	Ikke relevant
Sosialt nettverk / sosial isolasjon / tilhørighet			
Integrering			
Medborgerinvolvering			
Utdanning			
Området attraktivitet			
Følelse av trygghet i området			
Psykiske faktorer			
Annet			
FYSISKE FORHOLD	Negativ konsekvens	Positiv konsekvens	Ikke relevant
Trafikksikkerhet, gang- og sykkelvei			
Universell utforming			
Annen risiko for personskade			
Tilgang til natur / friluftsliv			
Støy			
Forurensning / luftkvalitet			
ANNET	Negativ konsekvens	Positiv konsekvens	Ikke relevant
Klima			
Annet			
Økonomiske konsekvenser, privat			
Økonomiske konsekvenser, kommune			

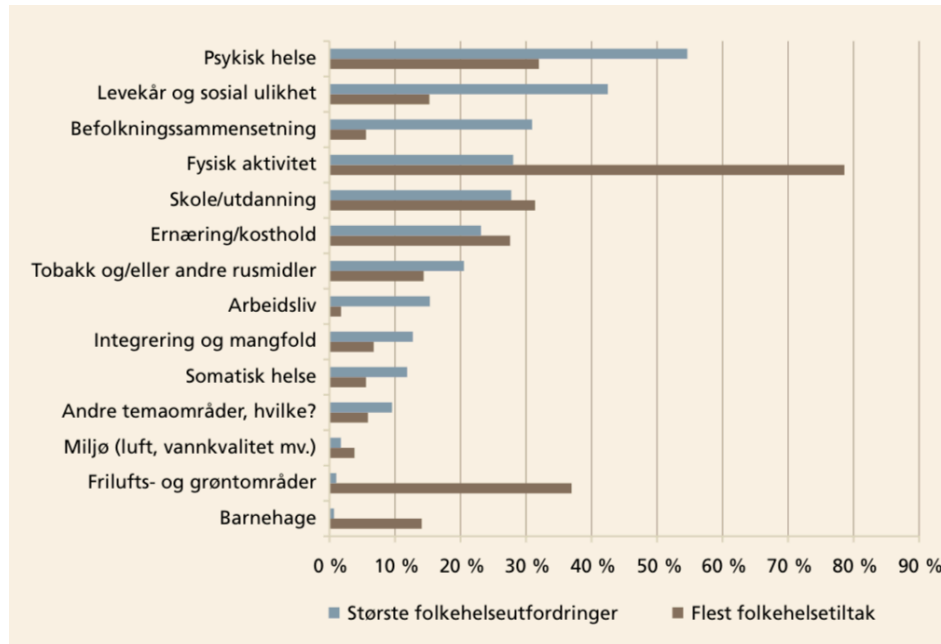
Tabell 1: Sjekkliste - Vurdering av konsekvenser for folkehelse og klima i politiske saker. Hentet fra: Konsekvensvurdering av arealinnspill, Kommuneplan for Trøgstad 2017-2029.



## 2.5 Tidligere forskning

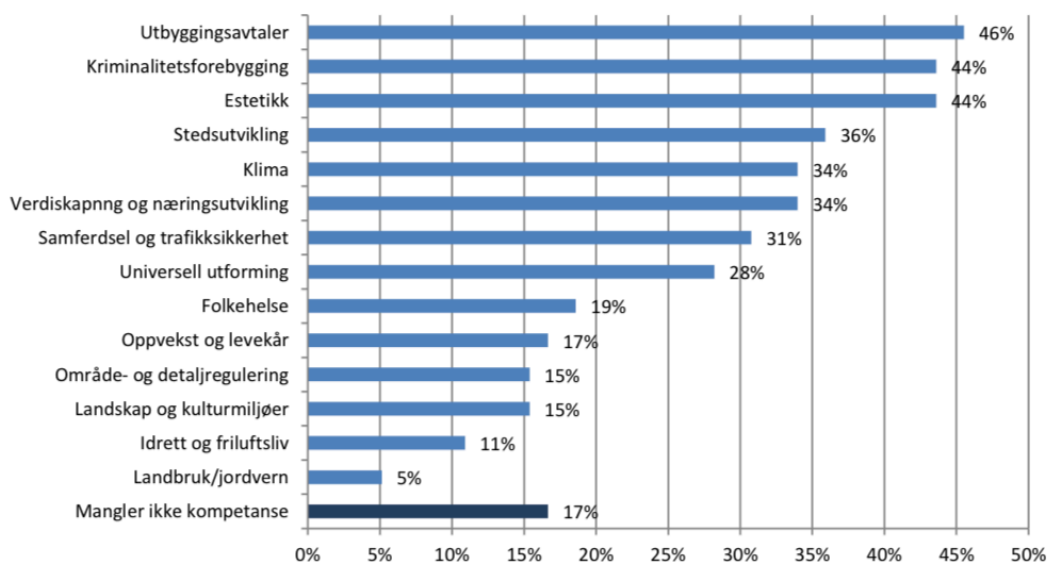
Reformarbeid og organisatoriske endringer, spesielt i offentlig sektor, kan ta tid å iverksette og gi resultater (Røvik 2009). Plan- og bygningsloven ble revidert i 2008, mens samhandlingsreformen og folkehelseloven ble iverksatt fra 1.1.2012. I dette delkapittelet presenteres forskning som bidrar til å belyse behovet for å se nærmere på integrering av folkehelse i arealplanlegging, samt utvikling av verktøy til hjelp for dette arbeidet. Forskningen som er valgt ut er fra etter 2008 for det som er spesielt tilknyttet planlegging, og etter 2012 for det som er tilknyttet folkehelse.

Det ser ut til at folkehelse har beveget seg ut fra helsesektoren og inn i en mer sektorovergripende form. De fleste kommunene har integrert folkehelse i kommuneplanens samfunnsdel, men det ser ut til at det er større utfordringer med å integrere folkehelse i arealplanleggingen (Helgesen & Hofstad 2012; Helgesen et al. 2017; Schou et al. 2014). I den grad folkehelse er integrert i arealplanleggingen er det fysisk aktivitet som har fått mest oppmerksomhet (Hofstad 2014). I en undersøkelse fra Riksrevisjonen av kommunenes folkehelsearbeid, ble det oppgitt at det ikke var samsvar mellom de områdene kommunene oppgir de har størst utfordringer, og hvor de har iverksatt tiltak (Riksrevisjonen 2015). Figur 5 er hentet fra rapporten. Det kan tyde på at kommunene mangler kunnskap om tiltak som vil bedre folkehelsen og være helsefremmende, annet enn de mer tradisjonelle helsesektor- og individorienterte tiltakene.



Figur 5: De tre største folkehelseutfordringene og tre områder med flest folkehelseiltak i følge kommunene. Hentet fra: Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid (2014) s. 49.

Når det gjelder utarbeidelse og bruk av helseoversikten, som er lovpålagt etter folkehelseloven § 5, er det ulikt hvilke temaer kommunene velger å inkludere (Folkehelseloven 2011; Helgesen et al. 2017). Loven stiller ikke krav til hvilke områder som skal prioriteres, men kommunene skal utvikle oversikten basert på de lokale utfordringene som skal konkretiseres og forankres i planer. Fysisk aktivitet, skole og utdanning er de temaene som flest kommuner har inkludert, mens tekniske ansvarsområder som støy, luft, areal- og transportplanlegging er i mindre grad inkludert (Helgesen et al. 2017, s. 66). I en kartleggingsrapport av plankapasitet og plankompetanse i kommunene fra 2014 oppga kommunene hvilke kompetanseområder de opplever det er mest mangel på (NIVI Analyse 2014). Figur 6 er hentet fra rapporten, hvor det i prosentvis står oppgitt at utbyggingsavtaler, kriminalitetsforebygging, estetikk og stedsutvikling er de områdene hvor det mangler mest planfaglig kompetanse (NIVI Analyse 2014). Universell utforming, folkehelse og oppvekst- og levekår kommer lengre ned på listen, men kriminalitetsforebygging og stedsutvikling er også temaer som har betydning for folkehelsen (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 18 og 161; Meld. St. 34 (2012-2013), s. 34).



Figur 6: Andel av kommunene (N=156) som oppga at de mangler planfaglig kompetanse på følgende områder. Hentet fra: NIVI Analyse (2014) s. 30.

Utfordringene ved å integrere folkehelse tettere i planleggingen kan oppsummeres som: langsiktig lederskap, organisatoriske barrierer, tilstrekkelige ressurser og folkehelsebegrepets bredde (Hofstad & Bergsli 2016). Langsiktigheten i folkehelsearbeidet er utfordrende fordi politikerne må være villige til å satse på forebyggende og helsefremmende tiltak som gir resultater på lang sikt (Schou et al. 2014). I tillegg trekkes vilje, interesse og forståelse hos ledelsen frem som en forutsetning for at kunnskap om folkehelse i planlegging skal spre seg i organisasjonen (Hofstad & Bergsli 2016). Et tydelig mandat fra rådmannen når utarbeidelsen av oversiktsdokumentet skal gjennomføres vil også bidra til at arbeidet blir

prioritert (KS 2017). Folkehelsearbeid er sektorovergripende og utfordrer vante arbeidsmønstre (Hofstad 2014). Derfor kan integrering av folkehelse i planlegging møte organisatoriske barrierer når folkehelse, som tradisjonelt har tilhørt helsesektoren, skal integreres i planarbeidet og større deler av kommuneorganisasjonen (Hofstad & Bergsli 2016). Tilstrekkelige ressurser i form av både kompetanse og kapasitet er også nødvendig for å sikre integreringen (Hofstad & Bergsli 2016; KS 2017). Dette gjelder både folkehelseaktørens kompetanse innen planlegging og kapasitet til å delta i planarbeidet, samt planleggernes kompetanse om folkehelse og kapasitet til å inkludere folkehelse eller folkehelseaktører i planarbeidet (ibid). En del kommuner har små folkehelsekoordinatorstillinger, noe som gjør at oppgavene som ikke kan vente må prioriteres og overordnet, mens langsiktig prosessarbeid må vente (Hofstad & Bergsli 2016; Schou et al. 2014). Mangel på kunnskap og kompetanse om tallbehandling, statistikk og lokale forhold er spesielt utfordrende for oversiktsarbeidet (KS 2017). I mindre kommuner har gjerne planleggerne også sammensatte stillinger som gjør at plankapasiteten "smuldrer opp" (NIVI Analyse 2014, s. 27). Folkehelsebegrepet fører også til utfordringer fordi bredden gjør det komplisert å forstå og operasjonalisere (Hofstad 2014; Hofstad & Bergsli 2016; Synnevåg et al. 2018). Det å integrere helse i et miljømessig, sosialt og økonomisk perspektiv i planer innen areal, transport, bolig og økonomi, samt utvikle verktøy for operasjonalisering og måling av helsekonsekvenser i planleggingen er i følge Barton et al. (2009) viktige suksessfaktorer for å integrere helse i plan. Det vil være interessant å se om studien avdekker samme muligheter og utfordringer for integreringen av folkehelse i arealplanlegging, og om HKV-skjemaet kan være et hjelpemiddel for denne integreringen.

Flere tidligere masterstudenter i Folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) har sett på integrering av folkehelse i kommunal planlegging. Bagge (2016) så på kommuneplanens samfunnsdel som forankringsredskap i lokalt folkehelsearbeid og Aarnes (2016) så på integrering av folkehelse i planlegging. Begge studiene har kommuneplanens samfunnsdel og andre overordnede planer i fokus. Zimmers (2017) masteroppgave tok utgangspunkt i integrering av folkehelse i planarbeid ved knutepunktsfortetting i en case-kommune, med fokus på sosial ulikhet i helse. Hun konkluderte med at knutepunktutviklingen hadde potensiale til å bli et virkemiddel for utjevning av sosiale helseforskjeller, men at kommunen ikke hadde utarbeidet og utnyttet muligheten så langt i planleggingen. Alle masteroppgavene viser at integrering av folkehelse i overordnet planverk ikke nødvendigvis fører til handling og virkemidler, samt at kompetanse innen, og forståelse av, folkehelse er nødvendige suksessfaktorer. Hofstad (2015) hevder at utfordringen er å klare å konkretisere de overordnede folkehelsemålene til gjennomførbare fysiske planmål i areal- og detaljplanleggingen. Det å sette folkehelse på agendaen i arealplanleggingen, samt å utvikle verktøy som kan støtte helsefremmende kvaliteter i arealutviklingen er i følge Hofstad og Bergsli (2017 s. 78) et område hvor det er behov for nyskaping.

Norske kommuner står ovenfor ulike problemstillinger når det gjelder folkehelsearbeid og arealplanlegging. Små og mellomstore kommuner har gjerne utfordringer som følge av at unge flytter ut for å studere, og hvis de flytter tilbake til nærmiljøet flytter de gjerne til nærmeste by (Lesjø 2012). Disse kommunene kjenner også utfordringene knyttet til at det blir flere eldre (ibid). Selv om kommunen kan bruke arealplanen som et langsiktig styringsverktøy er arealplanlegging ofte såkalt utbygger- og forhandlingsstyrt (Nordahl et al. 2011). De fleste reguleringsplaner er fra private aktører og planleggingen preges dermed av forhandlinger mellom marked og kommune. I de mindre kommunene er det også ofte mindre utbyggingspress på arealer sammenlignet med bynære strøk, og det er derfor oftere mer komplisert å stille strenge krav til kapitalsterke utbyggere (Cruickshank 2016; Lesjø 2012). Hofstad (2015) trekker frem at både utbyggere og kommunen gjerne deler et ønske om å utvikle kommunen, men at det helsefremmende aspektet og arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller kan bli borte i prosessen. Trøgstad kommune er en mellomstor kommune som har lite utbyggingspress, men som har hatt fokus på folkehelse i sin planperiode. Det vil derfor være interessant å se om arbeidet som er gjort i kommunen kan bidra til å komme et skritt nærmere en praksis som stiller krav, eller bygger opp under, helsefremmende kvaliteter i arealplanlegging.

### 3. TEORETISK RAMMEVERK

Folkehelsevitenskap strekker seg over flere fagdisipliner og teorier må derfor lånes fra disse disiplinene. For denne studien er det valgt teorier som har sitt utspring i samfunns- og statsvitenskap.

Temaet for studien strekker seg inn i kommunens administrasjon og hvordan de ulike fagtradisjonene knyttet til plan tar i bruk folkehelse. Institusjonelle teorier belyser hvorvidt det er samsvar mellom organisasjoners identitet, verdier, normer og den endring man prøver å innføre (Røvik 1998). I tradisjonell organisasjonsteori skilles det mellom to paradigmer på hvert sitt ytterpunkt: den modernistiske og den sosialkonstruktivistiske tilnærmingen (Røvik 2007). Den modernistiske tilnærmingen er rasjonell og bygger på en antakelse om at alle organisasjoner er like, og at god praksis kan observeres, hentes ut og overføres til andre organisasjoner. Den sosialkonstruktivistiske tilnærmingen bygger på at organisasjonene må forstås som sosiale konstruksjoner. Ingen organisasjoner kan i dette perspektivet ansees som like, og organisasjonsideer lar seg i liten grad overføres til andre. Det teoretiske perspektivet for denne studien er pragmatisk institusjonalisme, som i følge Røvik (2007) er en blanding og forlengelse av de tradisjonelle paradigmene.

De pragmatisk-inspirerte teoribidragene som benyttes i studien er virus- og translasjonsteori. Begge teoribidragene fanger ulike aspekter ved innføring, overføring, mottak og utnyttelse av organisasjonsideer, slik som folkehelse i arealplanlegging. Det andre teoretiske perspektivet i oppgaven er hentet fra governanceteori som gir begreper som belyser det tverrsektorielle arbeidet som kreves i folkehelsearbeidet. Governanceteorien bidrar til å belyse samspillet som foregår også med aktører utenfor kommunen som organisasjon.

Flere teorier har blitt testet ut underveis for å belyse problemstillingene på best mulig måte. Diskursteorier ble vurdert for å belyse hvordan folkehelse forstås og oversettes til lokal praksis i Trøgstad kommune. Rolleteori ble også vurdert for å gi en forståelse av hvordan forventningene til planleggerne og saksbehandlerne blir endret når nye arbeidsmetoder innføres i praksis. Begge teoriene kunne bidratt til å belyse problemstillingen på ulike måter, men jeg opplever at virusteorien og translasjonsteorien klarer å fange større deler av utfordringene og behovene som oppstår ved å innføre folkehelseperspektivet i arealplanleggingen. Kommunikativ planleggingsteori ble vurdert fordi det fokuserer på bred involvering av aktører i planlegging. Jeg valgte å gå bort fra rene planteorier fordi jeg opplevde at de legger til grunn at all planlegging er nødt til å styre pressende markedskrefter. Dette passer ikke like godt inn i Trøgstad kommune som er en mindre kommune med lite utbyggingspress. Governanceteori ble valgt fordi det etter min mening bedre belyser forhandlingsprosessene som foregår i slike situasjoner uavhengig om det er styringsmekanismer fra private aktører eller kommunen selv.

Videre i kapittelet presenteres de teoriene som er valgt for å belyse studiens empiri og problemstillinger.

### 3.1 Virusteori

Virusteorien baseres på metaforer og rettes mot hvordan organisasjonsideer, i likhet med virus, spres og virker i organisasjoner (Røvik 2007). Integrering av folkehelse i arealplanleggingen er en organisasjonsidé og HKV kan betraktes som et verktøy i dette arbeidet. Røvik (2007) hevder at bruk av metaforer kan være hensiktsmessig i tilfeller hvor fenomenet som studeres er komplekst. Metaforer gir et sett med nye begreper som kan bidra til at interessante trekk i studien fanges opp (ibid). Men metaforer kan også føre til at forskeren forenkler funnene i for stor grad. For å unngå forenkling er flere teorier tatt med i analysen.

Ved å innføre folkehelseperspektivet i arealplanleggingen er det mulig at organisasjonen har en form for immunreaksjon - en forsvarsmekanisme (Røvik 2007). Et sterkt *ytre forsvarsverk* fører til at idéen om folkehelse i arealplanlegging fanges opp av ledelsen, men av ulike grunner og mekanismer ikke finner feste hos planleggerne eller de andre relevante aktørene. Dersom det er én aktør i ledelsen som er spesielt opptatt av å integrere folkehelse i alt, men den aktøren bytter jobb, kan det tenkes at det vil være andre idéer som kommer til syne. Hvis det blir endringer i ledelsen vil dette kunne medføre gjennomstrømning av ideer som ikke finner sin vei ned i organisasjonens praksisfelt (Røvik 2007).

Dersom viruset ikke forsvinner ved det ytre forsvarsverket møter organisasjonen videre det *indre forsvarsverket* (Røvik 2007). Det indre forsvarsverket er selve praksisfeltet. Her skal aktørene forstå, godta og integrere folkehelseperspektivet som en del av planleggingspraksisen. Dahlgren og Ese (2015) gjennomførte en følgeevalueringsrapport for HKV-prosjektet i Østfold fylkeskommune, hvor de intervjuet ledere, koordinatorene, politikere og saksbehandlere. I rapporten fant de at eierskapet til verktøyet var en sentral dimensjon for hvordan HKV fungerte i praksis og hvordan det ble mottatt på saksbehandlernivå. De trekker frem at saksbehandlerne som jobbet med arealplanlegging ikke så folkehelse som relevant for deres arbeidsmetode eller stillingsbeskrivelse. Denne motstanden er en form for indre forsvar. Dahlgren og Eses evaluering ble gjennomført i 2015 og de studerte førstegangsbruken av HKV-verktøyet i flere kommuner. Nå som dette verktøyet har vært mer i bruk i Trøgstad kommune vil det være interessant å se om det har blitt endringer. Har planleggerne og saksbehandlerne utviklet en immunitet og dermed gått bort fra verktøyet? Eller har det klart å materialiseres inn i arbeidspraksisen?

Røvik (2007) kaller denne tiden fra smitte til det materialiseres i rutiner og aktiviteter for *inkubasjonstid*. Inkubasjonstiden kan være kortvarig og føre til raske symptomer, eller det kan være en langvarig og mer krevende prosess. Inkubasjonstiden avhenger av både organisasjonens og ideens kompleksitet. Jeg vil gå mer inn på dette under beskrivelsen av translasjonsteorien.

Ideer kan i likhet med virus mutere, inaktiveres og reaktiveres (Røvik 2007). Ideer blir ofte omformet etter at de har fått fotfeste i organisasjonen (ibid). Når organisasjonsideer "muterer" skjer det gjerne via en omdøping gjennom å gi ideen eller konseptet et eget eller lokalt navn. Ideene kan også gå gjennom aktive og inaktive perioder. HKV-skjemaet har i Trøgstad kommune blitt brukt til revideringen av kommuneplan, og har dermed vært i aktivt bruk. Hvorvidt bruken av skjemaet, eller forståelsen av folkehelseperspektivet er legitimert i praksis, vil avgjøre om det er inaktivt eller ikke. Det er et uttalt ønske fra kommunen å innføre folkehelse som et punkt i saksbehandlingsmalen (Trøgstad kommune 2015). Dette kan være en måte å holde folkehelseideen og HKV-skjemaet aktivt.

For å innføre folkehelse i arealplanleggingen og benytte HKV som et verktøy trengs det i følge virusteorien en *smittekilde* (Røvik 2007). En idé kan smitte på mange måter, men ideen må overføres ved hjelp av en eller flere idébærere. Idébæreren er i dette tilfellet den som aktivt prøver å integrere folkehelse i planleggingen, og som jobber for å innføre HKV-sjekklisten. Denne idébæreren er i følge Røvik (2007) en *translatør*. Røvik (2007) hevder translasjonsstudier egner seg for mer enn språkoversettelser, og at alle former for praksis, kunnskapsoverføring og ideer i en organisasjon innebærer en oversettelse.

## 3.2 Translasjonsteori

Mens virusteorien i all hovedsak tar for seg hva organisasjonsideene gjør med organisasjonen, tar translasjonsteorien for seg hva organisasjonen kan gjøre med ideene (Røvik 2007). Teorien bidrar til å forstå hvordan oversettelsen og tolkningen av folkehelsebegrepet foregår i kommunen.

Røvik (2007) hevder overføringen av ideer og kunnskap skjer gjennom *dekontekstualisering* og *kontekstualisering*. Dekontekstualisering brukes som betegnelse på hvordan en praksis eller idé blir hentet ut av en kontekst og omformet slik at den blir overførbart til andre organisasjoner (Røvik 2007). Kontekstualisering innebærer å introdusere ny praksis eller idé inn i den lokale organisasjonsvirksomheten (ibid).

Denne studien skiller seg noe ut fra hvordan Røvik (2007) presenterer oversettelse og implementering av organisasjonsideer. Han legger vekt på hvordan organisasjonsideer gjennom ulike mekanismer overføres fra en organisasjon til en annen. Men i denne studien er det ingen ferdig utviklet organisasjonsidé med tilhørende oppskrift eller praksis som skal overføres inn i kommuneorganisasjonen. Når det gjelder utviklingen og utprøvingen av HKV-skjemaet var dette et prosjekt initiert av Helsedirektoratet for å utvikle erfaringer innen områdene oversikt, folkehelse i plan og helsekonsekvensvurderinger (Hovden & Skipstein 2015). Så i dette tilfellet var rammen for, eller bestillingen på, organisasjonsideen fra Helsedirektoratet, men selve praksisen var ikke fastsatt. Det er også en forventning om at det å fremme helse skal være en del av arealplanleggingen (Meld. St. 19 (2014-2015)). Men det å integrere folkehelse i arealplanleggingen er en praksis som er lite utbredt, eller i det minste skrevet lite om, slik at det er ingen kjent praksis å oversette fra. Jeg har valgt å bruke translasjonsteorien selv om ikke alle delene av teorien er direkte overførbare for studien. Jeg

mener kontekstualiseringsprosessen Røvik (2007) presenterer bidrar med begreper og forståelse for hvordan folkehelse i arealplanleggingen forsøkes innført.

### 3.2.1 Kontekstualisering

Når ny praksis introduseres i organisasjoner blir den møtt av allerede eksisterende strukturer og prosedyrer som kan være barrierer for den nye ideen (Røvik 2007). Kommunens organisasjon er en spesielt kompleks kontekst med både fysiske og formelle strukturer. Ansatte har kunnskap og sine måter å arbeide på som kan skape konflikter og motsetninger. I organisasjonen kan idéen oppfattes ulikt, og det kan dermed eksistere ulike forståelser side om side innad i organisasjonen (Røvik 2007). Den hierarkiske oversettelseskjeden har et tradisjonelt syn på hvordan organisasjonsideer kommer inn fra toppen av organisasjonen og spres nedover gjennom en oversettelseskjede i organisasjonen. I dette perspektivet er det hovedsakelig toppledelsen som har myndigheten til å ta inn og implementere ulike ideer, og ledelsen er opptatt av å kontrollere og forsikre seg om at lokale tilpasninger er innenfor fastsatte rammer. Røvik (2007) mener at denne forestillingen har noen begrensninger fordi i dagens organisasjoner deltar ansatte i større grad i flere utviklingsarenaer. Slike utviklingsarenaer kan være videreutdanning, konferanser, kurs og lignende. Dermed kan organisasjonsideer også komme nedenfra i hierarkiet.

Kontekstualiseringsregler er i følge Røvik (2007) de bakenforliggende reglene som ligger til grunn for prosessene der ideene introduseres i nye organisatoriske kontekster. *Generelle innskrivingsregler* handler om at generelle ideer får et mer lokalt preg. Mens *spesifikke oversettelses- og omformingsregler* dreier seg om hvordan og i hvilken grad den som har ansvar for å implementere eller oversette organisasjonsideen kan omforme eller justere ideen. Ideens oversettbarhet avhenger av hvor kompleks ideen og organisasjonen er, mens omformbarheten avhenger av om ideen som overføres er en praksis med detaljerte prosedyrer og regler for utføringen av disse (ibid).

I denne studien handler altså de spesifikke oversettelses- og omformingsreglene om hvordan de som oversetter folkehelse inn i arealplanlegging har frihet til å forme ideen selv. Folkehelselovens virkemiddel for å knytte folkehelse inn i planleggingen er utarbeidelse av oversiktsdokumentet som skal ligge til grunn for planstrategi og videre planarbeid (Folkehelseloven 2011 § 5 og 6). Plan- og bygningsloven § 3-1 e og f pålegger kommunene at oppgaver og hensyn i planlegging etter loven skal "*legge til rette for god forming av bygde omgivelser, gode bomiljøer og gode oppvekst- og levekår*" og "*fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet.*" Men kommunenes frihetsgrader til å forme folkehelsen i arealplanleggingen er stor fordi det finnes få konkrete føringer for hvordan dette skal utøves i praksis. Store deler av arealplanleggingen dreier seg om å utrede relativt håndfaste og konkrete saker hvor man kan operere innenfor angitte verdier slik som støy, forurensning, radon og lignende (Forskrift om konsekvensutredninger 2017, § 21). Men folkehelse er langt mer komplekst og det er lite sikker kunnskap om hvilke tiltak som har effekt (Hofstad 2014). Som nevnt tidligere i studien har folkehelse flere fellestrekk med sosial bærekraft. I en artikkel fra 2017 har Susan Opp



utarbeidet forslag til hvordan sosial bærekraft kan operasjonaliseres og måles i amerikanske byer. Hun presenterer sosial bærekraft i fire dimensjoner med tilhørende faktorer (Opp 2017). Til hver av disse faktorene knytter hun måleindikatorer. Hofstad og Bergsli (2017) hevder at disse indikatorene kan være mulig å la seg inspirere av når det gjelder å kunne måle grad av sosial bærekraft og folkehelse i et gitt lokalsamfunn. I tabell 2 er min oversettelse av de fire dimensjonene og tilhørende faktorer fra Opp (2017) sin artikkel.

Kommunene står relativt fritt til å tolke og oversette folkehelseperspektivet inn i den lokale arealplanleggingskonteksten. Det vil være interessant å se om Trøgstad kommune i sitt arbeid med folkehelse i arealplanlegging har identifisert lignende faktorer eller måleindikatorer som i Opp (2017) sin artikkel.

Dimensjon	Faktorer
Lik tilgjengelighet og mulighet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilgjengelighet til parker, steder for rekreasjon, åpne plasser, arbeidsmarked og lokale tjenester.</li> <li>• Utdanning.</li> <li>• Procedural fairness har ingen god norsk oversettelse, men kan knyttes til hvordan offentlige myndigheter sikrer rettferdig forhandling i konflikter og fordelingen av offentlige ressurser, samt mulighet for å delta i politiske beslutninger.</li> </ul>
Miljømessig rettferdighet og helseisriko	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den lokale miljøkvaliteten og nærhet/tilgang til service og tjenester som sikrer helse og velvære.</li> </ul>
Nærmiljø/lokalsamfunn og stedsverdi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosial kapital.</li> <li>• Sosial segregasjon.</li> </ul>
Grunnleggende menneskelige behov	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilgang til bolig til overkommelig pris.</li> <li>• Trygghet og sikkerhet.</li> <li>• Rettferdig fordeling av inntekt.</li> </ul>

Tabell 2: Sosiale bærekraftdimensjoner og tilhørende relevante faktorer. Min oversettelse fra: Opp (2017).

### 3.2.2 Translatørkompetanse

Translatørkompetanse er en kritisk suksessfaktor for å lykkes med idéoverføringer (2007 s. 320). En dyktig translatør trenger å ha inngående kunnskap om det som skal oversettes, samt hvor og hva det oversettes fra og til (Røvik 2007). I tillegg til kunnskap hevder Røvik (2007) at en god translatør trenger mot, tålmodighet og styrke. Translatøren trenger mot og kreativitet for å språksette ideene, og vite hvilke metoder og regler som bør følges for å integrere dem i organisasjonen. Det kan eksempelvis være hensiktsmessig å tillegge eller trekke fra elementer for at ideen skal integreres i den lokale praksisen. En translatør krever også tålmodighet. Som nevnt i forbindelse med virusteorien, kan det ta tid før

organisasjonsideer fungerer i praksis. Translatøren må ha tålmodighet og evnen til å holde ideen gående. Styrke er den siste egenskapen Røvik (2007) trekker frem som en del av god translatørkompetanse. Organisasjonsideer som forsøkes innført møter gjerne motstand mot endring. Nye ideer fører ofte til endringer internt i organisasjonen, og folkehelseperspektivet i arealplanlegging fordrer at ulike fagtradisjoner forenes (Hofstad 2015). Derfor må translatøren ha styrke til å håndtere motstand og samtidig forså flere ulike praksisfelt (Røvik 2007).

Røvik (2007) påpeker at det er mange ulike arenaer og aktører som er involvert når ideer skal oversettes til et materielt innhold. Både folkehelse og planlegging er sektorovergripende og må derfor oversettes bredt i organisasjonen. I denne studien vil translatørkompetansen være fordelt på flere aktører. Det å sette folkehelse på agendaen er ledelsens ansvar, men for å implementere folkehelseperspektivet i arealplanleggingen er det nødt til å oversettes og bli en praksis blant planleggerne og saksbehandlerne. Disse aktørene er igjen nært koblet til eksterne aktører gjennom saksbehandling og veiledning. Aktørene må derfor være oversettere av det interne folkehelseperspektivet til blant annet private utbyggere. HKV-skjemaet kan betraktes som et hjelpemiddel i oversettelsen, men hvordan skjemaet tas i mot og brukes avhenger av hvordan det er innført og oversatt til et fungerende verktøy i organisasjonen.

### 3.3 Offentlig styring

Styringsformene som historisk har preget planleggingen er hierarki og New Public Management (NPM) (Falleth 2012c). I det hierarkiske styringssettet var planleggeren ekspert og byråkrat og fungerte som en støtte for politikerne gjennom å definere utfordringer, mål og strategi. Det hierarkiske styringssettet var preget av sterke føringer fra toppen og ned. Utover 1980-tallet kom den markedsinspirerte styringsmodellen, NPM, også inn i offentlig sektor (ibid). NPM var et svar på tregheten i det hierarkiske styringssettet og bygde på ideen om at offentlige tjenester kan pris- og konkurranseutsettes. Dette synet preget blant annet revideringen av plan- og bygningsloven i 1985 som åpnet for at andre enn kommunen kunne fremme forslag til reguleringsplaner (i dag detaljregulering, se plan- og bygningsloven § 12-3) til politisk behandling (Falleth 2012c).

Gamle styringsformer overlever ofte i en viss grad når nye ideer implementeres i organisasjonen (Torfinng 2001). Dette kalles *stivhengighet* (ibid). Denne stivhengigheten er en form for historisk avtrykk av hva som er blitt gjort (Hofstad 2014). Og ved innføring av nye ideer blir ofte de eksisterende praksisene og forståelsene resirkulert og modifisert fremfor at de nye ideene skaper en helt ny praksis (ibid). Folkehelse i planleggingen utfordrer tradisjonelle fagdisipliner til å arbeide sammen, og det kreves derfor en annen form for styringsmekanisme for å jobbe effektivt mot felles mål. Offentlig sektor assosieres og preges fremdeles av byråkrati og fragmentert, silo-basert arbeid (Sørensen & Torfinng 2011a). For å utforme og iverksette effektive tiltak i et komplekst system slik som en kommune, har det

blitt et økt behov for interorganisatoriske samarbeid (Røiseland & Vabo 2012). Det nyeste idealet for offentlig styring og planlegging er dannelse av styringsnettverk (Falleth 2012c).

### 3.3.1 Samstyring og nettverk

Samstyring er den norske oversettelsen av *governance*. Begrepet *government* er knyttet til hierarkisk styring og kommando-linje. Mens *governance* er knyttet til styringsaktiviteter i komplekse nettverk eller organisasjoner med flere nivåer, der styring foregår som kontinuerlige prosesser (Amdam & Veggeland 2011). Planlegging betraktes i samstyring som et redskap for offentlig styring, for utvikling og for samordning av ulike sektorinteresser (Falleth 2012c). En utfordring med samfunnsstyring er å få innsikt i hvordan hele systemet fungerer og derigjennom påvirke de rette aktørene og bygge allianser for å nå felles mål (Amdam & Veggeland 2011). Samstyring kan skje gjennom å danne nettverk internt i organisasjonen, men også sammen med eksterne aktører som private bedrifter og frivillige organisasjoner (Røiseland & Vabo 2012). Nettverk defineres her som:

*"Horisontale sammenknytninger av gjensidig avhengige, men operasjonelt sett autonome aktører som interagerer gjennom forhandlinger innenfor rammen av et institusjonalisert fellesskap, som er selvregulerende innen visse rammer, og som i vid forstand bidrar til offentlig styring"* (Røiseland & Vabo 2008, s. 99).

Med gjensidig avhengighet innebærer det at de involverte forsøker å oppnå noe de bare kan få til i fellesskap (Sørensen & Torfing 2011b). De ulike aktørene innehar ulike ressurser, og gjennom å forene disse ressursene vil det oppnås mer i fellesskap enn det ville gjort hver for seg (Røiseland & Vabo 2012). Ved å utfordre de strukturelle grensene er det mulig å endre vante praksiser. Alle aktørene er operasjonelt autonome, det vil si at de ikke kan beordres til å delta eller utøve arbeid for nettverket (Sørensen & Torfing 2011b). Beslutninger i nettverk tas gjennom forhandlinger som fører til avtaler og kompromisser, men ikke nødvendigvis enighet og konsensus (ibid).

Tverrsektorielt arbeid er en måte å komme frem til nye løsninger, få organisasjoner til å samarbeide og trekke i samme retning (Røiseland & Vabo 2012). Styringsnettverks funksjoner er gjerne knyttet til problem- og konfliktløsninger, ressursallokering, demokratisk forankring, politikktutforming, kompetanseheving og læring (Sørensen & Torfing 2005; Sørensen & Torfing 2011b). Gjennom nettverk kan ulike aktører lære av hverandre og utvikle ny kunnskap. Derfor er nettverk og samstyring en arbeidsmåte som kan bidra til å bedre håndtere "*wicked problems*" (Sørensen & Torfing 2011a). Sørensen og Torfing (2009) hevder nettverk kan variere både i form og formål. Nettverket kan være opprettet på initiativ fra ledelsen eller fra andre i organisasjonen. Videre kan nettverket være åpnet for deltakelse eller mer lukket for enkelte aktører gjennom avtaler, og det kan ha et kortvarig eller langvarig tidsaspekt.

Samstyring og nettverksbasert planlegging har i økende grad preget synet på arealplanlegging (Falleth et al. 2011). Planleggeren fungerer her som prosessleder og planutvikler. Samarbeidskoalisjoner mellom kommunen, private utbyggere, innbyggere og

organisasjoner gir nye former for forpliktende medvirkning og kunnskap (ibid). Falleth (2011) hevder at denne formen for samarbeid i arealplanleggingen blir sett på som et utviklingsverktøy fremfor kun et styringsverktøy. Generelt er arealplanlegging preget av forhandlinger mellom kommunen som må tenke helhetlig og ivareta flere hensyn, og kommersielle utviklere som trenger at prosjektene er inntektsgivende (Falleth et al. 2011). Samstyring gjennom nettverk kan tenkes å være en løsning hvor alle aktører lærer av hverandre og mer effektivt kan jobbe mot et felles mål. Gjennom samarbeid kan kommunen innta en rolle som prøver å tilrettelegge best mulig for både næring- og samfunnsutvikling, samtidig som næringslivet bedre ivaretar den helhetlige samfunnsutviklingen.

Teori om samstyring er valgt for å gi denne studien begreper til hvordan HKV-skjemaet kan utvikles og folkehelseperspektivet integreres tverrfaglig med både interne og eksterne i kommuneplanleggingen.

## 4. METODE

I dette kapitlet presenteres bakgrunn for de metodiske valgene for oppgaven. Først vil forskningsmetode, studiedesign og utvalgsmetode for informasjonsinnsamling bli beskrevet. Deretter presenteres prosessen for informasjonsinnsamlingen før jeg skildrer de etiske overveielserne som er gjort i forbindelse med oppgavens gjennomføring. Til slutt redegjør jeg for min rolle som forsker på eget arbeidssted og den metodiske kvaliteten.

### 4.1 Forskningsmetode

På bakgrunn av oppgavens problemstilling ble kvalitativ metode gjennom semistrukturerte intervjuer ansett som best egnet for studiens formål. Kvalitativ forskning kan gi oss troverdige beskrivelser av menneskers verden, gjennom å forstå og beskrive deres handlinger, meninger, kunnskap, følelser og opplevelser (Kvale & Brinkmann 2009).

Kvalitativ forskningsmetode handler om å utvikle kunnskap om fenomeners egenskaper, kvaliteter og karaktertrekk (Kvale & Brinkmann 2009). Fenomenologi er læren om fenomener (Kvale & Brinkmann 2009). Innen en fenomenologisk tilnærming er forskeren interessert i å forstå menneskers handlinger ut fra deres subjektive perspektiv (Thornquist 2002). Personers meningsunivers, som kan være ulikt fra person til person, er avgjørende for hvordan personen handler og forholder seg til andre mennesker og sine omgivelser (ibid). Dette perspektivet ligger til grunn i oppgaven for å forsøke å forstå informantenes meninger og opplevelser. Hermeneutikk handler om fortolkning av tekst (Kvale & Brinkmann 2009). Når vi leser en tekst fortolker vi teksten ut fra den erfaringsmessige bagasjen vi har (Thornquist 2002). Den hermeneutiske sirkel beskriver prinsippet i fortolkning: Hver gang vi forstår én del av virkeligheten, påvirker det vår oppfatning av helheten. Den nye forståelsen av helheten setter delene i et nytt lys, slik at de igjen får en ny forståelse som enda en gang påvirker vår helhetsforståelse. Dette perspektivet ligger til grunn i oppgaven for å fortolke hvordan informantene selv fortolker plandokumenter og folkehelse som begrep.

### 4.2 Strategi for utvalg av case og informanter

En case-studie kan defineres som et kvalitativt forskningsdesign som søker å forklare komplekse sammenhenger og særtrekk ved mennesker og samfunn (Andersen 2013). Ved å studere kompleksiteten vurderer forskeren mer enn hver enkelt informants perspektiv, forskeren studerer også hvordan informantenes perspektiver fungerer i samspill med hverandre (Winston 1997).

Caset for studien er Trøgstad kommune. Studier med en singel case kritiseres ofte for å være lite forskningsbasert, at det ikke er mulig å generalisere ut fra et enkelttilfelle og at de kan være sårbare for forskerens subjektive fortolkninger (Flyvbjerg 2006). Yin (1994) forsvarer derimot forskeres nærhet til feltet og sier at det kan være nyttig å ha kjennskap til hvorfor

caset studeres, hvilke type data som skal undersøkes og hvilke variasjoner som kan forventes. Jeg har jobbet med ulike folkehelseprosjekter i Trøgstad kommune i en 50% stilling siden sommeren 2016. Jeg påbegynte masterløpet samme høst og har gjennom erfaring fra både arbeidslivet og studiene blitt spesielt interessert i koblingen mellom folkehelse og arealplanlegging. Denne studien handler om integreringen av folkehelse i arealplanleggingen og hvordan helsekonsekvensvurderinger kan fungere som et verktøy i denne integreringen. Formålet er altså å skaffe mye informasjon om et gitt fenomen. Flyvbjerg (2006) forsvarer også bruken av case-studier og mener at det er studiens formål som har betydning for hvilken strategi som skal benyttes for å velge et eller flere cases. Når formålet er å skaffe mest mulig informasjon om et fenomen er det ikke nødvendigvis slik at en case som representerer gjennomsnittet, eller et tilfeldig utvalgt case, er det som har rikest på informasjon (ibid). Å bruke Trøgstad kommune som case betegnes som det Flyvbjerg (2006) kaller "*information-oriented selection*" som har som formål å maksimere nytteverdien av informasjonen fra et case, og selve casen velges ut fra forventninger til informasjonsinnholdet.

Trøgstad kommune har siden 2004 vært aktive deltakere i partnerskapet ledet av Østfold fylkeskommune, *Østfoldhelsa*. Østfold fylkeskommune har vært et foregangsfylke når det gjelder folkehelsearbeid. I 1996 ble folkehelseprosjektet iverksatt og fikk status som et nasjonalt prøveprosjekt (Østfoldhelsa u.å-a). Prosjektet var vellykket og fra 2000 ble folkehelsearbeidet i Østfold organisert som partnerskap under navnet Folkehelseprogrammet. Programmet skulle vise at folkehelsearbeid hadde positive effekter for både individet og for samfunnet. Det ble vektlagt at forebyggende og helsefremmende arbeid hovedsakelig skjer i kommunene, i samarbeid med frivilligheten. Folkehelseprogrammet byttet navn til Østfoldhelsa i 2006. Jeg kontaktet Østfold fylkeskommune og spurte hvordan de anså Trøgstad som en "*folkehelsekommune*." Og fikk følgende svar:

*"Trøgstad er en kommune som er langt fremme på folkehelsefeltet. De har lyktes med å kombinere engasjement og kreativitet, med systematikk og kunnskap. En nøkkel til fremgangen har vært fremoverlente ledere gjennom flere år."*

Dette styrker valget av Trøgstad som case for studien, og kan i følge Flyvbjergs (2006) utvelgelsesstrategi sees som en "*extreme/deviant case*." Det betyr at caset innehar rikelig med informasjon om folkehelsearbeid.

#### 4.2.1 Utvalg av informanter

I kvalitativ forskning søkes det etter å få mye informasjon av et begrenset antall informanter (Johannessen et al. 2016). Derfor er det viktigste å få tak i informanter som har rikelig med informasjon, og gjerne med flere variasjoner. Valg av informanter er ikke basert på tilfeldighet, men på strategi. I denne studien kommer dataene fra intervjuer av de som har vært involvert i folkehelse- og planleggingsarbeidet fra administrativt og politisk hold.

Jeg intervjuet også to personer som ikke har tilknytning til Trøgstad kommune, men som har erfaring med bruk av HKV-skjemaet. Grunnen var at jeg ønsket å få et blikk utenifra for å supplere dataene. Under analysen av datamaterialet så jeg at jeg hadde for mye informasjon, og at jeg slet med å finne steder for å gi de eksterne innpass. Jeg valgte derfor å fjerne disse to intervjuene fra empirien. Det kom ikke frem noe som skilte seg ut fra hva de interne informantene fortalte.

Jeg hadde en viss formening om hvem jeg måtte intervju på forhånd fordi jeg kjenner administrasjonen, men enkelte av de som ble invitert til intervju fant jeg gjennom snøballmetoden. Snøballmetoden er en taktisk form for rekrutteringsstrategi (Johannessen et al. 2016). Det vil si at jeg forhørte meg med andre som har rikelig med kunnskap og informasjon om emnet som foreslo personer som burde inviteres. I kvantitativ forskning er mange informanter og store mengder data gjerne en styrke for studien, mens i kvalitative kan store utvalg kunne føre til svakere studie. Store datasett kan føre til at forskeren "går seg vill" i eget materiale og dermed overser viktig informasjon. Kvale og Brinkmann (2009) hevder forskeren når et *metningspunkt* når ytterligere intervjuer ikke vil tilføre mer relevant informasjon i forbindelse med studiens problemstilling. Det var også et tidsperspektiv som legger føringer for antall intervjuer som kunne gjennomføres i denne masteroppgaven.

Tabell 3 på viser oversikt over intervjuene som er gjennomført og inkludert i denne studiens empiri. Jeg ønsket å intervju flere politikere, men det var mange som ikke hadde tid til å delta i undersøkelsen. Trøgstad kommune er i en kommunesammenslåingsprosess med fire andre kommuner, og dette opptar mye tid for mange. Hovedvekten av informantene i denne studien er derfor fra administrasjonen.

Intervju	Rolle	Arbeidstittel / betegnelse
1	Administrasjon	Arealplanlegger
2	Administrasjon	Samfunnsplanlegger
3	Administrasjon	Saksbehandler
4	Administrasjon	Kommunalsjef
5	Administrasjon	Rådmann
6	Administrasjon	Folkehelsekoordinator
7	Politiker (Senterpartiet)	Ordfører
8	Politiker (Arbeiderpartiet)	Politiker

Tabell 3: Oversikt over intervjuer gjennomført i studien, informantenes rolle og hvilken betegnelse som brukes i resultatdelen.

## 4.3 Prosess for innsamling

Datagrunnlaget i studien ble fremskaffet gjennom semistrukturerte intervjuer og dokumenter. Semistrukturerte intervjuer ble valgt som innsamlingsmetode fordi det gir mye informasjon basert på informantenes erfaringer, holdninger og tanker rundt folkehelse i arealplanlegging og bruken av HKV-skjemaet. Under planleggingen av masteroppgaven vurderte jeg å inkludere deltakende observasjon som en måte for å samle inn materiale. Deltakende observasjon er en måte hvor forskeren i ulike grader kan delta i de sosiale prosessene som studeres (Fangen 2010). Jeg gikk bort fra denne metoden fordi mange av erfaringene jeg ønsker å se nærmere på, slik som bruken av HKV-skjemaet og kommuneplanprosessen, allerede er gjennomført. Det hadde dermed ikke vært mulig for meg å observere. En annen grunn er også at det kunne vært vanskeligere for meg å skille mellom min rolle som forsker, og min rolle som ansatt i kommunen. Dette er et tema jeg kommer tilbake til i delkapittel 4.6. I tillegg er informantene jeg ønsker å samle data fra svært forskjellige, noe som kan gjøre det spesielt utfordrende med deltakende observasjon (Fangen 2010). Da jeg gikk bort fra deltakende observasjon var tanken å kun bruke intervjuer. Men på grunn av informantenes henvisninger og uttalelser til enkelte dokumenter så jeg det som nødvendig å inkludere deler av dokumentene i analysen. Etter min mening vil dette også kunne styrke lesernes forståelse av konteksten.

### 4.3.1 Dokumenter

På grunn av informantenes henvisning til plandokumenter har jeg valgt å inkludere utdrag fra følgende dokumenter:

- Kommunal planstrategi 2016-2019 med planprogram for kommuneplanen 2017-2029.
- Kommuneplan for Trøgstad 2017 – 2029.
- Konsekvensutredning av arealinnspill 2017 – 2029.
- Kommuneplanens arealdel 2017 – 2029.
- Konsekvensutredning COWI.
- Befolkningsoversikt 2015.

Alle dokumentene ligger tilgjengelig på kommunens hjemmeside. Dokumentanalyse er en kvalitativ innholdsanalyse der innholdet i dokumentene analyseres for å få frem sammenhenger og informasjon om forholdene og fenomenet som studeres (Johannessen et al. 2016). Ved å kombinere intervjuer og dokumenter er det mulig å kontekstualisere materialet og det fenomenet som studeres bedre (Fangen 2010). Alle dokumentene er produkter av planarbeidet i kommunen, samt en konsekvensutredning som er utarbeidet av et konsulentfirma. Dokumenter sier noe om de meninger og faktabeskrivelser som forfatterne ønsker å presentere (Johannessen et al. 2016). Å inkludere deler av dokumentene nevnt ovenfor kan derfor bidra til å gi et rikere bilde av hvordan folkehelse



brukes i kommunens planlegging. Det er mange måter å gjennomføre en dokumentanalyse på. I denne studien er det intervjuene som er hovedmaterialet, mens dokumentene er supplerende. Det vil ikke bli gjort en inngående analyse av selve dokumentene, men utdrag vil brukes deskriptivt for å gi mer utfyllende informasjon og gi et klarere bilde av hva informantene refererer til i sine intervjuer.

#### 4.3.2 Intervju

Kvalitative forskningsintervjuer søker etter betydningen av menneskers erfaringer (Kvale & Brinkmann 2009). Intervjuer er en form for samtale med struktur og formål, som egner seg når en ønsker å finne meninger, holdninger og erfaringer (ibid). For denne studien ble det gjennomført semistrukturerte intervjuer. Semistrukturerte intervjuer egner seg når forsker ønsker å gi informantene frihet til å uttrykke seg utover det et strukturert intervju eller spørreskjema tillater (Johannessen et al. 2016).

En intervjuguide er en liste med temaer og spørsmål som skaper en ramme og rød tråd for intervjusamtalen (Kvale & Brinkmann 2009). Selv om intervjuguiden har en bestemt rekkefølge kan dette endres under intervjuet fordi informantene kommer med nye relevante temaer (Johannessen et al. 2016). Semistrukturerte intervjuer kan derfor gi en balanse mellom standardisering og fleksibilitet (ibid). Det ble utarbeidet en generell intervjuguide med temaer og underspørsmål (se vedlegg 3). Enkelte av spørsmålene var mer relevant for noen informanter enn for andre. Jeg ønsket spontane svar og sendte derfor ikke ut intervjuguiden på forhånd.

Det ble gjennomført 10 intervjuer, hvorav 2 ble fjernet, på henholdsvis 1 time hver i tidsperioden desember 2017-mars 2018. Intervjuene ble spilt inn på lydopptaker. De fleste intervjuene ble gjennomført på kontoret til den enkelte eller møterom i rådhuset. Hvert intervju ble transkribert raskt etter intervjuene var gjennomført. For transkribering ble gratisprogrammet InqScribe benyttet (Inqscribe 2018). Programmet laster inn lydfilen i tekstdokumentet, slik at det er enklere å skrive, stoppe og spole tilbake uten å bytte mellom skrive- og audioprogram.

### 4.4 Analyse

Transkribering er en konkret omdanning av muntlig samtale til en skriftlig tekst (Kvale & Brinkmann 2009). Transkriberingen er i seg selv starten på analysen. Det er hensiktsmessig i mindre studier slik som en masteroppgave å transkribere selv. Forskeren lærer mye om egen intervjustil og husker bedre intervjusituasjonen (ibid). Under transkripsjonen ble det benyttet fargekoder for å skille hvem som sa hva av intervjuer og informant. Det ble også benyttet egen fargekode for å skrive inn umiddelbare tanker og refleksjoner.

Valg av strategi for analyse baseres på bakgrunn av problemstilling, materialets natur og den teoribaserte forståelsen (Kvale & Brinkmann 2009). Etter transkripsjonen ble teksten gjennomlest flere ganger og uttalelser systematisert i temaer med undertemaer:

- Forståelse av folkehelsebegrepet og rolle i folkehelsearbeidet
- Folkehelse som overordnet mål
- Folkehelse i arealplan og øvrig arealplanlegging
- Rammebetingelser for folkehelse- og planleggingsarbeid
- Helsekonsekvensvurderingsskjema
  - Erfaringer og opplevd relevans
  - Barrierer ved bruk og forbedringsmuligheter
- Andre planverktøy
  - Folkehelse som en del av saksbehandlingsmalen
  - Kunnskapsløft gjennom nettverk

Tekstutdrag fra dokumentene ble også trukket ut og systematisert i samme dokument. Hensikten med å redusere, systematisere og ordne datamaterialet er å skape en oversikt og et system uten å miste viktig informasjon (Johannessen et al. 2016). Det ble opprettet et eget tekstdokument hvor tekst fra originaltranskripsjonen ble kopiert inn under de ulike temaene. Under hvert tema ble uttalelsene fargekodet til undertemaer. Denne analysestrategien er en form for meningskoding hvor uttalelser knyttes til nøkkelord (Kvale & Brinkmann 2009). Meningskodingen ble brukt for å systematisere materialet og finne de meningsbærende elementene, ikke kvantifisere antall utsagn og meninger.

Deretter ble meningsfortetting benyttet som analysemetode. Det gikk ut på å forkorte informantens uttalelser, hvor den umiddelbare meningen gjengis med færre ord enn hva som ble sagt (Kvale & Brinkmann 2009). Teksten ble gjennomgått flere ganger og jeg var svært restriktiv i fortettingen fordi jeg var bekymret for at konteksten ville forsvinne. Gjentakelser og lange setninger ble fortettet uten å miste sin opprinnelige mening. Underveis i prosessen var det nødvendig å gå tilbake til de opprinnelige uttalelsene flere ganger for å forsikre at konteksten ikke var forkludret, samt for å trekke ut direkte sitater.

Videre i prosessen forsøkte jeg å identifisere sammenhenger og mønstre som belyste både muligheter og begrensninger ved integrering av folkehelse i arealplanlegging, samt bruken av HKV-skjemaet, og vurdere disse mønstrene i lys av eksisterende forskning og teori.

## 4.5 Etikk

Begrepet forskningsetikk viser til et mangfold av verdier, normer og institusjonelle ordninger som bidrar til å regulere den vitenskapelige virksomheten (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora 2016). Ved alle aspekter av forskningen må forskeren forholde seg til etiske hensyn, dilemmaer og betraktninger (ibid). Som forsker innenfor kvalitative metoder er man gjest i informantens private rom (Nilssen 2012). Informantene gir av sin tid og deler sine tanker. De ulike tilnærmingene til materialet og det

valgte teoretiske rammeverket åpner for ulike tolkninger av samme materiale (ibid). En viktig del av denne kvalitative masteroppgaven blir derfor å reflektere over og redegjøre for hvordan mine egne verdier og holdninger påvirker mine vurderinger og konklusjoner.

#### 4.5.1 Personvern og informert samtykke

For å sikre informantenes personvern ble det søkt om tillatelse fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) før det ble sendt ut forespørsler om intervjudeltakelse. Dette ble innvilget 21. november 2017 (se vedlegg 1). Informantenes navn, fødsels- eller personnummer inngår ikke i oppgaven, men arbeidstittel og arbeidssted er ikke anonymisert. Kommunens administrasjon er liten og arbeidstittel er derfor en indirekte personidentifiserbar opplysning.

Da prosjektet ble godkjent av kommunens ledelse og innvilget hos NSD sendte jeg ut mail med informasjon til de aktuelle informantene (se vedlegg 1). Informasjonsskrivet oppga hva forskningsprosjektet gikk ut på, oppgavens foreløpige problemstilling og hensikt. Videre var det informasjon om hvordan datamaterialet skulle benyttes og oppbevares og at arbeidstittel og kommunenavn ville være synlig. Skrivet inneholdt informasjon om frivillig deltakelse og at det ville være mulig å trekke seg. Det sto også informasjon om at rådmannsteamet i kommunen var kjent med prosjektet og at deres deltakelse ikke skulle gå utover arbeidsforhold. Til slutt sto det oppgitt min og veileders kontaktinformasjon.

Samtykket ble formidlet via svar på mail eller muntlig på arbeidsplassen. Før jeg begynte opptakene av intervjuene forklarte jeg muntlig de overnevnte punktene for å forsikre at alle informantene hadde forstått fordeler og ulemper ved deltakelse. Under transkripsjonen ble det kun brukt arbeidstittel, ikke navn. Etter transkripsjon ble lydopptak slettet umiddelbart. Alle dokumenter er lagret digitalt på min MacBook hvor mappen og hvert enkelt dokument er passordbeskyttet. Ved publisering av oppgaven vil alt innsamlet materiale slettes.

## 4.6 Metodisk kvalitet og forskerrolle

Som forsker på eget arbeidssted har jeg måttet ta ekstra hensyn til flere aspekter ved forskningen som kan ha mye å si for den metodiske kvaliteten. Kunnskapen som kommer av kvalitative intervjuer avhenger av relasjonen mellom intervjueren og den intervjuede (Kvale & Brinkmann 2009). Flere av informantene er mine kollegaer. Det er intervjuene som danner grunnlaget for analysen, men det vil også være preget av min rolle i virksomheten. Som forsker er man sitt eget forskningsinstrument (Johannessen et al. 2016). Selv om oppgaven er en case-studie kan det også være relevant å trekke linjer til aksjonsforskning.

Aksjonsforskning er forskning hvor forskeren medvirker til å starte praktiske tiltak (Tjora 2014). Forskeren kommer med forslag til endring, og deltar i gjennomføringen av tiltak og kontrollerer deres virkning (ibid). Hensikten er å oppnå en gjensidig innsikt i hva som vil fungere for å oppnå den ønskede endringen (Argyris & Schön 1989). Denne studien skal ikke foreslå eller kontrollere et tiltak under forskningsperioden, men vil kunne føre til endringer både under og etter studieperioden. Aksjonsforskning bygger på en forestilling om at ny kunnskap stimulerer til økt nysgjerrighet (Argyris & Schön 1989). Gjennom

intervjusituasjonen kan det tenkes at informantene, mine kollegaer, lærer mer om folkehelseaspektet og dermed øker sin kunnskap og nysgjerrighet rundt feltet. Gjennom studien vil jeg som fagperson lære av informantene og egen analyse hvordan jeg som folkehelseaktør i organisasjonen bør forholde meg til og samarbeide med andre faggrupper. Studiens analyse og konklusjoner kan føre til økt kunnskap og en eventuell endring hos organisasjonens ledelse og blant de ansatte som velger å lese oppgaven.

Studiens pålitelighet (reliabilitet) er kontekstavhengig, og derfor umulig å duplisere av andre forskere (Johannessen et al. 2016). Påliteligheten i studien styrkes av å gi leserne en forståelse av konteksten (ibid). Dette gjøres ved å være tydelig på hva som er min rolle i organisasjonen, beskrive hvordan forskningsprosessen har foregått og presentere kommunen som case. Det må også gå tydelig frem i teksten hva som er min tolkning av informantenes handlinger og utsagn, og hvorfor. Dette styrker studiens bekreftbarhet, som dreier seg om funnene i forskningen er et resultat av forskningen og ikke forskerens subjektive holdninger (ibid). Gjennom å være tydelig i prosessen vil leseren kunne stille seg kritisk til fremgangsmåten. På denne måten kan leserne selv vurdere om de ville trukket samme konklusjoner.

Som tidligere nevnt er det ikke et mål for en kvalitativ studie at antall informanter er så stort som mulig, men at forskeren bør etterstrebe et metningspunkt (Kvale & Brinkmann 2009). Malterud (2016) hevder at det er utvalgets *informasjonsstyrke* som sier noe om hvor mange intervjuer som bør gjennomføres i kvalitativ forskning. Hun hevder denne styrken bygger på studiens problemstilling, utvalgets spesifisitet, studiens teoretiske forankring, dialogkvaliteten under intervjuene og valgt strategi for analyse. Se figur 7 for oversikt over informasjonsstyrke-faktorene. Målet med denne oppgaven er å belyse muligheter og begrensninger ved å integrere folkehelse i arealplanlegging, og se hvordan HKV kan brukes som et verktøy for denne integreringen. Det er en relativt bred problemstilling og ville krevd et større antall informanter dersom jeg skulle gjort en cross-case analyse – altså å sammenligne flere caser (Malterud et al. 2016). Jeg har derimot tatt utgangspunkt i en enkelt case, og fokusert på å intervjuet et bevisst utvalg informanter med mye kunnskap innenfor sitt fagområde. Jeg mener at utvalgets spesifisitet er høyt fordi informantene kan belyse et bredt spekter av erfaringer og meninger om folkehelse i arealplanlegging, og er strategisk invitert til å delta i studien. Å benytte teori i studien er en måte å kombinere eksisterende kunnskap med de nye funnene (Malterud et al. 2016). Samtidig gir godt forankrede teorier et bredere kildegrunnlag som kan styrke funnene i studien (ibid). Teoriene brukt i denne studien ble presentert i forrige kapittel. Jeg mener at bruk av teori ikke er en styrke dersom forskeren ikke opplever at teoriene bidrar til å styrke funnene i studiene. Det ble gått mange runder i materialet med ulike teorier før det ble bestemt hvilke som skulle inkluderes. Etter min mening er det viktig at teoriene er presentert godt og at analysen er skrevet gjennomslutlig nok til at leserne forstår hvorfor jeg som forsker har trukket koblinger mellom studiens funn og valgte teorier. Da vil man kunne påstå at studien har en sterk teoretisk forankring.

← Høy informasjonsstyrke			
Smal	←	Problemstilling/mål	→ Bredd
Høy	←	Utvalgets spesifisitet	→ Lav
Sterk	←	Teoretisk forankring	→ Ingen
Sterk	←	Dialog	→ Svak
Enkel case	←	Analysestrategi	→ Cross-case
			<b>Større utvalgsstørrelse →</b>

Figur 7: Kvalitative intervjustudiers informasjonsstyrke. Oversatt og hentet fra: Malterud et al. (2016).

Intervjuets dialogkvalitet er en viktig faktor for informasjonsstyrken (Malterud et al. 2016). Kvale og Brinkmann (2009) hevder at et godt kvalitativt forskningsintervju baseres på forskerens kompetanse og håndverksmessige dyktighet. De trekker frem at denne håndverksmessige dyktigheten bygger på praktiske og tekniske intervjuferdigheter, personlig innsikt og personlig skjønn. Denne oppgaven er min første selvstendige vitenskapelige studie som baseres på intervjuer og dokumentanalyse. Dette er en svakhet ved studien, da mer erfarne forskere kanskje ville opptrådt annerledes i intervjusituasjonen og gjort andre funn under analysen. For å styrke min håndverksmessige dyktighet og kompetanse har det vært viktig å kvalitetssikre spørsmål og oppgaveutkast med veileder, samt belyse egne funn med tidligere studier og teori.

Det er både fordeler og ulemper med at jeg har et kollegaforhold til informantene. En fordel kan være at de kanskje vil føle seg fortere komfortable i intervjusituasjonen fordi jeg er et kjent ansikt. Det vil sannsynligvis oppleves mer som en vanlig dag på jobb, sammenlignet med hvordan det ville vært dersom jeg var helt ukjent. Samtidig kan en utfordring være at de føler seg forpliktet til å delta i studien for å unngå konflikter i vårt kollega-forhold. Dette har jeg prøvd å unngå ved å legge vekt på at det er frivillig deltakelse gjennom både informasjonsbrevet og i forkant av intervjuet. En annen utfordring kan være at informantene ikke svarer like ærlig som de ville gjort dersom jeg var en ukjent person. Som ansatt innen folkehelseprosjekter har de fleste informantene møtt meg i jobbsituasjoner hvor jeg har forsvart eller snakket positivt om folkehelsearbeid. Informantene kan kanskje ha holdt litt tilbake, dersom de i utgangspunktet er veldig negative til folkehelse. Jeg har prøvd å unngå dette ved å si tydelig fra at det hverken vil ha negative konsekvenser for meg selv eller dem,

dersom det fremkommer sterke meninger i den ene eller den andre retningen. Det har også vært viktig for meg å understreke at denne studien ikke er en evaluering av deres arbeid eller meninger som fagpersoner. Men at deres meninger og erfaringer er viktige for å belyse ett felt jeg mener det trengs mer forskning.

Min nærhet til feltet vil, slik jeg vurderer det, kunne bidra til mer dyptgående analyser enn hva en utenforstående forsker kan bidra med innen et så kort tidsaspekt som denne masterperioden strekker seg over. Et fenomen er avhengig av sin kontekst. Hvorvidt funnene i denne studien er har en overføringsverdi til andre kommuner er en vurderingssak. I følge Johannessen (2016) dreier en undersøkelses overførbarhet om hvorvidt en lykkes med å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som kan være til nytte på andre områder enn akkurat det som studeres. Utfordringene med å integrere folkehelseperspektivet i arealplanlegging er et generelt fenomen i norske kommuner. Den erfaringen Trøgstad kommune har tilegnet seg kan være nyttige erfaringer å lære av for andre. Trøgstad kommune er relativt sammenlignbar med andre mellomstore kommuner i form av både organisatoriske og ressursmessige betingelser. Samtidig har de i følge fylkeskommunen i lang tid vært kreative og systematiske i sitt folkehelsearbeid. Dette kan styrke studiens overførbarhet.

## 5. PRESENTASJON AV RESULTATER

I dette kapittelet presenteres funnene fra studien. Først presenteres Trøgstad kommune med fakta og utfordringer hentet fra kommunens oversiktsdokument, planstrategi og kommuneplan. Deretter presenteres kommunens organisering og ressurser knyttet til folkehelse og planlegging. Videre i kapittelet presenteres studiens funn i form av utdrag og sitater fra plandokumentene og intervjuene som betraktes som essensielle for å svare på problemstillingene.

### 5.1 Casebeskrivelse: Trøgstad kommune



Figur 8: Kart over Østfold med Trøgstad markert i rødt. Hentet fra: NordnordWest/Wikipedia (2011).

Trøgstad kommune ligger helt nord i Østfold og hadde 5.337 innbyggere ved utgangen av 2017 (Statistisk Sentralbyrå u.å.). Innbyggertallet kategoriserer kommunen i nedre grense som mellomstor kommune (Statistisk Sentralbyrå 2018). Små kommuner regnes som de med færre enn 5.000 innbyggere, mellomstore med 5.000-19.999 innbyggere og store som de med 20.000 eller flere (ibid). Næringslivet er preget av mindre bedrifter og aktiviteter knyttet til landbruk (Kommunal planstrategi 2016-2019). Det er kommunen som er den største arbeidsgiveren, og det er en betydelig netto utpendling på ca. 42% (Kommuneplan for Trøgstad 2017-2029).

I likhet med mange andre små og mellomstore kommuner er befolknings sammensetningen i Trøgstad preget av noe lave fødselstall og en aldrende befolkning (Befolkningsoversikt 2015). Aldersgruppen 25-44 år er lav, noe som kan tyde på at det er en utfordring å få studenter

som flytter ut tilbake. Få leiligheter i kommunens sentrum har også ført til at ressurssterke pensjonister flytter til nabokommunene som har et bredere tilbud av boliger. En høyere andel av Trøgstads befolkning har lavere inntekt enn gjennomsnittet, det er en lavere andel av befolkningen med høyere utdanning og en høy andel uføretrygdde i aldersgruppen 18-44 år (Kommunal planstrategi 2016-2019). Dette sammensatte utfordringsbildet viser at det er behov for et bredt folkehelsearbeid i kommunen.

Som de fleste andre kommunene i Østfold, er Trøgstad en inntektssvak kommune (Kommunal planstrategi 2016-2019). Som følge av det nye inntektssystem for kommunene fra 2017, har kommunen mindre inntekter enn tidligere. Det nye inntektssystemet er innrettet slik at det ikke skal være lønnsomt å være en liten kommune i tett befolkede områder. Kommunen har over tid hatt lave driftsutgifter til administrasjon målt mot sammenlignbare kommuner. Det står oppgitt i kommunens planstrategi at selv om lave

driftsutgifter er positivt for å frigjøre midler til andre tjenesteområder, må det vurderes i hvilken grad det kan være til hinder for oppfølging og utvikling av kommuneorganisasjonen.

I juni 2017 ble det vedtatt at Trøgstad kommune slår seg sammen med nabokommunene Eidsberg, Askim, Spydeberg og Hobøl. I 2020 blir kommunene til Indre Østfold kommune, som informantene i studien omtaler som *storkommunen*. Revideringen av kommuneplanen startet allerede i begynnelsen av 2016 og ble vedtatt 7. februar 2018 selv om den nye kommunen skal være i drift om under to år. Dette er et aspekt jeg anser som viktig å nevne fordi det kan prege hvordan både politikerne og administrasjonen forholder seg til de overordnede målene i ny kommuneplan, spesielt når det er i underkant av to år til det blir store endringer.

### 5.1.1 Organisering av folkehelse og plan

Trøgstad kommune er organisert i elleve virksomheter som er direkte underlagt rådmannsteamet. Rådmannsteamet består av rådmann, kommunalsjef for strategi og utvikling og kommunalsjef for næring og samfunn. Folkehelsekoordinatoren og ansvarlig for plan og miljø ligger under stabsområdet service, personal og samfunn. Kommunalsjef for strategi og utvikling fungerer også som stabssjef for dette stabsområdet. Kommunalsjef for næring og samfunn er også virksomhetsleder for teknikk og næring, hvor avdeling for bygg og eiendom hører til.

Når det gjelder kommunens ressurser innen folkehelse har folkehelsekoordinatoren en 30% stilling. Koordinatoren er ellers prosjektleder for et treårig folkehelseprosjekt - Helsefremmende lokalmiljø. Prosjektet er en del av Østfold fylkeskommunes deltakelse i Helsedirektoratets nasjonale prosjekt: *Kartlegging og utviklingsarbeid om nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse* (Helsedirektoratet 2015; Østfoldhelse 2015). Folkehelsekoordinatoren er også fungerende folkehelsekoordinatoren for en av de andre kommunene under sammenslåingsprosessen. Hun har bachelor i folkehelse fra Høgskolen i Hedmark og har jobbet i Trøgstad siden tidlig sommer 2016. Tidligere folkehelsekoordinatoren gikk sommeren 2017 over i stilling som kommunalsjef for strategi og utvikling (omtales videre som kommunalsjef). Hun var deltaker i Helse og omsorg i plan ved Høgskolen i Lillehammer i 2015-2016 da hun var ansatt i Trøgstad som stabssjef, og folkehelsekoordinatoren var en av hennes roller. Jeg har siden sommeren 2016 jobbet innen ulike folkehelse- og utviklingsprosjekter i en 50% stilling ved siden av masterløpet i folkehelsevitenskap som denne studien avslutter.

Ansvarlig for plan og miljø har utdanningsbakgrunn som naturforvalter og omtales i denne studien om samfunnsplanleggeren. Hun har hatt hovedansvaret for kommuneplanarbeidet og inngått i en arbeidsgruppe sammen med avdelingsleder for byggesak, regulering og landbruk (omtalt som arealplanlegger) og en saksbehandler med spesielt ansvar for kartlegging av friluftsområder (omtales i studien som saksbehandler).

Denne case-studien ser på én enhet – Trøgstad kommune, og skal se nærmere på fenomenene integrering av folkehelse i arealplanlegging og bruken av HKV som verktøy.



Trøgstad kommune som case representerer små til mellomstore kommuner med kommuneorganisasjoner hvor ansatte gjerne har sammensatte stillinger, og som har lignende utfordringer knyttet til befolkningssammensetning, inntekter og folkehelse- og planleggingskapasitet. I de følgende delkapitlene legges funnene fra intervjuene og dokumentene som ligger til grunn for denne studien frem. Først presenteres informantenes forståelse av det brede folkehelsebegrepet. Deretter blir folkehelse som overordnet mål i kommuneplanen og koblingen mellom folkehelse fra samfunnsdelen til arealdelen beskrevet. Videre presenteres hvordan helsekonsekvensvurderinger og folkehelseperspektivet har vært brukt i kommunens arealplanlegging og informantenes tanker rundt folkehelsevurderinger som en del av saksbehandlingsmalen. For å vise hvor bredt folkehelsebegrepet kan forstås, presenteres til slutt informantenes ulike holdninger til hvorvidt etablering av en motorpark kan være et folkehelse tiltak.

## 5.2 Forståelse av folkehelsebegrepet og rolle i folkehelsearbeidet

Felles for alle informantene er at de har en bred forståelse av folkehelsebegrepet.

Samfunnsplanleggeren sier at *"folkehelsearbeid handler om alle de faktorene som påvirker dagliglivet."* Samfunnsplanleggeren mener at hennes rolle som aktør i folkehelsearbeidet er å *"... tilrettelegge for det som gjør at folk trives... sånn som møteplasser og friluftsliv."* Arealplanleggeren har en litt annen holdning til folkehelse.

*"Det er vel et forholdsvis nytt begrep. Vi som er vant til å tenke og jobbe med plan og byggesaker over tid tenker på folkehelse som det å holde seg i form og ikke drikke og røyke, men jeg har jo fått en annen forståelse nå de siste åra."*

Arealplanleggeren stiller seg ikke negativ til folkehelse, men stiller spørsmål ved bredden i begrepet. Han mener det er vanskelig å vurdere hva som faktisk er relevant for folkehelsen i det daglige arbeidet. Han er ikke alene om å se utfordringer i begrepets bredde. Alle aktørene er klare på at det er en utfordring å konkretisere begrepet. En informant sier at *"... målet med å skape et godt samfunn er jo noe alle ønsker, men målene må tilspisses jo lengre ned i organisasjonen en kommer sånn at alle forstår sin rolle i arbeidet."*

For ordføreren handler folkehelse om:

*"... å legge til rette for at folk skal ha et godt liv i utvidet forstand. Ikke bare fysisk helse, men jeg tenker på livskvaliteten. Det å ha det bra med seg selv og det at psykisk helse er minst like viktig som fysisk."*

Rådmannen definerer folkehelse som *"innbyggernes totale opplevelse av sin egen tilværelse"* og legger vekt at tverrsektorielt arbeidet er nødvendig for å skape gode samfunn:

*"Mitt oppdrag er, fordi jeg har myndighet til det, å sette sammen gode organisasjoner som kan møte de utfordringene kommunen har. Folkehelsefokuset er et godt verktøy for å kunne jobbe helhetlig."*

Et mer samfunnsøkonomisk perspektiv på folkehelse gjenspeiles i kommunalsjefen, tidligere folkehelsekoordinator, sin forståelse av folkehelse som en måte å tenke samfunnsutvikling på:

*"Jeg er i utgangspunktet økonom, så jeg tenker veldig rasjonelt og er opptatt av å tenke smart rundt framtiden. Som kommunalsjef er min rolle å legge til rette for at virksomhetene har helse i alt, spesielt nå som folkehelse er overordnet mål i kommuneplanen."*

På spørsmål om hvordan ledelsen oppfatter at andre i organisasjonen har tatt til seg folkehelseperspektivet svarer rådmannen:

*"Det har gått over tid. Vi har på en måte en slags... organisk humanistisk syn på hvordan vi skal drive smart. Det gjør at vi klarer både borte på teknisk, på*

*helsestasjonen og rundt i flere andre virksomheter å se hvilken gevinst folkehelsearbeid kan ha."*

Rådmannen legger vekt på at man må løfte folkehelse inn i alle virksomheter, men at det er viktig å ordlegge seg riktig og velge ut temaer som gjør at alle forstår hvorfor de jobber med folkehelse. Også nåværende folkehelsekoordinator snakker om at språk er viktig for at ulike aktører skal se sin rolle i arbeidet: *"Vi må være mer konkrete hvis folk skal orke å bry seg."*

Kommunalsjefen omtales av flere informanter som *"folkehelsekongen"* og *"den som alltid snakker om folkehelse i alt."* Kommunalsjefen tok faget Helse og omsorg (Helomplan) ved Høgskolen i Lillehammer i 2015. Til en oppgave i faget gjennomførte hun et fokusgruppeintervju med livsløpsutvalget i kommunen. Der fant de at flere av politikerne tenkte på folkehelse som det hun omtaler som *"gulrot og jogging."* Kommunalsjefen påpeker at det derfor er brukt tid på å forklare og lære politikerne om hva folkehelse faktisk handler om.

*"Jeg opplever nå i kommuneplanprosesser at mange politikere bruker folkehelse for å fremme sine egne synspunkter. Da tenker jeg vi har klart å få til noe."*

Kommunalsjefen fremhever at folkehelse ikke kan foregå på et kontor innerst i en mørk gang, og påpeker at det å ha politikernes støtte i arbeidet er helt nødvendig.

*"Man må få politikerne til å bli stolte av det de er med på å bygge. Vi bygger verdier, og verdier går man ikke tilbake på."*

Både rådmannen og kommunalsjefen trekker frem at det er vært viktig å spille på lag med kommunestyret og politikerne for å få et helhetlig folkehelseperspektiv. *"Verdisynet til en ordfører påvirker vedtak"* sier rådmannen. Ordføreren sier også i intervjuet at folkehelseperspektivet var noe som allerede var en måte å tenke på og et verdisett. Kommunalsjefen påpeker at det er nødvendig å bruke ulikt språk til forskjellige aktører. Hun viser til politiske verdisett som et eksempel – Senterpartiet og Arbeiderpartiet er opptatt av nærhet til tjenester og fellesskapsvisjoner, og derfor blir også disse aspektene innen folkehelsearbeidet fremmet. Dersom kommunestyret hadde vært en annen sammensetning av politikere fra høyresiden, ville det kanskje vært andre folkehelseaspekter slik som individuelle faktorer som burde vært fremmet.

Rådmannen fremmer tillit mellom politikere og administrasjon som en viktig nøkkelfaktor for integrering og forståelse av folkehelse:

*"Vi har dyktige fagfolk som gjør begreper kjent og som møter både befolkningen og politikerne jevnlig. Det at vi har samlinger for kommunestyret som ikke er kommunestyremøter, men som mer orientering gjør at fagpersoner kan bli sett. Her i Trøgstad er jeg trygg på at politikerne kjenner godt til folkehelse."*

### 5.3 Folkehelse som overordnet mål

I kommuneplan for Trøgstad 2017-2029 (heretter omtalt som kommuneplanen) er folkehelse det overordnede målet. Planen ble endelig vedtatt 7. februar 2018, men planarbeidet har vært en lang prosess. Det ble bestemt at folkehelse skulle legges som en overordnet strategi da kommunal planstrategi 2016-2019 med planprogram for kommuneplanen 2017-2029 (heretter omtalt som planstrategien) ble vedtatt høsten 2016.

I planstrategien er oversiktsdokumentet fra februar 2015 henvist til. Oversiktsdokumentet kalles i Trøgstad kommune for: *Befolkningsoversikt 2015 - Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. Oversikten bygger på en mal fra partnerskapet Østfoldhelse, samt Helsedirektoratets veileder. Oversikten er delt inn i følgende områder med flere underkapitler som presenterer relevant statistikk: Befolknings sammensetning, oppvekst og levekårsforhold, fysisk-, biologisk-, kjemisk- og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand. Kunnskapsgrunlaget oversiktsdokumentet bygger på er hentet fra 25 ulike statlige og fylkeskommunale data, slik som blant annet: Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA), Folkehelseinstituttet, Statistisk sentralbyrå, NAV, Ung Dataundersøkelse fra Trøgstad i 2012, Statens Vegvesen, Statens strålevern, Østfold analyse og Østfold Helseprofil. Det står oppgitt at den lokale informasjonen bygger på: *"...sammenligninger med nabokommuner, erfaringer fra sentrale fagpersoner i kommunen og erfaringer/informasjon fra frivillig sektor."* Noen av utfordringene som trekkes frem i dokumentet er den høye andelen av befolkningen som mottar uføretrygd, lavt utdanningsnivå, lave fødselstall og økende eldre befolkning. Informantene oppgir at dataene fra oversiktsdokumentet var med i utviklingen av kommuneplanen, men at mye av dataene var utdatert og måtte oppdateres. En informant sier påpekte at *"...selv om dokumentet skal holdes løpende oppdatert er det veldig ressurskrevende å opprettholde dette arbeidet over tid."*

I planstrategien står det at i det tidligere planprogrammet var det oppført plan for folkehelse, men at det er vanskelig å gjennomføre på grunn av ressursituasjonen. Flere av informantene mener at dette var en god avgjørelse til fordel for folkehelsearbeidet, fordi en kommuneplan gjelder for hele kommunens virksomhet og *"...ikke kan legges bort og gjemmes i en skuff slik som en egen folkehelseplan."* I planstrategien legges det vekt på at folkehelse som overordnet strategi er forenlig med slagordet *"Helse i alt."*

Begrepsmessig er folkehelse som overordnet *strategi* brukt i planstrategien og folkehelse som overordnet *mål* brukt i kommuneplanen. Strategi er ikke et entydig begrep, men er i kommuneplanen lagt under delmålene som hvordan delmålene skal oppnås (se figur 9). Ved senere utarbeidelse av handlingsplan skal tiltakene legges som en kolonne til høyre for strategiene. I kommuneplanen står det at det er en måte å sikre god oppfølging av den overordnede planens mål og strategier.

Det er ingen uttalt definisjon av folkehelse i kommuneplanen, men i planstrategien er folkehelsearbeid definert som: *"... samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og*

*fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse.” Under kommuneplanens overskrift ”Helse i alt”, står det blant annet at ”helsefremmende og forebyggende arbeid skal være integrert i kommunens arbeid og kvaliteten på tjenesten skal gjenspeile dette.” Det legges vekt på folkehelsearbeidets langsiktighet og at det er avgjørende for å møte fremtidige utfordringer og ivareta sunn kommuneøkonomi. Videre står det at et folkehelsefokus gir en bærekraftig utvikling for helse, samfunn og ressursutnyttelsen.*

På spørsmål om hvorfor folkehelse er valgt som det overordnede målet i kommuneplanen trekker rådmannen frem at Trøgstad, slik som mange andre kommuner i Østfold, har mange utfordringer knyttet til folkehelse. Blant annet lavt utdanningsnivå og høyt frafall på videregående skole. En av fordelene med Trøgstad som trekkes frem og som også belyses i kommuneplanen er at det ikke er store forskjeller i inntekt. Dette kan være en indikator på at det ikke er utpreget store sosiale forskjeller i kommunen. Men likevel ligger snittet lavt og informantene påpeker at kommunen må adressere og løfte hele befolkningen for å skape et godt samfunn. Ordføreren svarte at folkehelse er valgt *”... fordi vi er opptatt av innbyggernes ve og vel, og at Trøgstad skal være en attraktiv kommune å bo og leve i.”* Politikeren deler det samme synet og trekker frem at *”... det er viktig for oss at folk trives og vil bli boende. Da handler folkehelse spesielt om både det fysiske og det psykiske, og hvilke tjenester kommunen kan tilby for at alle skal oppleve god helse.”*

Delmål for folkehelse Slik vil vi ha det!	Strategier Slik gjør vi det!
Det skal være enkelt å velge det som fremmer helse og livskvalitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilrettelegge for uformelle sosiale møteplasser som er tilgjengelig for alle</li> <li>• Stimulere til et variert og aktivt kulturliv</li> <li>• Bidra til bedre kunnskap om sunne valg i befolkningen</li> <li>• Tilrettelegge for fysisk aktivitet og friluftsliv</li> <li>• Arbeide for økt sykkelbruk og gange</li> </ul>
Helsefremmende og forebyggende arbeid skal være førende for kommunens arbeid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivt utviklingsarbeid i samarbeid med frivillige lag og foreninger</li> <li>• Kommunen driver aktivt prosjektarbeid for å fremme folkehelse</li> <li>• Helsefremmende og forebyggende arbeid skal være integrert i alt kommunens arbeid.</li> <li>• Planmessig arbeid for trafiksikkerhet</li> <li>• Forebygge, avdekke og hjelpe voldsutsatte i nære relasjoner i alle aldre</li> <li>• Tilrettelegge for og stimulere til aktiviteter som bidrar til god mental og psykisk helse.</li> </ul>
Trøgstad skal være et helsefremmende lokalsamfunn	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folkehelsearbeidet skal være tverrfaglig og kunnskapsbasert</li> <li>• Medvirkning skal ha fokus i alt kommunens arbeid</li> <li>• Kunnskap om innbyggernes behov skal nyttegjøres i folkehelsearbeidet.</li> </ul>

Figur 9: Delmål og strategier for folkehelse. Hentet fra: Kommuneplan for Trøgstad 2017-2029.

I kommuneplanen henvises det til Folkehelseprofilene fra 2014-2016:

*"Det som ser ut til å gå igjen fra år til år for Trøgstads del er følgende levekårsutfordringer:*

- *Trøgstad kommune har en lavere andel enn både Østfold og landet for øvrig med videregående skole eller høyere i andelen 30-39 år.*
- *Andelen uføretrygdete er høyere enn både fylke og landet for øvrig."*

En informant sier at hovedutfordringen som vises til i oversiktsdokumentet og kommuneplanen er det lave utdanningsnivået og antall uføretrygdete. Informanten trekker frem at kommuneplanens strategier for folkehelse er viktige for å gjøre noe med utfordringene. Informanten sikter til at det skal *"tilrettelegges for uformelle sosiale møteplasser"*, at det skal *"stimuleres til variert og aktivt kulturliv"* og at *"kunnskap om innbyggernes behov skal nyttegjøres i folkehelsearbeidet."*

*"Mange som har bodd her lenge, gjerne gjennom flere generasjoner, deltar i flere fritidsaktiviteter. Men så har du en annen gruppe av innflyttere, hvor mange har flyttet hit fordi det er billige boliger. Denne gruppen er litt skjult, men synes godt gjennom barnevernet og skolen. Her synes de sosiale ulikhetene i Trøgstad best."*

Etter folkehelsekapittelet har kommuneplanen videre kapitler om befolkningsutvikling, bærekraftig utvikling, oppvekst, omsorg og kultur. For hvert av områdene er det valgt et hovedmål. For befolkningsutvikling er hovedmålet *"Befolkningsvekst med hovedvekt på barnefamilier skal bidra til balansert alderssammensetning"*. Under bærekraftig utvikling er hovedmålet at *"Trøgstadsamfunnet skal forvalte kommunens ressurser til beste for dagens og kommende generasjoner"*. For oppvekst er hovedmålet at *"Barn og unge skal gis gode vilkår for læring og utvikling"*. Under omsorg legges det vekt på *"Fra omsorg til mestringsperspektiv – med fokus på nytenkning og innovasjon."* Til slutt har kultur sitt hovedmål: *"Kultur for alle."*

Informantene trekker frem at et overordnet mål skal virke samlende og være en anvisning for hele organisasjonens arbeid. En informant sier:

*"Jeg tror folkehelse er valgt som overordnet mål fordi det er kanskje det eneste begrepet jeg kan komme på som alle på en eller annen måte driver med. De som strør for at de eldre ikke skal brette lårhalsen, lærere og barnehageansatte, helsesøster, renholdsarbeiderne, kantineansatte, servicekonsulenter og... ja, jeg kunne sikkert fortsatt hele dagen."*

## 5.4 Kobling av folkehelse fra samfunnsdel til arealdel

Kommuneplanen for Trøgstad består av tre separate dokumenter: Et plankart med tegnforklaringer som viser hvilke arealformål områdene er avsatt til, et dokument med planbestemmelser og retningslinjer som gjelder for de områdene som er angitt i plankartet, og kommuneplandokumentet med mål, strategier og arealstrategi. I arealstrategien oppsummeres strategier fra samfunnsdelen som har betydning for kommunens fremtidige arealdisponering. Under overskriften "*Strategier for fremtidig arealdisponering*" står det at folkehelse skal fremmes gjennom muligheter for fysisk aktivitet, muligheter for å treffe andre og trafiksikkerhet. Det står videre at folkehelse har stort fokus i kommuneplanen og at det er lagt vekt på å kunne gå til skole og andre hverdagsaktiviteter ved plassering av boligområder. Det trekkes også frem at friluftsområdene har fått hensynssoner og at trafiksikkerhet og støy har blitt vektlagt ved vurdering av innspill.

I bestemmelser og retningslinjer for kommuneplanens arealdel står det at "*folkehelsen skal ivaretas i arealplaner.*" Videre står det at ved utarbeidelse av reguleringsplaner skal det redegjøres for hvordan folkehelse sikres. Dette er bestemmelser og derfor juridisk bindende. Retningslinjene gir utdypende forklaringer og er ment for å gi en bedre forståelse og praktisering av bestemmelsene. Det vil si at de ikke kan brukes som hjemmelsgrunnlag for vedtak etter plan. Retningslinjene for hvordan folkehelsen skal fremmes gjennom arealplaner er:

- i. *En boligstruktur som er tilrettelagt for mangfold, integrering og inkludering.*
- ii. *En boligplanlegging som forsterker nærhet til knutepunkter, transport, service og andre samfunnsstrukturer.*
- iii. *Tilrettelegge for gode gang- og sykkelforbindelser mellom boligområder, skoler, barnehager, servicefunksjoner, utmark og grøntområder.*
- iv. *Tilrettelegging for gode hverdagslandskap.*
- v. *Tilrettelegging for fysisk aktivitet.*
- vi. *Kriminalitetsreducerende tiltak.*
- vii. *Trafikksikre veier.*
- viii. *Gode møteplasser for alle.*
- ix. *Å redusere luftforurensning.*
- x. *Å skjerme mot støy.*

På spørsmål om hvordan folkehelse fra kommuneplanens samfunnsdel kommer frem i arealplanen er det delte synspunkter. Ordføreren har ledet teknikk og naturutvalget som er kommunens faste planutvalg som ivaretar oppgaver og har ansvar for kommuneplanens arealdel, reguleringsplaner og arealplan. Han mener folkehelsen er inkludert i alle delene av planleggingen. Han trekker frem utvikling av flere næringsområder som ett av disse tiltakene fordi svært mange pendler i kommunen.

*"Det er god helse i det å ikke måtte pendle langt. Å etablere næringsområder i bygda handler ikke bare om at det blir flere arbeidsplasser, der har jo også et helseaspekt ved at det gjør det enklere for folk."*

Ordføreren legger videre vekt på at han er opptatt av at det skal kunne skje mye innenfor kommunegrensene slik at det er mulig å skape levende lokalsamfunn hvor folk har aktiviteter i nærmiljøet.

Flere av informantene mener at folkehelsen kunne vært integrert og synliggjort enda bedre i arealplanen, men legger vekt på at folkehelse temaet er så bredt at det er vanskelig å skille mellom hva som ikke er og hva som er folkehelse. En informant formulerer det slik:

*"Det står masse om folkehelse i samfunnsdelen. Men klarer vi egentlig å se konsekvensene i de juridiske dokumentene i planen? I bestemmelsene? I plankartet? Er det noe som tilsier at vi egentlig har gjort store grep annet enn at det står mye fint? Det er jeg kanskje litt usikker på."*

En av arealstrategiene for boligutvikling er å ha attraktive og tilpassede boliger for *alle grupper*. Noen av informantene mener at denne strategien ikke er synliggjort i arealplanens bestemmelser. En informant påpeker at retningslinjene for folkehelse i arealplaner handler om mangfold, inkludering og gode møteplasser, men at det er for diffust og lite konkret til å inkluderes i arealplaner med mindre det er for å bære på noe som er ekstra kontroversielt. Folkehelsekoordinatoren er positiv til at folkehelse er tatt med i bestemmelsene og retningslinjene for arealplan, men påpeker også at retningslinjene som skal være utdypende er vage.

En informant trekker frem at relevante innspill har blitt diskutert med barnas representant i kommunen. Barnas representant skal være barn og unges talerør i plansaker. Informanten påpeker at medvirkning er viktig, og at de relevante aktører må få komme med innspill. Informantene mener også at det er viktig at de som fagpersoner ser hva som er relevant, slik at representanter ikke "*drukner*" i dokumenter.

*"Medvirkning er viktig og vi ønsker så mye medvirkning vi kan få. Men faktisk medvirkning må jo også være relevant for den enkelte. Hvis vi krever å få svar fra for eksempel barnerepresentanten om noe som ikke har eller noen sinne vil få konsekvenser for barn og unge blir det for dumt. Vi kan ikke be om innspill bare for å få innspill."*

På spørsmål om hvorvidt folkehelsekoordinatoren er tatt med inn i planprosessen svarer enkelte informanter at det ikke er noe som er vurdert. Samfunnsplanleggeren trekker frem at det har vært fint å kunne prate med "*folkehelsefolka*" (kommunalsjef, folkehelsekoordinator og meg), fordi vi har kontor plasser i nærheten av hverandre.

Folkehelsekoordinator oppgir at det er en utfordring å "*... navigere i et kommunelandskap og balansere tiden som koordinator samtidig som man skal få gjort prosjektarbeid. ... Folkehelsearbeidet generelt er jo egentlig avhengig av at vi får prosjektmidler.*" Det folkehelsekoordinatoren sikter til er at store deler av arbeidsdagen går med til å delta og følge opp prosjekter. Selv om prosjektene er folkehelse relatert kan rapportering, økonomistyring og konkret prosjektarbeid med tidspress gå utover annet løpende



folkehelsearbeid koordinatoren ønsker å følge opp. Folkehelsekoordinatoren har brukt mye av tiden det siste året til å delta i kommunenettverk gjennom KS for å teste ut metoder for å utarbeide oversiktsdokumentene. Utarbeidelsen av oversiktsdokumentet ferdigstilles våren 2018, og vil ligge til grunn for den neste planstrategien for kommunene som slår seg sammen. Folkehelsekoordinatoren henviser til dokumentet som *grunnlagsdokument* fremfor oversiktsdokument, fordi det skal ligge som grunnlag for planarbeidet i kommunen.

En informant mener integreringen av folkehelsearbeidet i samfunnsdelen er enklere fordi ulike aktører har ansvar for å skrive "sine" deler av samfunnsplanen, deretter er det samfunnsplanleggeren som syr det sammen og legger det frem for politikerne. "*Ved å ha folkehelse som bakteppe for planen blir det en bevisstgjøring rundt folkehelse.*" Men informanten mener at det i arealplanen er andre aktører som har "*fingeren med i spillet*" og at folkehelse best kan integreres i utredninger av konsekvensene.

## 5.5 Bruk av HKV og folkehelseperspektiv i arealplanlegging

HKV-skjemaet er utviklet som en vurdering av konsekvenser for folkehelse og klima i politiske saker (se tabell 1, s. 16). Sjekklisten består av livsstilsfaktorer, sosiale faktorer, fysiske forhold og annet. Under annet-faktorer står blant annet økonomi. Hver faktor har flere undertemaer og har kolonner for å vurdere både positive og negative konsekvenser. Kommunalsjefen deltok i Østfold fylkeskommunes prosjekt hvor de utarbeidet HKV-skjemaet. Hun fortalte at første gangen de tok i bruk HKV inviterte hun seg selv om samfunnsplanleggeren inn i på et byggesaks møte om den nye barneskolen.

*"Vi møtte opp entusiastiske med skjema og var veldig klare for dette. (...) Vi argumenterte med folkehelseloven og plan- og bygningsloven og la vekt på bærekraftig utvikling. Det var mye motstand, men jeg opplevde at det ble mer akseptert underveis i møtet."*

Arealplanleggeren deltok også på det første møtet med HKV og forteller at han synes det var interessant å bruke verktøyet i en konkret sak slik som skolebyggingen. Videre påpeker han at det alltid kan oppleves som en forstyrrelse i arbeidshverdagen når slike nye verktøy skal prøves ut, spesielt når det kan være vanskelig å forklare relevansen.

*"Jeg har gjort et ærlig forsøk på å følge malen. Jeg har nok ikke gått like hardt inn for å bruke det i alle saker etter det, men det er fordi mange av disse vurderingene allerede ligger inne i annet lovverk som vi må behandle."*

Han sikter til at deler av HKV-sjekklisten slik som støy, forurensning, luftkvalitet, klima, universell utforming og friluftsliv allerede er faktorer som skal konsekvensutredes etter plan- og bygningsloven. Vurderingen av disse temaene i HKV-sjekklisten fører dermed til et dobbeltarbeid.

I kommuneplanens konsekvensutredning av arealinnspill (2017) er folkehelse vurdert som eget felt (se tabell 4). Her presenteres temaer, konfliktgrad og forklaringer for innspillenes

konsekvenser. I tabellens tredje kolonne står det forklaring og hvilke kunnskapsgrunnlag som kan benyttes for å innhente data. For denne utredningen har kommunen brukt HKV-sjekklisten til grunn (se tabell 1, s. 16). På spørsmål om hvorfor ikke oversiktsdokumentet eller andre folkehelsekilder var oppgitt som kilde svarte en informant at dette ikke var tenkt på som en mulighet, men at det kunne være noe å ta med videre.

Det at folkehelse er lagt inn i konsekvensutredningen trekkes av informantene frem som den mest synlige integreringsfaktoren av folkehelse i arealplanen. Informantene som har utarbeidet konsekvensutredningen oppgir at de har benyttet HKV-skjemaet mer som en sjekkliste enn å bruke det utfyllende i hver enkelt sak. I den samlede konsekvensutredningen er det kun oppgitt punkter fra skjemaets fysiske forhold: trafiksikkerhet, gang- og sykkelvei, universell utforming, tilgang til natur, friluftsliv, støy, forurensning og luftkvalitet. Informantene er skeptiske til om vurderingen av folkehelse tilfører noe ekstra utover det som ligger i de andre delene. Flere trekker frem det at arealinnspillene dreier seg om mer overordnede temaer og at de sosiale aspektene i folkehelse kan integreres bedre i planer på mer detaljnivå.

*”Det er vanskelig å si om et område for boligfelt kommer til å ha noe å si for integrering eller sosialt nettverk, men det kan komme bedre frem i for eksempel en reguleringsplan.”*

Tema	Konsekvens/ konfliktgrad	Forklaring, evt. Kunnskapsgrunnlag, usikkerhet
<b>Samferdsel og infrastruktur</b>		
Gang- og sykkelveier	Kun fargekode grønn, gul eller rød	Finnes det. Vil det bli stilt krav om ved utbygging?
Kollektivtilbud		Vurderes ut fra det generelle tilbud i kommunen
Trafikk		Trafikkbelastning, trafiksikkerhet.
Veier		Er det behov for nye veiløsninger?
Tele- og ledningsnett		Dekning, behov for utbygging.
Vann og avløp		Ledningsnett, kapasiteter på eksisterende nett. Behov for oppgraderinger, trykkforsterkning osv.
Avstand til skole		Avstand og rett til skoleskyss. For 1. klasse er grensen 2 km, og for de øvrige 4 km.
<b>Biologiske forhold</b>		
Verneområder		Kilde: Naturbase. Er tiltaket i konflikt med naturreservat?
Naturtype		Kilde: Naturbase. Sårbare/sjeldne naturtyper.
Naturmangfold/rødlistede arter		Kilde: Naturbase
Viltområder		Kantsoner, trekkveier osv.
<b>Miljø</b>		
Radon		Kilde: Statens strålevern: kommunerapport.
Støy		Veistøy / støy fra næringsvirksomhet / annen støy
Forurensning		Finnes det forurensning i grunn eller luft? Gir tiltaket forurensning? Er resipient sårbar?
Klima		Gangavstand til barnehage og skole. Bilkjøring til alle servicetilbud. Mulighet for fjernvarme i samarbeid med skole og barnehage?
Markslag/jordvern		Dyrka / dyrkbart / bonitet Kilde: NIBIO
Kulturminner/kulturmiljøer		Finnes det kulturminner i området? Kilde: Askeladden.
Kulturlandskap		Kilde: NIBIO/Naturbase

<b>Samfunn</b>		
Barn og unges interesser		Barns muligheter til leg og rekreasjon er ivaretatt. Det er trygg vei til skole og barnehage.
Friluftsområde (klassifisering)		Er området registrert og kartlagt friluftsområde. Verdsetting/klassifisering: (A=Svært viktig, B=Viktig, C=Registrert, D=Ikke klassifisert)
Transportbehov		Til barnehage, skole, servicetilbud, off.kontorer osv.
Sosial infrastruktur og tjenestebehov (skolestruktur, behov for ny skole, barnehage, idrettsanlegg m.m)		Er sosial infrastruktur i nærheten? Fører utbygging til behov for ny sosial infrastruktur?
Samfunnssikkerhet, risiko, sårbarhet		Rasfare / skredfare / flomfare / fare for oversvømmelse / annet. Kilde: NVE
Forholdet til strategi for framtidig arealbruk		Er området i konflikt med langsiktig arealstrategi? Stikkord: Fortetting, behov for nye områder, tettstedutvikling. Er området i konflikt med fylkesplanens arealstrategi?
Arealets egenhet for formålet		Er området attraktiv for den foreslåtte bruk?
<b>Folkehelse</b>		
Folkehelse – samlet vurdering		Bygger på en totalvurdering med hensyn til folkehelse. Bygger på kommunens særskilte sjekklister for folkehelseperspektivet i all saksbehandling.
<b>Samlet vurdering og eventuelle alternativer</b>		
Gjentakelse av de viktigste punktene fra enkelt tema. Skjønnsmessig vurdering av fordeler og ulemper. Eventuelle forutsetninger ved utbygging.		
<b>Konklusjon</b>		
Fargekode – <b>grønn</b> , <b>gul</b> eller <b>rød</b> . Aktuell tekst er: Forslaget tas inn i kommuneplanen. Forslaget tas delvis inn i kommuneplanen. (f.eks. under visse forutsetninger, eller deler av arealet foreslås tatt inn. Forslaget tas ikke inn i kommuneplanen.		

Tabell 4: Mal for informasjon hentet fra Kommuneplan for Trøgstad 2017-2029: Konsekvensutredning av arealinns spill.

Samfunnsplanleggeren mener at noen av punktene i HKV-skjemaet et unødvendig å måtte bruke tid på i mindre konkrete saker. Hun mener at det var langt enklere å bruke skjemaet da de så på reguleringsplanen for barneskolen, og at temaer slik som de under "livsstil" ble enklere å se i sammenheng.

*"Gjennom å snakke om temaene og se på området kunne vi faktisk se hvor det typiske røykehjørnet på skoleplassen ville blitt, det hadde vi nok ikke tenkt over uten skjemaet."*

Kommunalsjefen mener at det å arbeide med folkehelse er en prosess og at organisasjonen må være moden for å implementere nye verktøy. "Det er ikke gjort over natta." Det er også slik at verktøyet ble utviklet for å være til bruk for politikerne og rettet mot samfunnsdelen. Kommunalsjefen sier at den nok ikke er spesielt godt tilpasset arealplanlegging.

Alle informantene snakket om det å utvikle kunnskap sammen som en nøkkelfaktor for en god helsekonsekvensvurdering. Noen påpeker at det er fint med en enkel sjekkliste slik at man kan behandle saker alene, men større planer bør utarbeides i fellesskap.

Som saksbehandler og fagperson er man preget av tidligere erfaring, interesser og kompetanse. En informant sier:

*"Jeg har veldig tro på det å sitte sammen og prate om en aktuell sak. Det er den beste måten å utdanne og øke vår kompetanse. Jeg tror også at det er viktig at folkehelsekompetansen ligger hos alle, og ikke bare hos en folkehelsekoordinator som har nok å gjøre. Man lærer gjennom å se ting fra andres faglige perspektiv."*

Informantene oppgir at de opplever stor faglig frihet til å komme med sine vurderinger i saker, men påpeker også at det er politikerne som har øverste myndighet og at de kanskje ikke alltid er like opptatt av fagligheten i sakene.

*"Ofte er det de med høy stemme og økonomiske interesser som legger styringen på politikerne. De kjenner nok på dette presset, spesielt i en liten kommune. Problemet for folkehelse er jo da at vi kanskje ikke hører de som ikke hever stemmen godt nok."*

De fleste reguleringsplaner og bygg-relaterte initiativer er fra private aktører. Trøgstad er en liten kommune hvor det ikke er press på arealer slik som det er i større byer. En informant peker på det at kommuner i større grad bør kunne følge opp og veilede utbyggere, fremfor å bare behandle. Informanten trekker frem at det ville vært en måte å også få folkehelseforståelsen inn i utbyggernes planer. Utfordringene er gjerne kommuner mangler både kompetanse og ressurser til å ta på seg denne veiledningsrollen.

En informant mener det nesten ikke er mulig å sette krav til private utbyggere fordi det allerede er vanskelig å få dem til å bygge. Informanten sier humoristisk at det nesten er vondt å be dem utrede en reguleringsplan. I flere av intervjuene ble det mye snakk om rettferdighetsprinsippet og utjevning av sosiale ulikheter som oppleves av noen som litt satt på sidelinjen.

*"I Trøgstad kan vi nok ikke bruke plan- og bygningsloven til å utjevne sosiale forskjeller. Der må det nok andre virkemidler til."*

Informanten sikter til at det i kommuner med større utbyggingspress vil være enklere å utfordre private utbyggere til å arbeide for å utjevne de sosiale ulikhetene. Grunnen til at dette er utfordrende i Trøgstad er fordi det er så lite press at høye krav vil skremme bort utbyggere. Informanten mener det spesielt vil gjelde steder hvor noen prosent av leilighetene i et kompleks kan være kommunale boliger eller sørge for at det bygges leiligheter formet til ulike familieforhold. Videre påpeker informanten at han ser nødvendigheten med å bygge samfunn som sikrer at det *"ikke høpes opp med høyt utdannede rike mennesker ett sted, og fattige et annet sted."*

Flere av informantene peker på det at utfordringene er annerledes i Trøgstad som er en liten kommune, men at det er nødvendig å ha med seg tankegangen inn i ny storkommune.

*"For å være ærlig har jeg ikke tenkt over at man kan tenke utjevning i arealplanlegging av for eksempel boligfelt. Mer i sånn... "hvor skal skolen ligge" liksom. Når det gjelder for eksempel de nye omsorgsboligene er jo de ganske billige, men de er jo egentlig bare billige hvis man har noe å selge fra før."*

Informanten viser at det er muligheter ved det å trekke det sosiale aspektet inn i boligbygging også i Trøgstad. Alle enes om at spørsmål knyttet til sosiale ulikheter er noe som må forsterkes og tydeliggjøres i HKV-skjemaet, og flere peker på det at "sosiale faktorer" heller kan byttes ut med "utjevning av sosiale ulikheter". Informantene legger også vekt på at det er behov for å få mer kompetanse om hvilke faktorer som kan vurderes for å si noe om et forslag vil være uheldig for sosial ulikhet i helse. En informant trekker frem at det først og fremst trengs kunnskap om hvilke faktorer som skal prioriteres i folkehelsearbeidet, og hvordan dette skal kobles til planleggingen.

*"Det viktigste virkemiddelet for å ivareta folkehelse i all planlegging er å få det innunder huden på de som skal jobbe med saksbehandling, planlegging og spesielt under huden på politikerne. Først og fremst administrasjonen selvsagt. Hvis ikke kommer det ikke frem i dagens lys."*

## 5.6 Folkehelsevurderinger som del av saksbehandlingsmalen

Det blir påpekt at det er verdigrunnlaget i kommuneplanen som sier noe om hvordan man ønsker å tilrettelegge for et godt kommunesamfunn, og at det må videre ligge til grunn for den videre detaljplanleggingen. Politikerne trekker frem at politikerne kan ha en tendens til å glemme tidligere vedtak, spesielt når det handler om så overordnede og lite konkrete mål og visjoner som folkehelse.

*"Vi må bli flinkere, for det tror jeg vi kan være dårlige på, å huske tilbake på tidligere vedtak. Og når det kommer en ny sak så må vi være tøffe nok til å stå ved det vedtaket. Det er så viktig at administrasjonen klarer å legge frem de positive og de*

*negative sidene ved en sak, men også klarer å forankre rådmannens innstilling i planene.”*

Sitatet viser at det ikke bare er politikerne som kan bli flinkere til å huske tidligere vedtak, men også at kommuneadministrasjonen bør gjøre en bedre jobb for å vise at rådmannens innstilling er forankret i planverket.

Siden kommunen deltok i HKV-prosjektet har det vært et ønske fra flere å integrere folkehelse som en del av saksbehandlingsmalen. Alle informantene er enige i at dette bør inkluderes, så lenge det er mulig å fjerne hvis det ikke er av relevans. Kommunalsjefen mener det i saksbehandlingsprogrammet bør ligge som en overskrift, slik at det fungerer som et stopp-punkt for alle saksbehandlere. Hun syns også at det er bedre at overskriften kan fjernes i saksfremlegg saksbehandleren ikke ser det som relevant å inkludere, fremfor at det skal skrives ”ikke relevant” inn under overskriften.

De som har brukt HKV-skjemaet mener at det bør kunne brukes som en sjekklister ved saksbehandling, men at den trenger å videreutvikles. Flere mener at det som står under ”sosiale faktorer” bør utdypes og gjøres bedre og at verktøyet er nødt til å bli enklere å forstå. Noen mener det heller kunne vært konkrete spørsmål, fremfor stikkord. Og at det kanskje kunne vært ulike skjemaer knyttet til ulike former for saker.

Ordføreren hadde ikke tidligere hørt om forslaget om å ta det inn i saksbehandlingsmalen, men hadde umiddelbare tanker om forslaget:

*”Det kan være greit med en bevisstgjøring, men jeg er også redd for at det blir en floskel folk går lei. Jeg hører det i kommuner rundt meg at folk er litt lei begrepet folkehelse. Fordi det liksom kan brukes om alt. Jeg tror man må balansere det ut slik at det ikke føles som en byråkratisering av arbeidet. Det må være veldig målrettet og praksisnært og essensielt for hver sak.”*

Det et spesielt bredden i begrepet som trekkes frem som komplisert også i arbeidet med HKV. En informant peker på at man ikke alltid kan sitte sammen og snakke om alle saker selv om de er relevante for folkehelsen, da vil saksbehandling ta for lang tid.

*”Det er som jeg har nevnt før et dobbelttydig begrep. Kanskje det er folkehelse i å bygge steder hvor folk ikke trenger å kjøre bil, men tenk om det er motsatt? Kan det ikke være sånn at å presse folk sammen skaper det motsatte? Når jeg sitter for meg selv og tenker over folkehelse blir jeg noen ganger veldig usikker på hva som er faktisk er folkehelse i plan.”*

En annen informant sier at:

*”Folkehelse kan være noe for noen og noe annet for andre. Vi har flere eksempler på at begrepet blir brukt motstridende, og jeg er derfor redd for at det ender opp med å vannes ut.”*

Til nå har presentasjonen av resultatene vist at folkehelsebegrepets bredde er en utfordring for å forstå og konkretisere i vurderinger. I det neste delkapittelet presenteres en sak som viser nettopp til denne utfordringen.

## 5.7 Motorpark – et folkehelseiltak?

For å illustrere hvor bredt og motstridende folkehelsebegrepet kan være har jeg valgt å inkludere en sak som har skapt stor debatt blant administrasjon, politikere og lokalbefolkningen.

*”Du må være veldig positiv til motorbaner hvis du mener motorbane er et grep for folkehelsa. Jeg har hørt ledelsen snakke varmt om motorparken som et folkehelseiltak, da har jeg tenkt for meg selv at det blir for dumt.”*

Et forslag til arealplanen var etablering av en motorpark. Konsulentfirmaet COWI AS fikk i oppdrag av Trøgstad kommune å gjøre en konsekvensutredning for forslaget (COWI 2017). Konsekvensutredning trekker frem både positive og negative sider ved lokaliseringen av motorparken. Det er ingen boligfelt i nærområdet, men det er flere gårdsbruk og enkeltboliger som antakeligvis vil bli sterkt berørt. Nærområdet kan også bli utsatt for støvplaner og forurensning av anlegget. Det legges også vekt på at motorsport ikke kan sees som et positivt tiltak for miljøet, men at behovsutredningen er et politisk spørsmål. Folkehelse er ikke nevnt i konsekvensutredningen, men flere av de nevnte aspektene er av relevans. På grunn av den mer utdypende konsekvensutredningen er ikke forslaget konsekvensvurdert etter tabellen som vist i tabell 4. Rådmannens innstilling var å ikke ta forslaget inn i planen, men kommunestyret valgte å inkludere den. Det vil ikke dermed si at det blir etablert motorpark der, men at det må gjøres flere utredninger slik som støymålinger og lignende.

Politikerne har brukt folkehelse som et argument for å etablere motorpark. Ordføreren sier:

*”Vi koblet denne saken opp mot folkehelse fordi vi mener det er et tiltak som gagnar folkehelsen. Mange som deltar i motorsport er grupper som faller utenfor den tradisjonelle idretten. Motorklubbmiljøet i Trøgstad er sterkt og gjør at vi klarer å ha et sunt miljø ved siden av de klassiske fritidsmiljøene.”*

Informanter mener saken er kontroversiell hvor det er et opplagt folkehersedilemma, siden folkehelse kan brukes som argument på begge sider.

*”I Helsehusets høringsuttalelse står det at det å bygge motorbane vil gå utover folkehelse fordi det vil gå utover folkehelsen hvis terapiidningen blir nedlagt.”*

Politikeren forteller at det er saker som dette som gjør det vanskelig å være kommunepolitiker:



*"Det er to grupper vi på en måte må vurdere livskvaliteten til. Hvis vurderer på antall er det jo motorbane det blir. Det er et veldig stort miljø i Trøgstad som gir mye glede og mestring. Men på den andre siden er det snakk om folks hjem, hus og familie."*

Ordføreren mener at det bør være mulig å forene flere hensyn ved å for eksempel ha avtaler om hvilke dager det kan være støyende.

*"Det er jo dette som er utfordringen for oss politikere også – å gjøre avveininger for at helheten skal bli best mulig og favne flest mulig."*

En informant som stiller seg negativ til bruken av folkehelsebegrepet i denne saken er også skeptisk til hvor stort behov det er for en motorpark. Informanten mener at det er et problem at de som stiller slike saker til forslag er svært ressurssterke og presser lokalpolitikerne. Informanten trekker frem at det sannsynligvis ikke bare gjelder i denne saken, men i andre som også får mye oppmerksomhet.

*"Det kan godt tenkes at denne gruppen ikke deltar i mange andre aktiviteter. Men det vil jeg se tall på. Det er klart vi skal løfte fram de som stiller svakere i samfunnet, men i denne saken mener jeg at det ikke er denne gruppen. Jeg mener også at det er tulle å bruke folkehelse som argument for. Det er også snakk om å bygge ned jord."*

Andre trekker frem at folkehelse brukes som argument for å dekke over at det er et ønske om denne type drift hos politikerne. De mener at folkehelse bare er plukket ut for å få saken til å høres finere ut.

*"Folkehelse er selvsagt ikke bare å gjøre hyggelige ting i skogen og møtes på biblioteket. Men vi må først se hvilke tilbud som allerede eksisterer for denne gruppen og om deres behov kan løses på en annen måte."*

Folkehelsekoordinatoren mener det er viktig å trekke inn hvorvidt dette tiltaket kan forringe verdien av boligene som ligger rundt. *"Forringer det boligprisene? Hvem får da råd til å bo der? Jo, de med dårligst økonomi. Og det er særs dårlig behandling at de med dårligst økonomi også skal oppleve mest støy."*

Informantene påpeker at folkehelse har blitt "solgt inn" til de som driver med plan fordi det har en tett kobling til bærekraftig utvikling. Men informantene mener at dersom folkehelse kan brukes som begrep for å etablere noe som ikke er miljøvennlig, blir begrepet igjen enda mer forvirrende. En av informantene mener at den største utfordringen folkehelse står ovenfor, uansett sak, er seg selv. Informanten mener at motorbanesaken er et eksempel på hvordan man kan sne et bredt begrep til å passe det man selv ønsker. Med en humoristisk tone spør hun: *"Hvis folkehelse er alt, er det vel kanskje ingenting?"*

## 6. DRØFTING

Trøgstad kommune har jobbet aktivt med å integrere folkehelse i plan gjennom å løfte folkehelse opp som et overordnet mål i kommuneplanen. En utfordring ved bruk av visjonære begreper på et overordnet nivå er at det ikke nødvendigvis finner sin vei ned i organisasjonen og blir en del av den daglige praksisen. Kommunen har tatt noen grep for å innføre folkehelse i arealplanleggingen gjennom rulleringen av kommuneplanen. Det er fremdeles en vei å gå, men gjennom intervjuene kom det frem både muligheter og begrensninger for videre brøyting av denne veien. Funnene av de mulighetene og begrensningene ved integrering av folkehelse i arealplanlegging, samt mulighetene for bruk av helsekonsekvensvurderinger som verktøy for integrering skal videre i dette kapitlet drøftes i lys av teorier og tidligere studier.

### 6.1 Oversettelse og spredning

*Øversettelsesutfordringen* trekkes i tidligere studier frem som en av kjerneutfordringene for å integrere folkehelse i plan (Hofstad 2014). Utfordringen dreier seg om at kommunene må oversette de nasjonale ambisjonene og styringssignalene til sin lokale kontekst. Kommunene må gjøre folkehelsearbeidet håndterbart og forståelig, og derigjennom organisere sin aktivitet på nye måter (ibid). De to andre kjerneutfordringene, *samfunnsutviklings-* og *samstyringsutfordringen*, presenteres og drøftes senere i kapitlet. Oversettelse av folkehelse avhenger av hvilke forutsetninger og kunnskap oversetteren har (Røvik 2007). Denne translatørkompetansen et viktig verktøy for hvordan folkehelseperspektivet, som et virus, blir mottatt, spredt og innarbeidet i organisasjonens praksis (ibid). Det er spesielt nåværende kommunalsjef, tidligere folkehelsekoordinator, som utpekes som Trøgstad kommunes viktigste folkehelse-translatør. Alle informantene deler en bred forståelse av folkehelse som begrep, noe kan tyde på at folkehelse har blitt løftet ut av helsesektoren og fått et fotfeste i bredden av organisasjonen. Det at folkehelse er forankret som overordnet mål i kommuneplanen kan også tyde på at begrepet har kommet gjennom det ytre forsvarsverket, som i dette tilfellet er ledelsen (Røvik 2007). Det å sette folkehelse som overordnet mål i kommuneplanen kan også sees som et tiltak ledelsen gjør for å forankre folkehelse i hele organisasjonen og dermed komme gjennom det indre forsvarsverket (ibid).

Den administrative plasseringen av folkehelsekoordinatoren kan ha betydning for om folkehelse får gjennomslagskraft (Schou et al. 2014). Erfaringer fra andre kommuner viser at en strategisk plassering nær rådmannen er viktig for gjennomslagskraften (ibid). Nåværende kommunalsjef var tidligere stabssjef med folkehelsekoordinator som en av sine roller. Det at folkehelse har vært plassert strategisk i kommuneorganisasjonen, og ikke som del av helse- og omsorgssektoren, er en av grunnene til at det sektorovergripende folkehelseperspektivet og dets tverrfaglige karakter har blitt løftet frem på dagsorden. I tillegg har ledelsens vilje og ønske til å jobbe med folkehelse hatt stor betydning for forankringen. Kommunens ledelse

legger vekt på at folkehelse er noe som må innarbeides over tid. De sier at organisasjonen må være moden for å endres og at man som leder må velge ut de områdene innen folkehelseforståelsen som har betydning for de det snakkes til. Disse punktene står i sterkt samsvar med både translasjon- og virusteorien (Røvik 2007). Oversetterne, i denne omgang rådmann og kommunalsjef, har vært tålmodige med innføringen av folkehelseperspektivet. De snakker om det å bruke riktig språk til riktig aktør. Kommunalsjefen er spesielt inne på dette når hun snakker om at folkehelse enklere kan få fotfeste i politikkenes venstreside med å spille på fellesskap og nærhet til tjenester. Ledelsen har spilt på det som i virusteorien kalles *adhesjon* – språksmitte ved hjelp av begreper, resonnementer og argumenter som er tiltrekkende og lett kommuniserbare (Røvik 2007). Dersom kommunestyret og de politiske utvalgene hadde hatt en annen sammensetning er det kanskje andre deler av folkehelsebegrepet som burde blitt språksatt. Det kunne for eksempel vært mer rettet mot individuelle fordeler, samfunnsøkonomiske gevinster og eldrepolitikk. De nevnte eksemplene er viktige for alle politiske partier i Norge, men å språksette folkehelsebegrepet ut fra de ledende politiske ideologiene kan være nyttig for å skape politisk eierskap til begrepet. Kommuneledelsens translatorkompetanse er strategisk og viser at de har kunnskap om hva som skal oversettes fra, og hvor det skal oversettes til (Røvik 2007).

Å sette folkehelse som overordnet mål i kommuneplanen er en måte å gjøre folkehelsearbeid til et styringsverktøy, og kan sees som en måte å hierarkisk oversette folkehelse som organisasjonsidé nedover i organisasjonen (Miljøverndepartementet 2012b; Røvik 2007). For at en organisasjonsidé skal festes og materialiseres i praksis må det gjerne tilføres instruksjoner og regler som de ansatte anser som nyttige (Røvik 2007). Denne materialiseringen kan ta tid, avhengig av hvor kompleks ideen og organisasjonen er (ibid). Det at folkehelse trekkes frem som noe man snakker om "*i gangen eller på kontoret*" kan være både en fordel og en ulempe for folkehelseoversettelsen i planverket. Det kan tyde på at det ikke er så store organisatoriske barrierer mellom sektorene og fagpersonene i administrasjonen, som i andre studier trekkes frem som en utfordring (Hofstad & Bergsli 2016). På en annen side kan det vise at folkehelsearbeidet er sårbart. Dersom det ikke er etablerte rutiner for å inkludere folkehelse i planleggingen, vil det avhenge av at folkehelsekoordinator er tilstede og tilgjengelig. Når, eller om, folkehelseaspektet trekkes inn i planleggingen vil da avhenge av tilfeldigheter. Samtidig kan dette vise at folkehelseperspektivet er såpass innarbeidet i administrasjonen at det naturlig trekkes inn i den uformelle fagpraten. Folkehelse har blitt en del av kommuneorganisasjonens språk, men det ser ikke ut til å være ferdig oversatt til bruk i arealplanleggingen. I lys av virusteorien er ikke inkubasjonstiden for folkehelse som en organisasjonsidé over (Røvik 2007).

### 6.1.1 Translasjonens styrke og organisasjonens forsvarsverk

Da Dahlgren og Eise (2015) evaluerte HKV-prosjektet fant de stor motstand mot innføringen av folkehelseperspektivet i arealplanleggingen fordi informantene ikke så folkehelse som en del av sin arbeidsinstruks, og fordi de ikke så et behov for å vurdere mye av det samme som de allerede var lovpålagt å utrede. Nå, tre år senere, ser det ut til at dette indre

forsvarsverket har blitt svekket og at folkehelseperspektivet har fått større aksept. Flere av informantene i denne studien mener at de lærte å se nye sider ved en sak gjennom byggesaksmøtet hvor de brukte HKV-sjekklisten i barneskolens reguleringsplan. De sier de fikk kunnskap de senere har prøvd å ta med seg videre inn i saksbehandling. Likevel ser det ut til at temaene som vurderes innenfor folkehelseperspektivet i arealplanlegging forholder seg til de fysiske- og kjemiske forholdene slik som støy, forurensning og trafikkikkerhet. Av de mer sosiale strukturene er det universell utforming, tilgang til friluftsliv og rekreasjonsområder som har fått innpass. Dette er temaer som er viktige for å ivareta befolkningens helse, men er allerede faktorer som skal vurderes i det øvrige planarbeidet. Det ser derfor ikke ut til at folkehelsevurderingen av innspillene til arealdelen har belyst andre sosiale strukturer eller inkludert et fordelingsperspektiv. Selve tabell-malen for konsekvensutredningen av arealinnspillene er hentet fra *Veileder for konsekvensutredninger av kommuneplanens arealdel*, som er utarbeidet av Miljøverndepartementet (2012a). Trøgstad kommune har utvidet tabellen ved å inkludere blant annet folkehelse som tema. Folkehelse nevnes ikke i veilederen fra Miljøverndepartementet, men "*befolkningens helse*" nevnes på én side hvor det henvises til forskrift for konsekvensutredninger. I forskriftens § 21 fremgår det at utredningen skal "*...identifisere og beskrive faktorer som kan bli påvirket og vurdere vesentlige virkninger for miljø og samfunn*" hvor "*befolkningens helse og helsens fordeling i befolkningen*" oppgis som et punkt. Det fremgår ikke i veilederen hvordan dette kan konsekvensutredes.

De som har hatt ansvar for planlegging og som driver med saksbehandling og arealplanlegging har vært mottakerne av folkehelse som organisasjonsidé, og har måttet oversette dette videre til sin praksis. Alle aktørene kan ha sin egen forståelse av den sentrale problemstillingen, og dermed kan oversettelsen ende opp med flere ideer og meninger som kan stå i motsetning til hverandre (Røvik 2007). Det er mulig at aktørene har modifisert folkehelseaspektet gjennom å trekke fra noen elementer slik at det kan passe inn i planleggingskonteksten. Selv om translatøren har forsøkt å integrere forståelsen av de sosiale faktorene, kan aktørene ha valgt å fjerne dem fra sin vurdering. Grunnen kan være at oversettelsen ikke var god nok, siden aktørene ikke forsto hvordan determinantene skulle vurderes. Eller det kan være at aktørene ikke så det som nødvendig ressursbruk. I dette tilfellet ser det ut som det er en blanding av begge grunnene. Aktørene synes det var vanskelig å vurdere fordi de ikke forsto hvordan det skulle brukes, og selve HKV-sjekklisten har ingen retningslinjer eller eksempler som viser dette. Samtidig opplevde aktørene at flere av faktorene allerede var vurdert, og at det derfor ikke var nødvendig å inkludere. Sammenlignet med temaene hentet fra Miljøverndepartementets tabell-mal har ikke HKV-skjemaet oppgitt henvisninger til kilder hvor man kan finne informasjon om temaene. En henvisning til for eksempel oversiktsdokumentet og folkehelseprofilen kunne muligens gitt et bedre grunnlag for vurdering. Det fremgår hverken av Miljøverndepartementets veileder for konsekvensutredninger, eller forskrift om konsekvensutredninger hvordan befolkningens helse og helsens fordeling i befolkningen skal, eller kan, vurderes. Når HKV-verktøyet oppgir

at fysiske forhold skal vurderes, selv om det allerede er blitt vurdert under andre temaer, oppfattes det som støy og unødvendig ressursbruk.

Det interne forsvarsverket kan være preget av stivhengighet uten at aktørene selv er bevisst på det (Røvik 2007; Torfing 2001). Ved å kun vurdere de fysiske forholdene for folkehelse i arealplanleggingen har aktørene tatt noe de allerede gjør og pakket det inn under en ny overskrift. Arbeidet translatørene har gjort med å gjøre organisasjonen kjent med bredden i folkehelsebegrepet har løftet folkehelse ut av jogging-og-gulrot-tankegangen, men ikke nødvendigvis ført til en ny praksis. Arealplanlegging er knyttet til sterke føringer og vurderinger hvorav mange er konkrete og målbare. Fysiske forhold slik som støy og forurensning har fastsatte kunnskapsrammer og grenseverdier som gjør det langt enklere å vurdere enn sammenhenger mellom sosial ulikhet og helseforskjeller (Dahlgren & Ese 2015). Utfordringen er, slik jeg ser det, å klare å vurdere hvilke konsekvenser et arealmessig tiltak vil ha i et helhetlig perspektiv og om det vil utgjøre forskjeller for ulike samfunnsgrupper. Hva vil det eksempelvis si for beboerne i boligfelt A og boligfelt B dersom det vedtas at boligfelt C skal bygges i et område med bedre utsikt? Vil verdien av denne utsikten gå på bekostning av verdien i de andre boligfeltene? I hvor stor grad har menneskene som vil bli berørt av forslagene fått medvirke? Slike vurderinger er ikke alltid målbare eller basert på sikkerhet. Folkehelsearbeidets kompleksitet og usikkerheten knyttet til tiltak med målbar effekt gjør det utfordrende å vurdere folkehelse i arealplanleggingen.

## 6.2 Behov for målrettet folkehelse og planlegging

Folkehelsebegrepets bredde er en utfordring som trekkes frem i flere studier (Aarnes 2016; Hofstad & Bergsli 2016; Schou et al. 2014; Synnevåg et al. 2018). Utfordringen er knyttet til usikkerhet rundt hva selve begrepet inneholder, hvilke områder kommunene bør prioritere og kunnskap om hvilke tiltak som faktisk fungerer. Folkehelsebegrepet oppfattes så vidt at det oppleves utfordrende for informantene å gjøre vurderinger basert på kommunens kartlagte utfordringer.

Hver kommune skal ha en skriftlig oversikt over befolkningens helsetilstand, hvor de største folkehelseutfordringene for kommunen er identifisert (Folkehelseloven 2011, § 5). Kommunalsjefen i Trøgstad og nåværende folkehelsekoordinator var i 2016-2017 med i et kommunenettverk ledet av KS, for å teste ut metoder for å utarbeide oversiktsdokumenter. Oversiktsdokumentet for kommunen ferdigstilles i april 2018 og er utarbeidet gjennom et interkommunalt samarbeid med kommunene som slås sammen, pluss en til. Dokumentet vil ligge til grunn for planstrategien i ny kommune. I idéheftet som ble utviklet av Helomplanprosjektet, som dette oversiktsarbeidet er en del av, blir det foreslått en tverrsektoriell arbeidsmetode for å trinnsvis velge ut prioriteringsområder basert på identifiserte utfordringer (KS 2017). Metoden bygger på at det gjennom flere runder med vurderinger velges ut de tre-fire viktigste folkehelseutfordringene som tematiseres og presenteres for kommunestyret som de utfordringene som bør ligge til grunn for planstrategien (ibid). Dette er en måte å konkretisere rammene for kommunens videre folkehelsearbeid.

Oversiktsdokumentet fra 2015 nevnes så vidt av denne studiens informanter. Det fremkommer ikke tydelig under noen av oversiktsdokumentets 63 overskrifter hva som er kommunens største folkehelseutfordringer. At dokumentet har 63 overskrifter med tilhørende statistikk viser folkehelsebegrepets kompleksitet. Det er også interessant at det er begrepsmessige uenigheter i forbindelse med oversiktsdokumentet. I studier omtales dokumentet gjerne som *oversiktsdokumentet*, *helseoversikten* eller *oversikten over helsetilstanden* (Helgesen et al. 2017; Hofstad & Bergsli 2016; Schou et al. 2014). I Trøgstads oversikt fra 2015 var tittelen "*Befolkningsoversikt – oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.*" Folkehelsekoordinatoren bruker derimot begrepet *grunnlagsdokument*, og mener dette begrepet passer bedre for bruksområdet og målet med dokumentet – å skape et kunnskapsbasert folkehelsearbeid som integreres og legger premisser for planleggingen (Helsedirektoratet 2010b). I lys av translasjonsteorien kan det å endre tittelen på en idé, i dette tilfellet dokumentet, endre forståelsen av dokumentets verdi og bruksområde, selv om innholdet ikke nødvendigvis endres (Røvik 2007).

Et ønske om alternative begreper gjelder ikke bare for oversiktsdokumentet, men også for folkehelse. I en studie av Synnevåg et al. (2018) trekkes det frem at enkelte kommuner opplever at ordet "helse" i folkehelse kan være et hinder for å integrere folkehelse tverrsektorielt. Det vises videre til at det kan være hensiktsmessig å bruke alternative begreper for folkehelse, nettopp på grunn av begrepets kompleksitet. I deres artikkel trekker de frem en kommune som brukte levekår som et alternativ. Dette kan tenkes å være hensiktsmessig såfremt det er levekårsutfordringer som er kommunens fremste folkehelseutfordringer. Levekår dekker ikke hele bredden av folkehelsebegrepet, men kan bidra til en forenkling og spissing av hvilke områder det trengs å sette inn tiltak. I Trøgstad kommune ser det ikke ut til at den største utfordringen med folkehelsebegrepet er at helse er en del av begrepet. Slik jeg forstår informantene er utfordringen knyttet til at begrepets kompleksitet gjør det vanskelig å operasjonalisere. Translatørene i Trøgstad har brukt plan- og bygningslovens bærekraft-forankring for å fremme folkehelse blant planleggerne. Både folkehelse og bærekraft er brede begreper, men bærekraftbegrepet skiller seg litt fra folkehelse, fordi det har tydeligere dimensjoner. For at noe skal være bærekraftig må det oppfylle alle de tre dimensjonene – økonomisk, miljømessig og sosialt (Opp 2017). Folkehelse har ikke disse avgrensede dimensjonene, og kan dermed stå i større konflikt med seg selv, slik som motorparksaken viser.

Motorparken kan ikke bruke bærekraft som argument fordi miljøhensynet ikke ivaretas, men folkehelsebegrepet kan brukes fordi det handler om å støtte opp en gruppe som faller utenfor mange andre aktiviteter. Dette viser at oversettelsen av folkehelsebegrepet har blitt akseptert utover det tradisjonelle fysiske aktivitet- og ernæringsperspektivet. På en annen side er det også miljøhensyn som skal ivaretas i folkehelseaspektet – hvor stort inngrep gjør motorparken i naturen som kan påvirke for ferdsel og naboer? Er det et så stort behov for en motorpark for at ungdommen skal oppleve mestring og derigjennom forbedre folkehelsen? Eller handler det om at det bør bygges en motorpark som hever omdømmet til kommunen

som en motorsportkommune? Og hvordan kan vi måle hvor mye mer trivsel det vil gi befolkningen generelt, sammenlignet opp mot mistrivselen blant naboer som kanskje må legge ned sin virksomhet og flytte fra sine hjem? Den motstridende bruken av folkehelsebegrepet gir etter min mening et bilde av at det trengs å avgrense hvilke folkehelseområder kommunen bør prioritere.

### 6.2.1 Et ekstra gode

Folkehelsebegrepets kompleksitet gjør det vanskelig å forstå fordi det kan bety alt og ingenting på en gang (Synnevåg et al. 2018). En av informantene i Trøgstad stilte seg spørsmålet om folkehelse er alt så er det kanskje ingenting. For 45 år siden skrev Wildavsky (1973) artikkelen *"If Planning is Everything, Maybe it's Nothing"* hvor han kritiserte langsiktig planlegging fordi det aldri så ut til å fungere i praksis eller gi resultater for en verden i endring. Alexander (1981) svarte noen år senere med artikkelen *"If planning isn't everything, maybe it's something"* hvor han mente at planlegging i større grad måtte sees på som en måte å utarbeide strategier. Videre skrev han at det ikke kan eksistere en universell modell for planlegging, men at planleggere er nødt til å innta ulike roller i forskjellige kontekster. I nyere tid har Falleth et al. (2011) kritisert tanken om at planlegging skal ha så store styringsambisjoner som den i dag. De mener at ambisjonene fører til at planleggingsfaget blir for komplekst til å være målrettet. Slik jeg ser det, deler både planlegging- og folkehelsefaget nettopp denne kompleksiteten og behovet for konkretisering for å kunne integreres i arealplanleggingen.

Folkehelsekoordinatoren trekker frem at konkretiseringsarbeidet i oversiktsdokumentet kan være et virkemiddel for å begrense at folkehelse brukes som et begrep for "alt". Kommunen har fått folkehelse- og prosjektmidler til flere ulike prosjekter, noe som gjør at folkehelse gjerne brukt som begrunnelse i prosjektsøknader. Informantene forteller at ansatte går lei av folkehelsebegrepet når det blir stemplet på alt som foregår. I det vellykkede arbeidet med å løfte folkehelse ut av jogging-og-gulrøtter-fellen ser det ut til at oversettelsesarbeidet har ført folkehelsebegrepet inn i en ny språkfelle. Begrepet står i fare for å bli en pyntegenstand eller et "ekstra gode" i enkeltsaker. Dette går igjen i funn knyttet til arealplanlegging. Falleth (2010) hevder utbyggere legger inn det hun kaller en "ekstra gode" i byggeprosjekter i form av klima-, miljø- og folkehelse-goder. Disse godene brukes gjerne for å få gjennomslag for kontroversielle byggeprosjekter. Dette gjelder spesielt i mer tettbebygde strøk hvor det er større utbyggingspress (Falleth et al. 2011). Dette presset er ikke sammenlignbart med det som foregår i Trøgstad, men likevel trekker informantene frem at enkelte av de diffuse retningslinjene i arealplanen kun vil brukes dersom det er noe kontroversielt som skal bøtes på.

Enkelte informanter trekker frem at folkehelse er brukt som et ekstra gode i motorparksaken. Begrepet er brukt for å få saken til å *"høres finere ut."* Det nevnes at det er en ressurssterk gruppe i samfunnet som er forkjempere for saken, og at det i verste fall kan gå på bekostning av andre grupper som ikke er like flinke til å heve stemmen. De sterke stemmene bruker folkehelse som et argument på vegne av en annen gruppe – ungdom som

faller utenfor. Men hever noen stemmen på vegne av dem som ikke ønsker utbyggingen? I følge medvirkningsprinsippet skal individer og grupper ha mulighet til å påvirke beslutninger som angår dem og deres helse (Prop. 90 L (2010-2011)). I denne saken kan det se ut som det er to grupper som står i motsetning til hverandre, og folkehelsebegrepet kan i sin bredde brukes på begge sider. Det kan tenkes at slike motsetninger vil komme til syne i helt andre arealmessige tiltak. Et tenkt eksempel kan være om det skal vurderes hvorvidt det skal brukes midler på å tilrettelegge for sykkelvei i et område, eller om disse midlene heller skal brukes til å forbedre snarveier og ganglinjer i et annet område. La oss i dette tenkte tilfellet si at i spissen for tilretteleggingen av sykkelveien står sykkelgruppa i kommunen. Det er en ressurssterk gjeng som hever stemmen sin på folkemøter, som skriver leserinnlegg til lokalavisen og har et stort nettverk. Sykkelveien er tenkt å ligge svært lett tilgjengelig for et boligfelt med relativt nybygde, store eneboliger hvor en høy andel av befolkningsgruppen representerer høyt utdannede mennesker med høy inntekt. Alternativet er å forbedre snarveier og ganglinjer i et eldre boligområde hvor befolkningsgruppen er mer sammensatt. Boligene i området er mindre og rimelige enn i det andre området og det er derfor en større andel av eksempelvis enslige foreldre, grupper med lav utdanning og mennesker som mottar trygdeytelser. Svært få i dette boligområdet skriver leserinnlegg og ingen av dem møter opp på folkemøter. Men forbedring av ganglinjene og snarveiene her vil forbedre områdets attraktivitet og tilgjengelighet til nærliggende tjenester. Det vil kanskje gjøre skoleveien kortere og bedre for barna. I lys av å bruke folkehelse som argument er det ingen tvil at sykkelvei vil få mye omtale som et viktig folkehelseiltak. Men i lys av medvirknings- og utjevningssprinsippet er kanskje forbedring av snarveier og ganglinjer et langt bedre folkehelseiltak som vil gi langsiktige forbedringer for en mer sårbar gruppe. Sannsynligvis ville denne gruppen sjelden, eller aldri, benyttet sykkelveien i det andre området. Dette er kun et tenkt eksempel som er satt på spissen. Jeg har valgt å inkludere det for å belyse hvordan kompleksiteten i folkehelseargumentet som kommer til syne i motorparksaken, også kan gjelde i andre saker. Nettopp på grunn av denne kompleksiteten er det viktig at kunnskap om hva folkehelse består av, og hvordan tiltak kan vurderes i lys av det, er forankret i både kommuneorganisasjonens administrasjon og hos politikerne.

I sin artikkel om plan- og bygningsloven som verktøy i folkehelsearbeidet stiller Hofstad (2015) spørsmål om det i lokal planlegging utvikles arealbestemmelser for å fremme folkehelsehensyn. Hun spør om disse bestemmelsene er konkrete og tallfestede, eller om de angir skjønnsbaserte funksjonskrav som kan forhandles bort. I Trøgstads arealplan fremgår det at folkehelsen skal ivaretas i alle planer. Men hva er å ivareta folkehelsen i plan hvis ingen har satt rammer for begrepet? Hvis private aktører kan velge hva som er folkehelse for dem, hva blir da utfallet? Retningslinjene er ment til å være utdypende forklaringer, men kan for noen kanskje føre til mer forvirring. Det å *"tilrettelegge for gode hverdagslandskap"*, *sørge for "gode møteplasser" for alle og sikre en "boligstruktur som er tilrettelagt for mangfold, integrering og inkludering"* er i tråd med helsefremmende arealplanlegging. Men bestemmelsene og retningslinjene gir ingen føringer for hva en slik planlegging innebærer. Det er tydelig at Trøgstad kommune har forsøkt å knytte folkehelsens bredde inn i



arealplanleggingen ved å inkludere disse retningslinjene, noe som tyder på at kommunen har et ønske om å ta et skritt i retning mot det flerdimensjonale folkehelsearbeidet. Det neste skrittet som bør tas er å konkretisere prioriteringsområder, slik at folkehelse i større grad blir målrettet.

Det er også viktig å se til at planlegging skal bygge på økonomiske og ressursmessige forutsetninger, og ikke være mer omfattende enn nødvendig (Plan- og bygningsloven 2008, § 3-1). Detaljeringsgraden for bestemmelsene vil ha betydning for hva kommunen har mulighet til å styre i senere enkeltsaker, som igjen vil påvirke hvor lang behandlingstid sakene vil ha. En informant i studien trekker frem at kommuner i større grad burde ha mulighet til å veilede utbyggere, men at utfordringene gjerne er knyttet til for små fagmiljøer og for lite ressurser til å gjennomføre arbeidet. Sterkere føringer gjennom bestemmelser og retningslinjer i arealplan kan være til hjelp for denne veiledningsutfordringen, såfremt føringene er enkle å forholde seg til. Samtidig kan de være ressurskrevende dersom detaljeringsgraden blir for stor og det går utover saksbehandlingstiden. Slik jeg ser det er det ikke nødvendigvis slik at det trengs å integreres mer styrende retningslinjer eller bestemmelser for å ivareta folkehelsen enn det som allerede er gjort i Trøgstad kommune. Men for å sikre at den helhetlige folkehelsen ivaretas i arealplanleggingen er det to aspekter som fremkommer i denne studiens materiale: Det første er ressurser – altså administrasjonens kapasitet og kunnskap til å vurdere planene ut fra et folkehelseperspektiv. Det andre aspektet er tillit mellom administrasjon og politikere for å sikre langsiktig ivaretagelse av folkehelse.

### 6.3 Tillit og kontinuitet

Folkehelse baseres på langsiktig og strategisk arbeid. Ansvar for det strategiske arbeidet i kommunen er delt mellom det administrative (rådmannen) og politikerne (formannskapet). *Samfunnsutfordringen* handler om å klare å la det langsiktige arbeidet ligge til grunn for strategier, og ha evnen til å holde seg til disse strategiene over tid (Hofstad 2014). Tidligere studier har vist at flere kommuner opplever at avstanden mellom politikere og administrasjon er utfordrende for å sikre langsiktighet i politikken og i enkeltvedtak (Hofstad & Bergsli 2016). Amdam (2012) hevder at politikere kan ha lettere tilslutning til samfunnsplaner med overordnede, visjonære strategier fordi det er intensjoner og ikke nødvendigvis bindende. Langsiktig samfunnsplanlegging utfordrer også folkevalgte som kanskje har kommet inn i politikken gjennom engasjement i enkeltsaker (Aarsæther 2012a). De fleste informantene trekker frem at det er kort vei mellom administrasjon og politikerne i Trøgstad, men enkelte mener at det ikke nødvendigvis er tillit til at enkeltvedtakene besluttes basert på langsiktige strategier. Den politiske informanten sier selv at politikere kan være dårlige til å huske hva som tidligere er vedtatt, spesielt de mer overordnede målene. Hun mener at det vil være et godt trekk av administrasjonen å forankre saksfremleggene tydeligere i hva som tidligere er vedtatt for å minne politikerne på hva som faktisk ligger til grunn for vurderingen. Flere av informantene mener at saksbehandlerne selv må klare å forankre sitt arbeid i de overordnede målene, og at det kan gjøres ved å for

eksempel implementere folkehelse i saksbehandlingsmalen. Slik jeg ser det ut fra materialet er det helt avgjørende at tilliten mellom politikerne og administrasjonen må gå begge veier. Saksbehandlerne bør i større grad forankre vurderingene i tidligere vedtak og overordnede mål. På denne måten blir politikerne påminnet hvilke overordnede mål de har vedtatt for kommunen i sammenheng med de konkrete sakene. Dette kan sikre en tydeligere kontinuitet i fremtidige vedtak.

De fleste planforslag som fremmes i norske kommuner er fra private utbyggere. Slike planer drives gjerne ut fra kommersielle hensyn, og utfordringene for kommunene er gjerne å få til et helhetlig samspill mellom planforslag og omgivelser (Falleth et al. 2011). Studier viser at det i større grad er forhandlinger mellom planleggerne og private utbyggere som former hvordan utbyggingen foregår, fremfor føringer i arealplan (Falleth et al. 2010). En utfordring er gjerne at arealplanen ikke gir planleggerne gode nok bestemmelser og retningslinjer som verktøy i arbeidet med å vurdere innsendte forslag (ibid). Men når det først er vedtatt føringer for kvalitetskrav i arealplanen eller andre områdeplaner, krever det høy kompetanse og en sterk lokalpolitisk vilje for å stå for disse kravene (Falleth et al. 2011). Det kan kreve at kommunene må ta grep og si nei til prosjekter og planforslag som ikke gir noe tilbake til fellesskapet (ibid). På en annen side er det gjerne slik at risikoen ved for strenge krav ovenfor kapitalsterke aktører i mindre kommuner slik som Trøgstad, er at det kan ende med å ikke bli noe utviklingsprosjekter i det hele tatt (Cruickshank 2016). Cruickshank (2016) hevder at man på små steder som er organisatorisk tynne og hvor kapitalkrefter nesten er fraværende kan det være viktigere for kommunen å legge til rette for vekst.

Bestemmelsene og retningslinjene vedtatt for hvordan folkehelse kan vurderes i arealplanleggingen i Trøgstad er brede, og vil forhåpentligvis gi utslag i en mer helhetlig planlegging. Den brede forståelsen av folkehelseperspektivet kan bidra til å styrke samspillet mellom private prosjektutbygginger og omgivelser, men det krever at de langsiktige målene tydeliggjøres og at politikerne velger å holde seg til strategiene.

## 6.4 Ressurser

Tilstrekkelige ressurser til både folkehelsearbeid og planleggingsarbeid er utfordrende i mange kommuner, og Trøgstad er ikke et unntak. Planlegging er tidkrevende og revidering av større planer blir gjerne noe som skal gjøres i tillegg til daglige arbeidsoppgaver. Planoppgaver som dreier seg om behandling av private forslag tar gjerne opp store deler av planleggerens kapasitet (NIVI Analyse 2014). Spesielt i små kommuner benyttes konsulenttenester til utforming av planer (ibid). Ofte trekkes økt bruk av konsulentvirksomhet i kommunal sektor frem som en negativ utvikling. Bruken av konsulenter kan lette planarbeidet, men det er også viktig å være bevisst på om prosessarbeidet fører til økt kompetanse og planer som forankres i organisasjonen når konsulentfirmaet avslutter sitt arbeid. I Trøgstad ser det ut til at konsulentbruken i planarbeidet fungerte som en støttespiller og bisto i arbeidet med arealstrategi,

medvirkningsprosesser og konsekvensutredning. Det var samfunnsplanleggeren og arbeidsgruppen som sto for å samle planarbeidet. En fordel med eksterne konsulenter i mindre organisasjoner kan være at de kan se behov og løsninger fra en ny side, og dermed utfordre det vante arbeidsmønsteret.

Tidligere studier har vist at det er en utfordring for kommunene å sette av tilstrekkelige ressurser til å sikre integrering mellom folkehelse og planlegging (Hofstad & Bergsli 2016). Når folkehelsekoordinatorstillingen er liten blir ofte oppgavene som er nødt til å gjøres prioritert og langsiktige utviklingsoppgaver må derfor vente. Nåværende folkehelsekoordinator i Trøgstad har en stor del av sin stillingsprosent bundet i prosjektarbeid. Utviklingen av HKV-skjemaet var også basert på prosjekt, og min stilling er prosjektfinansiert. Prosjektorienteringen i folkehelsearbeidet har både fordeler og utfordringer. Fordelene er at kommunene får mulighet til å fokusere på enkelte områder samtidig som prosjektfinansieringen dekker store deler av kostnadene knyttet til for eksempel ansettelser. En annen fordel er at prosjektfinansiering gir økt kontroll over bruk og innhold i kommuners folkehelsearbeid (Hofstad 2014). Samtidig blir kortsiktigheten en utfordring fordi det skaper uforutsigbart folkehelsearbeid som ikke nødvendigvis sikrer kontinuitet etter prosjektslutt (ibid). Når folkehelsearbeidet er så knyttet opp til prosjektarbeid setter det også grenser for hvor stor kapasitet det er til å gjøre ordinært folkehelsearbeid. Folkehelsekoordinatoren trekker frem at det kan være utfordrende å navigere i kommunelandskapet i koordinatorrollen, samtidig som man skal få resultater i prosjektet. Noen ganger går også disse rollene over i hverandre, som er gunstig i prosjektperioden men ikke like gunstig når den må avsluttes. Hun sier også at prosjektarbeid ofte kan slå seg selv i hjel fordi det blir for mange mindre prosjekter finansiert fra ulike hold rettet mot forskjellige tiltak. Når de som er ansatt til å jobbe med folkehelse i kommunen bindes opp i prosjektarbeid blir det lite ressurser til å delta i annet prosessarbeid slik som planlegging. Folkehelsekoordinatoren er en viktig translatør for å innarbeide folkehelseaspektet i alt. Det er mulig at inkubasjonstiden blir lengre når translatøren må prioritere det prosjektarbeidet som haster og trengs å leveres og rapporteres på (Røvik 2007).

Informantene trekker frem at det er lite hensiktsmessig eller ressursnyttig at folkehelsekoordinatoren skal være med i alle vurderinger som gjøres, selv om man skal tenke folkehelse i alt. Det viktigste er at folkehelse som et perspektiv og organisasjonsidé smittes og får virkning hos alle aktørene. For at aktørene skal se nytten med det langsiktige folkehelsearbeidet trengs det et kompetanseløft som trekker folkehelsevurderingene utover de fysiske determinantene. Dersom folkehelse som organisasjonsidé blir en del av planaktørens og saksbehandlernes arbeidspraksis vil dette være ressursberikende i form av kompetanse. Det trenger altså ikke nødvendigvis være behov for mer ressurser i form av ansettelser. I studien til Synnevåg et al. (2018) trekkes det frem at folkehelse i all hovedsak handler om bevisstgjøring, og at ikke alle som jobber i kommuner trenger å anse seg selv som folkehelseaktører. I deres studie mente informantene at det viktigste var at alle som

jobbet i kommunen forsto sin rolle i folkehelsearbeidet, men at folkehelsebegrepet i seg selv ikke var viktig. I denne studien viste informantene til at HKV-skjemaet førte til en bevisstgjøring de senere har prøvd å ta med seg inn i sitt arbeid. Men de sier også at det er behov for å videreutvikle det og peker spesielt på det å lære gjennom tverrfaglige fellesskap.

## 6.5 Helsekonsekvensvurderinger som verktøy

Fysisk planlegging innehar en målrettet rasjonell logikk basert på regelverk og kompetanse innen naturvitenskapelig og ingeniørfaglig teori og politiske prioriteringer (Negaard 2015). De fysiske, kjemiske og biologiske determinantene innen folkehelse er basert på epidemiologisk medisinsk teori, også forankret i naturvitenskapelig tenkning (ibid). Men de sosiale strukturene er ikke forankret i en slik målbar og naturvitenskapelig teori. Negaard (2015) legger vekt på at logikken i større grad er erfaringsbasert og hentet ut fra samfunnsvitenskapelig forskning. Da HKV-skjemaet ble utviklet var det tiltenkt politisk saksbehandling for kommuneplanens samfunnsdel. Planaktørene mener at verktøyet ikke var godt nok oversatt til bruk i så overordnede planer som innspillene til arealplanen. De mener at det sannsynligvis vil være enklere å ta i bruk i mer konkrete reguleringsplaner eller prosjekter. Motorparksaken er det eneste innspillet som ikke er vurdert etter HKV-skjemaet, men er sannsynligvis et av de innspillene som var detaljrike nok til å vurdere. Konsekvensvurderingen ble foretatt av et konsulentfirma. I utredningen er det ingen vurdering av folkehelse utover miljøaspektet. Det hadde vært interessant å se hvilke vurderinger konsulentfirmaet hadde gjort seg dersom de fikk i oppdrag å vurdere konsekvenser for folkehelsen. Det kan tenkes at konsulentene hadde kommet frem til andre vurderinger enn hva politikerne har lagt vekt på, fordi folkehelsevurderinger i det sosiale perspektivet bestemmes gjennom faglig skjønn og situasjonsforståelse (Negaard 2015).

Noen av informantene viser til at presset politikerne er under til å si ja til kontroversielle saker kan gå på bekostning av allmennhetens interesser og de som ikke hever stemmen sin i politiske saker. Mulighet til å delta i lokale politiske beslutninger er en sosial determinant etter Whitehead og Dahlgrens (1991) determinantmodell (figur 1, s. 6). Dette er et tema som kan belyses gjennom HKV-skjemaet. Under de sosiale faktorene står *medborgerinvolvering* som et av punktene. Likevel forstår jeg på informantene at det er vanskelig å forstå hva de sosiale faktorene betyr, og om de er noe som kan vurderes i saker knyttet til arealplanleggingen. Under det ene intervjuet kom en informant frem til et eksempel på sosial vurdering av en sak knyttet til arealplanlegging. Han sa at prisen på kommunens nye omsorgsbolig var lav, men at det kanskje ikke var tilfellet for de som ikke hadde en enebolig å selge fra før. Denne vurderingen kom frem etter at vi hadde snakket om ulike perspektiver i HKV-sjekklisten. Dette eksempelet viser hvordan folkehelse kan være et utgangspunkt for faglige vurderinger, hvor fagpersoner kan utfordre hverandres perspektiver og derigjennom få økt kunnskap om folkehelse i arealplanlegging.

Byggesaks møtet som ble gjennomført som del av HKV-prosjektet hadde en konkret sak som skulle vurderes – utbygging av ny barneskole. Det var på dette møtet hvor HKV-skjemaet for

første gang ble benyttet. Informantene sier at det var interessant å delta på fordi de trodde først at det ikke ville være mulig å vurdere livsstilsfaktorer annet enn fysisk aktivitet i saken. Men etter å ha jobbet seg gjennom skjemaet fant de likevel det de kaller "*et mørkt hjørne*" i plankartet, som kunne blitt et typisk røykehjørne. En informant sier at det aldri er noe som ville blitt oppdaget ellers, og at man etter det møte var i stand til å "*lete etter de mørke hjørnene i andre saker.*" Dette møtet viser at det å sette sammen tverrfaglige grupper og utfordre vante tankeganger kan føre til nye stier i arbeidet (Torfing 2001).

### 6.5.1 Verktøyutvikling som læringsarena

Det var bred enighet blant informantene at HKV-skjemaet burde videreutvikles gjennom et felles arbeid for å integrere folkehelse i arealplanleggingen. I Dahlgren og Eses (2015) rapport om HKV-prosjektet ga de kommunene fire råd for hvordan de best kunne utvikle verktøyet videre:

1. Involvering i form av samarbeid om utprøvingen av verktøyet.
2. Involvering i form av delaktighet i en utprøvningsfase.
3. Involvering gjennom å kunne gi tilbakemeldinger basert på erfaringer med verktøyet.
4. Involvering gjennom å forstå aktørenes fagbakgrunn og drive videre opplæring.

Disse rådene kan sees i tråd med translasjonsteorien ved at aktørene som skal benytte seg av HKV-skjemaet får være med på kontekstualiseringen (Røvik 2007). På denne måten blir verktøyet ikke noe som implementeres hierarkisk fra toppledelsen, men en prosess hvor relevante aktører deltar i utviklingen, gjennomføringen og bruken av HKV-skjemaet. Da HKV-skjemaet først ble tatt i bruk i organisasjonen var det et ferdig utviklet skjema som deltakerne skulle fylle ut. Denne måten å ta i bruk et verktøy kan være lite hensiktsmessig fordi verktøyet ikke har blitt integrert i organisasjonen (ibid). Fordi kommunen står fritt til å tolke og oversette folkehelseperspektivet og utvikle HKV-sjekklisten til sin egen lokale kontekst er handlingsrommet for de spesifikke oversettelses- og omformingsreglene store (2007). Gjennom å utvikle verktøyet tverrfaglig vil den generelle HKV-sjekklisten og forståelsen av folkehelseperspektivet få et mer lokalt preg.

*Samstyringsutfordringen* er den tredje og siste kjerneutfordringen Hofstad (2014) har identifisert i forbindelse med integrering av folkehelse i plan. Samstyringsutfordringen dreier seg om at folkehelsearbeidet utfordrer de vante organisasjonsmønstrene (ibid). Det sektorovergrepene folkehelsearbeidet kan derfor sees som en arbeidsform som kan bidra til å bryte tradisjonelle sti-avhengige planmønstre (Torfing 2001). I utarbeidelsen av kommuneplanen ble en tverrfaglig gruppe invitert til et dagsmøte for å vurdere planen ved bruk av HKV-skjemaet. De temaene som er skrevet om i samfunnsdelen er skrevet av ulike fagaktører i kommuneadministrasjonen og flettet sammen av planansvarlig. På dette møtet var alle aktørene samlet for å vurdere og diskuterte det samlede dokumentet i lys av folkehelse som overordnet mål. Slike læringsarenaer gjør det mulig å bryte ned tradisjonell byråkratisk siloorganisering (Sørensen & Torfing 2011b). Å få til et sektorovergrepene samarbeid er også det Barton (2009) har kartlagt som en av de nødvendige nøkkelfaktorene for å sikre at helsekonsekvenser og mulige løsninger utredes tverrfaglig.

Falleth (2012c) hevder at samstyring innen planlegging bør betraktes som et utviklingsverktøy fremfor et styringsverktøy. Røiseland og Vabo (2008) bruker definisjonen "... å treffe og iverksette kollektive beslutninger" som grunnlag for styring i samstyring. Røvik (2007) hevder at styring er en form for indirekte ledelse gjennom å styre atferd, systemer og regler. Etter min oppfatning kan planleggingen og utviklingen av HKV-sjekklisten betraktes som et styringsverktøy ved å se samstyring som en blanding av de to nevnte definisjonene: Å utvikle HKV-sjekklisten skaper føringer og systemer som aktører opererer innenfor og er derfor en form for indirekte ledelse. Samtidig er det et verktøy som skal bidra til å skape rom for læring og diskusjon for å treffe og iverksette kollektive beslutninger. Arealplanlegging legger føringer for hvordan kommunen som territorium skal utformes og HKV-skjemaet kan være et redskap planleggere og saksbehandlere bruker for å utrede konsekvenser for folkehelsen. Denne utredningen vil videre ligge som kunnskapsgrunnlag når politikerne vedtar beslutninger. Slik jeg ser det, kan den videre utviklingen av HKV-sjekklisten, i likhet med planlegging, betraktes som en form for samstyring for utvikling og samordning av ulike sektorinteresser.

Informantene mener at utfordringene knyttet til folkehelsevurderinger i arealplanleggingen krever en tverrsektoriell tilnærming. Røiseland og Vabos (2012) nettverksdefinisjon krever at aktørene er gjensidig avhengige. Folkehelseaktørene vil være avhengige av at planleggerne og saksbehandlerne får økt kunnskap om vurdering av folkehelsen for å klare å forankre folkehelse i alt. Dersom det er folkehelseaktørene i kommunen som skal ha ansvaret for å videreutvikle skjemaet er de også avhengig av å ha kunnskap om de andre aktørenes arbeid for å oversette verktøyet på best mulig måte. Planleggerne og saksbehandlerne er avhengige av å øke sin kunnskap for å følge opp de overordnede planene og få innsikt i hvordan de effektivt kan bruke verktøyet uten at det blir dobbeltarbeid. Både den administrative og politiske ledelsen er avhengige av at skjemaet som utvikles blir nyttig, lettfattelig og gir fremtidig planlegging og saksbehandling merverdi. Dersom eksterne aktører slik som utbyggere også deltar i en del av arbeidet, kan HKV-skjemaet utvikles til å bli et hjelpemiddel for å ivareta helsefremmende verdier i fremtidig arealplanlegging. De sosiale prosessene som foregår innenfor et organisert samarbeid er sentrale for utfallet av samstyringen (Røiseland & Vabo 2008). For å oppnå konsensus i utviklingen av HKV-skjemaet må det forhandles og diskuteres slik at verktøyet utvikles til å bli et nyttig redskap i forskjellige kontekster. Gjennom forhandlinger og diskusjon om hvilke temaer og faktorer som skal integreres i sjekklisten vil hver aktør gå ut med ny kunnskap. Akkurat som under byggesaks møtet i 2015 fører selve samhandlingen til et kompetanseløft, fordi i møtet med andre faggrupper blir HKV-skjemaet en arena for læring (Helsedirektoratet 2006; Sørensen & Torfing 2009).

Selve HKV-skjemaet kan utvikles til å bli et verktøy som benyttes i enkeltsaker og som kan fungere som en sjekkliste for saksbehandlerne. Barton (2009) hevder at en av nøkkelfaktorene for å integrere helse i planlegging er å utvikle verktøy for å operasjonalisere og måle helsekonsekvenser i planleggingen. Det kan tenkes at noen av dimensjonene og

faktorene for å måle grad av sosial bærekraft presentert i tabell 2 kan være til inspirasjon for å forbedre HKV-skjemaet tilpasset arealplanleggingen (Opp 2017). Dimensjonene, faktorene og måleindikatorene fra Opps artikkel er tilpasset amerikanske byer, men det kan hentes inspirasjon fra disse og innføre dem i vurderingen og utarbeidelsen av arealplaner. For å få et enda mer lokalt preg kan de kobles sammen med retningslinjene i arealplanen som har betydning for folkehelsen hvor helseoversikten også kan henvises til som kilde. På denne måten blir HKV-skjemaet forankret i kommunens øvrige planverk. For å forhindre dobbeltarbeid kunne det kanskje vært hensiktsmessig at de fysiske forholdene, slik som trafiksikkerhet, støy og lignende kunne blitt krysset av som "allerede konsekvensvurdert". Det kunne heller vært spørsmål om hvorvidt de fysiske forholdene vil ha konsekvenser for noen utsatte grupper, for å ikke ignorere den sosiale fordelingen i den øvrige konsekvensutredningen.

Selv om kommunen velger å utvikle HKV-skjemaet i et faglig fellesskap er det ikke slik at dette blir et verktøy som andre kommuner kan kopiere rett inn i sin praksis, uten å gjøre samme prosess. Etter min vurdering er det selve utviklingsprosessen hvor HKV-skjemaet skaper et utgangspunkt for faglige vurderinger som gir det viktigste læringsutbyttet. For at verktøyet som utvikles skal være noe som kan tas i bruk er det helt nødvendig at det utvikles med hensyn til hvor mye tid og ressurser som kan benyttes i det daglige. Prosessen jeg har beskrevet over vil være tidkrevende, men kan føre til kompetanseheving for både planleggerne og folkehelseaktørene. Kompetansehevingen vil kunne føre til helhetlige vurderinger av forslag til arealplanlegging. En helhetlig vurdering fra administrasjonen fører også til politisk kompetanseheving ved å gi dem et større vurderingsgrunnlag før de fatter endelig vedtak. Dersom HKV-sjekklisten er enkel å forstå er det også langt enklere å integrere folkehelseperspektivet i den daglige arbeidspraksisen. Ved å ha brukt HKV-sjekklisten ofte nok kan det oppleves som en rutine, og selve sjekklisten trengs kanskje ikke brukes like mye. Da vil det være en fordel at det er etablert rutiner og retningslinjer for bruk, slik at det også vil være enklere for nyansatte å ta i bruk verktøyet, og for at det ikke skal glemmes av de som har utarbeidet det. Røvik (2007) hevder at organisasjonsideen eller verktøyet må holdes aktivt for at det ikke skal inaktiveres eller dø ut. I lys av virusteorien kan man da si at inkubasjonstiden for vurderinger av folkehelsen er over, og man vil forhåpentligvis kunne se de langsiktige folkehelsesymptomene i form av mer helsefremmende kvaliteter i arealutviklingen.

## 7. KONKLUDERENDE REFLEKSJONER

Problemstillingene for denne studien er:

- Hva er mulighetene og begrensningene for å integrere folkehelse i arealplanlegging i Trøgstad kommune?
- Hvordan kan helsekonsekvensvurderinger fungere som et verktøy for å integrere folkehelse i arealplanlegging i Trøgstad kommune?

Svarene på problemstillingene er overlappende og avhengige av hverandre. Videre i dette kapitlet oppsummeres studiens funn og konklusjonene av problemstillingene samlet. Til slutt i kapitlet pekes det på videre forskning og praksis som kan ha betydning for å integrere folkehelse i arealplanlegging. I studiens avsluttende kapittel diskuteres de metodiske implikasjonene for denne masteroppgaven.

Studiens hovedfunn er at folkehelsebegrepets bredde og kompleksitet er den største begrensningen for å integrere folkehelse i arealplanlegging. Begrepet er preget av uklare dimensjoner, som gjør at forståelsen og bruken av begrepet kan være motstridende. De sosiale strukturene som er en stor del av innholdet i folkehelsebegrepet kan ikke alltid måles eller vurderes på samme måte som de fysiske, kjemiske og biologiske determinantene. Dette er en utfordring for å integrere folkehelse i arealplanleggingen. En av grunnene til at dette er en utfordring er at konsekvensvurderinger av temaer innen arealplanlegging i all hovedsak er knyttet til det fysiske miljøet og består av målbare og klassifiserte verdier, slik som støy og forurensning. Samfunnskonsekvensene i arealplanleggingen vurderes ut fra om arealene egner seg for bruken som er foreslått. Vurderingene av samfunnskonsekvensene bygger eksempelvis på ras-, skred- og flomfare, om området fører til utbygging av ny sosial infrastruktur, om transportbehovet er dekket og om skoleveien er trygg. De nevnte miljø- og samfunnskonsekvensene har betydning for folkehelsen, men for å vurdere et arealmessig tiltak i lys av det brede folkehelseperspektivet må alle faktorene vurderes i en helhet, og inkludere det sosiale fordelingsperspektivet. Utviklingen av en sjekkliste for helsekonsekvensvurderinger kan fungere som et hjelpemiddel for å vurdere også det sosiale fordelingsperspektivet. I Trøgstad kommune har de lyktes med å oversette folkehelsebegrepet til å være en sektorovergripende ansvarsoppgave. Men betydningen av de sosiale faktorene og hvordan det sosiale fordelingsperspektivet kan inkluderes i arealplanleggingen ser ikke ut til å være ferdig oversatt.

Mulighetene for å integrere folkehelse i arealplanleggingen i Trøgstad kommune avhenger av at folkehelsebegrepet i større grad må konkretiseres. Dette kan gjøres gjennom å prioritere innsatsområder og derigjennom operasjonalisere faktorer innen de prioriterte områdene. Ved å prioritere innsatsområder avgrenses folkehelsebegrepet for den enkelte kommune. På denne måten blir folkehelse *noe*, ikke *alt*. Det kan bidra til at begrepet ikke i like stor grad kan benyttes som et ekstra gode, eller en pyntegenstand, i enkeltsaker.



Mulighetene for integrering avhenger også av at det er tillit og dialog mellom administrasjon og politikere, slik at det er en gjensidig forståelse av hvorfor og hvordan vurderinger gjøres og bestemmelser vedtas. Begrensningene kan derfor være knyttet til stor avstand på tvers mellom virksomhetene, og vertikalt mellom ledelse og virksomheter. I Trøgstad kommune ser det ut til at begrensningen ikke er knyttet til denne type avstand. Det ser heller ut til å være begrensninger i form av at politikerne vedtar enkeltsaker og glemmer helheten, og at administrasjonen ikke forankrer saksdokumentene tydelig nok i de tidligere vedtakene for å vedlikeholde denne helheten. For å vurdere folkehelse i arealplanleggingen er saksbehandlerne og planleggerne helt avhengige av to viktige ressurser: kompetanse og kapasitet. For at deres kompetanse skal heves trengs det også nok kapasitet hos folkehelseaktørene, slik at de kan fungere som rådgivende støttespillere ved å synliggjøre hva arealmessige tiltak kan bety for folkehelsen i kommunen. Integreringen av folkehelse i arealplanleggingen krever derfor langsiktig administrativ og politisk ledelse som har vilje og mot til å prioritere og sikre kontinuitet i folkehelsearbeidet.

Det finnes ingen nasjonale føringer eller veiledere som forklarer hvordan befolkningens helse og dens fordeling i befolkningen skal vurderes. En HKV-sjekkliste kan bidra til å løfte folkehelseperspektivet inn i arealplanleggingen. Det kan fungere som et oversettelsesverktøy for folkehelsebegrepet, ved å systematisk vurdere hvilke konsekvenser et foreslått arealtiltak vil ha for faktorer som har betydning for folkehelsen. De som gjennomfører en helsekonsekvensvurdering får økt sin folkehelsekompetanse. Når helsekonsekvensvurderingen ligger til grunn for saksfremlegg heves også folkehelsekompetansen til politikerne som igjen får betydning for vedtaket. Slik heves kompetansen i hele kommuneorganisasjonen. Utviklingsprosessen for å lage et HKV-skjema som er tilpasset planlegging skaper en læringsarena der folkehelse blir et utgangspunkt for faglig vurdering og felles diskusjon. Skjemaet kan forankres i de lokale prioriterte folkehelse temaene og inkludere retningslinjene fra arealplanen som har betydning for folkehelsen. På den måten kan HKV-skjemaet bli et verktøy for å operasjonalisere folkehelse fra et overordnet mål til noe mer presist.

## 7.1 Veien videre

Å integrere folkehelse i arealplanlegging er et arbeid under kontinuerlig utvikling hvor det er behov for innovative løsninger (Hofstad & Bergsli 2017). Etter revideringen av plan- og bygningsloven (2008) og ikrafttreddelsen av folkehelseloven (2011) har folkehelse blitt institusjonalisert i kommunene, men det tar tid å iverksette ny politikk og nye organisasjonsideer (Hofstad 2014; Røvik 2007). Utformingen av de fysiske omgivelsene vi omgir oss med formes gjennom valg som tas av planleggere, utbyggere og politikere (Falleth 2012a; Hofstad 2016). Det å integrere et folkehelseperspektiv i hvordan omgivelsene skal utformes kan bidra til å skape et helsefremmende nærmiljø som i større grad skaper en helhet mellom byggeprosjekter og ønsket utvikling (ibid). Det er en uttalt forventning til at folkehelse skal integreres i all planlegging, og at befolkningens helse og dens fordeling blant befolkningen skal konsekvensutredes (Folkehelseloven 2011, § 4; Forskrift om

konsekvensutredninger 2017, § 21). Men når det er en utbredt utfordring å gjennomføre og forstå hvordan arbeidet skal gjøres blant kommunene, bør det forskes videre på de erfaringene ulike kommuner har med integreringen av folkehelse i arealplanleggingen. Fremfor å bruke helsekonsekvensvurderinger som et frivillig ekstraarbeid bør det videreutvikles og integreres i veiledere og maler i den allerede institusjonaliserte konsekvensutredningen.

Flere aktuelle problemstillinger kom til syne under analysen av materialet enn hva denne oppgaven kan svare på. Blant annet hvilke temaområder som bør fokuseres på og hvilke konkrete spørsmål eller måleindikatorer som kan implementeres i HKV-skjemaet for at folkehelsebegrepet skal bli enklere å håndtere. I materialet så det ut til at det ofte kan brukes som et positivt begrep i prosjektsøknader for å få tildelt ulike midler. Det hadde vært interessant å se nærmere på hvordan folkehelsebegrepet brukes som "et ekstra gode" i annet enn arealplanlegging, og hvilke konsekvenser det kan ha for "utvanningen" av begrepet. Denne studien legger vekt på hvordan folkehelse kan integreres i *arealplanleggingen*, og gir derfor ingen svar på hvordan, eller om, folkehelse vil ha avgjørende verdi for vedtak i tiden fremover. Jeg håper det vil komme studier som tar for seg operasjonaliseringen av folkehelse, utviklingen av flere og bedre vurderingsverktøy og om folkehelsevurderinger vil være avgjørende for arealutforming i kommunene.

## 8. METODISKE IMPLIKASJONER

Informantenes ulike fagbakgrunner, roller og erfaringer med folkehelse og arealplanlegging gjorde hver enkelt informant svært ulike. Jeg anser det som både en styrke og en svakhet ved studien. Det er en svakhet fordi en så bred informantgruppe også fører til ulike intervjusettinger. Ikke alle spørsmålene oppgitt i intervjuguiden (vedlegg: 3) var relevante for hver enkelt informant, det kan svekke studiens reliabilitet (pålitelighet) (Johannessen et al. 2016). Reliabiliteten handler om målsikkerhet (ibid). Dersom jeg hadde valgt en mer homogen gruppe å intervjuer, for eksempel bare planleggere, ville det styrket studiens reliabilitet fordi intervjusettingene og intervjuguiden hadde vært likere. Samtidig er all kvalitativ forskning kontekststøttet og hver informant, uansett fagbakgrunn, har sine individuelle erfaringer og meninger. Det er også en styrke at informantene er ulike, fordi det gir et bredere materiale for analyse (Kvale & Brinkmann 2009). Studiens formål er å få økt kunnskap om hvordan folkehelse kan integreres i arealplanlegging. Folkehelse og arealplanlegging er to sektorovergrepene fagfelt og derfor ville en mer homogen informantgruppe gitt et smalere bilde av hvilke muligheter og begrensninger for integrering av folkehelse i arealplanlegging.

Kvale og Brinkmann (2009) hevder at det å intervjuer ledere og politikere kan skape en ujevn maktbalanse i intervjusettingen. Jeg opplevde ikke at det var en slik ubalanse, noe som kan komme av at jeg kjenner ledelsen og følte meg trygg i intervjusituasjonen. Men jeg merket at det var variasjoner mellom hvordan informantene fra ledelsen var mer vant til intervjusituasjoner sammenlignet med de andre informantene. I følge Kvale og Brinkmann (2009) kan såkalt elitepersoner som er vant til å bli intervjuet ofte styre intervjuene og derfor være strategiske i det de formidler. Det kan være utfordrende for forskeren å komme til "under overflaten." Jeg prøvde å unngå dette ved at ingen av informantene fikk tilsendt spørsmålene på forhånd. Dersom de hadde visst spørsmålene på forhånd ville de hatt muligheten til å forberede seg. Det kan hende at spontane reaksjoner og vurderinger, som er viktige for læringsprosessen under intervjuet, hadde uteblitt (Kvale & Brinkmann 2009).

I ettertid ser jeg at det ville vært en styrke å intervjuer utbyggere og flere politikere i studien. Det kunne ha belyst flere aspekter ved folkehelse i arealplanleggingen. Samtidig var det allerede innsamlede materialet rikt på informasjon, og kapasiteten til å gjennomføre flere intervjuer og analysere et enda større materiale var begrenset. Dersom jeg kunne gjort studien på nytt, med den kunnskapen jeg sitter med nå, hadde jeg inkludert utbyggere, flere politikere og konsulentfirmaet som utarbeidet konsekvensutredningen av motorparken. Dersom jeg hadde hatt mer tid, hadde det vært interessant å se på erfaringer fra flere kommuner, også de med større utbyggingspress.

Folkehelsevitenskap har ingen egne teorier, og det har vært en utfordring for meg å sette meg inn i de ulike teoretiske perspektivene og knytte dette opp mot egne funn. Det har vært

tidkrevende, men gjennom veiledning og mye arbeid opplever jeg at oppgaven i sin helhet er forankret i teori, og at teorien bidrar med et rammeverk og språk til studiens funn.

Case-studier kritiseres fordi forskerens nærhet til feltet gjør at funn er basert på forskerens subjektive meninger (Flyvbjerg 2006). Flyvbjerg (2006) trekker frem at dette kan gjøres i all vitenskapelig forskning, men at case-studier og kvalitativ forskning generelt, er spesielt kritisert fordi det er større rom for forskerens tolkning. Nettopp fordi jeg jobber i organisasjonen som er studert har det vært spesielt viktig for meg å være bevisst på egne fordommer og holdninger. Jeg har fokusert på informantenes perspektiver og utsagn, og i flere tilfeller forhørt meg med informantene i ettertid om utsagn jeg var redd for å tolke ut av konteksten. Da jeg gikk inn i studien hadde jeg noen antakelser som hva som var muligheter og begrensninger og hvordan HKV-skjemaet kunne fungere som verktøy. Men gjennom intervjuforløpene og analysen viste det seg at flere av mine antakelser ikke stemte. Dersom jeg som forsker hadde latt mine egne antakelser dominere, ville jeg gått glipp at kunnskapen det empiriske materialet gir (Malterud 2011). Alle funnene har flere sider ved seg som jeg ikke ville kommet frem til uten materialet. Blant annet var jeg ikke kjent med av folkehelse ble brukt som argument i motorparksaken, men det var noe som kom opp under det første intervjuet jeg gjennomførte. Jeg valgte derfor å inkludere saken, fordi den vekket min faglige nysgjerrighet, og fordi alle informantene hadde mange refleksjoner rundt temaet. En av mine antakelser var at folkehelse var vanskelig å forstå, men jeg hadde ikke den forståelsen av bredden og behovet for konkretisering som jeg sitter med etter analysen.

I kvalitativ forskning er det større fokus på det å overføre kunnskap enn å generalisere (Johannessen et al. 2016). Overførbarheten styrkes dersom man klarer å finne beskrivelser, fortolkninger og gi forklaringer som kan være nyttige for andre områder enn akkurat det som studeres (ibid). For denne studien er overførbarheten styrket fordi tidligere forskning viser at andre kommuner har tilsvarende utfordringer knyttet folkehelse som begrep, begrensede ressurser og langsiktig ledelse (Helgesen & Hofstad 2012; Hofstad & Bergsli 2016; Hofstad & Bergsli 2017; NIVI Analyse 2014; Schou et al. 2014). Flyvbjerg (2006) hevder at læringsprosessen og erfaringene som kommer fra case-studier gjør at man går fra å være nybegynner til å bli ekspert. Selv om kunnskapen som fremkommer i denne studien er kontekstavhengig og derfor ikke kan generaliseres, kan den være nyttig for andre kommuner som har fellestrekk med Trøgstads beskrivelse.

# LITTERATURLISTE

- Aarnes, H. K. (2016). *Folkehelse og planlegging : En casestudie av integrering av folkehelse i kommunal planlegging*. Masteroppgave. Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Institutt for landskapsplanlegging.
- Aarsæther, N. (2012a). Ny giv for kommunal planlegging. I: *Utfordringer for norsk planlegging*. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Aarsæther, N. (2012b). Planlegging som handlingstype. I: *Utfordringer for norsk planlegging*, s. 26-48. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T. & Kristiansen, R. (2012). *Utfordringer for norsk planlegging: kunnskap, bærekraft, demokrati*. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Alexander, E. R. (1981). If Planning Isn't Everything, Maybe Its Something. *The Town Planning Review*, 52 (2): 131-142.
- Amdam, J. & Veggeland, N. (2011). *Teorier om samfunnsstyring og planlegging*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Amdam, J. (2012). Kommuneplanleggingas institusjonelle legitimitet. I: Higdem, U., Lesjø, J. H., Pedersen, T. H., Selstad, T. & Teigen, H. (red.) *Plan, region & politikk*. Oslo: Forlag1.
- Andersen, S. S. (2013). *Casestudier : forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. 2. utg. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Argyris, C. & Schön, D. A. (1989). Participatory Action Research and Action Science Compared. *American Behavioral Scientist*, 32 (5): 612-623.
- Bagge, C. M. (2016). *Kommuneplanens samfunnsdel som forankringsredskap i lokalt folkehelsearbeid : Case-studie av en planprosess i en norsk kommune*. Masteroppgave. Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Institutt for landskapsplanlegging.
- Barton, H., Mitcham, C. & Tsourou, C. (2003). Healthy Urban Planning in practice: experience of European cities. Report of the WHO City Action Group on Healthy Urban Planning. København: WHO Regional Office for Europe.
- Barton, H. & Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *The Journal for the Royal Society for the Promotion of Health*, 126 (6): 252-253.
- Barton, H., Grant, M., Mitcham, C. & Tsourou, C. (2009). Healthy urban planning in European cities. *Health Promotion International*, 21 (1): 91-99.
- Befolkningsoversikt. (2015). *Befolkningsoversikt 2015 : Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. Trøgstad: Trøgstad kommune.
- Brundtland, G. H. & Dahl, O. (1987). *Vår felles framtid*. Oslo: Tiden norsk forlag.
- COWI. (2017). *Forenklet KU - motorpark ved Jørgentvedt - Konsekvensutredning for Trøgstad kommune*. Fredrikstad: COWI AS. Tilgjengelig fra: <http://www.trogstad.kommune.no/getfile.php/3860154.2014.uultkpnqawpki/KU+-+Motorpark+ved+Jørgentvedt.pdf> (lest 21.03.2018).
- Cruickshank, J. (2016). En planleggingsteori for utkant-Norge. *Plan*, 48 (6): 48-53.
- Dahlgren, K. & Ese, J. (2015). Fra folkehelse i alt vi gjør, til folkehelse på 1-2-3. *Følgeevaluering av pilotprosjektet med helsekonsekvensvurderinger i fire østfoldkommuner*. Halden: Høgskolen i Østfold. 59 s.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene.
- Falleth, E., Hanssen, G. S. & Saglie, I.-L. (2010). Challenges to Democracy in Market-Oriented Urban Planning in Norway. *European Planning Studies*, 18 (5): 737-753.
- Falleth, E., Nordahl, B. & Saglie, I.-L. (2011). Evne eller vilje til lokal planlegging? *Plan*, 3 (4): 90-93.
- Falleth, E. (2012a). *Fra byplanlegging til samfunnsplanlegging*. Tilgjengelig fra: <http://www.kommunetorget.no/Planlegging/Kronikk-og-debatt-2/ny-artikkel/> (lest 24.01.2018).
- Falleth, E. (2012b). Introduksjon til norsk planlegging. I: *Utfordringer for norsk planlegging*, s. 49-62. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Falleth, E. (2012c). Kommunal arealplanlegging. I: *Utfordringer for norsk planlegging*. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Fangen, K. (2010). *Deltakende observasjon*. 2 utg. Bergen: Fagbokforlaget.

- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12 (2): 117-229.
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid av 6. juni 2011 nr.29*.
- Forskrift om konsekvensutredninger. (2017). *Forskrift om konsekvensutredninger av 22. juni 2017*.
- Forskrift om oversikt over folkehelsen. (2012). *Forskrift om oversikt over folkehelsen av 1. juli 2012*.
- Hanssen, G. S., Hofstad, H. & Winge, N. K. (2015). Fungerer plandelen i plan- og bygningsloven (2008) etter intensjonene? *Plan*, 46 (01): 38-40.
- Helgesen, M. & Hofstad, H. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid : ressurser, organisering og koordinering : en baselineundersøkelse*, b. 2012:13. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Helgesen, M. (2015). Bolig som påvirkningsfaktor for helse - implikasjoner for kommunal politikk og planlegging. *Plan* (3-4): 15-19.
- Helgesen, M., Abebe, D. & Schou, A. (2017). Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet - Nullpunktundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk. Oslo: NIBR/NOVA.
- Helsedirektoratet. (2006). Sosial ulikhet i helse som tema i helsekonsekvensutredninger - verktøy og erfaringer i noen europeiske land. *Sosial- og helsedirektoratets gule serie om sosiale ulikheter i helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010a). Folkehelsearbeidet - veien til god helse for alle. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010b). *God oversikt - en forutsetning for god folkehelse : En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/50/God-oversikt-en-forutsetning-for-god-folkehelse-IS-2110.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2014). Samfunnsutvikling for god folkehelse. *Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Kartlegging og utviklingsarbeid om nærmiljø og lokalsamfunn som fremmer folkehelse*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/kartlegging-og-utviklingsarbeid-om-nermiljo-og-lokalsamfunn-som-fremmer-folkehelse>.
- Helsedirektoratet. (2016). *Helsekonsekvensutredning*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/helsekonsekvensutredning> (lest 20.09.2017).
- Hofstad, H. (2013). *Håndtering av "wicked problems" i kommunal planlegging. Lokal oversettelse av målsettingene om bærekraftig utvikling og bedre folkehelse i ulike planleggingspraksiser*.
- Hofstad, H. (2014). Lokalt folkehelsearbeid - status utfordringer og anbefalinger. I: Helsedirektoratet (red.). *Samfunnsutvikling for god folkehelse*. Oslo.
- Hofstad, H. (2015). Plan- og bygningsloven som verktøy i folkehelsearbeidet: Ambisiøst eller urealistisk? *Plan* (03-04): 10-15.
- Hofstad, H. & Bergsli, H. (2016). Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan : Status og ringvirkninger 2012-2015. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hofstad, H. & Bergsli, H. (2017). Folkehelse og sosial bærekraft : En sammenligning og diskusjon av begrepsinnhold, målsettinger og praktiske tilnærminger. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hofstad, H. o. R., Ruth Kjærsti og Nordh, Helena og Aamodt, Geir og Hjellset, Victorie Telle. (2016). Helsefremmende lokalsamfunn - hva sier forskningen? *Plan* (3-4): 32-37.
- Hovden, S. L. & Skipstein, A. (2015). Sluttrapport: Erfaringsfylkeprosjektet: Helsekonsekvensvurderinger. Sarpsborg: Østfold fylkeskommune.
- Inqscribe. (2018). *About Inqscribe*. Tilgjengelig fra: <https://www.inqscribe.com/> (lest 20.02.2018).
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tuftes, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. utg. Oslo: Abstrakt.
- Karlsen, T.-I. (2017). *Folkehelseplanlegging i kommunene: Idéhefte om helseoversikter og planstrategi*. Oslo: KS.
- Kleven, T. (2011). *Fra gjenreisning til samfunnsplanlegging : Norsk kommuneplanlegging 1965-2005*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Kommunal planstrategi 2016-2019. (2016). *Kommunal planstrategi 2016-2019 med planprogram for kommuneplanen 2017-2029*. Trøgstad: Trøgstad kommune. Tilgjengelig fra: <http://www.trogstad.kommune.no/getfile.php/3768446.2014.ttrfbqfbs/KPS+2016+endelig.pdf> (lest 21.03.2018).
- Kommuneloven. (1992). *Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25. september 1992 nr. 107*.
- Kommuneplan for Trøgstad 2017-2029. (2017). *Kommuneplan for Trøgstad 2017-2029*. Trøgstad: Trøgstad kommune. Tilgjengelig fra:

- <http://www.trogstad.kommune.no/getfile.php/3860149.2014.ibilutpiqpll7i/Høringsforslag+kommuneplan+mai+2017.pdf> (lest 21.03.2018).
- Konsekvensutredning av arealinnspill. (2017). *Kommuneplan for Trøgstad 2017-2029 : Konsekvensutredning av arealinnspill*. Trøgstad: Trøgstad kommune. Tilgjengelig fra: <http://www.trogstad.kommune.no/getfile.php/3860153.2014.pswwtzibwisnbq/Konsekvensutredning+med+endringer+16-05-2017.pdf> (lest 21.03.2018).
- KS. (2017). *Folkehelseplanlegging i kommunene: Idéhefte om helseoversikter og planstrategi*. Oslo: KS.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, Ø., Ridderström, G. & Nylenna, M. (2018). *Planlegging for helse og trivsel*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lesjø, J. H. (2012). Planlegging og handling - i den «mellomstore kommunen». I: *Utfordringer med norsk planlegging*, s. 225-237. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. 3. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26 (13): 1753-1760.
- Marmot, M. (2010). *Strategic review of health inequalities in England post-2010: fair society healthy lives. The Marmot review*. London: The Marmot review.
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen: God helse - felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. 198 s.
- Miljøverndepartementet. (2011). *Veileder i kommunal planstrategi*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/83801c9c858d402ea2958e1930fc421a/t-1494.pdf>.
- Miljøverndepartementet. (2012a). *Veileder : Konsekvensutredninger - Kommuneplanens arealdel*. Oslo: Miljøverndepartementet.
- Miljøverndepartementet. (2012b). *Veileder i kommuneplanprosessen : samfunnsdelen - handlingsdelen*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/493007ab4f9349a295a34982f77173ec/t-1492.pdf>.
- Miljøverndepartementet. (2012c). *Veileder: Kommuneplanens arealdel - Utarbeiding og innhold*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/kommuneplanens-arealdel/id676377/>.
- Negaard, A. (2015). *Om helsekonsekvensutredninger - en oppsummering av norske og internasjonale kunnskaper*. Halden: Høgskolen i Østfold.
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier: Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NIVI Analyse. (2014). *Kartlegging av plankapasitet og plan-kompetanse i kommunene : Utarbeidet på oppdrag av KS*. Oslo: NIVI Analyse.
- Nordahl, B., Barlindhaug, R., Havnen, E., Nørve, S. & Aamo, A. S. (2011). *Utbyggerstyrt byutvikling?* Oslo.
- Opp, S. M. (2017). The forgotten pillar: a definition for the measurement of social sustainability in American cities. *Local Environment*, 22 (3): 286-305.
- Ot.prp. nr. 32 (2007-2008). *Om lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) (plandelen)*. Oslo: Det Kongelige Miljøverndepartementet.
- Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling av 27. juni 2008 nr. 71*.
- Pløger, J. (2012). *Planlegging, kunnskap og makt*. I: *Utfordringer for norsk planlegging*. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Prop. 90 L (2010-2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) av 8. april 2011*: Helse og omsorgsdepartementet.
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid: Dokument 3:11 (2014-2015)*. Oslo: Riksrevisjonen.
- Rittel, H. & Webber, M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences*, 4 (2): 155-169.
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2008). Governance på norsk ; samstyring som empirisk og analytisk fenomen. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 24 (1-2): 86-190.
- Røiseland, A. & Vabo, S. I. (2012). *Styring og samstyring : governance på norsk*. Bergen: Fagbokforl.
- Røvik, K. A. (1998). *Moderne organisasjoner : trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner - ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.



- Røvik, K. A. o. R., Paul G. og Lægreid, Per og Christensen, Tom. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor : instrument, kultur, myte*. 2. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Schou, A., Helgesen, M. & Hofstad, H. (2014). Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- St.meld. nr. 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Omsorgsdepartement, D. K. H.-o. Oslo.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement.
- Statistisk Sentralbyrå. (2018). *KOSTRA - KOmune-STat-RApportering*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/kostrahoved/?fane=om-content> (lest 18.03.2018).
- Statistisk Sentralbyrå. (u.å.). *KOSTRA nøkkeltall - Befolkningsprofil, Trøgstad*: Statistisk Sentralbyrå.
- Synnevåg, E. S., Amdam, R. & Fosse, E. (2018). Public health terminology: Hindrance to a Health in All Policies approach? *Scandinavian Journal of Public Health*, 46 (1): 68-73.
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2005). The Democratic Anchorage of Governance Networks. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 28 (3): 195-218.
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2009). Making governance networks effective and democratic through metagovernance. *Public Administration*, 87 (2): 234-258.
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2011a). Enhancing Collaborative Innovation in the Public Sector. *Administration & Society*, 43 (8): 842-868.
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2011b). Hvor effektive og demokratiske er styringsnettverk? På jakt etter relevante evalueringskriterier og metastyringsteknikker. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 15 (2): 3-23.
- Thornquist, E. (2002). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2014). *Aksjonsforskning*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/aksjonsforskning> (lest 31.01.2018).
- Torfing, J. (2001). Path-Dependent Danish Welfare Reforms: The Contribution of the New Institutionalisms to Understanding Evolutionary Change. *Scandinavian Political Studies*, 24 (4): 277-309.
- Trøgstad kommune. (2015). *Prosjekt helsekonsekvensvurdering*. Trøgstad. Tilgjengelig fra: [http://ostfoldhelse.no/wp-content/uploads/2016/07/Trogstad\\_kommune\\_rapport.pdf](http://ostfoldhelse.no/wp-content/uploads/2016/07/Trogstad_kommune_rapport.pdf).
- Whitehead, M. & Dahlgren, C. (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet*, 338 (1): 1059-63.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet*, 338 (1): 1059-63.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2009). Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse : Utjevning av helseforskjeller del 1. Oslo: Helsedirektoratet.
- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata: World Health Organization. Tilgjengelig fra: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: World Health Organization. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (lest 2.1.2018).
- WHO. (u.å). *Health Impact Assessment (HIA)*: World Health Organization. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/hia/about/en/> (lest 03.01.2018).
- Wildavsky, A. (1973). If Planning is Everything, Maybe it's Nothing. *Policy Sciences*, 4 (2): 127-153.
- Winston, T. M. (1997). Introduction to Case Study. *The Qualitative Report*, 3 (2): 1-14.
- Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods*. 2 utg. Beverly Hills, CA: Sage Publishing.
- Zimmer, K. (2017). *Folkehelse i kommunepanleggingen - En case studie i hvordan folkehelse integreres i planarbeid ved knutepunktfortetting, med spesiell vekt på sosial ulikhet i helse*. Masteroppgave. Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Fakultet for landskap og samfunn.
- Østfoldhelse. (2015). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Sarpsborg: Østfoldhelse. Tilgjengelig fra: <http://ostfoldhelse.no/helsefremmende-lokalsamfunn/>.
- Østfoldhelse. (u.å-a). *Historikk*. Sarpsborg: Østfoldhelse (lest 26. april 2018).
- Østfoldhelse. (u.å-b). *Om oss*. Sarpsborg: Østfoldhelse. Tilgjengelig fra: <http://ostfoldhelse.no/om-oss/> (lest 17. apr 2018).



## Vedlegg 1: Innvilgelse av søknad - NSD



Hege Hofstad

1432 ÅS

Vår dato: 21.11.2017

Vår ref: 56956 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

### Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.11.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>56956</i>	<i>Kvalitativ undersøkelse om helsekonsekvensvurdering operasjonaliseringsverktøy av folkehelsemål i arealplanlegging</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Hege Hofstad</i>
<i>Student</i>	<i>Karoline Unnerud</i>

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

### Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Norges miljø- og biovitenskapelige universitet sine retningslinjer for datasikkerhet

### Veiledning

#### Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Norges miljø- og biovitenskapelige universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet

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

- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

#### **Forskningsetiske retningslinjer**

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

#### **Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet**

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

#### **Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet**

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

#### **Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt**

Ved prosjektslutt 30.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

### **Gjelder dette ditt prosjekt?**

#### **Dersom du skal bruke databehandler**

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaløvevandler) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

#### **Hvis utvalget har taushetsplikt**

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

#### **Dersom du forsker på egen arbeidsplass**

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen  
Marianne Høgetveit Myhren

Sri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Sri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / [Sri.Myklebust@nsd.no](mailto:Sri.Myklebust@nsd.no)

## Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse

### Forespørsel om deltakelse i masterprosjektet: Helsekonsekvensvurdering i arealplanlegging

#### Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel om deltakelse i forbindelse med min masteroppgave i Folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU). Oppgavens problemstilling som skal belyses er: *Hvilke muligheter og utfordringer utgjør bruk av helsekonsekvensvurdering som operasjonaliseringsverktøy av folkehelse i arealplanlegging?*

Prosjektet er godkjent av Trøgstad kommunes rådmannsteam. Du får denne forespørselen fordi du er ansatt i Trøgstad kommune og har kjennskap til, eller har benyttet, helsekonsekvensvurdering (HKV). Du trenger ikke ha god kjennskap til verktøyet eller ha brukt det ofte for å delta i studien.

Ved å delta i studien vil du bidra til å få bedre innsikt i hvordan HKV kan videreutvikles for å være et verktøy for å konkretisere folkehelse inn i praktisk arealplanlegging. Dette kan være hensiktsmessig for videre bruk av HKV i Trøgstad kommune og i det videre arbeidet inn i Indre Østfold kommune.

#### Hva innebærer deltakelse i studien?

Dersom du velger å delta i studien vil du få innkalling til intervju som skal gjennomføres i slutten av november og i desember. Jeg setter av 1,5 timer til intervjuet, og deltakelse vil ikke kreve mer tid av deg utover dette. Dersom du er mest komfortabel med å gjennomføre intervju på ditt kontor kan du gi beskjed, hvis ikke blir det booket møterom på kommunehuset. Intervjuene blir tatt opp på lydbånd.

Du vil få tilgang til studien og de funn som er gjort når masteroppgaven publiseres. Foreløpig tidspunkt for publikasjon er juli 2018.

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

Det er kun arbeidstittel, ikke navn, som vil bli inkludert i masteroppgaven. Da Trøgstad kommune har en relativt liten administrasjon vil det derfor ikke bli full anonymitet. Utsagnene vil i publikasjonen anonymiseres så langt det lar seg gjøre. Dine utsagn vil ikke ha konsekvenser for ditt arbeid i kommunen, dette prosjektet foregår ikke i regi av Trøgstad kommune. Opptak, notater og transkripsjon av intervjuene vil være passordbeskyttet og slettes/makuleres når prosjektet er slutt. Masteroppgaven leveres 15. mai 2018.

#### Frivillig deltakelse

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

Ved spørsmål til studien kan du ta kontakt med undertegnede på mail eller telefon. Veileder for prosjektet er Hege Hofstad ved By- og regionforskningsinstituttet (NIBR).

Med vennlig hilsen

Karoline Unnerud  
Masterstudent ved NMBU

*(min og veileders kontaktinformasjon er fjernet i vedlegget fordi masteroppgaven publiseres på nett).*

## Vedlegg 3: Intervjuguide

A = Alle, L = ledelsen, PS = planleggere/saksbehandlere.

- Hvilken rolle har du i kommunen? (A)
- Hva er folkehelse for deg? (A)
- Hvilke rolle(r) har du i folkehelsearbeidet? (A)
- Hvordan har dere arbeidet med å få folkehelse kjent i organisasjonen? (L)
- Hvordan er du involvert i arbeidet med arealplanlegging? (A)
- Hvilke temaer innen folkehelse syns du er mest synlig i dagens arealplanlegging? (A)
- I kommunens samfunnsdel er folkehelse det overordnede målet, hvordan synliggjøres dette i arealplanleggingen? (A)
- Hvordan opplever du HKV som verktøy? (A)
  - o Hvordan har du brukt verktøyet tidligere?
  - o Relevans – Muligheter? utfordringer? Endringer?
- Hvilke planvirkemidler kan bidra til å støtte eventuelle vurderinger i HKV? (A)
- Hvordan sikres videreføringen av folkehelse i detaljplanlegging? (A)
- Når og hvordan blir utbyggere konfrontert med folkehelse? (A)
- Hvordan opplever du din faglige frihet i saksbehandlingen? (PS)





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

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
Norway