



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2018 30 stp

Fakultet for landskap og samfunn
Institutt for folkehelsevitenskap
Veileder: Hege Hofstad

Implementering av folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag i kommunal arealplanlegging

Siri Hvamstad og Hilde Einmo

Master i folkehelsevitenskap

*Først skaper vi mennesker våre
omgivelser så skaper omgivelsene oss.*

FORORD

Denne masteroppgaven avslutter vår masterutdanning her ved NMBU på Ås.

Det har vært noen krevende og intense, men samtidig spennende og utviklende år hvor mye ny læring og nye bekjenskaper har gitt oss så mye.

Takk til kommuner og informanter som fant plass til intervjuer i en hverdag som er travel nok fra før.

En stor takk til vår veileder Hege Hofstad, som alltid like imøtekommende og støttende har møtt oss og våre frustrasjoner og spørsmål med utfordringer, bekreftelser og stor faglig tyngde som har gitt oss mye med på veien.

Vi vil også takke Miriam Hjeldsbakken Engevold, ph.d.-kandidat ved NTNU Gjøvik for at hun tok seg tid til å møte oss og ga oss mange nyttige innspill til oppgaven vår.

Den aller hjerteligste takken går til min medstudent og medforfatter i denne studien. Takk for et fantastisk samarbeid, gode frustrasjoner, gode diskusjoner, og et vennskap som jeg håper består i mange år fremover.

Til slutt en stor takk til våre familier som tålmodig og trofast har stått der både under våre gleder og frustrasjoner. Og en spesiell takk til sønnene våre som, selv om de nok lurte litt på hva disse mødrene nå igjen skulle i gang med, synes det også har vært litt kult at vi satte oss på skolebenken igjen.

Lena / Eidsvoll, Desember 2018

Siri Hvamstad og Hilde Einmo

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Tema for masteroppgaven er folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag i arealplanlegging. Folkehelseloven tydeliggjør fokuset på en bred samfunnsmessig forståelse. Folkehelsepolitisk blir planlegging sett på som et viktig virkemiddel i det helsefremmende arbeidet og vesentlig for en tverrsektoriell integrering av folkehelse i kommunene. Plan- og bygningsloven er dermed kommunens viktigste verktøy for helhetlig samfunnsutvikling og en sentral lov i folkehelsearbeidet. På denne måten er det en tett kobling mellom folkehelseloven, plan- og bygningsloven og folkehelseoversikten, og planlegging kan sees på som det å knytte kunnskap og handling sammen.

Formål

Formålet med studien er å få kunnskap om hvordan ansatte og politikere i kommunale stillinger forstår og benytter folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag. Videre er formålet å få kunnskap om hva som virker som drivere og barrierer ved implementering av folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag i kommunal arealplanlegging.

Metode

Studien har et casesdesign med folkehelseoversiktens møte med arealplanlegging som case. Analysen bygger på materiale fra plandokumenter og kvalitative intervjuer med ansatte og politikere i to norske kommuner. Kommunene har folkehelse som overordnet mål.

Funn

Empirien for studien viser noen hovedpunkter for implementering av folkehelseoversikten i arealplanlegging. Forankring, oversettelse, folkehelsekoordinatorens rolle og samarbeidsformer synes å være fremtredende. Tydelig forankring på politisk og administrativt ledernivå er sentralt. Det handler om å knytte folkehelse og arealplanlegging tettere sammen i praksis og tilegne seg kunnskap om andre fagområder for å kunne utvikle en felles forståelse og felles språk, slik at man forstår hva det snakkes om. Folkehelseoversikten er et viktig kunnskapsgrunnlag for å knytte folkehelse og arealplanlegging sammen.

ABSTRACT

Background

The subject of this master's thesis is public health in land use planning. The Public Health Act clarifies the focus on an broad societal understanding. Public health policy planning is seen as an important tool in health promotion and essential for cross-sectorial integration of public health in the municipalities. The Planning and Building Act is thus the municipalities most important tool for comprehensive social development and a central law in public health work. In this way there is a close link between the Public Health Act, the Planning and Building Act, and the public health overview. Planning can be seen as linking knowledge and action together.

Objective

The objective of this master's thesis is to gain knowledge about how employees and politicians in municipal positions understand and use the public health overview as a basis for knowledge. Furthermore the objective is to gain knowledge about what acts as drivers and barriers in implementing the public health overview as a knowledge base in municipal land use planning.

Method

The study has a cases design and the meeting between the public health overview and land use planning as case. The analysis is based on material from planning documents and qualitative interviews with employees and politicians in two norwegian municipalities, where public health is an overall strategy.

Main findings

The studies empiricism shows some key points for implementing public health in land use planning. Anchoring, translation, the role of the public health coordinator and cooperation seems to be prominent. Clearly anchoring at political and administrative level is key. It is about linking public health and land use planning closer together into practice and acquiring knowledge of other subject areas in order to develop a common understanding and language to understand what is being discussed. The public health overview is an important knowledge base for linking public health and land use planning.

Innholdsfortegnelse

FORORD.....	2
SAMMENDRAG	3
ABSTRACT.....	4
1.0 INNLEDNING.....	8
1.1 Problemstilling	9
1.2 Avgrensning og begrepsavklaring	9
1.3 Disposisjon.....	10
2.0 BAKGRUNN.....	11
2.1 Det brede folkehelsearbeidet	11
2.1.1 Determinantperspektivet.....	13
.....	16
2.1.2 Folkehelseloven og plan- og bygningsloven.....	16
2.2 Arealplanlegging og folkehelse	18
2.3 Det kommunale plansystemet.....	21
2.4 Det systematiske folkehelsearbeidet	23
2.5 Tidligere forskning.....	26
3.0 TEORETISK FUNDAMENT	31
3.1 Stiavhengighet.....	32
3.1.1 Garbage can modellen.....	33
3.2 Translasjonsteori.....	34
3.2.1 Kontekstualisering	34
3.2.2 Translatørkompetansen.....	36
3.3 Virusteori	37
3.4 Alternative teorier	38
4.0 METODE	40
4.1 Forskningsmetode	40
4.2 Studiedesign og utvalgskriterier.....	41
4.2.1. Utvalg av kommuner og informanter	42
4.3 Prosess for datainnsamling	44
4.3.1 Dokumenter	45
4.3.2 Intervju.....	45
4.4 Analyse	46
4.4.1 Analyse av intervjuene.....	46
4.5 Forskningsetiske vurderinger	48
4.6 Validitet, reliabilitet og generalisering	50

5.0 FUNN	52
5.1 Kommunenes plandokumenter	54
5.1.1 Folkehelseoversikten	54
5.1.2 Planstrategi.....	56
5.1.3 Kommuneplaner.....	56
5.2 Folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag	58
5.2.1 Kjennskap til folkehelseoversikten	58
5.2.2 Opplevs folkehelseoversikten som et klart, tydelig og oversiktlig dokument?	63
5.2.3 Bak resultatene i folkehelseprofilen	65
5.2.4 Sosiale helseforskjeller	66
5.3 Folkehelseoversikten og arealplanlegging	67
5.3.1 Folkehelseoversikten som grunnlag for kommuneplanens arealdel.....	72
5.4 Folkehelseoversikten og politikk.....	73
6.0 DRØFTING	76
6.1 Forankring som grunnpilar.....	76
6.2 Oversettelse.....	79
6.3 Folkehelsekoordinators rolle og plassering.....	80
6.4 Samarbeidsarena.....	81
6.5 Arealplanlegging og folkehelseoversikten.....	83
6.6 Oversiktsdokumentet.....	85
7.0 KONKLUSJON	88
7.1 Veien videre	89
8.0 METODISK REFLEKSJONER.....	90
LITTERATURLISTE	93
Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD	98
Vedlegg 2: Informasjonsskriv.....	100
Vedlegg 3: Intervjuguide administrasjon	102
Vedlegg 4: Intervjuguide politikere.....	103
Vedlegg 5: Samtykkeerklæring.....	104

Figuroversikt

Figur 1: Påvirkningsfaktorer for helse av Dahlgren og Whitehead av 1991. Hentet fra Prop. 90 L (2010-2011)...	13
Figur 2: The Settlement Health Map. Hentet fra: Barton og Grant (2006).	14
Figur 3: «Forankringstrappa»: Forankring av sosial bærekraft og folkehelse. Hentet fra: Hofstad, H. (2015).....	16
Figur 4: Koblingen mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven. Hentet fra www.kommunetorget.no	21
Figur 5: Det systematiske folkehelsearbeidet. Hentet fra: Meld.St.34 (2012-2013).....	23

Tabelloversikt

Tabell 1: Generelle trekk ved kommunene i studien.....	52
Tabell 2: Informantenes stillingstittel og organisatoriske plassering	53

1.0 INNLEDNING

«God planlegging er avgjørende for å sikre effektiv arealbruk, et miljøvennlig transportsystem, tilstrekkelig boligutvikling, sunne og trygge omgivelser og gode levekår for alle» (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015 s.19). Målet er å skape et samfunn som fremmer helse hos hele befolkningen og det er gjennom planlegging at kommunene kan legge til rette for gode helsefremmende lokalsamfunn (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015)

Ved lov om folkehelse fra 2011 er kommunene gitt ansvar for å iverksette, gjennomføre og følge opp folkehelsearbeidet i egne kommuner. Kommunene har det sektorovergripende ansvaret og fokuset i forhold til målene i planverket.

Folkehelseoversikten er en viktig del, da den skal vise oversikt over helsetilstanden i hele befolkningen og hvilke faktorer som påvirker (Mæland 2016). Å ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer på helse er nødvendig kunnskap for å styrke grunnlaget for prioriteringer og beslutninger i forbindelse med planlegging og utforming av strategier og tiltak.

Folkehelseloven (2011) tydeliggjør fokuset på en bred samfunnsmessig forståelse. Folkehelsepolitisk blir planlegging sett på som et viktig virkemiddel i det helsefremmende arbeidet og arealplanlegging er en vesentlig faktor for en tverrsektoriell integrering av folkehelse i kommunene. Det vil si at hensynet til befolkningens helse skal ivaretas i planlegging. Plan- og bygningsloven (2008) er dermed kommunens verktøy for helhetlig samfunnsutvikling og en sentral lov i folkehelsearbeidet. På denne måten er det en tett kobling mellom folkehelseloven, plan- og bygningsloven og folkehelseoversikten, og planlegging kan sees på som det å knytte kunnskap og handling sammen.

Koblingen mellom plan- og bygningsloven og folkehelseloven med oversiktsarbeidet blir en kobling mellom ulike fagtradisjoner. Det legges ned mye ressurser i utarbeidelse av folkehelseoversikten. Primært gjøres dette av personer med helsefaglig bakgrunn og muligens en annen tilnærming til planlegging enn det samfunnsplanleggere og arealplanleggere har. Folkehelseoversikten skal være et grunnlagsdokument inn i kommunens planstrategi, som ikke er en plan i seg selv, men skal omfatte en drøfting av kommunens strategiske valg knyttet til planlegging (Helsedirektoratet.no; kommunetorget.no). Men mange av dagens helseutfordringer

er sammensatte og komplekse og kan være utfordrende å operasjonalisere inn i tradisjonell arealplanlegging (Hofstad & Bergsli 2016).

Formålet med studien er, med bakgrunn i relevant teori og empiri, å få kunnskap om hvordan ansatte og politikere i kommunale stillinger forstår og benytter folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag for å få kunnskap om hva som virker som drivere og barrierer ved implementering av folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag i kommunal arealplanlegging.

1.1 Problemstilling

Ved utarbeidelse av problemstilling og intervjuguide valgte vi å teste ut daværende utgaver med relevante ansatte ved egne kommunale arbeidsplasser. Dette ga oss nyttige tilbakemeldinger da de opplevde problemstillingen som noe problematisk å forstå og lurte på hva vi egentlig var ute etter. Vi gjorde tilpasninger og endte opp med følgende problemstilling:

Hvilke drivere og barrierer aktiveres ved implementering av folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag i kommunal arealplanlegging?

1.2 Avgrensning og begrepsavklaring

Folkehelse og offentlig planlegging er en nasjonal oppgave og foregår både på statlig, regionalt og kommunalt nivå. Føringer fra både statlig og regionalt nivå har stor betydning for kommunalt nivå. I denne studien velges kommunalt nivå og det lokale folkehelse - og planleggingsarbeidet, og derfor vil ikke fokus bli lagt på statlig og regionalt nivå. Studien er videre avgrenset til implementering av folkehelseoversikten i arealplanlegging.

Begrepet folkehelseoversikten blir i studien presentert og omtalt på flere måter, ut fra hva som vurderes som best i konteksten. Derfor vil begrepene oversikten, oversiktsdokumentet eller dokumentet benyttes i tillegg til folkehelseoversikten.

Det finnes flere definisjoner av folkehelse og folkehelsearbeid. Definisjonene slik de fremgår fra folkehelseloven benyttes da dette oppleves mest formålstjenlig og relevant for studien. Folkehelse defineres derfor som: *“Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning”* (Folkehelseloven 2011 § 3a).

Og videre er definisjonen av folkehelsearbeid:

“Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen” (Folkehelseloven 2011 § 3b).

Kunnskapsgrunnlag defineres i studien som: Oversikt over de faktorer som påvirker befolkningens helse, hva som er utfordringer og ressurser for folkehelsa og sosial ulikhet i en kommune. Når planbehov skal vurderes må man kjenne til faktorene i kunnskapsgrunnlaget.

I tillegg vil andre begreper defineres løpende i teksten. Dette velges da det gir rom for å diskutere og belyse begrepene i lys av settingen de inngår i.

1.3 Disposisjon

Studien er bygget opp med 8 kapitler. Etterfulgt av introduksjonskapittelet følger kapittel 2 hvor det gis en mer utfyllende beskrivelse av bakgrunnen for studiens tema og tidligere forskning på området. Her gjennomgås det brede folkehelsearbeidet, determinantperspektivet, det kommunale plansystemet og det systematiske folkehelsearbeidet. Teoretisk rammeverk og forankring beskrives i kapittel 3 hvor institusjonell teori beskrives sammen med stivhengighet, garbage can modellen, translasjonsteori og virusteori. Kapittel 4 gjennomgår den metodiske tilnærmingen som er valgt for å svare på studiens problemstilling, datainnsamlingsprosessen, analysestrategi og etiske aspekter. Resultatene fra intervjuer og plandokumenter presenteres i kapittel 5 og drøftes i lys av teori og tidligere forskning i kapittel 6. I kapittel 7 oppsummeres studiens funn og gir noen konkluderende refleksjoner, samt viser til områder for videre forskning. Til slutt gis det en metodisk refleksjon som angir metodiske styrker og svakheter i kapittel 8.

2.0 BAKGRUNN

Dette kapitlet presenterer bakgrunnsstoff for studien. Først presenteres det brede folkehelsearbeidet og dens utvikling. Deretter gjennomgås arealplanlegging og de kommunale planprosesser samt det systematiske folkehelsearbeidet, hvor også folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag beskrives. Avslutningsvis sees det på relevant tidligere forskning.

2.1 Det brede folkehelsearbeidet

Befolkningens helse er blant samfunnets viktigste ressurser og grunnlag for velferd, vekst, verdiskaping og bærekraft. Med dette menes at det ligger et stort potensial i å fremme helse og forebygge sykdom og for tidlig død (Prop. 90 L (2010-2011)). Hvordan vi planlegger og utvikler samfunnet vårt har stor betydning for helsen til hver og en av oss, samt hvordan helsen er fordelt i befolkningen (Ridderström 2015). I den rådende folkehelsepolitikken blir planlegging sett på som et viktig virkemiddel i det helsefremmende arbeidet (Prop. 90 L (2010-2011)).

Det helsefremmende arbeidet ble satt på dagsorden av WHO i 1978 gjennom deklarasjonen fra Alma-Ata. Det ble her slått fast at tilgangen til helsetjenester i lokalsamfunnet er en viktig forutsetning for å oppnå tilfredsstillende helsetilstand, men vel så viktig var erkjennelsen av at grunnlaget for god helse ikke oppnås uten tiltak fra andre samfunnssektorer (World Health Organization 1978).

WHO har gjennom en rekke verdenskonferanser hatt en sentral rolle i utviklingen av folkehelsearbeidet. Det internasjonale begrepet Health Promotion og prinsippet «Helse i alt vi gjør» ble etablert med Ottawacharteret i 1986 og anla et bredt samfunnsperspektiv på helse og fordeling av helse. Health Promotion dekker det vi i Norge kaller folkehelsearbeid og omfatter både helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Et hovedbudskap i Ottawacharteret var å integrere hensynet til helse på alle områder av politikken og alle samfunnsnivåer (Prop. 90 L (2010-2011)).

Charteret vektlegger fred, tilstrekkelige økonomiske ressurser, mat, bolig, et stabilt økosystem og en bærekraftig bruk av ressursene som vilkår for å oppnå en god helse. Dette setter fokus på sammenhengen mellom sosiale og økonomiske forhold, de fysiske omgivelsene, individuell livsstil og helse (Ridderström 2015).

Erkjennelsen av «helse i alt vi gjør» er kjernen i folkehelsearbeidet og skal bidra til innsats på tvers av sektorer. Prinsippet viser en økende forståelse av hvordan forhold på de fleste områder i samfunnet påvirker folkehelsen (Meld. St. 34 (2012-2013)).

Et annet viktig prinsipp i folkehelsearbeidet er bærekraftig utvikling. Dette prinsippet kom for alvor på banen gjennom Brundtlandkommisjonens rapport (1987) ett år etter Ottowacharteret. Bærekraftig defineres som en utvikling som tilfredsstiller dagens behov uten å ødelegge fremtidige generasjoners muligheter til å tilfredsstille sine behov. Begrepet innebærer at menneskelige behov er utgangspunktet (Prop. 90 L (2010-2011)). Bærekraftig utvikling består av tre dimensjoner – de økonomiske, økologiske og sosiale. De miljømessige og økonomiske dimensjonene har fått størst oppmerksomhet gjennom årene, mens den sosiale bærekraftdimensjonen har vært gjenstand for betydelig mindre oppmerksomhet. Sosial bærekraft er nært beslektet med den brede forståelsen av folkehelse og helsefremming (Hofstad 2015).

Slektskapet viser seg i fokuset på at mennesket står i sentrum, sosial rettferdighet og at fokuset krever tverrfaglig innsats. Dagens folkehelsepolitikk er en vitalisering av den sosiale bærekraftdimensjonen (Hofstad & Bergsli 2017).

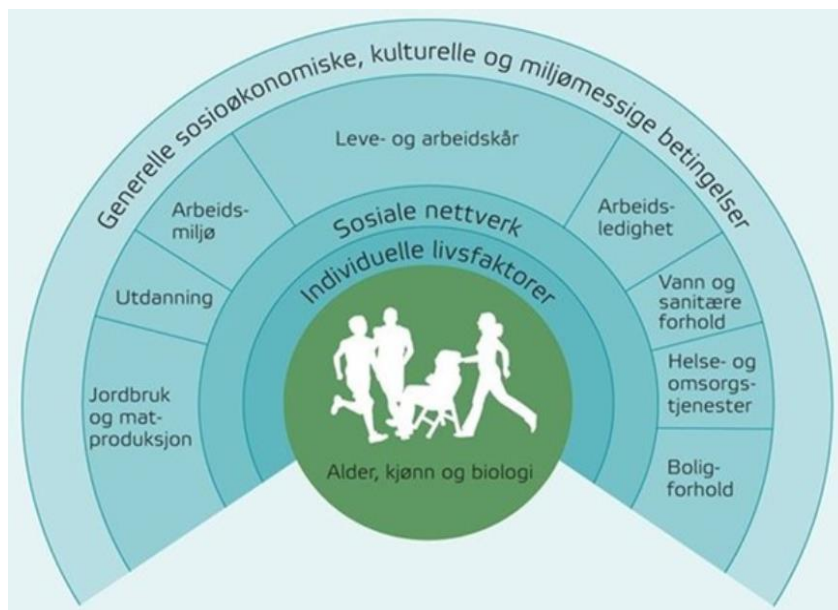
På folkehelseområdet er også føre-var-prinsippet et kjerneprinsipp. Føre-var-prinsippet handler om håndtering av vitenskapelig usikkerhet, hvor det er rimelig grunn til å anta mulige skadevirkninger på miljø og mennesker. I et bærekraftperspektiv innebærer prinsippet å vedlikeholde og fremme befolkningens helse framfor kun å forhindre helseskade (Prop. 90 L (2010-2011)).

Helseperspektivet og synet på areal- og byutvikling har endret karakter gjennom tidene. Det vestlig-medisinske perspektivet har vært dominerende, med fokus på fravær av sykdom, skade og behandling, samt spredning av smitte. Perspektivet kjennetegnes ved at ansvaret for helse tilhørte helsesektoren (Naidoo & Wills 2009; Ridderström 2015). Når et sykdomsperspektiv legges til grunn for folkehelsearbeidet og arealplanlegging rettes oppmerksomheten mot bestemte sykdommer, mens med et påvirkningsperspektiv vil man rette oppmerksomheten mot *faktorer som påvirker helsen* (Helsedirektoratet 2011; Ridderström 2015). Folkehelsearbeid kan dermed sees på som samfunnsutvikling gjennom innsats for å påvirke både helsefremmende og forebyggende faktorer samt utjevne sosiale helseforskjeller.

2.1.1 Determinantperspektivet

Regnbuemodellen til Whitehead og Dahlgren fra 1991 illustrerer hvordan ulike lag av faktorer påvirker folkehelsen og den sosiale fordelingen av denne. Modellen synliggjør at helse skapes på en rekke arenaer og livsområder som har betydning for folks helse (Helsedirektoratet 2014).

Modellen viser at påvirkningsfaktorer kan deles inn i ulike nivåer og fremstilles i en årsakskjede som strekker seg fra generelle samfunnsforhold til det enkelte individs egenskaper (Meld. St. 34 (2012-2013)).



Figur 1: Påvirkningsfaktorer for helse av Dahlgren og Whitehead av 1991. Hentet fra: Helsedirektoratet (2014). *Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge.* s. 15

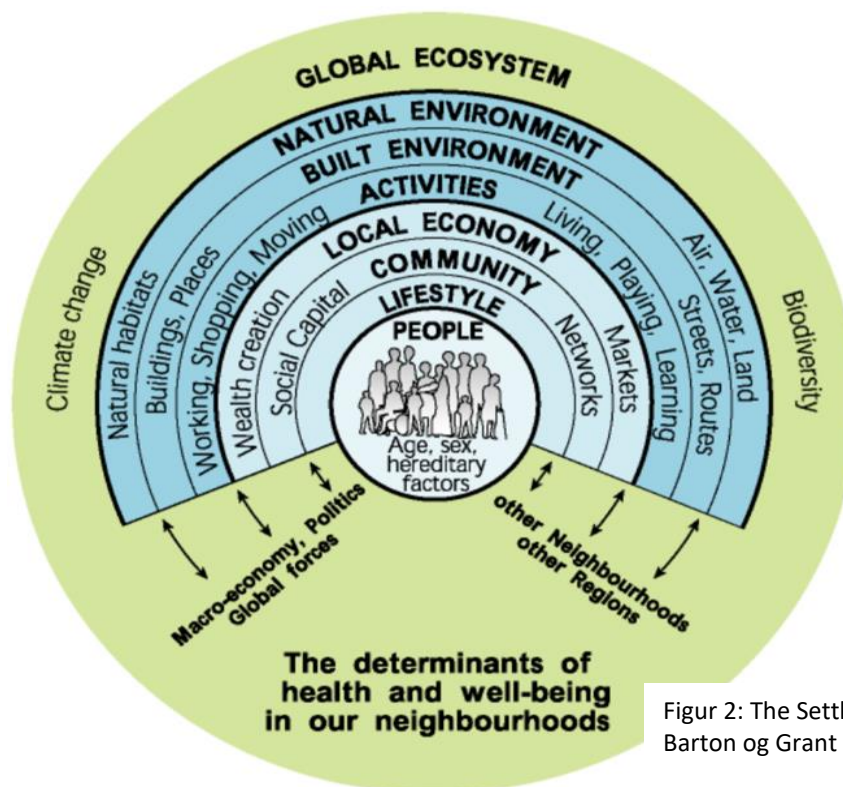
I denne modellen utgjør de fysiske omgivelsene rammen rundt de biologiske faktorene som definerer vår helse (Ridderström 2015).

Modellen deler inn faktorene som påvirker helsen i 4 nivåer:

1. Generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige forhold
2. Bo- og arbeidsforhold som omfatter materielle og sosiale forhold der folk bor og arbeider
3. Sosiale nettverk innenfor familien og nærmiljøet.
4. Individuelle holdninger og valg knyttet til egen helse

Gjennom modellen illustrerer Dahlgren og Whitehead at det forebyggende og helsefremmende arbeidet må foregå på alle nivåer samtidig for å bli effektivt (Larsen, Ridderström, Nylenna 2018).

Barton og Grant (2006) har videreutviklet Dahlgren og Whitehead sin modell. Den nye modellen er inspirert av økologiske teorier og bærekraftig utvikling. Modellen skal bidra til forståelse av kompleksiteten i de påvirkningsfaktorene på helse som finnes i lokalmiljøet. Ringene i Dahlgren og Whiteheads modell er her omkranset av en dimensjon av regionalt og globalt økosystem, og viser at menneskets andre påvirkningsdimensjoner blir påvirket av eller påvirker denne.



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

Modellen er særlig ment å fungere som et verktøy for dialog og bedre kommunikasjon mellom ulike fagmiljøer, samt forståelse av sammenhenger mellom helse og kvaliteten på det fysiske miljøet hvor mennesker lever. Forfatterne mener modellen synliggjør planleggerens rolle i utviklingen av lokalsamfunn, da det planleggerne arbeider med har en direkte eller indirekte effekt på menneskers helse.

Byutviklingsprosessen befinner seg i dimensjonen – det skapte miljø/the built environment – og synliggjør hvordan planleggeren påvirker kvaliteten på miljøet, for eksempel boliger. Barton og Grant (2006) viser denne sammenhengen ved å bruke bygging av vei som et eksempel. En ny vei bidrar til endring i menneskers aktivitet som igjen vil påvirke det lokale miljøet og det globale økosystemet, gjennom for eksempel luftforurensning. På den annen side kan en ny vei gjøre det lettere å etablere nye og flere arbeidsplasser. En ny vei kan også bidra til livsstilsendringer

ved enten å gi bedre eller dårligere mulighet til aktivitet, samt endring av sosiale nettverk. Mennesket i sentrum reflekterer ikke bare fokus på helse, men også en definisjon av bærekraftig utvikling (ibid.). Begge modellene viser at endring i en faktor påvirker de andre dimensjonene og menneskenes helse. Globalisering, klimaendringer og urbanisering påvirker menneskers helse og arealplanlegging trekkes inn som en viktig aktør for en bærekraftig utvikling, både for menneskene og miljøet. Determinantperspektivet med fokus på samfunnet vi lever i er altså en viktig kobling opp mot arealplanlegging. All planlegging bør derfor ha både en forebyggende og en helsefremmende dimensjon (Larsen, Ridderström, Nylenna 2018).

Folkehelsearbeid er et omfattende og komplekst område som innebærer kunnskap om at de samfunnsmessige forutsetninger og påvirkningsfaktorer på helse er tvetydige, komplekse og til dels usikre (Hofstad 2015). Samfunnsproblemer av denne typen går ofte under betegnelsen «wicked problems» (Rittel & Webber 1973; Hofstad 2013). «Wicked problems» kjennetegnes av at problemene er vanskelig å definere, lokalisere og implementere, samtidig som de er kontinuerlige og ikke har en objektiv løsning (Hofstad 2013). Sammenhengene kan være mange og komplekse noe som fører til usikkerhet knyttet til årsak og effekt. Det kan være vanskelig å definere hvem som har ansvaret fordi det ikke er kun en autorativ kilde som sitter på den objektive løsningen av problemet. Dette innebærer at mange ulike aktører kan sitte på deler av løsningen og at en aldri kan være sikker på at de foreslåtte løsningene er uttømmende. Dette betyr at ingen enkelt gruppe kan påberope seg å være de eneste ekspertene. Komplekse problemer skaper derfor behov for samarbeid både horisontalt og vertikalt mellom ulike profesjoner, samfunnssektorer og myndigheter (Hofstad 2013).

Behovet for samarbeid, slik det vises til, er vesentlig for integrering av folkehelse i planlegging. Integrering av folkehelse i planlegging kan ses på som en forankringsprosess, hvor målet er å redusere usikkerheten rundt folkehelsemålene. Gjennom å skape økt forståelse og oppmerksomhet om det brede folkehelsearbeidet og gjøre det mer kunnskapsbasert i tråd med folkehelseloven, er målet å redusere kunnskapsmessig usikkerhet. Strategisk forankring av folkehelsemål i kommunalt

planverk bidrar til reduksjon av strategisk usikkerhet, mens institusjonell usikkerhet kan reduseres gjennom forankring på tvers internt i kommunen. Sentralt her er økt administrativ kapasitet og forankring i den politiske og administrative toppledelse. Til slutt i det som kan forstås som forankringstrapp er økt fokus på helsefremming i konkrete beslutningssituasjoner – når det virkelig gjelder. Dette kan illustreres med «forankringstrappa» hvor de laveste trinnene legger grunnlaget for påfølgende trinn (Hofstad 2015):



Figur 3: «Forankringstrappa»: Forankring av sosial bærekraft og folkehelse. Hentet fra: Hofstad, H. (2015). Folkehelse – vitalisering av sosial bærekraft i kompakt byutvikling s.213 I: *Kompakt byutvikling. Muligheter og utfordringer*

2.1.2 Folkehelseloven og plan- og bygningsloven

Med lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) fra 2011 og folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar (2012-2013), ble det lagt juridiske rammer og overordnede føringer for hvordan folkehelseloven og folkehelsearbeidet skal gjennomføres (Meld.St.34 (2012-2013)).

Folkehelseloven (2011) tillegger kommunene det politiske ansvaret for folkehelsearbeidet og det sektorovergrepene perspektivet er tydelig i folkehelselovens formålsparagraf:

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

Folkehelseoversikten er en viktig del, og skal vise oversikt over helsetilstanden til hele befolkningen og hvilke faktorer som virker inn på denne (Mæland 2016).

Determinantperspektivet plasserer folkehelselovens ansvar for folkehelsearbeidet og «helse i alt vi gjør» på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Ved å dreie innsatsen mot forebygging og folkehelsearbeid er folkehelseloven et viktig verktøy for å kunne nå intensjonene om bedre helse til den enkelte, utjevne helseforskjeller og sikre bærekraftig samfunnsutvikling. Dette innebærer at etater i kommunen må samarbeide og samordne sine tjenester og tiltak for å få et helhetlig folkehelsearbeid (Prop. 90 L (2010-2011)). Folkehelseloven viser til at planlegging er en sentral del av det lovpålagte folkehelsearbeidet og omhandler fokus på områder der folk skal leve og bo (Larsen, Ridderström, Nylenna 2018). Det vil si at hensynet til befolkningens helse skal ivaretas i planlegging. Et annet viktig mål for samfunnsutvikling og planlegging er at den er bærekraftig. Gjennom plan- og bygningslovens formålsparagraf 1-1 knyttes bærekraftig utvikling inn i planleggingen (Aarsæther, Falleth, Nyseth og Kristiansen 2015).

Plan- og bygningslovens (2008) formål er å: §1-1 [...] *fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner.*

Fra 1950-tallet og fram til begynnelsen av 2000-tallet ser helse ut til å være et nesten fraværende tema innenfor arealplanlegging og samfunnsplanlegging (Ridderström 2015).

I siste revisjonen av plan- og bygningsloven i 2008 er helse og det helsefremmende perspektivet igjen satt på dagsorden og spesifikt omtalt i §3-1 som et hensyn som skal ivaretas gjennom planlegging av de fysiske omgivelsene (Larsen, Ridderström, Nylenna 2018).

Videre fremgår det av Plan- og bygningsloven (2008) §3-1 at:

Planlegging skal fremme helhet ved at sektorer, oppgaver og interesser i et område ses i sammenheng gjennom samordning og samarbeid om oppgaveløsning mellom sektormyndigheter og mellom statlige, regionale og kommunale organer, private organisasjoner og institusjoner, og allmennheten [...] (Plan- og bygningsloven 2008 §3-1)

Plan- og bygningsloven (2008) skal altså legge til rette for styrking av den sektorovergripende, samfunnsrettede planlegging, med samordning av interesser og hensyn på tvers av sektorer (Ot.prp.nr. 32 (2007-2008)).

Ut ifra dette er Plan- og bygningsloven (2008) et av kommunenes viktigste verktøy for langsiktig, helhetlig og framtidsrettet samfunnsplanlegging og arealplanlegging for helsefremmende arbeid og utjevning av sosiale ulikheter (Hofstad 2014).

2.2 Arealplanlegging og folkehelse

Planlegging er en viktig måte å endre omgivelsene på. Det finnes likevel mange definisjoner på planlegging (Ridderström 2015).

Her velger vi å bruke definisjonen til Aarsæther, Falleth, Nyseth og Kristiansen (2015):

«... en organisert aktivitet hvor aktører utformer fremtidsrettede mål og bruker kunnskap og profesjonelle arbeidsmetoder for å analysere, prioritere og samordne tiltak for å nå disse målene» (Aarsæther, Falleth, Nyseth, Kristiansen 2015, s. 15)

Planlegging som handlingstype kan oppfattes som målrettet, kunnskapsbasert og fremtidsorientert (Aarsæther 2015b). Begrepet planlegging omfatter all aktivitet som former omgivelsene, ikke bare arealplanlegging. Planlegging brukes også for å beskrive ønskede mål, virkemidler, prosessen og ferdig resultat.

Fysisk planlegging, arealplanlegging, samfunnsplanlegging eller bare planlegging er begreper som ofte brukes om hverandre. Skillet går mellom ulike former for planlegging – om den omfatter de fysiske omgivelser eller økonomiske, sosiale og kulturelle forhold (Ridderström 2015).

Arealplanlegging skal være et resultat av de behov ulike sektorer har for arealressurser og må derfor samordnes med samfunnsplanlegging.

Samfunnsplanlegging kan defineres som: *«...planlegging utført i offentlig regi som bygger på tverrsektorelt kunnskapsgrunnlag, med målsetning om å utvikle et geografisk avgrenset samfunn i en bestemt retning, eller over i en fremtidig tilstand»* (Aarsæther 2015b s. 41).

Samfunnsplanlegging er altså planlegging på tvers av fag- og sektorgrenser og handler om å utvikle et kunnskapsgrunnlag. Samfunnsplanlegging skal kunne dra nytte av koblinger mellom alle aktiviteter i kommunen og blir dermed et viktig verktøy for å implementere folkehelseprinsippet «helse i alt vi gjør» (Aarsæther 2015b).

Samfunnsplanlegging i en smal definisjon handler om fysisk planlegging der ulike sektors behov trekkes inn (Ridderström 2015). Både arealplanlegging og samfunnsplanlegging er regulert gjennom plan- og bygningsloven (Ridderström 2015).

Plan- og bygningsloven omfatter samfunns- og arealplanlegging på nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå og forståelsen av planlegging er derfor avhengig av tilknytningen til de ulike planoppgavene (Falleth 2015).

Arealplanlegging inngår i det kommunale plansystemet og består av kommuneplanens arealdel, kommunedelplaner og reguleringsplaner. Utviklingen av arealplanlegging har gått fra faglig styrt byplanlegging til en politisk styrt samfunnsplanlegging. På detaljnivå gjennomføres planlegging som reguleringsplaner. Disse planene utarbeides enten av offentlige eller private aktører. Uansett hvem som fremsetter planene, så skal de vedtas av kommunestyret. Alle typer planer skal inneholde planprogram, planbeskrivelser og konsekvensvurderinger for miljø og samfunn (Falleth & Saglie 2015).

Arealplanleggingens formål må ses i forhold til de praktiske utfordringene i samfunnet, som å skaffe nok boliger, sørge for fremkommelighet og brannhensyn, og statlige, politiske intensjoner og målsettinger (Ridderström 2015).

De fysiske, sosiale og økonomiske forholdene i samfunnet påvirker ideene og prosjektene som utarbeides, så også helse. Helseforhold i arealplanlegging har utviklet seg fra hygieniske tiltak til forebyggende tiltak mot blant annet støy og forurensning, og videre til universell utforming av nærmiljøet. Prinsippene om helsefremmende og forebyggende arbeid omfatter også å ivareta sosiale og psykologiske hensyn, som tilhørighet, identitet og gjenkjennelse (Ridderström 2015). Behovet for å løse samfunnsutfordringer er nært knyttet til utviklingen av planlegging, og det har vært en gradvis utvikling av kommunal planlegging som et lokalt virkemiddel og redskap for å skape lokal utvikling (Falleth 2015). Arealplanlegging har alltid vært nært knyttet opp til samfunnsutvikling, fremtidsvisjoner og politikk. Planleggerne kan her ha en rolle som eksperter som bistår politikerne å definere mål og utvikle strategier som virkemidler for å nå målene i den overordnede planen (Falleth & Saglie 2015).

Ofte har man hørt at folkehelsemål vanskelig kan nås gjennom arealplanlegging. Det vil her trekkes frem noen områder hvor arealplanlegging kan bidra i folkehelsearbeidet. Bebyggelse som folkehelserelevant formål handler blant annet om å sørge for boligtyper med ulik utforming og størrelse. På den måten kan boligene benyttes i ulike livsfaser og det er mulig å flytte innenfor et område når behovene endrer seg, uten at man mister sitt sosiale nettverk. Dette bidrar også til stabile bomiljøer som styrker muligheten for å skape sosiale nettverk. Variasjon i uteområder muliggjør ulike aktiviteter for forskjellige aldersgrupper, noe som er med på å skape naturlige møteplasser på tvers av generasjoner. God tilgang til grønne,

tiltalende uteområder er gunstig for selvopplevd helse og trivsel både for boliger og arbeidsplasser. Slike områder bidrar også til å dempe effekten av eventuelle negative faktorer i omgivelsene. Møteplasser i nærmiljøet bidrar til å etablere sosiale relasjoner og opprettholde disse. Videre er det viktig i arealplanlegging å ha fokus på negative miljøfaktorer som støy, støv, luftforurensning og manglende lys. Dårlige miljøfaktorer har en negativ effekt på boligområdene. Slike miljøforhold i boligområder bidrar til manglende sosialt samhold og andre negative konsekvenser. Trygge gang- og sykkelveger, samt etablering av snarveier er gode tiltak i folkehelsearbeidet (Larsen, Ridderström, Nylenna 2018). For mennesker handler det å leve og bo om grunnleggende levekår, trivsel og trygghet i hverdagen. Bolig- og nærmiljøer som fremmer kontakt og fellesskap, at hverdagsaktiviteter kan utføres mest mulig i nærmiljøet. God planlegging av arealbruk og utforming av fysiske omgivelser skaper tilhørighet og identitet er vesentlige faktorer for livskvalitet, levekår og folkehelse.

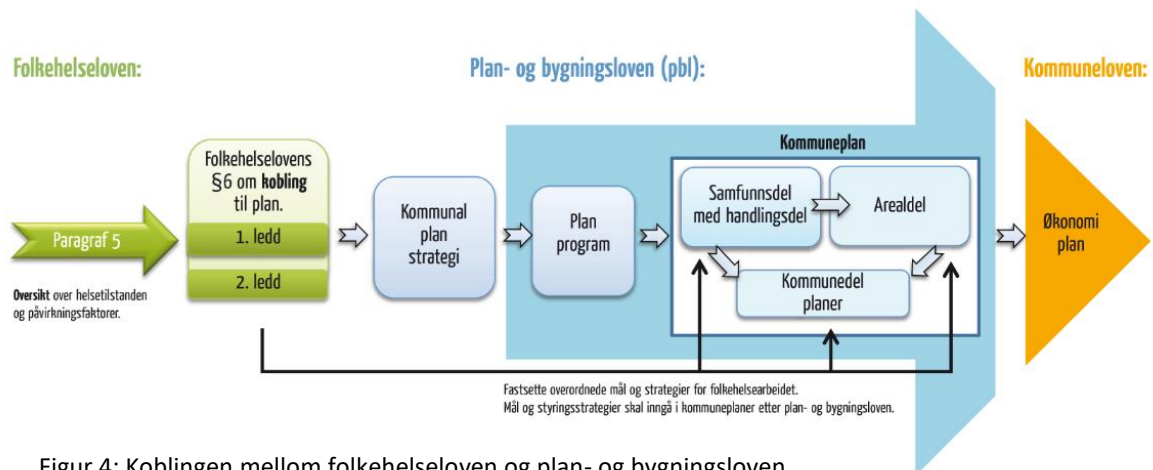
Stortingsmelding nr. 19 (2014-2015), «Mestring og muligheter», legger vekt på at regjeringen vil styrke samarbeidet på tvers av sektorer for å skape et samfunn som fremmer helse og trivsel. Hensynet til folkehelse skal få større plass i utviklingen av nærmiljøer og lokalsamfunn. For å realisere implementering av folkehelse i kommunal arealplanlegging er det nødvendig med en tverrsektoriell tilnærming, og hvordan folkehelsetenkningen integreres i kommunens virksomhet vil ha betydning for hvilke tiltak som iverksettes (Helsedirektoratet 2018).

En forståelse av det kommunale plansystemet er viktig for integrering av folkehelsetenkningen i kommunene.

2.3 Det kommunale plansystemet

Kommunal planlegging skal ivareta kommunens egne mål og utviklingsstrategier, i tillegg til å ivareta nasjonale og regionale mål (Miljøverndepartementet 2009) Plan- og bygningsloven (2008) sammen med Folkehelseloven (2011) er viktige verktøy for integrering av folkehelse i all planlegging.

Dette kan illustreres i følgende modell:



Figur 4: Koblingen mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven.
Hentet fra www.kommunetorget.no

Folkehelseloven (2011) §5 pålegger kommunen å ha [...] *nødvendig oversikt over helsestilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke på denne. [...] Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringer i kommunen [...]*

Dette oversiktsarbeidet har en direkte sammenkobling til plan- og bygningslovens §10-1 som krever at kommunal planstrategi skal utarbeides minst en gang hver valgperiode. Kommunens folkehelseoversikt utgjør et viktig grunnlag for drøfting av kommunens folkehelseutfordringer og skal inngå i planstrategien. Kommuneplanen skal ta utgangspunkt i vurderinger gjort i planstrategien (Helsedirektoratet 2018). Formålet er å klargjøre hvilke planoppgaver kommunen bør prioritere for en ønsket utvikling i kommunen. Kommunal planstrategi er ikke en plan for vedtak av mål og strategier, men en arena for drøfting av kommunens organisasjon og samfunnsutvikling. (Miljøverndepartementet 12/2011).

Alle kommuner skal ha en kommuneplan som revideres hver kommunestyreperiode. Kommuneplanen skal være kommunens overordnede styringsdokument og skal brukes strategisk som en oversiktsplan. En samlet kommuneplan består både av en samfunnsdel med handlingsdel og en arealdel (Miljøverndepartementet 2009).

Kommuneplanens samfunnsdel skal danne grunnlaget for kommunesektorenes langsiktige planer og virksomhet. Den bør inneholde en beskrivelse og vurdering av alternative strategier for samfunnsutvikling og ta stilling til hvilken strategi kommunen legger til grunn. Kommuneplanens samfunnsdel skal samordne sektorenes planer og all kommunal sektorplanlegging bør være forankret her (Miljøverndepartementet 2009)

Kommunen skal ha en arealplan som del av kommuneplanen. Arealdelen av kommuneplanen skal bestå av arealkart, bestemmelser for arealdisponering og planbeskrivelse med konsekvensutredning. Arealdelen blir juridisk bindende når kommunestyret har vedtatt planen. Arealdelen er et verktøy for å gjennomføre kommuneplanens samfunnsdel. Arealplanen skal vise sammenhengen mellom den ønskede samfunnsutviklingen og bruken av kommunens arealer (Falleth & Saglie 2015). Bestemmelsene i arealplanen angir viktige hensyn og forhold som følges opp i videre detaljplanlegging (Miljøverndepartementet 2009).

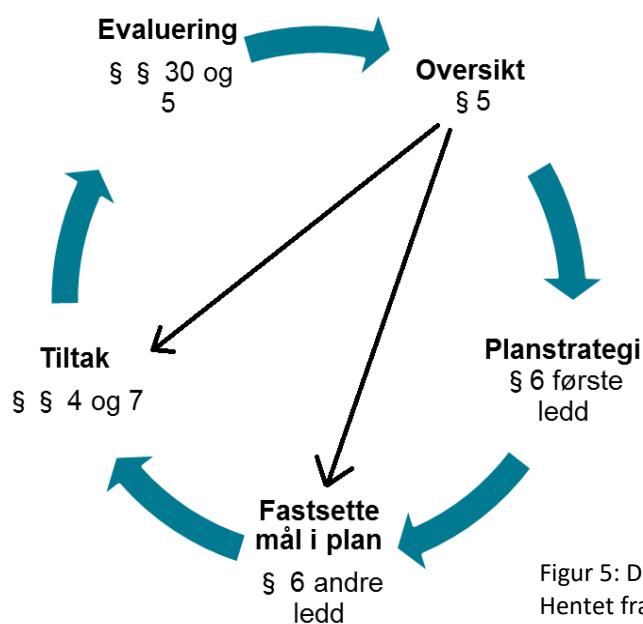
Gjennom å legge vekt på kommunal planstrategi og den politiske forankringen av kommunal planlegging, kan det virke som om kommunen er en autonom planaktør. Men dette modifiseres gjennom Plan- og bygningsloven (2008) §6-1 som forplikter kommunene til å følge opp «*Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging*», som utarbeides av regjeringen hvert fjerde år og sendes ut i forkant av hver ny kommunestyreperiode (Aarsæther 2015a).

De nasjonale forventningene skal legges til grunn for det nye kommunestyrets arbeid med kommunale planstrategier og planer, samt statlige myndigheters medvirkning i planleggingen. Her er det blant annet satt fokus på utvikling av helsefremmende, gode lokalsamfunn ved tilrettelegging for gode boligområder, fysisk aktivitet, felles møteplasser og deltakelse i sosiale og kulturelle aktiviteter (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015).

Folkehelselovens (2011) bestemmelser skal sørge for kartlegging av lokale utfordringer og bidra til at folkehelseperspektivet ivaretar i kommunale planprosesser.

2.4 Det systematiske folkehelsearbeidet

Det systematiske folkehelsearbeidet er en arbeidsmåte for å koble folkehelse og planlegging. Folkehelsearbeidet er gjennom bestemmelser i folkehelseloven integrert i plan- og bygningslovens system og fokuserer i stor grad på forutsetningene for et systematisk folkehelsearbeid. Spesifisering av helseutfordringene er viktig for folkehelsearbeidet og gjennom plansystemet i plan- og bygningsloven forankres disse på politisk nivå (KS 2017). Denne sammenkoblingen mellom folkehelsearbeidet og planlegging styrkes gjennom det systematiske folkehelsearbeidet og kan illustreres ved figuren under:



Figur 5: Det systematiske folkehelsearbeidet.
Hentet fra: Meld.St.34 (2012-2013)

Et systematisk folkehelsearbeid er et planmessig arbeid, som ikke skal være preget av tilfeldigheter, hvor det er krav til sammenheng mellom systematikk og kunnskapsgrunnlag. Det vil si at det gjennom arbeidet med oversikten er viktig å definere ressurser og folkehelseutfordringer hvor disse igjen skal inngå i planleggingen som grunnlag etter plan – og bygningsloven (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012). Den systematiske arbeidsmåten folkehelseloven legger opp til handler om å ha oversikt over folkehelsestilstanden, forankring av mål i plan samt både på kort og lang sikt jobbe med tiltak og evaluering av det lokale folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet 2018). Det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet sammenfattes til å handle om god kunnskap om befolkningens helsetilstand, sammenhenger om årsakene og effekten av forebyggende og helsefremmende tiltak (Meld.St.34 (2012-2013)). Det kunnskapsbaserte

folkehelsearbeidet skal legges til grunn for utarbeidelse av en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (Riksrevisjonen 2015). I folkehelseloven §5 fremkommer det at oversikten skal identifisere kommunens folkehelseutfordringer, herunder ha oversikt over positive og negative faktorer som virker inn på helsetilstanden (Folkehelseloven 2011).

Kommunens tydelige ansvar for folkehelsearbeidet ligger i folkehelselovens §4 hvor det vektlegges at kommunen skal arbeide for å beskytte innbyggerne mot faktorer som har negativ innvirkning på helsen, og arbeide for å fremme faktorer som virker positivt inn på befolkningens helsetilstand (Folkehelseloven 2011). De folkehelseutfordringene kommunen har synliggjort etter lovens §5 er viktig at følges opp med mål og strategier og igangsettelse av nødvendige tiltak for å møte folkehelseutfordringene (Folkehelseloven 2011, §§6, 7).

Folkehelsearbeidet skal være både løpende og langsiktig. Forskrift om oversikt over folkehelsen §4 viser til at det løpende arbeidet skal dokumenteres som en del av ordinær virksomhet i kommunene og de skal hvert fjerde år utarbeide et samlet oversiktsdokument etter §5 (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012).

Oversiktsdokumentet skal foreligge som et av flere underlagsdokument ved oppstart av arbeidet med planstrategien da denne skal inneholde en drøfting av strategiske valg innen kommunenes samfunnsutvikling (Plan- og bygningsloven 2008 § 10-1). Folkehelselovens §6 viser også til oversiktens rolle som grunnlag for kommunenes utarbeidelse av planstrategien da drøftinger av utfordringer angående helsetilstand bør inngå i planstrategien (Folkehelseloven 2011).

En god oversikt som viser helsetilstanden i kommunen gir et mer treffsikkert folkehelsearbeid i kommunene og har to viktige kjerneformål. Den skal være grunnlag for beslutninger både ved kortsiktig og langsiktig planlegging. Det betyr både å kunne ivareta beslutninger i det daglige folkehelsearbeidet og beslutninger som skal ivareta langsiktig planlegging sett i sammenheng med plan – og bygningsloven (Helsedirektoratet 2013). Prop. 90L (2010-2011) påpeker at oversikten synliggjør hvilke områder eller sektorer som har ansvar for de forskjellige faktorer og at det dermed er bedre mulighet til å sette inn innsats på riktig sted, til beste for befolkningens helse.

Skal kommunene ha mulighet til å være mest mulig treffsikre viser folkehelselovens §5 til at oversikten skal baseres på følgende forskjellige kilder:

- Opplysninger som gjøres tilgjengelige fra statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene. Opplysningene som gjøres tilgjengelige for kommunene bestemmes ut fra relevans for det brede kommunale folkehelsearbeidet og skal omhandle både positive og negative påvirkningsfaktorer (Folkehelseloven 2011). Dette kan være folkehelseprofilene, kommunehelse statistikkbank, ungdomdata undersøkelsene samt fylkesvise helseundersøkelser (Helsedirektoratet 2014).
- Informasjon om faglige og skjønnsmessige vurderinger fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene om utfordringer tjenestene møter i sitt arbeid og om hvilke forhold utenfor tjenestene som påvirker dette.
- Kunnskap og informasjon om bomiljøer, sosial integrering, sosiale nettverk og biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer er eksempler på faktorer og trekk ved utviklingen i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på folks helse (Folkehelseloven 2011).

I tillegg til at oversikten skal baseres på disse kildene så stilles det også tydelige krav til oversiktens innhold. Den skal omhandle opplysninger om og vurderinger vedrørende befolkningssammensetningen, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helse relatert atferd og helsetilstanden. De områder oversikten skal dekke er forhold som har betydning for helsetilstanden i befolkningen, og områdene kan relateres til Whitehead og Dahlgren sin tidligere viste figur om hvordan valg på individuelt grunnlag påvirkes både positivt og negativt av en stor bredde ytre faktorer (Helsedirektoratet 2013).

Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid viser at arbeidet med utarbeidelsen av folkehelseoversikten er på veldig forskjellig nivå i norske kommuner. Her framgår det at kun 24% har utarbeidet oversikten, mens 59% viser til at de har en delvis oversikt eller oversikt under utarbeidelse. 16% hadde i 2015 ikke startet arbeidet med oversikten. Det er likevel slik at det på landsbasis er fremgang i utviklingen av oversiktsarbeidet (Riksrevisjonen 2015). Folkehelsepolitisk rapport fra 2017 viser at denne fremgangen fortsetter. Her framgår det at tett opp mot 90% av kommunene i Norge nå har utarbeidet en løpende oversikt over helsetilstand og

påvirkningsfaktorer. Samtidig viser rapporten at oversiktsarbeidet som kunnskapsgrunnlag for kommuneplanens arealdel er betydelig lavere, kun 25%. Det kan være mange årsaker til dette og rapporten nevner at arealdelen er juridisk bindende (Helsedirektoratet 2018).

Et viktig moment ved oversiktsarbeidet er jo at det skal være kunnskapsbasert og kommunene har ansvar for å følge med på utviklingen av sosiale helseforskjeller og faktorer som påvirker. De fleste kommunene i rapporten mener de har fokus på dette, og på samme tid fremgår det av rapporten at sosial ulikhet er et område hvor det mangler kunnskap, og det er noe som gjør det utfordrende å få oversikt over utfordringer og utvikling. Det vises også til at kommunene rapporterer de største folkehelseutfordringene innen psykisk helse, levekår og sosial ulikhet samt befolkningssammensetning (Riksrevisjonen 2015). Det vises også til at folkehelsekoordinatorer er viktige for å ivareta det kunnskapsbaserte ansvaret. Kommuner med folkehelsekoordinator samordner hensyn til folkehelse i større grad enn kommuner uten folkehelsekoordinator. En annen faktor er at de ofte er plassert innen helsetjenesten. Mens kommuner som har plassert folkehelsekoordinatorer på strategisk nivå i organisasjonen viser til en bedre tverrsektoriell forankring av folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet 2014).

2.5 Tidligere forskning

Ved revisjon av plan- og bygningsloven i 2008 ble hensynet til befolkningens helse integrert i lovverket på en tydeligere måte. Folkehelseloven (2011) gir kommunene ansvar for folkehelsearbeidet, samt angir en arbeidsform for folkehelsearbeidet. Reformen og organisatoriske endringer, spesielt i offentlig sektor, tar ofte tid å gjennomføre og se resultater av (Røvik 2007). I kapittelet er det valgt ut tidligere forskning som er vurdert å være relevant for å belyse problemstillingen. Det er valgt ut forskning knyttet både til arealplanlegging og folkehelse etter 2008.

Ridderström (2015) har en dreining mot arealplanleggingens rolle i sin doktoravhandling. Avhandlingen tar for seg hvordan byplanlegging i Norge har vært benyttet i forebyggende og helsefremmende arbeid fra begynnelsen av 1800-tallet til plan- og bygningsloven i 2008. Den tar for seg helseforholdenes betydning for by- og samfunnsplanlegging. Utviklingen har gått fra på 1800-tallet å ha medisinsk og sykdomsrettet teori om at sykdom skyldtes forhold ved materialer, fra grunnen, luft og

lys, til etter hvert å få et mer forebyggende og helsefremmende fokus via Ottawacharterets etablering av Healthy cities prosjektet. I Norge skulle plan- og bygningsloven fungere som felles arena for samordning og koordinering av sektorer, og det helsefremmende hensynet ble ytterligere fremhevet ved revisjon av loven i 2008. Doktoravhandlingen gir et rikt bilde på hvordan helse og helsehensyn på en eller annen måte alltid har vært en del av arealplanlegging. Ridderström kom frem til at stadig flere av planleggingens aktiviteter må sees i sammenheng med det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Dette gjør at endring av de fysiske omgivelsene er avhengig av flere typer kunnskap fra ulike profesjoner (Ridderström 2015).

Helgesen og Hofstad gjorde i 2012 en kartlegging av kommunenes folkehelsearbeid før den nye folkehelseloven trådte i kraft. Rapporten trekker frem at folkehelsearbeidet i kommunene fremsto som helseorientert både med hensyn til folkehelsekoordinatorens plassering i helsesektoren og fokuset på tiltak mot livsstilsfaktorer. Undersøkelsen viste at i underkant av 20% av kommunene hadde utarbeidet et oversiktsdokument, dette til tross for at en slik oversikt har vært hjemlet i kommunehelsetjenesteloven siden 1987. Videre gjorde Hofstad en studie som omhandlet integrering av helse i planlegging i norske kommuner. I studien ble det vist til at det var lite kunnskapsoverføring og samspill mellom planleggere og folkehelsekoordinatorer, og det viste seg vanskelig å innlemme helserelaterte temaer som det tradisjonelt sett ikke har vært fokus på i planleggingen. Årsaker til dette kan være at folkehelsekoordinatorer ikke trekkes inn i planprosesser og at det ikke ble etablert samarbeidsarenaer hvor folkehelsekoordinator og planlegger møtes. En annen årsak som blir trukket frem er at folkehelsekoordinator ikke klarer å oversette kunnskapen fra folkehelseoversikten inn i planleggingsprosessen (Hofstad 2011).

En kartlegging av status og utfordringer knyttet til lokalt folkehelsearbeid, viser at en gjennomgående utfordring for kommunene er mangfoldigheten og bredden som representerer folkehelsearbeidet. Undersøkelsen viser et fragmentert lokalt folkehelsearbeid både når det gjelder kunnskapsgrunnlaget for planer og tiltak og de faktisk iverksatte tiltakene. Bevissthet og anerkjennelse av det systematiske folkehelsearbeidet, nedfelt i folkehelseloven trekkes frem som verktøy for å redusere fragmenteringen. Det vises til tre hovedutfordringer, oversettelses-, samfunns- og samstyrings- og innovasjonsutfordringer: *Oversettelsesutfordringen –*

oversettelsesprosessene som foregår ute i kommunene preges av eksisterende organisering, styringskultur, kompetanse og kapasitet noe som representerer en stivhengighet. En slik «sti» er at i de fleste tilfeller opererer folkehelsearbeidet i helsesektoren av aktører med helsefaglig bakgrunn. Videre trekkes det frem at planlegging gir en forankring, samt gir legitimitet og retning for folkehelsearbeidet. *Samfunnsutfordringen* - en nøkkelfaktor i det lokale folkehelsearbeidet som fremholdes som svært viktig for å utvikle det brede folkehelsearbeidet, er politisk støtte og forankring i den administrative ledelsen. Informantene trekker imidlertid frem at det er generelt vanskelig å tiltrekke seg politisk oppmerksomhet. *Samstyrings- og innovasjonsutfordringen* – undersøkelsen viser at en hovedutfordring i folkehelsearbeidet er å etablere et tverrfaglig samarbeid, fordi denne formen for samstyring utfordrer de tradisjonelle organisasjonsmønstre (Hofstad 2014).

En NIBR-rapport (Norsk institutt for by- og regionforskning) om muligheter og begrensninger i oversiktsarbeidet fremhever tverrsektorelt samarbeid som en faktor for å lykkes. En tydelig forankring av oversiktsarbeidet hos politisk og administrativ ledelse skaper legitimitet og forståelse av arbeidet. Videre trekkes det igjen frem en sentral plassering av folkehelseansvarlig i nærhet til rådmannen som viktig for prioritering av oversiktsarbeidet. Kompetanse og kapasitet fremheves som avgjørende for å oppnå et tilfredsstillende resultat med oversiktsarbeidet. Videre viser rapporten til at der oversiktsarbeidet innebærer en kobling til planlegging må man forholde seg til en virkelighet som fokuserer på det fysiske og politisk mulige. Planlegging utgjør en institusjonell betingelse som påvirker i hvilken grad oversiktsarbeidet fanges opp og over tid vil dette kunne bidra til nye forståelser og perspektiver i planleggingen. Rapporten viser til at det er en overlapp mellom folkehelse og planlegging (Hofstad, Lid, Schou, Vedeld 2015).

Etter- og videreutdanningsprogrammet «Helse og omsorg i plan» (Helomplan) har hatt et mål om økt kunnskap om folkehelse og planlegging i kommunene. Hofstad og Bergsli (2016) har utarbeidet en sluttevaluering for å se på ringvirkninger av programmet. Rapporten viser økt forståelse og kunnskapsgrunnlag om dagens folkehelsepolitikk og planlegging. Kunnskapen bidrar til faglig trygghet og legitimitet som gjør oversettelsesprosessen lettere slik at folkehelseperspektiver løftes frem og deltakelse i planprosesser blir lettere. Videre opplever deltakerne at de har blitt bedre

i stand til å delta i planprosesser og stille krav om å integrere folkehelse i planleggingen. Det trekkes frem at de har tilegnet seg et planspråk som gjør det lettere å få innpass på planleggingsarenaen, samt introduserer nye begreper også i sin egen sektor som igjen bidrar til å utvikle hvordan de ser på egne aktiviteter og funksjon i organisasjonen. Rapporten viser en økning fra 69% til 80-83% i omtale av folkehelse i kommuneplanene i deltakerkommunene. Det er særlig i kommuneplanens samfunnsdel og planstrategi at folkehelse omtales.

Kommuneplanens arealdel skiller seg ut ved at kun 36% omtaler folkehelse.

Rapporten viser at man ikke har kommet helt dit at det er et eksplisitt folkehelsefokus i arealplaner, men at det likevel kan være slik at folkehelserelevante bestemmelser utformes uten at de direkte knyttes til folkehelse/helse. I forhold til oversiktsarbeidet viser rapporten at denne ikke fullt ut fungerer som et kunnskapsgrunnlag integrert i planlegging. Oversiktsarbeidet har vært under utvikling og selv om mange kommuner har integrert oversiktsdokumentet som kunnskapsgrunnlag, så vil man ikke fullt ut kunne se om det er integrert i planarbeidet før kommunene har rullert sine planer (Hofstad & Bergsli 2016).

Strategisk plassering av folkehelsekoordinator, tverrfaglig kompetanse og samarbeid, forankring hos administrativ og politisk ledelse trekkes, som vi ser, stadig frem i den forskning som er gjort. Så også i Hofstad sin rapport om Norges ambisjoner i forhold til Health in all policies. I tillegg trekker rapporten frem usikkerhet knyttet til håndtering av sosiale helseforskjeller da dette fremstår som et spesielt komplekst tema. Videre vises det til at langsiktighet er viktig for en helse-i-alt-vi-gjør strategi, samt evnen til å holde seg til disse strategiene over tid (Hofstad 2016).

Det er skrevet flere masteroppgaver ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) som omhandler integrering av folkehelse i kommunal planlegging. Aarnes (2016) sin masterstudie er en casestudie av integrering av folkehelse i kommunal planlegging. Målet var å få kunnskap om hvordan det brede folkehelsearbeidet er forstått og integrert i plan. Studien viste at det i case-kommunen syntes å være en bred forståelse av folkehelseperspektivet. Det var imidlertid uklart om oversiktsdokumentet ble brukt i forhold til fastsettelse av mål i planer, slik det systematiske folkehelsearbeidet forutsetter. Bagge (2016) så i sin masterstudie på muligheter og begrensninger for bruk av kommuneplanens samfunnsdel som verktøy for forankring av folkehelse. Studien viser til

folkehelseforståelse som den viktigste begrensningen for å forankre folkehelsesatsningen i kommunen og planprosessen trekkes frem som en mulighet for forankring gjennom tverrsektorelt samarbeid. Videre pekes det på at det er den administrative ledelsens ansvar å gi planarbeidet legitimitet og selv om dette var tydelig forankret hos rådmannen, var det tegn til at forankringen ikke var like god hos kommunalsjefene. Studien trekker også frem at mangel på politisk forståelse og eierskap til planen begrenser forankring av folkehelse i organisasjonen. Unnerud (2018) har sett på integrering av folkehelse i arealplanlegging og om helsekonsekvensvurderinger kan være et integreringsverktøy. Studien viser til at folkehelsebegrepets bredde og kompleksitet er den største begrensningen for integrering av folkehelse i arealplanlegging. Ressurser og langsiktig ledelse trekkes frem som sentralt, samt administrativ og politisk vilje og mot til å prioritere kontinuitet i folkehelsearbeidet. Kvalsvik (2015) har i sin studie sett på suksesskriterier og utfordringer for integrering av folkehelse på tvers. Studien trekker frem strategisk plassering i rådmannens stab av folkehelsekoordinator i 100% stilling som en suksessfaktor. Videre viser også denne studien til et behov for strategisk forankring hos administrativ og politisk ledelse, samt en arena for utveksling av tverrfaglig samarbeid. Kvalsvik viser til utfordringer med å koble planlegging og folkehelsearbeid, oppnå politisk engasjement og skape en tverrsektoriell forankring. Samuelsen (2015) undersøker i sin studie hvordan møtet mellom folkehelse og planlegging gjennom det systematiske folkehelsearbeidet oppleves og oversettes. Studien viser at det er ulike forståelser av folkehelse innad i kommunen og at dette skaper utfordringer med å oversette og operasjonalisere folkehelsearbeidet. Det er særlig temaet sosiale helseforskjeller som er vanskelig å oversette og integrere i plansammenheng. Også denne studien viser til utfordringer med å få politikerne til å prioritere det langsiktige folkehelsearbeidet.

3.0 TEORETISK FUNDAMENT

Fagfeltet folkehelsevitenskap involverer flere fagområder, og teorier må dermed sees på i lys av dette. Siden studien har et samfunns- og statsvitenskapelig perspektiv vurderes teorier med dette utgangspunktet. Det er valgt å benytte institusjonell teori og herunder pragmatisk institusjonalisme som teoretisk grunnlag. Institusjonell teori handler om at institusjoner sees på som bestandige, de er tilfeldige og kan endres over tid. Den tilnærmingen som velges vil nyansere og utdype et godt forståelsesgrunnlag for analysen. Dette vil bidra til å belyse problemstillingen, hvordan folkehelseoversikten implementeres i kommunal arealplanlegging.

Institusjonelle teorier omhandler organisasjonen og forholdet til dens omgivelser og belyser hvordan organisasjoner over tid utvikler et særegent preg og identitet. Hvordan normer og verdier utvikles over tid og fører til institusjonalisering og hvilken betydning dette får for innføring av endringer i organisasjonen (Røvik 2007). I sin doktorgradsavhandling viser Ridderström til at man generelt kan si at institusjonell teori sier noe om institusjoner og deres måter å se på strukturer om hvordan mennesker forholder seg innenfor et sosialt fellesskap. Det legges vekt på at det innen institusjonene er egne regler, normer og verdier. Institusjoner kan videre være både formelle og inneholde lover og regler, og uformelle hvor det handler om hvordan skikk og bruk kan påvirke innad i institusjonene (Ridderström 2015).

Innen organisasjonsteori er det to grunnleggende paradigmer. Den modernistiske som har en rasjonell tilnærming og den sosialkonstruktivistiske tilnærmingen som har en institusjonell tilnærming. I følge Røvik (2007) er det en tredje vei som er utledet fra disse to. Pragmatisk institusjonalisme velges i studien da den har en empirisk orientering, som søker å få frem det grunnleggende tvetydige ved fenomener og handler om hvordan organisasjonsideer oversettes, og kan fastsette en nyttig ramme for forståelse av empiriske observasjoner (Røvik 2007). I denne forståelsen vises det til at ideer og praksis virker sammen på mange omfattende måter og at de også påvirker hverandre (Røvik 2007) I studien er det valgt perspektivene stivhengighet, garbage can modellen, translasjonsteori og virusteori for å se på ulike forhold ved overføring og mottak av organisasjonsideer som kunnskapsgrunnlaget

folkehelseoversikten er. Gjennom dette vil det også fremgå hvordan institusjoner både er bestandige, tilfeldige og over tid kan endres.

3.1 Stiavhengighet

Begrepet stiavhengighet eller "path dependence" følger av historien og handler om at valg som ble tatt tidligere i institusjonen har en tendens til å bli værende over tid (Ridderstrøm 2015). De involverte aktørene har sine «stier» som er kjente for de og som de forholder seg til. Disse er knyttet til de verdier, normer, forståelser og tradisjoner aktørene innehar. Men innenfor en beslutningsprosess kan disse «stiene» bli korrigert og endret, "stier" kan krysses og valg gjøres hvor det da kan oppstå nye, endrede beslutninger (Amdam & Veggeland 2011). I en organisasjon som preges av stiavhengighet kan det være utfordrende å endre kurs og ta inn nye perspektiver. Derfor er stiavhengighet et vesentlig begrep å se på og vurdere i analysen opp mot de funn som er gjort for å se på drivere og barrierer for implementering av folkehelseoversikten i arealplanleggingen. Det er interessant med stiavhengighet i forhold til vår studie ved at det ikke bare er slik at nåværende beslutninger påvirkes av tidligere tatte beslutninger, men at beslutningene som fattes utvikler «stier» som organisasjoner utvikler seg langs og gir nye muligheter. Jacobsen og Torsvik (2016) viser videre til at gjennom beslutninger som fattes vil det komme nye muligheter og andre vil lukkes. Men samtidig kan det være en utfordring når beslutninger er fattet og inngår i slike stier å gå tilbake på det som er besluttet og bryte ut av beslutningene. Man kan si at «bordet fanger». Dette trenger ikke å bety noe negativt for organisasjonen, fordi den gjennom stiavhengighet kan ha funnet en god måte å jobbe på hvor den har lært av de stivalg som er gjennomført, og hvor det da er gitt mulighet til å kvitte seg med dårlige alternativer og det oppleves at gode beslutninger for organisasjonen er fattet (Jacobsen og Torsvik 2016). Folkehelseoversikten kan slik sett sees på som en arena for samarbeid og samordning, så har de involverte aktørene sine stier med sitt innhold som de forholder seg til og dermed har ikke kommunen som organisasjon mulighet og makt til fullstendig å bestemme handlingene til aktørene. Samtidig vil aktørene gjennom kommunikasjon og samarbeid komme dit at stier kan krysses og nye beslutninger settes (Amdam og Veggeland 2011).

3.1.1 Garbage can modellen

For å få en enda mer utfyllende forståelse for hva som skjer rundt beslutningssituasjonene, vil det i tillegg til stivhengighet også sees på garbage can modellen, også kalt søppelbøttemodellen.

Samfunnet utvikler og endrer seg hele tiden. Amdam og Veggeland (2011) viser til at med bakgrunn i endringsprosesser i samfunnet gjør det at planlegging, hvem som involveres i beslutningsprosesser, mål, verdier, problemoppfattelse, forståelse av løsninger og beslutninger, påvirkes og endres over tid.

Garbage can modellen viser til at utfall av beslutninger heller er et resultat av tilfeldigheter i hvordan de forskjellige aktørene er koblet sammen, enn at det er rasjonelle og veloverveide handlinger fra ledelsen i organisasjonen. De løsninger og beslutninger som blir tatt kan være vanskelig å forklare og forstå. Det vises også til at de kontekstuelle forholdene kan påvirke både beslutninger og utfall (Olsen, Cohen, March 1972). Beslutningene som fattes blir her grunnlagt som noe som skjer i samspillet mellom de aktørene som er tilstede innenfor de varierende situasjonsbetingelsene som regjerer. Modellen forklares ved hjelp av fire ulike strømmer som handler om

- beslutningsmuligheter
- aktører
- problemer
- løsninger

Beslutninger skjer når disse strømmene kobles sammen og aktørene har med seg sine problemer og løsninger og møtes i en beslutningssituasjon. Denne beslutningssituasjonen er søppelbøtta hvor aktørene kan legge fram sine problemer og løsninger. Ut fra dette kan nye løsninger og beslutninger komme fram og fattes. En utfordring søppelbøttemodellen kan gi er at selv om det i en og samme organisasjon kan finnes flere parallelle beslutningsprosesser til samme tid, vil bare i liten grad beslutninger følge hverandre i tid. Dette mener enkelte kan forstås slik at om vi fokuserer på bare en beslutning om gangen så vil det gjøre at vi mister det mest essensielle, og det er at organisasjoner fattet beslutninger hele tiden (Jacobsen og Thorsvik 2016).

«Garbage can er en ishockeybane, der de rutinerte deltakerne går raskt og målbevisst på isen, fordi de kan teknikken, mens gangerne stabber rundt på

skjelvende knær og er antageligvis redde for å falle, hvem disse deltakerne er på banen varierer som regel over tid, i tillegg strømmer problemer og løsninger inn på banen i form av innspill som deltakerne griper fatt i» (Amdam og Veggeland 1998:79).

3.2 Translasjonsteori

Translasjonsteoretisk perspektiv beskriver hvordan kunnskap og ideer kan oversettes fra en kontekst og inn i en annen (Røvik 2007). Translasjonsteorien kan derfor beskrives som en pragmatisk tilnærming hvor det antas at organisasjoner implementerer ideer ut i fra en tvetydighet. Dette innebærer at organisasjonen ser på seg selv som en rasjonell aktør samtidig som man blir motivert til å adoptere ideer som fremstår som symboler på å være en moderne organisasjon (Røvik 2007). Mens virusteorien tar for seg hva organisasjonsideene gjør med organisasjon, handler translasjon om hva organisasjonen kan gjøre med ideene (Røvik 2007).

For studien er teorien nyttig for å forstå hvordan folkehelseperspektivet blir oversatt i kommunen, og om denne oversettelsen er av en slik kvalitet at den fungerer som en driver for implementering av folkehelseoversikten i arealplanlegging.

Viktige elementer i translasjonsteorien for overføring av ideer og kunnskap er dekontekstualisering, kontekstualisering, translatørkompetanse og kvaliteten på oversettelsen (Røvik 2007). Dekontekstualisering betegner måten praksis oversettes til ideer og gjøres mindre konseptavhengige og lettere overførbare til andre organisasjoner (Røvik 2007). Kontekstualisering betegner hvordan ideer eller ny praksis introduseres inn i en ny organisatorisk kontekst (ibid.)

I studien velges det å se nærmere på kontekstualisering og translasjonskompetanse, da de kan bidra til forståelse for hvordan folkehelse i arealplanlegging forsøkes innført.

3.2.1 Kontekstualisering

Mange ulike arenaer og aktører er involvert når nye ideer forsøkes oversatt og gitt et materielt innhold i bestemte sektorer og organisasjoner. Ansatte i kommunens komplekse kontekst har sin fagkunnskap og sine måter å utføre oppgaver på som allerede er etablert. Dette kan skape konflikter og motsetninger. Med ulik

fagbakgrunn kan en ide oppfattes ulikt og tillegges ulikt innhold og forståelse (Røvik 2007).

En modell er *den hierarkiske oversettelseskjeden* som bygger sammenkjedede argumenter og antakelser. En av disse antakelsene er at nye organisasjonsideer i hovedsak vil komme inn i organisasjonen via toppledelsen, dvs. en top-down orientering. Et slikt perspektiv innbefatter at toppledelsen har en klar oppfatning om og planer for hvordan ulike ideer skal implementeres innenfor lokale rammer (Røvik 2007). Folkehelseperspektivet og folkehelseoversikten vil ha en slik top-down orientering ettersom ideen folkehelse og folkehelseoversikten er lovpålagt (Folkehelseloven 2011; Plan- og bygningsloven 2008). Departementet gir bestemmelser og veiledere for hvordan folkehelse kan implementeres i all planlegging og hvordan arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer kan utføres i praksis (Folkehelseloven 2011; Helsedirektoratet 2013).

I den hierarkiske oversettelseskjeden finnes også antakelsen om at oversettelse følger en rettlinjert bevegelse fra toppen og nedover i organisasjonen, der ideer som i utgangspunktet er abstrakte og utydelige, gradvis får et mer konkret innhold. Men flere observasjoner viser at oversettelsesprosessers forløp mellom arenaer og aktører følger et spirallignende forløp der ideer over tid kan sirkulere innenfor et felt eller en organisasjon i en slags osmoseaktig forbindelse mellom abstrakte og mer konkrete former (Røvik 2007).

Folkehelse er et begrep og en definisjon som tilsynelatende favner alt. Dette gjør at begrepet folkehelse kan synes for abstrakt, mer relatert til helse og blir stadig tillagt ulike betydninger, noe som vanskeliggjør implementering av folkehelse i arealplanlegging. En artikkel av Synnevåg, Amdam og Fosse (2018) peker på at terminologi og valg av ord har betydning for framdriften av folkehelsearbeidet. Artikkelen konkluderer med at det er mange dilemmaer knyttet til folkehelseterminologien som krever oppmerksomhet om man skal lykkes i en «helse i alt vi gjør»-politikk. Det antas at en slik problematikk fører til at ideen om folkehelseoversikten kan sirkulere innenfor en kommune fordi det finnes ulike forståelser av folkehelse.

Kravene til folkehelsearbeidet gjør at de ansatte i kommunene må tenke og handle på nye måter både i forhold til oversiktsarbeidet og planlegging. Dette krever ny

kunnskap, nye organisatoriske løsninger og nyorientering av planlegging (Hofstad, Lid, Schou, Vedeld 2015).

Utfordringene med å integrere folkehelse i kommunal arealplanlegging er også knyttet til det tidligere omtalte begrepet «wicked problems». Utfordringer innen folkehelse er i dag mer komplekse og kan ikke løses på samme måte som man tidligere løste samfunnsproblemer (Rittel og Webber 1973). Man kan dermed forvente at kommunene opplever det som en mer utfordrende oppgave å oversette folkehelseperspektivet inn i arealplanlegging. En vesentlig betingelse for å lykkes med overføring av kunnskap er at man lykkes med translasjonsprosessen, dvs. det å lage gode oversettelser. For å få det til trengs translatørkompetanse (Røvik 2007).

3.2.2 Translatørkompetansen

Translatørkompetanse er en kritisk suksessfaktor for å lykkes med idéoverføringer. Med translatørkompetanse menes evnen til å oversette ideer på en god måte. For å implementere folkehelseperspektivet i kommunal arealplanlegging er det viktig å gjøre innholdet i ideen tilgjengelig for den nye konteksten på et språk som gir en felles forståelse. Dette innebærer at oversetteren må ha god kunnskap til ideen og forstå konteksten den skal implementeres inn i (Røvik 2007). I tillegg må translatøren være kreativ for å språksette ideene, og evne å kombinere hensynet til det som skal overføres og oversettes, og den konteksten det kommer fra, slik at det passer inn og kan brukes i en ny kontekst. Det kan i så henseende være hensiktsmessig å tillegge eller trekke i fra elementer for at ideen skal kunne implementeres i lokal praksis (ibid.).

Videre trenger translatøren ifølge Røvik (2007) også tålmodighet. Det kan ta tid før organisasjonsideer fungerer i praksis og translatøren må ha tålmodighet og evnen til å holde ideen gående slik at en ide som for eksempel først melder seg som prat i en organisasjon, etter hvert kan oversettes til et materielt innhold i rutiner og praksiser. Tålmodighet som dyd for den gode oversetter er knyttet til virusteoriens metafor om at ideer spres og kommer først til syne gjennom «språkssmitte» og prat. Som virus kan slik språklig «smitte» ha lang inkubasjonstid før den materialiserer seg i praksisfeltet (Røvik 2007).

Styrke er den tredje egenskapen Røvik (2007) trekker frem som en viktig egenskap ved translatørkompetansen. Nye organisasjonsideer er også kilde til omstilling av

organisasjonen og skjer ofte i en kontekst av maktspill, motstand og konflikt mellom ulike interesser.

Folkehelse og planlegging er sektorovergripende og må derfor oversettes bredt i organisasjonen. For å implementere folkehelseperspektivet inn i arealplanlegging kreves det oversettelse og translatørkompetanse både hos ledelsen og nedover i organisasjonen. Det vil si at flere aktører i organisasjonen må være involvert.

3.3 Virusteori

Som omtalt i kapittelet over er det hva som skjer med ideene når de tas inn i og tas i bruk i organisasjonene, som er virusteoriens ståsted. Dette handler om kontekstualisering.

Innen virusteorien er bruken av metafor essensiell. Viruset som metafor blir en måte å se på hvordan organisasjonsideer adopteres, spres og virker inn i organisasjoner. Røvik viser videre til at det å benytte metaforer kan være en veldig hensiktsmessig måte å søke å forstå fenomener som kan være komplekse og lite utforsket (Røvik 2007).

Folkehelse og kunnskapsgrunnlaget folkehelseoversikten er tema hvor bruk av metaforer kan fungere godt for å søke å forstå de prosesser som skjer ved implementering i kommunal arealplanlegging.

I følge Røvik (2007) er en utfordring når man benytter metaforer for å se på organisasjonsideers adoptering og spredning faren for forenkling av det fenomenet som ønskes implementert. Det kan gi seg uttrykk i at det i stedet for å komme til den økte forståelsen som ønskes, heller blir forfalskninger eller overforenklinger (Røvik 2007).

I analysen benyttes flere ulike teorier slik at muligheten for forenklinger unngås.

Det er store variasjoner for hvor mottakelige forskjellige organisasjoner er for ulike ideer viser empiriske observasjoner, og at utfall av forsøk på adoptering kan bli annerledes enn ledelsen har forestilt seg (Røvik 2007).

Organisasjoner mobiliserer forsvarsverk og motstand mot ideer som forsøker å trenge inn i organisasjonene. Slik kan det også være ved å implementere folkehelse og folkehelseoversikten i arealplanlegging. Et ytre forsvarsverk kan gjøre at ideer som fanges opp av ledelsen ikke forplanter seg videre nedover i organisasjonen og

inn i praksisfeltet. Men klarer ideene å trengje gjennom det ytre forsvarsverket og forsøkene på å implementere ideene i praksisfeltet blir reelle, aktiveres det indre forsvarsverket. Praksisfeltet vil kreve at ideene skal passe deres praksis, og være kompatible. Røvik viser vidare til at slik som virus kan også organisasjonsideer ha inkubasjonstid. Det kan i stor grad variere hvor lang inkubasjonstiden er fra ideen er innført til den materialiseres i rutiner og aktiviteter. Dette kan påvirkes av faktorer som hvor raskt og med hvor sterk kraft ideer spres og av hvor massiv motstanden mot ideene er i organisasjonene (Røvik 2007).

Det kan også sees noen mønster for hvordan organisasjonsideer oppfører seg i organisasjonen over lengre perioder. De kan implementeres med stor styrke og entusiasme, men «fader» etter en tid ut og blir inaktive og nærmest usynlige, men forsvinner ikke. Når de så blir hentet fram igjen, blir reaktivert, kan det ofte være av andre aktører enn de som i utgangspunktet arbeidet med ideene. Da kan det bli lagt nye planer for hvordan disse skal implementeres og forstås i organisasjonen. Når de inaktive ideene blir reaktiverte kan de også bli noe omformet fra utgangspunktet. Dette kalles at ideene muterer. Ideer kan etter inkubasjonstiden også «dø ut» uten at de er implementert. Røvik viser også til noen likhetstrekk innen form, innhold og opprinnelse mellom virus og organisasjonsideer. Et interessant moment er når det gjelder folkehelseoversikten og likhetstrekket som handler om opprinnelse. Her vises det til at organisasjonsideer slik som virus ofte har kjennetegn ved at de har en uklar opprinnelse og hvordan de har oppstått (Røvik 2007).

Folkehelseoversikten som organisasjons-idé er en motsats hvor opprinnelsen er tydelig. Krav til oversikt er i hovedsak en videreføring av paragraf 1-4 i kommunehelsetjenesteloven av 1982 og videreført inn i Folkehelseloven av 2011. Oppgaven med å ha oversikt over helsetilstanden går helt tilbake til Sundhedsloven av 1860 hvor det slås fast at «oppmærksomhed» skulle rettes mot "Stedets Sunhedsforhold" og på hva som kunne påvirke disse (Helsedirektoratet 2013).

3.4 Alternative teorier

Det finnes flere tilnærminger som ville kunne bidra til å belyse problemstillingen på forskjellige måter. Diskursteori ble vurdert da den belyser oversettelse av folkehelsepolitikk til lokal virkelighet. Kommunikativ planleggingsteori ble vurdert da den fokuserer på kvalitet og innhold i planprosessene, men ble valgt bort da aktørene

som deltar skal forsvare "sin" interesse i prosessen. Dette mener vi er vanskelig sett i sammenheng med prosessene der man ser på koblingen mellom folkehelse og arealplanlegging og det er fokus på utveksling av kunnskap for å komme fram til ny felles forståelse. Samstyringsperspektivet er opptatt av hva som skjer inne i organisasjonen og sier noe om hvorfor en organisasjon handler som den gjør. Nettverksteori har sitt utspring fra et institusjonelt perspektiv hvor man er opptatt av hva som former en organisasjon og hvordan den tilpasser seg omgivelsene. Studiens teorier og modeller er valgt da vi mener de ulike tilnærmingene disse har på institusjon på en bedre måte belyser bredden av utfordringer og perspektiver på hvordan folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag implementeres i kommunal arealplanlegging.

4.0 METODE

I kapittelet vil det bli gjort rede for de metodiske valg som er gjort i studien. Først vil forskningsmetoden beskrives. Deretter beskrives og diskuteres studiedesign og utvalgs-kriterier som er benyttet. Videre presenteres datainnsamlingsprosessen, analyseprosessen og de etiske perspektivene ved studien, samt metodisk refleksjon.

4.1 Forskningsmetode

I lys av problemstillingen ble kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer ansett som best egnet. En metode er definert som en strategi eller teknikk som benyttes for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Det må derfor være et logisk forhold mellom problemstilling og metode i et helhetlig forskningsdesign. Valg av metode gjøres ut i fra om den er egnet for å få svar på studiens problemstilling. (Everett & Furuseth 2012). Metode handler om veien til målet (Kvale og Brinkmann 2015). Denne studien søker å få innsikt og forståelse av hvilke drivere og barrierer som aktiveres ved implementering av folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag i kommunal arealplanlegging. Med dette som utgangspunkt anser vi kvalitativ forskningsmetode som best egnet for å få vite mer om menneskers erfaringer, opplevelser og samhandlinger. Målet er forståelse snarere enn forklaring (Malterud 2013). En fenomenologisk tilnærming som kvalitativ design innebærer å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer og forståelse av et fenomen, og handlingen eller ytringen sees i lys av den sammenhengen den forekommer innenfor. Fenomenologisk filosofi er læren om «det som viser seg», altså slik det framstår for oss (Johannessen, Tufte, Christoffersen 2010). Det er naturlig i denne studien å bruke en fenomenologisk tilnærming for å få innsikt i informantenes erfaringer og forståelse av folkehelseoversikten som fenomen.

I tillegg tolker og forstår mennesker tekst ut i fra tradisjon, fordommer og historisk liv, og enhver tekst får sin mening fra en kontekst. Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster. Målet med hermeneutisk fortolkning er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr (Johannessen et al. 2010). Hermeneutikk handler om at man bruker den kunnskapen og forforståelsen man allerede har når man skal forholde seg til og forstå noe nytt. Denne tilnærmingen er derfor relevant for studien både i forhold til fortolkning av intervjutekster, samt informantenes fortolkning og forståelse av folkehelsearbeidet og folkehelseoversikten i arealplanlegging.

4.2 Studiedesign og utvalgsriterier

En casestudie er en empirisk undersøkelse som studerer et aktuelt fenomen i dets virkelige kontekst (Johannessen et al. 2010)

Studiens case er møtet mellom folkehelseoversikten og kommunal arealplanlegging. Konteksten er norske kommuner og vi har valgt to kommuner for å få en dypere innsikt og forståelse av dette fenomenet. Når man har en interesse eller ønske om å forstå og forklare det særskilte tilfellet man står overfor, kan casestudie være nyttig da det sikter etter å forstå det unike - fenomenet. Gjennom casestudier søker man å se på og forstå nåtidens komplekse sammenhenger og særtrekk hos mennesker og i samfunnet (Andersen 2013).

Et kjennetegn ved casestudie er at forskerne over et gitt tidsrom henter inn stor grad av informasjon om caset eller flere caser ved datainnsamling (Johannessen et al. 2010) For forskerne er også casestudiets nærhet til virkeligheten og dens mange særtrekk og detaljer et viktig moment (Flyvbjerg 2004). En styrke for casestudier og som er med på å oppnå validitet er forskernes mulighet til å gå i dybden av et case. Dette gjør at man kan komme fram til detaljerte og inngående beskrivelser og kunnskap om det caset som undersøkes (Andersen 2013).

Casestudie er ikke særlig egnet til å se på et fenomens empiriske omfang, men er godt egnet når det er ønskelig finne fram til forståelsen og forklaringen av handlinger og prosesser (Andersen 2013). Dette gjør casestudie som godt egnet i studien for å belyse og forstå hvilke drivere og barrierer som aktiveres ved implementering av folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag i arealplanlegging.

Vår interesse for folkehelse og arealplanlegging og koblingen mellom de har bakgrunn i mange år og erfaringer fra varierte arbeidsliv. Etter påbegynt masterutdanning har interessen for disse tema blitt ytterligere forsterket, og vi har i løpet av utdanningen stilt oss mange spørsmål og undringer om hvordan arbeidet rundt denne koblingen både foregår og oppleves av de som arbeider innenfor aktuelle sektorer og avdelinger. Mer særskilt så har folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag og bruk av denne fanget vår interesse. Gjennom casestudie har vi mulighet til å forstå og forklare handlinger og bruk av folkehelseoversikten som fenomen. Derfor vil det være nyttig å skaffe mye informasjon om fenomenet gjennom intervju av aktuelle informanter og benytte teori som gir oss antakelser om fenomenet som undersøkes og som derved vil bidra til å belyse problemstillingen. Disse

teoretiske antakelsene viser Johannessen et.al. (2010) til som logiske sammenhenger mellom data og antagelser og som grunnleggende for videre undersøkelser og kalles en analysestrategi.

4.2.1. Utvalg av kommuner og informanter

Kommuner

Innen kvantitativ forskning ønsker man utvalg som skal være mest mulig representative for en populasjon, mens det å få kunnskap og beskrivelser om fenomenet som det ønskes å undersøke er vesentlig innen kvalitativ forskning (Malterud 2013). Vi ønsker å samle data fra kilder som vi antar har egne erfaringer med fenomenet som studeres og benytter derfor strategisk utvelgelse av kommuner og informanter. Strategisk utvelgelse benyttes ofte i kvalitativ forskning og handler om at for å kunne samle inn de data forskeren mener er nødvendig, så er det viktig å tenke gjennom målgruppa som skal være med. Det handler om å velge ut fra hva som er interessant og relevant for oppgaven og utvelgelsen baseres derfor på hva som er hensiktsmessig (Johannessen et al. 2010).

Det er derfor i studien gjort en strategisk utvelgelse for å belyse problemstillingen. Utgangspunktet for studien er alle norske kommuner, og i utvelgelsesprosessen for å finne kommunene baseres utvalget på følgende inklusjons – og eksklusjonskriterier:

- Kvalitetsindikatoren «sammenlignbare kommuner», som er Statistisk sentralbyrås KOSTRA (Kommune Stat Rapportering) gruppering hvor kommuner etter visse kriterier ligner noe på hverandre. Etter en gjennomgang velges kommunegruppe «store kommuner utenom de fire største byene». Her er det på landsbasis mer enn førti kommuner. Store kommuner defineres som kommuner med mer enn 20 000 innbyggere (Helsenorge.no).
- Videre vurderte vi Riksrevisjonens undersøkelse hvor det vises til at store kommuner med 33% av kommunene har kommet noe lengre i oversiktsarbeidet enn små og mellomstore kommuner (Riksrevisjonen 2015). Perspektivet underbygger valget av store kommuner da det er grunn til å anta at disse innehar tilstrekkelig kompetanse og kvalitet til å gi større innsikt i hvordan folkehelsearbeidet utføres i kommunene.
- Velger andre kommuner enn de vi selv jobber i for å skape avstand til både kommunene og informantene slik at vår kjennskap og for forståelse til kommuner

og ansatte ikke preger studien på samme måte som der vi har sterkere kjennskap til det vi ønsker å undersøke. Flyvbjerg (2004) bekrefter at det kan være en utfordring i casestudier at de preges av forskerens på forhånd antatte holdninger. Vi ser det som en styrke for studien at vi som forskere ikke innehar disse antatte holdninger i så stor grad som der vi har førstehåndskjennskap til kommunene.

- Ønskelig med en kommune som har folkehelsekoordinator i 100% stilling og en kommune som ikke har det for å se om og eventuelt hvordan det påvirker arbeidet med oversiktsdokumentet.

Med kriteriene over som bakgrunn ble kommunene valgt ut. Kommunene holdes anonyme, bakgrunnen for dette forklares i kapittel 4.5, og kalles derfor i studien for "Nordvik" og "Sørvik". Internettsidene ble benyttet for å se på overordnede plandokumenter som kommuneplaner og planstrategier og hvordan folkehelsearbeidet vektlegges. De valgte kommuner vurderes å kunne gi studien et representativt innblikk i hvordan arbeidet med folkehelseoversikten og koblingen mot arealplanlegging fungerer.

Informanter.

Ved valg av informanter er det viktig å se på hvem som kan være aktuelle i forhold til problemstillingen. Helse i alt vi gjør er kjernen i folkehelsearbeidet og handler om at dette arbeidet skal utføres på tvers av sektorer (Meld. St. 34 (2012-2013)). Det var derfor et viktig utgangspunkt i valg av informanter at disse innehar stillinger innenfor forskjellige sektorer og nivåer og både fra administrasjon og det politiske miljøet for å få en bredest mulig forståelse og innsikt ut fra intervjuene. Det var også et viktig kriterium at informantene har en tilknytning til arealplanlegging eller folkehelsearbeid i kommunen.

Det er viktig å samle data fra kilder som vi antar har egne erfaringer med fenomenet som studeres og derfor vil ikke valg av informanter være tilfeldig, men en strategisk utvelgelse av informanter ut fra det som oppleves som hensiktsmessig for studien (Johannessen et al. 2010).

Kommunenes nettsider ble benyttet for å få en oversikt over sektorer og avdelinger og finne fram til ansatte og politikere som kunne være aktuelle som informanter.

4.3 Prosess for datainnsamling

I studien blir datagrunnlaget først og fremst hentet gjennom semistrukturerte intervjuer, samt kommunale plandokumenter.

Prosessene startet med å sende henvendelse pr. mail til rådmennene i begge kommunene der vi ba om deres godkjenning til deltakelse i studien. Vi fikk positive svar, og videre prosess for å komme i kontakt med aktuelle informanter startet.

I Nordvik kommune fikk vi raskt kontakt med informanter og fikk satt avtaler. I Sørvik kommune tok dette mye lenger tid. Intervjuene med kommuneoverlege og rådmann kom tidlig på plass, deretter tok det en god del lenger tid med å få de andre intervjuene på plass. Vi hadde i utgangspunktet noen formeningene om hvem vi mente var aktuelle å intervjuer. Snøballmetoden ble i tillegg benyttet da vi ved flere anledninger fikk hjelp av de vi intervjuet med forslag til andre som var aktuelle.

Snøballmetoden er en rekrutteringsstrategi som benyttes taktisk til å få informasjon om andre som vet mye om tema som undersøkes ved at man spør de man intervjuer om de vet om andre som kan være aktuelle som informanter (Johannessen et.al. 2010).

I Nordvik kommune fikk vi etter hvert gjennomført flere intervjuer enn det som viste seg å være formålstjenlig for oppgaven da de ikke tilførte ytterligere kunnskap i forhold til problemstillingen. Kvale og Brinkmann (2015) refererer til dette ved å vise til at forskeren når et metningspunkt når en ny enhet ikke tilfører noe vesentlig nytt. Dette gjør at de 18 intervjuene vi har gjennomført vurderes som et godt empirisk grunnlag for studien og for å belyse og gi forståelse til problemstillingen. To mulige informanter fra enhet for regulering i Nordvik kommune har ikke respondert på henvendelse fra oss. Den ene har uttalt til kollega at dette var noe de ikke ville bruke tid på, da vedkommende ikke kunne forstå at dette var viktig for jobben. Den andre har ikke svart på henvendelse.

Det finnes mange forskjellige typer intervju alt etter hva som er formålet med intervjuet. I intervjuet er det viktig å søke å forstå informantens perspektiv av fenomenet.

Derfor ble semistrukturert intervju valgt da spørsmålene her kan tilpasses de forskjellige roller informantene har i det kommunale systemet. Semistrukturert form er relevant da man ikke har en helt åpen samtale eller et lukket spørreskjema, men

utfører intervjuene etter en utarbeidet intervjuguide (vedlegg 3 og 4) med rom for forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann 2015).

Kommunale plandokumenter inkluderes i studien som tilleggsdata for å få et bedre innblikk av hvordan folkehelse og folkehelseoversikten kommer frem og brukes i kommunal arealplanlegging.

4.3.1 Dokumenter

Følgende lovfestede dokumenter knyttet til planprosessen ble hentet på begge kommunenes nettsider og inkludert i studien:

- Planstrategi
- Oversiktsdokument folkehelse
- Løpende folkehelseoversikt
- Planprogram
- Kommuneplan arealdel
- Kommuneplan samfunnsdel

Dokumentene ble lest grundig med fokus på temaene fra intervjuguiden:

Folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag, kunnskapsgrunnlag i arealplanlegging, sosioøkonomiske faktorer og for å få en generell forståelse av kommunene.

Målet har vært å få et overblikk over variasjoner og likheter mellom det som kommer frem i intervjuene og det som kommer frem i plandokumentene, samt få et innblikk av forankringen av folkehelseoversikten og folkehelseperspektivet i arealplanlegging.

Det ble derfor ikke gjennomført en systematisk innholdsanalyse i dokumentene eller en dyptgående analyse av hvilke folkehelse temaer kommunene fokuserer på.

4.3.2 Intervju

Kvalitative forskningsintervjuer har som mål å forstå ulike sider av verden sett fra informantens eget perspektiv. Et intervju er en utveksling av synspunkter mellom to personer i en samtale som har en viss struktur og hensikt. Forskningsintervjuet er ikke en samtale mellom likeverdige deltakere ettersom det er forskeren som definerer og kontrollerer samtalen (Kvale & Brinkmann 2015). Det blir benyttet semistrukturerte intervju med en på forhånd utarbeidet intervjuguide. Ved på forhånd å utarbeide en intervjuguide med overordnede forskningsspørsmål, samt noen underpunkter kan det sikre utdypende svar og at alt blir dekket (Johannessen et al. 2010).

Ved å benytte semistrukturert intervju kan rekkefølgen på spørsmålene endres etter hva informantene vil snakke om samtidig som man kan få innsikt i problemstillinger som en strukturert intervjuguide vanskelig kan avdekke (Johannessen et al. 2010). Intervjumetoden ga informantene mulighet til å ta opp det som opptok og var viktig for dem. Semistrukturerte intervju gir rom for at uventede temaer kan dukke opp og at spørsmålene kan justeres underveis i intervjuet. En viss struktur var likevel nødvendig for å gjøre materialet håndterbart under analysen (Johannessen et al. 2010)

Intervjuguiden ble utarbeidet med hovedspørsmål med mulige underpunkter som ble justert i forhold til informantenes ulike roller i kommunen. Det ble utarbeidet en egen intervjuguide for intervju av politiske informanter for å treffe denne målgruppen bedre (ibid.).

Intervjuene ble gjennomført i perioden juni – oktober 2018. Det ble gjort 8 intervjuer i Sørvik kommune og 12 intervjuer i Nordvik kommune. Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidssted.

Det ble benyttet egen lydopptaker under intervjuene som støtte både til datainnsamlingen og analysearbeidet. På den måten kunne vi ha fokus på en god flyt i samtalen. I det senere arbeidet med dataanalysen kunne vi da også ta utgangspunkt i nøyaktig det som ble sagt samt benytte sitater.

Intervjuguiden ble ikke sendt ut til informantene på forhånd. Dette fordi vi ønsket mest mulig spontane svar og refleksjon under selve intervjuet. Intervjuene varte ca. 45 minutter.

4.4 Analyse

Analyse skal bygge bro mellom rådata og resultater (Malterud 2013). Her beskrives analyseprosessen som ble utført på materialet for å finne fram til resultater.

I studien vil data fra kommunene legges ved siden av hverandre for å få en sammenheng og et bredere kunnskapsgrunnlag. Det gjøres ingen komparativ studie.

4.4.1 Analyse av intervjuene

De virkelige rådata er den faktiske hendelsen, slik den fant sted mellom de impliserte partene (Malterud 2013). Analysen starter egentlig allerede i intervjusituasjonen fordi man hele tiden fortolker det som skjer. Videre gjøres en ny fortolking og analyse

gjennom transkripsjon av intervjuene. Selve analyseprosessen starter likevel ikke før etter at datamaterialet er transkribert og teksten er kodet eller kategorisert (Kvale & Brinkmann 2015).

Vi transkriberte de intervjuene vi selv hadde utført så fort som mulig etter at intervjuet var gjennomført. Denne prosessen opplevde vi som meget nyttig for å få med oss alle variasjoner i intervjuene både fra informantene og oss som intervjuere. Kvale og Brinkmann (2015) viser til at det er hensiktsmessig å transkribere intervjuene selv fordi man som forsker da lærer noe om sin egen intervjustil. I tillegg vil man til en viss grad huske elementer ved intervjusituasjonen bedre, som for eksempel kroppsspråk og emosjonelle aspekter. I en transkripsjon blir samtalen mellom to mennesker referert og fiksert i skriftlig form. Transkripsjonen ble utført etter samme skriveprosedyre. Dette er viktig da det har betydning for å kunne utføre språklige sammenligninger av intervjuene.

Videre ble det under transkriberingen benyttet fargekoder for å skille mellom hvem som sa hva under intervjuet, samt fargekoder for å markere tanker og refleksjoner. Da transkriberingen var gjennomført sendte vi intervjuene til hverandre for grundig gjennomlesing, slik at vi satt med det samme datagrunnlaget før analysen ble påbegynt.

Analyse av kvalitative data handler om å stille spørsmål til materialet, lese og organisere data i lys av dette, for deretter å gjenfortelle svarene på en systematisk, forståelig og relevant måte (Malterud 2013). Problemstillingen er utgangspunkt for spørsmålene, mens svarene igjen bestemmes av spørsmålene, det empiriske materialet og den teoretiske referanserammen (ibid.)

Analyseprosedyren varierer fra prosjekt til prosjekt, avhengig av problemstillingen og materiale. Meningskoding og meningsfortetting ble vurdert som en godt egnet analysestrategi. Gjennom denne analysemetoden er det mulig å håndtere større mengder datamateriale (Kvale & Brinkmann 2015).

Det transkriberte materialet ble gjennomlest flere ganger og uttalelser ble systematisert i temaer:

- Forståelsen av folkehelseoversikten
- Opplevelse av folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag
- Folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag i arealplanlegging
- Sosioøkonomiske faktorer
- Folkehelseoversikten og politikk

Koding brukes for å organisere meningsfulle utsnitt, samt redusere og ordne datamaterialet ved å ordne teksten i kategorier som er sentrale for analysen uten å miste viktig informasjon (Johannessen et al. 2010). Originaltranskripsjonen ble opprettet i eget tekstdokument og tekst fra dette ble senere konsentrert og kopiert inn i et eget dokument med fargekoder for de ulike kategoriene og underkategorier. Dette er en form for meningskoding hvor uttalelser i intervjuene knyttes til bestemte nøkkelord (Kvale & Brinkmann 2015). Koding er bare et ledd i fortolkningsprosessen for å få tak i meningsinnholdet og tolke det. Koding innebærer kun en kategorisering og systematisering av tekst for å finne meningsbærende elementer. Det ble lagt stor vekt på at kodingen ikke måtte stykke opp teksten slik at helheten ble borte (Johannessen et al. 2010).

Meningsfortetting ble benyttet som neste steg i analyseprosessen. Meningsfortetting innebærer å forkorte informantens uttalelser til kortere formuleringer hvor meningen gjengis med færre ord (Kvale & Brinkmann 2015).

Teksten ble gjennomgått flere ganger og vi har vært svært restriktive i fortettingen for ikke å ta informasjon ut av sammenheng slik at den får ny mening. Dette er en utfordring ved analyse i kvalitative studier (Kvale & Brinkmann 2015). Sitater ble trukket ut i sin helhet og plassert under relevant kategori. Ved rapportering av funn ble det foretatt systematisk gjennomlesning for å vurdere om sitatene mistet eller endret sin betydning.

Gjennom hele prosessen har vi fokus på å identifisere sammenhenger og mønstre som kan belyse drivere og barrierer ved implementering av folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag og nytteverdien av den inn i arealplanlegging. Samtidig har vi brukt mye og viktig tid på å diskutere og vurdere mønstrene i lys av tidligere forskning og teori, noe som har gitt en dypere innsikt og bedre forståelse av kommunale planprosesser.

4.5 Forskningsetiske vurderinger

Her beskrives de etiske beslutninger som er gjort for å sikre og verne informanter og det materialet som er samlet inn.

Etikk handler om forholdene mellom oss mennesker og om hva mennesker kan og ikke kan gjøre mot hverandre. Derfor er det vesentlig at regler, retningslinjer og prinsipper for hva som er riktig eller gale handlinger følges (Johannessen et. al. 2010).

Forskningsetikk omhandler et mangfoldig sett av verdier, normer og institusjonelle ordninger som regulerer vitenskapelig virksomhet. Det er forskerens ansvar å legge til rette for god forskningspraksis (De nasjonale forskningsetiske komitéene 2009).

For å sikre informantenes personvern ble det søkt om tillatelse fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) før det ble sendt ut forespørsel om deltakelse i studien. Tillatelse ble innvilget av NSD 25.6.2018 (vedlegg 1) og intervjuprosessen ble igangsatt.

Kvale & Brinkmann (2015) trekker frem fire områder det er viktig å ivareta i forhold til etiske utfordringer i intervjusituasjoner:

- 1) Det skal foreligge informert samtykke
- 2) Opplysninger skal behandles konfidensielt
- 3) Det skal informeres om mulige konsekvenser av forskningen
- 4) Forskerens rolle skal være avklart.

Informasjonsskriv (vedlegg 2) med opplysninger om disse punktene ble sendt på mail til informantene og gjennomgått muntlig i forkant av intervjuet. Informasjonsskrivet inneholdt en beskrivelse av studien tema og hensikt. Videre ble det informert om hvordan intervjuet skulle foregå og hvordan datamaterialet skulle oppbevares og benyttes. Det ble også opplyst at prosjektet var godkjent av kommunens rådmann og at deltakelse var frivillig, samt mulighet til å trekke seg på et senere tidspunkt. Til slutt var vår og veilederens kontaktinformasjon oppgitt. Samtykkeerklæring ble undertegnet for å dokumentere informert samtykke.

Ved gjennomføring av intervjuene ble kommunenes respektive rådmenn spurt om det var viktig at kommunen er anonymisert i oppgaven. Sørvik kommunes rådmann mente det ikke er noe behov for at kommunen skal være anonym da de ønsker å ha en transparent organisasjon. Rådmann i Nordvik kommune var også positiv til ikke å anonymisere kommunens navn, men flere av informantene mente at det ville føre til at de ikke lenger var anonyme på grunn av sin stilling. Dette tas det hensyn til og derfor presenteres begge kommunene som anonyme i studien. Det er naturlig at kommunene presenteres på samme måte. Med bakgrunn i ønsket om anonymitet påvirkes også presentasjoner av planer og dokumenter slik at disse også presenteres anonymt. Dette betyr at planer og dokumenter ikke blir vurdert så inngående at det er fare for at kommunene blir gjenkjent gjennom planverket og dokumenter. Kommunenes navn er anonymisert for å unngå identifisering av enkeltpersoner gjennom stillingstittel. Informantenes navn, fødsels- eller

personnummer er ikke opplyst i oppgaven. Arbeidssted er anonymisert i og med at kommunen er anonym, men enhet eller avdeling er opplyst samt stillingstittel da det ellers er fare for at viktige perspektiv og forståelse bortfaller. Dette sees i sammenheng med den hermeneutiske tilnærmingen, hvor det nettopp er viktig å få tak i den enkeltes oppfattelse i sin kontekst.

Under transkripsjon ble det kun benyttet egen nummerering av informantene samt arbeidstittel.

Alle dokumenter er lagret digitalt på våre passordbeskyttede datamaskiner under passordbeskyttede mapper. Ved publisering av oppgaven vil alt innsamlet materiale bli destruert.

4.6 Validitet, reliabilitet og generalisering

Det er ulike kriterier som skal være oppfylt for å trekke konklusjoner om de resultatene man har fått stemmer med virkeligheten. De viktigste kjennetegnene for god empirisk forskning er grundighet, systematikk og åpenhet. Andre kriterier for god kvalitativ forskning er validitet og reliabilitet (Johannessen et al. 2010).

Validitet handler om i hvilken grad det er gyldige data, det vil si om datamaterialet er godt nok for å representere virkeligheten av fenomenet som blir studert. Det ble under hele prosessen gjort en vurdering av dataenes gyldighet og kvalitet. Prosessen er beskrevet så utfyllende som mulig for å sikre innsyn i prosessen og overføringsverdi (Malterud 2013).

Reliabilitet handler om i hvilken grad man kan stole på de resultatene man har fått og i hvilken grad man ville fått de samme resultatene om den nøyaktig samme studien ble gjentatt av en annen forsker under identiske forhold (Johannessen et al. 2010).

Forskningens reliabilitet er vanskelig å bedømme i kvalitativ forskning som dreier seg om mennesker og samfunnsfenomener som studeres. Selv om metoden blir utført på nøyaktig samme måte vil det som regel være vanskelig å intervju de samme informantene. I tillegg vil mellommenneskelige forhold kunne spille inn, samt at kunnskap om fenomenene vil kunne forandre seg (Kvale & Brinkmann 2015).

Gjennom hele prosessen har vi derfor vært bevisste på å beskrive fremgangsmåten så nøyaktig og detaljert som mulig for å styrke reliabiliteten i studien.

Generaliserbarhet vil si om resultatene fra et studie er allmenngyldige for tilsvarende andre studier (Kvale & Brinkmann 2015). I kvalitativ forskning snakker en heller om overføringsverdi enn generalisering (Johannessen et al. 2010). I studien er det et spørsmål om resultatene har overføringsverdi til andre kommuner. I utgangspunktet kan man si at fenomenet er avhengig av den konteksten hvor den er studert – kommunene, de ansatte i kommunene, relasjonene mellom dem, organisering av folkehelse og de folkehelseutfordringer kommunene har. Funnene kan likevel være gjenkjennelige også for andre kommuner (Johannessen et al. 2010). Selv om kommunene ikke er like er metoden som er brukt beskrevet så nøyaktig som mulig. Dette i tillegg til at folkehelseoversikten er et lovpålagt dokument, alle kommuner bedriver arealplanlegging og at de aller fleste kommuner i større eller mindre grad kan kjenne igjen utfordringer som er beskrevet for studiens kommuner, gjør at funnene vurderes til å ha en viss overføringsverdi.

5.0 FUNN

Her presenteres funn fra studien. Det presenteres først generelle trekk ved kommunene ved å se på oversiktsdokumenter, planstrategier og kommuneplaner hvor fakta og utfordringer relatert til studien presenteres. Det presenteres videre i kapittelet de funn fra intervjuene som er vesentlige i studien for å kunne belyse problemstillingen.

Det er viktig ved presentasjon av intervjuene å være bevisst på å få frem de enkelte informanternes synspunkter slik at deres mening ikke blir tatt ut av sammenheng. Det er derfor valgt en presentasjon hvor informanternes meninger og refleksjoner enkelte steder er slått sammen mens det andre steder presenteres som uttalelser fra den enkelte informant. Uttalelser fra den enkelte informant støtter ofte det flere informanter har uttrykt.

I tabellen under presenteres generelle trekk ved de to kommunene for lettere å kunne identifisere dem når data presenteres:

Sørvik kommune	Nordvik kommune
Folketall: ca. 30 000	Folketall: ca. 35 000
Kommuneoverlege i stab samfunn folkehelsekoordinator ansvar	Folkehelsekoordinator - 100% stilling i stab helse og sosial
Kommuneplanens samfunnsdel sist vedtatt 2018	Kommuneplanens samfunnsdel revideres 2019
Kommuneplanens arealdel revideres 2018	Kommuneplanens arealdel revideres 2019
Folkehelseoversikten revideres 2019	Folkehelseoversikten revideres 2019
Politisk styring: rød- grønn	Politisk styring: blå

Tabell 1: Generelle trekk ved kommunene i studien

Det er i tillegg til intervjuene valgt å se på kommunale planer og dokumenter som vi mener er av viktig betydning for å gi et mer utfyllende bilde av kommunene og for å se på hvordan det jobbes med det systematiske folkehelsearbeidet. Formålet med dette er å se på om kommunene oversetter føringer fra plandokumentene og til

praksis. Dette kan bidra til at vi får en grundigere forståelse av kommunene og sammen med intervjuene vil gi en dypere forståelse for å kunne svare på studiens problemstilling. Med bakgrunn i gjennomgang av kommunenes planer og dokumenter samt de temaer som har vært presentert under intervjuene velger vi å forholde oss til følgende planer og dokumenter: Oversiktsdokumenter, kommuneplaner med samfunns – og arealdel og planstrategier.

I presentasjonen av dokumentene er det lagt vekt på å bevare kommunenes anonymitet. Selv om kommunene er anonymisert i studien er det viktig for oss å kunne vise til de forskjellige nivåer informantene hører til fordi dette viser en bredde hos informantene som er viktig for å få et tydeligere bilde av kommunene og derfor presenteres de med stillingstitler.

En oversikt presenteres i tabellen under:

Informanter Sørvik kommune	Informanter Nordvik kommune
Rådmann	Rådmann
Kommuneoverlege	Folkehelsekoordinator
Samfunnsplanlegger	Kommunaldirektør plan, kultur og teknisk
Arealplanlegger	Kommunaldirektør helse og sosial
Arealplanlegger	Kommuneplanlegger
Leder helse og omsorg	Enhetsleder areal og landbruk
Ordfører	Enhetsleder plan og næring
Varaordfører	Kommunelege
	Ordfører
	Politiker leder utvalg helse og sosial

Tabell 2: Informantenes stillingstittel og organisatoriske plassering

5.1 Kommunenes plandokumenter

5.1.1 Folkehelseoversikten

Sørvik kommune har utarbeidet oversiktsdokument over folkehelsen gjeldende fra 2015 som skal ligge til grunn for det langsiktige systematiske folkehelsearbeidet i kommunen. Dokumentet skal revideres i 2019 før høstens kommunevalg og utarbeidelse av ny planstrategi.

Det ble gjort en løpende oppdatering av oversikten to år etter dokumentet ble gjeldende med oppdateringer i statistikkgrunnlaget.

Lovgrunnlaget oversikten er forankret i er folkehelseloven, smittevernloven, forskrift om oversikt over folkehelsen, forskrift om miljørettet helsevern og forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Folkehelseloven benyttes som kilde når det vises til hva oversiktsdokumentet skal baseres på. Dette er opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkesmannen gjør tilgjengelig og her er ungdomsundersøkelsen, folkehelse- og levekårsundersøkelsen og innbyggerundersøkelsen benyttet. Kunnskap fra de kommunale helse – og omsorgstjenestene samt kunnskap om faktorer og utviklingstrekk som kan virke inn på helsa til befolkningen (Folkehelseloven 2011 §5). Kommunen tydeliggjør også krav til innhold av oversikten, og disse følger forskrift om oversikt over folkehelsen sine krav. Det omhandler befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand (forskrift om oversikt over folkehelsen 2012). Innen hver av disse overskriftene er det satt opp en status over kommunens helsefremmende og forebyggende tiltak og ressurser i folkehelsearbeidet.

Oversiktsdokumentet er todelt og inneholder en del om folkehelseoversikt som inneles med kapitler vedrørende bakgrunn, kilder og statistikk, status og analyse, påvirkningsfaktorer, årsaker og konsekvenser og hovedutfordringer og innsatsområder. Det er også en statistikkdel inndelt etter de samme faktorer som beskrevet i bakgrunn om krav til innhold av oversikten etter forskrift om oversikt over folkehelsen.

Utfordringsbildet i oversiktsdokumentet tar utgangspunkt i statistikken som ligger til grunn, oppsummering og analyse. De beskrevne utfordringer er psykisk helse og rus,

sosiale helseforskjeller, frafall i videregående, inaktivitet og økt innvandring. Det vises også til at flere av punktene henger sammen i større eller mindre grad.

Kommunen har en større andel personer med psykiske lidelser enn landsgjennomsnittet, og har også en høyere andel av lavinntektsfamilier husholdninger enn landet forøvrig og dette vises til at kan være en årsak til sosiale helseforskjeller og frafall i videregående skole. For å ta tak i de identifiserte utfordringene er det satt ned noen prioriterte innsatsområder for perioden og de er å øke kommunens kunnskap om sosiale helseforskjeller, tilrettelegge for fysisk aktivitet og møteplasser i nærmiljøene, i barnehagene og i skolene. Foreldrekompetansen skal styrkes og integrerings- og inkluderingsarbeidet skal bedres.

Oversikten viser tydelig ansvar for oppfølging hvor det administrative ansvaret for oppfølging av de folkehelsefaglige anbefalinger og innsatser legges til rådmannens ledergruppe, mens det politiske oppfølgingsansvaret på overordnet nivå ligger hos kommunestyret.

Sørvik kommune har ikke egen stilling for folkehelsekoordinator men oppgavene er tillagt kommuneoverlege. Rådmannen mener det er et spørsmål om ressurser og at de ville prøve å se hvordan denne ordningen ville fungere. Organiseringen av stillingen til kommuneoverlegen er også endret da den er flyttet fra helse og omsorg til samfunn for å sikre en bredere inngang inn mot oppgavene og at dette passer bedre i et folkehelseperspektiv. For kommuneoverlegen ville en samarbeidspartner på folkehelseområdet vært veldig bra. Viser videre til at de sliter med å vite hvordan de skal drive folkehelseforumet og hvilke oppgaver de egentlig skal jobbe med og at han ikke har tid til å drive prosjekter eller jobbe for å få inn midler til folkehelsearbeid fordi kommuneoverlegen også har en del andre pålagte oppgaver.

Nordvik kommune har utarbeidet et 4-årig oversiktsdokument gjeldende fra februar 2016. Dokumentet skal revideres i forbindelse med revidering av kommuneplanen. Det er ikke revidert tidligere. Oversiktsdokumentet danner grunnlaget for det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen og er basert på de temaene som er foreslått i veilederen IS-2110 God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. Det er samlet inn og vurdert statistikk fra fylkets statistikkbank, Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet og kommunen. Folkehelsebarometeret fra Folkehelseinstituttet for 2016 er tatt med i dokumentet. Det er videre et kapittel om helsetilstander og påvirkningsfaktorer, med fem underkapitler. Underkapitlene omhandler demografi

med befolkningsutvikling og befolknings sammensetning, oppvekst- og levekårsforhold med utdanningsnivå og boligsosiale utfordringer, omgivelser – fysisk, sosialt, biologisk og kjemisk miljø, helse relatert atferd med fokus på barn, ungdom og eldre, samt helsetilstand med psykisk helse og sykdomsforekomst.

Oversiktsdokumentet avsluttes med fokus og prioriteringer for 2016-2020. Fokuset settes på tidlig innsats, koordinert innsats, samt styrke og prioritere det forebyggende arbeidet rettet mot barn og unge.

Det er i tillegg utarbeidet et løpende oversiktsdokument som revideres årlig.

Temaene i oversikten er hentet fra forskrift om oversikt over folkehelsen. Den tar utgangspunkt i folkehelsebarometeret fra Folkehelseinstituttet og siste utgave er supplert med Ungdata 201, samt andre lokale kilder. Oversikten gir en kortfattet oppsummering av utfordringer i kommunen, samt vurderinger av mulige årsaker, konsekvenser og tiltak.

Det fremheves at den løpende oversikten skal danne et faglig beslutningsgrunnlag, hos administrasjonen og politikere, for videre samfunnsutvikling i kommunen.

Nordvik kommune har folkehelsekoordinator i hel stilling plassert i stab helse og sosial.

5.1.2 Planstrategi

I kommunenes planstrategi for gjeldende periode vektlegges det at folkehelse skal være et bærende prinsipp og inngå i all planlegging.

I Sørvik kommune fremheves det at folkehelse er et sektorovergripende ansvar og tema. Det vises også til inaktivitet og sosiale helseforskjeller som særlige hovedutfordringer for kommunen.

I Nordvik kommune fremheves rask befolkningsvekst som kan gi utfordringer med å etablere gode, stabile sosiale nettverk, samt at lavt utdanningsnivå og sosial ulikhet fremheves som særlige hovedutfordringer for kommunen.

Folkehelseoversikten ligger som vedlegg til planstrategien i begge kommunene og fremheves som et viktig grunnlag for arbeidet med planstrategien.

5.1.3 Kommuneplaner

Kommuneplanens samfunnsdel for Sørvik kommune ble revidert i 2018 og viser til at kommunen skal være en foregangskommune for å skape en bærekraftig vekst og offensiv samfunnsutvikling. Enkelte mål for å fremme denne utviklingen er iverksetting av klima- og miljøtiltak, en årlig økende befolkningsvekst og økende

antall arbeidsplasser. Kommunen har fokus på flere innsatsområder hvor folkehelse er inngår. Målet er at kommunen skal drive en samfunnsutvikling som fremmer god folkehelse og folkehelse er et sektorovergripende ansvar og innsatsområde. Et kjennetegn på oppnåelse av målet er blant annet at de prioriteringer som kommunens folkehelseoversikt har trukket opp blir fulgt opp. En viktig strategi for måloppfølging er at alle tjenester skal ta hensyn til folkehelseperspektivet i sine virksomheter. Dette handler om å jobbe for en reduksjon av sosiale helseforskjeller, tilrettelegge for gode møteplasser i nærmiljøene og fysisk aktivitet, bedre integrering og inkludering samt øke foreldrekompetanse angående folkehelse spørsmål. Det vises også til viktigheten av fokus på en positiv utvikling når det gjelder de nasjonale folkehelseindikatorne.

Kommuneplanens samfunnsdel for Nordvik kommune ble vedtatt i 2015 og skal nå revideres. Det vil ikke bli vedtatt ny kommuneplan før innlevering av studien. Kommunens visjon er å være en tilgjengelig, attraktiv og handlekraftig vekstkommune. Kommunen skal være et godt sted å bo og leve gjennom blant annet å sikre de grønne verdiene. Det er et mål å legge til rette for at veksten er bærekraftig og ikke skal øke de sosiale ulikhetene i kommunen. Den langsiktige bærekraften skal sikres gjennom god tettsteds- og byutvikling med lett tilgang til å sykle og gå, noe som er et viktig bidrag for bedret folkehelse. For å oppnå dette skal kommunens planarbeid bygge på oversiktsarbeidet for folkehelse, samt at en helhetlig og langsiktig tettstedsutvikling og gode bomiljøer er sentralt i kommunens plan- og byggesak-arbeid. Det er et mål for kommunen å redusere frafall i videregående skole og at andelen av befolkningen med høyere utdanning øker. Måloppnåelse vurderes blant annet ut i fra resultater fra de årlige folkehelseprofilene. Det fremheves at folkehelse er et bærende prinsipp i all kommunal planlegging og virksomhet. I tillegg fremgår det at alle kommunens enheter har et felles ansvar gjennom planarbeid og tjenesteproduksjon å fokusere på helsefremmende løsninger, samt at kommunen skal være en pådriver for et godt tverrfaglig samarbeid.

Kommuneplanens arealdel for Sørvik kommune skal revideres høst 2018. Her er perspektivet om folkehelse videreført fra samfunnsdelen og planen har folkehelse som eget tema hvor det igjen vektlegges at kommunen skal fremme god folkehelse og utjevne sosiale helseforskjeller. Det poengteres at selv om kommunen har et statusdokument for folkehelsearbeidet så er det en utfordring å etablere et system for

et langsiktig og kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Arealplanlegging skal sikre at folkehelseperspektivet ivaretas gjennom tilrettelegging og utforming av et tilgjengelig samfunn. Det er fokus på dette i forhold til hvordan arealene forvaltes gjennom grønnstruktur, tur- og rekreasjonsområder, aktiv bruk av reguleringsbestemmelser, miljø og utvikling av boliger og omgivelser.

Kommuneplanens arealdel for Nordvik kommune er sammen med samfunnsdelen til revidering. Sentrale mål i arealdelen er knyttet opp til begrenset transportbehov, effektiv energibruk og ivareta naturens evne til karbonbinding. Kommunens bykjerne skal være en kompakt by. Det er i arealdelen fokus på utvikling av bærekraftige bysamfunn og tettsteder med mangfoldig grønnstruktur, sterkt kollektivtilbud og trygg ferdsel på gang- og sykkelveger. Det legges vekt på at befolkningen skal ha god tilgang til friluftsområder. Folkehelseoversikten, folkehelsearbeid og -perspektiv er ikke nevnt i kommuneplanens arealdel.

5.2 Folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag

5.2.1 Kjennskap til folkehelseoversikten

De fleste informantene både fra administrasjonen og politikerne var kjent med folkehelseoversikten. De svarte bekreftende på at den oppleves som et kunnskapsgrunnlag. Noen informanter forvekslet innledningsvis kommunens folkehelseoversikt med folkehelseprofilen fra Folkehelseinstituttet.

Det er også verd å bemerke at enkelte av informantene hadde tatt kontakt med folkehelsekoordinator for en oppdatering om folkehelseoversikten i forkant av intervjuet.

Sørvik kommune har ikke ansatt folkehelsekoordinator, og det er kommuneoverlegen som har fått delegert ansvaret og har dermed ansvaret for oppfølging av blant annet folkehelseoversikten. Informanten forteller at oversikten brukes som kunnskapsgrunnlag og har det med seg i alt arbeidet som informanten gjør innen folkehelse og forebygging. det brukes særlig for å ha fokus på hovedutfordringene og de prioriterte innsatsområdene. I kommunens folkehelseforum har de i det siste hatt fokus på å se på hva kommunen faktisk gjør under de forskjellige innsatsområdene for å få vite mer om hverandre. Men de vet ikke om hverandre og da heller ikke hva som gjøres. Dette opplever informanten som en stor utfordring og sier:

«Vi når ikke helt fram med forståelsen av hva folkehelse og forebygging faktisk handler om».

I Nordvik kommune har de folkehelsekoordinator i 100% stilling plassert under helse og sosial. Informantene fra enheten helse og sosial mente folkehelseoversikten er et godt kunnskapsgrunnlag og at dokumentet er godt integrert i kommunens planarbeid. Nåværende folkehelsekoordinator har ikke vært med å lage den langsiktige folkehelseoversikten. Folkehelsekoordinatoren har fått tilbakemelding på at den løpende oversikten er kort og grei, men er usikker på om den kommer ut til alle og at man forstår hvordan den kan brukes. Informanten er tydelig på at for at folkehelseoversikten skal være et nyttig verktøy i arealplanlegging, så er man avhengig av at ledelsen i kommunen, også innen arealplanlegging, bruker den.

«Det har ikke like stor tyngde når jeg som ikke er noens sjef sier det. Når det er en leder som sier det, så er det nok en større sannsynlighet for at den blir brukt.»

Kommunaldirektør for helse og sosial uttaler at folkehelse og bevissthet rundt dette er noe de har jobbet med over tid og de har greid å løfte det inn i kommuneplanen. Informanten mente imidlertid at man ikke er like flink til å se på resultatene av de tiltakene som iverksettes. Videre fremheves det at for at oversikten skal bli et nyttig verktøy så må den gjøres kjent og presenteres på en slik måte at den er lett å forstå *«og så må det jo være sånn at ledelsen sier at dette skal prioriteres.»*

Rådmennene i begge kommunene trekker frem at folkehelseoversikten brukes aktivt og benyttes på overordnet nivå når styringsdokumenter skal utarbeides. Rådmann i Nordvik kommune opplyser at den suppleres med blant annet ungdomsundersøkelsen og trekker frem at bakgrunns materialet utarbeides og vurderes av folkehelsekoordinatoren og at dette gjør arbeidet med folkehelse på tvers lettere. Folkehelsekoordinatoren gjør det mulig å holde seg oppdatert på alle folkehelsefaktorene i kommunen. Rådmannen bruker ikke selv tid på å gå bak tallene i folkehelseprofilen fra Folkehelseinstituttet.

Rådmann i Sørvik kommune mener at oversikten er et godt og nyttig kunnskapsgrunnlag, men at den gjerne kunne ha omhandlet enda mer enn den gjør. Informanten mener også at det er en fare med denne, som med alle andre planer og dokumenter at de går i glemmeboka etter hvert, så det er viktig at dette er noe det rapporteres på og etterspørres jevnlig. Folkehelse aspektet er framme i hodet men er

usikker på i hvilken grad de går inn i selve oversikten og ser på hva som står der. Derfor mener informanten det er viktig med revisjon av oversikten og at den kommer til fornyet behandling ganske jevnlig.

Kommunaldirektør for plan bruker i hovedsak folkehelseoversikten i forbindelse med budsjett og økonomiplanarbeidet. Informanten er tydelig på at

«det hender jeg blander litt sammen, for vi har jo flere undersøkelser – vi har jo Ungdata-undersøkelsen blant annet og vi bruker de oversiktene som grunnlag for satsning. Så sånn sett så kan jeg ikke si at jeg bruker den så mye inn mot arealplanlegging.»

Informanten bruker ikke tid på å gå bak resultatene i folkehelseprofilen men regner med at det gjør helse. Informanten uttalte videre at

«dette er på en måte generelle ting man alltid skal passe på når man driver med arealplanlegging, så sånn sett er nok den helseprofilen vi har, den bruker vi nok mest inn mot økonomi og budsjettarbeidet – i hvertfall på mitt nivå så er det der vi er».

Enhetsleder for plan innrømmer bare begrenset konkret innsikt i folkehelseoversikten. Informanten var tydelig på at vedkommende ikke er konkret inne i alle saker til enhver tid, men at det er andre i enheten som bruker oversikten aktivt. Informanten uttrykker at det ikke brukes tid på å gå bak tallene i folkehelseprofilen til Folkehelseinstituttet, men at dette gjøres av folkehelsekoordinatoren. *«Folkehelsekoordinatoren inviteres til alle relevante møter og er med i alle relevante planprosesser og er veldig involvert i planprosessen».* Informanten opplyser at det i år er bestilt en levekårsundersøkelse for å se på de ulike tettstedene i kommunen, slik at man får en mer utfyllende innsikt i hvordan befolkningen fordeler seg og hvor utfordringene ligger.

Samfunnsplanlegger i Sørvik kommune jobber direkte inn mot rådmannen og sier at oversikten har vært nyttig fordi det er mye aktuell statistikk der som er viktig som oppslagsverk og kunnskapsgrunnlag. Videre forteller informanten at oversikten brukes i saksbehandling som grunnlag for vurderinger og prioriteringer inn mot både planer og budsjetter, og de uttalte utfordringsområder er ført inn i planverk og styringsdokumenter. Informanten mener det er kommuneoverlegen med ansvar for

folkehelsearbeidet som har ansvar for å følge opp folkehelseoversikten. Informanten mener også det er veldig nyttig å sitte i folkehelseforumet da de der har mange diskusjoner med utgangspunkt fra sine egne sektorer om betydningen av folkehelseoversikten og hva tallene og statistikken betyr og gir av konsekvenser. Kommuneplanleggeren i Nordvik kommune har sammen med tidligere folkehelsekoordinator vært involvert i arbeidet med den langsiktige folkehelseoversikten og kjenner denne godt.

Informanten uttaler at i arbeidet med folkehelseoversikten så var det vanskelig å få med andre. Noe av utfordringen rundt dette var at de andre ikke var overordnet nok og veldig opptatt av sin egen virksomhet. Informanten var tydelig på at de bruker folkehelseoversikten, men var veldig usikker på om den brukes av så veldig mange andre.

«Jeg tror det er veldig få som bruker det. Det er mulig man gjør det hvis man er ute etter noe spesielt, men jeg tror ikke det er noe aktivt dokument. De som kanskje burde bruke den mye, som regulering og byggesak, for vi driver mest med det overordnede, der tror jeg det er vanskelig».

Informanten uttrykte at mye er på plass på det overordnede nivå, *«men så blir det borte når det kommer til det som er den mer konkrete utføringen».*

Informanten med faglederstilling innen helse og omsorg mener også den er et godt kunnskapsgrunnlag, men viser samtidig til at selv om de prøver å jobbe seriøst med oversikten og bruke den målrettet så oppleves det veldig mange ganger at:

«Den taper litt i kampen mot alle andre gode hensikter og målsettinger som finnes i en kommunal planleggingshverdag. Litt som med folkehelse generelt».

Informanten poengterer også at folkehelseoversikten er ganske vid så bruken av den kan være noe vanskelig og dermed blir den også lettere lagt vekk.

Enhetsleder for areal i Nordvik kommune innledet intervjuet med at dette var noe plan og næring jobber med sammen med folkehelsekoordinatoren og var ikke klar over at dette er et dokument som ligger offentlig. *«Vi kjenner faktisk ikke til det. Jeg ser at vi skal jobbe med det i planstrategien, men vi kjenner ikke til det arbeidet. Sånn at selve folkehelseoversikten den har vi ikke noe kjennskap til».*

På spørsmål om hvordan de jobber med folkehelseperspektivet la informanten vekt på at målene for folkehelse og folkehelseperspektivet er forankrete i kommuneplanen

og ligger derfor i styringskortene for regulering og byggesak. *«Man skal jo på plansiden tenke folkehelse, selv om vi ikke har med oss den folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag. Vi forholder oss først og fremst til de overordnede planene».*

På spørsmål om vedkommende tror at folkehelseoversikten kan ha noen nytte for dem, svarer informanten at

«det vil den sikkert kunne ha. Nå har jo vi med oss den tankegangen i planene vi her også, sånn at det om vi hadde fått et annet bilde eller et annet fokus hvis vi hadde hatt mere oversikt over dataene, det vet jeg ikke, men det kan godt hende».

På spørsmål om hoved-fokusområdene som er presentert i overordnede planer er klare og tydelige svarer informanten følgende:

«Det varierer nok hvem du spør. Jeg tror ikke jeg har noen problemer med å lese de fokusområdene og plukke ut de som er sentrale for detaljplan, men det er ikke sikkert at alle de som jobber på regulering, som ikke er med arbeidet med de overordnede planer vil si det samme».

Oversikten er basert på faktatall fra ulike undersøkelser og med det et godt grunnlag for jobben som skal gjøres, er tilbakemelding fra en arealplanlegger i Sørvik kommune. Men mener samtidig at de tema den tar opp i seg har de jo med seg og tar hensyn til i arbeidet sitt uansett, så oversikten leses ikke særlig ofte.....

Informanten vet ikke hvor ofte den revideres eller hvem som har ansvar for det men mener det er viktig at statistikkdelen oppdateres jevnlig da ting og trender kan endre seg og man kan da ellers ikke stole på at den kan benyttes som grunnlag. En annen arealplanlegger sier at de er kjent med at oversikten ligger der som grunnlag men at det ikke er slik at man finner den fram i hver enkelt sak, men at de er kjent med at de kan lete der ved behov. Informanten sier videre at: *«Det er ikke ofte spørsmål fra kollegaer om at vi skal diskutere tema eller statistikken i seg selv, men selve folkehelseaspektet ligger veldig sterkt».*

De politiske informantene i begge kommunene er kjent med folkehelseoversikten. I Sørvik kommune er det gitt en presentasjon av folkehelseoversikten i kommunestyret fra kommuneoverlegen. De har også et sakssystem som gjør at de må vise til folkehelseaspektet i alle saker, så slik sett er den med i den politiske saksbehandlingen og en viktig ramme å ha med i arbeidet.

Politiker i Nordvik kommune opplyser å ha sittet i flere ulike utvalg i kommunen, men at det var først ved representasjon i hovedutvalget for helse og sosial at folkehelseoversikten kom på bordet. Ordfører er også kjent med folkehelseoversikten fordi han tidligere har sittet i hovedutvalget for helse og sosial. Informanten var usikker på hvor bevisst man er på bruken av oversikten i det daglige og mente det alltid er et forbedringspotensiale.

Sørviks varaordfører mener den absolutt oppleves som et kunnskapsgrunnlag som gir mye innsikt og kunnskap fordi det er mange forhold som er registrert og målt der. Og sier samtidig at de i kommunestyret ble litt overrasket under presentasjonen over omfanget og hva oversikten faktisk gir av kunnskap. Samtidig mener den andre av politikerne at folkehelseoversikten først og fremst er et kunnskapsgrunnlag for administrasjonen. Han mener videre at det er nyttig å ha en folkehelseoversikt, men i og med at det er en helhetlig oversikt som inneholder alle fagområder så er det en utfordring å få det til å skape veldig fokus i enkeltsaksbehandling, og samtidig ha et sammenhengende fokus og prioritere det som står der i budsjettsammenheng.

5.2.2 Oppleves folkehelseoversikten som et klart, tydelig og oversiktlig dokument?

Politikerne i Sørvik kommune svarer at det noen utfordringer rundt det. Det vises til at det ikke er veldig klart og at det er behov for lesehjelp for å få et innblikk i hva det dreier seg om.

Politiker i Nordvik kommune opplever heller ikke signalene fra folkehelseoversikten som klare og tydelige, men mente at oversikten bør være litt ullen fordi man skal ivareta ulike menneskers behov.

«Hva er det som gir god folkehelse, og hvem er det som definerer det? Det som er god helse for meg, det er kanskje noe annet for deg. Det er helt umulig å planlegge for at du skal kunne tilrettelegge for alle. Så man må på en måte legge minste felles multiplum til grunn. Også må man spille på alle omgivelser, gode krefter som frivillige lag og foreninger».

Varaordfører i Sørvik kommune sier at det ikke er et dokument som leses grundig, men de vet om at det finnes. Informanten viser også til at saksdokumentene til politikerne er så stor at de ikke har mulighet til å lese noen dokumenter grundig. Og derfor er det behov for gode orienteringer, som informanten kaller lesehjelp, fra

administrasjonen. Ordfører benytter heller folkehelsebarometeret fordi det er en kortversjon og lett oppsummert.

Den ene politiske informanten i Nordvik kommune derimot mener at folkehelseoversikten er lettlest og veldig illustrativ, med forklaringer og endringer over tid. Informanten synes på den annen side at den løpende folkehelseoversikten blir for ensidig fokusert på enkeltområder.

Kommuneoverlegen i Sørvik kommune mener dokumentet ikke er klart og tydelig og at det er for stort og ønsker et dokument med mindre tekst og mer poengtert.

Informanten mener videre at det må være fristende å lese. Informanten er spent på hva de gjør ved revisjonen av dokumentet i 2019 og om de endrer formen helt eller bare prøver å gjøre det bedre. Men de må oppsummere folkehelseoversikten og hva slags betydning den skal ha og da er det viktig å se på hvordan det formuleres. Det er mye kunnskap i dokumentet men gjøre det tydeligere. Mener også det er behov for et dokument med en litt annen layout slik at det blir mer fristende å lese og hvor man får et raskt overblikk over situasjonen om folkehelsen i kommunen, og hvor flere kunne bli nysgjerrig på det og tenke seg å bla igjennom.

Samfunnsplanleggeren støtter til en viss grad kommuneoverlegen i at det er mye tall og kunnskap i dokumentet og at det må sees på ved revisjonen neste år hvordan det kan gjøres enklere. Samtidig mener informanten det er anvendelig og strukturert og inndelingen etter tema er bra, og det er ei side i dokumentet om prioriteringer og den har vært mye brukt fordi den er veldig oversiktlig.

Informanter i begge kommuner mener at jo enklere den er jo lettere er den å ta i bruk. Rådmannen i Sørvik kommune mener at sånn sett er folkehelsebarometeret nyttig som bare er ett ark. Informanten mener videre at det skal mere til å grave seg gjennom en omfattende folkehelseoversikt enn om en hadde hatt en kortform med en type sammendrag på ett ark eller noe som man lett kunne sett på. Viser videre til at en sjekklister - en kortversjon med enkeltpunkter som de lett kunne ha sjekket ut, kan være nyttig.

Informanter i begge kommunene mener det ikke handler om at dokumentet ikke er oversiktlig, men at det er temaet folkehelse som er ullent. Informantene mener at det er på grunn av folkehelseoversikten kommunene nå har en mer bevisst satsing på barn og unge og at blant annet nedleggelse av ungdomsavdelingen i Sørvik

kommune er blitt stoppet. Nettopp fordi politikerne vet at dette er et område de trenger å satse på.

Arealplanlegger i Sørvik kommune sier: «*Det står mye i dokumentet og det er ikke er så dumt å lese litt i det*». Informanten mener kapittelet om analyse og oversikt er bra fordi det gir noen føringer på trender og utvikling og at på arealplan så klarer man seg med det bildet. Det er også en styrke med dokumentet at man kan lese noen sider tematisk og få en oversikt over hva det handler om. Peker likevel på at det kan være ønskelig med en mindre oversikt med noen føringer, at en enklere utgave kan ha en misjon. Informanten opplever at det er en oversikt som ikke følges opp videre – det er noen overskrifter som mangler innhold. Det er pekt på noen innsatsområder, men hva betyr det? Ønsker en oversikt hvor tiltakene er sortert og at det er tydeliggjort hva man skal jobbe med. Den andre arealplanleggeren i Sørvik kommune opplever noe av det samme og viser til at det bør være et dokument med et analysegrunnlag som ligger der, at man gjør analyse på hva som er utfordringer og kommer med tiltak ut fra det. Da er det ikke lenger bare en statistikk med en analyse men også forslag til anbefalinger.

5.2.3 Bak resultatene i folkehelseprofilen

På spørsmål om det brukes tid på å gå bak resultatene i folkehelseprofilen når folkehelseoversikten utarbeides eller revideres så oppleves det noe mer uklart om dette skjer. I Nordvik kommune opplyses det av samtlige informanter at dette gjøres av folkehelsekoordinatoren, og at de sjelden eller aldri gjør dette selv.

Folkehelsekoordinatoren i Nordvik kommune opplyser at det er gjennomgått flere ganger i ulike fora hvordan man kan gå bak tallene i folkehelseprofilen.

For samfunnsplanlegger i Sørvik kommune har det vært nyttig i arbeidet med utarbeidelsen av oversikten å finne ut av og få et grunnlag for hva tallene betyr.

«Når det har vært tall eller ting vi ikke helt har skjønt så har vi prøvd å forske litt bak tallene – hva er det egentlig som ligger bak der?».

Informanten sier videre at det ikke gjøres på alle områder men de gjør det der de mener det er spesielt viktig eller der de ikke helt forstår hvorfor det er slik, så har de prøvd å bore litt i det. Da er det også viktig med innsikt fra forskjellige sektorer med forskjellige innfallsvinkler til å forklare ting og fenomener.

Kommuneoverlegen i Sørvik kommune mener det tas opp i folkehelseforumet hvor de gjennomgår alle de nye statistikkene som kommer. Men mener at de ikke har vært

flinke nok til å løfte akkurat dette opp og diskutere det med politikerne. Det trekkes fram fra informantene fra helse og omsorg at malen denne oversikten er bygget på er hentet fra en mal fylkeskommunen utarbeidet og den går bak mange av tallene i folkehelseprofilen.

5.2.4 Sosiale helseforskjeller

Flere av informantene i begge kommunene bekrefter at er til stede. Flere poengterer at de er bevisste på det og at det er en del av diskusjonen og det jobbes mer med det nå enn før.

Politikerne i Sørvik kommune sier det brukes mye ressurser på å finne de rette modellene for hva de skal gjøre og forsøker på mange ulike måter å finne fram til hva som fungerer. Det menes også at for politikerne kommer dette sterkt fram under planlegging og budsjettbehandling hvor det jobbes med å ta hensyn til det å ha et tilbud til folk som ikke har så stor kjøpekraft. Det kan dreie seg om virkemiddel som å innføre gratis halleie til lag og foreninger slik at flere barn og unge kan ha større mulighet til å være med i et idrettslag eller legge til rette for aktivitet langs turstier og turområder. Politikerne i Nordvik kommune trekker frem at kommunen har utfordringer i forhold til en befolkning preget av lav utdanning og jobber aktivt for å tiltrekke seg innflyttere med høyere utdanning, samt arbeidsplasser med krav til høyere utdanning. Politiker trekker også frem at man i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller må bli flinkere til å spille mer på frivillige krefter.

Det er også flere informanter i Sørvik kommune som viser til en bevisst jobbing rundt sosiale helseforskjeller og boligutbygging og den boligsosiale planen. I Nordvik kommune er det også en økende bevissthet rundt dette. Det handler om en større bevissthet rundt hvor forskjellige boliger bygges slik at kommunen får en bedre sammensetning av boligmassen på tvers av områder og en mer blandet befolkningssammensetning. Samtidig opplever arealplanlegger i Sørvik kommune at dagens boligbygging ikke retter seg mot de som har de største utfordringene og at det er områder i kommunen som er overrepresentert av folk som har boligsosiale utfordringer. Dette støttes av flere informanter fra administrasjonen i Nordvik kommune.

Arealplanlegger i Sørvik kommune sier videre at: *«Jeg synes dette er av de viktigste områdene å jobbe med og det er formidable oppgaver for kommunene framover, det ser jo bare ut som det eskalerer...»*.

Kommuneplanlegger i Nordvik kommune mener man får frem fokuset på sosiale helseforskjeller i de overordnede planene, men at det frem til nå har vært en utfordring å få politikerne til å forstå utfordringene rundt dette.

Informanter i begge kommuner viser til at det er flere og flere i kommunestyret som blir mer opptatt av hvor boliger skal ligge og hvilke typer boliger som bygges.

Informanter fra administrasjonen i begge kommunene er noe kritisk til hvor boliger bygges fordi informantene mener det meste de gjør er å bidra til å øke helseforskjellene da de rimelige boligene bygges i utkantene der få eller ingen andre vil bo for eksempel nær fabrikker, veier, masseuttak, kraftledninger og i støyuutsatte områder. Og ved boliger hvor det er krav om lekeplass og grøntområder så varierer det hvor mye kommunen står på kravene slik at utbygger ofte gjør som de vil uansett. Kommuneoverlegen i Sørvik kommune sier: *«Jeg mener dokumentet er veldig viktig å ha, men det skorter på å få forståelse for det i de sektorene som bør vite – det er viktig for utarbeiding av kommunen»*.

Kommuneoverlegen i Nordvik kommune opplever at det i møtevirksomhet snakkes veldig mye om viktige ting, men er usikker på effekten av det. Informanten mener lederne må være aktive og etterspørre dokumenter som ikke er inne i planer, være aktive og etterspørre dokumenter som ikke er inne i planer, som folkehelseoversikten. Informanten er tydelig på at det må forankres på ledernivå.

5.3 Folkehelseoversikten og arealplanlegging

Det er noe varierende meninger blant informantene om hvorvidt folkehelseoversikten er eller kan være et godt kunnskapsgrunnlag i arealplanlegging.

For rådmannen i Sørvik kommune er dette en spennende vinkling og funderer over om dette faktisk er noe de har reflektert nok over, fordi informanten er usikker på i hvilken grad den har noen stor betydning og tror kanskje folkehelseoversikten har størst betydning på overordnet kommuneplannivå gjennom arealplanen. Når det for eksempel dreier seg om de enkelte reguleringsaker så tror informanten ikke at oversikten blir hentet fram og bladd igjennom og benyttet i særlig grad. Men presiserer at dette er antakelser fordi, som informanten presiserer, ser jo vedkommende bare resultatet av planene. Når det for eksempel dreier seg om de

enkelte reguleringssaker så tror informanten ikke at oversikten blir hentet fram og bladd igjennom og benyttet i særlig grad. Men presiserer at dette er antakelser fordi, som det presiseres, ser informanten bare resultatet av planene. Denne refleksjonen fra rådmannen i Sørvik kommune finner vi også igjen i flere uttalelser blant informantene i Nordvik kommune.

Informantene fra helse og sosial i begge kommunene er usikre på om folkehelseoversikten har noen nytteverdi for arealplanlegging.

Folkehelsekoordinatoren i Nordvik kommune innrømmer at vedkommende ikke er veldig knyttet opp mot arealplanlegging og mener at mye handler om forankring og uttaler at:

«Det tar tid, det merker jeg med folkehelse, hvordan man skal bruke den og at man skjønner at det er flere ting som påvirker helsen. At de «harde» fagene også er viktig, hvordan miljøet er rundt og hvordan byen planlegges».

På spørsmål om informanten opplever at de som arbeider med arealplanlegging tenker på forhold som sosioøkonomiske/sosiokulturelle faktorer og hvordan arealplanlegging kan påvirke dette svarte informanten:

«Dette er bare antagelser fra meg, men jeg antar at de i liten grad gjør det. Jeg har ikke snakket så kjempemye med dem, så det er vanskelig å vite hvor de står, men jeg kan tenke at det ikke er sånne ting som ligger øverst når de tenker på det».

Informanten fremhevet imidlertid at det er veldig bra fokus på å skape sosiale møteplasser, grønne lunger og trafikkikkerhet, og at dette er med på å «løfte opp» et område.

Informanten var usikker på om folkehelseoversikten brukes inn i kommuneplanens arealdel og innrømmet begrenset kjennskap til kommuneplanens arealdel, men har spilt inn at man skal bruke oversikten i rulleringen nå.

Informanten fra helse og omsorg i Sørvik kommune sier at: *«Den er jo veldig generell den folkehelseoversikten»*. Og viser til at i forhold til satsningsområder som fokus på kollektivtransport så er den jo med som grunnlag men samtidig mener informanten det er vanskelig å mene noe om den virker i den andre enden.

Kommunaldirektør for helse og sosial uttaler at:

«Jeg er veldig usikker på om de bruker den aktivt, og da blir det veldig viktig at folkehelsekoordinatoren jobber tett med de som arbeider med arealplanlegging og kommuneplanlegging. Det vet jeg folkehelsekoordinatoren gjør, men hvorvidt det tas nok på alvor, det vet jeg ikke.»

Flere informanter i Nordvik kommune mener at folkehelsefaktorer vanskelig kan løses i arealplanlegging. Det ble trukket frem folkehelseutfordringer som røyking, lav utdanning, høy barnefattigdom, høyt antall flerkulturelle og mange enslige forsørgere som utfordringer som vanskelig kan løses gjennom arealplanlegging.

Kommunaldirektør for plan uttaler at: *«Man kan legge til rette – men det er ikke så mye man kan gjøre gjennom arealplanlegging»*. Informanten mener at det er vanskelig å omsette innholdet i folkehelseoversikten til arealplanlegging fordi folkehelsebegrepet er stort og ullent - alt eller ingenting. Dette gjør at det er utfordringer knyttet til å skulle operasjonalisere og koble helseperspektivet og areal- og samfunnsplanlegging. Informanten trekker frem at en del av utfordringen er knyttet til at det ofte er litt forskjellige personer involvert som ikke har snakket tilstrekkelig sammen. Uttaler videre: *«Det som arealplanlegging har vært opptatt av lenge er jo egentlig også folkehelse men har ikke blitt kalt det»*. Kommunaldirektør for plan mener videre at det er *«kjempevanskelig å bruke oversiktsarbeidet som grunnlag i kommuneplanens arealdel. Jeg tror at det er utfordrende når du er arealplanlegger å forstå hvordan i all verden skal jeg bruke dette her»*.

Enhetsleder for plan mener at det er vanskelig fordi *«folkehelse dreier seg i stor grad om kvalitative faktorer og det gjør for så vidt også samfunnsdelen av kommuneplanen, mens arealdelen dreier seg om disponering av arealer»*.

Arealplanleggerne i Sørvik kommune mener derimot at selv om temaer som blant annet bomiljø, nærmiljø og kollektivtransport allerede er med i det de gjør innen arealplanlegging i dag så er oversikten et viktig grunnlag inn for å se på hva man burde vektlegge mer. Videre menes det at en ting er at den er en bevisstgjøring hos de som jobber med arealplanlegging for å synliggjøre ulike utfordringer innen folkehelse tema. Arealplanlegger tror ikke at alle har fått inn det. Statistikkgrunnlaget er også veldig viktig for å kunne underbygge der hvor man står i et veiskille. Så da er oversikten konkret statistikk som kan brukes til noe.

Informanten poengterer at statistikken er viktig men den må oppdateres jevnlig, ellers har den ingen nytteverdi.

Samfunnsplanlegger i Sørvik kommune beskriver koblingen mellom samfunnsdelen og arealdelen som viktig. I samfunnsdelen legges det opp til en langsiktig arealstrategi for å lage koblingen mellom samfunnsdel og arealdel og det er mye prioritering som henger sammen med arealbruk og det gjør at folkehelseoversikten blir nyttig inn i dette.

Flere av informantene fremhevet at for å skape stabile, gode bomiljøer, samt sosiale møteplasser og grønne lunger, må man stille mer krav til utbyggerne. Man må unngå å bygge for mange små leiligheter da disse genererer mye utleie og ustabilitet. Dette var det bred enighet om blant informantene i administrasjonen, men det var deres opplevelse av at dette ikke er politikernes fokus.

Enkelte av informantene mente at når man planlegger ute i distriktene, så faller noe av fokuset på det grønne miljøet ut. Man tenker at det her er store grønne områder og at man derfor ikke trenger å planlegge for grønne lunger. Det man må være bevisst på her er tilgangen til de grønne områdene som finnes, med gangveier og sykkelstier. Enkelte informanter mente også at man i områder med spredt boligbygging må ha et større fokus på hvem man tenker skal bo der, og at det har vært for lite fokus på dette.

Det var bred enighet blant informantene at det er et godt fokus i kommunens arealplanlegging for å skape sosiale møteplasser, grønne lunger og trafikksikkerhet. Det som imidlertid kom frem var en usikkerhet om hvor tungt inne folkehelseoversikten er i dette fokuset og arbeidet.

Enhetsleder for plan uttrykte usikkerhet om i hvilken grad folkehelseoversikten skiller mellom de ulike områdene i kommunen og fremhever levekårsundersøkelsen som et grunnlag for å vurdere forskjeller mellom områdene i kommunen.

Kommuneplanlegger i Nordvik kommune trekker frem at:

«teknisk sektor er veldig viktig i forhold til folkehelse, for det er jo de som er med på å bestemme mye av det fysiske miljøet og legger til rette for sosial infrastruktur og også hvordan folk beveger seg. Jeg tror det har mest med å gjøre at, i hvertfall en del som driver med arealplanlegging og de som er veldig byggeteknisk orientert – de er nok veldig opptatt av natur, naturmangfold, miljø og arealbruk, men klarer ikke ta inn folkehelse som perspektiv i det».

Kommuneoverlegen i Sørvik kommune mener det er arealplanlegging og arealplanleggere som er viktigst for framtidig folkehelseplanlegging og ønsker absolutt at de skal bruke folkehelseoversikten. Informanten mener plansjef er flink til å få med momentene og satsningsområdene fra oversikten inn i de forskjellige kommunedelplanene men framhever at det egentlig er praksis det skorter litt på. Informanten sier det er jobbet hardt for å få til et samarbeidsforum som en del andre kommuner har, hvor det er deltakere fra flere kommunale tjenesteområder inne og man møtes for å jobbe sammen om større saker, men det har foreløpig ikke fått gjennomslag i kommunen. Dette beskriver informanten som veldig synd da det oppleves at man ofte kommer for sent inn i planer til høring og da er det begrenset hvor stor innsikt informanten får i planene og hvor god tid man har til å uttale seg. Informanten ønsker å komme tidligere inn i planarbeidet fordi da kan det diskuteres tidlig og får sagt ifra om eventuelle helsemessige bekymringer og utfordringer. Kommuneoverlegen forteller at det er jobbet med å få inn en sjekklister for folkehelse til de som jobber med plan, arealplaner og bygg, men har gått mange runder her men det stopper bestandig opp så det har ikke informanten klart å få til enda. Informanten mener kommunen fortsatt har et stort innovasjonsarbeid å gjøre fordi når folk tenker på folkehelse så er det mye sunt kosthold og mosjon. Mener at det er det ikke så mye å bry seg om da det er så mye annet som er vel så viktig. De store linjene blir lett borte poengterer informanten. Mener videre at:

Folkehelseoversikten er et godt verktøy inn i arealplanlegging og bør benyttes i mye større grad, men da må de skjønne hva vi snakker om, de må få en forståelse av at det de gjør er viktig for folks helse.

Informant fra areal i Nordvik kommune uttrykte at man har med seg tankegangen om forbindelseslinjer, sosial infrastruktur og møteplasser i planene, men «om vi hadde fått et annet bilde eller et annet fokus hvis vi hadde hatt mere oversikt over dataene, det vet jeg ikke, men det kan godt hende». Informanten antydte også på spørsmål om fokus på sosioøkonomiske faktorer at de på areal ikke sitter med noen oversikt over hvor de ulike sosiokulturelle utfordringene er, og at de får lite tilbakemeldinger fra både skole og helse om dette.

Fra det politiske ståstedet så hevder varaordfører i Sørvik kommune at nytteverdien inn i arealplanlegging er i forbindelse med de grønne korridorene og å ivareta friluftsområder. Og mener videre at folkehelseoversikten og folkehelseperspektivet er

med så lenge det kan konkretiseres ned til slike forhold. Kan man ikke det tror informanten tema er underordnet. Ordfører i Sørvik kommune mener oversikten har betydning og knytter det opp mot å planlegge bo-områder hvor flere generasjoner kan få bedre kontakt med hverandre. Informanten viser også til plan- og bygningsloven og de føringer der som må følges. Mener videre at kommunen, som flere andre kommuner, tenker bredere enn det de må gjøre etter loven. Leder utvalg helse og sosial mener at administrasjonen alt for lett avviser arealinnspill som strider imot overordnede føringer for å få igjennom saker og unngå innsigelser. Uttaler videre at:

«da stusser jeg litt på, skal vi bare føye oss etter denne byveksten, og så øker vi utfordringene enda mer i samme retning eller skal vi tørre å ta kampen ved å si at vi vil faktisk ha familieboliger og vi vil ha litt av veksten ute i distriktet også».

Informanten er tydelig på at folkehelseoversikten har nytteverdi for arealplanlegging, men at man ut fra et politisk ståsted vil ha en grundigere gjennomgang for å kunne legge til rette for å møte de utfordringene som oversikten viser. Mener også at oversikten ville vært enda bedre om man synliggjorde trender, både i egen kommune og fra andre kommuner som har gjennomgått de samme utfordringene i sin utvikling.

5.3.1 Folkehelseoversikten som grunnlag for kommuneplanens arealdel

Når det gjelder informantenes tanker rundt at det i Folkehelsepolitisk rapport fra 2017 vises til at kun 25% av kommunene sier at oversiktsarbeidet er med som grunnlag for arealdelen, mener politikerne fra Sørvik kommune at det kan ha sammenheng med at det er så lite målbart og at det muligens kan ha noe med fagtradisjoner å gjøre. At de som jobber med arealplanlegging har sin egen tenkning og fagtradisjon og kanskje ikke helt vet hvordan de skal nærme seg folkehelseperspektivet, men at dette må inn i fagutdannelsene. Informantene mener også at de sier de tenker på det på den politiske sida men litt usikker på praksis.

Rådmannen i Sørvik kommune mener dette har å gjøre med at kommunene i Norge er veldig ulike på hvor langt de er kommet når det gjelder fokus på folkehelse og at det er naturlig at det uansett er ulike prioriteringer og ulik modenhet i kommunene. Informanten sier at: *«det trengs dedikerte folk til å jobbe med folkehelse».*

Leder fra helse og sosial er på samme nivå og mener det er veldig personavhengig hvem som jobber med planoppgavene og hva de tar med inn av perspektiver. Og sier videre at erfaringen er at folkehelse tema har vært veldig helse og arealplanlegging er mye plan og selv om lovverket prøver å koble miljøene sammen så er ikke det så veldig innarbeidet praksis enda, og stiller spørsmål om hva som skal til for å komme dit.

Samtidig har kommunaldirektøren fra helse og sosial i Nordvik kommune noen tanker om dette og uttaler:

«Jeg tror det er litt kultur, fordi man er så opptatt av bygging, veiplanlegging og alt dette som vanligvis ligger på areal, som vann og avløp, alle disse tekniske tingene, og så har man for lite fokus på konsekvensene av det man foreslår og ender opp med av planer».

Ved videreføring av tema integrert i kommuneplanens arealdel og inn i arealplanlegging så mener politikerne generelt at det er utfordringer i forhold til om det er tilstrekkelig tyngde og oppmerksomhet rundt tema folkehelse og at det er helt avhengig av at det er folk som følger dette opp, og det må være folk fra administrasjonen som sikrer dette fokuset.

Informantene fra arealplan i Sørvik kommune viser at tema er blitt innarbeidet ganske greit etter hvert og at kommunen er ganske flink til å få sammenheng i planverket sitt, det er god sammenheng mellom det overordnede og ned i planverket.

Flere av informantene fra begge kommunene mener at tema er med og trukket med fra samfunnsdelen og inn i arealplanlegging, men at det kanskje ikke er folkehelse som står øverst på lista og at det kan være vanskelig å få aksept og forståelse i aktuelle fora når det gjelder temaet folkehelse.

5.4 Folkehelseoversikten og politikk

I kommunenes planstrategi står det tydelig at folkehelseoversikten ligger ved som grunnlagsdokument og at folkehelseperspektivet skal inngå i all planlegging. De politiske informantene i begge kommuner bekrefter at den er med som et underlag men mener at det nok er andre perspektiver som er mer framtrødende og det er nok ikke slik at den alminnelige politiker innehar noen veldig aktiv detaljkunnskap. Flere av de andre informantene bekrefter også at de mener oversikten er med som grunnlag i planstrategien. Samtidig mener en av informantene at planstrategien er et

dokument som det ikke er så mye oppmerksomhet rundt og at det er mange vage oppfatninger av hva den er.

Samfunnsplanlegger i Sørvik kommune mener det er behov for å ha dette kunnskapsgrunnlaget i bunn i planstrategien så oversikten er et viktig dokument. Ønsker seg flere sammenhenger og at miljø og klima kan kobles sterkere opp mot folkehelse, og dette bør det sees på ved neste rullering av folkehelseoversikten. Informanten poengterer at *«Det er viktig at ting henger sammen. Folkehelse er ikke at noen driver med noe her og så driver vi med folkehelse her»*.

Flere av informantene opplever at folkehelse og folkehelseoversikten er et ullent begrep og vanskelig å få tak i den konkrete delen av det. Sørvik kommunes varaordfører viser til at det ikke alltid er så lett å vite hva innen folkehelse som helt konkret har med saken de skal behandle å gjøre, og at begrepet er så mangehodet. Dette bekreftes av ordfører i samme kommune som sier at det at det er så lite målbart gjør det ullent og derfor ofte salderes vekk i saker. Selv om politikere vet mye så blir det kunnskap man velger bort i saker.

Videre viser varaordføreren også til at folkehelse tradisjonelt sett har hørt til innenfor helse men at folkehelse er så mye mer enn det, så i kommunal saksbehandling har det kommet inn et punkt under egenvurdering i alle saker, om konsekvenser for folkehelse. Viser også til at mange har saker hvor de ikke føler at det har noe med folkehelse i seg, men at de med ei slik liste blir tvunget til å tenke gjennom det. Dette oppleves både av varaordfører og ordfører som et bra punkt og ordfører mener videre det gjør at politikerne ikke fritas for et bevisst ansvar til å prøve å tenke folkehelseperspektivet i politisk saksbehandling.

Det var bred enighet blant informantene i administrasjonen fra begge kommunene at mye av utfordringene knyttet til arealplanlegging er at politikerne i kommunen ikke har samme folkehelsefokus som dem. De trakk her frem at politikerne blant annet fremhever en utbygging i tråd med markedskreftene, og mangler fokus på hva dette gjør med innbyggernes bomiljø på lang sikt.

Flere informanter uttrykte at det hittil har vært en utfordring å sette krav til utbyggere ettersom disse er tettere på det politiske miljøet og har en annen aksess der.

Enhetsleder for areal uttrykker at det til syvende og sist er politikerne som vedtar detaljreguleringsplanene som fremmes og at det er opp til politikerne hva de tenker

er viktigst i de ulike områdene i kommunen: *«da kommer det jo inn hva slags kunnskapsgrunnlag politikerne våre har om folkehelse – og selvfølgelig hvordan vi formidler hvorfor vi mener noe annet».*

Kommunaldirektør for helse og sosial uttrykker det slik:

«Det er jo også sånn at det som er konkret er mye enklere for politikerne å forholde seg til. Jeg ser jo at ofte er folkehelse og sammenhenger mye mer sammensatt og komplisert. Det er de enkle tingene man kan ha de store diskusjonene rundt, mens de sammensatte, kompliserte tingene – det er mye mere komplisert».

Med politikerne i Sørvik kommune tok vi også opp om det har noe å si hvem som sitter i posisjon og styrer i en kommune når det gjelder å ivareta folkehelseperspektivet. Tilbakemelding er at det menes at dette faktisk har en betydning og at det i de politiske fløyene sees forskjellig på det. Varaordfører viser til at partiene på høyresiden er mer opptatt av å legge til rette for næringslivet, mens partiene på venstresiden har større grad av fokus på de sosiale faktorene. At dette handler om en noe ulik innfallsvinkel i forhold til hva ting skal koste, på skolestruktur, helse og omsorg, og innenfor arealplan og hva det der tas hensyn til ved for eksempel arealplanen og grad av fortetting og sosiale rom. Samtidig velger politisk informant fra Nordvik kommune å tro at dette ikke har noe å si, da folkehelse skal være en sentral del av planlegging i alle kommuner.

6.0 DRØFTING

I studien er det valgt en institusjonell tilnærming som teoretisk grunnlag for å belyse problemstillingen, med vekt på perspektivet på organisasjoner som bestandige, tvetydige og at de over tid kan endres.

For å få en forståelse av funnene med utgangspunkt i denne tilnærmingen, sees det på funn som er gjort ved innsamling av data gjennom intervjuer, samt bruk av teori og tidligere forskning, ved å se på hva som er drivere og barrierer for implementering av folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag for kommunal arealplanlegging.

Etter å ha gjennomgått materialet er det noen aktuelle temaer som drøftes videre ut fra tilnærmingen over. En generell oppfattelse av folkehelseoversikten fra informantene er at den oppleves som et kunnskapsgrunnlag for arealplanlegging, samtidig er det noen utfordringer som krever grundigere gjennomgang i studien. Derfor er temaene forankring, begrepsforståelse, forståelse av folkehelsekoordinators rolle og samarbeidsformer valgt å se nærmere på, da disse synes å være fremtredende.

Det vil ikke bli gått nærmere inn på sosioøkonomiske faktorer i drøftingen.

Bakgrunnen for dette er at innsamlet materiale er for tynt til å kunne gi et utfyllende bilde om sosioøkonomiske faktorerens rolle i arealplanlegging.

6.1 Forankring som grunnpilar

Fokus på folkehelse er tydeliggjort i planverket i begge kommunene.

Oversiktsdokumentet ligger ved som grunnlag for både planstrategi og kommuneplanenes samfunnsdel hos begge kommunene. I Sørvik fremgår det i tillegg klart at folkehelse også videreføres som eget tema inn i arealdelen, mens dette ikke er like tydeliggjort i Nordvik. Videre vil det her sees på folkehelseoversiktens forankring og kommer nærmere inn på hvordan vi forstår det gjennomført i kommunene.

Det er nå nærmere sju år siden folkehelseloven (2011) ble gjeldende i Norge og man kan gjerne tenke seg at folkehelse og folkehelseoversikten nå er godt innarbeidet og har fått god status i kommunene. Det kan knyttes til informantenes utsagn om at de fleste uttrykker kjennskap til folkehelseoversikten og at de opplever den som et kunnskapsgrunnlag. Samtidig ser vi at flere forveksler folkehelseoversikten med

folkehelseprofilene og at noen av informantene hadde behov for oppdatering av folkehelseoversikten fra folkehelsekoordinator før intervjuene.

Vurderes dette med bakgrunn i virusteoriens inkubasjonstid kan man tenke at det å innføre nye organisasjonsideer og forståelser kan ta mye lengre tid enn forventet. Inkubasjonstiden kan variere med hvor sterk kraft ideer spres med og hvor massiv motstanden mot ideene er i organisasjonen (Røvik 2007). Det kan tyde på at folkehelse som tema er godt integrert i begge kommunene, samtidig gir intervjuene inntrykk av at folkehelse og folkehelseoversikten ikke er like godt forankret gjennom hele organisasjonen. Særlig svakere forankring ser vi opp mot arealplanlegging i begge kommunene.

Flere studier fremhever at god forankring i kommunens politiske og organisatoriske ledelse er en suksessfaktor for god utvikling av et tverrsektorelt folkehelsearbeid og bærekraftig utvikling av lokalsamfunnet (Hofstad & Bergsli 2016; Aarnes 2016; Bagge 2016; Hofstad 2016; Hofstad 2014). Særlig trekkes politisk forankring frem som viktig. Politisk forankring er viktig ettersom det er politikerne som i siste instans bestemmer de økonomiske og strategiske rammene for folkehelsearbeidet (Hofstad 2014). De politiske informantene ser ut til å ha god innsikt i kommunenes folkehelseoversikt, men om folkehelseoversikten dermed har en bred politisk forankring er heller usikkert. I Nordvik kommune fremgår det at det er gjennom tilknytning til hovedutvalg for helse og sosial at de politiske informantene har fått kjennskap til oversiktsdokumentet. Det er derfor grunn til å anta at politikere som ikke har vært tilknyttet hovedutvalget for helse og sosial har mer begrenset innsikt. Det er nærliggende å tenke at det handler mye om folkehelse sin tradisjonelle forankring innen helsesektoren. Varaordfører bekrefter også perspektivet, men sier samtidig at folkehelse er så mye mer enn det. Det vises videre til deres løsning med et saksbehandlingssystem hvor folkehelseperspektivet er med og skal vurderes i den politiske saksbehandling i alle saker og slik sett danner en viktig ramme for arbeidet på tvers av politiske sektorer. Å løfte folkehelsearbeidet opp på et strategisk nivå fremholdes som viktig i en studie av Hofstad. Man antar i studien at den politiske forankringen er en større utfordring, samtidig som politisk støtte er vesentlig for å utvikle et bredt folkehelsearbeid (Hofstad 2014). Planleggere i begge kommunene trekker frem utfordringer i samarbeidet med politikerne, da de mener politikerne ikke

har nok kompetanse og innsikt i temaet folkehelse. En bekreftelse på dette kan kanskje sees når en av politikerne ser på folkehelseoversikten som et kunnskapsgrunnlag først og fremst for administrasjonen. Det er i tillegg et viktig poeng når kommuneoverlegen i Sørvik mener at de fra kommunens administrasjon ikke har vært flinke nok til å løfte opp og diskutere temaer som for eksempel ny statistikk med politikerne.

Rådmennene i studiens kommuner fremhever folkehelseoversikten som et viktig og godt grunnlagsdokument for kommunenes folkehelsearbeid, herunder også arealplanlegging. Det kan tyde på at oversiktsdokumentet er godt forankret i kommunenes øverste administrative ledelse. Deretter kan det se ut til å bli noe mer fragmentert. Som vist til i translasjonsteorien bekreftes den såkalte top-down orienteringen, hvor ideer tas inn via ledelsen og skal implementeres innenfor de lokale rammer. Når ideen som kan være både abstrakt og utydelig skal oversettes fra ledelsen og nedover i organisasjonen tenkes det i dette perspektivet at den skal følges i en rettlinjert bevegelse. Men det er ikke gitt at det er det som skjer. Ideen kan ta andre veier og sirkulere uten å få et fast konkret innhold (Røvik 2007). Studiens funn viser at når det også på ledernivåene er utfordringer med forankringen, hvor kommunaldirektørene har et noe variert forhold til folkehelseoversikten, vil det også være vanskelig å implementere nye ideer nedover i organisasjonen.

Kommunaldirektør for helse og sosial mener folkehelseoversikten er godt forankret, men er tydelig på at ledelsen må si at folkehelseoversikten skal prioriteres om det skal bli et nyttig verktøy, mens kommunaldirektør plan og teknisk har et begrenset forhold til dokumentet. Dette gjenspeiler seg også videre nedover i organisasjonen ved å ende opp hos arealplanlegging hvor det varierer hos de forskjellige informantene om de kjenner til folkehelseoversikten eller ikke. Her viser virusteorien at utfall av ideer som skal adopteres og spres i organisasjonen kan bli annerledes enn ledelsen har forestilt seg, og kan spres og mottas på forskjellige måter innen organisasjonen (Røvik 2007). Flere av informantene uttrykker at en tydeligere forankring av folkehelseoversikten hos kommunalsjefene vil kunne bidra til større innsikt og forståelse av oversikten som verktøy. Som en informant uttrykker det: *«man må etterspørre de dokumentene som mangler»*. Også folkehelsekoordinatoren har et viktig perspektiv når vedkommende sier at: *«Det har ikke like stor tyngde når jeg som ikke er noens sjef sier det. Når det er en leder som sier det så er det nok en*

større sannsynlighet for at den blir brukt». Det fremgår her tydelig at forankring er av stor betydning for implementering av ideer slik vi kan se folkehelseoversikten.

6.2 Oversettelse

Oversettelse av folkehelsebegrepet og hvordan målene for folkehelse integreres er vesentlig i det lokale folkehelsearbeidet og er tydelig i forhold til folkehelsepolitikken og oversiktsarbeidet. Oversettelsesprosessen preges gjerne av eksisterende organisering, kultur, kompetanse og kapasitet. Eksisterende institusjonelle strukturer farger hvordan nye ideer og styringssignaler forankres i organisasjonen. Perspektivet stivhengighet viser hvordan valg som er gjort i tidligere tider, følges videre i organisasjonen og blir værende over tid (Ridderström 2015). I en kommune med sine aktører og deres verdier, kultur og etablerte måter å arbeide på innen forskjellige sektorer ser vi at stivhengighet kan benyttes for å forklare hvordan organisasjonen møter tema folkehelse. Folkehelse har hatt, og har også fortsatt, en tilhørighet og tradisjon innenfor helsesektoren og dermed sine stier. I møtet med arealplanlegging som har etablerte stier gjennom sine tradisjoner og praksis vil utfordringen ved implementering av folkehelse være å koble disse sammen. Leder for helse og omsorg viser til dette ved å påpeke at erfaringen er at det er helse som har jobbet med folkehelse tema og arealplanlegging er mye plan, og selv om lovverket kobler miljøene sammen så er det ikke innarbeidet særlig samarbeidspraksis. Det stilles også spørsmål om hva som skal til for å komme dit. Dette utdypes av kommunaldirektør for helse og sosial som mener dette handler om kultur, fordi man på arealplan er så opptatt av bygging, utbygging av veier, vann og avløp, slik at fokus på konsekvenser uteblir på det man foreslår og planlegger. Dette forstås i sammenheng med det som tidligere er omtalt om stivhengighet og tilhørigheten innen "sine" fagområder. Hofstad viser til at folkehelsearbeidet i stor grad skjer i helsesektoren og dermed er det aktører med helsefaglig bakgrunn som er involvert i folkehelsearbeidet (Hofstad 2014).

En utfordring for arbeidet med oversettelse handler om å gjøre folkehelse mer tilgjengelig ved å innføre nye måter å forstå og organisere det på i kommunen. En tilnærming som kan virke for å forstå hvordan folkehelseperspektivet generelt og folkehelseoversikten spesielt skal få en bredere forankring i organisasjonen er ved å benytte virusteorien og dens form for spredning av organisasjonsideer. Virusteorien

gir oss, gjennom metaforer om smitte, perspektiver på spredning av ideer i organisasjonen, og at selv om det er utfordringer med implementering av nye ideer så er det over tid vanskelig å holde på gamle perspektiver (Røvik 2007). Et viktig virkemiddel for spredning av smitte er oversettelse og oversettelseskompetanse. Oversettelseskompetanse eller translatørkompetanse mener Røvik er en kritisk faktor for å kunne lykkes med overføring av ideer i organisasjonen. Det handler om å inneha evnen til å oversette ideer på en god måte for å implementere de i organisasjonen, slik at det kan gi et språk som gir en felles forståelse for den nye konteksten (Røvik 2007). Folkehelsekoordinatorer eller de som blir tillagt et slikt ansvar som kommuneoverlegen har fått i Sørvik kommune, er ofte de som får et definert ansvar for oversettelsen fordi de innehar en aktuell rolle i organisasjonen og skal være i stand til å jobbe med dette ut i fra deres kompetansebakgrunn.

6.3 Folkehelsekoordinators rolle og plassering

En sentral plassering av folkehelsekoordinatoren i nærhet til rådmannen trekkes frem som viktig for legitimering av oversiktsarbeidet. Videre belyser en studie av Hofstad viktigheten av folkehelsekoordinatorens kjennskap til aktuelle aktører i organisasjonen som innehar relevant kunnskap til oversiktsarbeidet (Hofstad 2015). I denne studiens kommuner er folkehelsekoordinator i 100% stilling i Nordvik kommune organisert i sektor for helse og sosial. Kommuneoverlegen med tillagte oppgaver som folkehelsekoordinator i udefinert størrelse i Sørvik er organisert i sektor for samfunnsutvikling. Organisering av denne stillingen i sektor for samfunnsutvikling er et bevisst valg fra kommunens administrasjon ved rådmannen da de ønsker å sikre en bredere inngang mot oppgavene innen folkehelse og de mener denne sektoren er bedre i et folkehelseperspektiv. Kommuneoverlegen var tidligere organisert innen helse og omsorg. Valg av organisering av folkehelse i kommunen vil også påvirke forankringen av folkehelseoversikten på tvers av sektorer. Studier viser til at organisering av folkehelsekoordinator påvirker prioriteringen av folkehelsearbeidet. En organisering av folkehelsekoordinator i rådmannens stab eller planavdelingen er bedre enn organisering i helse- og omsorg for å oppnå tverrsektoriell forankring av folkehelsearbeidet (Helgesen & Hofstad 2012). På den annen side konkluderer Forskningsrådet (2016) i sin rapport om folkehelsearbeidet i kommuner etter samhandlingsreformen, at det ikke er noe entydig svar på hvor det er mest gunstig å organisere folkehelsekoordinatoren.

Funn i studien viser likevel, at å løfte folkehelse ut av helse- og omsorg vil gi en tydeligere forankring av folkehelse horisontalt og vertikalt i organisasjonen. Folkehelse vil bli mindre «helse-aktig» noe som vil lette kommunikasjonen og koblingen til, for eksempel arealplanlegging. Samtidig sees det, slik også rapporten konkluderer med, at gjennomslag for folkehelsefokus og oversiktsarbeidet henger sammen med de ressurser som avsettes til stillingen som folkehelsekoordinator. Rådmannen i Sørvik mener grunnen til at de ikke har ansatt folkehelsekoordinator som egen stilling, handler om ressurser og at de dermed ønsker å se hvordan denne løsningen de har valgt fungerer. Rapporten fremhever at kommuner med koordinator i hel eller tilnærmet hel stilling også har størst gjennomslag for folkehelse i kommunal planlegging (Forskningsrådet 2016).

Kommuneoverlegen i studien er klar på behovet for en samarbeidspartner på folkehelseområdet og sier at for informantene sin del er det ikke tid til å drive prosjekter eller jobbe for å få inn midler til folkehelsearbeid, da det i kraft av kommuneoverlegestillingen også er en del andre pålagte arbeidsoppgaver som skal utføres.

Med bakgrunn i funnene er det ikke grunnlag for å kunne si noe om folkehelsearbeidet og oversiktsdokumentet er bedre eller dårligere forankret i studiens kommuner ut i fra hvordan ansvaret for folkehelse og folkehelsekoordinator er organisert. Men det som kan tolkes ut fra funn, teori og forskning er at folkehelsekoordinator har en viktig rolle for fokus på folkehelse og utvikling av folkehelsearbeidet i kommunene og derigjennom også arbeidet med folkehelseoversikten, og da også som en viktig oversetter av folkehelsens begreper og forståelser på tvers i organisasjonene.

6.4 Samarbeidsarena

Det er behov for flere oversettere for å implementere folkehelse og folkehelseoversikten. Folkehelseforum trekkes frem av kommuneoverlegen i Sørvik som en viktig arena for arbeid med folkehelse og folkehelseoversikten, og hvor de i senere tid har hatt fokus på hva som faktisk gjøres under de forskjellige innsatsområdene i folkehelseoversikten for å kunne få vite mer om hverandre. Informanten poengterer en stor utfordring ved at de ikke vet om hverandre og da heller ikke hva som gjøres. Sier videre at: *“Vi når ikke helt frem med forståelsen av*

hva folkehelse og forebygging faktisk handler om". Samfunnsplanlegger fra samme kommune mener det er nyttig å delta i folkehelseforum, da det gir muligheter for diskusjoner ut fra egne sektorer om hva folkehelseoversiktens tall og statistikk betyr og har av konsekvenser. Samtidig er det også slik at det ikke sitter noen fra arealplan i folkehelseforum. Kommuneplanlegger fra Nordvik kommune opplevde i arbeidet med utarbeidelsen av folkehelseoversikten at det var vanskelig å få med andre i arbeidet og mener også at det manglet noen fra overordnet nivå. Det kan virke som folkehelseforum og organisering rundt dette er preget av stivhengighetens strukturerte form uten at de selv er bevisste på det og at de ikke klarer å endre det i sin nåværende form. Det vises til fra kommuneoverlegen at sentrale aktører fra arealplanlegging ikke deltar, og det virker som store utfordringer å endre dette. Samtidig mener informanten at det er en mulighet å kunne etablere et tverrfaglig samarbeidsforum, basert på erfaringer fra andre kommuner, hvor deltakere fra flere tjenesteområder deltar og møtes for å jobbe sammen om større saker. Dette vil kunne bidra til større fokus på folkehelse og folkehelseoversikten og koblingen med arealplanlegging.

Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid viser til at det er variasjoner rundt hvem som deltar i de tverrfaglige samarbeidsgruppene, men de er oftest representert ved folkehelsekoordinator, kommuneoverlege, og deltakere fra skole, barnehage, kultur og idrett (Riksrevisjonen 2015). Undersøkelsen viser også at det heller ikke på nasjonalt nivå er selvsagt at aktører fra kommunenes arealplanlegging deltar i det tverrfaglige samarbeidet.

I et samarbeidsforum vil det også være en mulighet til å arbeide slik garbage can modellen beskriver, i en mindre strukturert form hvor de involverte lettere kan komme med sine problemer og løsninger ut fra sin sektor og se de i sammenheng med de andre aktørene og komme fram til nye felles løsninger og beslutninger (Jacobsen og Thorsvik 2016). Sett i lys av folkehelsebegrepets brede og komplekse form kan dette være et godt perspektiv for organisasjonens utvikling for å kunne implementere begreper og begrepsforståelse. I tillegg vil det her være et naturlig sted for utvikling av både oversettere og oversettelsen av folkehelseoversikten, slik de sees gjennom virusteoriens perspektiv om spredning og oversetternes kompetanse og forståelse for oversettelse av ideer. Denne samarbeidsformen vil også kunne sette større fokus på det systematiske folkehelsearbeidet, hvor det fordres en planmessig jobbing der

sammenheng mellom systematikk og kunnskapsgrunnlaget er vesentlig og koblingen mellom folkehelse, planlegging og forankring styrkes og nødvendige tiltak iverksettes (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012). Tverrsektorielle samarbeidsforum vil være gode arenaer for å sette fokus på innsatsområdene kommunene har identifisert i oversiktsdokumentene. I forskning fremgår det at de kommunene som har arbeidet mest aktivt med folkehelse vektlegger at planlegging gir en forankring av folkehelsearbeidet og et felles referansepunkt som gir legitimitet og retning til folkehelsearbeidet. Forankring av folkehelse i planlegging kan gi bedre oversikt over folkehelsearbeidet samtidig som man tvinges til å gjøre prioritering (Hofstad 2014).

6.5 Arealplanlegging og folkehelseoversikten

Informanter i begge kommunene fra helse- omsorg- og sosial, er usikre på om folkehelseoversikten har noen nytteverdi for kommunal arealplanlegging.

Rådmannen i Sørvik kommune lurer på om dette er noe de har reflektert over men at det er en spennende vinkling. Tror samtidig at folkehelseoversikten har størst betydning på overordnet kommuneplannivå gjennom kommuneplanens arealdel, og ikke så stor betydning i de enkelte regulerings saker. Men presiserer at dette er antakelser da rådmannen ser resultatene av planene og ikke er involvert i utarbeidelsene. Samfunnsplanlegger i samme kommune er tydelig på at koblingen mellom samfunnsdel og arealdel er viktig, og det er mange prioriteringer som gjøres opp mot arealbruk, og mener at her er folkehelseoversikten nyttig. Mens kommunaldirektør for plan i Nordvik kommune derimot mener det er veldig vanskelig å bruke oversiktsarbeidet som grunnlag i arealdelen av kommuneplanen. Og mener samtidig det er vanskelig for arealplanleggere å forstå hvordan de skal bruke dette her. Flere informanter viser til at folkehelseutfordringer som røyking, lav utdanning, barnefattigdom, vanskelig kan løses gjennom arealplanlegging.

Informantene generelt uttrykker godt fokus i arealplanleggingen på å skape sosiale møteplasser, grønne lunger, trafikkikkerhet og gode bomiljøer, men er usikre på folkehelseoversiktens rolle her. I tillegg mener arealplanleggerne i Sørvik at selv om disse temaene allerede er integrert i det de gjør innen arealplanlegging, så er oversikten et viktig grunnlag her for å se på hva de burde vektlegge mer, og en bevisstgjøring hos arealplanleggere for å synliggjøre forskjellige utfordringer innen

tema folkehelse. Informant fra arealplan i Nordvik kommune uttrykker støtte til denne tankegangen men presiserer også at de ikke sitter med noen oversikt over hvor de ulike sosiokulturelle utfordringene er og de får heller ingen tilbakemeldinger fra skole eller helse om dette. Funnene her viser tvetydigheten i arbeidet med folkehelse, folkehelseoversikten og implementering i arealplanlegging.

I følge Hofstad er en hovedutfordring i folkehelsearbeidet å etablere folkehelse på tvers av faglige, sektorielle og strukturelle grenser. Samtidig er det slik at et tverrsektorelt samarbeid kan stimulere til ideutvikling, gjensidig læring og bedre bruk av ressurser. I dette ligger et potensiale for forankring av nye løsninger (Hofstad 2014). Igjen ser man hvordan stivhengighet preger kommunene og utfordringene med å løse de komplekse forholdene rundt samarbeid på tvers av sektorer. For å løfte folkehelsearbeidet ut av helsesektoren og opp på et strategisk nivå kreves det nye måter å tenke og arbeide på. Denne omorganiseringen av folkehelsearbeidet og utviklingen av nye folkehelsemål gjør arbeidet med folkehelseoversikten til en innovasjonsprosess. Å etablere folkehelse på tvers i organisasjonen er en innovasjonsprosess og derigjennom få kjennskap til hverandre vil være viktig i prosessen. Ved intervju av informantene kan det synes noe fragmentert hvilken kunnskap man har om hverandre i organisasjonen. Folkehelsekoordinatoren har lite kjennskap til arealdelen av kommuneplanen, leder for helse og sosial antar at det finnes et samarbeid med areal, enhetsleder for plan mener folkehelsekoordinator blir invitert med i alle planer- planprosesser og tilslutt enhetsleder for areal som ikke kjenner til folkehelseoversikten. Videre refererer kommuneoverlegen i Sørvik med ansvar som folkehelsekoordinator, om problemer med samarbeid fordi man ikke kjenner til hverandre. Igjen bekreftes behovet for tverrsektorelt samarbeid der aktørene møtes og blir kjent med hverandre og de andres sektorområder.

I Hofstads studie fra 2011 vises det til lite kunnskapsoverføring og samspill mellom folkehelsekoordinatorer og planleggere, og at en årsak til dette kan være at folkehelsekoordinatorer ikke trekkes med inn i planprosesser, samt at det ikke er etablert naturlige samarbeidsarenaer mellom disse.

Funnene finner bekreftelser at dette fortsatt er en utfordring. Folkehelsekoordinator i Nordvik kommune tilkjennegir at vedkommende har lite kjennskap til arealdelen og arbeidet rundt den mens kommuneoverlegen i Sørvik er tydelig på at det ofte oppleves at man kommer for sent inn i arbeidet med planer til høring, og da er det begrenset med tid til å uttale seg og påvirke i saker.

6.6 Oversiktsdokumentet

Forankring av folkehelse og folkehelseoversikten har stor sammenheng med forståelse og bruk av begrepene. Det kommer tydelig fram fra informantene at det stort sett er en felles oppfatning av at dokumentet folkehelseoversiktens utforming og presentasjon er av betydning for forståelse og bruk. Dette innbefatter både dokumentets form og bruk av språk og begreper. Av flere oppleves dokumentet som godt integrert i kommunens planarbeid og benyttes aktivt på overordnet nivå i saksbehandling hvor det er et av flere grunnlag inn mot planer og budsjetter. På den annen side kommer det også frem at flere tror folkehelseoversikten ganske enkelt salderes vekk i kampen mot andre planer og dokumenter da den som tema folkehelse generelt, er ganske bred, mangehodet og dermed noe vanskelig å forholde seg til.

Oppfattelsen av dokumentet som uklart, utydelig og ullent, deles av flere informanter. Det vises også til at det i like stor grad er overskrifter som mangler innhold, det handler om forståelse av begreper, å forstå hva det snakkes om, og hvordan det tas inn nye begreper og forståelser. Stiavhengighet viser som tidligere omtalt, til at det kan være en utfordring å forholde seg til og ta i bruk nye stier fordi man har sine stier med sitt innhold av forståelser, verdier og meninger. Det kan være vanskelig å forholde seg til og ta inn og gjøre nye stier til sine (Amdam og Veggeland 2011). I sammenheng med informasjon fra politikere i Sørvik om at de som politikere trenger lesehjelp, som informanten kaller det, for å få innblikk og forståelse i hva det handler om, kan vi tenke at gjennom informasjon som fører til ny forståelse vil stier krysses og som resultat kan bedre forståelse og innsikt utvikles.

I motsetning til stiavhengighetens strukturerte perspektiv for hvordan begreper og forståelser kan bevege seg eller ikke i organisasjonen, tydeliggjøres det igjen gjennom virusteoriens perspektiv at det er en utfordring med nye ideer som skal tas

inn, men at det over tid likevel er vanskelig å holde på de gamle perspektivene. Ideer som sprer smitte møter motstand gjennom organisasjonens forsvarsverk. Det ytre forsvarsverket, her representert ved ledelsen, har tatt inn ideen gjennom forankring av folkehelseoversikten. Utfordringen er om dette videreføres nedover i organisasjonen slik at praksisfeltet tar ideene opp i seg (Røvik 2007).

Folkehelseoversikten er forankret i kommunene både politisk og administrativt ved rådmannen og skal være et grunnlagsdokument for hele kommunen når det gjelder oversikt over fakta - og utfordringsbildet vedrørende helsetilstand i kommunene, og dette skal benyttes nedover i organisasjonen. Når ideene klarer å komme gjennom det ytre forsvarsverket og implementering av ideene er reell, møter det indre forsvarsverket opp hvor praksisfeltet krever at ideene skal passe inn i deres praksis (Røvik 2007). Dette er en utfordring når folkehelse møte arealplanlegging i kommunene. Kommuneoverlegen i Sørvik kommune mener arealplanlegging og arealplanleggere er de viktigste for framtidig folkehelseplanlegging og at folkehelseoversikten er et nyttig verktøy her, og mener at *"da må de skjønne hva vi snakker om"*. Videre sies det at de må forstå at det de gjør gjennom arealplanlegging er viktig for folks helse. Det vises også til fra andre informanter at dette med folkehelse primært har vært helsesektorens domene. I forlengelsen av dette ser vi at oversettelsesarbeidet er helt vesentlig for å implementere og forankre folkehelseoversikten og begreper i hele organisasjonen. Samtidig viser også de ulike forståelser av oversiktsdokumentet noe om utfordringer ved oversettelsesprosessen.

Når vi på den andre siden ser på hva som er drivere for forståelse og bruk av folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag for arealplanlegging, så gir informantene gjennom sine svar et godt innblikk på det. I de nåværende oversiktene, som begge bygger på de føringer som ligger i lovverk og forskrift, vises det til oversikten som et godt kunnskapsgrunnlag. En oppdatert statistikk refereres til som et godt oppslagsverk og kunnskapsgrunnlag. Arealplanleggerne fra Sørvik, som kjenner til dokumentet, mener analyse og oversikt er viktig fordi det gir de som jobber med arealplanlegging føringer for trender og utvikling som er viktig for deres arbeid. Videre viser flere også til at ei sjekklister hvor man raskt kan sjekke ut enkeltpunkter

vil være nyttig. Et dokument som er fristende å lese, gir et raskt overblikk over folkehelsesituasjonen i kommunen, som er strukturert, tydelig og poengtert, og hvor prioriteringer og hva man skal jobbe med framgår tydelig, trekkes også fram som viktige for et godt kunnskapsgrunnlag. Dette fremstår som viktige faktorer for å fremme nytteverdien av folkehelseoversikten for arealplanlegging hvor det handler om å jobbe for en utvikling til beste for å fremme det gode liv og trivsel for kommunenes innbyggere.

7.0 KONKLUSJON

For å svare på studiens problemstilling er det valgt å gjøre en casestudie. Det er innhentet informasjon rundt tema fra to store kommuner for å belyse folkehelseoversiktens møte med arealplanlegging. Studiens problemstilling:

Hvilke drivere og barrierer aktiveres ved implementering av folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag i kommunal arealplanlegging?

En god forankring av folkehelseoversikten er en tydelig driver for implementering i arealplanlegging. Selv om folkehelseoversikten er tydelig forankret i planverket, både på politisk nivå og administrativt ledelsesnivå. Likevel kan det virke som den strukturerte form stivhengigheten viser til, synliggjør barrierer for forankring nedover i organisasjonen. Det får innvirkning på implementering i arealplanlegging dersom ledelsen ikke tar til seg ideen. Det er grunn til å anta at en tydelig forankring av folkehelseoversikten på de ulike kommunale ledernivåer, vil kunne bidra til større innsikt og forståelse av oversikten som kunnskapsgrunnlag.

Politisk forankring er, som tidligere vist til, en suksessfaktor for implementering av folkehelsearbeidet. Det er også grunn til å anta at dette også gjelder implementeringen av folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag. Økt forståelse av folkehelsearbeidet hos politikerne vil også være en driver for bred politisk forankring av folkehelseoversikten.

Utvikling av tverrfaglige samarbeidsarenaer er viktige for utvikling av gode oversettere og oversettelseskompetanse og dette er en viktig driver for å spre folkehelseoversiktens betydning. Et manglende eller dårlig fungerende tverrsektorelt samarbeid er en barriere for implementering av folkehelseoversikten. Det handler om å knytte folkehelse og arealplanlegging tettere sammen i praksis, og tilegne seg kunnskap om andres fagområder for å kunne utvikle en felles forståelse og felles språk slik at man forstår hva det snakkes om.

Det er flere faktorer som tyder på at en strategisk plassering av folkehelsekoordinator utenfor helsesektoren er vesentlig for implementering av folkehelseoversikten. Samtidig ser vi at i hvilken grad ressurser er avsatt til stillingen og hvordan det tverrfaglig samarbeidet er utviklet vil fungere som henholdsvis drivere og barrierer for gjennomslag for folkehelsefokus og oversiktsarbeidet.

Oversiktsdokumentet oppleves som et kunnskapsgrunnlag men det er noen forbedringspunkter knyttet til form og innhold. Det som kommer fram er behov for en til enhver tid oppdatert statistikk, et lettlest, strukturert og tydelig dokument.

Prioritering og hva man skal jobbe med må fremgå tydelig. Det er også et ønske om ei sjekklister hvor det raskt kan sjekkes ut enkeltpunkter. I tillegg vises det til behov for et kortfattet sammendrag av oversiktsdokumentet.

Studien viser at det fortsatt er en vei å gå, da det kan virke som det er enklest å følge de gamle stier og for utfordrende å forsøke å krysse de og komme fram til nye muligheter og løsninger. Men samtidig, klarer man det så ligger muligheten der for utvikling, bredere forståelse, og ikke minst en tydeligere felles forståelse på tvers av sektorer både horisontalt og vertikalt. Å finne muligheter til dette i organisasjonen, og særlig i komplekse organisasjoner som kommuner er, vil gi implikasjoner for endring og fremming av folkehelseoversikten som kunnskapsverktøy for arealplanlegging.

7.1 Veien videre

Med bakgrunn i studiens empiri er det utgangspunkt for flere aktuelle tilnærminger for å se på folkehelseoversiktens rolle i kommunal planlegging. Da det nå nærmer seg nytt kommunevalg og oversiktsdokumentene skal revideres og foreligge som grunnlagsdokument til planstrategiene ville det vært en interessant oppgave å se nærmere på arbeidet rundt revidering av dokumentet. Det kunne også være inspirerende å gå dypere inn og se på arealplanleggenes rolle i arbeidet med sosiale helseforskjeller. Da funn viser hvor viktig politisk forankring er, kunne det å gå nærmere inn på å belyse politikernes rolle være en annen aktuell tilnærming.

8.0 METODISK REFLEKSJONER

I kvalitative studier er objektivitet en utfordring fordi man som forsker bruker sin egen forforståelse som utgangspunkt i tolkning. Gjennom åpenhet om forskningsprosessens tolkninger og begrunnelser for valg, kan en høyere grad av objektivitet oppnås (Johannessen et al. 2010). Forskningsprosessen er beskrevet så utfyllende som mulig for å sikre overføringsverdi (Malterud 2013). Selv med alle mulige intensjoner om å tolke objektivt ser vi at vår tolkning av det som blir sagt kan være en svakhet ved studien. At vi kan legge noe annet i det informanten sier enn det det var ment.

Vi gjennomførte av praktiske grunner intervjuer i hver vår kommune og var derfor aldri begge tilstede i et intervju. Ideelt sett ser vi at det hadde vært en styrke for studien om vi begge hadde vært tilstede under alle intervjuene. På den måten kunne den ene ha observert kroppsspråk og notert stikkord, mens den andre førte samtalen.

Det var en bevisst tilnærming med valg av informanter fra flere sektorer og nivåer i kommunal forvaltning, både administrativt og politisk. Utgangspunkt var at denne bredden i roller, fagbakgrunn, erfaringer og ansvar ville gi studien et bredt grunnlag for analysen og dermed best mulig kunne svare på problemstillingen. Kvale og Brinkmann (2015) viser til at det er en styrke for studien at informantene er ulike, fordi det gir et bredere materiale i analysen. Samtidig ser vi at et slikt bredt utvalg også kan være en svakhet for studien. Informantene vil med sin varierende bakgrunn forstå og forholde seg til intervju spørsmålene på svært ulike måter, og det kan påvirke reliabiliteten til studien.

I intervjusituasjonen opplevdes det at ikke alle spørsmålene var like relevante for alle informantene. Dette kan svekke studiens reliabilitet (pålitelighet) (Johannessen et al. 2010).

Det ble gjennomført en testrunde av problemstillinger og intervjuguide med to testobjekter fra våre respektive arbeidssteder for å kvalitetssikre funksjon og forståelse. Gjennomføring og resultat av disse testintervjuene ga oss mye nyttig og viktig informasjon slik at vi kunne forbedre både oss selv i intervjusituasjonen og materiale før selve intervjuene startet. Som testobjekter valgte vi også bevisst fra ulikt kommunalt nivå for å erfare hvordan det kunne påvirke intervjusituasjonen. Det ble

derfor valgt en arealplanlegger og en kommunalsjef fra begge kommunene. Erfaringen var at vi opplevde intervjuene som likeverdige og trygge uavhengig av hvem vi intervjuet, og dette ble viktig å ta med i møtet med våre informanter. Etter gjennomføring av de 18 intervjuene som er med i studien har vi samme opplevelsen, og opplevde intervjuene som likeverdige og balanserte. Intervjuene har gitt oss mye materiale og kunnskap. Det har derfor vært et viktig arbeid å sortere og forholde oss til data på en slik måte at vi best mulig ivaretar informantenes integritet. Med bakgrunn i mengden materiale intervjuene har gitt, ser vi at ved utvelgelse av våre tema i studien er det også mulighet for å gå glipp av viktige data (Johannessen et al. 2010). Underveis i prosessen har det kommet frem andre og viktige tema som også kunne vært belyst men på grunn av studiens rammer har ikke dette vært gjennomførbart. Denne empirien kunne gi utgangspunkt for videreføring i ny studie og det ville være interessant å gå nærmere inn på politikernes rolle i arbeidet med temaene folkehelse og arealplanlegging i kommunene da politikernes viktige rolle og ansvar har vært reflektert over hos mange av informantene.

I ettertid ser vi at det ville vært et pluss for studien å kunne inkludert flere politikere som informanter. Det ville gitt studien et bredere politisk perspektiv og ville gitt mulighet til en dypere innsikt og forståelse av den politiske orienteringen når det gjelder prosessene rundt folkehelsearbeidet generelt og folkehelseoversikten spesielt og implementeringen i arealplanlegging. Det ville også gitt mulighet til å se om, og på hvilken måte politisk styring kan ha betydning for implementering av folkehelseoversikten i arealplanlegging.

Det å trekke utbyggernes rolle nærmere med i studien ville også kunne vært en nyttig tilnærming for å se hvordan det påvirker implementeringen av folkehelseoversikten da vi her ville fått et interessant perspektiv på hvordan markedskreftene influerer valg om arealutnyttelse og prioriteringer i et folkehelseperspektiv.

Hvis vi kunne gjort studien på nytt ville det vært interessant å kunne trekke inn flere kommuner for å få et enda bredere empirisk grunnlag å arbeide med. Vi mener det ville gitt studien større muligheter for generalisering og overførbarhet til andre kommuner. Samtidig som funnene i denne studien ikke er store nok til å kunne generaliseres ser vi likevel at det gir oss en innsikt og forståelse i hvordan tematikken ved folkehelseoversikten og implementering i arealplanlegging operasjonaliseres i et

lite utvalg norske kommuner og det kan forhåpentligvis gi andre kommuner ny innsikt som det kan jobbes videre med (Johannessen et al. 2010).

Problemstillingen faller sammen med generelle organisatoriske utfordringer, og det har vært nødvendig å sette seg inn i teorier og modeller fra organisasjonsteorien.

Med bakgrunn i annet fagfelt har det gitt nye utfordringer å sette seg inn i organisasjonsteoriens fagfelt. Med gode veiledninger og refleksjoner opplever vi at studiens problemstilling er godt forankret i det teoretiske rammeverket.

LITTERATURLISTE

- Amdam J. og Veggeland N. (1998). *Teorier om samfunnsstyring og planlegging*. Oslo: Universitetsforlaget
- Amdam J. og Veggeland N. (2011). *Teorier om samfunnsstyring og planlegging*. Oslo: Universitetsforlaget
- Andersen, S. S. (2013). *Casestudier. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. Bergen: Fagbokforlaget
- Bagge, C. M. (2016). *Kommuneplanens samfunnsdel som forankring i lokalt folkehelsearbeid. Case-studie av en planprosess i en norsk kommune*. Masteroppgave i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Fakultet for samfunnsvitenskap. Institutt for landskapsplanlegging.
- 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.
- Cohen, M. D., March, J. G. & Olsen, J. P. (1972). A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*, Mars 1972, Vol. 17 (1), pp. 1-25.
- De nasjonale forskningsetiske komitéene (2009). Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/naturvitenskap-og-teknologi/Forskningsetikk/>
- Everett, E.L. og Furuseth, I. (2012). *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget
- Falleth, S. (2015). Introduksjon til norsk planlegging. I: *Utfordringer i norsk planlegging*, s. 49-62. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Falleth, S., Saglie, I. L. (2015). Kommunal arealplanlegging. I: *Utfordringer for norsk planlegging*, s. 85–101. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Flyvbjerg B. (2004). Five misunderstandings about case-study research, *Qualitative Research Practice*, April 2006, Vol.12(2), pp.219-245
- Folkehelseloven. Lov 24. juli 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskningsrådet (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Lysaker: Norges Forskningsråd
- Forskrift om oversikt over folkehelsen. Forskrift 28.juni 2012. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692>
- Helgesen, M. K. & Hofstad, H. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering*. NIBR-rapport 2012:13: Norsk institutt for by- og regionforskning.

- Helsedirektoratet (2011) *Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: Behov for «samfunnskompetanse» i kurs- og utdanningstilbud*. Drøftings- og pressenotat IS-1931 26 s. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsreformen-og-ny-folkehelselov-behov-for-samfunnskompetanse-i-kurs-og-utdanningstilbudet-droftings-og-prosessnotat>
- Helsedirektoratet (2013) *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/god-oversikt-en-forutsetning-for-god-folkehelse>
- Helsedirektoratet. (2014). *Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samfunnsutvikling-for-god-folkehelse-rapport-om-status-og-rad-for-videreutvikling-av-folkehelsearbeidet-i-norge>
- Helsedirektoratet. (2017). *Folkehelseloven*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/lover/folkehelseloven#loven-angir-en-arbeidsform-for-folkehelsearbeidet>
- Helsedirektoratet (2018). *Folkehelsepolitisk rapport 2017. Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet*. IS-2698. Oslo Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1428/Folkehelsepolitisk%20rapport%202017.pdf>
- Helsedirektoratet.no. *Systematisk folkehelsearbeid*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/systematisk-folkehelsearbeid#planlegging-og-folkehelse>
- Helsenorge.no (2014). *Hva er sammenlignbare kommuner?* Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/hva-er-sammenlignbare-kommuner>
- Hofstad, H. (2011). Healthy Urban Planning: Ambitions, Practices and Prospects in a Norwegian Context. *Planning Theory & Practice*, November 2011, Vol.12 - Issue 3, pp. 387-406
- Hofstad, H. (2013). *Håndtering av "Wicked Problems" i kommunalplanleggingen – Lokal oversettelse av målsetningene om bærekraftig utvikling og bedre folkehelse i ulike planleggingspraksiser*. Doktoravhandling ved Universitetet i Oslo. Tilgjengelig fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/37540/dravhandling-hofstad.pdf?sequence=1>
- Hofstad, H. (2014). Lokalt folkehelsearbeid- status, utfordringer og anbefalinger. I: Helsedirektoratet (red.) *Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samfunnsutvikling-for-god-folkehelse-rapport-om-status-og-rad-for-videreutvikling-av-folkehelsearbeidet-i-norge>
- Hofstad, H. (2015). Folkehelse – vitalisering av sosial bærekraft i kompakt byutvikling? I: *Kompakt byutvikling. Muligheter og utfordringer*. Oslo: Universitetsforlaget AS

- Hofstad, H. (2016): The ambition of Health in All Policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change. *Health policy*, May 2016, Vol.120(5), pp.567-575
- Hofstad, H. og Bergsli, H. (2016). *Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan. Status og ringvirkninger 2012-2015*. NIBR-rapport 2016:9. 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., Lid, S., Schou, A. & Vedeld, T. (2015) *Lokal oversikt over folkehelsen –muligheter og utfordringer*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Jacobsen D.I og Thorsvik J. (2016). *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4.utgave, 4.opplag. Oslo: Fagbokforlaget
- Johannessen, A., Tufte, P. A., Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utgave, 3. opplag 2015. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2015). *Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging*. Trykk: 07 Media. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonale-forventninger-til-regional-og-kommunal-planlegging/id2416682/>
- Kommunetorget.no. *Folkehelse i kommunal planlegging*. Tilgjengelig fra: <http://www.kommunetorget.no/Temaomrader/Folkehelse/>
- Kommunesektorenes organisasjon (KS) (2017). *Folkehelseplanlegging i kommunene. Idèhefte om helseoversikter og planstrategi*. Oslo: Kommuneforlaget
- Kvale, S. og Brinkmann S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Kvalsvik, B. (2015). *Suksesskriterier og utfordringer for å integrere folkehelse på tvers. Ei best-casestudie av nettverksstyring i kommunalt folkehelsearbeid for å integrere «helse-i-alt-vi-gjer»*. Masteroppgave i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Fakultet for samfunnsvitenskap. Institutt for landskapsplanlegging.
- Larsen, Ø., Ridderström, G & Nylenna, M. (2018). *Planlegging for helse og trivsel*. Bergen: Fagbokforlaget
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>

- Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen: God helse - felles ansvar*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>
- Miljøverndepartementet (2009). *Lovkommentar til plandelen av ny plan- og bygningslov*. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/lovkommentar-til-plandelen-i-/id554282/>
- Miljøverndepartementet (12/2011). *Veileder kommunal planstrategi*. Grøset Trykk. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/kommunal-planstrategi/id652436/>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Naidoo, J. & Wills, J. (2009). *Foundations for Health Promotion*. 4. utg. London: Elsevier.
- Ot.prp. nr 32 (2007-2008). *Om lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) (plandelen)* Miljøverndepartementet: Lobo Media AS. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-32-2007-2008-/id500508/>
- Plan- og bygningsloven. Lov 27. juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandling. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- Prop. 90 L (2010-2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) av 8. april 2011*: Helse og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-l-20102011/id638503/>
- Ridderström, G. (2015). *Helse og fysisk planlegging i Norge 1814 - 2008*. Doktoravhandling ved Norges miljø og biovitenskapelige universitet. Fakultet for samfunnsvitenskap. Institutt for landskapsplanlegging.
- Riksrevisjonen (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid. Dokument 3:11 (2014-2015)*. Hentet fra: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/documents/2014-2015/offentligfolkehelsearbeid.pdf>
- Rittel, H. & Webber, M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences*, 4 (2): 155-169.
- Røvik, K.A. (2007) *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget
- Samuelson, N. W. (2015). *Folkehelse og kommunal planlegging – Implementering av det systematiske folkehelsearbeidet*. Masteroppgave i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Institutt for landskapsplanlegging. Seksjon for folkehelsevitenskap.
- Synnevåg, E. S., Amdam, R. og Fosse, E. (2018). Public health terminology: Hindrance to health in all policies approach? *Scandinavian Journal of Public Health*, 2018; 46: 68-73. Tilgjengelig fra: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494817729921?url_ver=Z39.88-2003&rfr id=ori:rid:crossref.org&rfr dat=cr pub%3dpubmed

- Unnerud, K. (2018). *Integrering av folkehelse i arealplanlegging og helsekonsekvensvurderinger som integreringsverktøy*. Masteroppgave i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Fakultet for samfunnsvitenskap. Institutt for landskapsplanlegging.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet*, 338 (1):1059-63.
- 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
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: World Health Organization. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Aarnes, H. K. (2016). *Folkehelse og planlegging. En casestudie av integrering av folkehelse i kommunal planlegging*. Masteroppgave i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Fakultet for samfunnsvitenskap. Institutt for landskapsplanlegging.
- Aarsæther, N. (2015a). Ny giv for kommunal planlegging? I: *Utfordringer for norsk planlegging*, s. 63–84. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Aarsæther, N. (2015b). Planlegging som handlingstype. I: *Utfordringer for norsk planlegging*, s. 26–47. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T., Kristiansen, R. (2015). Utfordringer for norsk planlegging. I: *Utfordringer for norsk planlegging*, s. 15-24. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD



Hege Hofstad

1432 ÅS

Vår dato: 25.06.2018

Vår ref: 60990 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.06.2018.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>60990</i>	<i>Folkehelse i kommunal arealplanlegging. Folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag - på hvilke måter er den et nyttig verktøy i kommunal 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>Siri Hvamstad</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 endringskjema.

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 01.03.2019 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/spørreskjemaleverandør) 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

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74 / belinda.helle@nsd.no

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i intervju i forbindelse med masteroppgave.

Studiens navn: Folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag – på hvilke måter er den et nyttig verktøy for kommunal arealplanlegging?

Bakgrunn

Vi heter Hilde Einmo og Siri Hvamstad og er masterstudenter ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet.

Dette året arbeider vi med vår avsluttende masteroppgave i folkehelsevitenskap.

Hensikten med studien

I forbindelse med at mange kommuner nå har etablert og revidert folkehelseoversikten ønsker vi å undersøke på hvilke måter folkehelseoversikten fungerer som kunnskapsgrunnlag når det gjelder kommunal arealplanlegging.

For å undersøke problemstillingen har vi etablert kontakt med to kommuner. Vi har sendt henvendelse pr. e-post til kommunenes rådmenn for å avklare deltakelse. Dette har de vært positive til. Det er interessant for oss å finne ut hvordan politikere og ansatte i forskjellige kommunale stillinger og roller ser på og benytter folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag. Vi ønsker derfor å gjennomføre intervju med politikere og ansatte som har folkehelse og/eller arealplanlegging innen sitt ansvarsområde.

Ved å gjennomføre disse intervjuene håper vi å få god innsikt i og forståelse av hvordan folkehelseoversikten fungerer som kunnskapsgrunnlag.

Ved å spørre deg om deltakelse til intervju så betyr det at du innehar en stilling eller rolle i kommunen som er interessant for oss i denne studien, og det er derfor viktig for oss å høre om dine tanker og erfaringer.

Resultatet av studien vil belyse om og på hvilken måter folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag fungerer som verktøy innen arealplanlegging, og definere hvilken betydning den har. Dette vil være viktige innspill for videre utvikling og bruk av folkehelseoversikten.

Hva innebærer deltakelse for deg?

Intervjuene vil foregå på din arbeidsplass og vil ta 30-40 minutter.

Vi kontakter deg pr. e-post eller telefon og avtaler et tidspunkt som passer for deg.

Spørsmålene vil omhandle folkehelseoversikten som kunnskapsgrunnlag sett i lys av arealplanlegging og din informasjon skal kun belyse studiens problemstilling. Det kan være aktuelt å ta kontakt med deg på et senere tidspunkt for utfyllende informasjon.

Bruk av dine opplysninger

Samtalen vil bli tatt opp på bånd og vi kommer til å ta notater i løpet av samtalen.

Opplysningene vil bli lagret i låsbart skap, hvor det kun er vi, Hilde Einmo og Siri Hvamstad, som har tilgang.

Intervjuene vil bli skrevet ut og lagret i et format som kan leses. Disse lagres på vår pc med kode.

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og det er kun vi og vår veileder som vil ha tilgang til dine opplysninger.

Ved avslutning av studien vil alt oppbevart materiale bli slettet og makulert.

Senest 01.03.2019.

Masteroppgaven er meldt inn til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Deltakelse i studien er frivillig og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi grunn.

Dine opplysninger vil da ikke bli benyttet i masteroppgaven og opplysningene vil bli slettet.

Resultatet av studien

Masteroppgaven publiseres i januar 2019 og du vil da få tilgang til studiens funn og resultater.

Økonomi og interesser

Masteroppgaven er selvfinansiert.

Spørsmål

Dersom du lurer på noe angående deltakelse, kontakt:

Siri Hvamstad, telefon 416 04 018, e-post: siri.hvamstad@gmail.com

Hilde Einmo, telefon 957 28 446, e-post: hilde.einmo@hotmail.com

Dersom du har spørsmål knyttet til masterstudiet generelt, kontakt vår veileder,

Hege Hofstad, Norsk institutt for by – og regionsforskning, NIBR,

e-post: hege.hofstad@nibr.hioa.no.

Vedlegg 3: Intervjuguide administrasjon

1. Opplevs folkehelseoversikten som et kunnskapsgrunnlag?
 - Hvor ofte revideres folkehelseoversikten i din kommune?
 - Hvem er involvert i arbeidet med folkehelseoversikten?
2. Brukes det tid på å gå bak resultatene i folkehelseprofilene når man utarbeider / reviderer folkehelseoversikten?
3. Har/opplevs folkehelseoversikten noen betydning / nytteverdi for arealplanlegging?
4. Hvis folkehelseoversikten ikke opplevs som et nyttig verktøy:
Hva skal til for at folkehelseoversikten blir et nyttig verktøy i arealplanlegging?
5. I følge folkehelsepolitisk rapport 2017 så sies det at oversiktsarbeidet som grunnlag for arealdelen er lite benyttet i kommunene (kun 25 %). Hva tror du er årsaken til dette?
Opplevs det at folkehelse som tema er integrert i kommuneplanens arealdel og at dette videreføres i arealplanlegging?
6. Opplevs signalene fra folkehelseoversikten som klare og tydelige? Etter å ha etablert oversiktsdokumentet, følges da prioriteringer i oversikten opp og hvordan er folkehelse forankret i kommunens plansystem?
7. På hvilken måte tas det hensyn til de sosioøkonomiske / sosiokulturelle faktorene – hvordan implementeres de?
8. Hvordan benyttes oversikten i arealplanlegging for å skape for eksempel sosiale møteplasser, trafiksikkerhet, grønne lunger osv.?
9. Hvordan ivaretas faktorene i folkehelseoversikten i samarbeidet med utbyggerne? Når utbygger ikke er kommunal.
10. Ved planlegging av tett kontra spredt boligbygging i kommunen, tas folkehelseoversiktens hovedpunkter med i utarbeidelse av planene?
Hvorfor / hvorfor ikke?

Vedlegg 4: Intervjuguide politikere

1. Kjenner du til folkehelseoversikten?
Oppeves folkehelseoversikten som et kunnskapsgrunnlag?
2. På hvilken måte brukes folkehelseoversikten inn mot planstrategien?
3. Har/oppeves folkehelseoversikten noen betydning/nytteverdi for arealplanlegging?
4. Hvis folkehelseoversikten ikke oppeves som et nyttig verktøy sett fra politisk ståsted:
Hva skal til for at folkehelseoversikten blir et nyttig verktøy?
5. I følge folkehelsepolitisk rapport 2017 så sies det at oversiktsarbeidet som grunnlag for arealdelen er lite benyttet i kommunene (kun 25 %). Hva tror du er årsaken til dette?
Oppeves det at folkehelse som tema er integrert i kommuneplanens arealdel og at dette videreføres i arealplanlegging?
6. Oppeves signalene fra folkehelseoversikten som klare og tydelige?
Etter å ha etablert oversiktsdokumentet, følges da prioriteringer i oversikten opp og hvordan er folkehelse forankret i kommunens plansystem?
7. Forskning viser nå at sosiale helseforskjeller i Norge øker. Motsatt av det vi ønsker. På hvilken måte tas det hensyn til (disse faktorene) de sosioøkonomiske / sosiokulturelle faktorene / sosiale helseforskjeller i kommunalt planarbeid?
8. Hvordan benyttes oversikten i arealplanlegging for å skape for eksempel sosiale møteplasser, trafiksikkerhet, grønne lunger osv.?
9. Hvordan ivaretas faktorene i folkehelseoversikten i samarbeidet med utbyggerne?
Når utbygger ikke er kommunal.
10. Ved planlegging av tett kontra spredt boligbygging i kommunen, tas folkehelseoversiktens hovedpunkter med i utarbeidelse av planene?

Vedlegg 5: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring til deltakelse i intervju til masterstudie

Jeg har lest informasjonen i dette skrivet og samtykker til deltakelse i studien.

Navn:

Telefonnummer:

E-post:

Underskrift deltaker:

Dato:



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

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway