



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

Masteroppgave 2017 30 stp  
Fakultet for landskap og samfunn (LandSam)

# **Folkehelse i kommuneplanleggingen. En case studie i hvordan folkehelse integreres i planarbeidet ved knutepunktfortetting, med spesiell vekt på sosial ulikhet i helse**

Public Health in municipality planning.  
A case study on integration of Public Health in  
compact urban development, with emphasis on  
social inequality in health

Kari Zimmer  
Master i Folkehelsevitenskap

A pessimist sees the difficulty in every opportunity;  
An optimist sees the opportunity in every difficulty.

Sir Winston Churchill

## **Forord**

Med denne oppgaven avslutter jeg en to år lang fantastisk reise som masterstudent i folkehelsevitenskap ved NMBU.

Oppgaven hadde ikke blitt til uten en varm mottakelse i planavdelingen i Eidsvoll kommune, og av rådmannen. Takk til dere og alle dere som svarte positivt på min forespørsel om å stille opp til intervju. En stor takk også til dere politikere som til tross for full jobb og mange politiske verv tok dere tid til å svare på mine spørsmål. Sammen ga dere meg mye kunnskap og mange aha-opplevelser underveis. Jeg håper oppgaven og resultatene jeg har funnet gir dere noe tilbake. Folkehelse er en utfordring for mange norske kommuner. Dere har satt folkehelse på agendaen i Eidsvoll og mitt ønske er at oppgaven kan gi noen innspill og tips til det videre arbeidet.

Bent, takk for at du tok deg tid. Jeg lærte mye av samtalene vi hadde.

En stor takk til min veileder Hege Hofstad ved NIBR/NMBU. Jeg er glad for så konstruktive tilbakemeldinger, og for at du har utfordret meg til å finne nye svar og løsninger når mine tanker og oppfatninger låste seg fast.

Takk til familien som har støttet meg hele tiden. En spesiell takk til Kim som gjennom diskusjoner har bidratt til større klarhet i mine egne tanker, i tillegg til nyttig hjelp med språkvask og oppstramming av oppgaven.

Også dere medstudenter da, hva skulle jeg gjort uten dere? Så flotte reflekterte mennesker. Utrolig kunnskapsrike og engasjerte. Det har vært en flott opplevelse å studere sammen med dere. Det siste halve året på masterplassene våre i Urbygningen har vært uforglemmelig, med uvurderlig gjensidig sosial støtte og oppmuntring i perioder flere av oss slet med samme frustrasjoner og nøt de samme gleder. I ettertid føler jeg det har vært mest av det siste.

Lysaker, 15. Mai 2017  
Kari Zimmer

## Sammendrag

Denne studien setter søkelyset på integrering av folkehelse i planprosessen ved knutepunktfortetting, og sosial ulikhet i helse blir spesielt vektlagt.

Studien er en casestudie av knutepunktfortetting på Råholt i Eidsvoll kommune sett i et folkehelseperspektiv. Det er benyttet en kvalitativ metode, og dataene som ligger til grunn er dokumenter tilgjengelig fra kommunens hjemmesider. I tillegg er det gjennomført 13 intervjuer av politikere, ansatte i administrasjonen i kommunen, en innbygger, en utbygger og en representant fra administrasjonen i Fredrikstad kommune som er en kontrasterende case.

Resultatene av studien viser at Eidsvoll kommune har kommet langt med tanke på det systematiske folkehelsearbeidet, og viljen til å sette folkehelse i fokus i kommunen er stor. Folkehelse har vært med i kommunens planer siden 2011, men planene er ikke fulgt opp. I 2016-2017 er det utarbeidet en ny oversikt over folkehelsen og dette har løftet folkehelse høyt opp på agendaen i kommunen igjen. Det er imidlertid ikke klart hvem som skal følge opp dette arbeidet, og ressursene som nå avsettes til arbeidet er knappe.

Kommunen har relativt store utfordringer med sykdommer som kan knyttes til sosiale ulikheter i helse. Antall innbyggere med høyere utdanning ligger også lavere enn fylket forøvrig og frafallet i utdanning er høyere enn fylket forøvrig. Behovet for å finne løsninger som gagnar den enkelte og kommunen som helhet i et folkehelseperspektiv er derfor stort.

Knutepunktfortettingen på Råholt har som mål å samle boliger, næring, tjenester og aktiviteter og skape et nytt sentrum. Det er ikke lagt noen føringer for hva slags boliger som skal bygges, det er heller ikke lagt noen planer for hvordan de med lav sosioøkonomisk status skal involveres i prosessen rundt utbyggingen. Hvis disse innbyggerne ikke blir inkludert i det nye sentrum kan det føre til større ulikheter i helsen. En gjennomsnittlig prisøkning på boliger i området vil også kunne føre til at flere med høyere inntekt får lavere sosioøkonomisk status. Råholtutbyggingen har potensial til å bli et virkemiddel til utjevning av sosiale helseforskjeller, men Eidsvoll kommune må finne og utnytte disse mulighetene bedre enn det som er dokumentert i planleggingen til nå.

## Abstract

This study focuses on the integration of Public Health into the planning process of compact urban development, social inequalities of health are emphasized.

The study is a case study of compact urban development in Råholt community in Eidsvoll municipality from a public health perspective. Qualitative methodology was used, and documents available from the municipalities web site in combination with 13 semi structured interviews are the basis for the empirical data.

The results of the study show that the municipality of Eidsvoll has come a long way in view of the systematic public health work and the willingness to put public health into focus in the municipality is great. Public Health has been in the municipality's plans since 2011, but it has been a lack of follow-up. In 2016-2017 a new overview of the public health has been prepared and this has put public health high on the agenda in the municipality. It is however not clear who has the responsibility and resources to follow up on this good work.

The municipality has relatively big challenges with diseases that can be linked to low socioeconomic status. The number of high educated residents are lower than the county in general, and the drop-out from school is higher. The need for solutions that benefits the individuals and the municipality is therefore large.

The purpose of the compact urban development at Råholt is to gather housing, industry, services and activities and create a new center. There are no guidelines for the types of housing to be built, nor are plans for how those with low socioeconomic status will be involved in in the process of development. If these residents are not included in the planning of the new center, it may lead to major inequalities in health. An average rise in prices for houses may also lead to more people in the low socioeconomic category. The Råholt development could potentially become a valuable tool in reducing social inequalities in health in Eidsvoll, but the municipality must find and exploit these opportunities better than what has been incorporated in the development plans for Råholt so far.

# **Innholdsfortegnelse**

<b>FORORD</b>	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>4</b>
<b>INNHOLDSFORTEGNELSE</b>	<b>5</b>
<b>LISTE OVER VEDLEGG:</b>	<b>8</b>
<b>OVERSIKT OVER FIGURER:</b>	<b>8</b>
<b>OVERSIKT OVER TABELLER:</b>	<b>8</b>
<b>AKRONYMER</b>	<b>8</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>9</b>
<b>1.1 STUDIENS STRUKTUR</b>	<b>9</b>
<b>2.0 BAKGRUNN FOR VALG AV OPPGAVE</b>	<b>10</b>
<b>2.1 FOLKEHELSELOVENS´S FEM PRINSIPPER FOR FOLKEHELSEARBEID</b>	<b>12</b>
<b>2.2 FORMÅLET MED STUDIEN</b>	<b>12</b>
<b>2.3 PROBLEMSTILLING</b>	<b>13</b>
<b>3.0 PLANLEGGING, FOLKEHELSE OG FORTETTING RUNDT KNUTEPUNKTER, HVA LEGGES I BEGREPENE OG HVA SIER FORSKNINGEN</b>	<b>14</b>
<b>3.1 PLANLEGGING</b>	<b>14</b>
<b>3.2 FOLKEHELSE</b>	<b>15</b>
3.2.1 FOLKEHELSE I ET HISTORISK PERSPEKTIV	15
3.2.2 FOLKEHELSE I DAG	16
3.3.3 FAKTORER SOM HEMMER OG FREMMER HELSEN	16
<b>3.3 FORTETTING RUNDT KNUTEPUNKTER</b>	<b>18</b>
3.3.1 BYUTVIKLING I ET HISTORISK PERSPEKTIV	18
3.3.2 KOMPACT BYUTVIKLING OG FORTETTING RUNDT KNUTEPUNKTER I DAG	18
<b>3.4 SOSIAL ULIKHET I HELSE</b>	<b>22</b>
<b>3.5 MEDVIRKNING</b>	<b>27</b>
	<b>5</b>

<b>3.6 OPPSUMMERING AV TEORIER PRESENTERT I KAPITTEL 3.3, 3.4 OG 3.5 OG PRESENTASJON AV TRANSLASJONSTEORI OG VIRUSTEORI</b>	<b>31</b>
3.6.1 TEORIER KNYTTET TIL FORTETTING, SOSIAL ULIKHET I HELSE OG MEDVIRKNING	31
3.6.2 TRANSLASJONSTEORI OG VIRUSTEORI	32
<b>4. “HELSE I ALT VI GJØR”</b>	<b>36</b>
4.1 KOBLINGEN MELLOM FOLKEHELSELOVEN OG PLAN- OG BYGNINGSLOVEN.	36
4.2 DET KOMMUNALE PLANSYSTEMET	37
4.3 DET SYSTEMATISKE FOLKEHELSEARBEIDET	39
<b>5.0 METODE</b>	<b>41</b>
<b>5.1 VALG AV METODE</b>	<b>42</b>
<b>5.1.1 BRUK AV CASE SOM EN METODISK STRATEGI</b>	<b>43</b>
5.1.1 HVA ER CASEN EN CASE AV?	45
5.1.2 FREDRIKSTAD EN KONTRASTERENDE CASE	45
<b>5.2 INNSAMLING OG OPPBEVARING AV DATA.</b>	<b>46</b>
<b>5.3 DOKUMENTANALYSE</b>	<b>46</b>
<b>5.4 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJUET</b>	<b>47</b>
5.4.1 INTERVJUGUIDE	48
5.4.2 UTVALG OG REKRUTTERING	48
5.4.3 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE	51
5.4.4 TRANSKRIBERING AV INTERVJUENE	52
<b>5.5 PASSIV ELLER IKKE DELTAKENDE OBSERVASJON</b>	<b>53</b>
<b>5.6 ANALYSE</b>	<b>54</b>
5.6.1 DOKUMENTANALYSE	54
5.6.2 ANALYSE AV INTERVJUENE	54
5.6.3 ANALYSE AV PASSIV OBSERVASJON	55
<b>5.7 ETISKE VURDERINGER</b>	<b>55</b>
<b>5.8 VALIDITET, RELIABILITET OG GENERALISERING</b>	<b>56</b>
<b>5.9 METODISKE REFLEKSJONER</b>	<b>57</b>
<b>6.0 EMPIRISKE FUNN</b>	<b>57</b>
<b>6.1 BESKRIVELSE AV CASE-KOMMUNEN</b>	<b>58</b>
6.1.1 HISTORIE	58

6.1.2 EIDSVOLL KOMMUNE I DAG.	59
6.1.3 FOLKEHELSE I EIDSVOLL	61
6.1.4 FORANKRING AV FOLKEHELSEARBEIDET I ADMINISTRASJONEN I EIDSVOLL KOMMUNE	63
<b>6.2. RESULTATER AV DOKUMENTANALYSE, INTERVJUER OG OBSERVASJON</b>	<b>63</b>
6.2.1 OVERORDNET SYSTEMATISK FOLKEHELSEARBEID I EIDSVOLL KOMMUNE	64
<b>FOLKEHELSE</b>	<b>67</b>
6.2.2 RÅHOLT, FORHOLDET TIL OVERORDNEDE PLANER I EIDSVOLL KOMMUNE, PLANPROSESS KNUTEPUNKTFORTETTING, MEDVIRKNING OG UTJEVNING AV SOSIALE ULIKHETER I HELSE.	72
6.2.3 KNUTEPUNKTFORTETTING	74
6.2.4 HVEM FLYTTER TIL RÅHOLT	76
6.2.5 UTBYGGERE	78
6.2.6 MEDVIRKNING	80
<b>6.3 SOSIAL ULIKHET I HELSE</b>	<b>86</b>
<b>7.0 DISKUSJON</b>	<b>88</b>
<b>7.1 DRØFTING FOR Å FINNE SVAR PÅ FØRSTE DEL AV PROBLEMSTILLINGEN</b>	<b>88</b>
<b>7.2 DRØFTING FOR Å FINNE SVAR PÅ ANDRE DEL AV PROBLEMSTILLINGEN</b>	<b>92</b>
<b>8.0 KONKLUSJON</b>	<b>98</b>
<b>9.0 VIDERE FORSKNING</b>	<b>99</b>
<b>10.0 REFERANSELISTE:</b>	<b>101</b>



## Liste over vedlegg:

Vedlegg 1 Informasjonsskriv	107
Vedlegg 2 Intervjuguide ansatte og administrasjonen og politikere	110
Vedlegg 3 Intervjuguide innbyggere	111
Vedlegg 4 Intervjuguide utbyggere	112
Vedlegg 5 Godkjenning fra NSD- Norsk senter for forskningsdata	113

## Oversikt over figurer:

Figur 1 Helse-determinanter Kilde: Dahlgren & Whitehead 1991 .....	17
Figur 2 Hovedmål regional areal- og transportplan Kilde: Akershus fylkeskommune, 2015 .	21
Figur 3 Prosess for å oppnå likeverdig helse Kilde: Folkehelseinstituttet 2016.....	23
Figur 4 Krav, kontroll, sosial støtte Kilde: Karasek & Theorell, 1990.....	24
Figur 5 Sammenhengen mellom sosial bakgrunn, utdanning, yrke, inntekt og helse Kilde: Dahl & al (2014:64).....	25
Figur 6 Faktorer som påvirker psykisk helse Kilde: Helsedirektoratet, 2011 .....	28
Figur 7 Koblingen mellom FHL og PBL Kilde: kommunetorget.no.....	37
Figur 8 Oversikt over det kommunale plansystemet .....	38
Figur 9 Det systematiske folkehelsearbeidet .....	39

## Oversikt over tabeller:

Tabell 1 Oversikt over kommunale dokumenter som er med i dokumentanalysen.....	47
Tabell 2 Oversikt over intervjupersoner .....	51

## Akronymer

AP	Arbeiderpartiet
FHL	Folkehelseloven
PBL	Plan- og bygningsloven
SV	Sosialistisk Venstreparti
MDG	Miljøpartiet de grønne
WHO	Verdens helseorganisasjon

## 1.0 Innledning

Tema for denne studien er folkehelse og hvordan folkehelsehensyn integreres i kommuneplanlegging spesielt knyttet til sentrumsutvikling og kompakt byutvikling. Utgangspunktet for studien er en tanke om at kommuner, ved å fortette og bygge ut rundt trafikknutepunktene, har en unik mulighet til å legge til rette for et sentrum som innbyr til aktivitet og sosiale opplevelser. Studien søker å finne svar på i hvilken grad folkehelseproblematikken blir ivaretatt ved slik utbygging, og hvilken betydning dette kan ha med tanke på utjevning av sosiale helseforskjeller.

Fra 2008 skal folkehelse inngå i planarbeidet til kommunene i Plan- og Bygningsloven (PBL) (PBL,2008). Med folkehelseoven's (FHL)'s ikrafttreden i 2012 ble en stor del av ansvaret for folkehelse og forebyggende helsearbeid lagt til kommunene (FHL, 2012).

I tillegg til FHL og PBL skal kommunen forholde seg til Nasjonale forventninger. Disse forventningene viser regjeringens prioriteringer i den kommende fireårsperioden fram til neste valg (Regjeringen, 2015a). I inneværende valgperiode blir det lagt stor vekt på bærekraftig utvikling og knutepunktutbygging. Målet med dette er blant annet å redusere utslipp av klimagasser fra fossilt brensel, å inspirere til mer bruk av offentlig transport og legge til rette for å sykle eller gå til jobb og skole (Regjeringen, 2015a).

Det er flere forhold som har betydning for å lykkes med dette. Fortetting rundt knutepunkter kan gjennom god planlegging av områdene legge til rette for et redusert behovet for bilbruk, og være en viktig ressurs for å påvirke innbyggerne i retning av å bruke offentlig transport, gange og sykkel (Næss, 2015).

### 1.1 Studiens struktur

Studien starter med innledning og beskrivelse av studiens struktur i kapittel 1. Kapittel 2 viser bakgrunn for valg av oppgave, formålet med studien, og presenterer problemstillingen studien skal besvare. Kapittel 3 går nærmere inn på begrepene planlegging, folkehelse og fortetting rundt knutepunkter. Aktuell forskning vedrørende disse temaene vil bli presentert, sammenhengen mellom FHL og PBL beskrives her. De to lovene gir føringer og lovbestemmelser som er grunnleggende for studien. En oppsummering av teori presentert underveis i kapittelet i tillegg til to nye teorier avslutter kapittelet. En forklaring på det

kommunale planhierarkiet og en presentasjon av det systematiske folkehelsearbeidet gjøres i kapittel 4 ”Helse i alt vi gjør”. Kapittel 5 beskriver metoden som er brukt for å finne svar på problemstillingen. Kapittel 6 presenteres empirien og starter med presentasjon av casekommunen, deretter presenteres funnene fra dokumenter, intervjuer og observasjon. I kapittel 7 diskuteres funnene opp mot teori og tidligere forskning. Deretter følger en konklusjon i kapittel 8 og mulig videre forskning i kapittel 9. Studien avsluttes med relevante vedlegg.

## 2.0 Bakgrunn for valg av oppgave

Kommunene har de siste årene blitt utfordret med flere nye myndighetskrav som berører folkehelse, og behov for planmessig og strukturert arbeid i den anledning er større enn tidligere (FHL, 2012, PBL, 2008). Med utgangspunkt i FHL’s og PBL’s bestemmelser og Nasjonale forventningene om knutepunktutbygging ble jeg nysgjerrig på om knutepunktutbygging kan være en måte å løfte fokuset på folkehelse i kommunen. Nasjonale og regionale føringer om knutepunktutbygging krever at kommunen tenker helhetlig i større grad enn tidligere, og at bo- og levestandarder i mange tilfeller bygges opp fra grunnen etter en helhetlig og langsiktig plan (Akershus fylkeskommune, 2015). Eidsvoll kommune, har to prioriterte utviklingsområder, nemlig Sundet i Eidsvoll sentrum, og Råholt ved Eidsvoll Verk stasjon (Akershus fylkeskommune, 2015). Kommunen er i gang med å utarbeide en kommunedelplan for Råholt (Eidsvoll kommune, 2017a).

Jeg ønsker å bruke Eidsvoll kommune som en case-kommune med tanke på folkehelsefokus i planlegging av fortetting og nyutvikling av bolig og næringsområder rundt Eidsvoll Verk stasjon på Råholt. Eidsvoll er en kommune med mange utfordringer relatert til folkehelse (Folkehelseinstituttet, 2016, 2017). Jeg vil se om det er en sammenheng mellom folkehelse, omgivelsene vi bor og ferdes i og sosial rettferdighet, og hva forståelsen av folkehelsebegrepet betyr for implementering av folkehelse i planlegging av fortetting rundt knutepunkter. Det finnes mye litteratur som beskriver kompakt byutvikling både nasjonalt og internasjonalt. Det samme er tilfelle med folkehelse i nasjonal og kommunal planlegging (Millstein & Hofstad, 2017). Litteratur og forskning som viser sammenhengen mellom kompakt byutvikling og folkehelse er derimot mangelvare (Millstein og Hofstad, 2017).

Studien er derfor viktig fordi den søker å belyse sammenhengen mellom kompakt byutvikling og folkehelse, og mer spesifikt se på hvilke konsekvenser dette kan ha med tanke på utjevning av sosiale helseforskjeller.

I studien brukes Statens vegvesens definisjon av knutepunkt ”Et knutepunkt er der kollektivlinjer krysser eller tangerer, og der omstigning skjer” (Statens vegvesen, 2012). Med knutepunktutbygging menes i denne studien by-og tettstedsutvikling og fortetting rundt eksisterende trafikknutepunkter. Ønsket om fortetting rundt knutepunkter har sitt utspring i Brundtlandkommisjonens rapport ”Our Common Future” fra 1987 hvor bærekraftig utvikling ble definert som *”utviklingen som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov”* (WCED, 1987). I Norge ble miljøfokus viktig med tanke på bærekraftig utvikling og forskere var tidlig ute med å starte et prosjekt (NAMIT-prosjektet) som blant annet hadde som mål og finne svar på *”Hva vil det bety for by- og boligplanlegging å følge opp Brundtlandkommisjonens anbefalinger om bærekraftig utvikling?”* (Næss, Saglie & Thoren, 2015). NAMIT-prosjektet viste at det var tre prinsipper som gikk igjen som viktige å ta stilling til med tanke på miljø:

- Samling av naturinngrep
- Arealøkonomisering
- Omstrukturering av transportsystem

Samling av naturinngrep vil gjøre det mulig å unngå ødeleggelse av natur- og jordbruksområder, og fortetting bør gjennomføres i områder som allerede er tatt i bruk til bolig og næring (Næss, Saglie & Theorén, 2015).

Arealøkonomisering vil på samme måte som samling av naturinngrep sørge for at ubebygde arealer holdes intakt. Det forutsetter høy utnyttelsesgrad av de aktuelle områdene. Metoder for å omstrukturere transportsystemet vil være å prioritere miljøvennlig transport ved å øke offentlig transport, redusere utbygging av veier og parkeringsplasser og tilrettelegge for gange og sykling i trygge omgivelser. NAMIT-prosjektet har sammen med andre senere rapporter hatt stor betydning for den nasjonale arealpolitikken (Næss, Saglie & Theorén, 2015).

Regional plan for areal og transport i Oslo og Akershus ble vedtatt i 2015. Planen støtter de

nasjonale forventningene om fortetting rundt knutepunkter og har definert hvilke områder i kommunene det skal satses på (Akershus fylkeskommune, 2015).

Nærmere presentasjon av Eidsvoll kommune med tanke på utbygging og folkehelseproblematikken i kommunen kommer jeg tilbake til i kapittel 6.1.

## 2.1 Folkehelseloven's fem prinsipper for folkehelsearbeid

FHL introduserer fem prinsipper for folkehelsearbeid (FHL 2012, Regjeringen, 2013). De fem prinsippene er:

- 1) Utjevning av sosiale helseforskjeller. Sosiale helseforskjeller defineres som forskjeller som skyldes utdanningsnivå, inntektsnivå og yrke. Dette blir beskrevet i kapittel 3.4 Sosial ulikhet i helse.
- 2) "Helse i alt vi gjør"-prinsippet gir alle virksomheter i kommunen et ansvar for å ta med folkehelse som en faktor når nye planer og tiltak skal utarbeides og igangsettes, og beskrives nærmere i kapittel 4.0
- 3) Bærekraftig utvikling. Bærekraftig utvikling er et viktig prinsipp også i folkehelse spørsmål (WCED, 1987). Ot. prp .90 L 2010-11. Bruker verdenskommisjonen for miljø og utvikling (1987:42) sin definisjon på bærekraft: *"en utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjon skal få dekket sine behov"*. Helse er et nødvendig behov og en viktig forutsetning for bærekraftig utvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).
- 4) Føre-var prinsippet handler om å unngå å skade naturen og miljøet. Hvis kunnskapen om konsekvenser for natur og miljø er mangelfulle skal man ikke ta avgjørelser om bruk av disse ressursene før konsekvensene er nøye utredet.
- 5) Medvirkningsprinsippet skal gi innbyggerne og frivillige organisasjoner mulighet til å påvirke og si sin mening om samfunnsutviklingen i alle plansaker i kommunen. Medvirkningsprinsippet blir gjennomgått i kapittel 3.5

(FHL, 2012, Regjeringen, 2013)

## 2.2 Formålet med studien

Folkehelse og kommuneplanlegging er knyttet nært sammen og det er bestemmelser om

folkehelse både i FHL og PBL (FHL, 2012, PBL, 2008). I kapittel 4.1 blir denne sammenhengen nærmere belyst. Nasjonale forventninger og Regionale planer gir føringer for hvordan kommunal planlegging skal utføres. Utbygging og fortetting rundt eksisterende trafikknutepunkter er en ønsket utvikling i Oslo og Akershusregionen (Akershus fylkeskommune, 2015). Eidsvoll kommune har utfordringer som kan assosieres med sosiale ulikheter i helse. Målet med denne studien er å se på hvilken måte kommunen forholder seg til lovene og føringene i planleggingsprosessen ved fortetting rundt knutepunkter, og hvilke konsekvenser avgjørelser som blir tatt kan få med tanke på utjevning av sosiale helseforskjeller.

### 2.3 Problemstilling

Med bakgrunn i ovenstående har jeg kommet fram til følgende todelte problemstilling:

*Hvordan innvirker forståelsen av folkehelsebegrepet på implementering av folkehelse i planleggingsprosessen ved kompakt byutvikling?*

*Hvilken betydning kan forståelsen av folkehelsebegrepet i kompakt byutvikling ha med tanke på utvikling av tiltak for å utjevne av sosiale helseforskjeller?*

Til hjelp for å besvare problemstillingen ble følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

1. Hva legger politikerne og de ansatte i administrasjonen som er involvert i knutepunktutvikling i begrepet folkehelse?
2. Hvordan innhentes kunnskap om folkehelse og hvordan inkluderes tidligere planer og strategier i denne kunnskapsinnhenting?
3. Hvilken betydning har forståelsen av folkehelsebegrepet for mål og prioriteringer i kommunedelplanen for Råholt?
4. Hvilken innflytelse kan valgte folkehelsemål og -prioriteringer ha for utjevning av sosial ulikhet i helse?

Det kan virke forvirrende at kompakt byutvikling, knutepunktutvikling og fortetting rundt knutepunkter blir brukt om hverandre. Kompakt byutvikling dreier seg om utvikling og fortetting i etablerte byområder. Dette trenger ikke nødvendigvis være ved et knutepunkt.

Fortetting rundt knutepunkter innebærer en bolig- og næringsutvikling i nærhet til et trafikk-knutepunkt. Selv om det blir skilt i litteraturen er både utfordringene som oppstår, planlegging og løsninger som fremkommer i stor grad overensstemmende uansett hvilke begrep som brukes.

### 3.0 Planlegging, folkehelse og fortetting rundt knutepunkter, hva legges i begrepene og hva sier forskningen

I dette kapittelet redegjør jeg for begrepene planlegging, folkehelse og fortetting rundt knutepunkter. De nevnte begrepene danner grunnlag for å utforske i hvilken grad forståelsen av folkehelse begrepet har betydning for hvorvidt og i hvilket omfang folkehelse blir implementert i planleggingsprosessen ved fortetting rundt knutepunkter, og hvordan dette kan ha en innvirkning på de sosiale helseforskjellene i kommunen. Folkehelsepresentasjonen tar utgangspunkt i historien for å vise hvordan folkehelse har endret seg fra å dreie seg om bekjempelse av sykdom til dagens utfordringer som dreier seg om livsstil og strukturelle utfordringer. Kapittelet inneholder også en kort oppsummering om byutvikling, før dagens tanker om knutepunktutvikling blir presentert. Sosial ulikhet i helse og medvirkning blir belyst. Teorier knyttet til de helsemessige effektene relatert til fortetting blir presentert underveis i presentasjonen av knutepunktutvikling, det samme gjelder i delene om sosial ulikhet i helse og medvirkning. Disse teoriene blir oppsummert i kapittel 3.6 og vil være det teoretiske fundamentet i oppgaven, sammen med translasjonsteorien og virusteorien som blir presentert i samme kapittel.

#### 3.1 Planlegging

Det finnes ingen entydig definisjon på hva planlegging er (Hofstad, 2013).

Planlegging foregår på individ-, gruppe og samfunnsnivå, felles for denne planleggingen er et ønske om å gjøre endringer for å nå et mål og oppnå noe som hever eller bedrer dagens situasjon, i tillegg er god planlegging et verktøy for å unngå uheldige konsekvenser av de endringene vi ønsker å gjøre (Kleven, 2010).

Hofstad (2013 s. 24) stiller i sin doktoravhandling spørsmålet: Hvorfor har planlegging blitt et viktig virkemiddel for å håndtere komplekse problemer? Og hun definerer seks egenskaper

som hun mener er med på å gjøre planleggingen egnet til dette:

- Planlegging som arena for horisontal medvirkning
- Planlegging som arena for interaksjons og forhandlinger
- Planlegging som arena for medvirkning
- Planlegging som forankret i det representative demokratiet
- Planlegging som et lokalt virkemiddel
- Planlegging som virkemiddel for iverksetting

(Hofstad, 2013 s. 24).

Fra dette perspektivet er planlegging et viktig verktøy med tanke på å løse folkehelseutfordringene. Folkehelse blir beskrevet som et komplekst “Wicked Problem” i kapittel 4.3 under det systematiske folkehelsearbeidet.

## 3.2 Folkehelse

I dette avsnittet beskrives først folkehelse i et historisk perspektiv, deretter blir folkehelsebegrepet definert ut ifra dagens forståelse av begrepet. Faktorer som hemmer og fremmer helsen vil bli omtalt. Videre beskrives det systematiske folkehelsearbeidet i et kommunalt perspektiv. Til slutt utdypes to av de grunnleggende prinsippene i FHL, sosiale forskjeller i helse og medvirkning.

### 3.2.1 Folkehelse i et historisk perspektiv

I dag er det de livsstilsrelaterte sykdommene som oppfattes som folkehelsesykdommer, men allerede for 10000 år siden skjedde det en utvikling av hjerte/kar sykdommer fordi menneskene på grunn av befolkningsvekst måtte finne seg andre måter å skaffe seg føde på (Mysterud, 2003). Menneskene ble stedbundne og de levde sammen i større samfunn. Da den industrielle revolusjonen startet i England på 1700 tallet var det igjen befolkningsvekst som skapte behov for mer mat og billige klær. Folk bosatte seg rundt fabrikkene og såkalte fabrikkbyer var et faktum. Boligstandarden var så som så og trangboddhet, dårlig ernæring og fattigdom var forbundet med økt risiko for infeksjonssykdommer (Strand & Næss, 2006). Byutvikling har hatt betydning for folkehelsen fra menneskene ble stedbundne og fram til i dag.



Den engelske legen John Snow ansees for å være epidemiologiens og folkehelsens far, og måten han identifiserte smitteskilden til et kolerautbrudd i London i 1854 ved å plote koleratilfeller inn i et kart over London er forløperen til dagens Geografiske informasjonssystemer (GIS). GIS brukes i dag av tekniske avdelinger i kommunene og i det private næringsliv blant annet for å avdekke områder hvor det ikke er forsvarlig å bygge boliger (Grinderud & al, 2016). Folkehelse og byplanlegging er ingen ny kombinasjon.

### 3.2.2 Folkehelse i dag

FHL (2012) definerer folkehelse som ” Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning”. Formålet med loven beskrives i §1 og den lyder:

”Formålet med denne loven er å 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.

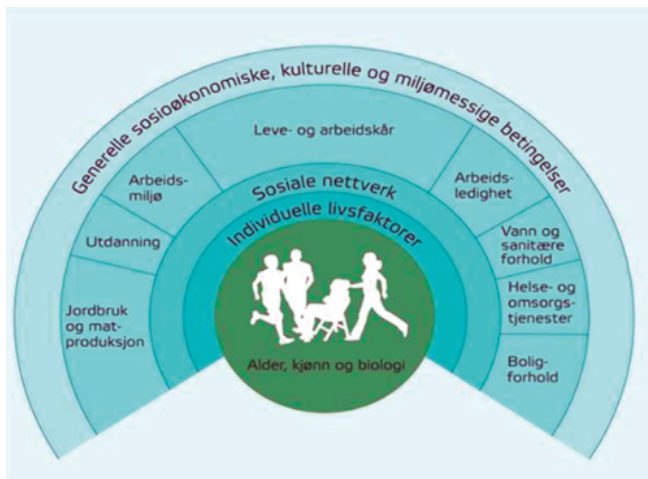
Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.”

Mens folkehelse i lang tid var knyttet til hygiene og bekjempelse av smittsomme sykdommer er folkehelse i dag preget av de ikke-smittsomme sykdommene som i stor grad er livsstilsrelaterte f.eks. hjerte/karsykdommer, kreft og diabetes. Høyere levealder er også årsak til flere tilfeller av kreft. I tillegg utgjør psykiske lidelser en økende andel av folkehelseutfordringene (Folkehelseinstituttet, 2015). Folkehelse i dag setter i større grad enn tidligere søkelyset på forhold utenfor individet selv. Faktorer som hemmer og fremmer helsen finnes hos individet, de nære omgivelsene, i tilgang på velferd, arbeid, hus og generelle sosioøkonomiske forhold (Dahlgren & Whitehead, 1991)

### 3.3.3 Faktorer som hemmer og fremmer helsen

Helse-determinanter er en fellesbetegnelse på faktorer som hemmer og fremmer helsen. (Dahlgren & Whitehead, 1991). I figuren på neste side er disse faktorene illustrert.

I følge Wildawsky (1973) kan 10 % av våre helseutfordringer løses ved hjelp av medisiner de resterende 90 % må løses med fokus på faktorer som ligger utenfor selve individet



(Wildawsky, 1973). I figuren til Dahlgren & Whitehead (1991) er dette illustrert. Den innerste sektoren viser individet og faktorer det ikke er mulig å gjøre noe med slik som kjønn og gener.

Figur 1 Helse-determinanter Kilde: Dahlgren & Whitehead 1991

I neste sektor finner vi de individuelle faktorene som viser til valg vi tar med tanke på fysisk aktivitet/inaktivitet, kosthold og rusmiddelbruk som røyking, snusing, bruk av alkohol og narkotika. På individnivå snakkes det om empowerment, eller styrking av egne krefter, og det handler om å gi individet verktøy slik at de blir rustet til å ta styring i eget liv, og gjøre valg som fokuserer på salutogenese, det vil si det som holder deg frisk (Antonovsky, 2012). Ved å ta gode valg styrkes også individets selvfølelse og det opplever mestring (Askheim, 2012). Opplevelse av mestring er en buffer i håndtering av stress (Ursin & Eriksen, 2004) og ved å redusere stressbelastningene vil det frigjøres ressurser til å takle hverdagens belastninger, som igjen kan ha en positiv effekt med tanke på utvikling av stressrelaterte sykdommer som hjerte/-karsykdommer, overvekt inkludert fedme og diabetes type 2 (Ursin & Eriksen, 2004).

Det sosiale nettverket er av stor betydning for den fysiske og psykiske helsen. Mangel på sosial støtte i utfordrende livssituasjoner som arbeidsløshet, samlivsbrudd og rusproblematikk kan føre til negativt stress og over tid kan det føre til uspesifikke, selvopplevde plager som muskel- skjelettplager og overvekt og fedme (Ursin & Eriksen, 2004). Utdanning, deltakelse i arbeidslivet, arbeidsmiljø har alle en betydning for folkehelsen. Dette beskrives nærmere i kapitlet om sosial ulikhet i helse. Strukturelle forhold som boligbygging, trafikktiltak, satsing på skole og barnehage, tilgang på møteplasser og grøntområder er viktige for å legge til rette for god folkehelse. Lett tilgang til møteplasser og grøntområder er allikevel ikke nok for å øke bruken av disse områdene (Seaman, Jones & Ellaway, 2010). De hevder at en helhetlig forståelse av samfunnet og etablert utenforskap kan føre til at de sosiale helseforskjellene øker ved en differensiering av tilgangen til grøntarealer for

lokalbefolkningen (Seaman, Jones & Ellaway, 2010)

### 3.3 Fortetting rundt knutepunkter

I dette avsnittet beskrives først byutvikling i et historisk perspektiv. Deretter gis et rasjonale for kompakt byutvikling og fortetting rundt knutepunkter i dag. Aktuelle lover, forventninger og planer med tanke på fortetting av eksisterende bebyggelse og etablering av nye boliger og næringsarealer rundt knutepunkter fra statlig, regionalt og kommunalt nivå blir gjennomgått. Relevant forskning om temaet som knyttes til regjeringens forventninger spesielt blir presentert.

#### 3.3.1 Byutvikling i et historisk perspektiv

Byutvikling og folkehelse har lenge gått hånd i hånd. Med den industrielle revolusjonen skjøt byutviklingen fart. Fabrikkene ga arbeid til mange og disse trengte et sted og bo. Dette førte både til byutvikling og som beskrevet i forrige kapittel, og folkehelseutfordringer. Behovet for nærhet til veier, elver og hav medførte at flere fabrikker etablerte seg i det samme områdene og byene vokste i omfang. Mye forurensing og støy gjorde sitt til at folk søkte ut av byen og etablerte nye boområder på landet noe som spiste opp landbruks- og friområder. Folk pendlet til jobb i byen og bodde i utkanten. Den økte biltrafikken førte til et nytt støy- og forurensingsproblem noe som resulterte i et fokus på klima og miljø. FN's hovedforsamling vedtok at det opprettes en kommisjon som skulle arbeide med miljøperspektivet for år 2000 og videre. Kommisjonen ble ledet av Gro Harlem Brundtland og går under navnet "Brundtlandkommisjonen". Kommisjonen satte søkelyset på klima og bærekraft og oppfordret blant annet til mindre bruk av fossilt brensel, noe som igjen har ført til at fortettingstemaet er brakt på bane (Verdens helseorganisasjon (WHO) 1987, Akershus fylkeskommune). Fra å legge bebyggelsen rundt fabrikkene til å ønske å bo landlig med behov for forflytning med bil er vi nå tilbake igjen til å flytte og bo ved "fabrikken".

#### 3.3.2 Kompakt byutvikling og fortetting rundt knutepunkter i dag

Selv om bærekraftig utvikling hadde vært diskutert fra tidlig på 1970 tallet (Borowy, 2013) er det Brundtlandkommisjonens rapport fra 1987 som setter bærekraftig utvikling på programmet for alvor (WCED, 1987). Begrepet "the compact city" har sine røtter tilbake til 1990- tallet, og målet med den kompakte byutviklingen var å skape bærekraftige byer som

ivaretok denne generasjons behov og sikret kommende generasjoner mulighet til å få dekket sine behov, (Hansen, Hofstad & Saglie, 2015)

I Norge er bærekraftig utvikling forankret i kommuneloven, formålet med loven er å legge til rette for effektiv forvaltning innenfor ”...*rammene av det nasjonale fellesskap og med sikte på en bærekraftig utvikling.*” (Kommuneloven, 1993). Kommunene kan planlegge for lokale forhold og interesser, men det skal ikke gå på bekostning av regionale og nasjonale interesser. Staten har ansvar for å utarbeide forventninger til regional og kommunal planlegging og dette er føringer for hvordan regionale og kommunale planleggingsprosesser foregår. Det regionale ansvaret for å utarbeide planer etter en regional planstrategi tilligger fylkeskommunen og har igjen betydning for hvordan de kommunale planleggingsprosessene foregår. Dette er viktig med tanke på knutepunktutbygging (PBL, 2008).

I PBL kapittel 6 finnes bestemmelsene om statlige planretningslinjer og planvedtak (PBL, 2008). I §6-1 står det blant annet at det hvert fjerde år skal utarbeides et dokument som beskriver nasjonale forventninger i regional og kommunal planlegging. I 2015 vedtok nåværende regjering de nasjonale forventningene for inneværende periode (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015). Disse forventningene har et eget kapittel om attraktive og klimavennlige by- og tettstedsområder.

En økende befolkning gir utfordringer for blant annet trafikkavvikling, helse og miljø. Tanken er at å samle bolig, fritidsaktiviteter og arbeid i knutepunkter vil ha en positiv effekt på alle disse faktorene og samtidig gir det en unik mulighet til å skape nye og gode løsninger for by- og næringsutvikling (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015). Begrepet sosial bærekraft går igjen i flere forskningsartikler knyttet til byutvikling og det finnes flere definisjoner av begrepet (Bramley & Power, 2009, Dempsey, Bramley, Power & Brown, 2009) I en studie fra 2009 sammenfattes disse definisjonene og hovedvekten legges på to områder nemlig sosial rettferdighet og bærekraft for lokalsamfunnet (Bramley, Dempsey, Power, Brown, & Watkins, 2009 s.).

Sosial rettferdighet er et mål på tilgangen til

- Viktige lokale tjenester som butikker, skoler og helsesentre

- Fritidsaktiviteter og åpne plasser
- Offentlig kommunikasjon
- Arbeidsmuligheter
- Rimelige boliger

#### Samfunnets bærekraft

- Stolthet over og tilknytning til nabolaget
- Sosialt samspill innen nabolaget
- Sikkerhet med tanke på kriminalitet og antisosial oppførsel
- Opplevd kvalitet av nærmiljøet
- Tilfredshet med hjemmet
- Stabilitet med tanke på botid og flytting
- Deltakelse i kollektive grupper og samfunnsutvikling

(Bramley, Dempsey, Power, Brown, & Watkins, 2009 s. 2126).

I en studie har Bramley og Power (2009) undersøkt sammenhengen mellom innbyggertetthet og boligtype med tanke på sosial bærekraft. De fant at tettheten i byutvikling potensielt kan ha innvirkning på alle målområdene som inngår i definisjonen av sosial bærekraft (Bramley & Power, 2009). I en litteraturstudie hvor de ser på sammenhengen mellom fortetting og folkehelse finner Millstein og Hofstad (2017) at effekten av fortetting på sosial ulikhet ikke er vektlagt i stor grad, men de finner tegn som tyder på at fortetting kan føre til økte priser og dermed utelukke de med lav sosioøkonomisk status fra kjøpergruppen. Fysisk aktivitet øker ikke på grunn av fortettingen, men det finnes muligheter i planleggingen som kan legge til rette for det (Millstein & Hofstad, 2017). Effekten på psykisk helse er usikker, men en studie som undersøker selvopplevd helse viser opplevd utrygghet og støyplager i tillegg til en følelse av trangbodddhet, i meningen for tett til naboen, som negative faktorer (Millstein & Hofstad, 2017).

Regjeringen ønsker et tett samarbeid med fylkeskommuner og kommuner for å oppnå gode og velfungerende byer og tettsteder for befolkningen og næringslivet på disse stedene, og det understrekes at god planlegging er viktig for å få til dette: ”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). Bramley & al (2009) hevder at et byområde er bærekraftig hvis innbyggerne opplever det som funksjonelt med tanke på at det skal være et sted hvor det er mulig å bo, arbeide og tilbringe tid sammen (Bramley & al, 2009).

§3-4 i plan- og bygningsloven fastslår at fylkestinget er regional planmyndighet. Kapittel 8 i samme lov beskriver kravene som stilles til regional planmyndighet. I § 8-1 finnes bestemmelser om utarbeiding av regionale planer og i §8-2 heter det at regional plan skal legges til grunn for blant annet kommunal planlegging (PBL, 2008).

I desember 2015 vedtok Oslo kommune og Akershus fylkeskommune Regional plan for areal og transport i Oslo og Akershus (Akershus fylkeskommune, 2015).

Hovedmålet i planen er:

Osloregionen skal være en konkurransedyktig og bærekraftig region i Europa

Utbyggingsmønsteret skal være arealeffektivt basert på prinsipper om flerkjernet utvikling og bevaring av overordnet grønnstruktur

Transportsystemet skal på en rasjonell måte knytte den flerkjernet regionen sammen, til resten av landet og til utlandet. Transportsystemet skal være effektivt, miljøvennlig, med tilgjengelighet for alle og med lavest mulig behov for biltransport

Figur 2 Hovedmål regional areal- og transportplan Kilde: Akershus fylkeskommune, 2015

Av underordnede mål kan nevnes:” Byer og tettsteder i Oslo og Akershus utvikles med kvalitet og innhold, ved at økonomisk, sosial, fysisk og kulturell utvikling sees i sammenheng.” (Akershus fylkeskommune, 2015, s.9).

Det forventes en kraftig befolkningsvekst i Oslo og Akershus, og som følge av det vil det være økende behov for boliger, arbeidsplasser og bedre infrastruktur. Planen legger opp til en utvikling i prioriterte vekstområder knyttet til knutepunkter med gode offentlige transportmuligheter. Å konsentrere utbyggingen vil i følge planen gi mer levende bysamfunn, og å ha gode handels-, service og kollektivtilbud vil gi grunnlag for mindre bruk av bil. Et levende sentrum med gode bomiljøer vil være attraktivt og kunne gi en befolkning med variasjon og mangfold (Akershus fylkeskommune, 2015). Nærhet til offentlig

kommunikasjon øker tilfredsheten med et bosamfunn. Både nærhet og frekvens i transporttilbudet er viktige faktorer for trivsel, og fortetting vil gi bedre tilgang til offentlige og lokale tjenester, men det forverrer naboforhold (Bramley & Power, 2009). De konkluderer med at med tanke på effekten på sosial rettferdighet og samfunnets bærekraft går resultatene i motsatt retning av hverandre. Som følge av dette må politikerne gjøre en avveining mellom forskjellige sosiale mål og i tillegg også veie sosiale-, økonomiske- og miljømessige hensyn opp mot hverandre (Bramley & Power, 2009).

I dag er mye av høykompetansearbeidsplassene konsentrert i Oslo og Akershus vest (Akershus fylkeskommune, 2015). Ved å legge til rette for utvikling av slike arbeidsplasser andre steder i regionen vil det kunne gi bedre utnytting av dagens transporttilbud. Romerike og Follo er områder hvor det er ønskelig med flere høykompetansearbeidsplasser (Akershus fylkeskommune, 2015). Som nevnt tidligere er det ønskelig at veksten i kommunene skal legges til prioriterte områder. Dette er byer eller tettsteder som er vurdert til å ha de beste mulighetene for å utvikle et godt tilbud til befolkningen når det gjelder å tilfredsstille behovene for å kunne utføre daglige gjøremål og fritidsaktiviteter i nærområdet og med mulighet for å sykle eller gå til disse (Akershus fylkeskommune, 2015). Med sin nærhet til Gardermoen har Råholt en attraktiv beliggenhet og bør ha potensiale for å tiltrekke seg høykompetansearbeidsplasser. Kommune arbeider å skape relasjoner til næringslivsinteressenter som kan bidra til å skape nye arbeidsplasser (Eidsvoll kommune, 2017b).

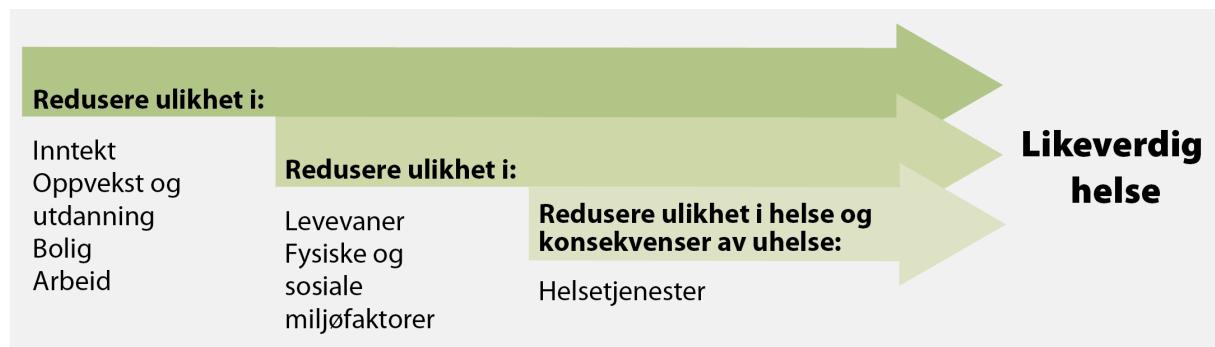
I dette kapittelet har folkehelse, kompakt byutvikling og planlegging blitt beskrevet, både i et historisk og dagsaktuelt perspektiv. Det er etter denne gjennomgangen mulig å se at det har vært en sammenheng mellom folkehelse og byutvikling ihvertfall siden den industrielle revolusjonen. Utviklingen har gått fra tette bysamfunn til spredd bebyggelse og er nå på vei tilbake til tette bysamfunn.

### 3.4 Sosial ulikhet i helse

I Norge i dag lever vi lenge og har generelt god helse, men allikevel ser vi store ulikheter i helse. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Med begrepet sosiale ulikheter i helse menes *”systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier – særlig*

*utdanning, yrke og inntekt.*” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005 s.8) Denne ulikheten er omvendt proporsjonal med sosioøkonomisk status og er en slags ”rangordning” dvs grupper av mennesker rangert etter utdanning, yrke og inntekt, og blir kalt Gradientutfordringen (Dahl, 2001, Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Sosial ulikhet i helse er tilstede i alle aldersgrupper i befolkningen (Dahl, 2001, Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Nedenfor vises en oversikt over hvilke tiltak som må til for å oppnå et mer likeverdig samfunn når det gjelder helse (Folkehelseinstituttet, 2016):



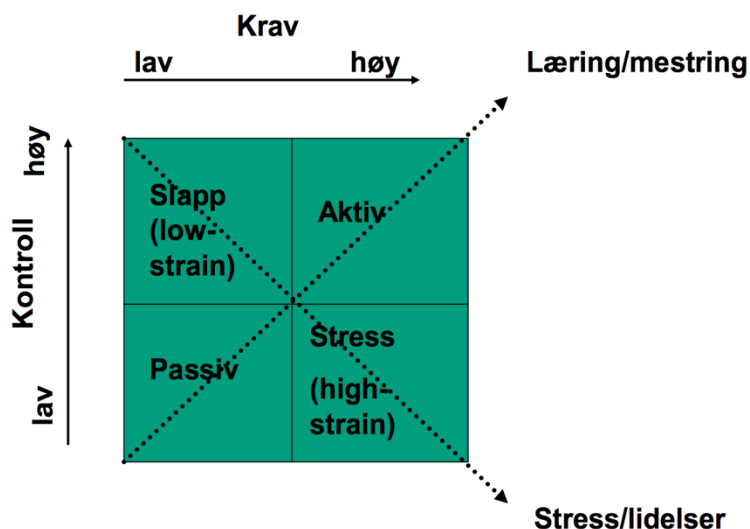
Figur 3 Prosess for å oppnå likeverdig helse Kilde: Folkehelseinstituttet 2016

Målet om å oppnå likeverdig helse skal ikke gå på bekostning av noen grupper i samfunnet. Det er altså ikke snakk om å senke nivået til gjennomsnittsbefolkningen for at de dårligst stilte skal nå gjennomsnittet. Man skal med hensiktsmessige virkemidler sørge for at forskjellene utjevnes, og de med dårligst sosioøkonomisk status når gjennomsnittet (Folkehelseforeningen, 2012).

Sosial ulikhet er et problem sett fra flere perspektiver, men rettferdighetsperspektivet fremstår som det overordnede (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014). Dette begrunnes med at mennesker med lav sosioøkonomisk status ofte har de dårligste boligene, de fysisk mest krevende og dårligst betalte jobbene og de opplever i større grad sykdom og tidlig død (Helsedepartementet, 2003, Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014). Fysisk krevende jobber hvor det stilles store krav til arbeideren med tanke på effektivitet, men hvor arbeidstaker føler liten eller ingen kontroll over arbeidssituasjonen sin kan føre til stress (Karasek & Theorell, 1990). Mangel på sosial støtte både på arbeidsplassen og privat kan forsterke stressnivået (Karasek & Theorell, 1990).



### Krav/kontroll/sosial støtte modellen



Figur 4 Krav, kontroll, sosial støtte Kilde: Karasek & Theorell, 1990

Lavtlønnsyrker er høyt oppe på listen der arbeidstakerne opplever store sprik mellom kravene som blir stilt til arbeideren og kontrollen over egen situasjon i arbeidshverdagen.

Sammenhengen mellom utdanning og yrke vises i figur 5 s. 25. Arbeidstakere med liten kontroll og høye krav er mer utsatt for stress og stressrelaterte sykdommer (NOA, 2013).

Stress er kroppens reaksjon på uspesifikke belastninger (Selye, 1956). Selye betegnes ofte som "stressens far". Reaksjonen på en fysisk eller psykisk belastning kalte han stress, mens faktorer som utløste eller stimulerte til stressreaksjonen er stressor. En definisjon på stress er kroppens økte psykologiske, fysiologiske og atferdsmessige beredskap (Eriksen & Ursin, 2004). Stress er en normal, nødvendig reaksjon som utløses av en stressor. Ved langvarig eksponering for en stressor kan belastning og store påkjenninger som fører til lite fysisk og/eller psykisk hvile ha helsemessig uheldige konsekvenser (Selye, 1956, Ursin & Eriksen 2004).

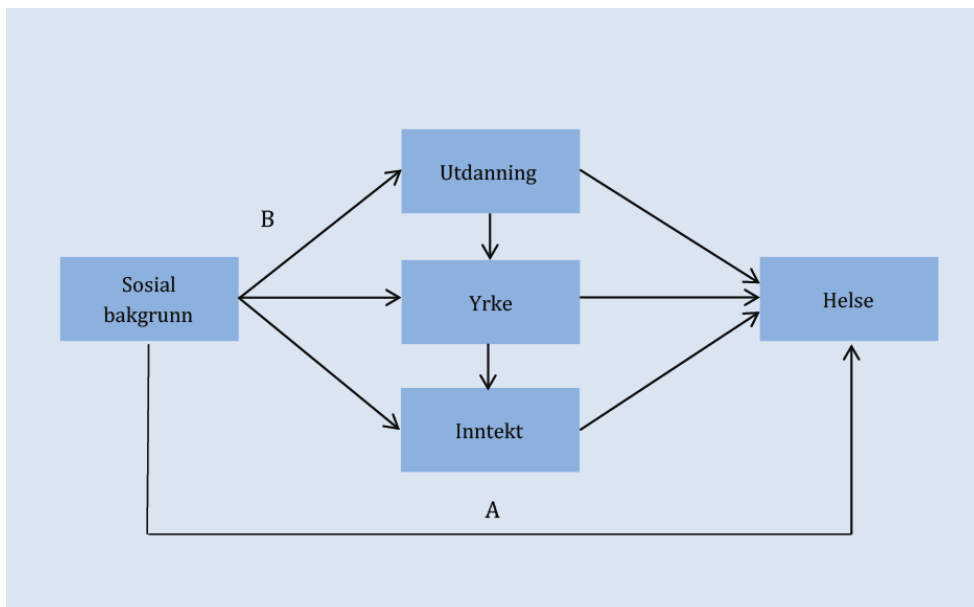
Store krav på arbeidsplassen og liten kontroll og mestring sammen med lite sosial støtte fra venner på jobb og i nærmiljøet kan hver for seg eller samlet være stressorer og de kan ha negativ helsekonsekvens for individet (Eriksen & Ursin, 2004, Karasek & Theorell, 1990). Hvordan stressoren blir tolket har en betydning for konsekvensen av belastningen (Lazarus & Folkman, 1984). Det er en kognitiv prosess som påvirkes av moderatorer. Disse moderatorene kan være opplevd sosial støtte, økt selvtillit, økt mestring og tidligere positive erfaringer med

samme belastninger (Lazarus & Folkman, 1984). Ved å øke moderatorene vil helsekonsekvensene bli mindre (Lazarus & Folkman, 1984).

De mest fremtredende helsemessige konsekvensene av negativ stresspåvirkning er de uspesifikke, selvopplevde plagene. Ved kliniske undersøkelser blir det ikke funnet fysiske årsaker til smertene. Rygg- og nakkeproblemer utgjør en stor del av de uspesifikke plagene (Eriksen & Ursin, 2004, Sosial- og helsedirektoratet, 2007, NAV 2015).

Hormoner som utskilles ved stress innvirker på blodtrykket, et forhøyet blodtrykk over tid utgjør en risiko for å utvikle blant annet hjerte/kar sykdommer. Dårlig immunforsvar kan også være en effekt av hormonpåvirkninger over tid (Sand, Sjaastad, & Haug, 2011).

Sosioøkonomisk status kan måles ut fra forskjellige parametere (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch & Smith, 2006). Utdanning gir et grunnlag for valg av yrke, og inntekten reflekterer valgene som er tatt.



Figur 5 Sammenhengen mellom sosial bakgrunn, utdanning, yrke, inntekt og helse Kilde: Dahl & al (2014:64)

Figuren over viser at den sosiale settingen individet er født inn i kan ha en direkte innflytelse på helsen. De tre parameterne Utdanning, Yrke og Inntekt har hver for seg en effekt på helsen i tillegg til at de påvirker hverandre innbyrdes (Dahl & al, 2014).

En studie fra 2007 viser at ungdommers valg av livsstil i stor grad avhenger av familiebakgrunn (Torsheim, Leversen & Samdal, 2007). Dårlig økonomi har også en betydning for hvilke helserelevante valg som tas både når det gjelder kjøp av sunn mat og hvilke muligheter man har for å delta i fysisk aktivitet (Elstad, 2005).

Verdier og normer i det sosiale miljøet man ferdes i har betydning for helserelevante atferd. I tillegg har strukturelle og miljømessige samfunnsforhold betydning for valgene som tas (Elstad, 2005).

### **Gradientutfordringen**

Sosial ulikhet i helse er et folkehelseproblem. Det er et faktum at jo høyere opp på den sosiale rangstigen man befinner seg, jo bedre helse har man og forventet levetid er lengre (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Det er ikke kun et skille mellom de rikeste og de fattigste, men forskjellen viser seg også mellom de rikeste og nest rikeste, de nest rikeste og de på neste trinn på den sosiale stigen osv. Det er en gradient som går fra de rikeste til de fattigste. Norge er et egalitært samfunn hvor alle i utgangspunktet skal ha de samme rettigheter og muligheter. Det er derfor et rettferdighetsproblem at mennesker som allerede har utfordringer med å få hjulene til å gå rundt i dagliglivet i tillegg skal få de største utfordringene med tanke på helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Studier tyder på at helseplagene øker når den sosioøkonomiske statusen synker. Den relative fattigdommen i befolkningen endrer seg etter bosted slik at en god inntekt i utkantstrøk kan være lav inntekt i bynære områder. Relativ fattigdom er derfor en faktor som bør vektlegges når det gjelder sosial ulikhet i helse og gradientutfordringen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch og Smith, (2006) mener at sosioøkonomisk status defineres som den relative plasseringen en person har i et sosioøkonomisk hierarki. Sosioøkonomisk status er relatert til eksponeringer og ressurser som i stor grad kan påvirke helsen (Sund & Eikemo, 2011, Galobardes et al., 2006).

Som vist over er det en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse. Det er også rimelig å anta at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og kvalitet på bolig (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014). Her i landet er det å ha tak over hodet en viktig forutsetning for å klare seg i hverdagen. I tillegg til å beskytte mot det skiftende klimaet er det å ha en adresse nødvendig for å ha tilgang til velferdstjenestene (Grønningsæter & Nilsen,

2011). Grønningsæter og Nilsen (2011) har gjennomført en litteraturstudie for å se på hvordan sosioøkonomisk status, bolig og helse henger sammen. De ser mange mulige sammenhenger mellom boligforhold og helse, men påpeker at det har vært gjort lite forskning på området. Det området det har blitt forsket endel på er boligforhold og psykisk helse, og her er det flere studier som tyder på at det er sammenheng mellom kvalitet på bolig og psykisk helse. Eid eller leid bolig er også en faktor som spiller inn. (Grønningsæter & Nilsen, 2011). Bartley (2017) hevder på sin side at til tross for få studier kan det synes som om boligkvalitet kan være en årsak til dårlig helse over tid og for tidlig død, men at det ikke ser ut til å være en viktig årsak pr idag (Bartley, 2017). Evans og Kantrowitz (2002) har sett på sammenhengen mellom sosioøkonomisk status, miljøet og helse og funnet at lavinntektsgrupper i større grad bor flere sammen, og kvadratmeter pr. beboer er lav. De fant også at trangboddhet fører til tilbaketrekning fra det sosiale livet utenfor og beboere har mindre sosial støtte enn mennesker som har mer plass rundt seg (Evans & Kantrowitz, 2002). Dårlig boligkvalitet kan oppfattes som en stressor, og som beskrevet tidligere i kapittelet vil langvarig påvirkning av en stressor kunne ha uheldige helsemessige konsekvenser (Selye, 1956, Ursin & Eriksen, 2004).

WHO (2004) oppfordrer nasjonale og lokale myndigheter til å utarbeide strategier og tiltak for å implementere helse i boligpolitikken (WHO, 2004). I Gradientutfordringen (2005) vises det til at boligstandard har betydning for sosiale helseforskjeller, tiltak som gjør boliger tilgjengelig for flere kan ha effekt på helsen og være med på å utjevne de sosiale helseforskjellene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

### 3.5 Medvirkning

Medvirkning kan i et samfunnsvitenskapelig perspektiv sidestilles med deltakerdemokrati, en teori om hvordan demokratiet fungerer best (Hansen, Helgesen og Vabo, 2011). Teorien om deltakerdemokrati hevder det er mulig å påvirke politiske beslutninger gjennom deltakelse, og for at demokratiet skal være best mulig er det ønskelig med deltakelse fra individer på alle samfunnsnivåer og i alle beslutningsprosesser i samfunnet (Hansen, Helgesen og Vabo, 2011).

Kapittelet beskriver medvirkning i ulike kontekster med fokus på medvirkning fra det enkelte individ. Lovverket setter målsettinger for innbyggermedvirkning i kommunens planprosesser

(PBL, 2008). Forskning viser dessuten at sosial integrasjon og mestringsfølelse er viktige faktorer i et folkehelseperspektiv (Kommunal-og moderniseringsdepartementet, 2014). Ved å utforme og gjennomføre medvirkningsprosesser basert på denne kunnskapen kan kommunen lykkes bedre med å gjøre knutepunktutviklingen til et virkemiddel for å utjevne sosiale ulikheter i helse. PBL har bestemmelser om medvirkning og regjeringen har utgitt en veileder til hjelp med tanke på dette (PBL, 2008, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Lokalsamfunnet er viktig for den psykiske helsen, og det å delta og medvirke i samfunnsutvikling og på andre arenaer har en heldig effekt på psyken (Helsedirektoratet, 2017).

Figur 6 viser en oversikt over beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer som påvirker psykisk helse.

<b>BESKYTTELSESFAKTORER OG RISIKOFAKTORER</b>			
	<i>Nivå</i>	<i>Beskyttelsesfaktorer</i>	<i>Risikofaktorer</i>
<b>Miljørelaterte Faktorer</b>	Samfunn	Sosial kapital (samfunn som er preget av gjensidig tillit, sosial støtte og samhold)	Sosial ulikhet Ikke fullført skolegang Arbeidsledighet Marginalisering og dårlig integrering av innvandrere og flyktninger
	Lokalsamfunn Nærmiljø Bomiljø Arbeidsmiljø Barnehage Skole	Sosial integrasjon Mulighet til utfoldelse, bruk av egne evner og kontroll over egen livssituasjon	Ressursfattige lokalsamfunn med lite sosial samhandling Bomiljøer med ustabil befolkning og liten grad av sosial integrasjon Mobbing og andre forhold som øker sosial isolasjon og marginalisering Dårlig læringsmiljø i barnehage og skole Belastende arbeidsmiljø
	Gruppe, sosialt nettverk/ familie, venner, naboer og andre relasjoner	Sosial støtte Aktivering	Sosial isolasjon, lite støttende sosialt nettverk Kroniske belastninger og negative livshendelser, konflikter Overgrep, mishandling
<b>Individrelaterte faktorer</b>		Individuelle mestringsressurser Positive temperamentstrekk	Lav selvfølelse, manglende opplevelse av kontroll over egen livssituasjon og manglende evne til mestring Sårbar personlighet Helsefarlig livsstil Somatisk sykdom og medfødte funksjonshemninger

Figur 6 Faktorer som påvirker psykisk helse Kilde: Helsedirektoratet, 2011

Denne figuren kan kobles opp mot figuren til Dahlgren og Whitehead (1991) fig. 1 side 17. Dahlgren og Whitehead (1991) starter med de faktorene det ikke er mulig å gjøre noe med. Figur 6 starter på det neste nivået som handler om de individuelle livsstilsfaktorer. Her er det viktig å gi individet empowerment gjennom kunnskap og verktøy til å ta ansvar for eget liv og helse. Dette vil føre til mestring (Askheim, 2012). I forrige kapittel ble stress forklart delvis som en belastning relatert til sosial ulikhet i helse. Opplevelse av mestring er en buffer i håndtering av stress (Ursin & Eriksen, 2004) og ved å redusere stressbelastninger vil det frigjøres ressurser til å takle hverdagens belastninger og ta gode helserelaterte valg. Dette kan igjen ha en positiv effekt med tanke på å redusere risikoen for å utvikle stressrelaterte sykdommer som hjerte/karsykdommer, overvekt inkludert fedme og diabetes type 2 (Ursin & Eriksen, 2004).

Det sosiale nettverket er neste nivå i figuren. Den franske sosiologen Durkheim rapporterte for mer enn 100 år siden om en tydelig sammenheng mellom selvmord og mangel på sosial interaksjon med andre mennesker (Durkheim sitert i Schwarzer, Knoll & Rieckmann, 2004 s.159). Forskning har vist at det er en sammenheng mellom dårlig psykisk helse og lavt sosialt engasjement. Samfunnsvitenskapelige studier viser at denne sammenhengen også gjelder andre sykdommer som kreft og hjerte/kar sykdommer, og single er mer utsatt enn gifte/samboere (Schwarzer, Knoll & Rieckmann, 2004). Deltakelse i frivillige organisasjoner, idrettslag og politiske og religiøse organisasjoner kan føre til opplevelse av mestring, gi sosial tilhørighet og utvide det sosiale nettverket, som igjen vil ha positiv effekt på helsen (Helsedirektoratet, 2017).

Medvirkning har også sin plass i samfunnsplanleggingen. I FHL §5c og PBL har medvirkning fått plass både i formålsparagrafen og i § 10-1 2. ledd (FHL, 2012, PBL, 2008). Det finnes ingen krav til medvirkning, men det er utarbeidet en veileder for hvordan det kan legges til rette for medvirkning i plansaker (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Som nevnt i kapittel 2.3 har FHL bestemmelser om at kommunen skal ha en oversikt over helsetilstanden i kommunen. Denne kan skaffes via statistikker, men levekårsundersøkelser som involverer innbyggerne direkte kan gi kunnskap om skjulte faktorer som ikke kommer fram i statistikker. I 2016 var valgdeltakelse en ny indikator i folkehelseprofilen. Valgdeltakelse kan si noe om samfunnsengasjementet i en kommune (Folkehelseinstituttet, 2016 a). Kommunene har i etterkrigstiden hatt en sammenhengende vekst og innbyggerne

nyter godt av kommunens tjenester (Baldersheim & Rose, 2014). Som planmyndighet har kommunen et stort reguleringsansvar overfor innbyggerne, og det er viktig at kommunen fungerer godt til beste for de som bor og lever der. Det er derfor et paradoks at innbyggernes engasjement i valg og politikk er synkende (Baldersheim & Rose, 2014). I utgangspunktet skulle man tro at økende avhengighet vil føre til økende engasjement, men det omvendte er tilfellet (Baldersheim og Rose, 2014).

Lokalsamfunnets betydning for den psykiske helsen er stor, og figur 6 viser at godt fungerende lokalsamfunn med gode barnehager og skoler, et godt nærmiljø, bomiljø og arbeidsmiljø er positivt for den psykiske helsen. Risikofaktorene handler om dårlig samhandling, dårlig bomiljø spesielt med tanke på liten sosial integrasjon, dårlige skoler og barnehager, mobbing og dårlig arbeidsmiljø. Samfunnet som helhet har også innvirkning på psykisk helse og sosial, støtte, tillit og samhold er positive faktorer, mens faktorene som har betydning for sosial ulikhet i helse også utgjør risikofaktorene her (Helsedirektoratet, 2017). For å styrke lokalsamfunnet er det viktig med engasjerte innbyggere. Også her kan man snakke om empowerment (Amdam, 2011). Ved å legge til rette for å involvere innbyggerne i planleggingen av det samfunnet de bor i vil det kunne føre til eierskap til beslutningene, mestring og stolthet over miljøet de bor i. Amdam (2011) hevder at mennesker selv må sørge for å bli ”empowered”, men verktøy for å lykkes kan gis utenfra.

Mulighetene for medvirkning fra forskjellige aktører i planleggingen er en kombinasjon av top-down og bottom-up struktur. Kommunen inviterer til medvirkning og informerer om rammer for oppgavene, deltakerne kommer med ideer og egne erfaringer og sammen skaper de et samfunn som er preget av sosial rettferdighet og bærekraft for lokalsamfunnet (Amdam, 2011, Bramley, Dempsey, Power, Brown, & Watkins, 2009). I et folkehelseperspektiv vil dette være med på å styrke samfunnet, gi innbyggerne stolthet over å ha vært med på å utvikle lokalsamfunnet, føle eierskap til beslutningene og resultatene, noe som igjen bedrer den psykiske helsen og reduserer farene for å utvikle stress og sykdommer knyttet til langvarig stress (Amdam, 2011, Ursin & Eriksen, 2004).

### 3.6 Oppsummering av teorier presentert i kapittel 3.3, 3.4 og 3.5 og presentasjon av translasjonsteori og virusteori

Først i kapittelet gis et sammendrag av teorien om begrepet sosial bærekraft, deretter oppsummeres teorier som dreier seg om sosial ulikhet i helse og til slutt i kapittel 3.6.1 blir teori om medvirkning oppsummert. I kapittel 3.6.2 presenteres to nye teorier som knyttes opp mot diskusjonen av første del av problemstillingen.

#### 3.6.1 Teorier knyttet til fortetting, sosial ulikhet i helse og medvirkning

##### **Fortetting**

Klimahensyn og bærekraftsprinsippet er ideene bak fortetningspolitikken (WHO 1986, Akershus fylkeskommune, 2015). I tillegg til å ha en positiv effekt på klima og helse gir knutepunktutvikling kommunene en unik mulighet til å skape nye og gode løsninger for by- og næringsutvikling (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015).

Sosial bærekraft er et begrep som gis oppmerksomhet i mange forskningsartikler og det finnes mange definisjoner. En oppsummering av disse legger vekt på to hovedområder som er viktig for at bomiljøet skal fungere. Det ene er sosial rettferdighet som sier noe om hvilke tjenester og fysiske faktorer som må være på plass i et samfunn, som for eksempel viktige lokale tjenester som lege, skoler, barnehager, mulighet for fritidsaktiviteter, offentlig kommunikasjon, arbeidsmuligheter og tilgang på rimelige boliger. Det andre hovedområdet er samfunnets bærekraft som beskriver den mer følelsesmessige delen av bomiljøet som stolthet og tilknytning til nabolaget, sosial kontakt med naboer, sikkerhet, kvaliteten på nærmiljøet, deltakelse i aktiviteter og stabilitet og tilfredshet ((Bramley, Dempsey, Power, Brown, & Watkins, 2009).

##### **Sosial ulikhet i helse**

Definisjonen på sosial ulikhet i helse er ”*Systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier – særlig utdanning, yrke og inntekt.*” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005 s.8). Målet for samfunnet er å oppnå likeverdig helse. Dette skal ikke gjøres ved at gjennomsnittet i befolkningen skal gå ned, men ved å sørge for at de dårligst stilte skal nå gjennomsnittet. Gradientutfordringen viser at jo høyere opp på den sosioøkonomiske rangstigen man befinner seg jo bedre er helsen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Sosial ulikhet kan problematiseres fra flere perspektiver, men rettferdighetsprinsippet



er det overordnede (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014). Mennesker med lav sosioøkonomisk status er utsatt for mer påkjenninger i dagliglivet enn de som er bedre stilt. De sosioøkonomisk lavest stilte har de dårligst betalte jobbene, de dårligste boligene og de pådrar seg oftere sykdom og for tidlig død (Dahl, Bergsli & van der Wel 2014). Utdanning, yrke, og inntekt har hver for seg en effekt på helsen, i tillegg til at de påvirker hverandre innbyrdes. Medfødt sosial arv virker direkte inn på helsen, og kan være med på å styre valgene som blir tatt (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014).

### **Medvirkning**

PBL har bestemmelser om medvirkning og det er utarbeidet en veileder for å gi innspill og forslag til mulige medvirkningsarenaer (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Medvirkning kan føre til at innbyggerne føler eierskap til kommunale beslutninger, og engasjerte innbyggere er viktig for lokalsamfunnet (Amdam, 2011).

Lokalsamfunnet er viktig for den psykiske helsen, og deltakelse i frivillige organisasjoner og samfunnsutvikling har positiv effekt på den psykiske helsen (Helsedirektoratet, 2017). Dårlig psykisk helse kan føre til lavt sosialt engasjement, og det sees en tilsvarende sammenheng mellom andre sykdommer og sosialt engasjement (Schwarzer, Knoll & Rieckmann, 2004). I et folkehelseperspektiv kan medvirkning og engasjement bedre den psykiske helsen og redusere farene for å utvikle stress og sykdommer knyttet til stress (Amdam, 2011, Ursin & Eriksen, 2004).

### 3.6.2 Translasjonsteori og virusteori

Det finnes ingen egne teorier knyttet til folkehelsefaget. For å finne egnede teorier er det derfor nødvendig å se til andre fagområder. Det kan settes likhetstegn mellom å definere og å tolke og da dukker spørsmålet om hvordan tolkes eller oversettes folkehelse med tanke på implementering i planprosessen opp. Også organisasjonsteoretikere henter inspirasjon fra andre fagområder og utvikler tilpassede teorier (Røvik, 2007). Tolking har lenge vært assosiert med oversettelse av tekst og tale fra et språk til et annet. På slutten av 1970- tallet ble de første translasjonsstudiene etablert, og fram til dags dato er disse utviklet til å bli et eget tverrvitenskapelig forskningsfelt. I sin presentasjon av utviklingen av de organisasjonsteoretiske oversettelsesteoriene *Translasjonsteorien* og *Virusteorien* bruker Røvik (2007) translasjonsstudiene som referanse for sitt arbeide. Han begrunner det med at

disse studiene ikke egner seg kun for språkoversettelser, men at alle former for praksis eller ideer som er hentet fra en organisasjon og skal implementeres i en annen innebærer en form for oversettelse, og han mener at innsikt og begreper som benyttes i disse translasjonsstudiene har verdi også i organisasjonsteorien. (Røvik, 2007). I et slikt utvidet perspektiv vil folkehelse være en idé som skal implementeres i planprosessen på vei mot en kommunedelplan for Råholt. Translasjonsteorien (Røvik, 2007) er valgt for å kunne vise hvilken betydning oversettelsen av folkehelsebegrepet har for implementeringen av folkehelse i en kommunedelplan.

### **Translasjonsteorien**

Røvik (2007) tok utgangspunkt i to paradigmer i organisasjonsteorien, det modernistiske og det sosialkonstruktivistiske og deres ulike måter å forstå hvordan kunnskap kan overføres mellom ulike kontekster, og han introduserte en mellomvei mellom de to som han kaller pragmatisk institusjonalisme (Røvik, 2007). Den modernistiske tilnærmingen hevder at i formelle organisasjoner er systemligheten stor og systemene er rasjonelle. "Best practice" er rasjonelle metoder for å overføre systemer fra organisasjoner som fungerer godt og implementere det i egen organisasjon hvis det virker formålstjenlig (Røvik, 2007). Den sosialkonstruktivistiske tilnærmingen legger mer vekt på at det er den gode historien som gjør ideer interessante, ikke den rasjonelle nytten. Man føler at ideen er i tråd med normer og forventninger som finnes i omgivelsene, men ideen må vise at den fortjener å prege organisasjonen og blir først implementert når den har modnet og vist seg verdig (Røvik, 2007). Pragmatisk institusjonalisme utfordrer begge disse klassiske tilnærmingene og hevder at det finnes en vei i mellom de to (Røvik, 2007). Klassiske oversettelsesteorier fokuserer på tekster og språk og oversetter disse til andre språk, translasjonsteorien tar utgangspunkt i disse teoriene og anvender de samme prinsippene med tanke på å oversette organisasjonsideer fra en organisasjon til en annen (Røvik, 2007). Denne teorien er nyttig med tanke på å studere hvordan folkehelseforventningene blir oversatt til lokalsamfunnet, og om denne oversettelsen er av en slik kvalitet at folkehelse implementeres i kommunens planprosesser (Røvik, 2007). Viktige elementer i translasjonsteorien er dekontekstualisering, kontekstualisering, oversettelseskompetanse og kvaliteten på oversettelsen (Røvik, 2007). Dekontekstualisering betegner måten praksis oversettes til ideer, noe som skjer over tid og ved hjelp av flere personer. Røvik (2007) snakker i den forbindelse om løsrivelse og pakking, hvor løsrivelse beskriver hvordan praksis blir en idé og tillegges en språklig

konseptualisering. Pakking alminneliggjør ideene, gjør de mindre konseptavhengige og på den måten blir de lettere å overføre (Røvik, 2007).

Kontekstualisering vil si at ideer eller praksiser fra bestemte kontekster blir forsøkt introdusert og tilpasset en ny organisatorisk kontekst (Røvik, 2007). I et folkehelseperspektiv vil dette ha en top-down orientering. Ideen folkehelse er lovpålagt og departementet gir bestemmelser sammen med lovbestemmelser og veiledere for om og hvordan folkehelse kan implementeres i all planlegging.

Top – down orienteringen følger et hierarkisk system. Når ideen er tatt inn i den lokale konteksten må den oversettes og implementeres på et overordnet plan. Folkehelse inngår i alle virksomheter i kommuneorganisasjonen, og en rekontekstualisering er nødvendig for at folkehelse er med i planleggingen i hele organisasjonen (Røvik, 2007).

Det finnes i dag ingen krav til kommunene som sier at de må ha en folkehelsekoordinator eller øremerkede ressurser avsatt til arbeidet med folkehelse. Det er opp til ledelsen i kommunen å sørge for at kravene i FHL blir ivaretatt (Helsedirektoratet, 2013). En betingelse for en vellykket oversettelse av en organisasjonsidé fra en kontekst til en annen er at det finnes gode oversettere (Røvik, 2007). Røvik (2007) stiller spørsmål om hvorvidt vellykket oversettelse kan identifiseres og hva som kjennetegner en god oversettelse og en god oversetter. Han mener blant annet at en slik kompetanse er en viktig faktor med tanke på lykkes i arbeidet med å overføre ideer (Røvik, 2007).

Folkehelse er satt på dagsorden både gjennom lovgivning og i Stortingsmelding, og kommunene er tillagt stort ansvar når det gjelder folkehelse (FHL, 2012, PBL, 2008, Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Kommunene er likevel ikke forpliktet til å følge noen bestemte strategier for å implementere ideer fra statlig hold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010-11, Hofstad, Lid, Schou & Vedeld, 2015).

Departementet henstiller kommunene om å ha en tydelig stillingsbeskrivelse som inneholder arbeidsoppgaver og ansvar når det gjelder folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). For å implementere folkehelseideen er det viktig å vite hvem

oversetteren er (Røvik, 2007). Målet med oversettelsen er å gjøre innholdet i ideen tilgjengelig i den nye konteksten på et språk som de ansatte forstår. Dette medfører at oversetteren må kjenne ideen godt og også forstå konteksten den skal implementeres inn i (Røvik, 2007). I denne studien vil det være en person som kan folkehelsefaget godt, men i tillegg bør kjenne til den kommunale organisasjonen og planhierarkiet. Arthurson, Lawless og Hammet (2016) hevder at for å lykkes med folkehelsearbeidet må man også kjenne til planarbeidet, og de sier videre at det er viktig å søke kunnskapen om planarbeidet innenfra. På den måten vil den aktuelle konteksten bli familiær (Arthurson, Lawless & Hammet, 2016).

### **Virusteorien**

Mens translasjonsteorien setter fokus på hvordan ideer blir oversatt, overført og implementert og hvordan organisasjonen bruker de nye ideene, er virusteoriene utviklet for å se hva som skjer med organisasjonen når de nye ideene forsøkes implementert (Røvik, 2007). Teorien er utviklet på basis av en metafor, viruset, og kunnskap om virus og hvordan de oppfører seg er utgangspunkt for å belyse hvordan ideer kan spres i en organisasjon (Røvik, 2007).

Bruk av metafor som metode er forbundet med muligheter og begrensninger. I tilfeller der man vil undersøke et komplekst fenomen kan det være hensiktsmessig å benytte metaforer. Bruk av metafor kan føre til at man oppdager flere sider ved fenomenet fordi metaforen ofte har et annet sett med begreper enn det som forbindes med fenomenet. Dette gir muligheter for å utforske fenomenet i en annen kontekst enn den naturlige (Røvik, 2007). Bruk av metafor som metode gir grunn til være ekstra påpasselig i analysearbeidet. Det er viktig å huske at metaforen og fenomenet er fra to forskjellige verdener, i dette tilfellet er virus knyttet til biologi og naturvitenskap, mens fenomenet i virusteorien tilhører samfunnsvitenskapen (Røvik, 2007). Virusteorien kan brukes i kombinasjon med translasjonsteorien ved f.eks en tålmodig oversetter som planter en idé og over tid lar ideen utvikle seg ved stadig å vise til den, snakke om den, og forklare den gjennom samtaler, i møter og la den modnes til ideen framstår som kjent av alle (Røvik, 2007).

## 4. “Helse i alt vi gjør”

”Helse i alt vi” gjør er et av de grunnleggende prinsippene FHL bygger på (Regjeringen, 2013) WHO definerte i 1948 helse som *”En tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller fysisk svekkelse”* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Definisjonen beskriver en ny måte å tenke helse på fordi den ikke bare tenker sykdom, men også at hverdagslivet er av betydning. I Ottawa-charteret fra 1986 om helsefremming er en rekke forutsetninger for helse listet opp, og de sier at forbedring i helse er avhengig av:

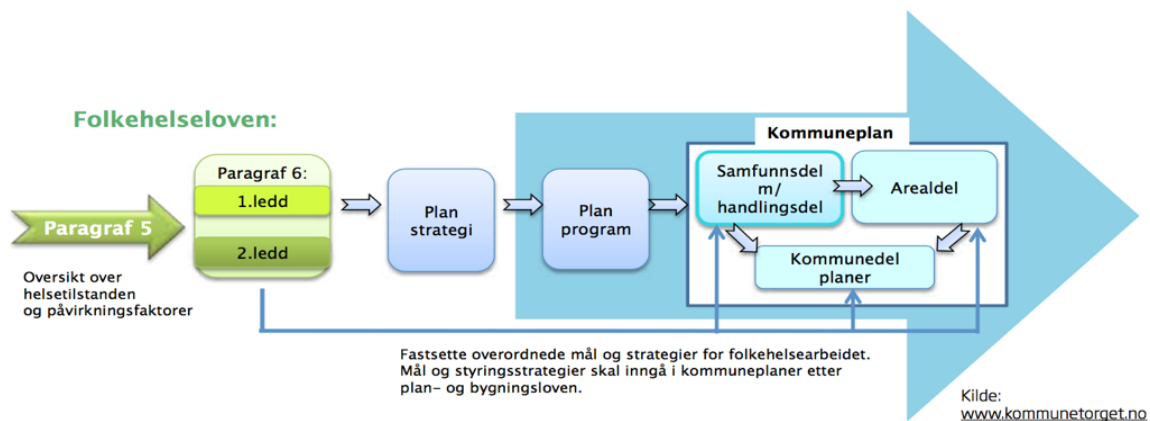
- fred
- bolig
- utdanning
- mat
- inntekt
- et stabilt økosystem
- bærekraftige ressurser
- sosial rettferdighet og likhet

(WHO 1986 s.1).

### 4.1 Koblingen mellom Folkehelseloven og Plan- og bygningsloven.

Kapittelet viser bestemmelser i (FHL) som har konsekvenser for planleggingen i kommunene og koblingen mellom FHL og PBL med tanke på hvilke krav disse setter til planarbeidet i kommunene for å oppnå ”Helse i alt vi gjør”.

I figuren på neste side er denne koblingen illustrert og den tar utgangspunkt i § 5 i FHL som beskriver hvilke krav som stilles overfor kommunen med tanke på folkehelse (FHL, 2012).



Figur 7 Koblingen mellom FHL og PBL Kilde: kommunetorget.no

§4 i FHL slår fast kommunens ansvar for folkehelse og at lokal utvikling og planlegging er viktige satsningsområder. §5 sier at kommunen plikter å ha en oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer, både positive og negative, og det stilles særlige krav til å vie oppmerksomhet til utviklingstrekk som er med på å skape eller opprettholde sosiale forskjeller i helse (FHL, 2012). Oversikten skal være skriftlig og oversiktsdokumentet skal være et grunnlag for kommunens planstrategi, §6 1. ledd. Koblingen mellom FHL og PBL skjer i det oversikten over folkehelsen foreligger og blir presentert for politikerne i kommunestyret.. FHL sier at oversikten skal inngå som grunnlag for planstrategien, mens drøfting av folkehelseutfordringer bør inngå i strategien og viser til PBL § 10-1 (FHL, 2012, PBL, 2008). Selv om ikke drøftingen fremgår av planstrategien sier §6 2.ledd i FHL at overordnede mål og strategier at folkehelse skal utarbeides og inngå i utarbeiding av kommuneplaner etter PBL §11, herunder kommuneplanens- samfunnsdel, -arealdel, kommunedelplaner og temaplaner. Utgangspunkt for disse målene og strategiene er oversikten som fremkommer etter FHL §5 (FHL, 2012, PBL, 2008).

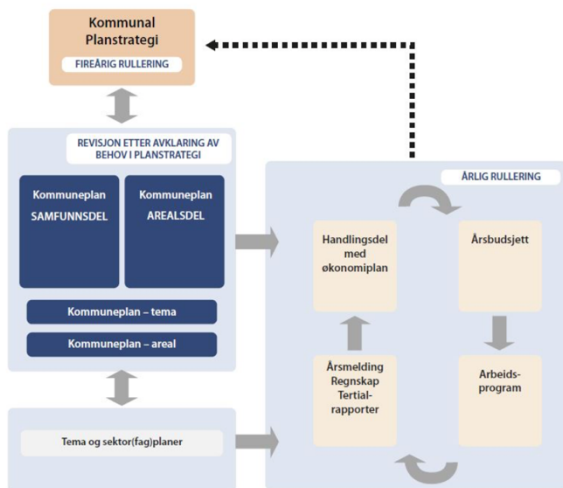
For å ytterligere kunne forstå sammenhengen mellom FHL og PBL og de betydningen det har med tanke på arbeidet med integrering av folkehelsehensyn i knutepunktutbygging i kommunen, vil det kommunale plansystemet og det systematiske folkehelsearbeidet presenteres i de neste to delkapitler.

#### 4.2 Det kommunale plansystemet

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter PBL kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen

står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5 annet ledd.

Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.



Krav om å utarbeide en kommunal planstrategi ble lovfestet med den nye PBL i 2008 (PBL, 2008). Planstrategien skal gi en oversikt og prioritering av hvilke planer som skal behandles i inneværende valgperiode.

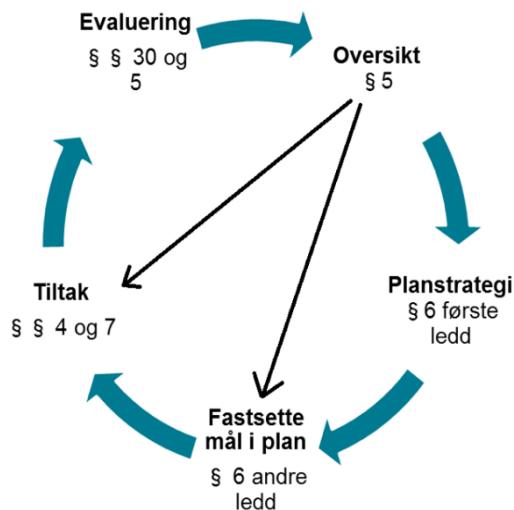
Kommuneplanen er den overordnede planen i kommunen, og den deles i en samfunnsdel som samfunnsutviklingen og en arealdel som er juridisk bindende med tanke på bruk av de arealene planen omfatter (Klima- og miljø-

Figur 8 Oversikt over det kommunale plansystemet (direktoratet, 2017).

Neste trinn i systemet er en kommunedelplan som kan utarbeides som en temaplan eller arealplan. Kommunedelplanen for Råholt er et eksempel på en kommunedelplan som skal utarbeides som en arealplan (Klima- og miljødirektoratet, 2017, Eidsvoll kommune, 2017a). I kapittel tolv i PBL finnes bestemmelser om område- og detaljreguleringsplaner (PBL, 2008). Kommuneplanens arealdel gir føringer for hvorvidt det er nødvendig med områdereguleringsplan. Områderegulering brukes også hvis det er behov for å avklare nærmere bruken av arealene. Kommunen står fritt til å la andre interessenter, både myndigheter og private, utarbeide områdereguleringsplaner. Detaljregulering brukes på samme måte som områderegulering, men de utarbeides med utgangspunkt i kommuneplanens arealdel eller eventuell områdereguleringsplanen (PBL, 2008). Ønske om detaljregulering kan fremmes av alle, men de må oppfylle kravene som er satt i kommuneplanens arealdel eller i områderegulering og utarbeides av sakkyndige (PBL, 2008, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2009). I denne studien vil kommuneplanens samfunns- og arealdel og planforslag til kommunedelplan for Råholt bli omtalt. (Eidsvoll kommune, 2017c).

### 4.3 Det systematiske folkehelsearbeidet

I dette kapittelet vil vi se nærmere på hva koblingen mellom FHL og PBL betyr i det daglige arbeidet med folkehelse i kommunen. I PBL (2008) §1 første ledd står det ”Loven skal fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner.” I samme paragraf 3. ledd heter det videre ”Byggesaksbehandling etter loven skal sikre at tiltak blir i samsvar med lov, forskrift og planvedtak. Det enkelte tiltak skal



Figur 9 Det systematiske folkehelsearbeidet

utføres forsvarlig. Og i 4. ledd er det bestemmelser som ”skal sikre åpenhet, forutsigbarhet og medvirkning for alle berørte interesser og myndigheter. Det skal legges vekt på langsiktige løsninger, og konsekvenser for miljø og samfunn skal beskrives.” (PBL, 2008). I §3 beskrives ”Oppgaver og myndighet i planleggingen.” og i §3-1 f) står det at planer innenfor rammene av §1-1 skal ”Fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, og bidra til å forebygge kriminalitet.” (PBL, 2008).

§5 i FHL sier at det skal foreligge en oversikt over helsetilstanden i kommunen og påvirkningsfaktorene, men det står ikke noe om hvem og på hvilken måte denne oversikten skal utarbeides. I Ot. prp. 90L (2011) som er regjeringens forslag til utarbeiding av ny folkehelselov, bekrefter departementet at det ikke foreslår noen spesifikke lovbestemmelser med tanke på kompetanse i folkehelse utover kravet om å ha kommunelege (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Folkehelseoversikten skal inneholde informasjon om (Helsedirektoratet 2013 s. 19):

- a Befolkningssammensetning
- b Oppvekst- og levekårsforhold
- c Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- d Skader og ulykker
- e Helserelatert atferd
- f Helsetilstand



Problemer som er vanskelige å håndtere beskrives som ”Wicked problems” (Rittel & Webber, 1973). Hofstad (2013 s.18) tar utgangspunkt i Rittel og Webber (1973) og beskriver folkehelse som et ”Wicked Problem” og noe som er:

- Vanskelige å definere
- Vanskelige å lokalisere
- Vanskelige å implementere
- De er kontinuerlige
- De har ingen objektiv riktig løsning

(Hofstad, 2013 s. 18)

Med utgangspunkt i hva folkehelseoversikten skal inneholde synes behovet for et tverrsektorielt samarbeid klart, men også andre aktører kan ha kunnskap og innspill som kan føre til gode løsninger på utfordringene (FHL, 2012, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014).

Ledelsen i kommunen har det overordnede ansvaret for at folkehelseoppgavene blir utført (Kommuneloven, 1993, Helsedirektoratet, 2013). Ifølge en undersøkelse fra 2015 har 76 % av norske kommuner en folkehelsekoordinator, noe som er en økning på 6 % fra 2008 (Hagen, Helgesen, Torp & Fosse). Det er imidlertid store forskjeller i hvor mye tid folkehelsekoordinatorne bruker på folkehelsearbeid og hvor i administrasjonen stillingen er plassert varierer. 22 % av folkehelsekoordinatorne bruker  $\geq 70$  % av arbeidstiden på folkehelsearbeid og 28 % av samtlige har rådmannen som sin nærmeste overordnede. 59 % av folkehelsekoordinatorne deltok i det kommunale planleggingsarbeidet (Hagen, Helgesen, Torp & Fosse). Rapporten indikerer at kommuner som har åpenbare behov og/eller er bevisstgjort gjennom kurs og opplæring satser sterkest på systematisk folkehelsearbeid ved å ansette folkehelsekoordinator på fulltid (Hagen, Helgesen, Torp & Fosse).

I et innspill i forbindelse med utarbeidingen til FHL (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) viser departementet til kommuner som allerede har et godt fungerende folkehelsearbeid. Disse kommunene påpeker viktigheten av å ha en folkehelsearbeider plassert sentralt i administrasjonen, gjerne i rådmannens stab. Departementet vil ikke legge noen føringer for

40

hvor folkehelseoppgavene skal organiseres, men henstiller til kommunene og ha en *”tydelig oppgave- og ansvars plassering”* noe som *”vil motvirke faren for at folkehelseoppgavene faller mellom flere stoler.”* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Bestemmelsene i FHL §6 er beskrevet i kapittel 4.1 under koblingen mellom FHL og PBL

§§ 4 og 7 gjelder tiltak, de skal utarbeides på bakgrunn av kunnskap som har fremkommet i og tiltakene skal knyttes til: Oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt

Prosessen og resultatene skal evalueres for å vurdere videre tiltak eller om det er nødvendig med nye tiltak. I tillegg skal det påses at lovens krav er overholdt §§ 30 og 5 (FHL, 2012).

## 5.0 Metode

Kapittelet redegjør for og begrunner de metodiske valg jeg har gjort for å finne svar på studiens problemstilling. I følge Dalland (2012) er metodedelen en beskrivelse av veien som er gått for å finne svar på det vi undrer på (Dalland, 2012). Problemstillingen er utgangspunktet for arbeidet, og konklusjonen er endepunktet. På veien fra start til slutt er det mange vurderinger og valg som må gjøres. Det første valget er om oppgaven skal løses ved hjelp av kvalitativ eller kvantitativ metode. Denne studien søkes løst med kvalitativ metode og begrunnelse for valget blir beskrevet. Deretter gjennomgås prosessen for innsamling av data som utgjør empirien i oppgaven. Det er viktig å beskrive denne prosessen for å kunne vurdere om empirien har forskningsmessig god kvalitet og om det er mulig å reproducere og eventuelt generalisere resultatene (Kvale og Brinkmann, 2015).

Intervjupersonene er en viktig gruppe i min studie. Fremgangsmåten som ble brukt for å finne aktuelle og relevante intervjuobjekter blir beskrevet og diskutert. Videre beskrives det hvordan intervjuguiden har fremkommet. Gjennomføringen av intervjuene blir beskrevet og transkribering av intervjuene og refleksjon rundt dette blir det redegjort for. Underveis i prosessen ble det tatt beslutninger og gjort forandringer som kan ha hatt betydning for resultatet av forskningen. Disse blir diskutert. Kvalitativ forskning blir kritisert fordi det ikke er lett å generalisere resultatene, noe som belyses mot slutten av kapittelet (Kvale og

Brinkmann, 2015). Metodekapittelet avsluttes med mine refleksjoner over prosessen som ble gjennomført og hvilke beslutninger som var verdifulle og hva som kunne være løst annerledes.

## 5.1 Valg av metode

Metodevalg styres i stor grad av problemstillingen i studien, sammen med teorien og fremskaffelse av empirien som er valgt som innfallsvinkel til å belyse og finne svar på denne problemstillingen (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2016). Den valgte metoden beskriver veien som er gått for å finne fram til relevante metodologiske verktøy som kan benyttes for å få svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene (Dalland, 2012).

Temaet for denne studien er folkehelse og kommuneplanlegging. Jeg vil studere på hvilken måte folkehelse blir forstått av medarbeidere i administrasjonen og av politikere, og hvilken betydning dette kan ha for folkehelsefokus ved knutepunktutbygging. For å få den informasjonen jeg trenger må jeg vite hva administrasjonens ansatte og politikerne tenker om temaet, og det finner jeg best ut ved å intervjuere personene for å få deres refleksjoner rundt temaet sett fra vedkommendes ståsted. Svarene gis da på grunnlag av intervjuobjektets verdier og egen bakgrunn (Kvale og Brinkmann, 2015).

Tjora (2013) kommer med en interessant betraktning når han sier at hva gjelder kvalitativ forskning er det tradisjon for at det er viktig å begrunne og belyse hvordan denne forskningen er forskjellig fra den kvantitative forskningen. Årsaken kan være at den kvalitative forskningen ble møtt med skepsis og beskyldt for å være subjektiv og at det derfor er viktig å rettferdiggjøre bruken av kvalitative tilnærminger (Tjora, 2013). Når det gjelder subjektivitet og objektivitet mener han at både kvalitative og kvantitative tilnærminger vil kunne være subjektive idet tallmaterialet i en kvantitativ studie vil være det samme og dermed objektivt, men tolkningen av resultatene er avhengig av forskerens valg av teori blant annet. Han viser også til at tallmaterialet kan være subjektivt i den forstand at hvis deltakerne i en studie blir bedt om å tallfeste noe på en skala fra 1-10 så er dette en subjektiv vurdering fra informantens side og kan sammenlignes med et intervju hvor informanten ber om sin subjektive opplevelse og forståelse av et fenomen. Valget mellom kvalitativ og kvantitativ metode blir bestemt av om man ønsker å innsikt og forståelse av et fenomen, noe som kjennetegner en kvalitativ

metode, eller oversikt og forklaring som kjennetegner den kvantitative metoden (Tjora, 2013). I denne studien ønsker jeg innsikt og forståelse om et tema og det er derfor den kvalitative metoden som er hensiktsmessig.

De kvalitative strategiene for innsamling av empiri kan være intervjuer, observasjoner, dokumentanalyse og diskursanalyser (Johannesen, Tuft & Christoffersen, 2016). Denne studien er en casestudie av fortettingsprosjekt på Råholt i Eidsvoll kommune hvor fokuset rettes spesielt mot hvilken måte folkehelse har en plass i planleggingsarbeidet med fortetting og sentrumsutbygging. I vårt tilfelle er det fortettingen og folkehelseproblematikken i kommunen som utgjør case og vil være gjenstand for grundig og dyptgående forskning. En definisjon av casestudie er nettopp at det gir mulighet for inngående kjennskap til og analyse av fenomener på et område (Tjora, 2013).

For å få et perspektiv på casestudien av Eidsvoll kommune blir Fredrikstad kommune brukt som en kontrasterende case. Kontrasterende case defineres her som motstykke eller motpol. Fredrikstad kommune har vært proaktive med tanke på folkehelse og det er spesielt prosessen rundt forankring av folkehelse i administrasjonen og hos politikerne som vil ha et særskilt fokus.

### 5.1.1 Bruk av case som en metodisk strategi

Når er det fornuftig å bruke en casestudie? Det finnes fire kriterier som sammen eller hver for seg kan gi grunn for å reflektere om når det er hensiktsmessig å bruke case som design i forskningsarbeidet:

- a) Case er relevant når du ønsker svar på hvordan eller hvorfor spørsmål,
- b) Case er også hensiktsmessig når du ikke kan påvirke eller manipulere væremåten til menneskene som er deltakere i studien,
- c) Videre sier Yin at en grunn for å velge casestudie er om man ønsker å dekke kontekstuelle forhold fordi de er relevante for det fenomenet som studeres,
- d) Det fjerde kriteriet hvor det er hensiktsmessig å bruke case er hvis det ikke klare grenser mellom fenomenet og omgivelsene.

(Yin, 2014)

Studiens problemstilling stiller et hvordan-spørsmål fordi jeg ønsker å forstå hvilke konsekvenser definisjonen av folkehelsebegrepet har for implementeringen av folkehelse i planprosessen, og basert på Yin's kriterier tilfredsstiller det bruk av case. Neste spørsmål blir å finne ut hva er casen i min oppgave? Ved studiens start var Råholt og planlegging av fortetting rundt trafikk knutepunkter der min case, og jeg ønsket å se hvilken plass folkehelse har i denne planleggingen. Etter å ha blitt introdusert til Yin's kriterier ser jeg at det finnes en annen mulighet, nemlig å bruke fenomenet folkehelse som case og Råholt og planlegging av knutepunktutbygging som kontekstuelle forhold som er relevante for fenomenet som studeres. Jeg holder likevel fast ved mitt valg om å bruke Råholt som case fordi problemstillingen stiller spørsmål om hvordan folkehelse blir definert og implementert i en planleggingsprosess. Jeg er avhengig av å gå inn i tidligere planer og dokumenter og politiske programmer for å finne ut om og i hvilken grad folkehelse er et tema i kommunen. Fortetting rundt knutepunkter og refleksjoner rundt det temaet er også av betydning for oppgaven. Hvorvidt funnene i studien er generaliserbar til andre kommuner blir drøftet senere i oppgaven. Case kan brukes for å frembringe inngående kunnskap om den eller de objektene som studeres (Tjora, 2013). Avgrensning av studien kan være en utfordring i kvalitativ forskning. Ved å bruke en case har man allerede gjort en avgrensning, i dette tilfellet ved å fokusere på hvilken måte folkehelsemål- og utfordringer integreres og hvilken innvirkning dette får på utviklingen av Råholt som knutepunkt og sentrum i Eidsvoll kommune.

En casestudie gir muligheter til å foreta både kvalitative og kvantitative studier, og flere datainnsamlingsmetoder er relevante (Tjora, 2013). Empirigrunnlaget har fremkommet ved en kombinasjon av semistrukturerte intervjuer og studier av eksisterende dokumenter om planlegging og folkehelse og de politiske partienes valgprogram ved siste kommunevalg. I tillegg til intervjuer og dokumentanalyser gir casestudier mulighet for direkte observasjon (Yin, 2014). Parallelt med denne studien ble det utarbeidet et kunnskapsgrunnlag om folkehelse i kommunen som ble behandlet første gang i formannskapet i februar 2017. Det ga en unik mulighet til å observere politikernes syn på folkehelse og folkehelseutfordringene i kommunen.

### 5.1.1 Hva er casen en case av?

Er det mulig å overføre resultatene fra en casestudie til andre case, eller er resultatene først og fremst av lokal interesse? I denne delen av studien blir det redegjort for hva denne casen er en case av. De tidlige casestudiene fokuserte ofte på en person og dennes livshistorie, men nå brukes også casestudier til blant annet å studere lokalsamfunn (Yin, 2014). Det er fortetting rundt Eidsvoll Verk stasjon og sentrum på Råholt og folkehelseutfordringer i den forbindelse som er case i denne studien. Råholt ligger i Eidsvoll kommune derfor bygger mye av empirien på dokumenter som gjelder hele kommunen. Lokalsamfunnet Råholt har ca 12.000 innbyggere. Det forventes kraftig befolkningsvekst på Råholt og planlegging er i gang med tanke på å møte denne utfordringen både når det gjelder boligbehov og folkehelsehensyn. Eidsvoll kommune har en 10 % stilling avsatt til folkehelsearbeid lokalisert i helsevirksomheten.

### 5.1.2 Fredrikstad en kontrasterende case

Fredrikstad kommune har mange av de samme utfordringene med tanke på folkehelse som Eidsvoll (Folkehelseinstituttet, 2016 b, 2017 a). Forskjellen mellom kommunene er at Fredrikstad har forholdt seg aktivt og veldig bevisst til arbeidet med folkehelse i mange år. Kommunen har hatt folkehelsekoordinator i full stilling siden årtusenskiftet og de har siden 2014 hatt en kommunedelplan for folkehelse. Folkehelse er forankret i alle ledd i kommuneadministrasjonen og også i alle politiske styrer og utvalg (Fredrikstad kommune, 2017). Kommunespeilet er Kommunenes Sentralforbunds magasin som forteller de gode historiene om det som skjer rundt i kommunene (KS, 2017). I desemberutgaven 2016 ble folkehelsearbeidet i Fredrikstad beskrevet som en av de gode historiene (Slettevold, 2016).

For å få et innblikk i hvordan Fredrikstad har gått fram for å få en struktur og systematikk på sitt folkehelsearbeid ble folkehelsekoordinatoren i kommunen forespurt om å delta på intervju, noe han svarte ja til. Intervjuet ble gjennomført etter alle intervjuene med ansatte i administrasjonen i Eidsvoll, og ble derfor en samtale mer enn et intervju rundt prosessen som førte til at Fredrikstad har en kommunedelplan for folkehelse og at folkehelse er sterkt forankret både i administrasjonen og i politiske styrer og utvalg. Hvordan kunnskapen om folkehelse og definisjonen av begrepet blir brukt for å implementere folkehelse når det gjelder kompakt byutvikling ble også diskutert.

## 5.2 Innsamling og oppbevaring av data.

På Eidsvoll kommunes hjemmesider finnes politiske strategier og kommunale planer som utgjør en del av dataene brukt i studien (Eidsvoll kommune, 2017). Dokumentene ble lest og analysert med tanke på å finne ut hvordan og om folkehelse har vært og er et tema i planprosessen. De politiske partienes programmer ved kommunevalget 2015 ble gjennomgått og analysert med samme utgangspunkt. Noen programmer ligger fremdeles ute på de ulike partienes hjemmesider og er hentet derfra mens de resterende programmene er hentet enten fra partienes facebooksider eller ved direkte kontakt med partiadministrasjonen på mail. Semistrukturerte intervjuer utgjør en stor del av empirigrunnet i studien. Det er utarbeidet en intervjuguide med aktuelle spørsmål (Vedlegg 2). Datamaterialet blir lagret på pc som er låst med kode og innelåst når den ikke er i bruk. Intervjuene er transkribert og oppbevares i papirform og på datamaskin. Personopplysninger vil ikke bli oppbevart sammen med disse dokumentene. Lydopptak av intervjuene er lagret i passordbeskyttet mappe på pc, mens noen opptak er oppbevart på mobiltelefon med kode. Navn og stilling blir ikke nevnt i opptakene og intervjuene kan ikke tilbakeføres til personer. Alle data blir slettet når sensur er avholdt og klagefristen er utløpt, senest oktober 2017. Fremgangsmåten er godkjent av NSD, Norsk senter for forskningsdata (Vedlegg 5).

## 5.3 Dokumentanalyse

De fleste forskningsprosjekter vil ha tilgjengelige dokumenter som kan gi god informasjon og kjennskap til objektet som studeres (Tjora, 2013). I kapittel 1 ble det systematiske folkehelsearbeidet og plansystemet i kommunene beskrevet. Strategier og planer for folkehelsearbeidet skal utarbeides av kommunen og disse planene bør inngå i kommuneplanen (FHL, 2012, PBL 2008). Analyse av de lovfestede dokumentene som finnes i kommunen kan gi kunnskap om og i hvilken grad folkehelse er et tema i planleggingen. Det dreier seg altså ikke om noe forskeren har produsert selv, men data som kan gi forskeren informasjon som er viktig med tanke på de fenomenene som studeres (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016). Dokumentene som analyseres i studien er tilgjengelige fra hjemmesidene til Eidsvoll kommune. (Eidsvoll kommune, 2017c).

I tillegg til de kommunale dokumentene blir partiprogrammene til de fleste partiene som stilte

til valg ved kommunevalget 2015 inkludert. Disse blir analysert med tanke på å se hvilket fokus partiene har på folkehelse. Programmene som presenteres i forbindelse med et valg er ment å gi en oppsummering av de viktigste sakene partiet står for i den hensikt å skaffe velgere. Statistikken viser at 7 % av befolkningen er medlem av et politisk parti, og kun 3 % er aktive i politisk arbeid (SSB, 2014). Mer utdypende program finnes tilgjengelig på partienes hjemmesider. Jeg mener allikevel at ved å se på programmene som kommer ut til velgerne vil man få god kunnskap om de temaene partiet fokuserer på, og spesielt om de har noen synspunkter på folkehelse og utbygging i knutepunktområdene i kommunen.

Oversikt over de kommunale dokumentene som er med i dokumentanalysen:

Type dokument	I referanselisten
Planprogram for kommunedelplan Råholt	Eidsvoll kommune, 2017a
Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer	Eidsvoll kommune, 2017d
Folkehelsestrategi "Helse i alt vi gjør"	Eidsvoll kommune, 2017e
Kommuneplanens samfunnsdel	Eidsvoll kommune, 2017f
Kommuneplanens arealdel	Eidsvoll kommune, 2017g
Konsekvensutredning og ROS-analyse til	Eidsvoll kommune, 2017h
Forslag planstrategi 2016-2019	Eidsvoll kommune, 2017i

*Tabell 1 Oversikt over kommunale dokumenter som er med i dokumentanalysen*

#### 5.4 Det kvalitative forskningsintervjuet

Med denne studien ønsker jeg å få kunnskap om hva de ansatte i administrasjonen i Eidsvoll kommune og politikere i kommunens styrer og utvalg legger i begrepet folkehelse og hva dette kan bety for forankringen av folkehelse når det planlegges nye utbygginger i kommunen. Det kvalitative forskningsintervjuet har som formål å få en forståelse av intervjupersonens oppfatning av et fenomen med grunnlag i personens egen betraktningssmåte, og i den kvalitative forskningen er det den mest brukte designet (Kvale og Brinkmann, 2015).

I studien er det foretatt semistrukturerte intervjuer. Det semistrukturerte intervjuet gir mulighet for å gå i dybden på enkelte forhåndsdefinerte temaer, det tar utgangspunkt i en



intervjuguide som inneholder temaer som er relevante for å få svar på problemstillingen. Rekkefølgen på spørsmålene kan justeres etterhvert som intervjuet skrider fram, og tilleggsspørsmål og utdypende spørsmål kan stilles underveis (Johannesen, Tufte og Christoffersen, 2016). Ved å bruke semistrukturert intervju er det mulig å justere intervjuguiden underveis slik at uventede refleksjoner fra intervjupersonen kan utdypes og gi ny kunnskap om temaet (Johannesen, Tufte og Christoffersen, 2016).

#### 5.4.1 Intervjuguide

Et semistrukturert intervju tar utgangspunkt i en intervjuguide. En god intervjuguide gir større sannsynlighet for at forskeren får interessant og relevant informasjon fra intervjupersonene (Ryen, 2002). Spørsmålet som dukker opp ved utarbeiding av en intervjuguide er hvor omfattende og detaljert den skal være. Dette gjelder også ved semistrukturerte intervjuer. Det argumenteres både for og imot stor grad av forhåndsstruktur av intervjuene. På den ene siden hevdes det at for stor grad av struktur kan føre til at forskeren går glipp av intervjupersons perspektiv på fenomenet som studeres, på den annen side kan en høy grad av forhåndsstruktur være besparende for senere analyse fordi det kan luke ut data som ikke er relevant for studien (Ryen, 2002).

Med utgangspunkt i problemstillingen ble det valgt ut to hovedtemaer som var viktige og som skulle ha fokus i alle intervjuene, nemlig folkehelse og fortetting rundt knutepunkter, tanker rundt disse temaene ønskes det svar på i problemstillingen og det er naturlig å bygge intervjuguiden rundt disse. Del to av problemstillingen fokuserer på sosial ulikhet i helse, som derfor er et undertema i begge hovedtemaene sammen med medvirkning som er nevnt både i FHL og PBL som et incitament for å lykkes med å bedre folkehelsen og få gode og trivelige bymiljøer med plass til alle (FHL, 2012, PBL, 2008). Spørsmål innenfor de fire temaene ble forandret utfra hvem som ble intervjuet og også med bakgrunn i svar som var gitt av andre i tidligere intervjuer. På den måten var det mulig å få forskjellige nyanser og meninger knyttet til de enkelte temaene. En slik utforming av intervjuguiden med hovedtemaer kan føre til at intervjuet blir en samtale mellom intervjuer og intervjuperson (Thagaard, 2016).

#### 5.4.2 Utvalg og rekruttering

Hjemmesidene til Eidsvoll kommune ble brukt for å finne personer i administrasjonen og

politikere i styrer og utvalg som var relevante for deltakelse i studien. Ledere i aktuelle politiske utvalg ble kontaktet pr. mail og invitert til å delta. Ansatte i kommuneadministrasjonen ble kontaktet på samme måte. Ideelt sett bør man ha nok intervjuer til man oppnår et metningspunkt, det vil si til man ikke får nye opplysninger i nye intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015).

I innledningen og bakgrunnen for oppgaven ble folkehelse beskrevet som et fenomen som inngår i alle virksomheter i kommunen. Ideelt sett bør rådmannen og hans nærmeste medarbeidere og alle virksomhetsledere intervjues. Denne studien har et omfang på 30 studiepoeng. Innsamling av data og skriving av oppgaven foregikk fra november 2015 til mai 2016. Det er derfor en utfordring å nå metningspunktet Kvale og Brinkmann (2015) beskriver, og forklarer det med at metningspunktet er nådd når neste intervju ikke avdekker nye opplysninger (Kvale & Brinkmann, 2015). Det var mulig å intervju nok personer til å få et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å diskutere og reflektere over. Ut fra tidsperspektivet anså jeg det for realistisk å intervju 10 personer fordelt mellom kommunalt ansatte og politikere. Det viste seg å bli en utfordring å få med politikerne. Det er forståelig siden de fleste har full jobb ved siden av de politiske vervene, og deltakelse i møter og utvalg tar mye tid. Ledere og medlemmer av styrer i de politiske partiene som ikke var valgt inn i styrer og utvalg i kommunen ble derfor inkludert i studien. Resultatet av denne rekrutteringen ble seks personer fra administrasjonen og tre politikere. Parallelt med arbeidet med oppgaven var et kunnskapsgrunnlag om folkehelse under utarbeiding. Kunnskapsgrunnlaget ble presentert for politikerne i formannskapsmøtet 28. februar 2017 og jeg benyttet muligheten til å observere reaksjonene på kunnskapsgrunnlaget i dette møtet hvor det ble også rekruttert en ny politiker til å delta i studien. Resultatet etter dette ble at totalt 6 informasjonspersoner fra administrasjonen og 4 politikere ble inkludert i studien.

Et tema som dukket opp i intervjuene var noe jeg har valgt å kalle Eidsvollmentaliteten. Det å flytte til Eidsvoll og bli inkludert i samfunnet framsto som utfordrende. Dette var opplysninger som jeg anså å være viktige for oppgaven og det ble derfor interessant å intervju noen som var innflyttere til bygda for å undersøke dette fenomenet nærmere. Jeg har to bekjente som bor i området rundt Eidsvoll Verk stasjon, disse ble kontaktet og en sa seg villige til svare på spørsmål. Spørsmålene som ble stilt var direkte myntet på temaet

Eidsvollmentaliteten og hvilken effekt den hadde på deres deltakelse i aktiviteter i kommunen (Vedlegg 3). Resultatene av intervjuet er presentert sammen med resultatene av intervjuene med ansatte og politikere under temaene Eidsvollmentaliteten og Medvirkning

Utbyggerne har en viktig rolle i utbyggingen, og det kommer tydelig fram i intervjuene. Det lyktes ikke å komme i kontakt med noen av de aktuelle utbyggerne på Råholt for å få deres innspill og tanker spesielt om hvem de bygger for og om det blir tilrettelagt for en fortetting med muligheter for alle, og hvis ikke hvordan dette kan gjøres? Jeg fikk et intervju med en utbygger som er lokalisert på østlandsområdet og har erfaring med kompakt byutvikling i både Oslo og Akershus. Han ble spurt om sine tanker rundt folkehelse og utbyggeres rolle i (Vedlegg 4) Funnene i intervjuet blir presentert sammen med resultatene av intervjuene med de ansatte og politikerne under temaet Utbyggere.

I tillegg til disse intervjuene ble som nevnt i kapittel 5.1.2 folkehelsekoordinator i Fredrikstad intervjuet for å få innblikk i hvordan Fredrikstad kommune har løst arbeidet med folkehelse og hvordan folkehelse er forankret i kommunens administrasjon og politiske styrer og utvalg med tanke på kompakt byutvikling. Det ble ikke benyttet intervjuguide til dette intervjuet, det interessante for denne studien var å få fakta om hvordan Fredrikstad har jobbet med folkehelse for å få et sammenligningsgrunnlag til casekommunen.

Oversikten over intervjupersonene presenteres skjematisk i tabell 2 på neste side.

Intervjuperson nr.	Rolle	Kommune/Fylke	Betegnelse i resultatdelen
1	Administrasjon	Eidsvoll	IP1A
2	Administrasjon	Eidsvoll	IP2A
3	Administrasjon	Eidsvoll	IP3A
4	Politiker	Eidsvoll	IP4P
5	Administrasjon	Eidsvoll	IP5A
6	Politiker	Eidsvoll	IP6P
7	Administrasjon	Eidsvoll	IP7A
8	Administrasjon	Eidsvoll	IP8A
9	Politiker	Eidsvoll	IP9P
10	Politiker	Eidsvoll	IP10P
11	Folkehelsekoord.	Fredrikstad	IP11F
12	Innbygger	Eidsvoll Verk/Eidsvoll	IP12I
13	Utbygger	Akershus/Oslo	IP13U

Tabell 2 Oversikt over intervjupersoner

Totalt 13 intervjupersoner fordelt på 6 fra administrasjonen i Eidsvoll kommune, 4 politikere fra Eidsvoll, 1 representant for innbyggerne i Eidsvoll verk/Råholt området, 1 folkehelsekoordinator, og en utbygger som har Oslo/Akershus som sitt arbeidsområde.

#### 5.4.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført på intervjupersonenes arbeidsplass eller på steder som var praktiske for intervjupersonen noe som kan være med på å få intervjupersonen til å føle seg trygg og åpne seg for intervjueren (Thagaard, 2016). Personene som ble intervjuet i denne studien er alle høyt utdannet og/eller har lederverv i politiske utvalg og partier og kan defineres som elitepersoner (Kvale og Brinkmann, 2015). Disse personene er vant til å bli intervjuet og for å oppnå respekt og gjensidighet i intervjusituasjonen er det viktig at forskeren har satt seg godt inn i temaet og kjenner til fagspråket som brukes (Kvale og Brinkmann, 2015). Også Thagaard (2016) påpeker betydningen av å skape en god og trygg atmosfære i intervjusituasjonen. Et av temaene i intervjuet er folkehelse som jeg i løpet av bachelorstudiet i Livskvalitet og folkehelse, og masterstudiet i folkehelsevitenskap ved NMBU har fått inngående kunnskaper om. I tillegg har jeg tatt emner i planlegging og kjenner til fagspråket som brukes der. I intervjuene var det viktig å få fram intervjupersonenes syn på folkehelse. Mine kunnskaper om temaet var ikke relevant i den situasjonen, og de ble heller

ikke brukt i intervjuene. Det at jeg skjønte fagspråket i planleggingsprosessen gjorde at jeg oppnådde respekt og gjensidighet hos personene som ble intervjuet.

Intervjuene ble tatt opp på bånd. Dette var intervjupersonene gjort oppmerksomme på i informasjonsskrivet som fulgte med invitasjonen til å delta i intervjuene (Vedlegg 1). Jeg spurte i tillegg om det var greit at intervjuet ble tatt opp før vi startet intervjuet, noe alle samtykket til. Når opptaker blir brukt er det mulig for forskeren å konsentrere seg om intervjuet og intervjupersonen fullt og helt, og detaljer som kroppsspråk og tonefall blir mer fremtredende enn ved å notere under hele intervjuet (Thagaard, 2016). De fleste forskeres store frykt er å miste opptakene på grunn av menneskelig eller teknisk svikt. Jeg hadde testet opptaker både med tanke på opptak og avspilling og var fortrolig med dette. Allikevel ble det første intervjuet ødelagt fordi det ikke lot seg lagre og eneste mulighet for å komme videre var å starte et nytt opptak. Dette gjorde det umulig å finne tilbake til foregående opptak. Jeg tok kontakt med eksperter på opptakeren for å finne en løsning, samtidig skrev jeg ned alt jeg husket fra intervjuet så nøyaktig og detaljert jeg kunne spesielt med tanke på de forhåndsdefinerte temaene, og oversendte det til intervjupersonen for å få verifisert og eventuelt korrigert min oppfatning av svarene som var gitt. Jeg fikk umiddelbart svar tilbake med bekreftelser og korrigeringer av min forståelse av svarene. Det viste seg umulig å finne tilbake opptaket og jeg forholdt meg til de svarene jeg fikk bekreftet i mail. Dette førte til at jeg ikke fikk med alt som intervjupersonen bidro med i intervjuet, men jeg satt igjen med informasjon og kunnskap som var av betydning for studien.

De resterende intervjuene ble foretatt med to opptakere noe som ble godkjent av alle deltakerne. Etter transkribering som jeg beskriver i neste kapittel ble det ene opptaket slettet, det andre ble lastet ned til en egen mappe på passordbeskyttet pc som beskrevet i kapitlet om innsamling og oppbevaring av data.

#### 5.4.4 Transkribering av intervjuene

Ved å transkribere intervjuene blir det muntlige språket oversatt til skriftlig form som gjør informasjonen lettere å systematisere og strukturere slik at det er egnet for analyse (Kvale og Brinkmann, 2015). Jeg valgte å transkribere intervjuene selv. Det var tidkrevende, men vel verdt alle timene som gikk med. Hvis jeg hadde brukt profesjonell hjelp til å transkribere intervjuene hadde jeg gått glipp av mye refleksjon, læring og undring. Intervjuene ble

gjennomført med noen dagers mellomrom slik at jeg rakk å transkribere et intervju før jeg startet på det neste. Dette ga meg muligheten til å korrigere både med selv som intervjuer og spørsmålene i intervjuguiden noe også Kvale og Brinkmann (2015) trekker fram som et pluss ved å transkribere selv.

I transkriberingen valgte jeg å kutte ut fyllord og gjentakelse av ord, men tok med bekreftende ja og mm. Noen informanter ble veldig personlige, og noen ba om at det de sa ikke skulle tas med i referatet. Det har jeg selvfølgelig respektert. Jeg tok ikke med noe av det personlige i transkriberingen, men markerte området i referatet med grønt og noterte hvor langt ut i intervjuet det var slik at jeg kunne gå inn i senere for å sjekke igjen om det var noen vesentlige opplysninger som kunne gi meg innspill til egne refleksjoner rundt temaet.

Ved gjennomgang og transkribering av det første intervjuet ble jeg overrasket over hvor vanskelig det kunne være å skjønne hva intervjupersonen mente. Det som synes helt klart når jeg var i intervjusituasjonen var ikke like klart når jeg hørte det igjen på opptaket. I neste intervju var jeg flinkere til å stille utfyllende spørsmål og å få bekreftelse på at jeg hadde oppfattet uttalelsene riktig (Kvale og Brinkmann, 2015). Det første intervjuet ga meg mange gode og relevante innspill til studien, og disse innspillene brukte jeg i de påfølgende intervjuene.

### 5.5 Passiv eller ikke deltakende observasjon

Parallelt med skriveingen av denne oppgaven ble det utarbeidet et oversiktsdokument over folkehelsen i Eidsvoll kommune (Eidsvoll, 2017d). Dokumentet ble klart og presentert til drøfting i de forskjellige politiske styrer og utvalg i slutten av februar. Formannskapet var første instans hvor det ble presentert. For denne studien var det interessant å være tilstede på møtet som observatør for å se hvilken mottakelse dette dokumentet fikk av politikerne, om det var noen reaksjon i det hele tatt. Formannskapsmøter og andre politiske møter i kommunale styrer og utvalg er åpne for publikum. Såfremt man ikke er involvert i en sak eller invitert for å fremme eller forklare en sak er det kun som passiv tilhører og observatør. I studier som innebærer å forstå en gruppe og deres handlingsmønster anses ”ikke deltakende observasjon” som vanskelig å bruke alene fordi forståelse av et fenomen krever kommunikasjon og samhandling (Fangen, 2010). I denne studien var ikke målet å forstå et fenomen, men å observere reaksjoner på et dokument, i tillegg til å skrive ned eventuelle uttalelser som kom

vedrørende saken. Observasjonen var av betydning for studien og ga innspill til diskusjonsdelen i oppgaven.

## 5.6 Analyse

Her beskrives først hvordan dokumentanalysen ble gjennomført, deretter gjennomgås prosessen som ble fulgt ved analyse av intervjuene og den passive observasjonen.

### 5.6.1 Dokumentanalyse

Styringsdokumenter og planer tilgjengelig fra Eidsvoll kommunes hjemmesider ble lest og analysert med tanke på de fire temaene fra intervjuguiden; folkehelse, fortetting rundt knutepunkter, sosial ulikhet i helse og medvirkning. Oversikt over hvilke dokumenter som er gjennomgått finnes i tabell 1 side 47.

### 5.6.2 Analyse av intervjuene

Til hjelp i analyseprosessen av intervjuene brukte jeg NVivo, et analyseverktøy for kvalitative forskningsprosjekter (QSR International, 2017). Fordelen med å bruke et databasert analyseverktøy er at et utsagn kan kobles mot flere enheter. Ved manuell koding kan dette bety på problemer og føre til kaos og manglende oversikt. Fokus i studien var som nevnt rettet mot allerede forhåndsdefinert hovedtemaer og undertemaer. For å svare på studiens første problemstilling var det vesentlig å fokusere på folkehelse, fortetting rundt knutepunkter og planprosessen, spesielt hvem som medvirker i planprosessen. I del to er sosiale ulikheter i helse temaet.

Intervjuguiden besto av to hovedtemaer med to felles undertemaer. I et fenomenologisk intervju er det vesentlig å få fram det uventede. Det er personens livsverden som er av betydning og temaene vil utpeke seg i analysen ved at man tar utgangspunkt i intervjuene og la disse føre forskeren fram til meninger som ender opp i et tema (Malterud, 2013). I en casestudie som dette er det den instrumentelle casestudien som benyttes (Stake, 2005). Ønsket er å få kunnskap og innsikt i generelle spørsmål. I en slik studie er det ikke et poeng å la intervjuene være utgangspunktet for å definere temaene, slik Malterud (2013) beskriver, fordi i forskeren vet hvilke temaer det ønskes innsikt i. Det vil derfor være hensiktsmessig å ha en pragmatisk tilnærming til intervjuene og knytte disse opp mot de forhåndsdefinerte temaene.

Dette ble gjort og i den prosessen dukket det opp overraskende og uventede utsagn som gjennom meningsfortetting (Malterud, 2013) førte til nye temaer under de forhåndsdefinerte temaene. Dette viser hva intervjupersonene så på som viktig i prosessene rundt folkehelse og fortetting rundt knutepunktene noe som ga et bedre utgangspunkt for diskusjonen som følger senere.

### 5.6.3 Analyse av passiv observasjon

Som nevnt i kapittel 5.5 var hensikten med å være tilstede på formannskapsmøtet å observere reaksjonen blant politikerne på et utarbeidet dokument. I analysen beskriver jeg det jeg observerte og hørte og bruker det videre i diskusjonen.

### 5.7 Ethiske vurderinger

Her beskrives de etiske beslutningene og forutsetningene som er tatt med tanke på å sikre og verne informanter og det materialet som er samlet inn og analysert. Det er viktig at forskeren behandler informantene med respekt og at opplysninger som kommer fram blir brukt til å klargjøre og finne svar på problemstillingen og de underliggende forskningsspørsmålene og på den måten føre til mer kunnskap om fenomenet som studeres (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, (2016). I følge Kvale og Brinkmann (2015) er det fire områder som er viktige å ivareta med tanke på etiske utfordringer i intervjusituasjoner (Kvale og Brinkmann 2015). De fire områdene er:

- 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

Disse punktene skal opplyses om og samtykkeerklæringer skal være underskrevet før intervjuene blir gjennomført.

Kommunen i studien er kjent og det er godkjent av rådmannen. Det vil derfor kunne være mulig å tenke seg til hvilke personer som deltar i studien. Informasjonspersonene er ikke beskrevet i oppgaven utover om de er deltakere som representerer administrasjonen eller om de deltar som politikere. Stilling i kommuneadministrasjonen kommer ikke fram, men i noen



tilfeller kan det bli referert til virksomheten hvor vedkommende hører til. Politikerne blir ikke omtalt med partitilhørighet. Studien inneholder ingen følsomme temaer som beskriver intervjupersonens privatliv. Studien har som formål å kartlegge hva personene legger i begrepet folkehelse og hvilken betydning dette kan ha for å implementere folkehelse i planprosessen med tanke på fortetting rundt knutepunkter. Alle intervjupersonene har fått skriftlig informasjon om hensikten med studien og samtykket til å delta i intervjuene. Sitater som er brukt er sendt til de aktuelle personene for godkjenning og eventuell korrigerings. Oppgaven er godkjent av NSD, norsk senter for forskningsdata (Vedlegg 5)

### 5.8 Validitet, reliabilitet og generalisering

Validering av studien forgår gjennom helse prosessen (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne studien har jeg forsøkt å følge de normene som gjelder for forskning av denne typen, og prosessen er beskrevet så samvittighetsfullt som mulig.

Reliabilitet er et mål på om resultatene vi finner i studien er stabilt ved gjentatte målinger (Kvale & Brinkmann, 2015). I kvalitativ forskning er det mennesker og samfunnsfenomener som studeres, noe som kan gjøre det vanskelig å bedømme forskningens reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2015). Selv om metoden blir utført på samme måte av andre forskere vil det kunne være vanskelig å få intervju med de samme intervjupersonene. Kunnskap om fenomenene vil også kunne ha forandret seg slik at samme intervjuperson ville svare forskjellig på samme spørsmål på grunn av ny kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015). I hele prosessen med å gjennomføre denne studien har det vært viktig å beskrive fremgangsmåten nøyaktig og detaljert, og gjennom det styrke reliabiliteten i oppgaven.

Generalisere i kvalitativ forskning vil si å gjøre resultatene fra et studium allmenngyldig for andre tilsvarende studier (Kvale og Brinkmann, 2015) Studien har fortetting rundt knutepunkt på Råholt som case. Er det mulig å generalisere ut ifra det? En helt sammenlignbar case finnes antakeligvis ikke, men metoden som er brukt er beskrevet så transparent som mulig. Kommunens folkehelseutfordringer er kjent og organisasjon, samt politisk og administrativ forankring er beskrevet. Andre kommuner i tilnærmet samme situasjon vil kunne ha nytte av studien. Studien bruker Fredrikstad som en kontrasterende case. Resultatene støttes av måten det er arbeidet på i Fredrikstad og gir studien styrke.

## 5.9 Metodiske refleksjoner

Det er alltid lett å være etterpåklok. I studien var det kvalitative aspektet viktig og nødvendig for å få fram hva intervjupersonene legger i begrepet folkehelse og hvilken betydning denne forståelsen kan ha på implementering av folkehelse i planprosessen i ny Kommunedelplan for Råholt. Det var viktig å få med både ansatte i administrasjonen og politikere for å få svar på problemstillingen. Utarbeiding av kommunedelplanen blir gjort av de ansatte i administrasjonen på bestilling fra politikerne, og forslag til planprosess og endelig plan skal godkjennes av politikerne. Det var vanskelig å få med politikere, kontakten med dem ble gjort via mail i første omgang og i noen tilfeller etterfulgt av en telefonsamtale. Bortsett fra et positivt svar som førte til et intervju fikk jeg ingen tilbakemeldinger. Jeg ser i ettertid at det kunne vært mulig å møte opp i et styre eller utvalg og presentert oppgaven min der og rekruttert deltakere på den måten.

Intervjuene ga mye kunnskap og empiri som jeg har valgt bort i oppgaven fordi det ville kreve et arbeid som langt overskrider tidsaspektet og rammene for studien.

Kontakt med politikere og de politiske partiene viste seg som nevnt å være vanskelig. Noen av programmene til de politiske partiene ble funnet på Facebook. Jeg reflekterte over om informasjonen jeg hentet derfra var godkjent og til å stole på. I dag er Facebook et av de sosiale mediene som blir foreslått brukt av organisasjoner for å komme i kontakt med potensielle medlemmer, sosiale medier er også foreslått som en plattform for å invitere befolkningen til medvirkning i kommunale saker, jeg anser derfor de opplysningene jeg hentet fra facebook er relevante og trygge å vise til som partiets standpunkt ved valget 2015 med tanke på folkehelse og fortetting i knutepunkter.

## 6.0 Empiriske funn

Denne delen av oppgaven beskriver funnene som ble gjort etter analyse av dokumenter og intervjuer samt observasjon i formannskapsmøtet.

Første del av kapittelet beskriver casekommunen, først i et historisk perspektiv, så hvordan kommunen er i dag og litt om forventet befolkningsvekst. Deretter blir oversiktsdokumentet over helsetilstanden i kommunen gjennomgått, med tanke på å finne utfordringene som er av

relevant for å løse problemstillingene (Eidsvoll kommune, 2017 ).

Funnene i dokumentene som ble analysert, med fokus på folkehelse og knutepunktutbygging følger deretter. Funnene som kom fram ved analyse av intervjuene og observasjonene i formannskapsmøtet blir knyttet til disse fokusområdene.

## 6.1 Beskrivelse av case-kommunen

Eidsvoll er en kommune i vekst og har to områder hvor det foreligger konkrete fortetnings og utbyggingsplaner rundt knutepunkt, hvorav Råholt og området rundt Eidsvoll Verk stasjon er det ene (Akershus fylkeskommune, 2015). Dette avsnittet omfatter et kort tilbakeblikk på kommunes historie, beskrivelse av Eidsvoll kommune i dag, og en gjennomgang av planene for utbygging og fortetting med ekstra fokus på Råholt.

### 6.1.1 Historie

Eidsvoll kommune har en stolt historie. Fra ca år 1000 hadde Eidsivating lagting sitt tingsted på Eidsvoll og i 1814 var kommunen sentrum for riksforsamlingen som hadde i oppdrag å utforme Norges grunnlov (Eidsvoll kommune, 2016). Denne hendelsen var og er av stor betydning for Norge og kommunen kaller seg med stolthet for Grunnlovsbygda (Eidsvoll kommune, 2016). Et av målene Eidsvollsmennene satte seg var å bedre folkehelsen, noe de anså som nødvendig for å bygge et sterkt land (Folkehelseinstituttet, 2015).

Som knutepunkt har Eidsvoll en lang historie. Pilegrimene som valfartet til Nidaros passerte gjennom kommunen (Holmsen, 1950). Den første jernbanestrekningen i Norge gikk mellom Christiania og Eidsvoll og med DS Skibladner i trafikk fra Eidsvoll til Mjøsbyene var Eidsvoll et viktig knutepunkt for frakt av varer og personer, med (Holmsen, 1950, Oplandske Dampskibsselskap, 2016).

Jord- og skogbruk var viktige næringer i kommunen. Etterhvert ble det også et rikt industriområde, med jernverk på Eidsvoll Verk og smaragdgruver på Minnesund (Eidsvoll kommune, 2016). Denne bakgrunnen kan være en medvirkende årsak til at utdanningsnivået ligger relativt lavt på Eidsvoll. Utdanning har ikke vært nødvendig fordi det alltid har vært arbeid å få, noe det også vises til i Folkehelsestrategidokumentet (Eidsvoll kommune, 2017e).

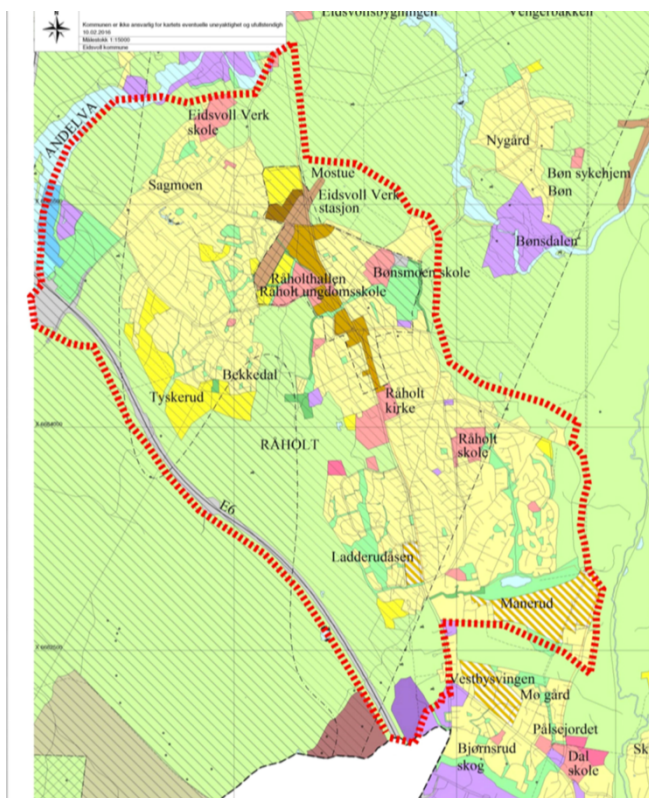
### 6.1.2 Eidsvoll kommune i dag.

Eidsvoll kommune er en vekstkommune. Pr. 3.kvartal 2016 hadde kommunen 24.230 innbyggere, en økning fra året før på 1,8 %. Forventet folketall i 2030 er i overkant av 30.000 innbyggere (Statistisk sentralbyrå, 2016a).

Kommunen strekker seg fra Ullensaker i sør til Østre Toten og Stange i nord. I øst grenser kommunen til Nord-Odal og Nes og i vest går grensen mot Nannestad og Hurdal (Eidsvoll Kommune, 2016). Kommunen er en skog- og jordbrukskommune med noen tettsteder og ellers spredt bebyggelse (Eidsvoll kommune, 2017).

Kommunen ønsker å bygge ut og fortette eksisterende tettstedsområder, i tråd med Nasjonale føringer som legger stor vekt på knutepunktutbygging og fortetting rundt disse (Eidsvoll kommune, 2017f, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015). Regional plan for areal og transport i Oslo og Akershus har pekt ut to områder i Eidsvoll kommune som prioriterte fordi de har gode muligheter for å utvikle levende og attraktive tettsteder, Et av disse områdene er Råholt ved Eidsvoll Verk stasjon. Råholt er det tettstedet i kommunen med størst befolkning, pr desember 2016 bor det 12.682 der (Statistisk sentralbyrå, (2017b). Råholt ligger nær hovedflyplassen på Gardermoen og har gode forbindelser til Oslo. (Eidsvoll kommune, 2017a)

Trondheimsveien deler tettstedet i to med småhusbebyggelse på begge sider. Det er ikke noe definert sentrum, men etablering av et slikt er prioritert og et av formålene med den nye kommunedelplanen (Eidsvoll kommune, 2017a). Rett nord for Råholt kirke ligger det i dag et kjøpesenter, Amfi, og området fra kjøpesenteret til Eidsvoll Verk stasjon er pekt ut som et ønsket sentrumsområde (se kartutsnitt på neste side).



Kilde: Eidsvoll kommune (2017a).

Eidsvoll kommune har en overordnet visjon: ”Trivsel og vekst i grunnlovsbygda” (Eidsvoll kommune, 2017f, s. 5). Og på bakgrunn av denne er det utarbeidet en hovedmålsetting for kommunens arbeid i planperioden:

***Grunnlovsbygda Eidsvoll skal være en attraktiv og god kommune å bo og leve i. I samarbeid med sine innbyggere skal kommunen arbeide for at kulturarv, miljø, naturressurser, arealer og økonomi forvaltes på en måte som sikrer gode levekår for alle, og som sikrer en bærekraftig og framtidsrettet samfunnsutvikling***

(Eidsvoll kommune, 2017f, s. 5)

Kommunen har kommet et stykke på vei mot denne målsettingen. Friluftslivsentusiaster i Eidsvoll har rike muligheter til å dyrke sine interesser. Kommunen har store skoger, sjøer og vann som er tilgjengelig for aktivitet hele året, og finnes det en rekke kultur-og idrettslag og organisasjoner med varierte aktiviteter (Eidsvoll kommune, 2016). I det følgende rettes fokus mot utfordringer Eidsvoll må jobbe videre med.

### 6.1.3 Folkehelse i Eidsvoll

Parallelt med innsamling av data til denne studien arbeidet en gruppe fra administrasjonen med et oversiktsdokument over helsesituasjonen i Eidsvoll (Eidsvoll kommune 2017e) Dokumentet ble presentert i formannskapsmøte 28. februar 2017 og ble tatt positivt i mot av politikerne. Dokumentet gir en god oversikt over tilstanden pr i dag og får fram positive og negative påvirkningsfaktorer i kommunen, og er et godt grunnlag for å presentere folkehelsen i Eidsvoll. Dokumentet bygger på folkehelseprofilen for kommunen fra 2016 og tilgjengelig statistikk fra Akershus fylkeskommune (Folkehelseinstituttet, 2016, Akershus Fylkeskommune, 2016) Arbeidsgruppen har valgt å sammenligne Eidsvoll kommune fortrinnsvis med øvrige kommuner på Øvre Romerike, men der det har vært vanskelig er fylket eller landet for øvrig brukt som sammenligningsgrunnlag (Eidsvoll kommune, 2017e) Beskrivelsen av kommunen ut fra folkehelseprofilen bruker landet for øvrig som grunnlag for sammenligning (Eidsvoll kommune, 2017e)

Folkehelseprofilen utarbeides årlig av folkehelseinstituttet og er et bidrag til kommunene der de kan hente opplysninger om helsetilstanden i kommunen, profilene er utarbeidet med bakgrunn i statistikk fra blant annet Norgeshelse statistikkbank og UngData undersøkelsene. (Folkehelseinstituttet, 2015). Folkehelseprofilene har nye temaer hvert år. I 2016 var temaene Utjevning av sosiale helseforskjeller og valgdeltakelse, og i 2017 var en ny indikator Fortrolig venn (Folkehelseinstituttet, 2016a, 2017a).

Ved kommunevalget og fylkestingsvalget i 2015 var valgdeltakelsen i Eidsvoll på 54% noe som ligger godt under gjennomsnittet for både fylket (Akershus) og landet for øvrig. Sammenlignet med kommunene på Øvre Romerike er valgdeltakelsen lavere enn Gjerdrum og Ullensaker, men ikke signifikant forskjellig fra de resterende tre; Nes, Nannestad og Hurdal. Felles for alle kommunene er en markant nedgang i valgdeltakelsen fra 2011-valget (Eidsvoll kommune, 2017e). Valgdeltakelse kan si noe om engasjement for det som skjer i kommunen og samfunnet for øvrig (Folkehelseinstituttet, 2016), noe som kan ha betydning med tanke på medvirkning i planleggingssaker som vil er beskrevet i kapittel 3.6..

I kommunen er det en mindre andel av befolkningen mellom 30 og 39 år som har videregående utdanning eller høyere sammenlignet med både fylket og landet for øvrig. Utdanningsnivået reflekterer yrkesfordelingen. Eidsvoll har en forholdsvis større andel av

befolkningen ansatt i serviceyrker enn i yrker som krever høyere utdanning. I folkehelseprofilen blir lav inntekt definert som mindre enn 60% av medianinntekten i landet. Eidsvoll scorer høyere enn landsgjennomsnittet på denne faktoren. Sammenlignet med fylket er derimot resultatet signifikant dårligere (Eidsvoll kommune, 2017e). Arbeidsledigheten i kommunen er høyere enn landet og fylket for øvrig, men skiller seg ikke ut fra de andre kommunene på Øvre Romerike (Eidsvoll kommune, 2017e). Når det gjelder uføretrygdene kommer Eidsvoll kommune dårligst ut blant kommunene på Øvre Romerike, 20% mellom 44 og 67 år er uføretrygdet. Dette er også høyere enn fylket og landet forøvrig, og unge uføretrygdene er også høyere med en prosentandel på 2,7. Kommunen har ikke deltatt i UngData undersøkelsene, og det finnes derfor lite eller intet grunnlag for å uttale seg om ungdommenes helse, trivsel og rusbruk (Eidsvoll Kommune, 2017e).

Trivsel på 10. trinn i ungdomsskolen samsvarer med tallene for frafall i videregående; avstanden til fylket forøvrig er høyere enn til gjennomsnitt på landsbasis. Laveste mestringsnivå i regning i 5. klasse er også signifikant forskjellig fra landet forøvrig og forskjellen er enda større sammenlignet med fylket (Eidsvoll kommune, 2017e). Frafall i skolen er ikke entydig forskjellig fra landet som helhet, men det er godt over tallet for Akershus. Oversikt fra fastlegene i kommunen viser at psykiske problemer er en viktig grunn til fastlegen blir kontaktet, og kommunen har en større andel med psykiske utfordringer i aldersgruppen 15-29 år enn landet og fylket forøvrig (Eidsvoll kommune, 2017e). Oversiktsdokumentet viser til at sosiale ulikheter har innvirkning på helse. Det sier også at den hyppigste årsaken for å kontakte fastlegen er muskel og skjelettlidelser (Eidsvoll kommune, 2017e).

Overvekt inkludert fedme ligger over både fylke og landet for øvrig. Heller ikke her er det en signifikant forskjell sammenlignet med hele landet, men andelen er signifikant høyere enn forekomsten i resten av fylket (Eidsvoll kommune, 2017e).

Hjerte- karsykdommer, muskel og skjelettplager og medisinkrevende type 2-diabetes ligger også høyere enn i landet og fylket forøvrig. Selv om røyking, dårlig kosthold og fysisk inaktivitet i seg selv kan føre til disse sykdommene er det viktig å se hvilke årsaker som ligger bak valgene som blir gjort og som fører til at man pådrar seg disse lidelsene (Naidoo & Wills, 2009). Utdanning og oppvekstmiljøet kan være en medvirkende årsak noe jeg kommer tilbake

62

til i diskusjonen.

Når det gjelder tilbud og etterspørsel etter kommunale boliger forteller oversikten at selv om Eidsvoll er den kommunen på Øvre Romerike som har flest kommunale boliger pr 1000 innbyggere er det fremdeles 38 % av søkerne som ikke får bolig. Av det sluttet det at det i kommunen er mange som ikke har muligheter til å komme seg inn på boligmarkedet hverken som eier eller leier (Eidsvoll Kommune, 2017e).

#### 6.1.4 Forankring av folkehelsearbeidet i administrasjonen i Eidsvoll kommune

Det overordnede ansvaret for folkehelsen i kommunen ligger hos rådmannen (Kommuneloven, 2013). Organisasjonskartet til Eidsvoll kommune viser at folkehelse er plassert under virksomheten for Helse og bistand m/koordinerende enhet i Avd. Folkehelse, Fysio- og ergoterapi. Folkehelsekoordinator har en 10 % stilling.

#### 6.2. Resultater av dokumentanalyse, intervjuer og observasjon

Hovedhensikten med denne studien er å undersøke hvorvidt eller på hvilken måte politikere og ansatte i kommuneadministrasjonens forståelse av folkehelsebegrepet har betydning for implementering av folkehelse i planleggingsprosessen ved fortetting rundt knutepunkter. De dokumentene som ble analysert i studien er beskrevet i tabell 1 i kapittel 5, alle tilgjengelige på Eidsvoll kommunes hjemmesider (Eidsvoll kommune, 2017c). I tillegg ble partiprogrammene som de politiske partiene i kommunen gikk til valg på i 2015 analysert. Eksisterende dokumenter har stor betydning med tanke på hvilket kunnskapsgrunnlag som er tilgjengelig for både politikere og ansatte, og intervjuene vil kunne gi et bilde på om dette kunnskapsgrunnlaget er til hjelp i planprosessen med tanke på implementering av folkehelse. Oversikt over intervjupersoner finnes i tabell 2 på side 63.

Resultatene presenteres i to hoveddeler. Den første med fokus på det overordnede systematiske folkehelsearbeidet i Eidsvoll både med tanke på folkehelse- og kommuneplaner. I del to rettes fokuset mot Råholt og prosessene og planene der og hvordan de overordnede målene om folkehelse, medvirkning og utjevning av sosial ulikhet i helse blir løst med tanke på utbygging rundt Eidsvoll Verk stasjon og Råholt sentrum.



## 6.2.1 Overordnet systematisk folkehelsearbeid i Eidsvoll kommune

### **Planer og strategier**

Eidsvoll kommune var tidlig ute med å sette folkehelse på agendaen. Allerede i Kommuneplanens samfunnsdel 2011-2022, vedtatt 6. september 2011 heter det *“Gode folkehelse tiltak gir bedre helse og mindre sykdom og gir gevinster i form av en mer robust og aktiv befolkning, redusert sykefravær og mer overskudd til samfunnsbyggende arbeid”* (Eidsvoll kommune, 2017f, s 12).

Det viser at folkehelse var med i av planene før FHL trådte i kraft. Samhandlingsreformen er utgangspunktet når folkehelse nevnes i planen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, Eidsvoll kommune, 2017f) Hovedmålet for levekårssatsningen i kommunen er : *“Innbyggerne i Eidsvoll skal oppleve god livskvalitet, sosial rettferdighet, og mulighet for utdanning og utvikling.”* (Eidsvoll kommune, 2017f s. 13).

Et delmål for å oppnå hovedmålet er *“Fremme god helse i befolkningen og redusere sosiale helseforskjeller”* (Eidsvoll kommune, 2017f, s 13).

Strategiene for å nå disse målene er å styrke det tverrsektorielle samarbeide i kommunen, i tillegg legges det vekt på å gi innbyggerne kunnskap som gjør dem i stand til å ta vare på egen helse. Tilrettelegging for aktivitet, lekearealer og møteplasser og trygge gang og sykkelveier blir nevnt i strategiene. Kommunen vil jobbe for et trygt oppvekstmiljø med mulighet for å delta i aktiviteter og opplevelser i nærmiljøet for alle.

Kommuneplanens arealdel viser til hovedtrekkene i kommuneplanens samfunnsdel, men nevner ikke folkehelse spesifikt i planen (Eidsvoll kommune, 2017g).

I Konsekvensutredningen og risiko og sårbarhetsanalysen er folkehelse og universell utforming sett i sammenheng og temaet er beskrevet under kapittel 3.2.5 *“Folkehelsearbeid må bygge på at alle samfunnssektorer og forvaltningsnivåer føler et ansvar for å fremme folkehelsen. Folkehelsen og utviklingen av aktive og trygge lokalsamfunn er to sider av samme sak”*. Videre heter det at *“Fysisk aktivitet er et av de mest sentrale virkemidler i folkehelse”* (Eidsvoll kommune, 2017h s. 13).

I juni 2014 vedtok kommunestyret *“Folkehelsestrategi Eidsvoll Kommune”*, som tar

utgangspunkt i den ovenfor nevnte kommuneplanen og skal danne grunnlaget for det videre folkehelsearbeidet i Eidsvoll (Eidsvoll kommune, 2017e).

Folkehelseinstituttets folkehelseprofil for kommunene for 2014 utgjør noe av kunnskapsgrunnlaget som blir brukt i strategien og det overordnede målet for strategien er: *”Folkehelse er implementert i alle områder og kommunen tenker ”Helse i alt vi gjør””* (Eidsvoll kommune, 2017e s.2 ).

I forslag til planstrategi for perioden 2016-2019 heter det *”På bakgrunn av folkehelseutfordringene i Eidsvoll er det et behov for å arbeide systematisk med folkehelse slik at dette integreres i det overordnede plansystemet”* (Eidsvoll kommune, 2017i, s. 18)

Folkehelsestrategidokumentet tar utgangspunkt i folkehelseprofilen for Eidsvoll for 2014 når den beskriver helsetilstanden i Eidsvoll, dokumentet viser til også Dahlgren og Whitehead (1991) figur med oversikt over helsedeterminantene (Eidsvoll kommune, 2017e).

Utfordringene den gang er de samme som vi finner i dag.

Med tanke på positive påvirkningsfaktorer trekkes spesielt rik tilgang på friluftsområder og mange frivillige lag og organisasjoner fram.

Beskrivelsen av de negative påvirkningsfaktorene tar utgangspunkt i at tradisjon er grunnlaget for kultur og holdninger. Eidsvolls historie som et gammelt industri- og arbeidernesamfunn kan være årsak til at kommunen ligger lavere på utdanningsstatistikken og høyere på drop-out fra videregående skole (Eidsvoll kommune, 2017e). Muligheten for å finne billige boliger og den gode offentlige kommunikasjonen nevnes som en mulig negativ påvirkningsfaktor for kommunen fordi det vil gi mulighet for at familier og andre med lav sosioøkonomisk status å etablere seg (Eidsvoll kommune, 2017e).

Med tanke på det systematiske folkehelsearbeidet viser funnene at Eidsvoll kommune i den eksisterende kommuneplans samfunnsdel viser til samhandlingsreformen og dens fokus på mer forebygging og mindre behandling, folkehelsearbeid er fastsatt i plan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, Eidsvoll kommune, 2017f). Målene for kommunen er klart definert, og det nevnes at folkehelse og utvikling av lokalsamfunnet er to sider av samme sak (Eidsvoll kommune, 2017f).

På spørsmål om det foreligger konkrete handlingsplaner og tiltak for folkehelse svarer IP1A *”Det er et problem.”* IP3A sammenfatter det på følgende måte: *”Jeg tenker at en av de største utfordringene er at det er så vidt og altomfattende at det rett og slett kan bli borte, en forutsetter at det er i alt, men det bare smuldrer og det blir ikke noe konkret av det.”*

Og IP9P snakker om forankring og viser til Hurdal kommune som har et klimaperspektiv i alle saker, og sier *”...jeg kunne godt tenke meg å ha alle våre saker i et folkehelseperspektiv. Det å ha det perspektivet, få det i planer, hadde vært kjempebra, for vi har en jobb å gjøre i Eidsvoll.”*

På spørsmål til administrasjonen om det blir gitt tydelige informasjon fra politikerne om hva de ønsker med tanke på folkehelse svarer IP1A *”Det er ofte informasjonen går den andre veien, fra oss til dem.”* Og sier videre *”Noen politikere er mer interessert enn andre, det er ikke alle som har like stort fokus på folkehelse.”*

Både kunnskapsgrunnlag, plan for folkehelse og tiltak var temaer som kom fram i intervjuene. Med tanke på hva som blir lagt i folkehelse teamet viser det seg at de fleste hadde kunnskap om at folkehelse har en plass i alle virksomheter i kommunen. Kunnskapsgrunnlaget for folkehelse har vært et prosjekt som har foregått parallelt med skrivingen av denne oppgaven, og det er nevnt av flere som et grunnlag for hva de legger i begrepet folkehelse, prosjektet nevnes også i planstrategien (Eidsvoll kommune, 2017i). IP3A nevner dette prosjektarbeidet og sier

*”Innholdet, det er dels statistikk som er tilgjengelig, så har vi fått veldig mye hjelp av fylkeskommunen. I tillegg til ansattes betraktninger, erfaringer om hvilke utfordringer de har. Det kan jo fylle ut statistikk da, å gi det noe mer folkelig preg enn bare tall.”*

Erfaring fra politikken gjennom flere år er en måte å tilegne seg kunnskap om folkehelse i kommunen. IP9P sier *”Det er via politikken, pluss informasjon fra aviser og tidsskrifter.”* Dette intervjuet ble foretatt etter at kunnskapsgrunnlaget ble presentert for formannskapet, så personene fortsatte

*”Men jeg syns at det første skrittet nå var å få den rapporten. Det synes jeg var kjempefint, det er noe med å få de faktaene på bordet. Og så må man jo tenke da, hvordan er det vi kan styre utviklingen?”*

Utfordringene med at planarbeidet tar lang tid både med utforming og utarbeiding av

dokumentet og politisk behandling kan føre til utålmodighet hos utbyggerne: IP7A

*”...det er viktig å gjøre det i riktig rekkefølge, men ting tar jo tid ” Og fortsetter ”Så det er ikke alle som syns det er like gøy å vente på kommunen. Nei, utbyggere kan være ivrige sånn sett.”*

## **Folkehelse**

Kommunen er tydelig opptatt av at folkehelseutfordringene i Eidsvoll skaper et ekstra behov for at folkehelse skal implementeres i planarbeidet (Eidsvoll kommune, 2017 i) *”Folkehelse skal være et gjennomgående tema i alle virksomheter”* og videre *”Det er allerede opprettet en administrativ folkehelsegruppe som følger opp dette arbeidet.”* (Eidsvoll kommune, 2017i).

Folkehelsestrategidokumentet sier også at Eidsvoll kommune skal ha fokus på utdanning og arbeidsrettede tiltak for unge, psykisk uhelse skal forebygges i alle deler av befolkningen, og bomiljø er en av faktorene som skal prioriteres med tanke på hva som kan ha negativ effekt på folkehelsen. Virkemidlene som nevnes går i stor grad på fysisk aktivitet og endring av levevaner, men sosiale helseforskjeller nevnes spesifikt ved at det skal gis mulighet for deltakelse i arbeidslivet (Eidsvoll kommune, 2017e).

Parallelt med denne studien har det pågått et arbeide med et nytt oversiktsdokument over folkehelsen i Eidsvoll (Eidsvoll kommune, 2017d). Data fra folkehelseprofilen for Eidsvoll og tilgjengelige statistikker fra fylkeskommunen er brukt som utgangspunkt for dokumentet. Både positive og negative påvirkningsfaktorer er godt beskrevet. Landet som helhet brukes som sammenligningsgrunnlag i oversikten første del, mens den mer detaljerte beskrivelsen også viser til kommunene rundt og fylket for øvrig (Eidsvoll Kommune, 2017d). Dokumentet viser at Planavdelingen har vært sterkt involvert i utarbeiding av det nye kunnskapsgrunnlaget, og på direkte spørsmål fra intervjuer om hvem som har tatt initiativ til å fremskaffe dette grunnlaget er svaret fra IP8A:

*”Det var planavdelingen det. Faktisk.”, og begrunner det med ”.... vi skal revidere kommuneplanens samfunnsdel og arealdel, og vi tenker at det her er kunnskapsgrunnlag og grunnlagsdokumenter for den revisjonen vi skal gjøre. Nettopp for å se på hvilke områder vi bør ha fokus på i forhold til folkehelse.”*

Formannskapet var det første politiske forumet hvor det nye kunnskapsgrunnlaget ble presentert. Dokumentet ble godt mottatt av samtlige tilstedeværende, og det var enighet om at

det er et viktig og nyttig dokument. En etterlyser sammenligningsgrunnlag for å se om trenden går riktig vei, og stiller samtidig spørsmål om hvorfor kommunen ikke deltar i UngData undersøkelsen. Vedkommende uttrykker et sterkt ønske om deltakelse og mener det er helt nødvendig fordi det er flere utfordringer knyttet til ungdomsgruppen.

En annen representant sier: *”Dette dokumentet vil definitivt være grunnlag for både fortetningsstrategien og den nye helse- og omsorgsplanen, for selv om det er folkehelse så er dette et dokument med vesentlig informasjon som treffer helsesituasjonen vi må håndtere der.”* Grunnen til denne uttalelsen var at kunnskapsgrunnlaget var utarbeidet med tanke på revisjon av kommuneplanens samfunnsdel og arealdel og han mente grunnlaget burde brukes i andre sammenhenger i kommunen.

Det ble også presisert hvor viktig det er at denne rapporten ikke legges i skuffen. En av representantene var klar på at denne må det jobbes videre med, og at folkehelse er et vidt begrep som går igjen overalt. Ønsket var at; *”Formannskapet ønsker videre politisk behandling, og en oppfølging av rapporten på folkehelse i Eidsvoll”*. (Eidsvoll kommune, 2017 j)

Her kan det igjen virke som om kommuneplanens samfunnsdel og arealdel blir sett som et område og at alt annet ikke er en del av dette arbeidet. Samme representant viser til at administrasjonen har hatt en ”workshop” i folkehelse for virksomhetslederene i kommunen (mulig denne representanten sikter til den tverrfaglige gruppen som har utarbeidet kunnskapsgrunnlaget), og etterlyser en ”workshop” eller kursing fra guruene på området for å få enda mer bakgrunn for hvordan det er mulig å dekke inn folkehelse i alle sakene som behandles. Vedkommende hevder at hvis folkehelse er med i alle planer vil det gi positive utslag i helse- omsorg, sosial, NAV og skole. Denne representanten avslutter sitt innlegg med å si: *”Jeg kan godt omformulere det forslaget her, men jeg vil bare ha det prinsipielt, jeg vil ikke bare ta rapporten til orientering, men jeg vil også følge den opp og jobbe videre med den.”*

Flere uttaler seg positivt til dette utsagnet. Det blir også stilt spørsmål til administrasjonen om planene videre og om de hadde tenkt ut noen forslag til hvordan kunnskapsgrunnlaget kunne brukes videre. Svaret fra administrasjonen sier litt om bakgrunn og tanken bak. For det første er bakgrunnen for at dette ble gjort i forbindelse med revisjonen av kommuneplanen rett og

68

slett at det er et krav. Det står i loven. Kunnskapsgrunnlaget kunne vært et vedlegg til en ferdig kommuneplan, men administrasjonen mente dokumentet var så viktig og det var lagt ned så mye arbeid i det at det fortjente mer oppmerksomhet.

Rådmannens innstilling om å godkjenne kunnskapsgrunnlaget og bruke det i revisjonen av kommuneplanens samfunns- og arealdel ble enstemmig vedtatt, i tillegg vedtok formannskapet et tilleggsforslag som lyder: *”Formannskapet ønsker videre politisk behandling som oppfølging av ”Oversiktsdokument over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i Eidsvoll kommune 2016””* (Eidsvoll kommune, 2017 j).

Representantene fra planavdelingen har også noen tanker om hvem som bør ha ansvar for folkehelse og hvor vedkommende bør sitte og IP8A sier *”Vi bør jo ha en person som jobber bare med folkehelse i forhold til planlegging, og den personen bør kanskje sitte her i planavdelingen.”* IP11F mener at den ansvarlige for folkehelse må sitte *”der hvor du har mest gjennomslagskraft. Og det er forskjellig fra kommune til kommune.”*

Han er enig med representantene fra planavdelingen at stillingen bør plasseres i nær tilknytning til planleggerne, for på den måten å tilegne seg plankunnskap noe han ser på som ekstra verdifullt med tanke på å komme inn med konstruktive innspill i planprosessen før avgjørelsene er tatt. Han trekker også fram viktigheten av å ha et felles språk, og mener en viktig jobb han har som folkehelsekoordinator er å komme bort fra ”stammespråket” og oversette folkehelse til et språk som forstås i alle sektorene i kommunen. Dette fører til at de forskjellige sektorene og folkehelsekoordinatoren interagerer som diskusjonspartnere. Nå finnes det en felles strategi, et felles virkelighetsbilde og alle har vært med på å utvikle det, de er enige om hvordan det skal utformes og de har et felles mål. Det å arbeide på denne måten har vevd seksjoner og folkehelse inn i hverandre og han mener at det har forankret folkehelse på en måte som gjør at om han slutter i jobben i morgen så er folkehelse godt fundamentert i organisasjonen og det klare, definerte arbeidsoppgaver å jobbe med.

De fleste partiene har folkehelse med i programmene sine, og i noen grad spesifiseres hvilke strategier partiet vil bruke for å nå målene de har satt. Høyre har et eget punkt om folkehelse og forebyggende arbeid og hevder at *”Gode forebyggende tiltak bidrar til bedre helse og økt livskvalitet. Høyre vil jobbe aktivt og målrettet i folkehelsearbeidet for å forebygge sykdom og lidelse”*. (Facebook, 2017a).

Arbeiderpartiets (AP)s program nevner folkehelse under områder det bør satses på, i punkt 7 står de: *"Vi vil støtte etablering av lekeplasser og rekreasjonsområder som innbyr til fellesskap og folkehelse,* under helse og omsorg står det: *"Alle skal kunne leve gode liv og ha en aktiv og verdig alderdom"* (Eidsvoll Arbeiderparti, 2015)

Eidsvoll miljøparti de grønne (MDG) nevner folkehelse i forbindelse med bygging av gang- og sykkelveier, og vil øke tempoet i utbyggingen av disse: *"For trygg adkomst til skole og arbeid, et godt miljø- og folkehelseiltak."* Senterpartiet nevner ikke folkehelse spesifikt i programmet. I programmet til Venstre står det *"Eidsvoll har dårligere folkehelse enn mange andre kommuner. Venstre mener derfor det er viktig å satse bredt på forebyggende lavterskeltilbud."* Eidsvoll SV ønsker *"oppfølging av folkehelsestrategien i alt planverk."* Eidsvoll Frp nevner ikke folkehelse i programmet for 2015, det samme gjelder Kristelig folkeparti (Facebook, 2017b). Folkehelse får ikke mye plass i presentasjonene til de forskjellige partiene, og hva som legges i begrepet er varierende.

Flere av intervjupersonene startet intervjuet med å si: *"Jeg er usikker på om jeg kan bidra med noe"*. Når spørsmålet *"Hva legger du i begrepet folkehelse?"* ble stilt hadde imidlertid alle et synspunkt på det og det løste opp på stemningen. Det var tydelig at folkehelse nylig hadde vært et tema i administrasjonen. IP5A sier *"Ja, det har vi snakket mye om i forbindelse at vi driver med et grunnlagsdokument nå i forhold til å lage en plan. Det er et utømmelig begrep. Det innbefatter alt vi driver med."*

Adjektiver som svært, vidt og omfattende blir brukt om begrepet folkehelse. IP4P nevner at *"....det er ikke direkte koblet til sykdom, omsorg og slike ting"*, mens en annen politiker IP6P sier *"Folkehelse? [...] det er det skattepengene går til [...] plikten til kommunen har for å yte et helsetilbud til sine innbyggere."* IP10P legger følgende i begrepet *"Jeg legger i det at det er menneskevennlig planlegging. Å legge til rette for at alle kan delta i samfunnet. Legge til rette for at man kan ta valg som er godt for eget ve og vel."*

Alle intervjupersonene fra administrasjonen hadde en oppfatning av at folkehelse er noe mer enn sykdom og omsorg, blant politikerne var oppfatningene mer nyansert, flere hadde et vidt syn på folkehelsebegrepet, mens andre forbandt folkehelse med sykdom og omsorg. Det kom også fram at jo lengre tid de hadde i politiske styrer og utvalg i kommunen jo mer nyansert

var oppfatningen av folkehelsebegrepet. Politikere som var aktive i partipolitikken uten å ha verv i kommunepolitikken mente i større grad at folkehelse dreide seg om sykdom og omsorg.

Kjennskap til folkehelseutfordringene i kommunen varierer, men også her viser de ansatte i administrasjonen at de har god kjennskap til det, mens det blant politikerne er større variasjoner, også her kan det synes som om de politikerne som har lengst fartstid i styrer og utvalg sitter inne med mest kunnskap. IP3A sier

*”Vi har akkurat laget et nytt oversiktsdokument og jeg har vært med i prosessen med å utarbeide det. Det har vært noen møter og jeg har også bidratt noe med skriftlige innspill basert på samtaler jeg har hatt med mine medarbeidere igjen.”*

Underforstått i dette ligger at denne personen mener at kunnskapen om utfordringene i kommunen er god. IP9P kommer inn på folkehelseinstituttets folkehelsebarometer og sier: *”Eidsvoll er jo en kommune der vi er på feil side i alle målinger, der vi helst bør ligge lavt der ligger vi over, og omvendt”*

IP6P har følgende å si om utfordringene med tanke på folkehelse:

*”.Da er vi tilbake på det med sykehjems plasser at det har vært det rapportert og sånne ting som har kommet inn. [...] Men utfordringer utover det føler jeg har blitt løst.” og videre ”Det miljømessige rundt folkehelsen hvis han kan dra det litt langt da, så vil jeg påstå at jernbanen er positiv for folkehelsen i kommunen. Det tar en halvtime til Oslo, og en halvtime til Ahus.”*

Denne personen var veldig opptatt av omsorgsbiten og ting knyttet til sykdom og nedleggelse av sykehus, det ble sett på som en fordel med rask vei til Ahus siden lokalsykehuset var lagt ned for noen år siden.

Når det gjelder faktorer som fremmer helsen er det kun IP10P som kommer inn på det og sier *”Men så er det jo rundt Råholt mange fine områder for rekreasjon”*, noe han ser som veldig positivt, men han synes områdene er dårlig merket og sier kommunen burde gjøre noe med det spesielt med tanke på at det etterhvert er mange innflyttere til bygda.

Psykisk helse er en av utfordringene som utpeker seg i intervjuene. IP3A påpeker at

*”Skoler og barnehager er jo uansett veldig viktig for å legge grunnlag for at barn har en psykisk helse, og at de*



*vet hva de skal gjøre hvis de trøbler. Gi dem forståelse for at det er vanlig å ha slike følelser i ungdomsåra.”*

og IP5A setter spørsmålet om hva som legges i begrepet psykisk helse *”Det er en utfordring, og en viktig oppgave, å definere hva som er normalt å streve med i ungdomstiden, og hjelpe ungdom med å akseptere dette uten å sykeliggjøre.”*

IP9P relaterer utfordringer med psykiske problemer til bygda ved å stadfeste *” Vi er en kommune med utfordringer på den psykiske helsen.”*

6.2.2 Råholt, forholdet til overordnede planer i Eidsvoll kommune, planprosess

knutepunktfortetting, medvirkning og utjevning av sosiale ulikheter i helse.

Kommuneplanens samfunnsdel nevner Råholt som et av tre lokale sentre det skal satses på med tanke på utbygging og sentrumsutvikling (Eidsvoll kommune, 2017f)

Forslag til planprogram for kommunedelplan for Råholt er utarbeidet (Eidsvoll kommune, 2017a) Bakgrunnen for ønsket om en kommunedelplan er befolkningsvekst og vilje fra utbyggernes side til å satse i området. Et av hovedmålene er å lage et tydelig sentrum (Eidsvoll kommune, 2017a). Det heter videre at hovedformål med kommunedelplanen er:

*”Å få et overordnet politisk og administrativt styringsverktøy, som både på kort og lang sikt kan medvirke til at Råholt skal være et sted med gode bo- og oppvekstmiljøer med nære samspill med natur og naturopplevelser. Kommunen skal legge til rette for et variert næringsliv basert på bærekraftige prinsipper der kommunen bygger på regionale strategier for konkurransedyktig og bærekraftig hovedstadsregion”.*  
(Eidsvoll kommune, 2017a s. 4).

I forslaget til kommunedelplan for Råholt beskrives de forskjellige lover og planer kommuneplanen forholder seg til. FHL er nevnt, og den skal følges opp i kommunedelplanen for Råholtområdet. Videre er statlige og regionale plan- og retningslinjer nevnt. Det vises til gjeldende kommuneplans målsetninger og hovedmål, og disse skal fungere som grunnlag for planarbeidet for Råholt (Eidsvoll kommune, 2017a).

Med tanke på fokus på folkehelse i plan så sier IP7A

*”Ja, så hvor skal vi ha fokuset hen? Skal vi ha folkehelse og sikre grøntområder, og sikre at det blir bygd fellesarealer, felles uteområder, oppholdsarealer og slike ting. Det får vi gjort på en plan. Det blir vanskelig å sikre det gjennom hver eneste detaljplan eller byggesak for den saks skyld.”*

IP7A fortsetter med tanke på kommunedelplanen for Råholt

*”på mange områder så tenker vi folkehelse og vi prøver å bringe det inn gjennom sånne planmessige grep, men det blir jo ikke, jeg mener ihvertfall ikke sånn det er tenkt foreløpig, at man har et eget kapittel som heter folkehelse, hvor man beskriver sånn.”*

Så selv om man utarbeider et kunnskapsgrunnlag foreligger det ingen umiddelbare planer om å inkludere folkehelse med et eget kapittel i kommunedelplanen.

Selv om det ikke er planer om et eget kapittel om folkehelse i kommunedelplanen kommer det tydelig fram at det er fokus på folkehelse i planavdelingen IP8A sier

*”Vi må jo prøve å ha fokus på det at sentrum i Råholt, skal bli en møteplass, slik at vi legger til rette for at man skal ha et trivelig torg, en park, kanskje lekeplass for barn ikke sant. I forhold til folkehelse, at man har møteplasser. For det er jo fler og fler som bor alene og hvis man har fine områder, det er også er folkehelse, så ivaretar man den biten.”*

Informasjonspersonenes tanker om planleggingsarbeidet på Råholt kan tyde på at noen synes det har kommet for sent i gang. IP4P viser til Råholt og bygging som har pågått de siste årene

*”Men nå begynner det å tette seg veldig til, det er jo derfor dette arbeidet har kommet på litt sånn intens med kommunedelplan, at man ser at her trengs det faktisk noen helhetlige grep, og det er jo ikke for seint å gjøre en del grep der. Men det er litt synd at det kommer i den rekkefølgen det gjør.”*

Denne personen viste til utbyggere som allerede er i gang med å planlegge store utbygginger før kommunedelplanen var ferdig. På direkte spørsmål til planavdelingen om områderegeringsplaner og detaljreguleringsplaner i området svarer IP7A og IP8A

*”De er i prosess. Det er jo alltid noen som ønsker å sette i gang detaljreguleringsplaner, da vi har sagt at her må vi vente til vi har en overordnet plan” og ”Det finnes jo gjeldende reguleringsplaner i området som fortsatt vil gjelde. Og mange av de utbyggingene som er startet nå de er jo i henhold til gjeldende planer.”*

IP3A beskriver Råholt som langt i utstrekning og at det er utfordrende å bevege seg uten bil og tenker at noe av årsaken til at det har blitt slik er mangel på en helhetlig plan for området

*”Vi har manglet denne helhetlige planen for hvordan man ønsker at dette tettstedet skal se ut. ”*

Med tanke på muligheter til å uttale seg i plansaker kommer det et lite hjertesukk fra IP10P som føler at de i noen tilfeller kommer altfor sent inn i sakene. Små partier som ikke er representert i alle utvalg får ofte ikke den informasjonen de trenger for å komme med innspill i tide, men han sier også at dette kan skyldes at det er få aktive i partiet rundt de som sitter i styrer og utvalg og at det derfor er vanskelig å få med seg alt.

### 6.2.3 Knutepunktfortetting

De fleste politiske partiene har knutepunktfortetting på Råholt og rundt Eidsvoll Verk stasjon med i programmet sitt. Det er stor enighet om at det er ønskelig med en fortetting, men noen partier vil prioritere andre områder i kommunen.

Høyre er klare i sine ønsker med tanke på å fortette og bygge ut på Råholt: *”Råholt blir en lokal by med hyggelig byrom og et yrende næringsliv. Et sentralt sted hvor folk møtes og oppholder seg.”* (Facebook, 2017a).

I AP’s program står det: *”Kommunedelplan og tettstedsanalysen for Råholt må ses i sammenheng. Veksten i kommunen må styres, og det må stimuleres til utvikling i midtbygda og nordbygda.”* (Eidsvoll AP, 2015).

Eidsvoll MDG vil ha *”En mest mulig helhetlig og åpen utvikling av kommunens tettsteder. At boliger bygges ved kollektivknutepunkter. Fortrinnsvis rundt Eidsvoll og Eidsvoll Verk stasjoner.”*

Venstre *”vil ta hele kommunen i bruk”* de vil *”støtte arbeidet med en sentrumsplan for Råholt.”*

Sosialistisk Venstreparti i Eidsvoll sier ja til

*”Aktiv arealpolitikk for å styrke videre vekst nordover i bygda. Bedre balanse mellom Råholt og Sundet/Eidsvoll sentrum. Nye sentrumsplaner for områdene rundt Eidsvoll Verk stasjon (Råholt) og Eidsvoll stasjon (Sundet). Den største veksten vil komme rundt disse to knutepunktene. Her må det legges til rette for mer urban utvikling.”*

Eidsvoll Frp vil: *”Ha en moderne tettstedsutvikling av Råholt og Sundet.”* (Facebook, 2017

b). Kristelig folkeparti ønsker å *”Legge til rette for flere trygge boligenheter i sentrale strøk”*. Dessuten vil de ta hele bygda i bruk og *”Åpne for mer boligbygging i Feiring, Morskogen og Gullverket i samband med ny kommuneplan.”*

Mangel på og behov for møteplasser er temaer som dukker opp i flere av intervjuene, og som både administrasjonsansatte og politikere ser på som viktig med tanke på folkehelse. IP10P sier:

*”Møteplasser for eksempel, er det egentlig møteplasser på Råholt? Der man kan møtes på tvers av generasjoner for eksempel? Det er noe som vi har diskutert blant annet å tenke mere generasjonskontrakt i plan i utviklingen da. Det kan være positivt for alle generasjoner.”*

Tilrettelegging for at det skal finnes kafeer, møtepunkter og et sted å være er gjennomgangstema, og gjerne på tvers av generasjonene. IP2A ønsker *”aktivitet, sosialt samvær, både ute i parker og inne.”*

Alle intervjupersonene fikk spørsmålet om hvilke tanker de har om fortetting rundt knutepunkter, og de fleste var positive til det, noen litt nølende med tanke på at de føler hovedfokuset ligger på Råholt og ikke Sundet som er sentrum i bygda. Flere viste til at det foreligger statlige og regionale forventninger til at fortetting skal skje rundt knutepunkter. IP1A viser til disse forventningene, men er positiv til denne type utbygging uansett krav og forventninger:

*”Ja, det er jo krav i tiden, fra både statlig og regionalt hold. Uavhengig av disse bestemmelsene synes jeg det er positivt. Gjerne bygge i høyden, verne grøntområdene. Hvorfor bygge inn i marka når du kan bygge 10 etasjer høyere? Eidsvoll har mange ledige tomter rundt stasjonene, det er positivt.”*

Også IP3A er inne på forventningene, og tenker på hvor skoler og barnehager bør ligge *”...vi er jo dels forpliktet til å sørge for tilbud knyttet til knutepunktene, og at det skal være mulig med kollektivtransport. Vi må legge barnehagene og skolene i nærheten av knutepunkt.”*

IP10P kommer inn på klimatanken bak fortettingspolitikken *”vi er for fortetting, fordi at vi vil få mindre biltrafikk, og vi kanskje kan bruke noen områder som allerede er ”ødelagt” for å si det sånn.”*

Også IP4P nevner klima, men ser også andre fordeler *”Jeg mener det er riktig tenkning fordi at det er en klimapolitisk riktig strategi å sørge for at utbygging skjer nær knutepunktene. [...] og fordelaktige konsekvenser av fortettingen kan være ”Nærhet, altså bygge et tjenestetilbud som er innen lett rekkevidde for alle innbyggere.”*

IP3A hevder at nærhet til tjenestetilbudet ikke nødvendigvis trenger å bety mindre bilkjøring *[...] noen barnehager profilerer seg jo nettopp på at de ikke gjør det, som gårdsbarnehager.”* Hva naboene velger og temabarnehager er faktorer som spiller inn på egne valg med tanke på barnehage spesielt, og disse valgene er ikke alltid forenlig med bruk av kollektivtilbud, eller muligheter for gange og sykling.

På hvilken måte utbyggingen skal skje er også et tema: IP3A *”At det blir litt mer høyhus og litt mere blokker. Det er fint med noen overordnede målsettinger, og de må være tydelige.”*

Politikeren IP9P tviler på at Råholt har et potensial med tanke på å få det koselig ” *Jeg synes at Råholt har en utfordring med å få det koselig.* ”

IP4P mener det ikke er noe sentrum på Råholt

*”...det har jo ikke vært noe sentrum egentlig [...] det har jo liksom i første omgang bare blitt bygd bortover langs Gamle Trondheimsveien, butikker her og der og noen boligområder her og der [...] det har jo vært planer, men resultatet fremstår som litt planløst.”*

Mangel på et definert sentrum og lange avstander mellom tilbudene ser denne intervjupersonen på som en utfordring med tanke på møteplasser og om det er mulig eller attraktivt å bevege seg uten bil.

IP7A trekker fram mulighetene for å legge veien rundt det som er tenkt å bli et sentrum, og at det kan være et grep for å få et mer innbyggervennlig sentrum.

*” Sentrum, det prøver vi å komprimere rundt kollektivknutepunktet som spesielt her er Eidsvold verk stasjon. Samtidig så er det jo også en plan, i forbindelse med planarbeidet så ser vi også på om det er mulig å få veier rundt omkring, om det er noe poeng i det, så er det noen som utarbeider en trafikkanalyse for oss om miljøet rundt, om hva som vil påvirke, om det er et behov for det er det ikke.”*

#### 6.2.4 Hvem flytter til Råholt

Mange av uttalelsene om fortetting førte til spørsmål rundt hvem som flytter til Råholt og hvem som kommer til å bosette seg i de nye boligene. Det er stor enighet om at Råholt kommer til å tiltrekke seg folk fra Oslo i tillegg til at de ser for seg en forflytning nordover av unge mennesker som bor i rekkehus for eksempel i Lillestrøm eller på Jessheim, som ønsker seg enebolig på Råholt. Noen tanker rundt dette har IP3A

*”Jeg ser for meg at de som flytter til Råholt flytter fra randsonen av Oslo. Mange småbarnsfamilier. Dels er det dyrt å bo i Oslo, og når du har en liten leilighet som er i 4. etasje og det ikke egner seg å bo der med barn, ihvertfall ikke flere barn så flytter de til billigere plasser hvor det er mulig å få hus for samme prisen.”*

IP10P mener at leilighetsutbygging og pris vil føre til en eldre, mer etablert målgruppe

*”....tettere på knutepunktene der, på stasjonen så blir det [...]leiligheter med eldre, sånn jeg ser det da”.*

En annen politiker, IP6P, har følgende synspunkter:

*“Jeg tror at Råholt kommer til å oppleve stor innflytting fra folk som vil flytte ut av Oslo.”*

Denne personen legger prisnivå i Oslo til grunn, men hevder også at prisene vil stige mye på Råholt også etterhvert som folk fra Oslo og Oslonære kommuner får øynene opp for de gode kollektivtilbudene som finnes fra Råholt til Oslo, Asker og Bærum.

En annen av de intervjuede, IP2A, kobler populær beliggenhet med folkehelseprofilen og hevder: *“Eidsvoll har en slik beliggenhet som gjør at den er populær. Men jeg tror også at den folkehelseprofilen kommer til å forandre seg nettopp for det at all utbyggingen som skjer på Råholt er positiv.”* Disse uttalelsene er dekkende for det flere av intervjupersonene gir uttrykk for, nemlig at med dyre, nye boliger vil kommunen trekke til seg innbyggere som vil heve utdanningsnivået i kommunen og dermed bedre folkehelseprofilen.

Eidsvoll kommune har ikke gitt noen føringer med tanke å bygge boliger som passer flere kjøpergrupper. Det er lagt noen restriksjoner på Lundsjordet som ligger veldig nær Eidsvoll Verk stasjon, her skal det f.eks ikke være lov å bygge svalgang, noe som gjør at blokkene må plass bygges og ikke være moduler. Hvorvidt det medfører dyrere leiligheter eller om det er andre forhold som ligger til grunn for det er ikke besvart. På spørsmålet om det er planer om å gi føringer for utbyggingen på Råholt i kommunedelplanen svarer IP1A *“Jeg tror ikke det er noen kommuner som har lagt føringer for bygg i kommuneplanen(delplanen), det er enkeltprosjekter. Men det er lover og regler som må følges.”*

IP6P mener at kommunen kan legge føringer og tilrettelegge for differensiert bygging, men sier det at *“det er avhengig av politisk vilje og kostnader for kommunen.”* Han fortsetter *“Du blir nødt til å se på hvem du plasserer hvor. Og her har kommunen en utfordring [...] slike problemer må vi se og prøve å få løst.”*

Det er ikke mange som har forslag til tiltak som kan gjøres for å bidra til at kommunen får en heterogen befolkningsgruppe rundt knutepunktene, men IP10P viser til Nederland hvor de har gjort annenhver bolig til studentbolig og annenhver til familie- og eldreboliger. Studentmiljøet er ikke så stort på Eidsvoll, men det er jo mulig å tenke i de baner og på den måte skape en samhandling mellom ulike grupper.

Planavdelingen mener at utbyggerne på Råholt ser at det er et marked for leiligheter til mennesker med mindre ressurser, men mener at det kan resultere i homogene områder for

denne gruppen mennesker, og på grunn av økonomi i prosjektet vil boligene være små, ha dårligere kvalitet og det vil være mindre grøntområder rundt. IP7A hevder:

*”Men det som er bakdelen der er jo at de, utbyggerne, de ønsker jo da å plassere veldig mange små leiligheter inn på et lite område og det går jo gjerne på bekostning av rom, grøntarealer, luft, det blir veldig kompakt.”*

Og fortsetter: *”Som fagperson, så tenker man jo litt tilbake til arbeiderboliger i sin tid hvor man hadde små rom hvor det var mange mennesker som bodde, det er litt den følelsen du får innimellom.”*

### 6.2.5 Utbyggere

Uten utbyggere ingen utbygging, det er alle enige om. Og gjennom noen års erfaring med utbyggere er det flere som har noen tanker om utbyggernes roller og deres motiv for utbyggingen. IP10P har noen tanker om dette *”Utbyggerne de velger jo de med størst betalingsvilje, og evne, og det er sannsynligvis de 50+, og da bygger man jo bolig til dem.”* Noen av intervjupersonene stiller spørsmål om utbyggerne har gode hensikter, uten at de definerer klart hva det er, eller om de bare skal tjene penger.

IP6P hevder *”Noen planlegger med sju etasjer fordi de ønsker mest mulig penger ut av minst mulig område”*. i utgangspunktet er ikke det av det gode, men sier videre *”...vi er helt avhengig av viljen til utbyggerne til å bygge ut [...] vi blir liksom litt pisk og gulrot.”*

Erfaringer tilsier at utbyggere ønsker mest mulig økonomi i prosjektet og det kan oppleves som vanskelig å få utbyggerne med på å opprettholde kravet til oppholdsareal og grønne lunger. Og IP7A sier *”...folkehelseperspektivet er ikke alltid forenlig med utbyggerne, utbyggers økonomi. Så derfor er det viktig at det er politisk forankra, da har vi i administrasjonen litt mere kraft bak våre krav.”*

Uttalelsene over gjorde meg nysgjerrig på utbyggernes syn på folkehelseperspektivet ved knutepunktutviklingen. Jeg lyktes i å få intervju med en utbygger som er involvert i utvikling rundt knutepunkter flere steder i Oslo og Akershus. Med tanke på knutepunktutvikling sier IP13U

*”Det er jo på en måte politikerne som kan være med å legge til rette for hvordan byer utvikler seg, men det er jo også vi (utbyggerne) som griper de mulighetene som byr seg, og på en måte forvalter de mulighetene som byr seg.”*

og han fortsetter

*”Det er veldig mange faktorer som spiller inn på hvordan man utvikler et prosjekt, for noen er det bare profit og penger for andre så er det veldig viktig med god arkitektur og god funksjonalitet og hva man etterlater seg. Og mange er vel noe midt i mellom, veldig få dessverre er på topp når det gjelder folkehelse.”*

Leiligheter blir bygget ut fra etterspørsel, og eventuelle føringer og lokale bestemmelser. Han oppfatter også at folk flytter til knutepunktene for å leve tettere sammen, og at det har en positiv effekt på helsen både fysisk og psykisk, men ser at det også kan ha en negativ effekt på den psykiske delen ved at man bor oppå hverandre. Trenden er arbeid, leve og leke, alt skal skje på samme sted. Men hva med de som ikke har mulighet til å kjøpe bolig der alt skjer? Han mener det er en utfordring, og det er ikke noe som blir diskutert mye, han oppfatter at politikerne nok ønsker det, men har ingen eksempler fra sin praksis hvor det har vært tema.

Når det gjelder store plansaker og reguleringsplaner har Fredrikstad begynt å gi utbyggerne et oppstarts notat. På den måten vil kommunen sikre at *”Alle i kommunen skal få mulighet til å uttale seg om viktige ting som det skal tas hensyn til og som utbygger må vite om før de planene allerede er konkrete. Sånn at de (utbyggerne) kan ta hensyn til det.”* IP11F

I Fredrikstad er Kompakt byutvikling et mer kjent begrep enn knutepunktfortetting. Med bakgrunn i at folkehelse er så sterkt forankret i kommunen er folkehelseansvaret lagt på saksbehandlerne i de forskjellige reguleringssakene. IP11F sier.

*”De som jobber i regulering og byggesak er jo på en måte våre folkehelsearbeidere. For de ivaretar folkehelseaspektet i sine byggesaker, hvis de kan det de jobber sin, og det kan de, hvis ikke etterspør de. Samfunnsmedisiner og jeg. Prøver å passe på at folkehelse blir ivaretatt i alle reguleringssaker, plansaker.”*

Samtidig påpeker han igjen viktigheten av at folkehelsekoordinator og representanter fra alle seksjoner kjenner til planhierarkiet i kommunen. Han viser til tidligere rutiner som gjorde at høringsuttalelser fra folkehelsekoordinator og andre som hadde synspunkter i plansaker ofte kom inn for sent. Et resultat av det tverrsektorielle samarbeidet i kommunen er at det jobbes systematisk med høringsinnspill slik at det ikke er uoverensstemmelser når reguleringsplanen eller kommuneplanen kommer opp. I forbindelse med et fortettingsprosjekt i det gamle sykehusområdet ble det tatt initiativ til å etablere en gruppe som jobber med barns interesser og sikre barns rettigheter i planleggingen. Denne gruppen møtes også jevnlig for å diskutere



planer hvor barn er en viktig deltaker og skal høres.

#### 6.2.6 Medvirkning

I prosessen fram mot en ferdig kommunedelplan for Råholt ønsker kommunen en bred deltakelse gjennom aktiv medvirkning fra innbyggere, lag og foreninger, og de viser i dokumentet til kommunens hjemmeside for å finne oppdatert informasjon (Eidsvoll Kommune, 2017a). Forslaget sier konkret at: *“Medvirkningsprosessen blir en viktig del av kommunedelplanarbeidet for Råholt”*. (Eidsvoll kommune, 2017a s. 22).

Og i Kommuneplanens samfunnsdel er det presisert når det gjelder Råholt: *“Her foreslås som et alternativ å bruke metoden ”Plansmie” med tanke på å kunne ta i bruk moderne planleggingsmetoder og sikre god medvirkning.”* (Eidsvoll kommune, 2017f s.21).

Det vises i planforslaget til barn- og unges skal ha mulighet for å delta i planprosessen (Eidsvoll kommune, 2017a). I kommuneplanens arealdel er det med en bestemmelse som sier: *“Det skal gjennomføres gode politiske og administrative prosesser, samt gode prosesser for innbyggermedvirkning med tilrettelagt opplegg for barn og unge”*. (Eidsvoll kommune, 2017 g s )

Medvirkning er generelt med i alle dokumenter som har med planprosessene og gjøre, disse forholder seg til lovverket. Utover informasjonsmøter og dialogmøter i henhold til fremdriftsplan i planarbeidet er det ikke spesifisert andre medvirkningsarenaer i dokumentene (Eidsvoll kommune, 2017c). Det er imidlertid avholdt en mulighetsstudie for Råholt som ble gjennomført for å undersøke om det er mulig å skape et levende sentrum fra Eidsvoll Verk stasjon til kjøpesenteret Amfi. Studien ble gjennomført med inviterte deltakere fra næringsliv, frivillige organisasjoner, grunneiere og elever fra ungdomsskolen, i tillegg til kommunalt ansatte. Studien utgjør et grunnlagsdokument for videre planprosess (Eidsvoll kommune, 2017a). Folkehelse er nevnt i forslaget, og det legges opp til utredninger både med tanke på bo- og brukskvalitet og generelt om levekår. I tillegg skal det utarbeides oversikt over faktorer som har betydning for å lage mål og strategier med tanke på folkehelse i området (Eidsvoll kommune, 2017a).

I formannskapsmøtet 28. februar 2017 var det til behandling en sak vedrørende tilbud fra KS om å delta i Lokaldemokratiundersøkelsen 2017, hensikten med undersøkelsen er å sette

fokus på hvor godt lokaldemokratiet fungerer i kommunen. Dette tilbudet ble positivt mottatt og det ble enstemmig vedtatt å takke ja til tilbudet (Eidsvoll kommune, 2017k).

Samtlige intervjupersoner var enige i at medvirkning er viktig og det må inviteres til medvirkning tidlig i prosessen. IP4P sier *”Det er jo på en måte når planarbeidet dras i gang.”*

Han viser til tidligere praksis hvor det blir invitert til medvirkning først planen når er politisk behandlet og den blir lagt ut til høring før den blir godkjent. Det er sent i planprosessen og vil ikke ha samme effekt på planen som tidlig involvering fra befolkningen vil kunne ha, og sier videre

*”Det er viktig at folk ikke føler seg overkjørt. Det er det jo noen som blir. Det er klart, det er noen helt materielle interessenmotsetninger knyttet til rask utbygging og omforming til en helt annen type tettsted. Det er noen som er ofre for den utviklingen.”*

Medvirkning på et tidlig tidspunkt vil gi disse menneskene muligheter til å komme med innspill og forslag til løsninger som kunne føre til mer tilfredshet for alle.

IP10P mente at det er en forskjell på medvirkning. På den ene siden dreier det seg om å gå god for et prosjekt og på den annen side medvirkning for å påvirke et prosjekt. I mange tilfeller opplevde denne personen at medvirkning kom på et for sent stadium i planleggingsprosessen, og spesielt med tanke på møteplasser hadde han dette å si:

*”Det er jo sannsynligvis ganske nyttig å samle generasjonene og kulturene så de kan gi sine faktiske reelle innspill tidlig i den prosessen, så de ikke bare kontrollerer: Hva synes dere om dette? Men at man starter helt fra planleggingsstadiet.”*

IP3A sier

*”Jeg tenker at det handler noe om eierskap og stolthet.” og fortsetter ”du har de som er født og oppvokst i bygda og innflytterne. De som er født og oppvokst i bygda er kanskje litt mer opptatt av hva det skal bli til med dette området og hvilke konsekvenser det får for dem.”*

Medvirkning med tanke på folkehelse var det kun IP9P som var inne på. En styrking av engasjementet i kommunale anliggender blant innbyggerne ville kunne føre til empowerment og dermed økt selvfølelse, og noe kommunen burde prioritere å få til

*”Jeg tror ikke det er bra for noen å ikke føle seg viktig, at de ikke tjener til noe. Det er en utfordring vi har synes jeg.”*

Hvem engasjerer seg? IP1A sier *”Det er stort sett grunneiere og næringsdrivende som møter, noen politikere, selv om det ikke er krav, det er egen interesse. Og noen samfunnsengasjerte innbyggere.”*

IP10P viser til utbyggere, de medvirker selvfølgelig, men han savner ildsjeler blant innbyggerne *”Ildsjeler, vet du hva? Det er litt lite ildsjeler her.”*

Planavdelingen ser på det som en utfordring at gjennomsnittsalderen ofte er 50+ på møtene de inviterer til. IP4P hevder at *”De som engasjerer seg er jo ofte de som blir negativt berørt av det som skjer. Det er jo helt naturlig også, de vil jo være ute med sine klager. Men igjen, det blir begrenset representativitet da.”*

IP5A kommer inn på ungdom og medvirkning og setter et spørsmål om hvem som blir hørt *”Man kan ikke høre alle. Jeg tenker det er en stor utfordring i det, for det er jo ofte de ressurssterke ungdommene som blir hørt.”* Og mener også at selv om de ressurssterke ungdommene i mange tilfeller snakker de svakes sak så går ikke det helt hjem hos de svake, de har mistet tillit til at noen vil dem vel.

Medvirkning i planleggingsprosessen er lovfestet og ble sett på som plikt, men også som en mulighet til å informere innbyggere, utbyggere og politikere om arbeidet som foregår. Det ble sett på som ekstra viktig at politikere og utbyggere ble informert. IP7A begrunner det med:

*” ikke minst blant politikerne og utbyggere for at de skal få et eierskap til planen. Det er på en måte det viktigste tenker jeg i forhold til medvirkning. For når du holder på med en område- eller kommunedelplan eller en kommuneplan så er det jo forsåvidt hvis politikere eller utbyggere ikke har vært med i prosessen i det hele tatt så føler de ikke noen forpliktelser eller no eierskap til planen. Og da er det veldig lett å ikke bry seg så veldig om det, da dispenserer man fra planen og man ja, følger ikke veldig mye opp.”*

Det er en oppfatning om at politikere lettere vil gi dispensasjon til utbyggere når de ikke har fått vært med på å gi innspill under hele planprosessen. Med medvirkningsprosesser er sjansen for at både utbyggere og politikere føler et eierskap til planene noe som kan medføre at det er større vilje for at planene blir fulgt uten dispensasjoner.

Når det gjelder innbyggerne og medvirkning ser planleggerne utfordringene i å få disse engasjert. De viser også til at det generelt er godt voksne menn som møter til møtene som blir holdt, og dette gjelder også med tanke på planleggingsprosessen vedrørende Råholt.

IP7A reflekterer over dette *”Når det gjelder medvirkning, så har kommunen et veldig stort ansvar, og det er viktig at man bruker de mulighetene man har også fra innbyggernes side for kommer de ikke med sine synspunkter så er toget gått*

I løpet av samtalen som dreide seg om hvem som kommer til å flytte til Råholt dukket det opp et tema som jeg har valgt å kalle Eidsvollmentaliteten. Tilhørighet til et sted kan ha noe med viljen til engasjement og medvirkning å gjøre derfor er funnet presentert her. presenterer Mange byer og bygder har en indre rivalisering med tanke på hvor det er best å bo. I Vestfold for eksempel er det vennskapelig krangel om hvilke av byene Larvik, Sandefjord og Tønsberg som er best. I Eidsvoll er det sterke meninger om hvor det er best å bo. Nordbygda, Midtbygda og Sørbygda er rivaliserende enheter, det samme gjelder tettstedene Råholt og Sundet. Blant intervjupersonene var det en blanding av mennesker som var født i Eidsvoll og innflyttere, og oppfatningen av bygda var ganske forskjellig ut ifra gruppetilhørighet

IP10P har bodd i kommunen i 9 år, han følte det vanskelig å bli kjent *”Eidsvollinger er vanskelig å bli kjent med, lite inkluderende, sier ikke hei.”* Og IP4P hevder at *”Såne steder som Råholt der mesteparten av befolkningen ikke har noen bakgrunn, de har ikke nettverk, har bare kjøpt seg et hus der, kommer fra andre steder. Da er det ikke lett.”* Og IP9P støtter opp om det *”Det er ikke bare lett å flytte til et sted, for det er jo klikker og folk holder sammen.”* IP12I som er innflytter og bor på Eidsvoll Verk forteller om sitt møte med bygda: *”Som yrkesaktiv og kvinne blir du møtt med veldig stor skepsis. Det er veldig vanskelig å komme innpå folk”*

Når det gjelder rivaliseringen mellom de forskjellige områdene i kommunen så er det stort sett politikerne som uttaler seg. IP6P *”Vi merker det jo bare i partilaget som sådan. Vi har jo partimedlemmer fra forskjellige områder. Alle kjemper for sin skole, sitt grendehus og sin barnehage.”*

Og IP10P sier om rivaliseringen mellom Råholt og Sundet *”Råholt blir litt stemoderlig behandlet, faktisk.”* Og en av de som har bodd i Eidsvoll og har bakgrunn derfra gjennom flere generasjoner sier om Råholt *”Jeg kunne aldri tenkt meg å bo der, men jeg synes det er greit med to sentre.”*

IP9P snakker om innflyttere og engasjement og sier *”I hvert fall hvis jeg hadde vært innflytter*

*så tror jeg jeg ville ha engasjert med i det som ungene mine driver med. På den måten blir du kjent med andre og på en måte kommer inn i et samfunn.”*

Eidsvoll kommune er stor i utstrekning og noen føler at avstanden fra den enkelte innbygger til de som til slutt tar beslutningene er lang. Flere av informasjonspersonene kommer inn på nærdemokratiet, og viser til ”Feiringregjeringa” (Feiring – fager og frodig, 2017). Feiring var tidligere en egen kommune, og ligger helt nord i bygda på vestsiden av Mjøsa.

Feiringregjeringa ble etablert i 2005, og jobber for å gjøre Feiring til et trivelig lokalsamfunn som kan trekke til seg flere innbyggere og gjøre lokalsamfunnet bedre for de som allerede bor der (Feiring – fager og frodig, 2017). I tillegg til å være en ressurs for Eidsvoll kommune med tanke på lokalkjennskap til bygda ønsker Feiringregjeringa å være Feirings høringsinstans i saker som angår bygda (Feiring - fager og frodig, 2017). Med tanke på om dette er mulig å få til flere steder i bygda sier IP9P

*”Når det er noe som er etablert et sted så kan det smitte over ja. Og det tror jeg er veldig positivt. Men hvis en skulle klare å få til det på Råholt? [...] der har de holdt på å måtte legge ned vellet, [...] der er det 6000 potensielle medlemmer, men ingen vil være med, alle har nok med seg selv, de kommer utenfra og føler ingen tilhørighet.”*

Fredrikstad har vært gjennom flere kommunesammenslåinger og i kommunen er det opprettet flere lokalsamfunnslag. IP11F forklarer:

*“lokalsamfunnslagene jobber med ting som de er opptatt av. Det kan være borgerdagene eller det kan være kantklipping av hekker, veldig ofte at de er opptatt av trafiksikkerhet, strandryddedager, altså sann type ting, men så er de også en høringsarena for kommunale og andre planer. De skal høres i prosesser”*

### **Tilrettelegging for medvirkning**

#### **IP4P mener**

*”...det har skjedd noe i de siste par årene når det gjelder planarbeidet i Eidsvoll og det har med medvirkning å gjøre, at man ikke minst fra administrasjonens side har gjort en del for å involvere politikere på en annen måte enn tidligere, og befolkningen også.”*

og viser til at det er avholdt åpne møter på et tidlig tidspunkt i forbindelse med kommunedelplanen blant annet for Råholt. IP12I er ikke enig i dette, hun oppfatter informasjonen fra administrasjonen som dårlig og at den kommer for sent:

*”Jeg tenker at man må være mye, mye rausere med informasjon ut til alle på alles nivå, ikke bare som en liten notis i Eidsvoll blad som ikke alle abonnerer på. Kanskje man må bruke mere facebook, sosiale medier på en mye mer aktiv måte enn det som gjøres i dag. Så man ikke leser om et møte som har foregått i kommunen for en uke siden. Da er det for seint.”*

IP3A har forslag til alternative løsninger for medvirkning ved å arrangere Kafé møter:

*”Jeg tror på å ha folk med tidlig i prosessen. Det kan få overraskende gode innspill som de få ikke hadde tenkt på. Når det møtes mange og en begynner å snakke sammen og kanskje bruker en kafedialog møteform for eksempel med grupper hvor en gruppe bygger på det forrige gruppe gjorde og supplere med nye tanker, så kan en få fram helt uante forslag som er rasende gode, som ingen hadde greid å klekke ut aleine, fordi det skjer i samspill med fler.”*

Og fortsetter *”Især i en kommune med mye innflytting, så tenker jeg at for å bli stolt av den bygda man bor i så er det med medvirkning en viktig bit”*.

Og planavdelingen tenker litt nytt rundt medvirkning rundt medvirkning, med tanke på å få med seg de gruppene de ikke har klart å engasjere fram til nå. I første omgang er det sentrum i Eidsvoll – Sundet de har i tankene, men legger til at det er fullt mulig å gjøre det samme med tanke på Råholt. IP8A beskriver planene angående dette: *”Vi skal lage en liten [...] grønn oase utenfor biblioteket for eksempel. For der er det mye folk. Det er jo kafé der. Og lage [...] noe de kaller for midlertidig installasjoner. Og engasjere barn og unge det er ikke så lett, da har vi tenkt å gjøre noen praktiske ting.”*

Medarbeiderne i planavdelingen kom også inn på eierskap når det gjaldt medvirkning fra innbyggerne, og så en sammenheng mellom det å være med på å skape et område og forme en identitet alt på planleggingsstadiet kan føre til enda mer engasjement. Og at dette også er positivt for folkehelsen, IP8A sier: *”Identitet, det er jo det som [...] skaper engasjement også, og kan føle at det er bygda mi, du skal være stolt av Råholt på en måte. Ja, og det gjør noe med folkehelsa. Ja, det gjør noe med folkehelsa å være glad, det er helt sikkert*

Når det gjelder planer for øvrig tilrettelegging for medvirkning er ikke forslagene så konkrete. Tradisjonelle møter nevner de fleste, bruk av sosiale medier blir også nevnt av flere, men det er stor enighet om at det mangler mye på tilrettelegging for medvirkning. Ingen nevner noe om hva som skal til for å få med de av befolkningen som er i gruppen lav sosioøkonomisk status.

Positive konsekvenser av medvirkning er et tema som naturlig dukker opp i samtalene og spesielt stolthet over bygda og positive konsekvenser for psykisk helse blir trukket fram. IP3A mener:

*”Med engasjement, hvis en har opplevelse av medvirkning og ansvar så vil en jo bidra til å ta ansvar også med hensyn til å ta vare på, det å bry seg, vi er jo avhengige av det at folk bryr seg. Og det er god folkehelse, jeg tenker at stolthet er en følelse som kan motvirke dårlig psykisk helse, jeg tror dette er viktig, dette henger jo sammen”.*

### 6.3 Sosial ulikhet i helse

Det skal foretas en kartlegging av behovet for boliger og hva slags boligsammensetning som er relevant med utgangspunkt i prognoser (Eidsvoll kommune, 2017a). Kommuneplanens arealdel spesifiserer dette: *”I forbindelse med fortetting og nye byggeområder i tilknytning til kommunesenteret og lokalsentrene skal det legges til rette for et variert botilbud”* og videre i samme dokument *”Boområder, møteplasser og uteområder skal være tilgjengelig for alle”*. (Eidsvoll kommune, 2017g).

Kommuneplanens samfunnsdel understreker kommunens ansvar overfor barn og unge (Eidsvoll kommune, 2017f s. 12):

*”Sosial ulikhet bidrar til økte levekår- og helseutfordringer. Det vil derfor bli nødvendig å bidra til å redusere konsekvensene/effektene av sosial ulikhet. Dette kan gjøres ved å sørge for at neste generasjon har bedre forutsetninger for å oppnå gode levekår gjennom å ha fokus på de yngste og satsing på forebyggende tiltak”.*

Videre i samme dokument s.14 står det: *”Barn og unge i Eidsvoll skal vokse opp i trygge og gode nærmiljø, Kommunen skal bidra til at de får tilgang til aktiviteter opplevelser og tjenester som utvikler og beriker”.*

(Eidsvoll kommune, 2017f s. 14).

I folkehelsestrategien vises det til frafall i skolen som en risikofaktor for sosial ulikhet i helse og Eidsvoll har en høy frafallsprosent og årsaken antas å kunne være Eidsvoll historiske bakgrunn som gammelt industri- og arbeider samfunn (Eidsvoll kommune, 2017e).

Også intervjupersonene viser til Eidsvolls historie med en blanding av bønder og industriarbeidere og bruker det som en grunn for at kommunen skårer dårlig på folkehelseprofilen. *” For det er klart, vi er litt uforskyldt i det i og med at vi har vært et arbeidernesamfunn, og lavere utdanning og alle disse tingene henger jo sammen.”* sier IP9P. Og IP2A sier *”Før fikk jo alle jobb uansett, og kanskje de skulle ta over gården, kanskje det ikke var så viktig å gå på skolen.”* Det er en ganske utbredt oppfatning at dette kommer til å rette seg når det kommer nye innbyggere til kommunen. IP6P sier *”Vi er inne i et generasjonsskifte, jeg tror Eidsvoll kommer til å score høyere framover fordi vi er i et*

*befolkningsskifte og vi får en større befolkning”.*

Informasjonspersonene har generelt god forståelse for at det er en sammenheng mellom sosial status, utdanning, yrke, inntekt og helse. IP3A sier *” Vi vet jo at foreldrenes utdanningsnivå, foreldrenes deltakelse i jobb, foreldrenes økonomi, foreldrenes helse både fysisk og psykisk påvirker barns muligheter.”*

Og at arv og miljø kan være en hemmende faktor IP9P *”Jeg mener å ha lest det at er du uføretrygdet så har neste generasjon sjans for å bli det også. Også tenker jeg at vi liker å leke sammen med de som er lik oss selv. Vi er nok ikke flinke nok til å inkludere de som er svakere.”*

Utviklingen på boligmarkedet blir sett på som en faktor som medvirker til sosial ulikhet i helse. Unge mennesker uten kapitalsterke foreldre har ikke muligheter til å etablere seg med egen bolig. IP4P påpeker dette og sier *”Det er kanskje det som bidrar mest til klasseskiller i Norge i dag, det er utviklingen på boligmarkedet.”*

IP10P ser for seg et scenario hvor det bare er eldre beboere rundt knutepunktet og tenker reisevei og fysisk aktivitet *”Da kan det jo selvfølgelig bli sånn at det blir jo lengre transportvei da, for de som har lavest sosioøkonomisk status bor lenger unna og kanskje må bruke bil og får mindre bevegelse.”*

Tilgjengelighet til sentrum blir nevnt, og en mulig årsak til sosiale ulikheter i helse, hvis alle tilbudene og aktivitetene er i sentrum og det kun er eldre eller mennesker med god inntekt som bor der vil det kunne bidra til større sosiale ulikheter. Og IP9P er inne på oppfølging fra foreldre som en årsak *”Det er jo faktisk sånn at du trenger litt drahjelp hvis du er barn av ressurssvake foreldre. Foreldrene bryr seg ofte ikke heller. Jeg mener at folkehelse begynner allerede når du planlegger hvor ting skal være”.*

Et spørsmål som ble interessant med tanke på sosial ulikhet i helse var: Hvor bør mennesker med lav sosioøkonomisk status bo? Tanken bak en kompakt byutvikling og fortetting rundt knutepunktene er at så mange aktiviteter som mulig samles i disse områdene (Akershus fylkeskommune, 2015). Flere av intervjupersonen mener dette er en god grunn for at familier med lav sosioøkonomisk status bør bo så nær knutepunktet som mulig. IP10P sier *”Jeg tenker*



*at man må bo med gang eller sykkelavstand til møteplassene.”*

En uttaler at det er ønskelig at risikoutsatte barnefamiliene bosetter seg i sentrum for å ha en mulighet til å delta i aktiviteter, som de på grunn av manglende oppfølging hjemmefra eller manglende økonomi ikke har mulighet til ved å bo langt unna. På spørsmål om det ikke kan ha negative følger for disse barna og ungdommene med tanke på at det blir lett å komme seg til andre sentra og også Oslo, mener flere at hvis de først har kommet skjevt ut så søker de til byen uansett, da spiller ikke avstand til knutepunktet noen rolle. Det er i et forebyggende perspektiv bosetting i knutepunktet vil kunne ha betydning.

## 7.0 Diskusjon

I dette kapittelet drøftes funnene som er gjort i dokumentanalysen og i analysen av intervjuene opp mot den todelte problemstillingen, og ses i lys av de teoriene som er valgt for å finne svar på disse. Observasjonene fra formannskapsmøtet blir også trukket inn.

I kapittel 7.1 diskuteres empiri i lys av teori for å finne svar på første del av problemstillingen:

*Hvordan innvirker forståelsen av folkehelsebegreper på implementering av folkehelse i planleggingsprosessen ved kompakt byutvikling?*

I kapittel 7.2 drøftes empiri mot teori og forskning for å finne svar på andre del av problemstillingen som er:

*Hvilken betydning kan forståelsen av folkehelsebegrepet i kompakt byutvikling ha med tanke på utjevning av sosiale helseforskjeller?*

### 7.1 Drøfting for å finne svar på første del av problemstillingen

Dokumentanalysen viser at folkehelse har vært med i planer og strategier i kommunen siden 2011 da Samhandlingsreformen løftet fram folkehelse som en prioritert oppgave for kommunene. Allikevel førte ikke det til konkrete tiltak og handling. Nå foreligger det en ny helseoversikt som er utarbeidet av en tverrsektoriell gruppe og folkehelse er igjen løftet fram som en viktig sak for kommunen å ta tak i. Kommer den til å føre til noe nytt for kommunen?

De samme utfordringene er tilstede i denne oversikten som de som er definert tidligere.

Kunnskap om hvordan planene og folkehelsestrategien ble utarbeidet tidligere har ikke kommet fram i studien, men vi vet hvordan framgangsmåten har vært ved utarbeiding av det nye dokumentet. Folkehelse er definert som et ”Wicked Problem” som blant annet kjennetegnes ved at de er vanskelige å lokalisere, noe som fort kan føre til at ingen tar ansvar for å løse problemet (Hofstad, 2013). Planavdelingen har påtatt seg ansvaret for å utarbeide et kunnskapsgrunnlag og det er satt sammen en tverrfaglig gruppe. Dette er viktige premisser for å lykkes i planlegging (Hofstad, 2013).

En grunn til at bestemmelsene som er tatt og beskrevet i kommuneplanens samfunnsdel og folkehelsestrategien ikke blir fulgt opp kan være at folkehelsens kompliserte natur nettopp gjorde at ingen definerte problemet som sitt og at det derfor ikke ble viet oppmerksomhet i videre arbeid. Planavdelingens initiativ har vært med på å gjøre folkehelsebegrepet kjent for de ansatte i administrasjonen. Røvik (2007) snakker om oversettere og oversetterkompetanse, hvis man ser på planavdelingen som oversettere har lyktes med å øke kunnskapen om folkehelse og løftet ideen inn i organisasjonen. I et tverrsektorielt samarbeid er det utarbeidet et godt oversiktsdokument.

En annen ting som er forskjellig fra forrige utarbeiding av planer og strategier er at denne gangen er det et dokument som har fokus på helse og faktorer som påvirker helsen. Det er fakta som legges fram, videre tiltak og handlinger blir det ikke tatt stilling til. I formannskapsmøtet kom det fram at dokumentet er viktig fordi det så klart beskriver problemene og utfordringene som alle egentlig er klar over. Det ser ut som om rekkefølgen på dokumentene også har betydning. I forrige periode ble kommuneplanens samfunnsdel utarbeidet først, deretter en folkehelsestrategi, denne gangen er det tydelig at det systematiske folkehelsearbeidet har ligget til grunn for forberedelsene til å utarbeide en ny kommuneplan (FHL, 2012, PBL, 2008). Ved å få oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorene ser administrasjonen og politikerne klart hva de skal forholde seg til ved revisjon av kommuneplanen. Representantene i formannskapet uttrykte ønske om mer kunnskap om folkehelse og ville gjerne gå på kurs for å lære det, noe som tyder på at viktigheten av

folkehelsekunnskap er lagt fram i et språk som alle forstår. Økt kunnskap via kurs og opplæring har vist seg å bidra til at kommunene satser mer på folkehelsearbeidet, og i mange tilfeller ansetter de en folkehelsekoordinator på heltid (Hagen, Helgesen, Torp & Fosse, 2015).

Intervjuene ga inntrykk av at kunnskapen om folkehelse blant politikerne hadde noe å gjøre med om hvorvidt de var innvalgt i kommunale verv eller var partipolitisk aktive, og at antall år i politikken kunne ha betydning. Partiprogrammene som ble gjennomgått i studien ga kun en pekepinn om hva partiene legger i folkehelsebegrepet, det er ikke godt nok grunnlag for å uttale noe bastant om kunnskapen. Noen av partiene nevnte ikke folkehelse i det hele tatt, noen nevnte det sammen med omsorg og flere koblet det til fysisk aktivitet og gang- og sykkelveier.

(Røvik, 2007) snakker om betydningen av å oversette ideer inn i organisasjoner, og i virusteorien sammenligner han en idé med et virus som spres inn i organisasjonen. Politikerne kan være både oversettere og spredere av kunnskap om folkehelse temaet inn i sine respektive partier noe som vil være av stor betydning for kontinuiteten av kunnskap når representanter i kommunale verv skiftes ut. Foreløpig trenger de folkevalgte mer kunnskap om temaet for å bidra inn i partiene, men viljen til å lære er tilstede og hvis den økte kunnskapen fører til overføring av kunnskap inn i partiet kan det bidra til at folkehelse får en solid forankring i alle partiene, som igjen kan føre til at folkehelse lettere blir prioritert i planleggingsarbeidet i kommunen.

Forankring av folkehelse er viktig med tanke på kontinuiteten i arbeidet. Er manglende forankring en årsak til at planene og strategiene fra forrige periode ikke har blitt fulgt opp? Det står i både folkehelsestrategien og i kommuneplanens samfunnsdel folkehelse skal med i alle planer (Eidsvoll Kommune, 2017 e, f). Temaet tas opp i alle planer enten ved egne avsnitt eller ved henvisning til overordnede planer, men allikevel har det ikke blitt fulgt opp med tiltak og handling. Kommunen har valgt å avsette en 10 % stilling med folkehelseansvar plassert relativt lavt i organisasjonsstrukturen. Dette kan synes å være utilstrekkelig siden både politikere og ansatte i administrasjonen etterspør mer kompetanse på området. En mulig måte å øke kunnskapen på er å plassere en folkehelseansvarlig i planavdelingen, noe

planavdelingen selv etterspør. Det gir en god mulighet for å overføre kunnskap til hverandre slik at de ansvarlige planleggere øker sin kompetanse om folkehelse og den folkehelseansvarlige øker sin kompetanse om planlegging. Dette har de fått til i Fredrikstad hvor planleggerne er folkehelsekoordinatoren's forlengede arm ute i prosjektene i tillegg har folkehelsekoordinatoren og andre virksomhetsledere tilegnet seg så mye kunnskap om det kommunale plansystemet at de kommer inn med høringsinnspill i tide.

Utarbeiding av oversiktsdokumentet har ført til øket kunnskap og forståelse for folkehelsebegrepet i administrasjonen. Politikerne ønsker mer kunnskap. Disse observasjonene viser at det er et godt utgangspunkt for å implementere folkehelse i planprosessen ved knutepunktfortettingen på Råholt. Forankring både administrativt og politisk er viktig for at folkehelse ikke skal forbli et "Wicked Problem", dette kan for eksempel gjøres ved å løfte folkehelsestillingen fra helsevirksomhet til planavdelingen og knytte definerte mål og arbeidsoppgaver til stillingen, på den måten .

Som vi har sett er folkehelse allerede nevnt i flere av dokumentene som gjelder i dag, og planforslaget for ny kommunedelplan for Råholt skal forholde seg til disse (Eidsvoll Kommune, 2017a). Pr. i dag er det ikke tenkt at folkehelse skal ha et eget kapittel i den endelige kommunedelplanen, spørsmålet er om ikke det burde tas opp til vurdering. Presentasjonen av oversiktsdokumentet viste at det ble satt pris på samlet informasjon i et dokument, et eget kapittel om folkehelse i kommunedelplanen kan ha samme effekt. Det er enklere og mer oversiktlig å forholde seg til kun det ene dokumentet. Fredrikstad har en egen kommunedelplan for folkehelse, det fungerer der, men er kanskje ikke nødvendig i alle kommuner?

Kort oppsummert har denne diskusjonen ført til følgende svar med tanke på den første delen av problemstillingen som lyder:

*Hvordan innvirker forståelsen av folkehelsebegrepet på implementering av folkehelse i planleggingsprosessen ved kompakt byutvikling?*

Forbedret forståelse av folkehelsebegrepet har en positiv effekt på viljen til å implementere folkehelse i planleggingsprosessen ved kompakt byutvikling. Dette gjelder både de ansatte i

administrasjonen og politikerne.

Måten folkehelse blir presentert på har betydning for forståelsen, det kommer tydelig fram at å få presentert temaet i et dokument som tar for seg hele bildet har vesentlig større effekt enn å presentere det fragmentert i flere planer.

Oppfølgingen av folkehelseplaner forutsetter aktiv og målbevisst oppfølging av en fagperson, gjerne plassert sammen med planleggerne slik at de kan få innblikk og opplæring i hverandres fagfelt.

## 7.2 Drøfting for å finne svar på andre del av problemstillingen

I FHL's formålsparagraf sår det spesifikt at utjevning av sosiale helseforskjeller skal være et mål for kommunen (FHL, 2012).

Folkehelse er allerede med i Eidsvolls planer og strategier, men det har manglet en pådriver for å implementere folkehelse i det praktiske arbeidet, og det blir sett på som et problem at intensjonene ikke fører til tiltak og handling. Står det i det hele tatt noe om tiltak og handling i de eksisterende dokumentene? Det står endel om gang- og sykkelveier og det vises til muligheter for turer i skog og mark både sommer og vinter, i Konsekvensutredning og ROS analysen står det spesifikt nevnt at *"Fysisk aktivitet er et av de mest sentrale virkemidler i folkehelse"* (Eidsvoll kommune, 2017h s. 13). Selv om alle informasjonspersonene definerer folkehelse bredt og som noe som inngår i alle virksomheter er det flere som mener at mer fysisk aktivitet er en god løsning for folkehelseutfordringene. Selvfølgelig er det viktig for helsen at man er i aktivitet og kombinert med et fornuftig kosthold bidrar det til bedre helse hos individet og dermed bedrer det folkehelsen. Men det er kanskje ikke der det største problemet ligger? Oversiktsdokumentet over helsetilstanden i kommunen bruker folkehelseprofilen som et utgangspunkt for utredningen. Denne viser at Eidsvoll kommune har dårlige resultater på de fleste indikatorer hvor liten fysisk aktivitet og dårlig kosthold ofte får skylden, men hvor årsakene i noen grad kan være andre, som for eksempel lav sosioøkonomisk status (Naidoo & Wills, 2009, Eidsvoll kommune, 2017e, Folkehelseinstituttet, 2016a).

Oversiktsdokumentet viser at prosentandelen som lever av uføretrygd er på 20 % i

aldersgruppen > 44 år dette er høyt uansett hvilke andre områder det sammenlignes med, frafallet i skolen er høyt og andelen som arbeider i service yrker er høyere enn gjennomsnittet for fylket. Det er ikke mulig å si noe om hver enkelt mottaker av uføretrygd, men her er tallene så store, og med et relativt lavt utdanningsnivå og en høy andel ansatt i serviceyrker kan det tyde på at press på arbeidsplassen gjennom flere år med store krav, mangel på innvirkning på arbeidsoppgaver og stor fysisk belastning har ført til den vanskelige situasjonen (Karasek og Theorell, 1990) De yrkesaktive som står i jobb med de samme kravene har større sjanse for å pådra seg stress og stressrelaterte sykdommer, som er hjertekarsykdommer, diabetes type 2, muskel- og skjelettplager og overvekt inkludert fedme (NOA, 2013, Karasek & Theorell, 1990, Ursin & Eriksen, 2004). Studier viser også at arbeidsuførhet etter skader assosieres med samme type arbeid og både oversiktsdokumentet og intervjuene viser at det er en forståelse for at helse har en sammenheng med sosialt utgangspunkt, utdanning, yrke og inntekt. I planene blir det lagt vekt på å heve utdanningsnivået og det legges vekt på å bedre skolen. Konkrete handlinger på disse områdene er viktige for å utjevne de sosiale helseforskjellene, men de må settes i en større sammenheng.

Det sosioøkonomiske nivået ved fødsel har en betydning for helsen (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014) En rapport fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser en klar sammenheng mellom foreldrenes utdanningsnivå og barnas resultater på skolen, (Ekren, R., 2014). Økt fokus på inkludering og kvalitet i skolen kan være med på å rette opp dette, men for at fortettingen på Råholt skal spille en rolle i dette arbeidet er det viktig at knutepunktet tiltrekker seg den riktige sammensetningen av beboere. Hvilke muligheter har Eidsvoll til å utnytte knutepunktutviklingen på Råholt til å utjevne de sosiale forskjellene i helse? Eidsvoll har visjon som sier ” Trivsel og vekst i grunnlovsbygda” (Eidsvoll kommune, 2017f s5) og utfra denne visjonen er det utarbeidet en hovedmålsetting som sier at

”Grunnlovsbygda Eidsvoll skal være en attraktiv og god kommune å bo og leve i. I samarbeid med sine innbyggere skal kommunen arbeide for at kulturarv, miljø, naturressurser, arealer og økonomi forvaltes på en måte som sikrer gode levekår for alle, og som sikrer bærekraftig og framtidsrettet samfunnsutvikling.” (Eidsvoll kommune, 2017f s 5).

Oversiktsdokumentet over helsetilstanden sier at en stor andel av de som søker kommunalbolig ikke får tilbud, og at det er indikasjoner på at mange har problemer med å komme inn på det private markedet både som eiere og leiere (Eidsvoll kommune, 2017e).

Har de gode levekår? Blant målene som definerer sosial rettferdighet ved kompakt byutvikling finner vi i tillegg til at det finnes nødvendige lokale tjenester, arbeidsplasser og fritids muligheter skal være tilgang til rimelige boliger. Eidsvoll kommune har ikke lagt noen føringer med tanke på hva slags boliger som skal bygges på Råholt, men både Regional areal- og trafikkplan og intervjupersonene antar at det er småbarnsfamilier som flytter til området, og at intern flytting fører til at det er leiligheter det er behov for (Akershus fylkeskommune, 2015). Flere antar at det er eldre mennesker som først og fremst flytter til knutepunktene, og langt de fleste ser for seg at det er familier eller single som har solgt noe et sted og dermed har muligheter for å kjøpe noe på Råholt. Hva da med de som sliter med uførhet, dårlig helse, og manglende økonomisk evne til å kjøpe seg bolig? Sikres de gode levekår slik hovedmålsettingen i kommuneplanens samfunnsdel gir løfter om?

Kommunen klarer ikke pr nå å oppfylle behovet for leiligheter til disse menneskene. Sannsynligheten for at de som flytter til kommunen har midler til å kjøpe seg inn i det private markedet er stor, selv om folkehelsestrategien mener at tilgangen på rimelige boliger kan være en ulempe for kommunen da de ser en mulighet for at det kan føre til at mennesker med manglende eller lav inntekt flytter inn (Eidsvoll kommune, 2017e). Studien inkluderer ingen utbyggere som er involvert i planer om å bygge på Råholt. Det er derfor ikke mulig å uttale seg om utbyggerne tenker på de sosioøkonomisk svake når de planlegger sine prosjekter. Utbyggeren som deltok i studien mener at det ikke er et vanlig tema, og heller ikke folkehelsekoordinatoren i Fredrikstad sier de har noen spesielle krav med tanke utbygging og fortetting og sosial ulikhet i helse. Dette samsvarer med en litteraturstudie der Millstein & Hofstad (2017) finner at sosial ulikhet i helse ikke blir tillagt særlig vekt, i tillegg kan fortetting føre til prisøkning og utelukke de svakest blant kjøpegruppene, en tredje ting de fant var at boområdene ble ansett som mer attraktive og det førte til at de sosioøkonomisk svakerestilte ble presset ut av områdene (Millstein & Hofstad, 2017). Dette setter kommunen i et dilemma, skal de bygge ut området på en måte som tiltrekker seg kjøpesterke innflyttere eller skal de sette inn ressurser på å nå sitt hovedmål om å gjøre Eidsvoll til en bygd som sikrer gode levekår for alle? Hvis de bestemmer seg for det første kan det hende resultatet etter hvert blir positivt for folkehelseprofilen, noe fler av intervjupersonene mener vil bli skje når de nye innbyggerne er på plass. På den annen side vil det kunne føre til at de sosiale helseforskjellene blir større. Hvis bebyggelsen rundt selve knutepunktet er leiligheter bebodd av eldre, hva da med aktivitetene som skal foregå der? Møteplassene blir kanskje benyttet av

94

de eldre? Men hva med de andre aktivitetene? Hvis de svakerestilte barna ikke blir fulgt opp hjemmefra, noe fler av intervjupersonene mener kan være en utfordring, og de ikke bor i knutepunktet, der flere mener de bør bo, vil de da bli inkludert, vil de i det hele tatt benytte seg av tilbudene som legges til knutepunktet?

Hvordan kommer Råholt ut sammenlignet med definisjonen på sosial bærekraft? Så langt har diskusjonen dreid seg rundt noen av elementene i den delen av begrepet som dreier seg om sosial rettferdighet (Bramley, Dempsey, Power, Brown, & Watkins, 2009). Når det gjelder første punkt med nærhet til viktige lokale tjenester inngår det å skape et funksjonelt sentrum i planene (Eidsvoll kommune, 2017a). Det er tilgang til fritidsaktiviteter i området og møteplasser både i form av lekeplasser og torg beskriver intervjupersonene som viktig i forbindelse med knutepunktfortettingen. Offentlig kommunikasjon er god med tanke på jobbpendling, men internt i kommunen er det flere intervjupersoner som savner et bedre kollektivtilbud. Arbeidsmuligheter er neste punkt, kommunen er i samtaler og arbeider med å skaffe arbeidsplasser til området (Eidsvoll kommune, 2017b), men allerede i dag arbeider 59 % av de yrkesaktive utenfor kommunen. Det siste punktet på dreier seg om tilgang til rimelige boliger, som nevnt tidligere i kan det være et dilemma for kommunen, hvem skal de bygge for og hvor innstilt er de på å nå hovedmålet sitt i kommuneplanen om å sikre gode levekår for alle? (Eidsvoll kommune, 2017f).

I følge uttalelser fra intervjupersonene ser utbyggerne et marked for billige boliger, men det forventes ikke at utbyggerne skal drive veldedighet så det må gå på bekostning av kvalitet og antakeligvis enda tettere og høyere bebyggelse. Noe som igjen kan føre til en homogen befolkning i deler av fortetningsområdet og som en av intervjupersonene uttalte *”Som fagperson så tenker man jo litt tilbake til arbeiderboliger i sin tid, hvor man hadde små rom hvor det var mange mennesker som bodde.”* Når man ser sosial ulikhet i helse i et rettferdighetsperspektiv så kan det hevdes at en slik fortetting til ikke fører til utjevning av sosiale helseforskjeller på den andre siden så gir det jo de sosioøkonomisk svakere stilte mulighet for å bli inkludert i det fellesskapet som det er ønskelig å oppnå ved fortetting. Det bringer diskusjonen over på punktene som beskriver samfunnets bærekraft i fortetningsdiskusjonen (Bramley, Dempsey, Power, Brown, & Watkins, 2009).

Hvor er Råholt sammenlignet med punktene som knyttes til samfunnets bærekraft? Når det



gjelder stolthet over og tilknytning til nabolaget kan funnene knyttet til Eidsvollmentaliteten tyde på at det er en vei å gå. Det sosiale samspillet til nabolaget kan også være en utfordring med tanke på Eidsvollmentaliteten, men det trenger ikke være slik. Råholt består i dag av mye småhusbebyggelse og innenfor veier og grender kan det være gode miljøer, i så fall vil det være et positivt grunnlag for videreutvikling av området. Kriminalitet og antisosial oppførsel foreligger det ikke gode data på, mens Eidsvollmentaliteten kan ha en betydning for opplevd kvalitet av nærmiljøet. Studien har ikke viet de to neste punktene "tilfredshet med hjemmet" og "stabilitet med tanke på botid og flytting" noen oppmerksomhet. Det siste punktet "deltakelse i kollektive grupper og samfunnsutvikling" finnes det derimot mye data på i studien. Oversiktsdokumentet viser at det er et rikt tilbud av idrettslag og kulturelle aktiviteter, mange av dem er lokalisert til Råholt. Det finnes dessuten aktivitetssenter og frisklivssentral tilgjengelig (Eidsvoll kommune, 2017d). Allikevel sliter kommunen med en befolkning som er preget av dårlig psykisk helse, og i oversiktsdokumentet legger de til grunn at det å vokse opp i et samfunn hvor trygghet og samhold råder er viktig for den psykiske helsen (Eidsvoll kommune, 2017d).

Valgdeltakelsen i Eidsvoll ved siste kommunevalg var på 54 % godt under landsgjennomsnittet og synkende fra forrige kommunevalg (Eidsvoll kommune, 2017d). Valgdeltakelsen kan si noe om samfunnsengasjement og dårlig psykisk helse kan føre til lavt sosialt engasjement (Folkehelseinstituttet, 2016, Schwarzer, Knoll & Rieckmann, 2004). I sin årstale uttalte helsedirektøren at psykiske problemer starter med frafall i skolen, antall unge med psykiske problemer er doblet de siste årene og raskest økende i aldersgruppen 20-29 år. Dette fører til søvnproblemer, dårlig selvfølelse, vanskeligheter med arbeidslivet og økt sosial ulikhet i helse (Helsedirektoratet, 2017).

I sin tale til toppmøtet i Nordisk ministerråd i februar 2017 om psykisk helse sa Erna Solberg at en 20 åring som faller utenfor arbeidslivet koster samfunnet 10 mill. kroner. Hvis ikke Eidsvoll kommune gjør noe med frafallet i skolen vil utsiktene for årene fremover være dårlige med tanke på å utjevne de sosiale forskjellene i helse. Skoleopprustning inngår ikke i denne studien, men det er et bakteppe for å se på mulighetene til hva som kan gjøres nå.

Alle intervjupersonene uten unntak er enige om at medvirkning er viktig. Alle plandokumentene som er gjennomgått inneholder kommentarer om medvirkning og at det er

viktig få innspill og medvirkning fra innbyggerne i plansaker. Måten det blir invitert til medvirkning på følger i stor grad minimumskravene til PBL, en annonse i lokalavisen og noen opplysninger på kommunens hjemmesider. På Råholt har det være informasjonsmøter i regi av kommunen og AP, i tillegg en mulighetsstudie gjennomført av Asplan Viak på bestilling fra kommunen. Mulighetsstudien ble gjennomført med inviterte deltakere fra næringsliv, skole, politikere, grunneiere, frivillig arbeid og kommunalt ansatte. Men hvor er de sosioøkonomisk svake? De som trenger et løft for å føle tilhørighet og mestring? Grorudalssatsingen i Oslo, har vist at det er mulig å få med alle for å ruste opp miljøet. De har gått fra dør til dør og banket på hos dem som ellers ikke deltar, og de har fått dem med (Oslo kommune, 2016). Det bør være en tilsvarende mulighet på Råholt også. Hva med at kommunen tar initiativ til å danne en tilsvarende gruppe som ”Feiring regjeringa”? Ikke bare på Råholt, men i tettstedene som finnes i kommunen. Fredrikstad har lokalsamfunnslag som jobber med de nære, daglige tingene, men som også blir hørt blant annet når det gjelder kommunale planer. Utfordringen er å få med alle.

Det finnes mange måter å involvere innbyggerne på, og effekten av å få med de svakest stilte er stor når det lykkes, både med tanke på utjevning av sosiale helseforskjeller og i rene kroner og ører. Så kan det jo hevdes at det er vanskelig å få med denne gruppen til å planlegge for et område de ikke vet om de har en mulighet for å bo i. Det er selvfølgelig et poeng, men i planen for Råholt er også et av målene å utvikle et sentrum i lokalsamfunnet. Sentrum er beskrevet som ”strengen”, området fra kjøpesenteret til Eidsvoll verk stasjon. Her er det eksisterende boliger og næringseiendommer, og en stor trafikkert vei som deler lokalsamfunnet i to. Å lage et attraktivt sentrum som binder alle delene av området sammen er kanskje den viktigste utfordringen å finne en kreativ løsning på. En god løsning som vil kunne skape et godt fungerende miljø på Råholt. For å finne løsning på den utfordringen bør alle deler av befolkning, næringsliv og kommunal virksomhet involveres. Det er antageligvis et tema som engasjerer de fleste og som mange har et synspunkt på, og forslag til mulige løsninger på. Men de må bli spurt, direkte, oppsøkende virksomhet. Det holder ikke med annonse i avisen eller informasjon på hjemmesidene i kommunen. Det er jo slett ikke sikkert de abonnerer på avisen eller har internett.

I formannskapsmøtet hvor oversiktsdokumentet for helsetilstanden ble presentert ble det også besluttet at kommunen skal delta i en demokratiundersøkelse i regi av KS. Det var tydelig at

politikerne er opptatt av samfunnsengasjement og ikke minst valgdeltakelse. Aktiv inkludering av den delen av befolkningen med dårligst sosioøkonomisk status kan være en vei mot bedre psykisk helse, mindre frafall i skolen, høyere utdanningsnivå som bidrar til større muligheter for yrkesvalg, bedre økonomi, og det vil igjen føre til mindre sykdommer som kan relateres til sosial ulikhet i helse. Medvirkning er ikke den fullkomne løsningen på problemene i kommunen, men blir de svakeste sett og inkludert kan det bidra til positive helseeffekter og utjevning av sosiale helseforskjeller.

Den andre delen av problemstillingen lyder:

*Hvilken betydning kan forståelsen av folkehelsebegrepet i kompakt byutvikling ha med tanke på utvikling av tiltak for å utjevne av sosiale helseforskjeller?*

Kort oppsummert har denne diskusjonen gitt følgende svar:

Selv om utjevning av sosiale ulikheter i helse er et spesifisert mål i FHL og mange av helseutfordringene i kommunen kan knyttes til de sosioøkonomisk svake i kommunen er ikke sosiale ulikheter i helse et tema som blir diskutert når det planlegges for fortetting på Råholt, hverken i administrasjonen, blant utbyggere eller blant politikere. Dette samsvarer med funn gjort i en litteraturstudie fra 2017 om fortetting og folkehelse (Millstein & Hofstad, 2017). Eksisterende dokumenter nevner sosiale ulikheter, men det finnes ingen handlingsplaner eller tiltak for å utjevne ulikhetene.

Flere av informantene mener folkehelseprofil blir bedre etterhvert som kommunen får nye innbyggere, noe som kan skje, men det vil ikke være med på å utjevne de sosiale ulikhetene. Risikoen er stor for at ulikhetene blir større fordi det kan forventes høye priser på leilighetene på Råholt som gjør at de sosioøkonomisk svakeste ikke blir inkludert i det nye boligmiljøet.

Aktiv invitasjon til medvirkning ved utformingen av knutepunktutviklingen på Råholt også av de sosioøkonomisk svakeste innbyggerne, kan føre til mestring og eierskap i planleggingen, noe som kan føre til økt samfunnsdeltakelse og også bidra til å minske risikoen for å utvikle sykdommer forbundet med lav sosioøkonomisk status.

## 8.0 Konklusjon

Forbedring av forståelsen av folkehelsebegrepet har en positiv effekt på viljen til å

implementere folkehelse i planleggingsprosessen ved kompakt byutvikling. Dette gjelder både de ansatte i administrasjonen og politikerne.

Måten folkehelse blir presentert på har betydning for forståelsen, det kommer tydelig fram at å få presentert temaet i et dokument som tar for seg hele bildet har vesentlig større effekt enn å presentere det fragmentert i flere planer.

Oppfølgingen av folkehelseplaner forutsetter aktiv og målbevisst oppfølging av en fagperson, gjerne plassert sammen med planleggerne slik at de kan få innblikk og opplæring i hverandres fagfelt.

Selv om utjevning av sosiale ulikheter i helse er et spesifisert mål i FHL og mange av helseutfordringene i kommunen kan knyttes til de sosioøkonomisk svake i kommunen er ikke sosiale ulikheter i helse et tema som blir diskutert når det planlegges for fortetting på Råholt, hverken i administrasjonen, blant utbyggere eller politikere.

Eksisterende dokumenter nevner sosiale ulikheter, men det finnes ingen handlingsplaner eller tiltak for å utjevne ulikhetene, hverken generelt eller spesifikt knyttet til knutepunktutviklingen på Råholt.

Fler av informantene mener folkehelseprofilen blir bedre etterhvert som kommunen får nye innbyggere, noe som kan skje, men det vil ikke være med på å utjevne de sosiale ulikhetene. Risikoen er stor for at ulikhetene blir større fordi det kan forventes høye priser på leilighetene på Råholt som gjør at de sosioøkonomisk svakeste ikke blir inkludert i det nye bomiljøet.

Aktiv invitasjon til medvirkning også fra de sosioøkonomisk svakeste innbyggerne kan føre til mestring og eierskap i planleggingen, noe som kan føre til økt samfunnsdeltakelse og også bidra til å minske risikoen for å utvikle sykdommer forbundet med lav sosioøkonomisk status.

## 9.0 Videre forskning

En kritisk faktor for å lykkes med knutepunktutvikling som virkemiddel for utjevning av sosiale forskjeller i helse er om det nye senteret får en befolkningssammensetning som bidrar til slik utjevning. I hvilken grad politikere har virkemidler og klarer å styre utbyggere til å

skape bomiljøer som inkluderer alle er ikke berørt i denne studien, men er verdt mer inngående forskning.

En annen kritisk faktor vedrørende knutepunktutvikling og utjevning av sosiale forskjeller i helse er hvordan knutepunktutviklingen påvirker folkehelse tilbudet i resten av kommunen. Utsatte grupper som ikke trekkes til knutepunktet er avhengig av at kommunen fortsetter sitt målrettede folkehelsearbeid også for dem. I verste fall kan konsentrasjon av folkehelseressurser omkring planlegging og realisering av knutepunktet svekke innsatsen i resten av kommunen så mye at nye grupper kommer i risikozonen og de sosiale ulikhetene øker totalt sett. Hvordan kommune best håndterer denne utfordringen er også verdt nærmere studier.

## 10.0 Referanseliste:

- Akershus fylkeskommune (2015) *Regionalplan for areal og transport i Oslo og Akershus*. Hentet 16.2.2017 fra <http://www.akershus.no/ansvarsomrader/samferdsel/samferdselsplanlegging/regional-plan-for-areal-og-transport-i-oslo-og-akershus/>
- Akershus fylkeskommune (2016) *Akershusstatistikk* Hentet 21.4.2017 fra <http://www.akershus.no/ansvarsomrader/statistikk-og-kart/om-statistikk-tjenesten/>
- Askheim, O.P., (2012) *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Arthurson, K., Lawless, A. & Hammet, K. (2016) Urban Planning and Health: Revitalizing the Alliance, *Urban Policy and Research* 34:1, 4-16. DOI: 10.1080/08111146.2015.1129943
- Berekvam, Ø. (2017) Den sjuende levekårsundersøkelsen. Hentet 2.5.2017 fra <http://www.stavanger.kommune.no/no/Aktuelt/Den-sjuende-levokarsundersokelsen-er-klar/>
- Borowy, I. (2013) *Defining Sustainable Development for Our Common Future – A History of the World Commission on Environment and Development (Brundtland Commission)*. London: Routledge.
- Bramley, G. & Power, S. (2009) Urban form and sustainability: the Role of Density and Housing Type. *Environment and Planning. B: Planning and Design* 36, p 30-48
- Bramley, G., Dempsey, N., Power, S., Brown, C. & Watkins, D. (2009) Social sustainability and Urban Form: evidence from five British cities. *Environment and Planning A* 41, p. 2125-2142
- Dahl, E. (2009) Health inequalities and Health Policy: The Norwegian case. *Norsk epidemiologi*. 12 (1) s. 69-75
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K.A. (2014) *Sosial ulikhet i helse: En kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eidsvoll Arbeiderparti (2015) *Partiprogram 2015*. Hentet 19.3.2017 fra [http://bucketeer-872a238d-0b7b-4798-b9c6-e4c3017eac3e.s3.amazonaws.com/sanity\\_uploads/programme/unit\\_83/attachment/69/ap-kortversjon-12sider-2015-fin12-web.pdf](http://bucketeer-872a238d-0b7b-4798-b9c6-e4c3017eac3e.s3.amazonaws.com/sanity_uploads/programme/unit_83/attachment/69/ap-kortversjon-12sider-2015-fin12-web.pdf)
- Eidsvoll kommune (2016) *Grunnlovsbygda*. Sarpsborg: JS Media Tools A/S
- Eidsvoll kommune (2017a) *Planprogram for kommunedelplan Råholt 2016-2030*. Hentet 14.02.2017 fra <https://sru.eidsvoll.kommune.no//api/utvalg/3/moter/1249/behandlinger/3/1>
- Eidsvoll kommune (2017 b) *Saksprotokoll Formannskapsmøte -28.02.2017* Hentet 23.3.2017 fra <https://sru.eidsvoll.kommune.no//api/utvalg/3/moter/1401/behandlinger/0/behandlinger/0>
- Eidsvoll Kommune (2017c) *Styringsdokumenter og planer*. Hentet 10. februar 2017, fra <https://www.eidsvoll.kommune.no/publisert-innhold/politikk-og-organisasjon/styringsdokumenter-og-planer/>
- Eidsvoll kommune (2017d) *Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i Eidsvoll kommune 2016* Hentet 23.4.2017 fra

- <https://sru.eidsvoll.kommune.no/api/utvalg/3/moter/1401/behandlinger/5/1>  
Eidsvoll kommune (2017 e) *Folkehelsestrategi Eidsvoll kommune*. Hentet 15.2.2017, fra <https://www.eidsvoll.kommune.no/siteassets/20-pdf-dokumenter/plan/temaplaner/vedtatt-folkehelsestrategi-17.06.14.pdf>
- Eidsvoll kommune (2017f) *Kommuneplan 2011-2022. Samfunnsdelen* Hentet 19.2.2017 fra <https://www.eidsvoll.kommune.no/siteassets/20-pdf-dokumenter/plan/overordnede-planer/samfunnsdelen-vedtatt-06-09-11.pdf>
- Eidsvoll kommune (2017g) *Kommuneplanens arealdel 2015-2026. Planbeskrivelse*. Hentet 20.2.2017 fra <https://www.eidsvoll.kommune.no/siteassets/20-pdf-dokumenter/plan/overordnede-planer/planbeskrivelse-til-arealdelen.pdf>
- Eidsvollkommune (2017h) *Kommuneplan 2015-2026 Konsekvensutredning og Risiko-og sårbarhetsanalyse* Hentet: 10h.05.2017 fra [https://www.eidsvoll.kommune.no/siteassets/20-pdf-dokumenter/plan/overordnede-planer/ku\\_eidsvoll\\_2013-10-24justert-20.5.2015.pdf](https://www.eidsvoll.kommune.no/siteassets/20-pdf-dokumenter/plan/overordnede-planer/ku_eidsvoll_2013-10-24justert-20.5.2015.pdf)
- Eidsvoll kommune (2017i) *Planstrategi 2016-2019 og planprogram for kommuneplan 2016-2030* Hentet 10.5.2013 fra <https://www.eidsvoll.kommune.no/siteassets/20-pdf-dokumenter/plan/overordnede-planer/kommunal-planstrategi-og-planprogram-vedtatt.pdf>
- Eidsvoll kommune (2017 j) *Saksprotokoll i Formannskapet - 28.02.2017* Hentet 12.5.2017 fra <https://sru.eidsvoll.kommune.no/api/utvalg/3/moter/1401/behandlinger/5/behandlinger/0>
- Eidsvoll kommune (2017k) *Tilbud fra KS om lokaldemokratiundersøkelse 2017*. Hentet 20.4.2017 fra <https://sru.eidsvoll.kommune.no/api/utvalg/3/moter/1401/behandlinger/1/0>
- Ekren, R. (2014) Sosial reproduksjon av utdanning? *Samfunnsspeilet*. 5 s. 20-24.
- Ewans, G.W. & Kantrowitz, E. (2002) Socioeconomic Status and Health: The Potential Role of Environmental Risk Exposure. *Annual Review of Public Health* Vol. 23 s. 303-331 DOI: 10.1146/annurev.publhealth.23.112001.112349
- Facebook (2017a) *Eidsvoll Høyre. Partiprogram 2015*. Hentet 19.3.2017 fra Facebook (2017b) *Eidsvoll Frp, Partiprogram 2015*. Hentet 19.3.2017 fra <https://www.facebook.com/EidsvollFrP/photos/a.982428501801568.1073741831.653840917993663/982428508468234/?type=3&theater>
- Fangen, K. (2010) *Deltagende observasjon*. (2.utg) Bergen: Fagbokforlaget
- Feiring – fager og frodig (2017, 3.mars) Feiringregjeringa. Hentet 3.4.2017 fra <http://feiring.info>
- Folkehelseforeningen (2012) *Folkehelse på tvers*. Hentet 21.1.2017 fra [http://www.umb.no/statisk/helse/2012\\_folkehelsepaatversrapport.pdf](http://www.umb.no/statisk/helse/2012_folkehelsepaatversrapport.pdf)
- Folkehelseloven (2012) Lov 24.6.2011 nr. 29, om folkehelsearbeid.
- Folkehelseinstituttet (2015) *Folkehelse i Norge 1814-2014* Hentet 17.3.2017 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/folkehelse-i-historien/folkehelse-i-norge-1814-2014/#folkehelse-i-historisk-perspektiv>
- Folkehelseinstituttet (2016) *Folkehelseprofil Eidsvoll kommune* Hentet 17.2.2017 fra <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0237&sp=1&PDFAar=2016>
- Folkehelseinstituttet (2017a) *Folkehelse i kommunene*. Hentet 17.2.2019 fra <https://fhi.no/hn/helse/>
- Folkehelseinstituttet (2017b) *Folkehelseprofil Eidsvoll kommune 2017* Hentet 17.2.2017 fra <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0237&sp=1&PDFAar=2017>
- Folkehelseinstituttet (2016b) *Folkehelseprofil Fredrikstad kommune 2016* Hentet 14.3.2017

- fra <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0106&sp=1&PDFaar=2016>
- Folkehelseinstituttet (2017c) *Folkehelseprofil Fredrikstad kommune 2017* Hentet 14.3.2017 fra <http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0106&sp=1&PDFaar=2017>
- Fredrikstad kommune (2017) *Kommunedelplan for folkehelse 2015-2018/2026* Hentet 15.4.2017 fra <https://www.fredrikstad.kommune.no/globalassets/dokumenter/kmb/barekraftig-samfunn/folkehelse/kommunedelplan-folkehelse-mars-2015.pdf>
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D.A., Lynch, J.W. & Smith, B.D. (2006) Indicators of Socioeconomic Position (Part 1) *Journal of Epidemiology and Community Health*. (1979-), Vol. 60, No. 1 s.7-12 URL: <http://www.jstor.org/stable/40795066>
- Hagen, S., Helgesen, M., Torp, S. & Fosse, E. (2015) Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43:597-605
- Hansen, G.S., Helgesen, M.K. & Vabo, S.I. (2011) *Politikk og demokrati. En innføring i stats- og kommunalkunnskap*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helgesen, M.K. & Hofstad, H. (2012) *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering*. NIBR-rapport 2012:13, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Helsedepartementet (2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. (St. meld. nr. 16, 2002-2003) Hentet 17.4.2017 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/no/pdfs/stm200220030016000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet (2013) *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. Hentet 20.4.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/50/God-oversikt-en-forutsetning-for-god-folkehelse-IS-2110.pdf>
- Helsedirektoratet (2017) *Psykisk helse og livskvalitet – lokalt folkehelsearbeid* Hentet 22.4.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Sider/Psykisk-helse-og-livskvalitet-lokalt-folkehelsearbeid.aspx>
- Helsedirektoratet (2017 a) *Helsedirektørens årstale 2017: Tidlig innsats mot ungt utenforskap*. Hentet 13.5.2017 fra <https://helsedirektoratet.no/nyheter/helsedirektorens-arstale-2017-tidlig-innsats-mot-ung-utenforskap>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted- til rett tid*. (St. meld. nr. 47, 2008-2009) Hentet 14.4.2017 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. (Prop 90L) Hentet 27.3.2017 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/156cc635411248bda507c9411bdf4cd0/no/pdfs/prp201020110090000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. (St. meld. nr. 34 2012-13) Oslo: Departementenes servicesenter
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014) *Verdens helseorganisasjon*. Hentet 23.4.2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Hofstad, H. (2013) *Håndtering av "Wicked Problems" i kommunalplanleggingen*. Doktoravhandling ved Universitetet i Oslo. Hentet 21.3.2017 fra



- <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/37540/dravhandling-hofstad.pdf?sequence=1>
- Hofstad, H., Lid, S., Schou, A. & Vedeld, T. (2015) *Lokal oversikt over folkehelsen – muligheter og utfordringer*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.
- Holmsen, A. (1959) *Eidsvoll Bygds Historie*. Oslo: Eidsvoll Bygdebokkomite
- Høyre (2017) *Eidsvoll* Hentet 17.3.2017 fra <https://hoyre.no/akershus/eidsvoll/politikk/>
- Innes, J. & Booher, D.E. (2010) *Planning with complexity. An introduction to Collaborative Rationality for Public Policy*. Oxon, UK: Routledge
- Johannessen, A., Tuft, P.A. & Christoffersen L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (5.Utg.) Oslo: Abstrakt forlag AS
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990) *Healthy work: Stress productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kommuneloven (1993) Lov av 25.9.1992 nr. 107, om kommuner og fylkeskommuner
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2009) *Kapittel 12. Reguleringsplan* Hentet 21.4.2017 fra [https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kmd/veiledninger\\_brosjyrer/2009/lovkommentar-til-plandelen-i/kapittel-12-reguleringsplan/id556723/](https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kmd/veiledninger_brosjyrer/2009/lovkommentar-til-plandelen-i/kapittel-12-reguleringsplan/id556723/)
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014) *Veileder. Medvirkning i planlegging. Hvordan legge til rette for økt deltakelse og innflytelse i kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven*. Hentet 30.4.2017 fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/plan/medvirkningsveileder/h2302b\\_veileder\\_medvirkning.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/plan/medvirkningsveileder/h2302b_veileder_medvirkning.pdf)
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2015) *Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging*. Hentet 14.02.2017 fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/2f826bdf1ef342d5a917699e8432ca11/nasjonale\\_forventninger\\_bm\\_ny.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/2f826bdf1ef342d5a917699e8432ca11/nasjonale_forventninger_bm_ny.pdf)
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016) *Tillegg til Veileder. Medvirkning i planlegging. Kap. 4* Hentet 2.5.2017 fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/plan/medvirkningsveileder/medvirkningsveileder\\_metodenotat.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/plan/medvirkningsveileder/medvirkningsveileder_metodenotat.pdf)
- Kommunal- og regionaldepartementet (2008) *Eit sterkt lokaldemokrati*. (St. meld. nr. 33 2007-2008) Hentet 23.4.2017 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/0b75af019bd041468ca7571547b6ed18/nno/pdfs/stm200720080033000dddpdfs.pdf>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kleven, T. (2012) ”If planning is everything...” – Wildawsky revisited. *Plan 2*
- Klima- og miljødirektoratet & al. (2017) *Veiledning til plansystemet*. Hentet 23.3.2017 fra [http://www.miljokommune.no/Temaoversikt/planlegging1/veiledning\\_til\\_plansystemet/](http://www.miljokommune.no/Temaoversikt/planlegging1/veiledning_til_plansystemet/)
- KS (2017) *Kommunespeilet*. Hentet 13.3.2017 fra <http://www.ks.no/fagomrader/om-ks/publikasjoner-og-utgivelser/kommunespeilet/>
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company Inc.
- Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget AS
- Naidoo, J. & Wills, J. (2009) *Foundations for Health Promotion*. (3.ed) London: Baillière Tindall Elsevier

- NAV (2016, 27.3.2017) *Sykefraværstatistikk*. Hentet 17.4.2017 fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar>
- NOA (2013) *Rollekonflikt*. Hentet 17.4.2017 fra <http://noa.stami.no/arbeidsmiljoindikatorer/psykososialtorganisasjonisk/krav-kontroll-sosial-stotte/rollekonflikt/>
- Næss, P. (2015) Kompaktbyen og bærekraftig transport. I: Hansen, G.S., Hofstad, H., & Saglie, I-L.(red) *Kompakt byutvikling. Muligheter og utfordring*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Næss, P., Saglie, I-L., & Thorén, K.H. (2015) Ideen om den kompakte byen i norsk sammenheng. I: Hansen, G.S., Hofstad, H., & Saglie, I-L.(red) *Kompakt byutvikling. Muligheter og utfordring*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Oplandske dampskipsselskap (2016) Skibladner (2016) Hentet 17.2.2017 fra <https://www.skibladner.no/om-oss>
- Oslo kommune (2016) *Gode nærmiljøer. Innføring i metode for områderettet arbeid*. Oslo: RK grafisk
- Plan- og bygningsloven. Lov av 27.6.2008, nr. 71, om planlegging og byggesaksbehandling.
- Regjeringen (2013) Folkehelseloven. Hentet 06.01.2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>
- Regjeringen (2015a) *Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging*. Hentet 22.2.2017 fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/2f826bdf1ef342d5a917699e8432ca11/nasjonale\\_forventninger\\_bm\\_ny.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/2f826bdf1ef342d5a917699e8432ca11/nasjonale_forventninger_bm_ny.pdf)
- Regjeringen (2015b) *Hvorfor innbyggermedvirkning er viktig*. Hentet 9.1.2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/Verktoy/lokaldemokrati/kommunen-og-innbyggerne/hvorfor-innbyggermedvirkning-er-viktig/id2425679/>
- Rittel, H.W.J.& Webber, M.M. (1973) Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy sciences* 4. 155-179
- Ryen, A. (2002) *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K.A. (2007) *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget
- Schwarzer, R., Knoll, N. & Rieckmann, N. (2004) Social Support. I Kaptein, A. & Weinman, J. (red.) *Health Psychology UK* Blackwell Publishing Ltd
- Sand, O., Sjaastad, Ø.V. & Haug, E. (2011) *Menneskets fysiologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Seaman, P.J., Russel, J. & Ellaway (2010) It's not just about the park, it's about integration too: why people choose to use or not use urban greenspaces. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 7 8.
- Selye, H. (1956) *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Siegrist & Marmot (2004) Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges. *Social Science & Medicine* 58. 1463-1473
- Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Slettevold, I. (2016) Helse og trivsel i Fredrikstad. *Kommunespeilet*. 4 <http://www.ks.no/contentassets/1179acd965f0415aa78fec629893e840/kommunespeile>

- [t-04-2016-web.pdf](#)
- Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Sosial-og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Gradientutfordringen*. Oslo: Sosial-og helsedirektoratet
- Statens vegvesen (2012) *Universell utforming av knutepunkter*. Hentet 17.2.2017 fra [http://www.vegvesen.no/\\_attachment/561845/binary/905922?fast\\_title=Universell+utforming+av+knutepunkt.pdf](http://www.vegvesen.no/_attachment/561845/binary/905922?fast_title=Universell+utforming+av+knutepunkt.pdf)
- Statistisk sentralbyrå (2014) *Organisasjonsaktivitet, politisk deltakelse og sosialt nettverk, levekårsundersøkelsen, 2014*. Hentet 19.3.2017 fra <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/statistikker/orgakt/hvert-3-aar>
- Statistisk sentralbyrå (2016 a) *Kommunefakta Eidsvoll – 0237 (Akershus)* Hentet 17.2.2017 fra <http://www.ssb.no/kommunefakta/eidsvoll>
- Statistisk sentralbyrå (2016 b) *Befolkning og areal i tettsteder*. Hentet 17.2.2017 fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/befteft/aar/2016-12-06?fane=tabell&sort=nummer&tabell=286024>
- Sund, E.R. & Eikemo, T.A. (2011) Sosial ulikhet i helse. I Øverby, N. C. Torstveit M. K. & Høigaard, R. (Red.), *Folkehelsearbeid* (1.utg., s. 124-144). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Thagaard, T. (2016) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 4.utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A (2013) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ursin, H. & Eriksen, H. (2004) The cognitive activation theory of stress. *The Official Journal of Physiconeuroendocrinology*, 5, 567-592. doi:10.1016/S0306-4530(03)00091-X
- Ursin, H. & Eriksen H. (2010) Cognitive activation theory of stress (CATS) *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Vol. 34 877-881  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.03.001>
- WCED-World Commission on Environment and Development (1987) *Our Common Future*. Oxford: Oxford University Press
- WHO (1986) *The Ottawa Charter for Health Promotion* Hentet 23.4.2017 fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Wildavsky, A. (1977) Doing Better and Feeling Worse: The Political Pathology of Health Policy. *Daedalus* Vol. 106 No.1 s. 105-123
- Wilcock, A.A. & Hocking, C. (2015) Occupation: Belonging through doing. I Wilcock, A.A. & Hocking, C. (red) *An occupational perspective of health*. 3<sup>rd</sup> utg Thorofare, New Jersey: Slack Incorporated
- Yin, R.K. (2014) *Case study research: Design and methods*. 5.ed. Thousand Oaks: Sage Publications.
- QSR International (2017) *What is NVivo*. Hentet 13.februar 2017 fra <http://www.qsrinternational.com/what-is-nvivo>

## Vedlegg 1

Informasjon og forespørsel om deltakelse i prosjekt.

Prosjektets navn: Folkehelseutfordringer i kommuneplanleggingen.

Bakgrunn

Mitt navn er Kari Zimmer og jeg er Masterstudent i Folkehelsevitenskap ved Norges Miljø- og Biovitenskapelige Universitet (NMBU). I dette siste året på masterstudiet skal jeg skrive en avsluttende oppgave. Min oppgave vil fokusere på Folkehelseutfordringer i kommuneplanleggingen.

Hensikten med studien:

I forbindelse med regjeringens forventninger om utbygging rundt knutepunkter vil jeg undersøke hvilken plass folkehelseutfordringene har i planleggingen av disse og hvordan disse utfordringene søkes løst. Jeg fikk tips om utbyggingsplanene på Råholt og tok kontakt med Planavdelingen i Eidsvoll kommune for å høre om det var interesse for at jeg brukte denne utbyggingen som en case. Jeg fikk en positiv respons på henvendelsen.

Jeg ønsker å gjennomføre dybdeintervju av politikere i aktuelle utvalg og ansatte i administrasjonen som har folkehelse som en del av sitt ansvarsområde. Gjennom disse intervjuene ønsker jeg å forstå hva som blir sett på som viktig både med tanke på folkehelse og planarbeidet, og hvordan dette griper inn i hverandre.

Du blir spurt fordi du er medlem av et utvalg eller har en stilling som er interessant for oppgaven min og derfor tar jeg kontakt med deg for å høre om du vil stille opp til et dybdeintervju hvor folkehelseutfordringer og knutepunktutbygging er tema. Det er viktig for studien å få kjennskap til politikere i kommunen og ansatte i kommuneadministrasjonens tanker om dette.

I et slikt intervju er det ingen riktige eller gale svar, jeg er på jakt etter intervjuobjektets subjektive oppfatning av utfordringene og hvordan de kan løses.

Resultatet av studien vil kunne gi en dypere forståelse av hva som er de viktigste utfordringene i arbeidet og ved å definere disse vil det kunne være mulig å gi innspill til kommunen som kan gjøre disse vurderingene enklere.

Hvordan blir informasjonen fra deg behandlet og oppbevart?

All informasjon du gir i intervjuet skal kun brukes til å belyse hensikten med oppgaven slik den er beskrevet over. Alle opplysninger som kan føres tilbake til deg vil oppbevares i låst

skap, og det er kun jeg Kari Zimmer, som har tilgang til dette. Intervjuene blir lagret på bånd og skrevet ut i lesbart format og lagret på pc. Lydbåndopptakene vil bli oppbevart i låsbart skap når det ikke er i bruk, og pc-en er låst med kode.

Alt annet innsamlet materiale vil bli oppbevart i låsbart skap og makulert ved avslutning av studien.

Resultatene av studien publiseres høsten 2017. Informasjonen fra deg vil så godt det er mulig være anonymisert.

#### Frivillig deltakelse:

Deltakelse i studien er frivillig. Hvis du takker ja til å være med betyr det at vi avtaler et tidspunkt for intervjuet og det vil vare i ca. 60 minutter. Utover dette forventes det ingen deltakelse fra deg. Du kan du når som helst trekke deg, og opplysninger jeg har fått av deg vil bli slettet.

Opplysningene du gir vil bli behandlet konfidensielt, det er kun undertegnede og min veileder som vil ha tilgang til disse. Alt innsamlet materiale vil bli slettet når masteroppgaven er ferdig. Senest oktober 2017.

#### Resultat av studien

Som deltaker i studien vil du få tilgang til resultater og funn som er gjort. Dette skjer ved publisering av masteroppgaven i juni 2017.

#### Økonomi og interesser

Studien er selvfinansiert.

#### Ytterligere informasjon

Veileder for oppgaven er: Hege Hofstad [hege.hofstad@nibr.hioa.no](mailto:hege.hofstad@nibr.hioa.no)

Dersom du ønsker flere opplysninger eller du ønsker å trekke deg etter inngått avtale, kan du kontakte:

Kari Zimmer, masterstudent i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet.

Telefon: 924 13 813

E-post: [kari.zimmer@student.nmbu.no](mailto:kari.zimmer@student.nmbu.no)

Alternativ e-post: [karzim76@gmail.com](mailto:karzim76@gmail.com)

## **Samtykkeerklæring til deltakelse i intervju til masterstudie om Folkehelseutfordringer i kommuneplanleggingen.**

Jeg har lest informasjonen ovenfor og samtykker til å delta i studien.

NAVN:.....

TELEFONNUMMER:.....

E-POST:.....

DATO:.....

UNDERSKRIFT DELTAKER:.....

## Vedlegg 2

Intervjuguide administrasjonsansatte og politikere

1. Hva er din rolle i de kommunale planleggingsprosessene?
  
2. Hva legger du i begrepet folkehelse?
  - a) Hvilken kjennskap har du til folkehelseutfordringer i kommunen?
  - b) Hvilke data legges til grunn når kommunen gjør opp status og legger planer for folkehelse?
  - c) Hvordan får du informasjon/ skaffer deg kunnskap om folkehelse i kommunen?
  - d) Hva er dine tanker rundt sosiale helseforskjeller i kommunen?
    - a. Er disse forskjellige i knutepunktområdene sammenlignet med kommunen forøvrig?
  
3. Hva er dine tanker om knutepunktutbygging?
  
4. Medvirkning i planprosessene er lovbestemt i Plan- og bygningsloven.
  - a) Hvordan blir det tilrettelagt for medvirkning i kommunen?
  - b) Hvem er det som engasjerer seg?
  - c) Har du noen forslag utover det som allerede blir gjort for å inspirere til medvirkning?
  - d) Hva er utfordringene med tanke på medvirkning?

Har du noe mer å tilføye som du mener er relevant?  
Er det greit at jeg tar kontakt hvis jeg har flere spørsmål?

TAKK FOR AT DU VILLE VÆRE MED!

### **Vedlegg 3**

#### Intervjuguide innbygger

1 Er du født og oppvokst på Eidsvoll?

2 Hvordan ble du mottatt når du flyttet til kommunen?

3 Engasjerer du deg i kommunens planer?

Hvis ja: Hvorfor?

Hvis nei: Hvorfor ikke?

4 Hva tenker du skal til for at flere engasjerer seg?

5 Har du noen tanker om fortetningsplanene på Råholt?

Takk for at du tok deg tid til å svare meg!



## **Vedlegg 4**

Intervjuguide utbygger

- 1 Hva er viktigst for en utbygger i store utbyggingsprosjekter?
- 2 Hva legger du i begrepet folkehelse?
- 3 Har du noen tanker om fortetting rundt knutepunkter og folkehelse?
- 4 Det er store sosiale helseforskjeller i Norge, er det noe dere utbyggere er bevisst på?

Takk for at du tok deg tid til å svare meg!

## Vedlegg 5



Hege Hofstad  
Institutt for landskapsplanlegging Norges miljø- og biovitenskapelige universitet

1430 ÅS

Vår dato: 13.12.2016

Vår ref: 51067 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.11.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>51067</i>	<i>Folkehelseutfordringer i kommuneplanlegging</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>Kari Zimmer</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 16.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Anne-Mette Somy

Kontaktperson: Anne-Mette Somy tlf: 55 58 24 10

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



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

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
Norway