



Sammendrag

Folkehelseloven fra 2011 bygger på tankegangen fra WHO om en utvidet og helhetlig forståelse av helse. Loven introduserer *det systematiske folkehelsearbeidet* som en arbeidsprosess for å koble folkehelse og planlegging i kommunene. Informasjon om befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal være grunnlag for den videre planprosessen i kommunen. Dette representerer en ny måte å tenke planlegging på i kommunen.

Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan møtet mellom folkehelse og planlegging gjennom det systematiske folkehelsearbeidet oppleves og oversettes i kommunen.

Hovedproblemstilling for oppgaven er: *Hva er mulighetene og begrensningene knyttet til implementering av det systematiske folkehelsearbeidet?*

Designet for oppgaven er casestudie av to ”gjengse” norske kommuner. Metodene brukt for innsamling av data er kvalitative intervjuer av kommuneansatte og analyse av dokumenter som er relevante i det systematiske folkehelsearbeidet.

Funnene i oppgaven viser at det eksisterer ulike forståelser av folkehelse innad i kommunen og dette gjør det vanskelig å oversette og operasjonalisere folkehelsearbeidet. Den tydelige koblingen mellom folkehelse og planlegging har satt folkehelse på planagendaen, men det er en utfordring å få politikerne til å prioritere det langsiktige folkehelsearbeidet. Trang kommuneøkonomi hindrer også en styrking av folkehelsearbeidet. Fysisk aktivitet er et tema som er godt implementert i kommuneplanene, mens tema sosiale helseforskjeller er mer utfordrende å oversette i plansammenheng og er i mindre grad integrert. Kommunene har ikke utarbeidet et oversiktsdokumentet over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

De to kommunene undersøkt har økt bevisstheten rundt folkehelse i planleggingen, samtidig finner de denne nye tankegangen krevende å oversette og implementere i kommunen som organisasjon.

Abstract

The Public Health Law of 2011 is based on WHO's perspective of an expanded and comprehensive understanding of health. The law introduces the *systematic public health-work* as a working-process for connecting public health and planning in municipalities. According to this working-process information about the health of the population and health-influencing factors should be the foundation for the planning process. This represents a new approach in municipal planning.

The purpose of the study is to examine how municipalities perceive and translate the connecting of public health and planning introduced through the systematic public health-work. The following research question is examined: *What are the opportunities and limitations related to the implementation of the systematic public health-work?*

This is explored through a case study of two "average" Norwegian municipalities. The methods used for collecting data are qualitative interviews with municipal employees and analysis of documents relevant to the systematic public health-work.

The findings show that there are different understandings of public health within the municipality that makes the translation and operationalization the public health work challenging. The focus on connecting health and planning has put public health on the planning agenda. Still, the municipalities struggle to make politicians prioritize the long-term public health work. Poor municipal economy also prevents a strengthening of the public health-work. Physical activity is a topic that is well implemented in the municipal plans, whereas the theme social inequities in health is more challenging to translate into planning and is therefore less integrated. The municipalities have not yet conducted an overview document on the population's health-status and health-influencing factors.

The two municipalities have an increased awareness of public health in planning, at the same time they find this new mindset difficult to translate and implement the municipality as an organization.

Forord

Denne oppgaven på 30 studiepoeng er avslutningen på min toårige master i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Det har vært to lærerike år med spennende fag, gode lære og godt studentmiljø.

I løpet av denne mastergraden har jeg fått mulighet til å kombinere folkehelsefag med planleggingsfag. Dermed har jeg utviklet en interesse for koblingen mellom folkehelse og planlegging og hvor viktig kommunen er som a for det lokale folkehelsearbeidet. Det er jo i kommunene folk bor og folkehelsearbeidet virkelig foregår. Min trang til å forsøke å besvare store spørsmål og undersøke brede sammenhenger har ført meg ut i ukjent faglig terreng i arbeidet med denne oppgaven. Min veileder, Hege Hofstad, har vært god til å hente meg ned på jorda og hjulpet meg med i å avgrense alle muligheter som finnes der ute. Tusen takk for dine uvurderlige faglige innspill og moralske støtte gjennom hele prosessen.

Jeg vil takke min kjære Fredrik, bedre støtteapparat skal man lete lenge etter! Takk til mamma for at du alltid har trua og Guro for at du legger akkurat passe press på meg når det trengs. Jeg vil også takke den harde kjernen på Ås for fine og intense dager på lesesalen denne våren.

Takk til Kommunal- og moderniseringsdepartementet for mottatt økonomisk støtte til oppgaven.

Norges miljø- og biovitenskapelige universitet

Ås, 13. mai 2015

Nora Warhuus Samuelsen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	I
Abstract	II
Forord	III
1 Introduksjon	3
2 Bakgrunn	7
2.1 Determinantperspektivet.....	7
2.2 Koblingen mellom folkehelse og planlegging	9
2.3 Det systematiske folkehelsearbeidet.....	13
2.4 Tidligere forskning	19
3 Presentasjon av problemstilling og avgrensning	23
3.1 Avgrensning.....	23
3.1.1 Fysisk aktivitet og sosiale helseforskjeller.....	23
4 Teori	27
4.1 Kultur og myte i kommunen	28
4.1.1 Kultur.....	29
4.1.2 Myte.....	29
4.2 Oversettelse av folkehelsearbeidet	30
4.2.1 Kontekstualisering.....	31
4.2.2 Translatørkompetanse.....	33
4.3 Folkehelseperspektivet som virus.....	35
5 Metode	37
5.1 Design	37
5.2 Case-studie av to kommuner	37
5.3 Utvalg	38
5.4 Rekruttering.....	39
5.5 Intervju.....	39
5.5.1 Prosedyre intervju	40
5.5.2 Transkribering.....	40
5.5.3 Analyse.....	40
5.6 Dokumentanalyse.....	43
5.7 Etikk	44
6 Presentasjon av funn fra intervju og dokumentanalyse	47
6.1 Funn fra folkehelsearbeidet i Kommune A	48
6.1.1 Oversiktsarbeidet.....	48
6.1.2 Folkehelse i planene.....	50
6.1.3 Prioriteringer og politikk.....	53
6.2 Funn fra folkehelsearbeidet i Kommune B	55
6.2.1 Oversiktsarbeidet.....	55
6.2.2 Folkehelse i planer.....	56
6.2.3 Prioriteringer og politikk.....	59
7 Diskusjon	63
7.1 Metodediskusjon.....	63
7.2 Oppsummering av funn	65
7.3 Diskusjon av funn	66
7.3.1 Er det tegn til sti-avhengighet?	66
7.3.2 Er det tegn til dekopling?	69

7.3.3	Hvordan oversettes det systematiske folkehelsearbeidet?	71
8	Avslutning	77
	Litteraturliste	79
	Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt	84
	Vedlegg 2: Intervjuguide	85
	Vedlegg 3: Svar fra NSD	87
	Vedlegg 4: Matrise intervjutemaer	88

1 Introduksjon

Folkehelseloven som kom i 2011 bygger på de fem prinsippene utjevning; *helse i alt vi gjør, føre-var, bærekraftig utvikling og medvirkning* (Prop. 90 L 2010-2011: 47-50). Den nye loven skal i hovedsak legge til rette for et systematisk folkehelsearbeid ut i fra de utfordringer og behov som finnes regionalt og lokalt, fremfor å stille krav om konkrete tiltak innenfor ulike innsatsområder. Det å skaffe seg oversikt over befolkningens helsetilstand er et viktig element i dette arbeidet, det samme er forankring på politisk nivå gjennom plansystemet (Prop. 90 L 2010-2011: 11). Med dette menes at de prioriteringene som vedtas av politikerne i eksempelvis samfunnsdelen skal være førende for de øvrige planene. Loven legger tydelige føringer for at det lokale folkehelsearbeidet må styrkes og har derfor flyttet hovedansvaret for folkehelsearbeidet fra kommunens helsesektor til kommunen som sådan (Prop. 90 L 2010-2011: 12). I en kronikk skriver Geir C. Tuft kommunen må tilpasses den forståelsen av folkehelse som ligger i folkehelseloven hvis de skal nærme seg prinsippet om ”Helse i alt vi gjør”. Dette kan kommunen gjøre på den måten som den finner mest hensiktsmessig, fordi loven ikke legger noen føringer for dette i følge Tuft (2013)

Det er imidlertid ikke til å stikke under en stol at staten ved denne loven legger tydelige føringer på at folkehelseområdet skal være noe langt mer enn de tradisjonelle helse- og sosialtjenestene som sykehjem, hjemmehjelp, helsesøster, kommunelege og sosialtjeneste. Bokstavelig talt alle politikk- og tjenesteområder i kommunen har fått oppgaver innen folkehelse.

Han problematiserer at svært få kommuner har en organisasjon som er forberedt godt nok til å løse oppgavene som følger med folkehelseloven. Denne kronikken er skrevet i 2013, to år etter at det systematiske folkehelsearbeidet som arbeidsform ble introdusert med Folkehelseloven i 2011. Det systematiske folkehelsearbeidet innebærer at kommunen gjennom frem trinn skal forberede, planlegge, utføre, kontrollere og evaluere folkehelsearbeidet i kommunen. Derfor er det interessant å se hvordan kommunene hittil har arbeidet med å implementere det systematiske folkehelsearbeidet i sin egen praksis. Spørsmålene jeg stiller meg er; *hvilke muligheter og begrensninger er knyttet til implementeringen av det systematiske folkehelsearbeidet i kommunene? Og; hvordan iverksetter kommunen områdene fysisk aktivitet og sosiale helseforskjeller i det systematiske folkehelsearbeidet?* For å forstå hvordan kunnskap overføres mellom og innad i

organisasjoner vil jeg benytte oversettelsesbegrepet og virusteori som det brukes innen organisasjonsteori av Røvik (2007). Etter mitt syn er oversettelsen mellom det statlige nivået og kommunen avgjørende for hvordan folkehelsearbeidet til slutt påvirker lokalsamfunn og innbyggere.

Folkehelseloven og det systematiske folkehelsearbeidet kom som et svar på internasjonale signaler innen folkehelsefeltet der WHO (Verdens helseorganisasjon) har stor innflytelse. Folkehelse har dreid fokus fra å være individrettet til å bli samfunnsrettet. Denne dreiningen kan forklares gjennom to modeller for forståelse av helse; den medisinske og den sosiale modellen (Naidoo & Wills 2009). Helsesystemene i de fleste vestlige land bygger på en vestlig- forskningsmedisinsk modell der helse blir sett på som fravær av sykdom. Denne modellen kom under opplysningstidens tro på menneskelige fremskritt gjennom rasjonalitet og forskning. Det som kunne måles, katalogiseres og observeres i et mikroskop ble sett på som sannhet. Dette kalles et patogenesisk helsesyn som innebærer en søken etter biologiske forklaringer for hvorfor noen blir syke. I den vestlige verden står denne ideologien sterkt og preger helsesektoren i form av et stort fokus på behandling og i mindre grad forebygging. (Naidoo & Wills 2009: 6-7). Etter hvert har en erkjennelse av at helsesektoren har marginal innvirkning på helse sammenliknet med samfunnsmessige strukturer blitt kjent. Wildavsky utviklet i 1977 det som kalles 90/10-regelen som forklarer at helsetjenesten kun kan avhjelpe med 10% av folks helseproblemer, mens de resterende 90 må samfunnet og fellesskapet stå for (NOU 1998: 18: 46). Dette har ført til et økt fokus på sosiale faktorer innvirkning på helse (Naidoo & Wills 2009: 8). Den første internasjonale folkehelsekonferansen arrangert av WHO (Verdens helseorganisasjon) i Ottawa i 1986 beskriver helse som en ressurs i hverdagen som omhandler sosiale og personlige ressurser så vel som fysisk helse. WHOs definisjon av helsefremmende arbeid er; *den prosessen som gjør folk i stand til å ta kontroll over, og forbedre sin helse* (WHO 1986). Dette er det motsatte av en patogenesisk tilnærming til helse og kalles en salutogenesisk tilnærming der fokus er på hvorfor noen mennesker holder seg friske på tross av faktorer i omgivelsene som skulle tilsi det motsatte (Antonovsky 1993). Dermed er ikke helse kun et ansvar for helsesektoren, men handler også om tilfredshet, livskvalitet og like muligheter for alle og må derfor integreres som grunnlag i politikktutforming på alle områder. I følge Ottawa chartret bør folkehelsearbeidet blant annet fokusere på en styrking av individets muligheter til å oppnå god helse og lokalsamfunnets rolle og ansvar i folkehelsearbeidet (WHO 1986). Ottawa chartret og andre WHO dokumenter har vært en viktig inspirasjonskilde for den norske folkehelsepolitikken (Helgesen 2012: 258).

Tankegodset som ligger til grunn for folkehelseloven representerer med andre ord en sosial forståelsesmodell av helse der lokalsamfunnet ses på som en viktig helsefremmende arena. Definisjonen av folkehelsearbeid i Folkehelseloven er i tråd med WHO's policydokumenter og en salutogenesisk helseforståelse med fokus på at helse skapes utenfor helsesektoren:

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

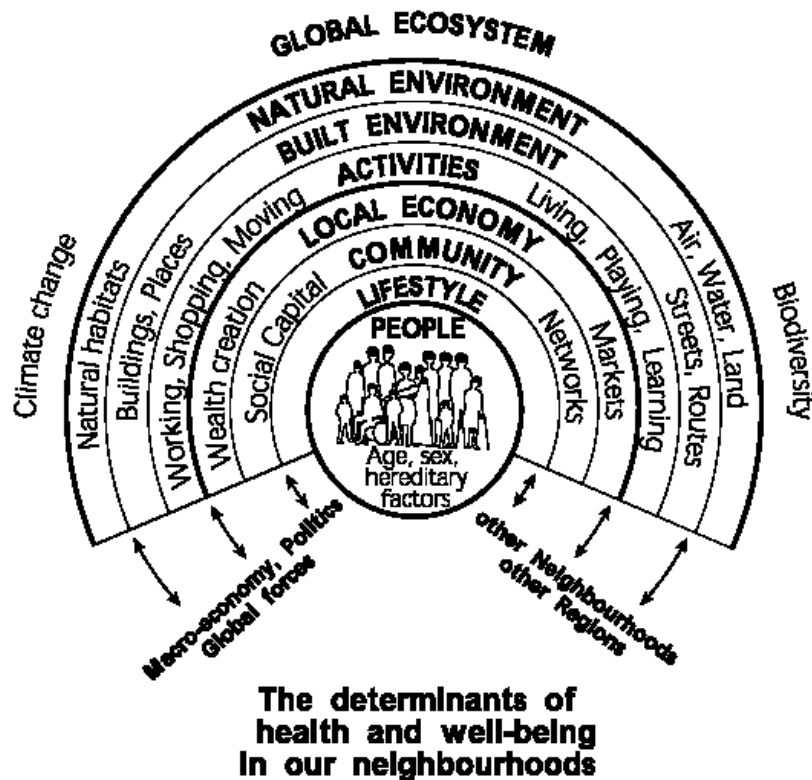
Formålet med denne oppgaven er å studere hvordan to norske kommuner har arbeidet med å oversette tankegangen som er presentert i Folkehelseloven til den lokale konteksten. Dette har jeg utforsket gjennom å intervjuer kommuneansatte som jobber med folkehelse og planlegging og ved å undersøke hvordan dette operasjonaliseres i kommuneplanene.

2 Bakgrunn

Innledningsvis har jeg kort redegjort for hvor tankegodset i Folkehelseloven kommer fra og hva det innebærer. Videre vil jeg se nærmere på hvordan miljø og helse henger sammen gjennom å presentere determinantperspektivet. Gjennom å koble Folkehelseloven og Plan- og bygningsloven har dette perspektivet blitt en del av lovgivningen på folkehelsefeltet. Derfor vil jeg også presentere hvordan folkehelseperspektivet er integrert i Plan- og bygningsloven og hvilke utfordringer som kan dukke opp når disse to fagfeltene skal samkjøres i kommuneplanleggingen. Folkehelseloven har introdusert det systematiske folkehelsearbeidet som arbeidsmetode for samkjøring av folkehelse og planlegging. For å tydeliggjøre hvilke føringer kommunen skal forholde seg til i dette arbeidet vil jeg også gjøre rede for gangen i det systematiske folkehelsearbeidet. Avslutningsvis vil jeg presentere tidligere forskning som underbygger aktualiteten for denne oppgaven.

2.1 Determinantperspektivet

Anerkjennelsen av at helse ikke kun bestemmes av individuelle faktorer, men i stor grad av miljøet man lever i har gitt behov for perspektiver som beskriver sammenhengen mellom helse og miljø. I hverdagen gjør mennesker mange valg som påvirker livsstil og helse. Disse valgene påvirkes av sosiale og økonomiske muligheter som for eksempel inntekt, utdanning og kvalitet på omgivelsene. Barton og Grant (2006: 2) har laget en revidert utgave av den anerkjente helsedeterminantmodellen til Dahlgren og Whitehead (1991) for å forstå kompleksiteten i påvirkningsfaktorer på helse i planlegging av lokalsamfunn. Modellen til Dahlgren og Whitehead (1991) viser den komplekse sammenhengen mellom menneskers helse og miljøet rundt forklart som flere lag av helsedeterminanter som individet i større eller mindre har kontroll over. Barton og Grant (2006) fokuserer i tillegg på faktorer som lokalpolitikk og økonomi og hvordan regionen og andre lokalsamfunn i nærheten påvirker miljøet:



Figur 1: "The health map", Barton og Grant (2006: 2)

Innerst står individet med egenskaper som alder, kjønn og genetiske faktorer, som man i liten grad kan endre. Videre har vi individuelle faktorer som livsstil og hvilke kunnskaper og ferdigheter vi innehar som gjør oss i stand til å endre oss. Lokalsamfunnet kan være en støtte eller ha en negativ innvirkning på helsen. I den neste sirkelen finner vi faktorer som leve- og arbeidskår og tilgang til tjenester og fasiliteter som hus og vann. Helt ytterst er de faktorene vi har minst kontroll over, som økonomiske, kulturelle og miljømessige faktorer som arbeidsmarked og ekstremvær (Naidoo & Wills 2009: 18-19). I et folkehelseperspektiv kan vi si at helsesektoren er rettet mot å påvirke de individuelle faktorene, mens det lokale folkehelsearbeidet fokuserer på de resterende faktorene som i mye større grad påvirker folks helse (NOU 1998: 18: 46). Barton og Grant (2006: 3) beskriver lokalsamfunnet som et økosystem, der ringene representerer sosiale, økonomiske og miljømessige faktorer som påvirker hverandre. Det viktigste denne modellen kan brukes til er å analysere hvordan endring av en faktor kan få ringvirkninger som påvirker befolkningens helse. For eksempel vil individuell atferd og livsstil påvirkes av folk tilbøyeligheter til å være fysisk aktive. Her kan kommunen gjennom planlegging tilrettelegge for trygge og attraktive uteområder og tilgjengelighet til gang- og sykkelveier. Det sosiale miljøet kan bedres gjennom å gi

muligheter til felles aktiviteter og sosiale møteplasser og dermed bidra til vennskap og sosial støtte blant innbyggerne. Arbeidsmuligheter og tilgang til boliger i ulike prisklasser er viktig for den psykiske helsen så vel som verdiskapning i kommunen. Det bygde miljøet kan tilrettelegge for rimelig transport som igjen påvirker sosial inklusjon og aktivitetsmønstret til innbyggerne. Kommunens planlegging påvirker også miljømessige forhold som luftkvalitet og tilgang på drikkevann, men også utslipp av klimagasser fra bygg og transport som igjen påvirker klimaendringene globalt. Med andre ord fokuserer determinantperspektivet på hvordan tiltak på et samfunnsområde også får ringvirkninger på andre områder. Gjennom å trekke veksler på positive sidevirkninger, eller synergieffekter, kan man sørge for en mer effektiv problemløsning på ett område og samtidig redusere innsatsbehovet på et annet i følge Aarsæther (2012: 35).

Dreiningen fra individrettede tiltak til en bred samfunnsrettet folkehelsepolitikk forutsetter at alle sektorer bidrar i det helsefremmende arbeidet og at alle aktørene er bevisst hva slags innvirkning avgjørelser kan ha på andre områder enn der de settes inn. For en kommune vil determinantperspektivet gi muligheter for å få positive synergieffekter av ett tiltak på flere områder og minske risikoen for å få negative effekter gjennom å forsøke å se helheten i politikkkutforming. Gjennom å koble Folkehelseloven og Plan- og bygningsloven sterkere sammen er det sendt sterke signaler om at folkehelse og planlegging avhenger av hverandre.

2.2 Koblingen mellom folkehelse og planlegging

Determinantperspektivet synliggjør at påvirkningsfaktorer for helse befinner seg på flere samfunnsområder og at tiltak i en sektor kan påvirke andre samfunnssektorer og få betydning for folks helse. Folkehelse krever derfor en sektorovergripende og helhetlig tilnærming (NOU 2001: 7: 5). En viktig sektor for dette er samfunnsplanleggingen, der helsekonsekvenser av politikk og tiltak kan bidra til å nå mål på folkehelseområdet. I St.meld.nr 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* ble det synliggjort et behov for at folkehelse må inngå i sentrale plan- og beslutningsprosesser fordi erfaringer viste at dette arbeidet var for isolert. Folkehelse skulle være et hovedhensyn all areal- og samfunnsplanlegging og derfor ønsket regjeringen å gå inn for at hensynet til folkehelse også skulle gå fram av lovens formålsparagraf (St.meld.nr 16 2002-2003). Dette er bakgrunnen for Plan- og bygningsloven av 2008.

arealplanlegging, men trekker inn andre sektorer for å få samordning og helhet i planleggingen. Den andre kalles en bred kontekst og fokuserer på planlegging av samfunnslivet generelt gjennom helhetlig og sektorovergripende arbeid (NOU 2001: 7: 460). Hvilken tradisjon som er representert i kommuneplanleggingen kan påvirke hvordan det samfunnsrettede folkehelsearbeidet kobles til nye planer. Defineres arbeidet innenfor en smal eller en bred kontekst?

Tidligere var planleggingen ekspertstyrt og rasjonalistisk med fokus på å nå mål. I etterkrigstiden var det bred enighet om målene med planleggingen; å bygge landet og å utvikle velferdsstaten. I denne mål-middel-orienterte planleggingen var det politikerne som satte målene mens fagfolk fant løsninger. Seinere ble denne måten å planlegge på kritisert for å være for ekspertstyrt og ikke ta nok hensyn til hva befolkningen ønsket. Planteoretikerne mente at planlegging ikke kan forstås ut i fra en mål-middel rasjonalitet, men som en prosess der flere får delta og verdier diskuteres (NOU 2001: 7: 461). I dag finnes det utallige teorier og perspektiver som diskuterer hva som er formålet med planleggingen og hvordan prosessen mot å nå disse målene bør være. Disse fokuserer i større eller mindre grad på hvordan medvirkning fra befolkningen skal integreres, hvordan makt spiller inn i planprosesser, hva som er effektiv planlegging, hvilke hensyn som skal være en del av planleggingen osv.

Fokuset på en helhetlig og sektorovergripende planlegging i tråd med determinantperspektivet er tydelig formulert i Plan- og bygningsloven:

Planleggingen skal fremme helhet ved at sektorer, oppgaver og interesser i et område ses i sammenheng gjennom samordning og samarbeid om oppgaveløsning mellom sektormyndigheter og mellom statlige, regionale og kommunale organer, private organisasjoner og institusjoner, og allmennheten (Plan- og bygningsloven 2008§ 3-1 2. ledd)

Kommunene blir utfordret på å samhandle på tvers av sektorer, forvaltningsnivå, næringslivet, med organisasjoner og med innbyggerne. Gjennom samhandling kan sammenhengen mellom ulike sektorinteresser bli mer tydelige og gi effektive helhetsløsninger (NOU 2001: 7: 459). Det er disse positive synergieffektene som Aarsæther (2012: 35) mener planlegging kan medvirke til. Denne måten å arbeide på stiller store krav til samfunnsplanleggerens evner til å organisere kompliserte prosesser og skape dialog med mange parter (NOU 2001: 7: 145). Har

de som arbeider med planleggingen den riktige kompetansen og erfaringen til å jobber sektorovergripende med folkehelse? Tidligere hadde de fleste som jobbet med planlegging arkitekt- eller ingeniørfaglig bakgrunn, noe som kan ha preget tilnærmingen til planleggingen (NOU 2001: 7: 144). Det kan tenkes at de som har jobbet med planlegging representerer en tradisjon som vektlegger det tekniske og fysiske arealplanleggingen, og i mindre grad den helhetlige samfunnsplanleggingen som Plan- og bygningsloven av 2008 fremmer. Tendensen de senere årene viser at dette har endret seg og at mange planleggere har en samfunnsfaglig, naturfaglig, sosialfaglig eller økonomisk utdanning som er nødvendig ettersom flere fagområder anses som relevante i planleggingen (NOU 2001: 7: 144). Etter at folkehelse nå har fått en tydelig kobling til planleggingen er det også interessant å spørre seg hva slags kompetanse dette krever av kommunene.

Paragraf 3-1 i Plan- og bygningsloven omtaler hvilke oppgaver og hensyn som skal ivaretas i planlegging etter loven. Blant annet skal det legges til rette for verdiskaping og næringsutvikling, god utforming av omgivelser og bomiljøer, ta klimahensyn, fremme samfunnssikkerhet og motvirke sosiale helseforskjeller (Plan- og bygningsloven 2008§ 3-1). I lovkommentaren til Plan- og bygningsloven understrekes det at de uttrykkene som er brukt skal forstås i vid betydning og at de er generelt formulert (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2009). Hvilket betyr at kommunen må tolke og tillegge for eksempel begrepet «sosiale helseforskjeller» den betydningen de mener er viktig i deres kommune. Planlovens fortolkningsrom og fleksibilitet er viktig fordi de lokale forholdene i kommunen har stor betydning og best kan defineres av kommunen selv (NOU 2001: 7: 27). NOU (2001: 7) påpeker også at det er store forskjeller i kommunene når det kommer til ressurser i planleggingen. I mange kommuner er budsjettene trange, det er vanskelig å rekruttere kvalifiserte fagfolk og det er et problem med stor «gjennomtrekk» av planleggere. Dette gjør det vanskelig å oppfylle lovens intensjoner om en bred sektorovergripende samfunnsplanlegging og en god nok arealplanlegging (NOU 2001: 7: 143). Denne mangelen på ressurser og fagfolk kan være en barriere når folkehelseperspektivet skal integreres i kommunens planlegging på en god måte fordi det kan oppleves som nok et komplekst hensyn som skal ivaretas for de som jobber med planleggingen og kanskje mangler kompetanse på folkehelsefeltet. Hva planleggerne forstår med begrepene som brukes i Plan- og bygningsloven vil være avgjørende for hvordan og hvorvidt temaene blir tatt med som en del av planleggingen og hva som gjøres lokalt. For eksempel er fysisk aktivitet et tema som er godt integrert i kommuneplaner og ofte har kommunen en egen temaplan for idrett og

friluftsliv. Mens andre temaer som er mer uklare, komplekse og utfordrende, i mindre grad er integrert (Hanssen et al. 2012). Et eksempel på et slikt tema er sosiale helseforskjeller.

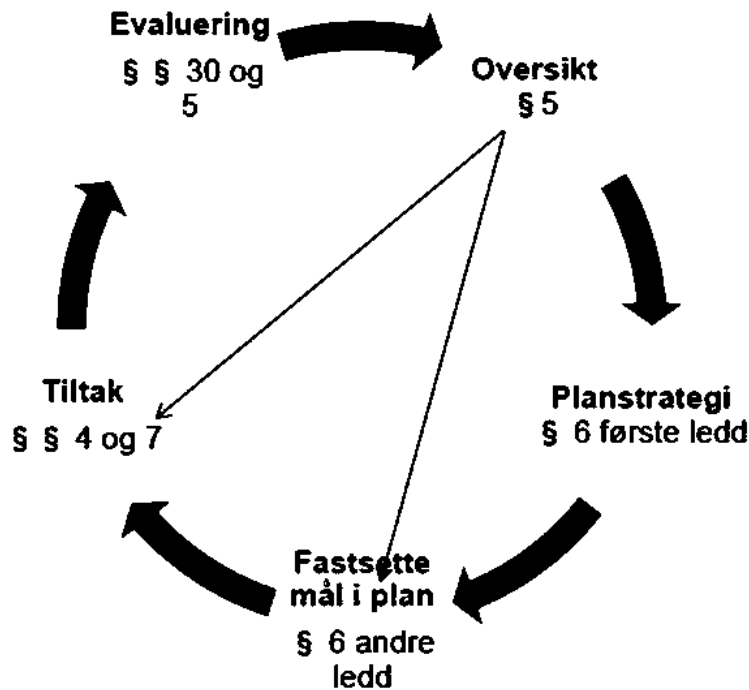
Spørsmålet som reiser seg er derfor om kommunene har en forståelse av hva som er bakgrunnen for folkehelseperspektivet og intensjonen om å ikke kun oppnå en god fysisk helse, men også tilfredshet, livskvalitet og like muligheter for alle? Et annet spørsmål er om de har oversettelseskompetansen for å oversette de generelle føringene i lovverket til den lokale konteksten i kommunen?

Plan- og bygningsloven understreker at planleggingen skal foregå innenfor de rammene som allerede finnes i kommunen; *Planleggingen skal bygge på økonomiske og andre ressursmessige forutsetninger for gjennomføring og ikke være mer omfattende enn nødvendig* (Plan- og bygningsloven 2008§ 3-1 3. ledd). Dermed skal folkehelse forstås som et «nytt» perspektiv i planleggingen som skal foregå innenfor de ressursene og forutsetningene som kommunen har. Lovkommentaren utdyper at planlegging skal forstås som et nyttig virkemiddel og ikke et mål i seg selv, man skal ikke «planlegge for planleggingens skyld». Loven legger derfor opp til en fleksibilitet ettersom plansituasjon og planutfordringer kan være svært ulik fra kommune til kommune slik at det kan utarbeides realistiske og gjennomførbare planer (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2009). Målet med planene er ikke å oppnå en god kvalitet i selve planleggingen, men til syvende og sist handler det om å oppnå best mulig kvalitet i innbyggernes levekår (NOU 2001: 7: 142). Når folkehelse skal bli en del av planleggingen gjennom det systematiske folkehelsearbeidet, graver kommunene seg ned i selve planprosessen? Eller klarer de å se forbi dette og sørge for at planleggingen fører til at levekårene for befolkningen blir bedre?

2.3 Det systematiske folkehelsearbeidet

Det systematiske folkehelsearbeidet er som sagt en arbeidsmetode for å koble folkehelse og planlegging. Den legger føringer for at en folkehelseoversikt skal ligge til grunn for hele planprosessen. For å få et inntrykk av hvilke føringer kommunene må forholde seg til etter Folkehelseloven vil jeg nå presentere gangen i dette, med noen utdypende eksempler på nasjonale føringer og veiledere innen folkehelserelevante temaer. Gitt at oppgaven tar for seg hvordan bestemmelsene i folkehelseloven fungerer for kommunen som organisasjon vil jeg ikke i samme grad nevne fylkeskommunen, selv om det samme lovverket også gjelder der. Kommun norge.no har laget figuren nedenfor for å vise gangen i det systematiske

folkehelsearbeidet med fem stadier. Disse er presentert i en sirkel som viser at folkehelsearbeidet er en kontinuerlig og systematisk prosess:



Figur 3: "Det systematiske folkehelsearbeidet", kommunenorge.no

1. Oversikt § 5

Arbeidet starter med at kommunen skal lage en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen (Folkehelseloven 2011 §5). Dette baseres på:

opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig, kunnskap om de kommunale helse- og omsorgstjenestene og kunnskap om faktorer og utviklingstrekk som kan ha innvirkning på befolkningens helse (Folkehelseloven 2011 § 5a, b og c)

§5 sier også at oversikten skal være et skriftlig dokument som identifiserer folkehelseutfordringene i kommunen og vurderer konsekvenser og årsaksforhold med særlig vekt på utvikling som kan skape eller opprettholde sosiale helseforskjeller. I henhold til definisjonen av folkehelse innebærer dette også hvordan helsen fordeler seg i befolkningen (Folkehelseloven 2011 §3a).

Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012) § 3 stiller krav til hva oversikten skal inneholde på overordnet nivå. Den skal inneholde opplysninger og vurderinger av: befolkningssammensetning; oppvekst- og levekårsforhold; fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø; skader og ulykker; helserelatert atferd og helsetilstand. Med vurderinger menes at informasjonen i seg selv ikke er tilstrekkelig, den skal relevansvurderes etter lokale forhold basert på skjønnsmessige vurderinger og erfaringsbaser kunnskap. Helserelatert atferd er beskrevet som atferd som har vist å ha innvirkning på helseutfall og eksemplene presentert er fysisk aktivitet, rusmidler, tobakk og ernæring. Hva er det egentlig i menneskers dagligliv som ikke kan relateres til helse når vi snakker om *helse i alt vi gjør*? Dette er eksempel på skjønnsmessige vurderinger der kommunen selv må komme frem til hva som er viktig i deres lokale kontekst.

Vurdering av konsekvenser og årsaksforhold er også en viktig del av arbeidet. Det å vurdere konsekvenser spesifiseres som hvor viktige de aktuelle utfordringene eller forholdene antas å være. Dette dreier seg om å beskrive de menneskelige konsekvensene for helse, sykdom, plager el. Det kan også være mer kvantifiserbare beregninger som tapte/vunnet leveår eller samfunnsøkonomiske kostnader/gevinster over tid. Med vurdering av årsaksforhold skal en vurdere hvorfor et forhold har oppstått. Hensikten med dette er å kunne rette tiltak mot årsaker istedenfor å reparere symptomer, altså gjennom et determinanterperspektiv. Dette er ofte sammensatt og folkehelse kan relateres til flere ledd i årsakskjeden (*Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012* §3). Alt dette skal skje med et spesielt fokus på sosiale helseforskjeller:

I vurderingen av årsaksforhold og konsekvenser skal kommunen og fylkeskommunen være spesielt oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. I sosial fordeling inngår fordeling både i forhold til sosioøkonomi, (utdanning, yrke, inntekt), kjønn, etnisitet og funksjonsevne. (Forskrift om oversikt over folkehelsen 2012)

Veilederen *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse* kom på bakgrunn av en undersøkelse fra 2011 som viste at mange kommuner manglet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og derfor ønsket de mer kunnskap om dette (Helsedirektoratet 2013). Veilederen trekker frem to hovedformål som oversikten skal tjene, både et kortsiktig og et

langsiktig. Den skal danne grunnlaget for beslutninger *fra dag til dag*, altså utenom det fireårige perspektivet i plan- og bygningsloven, og den skal være grunnlag for det langsiktige folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet 2013). Folkehelseloven skal fungere innenfor den lokale konteksten i en kommune og derfor er det viktig at den er fleksibel. Samtidig kan de uklare retningslinjene gjøre arbeidet med oversikten krevende for kommuner med lite kompetanse på området.

2. Planstrategi § 6-1

I Folkehelseloven (2011) § 6 første ledd står følgende;

Oversikten etter § 5 annet ledd skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien, jf. plan- og bygningsloven § 10-1.

Den kommunale planstrategien er ikke en plantype, men et hjelpemiddel for det videre planarbeidet. Planstrategien skal etter loven revideres og vedtas en gang per valgperiode og senest ett år etter vedtak av nytt kommunestyre (Plan- og bygningsloven 2008 §10-1 første ledd). Folkehelseperspektivet skal altså danne et grunnlag allerede i planleggingen av planprosessen gjennom å bruke oversikten over folkehelsen i kommunen. Oversikten må derfor foreligge før arbeidet med planstrategien starter. Hva vil det egentlig si at oversikten skal *inngå som grunnlag* for arbeidet med planstrategien? I *Veilederen om kommunal planstrategi* trekkes det frem at nye nasjonale og regionale føringer skal legges til grunn for planstrategien og kan få innvirkning på kommunens planbehov som skal vurderes i arbeidet med planstrategien. Folkehelse og levekår pekes på som aktuelle temaer for grunnlaget i vurderingen av planbehovet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2011). I de sentrale forskriftene til plan- og bygningsloven står det ikke noe om hva det vil si at folkehelseoversikten skal inngå som grunnlag for planstrategien etter § 5-1 i folkehelseloven.

3. Fastsette mål i plan § 6-2

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven 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 (Folkehelseloven 2011 § 6-2)

Kommunen er altså å fastsette mål og strategier i planer. Planforankringen av mål er en viktig del av det systematiske folkehelsearbeidet. Dette innebærer også en prioriteringsprosess som baserer seg på kunnskap om forholdene i den enkelte kommunen (Helsedirektoratet 2015b). Denne paragrafen baseres på oversiktsdokumentet, men her kommer også fremtidsaspektet inn som en viktig del av samfunnsplanlegging. Man skal forsøke å forespeile hva som vil være langsiktige virkninger av planleggingen og hvordan rammevilkårene vil kunne endre seg over tid (Hagen & Aarsæther 2001).

Nasjonale satsningsområder skal også tas hensyn til i planleggingen. Et eksempel på dette kommer frem i Rundskrivet ”*Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2015*” fra Helsedirektoratet (2015d). Målene i rundskrivet har ganske ulik karakter og viser spennet i de oppgavene som ligger i kommunens folkehelsearbeid. Helsedirektoratet vektlegger blant annet at kommunene skal sørge for en løpende oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og at de skal integrere psykisk helse og livskvalitet i folkehelsearbeidet. Dette er eksempler på satsningsområder som også kommer frem av Folkehelseloven, men som Helsedirektoratet mener må vektlegge ekstra i denne perioden. De øvrige innsatsområdene handler om å øke kompetansen om alkoholloven og helsemessige forhold ved skolemiljøer, å motivere til samarbeid med politiet om rus og alkohol og å understøtte tobakksforebyggende arbeid i skolene.

4. Tiltak § 4 og § 7

Det neste steget er for kommunen er for kommunen er å sette planene ut til live.

Folkehelseloven (2011) § 4 handler om kommunens ansvar for folkehelsearbeidet. Første ledd i paragrafen sier at:

Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Dette oppsummerer veldig godt kompleksiteten i folkehelsearbeidet og peker på alle de ulike forhold som kan spille inn på helsen; miljø, psykisk og somatisk sykdom, skader og ulykker, sosiale forhold som sosioøkonomisk status. Hvordan skal kommunen greie dette uten noen form for økonomisk støtte til å gjennomføre? Dette svarer andre ledd i § 4 på; *Kommunen skal*

fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Folkehelsearbeidet skal med andre ord skje innenfor de eksisterende rammene i kommunen. Kommunen skal tenke og jobbe med folkehelse innenfor lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Kommunen er lovpålagt å iverksette tiltak basert på utfordringene i kommunen; *Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5* (Folkehelseloven 2011 § 7 1. ledd). Så hva er egentlig føringene for det lokale folkehelsearbeidet når det kommer til konkrete tiltak?

I veiviseren for fysisk aktivitet og lokalt folkehelsearbeid trekkes det frem flere arenaer der økt fysisk aktivitet vil gi positive helseeffekter. For eksempel kan kommunen som en stor arbeidsgiver være en pådriver for tilrettelegging for fysisk aktivitet ovenfor det lokale næringslivet (Helsedirektoratet 2015a). For eksempel passe på at arbeidsgivere vurderer tiltak for å fremme fysisk aktivitet blant arbeidstakerne etter § 3-4 i Arbeidsmiljøloven (2006).

En viktig faktor som kommunene skal prioritere er utjevning av sosiale helseforskjeller. Det som gjør sosiale helseforskjeller til en så sammensatt faktor er at det er nødvendig å finne årsaken til årsakene, altså ved å bruke determinantspektivet. Det som også kan være en utfordring er det som kalles *forebyggingsparadokset*. Dette innebærer at en ser for seg at tiltak rettet direkte mot risikogrupper vil ha best effekt også for totalen av en befolkning. Forebyggingsparadokset viser at universelle strategier oppnår den største effekten på totalantallet. Slik unngår man også stigmatisering av risikogrupper ved at individer må bevise ovenfor en selv og myndighetene at de er mislykkede og trenger hjelp (Helsedirektoratet 2015e). Et eksempel på hvordan man kan ta hensyn til forebyggingsparadokset kommer frem av veiviseren for økonomi og lokalt folkehelsearbeid. I veilederen påpekes det at utgiftene i en typisk husholdning styres av markedskrefter som det offentlige i liten grad kan påvirke. Samtidig viser det seg at en stor del av utgiftene for en vanlig familie havner innenfor kategorier som ”lek og fritid” og ”barnehage” som jo er områder kommunen har innflytelse på. Gode tiltak som trekkes frem er inntaksgradert foreldrebetaling både for barnehageplass og fritidsaktiviteter. Dette er bedre enn for eksempel noen friplasser som de med særskilt behov kan søke på. Inntaksgradering omfatter flere og faren for stigmatisering er ikke like stor (Helsedirektoratet 2015b).

5. Evaluering § 30 og § 5

Siste steg i det systematiske folkehelsearbeidet er å evaluere prosessen. Dette gjøres innad i kommunen og fylkeskommunen; *Kommunen og fylkeskommunen skal føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av loven her overholdes* (Folkehelseloven 2011 § 30-1). Kommunen skal altså selv sikre at de oppfyller kravene som er fastsatt i loven eller som er i medhold til loven overholdes. Har de nådd de målene som de satt seg for folkehelsearbeidet? Gjennom å se på eventuelle endringer i folkehelseutfallene i det nye oversiktsdokumentet vil man kunne vurdere om strategiene og målene de satte seg i forrige periode har fungert. Derfor er også § 5 om *oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen* en del av evalueringsarbeidet.

For å oppsummere det systematiske folkehelsearbeidet kan vi si at Folkehelseloven beskriver kommunens ansvar med å fremme god helse, beskytte mot faktorer som påvirker helsen negativt og bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller. Dette skal kommunen gjøre innenfor de virkemidlene kommunen har til rådighet, som lokal utvikling og planlegging. Kommunen skal ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som skal være en del av grunnlaget for kommunens planstrategi. Kommuneplanene skal fastsette mål og strategier for å møte utfordringer som kommer frem av oversikten etter Plan- og bygningsloven kapittel 11 paragraf 6. Kommunen skal videre iverksette tiltak som er nødvendige for å møte folkehelseutfordringene i kommunen. For å slutte sirkelen i det systematiske folkehelsearbeidet skal kommunen evaluere tiltakene som ble igangsatt i perioden og ta med seg dette i det fremtidige folkehelsearbeidet.

2.4 Tidligere forskning

En tidligere masteroppgave undersøkte hvilke forståelser kommuneplanleggere har av folkehelse (Beck 2014). Arbeide baserte seg på spørreskjema og intervjuer av planleggere i norske kommuner. Det kom frem at flertallet mente at det ikke var relevant for det de jobber med, mens et mindretallet så en tydelig link mellom folkehelse og planlegging. Dette samsvarer også med analysen til Hofstad (2011: 396) som viser at det er lite kunnskapsoverføring og samhandling mellom planleggere og folkehelsekoordinatører. Det har vært vanskelig å innlemme folkehelseperspektiver som tradisjonelt sett ikke har vært et fokus i planleggingen. På tross av lange planleggingstradisjon og fokus på folkehelse har en ikke nådd målet om en sunn byplanlegging i Norge (Hofstad 2011: 387). I en undersøkelse av

kommuner som deltok i WHO's prosjekt *Healthy Cities* viste det seg at disse kommunene etterstreber å oversette planrelaterte helsemål til praksis, men at de ikke alltid lyktes med dette (Barton et al. 2003: 52). Dette viser at det er behov for å få et innblikk i hva de som jobber i kommunen forstår med folkehelsearbeidet etter folkehelseloven og hvordan de tenker å sette dette ut i praksis gjennom det systematiske folkehelsearbeidet.

Det har blitt gjort flere forsøk på å utvikle retningslinjer for helsefremmende planlegging (Barton & Tsourou 2000; Barton et al. 2009). Barton et al. (2009) gjorde et studie som vurderte om Europeiske byer har lyktes med å utvikle planer for *Healthy Urban Planning*. De kom frem til en strategi med 5 nøkkelementer for et ideelt helse-integrert planleggingssystem; (1) *godt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid*, (2) *sterk politisk støtte*, (3) *fullverdig integrering av helse sammen med miljømessige, sosiale og økonomiske i hovedplanen for arealplanlegging, transport, bolig og økonomisk utviklingspolitikk*, (4) *aktiv medvirkning fra innbyggerne og aktører fra privat, offentlig og frivillig sektor i den politiske prosessen*, (5) *bruker verktøyer for planlegging som reflekterer helsemålsetningene og gjør de eksplisitte* (Barton et al. 2009: 15-16).

At implementering av folkehelse er noe kommunene jobber med for øyeblikket viser seg tydelig i en NIBR rapport av Schou et al. (2014). De fant at folkehelsearbeidet har beveget seg ut av helsesektoren og har blitt bedre forankret i kommunen som organisasjon. 85% av de undersøkte kommunene hadde en folkehelsekoordinatorstilling. Denne stillingen ser ut til i større grad å være organisert under plansjefen og ikke helsesjefen som var vanlig tidligere. Kommunene med folkehelsekoordinator hadde oversikt over påvirkningsfaktorer på helse enn kommuner uten folkehelsekoordinator (Schou et al. 2014: 8-9). Dette betyr at de har bedre forutsetninger for å at planleggingen reflekterer helsemålsetningene i disse kommunene (Barton et al. 2009). Samtidig viste rapporten at politikerne henger etter i forhold til den politiske oppfølgingen og at oversikten i liten grad påvirket de fysiske planene i kommunen (Schou et al. 2014: 9).

Det er langt i fra alle kommuner som i det hele tatt har et slikt kunnskapsgrunnlag og utformet et oversiktsdokument over helse og påvirkningsfaktorer. Det var hele 71% av kommunene i en undersøkelse fra 2012 som ikke hadde en oversikt over helsetilstand (Helgesen & Hofstad 2012: 80). Helgesen og Hofstad (2012) mener dette er litt overraskende ettersom en oversikt over helsetilstand har vært hjemlet i Kommunehelsetjenesteloven §1.4 siden 1987. Samme

undersøkelse viste at 61 % av kommunene opplevde at de hadde stort behov for mer kunnskap om helsetilstanden (Helgesen & Hofstad 2012: 83).

I en evaluering av Samhandlingsreformen gjort av Fylkesmannen i Sør-Trøndelag kommer det frem at samordning rundt helsefremmende og forebyggende arbeid har hatt positive effekter gjennom at folkehelse er satt på dagorden i kommuner og fylker (Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen 2014). I likhet med Helgesen og Hofstad (2012) fant de også at arbeidet er fortsatt i startgropen mange steder og det tar for lang tid å komme i gang på tross av at det er stort engasjementet rundt folkehelseloven. Kompetanse rundt og innarbeiding av folkehelseperspektivet i planverket vil kreve målrettethet og langsiktighet. Mange av kommunene etterspør finansiering for å kunne lykkes med folkehelsesatsningen (Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen 2014). Flere undersøkelser viser altså at kommunene sliter med igangsettingen av det systematiske folkehelsearbeidet.

En NIBR rapport av Helgesen et al. (2014: 50) så på hvilke målgrupper og strategier kommunene har i folkehelsearbeidet. Det som kommunene så på som de fire største utfordringer i kommunen var rus (57%), psykisk helse (48%), ernæring (43%) og fysisk aktivitet (41%). Dette er utfordringer som kommer under kategorien levevaner. Dette er også det flest kommuner prioriterer på folkehelse- og forebyggingsområdet (35%). Selv om Schou et al. (2014) fant at folkehelsekoordinatorstillingen i større grad er organisert under plansjefen viser Helgesen et al. (2014: 85) at det er helsesektoren som dominerer i arbeidet med helsefremming og forebygging. Årsaken til dette mener Helgesen et al. (2014: 84) er at folkehelsekoordinatoren i kommunen ofte er leder eller ansatt på frisklivssentraler (33%) der tiltak rettet mot levevaner er en stor del av arbeidet, eller arbeider med fysisk aktivitetstiltak (15%). Det kan med andre ord virke som om folkehelsearbeidet fortsatt har en sterk tilknytning til helsesektoren og at dette kan påvirke hva slags tiltak som prioriteres i kommunen.

Det viste seg allikevel at prioriteringene i folkehelsearbeidet kan i stor grad kategoriseres som universelle, befolkningsrettede tiltak (mellom 50 og 75%). Rapporten peker også på et en motsetning i folkehelsearbeidet i kommunen. Nemlig at kun 12% av kommunene har tiltak rettet mot sårbare grupper som deres hovedprioritet. Samtidig har så mange som 160

kommuner etablert frisklivssentraler som går ut på å drive tiltak rettet mot sårbare enkeltpersoner (Helgesen et al. 2014: 74).

Den samme rapporten så også på folkehelse temaer i kommunale planer og understreker viktigheten av folkehelse i alle planene, fra planstrategi til økonomiplan. Levekår og sosialt og fysisk miljø er på vei inn i planprosesser, men det viktigste er at helsefremming og forebygging også kommer frem i økonomiplan eller handlingsplan slik at det kan realiseres som tiltak (Helgesen et al. 2014: 95).

Hofstad (2014) beskriver det systematiske folkehelsearbeidet som kanskje det tydeligste styringsmekanismen for folkehelsearbeidet i kommunen. Hvordan fungerer egentlig denne arbeidsmetoden i det kommunale folkehelsearbeidet? For å svare på dette mener Hofstad at kommunenes oversettelseskompetanse er et kjernepunkt. Hvordan det systematiske folkehelsearbeidet blir implementert beror på hvorvidt de ansatte har evner og kapasitet til å fortolke og oversette folkehelseprofilene til en lokal kontekst og at de har tid til å hente inn lokal kunnskap. Ettersom kommunal planlegging er en arena der ulike interesser og hensyn møtes mener Hofstad at oversikten over helse og påvirkningsfaktorer i beste fall kan fungere som et utgangspunkt for forhandlinger (Hofstad 2014: 61).

Planlegging har et økende antallet formål og kan i følge Tewdwr-Jones (2008) føre til at planlegging til slutt omhandler alt, men uten å løse noen ting. I århundre har regjering etter regjering bedt planleggerne på lokalt nivå om å ta hensyn til nasjonale politiske spørsmål når det skal utforme egne mål og strategier, men sjeldent har de prioritert politiske spørsmål i forhold til hverandre (Tewdwr-Jones 2008). Vil dette være gjenkjennbart i de kommunene jeg undersøker her?

3 Presentasjon av problemstilling og avgrensning

Innledningen og bakgrunnen for oppgaven viser at Folkehelseloven vil få kommunene til å tenke i nye baner når de gjennomfører planprosessen. Derfor er det interessant å undersøke hvordan møtet mellom folkehelse og planlegging gjennom det systematiske folkehelsearbeidet faktisk oppleves i kommunen. Problemstillingen for oppgaven er derfor følgende:

Hva er mulighetene og begrensningene knyttet til implementering av det systematiske folkehelsearbeidet?

- *Hvordan iverksetter kommunen områdene fysisk aktivitet og sosiale helseforskjeller i det systematiske folkehelsearbeidet?*

For å belyse problemstillingen har jeg gjort et casestudie av to kommuner. Metoden jeg har brukt for å beskrive kommunene er kvalitative dybdeintervjuer av to ansatte i hver kommune som har relevante stillinger i forhold til folkehelse og planlegging. For å få en tykkest mulig beskrivelse av casene har jeg også sett til de kommunale planene og fokusert på hvordan de implementerer folkehelsearbeidet generelt og de to temaene fysisk aktivitet og sosiale helseforskjeller spesielt.

3.1 Avgrensning

For å avgrensningen oppgaven har jeg valgt å fokusere på det systematiske folkehelsearbeidet som en viktig arbeidsprosess i implementeringen av Folkehelseloven. Det systematiske folkehelsearbeidet kan anses som den tydeligste styringsmekanismen kommunene har i forholde seg til i denne sammenhengen (Hofstad 2014: 61). vil jeg undersøke to mer spesifikke temaer i forhold til problemstillingen. Det ene er fysisk aktivitet, som tidligere nevnt er et tema som er godt integrert i den kommunale planleggingen. Det andre er sosiale helseforskjeller, som er et tema som i mindre grad er integrert.

3.1.1 Fysisk aktivitet og sosiale helseforskjeller

Fysisk aktivitet blir sett på som en viktig kilde til god helse og livskvalitet. Dette viser seg gjennom et fokus og satsning på dette område gjennom mange år. Kulturdepartementet utga i

2014 en fjerde versjon av veilederen ”*Kommunal planlegging for idrett og fysisk aktivitet*” (Kulturdepartementet 2014), den første kom allerede i 1993. Allikevel viser et studie fra 2009 at kun 20 % av den norske voksne befolkningen oppfylte de daværende anbefalingene om 30 minutter moderat aktivitet per dag (Anderssen 2009). Forklaringen for denne utviklingen skyldes i følge Strømme (2002) strukturelle endringer i samfunnet som gradvis minsker nødvendigheten av fysisk aktivitet, eller fysisk utfoldelse, i hverdagen.

Helsen i Norge er generelt god, men skjuler store forskjeller i sykkelighet og dødelighet (Folkehelseinstituttet 2014). Sosiale helseforskjeller kan beskrives gjennom at sosioøkonomiske så vel som demografiske forskjeller avgjør i hvilken grad en eksponeres for miljømessige risikofaktorer som påvirker helsen. Elstad (2005: 9) beskriver sosioøkonomiske helseforskjellene med å se på sammenhengen mellom utdanning og dødelighet; dødeligheten er høyere blant grupper uten utdanning enn de med høyere utdanning. Dette gjelder ikke kun dødelighet, mer eller mindre alle helseproblemer og helseplager har større forekomst i det som kalles ”lavere” sosiale lag (Elstad 2005: 10). Denne tendensen følger et mønster gjennom hele befolkningen som kalles *gradientutfordringen*. Dette viser at det ikke bare er de fattigste gruppene som har dårligere helse enn resten av befolkningen, men også at den rikeste gruppen har bedre helse enn den nest rikeste osv. (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Demografiske forskjeller beskriver sammenhengen mellom helse og geografisk område eller bosted. Her er det store forskjeller i Norge (Borgan & Pedersen 2009). Det er altså ikke kun utdanning og sosialt sjikt som påvirker helsetilstand, det er også store ulikheter mellom steder.

Gjennom determinantperspektivet kan helseforskjellene forklares med at helsedeterminantene er skjevt fordelt i samfunnet. Derfor er det i følge Elstad (2005: 11) viktig å ikke bare identifisere helsedeterminanter, men også hva slags samfunnsforhold som fører til fordelingen av årsaksforhold. Med andre ord må man finne årsaken til årsaken.

Når det kommer til tiltak rettet mot utjevning av sosiale helseforskjeller er det viktig å ha det som kalles ”forebyggingsparadokset” i tankene. Dette innebærer at en ser for seg at tiltak rettet direkte mot risikogrupper vil ha best effekt også for totalen av en befolkning.

Forebyggingsparadokset viser at universelle strategier faktisk oppnår den største effekten på totalantallet. Slik unngår man også stigmatisering av risikogrupper ved at individer må bevise ovenfor en selv og myndighetene at de er mislykkede og trenger hjelp (Helsedirektoratet 2015e). Hvis man har definert en risikogruppe er det altså ikke slik at tiltak bør rettes direkte

inn mot denne gruppen, det bør heller utformes universelle tiltak som kan komme hele befolkningen til gode.

NIBR rapporten av Helgesen og Hofstad (2012) viser tydelig hvilken posisjon levevanetemaer som fysisk aktivitet har i fylkeskommunalt og kommunalt folkehelsearbeid. Folkehelsearbeidet i kommunene er helseorientert, med et fokus på brukerrettet arbeid knyttet til helse eller fysisk aktivitet (Helgesen & Hofstad 2012: 93). I planlegging på fylkeskommunenivå fant de at fysisk aktivitet ikke blir rangert øverst på listen over utfordringene i regionen, men allikevel er det et tema som er med i planleggingen og som flest fylkeskommunen understøttet i det kommunale folkehelsearbeidet. I kommunene viste det seg at fysisk aktivitet var blant de 6 mest avkryssede temaene for utfordringer innen folkehelsepolitikken. Dette kan ha å gjøre med at det foreligger mer kunnskap om for eksempel helsegevinster av fysisk aktivitet enn på andre områder og at det har vært arbeidet lenge med i folkehelsepolitikken. Det kan også ha sammenheng med ”profesjonaliseringen” av folkehelsearbeidet har gått i en retning der fysisk aktivitet står sterkt (Helgesen & Hofstad 2012: 79).

Når det kommer til selve planleggingen er det liten grad av kunnskapsutveksling mellom folkehelsekoordinatorer og planleggere i følge Hofstad (2011: 396). De folkehelse temaene som har relevans for den fysiske arealplanleggingen er best integrert i kommunale planene. Dette er grønne områder, fysisk aktivitet, koordinering av transport og arealbruk, universell utforming og sosiale møteplasser. Mer komplekse temaer som mental helse og sosiale helseforskjeller er i mindre grad forankret i planene (Hofstad 2011: 398). Samme studie så også på kommuner som har deltatt i prosjektet ”Helse i plan” opp i mot ”vanlige” kommuner. Helse i plan var et samarbeidsprosjekt mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet og Helsedirektoratet som hadde som mål å styrke folkehelsen med å forankre folkehelse tiltak, kommunalt og regionalt, ved bruk av plan- og bygningsloven som verktøy og gjennom å utvikle og tilrettelegge for oppbygging av plan- og planprosesskompetanse i helsesektoren (Helsedirektoratet 2009). Det viste seg at helse i plankommunene fulgte de samme mønstrene med fokus på den fysiske planleggingen, men disse kommunene hadde i tillegg mer fokus på temaer som sosiale helseforskjeller og matvaner som tradisjonelt ligger utenfor planleggingsagendaen (Hofstad 2011: 399). Derfor er det interessant å undersøke hvordan temaene fysisk aktivitet og sosiale helseforskjeller blir operasjonalisert i planene til de to casene i denne oppgaven.

4 Teori

Folkehelse som fagfelt har ikke et tilhørende teoretisk rammeverk og er derfor nødt til låne teori fra andre fagområder. Temaet folkehelse og planlegging har krevd at jeg har satt meg inn i og vurdert ukjent teoriterreng. I utgangspunktet ønsket jeg å bruke perspektiver fra aktivitetsvitenskapen, eller ”occupational science” som teoretisk perspektiv i diskusjonen. Dette perspektivet fokuserer på sammenhengen mellom helse og menneskets muligheter eller barrierer for deltakelse meningsfulle aktiviteter, eller ”occupations”, i hverdagslivet (Christiansen & Townsend 2010). I et planleggingsperspektiv hadde det vært spennende å diskutere hvordan kommunal planlegging tilrettelegger for innbyggernes muligheter for samfunnsdeltakelse eller bygger opp barrierer for deltakelse i lys av aktivitetsvitenskap. Underveis i prosjektet har jeg kommet frem til at organisasjonsteori er bedre egnet for å beskrive møtet mellom idéer og mottakerorganisasjon og derfor vil ikke aktivitetsvitenskapen kunne gi like nyttige innsikter i det systematiske folkehelsearbeidet. Jeg har også vært vurdert den planteoretiske retningen *Kommunikativ planlegging* for å belyse hvordan felles forståelser kan oppnås gjennom en dialogbasert og interaktiv planlegging (Healey 1992). Dette perspektivet er for normativt og gir etter min mening ikke like gode begreper og knagger til å bruke videre i analysen og diskusjonen som oversettelsesbegrepet til Røvik (2007).

Problemstilling: Hva er mulighetene og begrensningene knyttet til implementering av det systematiske folkehelsearbeidet i kommunal planlegging?

For å undersøke folkehelse i kommunal planlegging med utgangspunkt i hvordan kommunen som organisasjon tar til seg og tar i bruk de nye bestemmelsene i Folkehelseloven og Plan- og bygningsloven var det nødvendig å lete i teori som tar for seg hvordan organisasjoner implementerer nye ideer. Tidligere har jeg forklart tankegodset innen folkehelseutviklet av WHO og som nå er på vei til å implementeres i kommunen gjennom det systematiske folkehelsearbeidet. Folkehelseperspektivet og det systematiske folkehelsearbeidet har paralleller til generelle organisasjonsidéer gjennom at det introduserer nye tankesett og arbeidsmetoder i den kommunale planleggingen. Derfor har jeg gått inn i organisasjonsteorien for å finne perspektiver som kan bidra til å belyse hvordan dette tankegodset blir forstått og oversatt til praksis i kommunen. Først vil jeg presentere de to tilnærmingene *kultur* og *myte* i organisasjonsteori og deretter introdusere Røvik sitt oversettelsesbegrep og herunder virusteori (Røvik 2007). Oversettelsesbegrepet handler kort fortalt om hvordan en

organisasjonsidé oversettes og implementeres i en organisasjon. Virusteorien omhandler hvordan idéen spres innad i organisasjonen ved hjelp av diskusjon og språksetting av idéen.

Som et bakteppe for å belyse kompleksiteten i utfordringene med å integrere folkehelse i kommunal planlegging vil jeg først introdusere begrepet ”wicked problem” (Rittel & Webber 1973). Samfunnsproblemene knyttet til folkehelsearbeid har endret natur i takt med endringer i samfunnet. Tidligere var de store utfordringene for eksempel å få bukt med smittsomme sykdommer. Gjennom forskning fant en løsningen og da kilden til problemet ble kjent var disse problemene enkle å ”temme”. Utfordringene innen folkehelse i dag har en annen natur, de er mer komplekse og kan ikke løses med den samme tilnærmingen. Et eksempel på et slikt problem er sosiale helseforskjeller. Rittel og Webber (1973) kaller dette for et ”wicked problem”. Et ”wicked problem” er vanskelig eller umulig å løse fordi de ikke kan defineres på en klar måte og har derfor ikke en åpenbar tilnærming for å løse det. Samfunnsmessige problemer innebærer ofte flere politiske spørsmål. Alt henger på den måten sammen og vi kan ikke se problemene isolert på samme måte som før (Rittel & Webber 1973). Man kan dermed forvente at kommunene opplever det som en utfordrende oppgave å integrere folkehelse i plan.

4.1 Kultur og myte i kommunen

I organisasjonsteori skilles det mellom strukturell-instrumentell og institusjonell tilnærming. Den strukturell-instrumentelle ser på organisasjonen som et redskap eller verktøy for lederne til å nå bestemte mål og verdier. Denne tilnærmingen baserer seg på en konsekvenslogikk der man prøver å forutsi konsekvenser av handlinger (mål-middel-rasjonalitet) (Christensen et al. 2009). Den institusjonelle tilnærmingen fokuserer på å se en formell organisasjon utvikler uformelle normer i tillegg til de formelle. Dette kalles institusjonelle trekk, det blir en *institusjonalisert organisasjon*. En organisasjon er altså de formelle normene og reglene, mens institusjonen er de uformelle normene, forståelsene og mytene. For å forstå hvordan en kommune reagerer i møte med nye organisasjonsidéer er derfor den institusjonelle tilnærmingen egnet fordi den er et eksempel på en gammel institusjonalisert organisasjon bestående av både formelle og uformelle normer.

Den institusjonelle tilnærmingen åpner for at organisasjonen har egne regler, normer og verdier som påvirker beslutningsatferden. Institusjonelle perspektiver baserer seg på en logikk

om det passende, eller "the logic of the appropriateness" utviklet av March og Olsen (2004). Når eksempelvis en kommuneansatt skal fatte en beslutning ønsker han eller hun å oppfylle forventninger knyttet til en rolle, en identitet, medlemskap i en gruppe og de gjeldende praksisene og etiske grunnlaget i kommunen. Altså vil ikke den ansatte handle rasjonelt ut i fra for- eller motargumenter, egeninteresse eller fra mulige konsekvenser, men ut i fra det som oppfattes som akseptabelt eller rimelig gjennom å bruke kulturelle normer eller handlingsregler (Christensen et al. 2009). Det betyr at den ansatte handler ut i fra tidligere erfaringer om hva som har fungert (kulturperspektivet), eller hva som oppfattes som akseptabelt i handlingsmiljøet organisasjonen fungerer innenfor (myteperspektivet) (Christensen et al. 2009).

4.1.1 Kultur

Kommunen som organisasjon styres nemlig av sti-avhengighet, eller "path dependency" (Harvold 2002). Dette handler om at en endringsprosess, for eksempel i en organisasjon styres av sin egen fortid. De kulturelle normene og verdiene som preget organisasjonen da den ble dannet vil i stor grad påvirke den videre utviklingen i følge David (2007). Disse grunnleggende verdier og normer er ikke lett å endre selv om konteksten og omgivelsene endres. På den ene siden kan dette vise seg som institusjonelle handlingsregler som fungerer effektivt. På en annen side kan det gjøre organisasjonen gammeldags og med liten grad av fleksibilitet i møte med raske endringer i omgivelsene. Christensen et al. (2009) beskriver at det kan oppstå et stort sprik mellom den indre kulturen og de eksterne problemene. Liten grad av omstillingsvilje kan gjøre organisasjonen dårlig rustet for å møte fremtidens utfordringer. Stiavhengighet kan med andre ord både gi muligheter og begrensninger. Hva kan man dermed forvente med tanke på implementeringen av det systematiske folkehelsearbeidet i kommunene? Er kommunen klar i stand til å omstille seg mot en ny arbeidsmetode med helse i alt de gjør?

4.1.2 Myte

Kulturperspektivet fokuserer altså på normer og verdier som har grodd frem over lang tid, mens myteperspektivet fokuserer mer på verdier i omgivelsene som er mer skiftende (Christensen et al. 2009).

Organisasjoner befinner seg i omgivelser med utbredte oppskrifter for hvordan organisasjonen bør handle og bør se ut, det er dette som kalles myter. Myter kan bli til moter ved at alle organisasjoner vil bruke disse tidsriktige idéene en periode til moten igjen endres (Christensen et al. 2009). Organisasjoner prøver gjerne å inkorporere ideen for å fremstå som moderne og tidsriktige, selv om det ikke nødvendigvis gjør virksomheten mer effektiv. Dette kan til og med føre til at organisasjonens kjerneaktivitet utføres mindre effektivt. Grunnen til dette er i følge Christensen et al. (2009) at det holder det ikke at organisasjoner ”bare” er effektive, de må også søke legitimitet i omgivelsene for å overleve. Dette kommer til uttrykk i en oppskrift for hvordan moderne, tidsriktige organisasjoner bør se ut. Dette gjør at mange organisasjoner kan se veldig like ut for en utenforstående (DiMaggio & Powell 1983). Faren med slike myter er hvis organisasjonen tar til seg nye ideer uten at den egentlig implementeres og bidrar til å endre praksisen. Dette kalles *dekopling* og vil si at det ikke mangler en sammenheng mellom det organisasjonen kommuniserer utad og hvordan praksisen er innad (Røvik 2007: 26). Det systematiske folkehelsearbeidet kan beskrives som et barn av samtiden og kanskje en myte i kommune Norge. Forankringen av folkehelseperspektivet i lovverket tyder på at dette ikke er en mote som snart vil gå over. Hva skjer når en myte blir forsøkt adoptert og tatt i bruk i organisasjoner? Dette kan forklares med Røviks oversettelsesbegrep.

4.2 Oversettelse av folkehelsearbeidet

Røvik (2007) har lånt ”oversettelsesbegrepet” fra litteraturvitenskapen for å beskrive hvordan en organisasjonsidé kan oversettes fra en kontekst og inn i en annen. Innen litteraturvitenskapen skjedde det fra 1970-tallet av en dreining i fokuset fra å kun omhandle selve teksten til også å ta med kulturelle og kontekstuelle aspekter ved oversettelsen. Grunnet denne utvidelsen av oversettelsesbegrepet mener Røvik at det er egnet for å forstå overføring av kunnskap mellom organisasjoner og han kaller dette for translasjonsteori (Røvik 2007: 253).

Utgangspunktet til Røvik er at organisasjoner ser til hverandre og prøver å ta til seg ideer og praksiser som de ser på som suksessoppskrifter. Dermed innebærer oversettelsen to uavhengige prosesser, en *dekontekstualisering* og en *kontekstualisering*, som begge er viktige for om implementeringen blir vellykket (Røvik 2007: 260). *Dekontekstualisering* er prosessen der den vellykkede praksisen gjøres om til idémessige og språklige representasjoner som kan tas i bruk i en annen organisasjon. Her problematiserer Røvik hva som tas med og hva som

eventuelt utelates i en slik oversettelse. Hvor oversettbar praksisen er avhenger dens eksplisitet, kompleksitet og hvor innvend den er i konteksten (Røvik 2007: 262).

I sammenheng med denne oppgaven kan man si at idéen som skal oversettes er folkehelseperspektivet. Det som skiller denne sammenhengen med den Røvik beskriver er at idéen her kommer fra overordnet statlig nivå og skal oversettes til kommunenivå. Det er ikke en idé som skal reise mellom to uavhengige organisasjoner. Det er heller ikke slik at kommunen skal implementere en praksis som allerede er utprøvd. Bakgrunnen for det strategiske folkehelsearbeidet har jeg redegjort for tidligere og dette er like ”nytt” for alle kommuner i Norge. Derfor vil fokuset videre være på kontekstualiseringsprosessen som kan brukes for å forstå hvordan kommunen som organisasjon implementerer det strategiske folkehelsearbeidet. Dekontekstualiseringsprosessen kunne vært interessant i et studie der man undersøkte hvordan kommuner ser til hverandre for inspirasjon til å utforme folkehelsearbeidet i sin egen kommune.

4.2.1 Kontekstualisering

Kontekstualisering handler om når idéer skal oversettes til praksis i en ny organisasjon. Det som er interessant her i følge Røvik er hvordan idéer som blir introdusert preges og blir preget av konteksten den kommer inn i. Kommunen som organisasjon kan beskrives som en kompleks kontekst med fysiske og formelle strukturer, rutiner, prosedyrer og mer usynlige kulturer. De ansatte har egne kunnskaper og identiteter med egne måter å arbeide på, noe som skaper mer eller mindre synlige konflikter og motsetninger (Røvik 2007: 293). For å se et mønster i hvordan idéen implementeres har man tradisjonelt brukt den hierarkiske oversettelseskjeden som forutsetter at nye idéer startet i toppen av organisasjonen og derfra spres nedover på organisasjonsnivåene. Røvik mener at denne modellen har sine begrensninger og må modifiseres (Røvik 2007: 294). For eksempel deltar ansatte i større og større grad på konferanser og kurs der sektorspesifikke versjoner av populære organisasjonsidéer blir utviklet. Disse idéene tar de ansatte med seg tilbake til organisasjonen. Med andre ord spres ikke nødvendigvis idéer fra toppen av organisasjonen og nedover i hierarkiet (Røvik 2007: 296).

Ulike forståelser av en idé eller praksis kan derfor eksistere side om side innenfor en og samme organisasjon. Det er altså ikke en masterversjon i toppen av organisasjonen som de

andre springer ut i fra (Røvik 2007: 297). Man kan anta at dette også gjelder innad i kommunen der de ansatte deltar på konferanser, i forumer og tar etterutdanning som for eksempel ”Helse i plan”-prosjektet. Dette kan kanskje skape utfordringer når hele organisasjonen skal jobbe mot felles mål, som for eksempel implementering av folkehelseperspektivet i alle planer. Røvik introduserer soppmodellen som en alternativ metafor for spredning av ideer innad i organisasjon. Som sopp på høsten kan oversettelsen av en idé sprette opp på flere steder samtidig (Røvik 2007: 300). Folkehelseloven er for eksempel en idé som skal oversettes til praksis innenfor flere (alle) sektorer i kommunen på samme tid, noe som vil kunne skape ulike versjoner og forståelser av innholdet.

Røvik presenterer kontekstualiseringsregler som er bakenforliggende regler eller regularitet for prosesser der ideer presenteres i nye organisatoriske kontekster. Han skiller mellom det han kaller *generelle innskrivingsregler* og *spesifikke oversettelses- og omformningsregler*. Generelle innskrivingsregler handler om å gi generelle ideer et mer lokalt preg. For eksempel valgte Bergen kommune å satse på målstyring og kalte dette for ”Bergensmodellen” (Røvik 2007: 304).

Spesifikke oversettelses- og omformningsregler handler om hva som skjer med innholdet i en ide overføres til en ny kontekst. I hvilken grad og på hvilken måte oversetteren omformer innholdet bestemmes av hvor mange frihetsgrader han eller hun har, eller tar seg (Røvik 2007: 306). Frihetsgradene bestemmes av spesielt to viktige trekk ved ideen som skal oversettes, hvor oversettbar og hvor omformbar idéen er. Oversettbarheten er hvor enkelt eller krevende det er å lage en idemessig representasjon basert på hvor innvevd den er i konteksten, hvor eksplisitt den er og hvor kompleks den er. Omformbarheten avhenger av i hvilken grad det som overføres kan karakteriseres som en praksis med detaljerte prosedyrer som klart og tydelig beskriver hvordan den skal utføres. Hvor stort slingringsmonnet er for lokal omvandling bestemmes av hvorvidt ideer og oppskrifter har karakter av å være prosedyrer og forankret i lov eller forskrift (Røvik 2007: 317). Det systematiske folkehelsearbeidet er jo nettopp forankret i lover og forskrifter, men i hvilken grad innebærer det en tydelig oppskrift med tilhørende prosedyrer? Røvik peker også på om en ”korrekt implementering” er beskrevet og hvorvidt den er gjenstand for kontroll fra eksterne myndigheter (Røvik 2007: 318). Et av poengene med folkehelseloven er at det skal være slingringsmonn for lokal tilpassing. Nettopp fordi det er store variasjoner i rammene norske kommuner har. Folkehelseloven som en prosesslov for det lokale folkehelsearbeidet og kan muligens

karakteriseres som litt annerledes enn lover som gir klare føringer for hva som er ”riktig” og hva som er ”gal” praksis? De kravene loven stiller til kommunene er at de skal lage et oversiktsdokument og de skal iverksette tiltak i henhold til folkehelseutfordringer, men ikke like spesifikt hva innholdet skal være. Her legges det opp til at kommunene skal bruke skjønnsmessige vurderinger. Derfor vil jeg si at arbeidsmetoden som presenteres i det systematiske folkehelsearbeidet gir stor grad av frihet til kommunen som oversetter. Hvor god kontekstualiseringsprosessen av idéen blir og hvordan det påvirker praksisen avhenger av det Røvik (2007) kaller *translatørkompetanse*.

4.2.2 Translatørkompetanse

Det finnes så vel gode som dårlige oversettere og oversettelser. Om en lykkes med å overføre en organisasjonsidé avhenger av hvor god den som oversetter er og dermed hvor god oversettelsen blir (Røvik 2007: 319). Han mener at mislykkede forsøk på idéoverføring er regelen snarere enn unntaket og at dette i stor grad skyldes dårlig oversettelsesarbeid (Røvik 2007: 320). Grunnene til at dette skjer kan være for dårlig dekontekstualisering som følger av at oversetteren ikke har fått med seg viktige aspekter i den idémessige framstillingen. Det finnes også eksempler på at forsøket på å oversette og konkretisere ikke er helhjertet og derfor blir det ikke en del av praksisen i følge Røvik. Dette skyldes at ledelsen i en organisasjon sier seg fornøyd med å formelt vedta at nye idéer skal innføres, uten å gjøre en innsats for at det faktisk blir materialisert og implementert (Røvik 2007: 321). Translatørkompetanse er derfor uunværlig for at en organisasjon skal kunne implementere og ta i bruk nye idéer som en del av sin egen praksis. I hvilken grad har de ansatte i kommunen translatørkompetanse i møte med nytt lovverk som folkehelseloven?

Røvik mener at translatørkompetanse som en viktig faktor i oversettelse av organisasjonsideer og praksiser i stor grad blir oversett, også innenfor organisasjonsteorien. Derfor har translatørkompetanse som et kritisk kunnskapsgrunnlag for å lykkes med slike prosesser i liten grad blitt identifisert og teoretisert (Røvik 2007: 324). I mangelen på en teoretisering av translatørkompetansen har Røvik forsøkt å skissere hva innholdet i translatørkompetansen kan tenkes å være. Han bruker de fire dydene (1) kunnskap, (2) mot, (3) tålmodighet og (4) styrke for å beskrive dette.

Oversetteren må ha god kjennskap til det som skal overføres og oversettes. Kunnskap om de kontekstene det skal oversettes fra og til er også viktig (Røvik 2007: 325). Kunnskap om hva det oversettes fra i denne sammenheng kan tolkes som om kommunen kjenner til bakgrunnen for det systematiske folkehelsearbeidet og hvilket tankegods det representerer.

Utgangspunktet for den konteksten ideen skal oversettes til er premisset om at ideen aldri blir innført i et *tabla rasa*, et tomt rom i følge Røvik. Den aktuelle kommunen har en historie og består av ulike aktører, strukturer, rutiner osv. (Røvik 2007: 328).

Med dyden mot mener Røvik at translatøren må være modig og kreativ i møte med utfordringer med å språksette ideen og i valg av hensiktsmessig oversettelsesmodus og regel. Med språksetting mener Røvik translatørens evne til å bringe praksiser og idéer til begrepsform (Røvik 2007: 330). Dette er nettopp det kommunene utfordres på i folkehelseloven når de skal nedfelle folkehelseutfordringer i planene. Noen praksiser som ønskes overført er kanskje ikke særlig eksplisitte og et eksempel her kan være arbeide med å motvirke sosiale helseforskjeller i befolkningen (kilde). I alle kommuner kan man forvente at det allerede finnes grep og tiltak som er rettet mot dette målet, men som kanskje ikke er uttalt i den sammenhengen. Kommunene må derfor forsøke å sette ord på hvilke utfordringer de har, hva det innebærer for dem, hva som allerede gjøres og hva som bør gjøres i fremtiden for å imøtekomme disse utfordringene. Et viktig steg er derfor at hver sektor i kommunen forsøker å språksette hva dette betyr innenfor deres rammer og hva de kan bidra med som en del av det sektorovergripende folkehelsearbeidet. I følge Røvik må begreper, som ”sosiale helseforskjeller”, diskuteres før de kan oversettes og begripes i organisasjonen. Det er her kreativiteten og motet til translatøren utfordres (Røvik 2007: 330). Det er her virusteorien om hvordan en idé spres innad i organisasjonen er interessant. Den kommer jeg tilbake til senere.

Den siste dyden Røvik presenterer er styrke. Dette kreves av translatøren fordi nye organisasjonsideer også er kilde reformering av organisasjonen. Translatørens oversettelse foregår ikke isolert fra resten av organisasjonen, men i konteksten av maktspill, forhandlinger og konflikter mellom ulike interesser (Røvik 2007: 334). Derfor vil forslagene fra translatøren møte både støtte og motstand fra de andre aktørene. Det er viktig å tåle motstand og evne å sette seg inn i konflikter og interesser i organisasjonen (Røvik 2007: 334).

Har kommunene god translatørkompetanse når det kommer til å implementere det systematiske folkehelsearbeidet? Kommunene har forsøkt å gjøre noe med dette gjennom å

opprette stillingen folkehelsekoordinator (Schou et al. 2014). I hvilken grad kan en person i en stor organisasjon bidra til å øke forståelsen om folkehelse i alle sektorer? Og er ikke alle som jobber i kommunen translatører i den sammenheng?

4.3 Folkehelseperspektivet som virus

Målet med implementering av organisasjonsideer er at de skal materialiseres og bli en del av praksisen, hvis det ikke skjer noen endring i praksis blir det ofte sett på som en mislykket implementering. Røvik benytter virusmetaforen for å beskrive hvordan en idé oppfører seg i en organisasjon og presenterer to nøkkelresonnementer. Det første er at når en idé introduseres i organisasjonen kommer det først til syne i praten gjennom begreper og resonnementer. Dette kalles ”språkssmitte”. Det kan ta lang tid før denne språkssmitten materialiseres og blir en del av praksis. Man sier at idéen har en lang ”inkubasjonstid”, det vil si tiden fra organisasjonen er smittet til det viser seg som symptomer i praksisen. Derfor peker Røvik på tålmodighet en viktig dyd for en translatør. Translatørens rolle blir derfor å sørge for at ideen får feste i organisasjonen gjennom å legge til rette for arenaer for prating. I forbindelse med organisatorisk smitte blir nemlig prat sett på som noe positivt og ikke som det motsatte av handling, eller ”tomprat” (Røvik 2007: 333). Translatøren må videre sørge for at praten er formålsrettet og fører til en konkretiseringsprosess av ideen. Konkretiseringen er også noe som tar tid og vil gå i rykk og napp. Den nye ideen vil måtte bryne seg mot eksisterende ideer og praksiser. Dette krever tilstedeværelse og derfor mener Røvik det også er viktig at translatøren er tilstede i organisasjonen over lengre tid for å følge opp prosessen (Røvik 2007: 334). Ettersom folkehelsearbeidet i mange kommuner er i startfasen kan man spørre seg hvor lang tid det vil ta før denne ”smitten” vil vise seg som faktiske ”symptomer” i kommunens praksis og til slutt som helseeffekter i befolkningen?

5 Metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for de metodiske valgene som er gjort i oppgaven. Først vil jeg presentere hva et casestudie er som design og deretter forklare hva jeg har tenkt rundt utvalg av kommuner. Jeg har brukt to kilder til innsamling av data, både dokumentanalyse og intervju. Prosedyrene rundt dette vil også bli presentert. Avslutningsvis vil jeg si noe om de etiske overveiningene i oppgaven og gjøre en kort diskusjon av metoden.

5.1 Design

I følge Andersen (2013) er casestudier egnet for å studere et samtidfenomen i det virkelige liv. Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvordan to kommuner arbeider med implementeringen av det systematiske folkehelsearbeidet etter Folkehelseloven. Dette representerer en ny måte å tenke planlegging på i kommunen og kan derfor kalles et fenomen av samtiden. Det er ulike meninger om hva et casestudie kan bringe til bords av ny kunnskap. Johannessen et al. (2010) understreker at mye av det vi vet om den empiriske verden er kunnskap fra casestudier, men allikevel blir metoden uglesett. Noen av argumentene som brukes mot casestudier er at lærdommen fra noen få case umulig kan være generaliserbar, casestudier kan kun brukes til hypotese generering i pilotstudier og ikke til å teste hypoteser eller utvikle teori og at casestudier har en tendens til å bekrefte forskerens forutinntatte oppfatning (Gerrig 2004). Flyvbjerg (2006) argumenterer for at gode casestudier er velegnet for å undersøke eksempler fra det virkelige liv og er et viktig bidrag i tillegg til mer brede kvantitative tilnærminger. Kommuneplanleggingen foregår i det virkelige liv og i konteksten av en kommune og derfor er casestudie som design egner for å undersøke hvordan kommunene arbeider med implementeringen av det systematiske folkehelsearbeidet.

5.2 Case-studie av to kommuner

Gjennom å undersøke to kommuner på et felles basis av temaer vil det være mulig å gjøre en sammenlikning for å identifisere likheter eller ulikheter i arbeidet med det systematiske folkehelsearbeidet (Andersen 2013: 93).

Innenfor et casestudie kan man gjerne kombinere flere metodiske tilnærminger for å samle informasjon (Johannessen et al. 2010: 86). Informasjonen gjennom å både bruke

dokumentanalyse og intervju for å oppnå en tykkest mulig beskrivelse. Når jeg skal undersøker hvordan en kommunen arbeider med implementeringen av det systematiske folkehelsearbeidet er det prosessen og intervjudeltakernes erfaringer med den som er caset og kommunen er undersøkelseskonteksten (Andersen 2013: 14). Derfor vil jeg ikke beskrive kommunene ytterligere enn det som kommer frem av intervjuene og dokumentanalysene.

5.3 Utvalg

Målet med et utvalget til et studie er at det skal kunne gi ny kunnskap om problemstillingen. I et kvalitativt studie vil dette være en grundig undersøkelse av noen få tilfeller (Østbye et al. 2013). Formålet med utvalget er det som bestemmer hvordan seleksjonen skal gjøres. Implementeringen av det systematiske folkehelsearbeidet er en ny arbeidsmetode sett i kommunesammenheng og det gjør det utfordrende å vurdere hvilke kommuner som representerer de ulike casetilfellene. I det langstrakte kommune-Norge er det store variasjoner, fra Utsira med sine 211 innbyggere til Oslo med over 600.000. Det er også mange andre faktorer enn innbyggertall som er med å forme en kommune, for eksempel geografi, befolkningssammensetning, økonomi, kultur osv. Formålet med denne oppgaven er ikke å understreke et poeng, men heller å få innblikk i hvordan den gjengse norske kommunen implementerer idéen om det systematiske folkehelsearbeidet.

Hvordan kan jeg vurdere om en kommune er gjengs, eller gjennomsnittlig? Det var spesielt to kriterier som var viktige i dette spørsmålet. Det ene var at kommunen skulle representere en gjennomsnittlig befolkningsstørrelse, det vil si rundt 11.000 innbyggere. Det andre var at kommunen har en folkehelsekoordinator. Dette hadde 85% av alle kommuner i 2014 (Schou et al. 2014).

Innenfor de to kommunene har jeg gjort et utvalg av intervjudeltakere. Utvalget er basert på hvem jeg mente kunne gi interessante perspektiver i arbeidet med å koble folkehelse og planlegging. I tillegg til folkehelsekoordinator ville jeg intervjuer noen fra planavdelingen. De jeg rekrutterte var folkehelsekoordinator og sjef for plan- og byggesaksbehandling i Kommune A og folkehelsekoordinator og sjef for kommuneplan i Kommune B. Disse kommuneansatte representerer ulike sider ved folkehelsearbeidet og planleggingen i kommunene og jeg anser de som viktige aktører i oversettelsen av det systematiske folkehelsearbeidet. Det at de representerer ulike fagtradisjoner ser jeg på som en styrke for

den generelle representativiteten i oppgaven ettersom det systematiske folkehelsearbeidet er en arbeidsform som krever involvering fra alle disse type stillingene i en kommune.

Utvalgsstørrelsen i denne oppgaven er to informanter eller deltakere per kommune. Casene er dermed ikke hele kommunen som organisasjon, men deler av den representert ved intervjudeltakerne. Prosjektets omfang, varighet og ressurser er også med å sette begrensninger for hvor mange intervjuer som var mulig å gjennomføre. Rådmannen og kommuneoverlegen er eksempler på andre sentrale skikkelser i kommunens folkehelsearbeid som hadde vært interessante intervjudeltakere.

5.4 Rekruttering

Rekrutteringen skjedde gjennom at jeg kontaktet kommunene og fikk mailadressen til de aktuelle deltakerne. Jeg sendte ut en mail med informasjon om det planlagte prosjektet for å spørre om de kunne tenke seg å delta. Der var det beskrevet at tema for masteroppgaven er folkehelse i planlegging og at jeg anså de som interessante aktører i den sammenheng. Hvor mye informasjon deltakerne skal få om prosjektet på forhånd er en avveining av hvordan dette kan påvirke svarene i intervjuet (Kvale et al. 2009: 89). Da formålet med intervjuet var å få et innblikk i deres egne refleksjoner rundt temaene valgte jeg å ikke gi noe ytterligere informasjon om spesifikke tema og spørsmål i intervjuguiden i forkant intervjudagen.

5.5 Intervju

For å få svar på hva de som jobber i kommunen forstår med folkehelse i planlegging var det naturlig å oppsøke og intervju disse personene. Ulike forskningsspørsmål krever ulike intervjuformer. En fenomenologisk inspirert tilnærming egner seg for å få innsikt i et tema fra intervjudeltagernes synsvinkel (Kvale et al. 2009: 47). Jeg ønsket ikke å være for låst til en intervjuguide, men heller kunne få svar på hvordan de ansatte i kommunen opplever det å jobbe med folkehelse gjennom å snakke om det selv brakte på banen. Derfor var et semistrukturert kvalitativt dybdeintervju egnet. Målet med intervjuene var å forstå betydningen av deres erfaringer og deres opplevelse av tema folkehelse i planlegging uten vitenskapelige forklaringer. Med semistrukturert intervju menes at jeg forholdt meg til en intervjuguide (Vedlegg 2) med forhåndsformulerte temaer og forslag til spørsmål, men på samme tid styrer samtalen rekkefølgen og det blir mulig å forfølge de svarene som dukker opp underveis (Kvale et al. 2009: 143).

5.5.1 Prosedyre intervju

For at det skulle være enklest mulig for deltakerne å delta i prosjektet møttes vi personlig på deres arbeidsplass. Alle intervjuene ble gjennomført på deltakernes kontorer. Det startet naturligvis med at vi hilste på hverandre, deretter satt jeg meg på den plassen de hadde tenkt på forhånd at jeg skulle sitte, som regel ovenfor de ved arbeidspulten deres. Jeg takket for at jeg fikk komme og startet med innledningen på intervjuguiden og ga de samtykkeskjema til signering.

Etter at de hadde signert samtykkeskjema slo jeg på lydopptakeren. Jeg startet med oppvarmingsspørsmålene rundt deres stilling i kommunen, hva den innebærer og hvem de samarbeider mest med i kommunen. Disse spørsmålene gled ofte naturlig over i å snakke om de andre temaene. Derfor var det viktig å huke av for temaer som allerede var diskutert og prøve å skape gode overganger til temaer som ennå ikke var tatt opp. I noen tilfeller opplevdes det som om jeg gjentok meg selv en god del, men jeg ville heller forsikre meg om at alle temaer var dekt enn å mangle noe til slutt. Intervjulengden varierte fra 40 minutter til en drøy time.

5.5.2 Transkribering

Transkriberingsprosessen handlet om å skrive ned det som ble sagt under lydopptakene (Kvale et al. 2009:138). Dette gjorde jeg kort tid etter at intervjuene var gjennomført. Det som ble sagt er ordrett gjengitt, men noen gjentakelser og pauser er fjernet for å skape bedre flyt. Under transkriberingen brukte jeg et dataprogram som heter Scievner.

5.5.3 Analyse

For å undersøke hvordan ansatte i kommunen arbeider med implementeringen av det systematiske folkehelsearbeidet vil en fenomenologisk tilnærming være egnet fordi fenomenologi om å forstå og utforske andre menneskers oppfatninger og erfaringer (Johannessen et al. 2010:33). Tilnærmingen til analysen av dybdeintervjuene er inspirert av Giorgis fenomenologiske metode for tekstkondensering, modifisert av Malterud (2003). Malterud representerer en medisinsk forskningstradisjon, men denne metoden for analyse har jeg benyttet før og synes at fungere systematikken fungerer godt når man skal sammenfatte informasjon fra flere informanter. Analyse kan foregå på flere nivåer, med mål om å beskrive, utvikling av nye begreper og modeller. I denne oppgaven skal jeg utvikle en beskrivelse av hva de som jobber i kommunen tenker rundt folkehelsearbeidet, til dette er systematisk tekstkondensering egnet (Malterud 2003: 97). Analysen har vært datastyrt, det vil si at det

som kom frem under intervjuene har blitt kategorisert for å få frem meningsinnholdet, men med et fokus på hva som påvirker oversettelsen av det systematiske folkehelsearbeidet i planleggingen. For at en skal kunne utvikle vitenskapelig kunnskap må denne prosessen være grundig og gjennomført, i følge Malterud (2003: 96).

Det første steget i analysen er å gjøre seg opp et helhetsinntrykk av materialet og peke ut noen temaer (Malterud 2003: 100-101). Dette gjorde jeg gjennom å lese gjennom alle intervjuene. Temaene (1) *sosiale helseforskjeller* og (2) *fysisk aktivitet* var en del av fokuset i intervjuguiden og er derfor to kategorier jeg vil bruke videre i analysen. I tillegg til disse var det 6 andre temaer som gikk igjen og som vekket oppmerksomheten. Jeg til bestemte meg for å jobbe videre med disse temaene: (3) *folkehelse som tverrsektorielt arbeid*, (4) *folkehelse som politikk/prioriteringer*, (5) *folkehelsearbeid som kartlegging*, (6) *folkehelsearbeid som tiltak*, (7) *folkehelse i fysisk planlegging* og (8) *folkehelse som en ny tenkemåte i kommunen*.

I den andre delen av analysen leste jeg gjennom alle intervjuene for å finne meningsbærende enheter, eller utsnitt som er interessante for problemstillingen. Disse kodet jeg i et skjema med utgangspunkt i de 8 temaene som jeg presenterte ovenfor. Her begynte jeg å merke at noen av temaene kanskje overlappet hverandre, var for spesifikke eller generelle (Malterud 2003: 102-104). For eksempel kan temaet om *folkehelse som tverrsektorielt arbeid* gjerne være en del av temaet *folkehelse som en ny tenkemåte i kommunen*. Jeg har valgte å beholde alle 8 inntil videre fordi det viste seg at det var stor variasjon i hva som ble mest fokus innen de 4 ulike intervjuene og jeg ville ha med mest mulig av helheten.

Alle sitatene jeg fant meningsbærende ble sortert under en av de 8 temaene og satt inn i en ny tabell. I tillegg lagde jeg en matrise (Vedlegg 4) som viser hyppigheten av sitater under ulike temaer for alle intervjuene. Dette viste for eksempel av arealplanleggeren i Kommune A fokuserte mer på fysisk planlegging enn folkehelsekoordinator i samme kommune. Hyppigheten av meningsbærende enheter innenfor et tema sier ikke nødvendigvis noe om at dette er betraktet som et viktig eller mindre viktig fokus i kommunens arbeid. Det kan også være at det er et tema som engasjerer intervjudeltakeren eller at de ikke anså tema som relevant for sine arbeidsoppgaver i kommunen.

For å koble de funnene jeg har gjort til den prosessen jeg ønsker å undersøke, det vil si implementeringen av det systematiske folkehelsearbeidet, organisert jeg temaene inn under de

ulike stegene i det systematiske folkehelsearbeidet. Dette var også for å skape en logisk kronologi for presentasjon av funnene. Noen av temaene faller ganske naturlig innenfor en av stegene, men for eksempel er *folkehelse som politikk/prioriteringer* er et tema som går igjen i alle stegene. Jeg valgte allikevel å plassere dette i sammenheng med planstrategien ettersom det er her kommunenes

Det systematiske folkehelsearbeidet	Tema
1. Oversikt	Folkehelsearbeid som kartlegging
2. Planstrategi	Folkehelsearbeid som politikk/prioriteringer
3. Fastsette mål i plan	Folkehelsearbeid som fysisk planlegging
4. Tiltak	Folkehelse som konkrete tiltak i kommunen Sosiale helseforskjeller Fysisk aktivitet
5. Evaluering	-

Evaluering er et viktig steg i det systematiske folkehelsearbeidet, men ettersom ingen av casene har kommet så langt i prosessen så var det ikke et fokus i intervjuene. Tema (3) *folkehelse som tverrsektorielt arbeid* og (8) *folkehelse som en ny tenkemåte i kommunen* har jeg plassert utenfor det systematiske folkehelsearbeidet fordi dette handler om helheten og mer generelle betraktninger rundt innføringen av denne arbeidsmetoden i kommunene. Denne kategoriseringen forenklet jeg ytterligere og satt igjen med kategoriene: *Oversiktsarbeid*, *Folkehelse i planer* og *Prioriteringer og politikk*. Dette er kategorier som er beskrivende både for det som var fokus under intervjuene og for å delvis følge kronologien i det systematiske folkehelsearbeidet. Her har ikke tverrsektorielt arbeid fått en egen kategori fordi det gjennomgående var noe intervjudeltakerne snakket om i forbindelse med ett av de andre temaene.

Det siste steget i analysen handler om å rekontekstualisere, eller dette sammen bitene til en helhet igjen. Dette blir presentert i resultatkapittelet der jeg presenterer kommunene hver for seg med resultater både fra intervjuene og dokumentanalysen. Jeg har prøvd å gi en gode beskrivelser av den sammenhengende bitene er tatt ut i fra og være tro mot intervjudeltakernes stemme (Malterud 2003: 110). Gjennom å sammenligne matrisen opp i mot de opprinnelige transkripsjonene fikk jeg verifisert at rekontekstualiseringen representerer hva som ble snakket om i intervjuene. Allikevel er det viktig å huske på at den systematiske

sammenlikningen jeg har gjort av intervjuene i de to kommunene ikke beskrive helheten, men fokusere på noen hovedvariabler og sammenhengen mellom disse (Andersen 2013: 93).

5.6 Dokumentanalyse

For å få en tykkere beskrivelse av casene har jeg også gjort en kvalitativ dokumentanalyse. Det betyr at jeg har sett etter innholdsmessige forhold i teksten som kan belyse sider ved problemstillingen i oppgaven. For å finne ut hvordan kommunene jobber med det systematiske folkehelsearbeidet var det naturlig å se til plandokumentene i tillegg til intervjuene. Når man skal stille spørsmål til en tekst behøves tekstanalytiske prosedyrer (Østbye et al. 2013: 63).

Formålet med analysen av kommunedokumentene har vært å få et innblikk i hvordan føringene i folkehelseloven har blitt oversatt til den lokale plankonteksten og hvordan folkehelsefokuset tas med gjennom heles det systematiske folkehelsearbeidet. Dette bidra til en fyldigere beskrivelse av casene ettersom det vil gi en beskrivelse av hva som står i planene i tillegg til hva intervjudeltakerne selv snakker om. Avgrensninger av analysen har vært den samme for avgrensningen av problemstillingen for øvrig, nemlig fysisk aktivitet og sosiale helseforskjeller.

Det som kommer frem av dokumentanalysene er kun eksempler på noen områder der jeg har prøvd å finne den røde tråden i flere av kommunens planer. Når jeg bruker eksempler på tiltak rettet mot sosiale helseforskjeller er dette kun noen få utdrag fra helheten av kommunens planer og betydningen av disse må ikke overdrives. For å finne kontinuiteten i kommunens folkehelsearbeid har jeg prøvd å finne igjen satsningsområdene eller utfordringsområdene som kommer frem av folkehelsestrategien eller folkehelseprofilen i de øvrige planene. Det er med andre ord ikke gjort en systematisk og helhetlig analyse av alle dokumenter som kan være aktuelle for tema folkehelse i planlegging. Det finnes utallige dokumenter kunne vært interessant å analysere i sammenheng med kommunens folkehelsearbeid, som for eksempel kommunedelplaner. Med bakgrunn i det systematiske folkehelsearbeidet og de kravene som stilles til kommuneplanprosessen har jeg begrenset med til følgende dokumenter; folkehelseprofil eller folkehelsestrategi, planstrategi, samfunnsdel og handlingsplan (økonomi og budsjett).

5.7 Etikk

Kvale et al. (2009) tar for seg de er fire områder som tradisjonelt diskuteres i de etiske retningslinjene for forskere: *informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle*. I lys av min oppgave vil jeg nå redegjøre for de etiske overveiningene jeg har gjort innen disse fire områdene.

For å ivareta forskningsprinsippet om *informert samtykke* signerte alle deltakerne et samtykkeskjema (Vedlegg 1). Der var det opplyst om at navnet deres vil bli anonymisert i oppgaven, men at kommunens navn og deres yrkestittel vil være med. Dermed visste deltakerne at det kan være mulig for interesserte å finne ut hvem det er referert til i oppgaven. Det var også opplyst om at det er frivillig å delta og at de kan trekke seg når som helst underveis.

I henhold til personopplysningslovens retningslinjer for oppbevaring av personvernsopplysninger var jeg nødt til å melde prosjektet til Norsk samfunnsvitenskapelig database (NSD). Prosjektet ble godkjent (Vedlegg 3). For å bevare *konfidensialiteten* ble alle personopplysninger (navn, mailadresse og korrespondanse) oppbevart på en passordbeskyttet data som kun blir brukt av meg (Kvale et al. 2009: 90). Opplysningene ble slettet ved prosjektets slutt. Underveis i prosessen har jeg valgt å anonymisere kommunene. Det viktigste i denne oppgaven har vært å få frem hvilken rolle som er målbærer for et budskap og ikke akkurat i hvilken kommune det ble sagt. Deltakerne selv ble ikke involvert i anonymiseringsprosessen, men de vil mulig kunne gjenkjenne seg selv og sin egen kommune. I forbindelse med dokumentanalysen har anonymiseringen umuliggjort kildehenvisninger til de kommunale planene og dokumentene brukt i dokumentanalysen.

Anonymiseringen vil også bidra til å minske *konsekvensene* for deltakerne med tanke på at enkelte utsagn kan forstås som en kritikk av andre aktører i planarbeidet (Kvale et al. 2009: 91). Slike utsagn er ikke direkte sitert i oppgaven, men omformulert slik at hovedpoenget er med uten å nevne spesifikke personer i kommunen.

I analyse av kvalitative data er det jeg som forsker som er fortolkningsinstrumentet og de kommunene ansatte og dokumentene har vært emner for innhenting av kunnskap (Kvale et al. 2009: 92). Min *rolle* har vært å etterstrebe en fremstilling av intervjudeltakerne og

dokumentene som er gjenkjennbar og hvor forskningsprosedyrene er gjennomsiktede. Derfor har jeg vektlagt å redegjøre grundig for analyseprosessen og min rolle i denne prosessen.

6 Presentasjon av funn fra intervju og dokumentanalyse

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene fra både intervjuer og dokumentanalyse etter de tre kategoriene som kom frem i analysen; *oversiktsarbeid, folkehelse i planer og prioriteringer og politikk*. Innledningsvis gi en kort presentasjon av den faglige bakgrunnen og stillingen til intervjudeltakerne da dette kan være relevant for hvordan de møter folkehelsearbeidet i kommunen:

Folkehelsekoordinator i Kommune A 50% som folkehelsekoordinator og 50% i tilknytning til helsetjenesten, men det fokus på forebygging. Som folkehelsekoordinator har hun ansvaret for å lede en tverrsektoriell gruppe som i tillegg til folkehelsekoordinator består av de tre sektorene i kommunen og kommuneoverlegen. Hun har vært ansatt som folkehelsekoordinator i rundt 5 år.

Planleggeren i Kommune A er leder for seksjonen arealplan og byggesak. Dette innebærer ansvar for arealplanlegging, byggesaksbehandling og kart og oppmåling, men først og fremst arealplanlegging. Han er ingeniørutdannet og har hatt jobben i kommunen i 8 år.

Folkehelsekoordinatoren i Kommune B er 50% folkehelsekoordinator og jobber 50% med kultur i kommunen. Hun er egentlig lærerutdannet og har tidligere jobbet i skoleverket. Som folkehelsekoordinator var hun med å starte opp en nettverksgruppe internt i administrasjonen bestående av folkehelsekoordinator, leder for næring og utvikling, familiesenteret, kommuneoverlegen og virksomhet for funksjonshemmede. Folkehelsekoordinatorstillingen har hun hatt i et snaut år og den er organisert i avdeling for næring og utvikling, som går på samfunnsutvikling, kultur og folkehelse.

Planleggeren i Kommune B er ansatt som områdeutvikler og næringsutvikling. Ettersom det ikke var ressurser eller mennesker til å jobbe med planverk i kommunen så ble han for 2 år siden utfordret på å gjennomføre kommuneplanprosessen. Tidligere har han jobbet 20 i privat sektor og med turisme i en annen kommune.

6.1 Funn fra folkehelsearbeidet i Kommune A

6.1.1 Oversiktsarbeidet

Folkehelsekoordinator beskriver det å lage oversiktsdokumentet som en veldig stor del av jobben hennes nå. I følge hun er det viktig at dette ikke må bli et *”eviglangt kunnskapsdokument”*, men noe litt hardtslående som det er lett å sette seg inn i. Hun problematiserer også hvor krevende dette arbeidet er og hvor mye tid det tar. Hun lurte på om det er mer hensiktsmessige å tenke at Kommune A ikke skiller seg fra landsgjennomsnittet og heller gå rett på tiltakene, istedenfor å gjøre nitidige kartlegginger på egenhånd *”selv om det er litt å strid med folkehelseloven”*. Når jeg spurte om sosiale helseforskjeller og hvordan de jobber med dette lokalt trekker hun frem at de ikke vet helt hvilke grupper som er utsatt for dette, hvordan man kan *”måle”* det og hvilke tiltak som bør settes i gang. De har foreløpig ingen indikasjoner på at Kommune A ligger bedre eller dårligere an i forhold til andre kommuner når det kommer til for eksempel økonomi. Hun gjør seg noen tanker om viktigheten av at flere fullfører videregående, men da må det også finnes en variasjon i type arbeidsplasser i kommunen.

Planleggeren i Kommune A på sin side har ikke hørt om folkehelseprofilene fra FHI. Jeg spurte også om hva som er helseutfordringer i kommunen. Dette følte han seg ikke berettiget til å svare på. Han tenkte at de var en ganske gjennomsnittlig kommune, uten noen spesielle utfordringer. På spørsmål om hva han legger i begrepet sosiale helseforskjeller slik det står i formålsparagrafen til plan- og bygningsloven svarte han at tror ikke det er et så stort tema i Kommune A og at det nok er mer tydelig i store byer. At fokuset på helse, trening og kosthold nok har ulik fokus i forskjellige sosiale lag. Han sier at det er ikke sånn de tenker i planlegging, men at de tenker at alle typer mennesker kan flytte til kommunen og at de skal legge best mulig til rette for det.

Folkehelsestrategien for Kommune A kom som et forslag fra folkehelseutvalget i 2012 og ble senere vedtatt av kommunestyret. Denne baserer seg på utfordringene identifisert i folkehelseprofilen av 2012. De tre satsningsområdene i strategien er (1) *bidra til at flere fullfører videregående*, (2) *bidra til en robust fysisk og psykisk helse i befolkningen gjennom økt fysisk aktivitet, sunt kosthold og fremme fellesskap, trygghet og deltakelse* og (3) *redusere skader og ulykker med varige men*. (Kommune A 2012)

Dette er store satsningsområder som er dekkende for de utfordringene identifisert i kommunen. Det første satsningsområdet går direkte inn på sosiale helseforskjeller selv om ikke dette begrepet nevnes. Fullført videregående utdanning er grunnlaget for å nå et høyere utdanningsnivå og inntekt som fører til en bedre helse (Folkehelseinstituttet 2014). Med tanke på dette har folkehelseutvalget identifisert et stort kartleggingsbehov i kommunen, noe som samsvarer godt med det svake datagrunnlaget i folkehelseprofilen. Behovet beskrevet i folkehelsestrategien omhandler alt fra leseferdigheter i skolen til antall uføre under 45 år og årsaken til innvilget uføretrygd. Tiltak og virkemidler for å minske frafall er å gjennomføre prosjektet "God oppvekst i Kommune A". Dette innebærer en satsning på leseferdigheter, mobbing og psykisk helse, foreldreveiledning, kvalitet og kvalifisert personale i barnehagene og en vurdering av noe som heter "Åpen barnehage". De to siste punktene under satsningen på mindre frafall på videregående er samarbeid med NAV om praksisplasser og å tilstrebe helsefremmende skoler og arbeidsplasser (Kommune A 2012)

Satsningsområde nummer to handler om å styrke befolkningens fysiske så vel som psykiske helse og her kommer økt fysisk aktivitet inn som et av virkemidlene. Innenfor fysisk aktivitet er det også store kartleggingsbehov knyttet til barn skolevei med tanke på sikkerhet og hvor mange som går eller sykler. Kvaliteten på utearealene på skolen, hvorvidt friluftsbarnehager fremmer folkehelse og hvor barn og unge leker ønskes kartlagt. De tiltak og virkemidler folkehelseutvalget mener er trygg skolevei, målsetning om at alle med trygg skolevei skal gå eller sykle og at de som blir kjørt eller busset skal gå fra drop-punkter et stykke fra skolen. De ønsker også faste foreldremøter med fysisk aktivitet og kosthold som tema og tettere oppfølging av familier i risikozonen gjennom veiledning og lavterskeltilbud. Videreutvikle Frisklivssentralens tilbud er et mål. Der er også nødvendige at folkehelseaspektet er et hensyn til folkehelse i alle former for arealplanlegging og at en sikrer gode nærmiljø, aktivitetsområder og gang- og sykkelveier tilpasset alle aldersgrupper i kommunens arealplan, samfunnsdel og økonomiplan (Kommune A 2012).

Det er dermed interessant å undersøke hvordan disse satsningsområdene blir tatt med videre i planprosessen. Vil jeg kunne spore disse tiltakene i de andre planene?

6.1.2 Folkehelse i planene

Det er spesielt to temaer som skal vurderes uansett plan i følge planleggeren, og det er folkehelse og klima og miljø. Han ser en sammenheng mellom de to temaene, og viser til at et mål om å få ned bilisme også vil føre til bedre luftkvalitet. I følge han er hovedfokuset i folkehelsearbeidet først og fremst å legge til rette for at folk skal være fysisk aktive. Som arealplanlegger og representant for den fysiske planleggingen i kommunen ble dette naturlig et viktig tema under intervjuet. Han hadde mange tanker rundt dette med bomiljøer med fortetting som et viktig prinsipp i planleggingen. Noen ganger kan det bli en interessekonflikt mellom å bevare utearealer av god kvalitet samtidig som en skal bygge tett. Han sier også at det kan bli en dragkamp mellom utbyggerne, som jo må tjene penger, og kommunen som ønsker å bygge tett og bevare utearealer for lek og friluftsmål. I følge ham er plan-og bygningsloven en lov med mye makt og myndighet, derfor er det via denne loven og arealplanlegging har mulighet til å tilrettelegge for gode oppvekstmiljøer.

Sammenhengen mellom areal og transportplan og folkehelse trekker han også frem. Fokuset er at bebyggelse skal legges rundt kollektivknutepunkt slik at bilbruken blir minst mulig. Det som er viktig her forteller han, er at de tingene som folk trenger ligger i gang- og sykkelavstand fra der folk bor. Han sier også at selv om gang- og sykkelveinettet er ganske bra utbygd er andelen som bruker dette lav. Dette tror han har med vaner å gjøre og med at avstanden ikke kan være mer enn rundt 500m før man heller velger bilen. Barn og unge er en viktig målgruppe og han sier det er mye lettere å få penger til en gang- og sykkelvei hvis strekningen også er skolevei.

Når vi snakker om forståelsen av selve folkehelsebegrepet mener han at for hans avdeling er det i betydningen forebygge, eller tilrettelegge for at folk kan ha et godt liv og en god helse. Senere i intervjuet når vi snakket om hva som karakteriserer hans arbeid i forhold til folkehelse mener han et det først og fremst er helsefremmende tiltak som er i fokus. Han utdyper videre at dette vil si tilrettelegging for at folk skal være fysisk aktive og ha et hyggelig sted å bo fordi trivsel har sammenheng med helse.

Planstrategien til Kommune A gjelder for perioden 2012 til 2016 og redegjør for utviklingstrekk og utfordringer innenfor områdene befolkningsutvikling, folkehelse og kommuneøkonomi (Kommune A 2013)

Utfordringsdelen for folkehelse i planstrategien plukker opp de utfordringene som kom frem av folkehelsestrategien. De identifiserte utfordringene som trekkes frem er: lav inntekt, flere uføretrygdet under 45 år og høy bruk av legemidler mot psykiske lidelser som angst og depresjon. De tar også med tall fra Barnevekststudien som viste at Kommune A har opp i mot 2000 overvektige eller fete personer, noe de mener er et økende problem. De tre målene fra folkehelsestrategien tas med som grunnlag i planstrategien (Kommune A 2012).

I planstrategien reflekteres det også rundt hvorfor kommunen har valgt å utarbeide en folkehelsestrategi heller enn en temaplan for folkehelse. Dette begrunnes med at *”Det lokale folkehelsearbeidet med mål og tiltak skal inngå i alle kommunens temaplaner slik at det sikres systematisk, kontinuerlig og langsiktig innsats.”*. Det understrekes også at malen for politikk og saksutredninger er endret og at folkehelsekonsekvenser nå er med som et fast punkt i vurderingene (Kommune A 2013).

I følge planstrategien har Kommune A en utfordring i å styrke folkehelsearbeidet i kommunen etter folkehelseloven på organisatorisk nivå. Viktigheten av at folkehelse blir ivaretatt i alle planer understrekes og kommuneplanen blir kommentert; *”Kommuneplanen har flere målsetninger som sekundært vil ha positiv effekt på folkehelsen, men inneholder ingen konkrete henvisninger til folkehelse.”* (Kommune A 2013)

I løpet av intervjuet snakket folkehelsekoordinatoren mye om noen utfordringer knyttet til å jobbe tverrsektorielt med folkehelse i kommunen. Det er mange ulike forståelser av dette innen de ulike fagfeltene, det er ikke bare *”jogging og epler”*, som hun kaller det. Hun ser det som viktig å lære andre det helhetlige tankegodset som ligger i dette begrepet.

Når det kommer til å samarbeide om folkehelse innad i kommunen synes hun det er en utfordring å få de som har forholdt seg til plan og bygningsloven gjennom mange år til å også tenke folkehelse, hun føler hun må være en litt upopulær *”masakråke”* ovenfor de. I forbindelse med rullering av kommuneplan måtte hun minne de som jobbet med det på at oversikten over helsetilstanden skal ligge til grunn for planstrategien, hun synes det er rart at ikke de kommer til hun og etterspør den selv. Planleggeren på sin side tror at folkehelse nok er et mye større felt enn det vi har fått snakket om, men at han har fått sagt det som han kan noe om. Altså den fysiske planleggingen som er hans fagfelt.

I vurderingen av samfunnsdelen i planstrategien står det at alle mål og strategier kan forlenges uendret. Det er også kommentert at en revisjon av samfunnsdelen vil kreve en tilpasning til plan- og bygningsloven av 2008. Folkehelseloven er ikke nevnt, men folkehelse sammen med klima og energi skal være førende for alle planer i følge den overordnede strategien for planlegging i Kommune A (Kommune A 2013).

Siste kommuneplan til Kommune A ble vedtatt i 2009 og gjelder for perioden 2009 til 2020, altså før folkehelseloven og før de vedtok folkehelsestrategien i 2012. Allikevel er det interessant å se hvordan folkehelseperspektivet kommer med i samfunnsdelen ettersom den er vedtatt i etterkant av plan- og bygningsloven som tydeliggjør en styrking av samfunnsdelen og folkehelse. Som det ble nevnt i planstrategien er det ikke tatt med noen klare strategier og mål for folkehelsearbeidet, selv om mange av målsetningene kan ha positive effekter på folkehelsen

Det å fremme ”folkehelse, trivsel og rekreasjon” er en av rammebetingelsene i samfunnsdelen til Kommune As kommuneplan. I den sammenhengen nevnes trafiksikkerhet, krav til leke- og oppholdsarenaer for barn og unge basert på rikspolitiske retningslinjer, tilgjengelighet for alle gjennom universell utforming og planlegging for god tilgang til friluftsområder. Det kan virke som om det er de forhold som kan påvirke de fysiske planene det fokuseres på. Dette arealfokuset er i grunn gjennomgående for hele samfunnsdelen.

Folkehelsekoordinatoren gjorde seg opp noen tanker rundt sin egen stilling som folkehelsekoordinator og sa litt humoristisk at hvis hun hadde sluttet i jobben hadde det tatt lang tid før noen hadde spurt etter hun. Det er veldig mange fine møter og gode tanker, men det stopper der, med praten. Allikevel uttrykker hun en optimisme gjennom at det kunne ha vært enda dårligere stilt i kommunen. Hun opplever at det er også mange som veldig gjerne vil bidra og som står på. Det er viktig å fokusere på å lage planer som kan gjennomføres slik som situasjonen er nå, ikke hvis de får en million kroner. Hun mener det er viktig å ikke gi opp, men lete etter muligheter som kan gjøre en forskjell innenfor de rammene som er der.

Samtidig opplever hun at bevisstheten rundt folkehelse blant planleggerne har økt siden 2010 og at det blir nevnt i mange flere sammenhenger. Helt på tampen av intervjuet oppsummerte hun sin oppfatning av situasjonen i Kommune A. Hun sa at det ikke står på vilje eller engasjement verken hos ansatte eller politikerne, men at de sliter med å få ”operasjonalisert

alle de fine tankene våre og satt det ut i live.” Det hun ser på som viktig er å øke forståelsen rundt at hele ikke skapes i helsesektoren, men at man må tenke tidlig intervensjon og se større sammenhenger. Hun mener det er for stort fokus på å ”*plukke opp*” de som sliter på grunn av stram økonomi. Noe annet hun trekker frem som viktig er at mye er på vent i Kommune A fordi de venter på en fremtidig kommunesammenslåing. Dette beskriver hun som en spennende prosess og at hun gleder seg til å kanskje kunne samarbeide med andre folkehelsekoordinatorer i fremtiden. Ønsket hennes er at de beholder flere mindre stillinger heller enn at en skal ”*bli akkurat like ensom, men i en tre ganger så stor kommune...*”.

6.1.3 Prioriteringer og politikk

Folkehelsekoordinatoren i Kommune A snakket mye om en frustrasjon rundt manglende vilje hos politikerne til å satse på sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak. Etter hennes syn er vedtas det mange ting som er stikk i strid med folkehelsestrategien, for eksempel at det ikke lenger gis måltider til barnehagebarn, svømmehallen har kortere åpningstid og idrettslagene må betale dyrt for leie av arealer som kommunen eier. Når det kommer til de konkrete tiltakene så finnes det ikke ”*fem flate øre*” som hun sier. Hun stiller spørsmål til hvorvidt politikerne forstår konsekvensene av det de vedtar og om de forstår hvor dyrt det kan bli på lang sikt å ikke prioritere de riktige tingene, dette kan bli ”*den kommunale undergangen*” i følge henne selv.

Et av hovedtrekkene i økonomiplanperioden til Kommune A er;

”Kommunen har en anstrengt økonomi, og det er ikke rom for vesentlig økt aktivitet eller tjenesteproduksjon. Kommunen utfører likevel sine lovpålagte oppgaver, men innenfor et minimum av ressurser.” (Kommune A 2014).

Derfor er det vedtatt at kommunen må kutte driftsreduksjoner med ca 8,3 millioner frem mot 2018. Eksempler på noen av kuttene er: fjerne støtte til leirskole (fra 2017), øke SFO-priser, fjerne støtte til etterutdanning av lærere (fra 2016), gjeninnføre sommerstengte barnehager, redusere bemanning i barnehager, redusere utgifter innen kultur og redusere bemanning i dagtilbud og hjemmehjelp.

Eksempler på nye driftstiltak som har fått plass på budsjettet er økt innsats på spesialundervisning, finansiering av tiltak tunge brukere innenfor helse- og sosialmedisin, økt ressursinnsats helsestasjon, økt innsats innen pleie- og omsorg for å møte utskrivningsklare pasienter og økt ressursinnsats til tunge brukere innenfor tiltak funksjonshemmede.

Det kan være utfordrende å spore satsningsområdene i folkehelsestrategien i økonomiplan og budsjett. Spesielt sosiale helseforskjeller som er et så sammensatt tema. Slik det kommer frem av folkehelsestrategien ønsker Kommune A å redusere frafall fra videregående gjennom tidlig innsats og oppfølging allerede fra barnehagealder (Kommune A 2012). Altså er barn og unge en viktig målgruppe. Grunnet behov for driftsreduksjon har de i økonomiplan for 2015-2018 er det vedtatt å blant annet å redusere bemanning i barnehager, gjeninnføre sommerstengte barnehager, fjerne støtte til etterutdanning av lærere, fjerne støtte til leirskole og øke SFO-priser. De negative konsekvensene det vil medføre for barn, barnefamilier og ansatte i barnehager og skoler er kommentert (Kommune A 2014). En økt innsats på spesialundervisning, tiltak for tunge brukere innen helse- og sosialmedisin, heving av sosialhjelpssatser, mer ressurser til pleie- og omsorg for å møte utskrivningsklare pasienter og mer ressurser til helsestasjon er eksempler på nye driftsaktiviteter som er planlagt for 2015

Både spesialundervisning og helsestasjon er tiltak som treffer barn og unge og kan bidra til en bedre helse og skolegang. Mens veldig mange av de andre planlagte aktivitetene har voksne som allerede har havnet utenfor arbeidslivet eller lider av sykdom som målgruppe. Dette reflekterer med andre ord ikke så veldig godt mål og strategier skissert i folkehelsestrategien.

Kommune A kommune ønsker også en satsning på fysisk aktivitet for å bidra til en robust fysisk og psykisk helse i befolkningen (Kommune A 2012). Noen av de viktigste investeringene i perioden som kommer frem av handlingsplan går på trafikksikringstiltak og veifornyelse. Dette er i tråd med satsninger på aktiv reise for barn til og fra skolen. På kulturområdet skal kommunen kutte utgiftene fremover. Og skriver dette som kommentar; *”Kulturområdet bidrar til aktiv deltakelse i lokalsamfunnet ved å skape gode uavhengige møteplasser for offentlige samtaler og debatt. I et folkehelseperspektiv er det viktig med lavterskeltilbud for uorganisert fysisk aktivitet i friluft og innendørs.”* Dette vil bidra til å minske mangfoldet i tilbudet (Kommune A 2014). Rådmannen har ikke funnet rom for å styrke områdene folkehelse og frisklivstiltak og psykisk helse- og rusarbeid ytterligere enn de 75.000 kr som ble brukt i 2014.

6.2 Funn fra folkehelsearbeidet i Kommune B

6.2.1 Oversiktsarbeidet

Folkehelsekoordinator forteller at det er store forskjeller i Kommune B. Dette forklarer hun med at Kommune B er en lavlønnskommune med lavt utdanningsnivå, en stor andel ikke har mer enn videregående skole.

Kommune B har så langt ikke publisert noe oversiktsdokument eller folkehelsestrategi. Kunnskapsgrunnlaget om folkehelsen i planstrategien og planene baseres på folkehelseprofilen av 2012. I samfunnsdelen av kommuneplanen oppsummeres de viktigste utfordringene. Disse er levekårsforhold, spesielt knyttet til utdanning og inntekt. I Kommune B antall elever som ikke fullfører videregående på 35,2%, noe som er høyt både i forhold til fylket og landet. Videre beskrives befolkningens helsetilstand med at det er en overhyppighet av livsstilsrelaterte sykdommer og andre risikofaktorer knyttet til nettverk og integritet. Barn og unge er i stor grad aktive innen organisert kultur og idrett, men frafallet er stort i løpet av ungdomstiden. I samfunnsdelen trekker de også frem at attraktive natur og friområder og kommunens mange kulturtilbud og andre frivillige organisasjoner kan være en ressurs i forhold til folkehelsestanden i kommunen (Kommune B 2014c).

Arbeidet med å lage en befolkningsoversikt beskriver folkehelsekoordinator som et stort og viktig arbeid som gjøres i samarbeid med Østfoldhelse som er et partnerskap mellom fylkeskommunen og kommunene. Hun beskriver også arbeidet med oversikten som veldig krevende. Kommune B er i oppstartsfasen i denne prosessen i likhet med mange andre kommuner. Hun forteller at en rapport fra Østfoldhelse står det at de er overrasket over at ikke flere kommuner rapporterer hvor krevende det er å lage en slik oversikt. Videre sier hun at dette er hovedfokuset i folkehelsearbeidet akkurat nå, men at tiltakene også foregår samtidig.

Folkehelsekoordinator greier ut om mange ulike tilbud som finnes i kommunen. Fokuset hun har på tiltak har sammenheng med at hun også jobber 50% med kultur i kommunen og ser en klar kobling mellom folkehelse og kultur. Hun snakker om boccia og bowls- tilbud for seniorer, den kulturelle spaserstokken, ferietilbud til barn og ungdom, jentebølgen (løp for jenter), jeger og fiske foreninga, Mysenelvas venner, treningssentrene, kinotilbud,

svømmetilbud, seniorkino, råneklubb, idretten, DNT, Mysen Mudo osv. Hun synes det er morsommere å jobbe med konkrete tiltak enn for eksempel kartlegging og hun føler at hun får til mer der, noe som kanskje ikke er så negativt i følge henne selv. Flere av disse tilbudene handler om å utjevne sosiale helseforskjeller. For eksempel har de en ordning der familier kan søke kommunen om tilskudd for at barna kan delta på fritidsaktiviteter, de har opplegg for barn og ungdom i ferier og de har subsidieringer av billetter til for eksempel filmfestival. De satser også på uorganiserte tilbud til ungdom som skatepark og utendørs volleyballbane.

6.2.2 Folkehelse i planer

Planstrategien til Kommune B er felles med Kommune X og gjelder for perioden 2012-2015 (Kommune B 2012). Her kommer det frem at kommunen har stram økonomi og at det derfor er behov for en politisk verdi- og prioriteringsdebatt (Kommune B 2012). Kommunene ønsker at samfunnsdelen skal gjenspeile de politiske prioriteringene som kommer frem i temaplanene. Temaplanene skal være færre enn det de har i dag. De skal fungere på tvers av virksomhetsområder slik at viktige politiske og administrative prioriterings- og verdidebatter kommer frem (Kommune B 2012).

Det er behov for revidering av både kommuneplanens samfunnsdel og arealplan: *Bakgrunnen for dette er både generelle utviklingstrekk i samfunnet, endringer i kommunenes tjenesteansvar og den nye fylkesplanens retningslinjer for arealbruk og tettstedsutvikling.* (Kommune B 2012).

Folkehelse står som et gjennomgående tema i samfunnsdelen til Kommune B. Beskrivelse av ønsket befolkningsutvikling begrunnes også med folkehelse:

Levekår og folkehelse rommer mange forhold som blant annet kjøpekraft (materiell levestandard), bo- og arbeidsmiljø, sosiale forhold og helse. Kommunen må bygge sin befolkningsutvikling gjennom bevisst satsning på attraktivitet som bidrar til å bedre folkehelseprofilen.” (Kommune B 2014c)

Samfunnsplanleggeren beskriver den jobben han gjør med kommuneplanen som helt overordnet. I arbeidet med arealplanen legger han et *større trøkk* på folkehelse gjennom bestemmelser og retningslinjer som sørger for at det gjennomsyrrer alle beslutninger. Dette er for eksempel gåavstand til skoler og universell utforming. I kommuneplansammenheng er det

viktigste han gjør å øke bevisstheten til ulike aktører, private som offentlige. Samarbeid med det private er uformelle møteplasser en viktig arena for å ufarliggjøre hverandre og initiere ting. Han er opptatt av å tenke ”vi” og at sammen kan en greie mer enn hver for seg. Han reflekterer også på hva folkehelse skal bety når kommunen mest sannsynlig kommer til sammenslåing og skal bli én storkommune. Sammenslåingen vil skje enten gjennom at kommunen selv blir enige med andre kommunen om dette, eller så tror han de vil bli tvunget til seg på sikt.

Det overmodnede målet under kapittelet ”Omsorg, velferd og folkehelse” i Kommune B samfunnsdel er *Flere leveår med god helse for den enkelte og reduserte sosiale helseforskjeller hos innbyggerne*. Altså er det å redusere de sosiale helseforskjellene en av hovedsatsningene til kommunen (Kommune B 2014c). På spørsmål om hva samfunnsplanleggeren legger i begrepet sosiale helseforskjeller slik det er formulert i plan- og bygningsloven forteller at han ikke kan svare på hva som gjøres konkret i kommunen, men at han ser på sin jobb som å få de ulike fagområdene i kommunen til å mene noe om dette og ta stilling til hva det betyr for dem i praksis. Han vil få de til å løfte blikket og se utover den daglige driften for å løse fremtidens utfordringer. Det er også en utfordring å jobbe sektorovergripende og sammen mot felles mål når man ikke har en lik forståelse av folkehelsearbeidet i kommunen forteller han. Når jeg stilte folkehelsekoordinator spørsmålet om begrepet sosiale helseforskjeller svarte hun at hun er usikker på om hun er den rette til å svare på det og mener jeg bør snakke med noen andre. Hun har ikke jobbet noe særlig opp mot plan i forhold til folkehelse enda, men hun mener at de har tenkt mye på det i utformingen av samfunnsdelen. Samtidig påpeker hun at *forankring* er et veldig viktig ord i en kommune. Et prosjekt som handler om helsefremming og forebygging i barnehager har kommunen hold på med i rundt fem år, noe som er et resultat av god forankring i følge folkehelsekoordinatoren. At alle virksomheter kjenner til prosjektene og at de øverste lederne og politikerne vet om det og være enige om at *dette her skal vi gjøre*, er viktig sier hun. Altså er tiltak som er godt forankret i kommunen som organisasjon også bedre rustet for å vare over lengre tid. Folkehelsekoordinator snakker også om viktigheten i å se sammenhengen mellom samfunnsdelen og arealdelen i kommuneplaner og forteller at dette er noe som holder på å komme inn i planene. I den sammenheng forteller hun om hvordan kommunen tenker å få liv i sentrum igjen gjennom å legge tjenester og tilbud i sentrum og tilrettelegge for ulike typer boliger; *legg alt i sentrum for da må folk dit og da blir det et levende sentrum*.

På en måte svarer begge intervjudeltakerne i Kommune B litt unnvikende i første omgang når jeg spør direkte om koblingen mellom sosiale helseforskjeller og planlegging og hva de tenker om dette. Når de setter i gang å snakke om temaet viser det seg at de har mange tanker rundt nettopp dette. Dette understreker kompleksiteten i temaet sosiale helseforskjeller. Det lar seg kanskje ikke oppsummere i en setning.

I samfunnsdelen er målet i folkehelsearbeidet beskrevet med at kommunen ønsker en positiv utvikling i folkehelseprofilen. De 12 strategiene her går både på at kommunen skal utvikle folkehelsearbeidet på organisatorisk nivå gjennom å synliggjøre folkehelse som et lokalpolitisk, sektorovergripende satsningsområde i kommunen og å stimulere innbyggerne til å leve sunne liv gjennom å øke bevisstheten til ta ansvar for eget liv og helse (Kommune B 2014c). Jeg spurte folkehelsekoordinator hva det var de mente med å bevisstgjøre befolkningen rundt ansvaret for egen helse. Hun lurte på om jeg synes det var å fraskrive seg ansvaret for kommunen sin del. Det kan virke litt som om hun var redd for at jeg synes det var feil å gi innbyggerne ansvaret for egen helse. Hun snakket videre om at dette kan ha noe med holdninger å gjøre. At folk generelt kan skyve ansvaret for livet sitt litt for mye over på institusjoner. Hun spør seg derfor om dette kanskje er holdninger vi har skapt gjennom velstand og muligheter for å få hjelp. Videre reflekterer hun over at dette går i arv og at man derfor burde fokusere på dette allerede på skolen, *det er ditt liv, det er ditt valg, det er du som styrer, du kan ikke bare skylde på andre (...)* Når hun reflekterer over sin egen helse sier hun at hun ser det som sin egen oppgave å holde seg selv i form. For befolkningen mener hun det er viktig å bruke beina litt mer og komme seg ut i naturen.

Når det kommer til folkehelse generelt trekker også samfunnsplanleggeren i Kommune B frem *bevissthet*. Som å gå trapper i hverdagen. *Det er de små dryppene i hverdagen*, beskriver han det som. Han tenker at det bør være uorganisert, gjerne utenfor stuedøra di, men også organisert. Det er mangfoldet av tilbud som er viktig. Som kommune mener han det viktigste er å stimulere de frivillige, hjelpe de med nettverksbygging og sørge for at de blir sett.

I samfunnsdelen til Kommune B er det mange strategier som kan være med å styrke sider ved ungdommers helse og livskvalitet og kanskje forebygge frafall. For eksempel: *Stimulere til levende lokalsamfunn der helse, miljø og kultur ses i sammenheng* og *Tett oppfølging av unge med sosiale utfordringer* (Kommune B 2014c). Dette kan tolkes som om kommunen bruker determinantperspektivet i folkehelsesatsningen. At de ser på årsaken til årsaken heller enn å

for eksempel sette inn ressurser hos elever når det allerede har gått ”galt”. I planstrategien hadde Kommune B et mål om at samfunnsdelen skulle gjenspeile hvilke politiske prioriteringer som er gjort (Kommune B & Kommune X 2012). Samfunnsplanen redegjør for mange mål og strategier for det langsiktige folkehelsearbeidet, men viser ikke hvordan disse skal prioriteres i forhold til hverandre.

Samfunnsplanleggeren forteller at ordføreren i kommunen har ambisjoner om at Kommune B skal bli Norges, eller fylkets, sprekeste kommune og er opptatt av å gå foran som et godt eksempel. Kommune B ønsker å bli en sykkelby og i samarbeid med statens veivesen har de utredet for å lage sykkeltraseer for hurtigsykling og arbeidssykling, dette har de tegner inn i plankartene. Et annet forslag de jobber med for å støtte oppunder frivilligheten er å ansette det de kaller en ”søkolog”. Det vil si en som kan hjelpe de frivillige eller kommunen med å søke midler til for eksempel folkehelseiltak. Samfunnsplanleggeren mener det er viktig å støtte oppunder frivilligheten. Dette vitner om at kommunen ser de frivillige som en ressurs i lokalsamfunnet og ønsker å få til aktivitet på tross av en trang økonomi.

Kommune B har som sagt identifisert utfordringer knyttet til at mange innbyggere utvikler livsstilsrelaterte sykdommer. En av strategiene i samfunnsdelen er at kommunen vil *Redusere livsstilsykdommer gjennom tidlig innsats for bedre kosthold, mer fysisk aktivitet, lavere alkoholkonsum og mindre tobakksbruk hos innbyggerne*. Dette nevnes også i forbindelse med planlegging for å møte fremtidens befolkningsutvikling:

Å bo og leve handler om grunnleggende levekår, trivsel og trygghet for mennesker i hverdagen. Det handler om bolig- og nærmiljøer som fremmer kontakt og fellesskap og at daglige gjøremål og hverdagsaktiviteter kan foretas mest mulig i nærheten.
(Kommune B 2014c).

Folkehelse og folkehelse relaterte tema er gjennomgående i samfunnsdelen og man inntrykk av at Kommune B har en god forståelse for folkehelseperspektivet og at dette er godt integrert i planen.

6.2.3 Prioriteringer og politikk

Det er en stor utfordring i kommunen når det kommer til å prioritere folkehelseiltak opp imot andre lovpålagte tjenester kommunen skal tilby i følge folkehelsekoordinator. Et eksempel

hun trekker frem er hvor mange barn som får spesialundervisning og hvor mye ressurser dette krever. Hun forteller videre at det ikke finnes dokumentasjon på at disse barna komme tilbake i vanlig undervisning igjen, *det fortsetter bare å øke på*. Dette er en utvikling som er viktig å snu, slik at en heller kan bruke end del av disse pengene på forebyggende tiltak i kommunen mener hun. Spørsmålet hun stiller seg er om politikerne er villige til å satse på forebygging som kanskje ikke gir resultater før om 10-15 år, lenge etter at deres periode er over.

Samfunnsplanleggeren forteller også at de er ute etter er å finne den ”røde tråden”, at det som er fokusområder i kommuneplaner også blir å finne igjen i års- og økonomiplaner. De arbeider med denne forankringen, men har ikke helt kommet i mål med det ennå. Her er det i følge han viktig at de enes om hvor de skal i fellesskap. Dette krever også en felles forståelse, det er det som gjør det vanskelig å jobbe sektorovergripende. Det de har lykket med i forhold til sosiale helseforskjeller mener han er ”*alt som er sektorovergripende*”. Han beskriver det med at alle i kommunen er bevisst at de jobber med folkehelse hver eneste dag.

I redegjørelsen for utviklingstrekk i økonomiplanen til Kommune B står det at kommunen skal jobbe målrettet på innsatsområde ”folkehelse” for å bedre de negative utviklingstrekkene koblet til frafall og livsstilssykdommer (Kommune B 2014i). I forslag til driftstiltak fra Rådmannen er det gjort en prioritering fra 1 til 17 der de første fire er i henhold til prioriteringer fra statsbudsjettet. Her mange forebyggende tiltak mot barn og unge. Det er blant annet prioritert penger til tjenester for rusavhengige og personer med psykiske lidelser, styrking av helsestasjon og skolehelsetjenesten, valgfag på ungdomstrinnet, psykolog helsestasjon, videreføre tiltak mot vanskeligstilte barn og unge, styrking av både skolers og barnehagers rammer og drift av ungdomshuset (Kommune B 2014i). Her viser Kommune B en tydelig prioritering av barn og unges helse og livskvalitet gjennom en rekke tiltak som igjen kan bidra til at flere mestrer skolehverdagen og fullføre utdanningsløpet. Det er også forslag til besparelser og effektiviseringstiltak er blant annet avvikling av frukt og grønt ordning i skolen og avvikling av kulturskoletime i SFO (Kommune B 2014i).

Under posten ”investeringer” kommer det frem at de ikke har penger til tiltak som kommunale gang- og sykkelveier, svømmehall og flerbrukshall (Kommune B 2014i). I forhold til at det i samfunnsdelen står at de vil satse på en bedre helse gjennom fysisk aktivitet virker det ikke som om tilrettelegging for en aktiv livsstil blir prioritert i økonomiplanen i like stor grad som for eksempel psykisk helse.

Folkehelsekoordinator forteller også at kommunen får mange tilbud om å være med i prosjekter og det å vurdere hva de skal være med på er en stor del av arbeidet i folkehelsenettverket. Hun trekker spesielt frem et tilbud om å være med i et prosjekt som handlet om å forebygge overvekt hos barn og unge. Da kunne helsestasjonen og familiesentret fortelle at det var de veldig gode på allerede. Problemet slik de så det var det å videreføre prosjektet. Det å kunne følge opp familiene, for det koster penger, tid og ressurser.

Samfunnsplanleggeren snakker også om det å være bevisst de valgene de tar. Det er mange hensyn å ivareta og det er utfordrende fordi en må velge hva som skal veie tyngst, som for eksempel det samfunnsøkonomiske og miljøperspektivet. Bevisstheten rundt folkehelse og styrking av sentrumene kom med siste rullering av fylkesplanen, dette medførte arealkvoter og innstramming forteller han. For å imøtekomme dette mener han de må bruke arealene bedre og tenke kreativt sammen.

Avslutningsvis i budsjettet for 2015 er det gjort en risikovurdering for avvik fra de økonomiske rammene innen alle kommunens virksomheter, vurder fra lav (grønn), til middels (gul) og til høy (rød). Familiesenteret, skole, barnehage og NAV Kommune B er de virksomhetene som er vurdert til røde (Kommune B 2014a). Dette er alle virksomheter som i stor grad kan påvirke barn og unges levekår og her er det tydeligvis lite rom for ekstra innsats i form av forebyggende tiltak i tillegg til den daglige driften. Den samlede vurderingen underbygger hvor presset den økonomiske situasjonen i kommunen er:

Trykket på en rekke basistjenester er stor. Rammene er marginale og tar ikke høyde for vesentlige utgiftsøkninger. Rammen avsatt til uforutsett er 0, men burde vært minimum 15-20 mill kroner. Det er overhengende risiko for budsjettoverskridelser. (Kommune B 2014a).

7 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg både diskutere metoden for oppgaven, oppsummere funn og diskutere funn casestudiene i lys av organisasjonsteori.

Metodediskusjon tar for seg de metodiske valgene som er gjort underveis i prosessen og vurderer styrker og svakheter ved disse.

Formålet med diskusjon av funn er å finne mulige forklaringer for muligheter og begrensninger knyttet til implementeringen av det systematiske folkehelsearbeidet i de to undersøkte kommunene. Dette vil jeg gjøre gjennom å bruke begrepene og perspektivene fra organisasjonsteorien presentert tidligere. Spørsmålene jeg stiller meg er: Vil jeg finne tegn til stiavhengighet i kommunens arbeid med folkehelse (*kulturperspektivet*)? Er det sammenheng mellom det som står i planene og det kommunene gjør, eller er det tendenser til dekopling (*myteperspektivet*)? Hvordan kontekstualiserer kommunene folkehelseperspektivet i sin lokale kontekst (*oversettelse*)?

7.1 Metodediskusjon

Mitt utgangspunkt var at jeg vil undersøke hva som faktisk foregår i kommunene når folkehelseperspektivet møter virkeligheten i kommunen som organisasjon. De to kommunene undersøkt *er* tilfeller, eller kasus, fra virkeligheten og ut i fra en såpass generell definisjon på casestudie kan min metodiske tilnærming plasseres innenfor. Den største utfordringen jeg har hatt i forhold til metoden i denne oppgaven har vært å argumentere for at utvalget av kommuner er hensiktsmessig. Flyvbjerg (2006) argumenterer med at utvalg av det han kaller *ekstreme tilfeller* ofte vil gi rikere beskrivelser enn utvalg av gjennomsnittlige eller *typiske tilfeller*. Formålet med denne oppgaven har ikke vært å undersøke det *ekstreme tilfeller* og derfor har jeg valgt å beholde denne tilnærmingen på tross av at den i følge Flyvbjerg ikke vil kunne gi like rike beskrivelser. Kanskje kunne eksempelvis en sammenligning mellom en foregangskommune innen folkehelsearbeid og en mindre ”god” kommune ha gitt et større spenn i funn og gitt grunnlag for en mer nyansert diskusjon?

Det at kommunene representerer typiske tilfeller for norske kommune har blitt forsterket etter hvert som jeg har sett de i lys av tidligere forskning og karakteristikk ved kommunal planlegging beskrevet i NOU (1998: 18) og NOU (2001: 7). For eksempel har begge kommunene trang økonomi og derfor lite ressurser i planleggingen, som mange andre kommuner (NOU 2001: 7: 143). I likhet med 71% av norske kommuner har heller ikke casekommunene utarbeidet et oversiktsdokument over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (Helgesen & Hofstad 2012: 80). Dermed mener jeg at utvalget av kommuner kan karakteriseres som typiske tilfeller i denne sammenhengen og er godt egnet som et bidrag til forskningsfeltet innen folkehelse og planlegging.

Innenfor casestudietradisjonen skilles det mellom teoristyrte og beskrivende analyse. Med en teoristyrte tilnærming springer forskningsspørsmålet ut fra teoretiske antakelser hos forskeren (Yin 2014: 38). Jeg har hele veien tenkt at jeg har arbeidet ut i fra en åpen tilnærming der jeg har søkt etter å finne ut hva jeg vil finne rundt tema folkehelse og planlegging i kommunene, for så å beskrive dette. Ved nærmere ettertanke ser jeg at forskningsspørsmålet mitt er et resultat av at jeg har undret meg over *hvordan* kommuner kan greie å operasjonalisere kompleksiteten i folkehelseperspektivet. Gjennom min faglige bakgrunn og tidligere forskning på tema har jeg fått en antakelse av at kan være en krevende oppgave å løse innenfor kommunal planlegging. Oversettelsesbegrepet til Røvik og spørsmålet om hvordan kommunene oversetter det systematiske folkehelsearbeidet har fulgt meg i denne prosessen. Dette har påvirket funnene i analysen av intervjuene og dokumentene, selv om utgangspunktet her har vært å ha en åpen tilnærming og datastyrt analyse. Hvorvidt dette kvalifiserer for å kalle analysen deskriptiv eller teoristyrte er etter min mening ikke avgjørende så lenge jeg er bevisst mine subjektive holdninger rundt tema og hvordan disse har påvirket analysen. Man kan heller ikke være helt fri for fordommer i kvalitativ forskning. I følge Kvale et al. (2009: 247) er det på grunnlag av våre for-dommer at vi er i stand til å forstå noe. Dermed kan man umulig påstå å forholde seg objektiv til kvalitativ forskning.

Proessen for analyse av intervjuer har vært systematisk og grundig gjennomført etter Malteruds modell. I følge Flyvbjerg (2006: 238) kan ikke "funnene" i et casestudie oppsummeres eller brukes til å trekke konklusjoner, men det er opp til leseren selv gjøre seg opp en mening av forfatterens fortolkninger av det som er beskrevet. Motivasjonen bak analysen av intervjuene i min oppgave har vært å identifisere likheter og ulikheter i koblingen mellom folkehelse og planlegging i de to kommunene. For til slutt å kunne se dette i lys av

organisasjonsteori og muligens identifisere noen hovedutfordringer eller muligheter. På bakgrunn den systematiske analysen av intervjuene mener jeg det er grunnlag for å belyse noen hovedtrekk ved implementeringen av det systematiske folkehelsearbeidet i disse to kommunene. En vektlegging av å beskrive alle beslutningsprosesser gjør det mulig for andre å følge og vurdere beslutningene. Dette er med å styrke bekreftheten i oppgaven (Johannessen et al. 2010: 232)

Et annet kjennetegn ved casestudier er at det tar for seg en eller få enheter og studerer disse inngående (Andersen 2013: 23). Dermed har jeg stilt meg spørsmålet om datagrunnlaget i oppgaven er inngående nok? Gjennom å gjøre en *metodetriangulering*, det vil si kombinere intervju og dokumentanalyse for å beskrive arbeidet i de to kommunene, styrkes grunnlaget for å beskrive helheten av prosessen med implementeringen av det systematiske folkehelsearbeidet (Yin 2014: 17). Denne kombinasjonen av metoder er egnet for å svare på problemstillingen fordi de frembringer kunnskap både om hvordan de som arbeider med dette tenker og hvordan kommunen som organisasjon følger opp det systematiske folkehelsearbeidet i planene. Dette styrker oppgavens troverdighet (Johannessen et al. 2010: 16). En mer systematisk og omfattende dokumentanalyse ville dog ha styrket metoden gjennom å gi en mer helhetlig fremstilling av kommunens planarbeid.

Et siste viktig punkt jeg vil diskutere er grunnlaget for hvorvidt kunnskapen fra min oppgave kan overføres til andre kommuner. I kvalitative studier snakker man om overførbarhet og ikke generalisering som hører hjemme i statistikken (Johannessen et al. 2010: 231). Flyvbjerg (2006: 227) argumenterer med at kunnskap fra casestudier er verdifulle bidrag til samfunn eller fagfelt uten å formelt kunne generaliseres. På bakgrunn av at kommunene i min oppgave kan ses på som gjengse kan det tenkes at andre kommuner vil kunne lære noe fra funnene i denne oppgaven. Kunnskapen herfra kan karakteriseres som at den har overføringsverdi uten å påstå at den kan direkte generaliseres til andre kommuner.

7.2 Oppsummering av funn

I arbeidet med oversiktsdokumentet kommer det frem at begge kommunene finner dette utfordrende. Utarbeidingen av oversiktsdokumentet oppfattes samtidig som veldig viktig og er prioritert i begge kommunene. Folkehelseperspektivet er allikevel med i de øvrige planene til begge kommunene basert på data fra folkehelseprofilene. I Kommune B var planleggeren

veldig bevisst at folkehelse måtte bli integrert i kommuneplanene og i Kommune A var folkehelsekoordinator fokusert på dette, men ga uttrykk for en frustrasjon over at plansektorer kanskje ikke oppfattet det som like viktig.

Tilrettelegging for fysisk aktivitet ble trukket frem som et viktig virkemiddel i folkehelsearbeidet både av de ansatte og i planene. Spesielt var dette fremtredende i intervjuet av arealplanlegger i Kommune A som jobber med de fysiske aspektene ved planleggingen. På spørsmål om hva de så på som viktige helsefremmende aktiviteter dagliglivet beskrev samtlige aktiviteter som kan karakteriseres som fysisk aktivitet. Når jeg stilte spørsmål om sosiale helseforskjeller ble jeg møtt med litt mer varierende svar. Folkehelsekoordinator i Kommune A synes det var vanskelig å identifisere og måle sosiale helseforskjeller i befolkningen. Arealplanlegger i Kommune A mente også at det ikke var identifisert utfordringer med dette i kommunen og at det ikke var veldig relevant for arealplanleggingen. Folkehelsekoordinator i Kommune B mente noen andre kanskje kunne svare bedre på dette henne selv, men trakk sosiale helseforskjeller frem i andre sammenhenger.

Samfunnsplanlegger i Kommune B kunne ikke uttale seg om tiltak, men at han la press på at de ulike sektorene skulle mene noe om hva sosiale helseforskjeller kan bety i deres sammenheng. Folkehelsestrategien i Kommune A har som mål bidra til at flere fullfører videregående utdanning og Kommune B hadde utjevning av sosiale helseforskjeller i befolkningen som et hovedmål i samfunnsdelen. Det er litt som med de umiddelbare svarene i intervjuene som med sosiale helseforskjeller i planene; det er mange vurderinger og tanker som indirekte vil påvirke fordelingen av helse i befolkningen, men de finner det vanskelig å sette ord på, måle og operasjonalisere.

Å få politikerne til å ville satse på langsiktig forebyggende og helsefremmende arbeid er utfordrende grunnet den trange økonomien i kommunene.

7.3 Diskusjon av funn

7.3.1 Er det tegn til sti-avhengighet?

I begge kommunene snakket folkehelsekoordinatorene om trender som er vanskelige å snu. Dette gjaldt utviklingsmønstre i befolkningens helse, men også at kommunene generelt bruker så mye ressurser på å reparere sammenliknet med å forebygge. Folkehelsekoordinator i

Kommune A mente at det var for stort fokus i kommunen på å plukke opp de som det allerede går ”dårlig” med. Folkehelsekoordinator i Kommune B beskriver det å prioritere folkehelseiltak opp i mot andre lovpålagte tjenester kommunen skal tilby som en stor utfordring. Eksempelene fra folkehelsekoordinatorerne viser både at de har vanskelig for å endre fokus, som kanskje er relatert til holdninger innad i kommunen, men også at de er bundet av at lovverket pålegger kommunen å tilby tjenester for de i befolkningen som har behov. I lys av kulturperspektivet kan dette forklares med at kommunen som organisasjon er preget av en tradisjonell vestlig-medisinsk forståelse av helse og derfor fokuserer mer på reparering enn forebygging. Kommunen har ikke mulighet til å endre det formelle lovverket som skal sikre befolkningen de tjenestene og den oppfølgingen de har krav på. Det som er interessant her er hvorvidt kommunen har omstillingsvilje og fleksibilitet når det kommer til å endre de uformelle normene og forståelsene om helsebegrepet som eksisterer innad i organisasjonen? Folkehelseloven kan betraktes som et forsøk på å få kommunene til å endre fokus til tenke på helse i tråd med WHO's forståelse av helsebegrepet.

Et eksempel på at det eksisterer ulike tradisjoner og forståelser innad i kommunen kom frem da Folkehelsekoordinator i Kommune A ga uttrykk for at de som jobbet med planleggingen ikke så bevisst på å integrere folkehelseperspektivet som hun mente de burde være. Det at folkehelsekoordinator opplever at planavdelingen ikke er like mottakelige for å endre praksis kan forklares med at de styres av sti-avhengighet (Harvold 2002). Planavdelingen har lange tradisjoner med planlegging etter plan- og bygningsloven og har derfor egne rutiner og måter å jobbe på som kan være utfordrende å endre på. Samtidig som de har lange tradisjoner for å ta hensyn til folkehelse ved å tilrettelegge for fysisk aktivitet gjennom den fysiske planleggingen (Hofstad 2011: 398). Planleggeren i Kommunen så heller ikke sosiale helseforskjeller som veldig relevant i sammenheng med den fysiske planleggingen. Den fysiske orienterte planleggingen og den samfunnsorienterte planleggingen må ses i sammenheng og påvirker hverandre gjensidig (Aarsæther 2012: 17). Hvorvidt planleggeren er bundet av tradisjoner innen sitt fagfelt er vanskelig å si. Det viser bare at bevisstheten rundt sosiale helseforskjeller varierer innad i kommunen. Fokus på den fysiske planleggingen var også veldig fremtredende i samfunnsdelen i kommuneplanen til Kommune A. De gangene folkehelse ble nevnt var det i sammenhenger der det hadde innvirkning på arealplanen. For eksempel gjennom tilrettelegging for friområder for barn og friluftsliv.

Det systematiske folkehelsearbeidet legger opp til at mangfoldet i folkehelse temaer skal integreres i planene. Derfor er det viktig at planavdelingen fortsetter å jobbe med at arealplanene tilrettelegger for fysisk aktivitet. Samtidig må de ta med helheten av folkehelseperspektivet i samfunnsplanleggingen og dermed integrerer dette bedre i samfunnsdelen av kommuneplanen. Planleggeren i Kommune B har ikke en bakgrunn fra planleggingen og satt seg inn i lovverket etter hvert som han har fått nye arbeidsoppgaver i kommunen. Gjennom å utfordre alle sektorene i kommunen på tema folkehelse viser han at kommunen har en helhetlig tilnærming til planprosessen. Han kan kanskje kalles en representant for den ”nye” generasjonen planleggere og er derfor ikke like bundet av stivhengigheten som den tradisjonelle planleggingen styres av (NOU 2001: 7: 144).

Et annet viktig element i kontekstualiseringen av det systematiske folkehelsearbeidet er hvordan kommunene velger å forankre folkehelsearbeidet på organisatorisk nivå. Tradisjonelt sett har folkehelsearbeidet vært organisert i helsesektoren og det har vært lite kunnskapsoverføring mellom planleggere og folkehelsekoordinatorer (Hofstad 2011: 396). I begge kommunene var det etablert tverrfaglige grupper eller råd som arbeider med folkehelse. Disse fremstår som viktige arenaer for oversettelsen av folkehelsearbeidet i kommunen. Det er her folkehelsekoordinatorerne møter de andre sektorene og kan bidra til en bevisstgjøring rundt folkehelse i kommunen som helhet og styrke folkehelsens posisjon i planleggingen. Dette er i tråd med formålet i Folkehelseloven om å flytte folkehelsearbeidet ut av helsesektoren og til kommunen som sådan (Prop. 90 L 2010-2011: 12). Oppretting av sektorovergripende folkehelseråd- og grupper viser at kommunen tar folkehelse på alvor og er i stand til å tilpasse seg det nye lovverket. Dette viser at når kommunen går inn for å arbeide med folkehelse så kan kommunen effektivt omstille seg og arbeide på nye måter og på tvers av sektorer (Christensen et al. 2009).

En strategisk plassering av folkehelsekoordinator i rådmannens stab er anbefalt for å kunne påvirke alle sektorer i kommunen (Schou et al. 2014: 8-9). Folkehelsekoordinator i Kommune A har ikke en slik plassering. Dette er et bevisst valg og hun vet at den ideelle plasseringen av folkehelsekoordinator er i rådmannens stab. Grunnen til at hun ikke ønsker å ha kontor hos rådmann er fordi hun jobber 50 % i en stilling tilknyttet helsesektoren i tillegg til å være folkehelsekoordinator. I arbeidshverdagen vil gjerne være del av et arbeidsmiljø med likesinnede. Helgesen et al. (2014: 84) problematiserer at folkehelsekoordinatorer ofte er tilknyttet helsesektoren, noe som medfører at fokuset på levevaner dominerer i det

kommunale folkehelsearbeidet. Gjennom kulturperspektivet kan dette forklares med at folkehelsekoordinatorene styres av sti-avhengighet som påvirker arbeidet deres til å fokusere på eksempelvis levevaner eller fysisk aktivitet på tross av at folkehelseperspektivet krever en bredere tilnærming til helsedeterminanter. Det man ser i Kommune A er at i kommunens kontekst er det ikke alltid like enkelt å organisere folkehelsearbeidet etter idealet og at det er andre hensyn som også må ivaretas, som den ansattes ønsker og trivsel i arbeidshverdagen. Dette understreker de ulike mekanismene som spiller inn på hvordan hver enkelt kommune oversetter folkehelsearbeidet og at kommunen ikke er et *tabula rasa* (Røvik 2007: 328).

7.3.2 Er det tegn til dekopling?

I begge kommunene uttrykker intervjudeltakerne at folkehelse er et overordnet mål for planleggingen, dette kommer også frem av planene. Allikevel viser det seg at kommunene har utfordringer når det kommer til å få gjennomført de folkehelsemålene som er satt. Prioriteringene i kommunens handlingsplaner følger ikke opp de målene og strategiene som er satt for folkehelsearbeidet grunnet trang økonomi. Dette gir inntrykk av at det er en dekopling mellom det kommunene setter som mål og hvilke prioriteringer som gjøres når økonomiplaner og budsjetter vedtas (Røvik 2007: 26). Grunnene til at folkehelsearbeidet ikke blir fulgt opp gjennom hele planprosessen forklarer folkehelsekoordinatorene med at det mangler er politisk vilje til å satse på det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Begge trekker frem at politikerne ikke har en lang nok tidshorison for politikken de fører og derfor blir ikke det langsiktige folkehelsearbeidet prioritert. Dette viste seg også i budsjetter og økonomiplaner der begge kommunene gjorde kutt på områder som er viktige for eksempelvis målgruppen barn og unge. Det at politikerne ikke er villige til å satse på tiltak som kanskje vil ha virkninger mange år etter at de er ferdige med sin periode kan forklares med at politikerne også opererer innenfor en logikk om hva som er passende i den rollen de har (Christensen et al. 2009). Får å unngå en dekopling mellom målene kommunen har i folkehelsearbeidet og de tiltakene som gjøres er kommunen nødt til å få med politikerne på laget.

Planlegger i Kommune B trekker også frem at samarbeid om å nå folkehelsemål på tvers av sektorer er vanskelig fordi det eksisterer ulike oppfatninger av hva folkehelse innebærer. Den samme planleggeren er veldig bevisst i forhold til å utfordre alle sektorene på å ta stilling til hva folkehelse kan bety på deres område. Et resultat av dette er at sektorene også må sette seg inn i hva folkehelseperspektivet innebærer som igjen vil kunne bidra til en bevisstgjøring og

en felles forståelse. Forløpet i kontekstualiseringsprosessen av folkehelsearbeidet avhenger i følge Røvik (2007) av hvor oversettbart og omformbart denne idéen er. I følge Folkehelseloven innebærer folkehelsearbeidet samfunnets innsats for å fremme helse, forebygge sykdom, beskytte mot helsetrusler og utjevne helseforskjeller. Kompleksiteten i dette arbeidet gjør at det ikke går an å utvikle en beste praksis, eller en felles modell for hvilke tiltak som er viktige i kommunene. Et av grunnlagene for det systematiske folkehelsearbeidet er derfor at det må kunne omformes for å passe inn i den lokale konteksten i en kommune (NOU 2001: 7: 143). Dette er nettopp den tilnærmingen det ser ut til at samfunnsplanleggeren i Kommune B har, han utfordrer alle i kommunen på å diskutere hva folkehelse betyr for dem og deres arbeid. Dette kan ses på som et forsøkt på å styrke kontekstualiseringen av folkehelsearbeidet i alle sektorene og hindre at det blir en dekopling (Røvik 2007). Samtidig må det være vanskelig for kommunesektorene å konkretisere hva folkehelse betyr for de ettersom de mangler en god redegjørelse for utfordringsbildet i kommunen. Det er dette som vektlegges i planstrategien til Kommune B; at de trenger en verdidiskusjon om prioriteringene i kommunen for at satsningsområdene skal kunne gjenkjennes i alle planene.

Jeg har tidligere beskrevet determinantmodellen og hvordan endring av en faktor kan gi ringvirkninger som påvirker helsen (Barton & Grant 2006). Gjennom å oppfordre til samarbeid og tilrettelegge for møteplasser mellom aktører i og utenfor kommunen slik planlegger i Kommune B beskriver vil de også kunne dra nytte av slike positive synergieffekter som et resultat av samarbeid (Hagen & Aarsæther 2001). Det virker som om planlegger er opptatt av at folk skal møtes og at barrierer skal brytes ned slik at de kan oppnå synergieffekter på tvers av områdene i determinantmodellen.

Steg 3 i det systematiske folkehelsearbeidet handler om å fastsette mål i plan, altså forankre (Folkehelseloven 2011: § 6-2). Er dette nok for at det også prioritert når budsjett og handlingsplaner skal lages? Planlegger i Kommune B snur litt på det og på det og sier at hvis et tiltak ikke kan spores i planene så skal man ikke jobbe med det. Altså må det både være en forankring og en motivasjon i kommunen til å gjennomføre idéen eller tiltaket. Kravene som stilles til kommunene i det systematiske folkehelsearbeidet vektlegger at folkehelseperspektivet skal gjennomsyre alle planer. De skal ha et oversiktsdokument, fastsette mål i plan og de skal gjennomføre tiltak. Er det en fare for at dette kun blir skrivebordsplaner og ikke har noen reell innvirkning på prioriteringene i kommunen? I

Kommune B var planleggerne og Folkehelsekoordinatoren bevisst viktigheten av at folkehelse har en forankring i planene. En tydelig forankring vil i følge Folkehelsekoordinator sende tydelige signaler om at dett er noe vi vil arbeide med og satse på videre. Her peker de på selve hovedgrunnen til at folkehelse og planlegging er koblet sammen gjennom det systematiske folkehelsearbeidet. Nemlig troen på at et systematisk arbeid mot å implementere folkehelsearbeidet i planene vil bidra til å treffe tiltak som vil bedre befolkningens helse. Derfor kan det systematiske folkehelsearbeidet ses på som et virkemiddel for at folkehelsearbeidet blir en del av praksis og ikke dekoblet fra kommunen som organisasjon. For at kommunene skal kunne nå mål på folkehelseområdet er det nødvendig med en grunnleggende felles forståelse av hva folkehelseperspektivet innebærer både hos de ansatte som skal arbeide på tvers, men også hos politikerne som til syvende og sist vedtar planene.

Myteperspektivet forklarer også hvordan noen orgnaisasjonsidéer blir kan karakteriseres som en mote. Den er typisk for sin samtid og som ”alle” organisasjoner bruker i en periode før trenden bli erstattet av en annen (Christensen et al. 2009). Arbeidet med folkehelse i kommunen er tydelig forankret i Folkehelseloven og Plan-og bygningsloven og kan dermed ikke kalles en mote. Mitt inntrykk etter å ha snakket med kommunene er at folkehelse i planlegging er et tema de bruker mye tid på å forstå, operasjonalisere og integrere i sin praksis.

7.3.3 Hvordan oversettes det systematiske folkehelsearbeidet?

Når en idé skal oversettes til en ny kontekst avhenger dette møtet av hva slags forutsetninger og kunnskaper de som skal oversetter idéen har (translatørkompetanse) og hvordan og hvorvidt idéen spres innad og blir en del av organisasjonens praksis (virus) (Røvik 2007).

I likhet med 71 % av norske kommuner har ingen av kommunene i oppgaven et oversiktsdokumentet over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (Helgesen & Hofstad 2012: 80). Dette kan beskrives som en utfordring for at det systematiske folkehelsearbeidet skal komme videre fra det første steget og at folkehelseperspektivet blir integrert i alle planene til kommunene. Folkehelsekoordinatorene uttrykker at de ser på arbeidet med oversikten som veldig krevende, men at de ser på det som en veldig viktig del av det de jobber med nå. Hvorfor kan det virke som om folkehelsekoordinatorene opplever dette arbeidet som nesten uoverkommelig?

I oversettelsen av en organisasjonsidé er translatørkompetansen i mottakerorganisasjonen grunnleggende for kvaliteten på oversettelsen (Røvik 2007: 319) Det er utfordrende å bedømme i hvilken grad kommunene har den translatørkompetansen nødvendig for å oversette idéen om det systematiske folkehelsearbeidet ut i fra de to ansatte i hver kommune. Det vi vet er at det er store forskjeller mellom kommuner i Norge når det kommer til ressurser i planleggingen og at det er en utfordring å rekruttere kvalifiserte fagfolk (NOU 2001: 7: 143). Røvik (2007) vektlegger de fire dydene; *kunnskap, mot, tålmodighet* og *styrke* for å beskrive egenskaper en god translatør bør inneha. Kunnskapen innebærer både kunnskap om idéen som skal oversettes, hvor den kommer fra, og kunnskap om den konteksten som idéen skal oversettes til (Røvik 2007: 325). Når folkehelse og planlegging skal kobles sammen gjennom det systematiske folkehelsearbeidet vil det være nødvendig at translatøren har kunnskap om både folkehelsearbeidet som idé, kommunen som organisasjon og hvilke rammer av muligheter og utfordringer folkehelsearbeidet opererer innenfor. Behovet for denne kombinasjonen av kunnskaper har kommet Folkehelseloven og finnes nødvendigvis ikke i kommunen i utgangspunktet. Dermed kan det forventes at koblingen mellom folkehelse og planlegging er en utfordring for kommunene. Hva slags faglig bakgrunn translatøren har vil være grunnleggende for hva slags for forståelse hun eller han tar med seg inn i arbeidet med folkehelseoversikten. Dette vil kunne vise seg som en styrke innenfor noen folkehelse temaer og vanskeliggjøre arbeidet med andre temaer.

Dyden *mot* handler om at translatøren må være kreativ og modig når idéen skal begripes og settes ord på i den nye konteksten (Røvik 2007: 330). Virusteorien forklarer at det første steget mot at en ny idé blir implementert er at det idéen kommer til syne gjennom dialogen, eller praten, i organisasjonen (Røvik 2007: 333). Dermed forstår jeg dette motet Røvik beskriver som at translatøren tør å utfordre seg selv og andre til å diskutere og begripe hva som ligger i begrepene Folkehelseloven introduserer. Planleggeren i Kommune B jobber overordnet med planene virker å ha en tilnærming med fokus på å språksette folkehelseperspektivet. I arbeidet med å koble folkehelse og planlegging i kommunen ser han sin oppgave å utfordre de ulike sektorene i kommunene til å mene noe om hva det å jobbe mot en utjevning av sosiale helseforskjeller betyr innenfor deres område. På den måten bidrar han til en språksmitte i kommunen der folkehelse blir et tema som gjennom praten i kommunen. I sammenheng med oversiktsarbeidet kan dette også være et bidrag til å språksette lokalkunnskapen og hva som kommunen faktisk gjør for folkehelsa allerede.

Folkehelsekoordinator i Kommune A opplever at folkehelse blir nevnt i mange flere sammenhenger nå enn tidligere og at bevisstheten hos planleggerne er større nå enn tidligere. Altså har det skjedd en språksmitte i kommunen. Det er mye engasjement og vilje til å jobbe med folkehelse både hos politikere og ansatte.

Samtidig uttrykker folkehelsekoordinatoren at de sliter med å operasjonalisere alle de fine tankene de har, at det blir mye prat og lite handling. Sett i lys av virusteori kan dette være et tegn på at ”inkubasjonstiden” for at Folkehelseloven skal gi utslag i kommunens praksis er lengre enn det folkehelsekoordinator kanskje ser for seg. Som folkehelsekoordinator må man være tålmodig med tanke på at sektorer i kommunen trenger mer tid på å begripe hva folkehelse skal bety i deres arbeid. All den praten som folkehelsekoordinatoren ser på som lite hensiktsmessig vil i følge virusteori være en viktig del av å øke forståelsen i organisasjonen. Røvik snakker jo om nettopp det at begreper må diskuteres før de kan begripes. På den måten kan det oppstå en språksmitte gjennom prat som på sikt fører til en endret forståelse innad i organisasjonen. Derfor vil det også kreves at translatøren utviser *tålmodighet* (Røvik 2007: 333). Folkehelsekoordinatoren mener også at det er lite til overs til forebygging i budsjettet og at det er demotiverende å jobbe med forslag når det ikke er penger til gjennomføring. Samtidig virker det som hun velger å fokusere på de tingene som er positivt i kommunen og den gode jobben mange gjør for at det skal bli bedre. Det å være positiv er en viktig egenskap i møte med utfordrende oppgaver. Når ”inkubasjonstiden” er lang er det viktig å orke å stå i det, og å være tilstede over tid for å følge prosessen i følge Røvik (2007: 334).

Som folkehelsekoordinator får man kanskje rollen som den som skal representere folkehelseperspektivet i kommunen. I utgangspunktet for folkehelsearbeidet etter Folkehelseloven ligger en anerkjennelse av at 90% av helsedeterminantene ligger utenfor helsesektoren (NOU 1998: 18: 46). Hver enkeltes helse og hvordan helsen fordeles i befolkningen bestemmes i stor grad av muligheter og begrensninger i samfunnet og derfor må alle samfunnets sektorer bidra. Med tanke på at folkehelsekoordinator forholder seg til Folkehelseloven og har opparbeidet seg forståelse av tankegodset som er bakgrunnen for loven så ligger dette lengre fremme i bevisstheten og man ser hvor viktig og altomfattende dette arbeidet er. For andre i kommunen, som ikke har denne kunnskapen, kan folkehelsearbeidet muligens bli sett på som enda en oppgave i tillegg til de oppgavene de allerede har. Det er naturlig at kommunene som har ansatt en folkehelsekoordinator ser på

han eller hun som den med mest ansvar for å oversette dette perspektivet til kommunen som organisasjon. Samtidig tenker jeg at det i henhold til Folkehelseloven ligger et ansvar i alle sektorer til å sette seg inn i hva dette innebærer. Det er for mye å forlange at en person skal kunne heve bevisstheten i hele organisasjonen. Spesielt er det viktig at lederne for de ulike sektorene ansvarliggjøres i å starte bevisstgjøringen innen sine respektive sektorer.

Sannsynligvis vil det eksistere ulike forståelser av og grader av bevissthet rundt helsebegrepet innad i kommunen. Folkehelsekoordinator i Kommune A ønsker å øke forståelsen av at folkehelse er mer enn ”bare” *jogging og epler*. Dette synes jeg er ganske beskrivende for hvordan idéen om folkehelse kanskje skiller seg fra andre organisasjonsidéer eller reformer. Alle mennesker har en egen helse og dermed er helse et tema som angår alle, som engasjerer og som de fleste gjerne mener noe om. Derfor møter ikke kontekstualiseringen av folkehelseperspektivet et *tabula rasa* i kommunen (Røvik 2007: 328). Folkehelseperspektivet vil måtte bryne seg mot eksisterende forforståelser av begrepet som eksisterer blant alle aktørene i planarbeidet. De aktørene som skal diskutere folkehelse innenfor samfunnsplanleggingen må være bevisst at det skal gjøres på bakgrunn av det utvidede helsebegrepet fra WHO. Det er dette folkehelsekoordinatoren beskriver som *mer enn jogging og epler*. Dette perspektivet krever at man har kunnskap om de mekanismene i samfunnet som muliggjør eller begrenser muligheter for befolkningen til å ivareta eller oppnå en god helse og en god livskvalitet.

Dermed vil heller ikke utgangspunktet for å diskutere temaer knyttet til folkehelse være likt og det vanskeliggjør at praten blir formålsrettet og bidrar til å konkretisere folkehelsearbeidet (Røvik 2007: 333). Planlegger i Kommune B ser også utfordringen i å jobbe sektorovergripende når det er ulike forståelsene av hva som ligger i folkehelsearbeidet. Det kan virke som om praten i kommunene omhandler generelle betraktninger rundt folkehelse og ikke bidrar i å endre praksisen i kommunen. Det er heller ikke så rart hvis de som diskuterer ikke har en felles forståelse å diskutere ut i fra. Da er det lett å forstå at dette oppfattes som lite formålsrettet, eller ”tomprat”. Idéen om folkehelsearbeid etter Folkehelseloven vil måtte bryne seg mot eksisterende idéer og praksiser og møte ulik grad av motstand. Det å møte motstand og ta del i maktspeillet mellom interessekonflikter og forhandlinger vil i følge Røvik (2007: 334) kreve *styrke* av translatøren. For at en folkehelsekoordinator eller en annen sentral person i planarbeidet skal kunne utvise denne styrken i møtet med andre aktører i kommunen tenker jeg det er viktig å sette en dagsorden for hva som er grunnlaget for

diskusjonen. Oversiktsdokumentet vil kunne danne et utgangspunkt for diskusjon fordi det skal redegjøre for både hvordan helsen fordeler seg i befolkningen og bredden av påvirkningsfaktorer i omgivelsene. Oversikten viser dermed den brede samfunnsrettede tilnærmingen som ligger i folkehelsearbeidet etter Folkehelseloven og kan bidra til å endre fokus fra *jogging og epler* til å se helheten av sammenhenger gjennom determinantperspektivet. Folkehelsekoordinatoren i Kommune A gjorde seg noen tanker rundt nettopp dette. Hun mente at det måtte være et slagkraftig og lettfattelig dokument som enhver kunne lese og sette seg inn i. Folkehelsekoordinator i Kommune B har også hørt erfaringer fra andre kommuner der en politiker så på oversiktsdokumentet som sin ”bibel” når han eller hun skulle ta stilling til politiske spørsmål. Det at politikerne faktisk bruker oversikten viser hvor viktig den kan være for at kommunen skal nå frem når folkehelsesatsninger skal veies opp i mot andre interesser i de politiske debattene. Hofstad (2014: 61) på sin side mener at oversiktsdokumentet i beste fall vil fungere som et utgangspunkt for forhandlinger når ulike interesser og hensyn skal vurderes i planleggingen. Hva slags funksjon oversiktsdokumentet vil ha i prioriteringer av ulike hensyn er sannsynligvis mer nyansert enn at det vil fungere som en ”bibel” for alle beslutninger i kommunen.

Begge kommunene bruker folkehelseprofilene fra FHI som grunnlag for å ta hensyn til folkehelse i planlegging. Folkehelseprofilene er derfor et viktig hjelpemiddel i det systematiske folkehelsearbeidet inntil kommunene selv har utarbeidet oversiktsdokumentene. Dette viser at enkle hjelpemidler fra overordnet nivå kan være viktig i oversettelsesprosessen av folkehelsearbeidet og kan anses som et viktig dytt i riktig retning mot implementeringen av det systematiske folkehelsearbeidet.

En annen viktig faktor som viser seg å ha innvirkning på kontekstualiseringen av det systematiske folkehelsearbeidet er at begge kommunene står ovenfor en fremtidig kommunesammenslåing. I Kommune A er dette nærstående og fører til at mye er på vent i kommunen i følge folkehelsekoordinator. De er også fristet til å vente på at Fylkeskommunen har utarbeidet et oversiktsdokument slik at de kan få en mal derfra. Dette er ytre faktorer som spiller inn på motivasjonen i kommune arbeidet med oversiktsdokumentet. Derfor blir ikke innsatsen i konkretiseringen av idéen om folkehelsearbeidet gjort helhjertet og det er mindre sannsynlig at kommunens praksis blir endret (Røvik 2007: 321). Kommunesammenslåing er politisk sett i vinden for tiden og derfor kan det tenkes at flere kommuner påvirkes av denne faktoren i folkehelsearbeidet.

8 Avslutning

Innledningsvis i oppgaven presenterte jeg kronikken til Tufte (2013) der han problematiserte at svært få kommuner har en organisasjon som er godt nok forberedt til å løse oppgavene som følger med Folkehelseloven. For å nærme seg prinsippet om ”Helse i alt vi gjør” mente han at kommunene må tilpasse seg den forståelsen av folkehelse som ligger i loven. I følge Hofstad (2014: 61) er det systematiske folkehelsearbeidet den tydeligste styringsmekanismen kommunene har å forholde seg til når de skal arbeide med folkehelse etter Folkehelseloven. Gjennom å undersøke hvordan to kommuner jobber med dette fire år etter at Folkehelseloven ble vedtatt har jeg fått frem et nyansert bilde av hva som kan være muligheter og begrensninger som er knyttet til implementeringen av det systematiske folkehelsearbeidet i disse to kommunene.

Organisasjonsteorien har gjort det mulig å forklare funnene på ulike måter. Hva som er muligheter og hva som er begrensninger i denne sammenhengen er ikke entydig. Med dette mener jeg at et funn kan ses på som en mulighet i lys av et perspektiv og som en begrensning i lys av et annet.

I likhet med Tufte (2013) fant jeg at forståelsen av folkehelse er viktig utgangspunkt i kommunens folkehelsearbeid. I lys av kulturperspektivet kan ulike forståelser innad i kommunen generelt forklares med at det vestlig-medisinske helsebegrepet er utbredt, men det er også sannsynlig at ulike sektorer i kommunen forstår folkehelsearbeidet ulikt basert på deres fagtradisjon. Myteperspektivet synliggjør at ulike forståelser av folkehelsearbeidet kan føre til en dekobling mellom det kommunen kommuniser i planene og det som faktisk blir prioritert kommunens arbeid. Fra de som skal oversette folkehelseperspektivet kreves det standhaftighet og mot for å endre de eksisterende forståelsene av folkehelse. Alt dette kan tyde på at hvis Folkehelseloven skal kunne påvirke kommunens praksis trengs det først og fremst en bevisstgjøringsprosess rundt hva folkehelseperspektivet innebærer, ikke kun innad i kommuneorganisasjonen, men også hos politikerne.

Det at folkehelse er satt på dagsorden gjennom forankringen i Folkehelseloven og Plan- og bygningsloven gir muligheter og rom for å satse på styrke folkehelsearbeidet i kommunene. I lys av virusteori var det tydelig at kommunene allerede er ”smittet” av folkehelseperspektivet.

Dette viste seg gjennom at folkehelse var på vei inn i kommuneplanene og at folkehelse var tema som diskuteres i kommunen, også på tvers av sektorer i etablerte folkehelseråd eller grupper. Tiden vil vise hvor lang ”inkubasjonstiden” vil være.

Når det kommer til folkehelseområdene fysisk aktivitet og sosiale helseforskjeller er det tydelig at fysisk aktivitet har vært og fortsatt er et viktig tema i arealplanleggingen. Det råder en usikkerhet rundt hva som ligger i arbeidet med utjevning sosiale helseforskjeller i kommunene. I den praktiske gjennomføringen av det systematiske folkehelsearbeidet etter Folkehelseloven er oversiktsdokumentet en flaskehals i begge kommunene.

Et kjernebegrep knyttet både til mulighetene og begrensningene i oversettelsen og implementeringen av det systematiske folkehelsearbeidet er *translatørkompetanse*. Hva slags kunnskaper og erfaringer trengs for i kommunen for at den skal kunne nærme seg prinsippet om ”Helse i alt vi gjør”? Dette er også noe som vil vise seg med tiden etter hvert som Folkehelseloven får bedre fotfeste i kommunen som organisasjon. Derfor kan ikke denne oppgaven svare på spørsmålet om hva som vil være god translatørkompetanse i implementeringen av det systematiske folkehelsearbeidet. En refleksjon jeg sitter igjen med er at koblingen mellom folkehelse og planlegging handler om mer om å lage gode planer. Dette handler om en bevisstgjøring i samfunnet generelt rundt hva som egentlig er viktig for helsen i befolkningen.

Litteraturliste

- Andersen, S. S. (2013). *Casestudier: forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. Bergen: Fagbokforl. 185 s. : ill.
- Anderssen, S. (2009). *Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge: resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009*. Oslo: Helsedirektoratet. 105 s. : ill. ; 30 cm
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36 (6): 725-733.
- Arbeidsmiljøloven. (2006). *Lov om, arbeidsmiljø, arbeidstid, stillingsvern mv. av 01.01.2006*
- Barton, H. & Tsourou, C. (2000). *Healthy urban planning: a WHO guide to planning for people*. London: World Health Organization. 184 s.
- Barton, H., Mitcham, C. & Tsourou, C. (2003). Healthy Urban Planning in Practice: Experience of European Cities. Report of the WHO City Action Group on Healthy Urban Planning. 57 s.
- Barton, H. & Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *J R Soc Promot Health*, 126 (6): 252-3.
- Barton, H., Grant, M., Mitcham, C. & Tsourou, C. (2009). Healthy urban planning in European cities. *Health Promotion International*, 24 (suppl 1): 91-99.
- Beck, F. (2014). *Kommuneplanlegging og folkehelse. Norske kommuneplanleggeres vurdering av helse- fremmende innspill*. Gøteborg: Nordic School of Public Health. 41 s.
- Borgan, J.-K. & Pedersen, A. G. (2009). Er helsen avhengig av hvor vi bor? *Samfunnsspeilet* (5-6).
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P. G. & Røvik, K. A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforl. 231 s.
- Christiansen, C. H. & Townsend, E. A. (2010). *Introduction to occupation: the art and science of living*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.
- David, P. (2007). Path dependence: a foundational concept for historical social science. *Cliometrica*, 1 (2): 91-114.
- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48 (2): 147-160.

- Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse - teorier og forklaringer*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12 (2): 219-245.
- Folkehelseinstituttet. (2014). Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge.
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) av 01.01.2012*. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> (lest 27.09.2014).
- Forskrift om oversikt over folkehelsen*. (2012). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Gerrig, J. (2004). What Is a Case Study and What Is It Good for? *American Political Science Review*: 341-354.
- Hagen, A. & Aarsæther, N. (2001). *Planlegging.no! : innføring i samfunnsplanlegging*. Oslo: Kommuneforl. 267 s.
- Hanssen, G. S., Langeland, O. & Klausen, J. E. (2012). *Det Regionale Norge 1950-2050*. Oslo: Abstrakt forl. 356 s.
- Harvold, K.-A. (2002). Planleggingens «kommunikative vending»: Nytt paradigme eller gammel debatt? *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 18 ER (04).
- Healey, P. (1992). Planning through debate: the communicative turn in planning theory. *Town Planning Review*, 63 (2): 143.
- Helgesen, M. K. (2012). Styring av folkehelsepolitikk i relasjonen mellom stat, fylke, fylkeskommuner og kommuner. I: *Det Regionale Norge 1950-2050*, s. 257-279.
- Helgesen, M. K. & Hofstad, H. (2012). Regionalt og lokalt folkehelsearbeid: Ressurser, organisering og koordinering - En baselineundersøkelse. Oslo: Norsk institutt for by og regionsforskning.
- Helgesen, M. K., Hofstad, H., Risan, L. C., Stang, I., Rønningen, G. E. & Lorentzen, C. (2014). Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner, NIBR-rapport 2014:3: NIBR. 175 s.
- Helsedirektoratet. (2009). Helse i plan – marsrapporten 2009. Oslo
- Helsedirektoratet. (2013). *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*.
- Helsedirektoratet. (2015a). *Fysisk aktivitet – lokalt folkehelsearbeid*. helsedirektoratet.no. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokalt-folkehelsearbeid/fysisk-aktivitet-lokalt-folkehelsearbeid> (lest 16.04.2015).

- Helsedirektoratet. (2015b). *Lokalt folkehelsearbeid*.
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/lokalt-folkehelsearbeid> (lest 15.04.2015).
- Helsedirektoratet. (2015d). *Nasjonale mål og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i 2015. Rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetakene og fylkesmennene fra Helsedirektoratet*. helsedirektoratet.no.
- Helsedirektoratet. (2015e). *Prinsipper for tiltaksutforming*. helsedirektoratet.no. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Sider/Prinsipper-for-tiltaksutforming.aspx> (lest 16.04.2015).
- Hofstad, H. (2011). Healthy Urban Planning: Ambitions, Practices and Prospects in a Norwegian Context. *Planning Theory & Practice*, 12 (3): 387-406.
- Hofstad, H. (2014). Vil folkehelse få et løft av samhandlingsreformen? *Tidsskrift for velferdsforskning* vol. 17 (1).
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tuft, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt. 436 s.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2009). *Lovkommentar til plandelen av plan- og bygningsloven*. Regjeringens nettsider.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2011). *Veileder om kommunal planstrategi*. T-1494.
- Kommune A. (2012). *Folkehelsestrategi i Kommune A 2012-2016*. Kommune A nettsider: Folkehelseutvalget.
- Kommune A. (2013). *Planstrategi 2012-2016*. Kommune A nettsider.
- Kommune A. (2014). *Handlingsprogram 2015-2018, Økonomiplan 2015-2018 og Budsjett 2015*. Kommune A nettsider.
- Kommune B. (2012). *Kommune X og Kommune B planstrategi 2012-2015*. Kommune B hjemmesider.
- Kommune B & Kommune X. (2012). *Interkommunal planstrategi 2012-2015*.
- Kommune B. (2014a). *Budsjettdokumentet 2015*. Kommune B nettsider.
- Kommune B. (2014c). *Kommuneplanens samfunnsdel 2015-2027*. 31 s.
- Kommune B. (2014i). *Økonomiplan 2015-2018*. Kommune B nettsider.
- Kulturdepartementet. (2014). *Kommunal planlegging for idrett og fysisk aktivitet*. Idrettsavdelingen. 57 s.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kud/idrett/publikasjoner/veileder_kommunal_planlegging_for_idrett_og_fysisk_aktivitet_2014.pdf

- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk. 344 s.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl. 240 s.
- March, J. G. & Olsen, J. P. (2004). *The Logic of appropriateness*, b. no 9, 2004. Oslo: ARENA, Centre for European Studies, University of Oslo. 28 s.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2009). *Foundations for health promotion*. Edinburgh: Baillière Tindall/Elsevier. XIII, 314 s.
- Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen. (2014). Statusrapport for samhandlingsreformen pr november 2014: Fylkesmannen i Sør-Trøndelag. 19 s.
- NOU. (1998: 18). *Det er bruk for alle - Styking av folkehelsearbeidet i kommunene*. helsedepartementet, S.-o.
- NOU. (2001: 7). *Bedre kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven — Planlovutvalgets første delutredning*. Miljøverndepartementet.
- Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) av 27. juni 2008*. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71> (lest 27.09.2014).
- Prop. 90 L. (2010-2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*.
- Rittel, H. J. & Webber, M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4 (2): 155-169.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforl. 398 s.
- Schou, A., Helgesen, M. K. & Hofstad, H. (2014). Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. *NIBR-rapport 2014:21*. Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen: Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Oslo: Direktoratet. 38 s.
- St.meld.nr 16. (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge: folkehelsepolitikken*. Helsedepartementet. [Oslo]: [Regjeringen]. 179 s.
- Strømme, S. B. (2002). *Fysisk aktivitet og helse: anbefalinger*, b. nr. 2/2000. Oslo: Rådet. 80 s.
- Tewdwr-Jones, M. (2008). Commentary: The complexity of planning reform: a search for the spirit and purpose of planning. *Town Planning Review*, 79 (6): 673-688.

- Tufte, G. C. (2013). Ta hensyn til helse i alt vi gjør. *Hvorfor er folkehelseloven, og prinsippet om «Helse i alt vi gjør» en organisasjons- og ledelsesreform?* Tilgjengelig fra: <http://www.f-b.no/nyheter/ta-hensyn-til-helse-i-alt-vi-gjor-1.7761916> (lest 08.03.2015).
- WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. First International Conference on Health Promotion. Ottawa: World Health Organization Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: design and methods*. Los Angeles, Calif.: SAGE. XXVIII, 282 s.
- Østbye, H., Helland, K., Knapskog, K. & Larsen, L. O. (2013). *Metodebok for mediefag*. Bergen: Fagbokforl. 319 s.
- Aarsæther, N. (2012). Planlegging som handlingstype. I: Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T. & Kristiansen, R. (red.) *Utfordringer for norsk planlegging : Kunnskap, bærekraft, demokrati*. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.
- Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T. & Kristiansen, R. (2012). *Utfordringer for norsk planlegging: kunnskap, bærekraft, demokrati*. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforl. 334 s.

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Normer og forståelser av helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i kommunal planlegging - Erfaringer fra to norske kommuner

Bakgrunn og formål

Dette studiet søker å få kunnskap om hvilke oppfatninger rundt menneskelig aktivitet og helse som ligger til grunn når folkehelseperspektivet tas med i kommunal planlegging.

Problemstillingen for studie er følgende: *Hva er forståelsene av helsefremming og sykdomsforebygging i norsk kommunal planlegging og hvordan kommer dette frem i kommuneplanene?* Dette prosjektet er et masterstudie på 30 studiepoeng ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) og gjøres i samarbeid med Norsk institutt for by og regionsforskning (NIBR).

Du forespørres om å delta i prosjektet på bakgrunn av at ditt fagfelt og yrke gjør at du vil være en interessant bidragsyter til å belyse problemstillingen for prosjektet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at du kan delta på et dybdeintervju på en varighet på rundt en time. Spørsmålene vil omhandle hvilke tanker du har rundt temaer som helsefremmende aktivitet og forebyggende arbeid sett i en plansammenheng. Under intervjuet vil det bli benyttet digital lydopptaker.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Opptak vil kun bli behandlet av student og vil lagres på privat passordbeskyttet datamaskin. Navneliste vil lagres adskilt fra øvrige data. I publikasjonen vil du som deltaker bli referert til med yrkestittel og kommunenavn. For personer som kjenner kommunen, eller personer som går inn for å finne mer informasjon, vil du være gjenkjennbar.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. mai 2015. Etter denne datoen vil alle lydopptak bli slettet. Annen kontaktinformasjon og mailkorrespondanse vil også slettes etter endt prosjekt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Nora Warhuus Samuelsen på mail: nora.warhuus.samuelsen@nmbu.no, eller telefon: 90583425. Veileder for prosjektet er Hege Hofstad som kan kontaktes på mail: hege.hofstad@nibr.no, eller telefon: 22958978.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Først vil jeg bare si tusen takk for at du ville stille til intervju. Det er som sagt frivillig og du kan når som helst trekke deg fra prosjektet. Jeg studerer master i folkehelsevitenskap ved NMBU og er i gang med en 30stp masteroppgave. Jeg har også tatt noe planfag – fattet interesse for planlegging som verktøy i folkehelsearbeidet. Temaet for intervjuet er folkehelse i kommunal planlegging og jeg er interessert i dine erfaringer i forbindelse med dette. Det er ingen riktige eller gale svar. Samtalen vil tas opp med en digital båndopptaker. Skrive under på samtykkeskjema.

Oppvarmings spørsmål

1. Hva slags stilling har du i kommunen?
2. Hva innebærer den?
3. Hvordan kan den linkes til folkehelsearbeidet i kommunen?
4. Hvem samarbeider du mest med i kommunen?

Tema 1: Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid

Planlegging skal etter Pbl. §3-1: *fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet.*

5. Hva er hovedfokusene i folkehelsearbeidet?
6. Hva legger du i begrepene sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid?
 - Sykdomsforebyggende
 - Helsefremmende
7. Hvordan jobber din kommune henholdsvis sykdomsforebyggende og helsefremmende? – (gi eksempler, vil ha konkrete svar)
8. Vil du si at dette også fokus i planleggingen?
9. Hvordan kan kommunal planlegging være et verktøy i denne sammenhengen?

Fysisk aktivitet i planlegging

10. Hvordan jobber dere med tilrettelegging for dette i kommunen?
11. Hvilke strategier har dere?
12. Hvem samarbeider dere med/har dere samarbeid på dette feltet?

Tema 2: Sosial ulikhet i helse

Videre vil jeg gjerne spørre deg litt om et tema som jeg synes er veldig spennende, og som er et av hovedfokusene i folkehelsepolitikken og plan- og bygningsloven, nemlig sosial ulikhet i helse. Derfor vil jeg gjerne høre om dine erfaringer med dette her i kommunen.

13. Hva legger du i begrepet sosial ulikhet i helse?

14. Hvilke utfordringer finnes her i kommunen når det kommer til sosial ulikhet i helse?
15. Hvordan jobber kommunen for å motvirke sosiale helseforskjeller?
16. Hvordan jobbes det konkret i planarbeidet med å utjevne sosiale ulikheter i helse?
 - a. Hva er utfordringene?
 - b. Hva har dere lyktes med?

Tema 3: Folkehelseprofiler som kunnskapsgrunnlag i folkehelsearbeidet

Kartlegging av helsetilstanden i befolkningen er et viktig grunnlag for å identifisere utfordringer, lage strategier og sette i gang tiltak i kommunen. Fra 2013 har FHI begynt å publisere folkehelseprofiler for alle kommuner i Norge.

17. Har du kjennskap til folkehelseprofilen i denne kommunen?
18. Hvordan vil du beskrive helsetilstanden til innbyggerne?
 - Positivt
 - Negativt
 - Utfordringer
19. Hvordan fungerer folkehelseprofilene som verktøy i planleggingen synes du?

Tema 4: Helsefremmende aktiviteter

20. Hva ser du på som helsefremmende aktiviteter i hverdagen?
 - For deg selv
 - For befolkningen

Bekreft at jeg har forstått ting rett; har jeg forstått deg rett hvis du mener at...

Jeg skal også bruke kommuneplaner som materiale i oppgaven min. Hvilke dokumenter mener du jeg bør se på for å få et godt bilde?

Da vil jeg bruke et minutt på å se igjennom spørsmålene mine og sjekke at jeg ikke har glemt noe.

Igjen, tusen takk for at du tok deg tiden til å stille til intervju i dag!

Er det greit om jeg kontakter deg på epost eller telefon hvis jeg ser at jeg har glemt noe når jeg kommer hjem og får bearbeidet intervjuene. Jeg kan godt sende deg det endelige resultatet hvis du vil?

Vedlegg 3: Svar fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Hege Hofstad

Institutt for landskapsplanlegging Norges miljø- og biovitenskapelige universitet

1430 ÅS

Vår dato: 07.01.2015

Vår ref: 41012 / 3 / LB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.12.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

41012	<i>Normer og forståelser i kommunalt forebyggende og helsefremmende arbeid. Et casestudie av to norske kommuner</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Hege Hofstad</i>
Student	<i>Nora Warhuus Samuelson</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, 15.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lene Christine M. Brandt

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

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdimaa@svt.uio.no

Vedlegg 4: Matrise intervjutemaer

Temaer	1 FH A	2 PL A	3 FH B	4 PL B
1. Sosiale helseforskjeller	9: xxxx	3: x 8: (x)	7: x 8: x 10: x	7: x 8: x
2. Fysisk aktivitet		6: xxx	6: x 14:x 7: xx 15: x 13: xxx	6:x
3. FH som tverrsektorielt arbeid	2: x 8: xx	1: xx 2: x 8: x	8:x	1: x 2: x 10: x
4. FH arbeid som "tomme ord", politikk, prioritering	4: xx 12: xxx 7: xx 11: xxx		1: x 12: xx	2: x 3: x 6: x
5. FH arbeid som kartlegging	6: xx 7: x		2: x 4: xx 11: x	13: x
6. FH arbeid som konkrete tiltak i kommunen			2: x 8: x	5: x 13: x 6: x 12: x
7. FH som fysisk planlegging		1: xx 5: x 2: xx 6: x 3: x 4: xx	2: x 11: x	4: x
8. FH arbeid som en ny tankegang i en gammel organisasjon	3: x 8: x 5: xxxx 10: xx 6: x 11: x	5: x 6: x	11: x	4: xx 11: x 7: x 9: xx



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Postboks 5003
NO-1432 Ås
67 23 00 00
www.nmbu.no