

# Når sosiale helseforskjeller finner veien til sentrum av kommuneplanleggingen

*Praktikeres opplevelser fra oversiktsarbeid om helsetilstand til spørsmål om bærekraft*

## When social equity gets into the center of municipality planning

*How practitioners experience their work from overview on health conditions to questions about sustainability.*

Rune Kippersund

*Phd. kandidat, fakultet for landskap og samfunn/rådgiver i Vestfold og Telemark fylkeskommune*

[rune.kippersund@vtfk.no](mailto:rune.kippersund@vtfk.no)

### Sammendrag

Både folkehelseloven og plan- og bygningsloven pålegger norske kommuner å arbeide for å utjevne sosiale helseforskjeller. Studier tyder på at oppfølgingen av lovkravene har stått sterkere i tiltaksrettet folkehelsearbeid enn i kommuneplanlegging. Artikkelen presenterer en kvalitativ studie av hvordan fagrådgivere og ledere innen folkehelse og planlegging reflekterer over sine erfaringer med å løse oppgaven. Forskningsspørsmålet var: Hvordan opplever praktiskere at de arbeider med å utjevne sosiale helseforskjeller gjennom folkehelsearbeid og koblingen mellom folkehelsearbeid og kommuneplanlegging? Resultatet presenteres som fire temaer fra informantenes beskrivelser som til sammen fører sosiale helseforskjeller fram til et sentralt anliggende i kommuneplanlegging: 1) Sosiale helseforskjeller beskrives som det viktigste og lokalt relevante temaet i oversiktsarbeidet. 2) Folkehelseoversikten får status som relevant kunnskapsgrunnlag for kommuneplanleggingen. 3) Sosiale helseforskjeller kobles til økt oppmerksomhet om å bedre levekår for alle. 4) Folkehelseperspektivet på sosial ulikhet identifiseres med sosial bærekraft. Slik blir sosiale helseforskjeller satt inn i overordnede avveininger om hvordan kommuneplanleggingen skal fremme alle de tre dimensjonene ved bærekraftig utvikling (miljømessig, sosial og økonomisk). Å bekjempe sosiale helseforskjeller blir slik en premiss-givende problemstilling for kommuneplanleggingen.

### Nøkkelord

sosiale helseforskjeller, folkehelsearbeid, folkehelseloven, kommuneplanlegging, samfunnsplanlegging, strategisk planlegging, sosial bærekraft, kvalitativ metode

### Abstract

In Norway municipalities are obliged to promote health equity according to both the population health act and the plan- and building act. Studies on how these provisions are implemented indicate that this ambition is stronger positioned within action oriented public health work than in municipality planning. The paper presents a qualitative study on how professionals and leaders within the fields of population health and planning reflect on how they are solving the task. The research question was: How do practitioners experience how they address health equity through population health work and through the connection between population health work and municipality planning? The results are presented as four themes from the informant's descriptions which are related in making health equity a central issue in their municipality's planning practice: 1) The overview work on health conditions and health determinants highlights health equity as the most important and a local relevant population health issue. 2) This knowledge work within a population health frame is recognized as a relevant knowledge foundation for municipality planning. 3) Health equity is related to the municipality's growing engagement in improving living conditions for all. 4) The

population health perspective on health equity is identified with social sustainability, thus brought into overall considerations about how the municipality may promote sustainable development in its three dimensions (environmental, social, and economic). In this way, health equity as theme achieves a position as a relevant prerequisite for the municipality's planning practice.

#### Keywords

health equity, population health work, public health act, municipality planning, society planning, strategic planning, social sustainability, qualitative method

## Introduksjon

Folkehelseperspektivet på sosial ulikhet som samfunnsproblem dreier seg om at ulikheter særlig når det gjelder inntekt, utdanning og arbeid, fører til forskjeller i levealder, helsetilstand og livskvalitet mellom befolkningsgrupper (Dahl et al., 2014; WHO, 2008). Forskjeller i forventet levealder mellom ulike inntektsgrupper i Norge er stor og har økt (Kinge et al., 2019). Også med utdanningslengde som mål på sosioøkonomisk ulikhet, er ulikhet i forventet levealder stor. For kvinner har den vært økende siden 1960-tallet, mens det for menn har vært en tendens til mindre ulikhet det siste tiåret (Goldblatt et al., 2023).

Slike dokumenterte forhold er grunnlaget for at norske lovbestemmelser gjør det å utjevne sosiale helseforskjeller til et møtepunkt mellom kommunalt folkehelsearbeid og planlegging (folkehelseloven, 2011, § 1; plan- og bygningsloven, 2008, § 3-1). Lovbestemmelsene svarer til ambisjonen fra Verdens helseorganisasjon (WHO) om en klar politisk forpliktelse til å fremme helse og å utjevne helseforskjeller i alle sektorer (WHO, 2020) og til oppfølging gjennom prinsippet om «Health in all Policies» (HiAP) (WHO, 2014).

Studier som er gjennomført etter at lovbestemmelsene trådte i kraft, viser at det å utjevne sosiale helseforskjeller i liten grad har «brutt gjennom som et hensyn i planleggingen» (Hofstad, 2018b, s. 233). Gjennomføringen preges av at oppgaven blir omdefinert til å handle om individuell livsstil eller sosiale tjenester (Fosse & Helgesen, 2020). Oppgaven, eller snarere oppgavene, er beskrevet som komplekse og noe som krever nytenkning både når det gjelder arbeid med kunnskap, organisering og planlegging (Hofstad et al., 2015, s. 102–104). Norske kommuners autonomi samt variasjonen i størrelse, geografi og organisering gir dessuten et mangfoldig landskap å integrere folkehelsearbeid og kommuneplanlegging i (Synnevåg et al., 2018, s. 983). Det savnes oppdatert kunnskap om hvordan fagrådgivere og ledere i kommunene opplever at de arbeider med å utjevne sosiale helseforskjeller gjennom innretningen av folkehelsearbeid, kommuneplanlegging og koblingen mellom disse. Hensikten med studien er å bidra med slik kunnskap.

Forskningsspørsmålet handler om erfaringer fra de komplekse, lovbestemte «dokument»-oppgavene: Hvordan opplever praktikere at de arbeider med å utjevne sosiale helseforskjeller gjennom folkehelsearbeid og koblingen til kommuneplanlegging? Begrepet «opplevelser» handler ikke om hendelser, følelsesmessige inntrykk, eller lignende, men understreker at det er informantenes tolkninger og beskrivelser som er kilden til innsikt. Spørsmålet er delt i to underspørsmål for å belyse hvilken plass oppgaven har både i kunnskapsarbeid og i arbeidet med å definere mål og utviklingsretning for kommunen:

- Hvilken plass gis sosiale helseforskjeller i arbeidet med oversiktsdokumenter om folkehelse og i kunnskapsgrunnlag for kommuneplanlegging?
- Hvordan innarbeides det å utjevne sosiale helseforskjeller i kommuneplanleggingen med utgangspunkt i utarbeidelsen av planstrategi, og med særlig oppmerksomhet på det å fremme bærekraftig utvikling?

## Bakgrunn

Det teoretiske utgangspunktet som beskrives nedenfor, sammen med redegjørelsen for eksisterende forskning, begrunner hvorfor det er meningsfullt å søke empirisk kunnskap om utviklingen av praksis gjennom innsikt i praktikerens opplevelser.

### Teoretisk utgangspunkt

Lovbestemte innretninger av folkehelsearbeid og offentlig planlegging er former for offentlig styring som kan undersøkes som praksiser utviklet innenfor institusjonelle strukturer. Ulike ny-institusjonelle teorier beskriver det institusjonelle som formelle og uformelle strukturer som har varierende varighet, har en formende virkning på individuell adferd og innebærer et fellesskap av verdier og forståelser (Peters, 2019). Innen sosiologisk institusjonalisme vektlegges det at normer og meningsskapende sosiale prosesser virker inn på hva aktører forstår som «passende adferd». I slike prosesser kan for eksempel betydningen av aktørenes ideer undersøkes spesielt (Schmidt, 2017). De kan skape et fellesskap av delte forståelser, eller kunnskapsfellesskap («epistemic communities») (Peters, 2019, s. 133). Studerer man handlinger og utsagn som deler av meningsskapende prosesser ut fra et slikt teoretisk utgangspunkt, handler de ikke om «å skape eller gi *ett* riktig bilde, men et akseptabelt bilde som forklarer og legger et godt grunnlag for å sette sammen informasjonen som aktører søker å forstå og skape i handlinger» (Carlsen, 2023, s. 78). I planteoretisk sammenheng kan det institusjonsteoretiske utgangspunktet betraktes som en ramme som andre teorielementer, inkludert planleggingsretninger, relaterer seg til (Allmendinger, 2017, s. 47–50). Institusjonell teori kan knyttes til samarbeidsdrevet planlegging, som legger til grunn at planprosesser skaper kunnskapsfellesskap ved sin lokale, sosiale karakter (Amdam, 2018; Healey, 2009). En folkehelsevitenskapelig tilnærming kan anvende institusjonell teori i interessen for komplekse beslutningsprosesser som følger av begrepet om HiAP (Breton & De Leeuw, 2011).

Ut fra dette kan informantenes beskrivelser av egne opplevelser forstås som uttrykk for enten normer som er etablert, eller som bidrag til å etablere normer gjennom meningsskapende prosesser. Praktikernes opplevelser er da én av flere faktorer – og kilder – til å forstå og eventuelt forklare praksis. Denne studien begrenser seg til praktikernes opplevelser, og ser ikke hen til annen empiri, verken i dokumenter eller annen dokumentasjon av kommunal policyutvikling eller virkninger «på bakken».

### Eksisterende forskning

Forskningsgjennomgangen nedenfor viser et bredt tilfang av temaer som er relatert til lokal samfunnsplanlegging og sosiale helseforskjeller, men konsentreres om studier av den norske situasjonen etter innføringen av lovbestemmelsene som er artikkelens utgangspunkt.

Forskning på gjennomføring av HiAP, inkludert det å utjevne sosiale helseforskjeller, rettes i stor grad mot institusjonelle utfordringer ved tverrsektorielt samarbeid på flere nivåer. Det handler blant annet om konkurrerende kunnskapssyn, kulturforskjeller og organisatoriske forhold (Carmichael et al., 2019; de Leeuw, 2017; Ige-Elegbede et al., 2020; McGreevy et al., 2020). Møtet mellom HiAP-perspektivet og lokal samfunnsplanlegging er studert i utviklingen av det europeiske WHO-nettverket «Healthy Cities» (Barton & Grant, 2012; Green, 2012; Green et al., 2009). Sosiale helseforskjeller er her blitt mer sentralt ved at kunnskapsgrunnlaget gradvis er orientert mot levekår (Webster & Lipp, 2009), og gjennom anbefalinger om en mer sosialt orientert utviklingsretning for Healthy Cities-samarbeidet (Grant, 2015; Rydin et al., 2012). Marmot-kommisjonen (WHO, 2008) har hatt betydning som kunnskapsgrunnlag for denne utviklingen (Green, 2012, s. 255). Nyere forskning på

sosiale helseforskjeller og lokal/regional samfunnsplanlegging omfatter så ulike forhold som virkninger av omdisponering av forurenset grunn til boligformål (Maciejewska & Ulanicka-Raczyńska, 2023), effekter av å planlegge for økt global konkurransedyktighet (McGreevy et al., 2019) og betydningen av å involvere underprivilegerte befolkningsgrupper i planprosesser (Janzen et al., 2018).

### **Utvikling av folkehelsearbeid og kommuneplanlegging i Norge**

Forskning på utvikling av folkehelsearbeid og kommuneplanlegging i Norge har som utgangspunkt at kommunene har mulighet til å påvirke sosiale helseforskjeller gjennom planlegging og prioriteringer på ulike områder (Dahl et al., 2014; Fosse, 2016). «De åtte Marmot-prinsippene» for å utjevne sosiale helseforskjeller har for eksempel barns oppvekst som første prinsipp (Goldblatt et al., 2023), et område som kommunene har innflytelse over.

Lovbestemmelsene antas å påvirke kommunenes arbeid for å utjevne sosiale helseforskjeller. Kravene er hver valgperiode å 1) lage et oversiktsdokument om helsetilstand og påvirkningsfaktorer på helse (folkehelseloven, 2011, § 5), 2) utarbeide en planstrategi som blant annet drøfter «kommunens strategiske valg knyttet til samfunnsutvikling» (plan- og bygningsloven, 2008, § 10-1), og 3) koble oversiktsarbeidet til kommuneplanleggingen (folkehelseloven, 2011, § 6). Studier av hvordan lovbestemmelsene støtter opp om HiAP ser på institusjonelle forhold, som at hele kommunen må involveres gjennom varige endringer i arbeidsmåter, organisering og oppbygging av kunnskap og menneskelig kapasitet (Hagen et al., 2017; Heimburg & Hakkebo, 2017; Hofstad, 2016). Det pekes på dilemmaer i lokal gjennomføring, som spenninger mellom instrumentell og kommunikativ prosessforståelse, ulike kunnskapssyn og legitimitetsutfordringer med hensyn til handlekraft (Amdam, 2023), og utfordringer knyttet til å skape legitimitet til folkehelseilnærmingen i ulike fagmiljøer (Synnevåg, 2019). Det siste kan arte seg som såkalt helseimperialisme, det vil si at helseperspektivet oppfattes å bli påtvunget andre sektorer (Synnevåg et al., 2018, s. 990).

Spørreundersøkelser fra 2011, 2014 og 2017 viser tegn til at utjevning av sosiale helseforskjeller er blitt et viktigere kommunalt anliggende (Fosse & Helgesen, 2015; Haug et al., 2014; Helgesen et al., 2017), og flertallet av kommuner mener de kan bidra (Hagen et al., 2017; Helgesen et al., 2017). I tråd med forskriften om oversiktsarbeid (forskrift om oversikt over folkehelsen, 2012, § 3), observeres økt oppmerksomhet på levekår og det å utjevne sosiale helseforskjeller (Fosse, 2016, s. 497; Fosse & Helgesen, 2015, s. 339). En tolkning er at oppgaven med oversiktsdokument fremmer institusjonell oppmerksomhet og engasjement for å utjevne ulikhetene som kommer fram (Hagen et al., 2018).

For å fremme planlegging som verktøy for HiAP er det tatt initiativ for å heve kompetanse på samfunnsplanlegging innen fagmiljøer med ansvar for folkehelse (Hofstad & Helgesen, 2013). Det registreres en «aktivisering av kommuneplanleggingen som et redskap for folkehelse» (Hofstad & Schou, 2017, s. 86–87), og at oversiktsdokumentet i økende grad «ligger til grunn for prioriteringer i planstrategien» (Helgesen et al., 2017, s. 67–68). Likevel svarte et mindretall av kommunene i 2011 og 2014 at utjevning av ulikhet i helse var med i deres planer og prioriteringer (Fosse, 2016). Fordelingshensyn synes i større grad å spille inn i spesifikt folkehelsearbeid enn i kommuneplanleggingen (Helgesen et al., 2017, s. 79). På spørsmål om hvilke folkehelsehensyn plansjefene i norske kommuner mener blir best ivaretatt, fikk «Gode oppvekst- og levekår» høyest score, mens «Motvirke sosiale helseforskjeller» havnet nederst med markant lavere score (Hofstad, 2018b, s. 233). Til tross for dette spores en langsomt voksende erkjennelse av at man gjennom kommuneplanlegging kan redusere sosiale helseforskjeller (Fosse & Helgesen, 2015, s. 339), og det finnes «lovende spor» av dette i kommuneplandokumenter (Lillefjell et al., 2023, s. 11). Hvorvidt det er en kausal sammenheng

mellom målformuleringer i kommuneplanen og prioritering av å utjevne sosiale helseforskjeller, avhenger av kommuneplanens plass i kommunens styringssystem (Synnevåg et al., 2018, s. 986).

### **Strategisk vending og bærekraftig utvikling**

Kommuneplanleggingens bidrag til å utjevne sosiale helseforskjeller kan også undersøkes i lys av en «strategisk vending», blant annet gjennom innføring av planstrategi (Hanssen et al., 2018). Den strategiske vendingen innebærer arbeidsmåter som framhever det visjonære gjennom helhetlige prosesser og et blikk for ulike handlinger og virkemidler ut fra en overordnet retning for hvordan et sted skal utvikles (Ringholm & Hofstad, 2018). Dette samsvarer med teorier om strategisk og samarbeidsdrevet planlegging (Amdam, 2018; Healey, 2009).

Som del av den strategiske vendingen er bærekraftig utvikling satt tydeligere som ramme gjennom nasjonale forventinger til regional og kommunal planlegging (plan- og bygningsloven, 2008, § 3-5 og 6-1). Kommunene utfordres til å legge FNs bærekraftsmål til grunn for samfunns- og arealplanleggingen, både sosial, økonomisk og miljømessig bærekraft (Regjeringen, 2019). Bærekraftbegrepets kobling til det å utjevne sosiale helseforskjeller kan for en stor del knyttes til sosial bærekraft (Hofstad & Bergsli, 2017). De tre bærekraftsdimensjonene skaper koblinger og spenninger mellom aktuelle kommuneplantemaer, slik «planleggingstriangelet» illustrerer (Campbell, 2016; Hofstad, 2018a). Linjene mellom hjørnene i trekanten representerer konflikter: en ressurskonflikt mellom økonomisk og miljømessig bærekraft, en utviklingskonflikt mellom sosial og miljømessig bærekraft, og en fordelingskonflikt mellom sosial og økonomisk bærekraft. Når norske plansjefer blir spurt om hvordan bærekraftsdimensjonene blir ivaretatt, tyder svarene på at miljømessig bærekraft anses som bedre ivaretatt enn økonomisk og sosial bærekraft (Hofstad, 2018a). Det betyr at også med bærekraft som forståelsesramme tar kommuneplanleggingen i beskjeden grad grep for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Situasjonen kan oppsummeres slik: Folkehelsearbeidet i norske kommuner formes i økende grad av et oversiktsarbeid som vektlegger sosiale helseforskjeller, og kommunene anser at de har en rolle. Dette skjer trolig i større grad gjennom tiltaksrettet folkehelsearbeid enn i planlegging. Samtidig pågår en strategisk vending, med bærekraftig utvikling som en tydeligere planleggingsramme. I denne vendingen kobles det å utjevne sosiale helseforskjeller til sosial bærekraft. Denne dimensjonen har hatt mindre oppmerksomhet enn miljømessig bærekraft.

### **Metode**

Det empiriske grunnlaget for studien er intervju med informanter som har erfaring med de aktuelle oppgavene. Førende for informantutvalget var å få en bred tilgang til innsikt med tanke på fag og roller, samt erfaringer fra mer enn én kommune, gitt en kapasitetsmessig begrensning med tanke på antall intervjuer. I tillegg til fagrådgivere innen folkehelse og planlegging er mellomledere og toppledere intervjuet. De representerer et samlet perspektiv på fagoppgavene og hvordan de relateres til kommunens samlede oppgaver. Problemstillingen er rettet mot faglig-administrativ praksis, og politikere er derfor ikke inkludert i utvalget.

Kriteriene for valg av kommuner var at de skulle 1) ha oppfylt lovkravene om oversiktsdokument og planstrategi siden de ble innført, 2) være folkerike kommuner (men ikke de største), med fagressurser til oppgavene, og 3) representere ulike landsdeler, for å kunne bringe fram erfaringer ut fra ulike samfunnsgeografiske forhold og med ulike fylkeskom-

muner som «understøttere» (folkehelseloven, 2011, § 20). Ut fra disse kriteriene ble kommunene Sandnes og Fredrikstad valgt. Tabell 1 gir en oversikt over informantene. Utvalget består av to kvinner og seks menn.

**Tabell 1.** Informantenes referansenummer, rolle i kommunen og intervjuform

Referansenummer	Rolle	Intervjuform
I1	Folkehelserådgiver	Personlig møte
I2	Folkehelserådgiver	Videomøte
I3	Kommuneplanlegger	Personlig møte
I4	Mellomleder	Personlig møte
I5	Kommuneplanlegger	Personlig møte
I6	Mellomleder	Personlig møte
I7	Toppleder	Videomøte
I8	Toppleder	Videomøte

### Gjennomføring og etiske vurderinger

Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført våren 2022. Intervjuene ble forberedt med fire prøveintervjuer med fagrådgivere innen folkehelse og planlegging fra en kommune og en fylkeskommune for å utvikle intervjuguiden. Materialet inngår ikke i studien. Meldeskjema om behandling av personopplysninger, inkludert samtykkeskjema, ble godkjent av Sikt i januar 2022. Skriftlig samtykke ble innhentet fra alle informanter. Intervjuene ble gjennomført i perioden 29. mars–16. mai 2022. Gjennomsnittlig varighet var i overkant av 60 min. Lydopptakene ble ordrett transkribert, med påfølgende kontroll og korrigerings. Dette var samtidig første steg i analyseprosessen gjennom skissering av temaer. Analyseprogrammet NVivo (versjon 12) ble brukt som støtte for koding og ekstrahering av utsagn.

Flere etiske problemstillinger sto sentralt i intervju og analysearbeid. Den åpne intervjuformen som kjennetegner semistrukturerte intervjuer, krever et tillitsfullt, samskapende forhold mellom informant og forsker (Brinkmann & Kvale, 2018, s. 17). Tilnærmingen krever etisk dømmekraft for å unngå instrumentell informasjonsinnhenting og potensiell manipulasjon (Brinkmann & Kvale, 2005, s. 170). Gitt forskerens fortolkningsmonopol ligger det også i analysearbeidet en etisk forpliktelse til å ivareta tillitsforholdet slik at resultatet reflekterer informantens syn, og ikke forskerens syn på informantene (Watts, 2014, s. 4). Presentasjonen av resultatene gjør det mulig å identifisere de relativt få deltakerne gjennom deres profesjonelle roller. Vurderingen, som også har vært tatt opp med flere deltakere, er at dette er akseptabelt, fordi innholdet oppfattes som lite følsomt, både i arbeidssammenheng og personlig.

### Analyse

Analysen er innrettet mot tematiske mønstre på tvers av informantens utsagn, i tråd med refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Et tema griper noe viktig i dataene, relatert til forskningsspørsmålet, og representerer en form for mønster eller mening i datasettet (Braun & Clarke, 2006, s. 82). En iterativ kodeprosess ble gjennomført som grunnlag for analysen, med bevissthet på å utvide egen forforståelse i møte med informantens utsagn (Lazard & McAvoy, 2020). Fordi analysen gjelder temaer på tvers av informantene, settes et sammenlignende perspektiv i bakgrunnen. I presentasjonen nedenfor vil likevel fag, roller og kommunetilhørighet bli omtalt når det tjener til å nyansere eller opplyse et tema.

Tabell 2 presenterer temaene som ble konstruert, relatert til forskningsspørsmålene, med beskrivelser og eksempler.

**Tabell 2.** Oversikt over delspørsmål, analysetemaer, beskrivelser og eksempler

<i>Delspørsmål</i>	<i>Tema og beskrivelse</i>	<i>Eksempler</i>
<b>Delspørsmål 1:</b> Hvilken plass har sosial ulikhet i helse i arbeidet med oversiktsdokumenter om folkehelse og i kunnskapsgrunnlaget for kommuneplanlegging? (tema 1 og 2)	<b>Tema 1: Sosiale helseforskjeller – viktigst og lokalt relevant</b> Hvordan kunnskap om sosial ulikhet i helse beskrives i utarbeidelsen av oversiktsdokument om helsetilstand og påvirkningsfaktorer.	«[S]osial ulikhet i helse er det viktigste. Og det [...] kommer godt fram i oversiktsdokumentet.» (I2) «[F]ør vi fikk levekårskartlegginga, så visste vi ikke [...] hvor skremmende store forskjellene faktisk er, mellom områder som ligger veldig tett på hverandre.» (I1)
	<b>Tema 2: Folkehelseoversikten er relevant kunnskapsgrunnlag for kommuneplanlegging</b> Hvordan oversiktsdokumentet om helsetilstand og påvirkningsfaktorer tas i bruk som et bredt kunnskapsgrunnlag for kommuneplanlegging.	«[D]et var på en måte en symbiose der mange av de utfordringene man identifiserte som hovedutfordringer i oversiktsdokumentet, er [...] tatt inn som hovedutfordringer også i planstrategien.» (I3) «Man har den gode prosessen rundt oversiktsdokumentet, og det ligger som en forutsetning. Da blir jobben med utfordringsbildet i planstrategien enklere, men og veldig prega av, av folkehelse, tenker jeg.» (I4)
<b>Delspørsmål 2:</b> Hvordan innarbeides det å utjevne sosiale helseforskjeller i kommuneplanleggingen med utgangspunkt i utarbeidelsen av planstrategi, og med særlig oppmerksomhet på det å fremme bærekraftig utvikling? (tema 3 og 4)	<b>Tema 3: Sosiale helseforskjeller kobles til økt oppmerksomhet om gode levekår for alle</b> Hvordan sosiale helseforskjeller knyttes til ulike kommunale oppgaver og ansvar gjennom økt oppmerksomhet på levekår.	«Vi har et sterkere fokus på det med livsvilkår.» (I7) «[K]ommunens største utfordring er [...] at ikke vi skaper forskjellsbyen. [...] For vi er godt på vei.» (I6) Kommunens «grytidlig[e] innsats» begynner «minus ni måneder», «skal fange opp tidlig og påvirke fra livets start» «og gi alle et godt utgangspunkt» (I8, I3, I4).
	<b>Tema 4: Folkehelse = å utjevne sosiale helseforskjeller = sosial bærekraft</b> Hvordan det å utjevne sosiale helseforskjeller kobles til sosial bærekraft, og videre til hvordan kommunen skal fremme bærekraftig utvikling.	«[V]år versjon av folkehelse og sosial bærekraft, det er et tilnærmet = symbol mellom de to.» (I1) «[I]kke minst det med sosial bærekraft har blitt tydeligere for meg, da [...] og kanskje spesielt når vi jobber med kommunal overordna planlegging.» (I3) «[F]å ned denne uføregraden [...] eller den positive biten av det, få flere sysselsatt, altså at folk får lov til å bruke ressursene sine. [...] Det er bærekraftig både sosialt og økonomisk.» (I5) «Men hvordan skal vi klare å bygge rimelige boliger i de mest sentrale områdene – det er noe som ikke helt går i hop.» (I4) «[B]orgere er en skapende del av sine egne omgivelser ...» (I8)

## Resultater

Delspørsmål og temaer, både i tabellen ovenfor og i presentasjonen som følger, kan gi inntrykk av en skarpere oppdeling av intervjuene enn det som faktisk var tilfellet. I intervjuene ble det oppmuntret til en fri flyt av refleksjoner rundt åpne spørsmål, slik at informantenes egne opplevelser kom tydelig fram.

### Tema 1: Sosiale helseforskjeller – viktigst og lokalt relevant

Temaets innhold hentes i hovedsak fra informantenes refleksjoner om kommunens oversiktsarbeid etter folkehelseloven. Fra begge kommuner beskrives arbeidsmåter som er utviklet gjennom flere år. Organiseringen er lik: Folkehelserådgiver har hovedansvaret, men trekker på mange fagressurser, inkludert kommuneplanlegger. Oppgaven ligger til felles fagenhet for folkehelserådgiver og kommuneplanlegger.

Folkehelserådgiver, kommuneplanlegger og ledere i begge kommuner sier at sosial ulikhet i helse er det viktigste temaet, i tråd med dette utsagnet: «Jeg syns sosial ulikhet i helse er det viktigste. Og det kommer [...] godt fram i oversiktsdokumentet» (I2).

Årsaken til denne prioriteringen er også tydelig: Å utjevne sosiale helseforskjeller beskrives som det dominerende perspektivet i folkehelsearbeidet. Også ledere utenfor operativt

oversiktsarbeid framhever sosiale helseforskjeller og de bakenforliggende årsakene til helse-tilstanden. Samtidig poengteres det at dette er et valgt perspektiv som ikke dekker alt folkehelsearbeid.

Det går en linje fra sosiale helseforskjeller som prioritert tema, til beskrivelser av at lokale levekårsdata gjør temaet særlig relevant. Begge kommuner har gjennom flere år lagt egeninnsats i å skaffe seg tilgang til levekårsdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB), som gir data på lavere geografisk nivå enn kommunen samlet. En av kommunene har vært pioner på området, og i intervjuene markeres eierskap til data. I denne kommunen var introduksjon av lokale levekårsdata ti år tilbake knyttet til en politisk ambisjon om å utjevne sosiale helseforskjeller. Folkehelserådgiveren beskriver at arbeidet med levekårsdata har bidratt til å gjøre folkehelse til en felles sak for folkehelse, kommuneplan og på tvers av sektorer. Kunnskapsarbeid og datatilgang har knyttet folkehelse og planlegging sammen. En kommunedelplan for folkehelse ble endret til en kommunedelplan for folkehelse og levekår.

Folkehelserådgiveren forteller at kunnskap om levekårsforskjeller mellom bydeler har vært viktig for utvikling av forståelsen (I1):

[F]ør vi fikk levekårskartlegginga, så visste vi ikke [...] hvor store forskjellene faktisk er, hvor skremmende store forskjellene faktisk er, mellom områder som ligger veldig tett på hverandre.

Levekårsforskjellene viser en sammensatt situasjon, en mosaikk mer enn en øst-vest-dimensjon. Dataene gjør det mulig å koble lokale levekårsforhold til variasjoner som har med påvirkningsfaktorer for helsa å gjøre, slik en mellomleder uttrykker det (I4):

[O]g vi ser det jo og i levekårsundersøkelsene våre, at i de områdene hvor det er størst sosioøkonomiske utfordringer, er ofte de områdene som har minst tilgang på grønt, flest leiligheter, så det er sammenhenger der som vi ser nokså tydelig.

Levekårsdata har bidratt til oppmerksomhet på enkelte temaer, som lokal variasjon i omfanget av familier med vedvarende lavinntekt. Regelmessig datatilgang gir mulighet for å se på endringer over tid, som at ulikheter mellom bydeler øker.

Oppsummert forteller informantene at oversiktsarbeidet er preget av at å utjevne sosiale helseforskjeller er viktigst i folkehelsearbeidet. Det er en forbindelse mellom denne prioriteringen i oversiktsarbeidet og muligheten til å koble dette overordnede temaet til kunnskap om levekårsforskjeller og helseforskjeller på bydelsnivå.

## Tema 2: Folkehelseoversikten er relevant kunnskapsgrunnlag for kommuneplanlegging

Det andre temaet handler om hvordan informantene beskriver overgangen fra et kunnskapsarbeid definert av folkehelseperspektivet, til at det brukes som kunnskapsgrunnlag for kommuneplanlegging. Flere prosessuelle forhold oppleves som årsaker til at oversiktsdokumentet forstås som relevant for kommuneplanleggingen. Oversiktsarbeidet beskrives som en prosess med bidrag på tvers av roller og fagområder i kommunen, noe en mellomleder vurderer som nyttig (I4):

Man har den gode prosessen rundt oversiktsdokumentet, og det ligger som en forutsetning. Da blir jobben med utfordringsbildet i planstrategien enklere, men og veldig prega av, av folkehelse, tenker jeg.



At oversiktsdokumentet er det eneste lovbestemte kravet til kunnskapsgrunnlaget for planstrategien gir en privilegert faglig posisjon, jf. sitatet ovenfor. Til det kommenterer en kommuneplanlegger at fordi oversiktsdokumentet vektlegger sosiale helseforskjeller, får det en bred sosial innretning, og dekker dermed mange av planleggingens behov (I3):

[D]et var på en måte en symbiose der mange av de utfordringene man identifiserte som hovedutfordringer i oversiktsdokumentet er [...] tatt inn som hovedutfordringer også i planstrategien.

Oversiktsdokumentets status som et formelt kommunalt dokument gir tilgang, oppmerksomhet og forankring i ledergrupper. Betydningen bekreftes også i mer negativ forstand når en informant forteller at sektorer kan være forsiktige med å gi informasjon for å unngå kritisk oppmerksomhet.

Organisatoriske forhold, med folkehelserådgiver og kommuneplanlegger i samme enhet, påvirker den prosessuelle muligheten til å koble oversiktsarbeid for folkehelseformål og kunnskapsarbeidet for kommuneplanlegging. En folkehelserådgiver beskriver at det er en nyttig uformell hverdagsflyt av kunnskap og perspektiv (I2):

Og det tenker jo jeg er en stor fordel med å ha den folkehelserådgiverstillingen plassert der som den er plassert, da. Det er jo at – ja – du sitter jo i det.

Sammenfattet uttrykker informantene at faglig medvirkning og forankring, og den faglige innretningen mot sosiale helseforskjeller, gjør at oversiktsdokumentet gir et bredt og relevant kunnskapsbidrag til kommuneplanleggingen.

### Tema 3: Sosiale helseforskjeller kobles til økt oppmerksomhet om gode levekår for alle

Analysen av hvordan sosiale helseforskjeller innarbeides i kommuneplanleggingen, har tatt utgangspunkt i erfaringer fra arbeid med planstrategien. I samtalene er det likevel ikke skilt mellom når man snakker om utarbeidelsen av planstrategi og annen kommuneplanlegging, som for eksempel kommuneplanens samfunnsdel. Analytisk deles utsagn i to hovedgrupper: hvordan folkehelseperspektivet generelt preger dagsordenen for å utvikle kommunen, og ambisjonen om å fremme bærekraftig utvikling.

Sentralt i beskrivelsen fra alle informanter er at de forstår folkehelsearbeid som å utjevne sosiale helseforskjeller. Det innebærer å arbeide for gode levekår for alle, og omfatter store deler av kommunens aktivitet. Et eksempel på denne generelle tilnærmingen er utsagnet fra en av topplederne om at «gode livsvilkår for alle», er blitt «helt sentralt, overgripende tema, egentlig for alt, alt vi gjør» (I7). Ut fra denne tilnærmingen framheves ulike temaer som viktige i kommuneplanleggingen.

Et mål er å gjøre kommunen til et attraktivt sted og fremme næringsutvikling. Nå har man fått «et sterkere fokus på det med livsvilkår» (I7). Spenningsforholdet som bringes opp, er befolkningsvekst og næringsutvikling som nødvendige mål for kommunen, opp mot hvordan veksten kan skje uten å forsterke sosial ulikhet, blant annet i form av å «importere utenforskap» (I5). Økende ulikhet mellom bydeler knyttet til fremmedspråklige innvandrere relateres til dette. En leder sier at det er utfordrende å få til en vekst som kommer alle til gode (I6):

[M]en så skal vi også sikre de som ikke får lov å være med på den veksten [...] Og det tenker jeg er kanskje kommunens største utfordring nå, ta ut den gevinsten, og sikre at de som er under her ikke, at ikke vi skaper forskjellsbyen. [...] For vi er godt på vei.

Informanten begrunner sin oppfatning blant annet med at boligmarkedet fungerer ekskluderende, slik at mange mister den økonomiske fordelene av å ha muligheten til å investere i egen bolig.

Størst engasjement og flest utsagn fra informantene gjelder kommunens bidrag til gode livsvilkår for alle gjennom oppvekst og skole. Kommunens «tidlige innsats», også omtalt som «grytidlig innsats» (I8), starter «minus ni måneder» (I3) og «skal fange opp tidlig og påvirke positivt fra livets start» (I4). Kommunen skal forebygge utenforskap, og legge til rette for at alle barn får et godt utgangspunkt for livsløpet: ferdigheter, utdanning, en plass i arbeidslivet og et godt bomiljø. Den ene folkehelserådgiveren kommenterer at det er «størst overlapp» mellom folkehelse og oppvekstsektoren, og at oppvekstsektoren derfor må skjermes for budsjettkutt. Den andre folkehelserådgiveren trekker fram frafall i videregående opplæring som kritisk, «og at det viktigste man kan gjøre for å forhindre det, ligger på de kommunale tjenestene før videregående» (I2).

Oppsummert knytter beskrivelsene sammen oppmerksomhet på sosiale helseforskjeller til at gode livsvilkår for alle er blitt et mer sentralt mål i kommuneplanleggingen. I den sammenheng tar informantene opp spesifikke dilemmaer eller prioriterings spørsmål i kommuneutviklingen, særlig utfordringer knyttet til befolkningsvekst, økonomisk utvikling og sosiale forskjeller, og krevende oppgaver innen skole- og oppvekstsektoren.

#### Tema 4: Folkehelse = å utjevne sosiale helseforskjeller = sosial bærekraft

Spenninger mellom ulike utviklingsmål er også tydelige når informantene forteller om hvordan arbeidet med bærekraftig utvikling virker inn. I begge kommuner har bærekraftig utvikling vært på dagsordenen i kommuneplanleggingen i en årrekke. Som oppfølging av nasjonale forventninger (Regjeringen, 2019) har kommunene gjort et arbeid med å «sjekke ut» om det er samsvar mellom bærekraftsmålene og målene i kommuneplanen.

Det oppfattes som nytt at miljømessig, økonomisk og sosial bærekraft er blitt mer likeverdige, mens den miljømessige dimensjonen tidligere representerte bærekraftsperspektivet alene. En kommuneplanlegger beskriver konsekvensen slik: «[I]kke minst det med sosial bærekraft – har blitt tydeligere for meg, da, og betydningen av det, og kanskje spesielt når vi jobber med kommunal overordna planlegging [...]» (I3).

Samtidig som sosial bærekraft oppfattes som viktigere, knytter informantene folkehelseperspektivet til denne dimensjonen, gitt at folkehelse handler om å utjevne sosiale helseforskjeller: «Vår versjon av folkehelse og vår versjon av sosial bærekraft, det er et 'tilnærmet lik'-symbol mellom de to» (I1). Gjennom identifiseringen med sosial bærekraft relateres det å utjevne sosiale helseforskjeller til de andre dimensjonene i bærekraftig utvikling. Informantene beskriver at sosial og økonomisk bærekraft spiller sammen når det er snakk om at kommunen skal bidra til å skape arbeid og inntekt for befolkningen. Kommunens bidrag er først og fremst oppvekst og skole, i tråd med utsagnene under forrige tema, men også næringspolitikk beskrives som viktig ut fra folkehelseperspektivet (I5 og I6). Alliansen mellom sosial og økonomisk bærekraft gjelder også kommuneøkonomien og forventninger til forebyggende tjenester. En kommuneplanlegger beskriver at det handler om å «... få ned denne uføregraden – eller – den positive biten av det, få flere sysselsatt, altså at folk får lov til å bruke ressursene sine. Det er bærekraftig, både sosialt og økonomisk» (I5).

Informantene problematiserer forholdet mellom sosial og miljømessig bærekraft når det

handler om fortettet byutvikling. Fortrenging av dårlig stilte på boligmarkedet oppfattes som et dilemma. Bekymringen for at sosial bærekraft taper, uttrykkes slik: «Men hvordan skal vi klare å bygge rimelige boliger i de mest sentrale områdene – det er noe som ikke helt går i hop» (I4). Det pekes på at kvalitetskrav som handler om sosial bærekraft, er vanskelige å sannsynliggjøre og konkretisere som plankrav, sammenlignet med tradisjonelle folkehelsekrav, som støy, lys og lekearealer (I1).

Nærmiljøet som ressurs for innbyggernes aktive liv og deltakelse i samfunnet framstår som et eget tema innen sosial bærekraft, uavhengig av økonomisk og miljømessig bærekraft. Informantene snakker om at alle innbyggere må sikres tilgang til helsefremmende kvaliteter: friluftsområder, treningsmuligheter, tilrettelagte hverdagsaktiviteter og naturlige sosiale møteplasser. Ringen sluttes tilbake til levkårsdata: Innsatsen skal settes inn der man har kunnskap om at utfordringene er størst (I4):

[I]kke minst der vi vet at det er utfordringer med sosioøkonomiske ting, og særlig i sentrum, så – ja, koblingen mellom folkehelse, økonomi, gode grøntareal, den tenker [jeg] er ganske tydelig. Å gi alle de samme mulighetene til å leve det gode, aktive livet.

I denne sammenhengen framheves innbyggermobilisering som viktig i prosesser for å forbedre nærmiljøet (I8):

at borgere er en skapende del av sine egne omgivelser [...] og tar del i alt fra fritidsaktiviteter til allmøter og lokale politiske diskusjoner [...] og er aktive og deltakende på den måten.

Informantene i den ene kommunen er samstemte om hvordan denne myndiggjøringstanken inngår i arbeidet med helsefremmende lokalsamfunnsutvikling.

Oppsummert opplever informantene at sosial bærekraft er blitt viktigere og sidestilt med miljømessig bærekraft. Folkehelsearbeid, forstått som å utjevne sosiale helseforskjeller, identifiseres med sosial bærekraft. Sosial og økonomisk bærekraft spiller sammen når det gjelder oppvekstsektorens bidrag til gode levkår og til forebyggende tjenester for en sunnere kommuneøkonomi. Mellom sosial og miljømessig bærekraft utgjør fortettet boligbygging et problem i form av sosial ekskludering. Innbyggermobilisering for helsefremmende lokalsamfunn framstår som et selvstendig tema innen sosial bærekraft.

## Diskusjon

Den tematiske analysen gir et sammensatt svar på forskningsspørsmålet: Hvordan opplever praktikere at de arbeider med å utjevne sosiale helseforskjeller gjennom folkehelsearbeid og koblingen til kommuneplanlegging? Informantenes opplevelser dekker ulike deler av planprosesser, både kunnskapsarbeid (situasjonsanalyse), målutvikling og prosessuelle forhold (Aarsæther, 2018, s. 233).

Det første temaet handler om at oversiktsarbeidet er utført i tråd med at sosiale helseforskjeller er den viktigste utfordringen, og gjort relevant gjennom lokale levkårsdata. Tema 2 forteller om hvordan kunnskap om sosiale helseforskjeller sett i et folkehelsefaglig perspektiv, blir en del av kunnskapsgrunnlaget for kommuneplanlegging. Under det tredje temaet forteller informantene om at sosiale helseforskjeller henger sammen med økt oppmerksomhet på levkårsforskjeller. I tema 4 blir det å redusere sosiale helseforskjeller identifisert med sosial bærekraft, og settes i relasjon til økonomisk og miljømessig bærekraft.

Sett opp mot tidligere forskning bringer temaene inn bekreftelser, utdypninger og nye

bidrag. Det første temaet eksemplifiserer det som er omtalt, som en «institusjonell oppmerksomhet» om å utjevne sosiale helseforskjeller (Hagen et al., 2018), og indikerer en høy oppmerksomhet på dette temaet, sett i lys av evalueringene i årene etter innføringen lovbestemmelsene (Haug et al., 2014; Helgesen et al., 2017; Helgesen & Hofstad, 2012). Systematikken og datatilgangen i oversiktsarbeidet synes å ha skapt et substansielt engasjement for å utjevne sosiale helseforskjeller. Når informantene under tema 2 heller snakker om «symbiose» enn motsetning mellom folkehelsearbeid og planlegging, kan det tyde på at man har klart å bryte ned noen av hindringene for integrasjon av folkehelse og planlegging som del av HiAP, og at man har identifisert en «overlapp mellom det planleggingsmessig aktuelle og det folkehelsemessig utfordrende» (Hofstad et al., 2015, s. 89). Det kan også være at den prosessuelle innretningen av oversiktsarbeidet gjør det til en ressurs for kommuneplanlegging som sektorovergripende aktivitet. Prosessen synes mer åpen enn at en «strategisk stab av folkehelseaktører» lykkes med å etablere en agenda (Heimburg & Hakkebo, 2017, s. 71), og informantene problematiserer ikke helseimperialisme (Synnevåg et al., 2018, s. 990). Tema 3 er interessant med tanke på å belyse hva det betyr at sosiale helseforskjeller blir et sentralt kommuneplantema. Informantene beskriver i liten grad hvordan det å utjevne sosiale helseforskjeller skal gjennomføres, i tråd med en studie av norske kommuneplandokumenter (Lillefjell et al., 2023, s. 11). Men studien viser eksempler på at praktikerne, heller enn å beskrive en satsing med spesifikke tiltak, er opptatt av hvordan målet virker på andre kommuneplantemaer: Skole og oppvekst må prioriteres, det settes spørsmålstegn ved hvordan ambisjonen om vekst kan forenes med å utjevne sosiale helseforskjeller, og sentrale deler av boligplanleggingen forstås som sosialt ekskluderende. Dette illustrerer at det å implementere et tema i kommuneplanlegging også handler om å være tydelig og overbevisende representert når utviklingsretningen stakes ut (Healey, 2006, s. 243–248; Ringholm & Hofstad, 2018, s. 243–249). Det fjerde temaet utvikler implementeringsperspektivet videre, ved at sosiale helseforskjeller omfattes av begrepet om sosial bærekraft og dermed sees opp mot økonomisk og miljømessig bærekraft. At sosiale helseforskjeller settes inn i den overordnede kommuneplandiskusjonen på denne måten og i denne rammen, er et nytt bidrag.

### Et samspill av forsterkende faktorer

Hva betyr de fire temaene når man ser dem samlet opp mot forskningsspørsmålet? I denne studien ser det ut til at når utjevning av sosiale helseforskjeller finner veien til sentrum av kommuneplanleggingen, skyldes det et samspill mellom fire faktorer som alle har lovmessig forankring og er relatert til hverandre. Den gjensidige forsterkningseffekten framstår ikke som tilfeldig, men som et resultat av institusjonaliserte ordninger som alle kommuner, tross stor grad av autonomi på områdene, må forholde seg til og forsøke å imøtekomme.

Det gir grunnlag for å spørre om disse temaene, og sammenhengen mellom dem, representerer en bred tendens innen integreringen av folkehelsearbeid og planlegging. Dersom det er slik, utgjør de fire temaene altså et aktuelt eksempel på hvordan et gjennombrudd for det å utjevne sosiale helseforskjeller gjennom kommuneplanlegging kan arte seg.

### Spenninger i planleggertriangelet

Det andre funnet som det er grunn til å utforske nærmere, er at når utjevning av sosiale helseforskjeller blir satt i sentrum av kommuneplanleggingen, inngår temaet i avveininger mellom alle de tre dimensjonene i arbeidet med bærekraftig utvikling. Hva betyr det? Forskning om sosial bærekraft har beveget seg fra en teoretisk undersøkelse av begrepet til empiriske studier av hvordan sosial bærekraft settes ut i livet i lokalsamfunn (Hofstad, 2023). Sosial bærekraft kan da deles i fire elementer: 1) lik tilgang og muligheter, 2) mil-

jømessig rettferdighet og helserisiko, 3) samfunnet og stedets verdi og 4) grunnleggende menneskelige behov (Opp, 2017, s. 293–294). Informantene berører alle disse fire dimensjonene gjennom omtale av oppvekst, skole, arbeid, nærmiljø og boligbygging, når de kobler sosiale helseforskjeller til sosial bærekraft. Når informantene beskriver sine posisjoner knyttet til sosial bærekraft, kan de sees i lys av hvordan «planleggingstriangelet» viser fram relasjoner mellom bærekraftsdimensjonene (Campbell, 2016; Hofstad, 2018a). Informantene beskriver forholdet mellom sosial og økonomisk bærekraft i tråd med hvordan FNs bærekraftsmål fra 2015 sorteres i bærekraftsdimensjonene: Bærekraftsmål 3, «Mindre ulikhet», plasseres i den økonomiske dimensjonen, mens bærekraftsmål 4, «Bedre helse», settes i den sosiale dimensjonen (Hanssen, 2019). Da er det logisk at å utjevne sosiale helseforskjeller uttrykkes som en positiv relasjon mellom sosial og økonomisk bærekraft. Informantenes mer konfliktfylte beskrivelse av forholdet mellom sosial og miljømessig bærekraft er i tråd med forskning som finner at bærekraftig byutvikling forstått som kompakt byutvikling kan øke sosial ulikhet gjennom ekskluderingsmekanismer i boligmarkedet (Campbell, 2013; Cavicchia, 2021; Millstein & Hofstad, 2017). Ut fra dette er det interessant å undersøke om det å utjevne sosiale helseforskjeller forskyver prioriteringer i kommuneplanleggingen, for eksempel gjennom en nedtoning av den miljømessige dimensjonen, og en allianse mellom sosial og økonomisk bærekraft.

### Svakheter og styrker

Dybdeintervjuer med åtte fagrådgivere og ledere fra to kommuner kan ikke fortelle om situasjonen i norske kommuner generelt, og trenger heller ikke være dekkende for de to kommunene som informantene arbeider i. Det er likevel flere argumenter for at studien har relevans utover intervjusituasjonen. Det er en styrke at kommunene er organisert nokså likt. Begge kommuner er dessuten deltakere i WHO-nettverket «Sunne kommuner». Dette gir en del felles faglige forutsetninger for informantene. Resultatene må også vurderes i lys av disse forutsetningene: Dette er kommuner som trolig har høy bevissthet om de to fagområdene og forholdet mellom dem. Informantenes refleksjoner har bakgrunn i praksis fra kommuner som over tid har arbeidet med å oppfylle lovkravene. Gitt at Norge gjennom disse lovkravene er et foregangsland når det gjelder HiAP (Amdam, 2023, s. 1348; Hofstad, 2016, s. 567), representerer studien ferske erfaringer fra en frontlinje. Dette er argumenter for at informantutvalget er strategisk og gir betydelig informasjonskraft sett opp mot forskningsspørsmålet (Malterud et al., 2016).

### Konklusjon

Svaret på forskningsspørsmålet er at en kombinasjon av flere faktorer medvirker til at det å utjevne sosiale helseforskjeller settes i sentrum av kommuneplanleggingen, slik informantene opplever det. Et systematisk kunnskapsbasert folkehelsearbeid og tett samarbeid mellom folkehelse og planlegging om kunnskapsgrunnlaget for planlegging gjør at temaet får plass i overordnede kommuneplandiskusjoner, og knyttes til spørsmål om bærekraftig utvikling. Sosiale helseforskjeller blir slik en integrert del av og et relevant bidrag til bredden av temaer som kommuneplanleggingen tar opp. Gitt at disse fire faktorene er forankret i lovbestemmelser som gjelder alle kommuner, er det grunn til å utforske videre om samspill-effekten er en bredere tendens, og hvilke spor den i så fall setter i kommuneplanleggingens arbeid for å fremme bærekraftig utvikling.

Takk til fagrådgivere og ledere som er intervjuet i kommunene Fredrikstad og Sandnes. Forskningen er delfinansiert av Norges forskningsråd gjennom ordningen Offentlig sektor-ph.d.

## Referanser

- Allmendinger, P. (2017). *Planning Theory*. Macmillian International. Red Globe Press.
- Amdam, R. (2018). Samarbeidsdriven planlegging. I N. Aarsæther, E. Falleth, T. Nyseth & R. Kristiansen (red.), *Plan og samfunn* (s. 248–266). Cappelen Damm Akademisk.
- Amdam, R. (2023). «Health in All Policies» in Norwegian municipalities—Dilemmas and lack of legitimacy and capacity. *The International Journal of Health Planning and Management*, 38(5), 1345–1359. <https://doi.org/10.1002/hpm.3664>
- Barton, H., & Grant, M. (2012). Urban planning for healthy cities: A review of the progress of the European healthy cities programme. *Journal of Urban Health*, 90(Suppl 1), 129–141. <https://doi.org/10.1007/s11524-011-9649-3>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breton, E., & De Leeuw, E. (2011). Theories of the policy process in health promotion research: A review. *Health Promotion International*, 26(1), 82–90. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq051>
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2005). Confronting the ethics of qualitative research. *Journal of Constructivist Psychology*, 18, 157–181. <https://doi.org/10.1080/10720530590914789>
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2018). *Doing interviews* (2. utg.). Sage.
- Campbell, S.D. (2013). Sustainable development and social justice: Conflicting urgencies and the search for common ground in urban and regional planning. *Michigan Journal of Sustainability*, 1, 75–91. <https://doi.org/10.3998/mjs.12333712.0001.007>
- Campbell, S.D. (2016). The planner's triangle revisited: Sustainability and the evolution of a planning ideal that can't stand still. *Journal of the American Planning Association*, 82(4), 388–397. <https://doi.org/10.1080/01944363.2016.1214080>
- Carlsen, A.G.F. (2023). Strategisk ledelse i fylkeskommunen [ph.d.-avhandling, Universitetet i Oslo].
- Carmichael, L., Townshend, T.G., Fischer, T.B., Lock, K., Petrokofsky, C., Sheppard, A., Sweeting, D., & Ogilvie, F. (2019). Urban planning as an enabler of urban health: Challenges and good practice in England following the 2012 planning and public health reforms. *Land use policy*, 84, 154–162. <https://doi.org/10.1016/j.landusepol.2019.02.043>
- Cavicchia, R. (2021). Are green, dense cities more inclusive? Densification and housing accessibility in Oslo. *Local environment*, 26(10), 1250–1266. <https://doi.org/10.1080/13549839.2021.1973394>
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/738>
- de Leeuw, E. (2017). Engagement of sectors other than health in integrated health governance, policy, and action. *Annual Review of Public Health*, 38, 329–349. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044309>
- Folkehelseloven (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Fosse, E. (2016). Kommunenes rolle i å utjevne sosiale helseforskjeller – Norge som eksempel. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 93(5), 492–500. <https://www.socialmedicinsktidsskrift.se/index.php/smt/article/view/1434>
- Fosse, E., & Helgesen, M.K. (2015). How can local governments level the social gradient in health among families with children? The case of Norway. *International journal of child, youth & family studies*, 6(2), 328–346. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs.62201513505>

- Fosse, E., & Helgesen, M.K. (2020). Addressing the social determinants of health in the Nordic countries: Wicked or tame problem. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 97(3), 393–404. <https://doi.org/https://hdl.handle.net/11250/2760854>
- Goldblatt, P., Castedo, A., Allen, J., Lionello, L., Bell, R., Marmot, M., von Heimburg, D., & Ness, O. (2023). *Rapid review of inequalities in health and wellbeing in Norway since 2014*. Institute of health equity. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/rapid-review-of-inequalities-in-health-and-wellbeing-in-norway-since-2014/read-the-full-report.pdf>
- Grant, M. (2015). European Healthy City Network Phase V: patterns emerging for healthy urban planning. *Health Promotion International*, 30(suppl 1), i54–i70. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav033>
- Green, G. (2012). Intersectoral planning for city health development. *Journal of Urban Health*, 89(2), 247–257. <https://doi.org/10.1007/s11524-011-9642-x>
- Green, G., Acres, J., Price, C., & Tsouros, A. (2009). City health development planning. *Health Promotion International*, 24 (Supplement 1), i72–i80. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap057>
- Hagen, S., Torp, S., Helgesen, M., & Fosse, E. (2017). Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health Promotion International*, 32(6), 977–987. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw052>
- Hagen, S., Øvergård, K.I., Helgesen, M., Fosse, E., & Torp, S. (2018). Health promotion at local level in Norway: The use of public health coordinators and health overviews to promote fair distribution among social groups. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(9), 807–817. <https://doi.org/10.15171/IJHPM.2018.22>
- Hanssen, G.S. (2019). *FNs bærekraftsmål, styring og samstyring*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/2a885633c4d1416282d5b17662d99006/forskernotat-fns-barekraftmal-styring-og-samstyring.pdf>
- Hanssen, G.S., Aarsæther, N., Hofstad, H., Anker, H.T., Kalbro, T., Buanes, A., Børrud, E., Grønning, E., Holth, E., Higdem, U., Kvalvik, K.J., Nordahl, B. I., Nyseth, T., Ringholm, T., Riseth, J.Å., Strand, A., & Winge, N. (2018). En operativ lov? Spenningen mellom lovens intensjoner og planpraksis – behov for forbedring. I G.S. Hanssen & N. Aarsæther (red.), *Plan- og bygningsloven – en lov for vår tid?* (s. 481–519). Universitetsforlaget.
- Haug, M., Hofstad, H., & Schou, A. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør*. (NIBR-rapport 2014:21). By- og regionforskningsinstituttet NIBR. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5922>
- Healey, P. (2006). *Collaborative planning: Shaping places in fragmented societies* (s. 243–283). Bloomsbury Publishing.
- Healey, P. (2009). In search of the «strategic» in spatial strategy making. *Planning Theory & Practice*, 10(4), 439–457. <https://doi.org/10.1080/14649350903417191>
- Heimburg, D. v., & Hakkebo, B. (2017). Health and equity in all policies in local government: processes and outcomes in two Norwegian municipalities. *Scandinavian journal of public health*, 45, 68–76. <https://doi.org/10.1177/1403494817705804>
- Helgesen, M., Abebe, D.S., & Schou, A. (2017). *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet*. (Samarbeidsrapport NIBR/NOVA 2017). By- og regionforskningsinstituttet NIBR. [https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene/Oppmerksomhet%20mot%20barn%20og%20unge%20i%20folkehelsearbeidet%20-%20Rapport%20NIBR%20NOVA%202017.pdf/\\_attachment/inline/6d05dd13-60dc-4c31-85d3-a665371c480c:fcdb263ce9eb4837fee657b0889d4406e2cd3b31/Oppmerksomhet%20mot%20barn%20og%20unge%20i%20folkehelsearbeidet%20-%20Rapport%20NIBR%20NOVA%202017.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene/Oppmerksomhet%20mot%20barn%20og%20unge%20i%20folkehelsearbeidet%20-%20Rapport%20NIBR%20NOVA%202017.pdf/_attachment/inline/6d05dd13-60dc-4c31-85d3-a665371c480c:fcdb263ce9eb4837fee657b0889d4406e2cd3b31/Oppmerksomhet%20mot%20barn%20og%20unge%20i%20folkehelsearbeidet%20-%20Rapport%20NIBR%20NOVA%202017.pdf)

- Helgesen, M., & Hofstad, H. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering* (NIBR-rapport 2012:13). By- og regionforskningsinstituttet NIBR. <https://kudos.dfo.no/dokument/regionalt-og-lokalt-folkehelsearbeid-ressurser-organisering-og-koordinering-en-baselineundersokelse?evalueringsportalen=1>
- Forskrift om oversikt over folkehelsen (2012). *Forskrift om oversikt over folkehelsen* (FOR-2012-06-28-692). Lovdata. <https://lovdata.no/SF/forskrift/2012-06-28-692>
- Hofstad, H. (2016). The ambition of Health in All Policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change. *Health Policy*, 120(5), 567–575. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.001>
- Hofstad, H. (2018a). Bærekraftig planlegging for framtida. I G. S. Hanssen & N. Aarsæther (red.), *Plan- og bygningsloven – en lov for vår tid* (s. 203–222). Universitetsforlaget.
- Hofstad, H. (2018b). Folkehelse – proaktivt grep i PBL. 2008, hva er status ti år etter? I G. S. Hanssen & N. Aarsæther (red.), *Plan- og bygningsloven – en lov for vår tid* (s. 223–241). Universitetsforlaget.
- Hofstad, H. (2023). Well understood? A literature study defining and operationalising community social sustainability. *Local environment*, 1193–1209. <https://doi.org/10.1080/13549839.2023.2195620>
- Hofstad, H., & Bergsli, H. (2017). *Folkehelse og sosial bærekraft. En sammenligning og diskusjon av begrepsinnhold, målsettinger og praktiske tilnærminger* (NIBR-rapport 2017:15). By- og regionforskningsinstituttet NIBR. <https://www.statsforvalteren.no/contentassets/39fa0364feca496fa13f95e600525f1e/rapport-nibr---folkehelse-og-sosial-barekraft.pdf>
- Hofstad, H., & Helgesen, M. (2013). *Følgeevaluering av Helse og omsorg i plan (HELOMPLAN) – KS' etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging*. (NIBR-rapport 2013:18). By- og regionforskningsinstituttet NIBR. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5470/2013-18.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hofstad, H., Lid, S., Schou, A., & Vedeld, T. (2015). *Lokal oversikt over folkehelsen – muligheter og utfordringer*. (NIBR-rapport 2015:13). By- og regionforskningsinstituttet NIBR. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5887/2015-13.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hofstad, H., & Schou, A. (2017). Har samhandlingsreformen ført til mer oppmerksomhet på folkehelse i kommunene? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(1), 81–88. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-01-05>
- Ige-Elegbede, J., Pilkington, P., Bird, E.L., Gray, S., Mindell, J.S., Chang, M., Stimpson, A., Gallagher, D., & Petrokofsky, C. (2020). Exploring the views of planners and public health practitioners on integrating health evidence into spatial planning in England: a mixed-methods study. *Journal of Public Health*, 43(3), 664–672. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa055>
- Janzen, C., Marko, J., & Schwandt, M. (2018). Embedding health equity strategically within built environments. *Canadian Journal of Public Health*, 109(4), 590–597. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0116-8>
- Kinge, J.M., Modalsli, J.H., Øverland, S.N., Gjessing, H.K., Tollånes, M.C., Knudsen, A. K., Skirbekk, V.F., Strand, B.H., Håberg, S.E., & Vollset, S.E. (2019). Association of household income with life expectancy and cause-specific mortality in Norway, 2005–2015. *The Journal of the American Medical Association*, 1916–1925. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.4329>
- Lazard, L., & McAvoy, J. (2020). Doing reflexivity in psychological research: What's the point? What's the practice? *Qualitative Research in Psychology*, 17(2), 159–177. <https://doi.org/10.1080/14780887.2017.1400144>
- Lillefjell, M., Hope, S., Anthun, K.S., Hermansen, E., Vik, J.T., Sund, E.R., Aasan, B.E. V., Sylte, M., & Maass, R. (2023). Planning for health equity: How municipal strategic documents and project plans reflect intentions instructed by the Norwegian Public Health Act. *Societies*, 13(3), 74, 1–15. <https://doi.org/10.3390/soc13030074>



- Maciejewska, A., & Ulanicka-Raczyńska, M. (2023). Lack of spatial planning as a cause of environmental injustice in the context of the provision of health safety to urban residents based on the example of Warsaw. *Sustainability*, 15(3), 2521, 1–22. <https://doi.org/10.3390/su15032521>
- Malterud, K., Siersma, V.D., & Guassora, A.D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- McGreevy, M., Harris, P., Delaney-Crowe, T., Fisher, M., Sainsbury, P., & Baum, F. (2020). The power of collaborative planning: how a health and planning collaboration facilitated integration of health goals in the 30-year plan for Greater Adelaide. *Urban policy and research*, 38(3), 262–275. <https://doi.org/10.1080/08111146.2020.1776693>
- McGreevy, M., Harris, P., Delaney-Crowe, T., Fisher, M., Sainsbury, P., & Baum, F. (2019). Can health and health equity be advanced by urban planning strategies designed to advance global competitiveness? Lessons from two Australian case studies. *Social Science & Medicine*, 242, 112594, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112594>
- Millstein, M., & Hofstad, H. (2017). *Fortetting og folkehelse*. (NIBR-rapport 2017:2) By- og regionforskningsinstituttet NIBR. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5626>
- Opp, S. M. (2017). The forgotten pillar: a definition for the measurement of social sustainability in American cities. *Local environment*, 22(3), 286–305. <https://doi.org/10.1080/13549839.2016.1195800>
- Peters, B. G. (2019). *Institutional theory in political science. The new institutionalism*. Edward Elgar Publishing.
- Plan- og bygningsloven (2008). Lov om planlegging og byggesaksbehandling (LOV-2008-06-27-71). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
- Regjeringen (2019). *Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2019 – 2023*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonale-forventninger-til-regional-og-kommunal-planlegging-20192023/id2645090/>
- Ringholm, T., & Hofstad, H. (2018). Strategisk vending i planleggingen? I G. S. Hanssen & N. Aarsæther (red.), *Plan- og bygningsloven – en lov for vår tid?* (s. 107–121). Universitetsforlaget.
- Rydin, Y.P., Bleahu, A.M.A., Davies, M.P., Dávila, J.D.P., Friel, S.P., De Grandis, G.P., Groce, N.P., Hallal, P.C.P., Hamilton, I.M., Howden-Chapman, P.P., Lai, K.-M.P., Lim, C.J.P., Martins, J.M.A., Osrin, D.M., Ridley, I.P., Scott, I.P., Taylor, M.M., Wilkinson, P.F., & Wilson, J.P. (2012). Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *Lancet*, 379(9831), 2079–2108. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60435-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60435-8)
- Schmidt, V.A. (2017). Theorizing ideas and discourse in political science: intersubjectivity, neo-institutionalisms, and the power of ideas. *Critical review (New York, N.Y.)*, 29(2), 248–263. <https://doi.org/10.1080/08913811.2017.1366665>
- Synnevåg, E.S. (2019). *Planning for public health. Balancing top-down and bottom-up approaches in Norwegian municipalities* [Phd, Volda University College]. Bergen.
- Synnevåg, E.S., Amdam, R., & Fosse, E. (2018). Intersectoral planning for public health: dilemmas and challenges. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(11), 982–992. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.59>
- Watts, S. (2014). User Skills for Qualitative Analysis: Perspective, Interpretation, and the Delivery of Impact. *Qualitative Research in Psychology*, 11, 1–14. <https://doi.org/10.1080/14780887.2013.776156>
- Webster, P., & Lipp, A. (2009). The evolution of the WHO city health profiles: A content review. *Health Promotion International*, 24, Supplement 1, i56–63. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap055>
- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69832/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69832/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf?sequence=1)

WHO. (2014). *The Helsinki Statement on Health in all policies*. <https://www.who.int/publications/item/9789241506908>

WHO. (2020). *The Ottawa Charter*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

Aarsæther, N. (2018). Den målrasjonelle planmodellen. I N. Aarsæther, E. Falleth, T. Nyseth, & R. Kristiansen (red.), *Plan og samfunn. System, praksis, teori* (s. 230–247). Cappelen Damm Akademisk.