

Folkehelse og kommuneplanlegging

Koblingen mellom folkehelse og kommuneplanlegging
igjennom systematisk folkehelsearbeid

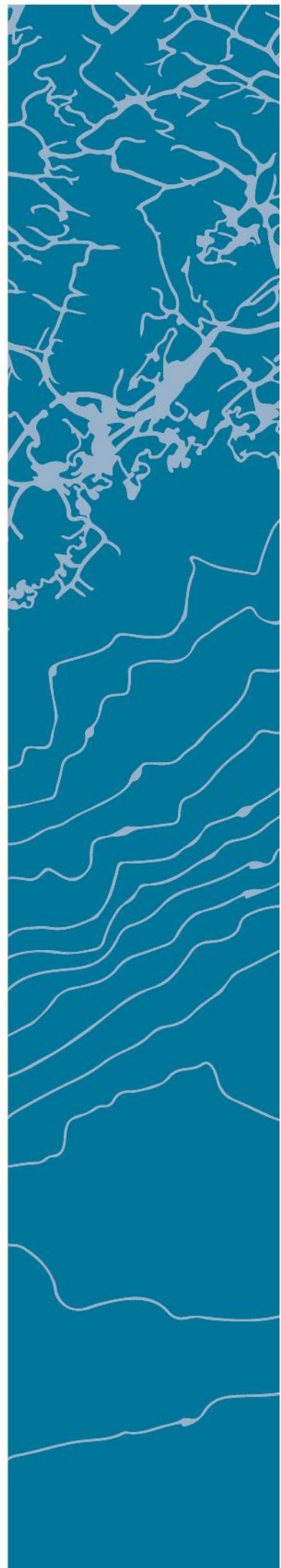
TIN HLAWN

VEILEDER

Dagrun Engeset
Tormod Bjørkkjær

Universitetet i Agder, 2018

Fakultet for Helse- og idrettsvitenskap
Institutt for Folkehelse, idrett og ernæring



Forord

Denne oppgaven markerer avslutningen av masterstudiet i Folkehelsevitenskap ved Universitetet i Agder. Oppgaven handler om erfaring rundt koblingen mellom folkehelse og kommuneplanlegging igjennom systematisk folkehelsearbeid. Arbeidet har blitt utført i samarbeid med to ulike kommuner.

Dette året med mange timer foran dataskjermen i kombinasjon med stillingen som miljøterapeut har vært ganske utfordrende, men også innholdsrikt og lærerikt. Det er flere jeg ønsker å takke i denne sammenheng.

Jeg vil gjerne gi takk til min hovedveileder Dagrun Engeset og biveileder Tormod Bjørkkjær for all veiledning og konkrete tilbakemeldinger under gjennomføringen av denne oppgaven. Jeg vil også benytte anledningen til å takke familien min og **min beste venn** for all den støtten jeg har mottatt i den vanskelige perioden. Tusen takk til deltakere i mitt prosjekt, og ikke minst til de som har lest denne oppgaven.

Den største takken går til Gud som alltid har en konkret plan for mitt liv. Uten kraft og håp fra deg, hadde jeg ikke klart å fullføre studiene.

Sammendrag

Tittel: Folkehelse og kommuneplanlegging.

Hensikt: Folkehelseloven fra 2011 bygger på tankegangen om en utvidet forståelse av helse og loven skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Loven introduserer systematisk folkehelsearbeid som en metode for å koble folkehelse og planlegging i kommunene. Systematisk folkehelsearbeid inkluderer 1) å ha oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer, 2) Oversikten som grunnlag for planstrategi, 3) fastsette dette mål og plan, 4) tiltak og 5) evaluering. Hensikten med studiet er å få en større innsikt i forhold til hvordan kommunene opplever koblingen mellom folkehelsearbeid og kommuneplanlegging gjennom systematisk folkehelsearbeid som en arbeidsmetode.

Problemstilling: Hvordan oppleves koblingen mellom folkehelse og kommuneplanlegging gjennom det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen?

Metode: Studien baseres på en casestudie av to norske kommuner. Metodene brukt for innsamling av data er kvalitative intervjuer av kommuneansatte og analyse av dokumenter som er relevante i det systematiske folkehelsearbeidet.

Resultat: Forståelsen av folkehelse er et viktig utgangspunkt i kommunens folkehelsearbeid. Kommunene har etablert oversikt over helsetilstand i kommunen og det har vært grunnlaget for folkehelsearbeidet i kommunene. Koblingen mellom folkehelse og kommuneplanlegging oppleves ulikt mellom kommunene, og graden av å kunne leve opp til lovens forventninger varierer. Resultatene tyder også på at tiltak som de vet virker, og evaluering av folkehelsearbeidet i kommunen har vært den mest utfordrende delen i systematisk folkehelsearbeid. Det er behov for mer politisk vilje og bevisstgjøring hos politikerne og i organisasjonen. Sosial ulikhet i helse er et viktig og omdiskutert tema i begge kommuner og det finnes ulike etablerte tiltak i begge kommuner på tvers av sektorer. Folkehelsearbeid på tvers har blitt forsterket gjennom etablerte folkehelseforum eller grupper innad i kommunen.

Nøkkelord: Folkehelse, kommuneplanlegging, systematisk folkehelsearbeid, helse i alt vi gjør, folkehelseloven.

Abstract

Title: The Public Health Law and municipal planning

Objective: The Public Health Policy of 2011 is built on an expanded and comprehensive understanding of health. It introduces the systematic public health-work as a method for connecting public health and planning in municipalities. The systematic public health-work includes 1) to have information about the health of the population and health-influencing factors, 2) those information as the foundation for the planning strategy, 3) set goal and plan based on the strategy, 4) develop measures/action within and 5) evaluation of the process. The purpose of the study is to gain insight into how the municipalities experience the link between public health and municipal planning through systematic public health-work as a working method.

Research problem: How is the link between public health and municipal planning experienced through the systematic public health work in the municipality?

Method: The study is based on a case study of two 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.

Findings: How we consider public health is an important starting point in the municipality's public health work. The municipalities have established an overview of the population's health in the municipality which has been the fundament for public health work in the municipalities. The link between public health and municipal planning is perceived differently between the municipalities, and being able to live up to the expectations of the law varies. The results also indicate that measures with effect and evaluation of public health work has been the most challenging part of systematic public health work. There is a need for more political will and awareness among politicians and the organization. Social inequality in health is an important and controversial topic in both municipalities and there are various established measures in both municipalities across sectors. Public health work has been strengthened through established public health forums or groups within the municipality.

Keywords: Public Health, municipal planning, systematic public health-work, health in all policy, the Public Health Law.

Figur-liste

Figur 1.....	11
Figur 2.....	13
Figur 3.....	19
Figur 4.....	20

Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Sammendrag.....	2
Abstract.....	3
1.0 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema.....	7
1.1 Presentasjon av problemstilling.....	10
2.0 Begrensninger.....	10
3.0 Teoretiske rammeverk.....	10
3.1 Helsedeterminanter.....	11
3.2 Koblingen mellom folkehelse og planlegging.....	14
3.3 Det systematiske folkehelsearbeidet.....	20
4.0 Før-kunnskap.....	27
5.0 Metode.....	28
5.1 Forskningsstrategi – kvalitativ.....	28
5.2 Forskningsdesign- Casestudie av to kommuner.....	29

5.3 Utvalg	29
5.4 Rekruttering	31
5.5 Intervju	31
5.5.1 Intervjuprosedyre.....	32
5.5.2 Transkribering.....	33
5.5.3 Analyse av intervju.....	33
5.5.4 Naiv lesing.....	34
5.5.5 Strukturanalyse.....	34
5.5.6 Overgripende tolkning.....	35
5.6 Dokumentanalyse	36
5.7 Studiens validitet og reliabilitet	36
5.7.1 Validitet.....	36
5.7.2 Reliabilitet.....	37
5.8 Forskningsetiske vurderinger	38
6.0 Presentasjon av funn fra intervju og dokumentanalyse	40
6.1 Resultater fra folkehelsearbeidet i Kommune A	41
6.1.1 Folkehelse som oversiktsarbeidet.....	41
6.1.2 Folkehelse i planer.....	44
6.1.3 Folkehelse som prioriteringer og politikk.....	46
6.2 Resultater fra folkehelsearbeidet i Kommune B	48
6.2.1 Folkehelse som oversiktsarbeidet.....	48
6.2.1 Folkehelse i planer.....	49

6.2.3 Folkehelse som prioriteringer og politikk.....	51
7.0 Diskusjon.....	52
7.1 Diskusjon av funn.....	53
7.1.1 Erfaringer knyttet til oversikt.....	53
7.1.2 Erfaringer knyttet til folkehelse i plan.....	54
7.1.3 Erfaringer knyttet til oversikt som grunnlag for tiltak.....	57
7.1.4 Utfordringer og muligheter med systematisk folkehelsearbeid.....	59
8.0 Oppsummerende konklusjon.....	61
Referanser.....	62
Vedlegg 1 Forespørsel.....	67
Vedlegg 2 Intervjuguide.....	69
Vedlegg 3 Svar fra NSD.....	71

1.0 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema

Tematikken i denne studien og koblingen mellom folkehelse og kommunal planlegging gjennom systematisk folkehelsearbeid. Studien tar utgangspunkt i et folkehelseperspektiv, hvor helsefremming og forebygging perspektiv står sentralt. Folkehelse handler om befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. Videre handler folkehelsearbeid om helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid (Øverby et al., s. 14-15).

Folkehelseloven som kom ut i 2011 løfter frem fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet; prinsippet om å utjevne sosiale helseforskjeller, “helse i alt vi gjør”, føre-var prinsippet, bærekraftig utvikling og medvirkning (Meld. St. 34, 2012-2013, s. 14). Med Folkehelsemeldingen “God helse-felles ansvar”, ble det påpekt at det må forebygges sykdom og fremme helse i alle sektorer i samfunnet (ibid).

For å kunne nærme seg om prinsippet om “Helse i alt vi gjør”, skriver Geir Tufte (2013) i en kronikk at kommunene må tilpasse seg den forståelsen av folkehelse som ligger i Folkehelseloven. Han mente at kommunen må gjøre på den måten som den finner mest hensiktsmessig ettersom loven ikke legger til noen føringer for dette. Videre er det svært få kommuner som har en organisasjon som er robuste nok til å løse de oppgavene som følger med Folkehelseloven.

Kommuner skal fremme helse innen de oppgaver og med de virkemidler de er tillagt ifølge Folkehelseloven. Folkehelseloven legger til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid ut i fra de utfordringer som finnes regionalt og lokalt framfor å stille nye krav om konkrete tiltak innenfor ulike innsatsområder. Et systematisk folkehelsearbeid innebærer at kommuner og fylkeskommuner skal ha oversikt over helsetilstanden til befolkningen i sin

kommune/sitt fylke og de faktorer som påvirker helsetilstanden. Den enkelte kommunen skal altså fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet basert på helsetilstanden, og som er egnet for å møte kommunens lokale helseutfordringer. Disse målene og strategiene skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven (Folkehelseloven, 2011). Vi kan dermed si at hovedtrekket i den nye folkehelseloven er kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og forankre oversikten på politisk nivå gjennom plansystemet. Oversikten over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal være førende for de øvrige planene som blir vedtatt i kommunen. I tillegg flyttes ansvaret for folkehelsearbeid fra kommunens helsetjeneste til hele kommunen. Den nye folkehelseloven innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, og ikke bare helsesektoren. Folkehelsearbeidet er tverrfaglig, sektor gripende og avhengig av politisk forankring og vilje på alle nivåer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003).

Internasjonale organisasjoner, som WHO (Verdens Helseorganisasjon) har stor innflytelse på hvordan vi betrakter helse og ulike tilnærming til folkehelsearbeidet i dag. Eksempelvis definerer gjerne ulike fagtradisjoner begrepet *Helse* ut i fra sitt ståsted. Den biomedisinske tradisjonen fokuserer på fravær av sykdom, mens den humanistiske tradisjonen ser på mennesket som aktivt og skapende, og setter samspillet med andre i fokus og har dermed et mer positivt syn på helse (Øverby m.fl 2011, s.12). Den mest klassiske definisjonen er fra WHO's konstitusjon fra 1948: *Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og ikke bare fraværet av sykdom eller lyte* (WHO, 1948).

Å fremme helse og å forebygge sykdom kan være vanskelig å skille. Mens sykdomsforebyggende arbeid er konsentrert om å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom, skade eller død, dreier det helsefremmende arbeidet seg primært om å styrke helsen blant folk (Mæland, 2010, s. 72). Når en sammenligner det helsefremmende med det sykdomsforebyggende arbeidet, legger det helsefremmende vekt på en sosial helsemodell, mens sykdomsforebygging bygger tradisjonelt på en biomedisinsk sykdomsmodell (Øverby m.fl 2011, s.16). Idégrunnet bak det

helsefremmende arbeid, manifesterte seg på den første internasjonale konferansen for helsefremmende i Ottawa, Canada i 1986. Helsefremmende arbeid ble definert som *“prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse* (WHO, 1986). Det såkalte “Ottawa-charteret” fungerer fortsatt som en slags *grunnlov* for det helsefremmende arbeidet i dag (Mæland, 2010, s. 72). Dette idé- grunnlaget har fått internasjonalt gjennomslag og har stimulert til nytenkning om hvordan folkehelsearbeid skal utformes. I Ottawa-charteret understrekes det at helsefremmende arbeid har en klar sammenheng med både politikk, alle samfunnsnivåer (stat, fylke, kommune) og lokalmiljøet rundt oss (Øverby m.fl 2011, s.17). I tillegg dannet Ottawa-charteret mye av grunnlaget for det helsefremmende arbeidet som drives i dag og uttrykker tydelig at folkehelsearbeid må drives på ulike nivåer. Definisjonen av folkehelsearbeid i Folkehelseloven er i tråd med WHO's policydokumenter og forståelse av at helse skapes utenfor helsesektoren. Definisjonen av folkehelsearbeid er: *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, § 3). Folkehelsearbeid har dermed blitt mer til samfunnsrettet arbeid.

Ottawa-Charteret og andre WHO dokumenter har vært en viktig inspirasjonskilde for den norske folkehelsepolitikken (Helgesen, 2012, s. 258). Denne tankegangen kan vi finne igjen i folkehelseloven (2011) som representerer det lokale samfunnet som en viktig arena for å fremme helse. Kommunen er lovpålagt til å fremme helse innen de oppgaver og med de virkemidler de er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. I denne oppgaven ønsker å utforske hvordan ansatte i kommunen opplever temaet rundt folkehelse i kommuneplanlegging gjennom systematisk folkehelsearbeid. Dette valgte jeg å gjennomføre ved å intervju ansatte i kommunen som jobber med folkehelse og planlegging for å skaffe meg denne kunnskapen.

1.1 Presentasjon av problemstilling

“Hvordan oppleves koblingen mellom folkehelse og kommuneplanlegging gjennom det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen?”

Spørsmålene jeg stiller meg selv er om oversikt over befolkningens helsetilstand inngår som et grunnlag i kommuneplanlegging samt tiltak. Hvordan oppleves “Helse i alt vi gjør” prinsippet i kommunen og utfordringer samt begrensninger med systematisk folkehelse som en arbeidsform for folkehelsearbeidet i kommunen.

2.0 Begrensninger

Jeg har valgt å snevre oppgaven til i hovedsak å omfatte ulike utfordringer og begrensninger knyttet til bestemmelser som blir tatt med utgangspunkt i Folkehelseloven (2011) og Plan- og bygningsloven (2008). Jeg ønsker med denne oppgaven å se på hvilke erfaringer/opplevelser deltakerne har i forbindelse med dette.

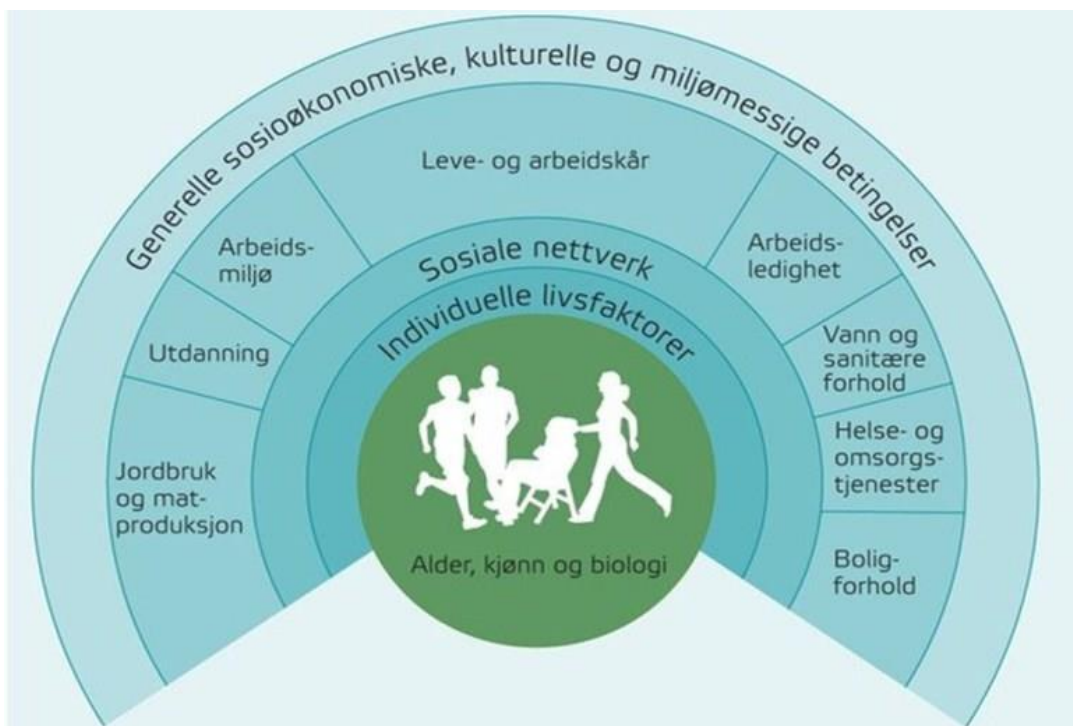
3.0 Teoretiske rammeverk

Innledningsvis har jeg gjort rede for Folkehelseloven og hva den innebærer. Videre ønsker jeg å se nærmere på kompleksiteten av ulike faktorer som påvirker helse ved å presentere den sosiale helsemodellen som viser ulike determinanter av helse. Deretter vil jeg se nærmere på koblingen mellom folkehelse og planlegging ved å trekke frem de viktigste momenter fra Folkehelseloven (2011) og Plan- og bygningsloven (2008). Folkehelseloven har introdusert det systematiske folkehelsearbeidet som en metode for å kunne samkjøre folkehelse og planlegging. Dette vil også

gjøres rede for i den hensikt å kunne tydeliggjøre hva det systematiske folkehelsearbeidet innebærer.

3.1 Helse-determinanter

Miljøet man er en del av har stor betydning for hvilken helseatferd man har, og dermed også hvilken helse man utvikler. WHO's uttalelse: "helse skapes der folk bor, arbeider, leker og elsker" har vært utgangspunkt for å fokusere på lokalsamfunnet i helsefremmende arbeid (Ottawa Charteret, 1986). Vår helse avhenger av mange ulike faktorer og er et sammensatt problem. Dette kan forklares ved hjelp av en sosial helsemodell som er utviklet av Dahlgren og Whitehead (1991). Modellen gir et bilde av de forskjellige påvirkningsfaktorene til helse. Jo flere av faktorene i modellen som oppleves som positive eller uproblematisk, desto flere faktorer påvirker ens helse i positiv retning (Sletteland & Donovan, 2012, s. 24).

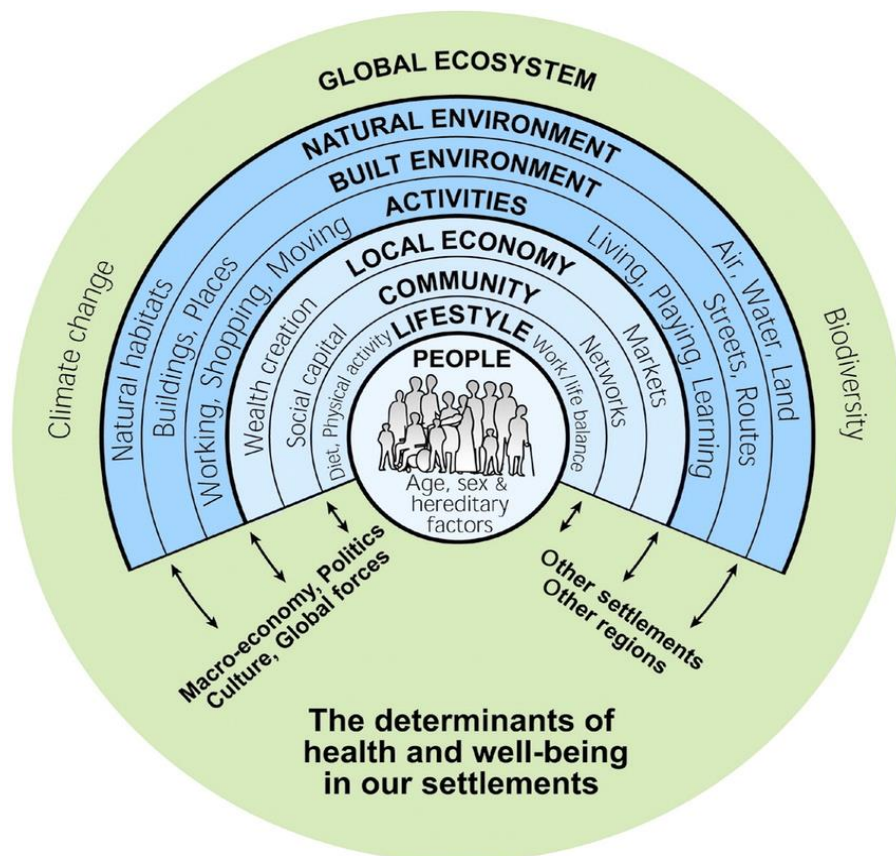


Figur 1. Ulike påvirkningsfaktorer for helse (Dahlgren & Whitehead, 1991).

I figur 1 ser vi at modellen består av fire lag. Hvert av disse lagene viser ulike påvirkningsfaktorer. Innerst i modellen står enkeltmenneskets genetiske egenskaper som alder, kjønn og biologi. Disse viser seg å være de mest sentrale livsfaktorer som i stor grad er lite påvirkelige. Rundt de genetiske egenskapene finnes faktorer som kan påvirkes og justeres. Det første laget viser individuelle livsstilsfaktorer som fysisk aktivitet, kosthold, alkohol og tobakksvaner. Sosiale nettverk er det andre laget som omfatter samspill mellom mennesker og deres nærmiljø. Deretter kommer det tredje laget som består av for eksempel leve- og arbeidsvilkår, utdanning og boligforhold. Disse faktorene påvirker helsen i ulik grad. En økt satsing på utdanning kan derfor føre til en bedring av helsestatusen i befolkningen, mens en nedprioritering kan føre til det motsatte. Et godt nabolag i form av et trygt bomiljø er en beskyttelsesfaktor, mens et bomiljø med høy toleranse for rusmisbruk er en risikofaktor for rusmisbruk (Helsedirektoratet, u.å.). Det er også påvist at vanskelige levekår er en stor risikofaktor for helseproblemer (Wester, 2013, s. 35). En mulig forklaring kan være at personer med en bra sosioøkonomisk bakgrunn, velger tryggere boligforhold. Hvis man har god økonomi har man også mulighet til å bo i områder med bedre velstand, og områder som er med på å fremme sunne valg. Nabolaget er vårt nærområde, og er en viktig arena for det forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeidet. Oppvekstvilkår har også betydning for barnets senere utvikling.

I det ytterste laget finner man generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser som har betydning for helsetjenester, arbeids- og utdanningsforhold, vårt sosiale nettverk og for individuelle valg (Sletteland & Donovan, 2012, s. 24). Disse ulike lagene kan ha innvirkning på hverandre, både positivt og negativt. Det er derfor viktig å forstå at det er mange faktorer som påvirker ens helse og at påvirkningsbildet er komplekst.

Folkehelseloven skal bidra til en samfunnsutvikling og et bærekraftig lokalsamfunn som fremmer helse og trivsel, herunder et miljø som er trygt og sunt for menneske. Dahlgren og Whitehead skriver at strategier for helsepolitikk ofte bare blir vurdert på ett av disse lagene eller policynivåene, men at en samlet innsats på alle nivåene ofte kan være mer effektive. I Folkehelsemeldingen (2012-2013, s. 51) omtales de ulike lagene som en årsakskjede for påvirkning av helsen hvor de generelle samfunnsforholdene er bakerst i årsakskjeden (Dahlgren & Whitehead, 2007, s. 11–13). Det er blitt anerkjent at folkehelsen til folk blir påvirket av både menneskelige inngrep i den naturlige verden og våre aktiviteter i “det menneske-dannet miljøet” (Larkin, 2013). Sammenhengen mellom helse og bosettinger er ofte sammensatt og komplekst, derfor har Barton og Grant (2006) laget en revidert utgave av modellen til Dahlgren og Whitehead (1991) ved å fokusere på faktorer som lokalpolitikk og økonomi og hvordan regionen og andre lokalsamfunn i nærheten påvirker miljøet.



Figur 2: The Settlement Health Map (Barton & Grant, 2006)

Denne modellen har mye likhet med den sosiale helsemodellen av Dahlgren og Whitehead og derfor skal jeg ikke gå nærmere inn på de forskjellige lagene. Barton og Grant (2006) ser på lokalsamfunnet som et økosystem hvor sosiale, økonomiske og miljømessige faktorer påvirker hverandre og det kan få ringvirkninger på befolkningens helse. Et godt miljø kan fremme helse, for eksempel ved å oppmuntre til fysisk aktivitet og sosial kontakt. Eksempelvis kan kommunen gjennom planlegging legge til rette for tilstrekkelig uteområder og trygge gang- og sykkelveier som fører til at individuelle livsstil blir sunnere. Byens arealbruk og bebyggelsesstruktur kan legge til rette for eller vanskeliggjøre fysisk aktivitet som regelmessig mosjon og tilgang til friluftsliv (Aarsæther et.al, 2012, s. 157). På samme måten kan omgivelsene våre kan begrense mulighetene for aktivitet og opplevelse. Avstand til grøntområder påvirker folks turgåing, jogging eller sykling (Grahn, 1993). Gjennom god planlegging og tilrettelegging kan kommunen bidra til å bedre folkehelse, blant annet ved å sette folkehelse på dagsordenen i arealplanleggingen (Folkehelseinstituttet, 2016). Dette blir hevet frem også i Folkehelseloven og Plan- og bygningsloven. Det å forbedre forståelsen og fremme samarbeid mellom beslutningtakere for planlegging og helse er svært nødvendig. Dermed er denne modellen et viktig verktøy for å forstå hvordan lokalsamfunnet kan være støttende, eller omvendt på vår helse.

3.2 Koblingen mellom folkehelse og planlegging

Vi har sett gjennom den sosiale helsemodellen (1991) at faktorer som påvirker befolkningens helse befinner seg i mange ulike samfunnssektorer. Videre viser *The Settlement Health Map* (2006) at lokalsamfunnet som en viktig faktor som kan skape muligheter eller begrensninger for befolkningens helse i det lokale samfunnet. Derfor kreves det at folkehelsearbeidet skal være sektorovergripende og tverrsektorielt. St.meld. nr 16, (2002-2003) peker på samfunnsplanleggingen som en viktig sektor for å kunne påvirke de samfunnsforhold og faktorer i miljøet rundt oss som påvirker levestil og helse. Et tiltak i en sektor kan påvirke andre samfunnssektorer og få betydning for folks helse i både positiv og negativ betydning. En forutsetning for at folkehelse skal forankres politisk og administrativt i kommuner og

fylkeskommuner er at folkehelse inngår i sentrale plan- og beslutningsprosesser. Tidligere erfaringer viser at dette arbeidet er for isolert (St.meld. nr.16 2002-2003). Planleggere i kommunen har ofte behov for innspill fra helsetjenesten om helsetilstand og ulike påvirkningsfaktorer, mens aktører innenfor helsesektoren ofte mangler kompetanse til å gi systematiske bidrag i slike planprosesser. Dette synliggjør hvor viktig det er å ha en folkehelsekoordinator i kommunen for at folkehelse blir tydelig nok og blir tatt hensyn til. Med St.meld 16 *Resept for et sunnere Norge*, ønsker regjeringen å gå inn for at hensynet til folkehelsen skal gå fram av plan- og bygningslovens formålsparagraf og at det skal følges opp med systematisk oppbygging av plan- og prosesskompetanse i helsesektoren (St.meld. nr. 16, 2002-2003).

Planlegging er per definisjon en kunnskapsbasert virksomhet hvor aktører utformer fremtidsrettede mål og bruker kunnskap og profesjonelle arbeidsmetoder for å analysere, prioritere og samordne tiltak for å nå ønsket mål (Aarsæther et.al. 2012, s. 15). Norsk planlegging har sin opprinnelse i byplanlegging som kan spores tilbake til de første byene hvor byplanlegging var ment for å sikre byen mot angrep, redusere brannfare og bygge teknisk struktur (Falleth, 2012, s.49). Falleth (2012) skriver også i en kronikk at som en følge av en rask industrivekst i moderne tid, tok planleggingen i økende grad høyde for sosiale forhold og helse. Planlegging fikk dermed nye oppgaver som å sikre at miljø, natur og helse. For å løse disse miljø- og samfunnsproblemene ble det etablert et nasjonalt plansystem i 1965 som ga grunnlag for å se på planleggingen som et offentlig redskap for å løse samfunnsutfordringer gjennom politisk styring. Loven ble revidert i 1985 og 2008 (Aarsæther et.al. 2012, s. 18).

“Planlegging gikk dermed fra å være en faglig byplanlegging til å bli et politisk redskap for samfunnsutvikling. Plansystemet kom på plass med bygningsloven av 1965” (Falleth, 2012).

I Norge kan vi dele planleggingen inn i ulike nivåer: nasjonalt, regionalt og lokalt. Kommunene har ansvaret for den lokale planleggingen. Kommunal planlegging koordinerer fysisk, økonomisk, sosial, estetisk og kulturell utvikling. I kommunal planlegging skal kommunen innhente synspunkter fra statlige og regionale organer, samt nabokommuner (Plan- og bygningsloven, 2008.) Denne planleggingen skjer i henhold til Plan- og bygningsloven (2008) hvor samordning av den offentlige innsatsen skal skje mellom forvaltningsnivå, sektorer og næringer. I kommunal planlegging tar man i bruk lover, forskrifter og retningslinjer som oversiktsdokumenter, kommuneplan, reguleringsplan m.m. Dette gjør at planlegging i kommuner og fylkeskommuner blir mer målrettet etter nasjonale prioriteringer og har større fokus på bærekraftig utvikling.

Et viktig rammeverk for norsk planlegging er Plan og bygningsloven, revidert senest i 2008 (Aarsæther et.al, 2012, s. 18). Plan- og bygningsloven blir regnet som den sentrale loven for samordnet, sektorovergripende samfunns- og arealplanlegging i kommunen. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter Folkehelseloven § 5, er et viktig grunnlag for kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven, særlig bidrag til å utjevne sosiale helseforskjeller. Hensynet til befolkningens helse skal ivaretas av plan og bygningsloven §3-1, herunder at planer skal *“fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller”*.

Plan- og bygningsloven av 2008 gir et felles rammeverk for ulike planoppgaver som samfunns- og arealplanleggingen på nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå og inkluderer en rekke planaktiviteter. Derfor oppfattes planlegging av stadig flere som et redskap for å skape lokal utvikling (Falleth, 2012, s.61). For at folkehelsearbeidet skal få den ønskede effekten og en langsiktig plassering i kommunens arbeid, er det viktig at temaet forankres i planstrategien og i kommuneplanen.

Sektorovergripende og helhetlig planlegging i tråd med determinantperspektivet er 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)

På denne måten blir kommune utfordret til å samle på tvers av sektorer. Videre, finnes det i dag ulike formelle krav til høringer og tilsyn om å legge til rette for en aktiv medvirkning i prosessen. Det er viktig at kommuneplanlegging er åpen og inkluderende prosess som vektlegger aktiv deltakelse gjennom tema- og prosjektarbeider (Falleth og Stokke, 2001). I helsefremmende arbeid er individers og lokalsamfunns mulighet til å medvirke i beslutningsprosesser som angår deres helse av betydning (Paulssen og Moltumyr, 2015).

Jeg vil gjerne trekke frem noen elementer og bestemmelser i Plan- og bygningsloven som er viktige ut i fra et folkehelseperspektiv:

I følge Plan- og bygningsloven skal kommunestyret minst en gang i hver valgperiode, senest innen ett år etter konstituering, vedta en kommunal planstrategi. Kommunal planstrategi bør omfatte en drøfting av kommunens strategiske valg knyttet til samfunnsutvikling, herunder langsiktig arealbruk, miljøutfordringer, sektorenes virksomhet og en vurdering av kommunens planbehov i valgperioden. Denne planstrategien er viktig for kommuneplanleggingen ettersom den er første ledd i kommunens langsiktige samfunnsplanlegging. Formålet her er å kunne gi en drøfting av strategiske valg knyttet til utvikling av lokalsamfunnet. Hensikten med kommuneplanen er definert i loven på følgende måte:

Kommuneplanen skal ivareta både kommunale, regionale og nasjonale mål, interesser og oppgaver, og bør omfatte alle viktige mål og oppgaver i kommunen. Den skal ta utgangspunkt i den kommunale planstrategien og legge retningslinjer og pålegg fra statlige og regionale myndigheter til grunn (Plan- og bygningsloven, 2008, § 11-1)

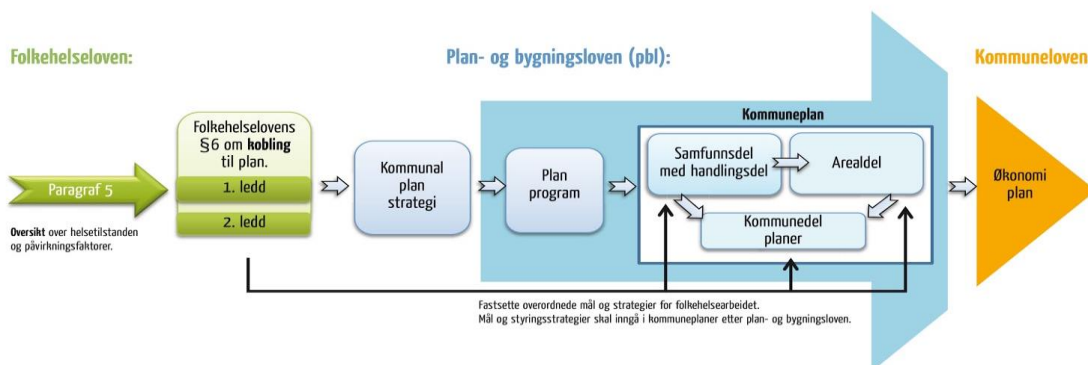
I tillegg til kommuner planstrategi, skal alle kommuner ha en kommuneplan som omfatter en samfunnsdel med handlingsdel og arealdel. Kommuneplanens samfunnsdel (§ 11-2) fungerer som et viktig verktøy for kommunens helhetlige planlegging og dens utvikling. Gjennom arbeidet med kommuneplanens samfunnsdel skal kommunen vektlegge viktige utfordringer knyttet til samfunnsutvikling, overordnede mål og satsingsområdene samt synliggjøre de strategiske valg kommunen tar (Paulssen og Moltumyr, 2018). Samfunnsdelen skal dessuten gi grunnlaget, retningslinjer, for overordnede strategier i arealdelen. Det er viktig å bemerke at det utarbeides en handlingsdel til samfunnsdelen som beskriver hvordan planen skal følges opp de påfølgende fire år eller mer. Kommuner kan utarbeide kommunedelplan for andre områder samt at kommuneplanen skal ha en handlingsdel som angir hvordan planen skal følges opp de fire påfølgende år eller mer og økonomiplanen etter kommuneloven § 44 kan inngå i handlingsdelen.

Kapittel 4 i Plan- og bygningsloven, etter § 4-1 stilles det krav om at det i alle regionale planer, kommuneplaner og for reguleringsplaner som kan ha vesentlige virkninger for miljø og samfunn, skal det utarbeides et planprogram som grunnlag for planarbeidet. Dette planprogrammet skal vurdere behovet for utredninger. Den reviderte plan- og bygningsloven fra 2008 skal *fremme en bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner* (Plan- og bygningsloven, 2008, §1-1). Det omtales videre at planleggingen skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet.

Medvirkning fra og samarbeid med mange aktører er sentralt i folkehelsearbeidet. Medvirkning er et av de grunnleggende prinsippene den folkehelseloven (2011) baseres på. Videre er medvirkning i planarbeid etter Plan- og bygningsloven regulert ved Plan- og bygningslovens § 5-1. Medvirkning ble da påpekt som fremgangsmåten for kommuner for å sørge for en åpen, bred og inkluderende prosess. I et folkehelseperspektiv er medvirkning et sentralt verktøy og et ideal for både planlegging og helsefremmende arbeid. Innen helsefremmende arbeid er medvirkning betegnet som en mulighet for å styrke egen identitet og for å kunne bidra til å definere egne problemer, ha egenskaper og evner til å ta ansvar for eget liv, ha frihet til å selv å bestemme og ha makt og mulighet til å finne (St.meld. nr. 16, 2002-2003). Gjennom medvirkningsprosesser

kan befolkningen utvikle et “eierforhold” til planleggingsprosessen og eventuelle planer og tiltak.

Plan- og bygningsloven har en viktig funksjon i koblingen mellom folkehelse og kommunal planlegging. Denne loven vektlegger å bedre tverrsektorielt samarbeid i tillegg til langsiktig tenkning i samfunnsplanlegging. Den gir en bred mulighet for å ivareta folkehelsen på et overordnet nivå. Gjennom kommunal planlegging skal folkehelse i større grad prioriteres enn tidligere. Gjennom samfunnsplanlegging kan man legge til rette for at folk for eksempel kan være mer fysisk aktive, ved at man tilrettelegger for gode sykkel og gangveier. Det skal legges til rette for stimulerende og trygge nærmiljøer for hele befolkningen (Regjeringen, 2015).



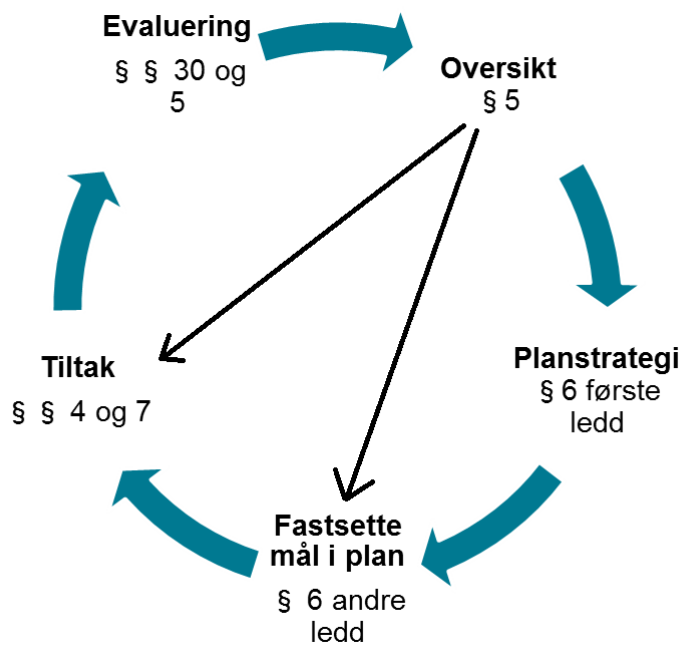
Figur 3: Modell for hvordan folkehelse kan kobles til ulike plannivå (Kommunetorget.no)

Modellen under (figur 3) oppsummerer koblingen mellom folkehelse og planlegging gjennom å vise de ulike stegene i den kommunale planleggingsprosessen. Modellen viser tydelig at grunnlaget for all planlegging er å ha en god oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i kommunen. Selve koblings- og planprosessen skal bygge på denne oversikten over

helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i kommunen, og utgjør et viktig grunnlag for drøftinger av din kommunes planstrategi, som igjen danner grunnlaget for den videre kommuneplanprosessen.

3.3 Det systematiske folkehelsearbeidet

Folkehelseloven legger opp til en systematisk arbeidsform som er tilpasset Plan- og bygningsloven. Denne arbeidsformen vil jeg forklare ved hjelp av illustrasjonen nedenfor (Figur 4).



Figur 4: Illustrasjon av det systematiske folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet)

1. Oversikt § 5

Folkehelseloven kap. 2 – kommunens ansvar §4-7 synliggjør hva som forventes av kommunen. I §5 *Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen* ser vi at kommunen skal ha nødvendig oversikt av befolkningens helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer. Det er viktig at oversiktsdokumentet utvikles hver fjerde år for å kunne danne et grunnlag for arbeidet med planstrategien og kommunal planlegging og styring. Oversiktsdokumentet skal baseres på:

- a) opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter § 20 og 25
- b) kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3
- c) kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Oversikten kan legges frem som en samlet beskrivelse av punktene a), b) og c) om årsaker og evt. konsekvenser. Et samlet dokument som gir oversikt over folkehelseutfordringer og ressurser skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategien. Det vil si at kommunen skal ha klare opplysninger om blant annet befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand. Folkehelseoversikten og utfordringene i kommunen skal bearbeides i arbeidet med kommunal planstrategi, ifølge Plan- og bygningsloven §10-1 (Helsedirektoratet, 2011). Kommunen fastsetter her mål og strategier som passer deres behov for å møte kommunens folkehelseutfordringer. De skal så være oppmerksomme på utvikling som kan skape eller opprettholde sosiale- eller helsemessige problemer og/eller forskjeller (Folkehelseloven, 2011).

Oversikt over helsetilstanden i kommunen og faktorer som påvirker helse skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. Dette er med på styrke grunnlaget for prioriteringer og beslutninger i forbindelse med planlegging og utforming av strategier og tiltak.

For å kunne prioritere folkehelseiltakene effektivt, er det viktig med oversikt over befolkningsutvikling, helsetilstand og påvirkningsfaktorer og hvilken effekt dette har på utvikling av god og dårlig helse (St. meld. nr. 47, 2008-2009, s. 72).

2. Planstrategi § 6 første ledd

Hovedhensikten med oversiktsdokumentet som skal utarbeides hvert fjerde år er å forankre folkehelsearbeidet politisk, på tvers av sektorer og som en langsiktig satsing (ibid). Folkehelse i planstrategi kan være det største mulighetsvinduet for å implementere folkehelse og utjevning i alt vi gjør. 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.

Folkehelseperspektivet skal altså danne et grunnlag allerede i planleggingen av planprosessen ved å ta i bruk oversikten over folkehelsen i kommunen. Kommunens planstrategi er ikke en plantype, men et hjelpemiddel for kommunen til å fastlegge det videre planarbeidet. Den vedtar ikke mål og strategier, men er en arena for drøfting av utviklingstrekk som samfunn og organisasjon. Formålet med den kommunale planstrategien er å sette fokus på de planoppgaver kommunen bør starte opp eller videreføre for å legge til rette for en positiv utvikling i kommunen. Den kommunale planstrategien bør inneholde blant annet:

- redegjørelse for utviklingstrekk og utfordringer knyttet til samfunnsutvikling og miljø,
- hovedtrekkene i en langsiktig arealstrategi for å ivareta samordning, utbygging og vern av områder
- vurdering av sektorenes planbehov
- vurdering av prioriterte planoppgaver og behovet for revisjon av kommuneplanens samfunnsdel og arealdel (regjeringen, 2009)

Oversiktsdokumentet gir et forsvarlig grunnlag for å identifisere ressurser og folkehelseutfordringer, og er nødvendig dersom man skal nå målet om en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder å redusere sosiale helseforskjeller. Videre innebærer betegnelsen systematisk at arbeidet foregår planmessig, og ikke tilfeldig.

God samfunnsplanlegging er viktig for folkehelse, og god folkehelse er viktig for å skape gode lokalsamfunn. Planlegging i kommuner får konsekvenser for hverdagen til enkeltpersoner, og dermed for helse til enkeltpersoner.

3. Fastsette mål i plan § 6 andre ledd

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter Plan- og bygningsloven, 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 skal altså fastsette mål og strategier i planer. Planforankringen av mål er en viktig del av det systematiske folkehelsearbeidet. Dette innebærer en prioriteringsprosess som baserer seg på kunnskap om forholdene i den enkelte kommunen (Helsedirektoratet, 2015)

Det kan være aktuelt å identifisere aktuelle samarbeidspartnere som har ansvar og tilgjengelige virkemidler i folkehelsearbeidet. Det kan være frivillige organisasjoner, nabokommuner, næringsliv og private aktører. Mål og strategier skal:

- Integreres i kommunens planer: Kommunen skal i arbeidet med kommuneplaner etter Plan – og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet.
- Forankres politisk: Folkehelsearbeidet skal i henhold til annet ledd behandles politisk som ledd i de alminnelige plan- og beslutningsprosessene i kommunen.

- Være et svar på kommunens folkehelseutfordringer: Kommunens folkehelsepolitikk (mål og strategier) skal være et svar på de utfordringer som fremkommer av oversikten etter § 5, annet ledd.
- Være målbare: Kommunens mål og strategier (kommunens folkehelsepolitikk) skal være av en slik karakter at de påfølgende aktiviteter (tiltak etter § 7) skal kunne måles mot disse (Helsedirektoratet, 2017)

4. Tiltak §4 og §7

Det neste steget er å sette planene ut i live. Folkehelseloven § 4 handler om kommunens ansvar for folkehelsearbeidet. I første leddet står det 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 kompleksiteten i folkehelsearbeidet og peker på ulike forhold som kan ha innvirkning på helsen. I andre ledd står det noe om hvordan kommunen skal klare å gjennomføre ansvaret som ble pålagt. *Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommuner er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging og forvaltning og tjenesteyting.* Kommunen skal altså jobbe med folkehelse innenfor eksisterende rammer og tilgjengelige ressurser for lokale utfordringer. Helsedirektoratet har utarbeidet veivisere som skal fungere som praktiske hjelpemiddel i kommunenes arbeid for å bedre befolkningens helse. Eksempelvis i veiviseren for *Fysisk aktivitet - lokalt folkehelsearbeid* trekkes det frem konkrete tiltak og ulike arenaer hvor kommunen kan tilrettelegge for mer fysisk aktivitet og mindre

stillesitting som vil gi gevinst både for kommunen og innbyggerne. For eksempel vil det å planlegge lokalmiljøer ved å bygge ut parker og grøntområder stimulere til økt fysisk aktivitet.. Å bevare eller skape grønne nærområder er et viktig folkehelseiltak. Slike områder kan bedre folkehelsen ved å bidra til trivsel og livskvalitet, tilby sosiale møteplasser, stimulere til fysisk aktivitet, virke stressreducerende og dempe negative effekter av luftforurensning og trafikkstøy. Bedre tilrettelegging for gående og syklende, god tilgang på kollektivtransport og stimuleringsiltak for at folk skal gå og sykle vil også bidra til mer fysisk aktivitet i hverdagen (Folkehelseinstitutt, 2016).

Kommunen har gjennom loven ansvaret for å iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst, utdanning, arbeid og inntekt og/eller fysisk aktivitet alt etter hvilke utfordringer den enkelte kommune har. Kommunen har ansvar for å gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen generelt kan gjøre for å fremme egen helse og forebygge sykdom. Gjennom St.meld.nr. 20 *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (2006-2007)* ble reduksjon av sosiale helseforskjeller et nasjonsmål. Godt folkehelsearbeid må derfor handle om å utjevne sosial ulikhet i helse. Sosiale forskjeller er komplekst og sammensatt. Determinantperspektivet synliggjør kompleksiteten av fenomenet. Forskere mener at for å redusere sosiale ulikheter i helse trengs det brede, befolkningsrettede strategier (tiltak som når alle) i tillegg til tiltak spesifikt rettet mot høyrisikogrupper (Dahl et. al. 2014). En viktig grunn er det som ofte kalles forebyggingsparadokset som sier at den største effekten på total-tallene oppnås ved universelle strategier - tiltak som treffer bredt.

5. Evaluering §30 og §5

I illustrasjonen av det systematiske folkehelsearbeidet (figur 4) inngår “evaluering” som et siste steg og det henvises til paragrafene 5 og 30 i Folkehelseloven. Målet med evaluering er å sikre utvikling og kontinuerlig forbedring av folkehelsearbeidet som er satt i gang. Det er viktig å evaluere med utgangspunkt i folkehelseutfordringene som er identifisert etter §5 og de mål og strategier som er fastsatt,

Evaluering kan derfor kobles til Folkehelseloven § 30 (Folkehelseloven, 2011) om at kommunen og fylkeskommunen skal føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i, eller i medhold av, loven her overholdes. Internkontrollkravet omfatter alle elementene i det systematiske folkehelsearbeidet, jf. bestemmelser i Folkehelseloven. Evaluering innebærer altså å vurdere om kommunens folkehelsearbeid utvikles i en ønsket retning. Det sentrale grunnlaget vil da være kommunens oversikt over folkehelsen og ulike faktorer som påvirker denne, samt mål/strategier/tiltak som er fastsatt. Et folkehelsetiltak vil man kunne evaluere på ulikt vis, avhengig av hva man ønsker å få svar på. Effektevaluering og prosessevaluering er vanlige når man ønsker å evaluere om tiltaket har hatt effekt og tiltaket er gjennomført som planlagt og hvor mye det kostet (Folkehelseinstituttet, 2016).

Figur 4 synliggjør hvordan systematisk folkehelsearbeid bør foregå trinnvis. Kommunen har ansvar for å fremme befolkningshelse, beskytte mot faktorer som påvirker helsen negativt og utjevne sosiale helseforskjeller. Kommunen skal fremme helse innen de utfordringer, og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging. Kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal være utgangspunkt for kommunens planstrategi. Den skal videre fastsette mål og strategier som imøtekommer de utfordringer som kommer frem av oversikten etter Plan- og bygningsloven. Deretter kan kommunen iverksette tiltak som treffer de fleste, i tillegg til risikogrupper. Til slutt kan man vurdere tiltak og strategier som ble satt i gang igjennom effektevaluering eller prosessen som helhet. Her er det verdt å nevne at Folkehelseloven (2011) angir ingen konkrete krav til hvordan evalueringsarbeidet skal gjennomføres.

4.0 Før-kunnskap

Norske kommuner har i varierende grad etablert et systematisk folkehelsearbeid. Det viser Riksrevisjonens undersøkelse av det offentlige folkehelsearbeidet. Undersøkelsen omfatter perioden fra 2012-2015 og målet var å vurdere i hvilken grad kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid er systematisk og langsiktig, og i hvilken utstrekning de statlige virkemidlene understøtter folkehelsearbeidet lokalt og regionalt (Riksrevisjonen, 2015).

Undersøkelsen har gjort 4 store funn. Det første er at de fleste kommunene har ikke foreløpig etablert et systematisk folkehelsearbeid. 6 prosent av kommunene har ikke påbegynt arbeidet med å lage oversikt over innbyggernes helsetilstand og faktorer som påvirker denne. 59 prosent av kommunene er i gang med arbeidet. Om lag en firedel av kommunene har utarbeidet oversiktsdokument og små kommuner har kommet noe kortere med oversiktsarbeidet enn større kommuner. Nær 60 prosent av kommunene har ikke drøftet folkehelseutfordringer og presentert mål og strategier for folkehelsearbeidet i kommuneplanen.

Det andre funnet er at arbeidet med folkehelse og folkehelse tiltak ikke er tilstrekkelig kunnskapsbasert. Flere kommuner er usikre på hvilke virkemidler og tiltak som er effektive og kan bidra til å redusere de største, lokale folkehelseutfordringene, særlig når det gjelder utjevning av sosiale helseforskjeller. Det tredje funnet er at folkehelsearbeidet ikke er godt nok forankret i sektorer utenfor helse. Undersøkelsen viser at 41 prosent av kommunene ikke har etablert et systematisk tverrsektorielt samarbeid om folkehelse. Disse kommunene har i noe mindre grad utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og i noe mindre grad inkludert folkehelse i kommunale planer enn de som har etablert slikt samarbeid. Det siste funnet er at det er mer behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet. Selv om Folkehelseloven (2011) har ført til økt satsing på folkehelsearbeid lokalt, har kommune uttrykt at det er behov for klarere nasjonale føringer og retningslinjer som konkretiserer hva godt folkehelsearbeid innebærer, og at bredden i arbeidet.

Med mitt prosjekt, blir det spennende å finne ut ulike aspekter av erfaringer rundt koblingen mellom folkehelse og planlegging gjennom systematisk folkehelsearbeid. Det vil være interessant å se om hvor lang kommune har kommet med systematisk folkehelsearbeid og utfordringer knyttet denne prosessen.

5.0 Metode

I dette kapitlet skal metodevalget for oppgaven presenteres. Johannessen, Tuft & Christoffersen (2010) beskriver ordet “metode”, som kom fra det greske ordet som betyr “å følge en bestemt vei mot et mål”. Samfunnsvitenskapelig metode handler om hvordan vi går fram, for å hente inn informasjon om den sosiale virkeligheten, hvordan vi skal analysere informasjonen vi finner, og hva den forteller oss om samfunnsmessige forhold og prosesser (Johannessen et al, 2010, 29). Vi skiller mellom to ulike samfunnsvitenskapelige metodetilnæringer: kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Nedenfor har vi begrunnet vårt valg av metode, som egner seg best for å svare på problemstillingen. Metode er et verktøy for å beskrive virkeligheten og viktig for å kunne sikre et tilstrekkelig faglig nivå og gyldig resultat. Forskningsstrategi, forskningsdesign, utvalg og rekruttering og intervju vil nå bli beskrevet. Avslutningsvis vil etiske overveielser og diskusjon av metoden bli presentert.

5.1 Forskningsstrategi - Kvalitativ

I denne studien er det mest hensiktsmessig å bruke den kvalitative forskningsstrategi for å kunne svare på problemstillingen. Formålet med kvalitativ metode er å samle inn data som gjør det mulig å forstå et fenomen. Målet med denne studien er å studere deltakeres opplevelse eller erfaringer av et fonem, og derfor er kvalitative forskningsmetoder velegnet.

5.2 Forskningsdesign - Casestudie av to kommuner

Det er problemstillingen som bestemmer hvilket design som er hensiktsmessig å bruke (Johannesen et al, 2010, s. 436). I denne oppgaven har jeg gjennomført casestudie av to kommuner for å kunne skape en forståelse, få dypere innsikt og kunne beskrive kommunens erfaring knyttet av systematisk folkehelsearbeid. Casestudie er en metode som studerer sosiale fenomener gjennom grundig analyse av en case. Casen kan være en person, gruppe, en kommune, et samfunn eller en hvilken som helst enhet av sosialt liv (Mehmetoglu, 2004, s. 43). Yin (2009) definerer en casestudie som en empirisk undersøkelse som studerer et aktuelt fenomen i dets virkelige kontekst fordi grensen mellom fenomenet og kontekst er uklare (Yin, 2009, s. 18). Casestudier er særlig egnet for å studere et samtidsfenomen i det virkelige liv. Formålet med denne oppgaven er å løfte frem ulike erfaringer kommuner har i forhold til prosessen rundt koblingen mellom folkehelse og planlegging gjennom det systematiske folkehelsearbeidet. Det vil da si at jeg undersøker et fenomen av samtiden. Innenfor en casestudie kan man kombinere flere metodiske tilnærminger for å samle inn informasjon (Johannessen et al, 2012 s. 86). Derfor valgte jeg å kombinere intervju og dokumentanalyse som metode for å innhente informasjon for å oppnå en tykkest beskrivelse av casen.

I en casestudie skal en ikke nødvendigvis generalisere et utvalg, men forskeren bør sitte igjen med ny og forbedret kunnskap om et fenomen. Forskeren er også vanligvis opptatt av å belyse de unike fordelene ved fenomenet som kalles for en idiografisk tilnærming (Bryman & Bell, 2011).

5.3 Utvalg

Målet med utvalget til en studie er at det skal kunne kaste lys over problemstillingen (Østbye et al. 2013. s. 21). Mens man innen kvantitativ forskning søker et utvalg som skal være mest mulig representativt for en viss populasjon, søker man innen kvalitative metoder et utvalg som kan gi mest mulig relevant informasjon om det fenomenet man ønsker å undersøke (Malterud, 2003). Et slikt utvalg kalles *strategisk*. En kvalitativ studie bygger som regel på et strategisk utvalg av en begrenset størrelse.

Strategiske utvalg bygger på systematiske vurderinger av hvilke enheter som ut i fra teoretiske og analytiske formål er mest relevante og mest interessante (Grønmø, 2004, s.88). Derfor har jeg i min studie gjort en strategisk utvelgelse av aktuelle informanter som har erfaring, som kan reflektere og gi kunnskap i forhold til min problemstilling.

Det er noen inklusjons- og eksklusjonskriterier i utvelgelsesprosessen. Etter at Stokke og Andebu ble slått sammen med Sandefjord fra Januar 2017, har vi nå i Norge 426 kommuner. Antall innbyggere i kommuner varierer stort, fra 218 i Utsira til 586 860 innbyggere i Oslo (Hanssen et al. 2012, s. 356). Derfor ønsket jeg at de aktuelle kommunene i denne studien skulle representere noe større enn en gjennomsnittlig befolkningsstørrelse og at kommunene har en folkehelsekoordinator. Det er også foretrukket at aktuelle intervjuobjekter må ha jobbet i kommunen i minst to år, men dette ble en utfordring i forhold til utdanningsinstitusjonens beliggenhet og oppgave-forfatterens bo/arbeidssted.

Innenfor de to valgte kommune har jeg valgt ut folkehelsekoordinatorer og sjef/rådgiver fra planavdeling eller en annen med tilsvarende stilling. De jeg rekrutterte var folkehelsekoordinator og rådgiver på plankontoret i kommune A og folkehelsekoordinator og planrådgiver i tillegg til arealplanlegger i kommunens B by og samfunn i teknisk sektor. Det er viktig å bemerke seg at folkehelsekoordinatoren i Kommune A har en annen stilling i kombinasjon med folkehelsekoordinator stilling. Disse ansatte representerer ulike ståsted og fagtradisjoner ved folkehelsearbeidet og planleggingen i kommunene som jeg anser som viktige aktører i forhold til oppgavens problemstilling. Jeg mener at de kunne være gode bidragsytere og gi interessante perspektiver på problemstillingen min. Hensikten er ikke å se på hele kommunen som organisasjon, men deler av den som er representert ved informantene.

Systematisk folkehelsearbeid er en arbeidsform som foregår på tvers. Synspunkter fra ulike aktører som rådmann, kommuneoverlege kunne vært interessant å se på. Men prosjektets omfang, varighet og ressurser er med på å sette begrensninger av utvalget.

5.4 Rekruttering

Jeg kontaktet kommunene og fikk opplyst hvem som kunne være aktuelle deltakere i mitt prosjekt. Deretter tok jeg kontakt på telefon med de aktuelle deltakerne for å høre om de kunne tenke seg å delta i prosjektet om folkehelse og kommunal planlegging og hvorfor jeg anså dem som aktuelle deltakere. Etter at deltakerne svarte ja, sendte jeg en skriftlig forespørsel (vedlegg 1) hvor det sto mer informasjon om prosjektets bakgrunn, hensikt, mail med utfyllende informasjon av prosjektbeskrivelse, bakgrunn, formål og hva deltakelsen av prosjektet vil medføre. Hvor mye informasjon deltakerne skal få om prosjektet på forhånd har vært evaluert underveis. Jeg valgte ytterligere å sende et utkast av intervjuguiden med tema som kunne bli tatt opp i forkant av intervjuet om dette var ønskelig fra deltakerne.

5.5 Intervju

For å kunne få best mulig svar på problemstillingen, valgte jeg å ta i bruk en fenomenologisk tilnærming under intervjuet. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver at når det er snakk om kvalitativ forskning, er fenomenologi mer bestemt et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver. Det handler om å beskrive verden slik den oppleves av informantene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 45). Fenomenologien fokuserer på beskrivelser av menneskers erfaring, mer konkret deres livsverden. Fenomenologisk tilnærming egner seg best for å få innsikt i et tema fra intervjudeltakernes synsvinkel. Jeg ønsket ikke å følge en mal fra prikk til prikk, men likevel utarbeide en intervjuguide (vedlegg 2) for å kunne gjennomføre intervjuet systematisk. Med denne oppgaven ønsket jeg å få svar på hvordan deltakerne opplever å jobbe med folkehelse og kommunal planlegging gjennom ansikt til ansikt intervju. Derfor valgte jeg et semistrukturert kvalitativt dybdeintervju med fenomenologisk

tilnærming. Målet er altså å forstå betydningen av deres erfaringer og opplevelser av det gitte tema uten vitenskapelige forklaringer.

Et semistrukturert intervju betyr at jeg forhold med til en intervjuguide som inneholder noen temaer som en detaljert rekkefølge av formulerte spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009, s.143). Selv om respondentene får noen forhåndsformulerte tema og spørsmål, er det likevel samtalen som styrer rekkefølgen og at det forekommer oppfølgingsspørsmål som kan avhenge av respondentens svar. Dette er for at alle respondenter skal få samme kontekst, og for at svarene deres kan kompiles på en sammenlignbar måte. Videre at respondentene har mulighet til å stille spørsmål dersom de ikke forstår spørsmålene, eller stiller tilleggsspørsmål i intervjuene. Utarbeidet intervjuguide (se vedlegg 1) inkluderer både lukkede og åpne spørsmål.

Oppfølgingsspørsmålene som er relevante i denne studien er for eksempel " hva mener du når du sier folkehelsearbeid er isolert? På denne måten kan man følge opp de svarene som dukker opp underveis.

5.5.1 Intervjuprosedyre

Jeg valgte å gjennomføre intervjuet på deltakernes arbeidsplass for å gjøre det enklere for dem. Alle intervjuene ble gjennomført på deltakernes kontorer unntatt en, hvor intervjuet foregikk på en kafe. Dette var et forslag som begge parter ble enige om. Selv om intervjuet skjedde i en underetasje i kafeen hvor det var lite folk, kan likevel støyfulle omgivelser og distraksjoner ha påvirket intervjuet. Intervju med planleggere i kommune B ble samkjørt da dette var et ønske fra deltakernes side. Alle intervjuene startet med at vi hilste på hverandre, deretter satte vi oss ned på den plassen de hadde planlagt for å gjennomføre intervjuet. Jeg takket for at jeg fikk komme og for at de ville delta i prosjektet. Deretter sa jeg ifra at jeg kom til å slå på lydopptakeren slik at vi kunne starte samtalen. Innledningsvis tok jeg opp oppvarmingsspørsmål fra intervjuguiden og lot samtalen styre rekkefølge på tema. Jeg merket underveis i samtalen at noen temaer allerede var tatt opp, og det ble opplevd at jeg gjentok meg selv en del ganger. Jeg prøvde å huske hvilke spørsmål/temaer som allerede var diskutert, og forsøkte å få til en smidig overgang til temaer. Lengden på intervjuene varierte fra 40 minutter til en drøy time. Når samtalen var ferdig, passet

jeg på at jeg fikk med meg samtykkeskjema i tilfeller hvor skjemaet ikke ble levert i forkant av intervjuet. Jeg takket igjen for at jeg fikk lov å komme og de ønsket meg lykke til med oppgaven.

5.5.2 Transkribering

Å transkribere betyr å transformere, skift fra en form til en annen. Transkribering er en tidkrevende prosess som handler om å skrive ned ordrett alt som ble sagt under lydopptakene. Når intervjuene transkriberes fra til skriftlig form, ble de intervjuesamtalene bedre egnet til å få oversikt (Kvale & Brinkmann, 2009, s.186-187). Denne prosessen ble gjort kort tid etter at alle intervjuene ble gjennomført. Kvaliteten på lydopptaket, språk, dialekt og det å være uerfaren i å gjennomføre et intervju har for meg vært særlig utfordrende.

5.5.3 Analyse av intervju

Det er ikke noe skarpt skille mellom datainnsamling, transkribering og analyse ved et kvalitativt forskningsintervju. Tekstdata fra intervjuene ble analysert og fortolket ved hjelp av en fenomenologisk-hermeneutiske metode utviklet av Lindseth og Norberg (2004). Denne metoden omfatter tre steg: Naiv lesning, strukturanalyse og overgripende tolkning som vil beskrives mer nedenfor.

Ved å ta i bruk fenomenologisk-hermeneutisk metode, resulterte det i sentrale temaer og undertemaer for hvert intervju. Faseinndelingen er kun et analytisk verktøy og i virkeligheten glir fasene i hverandre i analyseprosessen (ibid).

5.5.4 Naiv lesning

I følge Lindseth og Nordbergs (2004) fenomenologisk-hermeneutisk analyse kalles det første trinnet i analysen for naiv lesning. Hensikten er at jeg som forsker skal danne meg et førsteinntrykk av hva teksten med de transkriberte intervjuene formidler som en helhet. Lindseth og Nordberg (2004) mener at de første gjennomlesningene skal gjøres så åpent som mulig. Det er viktig at tekstens leser har et åpent sinn og lar teksten snakke for seg selv.

Analysearbeidet mitt startet egentlig i selve intervjuene da jeg delvis har dannet meg førsteinntrykk av teksten og store temaer som stadig dukket opp. Etter transkribering begynte jeg å lese alle de transkriberte intervjuene samlet, for så å gå tilbake og lese intervjuene hver for seg. Denne prosessen gjentok jeg for å få en naiv forståelse for teksten som helhet, og en følelse av datamaterialets mening. I denne prosessen prøvde jeg å sette min forforståelse til side så godt det lar seg gjøre.

Underveis i analyseringen stilte jeg meg flere refleksive spørsmål til teksten: “Hva vil dette si?” “Hva innebærer dette?”. Det førte til at jeg ble mer nysgjerrig og søkte forståelsen rundt det temaet som ble snakket om. Språkbruken til deltakerne var i noen grad med på å understøtte min tolkning ved eksempelvis at språkbruken ofte fremhevet det deltakerne mente var viktig og mindre viktig. Min naive forståelse ble formulert skriftlig etter Lindseth og Nordberg metode.

5.5.5 Strukturanalyse

I neste fase, strukturanalysen, deles teksten inn i meningsbærende enheter. Intervjuene ble analysert hver for seg etter noenlunde samme prosedyre. Det første steget i denne prosedyren var å dele opp teksten i meningsenheter. Disse meningsenhetene kondenseres uten at meningen i enheten ble mistet eller endret. Meningsenhetene ble kodet i et skjema med utgangspunkt i temaene fra intervjuguiden. Noen av temaene overlappet hverandre. Disse kondenserte meningsenhetene ble deretter sortert, slik at det som omhandlet de samme temaene ble stående sammen og fremkommer videre i setninger, avsnitt eller hele sider.

For å kunne se resultatene opp mot lovens bestemmelser og systematisk folkehelsearbeid, kategoriserte jeg temaene inn under de ulike stegene i det systematiske folkehelsearbeidet for å kunne se helheten. Noen temaer faller inn naturlig innenfor en av stegene, dermed valgte jeg å ha de store temaer **folkehelse som oversiktsarbeid, folkehelse i plan og folkehelse som prioritering og politikk** som kan oppsummerer alle de temaene som dukket opp i intervjuet. Ved å presentere resultatene på denne måten, vil det være enklere å ha en oversikt og en organisert presentasjon av funnene.

Etter at jeg analyserte intervjuene på denne måten, ble temaene vurdert opp mot den naive beskrivelsen, som Lindseth og Nordberg kaller en form for validering. I utgangspunktet skal en ny naiv beskrivelse skrives ved uoverensstemmelse mellom den naive beskrivelsen og analysen. Jeg beholdt min opprinnelige beskrivelse ettersom det ikke var store uoverensstemmelser og i tillegg var det interessant informasjon om viktige temaer i intervjuteksten.

5.5.6 Overgripende tolkning

Etter at jeg strukturanalyserte teksten, gjensto det å utarbeide en overgripende helhetlig tolkning av selve datamaterialet. I siste fase av analysen brukes forskerens for forståelse, den første tolkningen, resultatene og relevante teorier for å forstå ytterligere de funn som fremkommer (Lindseth og Norberg, 2004). Jeg reflekterte da over den naive lesningen, de tema som hadde kommet frem etter strukturanalysen og reflekterte dette videre opp mot oppgavens teoretiske perspektiv. Denne helhetlige og overgripende tolkningen av min forståelse kommer mer detaljert i mine resultater.

5.6 Dokumentanalyse

I tillegg til intervjuene, har jeg valgt å se på viktige dokumenter i kommunene for å kunne få mer utfyllende beskrivelse av casene. Det ble naturlig å gjennomføre en analyse av viktige dokumenter som kunne belyse problemstillingen mer enn bare intervjuer. Eksempelvis ble det naturlig å se på plandokumentene for å finne ut hvordan kommunene jobber med systematisk folkehelsearbeid. Formålet med å gjennomføre en analyse av kommunale dokumenter har vært å se om hvordan kommunene faktisk oversetter føringene knyttet til koblingen mellom folkehelse og planlegging til den lokale konteksten. På denne måten kan vi også finne ut om folkehelse er en viktig satsing i kommunen og hvordan det gjøres i praksis. Dette kan bidra til at jeg får mer forståelse og en fyldigere beskrivelse av casene i tillegg til det jeg får av informasjon fra intervjudeltakerne. Resultatene fra dokumentanalysen vil ikke bli beskrevet separat, men vil bli beskrevet som en integrert del av resultatene fra intervjuene. På bakgrunn av systematisk folkehelsearbeid samt temaer som dukket opp i samtalen har jeg begrenset med til følgende dokumenter, Oversiktsdokument/utfordringsbilde, folkehelse plan/helsefremmingsplan, komme planstrategi, samfunnsdel og handlingsplan med økonomi og budsjett.

5.7 Studiens validitet og reliabilitet

I følge Malterud (2003) kreves det systematisk og kritisk refleksjon for at kunnskapen skal kunne defineres som vitenskapelig. Det er ulike vurderingsprinsipper innen den kvantitative vitenskapen og innen kvalitativ vitenskap (Kvale og Brinkmann, 2009). Reliabilitet og validitet er sentrale begrep i en studies troverdighet (Silvermann, 2011). I denne delen vil jeg gjøre en vurdering på hvordan jeg har prøvd å oppnå studiens validitet og reliabilitet.

5.7.1 Validitet

Validitet betyr at innsamlet data skal ha relevans og gyldighet overfor problemstillingen (Dalland, 2007, s.95). Det handler om at data jeg samler inn skal kunne belyse det fenomenet jeg undersøker slik det fremstår i virkeligheten. Thagaard (2013) skriver at for å kunne styrke validiteten til en studie, er det nødvendig at forskeren går kritisk gjennom analyseprosessen.

Yin (2009) diskuterer 3 typer validitet i en casestudie: intern, ekstern og begrepsvaliditet. Intern validitet har å gjøre med i hvilken grad vi kan si at det eksisterer et kausalitetsforhold og derfor er denne typen validitet mest relevant for studier som forutsetter kausalanalyse. Ekstern validitet er for å måle hvorvidt vi kan overføre resultatene til andre utvalg og kontekst. Resultatene av en casestudie gjennomført på to kommuner vil ikke nødvendig ha direkte overførbarhet til en annen kontekst og situasjon. Likevel kan denne studien gi ny kunnskap og mer innsikt som kan anvendes i annen forskning. Det ligger i den kvalitative forskningens natur at det kan være vanskeligere å svare på spørsmål om ekstern validitet sammenlignet med kvantitativ forskning. For å styrke ekstern validitet i denne studien har jeg valgt å inkludere to kommuner med variasjon i befolkningsstørrelse, benyttet forhåndsbestemte spørsmål som mal og brukt samme prosedyre på analyseringen av intervjuene.

Begrepsvaliditet har å gjøre med i hvilken grad vi virkelig måler det vi ønsker å måle, og er den mest grunnleggende formen for validitet (Hellevik, 2002). For at denne studien skal være mest mulig begrepsvalid har jeg brukt forskjellige informasjonskilder. Jeg har gjort intervju med informanter med forskjellig profesjonsbakgrunn som jobber med implementering av systematisk folkehelsearbeid, og som bidrar til å belyse ulike sider av problemstillingen. I tillegg har jeg valgt å innhente informasjon fra kommunale dokumenter for å kunne få mer forståelse og en fylldigere beskrivelse av det jeg undersøker.

5.7.2 Reliabilitet

Reliabilitet betyr at den innsamlede litteraturen vi bruker skal være pålitelig og nøyaktig (Dalland, 2007, s. 95). Begrepet handler om at andre forskere skal kunne komme frem til tilsvarende resultater som i denne studien ved å følge de samme prosedyrene (Thagaard, 2013). Thagaard mener at det er å oppnå en høy grad av reliabilitet ved bruk av forståelse knyttet til data som er samlet gjennom menneskelige erfaringer og opplevelser. Derfor stilles det store krav til at forskningsprosessen er grundig presentert. Pålitelighet og etterprøvnbarhet er sentrale begrep for å

vurdere en studies reliabilitet. Jeg har prøvd å styrke min studies pålitelighet og etterprøvnbarhet ved å systematisk redegjøre for alle faser i forskningsprosessen. Det inkluderer å gjøre studien så transparent som mulig for at andre skal kunne gjøre nøyaktig samme fremgangsmåte for så å komme frem til tilsvarende resultat. Min forforståelse som forsker har også blitt satt til side (bracketing) for å unngå å påvirke datamaterialet. Jeg har prøvd å styrke studiens pålitelighet ved blant annet å beskrive bakgrunn og formål med oppgaven, argumentere for valgt metode for datainnsamlingen og analyse. Jeg har i forkant laget en intervjuguide (vedlegg 2) i tillegg til en beskrivelse av teoretisk bakgrunn for denne oppgaven.

For å styrke reliabiliteten gjennom datainnsamlingsprosessen, passer jeg på at spørsmålene jeg stiller blir oppfattet riktig og at intervjupersonens svar og erfaringer ikke blir misforstått av meg som intervjuer. Dette er viktig å være bevisst på ifølge Kvale og Brinkmann (2009), ettersom det skjer en interaksjon mellom to mennesker og kommunikasjonen kan lett misforstås.

5.8 Forskningsetiske vurderinger

Det er allmenn enighet om at de ulike virksomhetene i samfunnet bør drives på en etisk ansvarlig måte. Forskningsetikk springer ut av et ønske om etisk regulering av forskning (Gilje & Grimen, 2011, s. 242). Kvale og Brinkmann tar for seg de fire områder som tradisjonelt diskuteres i de etiske retningslinjene for forskere: *informert samtykke*, *fortrolighet*, *konsekvenser* og *forskerens rolle*. Jeg vil her gjøre rede for etiske vurderinger basert på de fire vurderingsområder.

For å ivareta forskningsprinsippet om *informert samtykke* signerte alle deltakerne et samtykkeskjema som er en skriftlig avtale mellom deltaker og prosjektleder. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at informert samtykke er at deltakerne i en forskningsstudie skal informeres om studiens formål og design. Derfor inneholdt skjema om *informert samtykke* alle detaljer ved prosjektet. Der kom det også frem at studien er anonymisert og at de ville bli referert til med yrkestittel i **kommune A** eller **kommune B**. De fikk opplyst at alle

personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og at det er frivillig å delta og at de kan trekke seg når som helst underveis.

I henhold til personopplysningslovens retningslinjer for oppbevaring av personvernopplysninger var jeg nødt til å melde prosjektet til Norsk samfunnsvitenskapelig database (NSD). Prosjektet ble senere godkjent av både NSD og Fakultetets etiske komite for Helse- og idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder.

For å bevare *konfidensialiteten* ble alle personopplysninger oppbevart på en datamaskin med beskyttet passord, kun brukt av meg. Under intervjuet ble det benyttet digital lydopptaker. Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. Mai 2018. Etter denne datoen vil alle notater, lydopptak og andre opplysninger knyttet til prosjektet bli slettet. Prosjektet er helt anonymt ettersom målet er å få en stor bredde av refleksjoner rundt temaet og ikke å undersøke forskjeller mellom stor eller liten kommune, eller hva som ble sagt i hvilken kommune. Men de som deltar i studien vil muligens kunne gjenkjenne seg selv og sin egen kommune.

I forbindelse med dokumentanalysen har anonymiseringen umuliggjort kildehenvisninger til de kommunale planene og dokumentene som er brukt i dokumentanalysen. Anonymiseringen bidrar også til å minske *konsekvensene* for deltakerne med tanke på at enkelte utsagn kan forstås som kritikk av andre aktører i planarbeidet (Kvale & Brinkmann, 2009, s.91). Slike utsagn ble formulert på annen måte, uten å nevne spesifikke personer i kommunen. Metoden brukt i studien tillater at man kommer i dybden på en enhet og dermed vil det komme frem detaljerte og inngående beskrivelser av et fenomen. De som skal delta i dette prosjektet utvelges på bakgrunn av deres fagfelt og yrke. Dermed kreves det utfyllende beskrivelser av deres erfaringer og refleksjoner for å kunne gjennomføre prosjektet. Intervjuet vil ta opp mot en time, i tillegg til eventuelle forberedelser og gjennomtenkning av spørsmålene sendt i forkant av intervjuet. Dette

kan virke belastende for deltakerne. Noen av spørsmålene kan også være ubehagelig å svare på for enkelte, ettersom de omhandler personlige erfaringer og tanker.

Min *rolle* som forsker har vært å gjøre studien mest mulig transparent (gjennomsiktig) .

Silvermann (2011) bruker begrepet *transparency* for å beskrive hvordan jeg som forsker må redegjøre tydelig for hvordan jeg går frem i denne forskningen for å gjøre den transparent.

Forskerens refleksivitet, som handler om å tydeliggjøre forforståelsen av studien er også viktig for kunne sette forforståelsen til side. Dette kan blant annet oppnås ved å diskutere de valg og vurderinger som har blitt gjort i forhold til forståelser, og vise hvordan disse har kunnet påvirke resultatene. Derfor har jeg vektlagt å redegjøre grundig for analyseprosessen og min rolle i denne prosessen.

6.0 Presentasjon av funn fra intervju og dokumentanalyse

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene fra både intervjuer og dokumentanalyse som en helhet etter de tre store temaer: **folkehelse som oversiktsarbeid, folkehelse i plan og folkehelse som prioritering og politikk**. Hensikten med å inkludere dokumentanalyse var for å kunne gi en tykkere beskrivelse av intervjuene som er hoved metoden for innsamling av datamaterialet. Innledningsvis vil jeg gjerne gi en kort presentasjon av intervju deltakernes stilling og bakgrunn da dette kan være relevant for hvordan de opplever temaet rundt folkehelse og kommuneplanlegging.

Folkehelsekoordinator i Kommune A begynte i 2016 som folkehelsekoordinator i 50% i helse og omsorgsstaben i kommunen. I 2017 gikk han inn i kombinasjon mellom folkehelsekoordinator og sykkelby prosjektleder slik at det ble 25% som folkehelsekoordinator og 75% sykkelkoordinator. Som folkehelsekoordinator har han ansvaret for å lede folkehelseforumet mens som sykkelbykoordinator er ansvaret å gjøre det trygt og attraktivt å sykle i kommunen.

Planleggeren i Kommune A er rådgiver på plankontoret. Dette innebærer ansvar for å saksbehandle ulike reguleringsplaner, planbeskrivelser, risiko og sårbarhetsanalyser slik at de holder tilstrekkelig faglignivå til at politikerne kan ta stilling til de ulike planene. Før han fikk denne stillingen, jobbet han mye med risiko og sårbarhet i kommunens virksomheter.

Folkehelsekoordinator i Kommune B jobber i 100% stilling som folkehelsekoordinator i teknisk sektor i kommunen. Hovedansvaret som folkehelsekoordinator i kommunen B er å følge opp Folkehelseloven. Hun har vært ansatt som folkehelsekoordinator i rundt 7 år.

Planleggere i Kommune B er planrådgiver og kommuneplanlegger i by og samfunn i teknisk sektor i kommunen. Begge har lange erfaring med kommuneplanlegging og har vært ansatt i disse stillingene i 13 -15 år. Som planrådgiver inkluderer ansvaret for å revidere kommuneplan, ansvaret for kommunens planstrategi, utfordringsbildet samt handlingsplaner i kommunen. Som kommuneplanlegger, innebærer ansvaret for kommuneplans arealdel og kommunedelplaner på arealpolitikken.

6.1 Resultater fra folkehelsearbeidet i Kommune A

6.1.1 Folkehelse som oversiktsdokumentet

Folkehelsekoordinator i kommune A beskriver det å lede folkehelseforumet, som er et veldig tverrfaglig sammensatt forum, som en av de viktigste arbeidsoppgavene. Han har ikke vært med på å lage oversiktsdokumentet i kommunen, da denne prosessen ble gjort før han begynte som folkehelsekoordinator. Kommune A har publisert "Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer" i 2016 som er gjeldende i perioden 2016 til 2020, og innsamlingene av data hadde foregått i perioden fra mai 2015 til mars 2016. Folkehelsekoordinator forteller at han leser

mye om kommunens helsestatistikk fra folkehelseprofil og blant annet fra Fylkeskommunen som har publisert mange gode dokumenter som er til stor nytte for å skaffe kommunes innbyggernes helsestatistikk. Han nevner også at kommunen har gjennomført interne kartlegginger i forhold til flyktninger og det med å komme ut i jobb som ikke kommer frem i folkehelseprofilene. Han forteller at av og til er det opp til kommunen selv å finne ut bakenforliggende årsaksfaktorer og forholdene for å kunne komme frem til løsninger som er best for kommunen.

Planleggeren i kommunen A kjenner til folkehelseprofilen, men innrømmer han har lite kontroll på innholdet ettersom det ikke er noe han jobber med hver dag. Han tenkte at de var en ganske gjennomsnittlig kommune, og påpeker at når det er mange variabler i enhver statistikk-mengde så vil man ikke treffe midt på heller. Derfor vil kommunen på noen områder score bedre enn landsgjennomsnittet og på andre områder score dårligere. Når vi snakker om temaet sosiale helseforskjeller og hvordan de jobber med dette, trekker han frem ulike folkehelseprofiler som er utarbeidet for kommunen og mente at det varierer på forskjellige områder uten å konkretisere. Når han ble spurt om konkrete tiltak som går på å redusere sosial ulikhet, forteller han at skolen jobber med det som går på skoleelever og barnehager jobber med det som har med barnehager og barn å gjøre. Han sier tydelig at utover dette blir det på et annet nivå enn det som er hans hverdag.

Folkehelsekoordinatoren knyttet sosial ulikhet i helse til sosioøkonomisk status. Han beskriver en voldsom arbeidsledighet som de har hatt de siste årene. Han mener også at det er tydelige forskjeller i kommunen, og mye går i arv noe som gjør at det er vanskelig å komme ut av. Han forteller om et partnerskap med Fylkeskommunen hvor de fremover skal ha mer fokus på reduksjon av sosial ulikhet. Han forklarer videre at de jobber for å finne ut hva som skjer i skolene rundt samarbeid mellom barneskole og ungdomsskole, for å sørge for at de som sliter på barneskolen får bedre forutsetning for å klare seg bedre på ungdomsskolen. Han nevner også leksehjelp for barn med foreldre som ikke har mulighet til å hjelpe, og utstyrsbank hvor man leier friluftsutstyr som eksempler på konkrete tiltak som går på å utjevne sosiale ulikheter.

Folkehelseplanen for kommune A beskriver visjon og hovedmålsettinger om å fremme god helse og utjevne sosiale helseforskjeller, styrke politisk og administrativt forankring av folkehelsearbeidet og et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Ut i fra dette ble det valgt ut tre satsningsområder i kommunen: Generell folkehelse, organisering av folkehelsearbeidet og barn og unge. Målet med generell folkehelse er at folkehelsearbeidet er godt koordinert med tiltak som er basert på utfordringsbildet i kommunen. Folkehelsearbeidet i kommunen hadde vært preget av at det ikke hadde vært en fast stilling knyttet til dette. Tiltakene som ble satt i gang var blant annet å opprette en fast folkehelsekoordinator stilling som skal være pådriver og lede folkehelsearbeidet i tillegg til Frisklivssentral som skal tilby aktuelle kurs og tiltak for innbyggerne i kommunen. Kompetanseheving og kurs for ansatte, samt samarbeid om tiltak med frivillige lag og organisasjoner er noen av tiltakene som ble satt i gang.

Det andre satsingsområdet går på organisering av folkehelsearbeidet. Målet her er å forankre dette i hele kommunen og at folkehelsearbeidet er godt samordnet. Noen av tiltakene som ble satt i verk var å få til et folkehelseforum, en tverrfaglig samarbeidsgruppe som arbeider med folkehelse og tiltakene som skal iverksettes. I tillegg til dette, prøvde kommunen å oppnå målet ved å ha en folkehelseplan med årlig oppdatert handlingsplan og oversiktsdokument, videreutvikle samarbeid med andre frivillige organisasjoner og spre informasjon til innbyggerne.

Det tredje og siste går på barn og unge med mål om god psykisk og fysisk helse i barnebefolkningen, samt gode bo- og oppvekstmiljø (Kommune A 2013-2017). I Folkehelsemeldingen (St.meld. 34, 2013), fremkommer det blant annet at barn og unges oppvekstvilkår skal forbedres gjennom å forbedre kvaliteten i barnehager og skoler og videre, og sette i verk tiltak for å forebygge problemer i overgangen mellom ulike livsfaser. I kommunens oversiktsdokument ble det påpekt at en del barn og unge er plaget av angst, depresjon og ensomhet. Kommunen kommer dårligere ut enn både fylket og landet i forhold til mobbing og frafall i videregående skole. Innbyggerne er også mindre fornøyd med lokalmiljøet

enn resten av landet. Barn og unge er en prioritert målgruppe innen folkehelsearbeidet og det er viktig å forebygge tidlig. Kommunen tar tak i dette problemet og setter i gang tiltak som kan bedre trivsel og psykisk helse hos barn og unge. Folkehelsekoordinator forteller at i lang tid har det vært fokus på å redusere mobbing. Han nevner en rød knapp som hver eneste skoles hjemmeside har, som lyser opp for å varsle mobbing på skolen. Dette kan gjøres helt anonymt. Videre innrømmer folkehelsekoordinatoren at det sikkert er mange tiltak som kan kalles for folkehelsearbeid som han ikke har peiling på. De tre satsingsområdene dekker ganske mye av det som omtalt i folkehelseloven. Videre blir det interessant å undersøke hvordan disse satsingsområdene blir tatt videre i planprosessen, eller om det vil være mulig å spore disse tiltakene i de andre planene.

6.1.2 Folkehelse i planene

Planleggeren i kommune A mener at det overordnede folkehelsearbeidet kommer inn i kommuneplanen særlig når det gjelder arealbruk. Han mener også at man kan finne folkehelsespor i reguleringsplaner i kommunen som tar for seg mye mindre enn det kommuneplanen gjør. I slike reguleringsplaner vil man måtte vurdere folkehelsearbeidet i form av trafikkikkerhet, sol og lysforhold og at det er tilstrekkelig med uteareal av god kvalitet. I følgeplanleggeren går folkehelsearbeidet på kommunens plikt etter Folkehelseloven til først og fremst å ha oversikt over folkehelsetilstand blant innbyggerne, samt plikt til å bidra til å redusere uønskede effekter på folkehelse, enten det da gjelder støy, luft- eller vannforurensning. For han er folkehelse mer fysisk synlig ved at det handler om at man har gode boliger og skoleområder, bevare eksempelvis etablerte lekeområder for barn, eller at de blir erstattet av fullverdige tilsvarende områder. For denne planleggeren må forebygging være et fokus i folkehelsearbeid, slik at vi kan redusere repareringen av det som er galt. Han mener også at dette er fokuset i hans arbeid. Noen ganger kan det føre til at det bli en interessekonflikt mellom å bevare utearealer av god kvalitet samtidig som at en skal bygge tett. Av og til blir det en dragkamp mellom utbyggerne, som tenker økonomisk og kommunen som prøver så godt de kan å bevare utearealer for lek og friluftsførmål. Han sier at kommunen tenker på befolkningens helse, ikke fordi det står oppført i loven, men fordi det er en viktig faktor.

Planstrategien til Kommune A gjelder for perioden 2016 til 2019 og redegjør utviklingstrekk og utfordringer innenfor områdene som befolkningsutvikling, folkehelse, natur, miljø og kommuneøkonomi. Utfordringsbildet for folkehelse i planstrategien er det samme som kom frem av folkehelseplanen. De identifiserte utfordringene er blant annet, stigende arbeidsledighet, uføretrygdet i alderen 18-44 år, muskel- og skjelettlidelser, overvekt blant kvinner, angst og depresjon blant barn og unge. Det står videre i planstrategien at planlegging og utredning krever ressurser, og vil være avhengig av prioritering når økonomi- og handlingsplan og årsbudsjettet behandles. Derfor er ikke all kommunal virksomhet omtalt i planstrategien, men vil like fullt være ivaretatt i øvrig planlegging og rapportering, drift og forvaltning.

I løpet av intervjuet snakket folkehelsekoordinatoren mye om hvordan temaet folkehelse skal fremstilles i kommuneplaner. Han var med og skrev en liten del av samfunnsdelen av kommuneplanen, men han spør seg selv om det skal være et eget kapittel om folkehelse som kommune A har, eller om folkehelse skal veves inn i plan som helhet. Han mener at det skulle ha vært i helhet, og mener at folkehelse blir satt i bås ved at et kapittel tar for seg folkehelse generelt i planer og det som kommer før og etter har lite å gjøre med folkehelse. Når han ble spurt om oversikt over befolkningens tilstand inngår som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi, synes han at det er vanskelig å svare. Han forteller om planleggere som beskriver hvordan kommunen skal forebygge befolkningens folkehelse, men som nødvendigvis ikke har det nødvendige folkehelseperspektivet. Han har et ønske om at kommunen burde få mer opplæring på det og gjøre hver enkelt ansatt bevisst på at enkelte tiltak i kommunen kan påvirke befolkningens helse både negativ og positivt.

Planleggeren i Kommune A forteller at folkehelse blir mest synlig i hans arbeid ved at de skal legge til rette for at folk skal bevege seg, planlegge boliger i nærheten av der folk bor og jobber samt at man setter av tilstrekkelige med areal til parker, friluftsområder, turveier og gang og sykkelveier. Med andre ord, folkehelse må startes overordnet på kommuneplanen, og han har inntrykk av at kommunen tar folkehelse på alvor slik at den beveger seg i riktig retning.

Kommunen har sykkelbyprosjekt som er resten av stillingen til folkehelsekoordinatoren, hvor prosjektets formål er å legge til rette for økt bruk av sykkel til erstatning for at man kjører bil.

Når det kommer til samarbeidet om folkehelse innad i kommunen forteller både folkehelsekoordinatoren og planleggeren om folkehelseforumet som en samarbeidsform i kommunen hvor de har noen midler til å fordele på tiltak for i utgangspunktet å jobbe med folkehelsetilstanden i befolkningen. Planleggeren har også et kommunalt planforum hvor blant annet folkehelsekoordinator, barnas representant i plansaker, og seksjon for vei og utemiljø er representert. Dette trekkes frem som et eksempel på tverrsektorielt samarbeid i kommunen når det gjelder folkehelse og folkehelse i plan. Folkehelsekoordinator som sitter i helse og omsorg sektor, forteller også om “silotankegang” som han mener er et hinder for tverrsektorielt samarbeid. Han sier at alle sektorer har sin måte å tenke og løse problemer på. Han opplever at det er vanskelig å lytte til hverandre, og i stedet tar vi det som et angrep om andre kommer med innspill for at samfunnet skal få litt bedre løsninger. Men det jobbes mye med for å bryte ned den silotankegangen. Det er helt klart at det finnes mye samarbeid innad i kommunen, men den tankegangen som alle har tatt med seg fra den sektoren de sitter i, opplever han som vanskelig å bryte ned. Han mener at alle kunne vært flinkere på å spille hverandre gode og støtte hverandre opp.

6.1.3 Folkehelse som prioriteringer og politikk

Planleggeren i Kommune A mener at kommunens ansvar som er lovpålagt er overkommelig, med tanke på befolkningstall, som er over gjennomsnittet i landet, og behovet som er i kommunen. I budsjett og økonomiplanperioden til Kommune A, påpekes det at planen vil være krevende å gjennomføre i praksis, og det vises både omfattende omstillingsbehov og muligheter. Kunsten er å omsette de teoretiske mulighetene til en bedre og billigere praksis som også er lovlig og forsvarlig. Kommunen vil etablere en prosjektorganisasjon, som skal løse felles

driftsproblemer og gjennomføre nødvendige endringer for hele organisasjonen på en effektiv og målrettet måte.

Det har ikke vært utfordrende å spore satsningsområdene i folkehelseplanen i økonomiplan og budsjett. Et av hovedmålene i og prioriteringer for Helse- og omsorgsavdelingen var å jobbe tverrfaglig og helhetlig med tidlig innsats for barn og unge, folkehelse og forebyggende arbeid. Det samsvarer med satsingsområder i folkehelseplanen som er generelt folkehelsearbeid, organisering av folkehelsearbeid og barn og unge.

Kommunen har blant annet valgt å beholde faste- og prosjektstillinger innen folkehelse. Blant annet har kommunen valgt å beholde folkehelse-koordinatorstillingen, samt å investere i ulike forebyggende prosjekter. Et eksempel er sykkelbyprosjektet som er et tiltak for å få inn litt sunnere vaner og øke mengden fysisk aktivitet som en del av å bedre helsen. Når det gjelder barn og unge, så ønsker kommunen god psykisk og fysisk helse helt fra barnehage. Derfor har kommunen valgt å øke tilskudd til barnehager og fortsette med gratis kjernetid for 3-, 4- og 5-åringer fra familier med lav inntekt. Kommunen har vedtatt driftsreduksjon på andre områder, som spesialundervisning, og heller fokusere på tidlig innsats og forebygging.

Folkehelsekoordinatoren i Kommune A uttrykker for at han ønsker å fremheve det som kommunen har fått til. Han mener at ledelsen er positiv til systematisk folkehelsearbeid, og har en kommunalsjef og rådmann som virkelig står på. Han løfter også frem at folkehelsekoordinator blir involvert i ulike planprosesser, men godtar at noen ganger kommer hans mening gjennom, andre ganger ikke. Han er likevel fornøyd i den forstand at han blir hørt. Han forteller at han sitter rett under kommunalsjefen, og har dermed korteste vei til rådmann og videre inn i andre enheter. Så selv om det kan oppleves som at folkehelse blir satt i bås av noen som sitter i helse og omsorg sektor, har han gradvis endret tankesettet om å forebygge mer inne i den sektoren han sitter i. Men uansett tenker han at det er viktig at kommunen samarbeider om folkehelse på tvers av kommunale etater og arbeidet innad i kommunen. Alt det kommunen gjør er til en viss grad er styrt av politikere mener folkehelsekoordinatoren. Derfor er det avhengig av politikere som har

vilje til å tenke og satse på å fremme helse og forebygge sykdom. Det er mange parter involvert i planprosessen, men alt er nødvendigvis ikke like lovpålagt, som at kommunene må ta hensyn til befolkningens helse. Dermed mener han at kommunen har behov for en holdningsendring og økt kunnskap om folkehelse, og hvordan kommunen kan best mulig jobbe for bedre systematisk folkehelse.

6.2 Resultater fra folkehelsearbeidet i Kommune B

6.2.1 Folkehelsearbeidet og oversiktsarbeidet

I Kommune B har folkehelsekoordinator ansvaret for å følge opp folkehelsen, derfor inkluderer denne jobben mye systematisk og strategisk arbeid med planer på politisk nivå i tillegg til implementering av folkehelse i alle sektorer.

Kommune B har i de siste årene utviklet kommunens utfordringsbilde-dokument, som tar for seg mange av områdene som forskrift for oversikt over folkehelse presiserer. Dette ble gjort på litt forskjellige måter, både med regionale og lokale data. Dokumentet (Kommune B, 2017) beskriver noen hovedutfordringer for kommunen og inneholder en samlet folkehelseoversikt for Kommune B pr. september 2017 slik Folkehelseloven stiller krav om hvert 4. år. Dokumentet er et oppslagsverk på tema og justeres årlig. Det er bakgrunnsdokument for årlig handlingsprogramarbeid, kommunal planstrategi, kommuneplanen og annet overordna planarbeid.

Folkehelsekoordinator forteller at når det gjelder befolkningens helsetilstand, forholder hun seg ofte til region og land. Som en region, ser hun mest tydelig utfordringer knyttet til uføre, sosial ulikhet og levekår. Forskjellene knyttet til sosial ulikhet er store innad i kommunen. Det som er mest synlig nå er psykisk helse og levekår. Disse levekårsutfordringer gjenspeiler problematikk som er felles for større norske byer, og ikke minst regionale utfordringer. Kommune B ligger

høyere enn landsgjennomsnittet på andel unge sosialhjelpsmottakere, andel unge uføre, andel voksne uføre, og antall barn 0-17 år i lavinntektsfamilier. Det har i tillegg vært en økning i andel fattige familier fra 2002 til 2012. Forskjellen i forventet levealder mellom de som har grunnskole som høyeste utdanning og de som har videregående eller høyere utdanning, er også større sammenlignet med landsgjennomsnittet. Kvinner har i tillegg generelt lavere tilknytning til arbeidslivet enn menn, og lavere tilknytning til arbeidslivet enn i de andre storbyene i Norge. Alle disse indikatorene har betydning for sosial ulikhet og påvirker den sosiale bærekraften i kommunen (Kommune B, 2017). Disse utfordringene er også hva planleggere i Kommune B har uttrykket for.

Folkehelsekoordinator forteller om konkrete tiltak som ble satt i gang i kommunen. Tiltaket “nye mønstre - trygg oppvekst” går på det å bidra fattige familier. Hensikten er å bryte mønstre hvor lav inntekt og utfordringer som følger av denne, overføres fra en generasjon til neste generasjon. Kommunen har også det som kalles “interessert læring”. Et av målene her er at barn og ungdom i Kommune B skal gjennomføre videregående skole, forbedre læringsmiljø og samtidig redusere mobbing.

6.2.2 Folkehelse i planene

Planstrategien til Kommune B gjelder for perioden 2016-2019 (Kommune B, 2016). Her kommer det fram at kommunens utfordringsbilde er bakgrunnsdokument for kommunal planstrategi, samt handlingsprogramarbeid og kommunens overordnede planarbeid. Kommunen ønsker at samfunnsdelen skal vise langsiktige mål og strategier og hvilke utfordringer og muligheter kommunen står overfor. Handlingsprogrammet for Kommune B samler både kommuneplanens handlingsdel, 4-årig økonomiplan og årsbudsjett i ett og samme dokument. Handlingsprogrammet viser hvordan sektorene skal følge opp kommuneplanen og er konkretisert med kortsiktige periodemål basert på de langsiktige målene i kommuneplanen. En av de viktige problemstillinger i planarbeidet i kommunen er utfordringer knyttet til sosial ulikhet i helse som

folkehelse-statusen til kommunen viser. Derfor må det legges til rette for en samfunnsutvikling som sikrer tilhørighet og inklusjon og som tar vare på sårbare grupper. Dette er nært knyttet til barn og unges oppvekstvilkår. Tidlig innsats overfor barn og unge og god integrering av alle er grunnleggende for å hindre at innbyggere blir stående utenfor utdanning, arbeidsliv, fritidstilbud og sosiale felleskap (Kommune B, 2016).

Planleggeren forteller at Kommune B har jobbet med å få planer som er gode for folkehelse lenge før folkehelse ble et innsatsområde, og kommunen er hele tiden opptatt av å legge til rette for fysisk utvikling og at folk skal trives i kommunen ved bl.a. å lage nær-, og fjern turområder og bygge ut lekeplasser. De trekker frem lokalisering av ulike funksjoner i forhold til hvor folk bor.

Folkehelse har vært gjennomsyrende i kommunen ganske lenge. I kommuneplanen for Kommune B, står ordet “folkehelse” i det hele tatt fordi kommunen er opptatt av at befolkningens helse skal være gjennomsyrende i all kommunal planlegging. Denne gjennomsyrende tenkningen står sentralt, i motsetning til tidligere da det var vanlig at det som sto om et tema bare var nevnt under overskrifter som ‘Klima’ eller ‘Folkehelse’ og ikke nevnt ellers i planen. Når det gjelder gode oppvekstvilkår for barn i skole, forteller planleggere i kommune at de legger til rette eksempelvis i arealpolitikken ved at befolkning har areal å leke eller møtes på. De forskjellige boligområdene skal også tilrettelegges for ulike deler av befolkningen. Det samme gjelder når vi snakker om sosial ulikhet i helse. De som planlegger kan ikke påvirke folks inntekt, men de mener at de kan gjøre noe med mulighetene til å fordele og få de dårligere stilte mer på lik linje med de som har bedre økonomi. På kommuneplanens samfunnsdel har kommunen som mål å redusere sosial ulikhet i helse. Folkehelsekoordinatoren i Kommune B mener at dette er en av de tingene som kommunen har fått til sektorielt. Planleggeren mener det er et godt mål. Likevel forteller de at det finnes begrensninger på hva kommunen kan få til. Kommunen kan ikke bestemme hvem som skal bo i de forskjellige hus og det er ulike aktører, bl.a. markedet, som bestemmer en del, men planleggere mener at kommunen har gode intensjoner, og har bestemmelser og retningslinjer og prøver å få til mest mulig.

Når vi snakker om selve folkehelsebegrepet forteller planleggere at de jobber tett i lag med folkehelsekoordinator og hvordan folkehelse blir betraktet i kommunen. De som planleggere ser på det som et bredt felt hvor det inkluderer det meste. Det går på å forbedre både samfunnsplanlegging og arealplanlegging og legge til rette og forebygge for at folk får bedre helse. Det gjennomsyrrer kommunens tenkning og de gir kreditt til folkehelsekoordinatoren som har spilt en viktig rolle i arbeidet med dette. Kommune B er en stor organisasjon som har jobbet på tvers for å få frem tverrsektorielt folkehelsearbeid og de uttrykker de er tilfredsstillende med hvor mye kommunen har fått til. Folkehelsekoordinatoren ser heller på utfordringer knyttet til implementering av tiltak og tiltak som de vet virker.

6.2.3 Folkehelse som prioriteringer og politikk

I redegjørelsen av handlingsprogrammet, står det at kommunen i de siste årene har hatt en stram økonomi og arbeider derfor kontinuerlig med å effektivisere driften og har gjennomført betydelige innsparingstiltak i alle sektorer. Det er bl.a. vedtatt innsparingskrav i barnehagetjenesten på 0,78 mill kr, i 2020 i forhold til 2016 hvor økningen fra 2016 til 2017 utgjør 200 000 kr.

Det er enkelt å spore utfordringer og satsingsområdene i utfordringsbildet og i kommuneplanens samfunnsdel. Spesielt barn og unge er en svært synlig prioritering i kommunen på tvers av sektorer. Blant annet ble det satsing på opprustning av eksisterende skoler og nye skolebygg. Det var også satsing på skolehelsetjenesten for å sikre at ungdommer som trenger hjelp i tilknytning til psykiske problemer, rusproblematikk eller sosiale utfordringer får raskt tilpassede tjenester. Økonomiplanen til Kommune B viser at oppvekstsektorens driftsbudsjetter har økt med om lag 4,9 mill. kr fra 2016 - 2017 som skyldes i hovedsak økning i budsjettrammen til pedagogiske støtteenhet. Det er i tillegg vedtatt 1,5 mill. kr til økte rammer vedrørende arbeid med flerspråklige barn i barnehage. Innsatsen for å tilrettelegge for mangfoldige kulturopplevelser styrkes. Dette gjelder økt deltagelse av unge på tilbud i lokalområdene, samt ferietilbud. Det var mange gode satsinger som ble satt i gang for befolkningen i tidlig alder. Ansatte i kommunen

trekker også frem likestillingsproblematikken i kommunen og dette er en satsing som jobbes med strategisk og det ble fast ansatt som likestillingskoordinator.

Folkehelsekoordinatoren vil si at kommunen er blitt gode på tverrsektorielt arbeid og gjøre den synlig på plannivå og noenlunde på tiltak. Hun ønsker at folkehelsekunnskap kunne vært nyttig i alle sektorer og mener at det kunne vært tilsatt folkehelserådgivere i hver eneste sektor.

Folkehelse-suksessen helt fram til nå har bygget på representanter som er ansatt i hver sektor.

Det lykkes av og til, men ikke hele tiden. Hun presiserer også at folkehelsekunnskap i alle sektorer betyr ikke nødvendigvis å tvinge folk til å tenke folkehelse, men at det ligger folkehelsekunnskap og folkehelseperspektivet i alle sektorer. Folkehelse representanter som hun sier kan være “motivator” eller “vaktbikkje” som har en oversikt over hva som skjer.

7.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal jeg diskutere funnene i lys av de 5 trinnene i systematisk folkehelsearbeid. Formålet med oppgaven er å utforske hvordan kommunene opplever koblingen mellom folkehelse og kommuneplanlegging gjennom systematisk folkehelsearbeid og utfordringer knyttet til dette. Derfor vil problemstillingen bli drøftet i lys av det empiriske og de teoretiske rammeverket som er knyttet til temaet for undersøkelsen. Formålet med diskusjon av funn er å finne ulike deler av systematisk folkehelsearbeid som de to kommunene opplever de har lykkes godt med, og utfordringer og begrensninger knyttet til systematisk folkehelsearbeid.

7.1 Diskusjon av funn

7.1.1 Erfaringer knyttet til oversikt over befolkningens helsetilstand

Det første steget i systematisk folkehelsearbeid er å ha oversikt. Folkehelseloven (2011) legger klare føringer hva som forventes av kommunen. Det teoretiske rammeverket viser at oversikten er et viktig fundament for å kunne drive systematisk folkehelsearbeid. Kommune A og Kommune B har utarbeidet oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer. I følge riksrevisjonens undersøkelse (2015) har om lag en firedel av kommunene utarbeidet oversiktsdokument, og dette betyr at de undersøkte kommunene har i varierende grad etablert et systematisk folkehelsearbeid. Hensikten med å ha oversikten er at kommunen skal ha klare opplysninger om befolknings sammensetning, oppvekst- og levekårsforhold og annen helserelatert atferd og helsetilstand (Helsedirektoratet, 2011). Kommune A hadde oversiktsdokument mens Kommune B hadde “kommunens utfordringsbilde” hvor dokumentet tar for seg mange av områdene som forskrift for oversikt over folkehelse presiserer. Kommunenes informasjon over befolkningens helsetilstand baserer seg mye på opplysninger fra statlige helsemyndigheter, blant annet folkehelseprofil og Ungdata. Dette er noen av kravene til hva oversikten bør baseres på (Folkehelseloven, 2011, § 20 og 25). Folkehelsekoordinatoren i Kommune A gir uttrykk for at nasjonal helsestatistikk og statistikk fra fylkeskommunen har nyttige rammeverk for hans arbeid. Kommune A hadde omtrent tre ganger mindre befolkningsstørrelse enn kommune B, men hadde likevel utarbeidet oversiktsdokumentet. I mitt utvalg hadde altså befolkningsstørrelse lite å si for om kommunen hadde utarbeidet eget oversiktsdokument eller ikke.

Jeg får inntrykk av at intervjudeltakerne har en forståelse for viktigheten av å ha oversiktsdokumentet. Folkehelsekoordinatoren i Kommune A beskriver at det å lage oversiktsdokumentet bør være en av de viktigste oppgavene til folkehelsekoordinatoren i utgangspunktet. Selv har han ingen erfaring med å gjennomføre arbeidet ettersom oversikten var utarbeidet før han startet i stillingen for ca. 2 år siden. Folkehelsekoordinatorer har større innsikt i innholdet knyttet til befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer enn planleggere i

kommunene. Det som kommer frem i resultatene er at det å ha oversikt over befolkningens tilstand inngår ikke deres arbeidsoppgaver, Planleggeren i kommune A har særlig lite kontroll på kommunens helsetilstand og forteller at kommunen på noen områder scorer noe lavere enn landsgjennomsnittet og på andre områder høyere. Planleggeren i Kommune B kunne fortelle konkrete eksempler på utfordringer knyttet til sosiale ulikheter. Begge kommuner har felles utfordringer på noen områder basert på kunnskap fra befolkningens helsetilstand, samt andre egne lokale utfordringer.

7.1.2 Erfaringer knyttet til oversikt i planene

Det teoretiske rammeverket for studien viser at forankring av helse i plan er nødvendig for å kunne oppnå tverrsektorielt folkehelsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). I Folkehelseloven (2011, § 6-1) står det oppført at oversikten skal danne grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. Oversikten over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer skal være førende for de øvrige planene som blir vedtatt i kommunen.

Planstrategien for Kommune A gjør rede for utviklingstrekk og innenfor folkehelse relaterte områder som befolkningsutvikling, folkehelse, og betydningen av natur og miljø. Dermed inngikk en drøfting av folkehelseutfordringer i kommunens planstrategi, som anbefalt ifølge Plan- og bygningsloven (2008). I planstrategien for kommune B kommer det tydelig fram at kommunens utfordringsbilde er bakgrunnsdokument for kommunal planstrategi, også for andre overordnede plandokumenter. Dermed dannet folkehelseperspektivet som grunnlag allerede i planprosessen i kommunen ved at de tok i bruk oversikten over befolknings helsetilstand.

Kommunene har egne mål og strategier som passer deres behov for å møte folkehelseutfordringer i kommunen (Folkehelseloven, 2011). Det er viktige Planstrategier i begge kommuner som viser at folkehelse blir tatt hensyn til i planarbeidet i kommunen. Likevel uttrykker folkehelsekoordinatoren i kommune A usikkerhet rundt dette temaet. Han drøfter mye hvordan folkehelse bør være fremstilt i kommunen. Folkehelsekoordinatoren i Kommune A viser til kommunens planstrategi og samfunnsdelen hvor folkehelse blir omtalt i et eget kapittel. Folkehelse er bredt og tverrfaglig, derfor bør folkehelse tankegangen veves inn i planer som helhet, ifølge Folkehelsekoordinator. Dette kan bety at hvordan folkehelse blir definert i

kommunen er ganske avgjørende for hvilken tilnærming kommunen har mot folkehelsearbeidet i kommunen, som jeg vil gå inn nærmere senere i diskusjonsdelen.

En forutsetning for at folkehelse skal forankres politisk er at folkehelse inngår i sentrale plan- og beslutningsprosesser (St.meld. nr.16 2002-2003). Intervjudeltakerne i kommune B forteller at folkehelse er integrert i plan og det gjennomsyrrer kommunens tenkning. “Utfordringsbildet” er godt presentert i planstrategien og vurderinger av øvrige satsinger og behov. I kommuneplanens samfunnsdel og arealdel finner man ikke ordet “folkehelse”, men folkehelse tenkningen er godt vedt inn i kommunens langsiktige mål og strategier og muligheter kommunen står overfor. Folkehelse i plan for planleggere i både Kommune A og B betyr stort sett å ta høyde for folkehelsestanden i kommunen og at det skal være utgangspunktet for de prioriteringene som gjøres. Planleggeren i Kommune A forteller eksempelvis at folkehelse blir synliggjort i kommuneplanens arealdel ved at man legger til rette for grøntområder hvor folk kan gå turer og har uteareal til å bevege seg. Tilgjengelighet og avstand til grøntområder påvirker graden av fysisk aktivitet og påvirker dermed den enkeltes helse (Grahn, 1993). Tankegodset her handler om å legge til rette for økt fysisk aktivitet og helsefremming, som handler om å styrke helsen blant folk (Mæland, 2010, s. 72).

Kommune A har som et mål i folkehelseplanen å forankre folkehelsearbeidet i kommunen og at folkehelse er godt samordnet. Ut i fra dette, i kombinasjon folkehelsekoordinatorens erfaringer, har jeg fått inntrykk av at planforankring av folkehelse i Kommune A ikke er tilfredsstillende. Folkehelsekoordinatoren trekker frem blant annet planleggere som har ansvaret for å kommunens strategi for forebygging og helsefremming i kommunen, men som ikke har det nødvendige folkehelseperspektivet. St.meld. nr. 16 *Resept for et sunnere Norge*, peker på denne problematikken om at planleggere i kommunen ofte har behov for innspill fra aktører om helsetilstand og ulike påvirkningsfaktorer (St.meld. nr.16 2002-2003). Folkehelsekoordinator bekrefter at han blir involvert i ulike planprosesser, som å sikre folkehelsekunnskap i planarbeid.

Folkehelse i plan er svært viktig i den forstand at det bidrar til tverrsektorielt arbeid og at folkehelse blir en politisk agenda (Helsedirektoratet, 2011). Det kommer også frem i resultatene at folkehelse blir et tverrsektorielt arbeid og mål gjennom folkehelseforumet, som er et tverrfaglig sammensatt forum hvor ulike representanter fra ulike sektorer er presentert. På denne måten bidrar det til at folkehelse blir tverrsektorielt og at helse- og omsorgssektoren ikke lenger blir eiere av helseproblemstillinger. Plan- og bygningsloven (2008) og folkehelseloven (2011) antyder medvirkning som et sentralt verktøy for planlegging og helsefremmende arbeid. Planleggeren i kommune B forteller at i arbeidet med kommuneplaner og prosjekter, forsøker de å sikre med seg folkehelsekompetanse for å ivareta befolkningens helse. Videre blir det mye samarbeid med andre lokale aktører og private folk for å ivareta deres interesser. Planleggeren i Kommune A trekker også frem et kommunalt planforum hvor folkehelsekoordinator, seksjon for vei og utemiljø og barnas representant i plansaker er representert. Medvirkning fra grupper som krever spesiell tilrettelegging, herunder barn og unge blir påpekt som kommunens ansvar i Plan og bygningsloven. Gjennom denne prosessen kan befolkningen utvikle et "eierforhold" til planleggingsprosessen i kommunen og bidra til større engasjement hos innbyggerne (St.meld.nr.16. 2002-2003).

Hensynet til befolkningens helse skal ivaretas i kommunens planlegging som følger av både folkehelseloven og plan- og bygningsloven § 3-1 første ledd om at planer skal "fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller". Redusere sosial ulikhet i helse er et tverrsektorielt mål for begge kommuner, og også et nasjonalt mål som er forankret i ulike nasjonale føringer og dokumenter. Blant annet Folkehelselovens primære formål er å utjevne sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2012). Begge kommuner har utfordringer knyttet til sosial ulikhet, og kommune B har uttalt at det reduksjon av sosial ulikhet på tvers av sektorer er noe kommunen har fått til tverrsektorielt. Modellen for helsedeterminanter (Dahlgren & Whitehead, 1991), viser det sammensatte aspektet av ulike faktorer som er med å påvirke helsen. Den viser at ved å påvirke de underliggende faktorene vil kunne bidra betydelig til bedre eller dårligere helse. Deltakerne i prosjektet har en god forståelse for helsedeterminanter og betydningen for sosial ulikhet i helse i deres arbeid. Planleggeren i kommune B trekker frem

tankene rundt boligpolitikk og at det er ulik tilgang til boligområder, men at kommunen på sin side prøver å redusere segregerte områder mellom de rike og fattige. Ulempen ved sosiale helseforskjeller er at de ofte går i arv, forteller folkehelsekoordinatoren i kommune A. Det er vanskelig å komme ut av, slik som at de som har dårligere råd blir boende i boliger med masse støy og dårlig luftkvalitet. Gjennom god planlegging og tilrettelegging kan kommunen bedre folkehelse betydelig (Folkehelseinstituttet, 2016).

7.1.3 Erfaringer knyttet til oversikt som grunnlag for tiltak

Tiltakene som ble satt i gang i begge kommuner er basert på utfordringer som finnes i kommunen og er rettet mot å møte behovene som er der. Noen av tiltakene er også ment for å fremme helse. Kommunen er forpliktet til å iverksette tiltak som møter kommunens helseutfordringer (Folkehelseloven, 2011). Kommune A og B har felles helseutfordringer på områder som sosiale ulikheter, barn og unge. Dermed har kommunene utviklet tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold spesielt for barn og unge, og tiltak som er ment for å redusere sosiale ulikheter i helse. Vanskelige levekår er en stor risikofaktor for helseproblemer (Webster, 2013).

En av helseutfordringer hos Kommune A er lavere skoletrivsel og depresjon og angst hos barn og unge. Det er noe kommunen tar på alvor ved å sette i gang tiltak for å styrke barn og unges psykiske helse og forebygge mobbing ved blant annet å gi tilbud om kurs og turgrupper og sosiale møteplasser. Folkehelsekoordinatoren forteller også om samarbeidet mellom barneskoler og ungdomsskoler i kommunen for å få den overgangen best mulig og gi tett oppfølging for de som har behov. Skolene har et system på å motta meldinger om mobbing som skjer i skolene slik at de kan følge tettere på mobbingen og forebygge dette. Det er viktig at barn og unges oppvekst skal bedres gjennom å forbedre livskvaliteten i barnehager og skoler, ved å sette tiltak som å redusere problemer i overgangen mellom ulike livsfaser (Meld. St. 34, 2012-2013). Kommune A har bl.a. økt tilskudd til barnehager for gratis kjernetid for små barn fra familier med lav inntekt.

“Sykkelby” er et prosjekt med mål om å få sunnere livsstil i befolkningen ved å legge til rette for at det er trygt og attraktivt å sykle i byen. Det viser hvordan lokalsamfunnet kan stimulere for å bedre befolkningens helse, noe som også er hensikten med *The Settlement Health Map* (Barton & Grant) modellen. Et godt miljø kan fremme helse ved for eksempel å oppmuntre til fysisk aktivitet. Av tiltak knyttet til sosial ulikhet i helse trekker folkehelsekoordinatoren i kommune A frem ulike lavterskeltilbud i kommunen rettet mot ulike målgrupper, samt leksehjelp og utstyrsbank som noen eksempler. Et tiltak i en sektor kan påvirke andre samfunnssektorer og få betydning for folks helse i både positiv og negativ betydning (St.meld. nr.16 2002-2003).

Folkehelsekoordinatoren i Kommune B påpeker på at mange kommuner kan være raske til å sette i gang tiltak, men at Kommune B betrakter folkehelse som hele organisasjonens ansvar og påpeker det faktum at reduksjon i sosial ulikhet i helse er et mål på tvers av alle sektorer. Kommunens holdning til folkehelsearbeid og sosial ulikhet i helse kan spores tilbake til tanken om det må forebygges og fremme helse i alle sektorer (Meld. St. 34, 2012-2013, s. 14). Kommune Bs utfordringsbilde viser folkehelseutfordringer knyttet til uføre, sosial ulikhet og levekår og barn i lavinntektsfamilier. Kommunen har ulike prosjekter og tiltak knyttet til levekår og levevaner og ikke minst psykisk helse basert på de helseutfordringene kommunen har. “Nye mønstre og trygg oppvekst” og “interessert læring” nevner folkehelsekoordinatoren som to store prosjekter innen kommunens overordnede mål for folkehelse.

Folkehelsekoordinatoren i begge kommuner innrømmer at det vil være tiltak som de ikke vet om i kommunen, som enten går på å redusere sosial ulikhet eller den generelle befolkningens helse. Ut i fra planleggeres perspektiv, så ligger ansvaret for oversikt over alle tiltak som blir satt i kommunen hos folkehelsekoordinatoren i kommunen. Her er det tydelig uklarerhet rundt hvem som har ansvaret for hva. Folkehelsekoordinatorens argumenterer er at folkehelse er så bredt og tverrfaglig at det er nesten umulig å definere hva som regnes som folkehelse.

7.1.4 Ulike oppfatninger knyttet til utfordringer og muligheter med systematisk folkehelsearbeid

En av de tydeligste utfordringene med systematisk folkehelsearbeid som kommer fram i intervjuet er det siste elementet, evalueringsprosessen. Målet er å kunne vurdere folkehelsearbeidet i kommunen, mål og strategier samt tiltak som er fastsatt (Folkehelseinstituttet, 2017). Folkehelsekoordinatoren i Kommune B uttrykker at kommunens utfordring går mer på implementering av tiltak og tiltak som de vet virker. Evaluering av tiltakene utøves lite i praksis i kommune B. Det er kriterier for å få midler til å utvikle tiltak for å evaluere, noe hun mener er en utfordrende prosess. I Kommune A er ikke evaluering et tema som blir snakket om grunnet mangel på kunnskap og erfaring i feltet. Folkehelseloven (2011) angir heller ingen konkrete krav til hvordan evalueringsarbeidet skal gjennomføres, noe som gjør det enda vanskeligere for kommunene å prioritere evalueringen.

Folkehelsekoordinator i Kommune B betrakter det som en mulighet at folkehelse blir koblet til planlegging gjennom Folkehelseloven og Plan- og bygningsloven. Det betyr at folkehelse skal forankres på politisk nivå og i planer. På denne måten vil koblingen mellom folkehelse og kommuneplanlegging bidra til tverrsektorielt folkehelsearbeid. Intervjudeltakerne mener et tverrfaglig folkehelseforum og samarbeidsgrupper innad i kommuner er en viktig arena for å ivareta folkehelse. Medvirkning er et sentralt verktøy for folkehelsearbeidet, og det som ble påpekt som fremgangsmåten for en åpen og inkluderende prosess i kommuner (Plan- og bygningsloven, 2008).

Det som kom frem under intervjuene var hvordan folkehelse blir oppfattet innad i kommunen. Folkehelsekoordinatoren i Kommune A nevner større fokus på å behandle mer enn å fremme helse, spesielt i helse- og omsorgssektor hvor han sitter. Denne tankegangen er altså en tradisjonell biomedisinsk sykdomsmodell som dreier seg om å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom i stedet for å styrke helsen (Øverby m.fl 2011, s.16). Folkehelsekoordinatoren i Kommune A uttrykker frustrasjon rundt “silotankegang” som han mener er et hinder for

tverrsektorielt folkehelsearbeid. Den tankegangen som ansatte i kommunen har tatt med seg fra den sektoren de sitter i, opplever han som vanskelig å bryte ned.

Intervjudeltakerne ble spurt om faktorer som hemmer folkehelsearbeidet på tvers, og hva som trengs mer av i kommunen for å kunne nærme seg prinsippet om “helse i alt vi gjør”. Da kom det frem at politisk vilje til å tenke forebygging og helsefremming er noe kommunene kunne hatt mer i praksis. Til syvende og sist er det politikerne som tar beslutninger.

Folkehelsekoordinatoren i Kommune B mener at folkehelsekoordinatorer og deres stilling kunne blitt løftet frem og synliggjort mer, og Folkehelseloven sier ikke noe om folkehelsekoordinatoren sitt ansvar. Hun lufter også ideen om at folkehelserådgiver burde bli innsatt i hver eneste sektor for at kommunen skal bli flinkere på tverrsektorielt folkehelsearbeid og på tiltak.

Folkehelsekoordinator i Kommune A trekker frem kunnskap om folkehelse hos både politikere og administrasjon i kommunen som viktige elementer. Men hvordan dette kan gjennomføres synes han det er vanskelig å svare på. For han funker ikke “helse i alt vi gjør” i praksis, altså tanken om at folkehelse skal inn i all politikk og planer. Han sier at det er for mange hensyn å ta og lite realistisk, men påpeker at det er en bra visjon.

8.0 Oppsummerende konklusjon

I denne studien har jeg gjennomført en casestudie av to kommuner. Hensikten er å kunne få en større innsikt i hvordan kommunene opplever koblingen mellom folkehelsearbeid og kommuneplanlegging gjennom systematisk folkehelsearbeid. Innledningsvis presenterte jeg tanken som er presentert i Folkehelseloven og hvordan internasjonale organisasjoner som WHO har blitt inspirasjonskilde til denne tankegangen. Folkehelsearbeidet har da blitt et mer samfunnsrettet arbeid. Tufte (2013) problematiserte at svært få kommuner har en robust nok organisasjon til å løse oppgavene som følger med Folkehelseloven. Han mente at kommunene må tilpasse seg den forståelsen av folkehelse som blir presentert i Folkehelseloven. Folkehelseloven legger opp til et systematisk folkehelsearbeid som en arbeidsform når kommuner skal arbeide etter Folkehelseloven.

I denne studien fant jeg ut at forståelsen av folkehelse er et viktig utgangspunkt i kommunens folkehelsearbeid. Ulik forståelse av folkehelsearbeid i kommunen generelt kan forklares med en tradisjonelt biomedisinsk sykdomstradisjon hvor fokuset er å fjerne og/eller redusere risikofaktorer for sykdom (Øverby m.fl 2011, s.12). Ulike forståelser av folkehelse vil sannsynligvis påvirke hvordan kommunene jobber med folkehelsearbeid og hva som blir prioritert videre. Kommunene har etablert oversikt over helsetilstand i kommunen og det har vært grunnlaget for folkehelsearbeidet i kommunene. Koblingen mellom folkehelse og kommuneplanlegging oppleves ulikt mellom kommunene, og graden av å kunne leve opp til lovens forventninger varierer. Resultatene tyder også på at det trengs mer politisk vilje og bevisstgjøring hos politikerne og i organisasjonen. Sosial ulikhet i helse er et viktig og omdiskutert tema i begge kommuner og det finnes ulike etablerte tiltak i begge kommuner på tvers av sektorer. Folkehelsearbeid på tvers har blitt forsterket gjennom etablerte folkehelseforum eller grupper innad i kommunen.

Deltakerne har ulike holdninger til “Helse i alt vi gjør” prinsippet. Igjen, hvilken oppfatning vi har av folkehelsearbeid har mye å si i forhold til kommunens visjon på folkehelsefeltet. Resultatene tyder også på at tiltak som de vet virker, og evaluering av folkehelsearbeidet i kommunen har vært den mest utfordrende delen i systematisk folkehelsearbeid. Gjennom min studie har jeg lært at koblingen mellom folkehelse og planlegging handler om å lage gode planer i kommunen som tar hensyn til befolkningens helse. Noen kommuner kan være bedre rustet enn andre til å takle oppgaver som følger med folkehelseloven.

Referanser

Barton, H. & Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *J R Soc Promot Health*, 126 (6): 252-3.

Bryman, A., & Bell, E. (2011). *Business research methods*. Toronto: Oxford University Press.

Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier 2007:14. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier.

Falleth, E (2012). Introduksjon til norsk planlegging. I: Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T. & Kristiansen, R. (2012). *Utfordringer for norsk planlegging: kunnskap, bærekraft, demokrati*. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.

Falleth, E (2012). *Fra byplanlegging til samfunnsplanlegging*. Hentet fra <http://www.kommunetorget.no/Planlegging/Kronikk-og-debatt-2/ny-artikkel/>

Falleth, E., & Johnsen, K.B (2001). *Kommune- og økonomiplanlegging. Hva gjør kommunene?* Prosjektrapport 2001:20. Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning.

Folkehelseinstituttet (2016). *Evaluering av folkehelseiltak i kommunene*. Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/folkehelseiltak/om-evaluering-av-folkehelseiltak/>

Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) av 01.01.2012. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Folkehelseinstituttet (2016). *Miljøet vi lever påvirker helse på godt og vondt*. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/helse/miljoet-vi-lever-i-pavirker-helsa-p/>

Gilje, N., & Grimen., H. (2011). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. 14.utg.* Oslo: Universitetsforlaget AS.

Grahn, P. (1993). *Planera för bättre hälsa*. I: B. Kullinger og U.-B. Strömberg (red.): *Planera för en bärkraftig utveckling. 21 nordiska forskare ger sin syn*. Stockholm: Bygghälsorådet.

Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: fagbokforlaget.

Hanssen, G. S., Langeland, O. & Klausen, J. E. (2012). *Det Regionale Norge 1950-2050*. Oslo: Abstrakt forlaget.

Helgesen, M. K. (2012). *Styring av folkehelsepolitikk i relasjonen mellom stat, fylke, fylkeskommuner og kommuner*. I: Det Regionale Norge 1950-2050, s. 257-279.

Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet (2017). *Systematisk folkehelsearbeid*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/systematisk-folkehelsearbeid#mål-og-strategier>

Helsedirektoratet. (2015). *Lokalt folkehelsearbeid*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/lokaltfolkehelsearbeid>

Helsedirektoratet. (u.å.). *Risiko- og beskyttelsesfaktor*. Hentet fra <http://tidliginnsats.forebygging.no/Risiko-og-beskyttelsesfaktorer/V>

Helsedirektoratet (2011). *Folkehelse i planlegging*. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid/helse-i-plan/Sider/default.aspx>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *St.meld. nr.16 (2002-2003), Resept for et sunnere Norge: folkehelsepolitikken*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), Lutzen

Malterud, K. (2003). *Kvalitative forskningsmetoder innen medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mehmetoglu, M. (2004). *Kvalitativ metode for merkanthile fag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Meld. St. 34 (2012-2013). (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Paulssen, E., & Moltumyr, A (2015). *Medvirkning og samarbeid*. Hentet fra <http://www.kommunetorget.no/Temaomrader/Folkehelse/Hva-og-hvorfor-folkehelse/Medvirkning-i-folkehelse--og-planarbeidet/>

Plan- og bygningsloven. (2008). Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) av 27. juni 2008. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>

Regjeringen (2009). § 10-1. Kommunal planstrategi. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/kmd/veiledninger_brosjyrer/2009/lovkommentar-til-plandelen-i/kapittel-10-kommunal-planstrategi/-10-1-kommunal-planstrategi/id556778/

Riksrevisjonen (2015). *Riksrevisjonen undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*. Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2014-2015/dok3-201415-011.pdf>

Silverman, D. (2011). *Interpreting Qualitative Data. A guide to the principles of qualitative research*. I T. Thagaard, *Systematikk og innlevelse* (s. 95). Bergen: fagbokforlaget.

St.meld. nr. 20 (2006-2007). (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Sletteland, N., & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

St.meld.nr.47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tufte, G. (2001). Ta hensyn til helse i alt vi gjør. *Fredrikstad Blad*. Hentet fra <https://www.f-b.no/nyheter/nyheter/ta-hensyn-til-helse-i-alt-vi-gjor/s/2-2.952-1.7761916>

Wester, G. (2013). Rettferdig fordeling av helse?. *Rus og samfunn*, 7(1/2013), 32-35. Hentet fra https://www.idunn.no/rusos/2013/01/rettferdig_fordeling_av_helse

WHO (1948). Hentet fra <https://www.who.int/about/difinition/en/print.html>

WHO (1986). Ottawa charter. Hentet fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1

Yin, R. (2009). Case study Research: design and methods. *Thousand Oaks, ca: Sage*.

Østbye, H., Helland, K., Knapkog, K., Larsen, L.O., & Moe, H. (2013). *Metodebok for mediefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Øverby, N. C., Thorstveit, M. K., & Høigaard, R. (2011). *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T. & Kristiansen, R. (2012). *Utfordringer for norsk planlegging: kunnskap, bærekraft, demokrati*. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforl

Vedlegg 1 Forespørsel

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Tittel på studien: Folkehelse og kommunal planlegging

Bakgrunn og hensikt: Dette studiet søker å få kunnskap om hvordan kommuner bruker folkehelsestatistikk i plan- og beslutningsprosesser og hvordan koblingen mellom folkehelse og kommunal planlegging gjennom det systematiske folkehelsearbeidet oppleves i kommunen. Problemstillingen for studie er følgende; Hvordan oppleves koblingen mellom folkehelse og kommuneplanlegging gjennom systematiske folkehelsearbeid i kommunen? Dette prosjektet er en masterstudie på 60 studiepoeng ved Universitetet i Agder (UiA).

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

Hva innebærer studien: Deltakelsen i studien innebærer at du kan delta på et dybdeintervju med en varighet på rundt en time. Du vil kunne få intervjuguide i forkant av intervjuet hvis det er ønskelig. Spørsmålene vil omhandle hvilke tanker du har rundt temaer som folkehelse som helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid og betydningen av folkehelsekunnskap i kommunal planlegging.

Hva skjer med informasjonen om deg ?

Deltakelsen i prosjektet er helt anonymt. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Under intervjuet vil det bli benyttet digital lydopptaker. Opptaket skal bli behandlet og skal ha tilgang kun av studenten. I publikasjonen vil du som deltaker bli referert til med yrkestittel i kommune A eller B. Du som deltar i studien vil mulig kunne gjenkjenne deg selv og din egen kommune.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. Mai 2018. Etter denne datoen vil alle notater og lydopptaket og andre opplysninger knyttet til prosjektet bli slettet.

Hvis du sier ja til å delta i studien, gir du også ditt samtykke til at opplysninger:

1) Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg:

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

2) Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Tin Hlawn på mail: tinih13@uia.no , eller telfon: 93880138. Veiler og biveileder for prosjektet er Dagrun Engeset som kan kontaktes på mail: dagrun.engeset@uia.no eller telefon: 93000205 og Tormod Bjørkkjær på mail: tormod.bjorkkjær@hvl.no .

Studien er meldt til fakultetets etiske komité (FEK) for en etisk vurdering og til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg bekrefter å ha fått og forstått informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2 Intervjuguide

Tusen takk for at du ville stille til intervju. Dette prosjektet er helt frivillig, anonymt og du kan når som helst trekke deg fra prosjektet. Temaet for intervjuet er folkehelse og kommunal planlegging. Folkehelseloven legger opp til et systematisk folkehelsearbeid som innebærer oversikt over folkehelsesituasjonen, planforankring av mål, samt tiltak og evaluering av kommunens folkehelsearbeid på lang og kort sikt. Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i kommunen skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi. Videre, bør analyse av helseoversikt danne grunnlag for valg av overordnede mål og innsatsområder i hver periode. Jeg er interessert i dine erfaringer i forbindelse med dette temaet.

Oppvarmingsspørsmål

1. Hva slags stilling har du i kommunen og hva innebærer den? 2. Hvor lenge har du hatt denne stillingen? 3. Hva mener du er de viktigste arbeidsoppgaver i ditt arbeid? 4. Hvordan er din stilling relevant for folkehelsearbeid i kommunen? 5. Hvem/hvilke etater samarbeider du mest med i kommunen?

Tema 1. Folkehelsearbeid (helsefremming og sykdomsforebygging)

1. Hva legger du til i begrepet folkehelsearbeid?
2. Hvor stor betydning har folkehelseloven i ditt arbeid?
3. Hvordan jobber din kommune for å fremme helse og forebygge sykdom? 4. I hvilken grad kommer dette også frem i planleggingen?

Tema 2. Sosial ulikhet i helse

1. Hva legger du til i begrepet sosial ulikhet i helse?
2. Hvilke utfordringen har kommunen i forhold til sosial ulikhet i helse?
3. Hvordan jobber kommunen for å utjevne sosiale ulikheter i helse? (konkrete eksempler/tiltak i også i kommunalplanlegging)

Tema 3. Folkehelseprofiler som grunnlag for folkehelsearbeid og kommunalplanlegging

1. Har du kjennskap til folkehelseprofilen i denne kommunen?
2. Hvordan vil du beskrive helsetilstanden til innbyggerne i denne kommunen? (positivt, negativt, utfordringer)
3. Hvordan kobler du sammen folkehelsearbeid og kommunal planlegging? (Eksempel i forhold til fysisk aktivitet, psykisk helse)
4. Hvilken betydning har folkehelseprofilene og andre folkehelsestatistikk i forhold til kommunal planlegging og beslutningsprosesser i din kommune?
5. Hva er begrensninger/utfordringer knyttet til koblingen mellom folkehelsearbeid og kommunal planlegging?

Avsluttendespørsmål

1. Hva er begrensninger med systematisk folkehelsearbeid i kommunen? (faktorer som fremmer/hemmer kommunens folkehelsearbeid på tvers)
2. Hva slags kunnskaper og erfaringer trengs i kommunen for at den skal kunne nærme seg prinsippet om ”helsen i alt vi gjør”? 3. Hvem mener du har hovedansvaret for bedre helsen i befolkningen og innbyggerne i kommunen?

Dagrunn Engeset
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 01.12.2017

Vår ref: 56629 / 3 / LH

Deres dato:

Deres ref:

Vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning § 31

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 16.10.2017 for prosjektet:

<i>56629</i>	<i>Folkehelse og kommunal planlegging</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Dagrunn Engeset</i>
<i>Student</i>	<i>Tin Hlawn</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er meldepliktig og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av personopplysningsloven § 31. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Vi forutsetter at du ikke innhenter sensitive personopplysninger.

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

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

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

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

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

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

Ved prosjektslutt 12.05.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

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

Marianne Høgetveit Myhren

Lise Aasen Haveraaen

Kontaktperson: Lise Aasen Haveraaen tlf: 55 58 21 19 / Lise.Haveraaen@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Tin Hlawn, htiniang@gmail.com



UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalget består av folkehelsekoordinator eller tilsvarende stilling og ansatte i planavdelingen med minst to år erfaring. Personvernombudet forutsetter at frivillighet, taushetsplikt og konfidensialitet blir ivaretatt under rekruttering av utvalget.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er greit utformet, men vi ber om at følgende setning fjernes: "Deltakelse i prosjektet er helt anonymt". Dette fordi du skal samle inn navn, epost og telefonnummer, samt jobbtittel, stilling og kommune. Dette er behandling av både direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger, og undersøkelsen er derfor ikke anonym.

Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.no før utvalget kontaktes.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PUBLISERING

Det opplyses om at informantene kan være gjenkjennbare i den ferdige oppgaven. Personvernombudet legger til grunn at det foreligger eksplisitt samtykke fra den enkelte til dette. Vi anbefaler at informantene får anledning til å lese igjennom egne opplysninger og godkjenne disse før publisering.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 12.05.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak