



FOLKEHELSE.  
NASJONALPOLITISKE FØRINGER OG  
KOMMUNAL VIRKELIGHET.

Case fra Malvik kommune

Av

Frank Johansen og Hilde Steen

Avhandling avlagt ved  
Handelshøjskolen i København for graden  
Master of Public Administration 2014

# SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV MASTER-/BACHELOR- /KANDIDAT- OG PROSJEKTOPPGAVER

Forfatter(e): Frank Johansen og Hilde Steen

---

Tittel: \_Folkehelse, nasjonalpolitiske føringer og kommunal virkelighet

---

Studieprogram: MPA 2012-2014\_\_\_\_\_

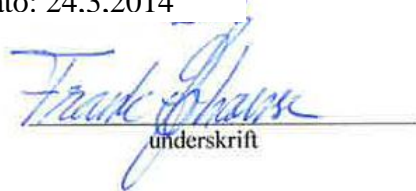
Kryss av:

Vi/jeg samtykker i at oppgaven gjøres tilgjengelig på høgskolens bibliotek og at den kan publiseres på internett i fulltekst via BIBSYS Brage, HiNTs åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: \_\_\_\_\_

Dato: 24.3.2014

  
underskrift

  
underskrift

## **Forord**

Samhandlingsreformen startet 1. januar 2012 med to nye lover og en rekke faglige og økonomiske virkemidler. Fra media ser vi at helsesektoren og kostnader knyttet til behandling får all oppmerksomhet. At Samhandlingsreformen er todelt kommer i liten grad fram. Målene med reformen er «et mer effektivt helsevesen» og «en friskere befolkning». Vi er som ansatte i Arbeids og velferdsdirektoratet og Malvik kommune begge opptatt av det siste målet. Vi har mange års erfaring fra arbeid med dette og ser at her er det behov for ny medisin. Det bør skje en dreining fra å behandle sykdom og skader, eller forebygge smalt mot for eksempel røyking og overvekt mot helsefremming som bidrar til at hele befolkningen får bedre helse og slipper å bli syke.

Denne masteravhandlingen er slutten på nesten 2,5 års studium. Temaet vi undersøker har stor relevans til arbeidet vi har, og det har gitt oss anledning til å fordype oss i et tema som vi er opptatt av til daglig. Undersøkelsen har allerede ført til endringer i arbeidsmåten i Malvik kommune, noe vi antar gir enda bedre utnyttelse av ressursene i kommunen for å fremme folkehelsa. Vi har ikke kommet i mål med dette arbeidet uten støtte fra arbeidsgivere. Vi har intervjuet seks dyktige medarbeidere i Malvik kommune som har delt sine erfaringer med oss. Takk til dere alle!

Vi vil også takke vår veileder Geir Hyrve som har stilt opp med svar på alle henvendelser både seint og tidlig, hverdag og helg, for god støtte og tålmodig veiledning gjennom hele arbeidsprosessen.

Takk til venner og familie som har utvist stor tålmodighet med til tider asosiale studenter med smalt fokus i flere år!

Trondheim og London 20.3.2014

Frank Johansen og Hilde Steen

## Abstract

Public health is a very relevant issue in Norway. In particular, we see that the average annual growth in the state's health budget is alarmingly high. This is indeed disturbing because such a rise may eventually threaten a sustainable development. Alternatively, we might be forced into a situation in which we must determine priorities that contrast the basic values of the Norwegian welfare model as we know it.

Empowerment in public health is a critical success factor both from a patient perspective and from an economic perspective, and society's expectations regarding the effects of community empowerment in public health is substantial.

In 2011 Norway's Minister of Health stated that *"People's health is one of society's most important resources. Therefore, we must think of health in all we do!"*

In this paper we look at how public health issues have recently been implemented in legislation. Today, the focus is on a cross-sectoral, interdisciplinary collaboration across all levels of government.

Land planning is an important tool for the municipality when it comes to implementing measures to improve public health. It is in the municipality that we get the "moment of truth" in which one discovers whether the good intentions are realized or not.

The case in our study is the land planning department in the municipality of Malvik. Our goal was to examine how public health issues in health legislation is promoted in the administrative land planning.

We interviewed six key players, all of them employed by the municipality, and all of them involved in land planning. In the analysis we used the theory of public health, on legislation and guidelines, about stakeholders and power. We believe that we have gained new knowledge about land planning in Malvik. We also gained knowledge about the decision making process and the different aspects of power that is present in the planning department.

We also found that interdisciplinary collaboration is vital in land planning and innovative thinking about public health. In summary, we think that there is a great potential in land planning in order to facilitate healthy choices.

## Innhold

1. Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn for studien.....	9
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	10
1.3 Oppgavens oppbygging og avgrensing.....	11
2. Viktige begreper i det empiriske felt.....	12
2.1 Hva er folkehelsearbeid?.....	12
2.2 Folkehelse, juridisk forankring.....	16
2.3 Malvik kommune.....	20
2.3.1 Virksomheten Areal og samfunnsplanlegging i Malvik kommune.....	24
2.3.2 Folkehelsearbeid i Malvik kommune.....	25
3. Teori om planlegging og makt.....	29
3.1 Planlegging.....	29
3.2 Folkehelse i Reguleringsplan.....	31
3.3 Interessentmodellen.....	32
3.4 Makt og deltagelse.....	33
4. Metode.....	40
4.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming.....	40
4.1.1 Ontologi.....	40
4.1.2 Epistemologi.....	41
4.2 Valg av forskningsdesign.....	42
4.2.1 Induktivt versus deduktivt design.....	42
4.2.2 Intensivt kontra ekstensivt design.....	43
4.2.3 Case-studier.....	44
4.3 Metode for datainnsamling.....	45
4.3.1 Intervju og spørreundersøkelse.....	45
4.3.2 Spørreskjema.....	47
4.4 Analyse av data.....	47
4.5 Kritisk refleksjon, pålitelighet, gyldighet og overførbarhet.....	48
5. Hvordan blir folkehelselovens intensjoner ivaretatt i arbeidet med reguleringsplaner?..	51
5.1 Interessenter og begrepsforståelse.....	51

5.1.1 Forståelse av begrepene folkehelse og folkehelse arbeid.....	55
5.1.2 Interessenter .....	56
5.1.3 Bidrags-belønningsforhold.....	59
5.2 Beslutningsprosess .....	61
5.2.1 Hvem er aktørene og hvordan oppfatter de sine roller i forbindelse med å fremme folkehelse i reguleringsplanene? .....	62
5.2.2 Beslutningsarenaer og makt .....	66
6. Sammendrag og konklusjoner .....	82
7. Referanseliste .....	87
Vedlegg 1: e-postforespørsel.....	89
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	90
Vedlegg 3: Holdningsundersøkelse.....	92

## 1. Innledning

Vi er to studenter ved Master of Public Administration, Handelshøyskolen i København (CBS), som jobber i henholdsvis økonomiavdelingen i Arbeids og velferdsdirektoratet og i Virksomhet Areal og samfunnsplanlegging i Malvik kommune.

Denne masteravhandlingen handler om i hvilken grad arbeidet med reguleringsplaner i en kommune bidrar til intensjonene med folkehelsereformen. Da vi skulle velge tema for masteravhandlingen vår var temaet folkehelse et naturlig valg. Hildes bakgrunn fra helsesektoren og Franks fra teknisk sektor gjør at vi synes vi sammen har bakgrunn som utfyller hverandre på en god måte i vår undersøkelse.

I kjølvannet av Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009) har det kommet flere lovendringer som skal ivareta folkehelseperspektivet samt en ny folkehelselov. Tidligere helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm Eriksen i Stoltenberg II regjeringen sa det slik da hun 8. april 2011 la fram forslaget til ny folkehelselov (Prop. 90 L, Lov om folkehelsearbeid):

*«I forslag til ny lov om folkehelsearbeid får kommunene plikt til å forebygge sykdom. Folks helse er blant samfunnets viktigste ressurser. Derfor må vi tenke helse i alt vi gjør!»*

*Anne-Grete Strøm-Erichsen 2011  
Helse og omsorgsminister*

Folkehelse er definert i folkehelseloven (§ 3), som befolkningens helsetilstand og hvordan den fordeler seg i en befolkning, videre er folkehelsearbeid definert som 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.

I proposisjonen (Prop.90 L, lov om folkehelsearbeid) forklares det at intensjonen med ny folkehelselov er å legge til rette for en samfunnsutvikling som styrker folkehelsen og utjevner sosiale forskjeller i helse og levekår. Et overordnet mål er flere leveår med god helse i befolkningen. Proposisjonen peker på at befolkningens helse er blant samfunnets viktigste ressurser og at det fortsatt er stort potensial i å fremme og forebygge sykdom og for tidlig død. Regjeringen skriver at det er et samfunnsansvar å bidra til god helse i hele befolkningen og hvordan vi utvikler samfunnet har stor betydning for den enkelte. Det pekes på at god helse hos den enkelte øker muligheten for livsutfoldelse. I lovforslaget går det fram at alle grupper

de siste 20 årene har fått bedre helse, uavhengig av utdanningslengde og inntekt, og levealderen har økt. I stortingsmeldingen vises det videre til at mangel på tilstrekkelig vilje og evne til å utvikle nye løsninger vil føre oss inn i en situasjon der valget vil stå mellom to ikke-ønskelige alternativer. Utviklingen vil enten blir en trussel mot hele samfunnets bæreevne eller over tid føre til at vi må ta prioriteringsbeslutninger som bryter med de grunnleggende verdiene i den norske velferdsmodellen.

Ny folkehelselov, datert 2011-06-24-29 har i formålparagrafen (§1) regler som skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Det er et krav at folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. For å løse dette er det en ambisjon at loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid og den peker spesielt på kommuner, fylkeskommune og statlige myndigheter som aktører (§ 2 første ledd). Det er dermed plassert ansvar for folkehelse på alle sektorer og alle nivåer i forvaltningen samtidig som vi ser at vektingen av sosiale påvirkningsfaktorer innebærer en dreining av folkehelsearbeidet fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv.

Sykdomsperspektivet tar gjerne utgangspunkt i bestemte sykdommer eller tilstander mens påvirkningsperspektivet fokuserer mer på faktorer som påvirker helsen. Vi ser her konturene av en ny folkehelsepolitikk som er samfunnsrettet med tiltak i alle sektorer der målet er å legge til rette for at innbyggerne skal kunne gjøre sunne valg. Gode oppvekst- og levekår og utvikling av et samfunn som fremmer fellesskap, trygghet og trivsel blir sentralt. Folkehelseperspektivet må forankres i plan- og styringssystemer i samfunnsplanleggingen slik at det i større grad blir synliggjort. Vi tenker at bevisstgjøring av den enkelte medarbeider i sektorer som ikke har tradisjon for å tenke folkehelse må prioriteres for at dette skal bli omsatt til virkelighet. Dette er en forutsetning for å kunne møte helseutfordringene før de legger beslag på kapasitet i helsetjenesten.

I folkehelseloven (kap 3) om miljørettet helsevern, plasseres ansvar på statlige og regionale myndigheter. Statlige myndigheter skal i sin virksomhet vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant (§ 22). Fylkesmannen skal bidra til å iverksette nasjonalpolitikk på folkehelseområdet og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom råd og veiledning til fylkeskommuner og kommuner (§23). Helsedirektoratet skal følge med på forhold som påvirker folkehelsen og bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være en pådriver for kunnskapsbasert



folkehelsearbeid, blant annet gjennom utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid og bidra bredt med råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Direktoratet skal også samarbeide med Nasjonalt folkehelseinstitutt om å gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer (§24). Videre gir loven en relativt detaljert gjennomgang av folkehelseinstituttets ansvar om overvåking av utviklingen av folkehelsen, utarbeide oversikter over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer, samt drive forskning. Folkehelseinstituttet skal gjøre informasjonen tilgjengelig og bistå med råd og veiledning.

## **1.1 Bakgrunn for studien**

Vi har valgt å se på en kommune og hvordan folkehelsearbeid utføres der. Vi har lagt undersøkelsen til Malvik kommune i Sør-Trøndelag. Folkehelseloven (kap. 2) kommunens ansvar, beskriver kommunenes rolle i folkehelsearbeidet. 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. Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Andre oppgaver er å medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor (§4). Kommunen skal ha oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne. Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller (§5). Plan og bygningsloven regulerer kommunal planlegging. Formålet med loven framgår av § 1 og er blant annet at loven skal fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner. Loven har bestemmelser om hva som er nasjonalt, regionalt, interkommunalt og kommunalt ansvar. Plan og bygningsloven er ofte omtalt som en prosess-lov fordi den har sterke føringer på involvering, medvirkning og hvordan planer skal utarbeides. Den sikrer åpenhet, forutsigbarhet og legger til rette for at alle nødvendige hensyn kan bli ivaretatt i en planprosess. I loven kreves det at kommunen skal ha en kommuneplan som omfatter samfunnsdel med handlingsdel og arealdel. For nærmere beskrivelse av lovens innhold og om plansystemet, se kapittel 2.1.3 og figur 2.5 side 22. Det framgår av § 12-1 i plan og bygningsloven at en reguleringsplan er et arealplankart med tilhørende bestemmelser som angir bruk, vern og utforming av arealer og fysiske omgivelser og når det kreves utarbeidet

reguleringsplan. Det kreves for eksempel reguleringsplan for gjennomføring av større bygge- og anleggstiltak og andre tiltak som kan få vesentlige virkninger for miljø og samfunn. Vi har lagt vår oppgave til teknisk sektor og vil se på hvordan arbeidet med reguleringsplaner bidrar til å løse folkehelselovens intensjoner. Videre har vi lagt undersøkelsen til Malvik kommune. Reguleringsplaner ivaretar mange hensyn i samfunnsutviklingen. Her legges føringer for fysisk planlegging og det er rom for å sikre hensyn som kan bidra til fremming av folkehelsa uten at det behøver å påføre kommunen merkostnader. Reguleringsplaner er viktige i forhold til oppvekst- og bomiljø, her legges føringer i forhold til infrastruktur, hvor boliger legges i forhold til offentlige og private tjenester, gang og sykkelveier, lekeplasser osv. Bestemmelser til planen styrer hvordan bygg kan utformes, antall etasjer og høyder, utnyttelsesgrad for arealer osv. Gjennom god planlegging kan man ivareta at hensyn til støv, støy, utsikt, møteplasser, tilgang til friluftsområder og mye mer. Regler for utvikling av reguleringsplanene er i plan og bygningsloven med tilhørende forskrifter. Slik vi ser det er plan og bygningsloven kanskje den viktigste loven for fremming av folkehelsen i Norge. Mange av folkehelselovens intensjoner kan ivaretas gjennom god fysisk planlegging hvis alle involverte er bevisste på nødvendigheten av å tenke folkehelse innenfor sitt fagansvar.

## **1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål**

I folkehelseloven legges det føringer for folkehelsearbeidet i Norge. Ansvaret fordeles ut på statlige- regionale og kommunale myndigheter. Vi har lyst til å finne ut mer om i hvordan det ligger til rette for å ivareta intensjonene i folkehelseloven og har valgt å avgrense oss til å forske på arbeidet med reguleringsplaner i Malvik kommune. Vi gjennomførte studien som en casestudie og har intervjuet 6 medarbeidere som vi har vurdert som sentrale i arbeidet med folkehelse i reguleringsplaner. Interessentmodellen og maktteori er utgangspunkt for vår analyse. Vår problemstilling er:

***Hvordan ivaretas folkehelselovens intensjoner om å fremme folkehelsa i arbeidet med å utforme reguleringsplaner i Malvik kommune?***

Vi deler opp problemstillingen i to forskningsspørsmål med fokus på interessenter, og makt, der det første spørsmålet er:

*«Hvem er de sentrale interessentene når det gjelder å integrere folkehelseperspektivet i kommunens reguleringsplaner»*

Kunnskap om interesser er sentralt for å finne ut noe hvilke samarbeidsområder som er relevante i arbeidet. Vi bruker empirien for å forstå hvordan våre informanter forstår begrepet folkehelse og forstå hvilke fagområder de meder er relevante i arbeidet. Når vi finner ut

hvilke fagområder som er relevante kan vi bruke den kunnskapen til å forstå hvilke interessenter som finnes og vi kan se på hvordan disse samhandler i arbeidet med folkehelse i reguleringsplaner. Vi vil bruke interessentmodellen og motivasjonsteori i dette arbeidet som skal gi oss grunnlag til å gå videre til det andre forskningsspørsmålet:

*«Hvordan ser beslutningsprosessen ut når det gjelder å integrere folkehelseperspektivet i kommunens reguleringsplaner?»*

Vi vil forske på beslutningsprosessene for å lære mer om hvilke arenaer som finnes, om hvor beslutningene tas i arbeidet med reguleringsplaner og hvordan makt utøves der. Da kan vi finne ut om interessentene i folkehelsearbeidet er representert, om det ligger til rette for at de skal få synliggjort sine standpunkter i arbeidet med reguleringsplanene og om det ligger til rette for at de skal få gjennomslag for sine synspunkter. Teori om planlegging og makt vil stå sentralt i dette arbeidet. Vi vil også trekke inn annen relevant teori underveis i analysen.

### **1.3 Oppgavens oppbygging og avgrensing**

Vi har avgrenset oss til å se på hvordan intensjonene i folkehelseloven ivaretas i en kommunes arbeid med reguleringsplaner. Vi har forsket på hvordan administrasjonen arbeider for å finne ut mer om hvordan folkehelsearbeidet ivaretas i arbeidet med å sikre så gode saksframlegg som mulig til politisk behandling. Vi har ikke vurdert innholdet i reguleringsplaner og vi har ikke sett på den politiske prosessen eller resultatet av politikernes behandling av sakene. Undersøkelsen er gjennomført i Malvik kommune og vi avgrenser oppgaven til det administrative arbeidet med reguleringsplaner i Malvik kommune.

I kapittel 1 har vi beskrevet litt om bakgrunnen for at folkehelsearbeidet skal prioriteres, hvilke føringer som gjelder, og hvordan vi har kommet på å forske på akkurat dette. I kapittel 2 beskriver vi de viktigste begrepene og konteksten. Kapittel 3 er en gjennomgang av de viktigste teoriene vi har lagt til grunn. Dette er teori om planlegging, interessentmodell og makt og deltagelse. I kapittel 4 beskrives metoden mens kapittel 5 er analyse og drøfting. Vi tar utgangspunkt i intervjuer som vi har gjennomført og viser først hvilke interessenter informantene peker på som sentrale i arbeidet for så å holde dette opp mot nasjonale føringer for å se hvilke interesser som bør ivaretas knyttet til folkehelse i reguleringsplaner, videre har vi forsket på hvilke beslutningsarenaer som finnes og hvordan aktørene utøver makt for å påvirke beslutningene. Til sist i kapittel 6 prøver vi å sy det hele sammen i et sammendrag med våre viktigste funn og noen konklusjoner.

## 2. Viktige begreper i det empiriske felt

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å styrke helse og trivsel, redusere faktorer som medfører helserisiko og beskytte mot ytre helsetrusler (folkehelse rapporten 2010). Her inngår arbeid i alle sektorer på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Vi har valgt å gjøre vår undersøkelse på i hvordan grad folkehelselovens intensjoner ivaretas i arbeidet med reguleringsplaner i en kommune. Vi bruker Malvik kommune i Sør-Trøndelag som case og retter vårt arbeid mot aktørene i dette arbeidet i Malvik kommune. Alle deltagerne i arbeidet er ansatt i administrasjonen i kommunen. Ansvar for saksbehandling av reguleringsplaner ligger til virksomhet Areal og samfunnsplanlegging (ARESAM), og de øvrige aktørene som vi har intervjuet er ansatt i virksomhet Kultur eller direkte underlagt Rådmannen. I dette kapittelet vil vi først gjøre rede for hva folkehelsearbeid er generelt og juridisk forankring for dette før vi presenterer kommunen, virksomheten ARESAM, for så å beskrive folkehelsearbeidet i Malvik kommune spesielt.

### 2.1 Hva er folkehelsearbeid?

Folkehelsearbeid er «*samfunnets samlede innsats for å styrke faktorer som fremmer helse og trivsel, reduserer faktorer som medfører helserisiko og beskytte mot ytre helsetrusler*»(folkehelse rapporten 2010). Det er en uttalt målsetting at folkehelsearbeidet skal bidra til jevnere sosial fordeling av forhold som påvirker helsen, noe som krever sektorovergrepene tiltak (St.meld. nr.20. 2006-2007).

Folkehelsearbeidet skjøt fart i opplysningstiden. Dette førte til en avgjørende bedring av folkehelsen i Europa (Mæland 2012). Arbeidet var motivert av de helsemessige utfordringene som kom i kjølvannet av den industrielle revolusjon. Nye naturvitenskapelige funn og økonomisk fremgang var også faktorer som spilte inn. Ingeniører og samfunnsplanleggere sørget blant annet for bedre vanntilførsel og renovasjon. Mot slutten av 1800-tallet førte ny kunnskap innen bakteriologi, infeksjonssykdommer og ernæringsrelaterte sykdommer til store fremskritt i det forebyggende helsearbeidet. Arbeidet for en bedre folkehelse skjøt veldig fart tidlig på 1900-tallet, drevet frem av medisinen, folkeopplysningsbevegelser og frivillige organisasjoner, og det er verdt å merke seg at folkehelsearbeidet tidlig tok i bruk et bredt spekter av samfunnsmessige virkemidler, som helseopplysning, reguleringer og lovforbud (Mæland 2012).

Det har etterhvert skjedd en dreining fra fokus på sykdomsforebyggende arbeid til et fokus på helsefremmende arbeid. På den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid, i Ottawa i 1986, ble det utformet et charter der helsefremmende arbeid defineres som

«prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse». Ottawa-charteret bygger på fem «hovedsøyler» (forebygging.no).

- Å bygge opp en sunn helsepolitikk. Det vil si at alle bestemmende organer, på alle områder og på alle nivåer må sette helse på dagsorden.
- Å skape et støttende miljø. Man må skape trygge, stimulerende, tilfredsstillende og trivelige leve- og arbeidsforhold.
- Å styrke lokalmiljøets muligheter for handling. Man må styrke lokalsamfunnet når det gjelder å prioritere, avgjøre, planlegge tiltak og gjennomføre dem for å kunne oppnå en bedre helse.
- Å utvikle personlige ferdigheter. Man må støtte personlig og sosial utvikling ved å sørge for informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestringsteknikker.
- Å tilpasse helsetjenesten. Helsesektorens rolle må i økende grad bevege seg i en helsefremmende retning, utover ansvaret for å yte kliniske og kurative tjenester.

Noen ser helsefremmende og problemforebyggende arbeid som to atskilte, men komplementære virksomheter, som overlapper hverandre i forskjellige situasjoner og under varierende forhold (forebygging.no).

I henhold til Mæland bygger det helsefremmende arbeidet på en sosial modell for helse og helsepåvirkning. Helse betraktes ikke som et mål i seg selv, men heller som et middel for å nå andre ønskverdige mål. Ved å styrke menneskers og befolkningers helse skapes et overskudd som gir muligheter for personlig, økonomisk og sosial utvikling og dermed økt livskvalitet.

Det er sentralt i den helsefremmende tenkningen at det er individet og lokalsamfunnet som må ha makt og kontroll over helsen. Ottawa charterets understreker dette gjennom definisjonen av helsefremmende arbeid: *«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.»*

Mæland peker på at begrepet «empowerment» står sentralt i det helsefremmende arbeidet og dets ideologi, og han oversetter begrepet med *«det å vinne større makt og kontroll over»*. Det betyr at det er viktig at folk får større kunnskap om forhold som påvirker helsen, at folk kan påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen og delta aktivt i arbeidet for et sunnere samfunn. I det helsefremmende arbeidet betraktes ikke folk som en målgruppe, men som aktive samarbeidspartnere.

I tabellen under presenteres noen viktige prinsipielle forskjeller mellom helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Slik blir det en bruker- og befolkningsmedvirkning som forutsetter at profesjonelle gir fra seg makt og styring.

En annen viktig dimensjon i det helsefremmende arbeidet er nødvendigheten av et bredt fler- og tverrsektorielt samarbeid. Helse er et anliggende for alle, det vil si at helsefremmende ikke bare er et offentlig anliggende, det må også foregå i privat næringsliv og i frivillige organisasjoner.

	Forebyggende folkehelsearbeid	
	Sykdomsforebygging	Helsefremmende arbeid
Teoretisk modell	Biodynamisk sykdomsmodell	Sosial helsemodell
Fokus på	Risikofaktorer for sykdom	Ressurser for helse
Vitenskapelig grunnlag	Naturvitenskapelig	Samfunnsvitenskapelig
Styringsmodell	Teknokratisk	Demokratisk
Hovedstrategi	Teoribasert påvirkning	Erfaringsmessig medvirkning

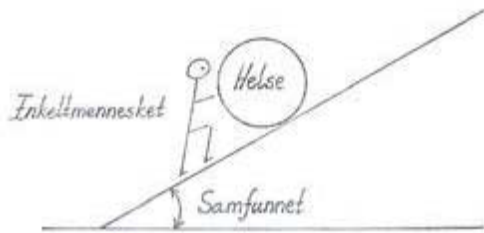
Tabell 2.1: Forståelse av forebyggende folkehelsearbeid (Mæland 2010)

*«Kanskje bør vi innse at hvert menneske har sin helseidentitet hvori opptatt kroppsbilde, livsstil, forestillinger om det gode liv, gitt mitt selv og min virkelighet? Og kanskje er godt folkehelsearbeid å finne en klok balanse mellom respekt for det enkeltes eiendomsrett til egen helse og myndighetenes velmente forsøk på å bringe livsstil og kropp i pakt med en nasjonal norm»*

*(Fugelli, Ingstad 2009:439)*

Fugelli og Ingstad skriver videre at de antar at lengselen etter selvrealisering også omfatter viktige identitetsområder som helse, livsstil og kropp, men at et insisterende program med sikte på å få mennesker til å følge et bestemt kroppsideal kan forstyrre selvtryggheten og dermed helsen. De peker på at funn i deres undersøkelse er at folks helseoppfatning har preg av helhet. Mye av det helsefremmende arbeidet er bygd opp etter et fragmentert prinsipp. Kosthold, røyk alkohol, sykdommer og andre risikofaktorer får sin fragmenterte oppmerksomhet stykkevis og delt. De peker på at man i liten grad evner å ta hensyn til at alle disse bitene bor i et menneske som helhet, og der disse bitene må underordnes et helhetshensyn som følger av dette menneskets hele personlighet og samlede tilværelse. Slik viser de at helse som helhet gjør at medisinen må avgrense sitt oppdrag. De finner i sin undersøkelse at helsen er vevd inn i kroppen, sjelen, samlivet, familielivet, arbeidsplassen, Gud, naturen og samfunnet og hevder at helsen er mye større enn de medisinske bitene slik at folks helhetsforestillinger om helse bør utfordre medisinen, særlig det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Slik kan det bli tydelig hvilke deler av helseansvaret som tilhører enkeltmennesket, familien, arbeidsplassen og samfunnet. De hevder at folks helhetssyn bør

mane samfunnsmedisinen til ydmyk selverkjennelse av at kun beskjedne deler av menneskenes helsevilkår kan påvirkes innenfor den biomedisinske/epidemiologiske modellen.



Figur 2.1: Helse, enkeltmenneskets og samfunnets ansvar (Hjort i følge Smith, 2005)

Figuren over viser Sisyfos i stadig strev med å rulle steinen oppover skråplanet. Steinen, et symbol på helsen, er hans eget ansvar og lodd i livet, og det kan være tungt. Samfunnet kan komme inn og redusere helningsvinkelen og da blir ikke oppgaven så tung.

Malvik kommunes arbeid med folkehelse i reguleringsplaner er et bidrag for å redusere vinkelen på skråplanet i figuren. Gjennom gode reguleringsplaner kan vi tilrettelegge for at folk får gode bomiljø, tilgang til kvaliteter som sjøen, marka og aktiviteter. Dette legger til rette for at den enkelte kan gjøre sunne valg som bidrar til egen trivsel og helse.

Folkehelsearbeid er en av oppgavene som har fått økt fokus i det siste gjennom folkehelsereformen og endrede lovkrav til kommunal forvaltning.

I folkehelseloven er folkehelse definert som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. Loven definerer folkehelsearbeid som 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 §1).

Folkehelseloven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. (§1)

Kravene til kommunens arbeid med folks helse er tatt inn i flere typer regelverk.

Folkehelsereformen tar for seg et bredt spekter av tjenester i kommunene. Det antas at 10 % av utfordringene knyttet til folks helse kan løses gjennom helsesektorens tradisjonelle arbeid. Det vil si at 90 % av arbeidet knyttet til folkehelse må skje gjennom andre sektorer og forebygging og helsefremming blir sentralt i dette arbeidet (Aaron Wildavsky i NOU 1998:18). Det er tradisjon for å kartlegge sykdom og skader, med andre ord en elendighetsbeskrivelse, men det er i mindre grad gjort undersøkelser for å finne ut hva som er

viktig for folks helse og hvorfor de trives. Det viser seg at det ikke er direkte sammenheng mellom hvor ”friske” folk er og hvor godt de har det med livene sine.

Kunnskap om faktorer som påvirker folkehelsa må omsettes i tiltak som ivaretar folks trivsel og helse. Tiltakene kan implementeres i reguleringsplaner, som er ett av kommunens viktigste virkemidler i fysisk planlegging og dermed folkehelsa.

Folkehelsearbeid inkluderer helsefremmende- og sykdomsforebyggende arbeid, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg. Forebyggende folkehelsearbeid er et samlebegrep for det helsefremmende og det sykdomsforebyggende arbeidet, se figur 2.2. Folkehelsearbeid omfatter også behandling, rehabilitering, pleie og omsorg.

### ***FOLKEHELSEARBEID***

<i>Helse- fremmende arbeid</i>	<i>Sykdoms- forebyggende arbeid</i>	<i>Behandling</i>	<i>Rehabilitering</i>	<i>Pleie og omsorg</i>
<i>Primær forebygging</i>		<i>Sekundær forebygging</i>	<i>Tertiær forebygging</i>	

*Figur 2.2: Folkehelsearbeid (etter Mæland 2012)*

## **2.2 Folkehelse, juridisk forankring**

Folkehelsearbeidet i Norge er solid forankret i lover og forskrifter, stortingsmeldinger og veiledninger fra sentrale myndigheter. Herunder vil vi trekke frem de delene av lovverket som vi mener er de mest sentrale. Vi vil også presentere utdrag fra samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr. 47. 2008-2009) som trådte i kraft 1. januar 2012.

**Plan- og bygningsloven** er en viktig lov i folkehelsesammenheng. Lovens skal fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner (§1.1.). I Klima- og miljødepartementets lovkommentar til loven utdypes paragrafen. Bærekraftig utvikling forklares som fremming av for eksempel verdiskapning, næringsvirksomhet og sysselsetting, vilkår for folkehelse, gode boliger, bomiljø og oppvekstkår.

Når det gjelder hvilke oppgaver og hensyn som planleggingen etter loven skal ha, står det at loven skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Videre står det om samfunns- og arealplanleggingen at denne legger vilkårene for helsetilstanden i befolkningen. En god samfunnsplanlegging vil styrke folkehelsen ved at den bidrar til å beskytte mot risikofaktorer og fremme faktorer som virker positivt på helse og livskvalitet. Til



slutt trekkes det frem at planleggingen skal bidra til en mer rettferdig og jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen (§3-1). I samme paragraf står det at man gjennom planarbeidet skal legge til rette for god forming av bygde omgivelser, gode bomiljøer og gode oppvekst- og levekår i alle deler av landet.

Om kommunens planoppgaver og planleggingsmyndighet (§3-3) står det at kommuneplanen i alminnelighet bør omfatte alle viktige mål og oppgaver i kommunen, herunder folkehelse.

**Folkehelseloven** som trådte i kraft 1. januar 2012. Formålet med loven er å fremme en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (§ 1.) Videre står det at lovens skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter skal sette i verk tiltak og samordne folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal også legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

I folkehelseloven presenteres fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet. Det første handler om utjevning av helseforskjeller. Dernest kommer prinsippet om det tverrsektorielle og tverrfaglige folkehelsearbeidet, også kalt «helse i alt vi gjør». Det tredje prinsippet handler om at vi må sikre en bærekraftig utvikling, og til slutt presenteres føre-var-prinsippet og prinsippet om medvirkning.

Folkehelseloven slår fast at kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter har et ansvar i folkehelsearbeidet, og loven legger til rette for en bedre samordning på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer. Loven gir staten og fylkeskommunene en tydelig rolle i å bistå kommunene. Folkehelseloven bygger på, og er samordnet med plan- og bygningsloven. Plan- og bygningsloven er det generelle regelverk for å fremme bærekraftig utvikling (plan- og bygningsloven § 1-1).

Folkehelseloven sikrer den politiske forankringen av folkehelsearbeidet, og sikrer at innsatsen skal være systematisk og langsiktig. Loven stiller også krav til kommuner og fylkeskommuner om at de skal ha oversikt over befolkningens helsetilstand og det som påvirker helsen. De skal identifisere folkehelseutfordringer. Gjennom planarbeidet skal kommuner og fylkeskommuner fastsette mål og sette i gang tiltak som er nødvendige.

**Samhandlingsreformen** er en reform av helse- og sosialtjenestene i Norge. Reformen ble presentert av daværende helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen gjennom Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid, 19. juni 2009. Reformen trådte i kraft 1. januar 2012. Det er fremtidens helse og omsorgsutfordringer som står i fokus i stortingsmeldingen. Utfordringene er knyttet både til et

pasient- og et samfunnsøkonomisk perspektiv. I stortingsmeldingen er det spesielt tre utfordringer som trekkes frem.

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok, tjenestene er for fragmenterte.
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Samhandlingsreformen legger opp til langt sterkere fokus på forebygging, understøttelse av pasientens egenmestring, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud. Dette er oppgaver som i stor grad ligger under det kommunale ansvaret. Tiltakene er viktige i et pasientperspektiv fordi de bidrar til å unngå at sykdom inntreer og utvikles. (St.meld. 47, 27).

Tiltakene er også viktige i forhold til bærekraftig utvikling fordi de kan redusere behovet for dyr innsats fra spesialisthelsetjenesten i sene faser av sykdomsutviklingen.

I stortingsmeldingen pekes det på at mangel på tilstrekkelig vilje og evne til å utvikle nye løsninger vil føre oss inn i en situasjon der valget vil stå mellom to ikke-ønskelige alternativer. Utviklingen vil enten blir en trussel mot hele samfunnets bæreevne eller over tid føre til at vi må ta prioriteringsbeslutninger som bryter med de grunnleggende verdiene i den norske velferdsmodellen.

I samhandlingsreformen presenteres forebyggende folkehelsearbeid som en kritisk suksessfaktor, både i et pasientperspektiv og i et samfunnsøkonomisk perspektiv, og forventningene knyttet til effektene av det helseforebyggende arbeidet er store. Dette understrekes kraftig av daværende helse- og omsorgsminister Anne Grete Strøm Eriksen da hun holdt en tale om samhandlingsreformen og forebygging i 2009:

*Det viktigste budskapet i samhandlingsreformen er at vi må satse mer på forebygging for å hindre og begrense sykdom hos de som er i risikogruppene. Videre må vi bidra til at eldre mennesker holder seg friske så lenge som mulig.*  
*Anne Grethe Strøm Eriksen (regjeringen.no)*

Dette illustreres i figur 2.6, side 27, River of life. Figuren viser hvordan summen av aktiviteter, helsefremming, forebygging og beskyttelse på oppsiden av fossen skal bidra til å holde oss nettopp på oppsiden, det vil si i live og sykdomsfrie.

Kommunene skal veiledes om hvilke tiltak som kan forutsettes å være kostnadseffektive og ha en dokumentert samfunnsøkonomisk effekt. Blant annet har Helsedirektoratet iverksatt et

program om kunnskapsbasert folkehelsearbeid og vil gjennomføre systematiske samfunnsøkonomiske vurderinger av forebyggingstiltakene igangsatt av kommunene.

Regjeringen vil i større grad gi kommunene ansvar for forebygging og tidlig intervensjon.

*Målsettingen vil være å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, og til dels motvirker, risiko for funksjonstap med bortfall fra skole og yrkesliv, og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for sykdomsutvikling.*

*St.meld. nr. 47 (2008-2009)*

Det poengteres også at den fremtidige kommunerollen vil kreve en tydeligere politikktutforming med hensyn til innhold, fagutvikling, kvalitet, kompetanse, utdanning og forskning. Det legges til grunn at den forventede veksten i behovet i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene, men at kommunene ikke skal pålegges nye oppgaver uten at de gis nødvendige ressursmessige forutsetninger. Regjeringen vil legge til rette for at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter skal komme i form av frie inntekter til kommunene. Innføring av insentiver, i hovedsak kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester og fullfinansiering av utskrivningsklare pasienter, skal inspirere kommunene til å utvikle roller og løse oppgaver i tråd med helsepolitiske mål.

Begrunnelsen for å legge mer ansvar til kommunene er deres organisatoriske, kompetansemessige og rollemessige styrke gjennom nærhet til befolkningen. I tillegg har kommunen også ansvaret for mange andre oppgaver, for eksempel skole, barnevern og sosiale tjenester, som påvirker hvor godt helse- og omsorgstjenesten lykkes i å nå sine mål.

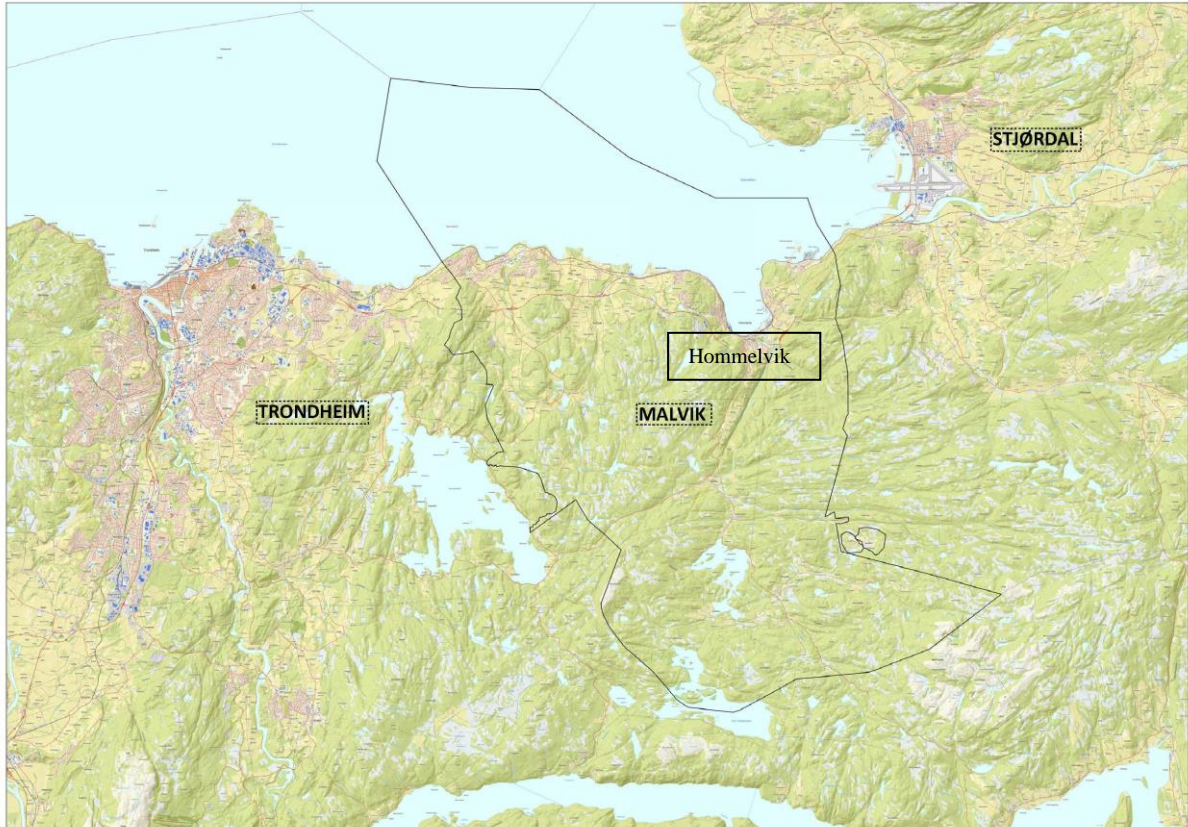
Samhandlingsreformen understreker behovet for en tverrsektoriell og nivåovergripende tilnærming i folkehelsearbeidet og sier at erfaringer fra bruk av ny plan- og bygningslov som virkemiddel i folkehelsearbeidet er god. Kommuneplanens samfunnsdel holdes frem som en viktig arena for å løfte fram helseutfordringer. Denne er også viktig som grunnlag for hvordan man skal prioritere og innrette helsetjenester i kommunen.

## 2.3 Malvik kommune

«Vi skal utøve nyskapende og helhetlig samfunnsutvikling lokalt og regionalt»

(Malvik kommunes framtidsbilde)

Kommunens verdier: Åpen, nyskapende og samhandlende, (kommunplanens samfunnsdel)

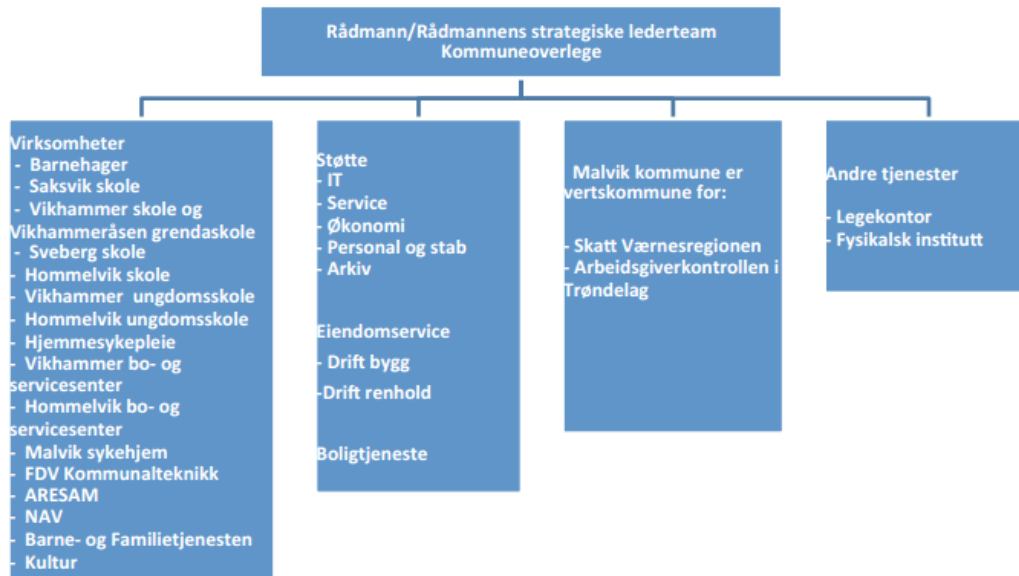


Figur 2.3: Kart over Malvik kommune med omland

Vår undersøkelse er lagt til Malvik kommune som ligger sentralt plassert i Midt-Norge mellom Trondheim og Stjørdal. Kommunen ble egen kommune i 1891, etter å ha blitt utskilt fra Strinden herred. I mellom- og etterkrigstiden ble det populært for trondhjennere å få seg hytte i Malvik. Senere tok mange av disse hyttene i bruk som bolighus, og nye bolighus ble bygd. Malvik har derfor i dag mange trekk som minner om en forstadskommune. Kommunen har 13 371 innbyggere (1.1.2014, SSB), det vil si befolkningsmessig en mellomstor kommune i norsk målestokk. Kommunen strekker seg over 168 km<sup>2</sup>. Kommuneadministrasjonen er lokalisert til Hommelvik. E6 og Nordlandsbanen går gjennom de mest befolkningstette delene av kommunen, langs sjøen.

Kommunen deltar i Værnes- og Trondheimsregionen og har et godt samarbeid på mange fagområder med nabokommuner og regionale myndigheter. Malvik kommune har en relativt anstrengt økonomi med et overforbruk på 12 mill. på drift for 2012, og står samtidig foran store investeringer (årsrapport 2012 Malvik kommune). Ett nytt sykehjem, omsorgsboliger og

en barnehage er under bygging. Videre er det vedtatt bygging av to nye ungdomsskoler med byggestart 2015, og kommunen så seg i 2013 tvunget til å innføre eiendomsskatt for å finansiere nybygg (kommunestyrevedtak 13. des. 2013).

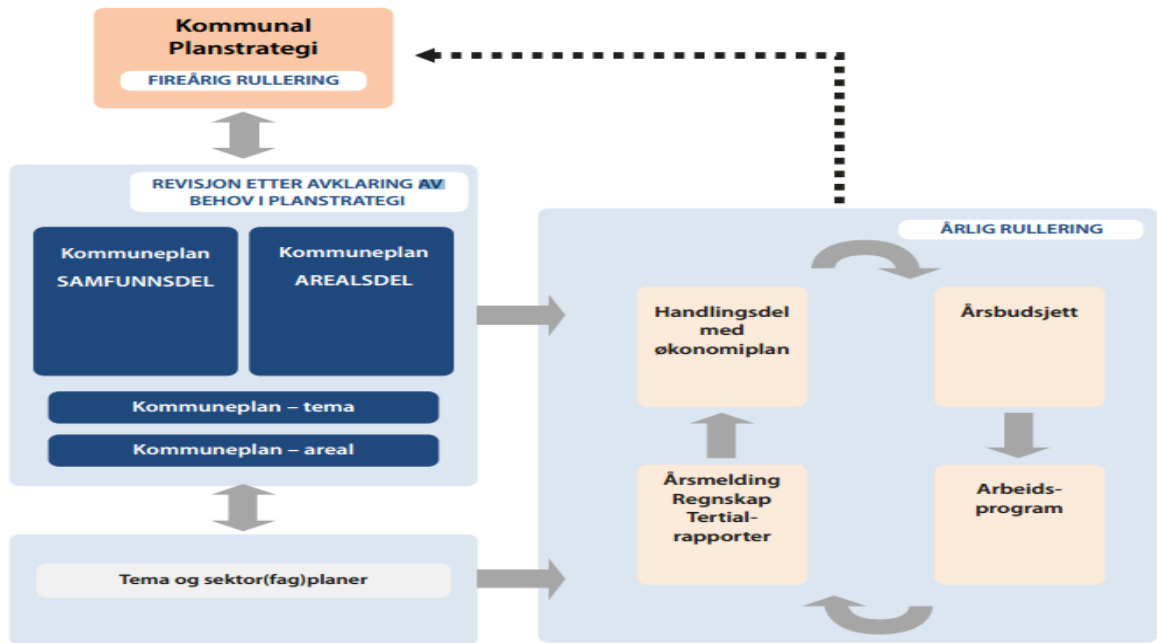


Figur nr. 2.4: Organisasjonskartet i Malvik kommune (Årsrapport 2012)

Dagens administrative organisering er en 2-nivå modell med rådmannsfunksjonen og virksomheter/tjenesteenheter. Rådmannsfunksjonene består av rådmannen, 2 kommunalsjefer, økonomisjef og organisasjonssjef. Det er 18 virksomheter i kommunen som utfører den totale tjenesteproduksjonen, hvorav 2 yter tjenester også for andre kommuner. Malvik kommune har fokus på høy etisk standard og har som tiltak vedtatt etiske regler. Det er ansatt 977 personer i kommunen og disse leverer til sammen 779 årsverk. (Årsrapport 2012, Malvik kommune).

Det kan i figuren over se ut som kommuneoverlegen inngår i rådmannens strategiske lederteam, men det korrekte er at legene er underlagt kommunalsjef for helse slik at lederteamet består av kommunalsjef for oppvekst og helse samt økonomi- og personalsjef i tillegg til rådmannen (pers. medd. Ingvar Rolstad, rådmann).

Fysisk er administrasjonen Malvik kommune lokalisert på fire forskjellige bygg i Hommelvik. De som er relevante for vår oppgave, se kapittel 5 om interessenter, er spredt på alle fire. Kommunelegene er lokalisert i rådhuset, rådhus 1, ARESAM og FDV kommunalteknikk i det gamle herredshuset, rådhus to. Driftsavdelingen for eiendom er lokalisert i rådhus 3, mens kultur leier lokaler i et privat bygg.



Figur 2.5: Kommunal planstrategi i det kommunale styringssystemet (Veileder T-1494 Miljøverndepartementet)

Figuren over viser det kommunale plansystemet og forholdet til Kommunal planstrategi. Kommuneplanen beskrives ofte som «alle planers mor», Den består av en samfunnsdel, en arealdel og en handlingsdel. I Malvik kommune er handlingsdelen koblet til økonomi slik at der er en handlingsdel med økonomiplan. Kommunestyret skal minst en gang i hver valgperiode, og senest innen ett år etter konstituering, utarbeide og vedta en kommunal planstrategi som bør omfatte en drøfting av kommunens strategiske valg knyttet til samfunnsutvikling, herunder langsiktig arealbruk, miljøutfordringer, sektorenes virksomhet og en vurdering av kommunens planbehov for valgperioden (plan- og bygningsloven § 10-1).

Kommuneplanen er den obligatoriske samordnende planen for virksomhet innenfor kommunen. Den består av en samfunnsdel med handlingsdel og økonomiplan, og en arealdel. Samfunnsdelen skal omhandle langsiktige utfordringer når det gjelder miljø, mål og strategier for kommunesamfunnet og kommunen som organisasjon. Sektorplanleggingen bør være forankret i samfunnsdelen og gi retningslinjer og rammevilkår for sektorenes virksomhet. Handlingsdelen skal oppdateres årlig og inneholde et handlingsprogram for gjennomføring av samfunnsdelen for de fire neste budsjettårene. Samfunnsdelen vil slik bli styrende for all aktivitet i kommunen.

Malvik kommune presenterer sin kommuneplan som «alle planers mor» på sine nettsider. Kommunen vedtok ny samfunnsdel etter siste rullering 30.8.2010. Denne har følgende 12 overordnede mål, med tilhørende veivalg for perioden 2010-2021:

- 1. Vi er en pådriver i helhetlig og framtidsrettet samfunnsutvikling*
- 2. Vi opplever muligheter for samhandling og utvikling*
- 3. Vi skal kunne velge å leve sunt*
- 4. Vi har boliger, boformer og bomiljø som bidrar til god livskvalitet*
- 5. De gode kvalitetene i Hommelvik, på Sveberg og på Vikhammer er videreutviklet og tatt i bruk både i nærmiljøet og av de øvrige innbyggerne*
- 6. Vi har gode betingelser for livslang læring*
- 7. Vi har et variert og aktivt kulturliv*
- 8. Vi er kjent for god miljøkvalitet*
- 9. Vi ivaretar naturens mangfold*
- 10. Vi er en attraktiv kommune for etablering av arbeidsplasser*
- 11. Malvik kommune er en pådriver i regionalt utviklingsarbeid*
- 12. Malvik kommune er en profesjonell og utviklingsrettet organisasjon*

I forhold til vår undersøkelse er det grunn til å merke seg mål nummer 1. i samfunnsdelen som er spesielt relevant når det gjelder arealbruk i kommunen. Veivalgene til denne peker på at framtidige natur- og energiresurser skal ivaretas for fremtidige generasjoner gjennom god arealplanlegging, bebyggelsessoner skal konsentreres slik at man legger til rette for å nå arbeidsplasser og offentlige/private tjenester uten bruk av bil. Trygghet og sikkerhet skal ivaretas gjennom fokus på samfunnssikkerhet og beredskap. Universell utforming og helsefremmende tiltak skal vektlegges. Folkehelse, kriminalitetsforebygging og trafiksikkerhet skal vektlegges i arealplanleggingen, og tekniske tjenester og infrastruktur skal ha tilstrekkelig kvalitet og kapasitet.

Mål nummer 3, *vi skal kunne velge å leve sunt*, er rettet direkte mot folkehelsearbeid og peker på at arbeid for å fremme folkehelse ikke bare omfatter arbeid innenfor helsesektoren, men i enda større grad andre samfunnsforhold og faktorer som påvirker innbyggernes levekår og helse. Eksempler som nevnes er: lys, støy, stråling, klima, kosthold, utfartsområder, boligstruktur og sosiale nettverk.

Vi ser at så godt som alle mål og veivalg er relevante for folkehelse i kommunen. Vi vil undersøke i hvilken grad intensjonene i folkehelseloven ivaretas i arbeidet med reguleringsplaner. Reguleringsplaner regulerer arealbruk og aktiviteter og påvirker dermed mange av punktene som er nevnt i samfunnsdelen med tilhørende veivalg direkte.

### 2.3.1 Virksomheten Areal og samfunnsplanlegging i Malvik kommune

Virksomhet areal og samfunnsplanlegging, ARESAM, har en viktig rolle i samfunnsutviklingen i kommunen. Virksomheten disponerer ca 20 årsverk. Driftsbudsjett for 2014 er ca 9,5 millioner.

Hovedaktiviteter er:

- lovforvaltning innenfor plan, byggesak, jord- og skogbruk m.m.
- areal- og miljøforvaltning i forhold til sentrale, regionale og lokale og føringer
- næringsutvikling innen tradisjonelt landbruk og landbruksbasert næring, tilskudds- og viltforvaltning
- forvaltning av geodata, oppmålingsarbeider
- planlegging, rehabilitering og utbygging vannforsynings- og avløpsanlegg.
- utvikling og planlegging boligfelt
- kommunens folkehelsekoordinator er lokalisert i ARESAM

Virksomhetens ansatte fordeler seg slik:

Forvaltningsansvar	Antall personer	Prosjektansvar	Antall personer
Arealplan	3	Kommunale bygg	2
Plan og byggesak	3	Vann	2
Kart og oppmåling	3	Avløp	2
Jordbruk	1	Utviklig av boligområder	1
Skogbruk	0,4		
Miljø	1		
Folkehelsekoordinator	1		
<b>Sum ansatte</b>	<b>12,4</b>		<b>7</b>

Tabell nr. 2.2: Ansatte i virksomhet areal og samfunnsplanlegging (pers medd. Virksomhetsleder)

Tabellen over viser at ca. 12 personer, kolonnen «forvaltningsansvar», har ansvar for tjenesteproduksjon knyttet til lovforvaltning og tjenester knyttet til saksbehandling for arealplaner, byggesaker, kart og oppmåling, landbruk og miljø. I tillegg kommer folkehelsekoordinatoren med ansvar for samordning og koordinering av tverrfaglig arbeid med å implementere helsefremming i alle sektorer. Dette var inntil 2012 et team kalt plan, byggesak og landbruk. Videre viser tabellen at 7 personer har ansvar for prosjekter. Prosjektene består av prosjektering og bygging av kommunens vann-, avløpsanlegg og kommunale bygg. I utvikling av boligområder ligger kjøp av arealer og arealplanlegging av områdene, herunder produksjon av reguleringsplaner og bygging av infrastruktur og salg av boligtomter til store og små utbyggere (virksomhetsleder pers medd).



### 2.3.2 Folkehelsearbeid i Malvik kommune

Et grunnleggende grep i den nye folkehelseloven er å tenke «helse i alt vi gjør», både for kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter. Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) har som mål å forebygge mer. Det lokale folkehelsearbeidet må derfor styrkes slik at kommunene i større grad kan overvåke helsetilstanden og gjøre mer tverrsektorielt folkehelsearbeid, forebygging og tidlig intervensjon. Kommunen skal i større grad løse folkehelseutfordringer der folk bor. Plan og bygningsloven understøtter også dette. Her gis det sterke føringer i form av offentlig helse, godt bomiljø og gode boforhold. I § 1-1, formålsparagrafen, heter det: «Prinsippet om universell utforming skal ivaretas i planleggingen og kravene til det enkelte byggetiltak. Det samme gjelder hensynet til barn og unges oppvekstvilkår og estetisk utforming av omgivelsene».

Kunnskap om folkehelse er en grunnleggende forutsetning for å kunne satse på de riktige virkemidlene. Folkehelseinstituttet samler og formidler data om helse for hele landet. De utarbeider blant annet hvert år folkehelseprofiler for hver kommune. Dette er nyttige bidrag til kommunens arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker denne. Profilene inneholder data om demografi, levekår, miljø, skole, lavevaner og helse og sykdom. Det oppgis at tilgangen på data om miljø og levevaner er begrenset. For skole oppgis data på trivsel, mestring, frafall og mobbing, under levevaner oppgis data for røyking og overvekt/fedme. Miljø er begrenset til personskader behandlet i sykehus mens for levevilkår oppgis andel med høyere utdanning, inntektsnivå, arbeidsledighet og barn av enslige forsørgere. Det er lite røde tall for Malvik, det mest markante er at andel muskel og skjelettlidelser er over det som forventes (NOU 1998:18). Vi presenterer her de viktigste satsingene som er knyttet til andre sektorer enn helsesektoren.

Kommunen har inntatt en aktiv rolle for å få bedre datagrunnlag for folkehelsearbeidet. Kommunen deltar i flere prosjekter for å utvikle ny kunnskap på fagområdet og for å omsette kunnskap til handling. Mange kommuner begynner etter hvert å få på plass folkehelsekoordinatorer. Det er imidlertid tradisjon for at disse stillingene lokaliseres sammen helsesektoren i kommunen. *Folkehelsekoordinatorstillingen* i Malvik kommune er lagt til virksomhet for Areal og samfunnsplanlegging. Dette er ut i fra en erkjennelse av at fysisk planlegging er viktig for folkehelse. Hensikten med dette er å få økt bevisstgjøring omkring folkehelse og «teknisk sektors» ansvar og muligheter knyttet til dette. Videre ble 8 personer fra forskjellige virksomheter sendt på videreutdanning i universell utforming ved Norges teknisk vitenskapelige universitet (NTNU). Det deltok medarbeidere fra prosjektering av vei, vann og avløp, plan og byggesaksbehandling, kultur, brukerutvalget og fra drift av vei, vann og avløp. Kurset var på 7.5 studiepoeng og ble gjennomført høsten 2010. Hensikten med dette var at helsefremming er vurdert som et viktig fagområde for folkehelse og at det dermed er

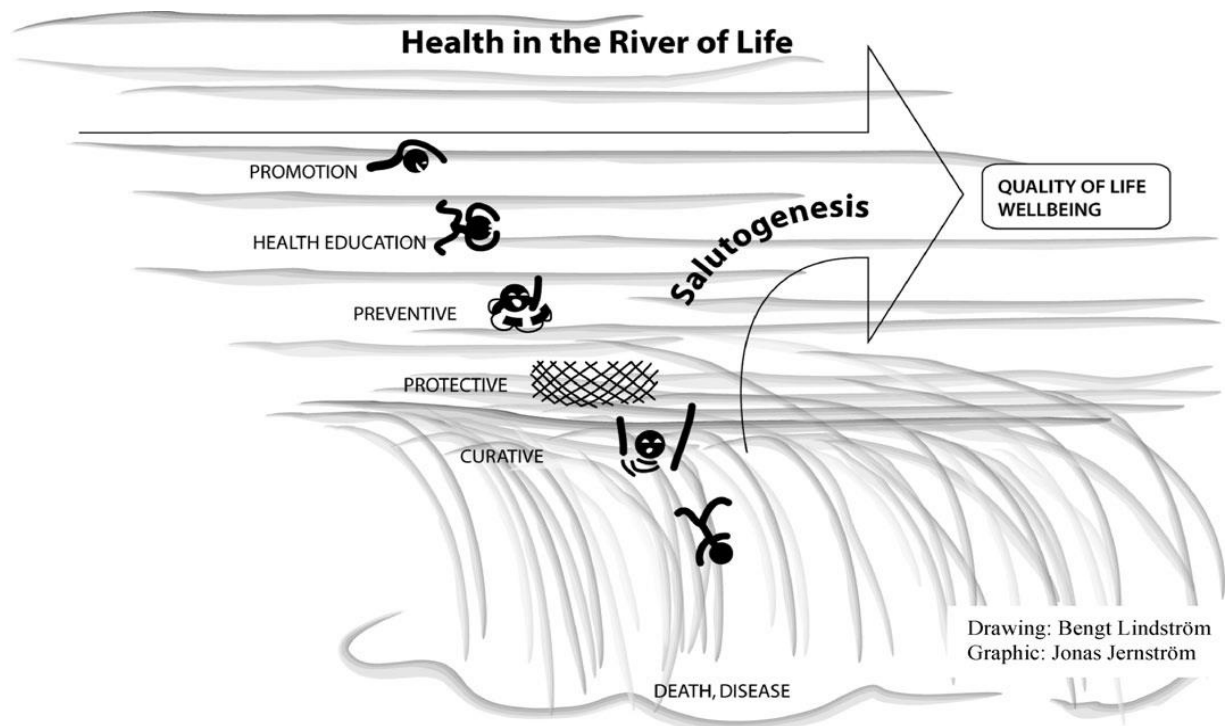
viktig å bygge en felles forståelse omkring viktighet og muligheter på området (pers medd. virksomhetsleder).

*Helse i plan* er et tverrfaglig forum som administreres av folkehelsekoordinatoren. Forumet er en møteplass som skal bidra til å implementere folkehelse i alt arealplanarbeid og kunnskapsdeling som fører til økt bevissthet og kompetanse omkring folkehelsearbeid. Her deltar personer fra alle virksomheter i kommunens administrasjon (pers medd virksomhetsleder).

*Fra kunnskap til handling og fra handling til kunnskap* er et innovasjonsprosjekt i offentlig sektor. Malvik kommune deltar i dette treårige prosjektet (høst 2012- høst 2015) i samarbeid med Steinkjer kommune, Vikna kommune, Sør-Trøndelag fylkeskommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, KS Nord-Trøndelag, HUNT forskningssenter NTNU og Senter for helsefremmende forskning HiST og NTNU. Prosjektet har en økonomisk ramme på 6,175 millioner. Alle aktørene deltar økonomisk og Regionalt forskningsfond Midt-Norge støtter prosjektet med 1,8 mill. kroner. Nord-Trøndelag fylkeskommune er prosjektansvarlig og prosjektledelsen er lagt til Senter for helsefremmende forskning og NTNU/HiST. Hver kommune har en prosjektgruppe med prosjektleder som samarbeider med en vitenskapelig faggruppe. Dette er et samspillprosjekt der hver kommune skal definere og gjennomføre et folkehelseprosjekt hver. Forskerne skal følge, bistå og forske på gjennomføringsprosessen. Malvik kommunes folkehelseprosjekt er *Malvikstien*. Kommunene får råd underveis fra forskere som følger prosessene og samtidig forsker på prosessene i hver enkelt kommune for å se hva som gjøres, hvordan det gjennomføres og hvilken effekt det har. Prosjektet omfatter nye former for kunnskapsdeling og samspill med forskningen og er et viktig bidrag i videreutvikling av kunnskapsbasert forvaltning. Det er et mål at kommunene skal få hensiktsmessige modeller og metoder som kan effektivisere folkehelsearbeidet lokalt og regionalt. Videre skal det bidra til bedre kvalitet på kommunenes tjenester i folkehelsearbeidet, f. eks. ved at ulike tjenester i kommunene enes om felles mål og tiltak i stedet for at brukerne møter ulike tjenester med kryssende hensyn Dette skal bidra til bedre og mer kostnadseffektive tjenester. For å sikre at kunnskapen kommer også andre til gode skal resultatene presenteres på ulike måter, f. eks. erfaringskonferanser, foredrag, nett, media og rapporter

*Malvikstien* er kommunens folkehelseprosjekt som inngår i prosjektet, fra kunnskap til handling, som nevnt over. Kommunens prosjekt har til oppgave å utvikle en kyststi fra Hommelvik til Muruvik langs en trase som tidligere har vært jernbane. Det skal søkes å utvikle nye samhandlingsmetoder for å involvere innbyggere og andre på nye måter. Dette skal bli en lett tilgjengelig, universelt utformet tursti med møte-, fiskeplasser og annet.

*Lev Vel i Malvik.* Som den første kommunen i landet har Malvik kommune gjennomført en spørreundersøkelse for å få svar på hvor godt folk trives, hva som er viktig for at de velger å bo i kommunen og hva innbyggerne mener kan gjøres bedre for å fremme trivsel og helse. Målet med undersøkelsen er å finne kunnskap som kan omsettes til folkehelseiltak i kommunens planlegging. Undersøkelsen gjøres via et spørreskjema som sendes til et representativt utvalg av innbyggerne og inneholder spørsmål om bakgrunn, utdanning og arbeid, nettverk og sosial støtte, utemiljø, bruk av helsetjenester, kultur, helse og fysisk aktivitet, kosthold og vekt, tobakk og alkohol, livskvalitet, humør og trivsel (Malvik.kommune.no).



Figur 2.6: *Health in the River of Life* (Eriksson & Lindström, 2008)

Undersøkelsen viser blant annet at de mest positive sidene ved å bo i Malvik er nærhet til marka, sjøen, natur og friluftsliv. Tilgjengeligheten til marka trekkes eksplisitt fram som veldig viktig. Beliggenhet i forhold til by, flyplass, karakteristika/kvaliteter ved kommunene - landlig, oversiktig, intim, prøver ikke å etterligne byene i nærheten og det sosiale miljøet/nærmiljøet vektlegges også som svært positivt. Av andre elementer som ble trukket fram som positive var oppvekstvilkår, infrastruktur, ingen eiendomsskatt, aktivitetstilbud og nærhet til beslutningstakere.

Resultatene viser at det ønskes sterkere satsing på kulturtilbud, arenaer for ungdom, gang og sykkelveier og idrettsanlegg. Disse oppgavene kan bli gjenstand for «Lev Vel» prosjekter ved neste budsjettperiode. Det er et mål å gjenta Lev Vel undersøkelsen i hver lokalvalgperiode.

Av andre tema som har relevans til folkehelse i reguleringsplanarbeid har Kultur fagansvar for friluftsliv, kulturskole, idrett, ARESAM for arealplanlegging, byggesak, landbruk, miljø, samt utbygging av vann, avløp og kommunale nybygg, virksomhet FDV kommunalteknikk for alt som har med drift av veg, vann og avløp og kommuneoverlegen for helseperspektivet herunder helsefremming, smittevern osv. Rådmannen har overordnet ansvar for alle fagområder og skal sikre at det er for sammenheng mellom overordnede planer og det arbeidet som utføres i virksomhetene. Rådmannen er i tillegg bindeleddet mot politisk ledelse.

### 3. Teori om planlegging og makt

#### 3.1 Planlegging

Samordning og planlegging er sentrale begreper i all offentlig forvaltning. Amdam og Veggeland (2011) peker på at det finnes hard og myk regulering. De viser til undersøkelser om hva som legges i begrepene og viser at begrepene oppfattes forskjellig fra person til person. *Samordning* brukes vanligvis for å beskrive en prosess eller et innhold, gjerne i forbindelse med vedtak hvor ulike aktører og interesser samarbeider. Fra norske forhold peker de på lover og regelverk, sentralplanlegging og rettslige avtaler/kontrakter som hard regulering og lokal planlegging, partnerskap, program, forhandling, argumentasjon og konfliktløsning som myk regulering. De skriver at ved virkelige dype interessekonflikter vil samordning på grunnlag av myk regulering være nesten umulig. Videre peker de på at samordning er en arena for interessekamp i samfunnet, mellom ulike styringssystemer, mellom nivåer, mellom grupper av aktører, spesielt knyttet til framtidig utvikling og endring. Vi ser allikevel at i praktisk forvaltning skjer det stadig at man velger å finne fram til felles mål og verdier gjennom for eksempel forhandlinger og overbevisende argumentasjon. Hvis man ikke lykkes med å finne felles mål kan resultatet bli det nest beste som gjerne er et kompromiss. Amdam og Veggeland peker på at det ofte er slik at noen aktører «vinner» og andre «taper», og at målene til dem som «vinner», blir oppskriften for handling og samordning.

I et byråkratisk forvaltningssystem eller et hierarkisk reguleringssystem er *vertikal samordning* den samordningen som foregår mellom nivåene. I et byråkrati foregår slik samordning ved at overordnede nivåer gir instruksjoner til underordnede. Weber (referert av Amdam og Veggeland 2011:87) hevder at byråkratiet krever entydige kommandolinjer og klar ansvarsdeling mellom aktørene, og plasseringen i hierarkiet avgjør hvor stor makt de enkelte aktørene har. Pedersen (referert av Amdam og Veggeland 2011:89) skriver at *horisontal planlegging* derimot, tar utgangspunkt i nettverk, både territorielle og funksjonelle. Amdam og Veggeland beskriver kommuneplanlegging som krevende, da man må involvere et bredt spekter av interesser med forskjellige målsettinger, som er organisert på forskjellige måter og plassert organisatorisk ulikt i forhold til kommunen som er arena for planleggingen. Der skal man samordne standpunkter fra politiske utvalg og ekspertorganer, byråkratiet og andre reguleringsorganer og ordinær forvaltning i tillegg til organer som selskaper, bondelaget, røde kors osv.

<b>Instrumentell rasjonalitet</b>	<b>Kommunikativ rasjonalitet</b>
Klare og entydige mål er formulert	At aktørene er interessert i å komme til forståelse og enighet med hverandre
Å finne alle alternativer som oppfyller målene	At alle aktører er frie og likeverdige og potensielt like kompetente
Å finne alle konsekvenser av alle alternativer	At alle aktører må innrømme feil og skifter oppfatning i de tilfeller de blir møtt med bedre argumenter
Å velge det alternativ som har konsekvenser som best oppfyller målene	At alle aktører opptrer autentisk og sannferdig overfor hverandre

*Tabell 3.1: Grunnleggende forskjeller mellom instrumentell og kommunikativ rasjonalitet (Amdam og Veggeland 2011:173)*

Eriksen og Weigård fant i 1993, (gjengitt i Jacobsen og Thorsvik 2008: 300) at det kommunikative perspektivet representerer et brudd med tidligere tenkning der premissene for den menneskelige rasjonalitet utledes fra subjektets mentale tankevirksomhet. Der man før fokuserte på enkeltmenneskers tanker og handlinger, dreier det kommunikative perspektiv seg om den felles tenkning som oppstår mellom flere personer som kommuniserer med hverandre. Hovedforskjellene mellom den instrumentelle og den kommunikative rasjonalitet er oppsummert i tabell 3.1.

I henhold til Jacobsen og Thorsvik (2008) er det kommunikative perspektivet relevant i vår tid fordi mange organisasjoner baserer sin virksomhet på profesjonelle arbeidstakere som representerer ulike måter å oppfatte og tenke på i forhold til de utfordringer og problemer som moderne organisasjoner må mestre. Man kan si at organisasjoners mulighet til å fatte rasjonelle, strategiske valg ikke først og fremst ligger i ledernes evne til å fatte formålsrasjonelle beslutninger, men i hvilken grad forholdene legges til rette for at organisasjonsmedlemmer kan drøfte problemer åpent, og fritt argumentere for sine synspunkter. Jacobsen og Thorsvik (2008) mener at det er rimelig å anta at følgende organisatoriske forutsetninger skal til for å utvikle kommunikativ rasjonalitet.

Organisasjonsstrukturen må være lite hierarkisk og det må legges til rette for stabile sosiale relasjoner på tvers av ulike spesialiserte grupper. Det må finnes et språklig og kulturelt fellesskap slik at man kan forstå hverandre på tvers av avdelings- og subkulturgrænser. Når det gjelder makt forutsettes det at alle grupper har relativt lik makt slik at ingen kan tvinge sine meninger igjennom.

Dette er en normativ modell som stiller opp idealer som kan oppfattes urealistiske i lys av hvor vanlig det er med interessekonflikter og kamp om makt og innflytelse. Likevel kan man finne organisasjoner der beslutningsprosessene ligner det som skisseres i modellen.

### **3.2 Folkehelse i Reguleringsplan**

Det utarbeides mellom to og tre tusen reguleringsplaner i Norge hvert år.

En reguleringsplan er en plantype som skal gi detaljerte rammer for hva et areal kan brukes til (Kommunetorget.no). Reguleringsplaner skal som hovedregel følge opp kommuneplanens arealdel. Områderegulering er en planform der det er behov for mer detaljert områdevis avklaringer av arealbruk. Detaljregulering, et begrep som ofte benyttes i forbindelse med reguleringsplanarbeidet, kan være fastsatt i vedtatt områderegulering eller som utfylling eller endring av vedtatt reguleringsplan og handler mer om planlegging på detaljnivået. *ibid.*

Reguleringsplan er et grunnlag når man skal ta stilling til byggesøknader og andre søknadspliktige tiltak. Både private, kommunen og andre offentlige organer kan lage utkast til detaljreguleringer, men alle reguleringsplaner skal sluttbehandles av kommunen.

Et reguleringsplanarbeid kan starte ved at kommunen selv utarbeider reguleringsplan, ved at private utarbeider forslag til reguleringsplan eller ved at myndighet med ansvar for større samferdselsanlegg og teknisk infrastruktur utarbeider planforslag (plan- og bygningsloven § 3-7).

Når andre enn kommunen ønsker å fremme forslag til regulering, skal det holdes et oppstartsmøte før det sendes ut varsel om oppstart av planarbeidet. Private kan bare fremme forslag til detaljregulering.

Det er i utgangspunktet et kommunalt ansvar å sørge for å utarbeide reguleringsplaner der dette er bestemt i kommuneplanens arealdel, (plan- og bygningsloven § 11-9). Kommunen skal vurdere behovet for områderegulering i forbindelse med vedtak av kommunal planstrategi, (plan- og bygningsloven § 10-1). Kommunen må i noen grad bruke skjønn for å avgjøre behovet for reguleringsplanlegging. Kommunen har også ansvar for å sørge for at det utarbeides reguleringsplaner ut over det som er bestemt i kommuneplanens arealdel, dersom det er behov for det.

Det er kommunestyret som vedtar reguleringsplaner (Kommunetorget.no). Mindre endringer kan delegeres til kommunalt politisk utvalg, mens små endringer kan delegeres til kommuneadministrasjonen. Reguleringsplaner vedtas endelig av kommunestyret dersom det ikke er fremmet innsigelse til planen.

Kommunen har et ansvar for at det tilrettelegges for medvirkning i planarbeidet også når private utarbeider planutkast. Kommunestyret skal legge til grunn nasjonale eller regionale planer og retningslinjer for planleggingen og sørge for å ivareta barn og unges interesser i planleggingen.

Når andre enn kommunen ønsker å utarbeide utkast til reguleringsplan skal det holdes oppstartsmøte. Der skal kommunen orientere om overordnede føringer for planarbeidet. Dette

kan være føringer fra kommuneplan eller andre føringer som er vedtatt i kommunen eller som gitt i regionale planer. I plan- og bygningslovens formålsparagraf står det at loven skal fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner. Bestemmelsen skal ha betydning både for tolkningen av de enkelte bestemmelser i loven og for det skjønne forvaltningen utøver i medhold av loven. Dette gjelder også reguleringsplaner. I arbeidet med reguleringsplan skal det angis arealformål med underformål (plan- og bygningsloven § 11-7). I klima- og miljødepartementets detaljerte sjekklister for planbeskrivelse til bruk i utarbeiding av reguleringsplaner etter plan- og bygningsloven er folkehelse ikke en egen overskrift, men skal trekkes inn blant annet gjennom folkerelaterte underformål for de ulike arealområdene.

### **3.3 Interessentmodellen**

Bernard lanserte ideen om at en organisasjon kan betraktes som en samling interessenter der organisasjonen er en løst koblet koalisjon av skiftende interessegrupper (i Busch et al. 2010:68). Videre siterer de Pfeffer og Salancik: ”Organisasjonen er en koalisjon av grupper og interessenter, som hver for seg forsøker å oppnå noe fra kollektivet gjennom interaksjon med de andre, og enhver har sine egne preferanser og mål” (ibid). Det blir her et sentralt aspekt at interessentene overfører sine bidrag til organisasjonen og mottar belønninger i retur. Organisasjonens stabilitet blir da avhengig av likevektsløsninger slik at interessentene blir stabile leverandører til organisasjonen. I teorien avhenger organisasjonens eksistens slik sett av at det finnes personer eller grupper, interessenter, som vurderer belønningene fra organisasjonen så verdifulle at de er villige til å yte et bidrag for å opprettholde virksomheten. Denne gjensidige nytten må kontinuerlig vedlikeholdes og er til enhver tid grunnlaget for organisasjonens fortsatte eksistens. Hvis belønningen er for liten vil interessentene yte sine bidrag andre steder der belønningen er høyere (Bush et al. 2010). Helse i plan møtene er hovedarenaen for intern samhandling når det gjelder reguleringsplaner i kommunen. For å ivareta folkehelseperspektivet er det viktig at alle som er interessenter møter opp og bidrar med sin kompetanse i møtene. Hvis vi legger teorien over til grunn bør den enkelte få gjennomslag for sine innspill slik at de blir vektlagt i arbeidet til en viss grad for at det skal være interessant å bidra. En aktør som kommer og lytter og bidrar med sin kunnskap uten å bli hørt vil etter dette slutte å møte og ikke lenger bidra fordi det blir uinteressant.

#### *Kontrakter*

Alle interessegruppene har et bidrags-belønningsforhold til organisasjonen. De yter et bidrag og mottar en belønning tilbake. For at organisasjonen skal bestå, må interessentene helst motta en belønning som er større enn bidraget. Belønningen må i hvert fall være større enn den man kan oppnå i andre organisasjoner (Busch et al. 2010). Kontraktene angir hvilke



belønninger interessentene skal motta og hvilke motytelser den enkelte skal levere. Lønnsutbetalingen er den mest åpenbare belønningen ved arbeid i kommunen. Den enkelte medarbeider får lønn fra sin virksomhet og vil etter bidrags-belønnings teorien ha fokus på å yte sitt bidrag tilbake til denne virksomheten. Dette medfører at medarbeideren vil ha mindre interesse av å bidra til andre virksomheter hvis ikke han/hun mottar noen form for belønning derfra. Det er imidlertid mange former for belønning i tillegg til utbetaling av kroner via lønns slippen. På et virksomhetsmøte i ARESAM spurte virksomhetsleder hva som gjør det interessant å arbeide i virksomheten, dvs hva den enkelte vurderer som ”påfyll”. Svarene ble, i denne rekkefølgen: Godt arbeidsmiljø, ansvar, tillit, mestringsfølelse, meningsfullhet, positive/konstruktive tilbakemeldinger, forutsigbarhet, fleksitid, fravær av stress, passe press, uformellhet, samarbeid, åpne dører, faglig påfyll, lønn og interessante arbeidsoppgaver. Her ser vi at lønn kommer langt ned på lista. Alle disse elementene vil fungere som belønning da medarbeiderne vurderer disse som de positive sidene som er viktig på arbeidsplassen (Bolman og Deal 2010). Alternative belønninger enn penger framgår i liten grad av de formelle ansettelseskontraktene som har en generell karakter. Medarbeidersamtaler er en arena hvor man kan gjøre slike avtaler. Der kan medarbeider akseptere hva vedkommende skal levere inn mot forskjellige prosjekter og leder kan gi forsikringer om utvikling, ansvar og andre positive virkemidler for medarbeideren. Slike avtaler gjøres også utenom disse formelle samtalene, men det er uklart hvor bevisst den enkelte leder er på disse forholdene.

### **3.4 Makt og deltagelse**

Christensen og Jensen (2008) presenterer en analyse av makt og deltagelse. Sammenhengen mellom makt og deltagelse står sentralt i analysen. Forfatterne oppfatter samfunnet, dets institusjoner og virksomheter som et interessefelt. Individuelt eller kollektivt sørger vi for å få våre egne interesser ivaretatt, ofte på andres bekostning. I dette perspektivet kan samfunnslivet oppfattes som en maktkamp eller et konfliktfelt. Dette gjelder særlig på kort sikt og i enkeltspørsmål, fordi vi prøver å tilgodese særinteresser i konflikt med andre særinteresser. Christensen og Jensen vil gjennom sine makt- og deltakelsesanalyser presentere et begrepsapparat som gjør det mulig å forstå, analysere og forholde seg til interesseivaretagelsen. De sier at de seks maktdimensjonene er en slags analytisk sjekklister som kan bidra til å tydeliggjøre hva en analyse omfatter og hva som ikke er med. Christensen og Jensen sier at hver maktmodell utstyres analytikerens med briller med ulik optikk. Når analytikerens tar på seg de ulike brillene er det ulikt hva som sees skarpt, og han vil tydeligere kunne se de analytiske konsekvensene av å velge eller velge bort bestemte maktmodeller.

Christensen og Jensen mener at det er behov for en mer «romslig» forståelse av maktbegrepet. De fleste definisjoner av makt beskrives som en påvirkning mellom personer eller aktører. Slike definisjoner brukes for å forstå forskjellige påvirkningsmuligheter, for eksempel autoritet, manipulasjon, vold, tvang og dominans. Forfatterne hevder at dette perspektivet er

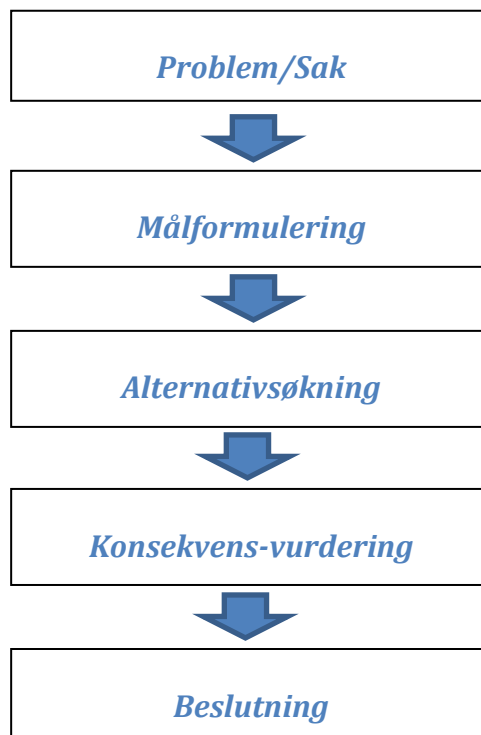
hensiktsmessig i analyser av avgrensede påvirkningsforhold. Når hensikten er å analysere påvirkningsforhold mer generelt er denne definisjonen av makt ikke velegnet. Samfunn og organisasjoner har en rekke institusjonaliserende trekk som kan være avgjørende for fordelingen av goder og byrder, og disse forholdene inngår ikke i den snevrere definisjonen av makt. Det er altså et behov for en mer «romslig» forståelse av maktbegrepet, en forståelse som kan oppfange alle forhold som påvirker den enkeltes muligheter. Ettersom det er en uendelighet av forhold som spiller inn på den enkeltes mulighet, presenterer ikke forfatterne en altomfattende definisjon av maktbegrepet. Isteden sikrer de den «romslige» forståelsen ved å anvende forskjellige perspektiver på makt, og disse presenteres i seks maktdimensjoner. Det dreier seg om direkte makt, indirekte makt, bevissthetskontrollerende makt, makt i en «garbage can-situasjon», institusjonell makt, og relasjonell makt.

### **Direkte makt**

Med direkte makt, den første dimensjon, menes den makt som anvendes direkte i beslutningsprosessen, fra saken er ankommet til det er truffet en beslutning. Noen aktører utøver makt over andre i beslutningsprosessen. Christensen og Jensen (2008) avgrensar den direkte maktutøvelse til det som skjer på beslutningsarenaen, fra saken ankommer til det er truffet en beslutning. Det vil si at maktutøvelsen kan bestemmes i tid og rom.

Beslutningsarenaene kan være av mer eller mindre formell karakter. For å kunne anvende direkte maktanalyse må man kunne bestemme hvilke beslutningstakere som befinner seg på arenaen. Analysen av direkte makt må inneholde en presisering av hvilke saker som inngår i analysen. Fordi saker kan endre seg underveis kan dette være en utfordring.

Den direkte maktanalysen tar utgangspunkt i at makten utøves direkte i en beslutningsprosess, og beslutningsprosessen er de aktiviteter som gjennomføres fra en sak tas opp på en formell eller uformell dagsorden, til det er truffet en beslutning. I den direkte maktdimensjonen er utgangspunktet den rasjonelle beslutningsmodell, vist i tabell 3.3.1, som viser koblingen mellom sak og beslutning. Koblingen foregår som en rekke faser, målformulering, alternativsøking, konsekvensutredning og beslutning, og maktutøvelsen finner sted i koblingsprosessene.



Figur 3.1: Den rasjonelle beslutningsmodell (Christensen og Jensen 2008: 31)

Mange av premissene for beslutningsprosessen legges i målformuleringsfasen. Men fordi målformulering ofte er komplisert, og målene som settes ofte er av generell karakter, kan det være vanskelig å bruke målene som vurderingskriterier i resten av beslutningsprosessen. Fasen der man søker etter ulike alternative løsninger kan også være kritisk i forhold til direkte maktutøvelse. Knappe ressurser vil sette grenser for hvor mange alternativer man kan vurdere. Søkeprosessens retning og antallet alternativer som undersøkes gir begge rom for direkte maktutøvelse. Her er det interessant å se på hvordan og hvorfor A får makt over B, og hvilke mottrekk og strategier B har for å hindre eller minske A's makt. Grunnlaget for maktutøvelse er partenes relative styrkeposisjon i forhold til hverandre. Maktressurser kan for eksempel være økonomi, posisjon, autoritet og kunnskap.

### **Indirekte makt**

Med indirekte makt forstår vi den maktutøvelse som finner sted ved «inngangen» til og ved «utgangen» fra beslutningsarenaen. I Christensen og Jensens modell, vist i figur 3.3.2 s.38, presenteres to filtermekanismer som gir muligheter for maktutøvelse.

I filter 1 stilles det spørsmålsteget ved forutsetningen om sakers uhindrede adgang til beslutningsarenaen. Dersom de aktuelle organisasjonsenheterne er løst koblet og uformelle, vil

det være flere mulige arenaer og mer usikkert hvilke saker som vil dukke opp. Er organisasjonsenhetene preget av høy grad av regulering og institusjonalisering, vil beslutningsarenaen og sakene være mer gitt på forhånd. Uansett vil det ligge store muligheter for å påvirke beslutningsforløp ved å bestemme arena og hvilke saker som skal tas opp hvor. I hovedsak skyldes dette at det er ulike aktører i ulike arenaer, men definisjon av beslutningsarenaens kapasitet og saksområde er også en viktig faktor. Definisjon av beslutningsarenaens saksområde er også et uttrykk for et maktforhold.

I filter 2 stilles det spørsmålsteget ved forutsetningen om at beslutninger som er fattet på beslutningsarenaen faktisk gjennomføres. Beslutninger kan for eksempel gi rom for ulik fortolkning og derved overlate makt til de som skal utføre det som er besluttet.

### **Bevissthetskontrollerende makt**

Den tredje dimensjonen, bevissthetskontrollerende makt, omfatter den maktutøvelse som kommer til uttrykk ved at noen aktører påvirker andre aktørers forestillinger om hva deres interesser er, og hvordan disse interesser legitimt kan søkes fremmet. Denne maktutøvelsen forekommer i det skjulte og kommer til uttrykk gjennom manglende bevissthet om virkelige interesser. Makten er skjult for noen aktører fordi de ikke opplever påvirkningen som resulterer i at de støtter interesser som i virkeligheten ikke er deres egne. Et eksempel er bruk av autoritet. I en interessekonflikt kan A akseptere B's løsning fordi han aksepterer B's autoritet på saksområdet. Et annet eksempel er bruk av manipulasjon for å forme og bestemme motpartens ønsker og mål, filtrering av informasjon, bruk av massemedia og den samfunnsmessige sosialiseringssprosessen.

### **Makt i en «Garbage Can-situasjon»**

For at virksomheter skal kunne fungere effektivt og målrettet er de organisert som rasjonelt styrte og koordinerte systemer (Christensen og Jensen 2008). De er designet med spesialisering og hierarki for å kunne treffe rasjonelle beslutninger. Bestemte saker hører til i bestemte avdelinger og på bestemte nivåer. I den rasjonelle strukturmodellen ser man for seg mulighet for god styring og forutsigbarhet, og maktutøvelse relateres ofte til den rasjonelle beslutningsmodellen. Empiriske analyser av virksomheter viser en annen virkelighet, den reelle adferden er heller konfliktfylt, kaotisk og strategisk. For å forstå denne adferden er det skapt flere alternativer til de rasjonelle beslutningsmodellene. I disse modellene understrekes organisasjonenes karakter av politiske systemer, interessekonfliktsystemer og løst koblede systemer.

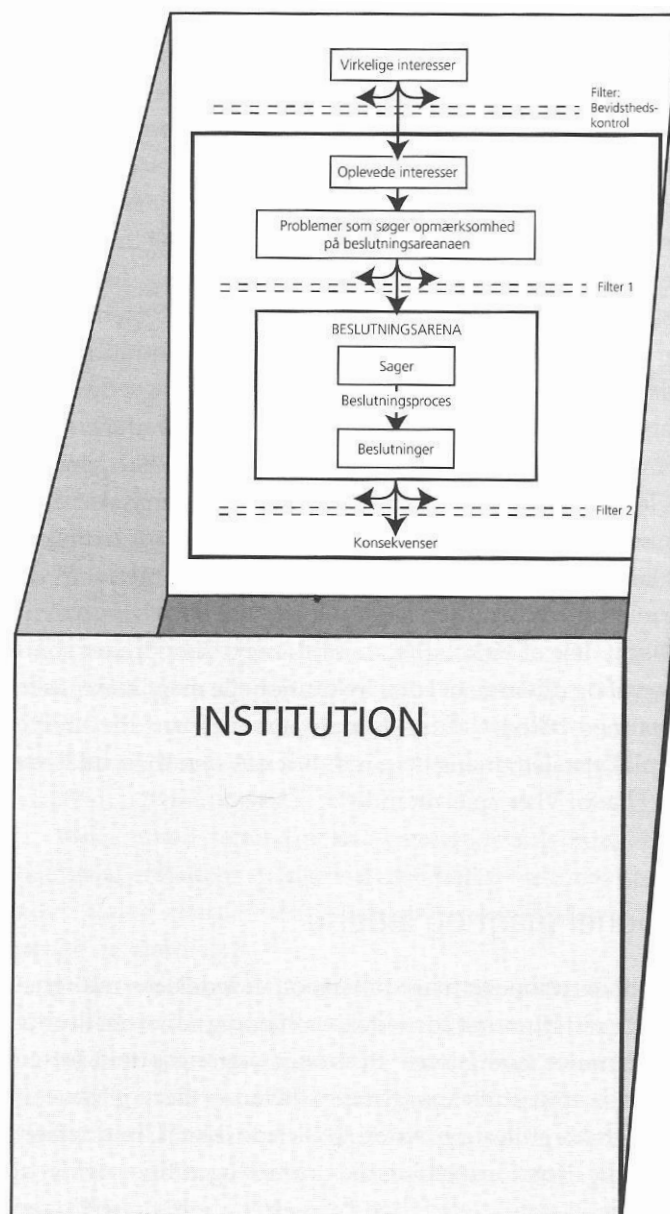
I 1972 presenterte Cohen, March og Olsen (i Jacobsen og Thorsvik 2008) garbage can-modellen. Den representerer en alternativ forståelsesramme som bryter med forestillingene om den rasjonelle beslutningsprosessen. Mange situasjoner er preget av stor grad av usikkerhet

og det er vanskelig å bestemme hva som er problemet, hvilke virkemidler eller alternative løsninger som er hensiktsmessige. Det fattes et stort antall beslutninger, i ulike saker over lang tid. Det er mange beslutningstakere som har frihet til å handle autonomt. Cohen, March og Olsens modell beskrives i form av fire ulike strømmer som relativt uavhengig av hverandre flyter gjennom organisasjonen. En strøm av beslutningsmuligheter, en strøm av deltakere, en strøm av problemer og en strøm av løsninger. Beslutninger skjer når de fire strømmene kobles sammen, det vil si når et sett deltakere som bærer med seg ulike problemer og løsninger, møtes i en beslutningsanledning. Beslutningsanledningene blir derved garbage cans der deltagerne kan tømme sine problemer og løsninger.

### **Institusjonell makt**

Den femte dimensjonen kaller Christensen og Jensen for **institusjonell makt**, se figur 3.2 s. 38 Her menes den makt som ligger i en ureflektert aksept for institusjonelle rammer for adferd og dermed forbundne rutiner, vaner og normer. Slik kan virkeligheten oppfattes som uforanderlig eller som en naturlov, og det stilles ofte ikke spørsmål ved den virkelighetsoppfatning som de institusjonelle rammene har skapt. I dette ligger en vesentlig påvirkningsmulighet fordi de institusjonelle rammene kan bidra til å opprettholde en virkelighet som kan være til større fordel for noen enn for andre.

Normer, vaner og rutiner institusjonaliseres og understøttes av en bestemt fordeling av goder og byrder. Dersom vi analyserer fordelingen gir det ikke nødvendigvis mening i å tilskrive den gitte fordelingen av goder og byrder til én aktør. Fordelingen har heller skjedd «automatisk», via institusjonen. Det er ingen synlige interessekonflikter, vi kan si at makten er innvevd i systemet og slik synes virkeligheten som om den ikke er påvirkelig. Christensen og Jensen peker på at alle virksomheter og organisasjoner i noen grad vil være preget av institusjonaliserte trekk. Institusjonelle rammer kan være til hinder for utvikling og endring, men kan også være stabiliserende og trygghetsskapende. Utgangspunktet i den institusjonelle maktforståelsen er at interesser blir ivaretatt uten at det ligger målrettede og bevisste handlinger bak. Det skjer gjennom daglige rutiner, normer, kulturer og regler som tas for gitt.



Figur 3.2 Seksdimensjonal maktmodell. (Christensen og Jensen 2008:101)

### Relasjonell makt

I det relasjonelle maktperspektivet oppstår makten i de kommunikative relasjoner mellom aktører. Makten oppstår og utvikles i kommunikasjonsprosessen og kommer til uttrykk gjennom virkelighetsoppfatninger og nye identiteter hos aktørene. De sosiale relasjonene og transformasjonene av hvordan virkeligheten oppfattes er komplekse. Christensen og Jensen viser til Michel Foucaults maktstudier fra 1970-tallet når de presenterer den relasjonelle maktforståelse i form av fem teser (ibid).

*Den første tesen* handler om at makt kan ikke besittes, den har ikke noe sentrum og er ikke noe man kan holde på. *Den andre tesen* er at makt er iboende og produktiv. Den er ikke noe

som vi nødvendigvis kan se utvendig og den er produktiv fordi den skaper og former identiteter, preferanser, virkelighetsoppfatninger og handlingsmuligheter. *Tese nummer tre* handler om at makten utøves både nedenfra og ovenfra. Vi ser maktutøvelse overalt, og vi ser en sammenkobling av lokale diskurser som bestemmer handle- og tenkemåter. Dette skjer i en vekselvirkning mellom aktører og organisasjoner på flere nivåer. *Den fjerde tesen* handler om diskursene som står i sentrum i relasjonell makt, ikke kan kontrolleres av enkelte aktørers intensjoner. *Den femte tesen* handler om at makt og avmakt forutsetter hverandre. Begge deler utvikles i sosiale relasjoner, og ingen kan frigjøre seg fra makten. I det relasjonelle maktperspektiv ser vi at utviklingen av nye diskurser fører til at det oppstår nye aktører med nye identiteter, nye interesser og nye virkelighetsoppfatninger.

Når det gjelder sammenhengen mellom maktdimensjonene sier forfatterne at de ikke forstår de studiefelt og metoder som anvendes i undersøkelser innenfor de enkelte maktdimensjonene, som konkurrerende. Tvert imot supplerer og understøtter de hverandre.

Det er en sentral tese i Christensen og Jensens teori, at maktutøvelse kan anta forskjellige og supplerende former, og at mulige effekter av deltagelse kun kan forstås hvis man bygger deltakelsen på en analyse for alle disse seks formene for makt.

Mens begrepet makt gjerne er negativt ladet, er begrepet deltagelse et positivt ladet ord. I vår tid er det et sterkt fokus på at innbyggere og medarbeidere skal delta i beslutningsprosessene. Den bakenforliggende årsak synes å være et demokrati-ideal. Makt assosieres til enkeltpersoner mens deltagelse handler om at mange får delta i makten. Det finnes en antagelse om at jo mer deltagelse, jo bedre fordeling av makten og jo mer demokrati. Christensen og Jensen stiller seg kritiske til denne antakelsen og legger frem en grunnleggende antakelse om at deltakelsesstrategier må tilpasses de former som makten antar. Christensen og Jensens kobler deltagelse til makt ved å spørre, hva er hensiktsmessige deltakelsesstrategier dersom man ønsker å påvirke fordelingen av goder og byrder, altså å få del i makten? De nærmer seg deltakerbegrepet ved å stille spørsmålene, hvorfor, hvor og hvordan delta. Hvorfor-spørsmålet dreier seg om deltakernes motiver, intensjoner eller formål for deltagelse. Hvor-spørsmålet handler om hvor deltagelsen finner sted og hvilke beslutningsprosesser eller aktører det dreier seg om. Hvordan-spørsmålet sikter til deltagelsens form, om det er **personlig** tilstedeværelse, stemmeavgivning eller lignende.

## 4. Metode

Problemstillingen vår dreier seg om hvordan folkehelselovens intensjoner ivaretas i arbeidet med å utforme reguleringsplaner i en kommune. For å få svar på problemstillingen har vi formulert to forskningsspørsmål. Det ene dreier seg om interessenter i folkehelsearbeidet generelt og interessenter i arbeidet med administrativ utforming av reguleringsplanene. Det andre forskningsspørsmålet dreier seg om hvordan beslutningsprosessen i det administrative reguleringsplanarbeidet ser ut. I dette kapitlet vil vi belyse de metodiske valgene vi har tatt for å kunne analysere problemstillingen med tilhørende forskningsspørsmål. Vi vil også diskutere hvordan våre ståsted, én som intern i virksomheten vi studerer og én som ekstern, sannsynligvis har påvirket vår tilnærming til analysen.

### 4.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming

#### 4.1.1 Ontologi

Ontologi kan beskrives som læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut (Jacobsen 2012). Ontologi er læren om virkelighetens grunnleggende og dypeste natur, altså et sett antagelser om verden (Ryen 2006). Hvordan en skal gå frem når man skal forske på gitte problemstillinger er avhengig av de forestillingene man har om verden. Spørsmålet om virkelighetsoppfatning (objektiv/subjektiv), som i vitenskapsteoretisk terminologi kalles «ontologiske antakelser», får konsekvenser for hvordan den enkelte ser på muligheten for å få kunnskap om virkeligheten, epistemologiske konsekvenser (Grenness 2004). Jacobsen peker på at den sentrale ontologiske debatten innenfor samfunnsvitenskapen dreier seg om hvorvidt sosiale systemer, består av lovmessigheter, eller om alt vi studerer er unikt. I positivismen er den grunnleggende antagelsen at det finnes generelle lover i sosiale systemer, på lik linje med de lovene man finner innen naturvitenskapen. I henhold til Grenness (2004) har dette vært det dominerende utgangspunkt for moderne vitenskap og det har også hatt en dominerende posisjon innenfor samfunnsvitenskapene. Det har etter hvert blitt mer tydelig at svaret på mange av de problemene vi ønsker å undersøke, ikke nødvendigvis fremkommer ved bruk av kvantitative eller eksperimentelle metoder. Som er motsvar til positivismen står den konstruktivistiske, hermeneutiske tradisjon. I denne retningen innen vitenskapsteorien hevdes det at generelle lovmessigheter ikke finnes. Hvilken tradisjon man slutter seg til, positivistisk eller hermeneutisk, representerer det vitenskapsteoretiske hovedvalget en forsker innenfor enhver menneskevitenskap står overfor.

Jacobsen (2012) konkluderer med at studiet av mennesker i liten grad fanger opp universelle lover slik det gjøres i naturvitenskapene, og årsaken er at mennesker reagerer på ny kunnskap og endrer atferd deretter. De konstruerer sin egen virkelighet. Kunnskapen om mennesker blir mindre generell, mer tidsavgrenset og mer kontekstavhengig, den blir mer unik.



Problemstillingen i denne studien handler om å forstå det spesielle, det unike, og vi har i liten grad en forventning om å avdekke generelle lovmessigheter.

#### **4.1.2 Epistemologi**

Hvordan man går frem når man skal forske på en gitt problemstilling, er avhengig av de forestillingene man har om verden. Epistemologi handler om hvordan og i hvor stor grad det er mulig å tilegne seg kunnskap om virkeligheten (Jacobsen 2012). I denne debatten står positivismen sentralt. Ryen (2006) snakker om den vitenskapsfilosofiske debatten som raste på 70-tallet, også kalt positivismedebatten. Der dreier seg om hvilke krav som måtte være oppfylt for at noe skulle være vitenskapelig.

Det er tre teser som står sentralt i positivismen. Den første dreier seg om at det finnes en objektiv verden utenfor oss selv. Man antar at forskeren kan studere samfunnet på en nøytral måte. Den andre tesen dreier seg om at den objektive virkeligheten kan studeres på en objektiv måte. Alt, også sosiale systemer og mennesker, kan studeres empirisk ved hjelp av sansedata (Jacobsen 2012). Den tredje tesen er at det kan opparbeides kumulativ kunnskap om den objektive verden. Slik kan resultater fra forskjellige undersøkelser kobles, og man vil få stadig større oversikt over de lovmessigheter samfunnet styres av.

Kritikken mot den positivistiske tilnærming går i hovedsak ut på at lovmessigheter ikke er mulig i samfunnsvitenskapen på samme måte som i naturvitenskapen, og i henhold til Jacobsen kom slik kritikk i hovedsak fra en retning som er blitt samlet under overskriften fortolkningsbasert eller hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikken er tolkningens kunst og vitenskap, og handler om forståelse som tolkning (Ryen 2006). Innen denne retningen anså man det som meningsløst å snakke om én objektiv virkelighet, én sosial virkelighet som var lik for alle. Forståelsen av virkeligheten kan bare kartlegges ved at forskerne setter seg inn i hvordan mennesker fortolker og legger mening i sosiale fenomener. I den hermeneutiske tilnærmingen anser man at det i liten grad er mulig å opparbeide kumulativ kunnskap og årsaken er at det er så mange ulike måter å fortolke og forstå sosiale fenomener på. Videre er kontekst sterkt vektlagt. Alt må forstås i sin spesifikke sammenheng. I nyere tid har fokuset blitt flyttet fra å kartlegge en objektiv virkelighet til å studere hvordan mennesker fortolker og lager mening av en virkelighet.

I denne studien er vi ute etter å avdekke det unike, det spesielle, og studien vil være basert på en fortolkningsmessig, hermeneutisk tilnærming. Problemstillingen og forskningsspørsmålenes karakter tilsier at vi er ute etter å forstå sammenhenger og helheter, og studien har ikke som formål å avdekke en objektiv virkelighet.

## 4.2 Valg av forskningsdesign

Problemstillingen i denne studien handler om å forstå det spesielle, det unike, og vi har i liten grad en forventning om å avdekke generelle lovmessigheter. Vi mener at den fortolkende og hermeneutiske tilnærmingen passer best for vårt tema. I dette kapittelet vil vi beskrive hvordan vi tok stilling til hvordan vi skulle samle inn data.

I undersøkelsens designfase måtte vi tenke gjennom og planlegge hvordan undersøkelsen skulle gjennomføres. Grennes (2004) beskriver forskningsdesignet som en relativt detaljert plan for hvordan våre forskningsmessige mål skal nås. Grennes peker på et skille mellom designfasen i kvantitative og kvalitative undersøkelser. Mens designfasen kan skilles ut relativt klart i kvantitative undersøkelser, kan den være mer vanskelig å få øye på i kvalitative undersøkelsesopplegg. I kvalitative opplegg vil de ulike fasene i større grad gå over i hverandre fordi kvalitative opplegg er, og skal være, fleksible. Forskeren beveger seg for eksempel frem og tilbake mellom problemstilling og datainnhenting som en konsekvens av at datamaterialet ofte tvinger frem en revisjon av den opprinnelige problemstillingen. Tiden vi hadde til disposisjon og andre pragmatiske forhold som vi kommer tilbake til senere i metodekapittelet, ga begrensninger i forhold til den denne dynamikken. Vi utelukker ikke at vi kunne ha fått en bedre og grundigere belysning av forholdene som vi ønsket å studere dersom vi ikke hadde hatt disse begrensningene. Ryen (2006) understreker også at problemstillinger i kvalitative prosjekter kan endre seg etter hvert, det er det som ligger i påstanden om at kvalitativ forskning kjennetegnes av større fleksibilitet.

Problemstillingens karakter kan enten være kausal eller deskriptiv, ettersom den enten søker etter å forklare et fenomen eller å beskrive det. Ettersom vi var ute etter å se hvordan situasjonen var på et gitt tidspunkt, fant vi det mest hensiktsmessig å formulere en deskriptiv problemstilling.

### 4.2.1 Induktivt versus deduktivt design

Spørsmålet om hvorvidt man skal foreta en induktiv eller deduktiv datainnsamling er knyttet til hvilken strategi som er best egnet til å få tak på virkeligheten (Jacobsen 2012). Ved deduktiv datainnsamling går forskeren fra teori til empiri. Man har en forventning om hvordan virkeligheten er og går ut for å samle inn empiri for å se om forventningene stemmer med virkeligheten. Alternativet kalles induktiv tilnærming. Her går man fra empiri til teori, og idealet er forskeren som går ut i virkeligheten med noe tilnærmet et helt åpent sinn. Forskeren samler inn all relevant informasjon, går i tenkeboksen og systematiserer data. På dette grunnlaget kunne teorier utvikles (ibid). Kritikken mot den induktive strategien er at det er naivt å tro at det er mulig for mennesker å gå ut i virkeligheten med et helt åpent sinn. De som undersøker vil alltid måtte foreta en avgrensning, enten bevisst eller ubevisst. Alle mennesker

har «før-dommer» om hva som er viktig og mindre viktig og dette vil påvirke hvilke data man samler inn. Vi ønsket å gå ut i virkeligheten med et åpent sinn, men visste at vi mer eller mindre bevisst hadde med oss «før-dommer» og antagelser som kunne påvirke undersøkelsen og tolkning av funn.

I denne studien vil det hovedsakelig være en induktiv tilnærming. I forhold til problemstillingen i studien var det hensiktsmessig å ha en åpen tilnærming til datainnsamlingen. Vi ønsket å ha en åpen tilnærming fordi vi var interessert i å få fram ulike forståelser og fortolkninger av et fenomen. Vi hadde ikke kunnskap om annen forskning som omhandler samme, eller lignende tema, som vi har i denne studien. Det var et argument for å ha en åpen tilnærming til datainnsamlingen. Forskningsspørsmålene la også føringer for hvilke data som skulle samles inn, og samtidig ble det tydelig at noe måtte velges bort. Jacobsen (2012) understreker nettopp den analytiske tilnærming der forskeren så langt som mulig skal avklare sine forventninger og antagelser eksplisitt før data samles inn.

#### **4.2.2 Intensivt kontra ekstensivt design**

Vi måtte velge mellom to hovedformer for framgangsmåte for datainnsamling, intensivt eller ekstensivt. I henhold til Jacobsen (2012) skal man etter konkretisering av problemstillingen finne det undersøkelsesopplegget som er best egnet til den spesifikke problemstillingen. Valg av undersøkelsesopplegg, eller forskningsdesign, vil ha store konsekvenser for undersøkelsens gyldighet og pålitelighet. Forskningsdesign kan klassifiseres etter hvorvidt studien har et ekstensivt eller intensivt design. Jacobsen refererer til Ottar Hellevik som beskriver forholdet mellom de to tilnærmingene som et valg mellom to sentrale dimensjoner. Hvor mange nyanser skal vi få med oss, og hvor bredt skal vi gå ut. I denne studien av hvordan folkehelseperspektivet ivaretas i den administrative utformingen av reguleringsplaner i Malvik kommune, var vi ute etter å få frem så mange forhold, nyanser og detaljer som mulig, og den enkeltes forståelse og fortolkning av fenomenet er viktig. Studiens problemstilling tilsa derfor at vi burde velges et intensivt design. Innledningsvis presenterte vi følgende problemstilling:

- *Hvordan ivaretas folkehelselovens intensjoner om fremme av folkehelse i arbeidet med å utforme reguleringsplaner?*

Utgangspunktet for valg av problemstilling var en nysgjerrighet når det gjelder uttalte nasjonalpolitiske mål for det forebyggende folkehelsearbeidet sett i forhold til hva som skjer på folkehelsefronten ute i kommunen. Man sier at «*veien til helvete er brolagt med gode intensjoner*», og vi hadde nok begge to noen tanker om at de gode intensjonene i de politiske festtalene ikke nødvendigvis lott seg finne igjen i den kommunale virkeligheten.

Uansett handler problemstillingen i denne studien om å forstå det spesielle, det unike, og vi hadde i utgangspunktet i liten grad en forventning om å avdekke generelle lovmessigheter.

For å utdype hva hovedfokus i studien skulle rettes mot, hva vi var ute etter å få svar på, formulerte to forskningsspørsmål. Målet vårt var at problemstillingen skulle være forskbar. Ryen (2006) mener at det kan oppnås blant annet ved å fokusere på et avgrenset tema. Ryen sier at målet må være å si mye om lite, ikke omvendt. Derfor ble det viktig for oss å avgrense problemstillingen. For å avgrense, utdype og operasjonalisere problemstillingen valgte vi følgende forskningsspørsmål:

- *Hvem er de sentrale interessentene når det gjelder å fremme folkehelseperspektivet i reguleringsplaner?*
- *Hvordan ser den administrative beslutningsprosessen ut når det gjelder å integrere folkehelseperspektivet i kommunens reguleringsplaner?*

For å komme frem til en dypere og mer helhetlig forståelse av fenomenet vi ville studere, var det viktig å identifisere sentrale interessenter i folkehelsearbeidet generelt og i Malvik kommune spesielt. Slik prøver vi å «tegne det store bildet», å se forholdet mellom undersøkelsesenhet og kontekst. Videre ville vi fokusere på hvordan den administrative beslutningsprosessen ser ut med hensyn til integrasjon av folkehelseperspektivet.

#### **4.2.3 Case-studier**

Vi kom frem til at det var hensiktsmessig å velge et undersøkelsesopplegg med et intensivt, deskriptivt design. Hensikten vår var å få mer innsikt i hvordan man ivaretar intensjoner om fremming av folkehelse i utformingen av reguleringsplaner i Malvik kommune. Vi valgte det intensive designet fordi det er velegnet til å belyse problemstillinger der vi er interessert i dybde, nyanser og forholdet mellom individ og kontekst (Jacobsen 2012). Jacobsen sier at det er ulike forståelser av hva case-studier er, men trekker frem en forklaring og avgrensning som Andersen kom med i 1997 (Jacobsen 2012:90):

*Betingelsen 'case' kommer av det latinske casus og understreker betydningen av det enkelte tilfellet. [...] Terminologien vektlegger derfor at det dreier seg om ett eller noen få tilfeller som gjøres til gjenstand for inngående studier. Enten fordi det bare finnes kun en eller noen få, eller fordi det bare er en eller noen få caser som er tilgjengelige for forskeren. [...] Ofte er idealet å gå i dybden på en case og presentere en helhetlig analyse som står på egne bein. Undersøkelsesenheten ses på som et komplekst hele, der mange underenheter og deres forhold til hverandre pensles ut.*

For å forstå hvordan man ivaretar intensjoner om fremming av folkehelse i utformingen av reguleringsplaner i Malvik kommune, var det nettopp dybde, nyanser og spesielt forholdet mellom individ og kontekst vi var ute etter. Når man er ute etter dybde, nyanser og det kontekstuelle mener Jacobsen at case-studier er spesielt egnet. Det at man er ute etter å beskrive hva som er spesifikt for et spesielt sted, for eksempel en organisasjon gjør også at case-studier er vel egnet. Derfor valgte vi å bruke case-studier.

### **4.3 Metode for datainnsamling**

Vi kom frem til at det grunnleggende undersøkelsesdesignet som passet best til vår problemstilling, var kvalitativ tilnærming og et beskrivende og intensivt design. Da vi skulle velge en metode for innsamling av data falt valget på det individuelle, åpne intervjuet. I tillegg valgte vi å bruke en spørreundersøkelse med faste svaralternativ som respondentene skulle skåre fra en til fem etter i hvilken grad de var enige i utsagnene. I dette kapittelet vil vi komme nærmere inn på hvorfor intervju var den mest hensiktsmessige datainnsamlingsmetode i vår undersøkelse og beskrive hvordan vi gjennomførte både intervju og spørreundersøkelse.

#### **4.3.1 Intervju og spørreundersøkelse**

Da vi hadde bestemt oss for at det grunnleggende undersøkelsesdesignet skulle være beskrivende og intensivt, måtte vi finne en datainnsamlingsmetode som egnet seg for å få tak i den informasjonen som vi ønsket oss. Vi ville gå i dybden og avdekke så mange forhold som mulig, og da kom vi frem til at det åpne individuelle intervjuet ville egne seg. Personlige og åpne intervjuer vil som regel gi store datamengder, og dette begrenser antall respondenter som vi kan intervjuer. I tillegg kan man fort oppleve «loven om gradvis avtakende informasjon, det vil si at for hvert intervju vi foretar, minsker andelen av nye poenger som kommer frem (Jacobsen 2012). Derfor valgte vi å ha relativt få respondenter i vår undersøkelse.

Vi var ute etter å få frem den enkelte respondents holdninger og synspunkter, vi var ikke ute etter å undersøke hva de mente som gruppe. Da ville vi fått store problemer med gyldigheten. I vår studie var vi ute etter å få fram hvilken fortolkning hvert enkeltindivid hadde av det fenomenet vi studerte, det administrative arbeidet med å implementere folkehelseperspektivet i reguleringsplaner.

Vi ville foreta intervjuene «ansikt til ansikt», først og fremst fordi vi antok at det ville være lettere å snakke sammen, å oppnå personlig kontakt, når man fysisk sitter overfor hverandre. Slik følte det også at det ble. Mimikk og kroppsspråk kan være til hjelp til å skape en atmosfære av fortrolighet Jacobsen (2012). Jacobsen sier videre at det kan se ut som om personlige intervjuer innebærer færre og mindre alvorlige trusler både mot gyldighet og pålitelighet enn åpne intervjuer gjennomført via telefon eller internett.

Da vi skulle velge grad av strukturering på intervjuet tok vi utgangspunkt i problemstillingen. Fordi vi hadde valgt et intensivt, deskriptivt design, ville vi gå ut i felten med en mest mulig åpen tilnærming, og derfor valgte vi et relativt åpent intervju. For å unngå at mangel på struktur skulle føre til til at dataene ble uhandterlige i forhold til analysen, pre-strukturerte vi intervjuet og laget en intervjuguide (vedlegg 2). Det vil si at vi på forhånd bestemte oss for elementer, for eksempel visse tema, som intervjuet skulle handle om. Ifølge Jacobsen (2012) er det fremdeles mulig å opprettholde en stor grad av åpenhet. Uansett vil vi som forskere ha

med oss noen før-dommer når vi går ut i felten. Ved å pre-strukturere intervjuet ville vi i noen grad gjøre disse før-dommene eksplisitte i studien og bevisstgjøre oss selv. Vi laget en intervjuguide inndelt i temaene, forståelse av temaet folkehelse, interessenter og beslutningsprosess. Vi formulerte spørsmål under hvert tema, men planen var likevel å ha en relativt fri form på intervjuet.

Forut for intervjuene tok vi kontakt med respondentene via mail (vedlegg 1) og telefon. De fikk vite hvem vi var, tema for oppgaven og hvorfor vi ville intervju nettopp dem. De ble opplyst om at de, uten å oppgi grunn, når som helst kunne trekke seg fra å delta i studien. Alle respondentene var positive til å delta og stilte opp til intervju.

Vi var til stede begge to under alle intervjuene. Det var hovedsakelig en av oss som stilte spørsmål og holdt samtalen gående. Den andre gjorde notater, holdt oversikt over hvilke tema som var dekket og stilte oppfølgingsspørsmål.

### **Valg av enheter til intervju**

Når man skal trekke et utvalg i kvalitative studier, er det flere forhold som først må avklares. Ryen (2006) refererer til Miles og Huberman (1984:41) som sier "*Remember that you are not only sampling people, but also settings, events and processes.*" Da vi skal skulle finne frem til hvem vi skulle intervju, det vil si trekke utvalget, måtte vi først velge et miljø der det vi vil undersøke kan undersøkes. Vår studie dreier seg om hvordan folkeperspektivet ivaretas i kommunen, og enheten for undersøkelsen blir derved en norsk kommune. Det kunne ha vært interessant å gå inn i flere kommuner, men av pragmatiske årsaker som reisevei, tidsbruk, økonomi (én av oss er bosatt i utlandet), valgte vi å konsentrere oss om én.

Da vi skulle velge ut hvilken kommune vi skal gjennomføre undersøkelsen i, var det flere faktorer som var styrende. Ettersom tema er folkehelsearbeid ville vi velge en kommune som har «fått til noe» innen dette feltet. Det kan dreie seg om at kommunen har et fokus på folkehelsearbeid eller at de besitter en spesiell kompetanse. Vi var altså på jakt etter en kommune med interessenter som har interesse for, og kompetanse innen, fagfeltet.

Vi valgte til slutt Malvik kommune i Sør-Trøndelag, der en av oss er ansatt. Malvik kommune ligger på flere måter i front i folkehelsearbeidet. I nasjonal helsemelding, kapittel 6 trekkes kommunen frem som et eksempel på hvordan man kan få bedre oversikt over helse- og påvirkningsfaktorer og et bedre datagrunnlag for å drive kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Kommunen deltar i et regionalt forskningsprosjekt om hvordan ny kunnskap om folkehelse kan finnes og hvordan denne kan omgjøres til handling, og har også tenkt nytt i forhold til

folkehelsekoordinator ved at stillingen er plassert i avdeling for areal- og samfunnsplanlegging. I landet ellers er folkehelsekoordinator ofte plassert under helse.

Da vi skulle velge ut respondenter valgte vi ut de som etter vår mening, kunne gi oss mye og god informasjon om hvordan folkehelseperspektivet blir fremmet i det administrative arbeidet med å utforme reguleringsplaner. Vi mener at dette var et godt utvalgs-kriterium, spesielt fordi en av oss hadde god kjennskap til alle som var aktuelle. De som ble med var to saksbehandlere fra teknisk, en representant fra kultur med spesielt ansvar for barn/unge og kriminalitetsforebygging, folkehelsekoordinator og to kommuneleger.

### **4.3.2 Spørreskjema**

For å få tilgang på mer data konstruerte vi et spørreskjema (vedlegg 3) som vi ba alle respondentene svare på etter intervjuene. Vi sendte skjemaene på e-post og den enkelte valgte selv når han ville svare innenfor en rimelig frist, svarene ble sendt oss på e-post. Vi hadde seks intervju og alle besvarte spørsmålene.

Vi laget et spørreskjema med faste svaralternativ. Spørsmålene er konstruert på grunnlag av spørsmålene i intervjuguiden og formulert som påstander. Spørsmål 16, 17 og 18 er knyttet til Malvik kommunes verdier, åpen, nyskapende og samhandlende. Svarene har fungert både som en supplerende av data, der respondenten har fått anledning til å tenke seg litt om og som en form for kvalitetssikring. Hvis vi fant store forskjeller i svar i intervju og spørreskjema fra samme person hadde vi mulighet til å gå tilbake til vedkommende og stille spørsmål for å sikre oss at vi fikk så gode data som mulig, Jakobsen (2011:214) beskriver dette som respondentvalidering.

### **4.4 Analyse av data**

Vi har nå sett på hvordan vi planla og gjennomførte innsamlingen av data. Studien er vesentlig basert på intervjuer, men også på en spørreundersøkelse med faste svaralternativ. Herunder skal vi se på hvordan vi gikk frem etter at alle data var samlet inn.

Alle intervjuene ble tatt opp og transkribert innen et par uker, og vi ble sittende med en stor datamengde. Analyse av data innebærer alltid å redusere datamengden (Ryen 2006). Videre sier Ryen at analyseprosessen er en rotete, tidkrevende, ikke-lineær, kreativ prosess med mye rom for tvil, men prosessen skal bringe orden og struktur og mening inn i alle data. Vi kjenner oss igjen i denne beskrivelsen.

Jacobsen (2012) sier at det første vi må gjøre er å redusere noe av kompleksiteten, vi må forenkle og strukturere for å få oversikt. Analyse av kvalitative data dreier seg ifølge

Jacobsen, om tre ting. Vi må beskrive materialet vi har fått inn. I vårt tilfelle dreide det seg om å oppsummere svarene i spørreskjemaet gjennom å finne gjennomsnittsskåre og spredningsmål på spørreundersøkelsen. Når det gjelder intervjuene som utgjør hoveddelen av funnene i undersøkelsen, måtte vi transkribere dem. Det gjorde vi innen et par uker etter at intervjuene ble gjennomført.

I henhold til Jacobsen (2012), er den neste fasen å redusere den uoversiktlige informasjonen som i vårt tilfelle dreide det seg om over 70 sider transkriberte intervjuer. Dette gjorde vi gjennom kategorisering, det vil si at vi samler data i grupper. Det er et grunnleggende krav at kategoriene skal være fundert i data. Vi gjennomgikk intervjuene i flere omganger for å finne meningsfulle kategorier. Vi valgte til slutt å bruke to hovedkategorier som sammenfalt med våre forskningsspørsmål. Neste steg var å sammenbinde, å finne de utsagnene som gir mening og innsikt til kategoriene.

#### **4.5 Kritisk refleksjon, pålitelighet, gyldighet og overførbarhet**

##### **Om å forske på egen virksomhet, nærhet-distanse**

Vi har vært to til å gjennomføre denne undersøkelsen. En som er utenfra og en som er ansatt i organisasjonen og som fungerer som nærmeste leder for tre av respondentene, folkehelsekoordinatoren og saksbehandlerne for arealplan og byggesak. Å forske på egen organisasjon har åpenbare fordeler samtidig som det medfører en del utfordringer. Ib Andersen skriver at «selektiv persepsjon» er en av årsakene til at det er så vanskelig å studere sin egen virksomhet eller arbeidsplass fordi ens perspektiv er begrenset og fastlåst på grunn av lang, grundig og ofte skjult sosialisering (i Nyeng og Wennes 2006:245). Vi har forsket på arbeidet med arealplaner i Malvik kommune, der en av oss som det framgår over, har en sentral rolle og har vært ansatt i 4 år. Som kollega og leder kan det være vanskelig å opptre objektivt og i tillegg unngå å påvirke respondentene. Ry Nielsen og Repstad beskriver fordeler med å forske på egen organisasjon (ibid). De skriver at man gjerne vil bli klokere på seg selv og egen organisasjon, og også at man kan synes man har gode løsninger på organisasjonens utfordringer eller at det nylig er gjort endringer som man liker eller ikke liker. Personlige motiver kan overskygge objektivitet samtidig som tilknytning til organisasjonen man forsker på kan gjøre at man blir mer utholdende. Som ansatt kjenner man kulturen og språket, trenger ikke «språkkurs» og kan slik være i stand til å fange nyanser som man ellers ville mistet. Man kjenner samtidig mange av de områder i organisasjonen som det ikke snakkes høyt om, fy-fenomener og hurra-fenomener som gjerne dras fram når man skal løfte stemningen og styrke vi-følelsen. Man kjenner gjerne også den uformelle organisasjonen og kan dra fordel av lokalkjennskap i intervjuet (ibid). Samtidig kan man gå i fella og enten lete etter svar på egne antagelser eller ta med seg forutfattede meninger, teorier og løsningsforslag inn i analysearbeidet. Det kan også oppstå misforståelser ved at respondenten antar at man er



klar over ting man kanskje ikke kjenner til. Dette kan skyldes at man har forskjellige roller og nettverk i organisasjonen. Man kan selvfølgelig også bli fristet til å ta strategiske hensyn til egen fordel når man skal fortolke og presentere.

Det kan hende nærhet til organisasjonen for en av oss har ført til at vi har mistet data fordi respondentene ikke tok sjansen på å ta opp ting eller av strategiske hensyn holdt ting tilbake. De kan jo tenke at det er vanskelig å møte intervjueren senere når han skifter rolle og i neste omgang er kollega eller sjef. Ry Nilsen og Repstad peker også på at man kan bli anklaget for å utnytte sin posisjon til spionasje og angiveri utad, med andre ord for å ha brukt sin kunnskap om organisasjonen – den man har i kraft av å være ansatt – på en troløs måte (ibid). Mange av disse fordelene og ulempene er relevante for vårt arbeid, og vi vil vise hvordan vi har søkt å sikre gyldighet for våre data i avsnittene under.

### **Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet**

Jakobsen (2012) beskriver gyldighet og relevans som at man måler det man faktisk ønsker å måle, samtidig som at det man har målt oppfattes som relevant og at det som måles hos noen få også gjelder for flere. Han skiller mellom *begrepsgyldighet* og relevans som dreier seg om at man måler det man tror man måler, *intern gyldighet* som handler om hvorvidt vi har dekning i våre data for de konklusjoner vi trekker, og *ekstern gyldighet* (overførbarhet) som går på om resultater fra et avgrenset område, for eksempel en organisasjon på et gitt tidspunkt, er gyldige også i andre sammenhenger, for eksempel i andre organisasjoner.

For å sikre intern gyldighet ved håndtering av utfordringer med forskning på egen organisasjon er det en styrke at vi har vært to i arbeidet, en innenfra og en utenfra. Slik har vi oppnådd både nærhet og distanse. Den som sto nærmest hadde en tilbaketrasket rolle i intervjuene mens den utenfra førte ordet og gjennomførte intervjuene. Begge var imidlertid til stede og vi så at vi noen ganger var i stand til å stille oppfølgingsspørsmål fordi en av oss kjente organisasjonen. Vi gjennomførte personlige intervjuer, dette gir også bedre intern gyldighet enn for eksempel intervjuer per telefon eller spørsmål over e-post, se kapittel 4.4. For å redusere påvirkning av våre før dommer hadde vi laget en viss struktur på intervjuene på forhånd. Den som var utenfra bidro med avstandsperspektiv slik at vi kunne fange opp forhold som var viktige, sett utenfra, samtidig som den som var innenfra kunne bruke sin kunnskap om organisasjonen slik at vi ivaretok forhold både knyttet til nærhet og distanse. Vi innledet intervjuene med presentasjon av oss selv og forklarte om hvordan vi ville ivareta anonymitet for at respondentene skulle være så trygge som mulig på at det som kom fram i intervjuene ikke skulle bli misbrukt eller havne på avveie. Respondentene framsto som åpne og avslappet og vi hadde ikke inntrykk av at noen holdt noe tilbake.

Videre har vi i ettertid vært «djevelens advokat» og lest kritisk gjennom hverandres tekster. Slik mener vi at det god intern gyldighet i våre data.

I gjennomføring av en slik undersøkelse som vi har gjort er vi tett på de vi forsker på, og det kan være risiko for at man påvirker resultatet, om resultatet er pålitelig. Vi tatt opp intervjuene digitalt og skrevet ut alt for å sikre at det er samsvar mellom det som ble sagt i intervjuene og det vi tar med oss inn i analysen. Vi hadde strukturert intervjuene på forhånd slik at respondentene i hovedsak ble stilt de samme spørsmålene. Vi har også sammenholdt svar fra intervjuene med svar fra spørreskjemaet (holdningsundersøkelsen, vedlegg 3). Det er sannsynlig at respondentene har blitt påvirket av intervjusituasjonen i noen grad. En av respondentene hadde med seg notater han hadde gjort etter å ha lest informasjonen vi sendte ut på e-post. Vi har ikke belegg for å si at dette påvirket hans svar. Det er mulig at han «leste seg opp» og framstår mer oppdatert på folkehelse temaet relatert til reguleringsplaner enn han ellers ville gjort. Noen var nok preget av «stundens alvor» uten at vi vet om det påvirket svarene vi fikk i særlig grad.

Selv om vi har forsøkt å være bevisste på utfordringer ved å forske på mennesker og egen organisasjon så langt det lar seg gjøre, kan dette være kilde til svakheter ved vår undersøkelse.

Vi ser noen forbedringspunkter hvis vi skulle gjentatt undersøkelsen, dette er særlig knyttet til gjennomføringen av intervjuene der vi kanskje ikke var profesjonelle nok. Vi kunne merket oss en del av spørsmålene på forhånd som vi kunne stilt helt likt til alle for å få bedre sammenligningsgrunnlag som den vi har vist i figur 5.1. Samtidig er vi bevisst at for mye forhåndsstruktur kan blinde forskeren. Med for mye struktur kan det skje at man ikke fanger opp eller misforstår fenomener som er viktige for respondenten (Ryen 2006).

Når det gjelder ekstern gyldighet mener vi dette arbeidet kan være overførbart til andre kommuner. Alle kommuner har samme ansvar knyttet til folkehelse, bevisstgjøring omkring potensialet og hvor viktig det er å tilrettelegge for arenaer med deltagelse fra alle berørte fagområder. Vi mener vår undersøkelse kan være et bidrag til inspirasjon for andre, kanskje først og fremst kommuner, når de skal ta ansvar for folkehelsen i tråd med nasjonale føringer. Det kan ligge et potensiale i bevisstgjøring, kunnskapsdeling og ansvarliggjøring av medarbeiderne for å utnytte potensialet som ligger i reguleringsplanarbeidet, eller annet arbeid, i størst mulig grad. Vi kan imidlertid ikke ut fra våre data i vår lille populasjon si at det samme gjelder i en større populasjon slik at det kan generaliseres statistisk (Jakobsen 2011:222).

## **5. Hvordan blir folkehelselovens intensjoner ivaretatt i arbeidet med reguleringsplaner?**

Denne studien handler om i hvilken grad folkehelselovens intensjoner om å fremme folkehelse ivaretas i arbeidet med reguleringsplaner i kommunen. Det endelige innholdet i reguleringsplaner bestemmes av politikerne i kommunestyret og vår undersøkelse tar for seg arbeidet som skjer fram til politisk vedtak. Det vil si den administrative delen av arbeidet som skal gi politikerne et så godt beslutningsgrunnlag som mulig for å ivareta de hensyn de mener er viktige for samfunnet. Vi har på grunn av oppgavens omfang ikke valgt å gjennomføre dokumentanalyser for å drøfte innholdet i reguleringsplaner. Vi avgrensner oss til å undersøke prosessen i det administrative arbeidet. For å belyse dette har vi valgt å kartlegge hvem som er aktører i arbeidet i dag, prøve å få forståelse av hva de legger i begrepet folkehelse, for deretter å se på hvordan arbeidet med planene faktisk gjennomføres. I planarbeidet involveres eksterne initiativtakere som eiendomsutviklere, utbyggere og andre. Hvordan disse agerer for å fremme sine interesser er ikke en del av vår undersøkelse. Vi har konsentrert oss om plan- og byggesaksbehandlere, kommunelegene, folkehelsekoordinator og andre involverte i kommunens administrasjon. I første forskningsspørsmål stiller vi spørsmålet:

*«Hvem er de sentrale interessentene når det gjelder å integrere folkehelseperspektivet i kommunens reguleringsplaner»*

Dette hjelper oss å forstå hvilke fagområder som bør involveres i arbeidet og dermed hvilke medarbeidere som bør involveres som følge av dette. Dette er tema i kapittel 5.1. I hvilken grad folkehelsearbeidet faktisk integreres i arbeidet med reguleringsplaner avhenger av om ansvarlige fagmedarbeidere for alle relevante «folkehelseområder» er involvert i tilstrekkelig grad og i hvilken grad de bidrar med sin kunnskap. Dette leder oss over til vårt andre forskningsspørsmål som handler om hvordan beslutningsprosessen ser ut når det gjelder å integrere folkehelseperspektivet i kommunens reguleringsplaner, som er tema for kapittel 5.2.

### **5.1 Interessenter og begrepsforståelse**

Forholdene i Malvik kommune er oversiktlige og vi har god oversikt over hvem som er aktører internt i dette arbeidet. Saksbehandlere på arealplan, for tiden tre medarbeidere, er ansvarlige for saksbehandling av reguleringsplaner, det er disse som fører planen i pennen og dermed har ansvar for å skrive inn kommentarer/bidrag som kommer til fra andre aktører/interessenter underveis. Som vist i kapittel 2.3.2, inviteres alle dages aktører i dette arbeidet til helse i plan-møtene. Her møter medarbeidere med ansvar for Arealplanlegging, byggesaksbehandling, forvaltning drift og vedlikehold av vei, vann og avløp, kultur, skole og barnehage i tillegg til kommunelegene. Vi har gjort et utvalg blant disse og intervjuet seks av disse medarbeiderne. I tabellen under har vi systematisert tema/oppgaver som respondentene

pekte på som viktige for folkehelsearbeidet i kommunen. I venstre kolonne står de sektorene som arbeidet i kommunen tradisjonelt inndeles i, helse, skole, kultur og teknisk. Øverst har vi samlet generelle tema som vi mener alle bør ha et visst ansvar i, fordi folkehelsearbeid skal være et tverrsektorielt ansvar. I kolonne to fra venstre har vi listet opp alle tema/oppgaver som ble nevnt i intervjuene og sortert disse på de sektorene vi mener de hører til. Videre er to kolonner, gul søyle, kommunelegene, med kryss på hvilke temaer de nevnte i intervjuene og tilsvarende for folkehelse/kultur, grønn søyle, og teknisk, blå søyle. I høyre kolonne er det summert opp hvor mange treff det er til sammen på hvert tema og nederste linje er sum for hvor mange tema den enkelte respondent har nevnt i intervjuet.

Forståelse av begrepet folkehelse								
	Utsagn, tema som inngår i begrepet folkehelse\Respondent	Kommunelegene		Folkehelse-koordinator og kultur		Saksbehandlerne fra Teknisk		
		1	2	3	4	5	6	
Generelle punkter	Folkehelselovens definisjon, a) folkehelse: befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning	x						1
	Fremme folkehelse	x	x		x	x		4
	tilfredsstillende grunnleggende behov i samfunnet	x					x	2
	Kriminalitetsforebygging		x	x	x			3
	Livskvalitet	x				x		2
	Mestring/klare seg selv	x	x	x			x	4
	kunne leve best mulig liv		x		x			2
Helsesektor 24	Miljørettet helsevern	x						1
	Smittevern	x	x					2
	Holde seg frisk				x	x		2
	forebygge sykdom	x	x					2
	Overvekt		x					1
	Røyking		x		x			2
	rus				x			1
	psykisk helse				x	x		2
	Kosthold				x			1
Skole	Frafall i skolen		x		x			1
	Skoleskyss		x					1

Kultur	idrett				x			1
	kultur opp mot trivsel	x			x		x	3
	Musikk-visuell kultur				x			1
	gode opplevelser	x				x		2
	Barn og unge	x	x	x	x	x		5
Teknisk: plan byggesak og landbruk	Hvordan ytre strukturer påvirker helse i befolkningen i forhold til hva jeg som menneske kan gjøre		x				x	2
	sosial utjevning, ikke legge snøopplag der det bor svake grupper		x					1
	uteområder				x	x	x	3
	Nærhet til grønnstrukturer	x	x		x	x	x	5
	Nærhet til stille soner	x					x	2
	trivselsfaktorer, lys, beplantning		x			x	x	3
	universell utforming		x	x			x	3
	solforhold				x	x		2
	gang og sykkelveier		x			x	x	3
	trafikksikkerhet			x		x		2
	Møteplasser			x		x	x	3
	sykkelparkering					x		1
	lekeområder					x	x	2
	Teknisk	x					x	2
	vann	x					x	3
	kloakk	x					x	2
SUM	Antall temaer	16	17	6	16	16	14	

*Tabell nr.5.1: Tabellen viser temaer som respondentene pekte på som viktige elementer som kommunen bør ivareta i sitt arbeid med folkehelse.*

Flere av temaene kunne stått flere plasser. «Uteområder» kunne for eksempel stått både under skole og plan , byggesak og landbruk, eller andre. Alle utsagnene er tatt fra svar på spørsmålet «hva legger du i begrepet folkehelse», der svaret var f. eks «Nærhet til grønnstruktur.»

Som det framgår av tabellen peker respondentene på et bredt spekter av oppgaver som de mener er viktige for folkehelsen. I svarene fra respondentene er det nevnt 39 forskjellige

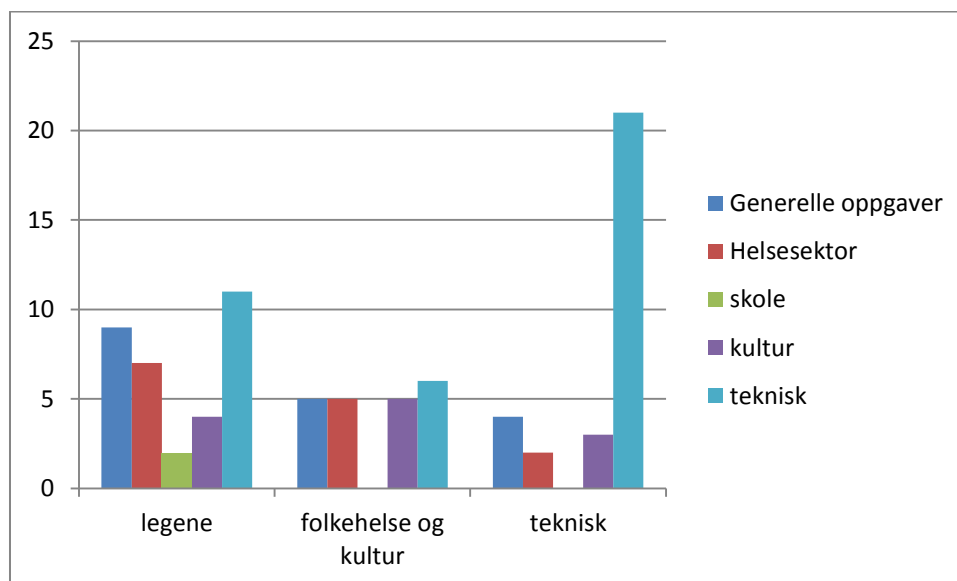
fag/oppgaver til sammen og en variasjon fra 6 til 17 fagtema/oppgaver som nevnes av den enkelte informant som viktige for folkehelse. Vi har strukturert fagtemaene/oppgavene i figuren over slik at vi har samlet disse i generelle punkter og oppgaver/fag hvor hovedansvaret ligger henholdsvis til helse, skole, kultur og teknisk. Alle respondentene nevner oppgaver fra alle områdene med unntak av skole som nevnes bare av en av legene.

Barn og unge og nærhet til grønnstruktur nevnes av fem av seks respondenter. Å fremme folkehelse og mestring/klare seg selv nevnes av fire i intervjuene mens kriminalitetsforebygging, kultur opp mot trivsel, uteområder, trivselsfaktorer som lys og beplantning, universell utforming, gang og sykkelveier, møteplasser og vann nevnes av tre informanter i intervjuene. Det er en som sier at han bruker folkehelseovens definisjon som sin tilnærming.

Av oppgaver som nevnes av tre eller flere tilhører 6 tradisjonelle tekniske fagområder mens 2 tilhører kultur og 3 er generelle punkter.

Hvis vi ser på sum score per fagområde finner vi 18 treff på generelle punkter, 13 på helse, 3 på skole, 12 på kultur og 40 på teknisk.

Vi ser at det er en viss forskjell på hvilke tema den enkelte respondent har fokus på i intervjuene. Legene har 9 treff på generelle, 2 på skole, 7 på helse, 4 på kultur og 9 på teknisk. Folkehelsekoordinatoren og kultur har 5 treff på generelle, 5 på helsesektor, 5 på kultur og 6 på teknisk. Saksbehandlerne på teknisk har 21 treff på egne fagområder, 3 på kultur, 2 på helse og 4 på generelle. Figuren under illustrerer dette.



Figur nr.5.1: Antall nevnte fagområder/oppgaver i intervjuer fordelt på respondenter.

Figuren viser at medarbeiderne fra teknisk har et tydelig fokus på «egne» oppgaver, 21 av 30 treff, og i mindre grad peker på andre fagområder enn sitt eget som viktige i folkehelsearbeidet. Dette kan forklares med at de har «tekniske» briller på og var mest bevisste på egne områder når de skulle besvare spørsmål om dette i intervjusituasjonen. Det er ikke noe i vårt materiale som tyder på at de mener andre fagområder er mindre viktige i folkehelsearbeidet. Folkehelse og kultur vekter omtrent alle områder likt med unntak av skole. Vi har ingen forklaring på hvorfor de er så få treff på skole, det kan hende at det er fordi respondentene ikke mente det var relevant i intervjusituasjonen. Vi stilte heller ingen oppfølgings spørsmål knyttet til skole og har ingen indikasjoner på at skole ikke vurderes som viktig i folkehelsesammenheng. En mulig forklaring kan være at man ikke har tenkt at fagområdet er relevant knyttet til arbeidet med reguleringsplaner. Legene scorer mest på generelle oppgaver og på teknisk ved siden av helse. Det viser at de er klare over potensialet i forhold til reguleringsplaner.

### **5.1.1 Forståelse av begrepene folkehelse og folkehelse arbeid**

Folkehelse og folkehelsearbeid er begreper som er i jevnlig bruk, men hva legger man egentlig i begrepene. Og enda viktigere i vår undersøkelse, hva legger saksbehandlerne og andre interessenter i begrepene i sitt arbeid med reguleringsplaner? Vår erfaring er at dette i offentlig forvaltning er begreper som i hovedsak har vært «eid» av helsesektoren. Nyere regelverk og styringsdokumenter peker på at for å få utnyttet samfunnets samlede ressurser best mulig må alle sektorer involveres i langt større grad for å styrke folkehelsen. I dette ligger en erkjennelse av at sektorer utenom helsesektoren i for liten grad har vært bevisste på sin rolle og sitt ansvar for hvordan deres arbeid påvirker folks helse. Dette ser vi i folkehelseloven som definerer folkehelse som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning (folkehelselovens § 3). Når det gjelder folkehelsearbeid lister loven opp en rekke punkter som fremheves som samfunnets ansvar. Her nevnes 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 §3) For å ivareta disse oppgavene må det arbeides tverrsektorielt og alle samfunnssektorer må ta ansvar for egne fagområder. I st. meld 16 (2010-2011) Nasjonal Helse og omsorgsplan (2011-2015) pekes det på at det er et offentlig ansvar å fremme helse og forebygge sykdom. Regjeringen skriver her at den vil styrke arbeidet med å fremme god helse i befolkningen, forebygge sykdom og forebygge helseforskjeller. Det skal legges til rette for at befolkningen skal kunne ta sunne valg i barnehagen, i skolen, i fritiden og på arbeidsplassen. Helsedirektoratet peker i sine hjemmesider på at kommunen har et sentralt ansvar ved påvirkning av hvordan lokalmiljøene

utformes der lokal arealplanlegging, byutvikling, trafikksikkerhetsarbeid, universell utforming og gode møteplasser er stikkord for kommunens fysiske eller miljørettede folkehelsearbeid (helsedirektoratet.no). Helsedirektoratet skriver også at kommunen i sin helsetjeneste skal fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. Kommunen ivaretar tjenestene helsestasjon, skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern, smittevern mv. Plan og bygningsloven fanger også opp disse elementene. Plan- og bygningsloven pålegger at det skal angis mål for den fysiske, miljømessige, økonomiske, sosiale og kulturelle utviklingen i kommuner og regioner, det kreves at jordressurser, kvaliteter i landskapet, vern av verdifulle landskap og kulturmiljøer skal sikres. osv. Det meste av dette er relevant i forhold til vår undersøkelse om arbeidet med reguleringsplaner, særlig bokstav d og e i § 3:

*d) legge til rette for god forming av bygde omgivelser, gode bomiljøer og gode oppvekst- og levekår i alle deler av landet*

*e) fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet*

Når vi sammenholder nasjonale styringsdokumenter med vår undersøkelse ser vi at det er stort samsvar mellom det som framgår av disse og fagområder/oppgaver respondentene til sammen nevner som viktige for folkehelsen i vår undersøkelse. Malvik kommunes Lev-vel undersøkelse viser at innbyggerne som har svart på undersøkelsen i stor grad peker på de samme temaene som viktig trivselsfaktorer. Gode bomiljø, nærhet til marka, gang og sykkelveier og utsikt er tema som blir nevnt som svært viktige for innbyggernes trivsel og helse. I neste kapittel vil vi se litt nærmere på hvem som blir interessenter som følge av oppgavens innhold.

### **5.1.2 Interessenter**

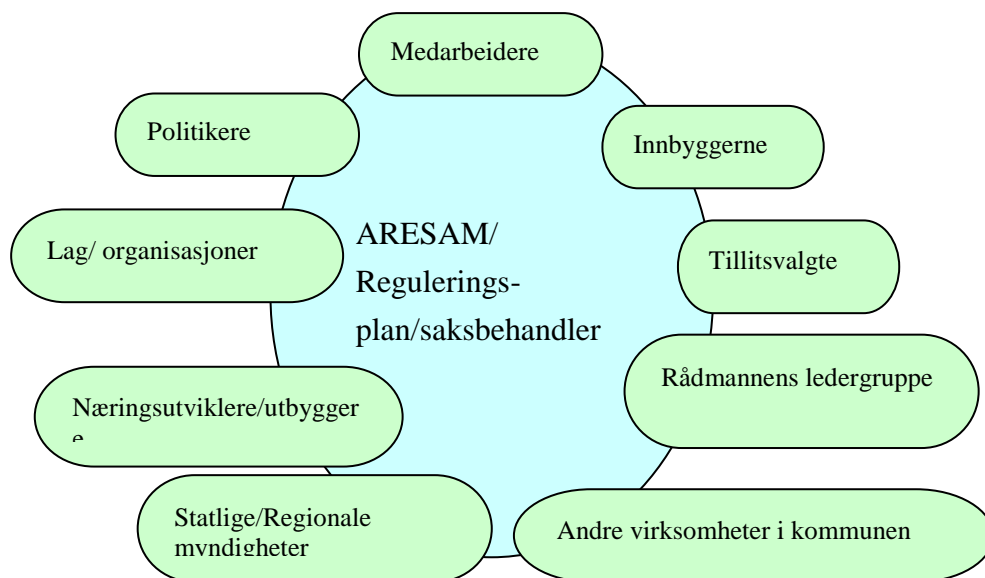
I kapitlet foran har respondentene pekt på en del fagområder /arbeidsoppgaver. Hvis vi videre ser på hvem som utfører disse arbeidsoppgavene i kommunen kan forstå mer om hvem som bør være involvert i arbeidet med reguleringsplaner for å kunne si noe om intensjonene i folkehelseloven faktisk ivaretas. For å ivareta intensjonene og løse oppgavene som følger av intensjonen med loven må den nødvendige kompetanse i arbeidet involveres. Nå er det slik at mange av oppgavene knyttet til folkehelselovens intensjoner må løses andre steder mens noe kan løses gjennom godt arbeid i reguleringsplaner i en kommune. Reguleringsplaner kan legge til rette for utvikling av bo- og leveområder som har kvaliteter som gjør at innbyggerne kan velge å leve sunt. Et eksempel kan være at en reguleringsplan kan bidra til at skoler plasseres tilknyttet infrastruktur og folks bosteder slik at det er mulig for lærere og ansatte å gå til skolen, og dermed foreta noen sunne valg som er bra for helsa til brukerne. Planen kan ha bestemmelser om detaljplanlegging slik at man i minst mulig grad skaper områder for «lysskye» aktiviteter som mobbing, røykehjørner osv. En reguleringsplan vil derimot ikke



kunne gjøre noe med innholdet i skolen, noe som også er viktig for folkehelse. Vi avgrensers oss til å utforske hvilke interessenter som er aktuelle i administrasjonens arbeid med reguleringsplaner og ikke interessenter ut over dette.

Med utgangspunkt i interessentmodellen sammen med bidrags-belønningsteori kan man få ett utgangspunkt for å drøfte hvordan interessenter samvirker innenfor den rammen som organisasjonsstrukturen setter. Dette kan hjelpe oss å forstå hvordan og hvorfor aktørene i reguleringsplanarbeidet arbeider mot et felles mål, dvs. bidra til bedre folkehelse.

Utarbeiding av en reguleringsplan kan være et omfattende arbeid med mange aktører. I prinsippet har alle interessentene i administrasjonen et ansvar for ivaretagelse av folkehelseperspektivet i reguleringsplanarbeidet, i egenskap av sitt fagansvar. Pfeffer og Salancik beskriver en organisasjon som en koalisjon av grupper og interessenter, som hver for seg forsøker å oppnå noe fra kollektivet gjennom interaksjon med de andre, og enhver har sine egne preferanser og mål (i Busch et al 2010). Hvis vi ser på interessenter i stor skala får vi noe som vist i figuren under.

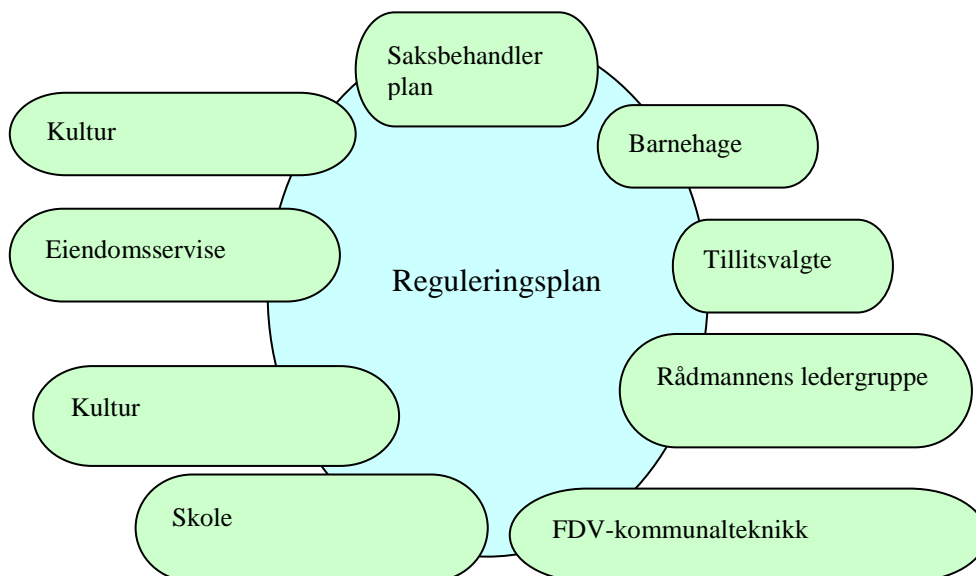


Figur 5.2: Interessentmodell som viser «alle» hovedaktørene, interne og eksterne, i stor skala med interesse i innholdet i reguleringsplaner

Interessenter i arbeidet kan være private utbyggere og de som er engasjert/innleid av disse, nabolag, alle fagområder i kommunen administrativt og politisk, nabokommuner, regionale

sammenslutninger, fylkesmannen, fylkeskommunen, lag og foreninger osv. Vi har avgrenset til å analysere i hvilken grad virksomheter og enkeltpersoner som representerer hvert sitt fagområde innenfor disse internt i kommunen til sammen ivaretar folkehelseperspektivet i planleggingen. Interessentene kan her ha ulike målsettinger med arbeidet.

Den enkelte fagperson kan være mer opptatt av hensyn til egne fagområder enn av å utvikle en helhetlig plan til beste for innbyggerne i et folkehelseperspektiv. Føringer i overordnede planer og regelverk gjelder for alle, men det kan tenkes at medarbeidere med ansvar for drift av veier kan være mer bevisst på at det skal være plass for snøopplag og at veibredden må sikre nok plass til å komme fram med nødvendig redskaper for drift og vedlikehold av veier enn av folkehelse. Tilsvarende kan en medarbeider fra helsesektoren med ansvar for folkehelse ha mer fokus på elementer av spesiell helsefaglig interesse enn av drift av vei, selv om god framkommelighet og trygge veier er viktig for folkehelsa. Hvis disse to interessentene ikke føres sammen slik at det oppstår en bevissthet om at begge har en viktig rolle i forhold til folkehelsearbeid kan resultatet bli at man ikke får utnyttet kompetansen fullt ut i planarbeidet. Som eksempel på FDV kommunalteknikk sin rolle i helsefremmende arbeid kan nevnes at godt brøytede gang og sykkelveier øker tilgjengeligheten for mange grupper. Flere vil ha mulighet til å benytte gang og sykkelveinettet, for eksempel sykle til jobben, noe som virker direkte fremmende på folkehelsa. Motsatt vil det være uheldig for folkehelsa om lek- og idrettsplasser blir brukt til snøopplag.



Figur 5.3: Interessenter med ansvar for oppgaver knyttet til folkehelsearbeid i reguleringsplaner

I figuren over viser vi virksomheter med ansvar for elementene av folkehelsearbeid som faktisk nevnes i intervjuene, det vil si interessentene i det administrative arbeidet som vi undersøker, i en interessent-modell. Denne figuren avviker fra figur 5.2 foran som viser det store bildet med alle relevante aktører i en ordinær reguleringsplan.

For å ivareta nødvendige hensyn knyttet til folkehelsearbeid i reguleringsplanarbeid må personer med fagkompetanse og ansvar for de forskjellige temaene involveres. Når vi sammenholder hvilke tema som nevnes som viktige for folkehelsearbeid med hvem som er invitert med i arbeidet finner vi at det er godt samsvar. Amdam og Veggeland (2011) peker på at i praktisk forvaltning skjer det stadig at man velger å finne fram til felles mål og verdier gjennom forhandlinger og overbevisende argumentasjon. Det ligger dermed til rette for at folkehelsearbeid skal bli ivaretatt i arbeidet med reguleringsplaner. For å kunne si noe om i hvilken grad det ligger til rette for at fagpersonene for det enkelte fagområde faktisk velger å bidra tar vi utgangspunkt i at alle interessegrupper har et bidrags- belønningsforhold til organisasjonen. Det vil vi se på i neste kapittel.

### **5.1.3 Bidrags-belønningsforhold**

Busch et al.(2010) påpeker at hvor mye den enkelte er villig til å investere i arbeidet i en organisasjon avhenger av bidrag- belønningsforholdet. For at den enkelte skal yte noe inn i arbeidet må belønningen være større enn bidraget, det er et minimum at belønningen er større enn det som kan oppnås i andre organisasjoner. Vi avgrensner oss her til å se på de som vi har funnet som relevante aktører i det administrative arbeidet med en reguleringsplan fram til politisk behandling. Belønning kan være mange former for motiveringsfaktorer. Manz og Sims peker for eksempel på at lønn etter ferdigheter ofte kan gi teamet motivasjon til stadig å utvikle sine egne kunnskaper og ferdigheter (Manz og Sims i Bolman og Deal 2010). Herzberg beskriver motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer, der hygienefaktorer dreier seg om forholdene arbeidet blir utført under mens motivasjonsfaktorer i hovedsak har å gjøre med arbeidet i seg selv. Hackman og medarbeidere bygde videre på Herzbergs tanker ved å identifisere tre kritiske faktorer i jobbmotivasjon: « *den enkelte har behov for (1) å se arbeidet sitt som meningsfylt og nyttig, noe som lettere skjer når arbeidet munner ut i et synlig og nyttig hele, (2) å ha mulighet til å bruke sitt eget skjønn og sin egne dømmekraft, og dermed kunne føle seg personlig ansvarlig for resultatet, og (3) å få tilbakemelding for arbeidet for dermed å kunne forbedre seg i neste omgang*» (Hackman, Oldham, Janson og Purdy, i Bolman og Deal 2010:182). Dette samsvarer i stor grad med erfaringer fra et virksomhetsmøte i ARESAM i 2012 der virksomhetsleder spurte hva som gjør det interessant å arbeide i virksomheten, dvs hva den enkelte vurderer som ”motiverende påfyll”. Svarene ble, i denne rekkefølgen: Godt arbeidsmiljø, ansvar, tillit, mestringsfølelse, meningsfullhet,

positive/konstruktive tilbakemeldinger, forutsigbarhet, fleksitid, fravær av stress, passe press, uformellhet, samarbeid, åpne dører, faglig påfyll, lønn og interessante arbeidsoppgaver.

Lønn inn på konto er den mest åpenbare belønningen på jobb. Respondentene i vår undersøkelse inngår alle i den delen av kommunen som forhandler lønn lokalt. Det samme gjelder for øvrige interessenter som i dette arbeidet har pekt på som interessenter i folkehelsearbeidet i reguleringsplaner. Lønn for disse fastsettes lokalt og innsats og resultat er et viktig kriterium for hvordan lønnsutvikling den enkelte får. Litt forenklet kan det hevdes at hvis den enkeltes leder mener arbeidet med folkehelse er viktig og skal prioriteres, og lederen blir klar over hvilken innsats den enkelte gjør for å bidra til folkehelse i for eksempel reguleringsplaner kan dette påvirke lønna. Den enkelte er klar over dette, men det er ikke sikkert at alle er veldig bevisste på dette i det daglige arbeidet. Effekten blir forsterket hvis lederen blir målt på eller er opptatt av resultat knyttet til dette arbeidet og vil gi lederen et insentiv til å belønne godt utført arbeid rettet mot styrking av folkehelse gjennom reguleringsplaner.

Ansvar for reguleringsplaner ligger hos virksomhet Areal og samfunnsplanlegging (ARESAM), virksomhetsleder blir målt på resultater i arbeidet, og det er naturlig å anta at dette påvirker leders prioritering av oppgaver knyttet til arbeidet med reguleringsplaner, herunder også et insitament for leder til å belønne de som gjør en god jobb med dette. Videre er folkehelsekoordinatoren ansatt i denne samme virksomheten, virksomhetsleder blir målt også på måloppnåelse knyttet til folkehelsearbeid ut over det som skjer i reguleringsplanarbeidet på generell basis slik at dette kan forsterke effekten som nevnt i forhold til lønnsutvikling. Respondentene besvarte følgende i spørreskjema, skala er fra 1-5 der 1 er helt uenig og 5 er helt enig:

	respondent	1	2	3	4	5	6	Gj-snitt	Spredning
1.	Folkehelseperspektivet blir godt ivaretatt i kommunens reguleringsplaner.	5	5	3,5	4	3	4	4,1	2
2.	Folkehelseperspektivet er et viktig perspektiv i kommunens reguleringsplaner.	5	5	4	4	2	4	4,0	3
3.	Jeg er en viktig aktør i folkehelsearbeidet.	4	4	4	5	3	3	3,8	2
4.	Lederen min synes det er viktig å fremme folkehelseperspektivet i reguleringsplanene.	5	5	4	5	3	4	4,3	2

Tabell nr. 5.2 Holdninger, gult er respondentene kommunelevene, grønt er folkehelsekoordinator og kultur mens blå er teknisk

Respondentene svarer her at de mener folkehelseperspektivet i reguleringsplanarbeidet er viktig, at de er viktige for arbeidet, at perspektivet blir godt ivaretatt, og at de tror at deres leder synes det er viktig å fremme arbeidet. Vi mener at dette indikerer at det ligger til rette for at interessentene kan få uttelling på flere måter hvis de utmerker seg i arbeidet med implementering av folkehelse i reguleringsplaner.

Kommunen deltar i forskningsprosjektet fra kunnskap til handling og fra handling til kunnskap med Malvik-stien. Her er det muligheter til å delta i nyskaping og utviklingsarbeid. Dette gir mulighet for at arbeidet oppfattes meningsfylt og nyttig, føle seg personlig ansvarlig og for å få tilbakemeldinger for å kunne forbedre seg i neste omgang. Bolman og Deal (2010) skriver at man skal støtte opp om likhetstanken, noe som innebærer et demokratisk miljø der ansatte deltar i beslutningsprosessene (ibid:184). Helse i plan-møtet framstår som en selvstyrt gruppe der medarbeidere møter på like fot i et samarbeider om løsninger for å sikre folkehelseperspektivet i reguleringsplanene. Vi mener det ligger godt til rette for et godt bidrags- belønnings forhold for medarbeidere i kommunen med ansvar for folkehelse i reguleringsplaner. Arbeidet er organisert i stor grad gjennom teamarbeid i helse i plan-møtene, og kommunen har god forankring på arbeidet med folkehelsearbeid i toppledelsen. Videre er dette prioritert som et felles arbeidsmål i virksomhetsplanen for alle virksomheter i kommune. Dette gir et felles eierforhold, alle er i stor grad bevisstgjort på viktigheten av arbeidet.

## **5.2 Beslutningsprosess**

I Malvik kommune er ansvaret for saksbehandling av reguleringsplaner plassert i virksomheten Areal og samfunnsplanlegging (ARESAM). Ansvaret for folkehelse er imidlertid spredt på flere steder. De som har hovedansvar i tillegg til ARESAM, og derigjennom en rolle i arbeidet med reguleringsplaner er kommuneoverlegen, medarbeiderne i virksomhetene kultur, FDV (Forvaltning, Drift og Vedlikehold) kommunalteknikk og eiendom. Kommunen har en folkehelsekoordinator som er lokalisert ved ARESAM. I prinsippet skal alle kommunens virksomheter synliggjøre hvordan de kan bidra i folkehelsearbeidet, slik at man i vid forstand kan si at alle medarbeiderne i kommunen har en rolle.

Problemstillingen i denne studien handler om hvordan folkehelseovens intensjoner om fremme av folkehelse ivaretas i kommunens reguleringsplaner. Vi ser at det er sterke nasjonale, regionale og kommunale føringer for at folkehelse skal stå sentralt i all forvaltning, og folkehelse må i større grad inngå som et viktig element i generell samfunnsplanlegging. I kommunen betyr det at folkehelse blir ivaretatt i kommunal planstrategi, og dermed i alle planer som er forankret i denne. I vår studie ser vi nærmere på hvordan folkehelse ivaretas i

den videre planprosessen, i det arbeidet som skjer i ARESAM der reguleringsplaner utformes etter plan- og bygningsloven. Det er her man får et «sannhetens øyeblikk», der alle gode intensjoner om folkehelse som er nedfelt i strategi- og politikkdokumenter skal bli virkelighet. For å kaste lys over problemstillingen har vi valgt å se nærmere på hvordan reguleringsplanene utformes i ARESAM, og vi har formulert følgende forskningsspørsmål:

*Hvordan ser beslutningsprosessen ut når det gjelder å integrere folkehelseperspektivet i kommunens reguleringsplaner?*

I kapittel 5.1 har vi sett på hva som legges i begrepet folkehelse og hvem som er interessenter i det administrative arbeidet fram mot politisk behandling av en reguleringsplan. Vi har vist at for å utnytte handlingsrommet i forhold til å ivareta folkehelse gjennom reguleringsplaner er det nødvendig med et tverrfaglig arbeid der alle involverte får sine bidrag til folkehelsetenking fra sitt fagområde ivaretatt i den enkelte reguleringsplan.

For å få større kunnskap har vi prøvd å finne ut mer om hvilke beslutningsarenaer som finnes for folkehelseimplementeringen i reguleringsplanarbeidet og om hvordan beslutninger fattes. Slik kan vi forstå bedre i hvilken grad den enkeltes bidrag til helsefremming blir synliggjort i planene. Herunder vil drøfte våre funn fra intervjuer og spørreundersøkelse og se dem i lys av aktuell teori.

### **5.2.1 Hvem er aktørene og hvordan oppfatter de sine roller i forbindelse med å fremme folkehelse i reguleringsplanene?**

I plan- og bygningsloven, stilles det krav til at reguleringsplaner skal utformes av fagkyndig person for å sikre en kvalitativ standard på planer (plan- og bygningsloven § 12.3.). Kommunen har ansvar for at nasjonale og regionale planer og retningslinjer skal ligge til grunn for planleggingen. I Malvik kommune er det saksbehandlerne i ARESAM, plan og byggesak, heretter kalt saksbehandlerne, som har hovedansvaret for å utarbeide reguleringsplanene. Saksbehandlerne kvalitetssikrer i stor grad utformingen av reguleringsplanene selv, men samarbeider også med fagpersoner fra andre avdelinger i kommunen. De har nær kontakt med forslagsstillere gjennom tett dialog om hvordan utbygginger skal utformes for å ivareta hensyn til forskjellige berørte interesser. Andre sentrale fagpersoner er kommunelegene, folkehelsekoordinatoren og representanter fra andre avdelinger i kommunen. Folkehelsekoordinatoren kaller inn til helse i plan-møter hver måned der de fleste reguleringsplansakene blir satt på agendaen. Saksbehandlerne, kommunelegene og representanter for berørte avdelinger i kommunen deltar fast på dette møtet. I møtet gjennomgås reguleringsplanene og alle kan komme med innspill til saksbehandleren. Innspillene er i hovedsak muntlige.

Fokus i vår studie er hvordan folkehelselovens intensjoner om fremme av folkehelseperspektivet ivaretas i Malvik kommunes reguleringsplaner. Et av fokusområdene i intervjuene er hvordan de ulike aktørene oppfatter sin rolle i å fremme folkehelseperspektivet i reguleringsplanene.

I intervjuene kommer det frem at alle respondentene har en oppfatning av sin rolle og sitt ansvar i forbindelse med å implementere folkehelseperspektivet i reguleringsplaner, selv om de i ulik grad er klare og tydelige på hvordan rollen og ansvaret er. Alle er i stor grad enige i at større fokus på folkehelseperspektivet i reguleringsplaner på sikt vil føre til bedre folkehelse. Saksbehandlerne sier seg verken enige eller uenige i utsagnet: *«jeg er en viktig aktør i folkehelsearbeidet»*. Resten av respondentene sier seg enige i utsagnet. Vi ser at svarene spriker en del med hensyn til hvor viktig hver respondent mener han er i folkehelsearbeidet. Dette kan sees i sammenheng med hvordan respondentene skårer utsagnet: *«Det er i stor grad opp til den enkelte saksbehandler å avgjøre i hvilken grad folkehelseperspektivet trekkes inn i reguleringsplanene»*. Saksbehandlerne sier seg delvis uenige i utsagnet, mens de øvrige respondentene er enige i utsagnet. Det er tydelig at saksbehandlerne ser sin rolle annerledes enn hvordan de øvrige aktørene ser saksbehandlerens rolle. På utsagnet: *«Jeg har god kompetanse på faktorer som påvirker folkehelsen»*, svarer én saksbehandler at han er enig mens den andre svarer *«vet ikke»*. Øvrige respondenter er enige og helt enige i utsagnet.

Vi ser av intervjuene at alle respondentene har oppfattet et skifte over de senere årene der folkehelseperspektivet har fått et større fokus i styringsdokumenter og i samfunnet som helhet. Videre ser vi at dette preger egen rolleforståelse hos samtlige. En saksbehandler sier:

*Jeg prøver i alle fall å være bevisst på at jeg er innbyggernes talsmann. Jeg er jo også fullstendig klar over at jeg er saksbehandler for de som ønsker å etablere seg. (...) Men stort sett så klarer de godt å ta vare på seg selv. Sånn at i bunn og grunn så oppfatter jeg min rolle som å ta vare på innbyggernes interesser i planarbeidet.*

Respondenten mener at hans rolle er å representere innbyggernes interesser, deriblant folkehelseperspektivet. Det er flere av respondentene som sier at de er *«innbyggerrettet»* i sin tankemåte og at de derfor ser at de har en rolle når det gjelder å fremme folkehelse.

Alle, utenom én respondent, sier seg enig i utsagnet: *«I arbeidet med reguleringsplaner er jeg en viktig del av et bredt og tverrsektorielt folkehelsearbeid»*. Det stemmer godt overens med det fokuset som folkehelse har i nasjonale, regionale og kommunale styringsdokumenter, der det nettopp er et viktig poeng at folkehelsearbeidet skal være sektorovergripende. Selv om respondentene oppfatter at de har en rolle i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet oppfatter de rollene sine ulikt med hensyn til hva deres ansvar er og hvordan de skal bidra inn i reguleringsplanarbeidet.

*Noen må jo selvsagt kjøre prosessen, men det er like viktig at de som er med og jobber bak er bidragsytere. Så jeg vil jo påstå at vi har et ansvar alle sammen til å være med så du skal få et best mulig resultat da.*

Her ser vi at saksbehandlerens rolle er å kjøre prosessen, utforme reguleringsplanen, men han mener at alle sammen, kommuneleger og andre aktuelle personer fra berørte saksområder har et ansvar for resultatet. Samtidig sier saksbehandlerne at de «*henter inn bistand*» og «*innhenter kompetanse*» «*der det er nødvendig*». En av saksbehandlerne sier det slik:

*For det første er det jo avhengig av hvor flinke vi er til å gå ut og få inn innspill fra andre da. Vi kan jo velge å kjøre en plan, bure oss inne og jobbe med planen, muligheten er jo der. Nå tror jeg etter hvert at vi er blitt relativt flinke til å få med andre i arbeidet da. Og da vil jo de ulike faggruppene komme med sine innspill.*

Det er derved mye opp til hver saksbehandlers skjønn i hvilken grad han involverer andre fagpersoner i utformingen av reguleringsplanen. De øvrige respondentene bekrefter på ulike måter dette bildet, at det er saksbehandlerens rolle å avgjøre om andres kompetanse skal trekkes inn. En av kommunelegene sier det slik: «*Altså, det er saksbehandler som har hovedansvaret og ikke jeg som kommuneoverlege, eller folkehelsekoordinatoren.*»

I intervjuene finnes mange utsagn som tyder på at de øvrige respondentene ikke er helt tilfreds med denne situasjonen. Noen gir uttrykk for at de «*prøver å komme inn (i planarbeidet) tidligst mulig*», men at de gjerne ikke orienteres om nye planer før det månedlige helse i planmøtet. De sier at de ønsker mer uformelt samarbeid og at de er tilgjengelige for konsultasjon når som helst. Saksbehandlerne på sin side gir også uttrykk for at dagens situasjon kanskje ikke er helt ideell. En av dem sier at «*...sånn sett har jeg vel ikke vært særlig flink til å gå og be om ytterligere faginnspill. Det har ikke skjedd så ofte*».

Det avholdes et månedlig, formelt møte der de fleste reguleringsplansakene gjennomgås. Ut over dette blir kommunelegene og de øvrige respondentene, som vi har pekt på, i varierende grad trukket inn i utformingen av reguleringsplanene. Kommunelegene har fokus på at kunnskaps- og kompetansedeling er viktig. Kunnskapsdelingen som skjer gjør at alle får bedre kompetanse og «*gjensidig forståelse*». En av kommunelegene peker på betydningen av at man ikke har «*ensidig kompetanse*».

Samtidig poengteres det fra flere av respondentene at det er viktig å ha respekt for hverandre og hverandres fagområder. Den ene kommunelegen sier det slik:

*... sånn at i hvert sånt planmøte diskuterer vi og lytter til innspill for å komme fram til gode løsninger. Det er kjempeviktig i et sånt møte, ellers så går det jo ikke. Hvis jeg var en veldig bastant kommuneoverlege og kom på de møtene bare for å banke gjennom mine synspunkter og kunnskap, da tror jeg ikke de møtene ville fungert.*



I dag baserer mange organisasjoner sin virksomhet på profesjonelle arbeidstakere som representerer ulike måter å oppfatte og tenke på i forhold til de utfordringene som moderne organisasjoner må mestre. (Jacobsen og Thorsvik 2008:300). Våre funn bekrefter at dette er situasjonen med hensyn til de aktørene i ARESAM som arbeider med folkehelse i reguleringsplaner. Derfor har man etter hvert forlatt den instrumentelle planleggingen der aktørene kommer i bakgrunnen fordi man er opptatt av å finne oppskrifter på planlegging, som trinnvise prosesser fra mål til handling (Amdam og Veggeland 2011). I dag har det kommet en kommunikatv vending innen samfunnsplanleggingen. Innes og Booher (gjengitt i Amdam og Veggeland 2011:173), beskriver den kommunikative planleggingen slik:

*In collaborative practice, by contrast, problems are treated as puzzles as participants work jointly to put pieces together to create shared pictures of the future and a strategy to get there.*

Der det i instrumentell planlegging er et fokus på at man skal formulere klare og entydige mål, er det i kommunikatv planlegging et fokus på at aktørene er interessert i å komme til enighet med hverandre. Den grunnleggende utfordringen er å få bredest mulig enighet om hvordan samfunnet bør utvikles i det dynamiske samspillet mellom mektige og mindre mektige aktører. (Amdam og Veggeland 2011). I intervjuene er det stor grad av enighet blant respondentene om at de alle sammen er en del av et tverrsektorielt folkehelsearbeid og at deres rolle er å representere innbyggernes interesser. Respondentene er omforent om et fremtidsbilde der folk har bedre helse, blant annet fordi folkehelseperspektivet har fått en større plass i reguleringsplanene.

Aktørene i reguleringsplanarbeidet gir tydelig uttrykk for at de har en gjensidig respekt for hverandres kompetanse. De lytter til andres innspill og diskuterer for å komme frem til gode løsninger. Det er fokus på kunnskaps- og kompetansedeling, og vekt på at man skal utvikle bedre forståelse for hverandres fagområder. Dette er helt i tråd med den kommunikative måten å planlegge på, der organisasjonens evne til å fatte strategiske rasjonelle valg først og fremst er tuftet på at forholdene ligger til rette for at organisasjonsmedlemmene kan drøfte problemer åpent og fritt argumentere for sine synspunkter.

En grunnleggende forutsetning i kommunikatv planlegging er at alle aktører er frie og likeverdige og potensielt like kompetente (Amdam og Veggeland 2011). Slik er det i stor grad blant aktørene i vår undersøkelse. Alle har en solid fagbakgrunn og de respekterer hverandres fagområder. Likevel kommer det noen utsagn som kan tyde på at aktørene ikke anser seg 100 prosent likeverdige. Blant annet sier en av kommunelegene at han føler at han må være en vaktbikkje i forhold til folkehelsen, og man kan tolke ham i retning av at han har en kunnskap eller posisjon som i noen grad gir ham overordnet rolle i forhold til resten av aktørene. En annen grunnleggende forutsetning i den kommunikative planleggingen er at aktørene må innrømme feil og skifte oppfatning i de tilfeller de blir møtt med bedre argumenter. Vår

undersøkelse viser at det langt på vei er slik det fungerer i samarbeidet mellom aktørene. En av kommunelegene sier: «...i hvert sånt planmøte diskuterer vi og lytter til innspill for å komme fram til gode løsninger. Det er kjempeviktig i et sånt møte, ellers så går det jo ikke.»

I den kommunikative planlegging er det viktig at alle aktører opptrer autentisk og sannferdig overfor hverandre. Ibid. I undersøkelsen vår ble det ikke spesifikt stilt spørsmål som gikk inn på dette, men respondentene erkjente tydelig viktigheten av å behandle hverandre med respekt og lytte til andres meninger. Det gir oss grunn til å anta at reguleringsplanarbeidet også på dette punktet er i tråd med den kommunikative tradisjonen.

Samordning og planlegging er sentrale begreper i all offentlig forvaltning, og Amdam og Veggeland (2011) peker på at det finnes hard og myk regulering. I vår undersøkelse ser vi at aktørenes rolleforståelse i noen grad er formet av det man kan kalle hard regulering. Det dreier seg om lover, regelverk og føringer i form av kommunale planer. I de senere år har det vært et stort fokus på at folkehelseperspektivet skal være tydelig i alle sektorer og på alle nivåer, og ikke minst har det skjedd en dreining mot større kommunalt ansvar i nettopp folkehelse. Folkehelseloven, plan- og bygningsloven er sentrale styringsdokumenter og disse reflekteres tydelig i kommuneplanen i Malvik. Alle aktørene ga uttrykk for at deres rolleforståelse var preget av dette.

### **5.2.2 Beslutningsarenaer og makt**

Christensen og Jensen (2008) beskriver beslutningsarenaen som en stedfestelse av de begivenheter som utspiller seg når beslutninger fattes. Det kan være snakk om beslutningsarenaer av formell karakter, eller beslutningsarenaer av mer uformell karakter. I henhold til (Amdam og Veggeland 2011) dreier det seg om situasjoner der deltagere som har reell makt i prosessene, kan ta avgjørelser eller komme frem til kompromisser nedfelt i avtaler som binder dem senere.

Beslutningstakerne på beslutningsarenaen vil noen ganger være gitt, for eksempel er det formelt vedtatt hvem som skal delta på helse i plan-møtene i ARESAM. Andre ganger, gjerne når møter er av mer uformell karakter, vil det være mindre oversiktlig hvem som er beslutningstakerne.

Utformingen av reguleringsplaner er et omfattende arbeid, og det er ofte behov for flere beslutninger underveis i prosessen. Med beslutningsprosessen mener vi hele rekken av handlinger og vurderinger som fører frem til en ferdig utformet reguleringsplan, klar til politisk behandling. Beslutninger henger sammen ved at det man har besluttet tidligere, legger premisser for nye beslutninger. Slik drives aktivitetene fremover av en kjede beslutninger En beslutning kan også defineres som et valg mellom ulike alternativer, der valget innebærer en forpliktelse til handling. (Jacobsen og Thorsvik 2008).

Mellom de ulike beslutningene foregår det utredning, bearbeiding og drøfting mellom grupper og aktører som er involvert i prosessen.

For å få svar på studiens forskningsspørsmål, om hvordan beslutningsprosessen ser ut når det gjelder å integrere folkehelseperspektivet i kommunens reguleringsplaner, hadde vi spørsmål i intervjuguiden som ga grunnlag for å reflektere over hvilke beslutningsarenaer som finnes i ARESAM. Vi ser på hvor og hvordan planleggingen skjer og hvordan beslutninger fattes. Til slutt vil vi drøfte funnene opp mot aktuell teori.

**Oppstartsmøtet** er det første formelle møtet der saksbehandler møter forslagsstiller.

Kommunen skal holde oppstartsmøte når andre enn kommunen ønsker å utarbeide utkast til reguleringsplan. I oppstartsmøtet skal kommunen orientere om overordnede føringer for planarbeidet. Dette kan være føringer fra kommuneplan eller andre føringer som er vedtatt i kommunen eller som er gitt i regionale planer. I intervjuene kommer det frem at folkehelseperspektivet ikke har en sentral plass i dette møtet. En av saksbehandlerne sier det slik:

*Det starter vel relativt tidlig i prosessen hvor det (folkehelse) blir et lite tema, men det vil vel naturligvis være en viss prosess først før at det blir litt mer tyngde i den vektinga. Så jeg tror nok at før vi har et oppstartsmøte så er vel folkehelse ikke akkurat det første vi ser på.*

Videre kommer det frem at folkehelse ikke har en «egen overskrift» eller et «eget kapittel» i saksfremleggene. I arbeidet med reguleringsplan skal det angis arealformål med underformål (plan- og bygningsloven § 12.5.) og det er gjennom disse spesifikke folkehelse relaterte underformålene at folkehelseperspektivet skal ivaretas. En respondent sier at «*oppstartsmøtet er viktig, mye avklares der. Det kan være vanskelig å komme inn med nye momenter etterpå*» Han mener at forslagsstiller lett «*låser seg i sitt*» og at momenter som er fordyrende for utbygger må komme inn helt i starten. En annen respondent peker også på at det vil være en fordel å få belyst problematikken allerede i oppstartsmøtet. «*Sånn at prosessen har et litt annet fokus på det. (folkehelse) Så jeg ser ikke bort i fra at det kan være lurt å ta det helt i fra dag én*». En av saksbehandlerne peker på den store innflytelsen han kan ha ved å «*vinkle saken, bruke språket, og slik ha bra innflytelse på i hvilken retning saken beveger seg*». Han mener også at folkehelseperspektivet ville ha fått en større plass dersom det kom inn helt i starten.

Premissene for utformingen av reguleringsplanene legges tidlig. Den ene kommunelegen peker på at det er forslagsstillere, arkitekter og eiendomsbesittere som kommer med forslagene, og derved legger mye av premissene for den videre utformingen. «*Og så må vi liksom sitte og bearbeide dem (forslagene) og sørge for å ta vare på folkehelseperspektivet som kommer fra andre da*».

**Helse i plan-møtet** er en sentral beslutningsarena i ARESAM. Det er folkehelsekoordinator som kaller inn til møtet og de faste møtedeltakerne er saksbehandlere, kommuneleger, representanter fra FDV kommunalteknikk (drift) og representant for barn/unge og kultur. Folkehelsekoordinator har hovedansvar for å sette agendaen, men alle kan ta opp saker og komme med innspill. Møtedeltakelsen er i hovedsak god, men flere respondenter sier at de «kanskje ikke er flinke nok» til å delta. En av respondentene etterlyser større deltagelse fra ledelsen. Dersom det er behov for annen kompetanse kan også representanter for andre avdelinger i kommunen kalles inn. I dette møtet foregår en kompetansedeling og saksbehandlerne orienterer om reguleringsplanene som de arbeider med.

En respondent som ikke er saksbehandler oppfatter helse i plan-møtet slik:

*Ja, der skulle alle planer innom. Og der satt all folkehelsekompetanse i kommunen. Leger, kriminalitetsforebygging og trafikksikkerhet og alt dette. Det var hovedarenaen for å påvirke.*

Samme respondent sier at kunnskapsdeling også er et mål for helse i plan-møtene, og en viktig faktor er at man skal bli bedre kjent med hverandre «slik at terskelen for kontakt blir lavere». En av kommunelegene sier at helse i plan-møtet er nyttig i forhold til å «så ut folkehelseetenkningen» og at det er stor tverrfaglighet i møtet. Videre peker han på at møtet fører til bred belysning av sakene, men at det kanskje ikke oppleves like nyttig for saksbehandlerne.

*Og alle sammen sitter og diskuterer alle sakene. Og det føles ganske nyttig for oss som kommer utenfra. Det er kanskje ikke like nyttig for de som kommer fra plan. (...) Men det fører i hvert fall til en ganske bred belysning av sakene fra plan.*

En kommunelege poengterer at helse i plan-møtet er et sted der det er «viktig å ha gjensidig respekt, å ikke banke igjennom egne synspunkter». Han vil ha en gjensidig kunnskapsoverføring og unngå å komme i en «overformynder-rolle». For respondenter som ikke er saksbehandlere, er helse i plan-møtet ofte den eneste anledningen der de får kjennskap til nye reguleringsplaner. En respondent sier: «Det kan jo selvfølgelig bli litt tilfeldig om det er saker som går utenom, det er opp til den enkelte (saksbehandler)». Men tilføyer at saksbehandlerne har blitt veldig positive med hensyn til å få et tverrfaglig syn på sakene som de arbeider med. Det kan se ut som om respondentene ikke har en helt omforent med hensyn til helse i plan-møtets hensikt og funksjon. Saksbehandlerne kommer der for «å få innspill, komme med en rask presentasjon (av reguleringsplanene), motta tips og umiddelbare reaksjoner». Noen av de andre respondentene er usikre på om alle reguleringsplaner kommer innom helse i plan-møtet og de er usikre på i hvilken grad deres innspill blir tatt hensyn til. En av kommunelegene sier det slik: «Hvor ligger makten da? I forhold til de beslutninger som tas i arbeidet med reguleringsplanen? Hvem er det som sitter med makten? Den ligger

*absolutt hos saksbehandleren. (...) Sånn vil det være. Og jeg har brukt mye tid på å tenke på om jeg oppfyller min plikt og rett som kommunelege ved å jobbe på den her måten.»*

**Uformelle beslutningsarenaer** finnes også i ARESAM. Utformingen av reguleringsplaner er et omfattende arbeid, og det er behov for flere beslutninger underveis i prosessen. Det ligger mange handlinger og vurderinger bak en ferdig utformet reguleringsplan. Vi ser av intervjuvarene at oppstartsmøtet og helse i plan-møtet er to sentrale beslutningsarenaer. Selv om alle respondentene fokuserte på de formelle beslutningsarenaene når de snakket om beslutningsprosessen, så kom det fram gjennom intervjuene at det også finnes flere uformelle beslutningsarenaer eller beslutningsanledninger. Saksbehandlerens beslutningsatferd påvirkes av den organisasjonsmessige konteksten. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2008) dreier dette seg om hvilke mål og strategier virksomheten har, hvordan den formelle strukturen ser ut, hvilken organisasjonskultur som råder og til slutt, hvordan maktforholdene ser ut.

I ARESAM tilsier saksbehandlerens arbeids- og ansvarsområde at de har et hovedansvar i utforming av reguleringsplanene. Når det gjelder hvilken frihet hver saksbehandler har med hensyn til å påvirke innholdet i en reguleringsplan spriker intervjuvarene noe. Saksbehandlerens vurdering er at de ikke har like mye påvirkning på hvordan folkehelseperspektivet blir seende ut i ferdig utformet plan som de resterende respondentene tror at saksbehandlerne har.

Likevel er det klart at saksbehandlerne sitter i posisjon til å påvirke reguleringsplanene ved at de følger planen gjennom hele beslutningsprosessen, vurderer hvilken kompetanse de skal trekke inn i arbeidet og til slutt formulerer den endelige plan. Det er tydelig at alle respondentene mener at det er saksbehandlerne som har ansvar for å «kjøre prosessen» og flere gir uttrykk for at det er opp til saksbehandlerne å trekke inn kompetanse fra andre ved behov. På spørsmål om saksbehandler synes han kan trekke inn andre faggruppers kompetanse underveis dersom han føler behov for det, svarer han: «Vi kan det. Om vi gjør det er nå noe annet».

Selv om respondentene ikke hadde et stort fokus på de uformelle beslutningsanledningene så kom det noen utsagn som gir oss noe relevant informasjon. En av kommunelegene sier: «I Malvik kommune synes jeg faktisk at det er veldig godt fokus på det (folkehelse) altså. Vi er så tette her. Alle snakker med alle.» Det er gjennomgående hos alle respondentene at det er små forhold og at man kjenner hverandre godt. Man møtes i lunsjen og på pauserommet. Det holdes formøter av uformell karakter før helse i plan-møter, og det er tydelig at felles interesser og personlig «kjemi» er med på å påvirke hvem som samarbeider om hva. Alle mener at de er svært tilgjengelige for tverrfaglig samarbeid. En av kommunelegene viser til at hun til og med har adgangskort til ARESAM selv om kontoret hans er lokalisert et annet sted.

Det ligger mange handlinger, vurderinger og beslutninger bak en ferdig utformet reguleringsplan. Det er mange beslutningsanledninger underveis i prosessen og mange av dem er uformelle møter mellom ulike fagpersoner. En av respondentene etterlyser likevel mer uformell kontakt og sier at: *«Det går på at hjulet skal rulle, ikke bare på helse i plan-møtene, men rulle litt hele tiden».*

Deltagerne i utformingen av reguleringsplaner kan oppfattes som interessenter i et interessefelt der man individuelt eller i grupper sørger for å få sine egne interesser tilgodesett. Fokus i vår studie er i hvilken grad de ulike aktørene vektlegger folkehelseperspektivet og implementerer det i reguleringsplanene. Vår empiri gir ikke grunnlag for å mene at virksomheten er preget av konflikter mellom sterke interessenter. Av alle utsagnene i spørreskjemaet var enigheten størst blant alle respondentene i at *«større fokus på folkehelseperspektivet i reguleringsplaner vil på sikt føre til bedre folkehelse».* Det gir grunnlag for å anta at på lang sikt, i et stort perspektiv, kan det virke som om alle aktører oppfatter at man er «i samme båt». Likevel er det rimelig å anta at det på kort sikt og i enkeltspørsmål kan være konflikter fordi særinteresser kommer i konflikt med andre særinteresser. Bolman og Deal (2010) sammenfatter det politiske perspektiv i fem grunnsetninger. Én av dem handler om at ressursknapphet og varige motsetninger gjør konflikter sentrale i organisasjoners daglige liv og gjør makt til den viktigste ressursen. En annen grunnsetning handler om at det finnes varige motsetninger mellom koalisjonsmedlemmene når det gjelder verdier, overbevisninger, kunnskaper, interesser og virkelighetsoppfatninger. I forrige kapittel så vi hvordan planleggingen i hovedtrekk er kommunikativ når det gjelder utforming av reguleringsplaner. Amdam og Veggeland (2011) beskriver hvordan slik planlegging forutsetter at det er konflikt eller manglende gjensidig forståelse mellom aktører fordi samfunnet er komplekst og dynamisk. Makten er ujevnt fordelt, og ingen har full oversikt over alt.

For å forstå hva som foregår i en organisasjon er det nødvendig å avdekke hvem som reelt fatter beslutninger, hvordan det skjer og hvilke konsekvenser det får. Med andre ord må man avklare hvilke maktfenomener det er som kan forklare beslutningene. (Christensen og Jensen 2008) Sannsynligheten for å få sine ønsker og interesser oppfylt vil avhenge av handlingsforløpet, den prosess som aktørene inngår i. Handlingsforløpet vil igjen være avhengig av hvilke ressurser, for eksempel posisjon, status, kunnskap eller kommunikative evner, som den enkelte aktør har. Ibid.

I denne delen av analysen vil vi i hovedsak anvende Christensen og Jensens maktmodell som analytisk innfallsvinkel fordi vi mener den vil være et viktig bidrag i forhold til å kartlegge hvordan beslutningsprosessen i reguleringsplanarbeidet ser ut. Vi velger å se på planleggingen i et maktperspektiv og strukturere analysen etter de seks maktdimensjonene i Christensen og

Jensens modell. Slik antar vi at vi kommer til å få større kunnskap om hvordan folkehelselovens intensjoner om fremme av folkehelse ivaretas i kommunen.

**Direkte makt**, den første dimensjonen i Christensen og Jensens modell, legger til grunn at beslutningsarenaen er stedfestet. I ARESAM er de sentrale beslutningsarenaene oppstartsmøtet og helse i plan-møtet, noe som bekreftes i intervjuene. Samtidig finnes det mange uformelle beslutningsarenaer. Arbeidet med å utforme reguleringsplaner tar lang tid, har stor kompleksitet og det ligger mange handlinger, vurderinger og beslutninger bak en plan før den er ferdig til politisk behandling. Derfor oppstår det også mange beslutningsanledninger underveis i prosessen, beslutningsarenaer av mer uformell karakter.

I modellens første dimensjon legges det også til grunn at vi vet hvem aktørene, eller beslutningstakerne, er. I Malvik kommune er aktørene som er med på å utforme reguleringsplaner først og fremst saksbehandlerne i ARESAM og noen utvalgte fagpersoner fra andre avdelinger i kommunen. I denne analysen vil vi begrense oss til aktørene i ARESAM og de faste eksterne deltakerne på helse i plan-møtet, saksbehandlere teknisk, kommuneleger, representant fra barn/unge og kultur og folkehelsekoordinator. Det komplekse interessentbildet er likevel viktig å ha som bakteppe. Det er viktig å erkjenne at ARESAM og aktørene som er i fokus i undersøkelsen ikke eksisterer i et «vakuum». Mål og beslutninger vokser fram gjennom kjøpslåing og forhandlinger mellom ulike interessegrupper som alle kjemper for sine egne interesser (Bolman og Deal 2010). Interessentene i en reguleringsplan er mange, blant annet statlige og regionale myndigheter, utbyggere, politikere, medarbeidere og innbyggere, se figur 5.1.2.

Beslutningsprosessen foregår omkring saker eller problemstillinger som kan avgrenses og presenteres som noe som det skal tas stilling til. Christensen og Jensen (2008) presiserer at maktanalysen må inneholde en presisering av hvilke saker som inngår i analysen. I denne studien er sakene avgrenset til reguleringsplansaker, med fokus på ivaretagelsen av folkehelseperspektivet i planen.

Det er den rasjonelle beslutningsmodellen som er utgangspunktet i Christensen og Jensens første maktdimensjon, direkte makt. Se figur 3.2.2. I målformuleringsfasen fastsettes mål og interesser som skal ivaretas i beslutningsprosessen, man setter i høy grad premissene for beslutningsprosessens videre forløp. Som hovedregel starter prosessen med å utarbeide reguleringsplaner med et oppstartsmøte. I oppstartsmøtet legges mange av føringene for det videre arbeidet, og flere av respondentene peker på viktigheten av å få folkehelseperspektivet på plass i reguleringsplanene så tidlig som mulig. En av dem sier det slik:

*Det (folkehelseperspektiver) må komme tidlig, ja. Ellers, hvis de begynner å låse seg i sitt og se for seg at de skal få inn et eller antall kvadratmeter næringslokale eller*

*antall leiligheter, så er det vanskelig å få dem til å fjerne den ene leiligheten for å få inn et lekeområde.*

I oppstartsmøtet skal saksbehandler i ARESAM orientere om overordnede føringer for planarbeidet. (plan- og bygningsloven §11-1) Det dreier seg om i hovedsak om lovverk, fylkeskommunale planer og kommuneplaner. Respondentene trekker særlig fram kommuneplanen, både samfunns- og arealdel.

Kommuneplanens samfunnsdel skal være grunnlag for sektorenes planer og virksomhet i kommunen. Den gir retningslinjer for hvordan kommunens egne mål og strategier skal gjennomføres i kommunal virksomhet og ved medvirkning fra andre offentlige organer og private. (Plan- og bygningsloven § 11-2.) Eksempler på overordnede mål i samfunnsdelen er: Vi er en pådriver i helhetlig og framtidsrettet samfunnsutvikling. Vi opplever muligheter for samhandling og utvikling. Vi skal kunne velge å leve sunt. Vi har boliger, boformer og bomiljø som bidrar til god livskvalitet.

Kommuneplanens arealdel er en arealplan som skal vise sammenhengen mellom framtidig samfunnsutvikling og arealbruk. (Plan- og bygningsloven § 11-5) Eksempler på mål i arealdelen er: Vi skal ivareta fremtidige natur- og energiresurser for framtidige generasjoner, gjennom god arealplanlegging. Vi skal konsentrere bebyggelsessonene og legge til rette for at det er mulig å nå arbeidsplasser og private/offentlige servicetjenester uten bruk av bil. Dette målet skal ikke utelukke spredt boligbygging der dette faller inn under kommunens prioriteringer. Perfekt rasjonalitet forutsetter at mennesker har klare og konsistente mål, og at disse alltid kommer før handling. Dette ser i liten utstrekning ut til å være tilfellet i praksis (Jacobsen og Thorsvik 2008). Vi ser her at samfunnsdelens overordnede mål i større grad har preg av å være generelle og vage enn arealdelens mål. En av respondentene sier at *«samfunnsplanen regjerer sterkt i kommunen»*. En annen respondent sier at *«samfunnsplanen har tidligere blitt ignorert, men i de siste årene har den blitt brukt mer aktivt»*. Samtidig sier han at planen har så mange mål at den er blitt utydelig og derfor styrer lite. En respondent sier at Lev-Vel undersøkelsen, Malvik kommunes spørreundersøkelse der de undersøker hva som skal til for at folk trives, er til hjelp når han skal sette mål for arbeidet med reguleringsplaner. Målet med undersøkelsen var nettopp å finne kunnskap som kan omsettes til folkehelse tiltak i kommunens planlegging.

En av saksbehandlerne rapporterer at forslagsstillere har mye makt ved at de fremmer forslag som er i helt tråd med kommuneplanens arealdel, i det har de en legal makt. Når saksbehandler på sin side vil ha et større fokus på overordnede mål fra samfunnsdelen, for eksempel på folkehelse, får dette ikke gjennomslag fordi de overordnede målene er formulert mer generelt og bredt enn de mer konkrete målene i arealdelen.



I målformuleringsfasen vil organisasjonens mål og strategier være sterke signaler til den enkelte ansatte om hva man skal fokusere på. Avdeling ARESAM har ikke utviklet egne mål og visjoner, men styrer etter målene i kommuneplanens arealdel. Eksempler på slike mål er: «Vi skal ivareta framtidige natur- og energiresurser for framtidige generasjoner, gjennom god arealplanlegging. Vi skal konsentrere bebyggelsessonen, og legge til rette for at det er mulig å nå arbeidsplasser og private/offentlige servicetjenester uten bruk av bil. Dette målet skal ikke utelukke spredt boligbygging hvor dette faller inn under kommunens prioriteringer. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2008) vil målene fungere sterkest som beslutningspremisser jo mer konkrete de er. Når man i oppstarten av et reguleringsplanarbeid skal sette målene for hva som skal ivaretas i planen kan det se ut som om ordvalg og formuleringer i lovverk og kommuneplaner er av en så overordnet og generell karakter at de i noen grad mister sin kraft som beslutningspremisser. En av respondentene sier det slik:

*Men måldelen er så altomfattende. Altfor mange punkter. Så uansett hva du gjør i Malvik kommune så kan du finne et av målpunktene som passer. Den styrer på en måte lite, etter mitt syn. Man bare bruker den som en gallionsfigur nærmest.*

I arbeidet med reguleringsplan skal det angis arealformål med underformål (plan- og bygningsloven § 12.5.). I klima- og miljødepartementets detaljerte sjekkliste for planbeskrivelse til bruk i utarbeiding av reguleringsplaner etter plan- og bygningsloven, er folkehelse ikke en egen overskrift, men temaet skal trekkes inn blant annet gjennom folkehelse relaterte underformål for de ulike arealområdene. Flere av respondentene etterlyser at folkehelse har en egen overskrift i planen og derved blir et tydeligere mål i prosessen helt fra starten av. De mener at det ville ha ført til større fokus på folkehelse både i den administrative planprosessen og videre i den politiske behandlingen av saken.

Christensen og Jensen (2008) sier at grunnlaget for direkte maktutøvelse er partenes relative styrkeposisjon i forhold til hverandre. Det er snakk om maktressurser som for eksempel økonomi, posisjon, autoritet og kunnskap. I intervjuet ble alle respondentene spurt om de hadde noen tanker om hvem som har makten i forhold til å få sine interesser igjennom i reguleringsplaner. En respondent mente at forslagsstiller hadde mye makt. Kommunen er i vekst og har som mål å knytte til seg mer næringsliv og nye innbyggere. Private utbyggere ønsker å bygge boliger og har profitt som mål. Dersom private reguleringsplanforslag er i tråd med kommuneplanens arealdel vil det være vanskelig for saksbehandler å stille ytterligere krav til planen. Den private utbyggeren har en økonomisk maktressurs. En av respondentene sier det slik:

*Men jeg mener faktisk det, ja. At det er profitt som er de private utbyggeres første hensyn. Men sånn skal det jo være og. Vi opplever så mye stygt, altså. Jeg kjenner så mange arkitekter at jeg kjenner hele spillet. Hva som foregår. De legger inn to etasjer ekstra, for man vet at man blir barbert med én til to etasjer hver gang når det kommer en reguleringsplan. Det her er et spill som ikke er veldig vakkert altså.*

Posisjonsmakt er en form for makt som er knyttet til en persons formelle posisjon eller stilling i organisasjonen. Utgangspunktet for denne maktkilden er den myndigheten som formelt er knyttet til de ulike stillingene, det vil si hvilke beslutninger som kan fattes (Busch et al 2010:126). I intervjuene kommer det ikke fram funn som tyder på at relasjonene mellom de aktører som er med i denne studien er preget av at noen har mer posisjonsmakt enn andre. Man kunne tenke at den ene kommunelegen som sitter i rådmannens stab hadde en posisjonsmakt i forhold til de andre aktørene, men dette kommer ikke til uttrykk i studien.

Saksbehandlerne har posisjonsmakt overfor private forslagsstillere ved at de har anledning til å inngå forpliktende kontrakter på vegne av kommunen, men som vi ser kan den økonomiske maktressursen som forslagsstiller har, i noen tilfeller være større enn saksbehandlers posisjonsmakt.

Autoritet oppstår i det øyeblikket makt aksepteres. Når en leders makt over ansatte aksepteres får han autoritet, makten er legitimert (ibid:137). I henhold til Busch et al (2008:137) skisserer Weber tre former for autoritet. Tradisjonell autoritet, karismatisk autoritet og legal-rasjonell autoritet. Tradisjonell autoritet er basert på tradisjoner. Vi aksepterer makten fordi den alltid har vært sånn. Leger har tradisjonelt hatt en høy sosial status og derved en stor tradisjonell autoritet. I vår studie finner vi ingen holdepunkter for å si at kommunelegene har tradisjonell autoritet i gruppen av aktører som arbeider med utformingen av reguleringsplaner. I studien har vi fokus på hvordan folkehelseperspektivet ivaretas i arbeidet med å utforme reguleringsplaner. I dette planarbeidet er det tradisjonelt saksbehandler som er ekspert på plan- og byggesak, og det kan se ut som om saksbehandler har en tradisjonell autoritet overfor de andre respondentene. En av dem sier det slik:

*Hvor ligger makten da? I forhold til de beslutninger som tas i arbeidet med reguleringsplanen? Hvem er det som sitter med makten? Den ligger absolutt hos saksbehandleren.*

**Indirekte makt** er den maktutøvelse som finner sted ved «inngangen» til og ved «utgangen» av beslutningsarenaen (Christensen og Jensen 2008). I denne analysen vil vi avgrense oss til å se på hva som skjer i forbindelse med helse i plan-møtet, sannsynligvis den mest sentrale beslutningsarena i ARESAM når det gjelder å få folkehelseperspektivet implementert i reguleringsplanene. Helse i plan-møtet ikke en beslutningsarena der man formelt fatter endelige beslutninger om det substansielle innholdet i reguleringsplanene. Likevel er det en oppfatning blant respondentene at det som man kommer til enighet om på helse i plan-møtet skal gjøres gjeldende i planene. Saksbehandler skal «*ta med seg innspillene tilbake*» og «*bake innspillene inn i planene*». I analysen velger vi å bruke begrepet «*beslutninger*» der det er oppnådd enighet i helse i plan-møtet.

I Christensen og Jensens seksdimensjonale maktmodell, som vist i figur 3.2.2, presenteres to filtermekanismer som gir mulighet for maktutøvelse. Det første filteret dreier seg om sakers uhindrede adgang til beslutningsarenaen. Helse i plan-møtet holdes én gang hver måned og som en hovedregel skal alle regulerings saker diskuteres der av det tverrfaglige teamet bestående av saksbehandlere fra teknisk, kommuneleger, folkehelsekoordinator og representant for barn/unge og kultur i kommunen. Det er saksbehandlerne som melder inn reguleringsplansakene til møtet. Det fremgår av intervju svarene at saksbehandlerne ikke alltid deltar på disse møtene, og at ikke alle reguleringsplansakene kommer på agendaen til helse i plan-møtet. En av respondentene sier:

*Alle reguleringsplaner blir stort sett tatt opp på helse i plan-møtet. Det er jo selvsagt sånn at vi må sortere litegranne. Hva er det som er fornuftig å ta der. (...) Men der hvor folkehelsen kommer inn, så bør saken opp dit og tas med. (...) Du siler sånn at det som har betydning det blir tatt opp der.*

Selv om undersøkelsen ikke gir oss noen grunn til å anta at det utøves makt ved å unndra saker fra helse i plan-møtets agenda, så er det opplagt at saksbehandlerne har en mulighet for å utøve indirekte makt i denne situasjonen. Jacobsen og Thorsvik (2008) peker på at beslutninger både kan «åpne» og «lukke» muligheter. En beslutning på et tidspunkt kan muliggjøre beslutninger senere. Samtidig kan en beslutning på et tidspunkt gjøre senere valg umulige eller svært vanskelige ibid. Ettersom utformingen av reguleringsplaner går over lang tid, er svært omfattende, og involverer mange beslutninger underveis i prosessen, er det lett å forestille seg at man ut fra et pragmatisk hensyn kan ønske å unngå «lukking» av beslutninger på helse i plan-møtet. Kanskje kan man også tenke seg at en saksbehandler står i et krysspress der utbygger ønsker en løsning som ikke er gunstig sett fra et folkehelseperspektiv. Da kan det kanskje være fristende å unngå at saken får oppmerksomhet på det tverrfaglige helse i plan-møtet.

Vi ser at saksbehandlerne her en mulighet til å holde saker unna helse i plan-møtet dersom de ikke ønsker et tverrfaglig fokus på en sak. Alle aktørene har riktignok tilgang til alle regulerings sakene, men i en travel virkelighet er aktørene i realiteten i stor grad avhengig av at saken løftes frem på helse i plan-møtet. En av respondentene sier det slik: «*Det er litt avgjørende at jeg får sakene lagt på bordet (i helse i plan-møtet)*». Han legger til at han opplever saksbehandlerne som løsningsorienterte og veldig positive til tverrfaglige innspill.

Dersom organisasjonsenhetene er løst koblet og uformelle, vil det være flere mulige arenaer og mer usikkert hvilke saker som vil dukke opp. Er organisasjonsenhetene preget av høy grad av regulering og institusjonalisering vil beslutningsarenaer og saker være mer gitt på forhånd (Christensen og Jensen 2008). Våre funn tilsier at utformingen av reguleringsplanene ikke er preget av byråkratisk rutine, men heller av et mangfold av praksis, en fragmentering, slik man ser det i governance. Samordningen er vesentlig horisontal, den foregår i mindre grad ved at

overordnede nivåer gir instruksjoner til underordnede (Amdam og Veggeland 2011:31). Det sammenfaller med funn i undersøkelsen som tegner et bilde av at det til dels er løse koblinger og en lite formell struktur i ARESAM og at det derfor er en mer uoversiktlig situasjon med hensyn til hvilke saker som tas opp og med hensyn til hvilke beslutningsarena sakene fremmes på.

Når det gjelder det første filteret, som dreier seg om sakers adgang til beslutningsarenaen, er beslutningsarenaens kapasitet og saksområde også viktige faktorer (Christensen og Jensen 2008). I undersøkelsen er det ingen av respondentene som viser til at helse i plan-møtet har en knapp kapasitet og at saker av den grunn må avvises. Saksområdet for møtet synes å være tydelig definert, men det kan se ut som om de ulike aktørene har forskjellig forståelse med hensyn til om alle reguleringssaker skal settes på agendaen, eller om det bare er utvalgte saker som skal tas med. Slik situasjonen er i dag er det mulig å holde reguleringsplansaker unna helse i plan-møtet.

Det andre filteret i den seksdimensjonale maktmodellen dreier seg om hvorvidt beslutninger som fattes på beslutningsarenaen faktisk gjennomføres. Overført til vår studie og til virkeligheten i ARESAM, dreier filter nummer to seg om hvorvidt det som man kommer til enighet om på helse i plan-møtet faktisk er det som blir stående i reguleringsplanen når den sendes videre til politisk behandling. Flere av respondentene var opptatt av nettopp denne problemstillingen, og funnene våre viser at det er en del uklarhet om helse i plan-møtets mandat. Det skrives referater fra møtene, men saksbehandler er ikke bundet til å bruke formuleringer fra referatet eller for den saks skyld innlemme det som man kom til enighet om, i reguleringsplanene. På et spørsmål om hvem det er som har makten i forhold til det endelige innholdet i en reguleringsplan sier en av respondentene:

*Det er planleggeren som sitter og jobber med den tenker jeg. (...) Det er han (saksbehandleren) som sitter til syvende og sist og bestemmer hva som skal være med, hva han skal sende fra seg.*

På spørsmålet: «Hvem er det som har makten i forhold til i hvilken grad folkehelseperspektivet kommer med i en reguleringsplan?» svarer en av saksbehandlerne:

*Det er vel måten du bruker språket, måten du vinkler saken på. Det er klart at den som har ansvaret for saken (saksbehandleren), og skriver saken, han har ganske bra innflytelse på i hvilken retning du beveger deg i.*

Jacobsen og Thorsvik (2008) ser på hva som kan føre til avvik mellom beslutning og endelig resultat. Det er ikke uvanlig at kunnskapsgrunnlaget for beslutningen ikke er tilstrekkelig. Da beslutningen ble fattet hadde man ikke god nok innsikt i hvilke virkemidler som var nødvendige for å realisere intensjonene bak beslutningen (ibid). Reguleringsplansakene som behandles i helse i plan-møtet kommer dit på et litt tilfeldig tidspunkt, sakene kan være mer eller mindre grundig utredet. Sakene har en stor grad av kompleksitet. Det er lett å forestille

seg at momenter i planen som ser uproblematisk ut på et tidlig tidspunkt kan vise seg å stå i motstrid til andre hensyn og momenter som kommer inn i planarbeidet på et senere tidspunkt. Jacobsen og Thorsvik (2008) peker videre på at man kanskje må revurdere beslutninger fordi man senere i prosessen møter motstand fra andre interessenter. Det er også en utfordring at beslutningene som fattes er vage. På den måten ble det et stort rom for egne fortolkninger slik vi ser det i sitatet ovenfor.

**Bevissthetskontrollerende makt** er den tredje dimensjonen i Christensen og Jensens (2008) maktmodell. Her er det snakk om maktutøvelse som kommer til uttrykk ved at noen aktører påvirker andre aktørers forestillinger om hva deres interesser er, og hvordan disse interesser legitimt kan søkes fremmet (ibid). Det som karakteriserer denne formen for makt er at den forekommer i det skjulte. Det er en slags usynlig strategi der en interessent forsøker å påvirke en annens virkelighetsoppfatning slik at denne ikke ser sin reelle interesse.

I vår problemstilling ser vi på hvordan folkehelselovens intensjoner om fremme av folkehelse ivaretas i arbeidet med å utforme reguleringsplaner. Funnene våre viser at de ulike aktørene i arbeidet har ulik forståelse av hva som ligger i begrepet folkehelse, se figur 5.1, s. 52-53. Ikke overraskende ser vi at saksbehandlerne har en mer «teknisk» forståelse av hva folkehelse er. De fokuserer på konkrete forhold som man tradisjonelt har vært opptatt av i reguleringsplanarbeid, som for eksempel solforhold, trafikksikkerhet og nærhet til grønnstruktur. Kommunelegene har en annen forståelse av folkehelse, de fokuserer på forhold som for eksempel forebygging av sykdom, mestring og fremming av folkehelse. Saksbehandlerne og kommunelegene har ulik utdanningsbakgrunn og ulik kunnskap. Christensen og Jensen (2008) trekker frem autoritet som et eksempel på bruk av bevissthetskontrollerende makt. Profesjonell autoritet betyr at en aktør aksepterer maktbruk fordi den som utøver makten regnes for å ha den riktige kunnskapen (Jacobsen og Thorsvik 2008). Legene har profesjonell autoritet på helse, mens saksbehandlerne på teknisk har profesjonelle autoritet på planarbeid. Når folkehelse skal fremmes i reguleringsplanen, hva er da den riktige kunnskapen, og hvem er det som utøver autoritet over hvem? Det ligger i den bevissthetskontrollerende makts natur at den er vanskelig å få øye på, og det er få funn i vår undersøkelse som gir oss et grunnlag for å si mye om denne typen maktbruk. Den ene kommunelegen sier:

*Jeg tror nok at folk med helsebakgrunn er viktige i denne overgangsfasen hvor tenkningen omkring folkehelse skal implementeres i organisasjonen og hos politikerne. Men når det har trengt inn og blitt en grunnforutsetning for alle disse med makt og påvirkningsmuligheter, vil helsefolk kunne bruke mer av sin tid og sin kompetanse på kvalitetssikring av kunnskapsgrunnlag, evaluering av tiltak, epidemiologi og annen statistikk.*

Vår tolkning er at kommunelegen her ønsker å gjøre bruk av bevissthetskontrollerende makt for å ivareta folkehelselovens intensjoner om å fremme folkehelse gjennom bruk av reguleringsplaner.

**Makt i en garbage can-situasjon** er den fjerde maktdimensjonen i modellen (Christensen og Jensens 2008). Se figur 3.2. s.38. Studien vår handler om hvordan folkehelseperspektivet ivaretas i arbeidet med å utforme reguleringsplaner. For å få større kunnskap om dette har vi rettet søkelyset mot beslutningsprosessen og de maktforholdene som påvirker denne.

For at virksomheten ARESAM skal fungere effektivt og målrettet er den organisert som et rasjonelt styrt og koordinert system. ARESAM er designet med spesialisering og hierarki for å kunne treffe rasjonelle beslutninger. Likevel vil det ikke alltid være slik at adferden vi ser i slike organisasjoner kan beskrives og forstås som rasjonelle problemløsningsprosesser. Tvert imot, empiriske analyser viser at den reelle adferden ofte er konfliktfylt, kaotisk og strategisk (Christensen og Jensen 2008).

Så langt i analysen har vi sett på de direkte, indirekte og bevissthetskontrollerende maktdimensjonene, der det er en forutsetning at maktutøvelse skjer som rasjonelle handlinger. Herunder vil vi se på beslutningsprosessen i ARESAM i lys av den fjerde dimensjonen i seksdimensjonale maktmodell, makt i en garbage can-situasjon. I garbage can-modellen beskrives beslutningsprosessen ved hjelp av strømmer som flyter gjennom organisasjonen, uavhengige av hverandre. Den første strømmen består av beslutningsanledninger, den andre består av problemer, den tredje av løsninger og den fjerde strømmen består av deltagere. Beslutninger skjer når de fire strømmene kobles sammen. Det vil si når et sett deltakere, som bærer med seg ulike problemer og løsninger, møtes i en beslutningsanledning (Jacobsen og Thorsvik 2008). I henhold til Christensen og Jensen (2008) ligger makten i å kunne påvirke de mekanismer som avgjør koblingen mellom de fire strømmene, og de to dimensjonene som er sentrale er adgangsstrukturen og beslutningsstrukturen. Adgangsstrukturen spesifiserer hvilke problemer og løsninger som har adgang til hvilke beslutningsarenaer. I ARESAM, i beslutningsprosessen rundt reguleringsplaner, er adgangsstrukturen langt på vei spesialisert. Det er regler for hvilke problemer og løsninger som hører hjemme på hvilke beslutningsarenaer. Adgangsstrukturen er lite hierarkisk, og samtidig er den ikke strengt segmentert. Det betyr at problemer og løsninger i stor grad er kanalisert til spesielle beslutningsarenaer. Likevel er det eksempler på at tilfeldigheter spiller inn og at det er uformelle forhold og uskrevne regler som gjelder. Funn i undersøkelsen viser for eksempel at reguleringsplansaker som formelt sett skulle vært behandlet på helse i plan-møtet, ikke alltid kommer dit.

Beslutningsstrukturen, den andre sentrale dimensjonen i forhold til å avgjøre koblingen mellom de fire strømmene, dreier seg om hvilke deltagere som har adgang til hvilke

beslutningsanledninger. Aktørenes energi og tid er også viktige faktorer. I beslutningsprosessen der reguleringsplanene utformes er det regulert hvem som har adgang til de formelle beslutningsarenaene, til oppstartsmøtet og til helse i plan-møtet. Det er i mindre grad regulert hvem som har adgang til de mer uformelle beslutningsanledningene.

**Institusjonell makt**, se figur 3.2, s. 38, handler om hvordan de interesser som har utviklet seg over tid og vært bestemmende for vår utvikling, konstituerer seg i den daglige praksis ved å sette rammene for aktørenes aktuelle maktkamp (Christensen og Jensen 2008). Aktørene som deltar i arbeidet med å fremme folkehelse i utformingen av reguleringsplaner, forholder seg til rammer for hva som er akseptabel eller normal atferd. Rammene er utviklet gjennom mer eller mindre presise normer, som lovverk, veiledninger eller kommunale planer osv. Rammene har blitt institusjonaliserte, det betyr at aktørene er tilbøyelig til å akseptere den virkelighet som rammene definerer.

Generelt i samfunnet, helt siden 80-tallet, har det skjedd en dreining fra rasjonalistisk planlegging til en medvirknings- og forhandlingsplanlegging (Amdam og Veggeland 2011). Røvik (gjengitt i Amdam og Veggeland 2011:26) hevder at selv om gamle styringsformer endres radikalt, ved at nye idéer trenger inn i gamle forvaltningstradisjoner, kan de gjenkjennes i nye strukturer. Pierson i 2004 og Veggeland i 2007 (gjengitt i Amdam og Veggeland 2011:26) kaller dette for sti-avhengighet, og alle forvaltningstradisjoner har sin særegne sti-avhengighet. Organisasjonen ARESAM driver med samfunnsplanlegging, med areal- og byggesaker. Virksomheten har lange tradisjoner innen saksbehandling av arealplaner. Medarbeiderne har i hovedsak en teknisk fagbakgrunn, som for eksempel arkitekt- eller ingeniørutdanning, og enkelte har vært der i mange år. I ARESAM er den norm- og regeldrevne, rutinepregede logikk sterkt gjeldende. Amdam og Veggeland (2011) trekker denne logikken frem som et «pedagogisk ytterpunkt» ved styringsformen government. Det er ett av flere karaktertrekk ved ARESAM som vitner om sterk sti-avhengighet.

De institusjonaliserte rammene som er til stede i virksomheten har konsekvenser for hvilke interesser som vil kunne formuleres eller forfølges. Rammene vil aldri være nøytrale i forhold til de forskjellige interesser som finnes i en organisasjon, og de institusjonelle trekkene er derved uttrykk for et maktforhold (Christensen og Jensen 2008).

Den institusjonelle makten kan være vanskelig å få øye på, og utgangspunktet i institusjonell maktforståelsen er en antagelse om at det foregår en ivaretagelse av interesser uten at det ligger målrettede og bevisste handlinger bak. Det er gjennom de daglige rutiner, normer, kulturer og regler som tas for gitt, at interesseivaretagelsen skjer ibid. I de senere år har aktørene som arbeider med utforming av reguleringsplaner i ARESAM fått nye føringer for planarbeidet. Formålsparagrafen i den nye plan- og bygningsloven er en sentral, og sier at loven skal fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige

generasjoner (plan- og bygningsloven § 1-1). Bærekraftig utvikling omfatter fremme av for eksempel verdiskapning, næringsvirksomhet og sysselsetting, vilkår for folkehelse, gode boliger, bomiljø og oppvekstkår (lovkommentar til plandelen av ny plan- og bygningslov).

Presiseringen av folkehelseperspektivet i plan- og bygningsloven medførte betydelige endringer i arbeidet med reguleringsplaner. Det kom nye aktører fra andre sektorer og fra andre fagområder inn i ARESAM, inn på beslutningsarenaer der det tidligere bare var ingeniører, arkitekter og andre med «teknisk» bakgrunn. Christensen og Jensen (2008) beskriver hvordan den institusjonelle makt består av forestillinger om hvordan verden er innrettet og fungerer, om hva man må og ikke må, kan og ikke kan. Vi har tidligere kommet med en antagelse om at ARESAM er preget av sterk sti-avhengighet, og i det er nærliggende å tenke at institusjonelle trekk er en viktig maktdimensjon i ARESAM som er med på å regulere aktørenes atferd.

De nye kravene i regelverket tvang fram en endring i måten saksbehandlerne på teknisk måtte tenke og arbeide på. De måtte plutselig samarbeide med fagpersoner utenfra og gjennom det slippe inn andre i sitt «revir». De andre, utenfra, skulle plutselig sette sitt fotavtrykk i planene, og det er rimelig å anta at det kan ha vært en del innslag av institusjonell maktbruk i denne nye situasjonen. Vi har tidligere pekt på hvordan samordning er en arena for interessekamp i samfunnet, blant annet mellom grupper av aktører, spesielt knyttet til framtidig utvikling og endring. Makten ligger i de institusjonelle trekkene som innebærer at noen interesser automatisk fremmes mer enn andre interesser. I ARESAM er det viktig at man prøver å synliggjøre og bli bevisst på, hvilke institusjonelle trekk som finnes, og hva de har å si i forhold til ønsket atferd. Det er også viktig å ha med i perspektivet at de institusjonelle trekkene kan være veldig seiglivet, men at de kan endres over tid, og det er aktørenes handlinger som er drivstoffet i prosessen (Christensen og Jensen 2008).

**Relasjonell makt** er den sjette og siste makten i den seksdimensjonale modellen til Christensen og Jensens (2008). Se figur 3.3.2. Herunder vil vi bruke den relasjonelle maktmodellen som analytisk innfallsvinkel når vi ser på hvordan beslutningsprosessen ser ut når det gjelder arbeidet med å integrere folkehelseperspektivet i kommunens reguleringsplaner.

Relasjonell makt kan forklares ved at et antall aktører inngår i sosiale relasjoner med hverandre og slik påvirker hverandres virkelighetsoppfattelse gjennom diskurs. På denne måten skapes det nye relasjoner som i sin tur resulterer i nok en transformasjon av virkelighetsoppfatninger. Det er i disse transformasjonene av virkelighetsoppfatninger at den relasjonelle makten ligger.

Den nye folkehelseloven og plan- og bygningsloven som trådte i kraft i henholdsvis 2012 og 2008, har sterke føringer i forhold til å implementere folkehelsearbeid i reguleringsplaner. Se



kapittel 2.1.3. Det betyr at det tradisjonelle, administrative planarbeidet i ARESAM må revurderes betydelig. Flere av respondentene mente at det var snakk om et paradigmeskifte i forhold til folkehelse da det nye lovverket kom. Aktørene i ARESAM som arbeider med reguleringsplaner må forholde seg til prinsippet i folkehelseloven, slik det står beskrevet i kapittel 2.1.3, om at folkehelsearbeidet skal være tverrsektorielt og tverrfaglig. Da kommunens ansatte en folkehelsekoordinator og plasserte denne i avdeling ARESAM, gjorde kommunen et utradisjonelt grep for å imøtekomme kravene i det nye lovverket. De brukte strukturelle virkemidler for å fremme tverrfagligheten.

Endringer møter gjerne motstand og det er lett å tenke seg at endringen som kom i form av nye krav i lovverket ikke ble ønsket velkommen av alle aktørene i reguleringsplanarbeidet. Men funn i undersøkelsen tyder tvert imot på at saksbehandlerne er positive til at andre faggrupper har kommet inn i reguleringsplanarbeidet og har bragt med seg ny kompetanse og kunnskap. Vi kan se for oss at paradigmeskiftet i tenkningen rundt samfunnsplanlegging og folkehelse, kan ha sprunget ut fra en diskurs om folkehelse. Mæland (2010) beskriver hvordan påvirkning «nedenfra» kan stimulere administrative og politiske organer til å prioritere helse høyere enn før. Han sier videre at dette arbeidet involverer mange enkeltpersoner som også kan påvirkes, og i sin tur påvirke andre. Det han beskriver her er den relasjonelle makten som gjennom diskurs om folkehelse og helsefremmende arbeid fører til endret identitet og virkelighetsoppfatning. Det er et fokus på helse generelt, og på folkehelse spesielt, i den norske samfunnsdebatten, og vi kan ha grunn til å tro at denne diskursen har bidratt til å endre reguleringsplan-aktørenes identitet og virkelighetsoppfatning i retning av å se viktigheten av folkehelsearbeidet, og se seg selv som en viktige aktører i arbeidet. Funn fra spørreundersøkelsen, der respondentene skåret ulike utsagn på en skala fra 1 til 5 etter grad av enighet (1 betyr helt uenig, 5 betyr helt enig), ser ut til å bekrefte dette. Se tabell 5.2.2.1.

UTSAGN	Gjennomsnitt	Spredningsmål
Jeg er en viktig aktør i folkehelsearbeidet.	3,8	2
Større fokus på folkehelseperspektivet i reguleringsplaner vil på sikt føre til bedre folkehelse.	4,7	1
I arbeidet med reguleringsplaner er jeg en viktig del av et bredt og tverrsektorielt folkehelsearbeid.	3,8	1
Folkehelseperspektivet er et viktig perspektiv i kommunens reguleringsplaner.	4	3

*Tabell 5.3. Holdninger til folkehelsearbeid og holdninger til egen rolle i implementering av folkehelseperspektivet i reguleringsplaner.*

## 6. Sammendrag og konklusjoner

Denne studien handler om i hvordan folkehelselovens intensjoner om å fremme folkehelse ivaretas i arbeidet med reguleringsplaner i kommunen. Det endelige innholdet i reguleringsplaner bestemmes av politikerne i kommunestyret og vår undersøkelse tar for seg arbeidet som skjer fram til politisk vedtak. Det vil si den administrative delen av arbeidet som skal gi politikerne et så godt beslutningsgrunnlag som mulig for å ivareta de hensyn de mener er viktige for samfunnet. Vi har på grunn av oppgavens omfang ikke valgt å gjennomføre dokumentanalyser for å drøfte innholdet i reguleringsplaner. Vi har avgrenset oss til å undersøke prosessen i det administrative arbeidet. For å belyse dette har vi valgt å kartlegge hvem som er aktører i arbeidet i dag, prøve å få forståelse av hva de legger i begrepet folkehelse, for deretter å se på hvordan arbeidet med planene faktisk gjennomføres. Vi har gjennomført intervjuer med seks respondenter og fått fram relativt mye data. I studien har vi gjort intervjuer med 6 personer, alle er valgt ut fordi de er sentrale personer med erfaring fra folkehelsearbeid i reguleringsplaner og ansatt i Malvik kommune. Dette er personer som vi mener i kraft av erfaring og formell kompetanse best kan gi svar på hvordan arbeidet med folkehelse gjøres i reguleringsplaner. To av respondentene er kommuneleger, en er fra virksomhet kultur med hovedansvar for barn og unge og kriminalitetsforebygging mens tre er fra virksomhet Areal og samfunnsplanlegging, henholdsvis folkehelsekoordinator, en saksbehandler for byggesak og en saksbehandler for arealplaner. Disse tre tilhører det som gjerne omtales som teknisk sektor. I denne sektoren ligger ansvar for mange tjenester i kommunen. Saksbehandling på arealplan, byggesak, landbruk og miljø samt prosjektering, bygging og drift av kommunale anlegg knyttet til vei, vann, avløp og kommunale bygg er noen eksempler. Problemstillingen som vi startet med var:

***I hvilken grad ivaretas folkehelselovens intensjoner om å fremme folkehelse i arbeidet med reguleringsplaner i Malvik kommune?***

For å få svar på denne laget vi to forskningsspørsmål som skulle hjelpe oss på veien. Disse var:

*«Hvem er de sentrale interessentene når det gjelder å integrere folkehelseperspektivet i kommunens reguleringsplaner»*

og

*«Hvordan ser beslutningsprosessen ut når det gjelder å integrere folkehelseperspektivet i kommunens reguleringsplaner?».*

Vi har sammenstilt data fra intervjuene for å finne ut hvordan respondentene forstår begrepene «folkehelse» og «folkehelsearbeid». Vi har kategorisert data i tabell 5.1 som viser hvilke fagområder/temaer respondentene nevnte under sin forståelse av folkehelse, fagområder/temaer er sortert i grupper, generelle, helse, skole, kultur og teknisk. Vi brukte

disse gruppene fordi de gjenspeiler hvor fagkompetanse og fagansvar ligger i kommunen. Vi ser at det er godt samsvar med oppgaver som listes opp i lovverket om kommunens ansvar knyttet til folkehelsearbeidet og det som respondentene påpeker. Vi ser også at det er forskjell på hvilke oppgaver som vektlegges mellom profesjoner. Figur 5.1 viser at saksbehandlerne fra teknisk nevner oppgaver knyttet til eget fag- og ansvarsområde i mye større grad enn de øvrige, dvs at de i mindre grad nevner oppgaver knyttet til de andre fagområdene. Vi mener dette gir grunnlag for å anta at det er viktig med bred deltagelse i arbeidet for å sikre at alle fagområder blir ivaretatt.

Vi har sammenholdt respondentenes forståelse av folkehelsebegrepet med føringer som vi har funnet i nasjonale styringsdokumenter og de oppgaver som beskrives i folkehelseloven (2011), plan og bygningsloven (2008) og andre styringsdokumenter som er relevante for arbeidet med folkehelse i reguleringsplaner og ser at det samsvarer bra. Dette gir oss grunnlag for å forstå mer om hvilke interessenter som er relevante i dette arbeidet. Vi ser av tabell 5.1 at det er oppgaver relatert til alle sektorene i tabellen, det vil si helse, skole, kultur og teknisk. Som nevnt over er teknisk ansvarlig for et bredt spekter av tjenester. Pfeffer og Salancik beskriver en organisasjon som en koalisjon av grupper og interessenter, som hver for seg forsøker å oppnå noe fra kollektivet gjennom interaksjon med de andre, og enhver har sine egne preferanser og mål (i Busch et al 2010). Utvikling av reguleringsplaner er et samarbeidsprosjekt der man for å få et godt resultat er avhengig av at mange fagpersoner bidrar med sin kompetanse. Etter å ha funnet hvilke arbeidsoppgaver/områder som var relevante så vi på hvilke medarbeidere det var naturlig å involvere i arbeidet for å ivareta folkehelsen i reguleringsplanarbeidet. Vi fant at arbeidsoppgaver i hovedsak var relatert til helse, kultur, skole eller teknisk, teknisk (figur 5.3). Alle disse er invitert med i arbeidet med reguleringsplaner og kan bidra med sin kunnskap. Dette er en relativt liten andel av interessentene, figur 5.2 viser et bilde av de mest vanlige interessentene i reguleringsplanarbeid i større sammenheng.

Vi mener gruppen av interne interessenter kan oppfattes som en organisasjon i kommunen og har brukt motivasjonsteori for å forstå mer om det ligger til rette for et godt bidragsbelønnings forhold.

Kommunen deltar i forskningsprosjektet fra kunnskap til handling og fra handling til kunnskap med Malvik-stien. Her er det muligheter til å delta i nyskaping og utviklingsarbeid. Dette gir mulighet for at arbeidet oppfattes meningsfylt og nyttig, føle seg personlig ansvarlig og for å få tilbakemeldinger for å kunne forbedre seg i neste omgang (Bolman og Deal 2010). Bolman og Deal skriver at man skal støtte opp om likhetstanken, noe som innebærer et demokratisk miljø der ansatte deltar i beslutningsprosessene (ibid:184). Helse i plan-møtet framstår som en selvstyrt gruppe der medarbeidere møter på like fot i et samarbeider om

løsninger for å sikre folkehelseperspektivet i reguleringsplanene. Vi mener det ligger godt til rette for et godt bidrags- belønnings forhold for medarbeidere i kommunen med ansvar for folkehelse i reguleringsplaner. Arbeidet er organisert i stor grad gjennom teamarbeid i helse i plan-møtene, og kommunen har god forankring på arbeidet med folkehelsearbeid i toppledelsen. Videre er dette prioritert som et felles arbeidsmål i virksomhetsplanen for alle virksomheter i kommune. Dette gir et felles eierforhold, alle er i stor grad bevisstgjort på viktigheten av arbeidet. Respondentene svarer her at de mener folkehelseperspektivet i reguleringsplanarbeidet er viktig, at de er viktige for arbeidet, at perspektivet blir godt ivaretatt, og at de tror at deres leder synes det er viktig å fremme arbeidet. Vi mener at dette indikerer at det ligger til rette for at interessentene kan få uttelling på flere måter hvis de utmerker seg i arbeidet med implementering av folkehelse i reguleringsplaner. Vårt inntrykk fra intervjuene tyder på at informantene var opptatt av at folkehelse skulle bli ivaretatt, og det faktum at de stilte opp i vår undersøkelse kan også tyde på at de er opptatt av temaet. Videre vil vi oppsummere om beslutninger, beslutningsarenaer og makt.

Problemstillingen i denne studien handler om hvordan folkehelseovens intensjoner om fremme av folkehelse ivaretas i kommunens reguleringsplaner. Det er sterke nasjonale føringer for at folkehelse i større grad må inngå som et viktig element i den generelle samfunnsplanleggingen. I kommunen betyr det at folkehelse må ivaretas i kommunal planstrategi, og dermed i alle planer som er forankret i denne. I studien har vi sett på hvordan folkehelse ivaretas i den administrative delen av planprosessen, det som skjer i avdeling for samfunns- og arealplanlegging i Malvik kommune. Det er her man får et «sannhetens øyeblikk», der alle gode intensjoner om folkehelse som er nedfelt i strategi- og politikkdokumenter, skal bli virkelighet.

Herunder vil vi gå gjennom de mest sentrale funnene som har utgangspunkt i studiens andre forskningsspørsmål: *«Hvordan ser beslutningsprosessen ut når det gjelder å integrere folkehelseperspektivet i kommunens reguleringsplaner?»*

Undersøkelsen har vist at det er nødvendig med en tverrfaglig tilnærming når folkehelsen skal ivaretas gjennom reguleringsplaner. Vi ser at det er viktig at alle aktørene får sine ulike faglige bidrag til folkehelse tenkingen ivaretatt i planen. Et av fokusområdene i intervjuene er hvordan de ulike aktørene oppfatter sin rolle i å fremme folkehelseperspektivet i reguleringsplanene. Selv om vi ser at alle har ulik oppfatning av egne roller, så er det felles at alle i stor grad er enige i at større fokus på folkehelseperspektivet i reguleringsplaner på sikt vil føre til bedre folkehelse.

Videre ser vi at det store fokuset som folkehelse har hatt i de senere år, i lovverk og i samfunnet generelt, har endret rolleforståelsen hos respondentene. Der er alle sammen enige i at de er en viktig del av et bredt og tverrsektorielt folkehelsearbeid, noen går så langt som å

kalle endringen et paradigmeskifte. Det er gjennomgående fokus hos respondentene at de har respekt for hverandres fagområder og ser fordelene med å arbeide tverrfaglig og tverrsektorielt. Generelt kan man si at det har skjedd en kommunikatv vending innen samfunnsplanleggingen og vår undersøkelse viser at den administrative utformingen av reguleringsplaner i ARESAM også faller innenfor denne tradisjonen. Dette er helt i tråd med folkehelseloven som gir føringer om en bedre samordning på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer.

Deltagerne i utformingen av reguleringsplaner kan oppfattes som interessenter i et interessefelt der man individuelt eller i grupper sørger for å få sine egne interesser tilgodesett, men vår empiri ga ikke grunnlag for å mene at ARESAM er preget av konflikter mellom sterke interessenter. Tvert imot ser det ut som om alle respondentene i stor grad er deler synet på at større fokus på folkehelseperspektivet i reguleringsplaner på sikt vil føre til bedre folkehelse.

Likevel er vi av den oppfatning at man ikke kan komme utenom en avdekning av eventuelle maktforhold dersom man skal forstå hva som skjer i en virksomhet, og av den grunn valgte vi å bruke den seksdimensjonale maktmodellen til Christensen og Jensen (2008) i analysen.

Funnene i undersøkelsen tilsier at det er mange elementer av direkte makt i beslutningsprosessen i ARESAM. Blant annet ser vi at det å komme inn tidlig i prosessen gir makt. I ARESAM er oppstartsmøtet en viktig formell arena og denne arenaen er sentral i målformuleringsfasen. Vi ser at tverrfagligheten i dette møtet ikke er stor og at innspill fra andre faggrupper som regel kommer senere i beslutningsprosessen.

Målene som settes tidlig i beslutningsprosessen vil fungere sterkest som beslutningspremisser jo mer konkrete de er. Vi ser at målene i kommuneplanens arealdel er mer konkrete enn målene i samfunnsdelen, og at de derfor ser ut til å bli førende i arbeid med reguleringsplanen. Det kan se ut som om dette gir makt til forslagsstiller som gjerne får gjennomslag for sine interesser så lenge disse er i tråd med målene i arealdelen. Det kan se ut som om ordvalg og formuleringer i lovverk og kommuneplaner er av en så overordnet og generell karakter at de i noen grad mister sin kraft som beslutningspremisser. Folkehelse har ikke en egen overskrift i reguleringsplanene. Funn i undersøkelsen peker i retning av at folkehelse ville ha blitt et tydeligere mål i prosessen helt fra starten av, og fått et større fokus i den administrative planprosessen og videre i den politiske behandlingen av saken, dersom den rutinemessig fikk en egen overskrift.

Grunnlaget for direkte maktutøvelse er partenes relative styrkeposisjon i forhold til hverandre, og det er snakk om maktressurser som for eksempel økonomi, posisjon, autoritet og kunnskap. Funn i undersøkelsen tilsier at forslagsstiller/utbygger har økonomisk makt fordi

Malvik kommune er en vekstkommune som ønsker utbygging som base for videre økonomisk vekst. På den andre siden har saksbehandlerne også posisjonsmakt fordi de har myndighet til å inngå forpliktende kontrakter på vegne av kommunen. Når det gjelder makt via autoritet kan funnene tyde på at denne makten er nokså jevnt fordelt mellom respondentene.

Studien viser at saksbehandlerne er de som har størst indirekte makt. De har en mulighet til å holde saker unna beslutningsarenaer og sile hvilke tverrfaglige innspill de tar med i planene. Vi har funn i undersøkelsen som tyder på at denne maktbruken er i spill, men ingen funn som tyder på at den er utbredt. Tvert imot er det gjennomgående at respondentene opplever et godt samarbeidsklima der alle er løsningsorienterte og positive til tverrfaglige innspill.

Det ligger i den bevissthetskontrollerende makts natur at den er vanskelig å få øye på, og det er få funn i vår undersøkelse som gir oss et grunnlag for å si mye om denne typen maktbruk. Det kan dog være at vi ser kommunelegen gjøre bevissthetskontrollerende makt for å ivareta folkehelselovens intensjoner om å fremme folkehelse gjennom bruk av reguleringsplaner.

Funnene i forhold til makt i en garbage can-situasjon kan oppsummeres i at vi ser en adgangsstruktur som er lite hierarkisk og ikke strengt segmentert. Det betyr at problemer og løsninger i stor grad kanaliseres til spesielle beslutningsarenaer. Likevel avdekker studien at eksempler på at tilfeldigheter spiller inn og at det er uformelle forhold og uskrevne regler som gjelder. Funn i undersøkelsen viser for eksempel at reguleringsplansaker som formelt sett skulle vært behandlet på helse i plan-møtet, ikke alltid kommer dit. Videre ser vi at det er regulert hvem som har adgang til de formelle beslutningsarenaene, til oppstartsmøtet og til helse i plan-møtet. Det er i mindre grad regulert hvem som har adgang til de mer uformelle beslutningsanledningene.

Når det gjelder den institusjonelle maktdimensjonen ser vi at den norm- og regeldrevne, rutinepregede logikk er tydelig gjeldende i ARESAM, og dette karaktertrekket kan vitne om en sterk sti-avhengighet i virksomheten. Det ligger i den institusjonelle maktdimensjonens natur at den kan være vanskelig å få øye på, men på grunnlag av funnene er nærliggende å tenke at institusjonelle trekk er en viktig maktdimensjon i som er med på å regulere aktørenes atferd i arbeidet med reguleringsplanene.

Det er et fokus på helse generelt, og på folkehelse spesielt, i den norske samfunnsdebatten. Det er sannsynlig at denne diskursen har bidratt til å endre reguleringsplan-aktørenes identitet og virkelighetsoppfatning i retning av å se viktigheten av folkehelsearbeidet, og se seg selv som viktige aktører i folkehelsearbeidet. Sånn sett har vi grunn til å anta at den relasjonelle makten også er en maktfaktor som er tilstede i ARESAM.

## 7. Referanseliste

- Amdam, J. og Veggeland, N. (2011). *Teorier om samfunnsstyring og planlegging*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bolman, L. G. og Deal, T. E. (2010). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse. Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Busch, T. Dehlin, E. og Vanebo, J. O. (2012). *Organisasjon og organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, S. og Jensen Daugaard, P. E. (2008). *Kontrol i det stille. Om magt og ledelse*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Folkehelseinstituttet. For et friskere folk. Hentet 10. mars 2014. [www.fhi.no](http://www.fhi.no)
- Folkehelseloven. Lov av 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid.
- Folkehelse rapport (2010). *Helsetilstanden i Norge*. Nasjonalt folkehelseinstitutt: Rapport 2010:2.
- Fugelli, P. og Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk, god helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grenness, T. (2004) *Hvordan kan du vite om noe er sant? Veiviser i forsknings- og utredningsarbeid for studenter, ledere, konsulenter og journalister*. Oslo: Cappelen forlag as
- Helsedirektoratet.no (2014). *Kommuners roller og ansvar*. Hentet 5. mars 2014. <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid/roller-og-ansvar/Sider/default.aspx>.
- Jacobsen, D.I. (2012). *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (2008). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kommunetorget.no. Folkehelse i reguleringsplaner. Hentet 27. februar 2014. <http://www.kommunetorget.no/Temaomrader/Folkehelse/Hva-er-folkehelse/Reguleringsplanlegging-med-relevans-til-kommunalt-folkehelsearbeid/>

Malvik kommune.no. Hentet 15 februar. <http://www.malvik.kommune.no/>

NOU 1998:18. *Det er bruk for alle*. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Nyeng, F. og Wennes, G. (2005). *Tall, tolkning og tvil. Bak metodevalg i økonomi, ledelse og markedsføring*. Oslo: Cappelen Akademisk.

Plan- og bygningsloven. Lov av 27. juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandling.

Ryen, A. (2006). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Smith, A. (2005). Hvordan virker helsefremmende og forebyggende arbeid? Hentet fra internett 26 februar. <http://www.helsebiblioteket.no>

St.meld. nr.16 (2010-2011). *Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

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

St.meld.nr.47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.



## **Vedlegg 1: e-postforespørsel**

Forespørsel om deltakelse i intervju

Dette er en forespørsel om å delta i et intervju i forbindelse med vårt mastergradsstudium i offentlig administrasjon (MPA). Vi er studenter ved Høgskolen i Nord-Trøndelag (HINT), Høgskolen i Sør-Trøndelag (HIST) og Handelshøjskolen i København (CBS).

I masteroppgaven vil vi se på hvordan forebyggende og helsefremmende arbeid ivaretas i reguleringsplaner i Malvik kommune. Målet med undersøkelsen er å bruke informantens beskrivelser og opplevelser til å kartlegge hvordan folkehelseperspektivet trekkes inn i reguleringsplanarbeidet.

For å belyse problemstillingen ønsker vi å intervjuere medarbeidere i kommunen som på forskjellige vis er involvert i arbeidet med å utarbeide reguleringsplaner. I intervjuet som vil ta rundt en time, er vi interessert i din opplevelse og forståelse. Det finnes ingen fasitsvar.

Vi er underlagt taushetsplikt og all informasjon vi får fra deg vil bli konfidensielt behandlet. Informasjonen vil bli anonymisert, oppbevart utilgjengelig og slettet når prosjektet er ferdig. Det er frivillig å delta i studien og du har anledning til å trekke deg underveis uten å måtte begrunne det.

Vennlig hilsen Frank Johansen og Hilde Steen

## **Vedlegg 2: Intervjuguide**

### **Innledende spørsmål:**

Hvor lenge har du jobbet i kommunen?

Hvilken fagbakgrunn/erfaring har du?

Hvilken rolle har du når det gjelder arbeid med folkehelse i kommunen?

### **Forståelse av temaet:**

1. Hva legger du i begrepet folkehelse?  
(oppfølging: helsefremming, forhold til folkehelseloven, hørt om samhandlingsreformen)  
Hvordan vektlegges arbeid med folkehelse i kommunen?  
Hva tenker du om folkehelse som begrep, hvordan forholder man seg til dette?  
Hvordan synes du folkehelseperspektivet ivaretas i reguleringsplaner i Malvik kommune?
2. Hva mener du er kommunens ansvar ift folkehelse i reguleringsplansammenheng?
3. Har kommunen god nok oversikt over utfordringene når det gjelder folks helse?
4. Hva mener du er de viktigste faktorene for at folkehelsen skal bedres i kommunen?  
I hvilken grad ivaretas de enkelte elementene som blir nevnt. Stor – middels – liten grad
5. Hva er ditt ansvar når det gjelder folkehelse i reguleringsplanarbeid?
6. Det er relativt nytt at folkehelseperspektivet i så stor grad skal tas med i arbeidet med reguleringsplanene. Hvordan oppfatter du dette nye ansvaret?
7. Noen mener at det helsefremmende arbeidet mer er en samling gode ønsker enn konkret handling. Har du noen synspunkter på dette?

### **Interessentrelatert:**

1. Hvilken kompetanse er viktig for å ivareta folkehelsen i reguleringsplanarbeidet?
2. Hvem, hvilke interessenter, bør involveres i arbeidet med reguleringsplaner for å ivareta folkehelsen?  
NGOer, eksterne aktører.
3. Hvor ligger kompetansen på folkehelse i kommunen ?
4. Hvem har ansvar for å sikre at hensyn til folkehelse ivaretas i reg.planer?
5. Har de som arbeider med reguleringsplaner nok kompetanse om faktorer som påvirker folkehelsen?
6. Dersom saksbehandlerne føler at de mangler kompetanse, kan de trekke inn andre som har mer kompetanse?
7. Er det slik at alle interessentene ønsker et stort fokus på folkehelseperspektivet?
8. Er det slik at alle interessentene ønsker et stort fokus på folkehelseperspektivet?
9. Opplever det som om det i stor grad er opp til den enkelte saksbehandler å avgjøre i hvilken grad folkehelseperspektivet skal trekkes inn?
10. I hvilken grad påvirker private interessenter/aktører utviklingen av reguleringsplanene?

### **Framgangsmåte (beslutningsprosess):**

1. Opplever du at dine overordnede synes det er viktig å fremme folkehelseperspektivet i reguleringsplanene?
2. Hvordan blir helsefremmende tilrettelegging i nærmiljøet ivaretatt i reguleringsarbeidet?  
Si litt om prosessen, framgangsmåten  
Kan du si noe mer konkret om hvordan beslutninger knyttet til folkehelse tas?
3. Hvis perspektivet ikke blir ivaretatt, hva kan endres for å sikre bedre ivaretagelse?
4. Hvordan kan samarbeidet innrettes for best mulig å dra fordel av forskjellige profesjoners kompetanse?
5. Hvor ligger makten ift beslutninger om folkehelse?
6. Finner det sted samarbeid mellom kommuner når det gjelder å trekke folkehelseperspektivet inn i arbeidet med reguleringsplaner?
7. Føler du at det er vanskelig å «selge inn» folkehelseperspektivet til politikerne som til slutt skal godta reguleringsplanen?
8. I hvilken grad føler du at du har et «eierforhold» til at folkehelseperspektivet skal trekkes inn i reguleringsplanene?

### **Avsluttende spørsmål/kontrollspørsmål**

1. Synes du at folkehelseperspektivet er et viktig perspektiv og er du en viktig agenter i folkehelsearbeidet? ...og hvorfor?
8. Har reguleringsplanene blitt mer samfunnstjenlige etter at folkehelseperspektivet i større grad blir fokusert på?
9. Synes du at du har lyktes å bringe inn folkehelseperspektivet i reguleringsplanene?
2. Står folkehelseperspektivet i motstrid til andre hensyn i utviklingen av reguleringsplaner?
3. Ser du negative aspekter ved at folkehelseperspektivet er kommet så sterkt inn i reguleringsplanene?
4. Mer enn 70% av alle reguleringsplaner er basert på private planforslag. Er det vanskeligere å trekke inn folkehelseperspektivet inn når planforslaget er privat?
5. Tror du at større fokus på folkehelseperspektivet i reguleringsplaner på sikt vil føre til bedre folkehelse?
6. Tror du at større fokus på folkehelseperspektivet i reguleringsplaner på sikt vil vise seg å være samfunnsøkonomisk lønnsomt?
7. Ny folkehelselov i 2011 krever at folkehelseperspektivet i større grad skal tydeliggjøres i kommunenes reguleringsplaner. Synes du at det faktisk har blitt slik?
8. Det er et ideal at sikker kunnskap skal ligge til grunn for både politikkutforming og praksis innen folkehelsearbeidet. (Tiltak som planlegges og iverksettes, må så langt som overhodet mulig ta utgangspunkt i kunnskap om årsaker og virkninger.) Føler du at det forholder seg sånn når du sikrer at folkehelseperspektivet blir tatt med i reguleringsplanen?

### Vedlegg 3: Holdningsundersøkelse

		1	2	3	4	5	6	gj.sn	Sprednings mål
1.	Folkehelseperspektivet blir godt ivaretatt i kommunens reguleringsplaner.	3	4	5	5	3,5	4	4,1	2
2.	Folkehelseperspektivet er et viktig perspektiv i kommunens reguleringsplaner.	2	4	5	5	4	4	4,0	3
3.	Jeg er en viktig aktør i folkehelsearbeidet.	3	3	4	4	4	5	3,8	2
4.	Lederen min synes det er viktig å fremme folkehelseperspektivet i reguleringsplanene.	3	4	5	5	4	5	4,3	2
5.	Jeg har god kompetanse om faktorer som påvirker folkehelsen.	3,5	4	5	5	3,5	4	4,2	1,5
6.	Det er i stor grad opp til den enkelte saksbehandler å avgjøre i hvilken grad folkehelseperspektivet trekkes inn i reguleringsplanene.	2	2	3	4	4	4	3,2	2
7.	Større fokus på folkehelseperspektivet i reguleringsplaner vil på sikt føre til bedre folkehelse.	5	4	4	5	5	5	4,7	1
8.	Ny folkehelselov i 2011 har ført til at folkehelseperspektivet i større grad tydeliggjøres i kommunenes reguleringsplaner.	4	3	4	5	3,5	4	3,9	1,5
9.	Reguleringsplanarbeidet er viktig for påvirke forutsetningene for levekår og helse.	1	4	5	5	4	5	4,0	4
10.	I arbeidet med reguleringsplaner er jeg en viktig del av et bredt og tverrsektorielt folkehelsearbeid.	4	3	4	4	4	4	3,8	1
11.	Reguleringsplanarbeidet er et viktig virkemiddel i folkehelsearbeidet.	3	5	5	5	4	5	4,5	2
12.	I arbeidet med reguleringsplaner er jeg viktig i forhold til å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold.	4	3	4	5	3,5	4	3,9	1,5
13.	I arbeidet med reguleringsplaner er jeg viktig i forhold til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.	4	1	4	5	3,5	4	3,6	1,5
14.	Gjennom arbeidet med reguleringsplaner utøver vi nyskapende og helhetlig samfunnsutvikling lokalt i kommunen.	3	5	4	5	3,5	4	4,1	1,5
15.	Jeg samarbeider med frivillig sektor i reguleringsplanarbeidet.	4	2	2	2	3	3	2,7	2
16.	Gjennom arbeidet med reguleringsplaner bidrar jeg til å bygge tillit og troverdighet gjennom å være åpen.	2	5	4	5	3,5	4	3,9	3
17.	Gjennom arbeidet med reguleringsplaner bidrar jeg til å bygge tillit og troverdighet gjennom å være nyskapende.	4	2	3	4	3,5	4	3,4	2
18.	Gjennom arbeidet med reguleringsplaner bidrar jeg til å bygge tillit og troverdighet gjennom å være samhandlende.	3	5	4	5	3,5	4	4,1	2