



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet - Institutt for Samfunnsmedisin

**Folkehelseperspektivet i kommunalt arbeid med bærekraftmålene – *En komparativ case-studie av styringsdokumenter i to norske kommuner***

Vilde Aarethun  
Masteroppgave i Folkehelse, HEL-3950, juni 2022

Veileder: Åge Wifstad, førsteamanuensis, Institutt for samfunnsmedisin, UiT

*Fra verdensrommet ser vi Jorden som en liten, skjør kule. Det dominerende inntrykk er ikke menneskelig virksomhet eller byggverk, men skyer, hav, jord og grønne skoger. Menneskets manglende evne til å tilpasse sin virksomhet til det Jorden i det lange løp kan tåle, holder nå på å endre vår klodes systemer fundamentalt. Utviklingen har ført med seg livstruende farer. Denne nye virkeligheten, som vi ikke kan slippe unna, må erkjennes – og beherskes.*

- Vår Felles Framtid. Verdenskommisjonen for miljø og utvikling, 1987, (1 s.13).

## Sammendrag

FNs bærekraftsmål representerer en ny milepæl i det globale arbeidet med bærekraftig utvikling, og kommunene og fylkeskommunene er utpekt til nøkkelaktører for å realisere bærekraftmålene og en bærekraftig samfunnsutvikling i Norge. Flere studier viser imidlertid at begreper både relatert til folkehelse og bærekraft kan oppleves utfordrende å implementere og operasjonalisere i lokalt planverk når det er stort rom for ulike tolkninger, ideer og løsninger.

Forskningen sier dermed *at* det erfares flere utfordringer i operasjonaliseringen av globale mål og sentrale folkehelsebegreper inn i lokalt planarbeid. Vi vet imidlertid mindre om *hvordan* sentrale folkehelsebegreper knyttet til bærekraftmålene operasjonaliseres i kommuner, og hvordan dette gir seg utslag i lokalt planarbeid. Formålet med denne oppgaven er å undersøke hva som skjer når globale mål av dimensjoner som bærekraftmålene skal oversettes til lokal handling i et allerede komplisert landskap gjennom kommunal planlegging. Oppgavens problemstilling er: *Hvordan tolker og operasjonaliserer norske kommuner sentrale folkehelsebegreper knyttet til bærekraftmålene i lokalt planarbeid? Og i hvilken grad er folkehelseperspektivet ivaretatt i deres arbeid med bærekraftmålene?*

Opgaven er designet rundt en komparativ case-studie av to norske kommuner, og det er gjennomført dokumentanalyse av kommunenes styringsdokumenter for å undersøke problemstillingen. De to kommunene er strategisk valgt ut fra deltakelse i nettverket Sunne Kommuner, eller del av forskningsprosjektet SOSLOKAL.

Resultatene tyder på forskjeller mellom kommune A og kommune B når det kommer til *om* begrepene defineres, *hvordan* de defineres, og *hvilke sammenhenger* kommunene ser mellom begrepene. Videre tyder resultatene på en forskjell mellom kommunene når det gjelder i hvilken grad begrepene *kontekstualiseres* eller *lokaliseres*. Samtidig tyder resultatene fra dokumentanalysen også på ulikheter mellom kommunene knyttet til i hvilken grad *folkehelse* er ivaretatt i de utvalgte styringsdokumentene.

## Abstract

The UN sustainable development goals (SDGs) represent a new milestone in the global work on sustainable development. In Norway, the government has appointed the municipalities and county municipalities as key actors to realize the SDGs. However, research shows that concepts related to both public health and sustainability are perceived as challenging to implement and operationalize in local municipal planning, because there is room for different interpretations, ideas and solutions.

The research thus states that there are experienced several challenges in the operationalization of global goals (SDGs) and key public health concepts in local municipal planning. However, we know less about how key public health concepts related to the SDGs are operationalized by municipalities, and how this is reflected in local planning. The purpose of this thesis is to investigate what happens when global goals of dimensions such as the SDGs are translated into local action through municipal planning - an already complicated landscape. The thesis question is: *How are key public health concepts related to the SDGs interpreted and operationalized by Norwegian municipalities in local planning? And to what extent is the public health perspective taken into account in their work with the SDGs?*

The thesis applies a comparative case study of two Norwegian municipalities by conducting a document analysis of their terms of reference/steering documents. The two municipalities are strategically selected based on whether they are part of/or not part of the network Sunne kommuner, or the research project SOSLOKAL.

The results indicate differences between municipality A and B regarding *if* they define the selected concepts, *how* the concepts are defined, and *what relationships* the municipalities see between the concepts. Furthermore, the results indicate a difference between the municipalities in terms of the degree to which the concepts are contextualized or localized. Moreover, the document analysis also indicates differences between the municipalities related to the extent to which public health is taken into account in the selected terms of reference/steering documents.

# Forord

Med denne oppgaven (30 stp) avslutter jeg en toårig master i folkehelse ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet. Det har av mange grunner vært en merkelig tid å være student i. At studiet på grunn av Covid-19 ble digitalt, utfordret både forelesere og oss studenter til å engasjere oss og være der for hverandre på en måte vi ikke hadde erfaring med. Til tross for det, har dette vært to faglig spennende år, hvor jeg opplevde at vi sammen klarte å skape et digitalt faglig felleskap rundt hvert vårt kjøkkenbord. Det er jeg takknemlig for!

Proessen med å skrive denne masteroppgaven har vært både spennende og krevende. Å se kommunal planlegging i sammenheng med bærekraftmålene og folkehelse, har gitt meg ny innsikt, samtidig som det har åpnet et helt nytt interessefelt i meg. Det har også opplevdes meningsfylt å lære mer om bærekraftmålene, både fordi de er en så viktig del av dagens samfunnsstrukturer og vår felles diskurs, men også fordi konsekvensene dersom vi ikke når dem, vil endre verden slik vi kjenner den – eller kanskje rettere sagt: slik vi *kjente* den.

Det har også vært givende å kombinere arbeidet med masteroppgaven med jobben som koordinator for Ungdommens Kommunestyre (UK) i Vestvågøy kommune. Å samarbeide med representantene i UK, og med gode kollegaer i kommunen, har gitt meg et praktisk perspektiv på det teoretiske arbeidet med masteren. Takk til Heidi Bergsli for diskusjon rundt relevante utgangspunkt for oppgaven, og Greta Klevstad for all raushet og faglig inspirasjon.

Takk til veileder Åge Wifstad for god, stødig og hyggelig veiledning. Takk til kommune A og B for at jeg fikk skrive om dere, og lære av arbeidet deres.

Jeg vil spesielt takke mamma og pappa for all støtten i denne prosessen – og ellers! Bedre støtte er det vanskelig å forestille seg. Takk også til familie og gode venner. Heldig er jeg som har denne usedvanlig gode heiagjengen i ryggen.

Trondheim, Juni 2022

*Vilde Aarethun*

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>III</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>IV</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>V</b>
<b>TABELLER</b> .....	<b>2</b>
<b>FIGURER</b> .....	<b>2</b>
<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>3</b>
1.1 BEGREPSINNHOLD OG FORVIRRINGER .....	7
1.2 LOKAL PLANLEGGING AV GLOBALE MÅL – KONTEKSTUALISERING OG KOMMUNENES «TRANSLATØRROLLE» .....	11
1.3 HVA GJØRES AV SAMARBEID OG FORSKNING PÅ FELTET I NORGE? .....	14
<b>2 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNINGER</b> .....	<b>16</b>
<b>3 MATERIALE OG METODE</b> .....	<b>17</b>
3.1 KOMPARATIV CASE-STUDIE OG DOKUMENTANALYSE .....	17
3.2 UTVALG .....	19
3.2.1 <i>Kommuner</i> .....	19
3.2.2 <i>Dokumenter</i> .....	20
3.2.3 <i>Utvalgte begrep</i> .....	22
3.3 DIGITALT FELTARBEID, DATAINNSAMLING OG ANALYSE .....	23
3.4 REFLEKSIVITET .....	24
3.5 FORSKNINGSETIKK OG KILDEKRITIKK.....	25
<b>4 RESULTATER</b> .....	<b>27</b>
4.1 KOMMUNE A .....	27
4.1.1 <i>Folkehelse</i> .....	28
4.1.2 <i>Sosial bærekraft</i> .....	29
4.1.3 <i>Sosial utjevning, levekår og livskvalitet</i> .....	30
4.2 KOMMUNE B .....	33
4.2.1 <i>(Lokal) Sosial bærekraft</i> .....	34
4.2.2 <i>Levekår, livskvalitet og sosial utjevning</i> .....	35
4.2.3 <i>Folkehelse</i> .....	37
<b>5 DISKUSJON</b> .....	<b>41</b>
5.1 HVORDAN TOLKES OG OPERASJONALISERES BEGREPENE? .....	41
5.2 IVARETAKELSE AV FOLKEHELSEPERSPEKTIVET? .....	46
5.3 AVSLUTTENDE REFLEKSJONER .....	49
5.4 IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING .....	52
<b>6 KONKLUSJON</b> .....	<b>54</b>
<b>7 OPPGAVENS BEGRENSNINGER OG STYRKER</b> .....	<b>55</b>
<b>REFERANSER</b> .....	<b>57</b>
<b>VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV SENDT TIL UTVALGTE KOMMUNER</b> .....	<b>61</b>
<b>VEDLEGG 2: SVAR FRA NSD</b> .....	<b>63</b>

## Tabeller

Tabell 1 Oversikt over utvalgte kommuner .....	20
Tabell 2 Utvalgte folkehelsebegrep .....	22
Tabell 3 Oppsummert begrepsoperasjonalisering, kommune A.....	33
Tabell 4 Tema og indikatorer som operasjonaliserer sosial bærekraft, kommune B.....	35
Tabell 5 Oppsummert begrepsoperasjonalisering, kommune B.....	39
Tabell 6 Definisjon av sosial bærekraft, kommune A og B .....	41
Tabell 7 Ulikheter i begrepsinnhold mellom kommune A og B.....	43

## Figurer

Figur 1 Sammenhengen mellom Folkehelseloven, pbl. 2008 og Kommuneloven (kilde: Helse- direktoratet).....	5
Figur 2 "Det systematiske folkehelsearbeidet" (kilde: Helse- direktoratet).....	6
Figur 3 Inndeling av sosial bærekraft.....	10
Figur 4 Helhetlig politikk for bærekraftig utvikling .....	11
Figur 5 Kontekstualisering .....	12
Figur 6 Flytskjema over stegene i det digitale feltarbeidet .....	23
Figur 7 Målstrategi for den nye samfunnsdelen, kommune A .....	28
Figur 8 Tiltak for sosialt bærekraftige bydeler, kommune A .....	30
Figur 9 Tiltak for god livskvalitet, kommune A.....	32
Figur 10 Tiltak for samfunnsdeltakelse og, felleskap og mestring, kommune B .....	36
Figur 11 Tiltak for å redusere levekårsforskjeller, kommune B.....	37
Figur 12 Sammenhengen mellom folkehelse og sosial bærekraft, kommune A og B.....	47

# 1 Innledning

I 2015 vedtok alle FNs medlemsland *Agenda 2030*. Konkretisert i 17 bærekraftsmål og 169 delmål, skal Agenda 2030 fungere som en felles global arbeidsplan for verdens land, næringsliv og sivilsamfunn med mål om å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene – innen 2030. Mens arbeidsplanens forløper, tusenårsmålene (2000-2015), har blitt kritisert for å kun adressere *symptomene* på fattigdom, er intensjonen bak bærekraftmålene å gjøre noe med *årsakene* til fattigdom, ulikhet og klimaendringer (2). Ikke bare skal Agenda 2030 bringe arven fra tusenårsmålene videre, men et mål er også å få fart på arbeidet med ideen om *bærekraftig utvikling* (3). Dersom man lykkes, vil et av de tydeligste resultatene blant annet kunne være en overordnet forbedring av den generelle sosiale velferden og den globale folkehelsen (4).

I 1987 la Verdenskommisjonen for miljø og utvikling, ledet av Gro Harlem Brundtland, (1) fram sin rapport «Vår felles framtid.» Rapporten satte begrepet *bærekraftig utvikling* på den globale dagsorden, og etablerte, i følge Holden og Linnerud (3), den autoritative definisjonen som vi kjenner så godt i dag: «*en utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov*» (1). Definisjonen har siden lagt grunnlaget for den internasjonale bærekraftforståelsen, og er sammensatt av tre gjensidig avhengige dimensjoner; økonomisk-, miljømessig- og sosial bærekraft (5). De 17 bærekraftmålene er alle basert på disse tre dimensjonene (6), og representerer en ny milepæl i det globale arbeidet med *bærekraftig utvikling* (2). Dermed utgjør de også en helt ny dimensjon i norsk politikk. I Norge er kommunene og fylkeskommunene utpekt til nøkkelatører i dette arbeidet for å nå bærekraftmålene (7), og i *Nasjonale forventningar til regional og kommunal planlegging 2019–2023* (7 s.3) presiseres det at

*regjeringa har bestemt at dei 17 berekraftmåla til FN, som Noreg har slutta seg til, skal vere det politiske hovudsporet for å ta tak i dei største utfordringane i vår tid, også i Noreg. Det er derfor viktig at berekraftmåla blir ein del av grunnlaget for samfunns- og arealplanlegginga.*

FNs bærekraftsmål er ikke bare en ny dimensjon i Norges nasjonale, regionale, og lokale politikk, men har også revitalisert kommuners oppmerksomhet rundt bærekraftig utvikling som helhetlig samfunns mål (8-10). Samtidig pekes det på at kommunene til nå har lagt liten vekt på den sosiale bærekraftdimensjonen i samfunns- og arealplanleggingen (8, 11). Også innenfor forskningen er dette et nytt felt (8). Det er først de siste årene at sosial bærekraft har



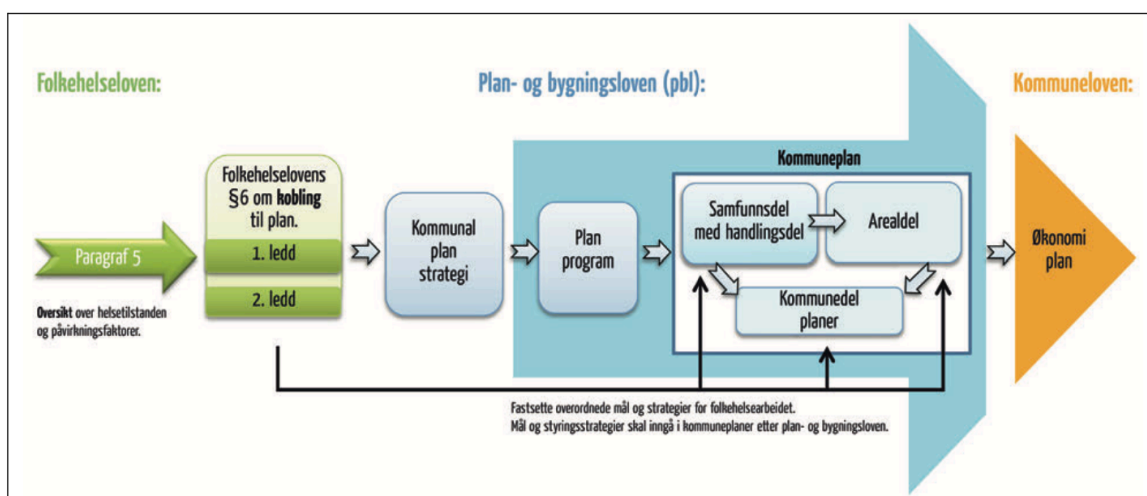
blitt et forskningsfelt innenfor planlegging, lokalsamfunns- og stedsutvikling i det «globale nord» (8, 12).

Parallelt med et økende fokus på bærekraft, har det de siste tiårene også skjedd stor utvikling rundt det politiske fokuset på folkehelse, særlig etter at Folkehelseloven trådte i kraft i 2011 (e.g. 12, 13, 14). Denne slår fast at folkehelse er et ansvar i alle sektorer og forvaltningsnivåer (kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter) (15), og legger til grunn fem hovedprinsipper for folkehelsearbeidet i Norge; prinsippene om å utjevne sosiale helseforskjeller, «helse i alt vi gjør» (Health in All Policies), bærekraftig utvikling, føre-var, og medvirkning (16, 17). *Bærekraftig utvikling* er altså en av grunnsteinene i Folkehelseloven. At bærekraft skal ligge til grunn for all utvikling, inkludert norsk folkehelsepolitikk, fremheves også i folkehelsemeldingen *Gode liv i eit trygt samfunn: «å sikre ei bærekraftig samfunnsutvikling i tråd med bærekraftsmåla gir retning for folkehelsepolitikken framover»* (13 s.13). Ikke bare skal bærekraft gi retning, men det pekes også på at det både er en politisk forankret interaksjon mellom folkehelsepolitikken og arbeidet med bærekraftmålene, og at folkehelsearbeidet og bærekraftmålene er gjensidig avhengige av hverandre: *«regjeringa vil bidra til eit bærekraftig velferdssamfunn gjennom eit godt og systematisk tverrsektorielt folkehelsearbeid. Noreg skal følgje opp bærekraftsmåla til FN, og eit godt folkehelsearbeid er nødvendig for å nå desse måla»* (13). Å se nærmere på lovverket, kan bidra til å belyse denne sammenhengen.

En viktig del av folkehelsepolitikken, er å skape trygge og *sosialt bærekraftige lokalsamfunn*, fremme helsevennlige valg, i tillegg til en forsterket innsats for å forebygge ensomhet, redusere *sosial ulikhet* i helse, tidlig innsats for barn og unge, og et aldersvennlig samfunn (18). Ifølge Folkehelseloven skal folkehelsearbeidet forankres politisk, og i langsiktig og systematisk innsats hvor kommunene og fylkeskommune skal sørge for oversikt over helsetilstanden til befolkningen og faktorene som påvirker denne. Dette skal igjen danne grunnlaget for fastsetting av mål og strategier gjennom kommuneplanarbeidet (16). Plan- og bygningsloven (pbl. 2008) er det viktigste virkemidlet kommunene har for å lage mål og strategier for nettopp slik lokal samfunnsutvikling (13) med utgangspunkt i kommunens muligheter og utfordringer (19). I folkehelsearbeidet er pbl. 2008 et sentralt verktøy, blant annet for å sikre politisk forankring og strategisk styring, bidra til langsiktighet og forutsigbarhet i folkehelsearbeidet, og sikre bredden i folkehelsearbeidet på tvers av sektorer, bare for å nevne noe (19). Formålet med pbl. 2008 er ifølge §1-1 å: *«fremme bærekraftig*

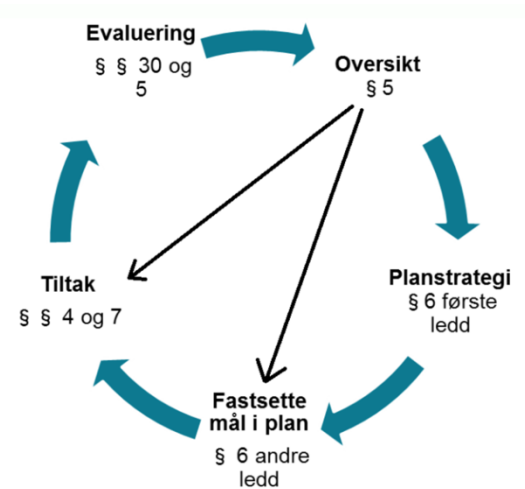
utvikling til det beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner» (20), en definisjon som knyttes spesielt til Verdenskommisjonen for miljø og utvikling sin formulering av bærekraftig utvikling (1). Til tross for at formålet med pbl. 2008 er å fremme bærekraftig utvikling, representerer likevel FNs bærekraftsmål en helt ny måte å arbeide med plan- og folkehelsearbeidet på (21) – også på lokalt nivå, og målene må inkluderes i handlingsplaner og planverktøy (22). Men dersom de skal inkluderes, må de også operasjonaliseres, og gis lokal betydning og innhold i form av intensjon om lokal handling.

Det er en nær kobling mellom pbl. 2008 og Folkehelseloven, illustrert i figur 1 (13). Slik første del av figuren viser, skal kommunene ifølge Folkehelselovens kapittel 1 §5 ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen, samt de positive og negative faktorene som kan påvirke denne (15). Denne oversikten og folkehelsearbeidet, skal kommunene ifølge Folkehelseloven § 6 knytte til arbeidet med kommunal planstrategi og til kommuneplaner, jf. pbl. 2008 §10-1 (15, 23). En drøfting av kommunens folkehelseutfordringer bør inngå i strategien (15, 23), og skal være med å gi retning til det *systematiske folkehelsearbeidet* i kommunen (13). Dette illustreres gjennom den grønne og den første blå boksen i figur 1. Kommunenes *systematiske folkehelsearbeid*, er illustrert i figur 2 (19), og tydeliggjør ytterligere sammenhengene i lovverket. Videre skal kommunen fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som kan bidra til å møte kommunens konkrete folkehelseutfordringer. Dette konkretiseres i kommuneplanens samfunnsdel, arealdel og kommunedelplaner (23), slik kjernen i den store blå pilen i figur 1 illustrerer. Handlingsdelen av samfunnsdelen har et handlingsprogram, og denne presiserer hvordan kommuneplanen skal følges opp. Den siste, oransje pilen i figur 1, representerer



Figur 1 Sammenhengene mellom Folkehelseloven, pbl. 2008 og Kommuneloven (kilde: Helsedirektoratet).

økonomiplanen. Den er forankret i kommuneloven, kan inngå i handlingsdelen av samfunnsdelen (23), og er til syvende og sist der de politiske prioriteringene gjøres. Med andre ord tydeliggjør pbl. 2008 folkehelse som hensyn i planleggingen. Samtidig har planlegging de siste årene i stadig sterkere grad blitt vektlagt som virkemiddel i folkehelsearbeidet, og kommer best til uttrykk gjennom Folkehelseloven (11).



Figur 2 "Det systematiske folkehelsearbeidet" (kilde: Helsedirektoratet)

Erfaringer knyttet til å forstå, operasjonalisere og institusjonalisere folkehelseoppdraget i Norge er imidlertid beskrevet som både komplekst og krevende (24, 25). En kartlegging gjennomført av NIBR viser at en stor prosentandel av norske kommuner inkluderer folkehelse på et overordnet strategisk nivå i planstrategien og i kommuneplanens samfunnsdel, mens folkehelse i mindre grad er integrert i arbeidet med arealdelen (25). Tradisjonelt sett har folkehelsearbeidet vært organisert i helsesektoren, og det har vært lite kunnskapsoverføring mellom planleggere og folkehelsekoordinatorer (26). Dette skaper en utfordrende grunnmur for ivaretagelsen av folkehelseperspektivet opp mot bærekraftmålene som representerer enda en ny, stor og kompleks tilleggsdimensjon til det allerede krevende folkehelsearbeidet. Det er derfor nærliggende å stille spørsmål ved hva som skjer når globale mål av dimensjoner som bærekraftmålene skal oversettes til lokal handling i et allerede komplisert landskap? Hvordan sammenfattes og operasjonaliseres globale folkehelsebegrep i planarbeid? Blir folkehelsekonsept og perspektiv i kommunal planlegging påvirket av at bærekraftmålene nå skal være en av hjørnesteinene i kommunenes planprosesser? I så fall, hvordan?

Som et ledd i å forsøke å besvare disse spørsmålene, er det relevant å se nærmere på konseptene i seg selv, og hvordan de samvirker og fortolkes. Jeg vil derfor i denne innledningen gjøre rede for hvordan begrepene *folkehelse* og *sosial bærekraft* beskrives i litteraturen, samt rapporterte erfaringer rundt begrepsforvirringer. Deretter følger en beskrivelse av planlegging knyttet til det nye bærekraftbegrepet, hva litteraturen sier om kontekstualisering av de globale målene og begrepene i en lokal kontekst, og de erfarte og rapporterte utfordringene som følger med dette arbeidet.

## 1.1 Begrepsinnhold og forvirringer

Juridisk sett, defineres *folkehelse* som «*befolkningens helsetilstand og hvordan helse fordeler seg i en befolkning*» (15). *Folkehelsearbeid* er 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* (15).

Ifølge Hofstad (11), er det særlig tre dimensjoner ved definisjonen av folkehelse man bør merke seg; for det første at folkehelse handler om befolkningen som helhet, og deretter at det ikke vektlegges faktorer som har negativ effekt på helsen. Også positive faktorer kan framheves. Dette er viktig, fordi folkehelse dermed ikke bare handler om å forebygge uhelse, men også å fremme helse og trivsel. Til slutt peker Hofstad (11) på at folkehelsepolitikken har et tydelig fokus på hvordan helsen fordeles i befolkningen. Både økonomi, oppvekstvilkår, arbeids- og bomiljø, helseatferd, og bruk av helsetjenester utgjør alle faktorer som påvirker helsen. Men disse er også ujevnt fordelt i befolkningen. F.eks. vet vi at innvandrere fra ikke-vestlige land i Norge har andre hjelpesøkningsstrategier for vanlige psykiske helseplager enn nordmenn, og at disse i mange sammenhenger kan være geografisk avhengige – altså at vi tilpasser vår helseatferd etter hvor vi er i verden, f.eks. på bakgrunn av kultur, skikk, familie, tilgjengelighet av tjenester osv. (27). Alt dette påvirker den generelle helsen i en befolkning.

Det ligger med andre ord et *determinantperspektiv* til grunn for forståelsen av folkehelse, som ifølge Hofstad (11) er viktig for å forstå hvorfor planlegging i økende grad er et sentralt virkemiddel i folkehelsepolitikken. Slike helsedeterminanter beskrives som faktorer som påvirker helsen positivt og negativt, og finnes på mange ulike arenaer. Aktiviteter innen utdanning, arbeid, næringsliv, miljø-, og samferdselssektoren påvirker alle helsen vår i større eller mindre grad, og er bidragsyttere til hvordan helse fordeler seg i befolkningen (11). Ifølge Helsedirektoratet er et kjernetrekk ved folkehelsearbeidet at det er en samfunnsoppgave, befolkningsrettet, og ment å skulle påvirke nettopp slike helsedeterminanter (5). Med andre ord handler folkehelsearbeid om et fokus utenfor de ordinære helsetjenestene, og helse handler dermed også om hvordan vi har organisert samfunnet vi lever våre liv i (11, 14, 23).

Imidlertid viser litteraturen rundt den teoretiske og praktiske bruken av begrepene *folkehelse* og *folkehelsearbeid* at meningsinnholdet de tillegges er varierende (e.g. 5, 12, 24, 28). For

eksempel beskriver en studie av Synnevåg et al. (28) hvordan ansatte i tre norske kommuner opplevde begrepene *folkehelse* og *folkehelsearbeid* som vide, komplekse og vanskelige å forstå. Dette førte til at flere av deltakerne tilpasset begrepene til konteksten til hver enhet eller avdeling. I en av kommunene benyttet de til og med begrepene *levkår/levforhold* (living conditions) som «substitutt» eller parallelt med *folkehelse* og *folkehelsearbeid*:

*Living conditions was used consequently together with the terms public health and public health work. [...] The use of this term seemed to be a substitute or alternative to the term public health, thereby making the academic and complex term public health more understandable, specific and related to the local challenges and goals of municipality 3 (28 s.71).*

Slik sitatet viser, opplevdes begrepene *levkår* eller *levforhold* som mer forståelige og anvendelige i forhold til denne kommunens utfordringer og mål, mens *folkehelse* og *folkehelsearbeid* ble oppfattet som akademiske og komplekse begreper som bidro til å gjøre arbeidet vanskeligere å oversette i den spesifikke konteksten. Denne opplevelsen underbygges også i en rapport om *samskaping* som samarbeids- og styringsform for kommuners *folkehelsearbeid* (24). I rapporten framheves det at begreper som *samskaping*, *folkehelse* og ulike forståelser av begrepene *folkehelse* og *folkehelsearbeid* oppleves utfordrende, samtidig som deltakerne beskriver viktigheten av felles forståelse av hva man fyller begrepene med: «Slik felles språkbruk er en forutsetning for meningsfylt dialog og felles forståelse for hva vi ønsker å oppnå. Dette gjaldt både for *folkehelsebegrepet* og *samskappingsbegrepet*» (24 s.26).

Likevel, og til tross for at begrepene *folkehelse* og *folkehelsearbeid* oppfattes og brukes ulikt, har det vært en klar økning i fokuset på *folkehelse*, som igjen har bidratt til å sette fokus på den sosiale bærekraftdimensjonen. Historisk sett, har *sosial bærekraft* fått mye mindre oppmerksomhet enn de to andre bærekraftdimensjonene (5, 12), men er nå er i ferd med å integreres i de nasjonale planene for folkehelsepolitikk. Generelt sett handler *sosial bærekraft* om å sikre at alle mennesker får et godt og rettferdig grunnlag for et anstendig liv, og omfatter blant annet tema som utdanning, anstendig arbeid, likestilling, kulturelt mangfold og et godt helsetilbud (5). Både i litteraturgjennomgangen til Hofstad og Bergsli fra 2017 om *folkehelse* og *sosial bærekraft* (12) og i litteraturgjennomgangen til Hofstad om *sosialt bærekraftige lokalsamfunn* fra 2021 (8), beskrives det at koblingen mellom *sosial bærekraft* og en bred forståelse av *folkehelse* er sterk. Helsedirektoratet viser også til en praktisk sammenheng, og til dels en gjensidig avhengighet, mellom begrepene *folkehelse* og *sosial bærekraft*. I sin rapport om *folkehelse* og *bærekraftig samfunnsutvikling* (5) skriver de at et effektivt

folkehelsearbeid er en forutsetning for å nå målet om bærekraftig utvikling, og at befolkningens helse og livskvalitet og en rettferdig fordeling av denne, er avgjørende for bærekraften i et samfunn. Den ene kan med andre ord ikke oppnås uten den andre.

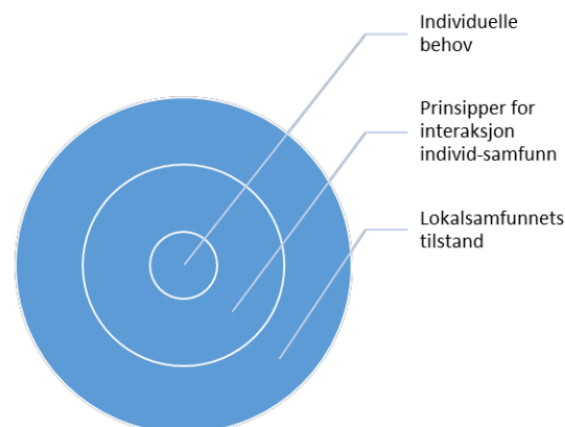
Det er ikke bare folkehelsebegrepet det er knyttet begrepsmessige forvirringer til. I litteraturen beskrives det lignende erfaringer om begrepsforvirring rundt begrepet *bærekraftig utvikling*. For eksempel framhever en evaluering av pbl. 2008 at plansjefer i norske kommuner rapporterer at *bærekraftig utvikling* er et utfordrende begrep i seg selv, og en vanskelig målsetting å kommunisere og operasjonalisere (22, 29). Blant annet peker de på at implementeringsoppgavene blir utfordrende når begrepene er så vide at de gir rom for ulike tolkninger, ideer og løsninger (22). Hofstad og Bergsli (12) supplerte også litteraturgjennomgangen med intervjuer av lokale nøkkelaktører innenfor folkehelse. Disse understreker den vide tolkningen av sosial bærekraft. Informantene beskrev at de brukte *sosial bærekraft* «indremedisinsk» framfor aktivt utenfor organisasjonen. De understreket at de benyttet *sosial bærekraft* for å komme i dialog med kollegaer, og for å etablere et felles språk og virkelighetsforståelse med kollegaer med et aktivt forhold til bærekraftbegrepet. De påpekte også at ved å benytte begrepet *sosial bærekraft* framfor *folkehelse*, erfarte de å unngå misforståelser om at folkehelse er det samme som å arbeide med livsstil og livsstilsendringer, og at kollegaer og politikere forstod den bredere forståelsen av folkehelse bedre (12).

I motsetning til hva som er tilfelle for bærekraftig utvikling generelt, tyder litteraturgjennomgangen til Hofstad og Bergsli (12) på at det heller ikke i litteraturen er én dominerende definisjon av *sosial bærekraft*. De finner at sosial bærekraft generelt sett handler om «å anlegge en retning for utviklingen på grunnlag av uttalte sosiale mål. Virkemidlene for disse målene kan imidlertid ligge i flere av bærekraftdimensjonene» (12 s.35), og oppsummerer de viktigste og mest gjennomgående punktene i begrepet: å dekke grunnleggende behov, å ta ut det menneskelige potensialet, rettferdig eller lik tilgang til goder og ressurser, sosial kapital og sosial «sammenheng» (social cohesion), stedstilhørighet (sense of place), medvirkning, helsefremmende og gode lokalsamfunn (12). Disse målene kan deles inn på ulike måter. Hofstad og Bergsli's (12) inndeling speiler tema som går igjen i sosial bærekraftlitteraturen, og bygger på at de sentrale elementene i sosial bærekraft er å 1) dekke grunnleggende *individuelle behov*, 2) etablere *prinsipper for interaksjon mellom individ og samfunn*, og 3) kartlegge *lokalsamfunnets tilstand*, vist i figur 3. *Grunnleggende (individuelle)*

*behov* strekker seg fra de fysiske og materielle behovene for å opprettholde liv (mat, helse og husly), til de mer ikke-materielle behovene som utdanning og arbeid, til psykologiske faktorer slik som glede, selvrespekt, verdighet og identitet (1, 9, 10, 12, 30, 31). Felles for de grunnleggende behovene er at de handler om et individs mulighet til å kunne ta ut sitt menneskelige potensial og dermed oppleve *livskvalitet og trivsel* (12, 31).

*Prinsipper for interaksjon mellom individ og*

*samfunn* handler om hvordan grunnleggende behov, inkludert muligheten til å oppleve livskvalitet og trivsel, fordeles i samfunnet som helhet og i det enkelte lokalsamfunn (12, 31). Helt lik fordeling er ikke nødvendigvis målet, men at muligheten til å tilegne seg goder og ressurser er likt fordelt, uavhengig av kjønn, hudfarge og inntekt (9, 12). Til sist, har *lokalsamfunnets tilstand* som utgangspunkt at nabolaget og lokalsamfunnet man bor i påvirker ens livsmuligheter (12). Her vektlegges betydningen av stabilitet, samhørighet, myndiggjøring, trygghet, og stolthet. Begrepene *sosial tilhørighet* eller *samhørighet* er viktige, og sikter til betydningen av å oppleve tilhørighet, felleskap, og et «vi.» *Sosial kapital* er også sentralt, og understreker betydningen av tillit og nettverk mellom mennesker, som igjen utgjør en viktig faktor for kollektiv handling.

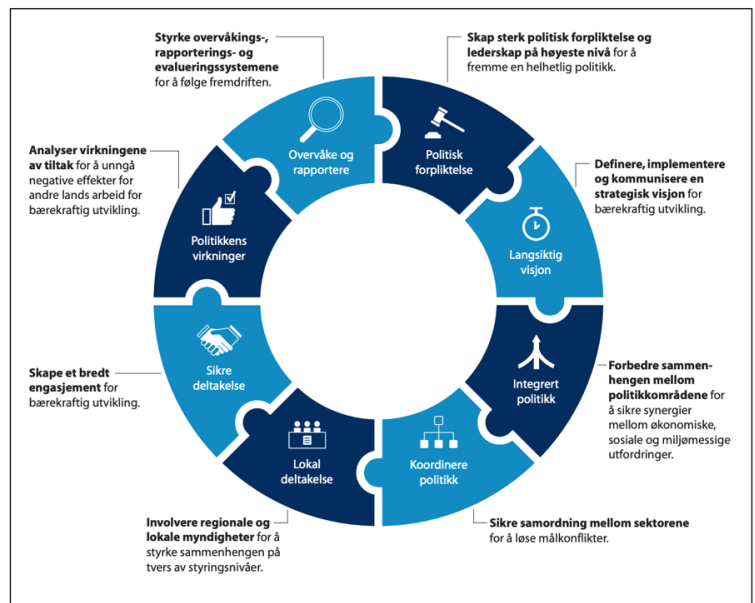


Figur 3 Inndeling av sosial bærekraft

Forskningen viser også at det heller ikke finnes noen klar måte for å måle hverken bærekraft (32) eller sosial bærekraft (9), som igjen gjør det vanskelig å vite hvorvidt en by eller kommune faktisk gjennomfører en bærekraftig eller sosial bærekraftig politikk. Andre argumenterer for at de mange ulike beskrivelsene og definisjonene av sosial bærekraft har ført til et «konseptuelt kaos» som «*compromises the term's utility*» (10). Dette er et sentralt poeng i denne oppgavens sammenheng – for hvilken nytteverdi har et begrep med et så vidt meningsinnhold, spesielt når begrepet er ment å legge politisk bestemmende føringer på et overnasjonalt, nasjonalt, regionalt og lokalt plan? Opp (9) skriver at sosial bærekraft er et begrep fullt av normative idealer for hvordan samfunnet burde være, og at «*these normative ideals make defining and operationalising social sustainability a difficult challenge for most public sector entities*» s.290. Hvordan kan en kommune operasjonalisere et begrep som er så faglig fragmentert og ikke lar seg måle?

## 1.2 Lokal planlegging av globale mål – Kontekstualisering og kommunenes «translatørrolle»

Bærekraftagendaen krever samarbeid på tvers av sektorer, politikkområder og forvaltningsnivåer, og for å bistå dette arbeidet, har OECD vedtatt en anbefaling (33) bestående av åtte byggesteiner for å skape en helhetlig politikk for bærekraftig utvikling. Denne gir retning for regjeringers innsats for å utvikle og gjennomføre sammenhengende og helhetlig politikk på alle områder, og ligger til grunn for tiltak og strategier i Norges handlingsplan for å nå bærekraftmålene innen 2030, Mel.St.40 *Mål med Mening* (18). Slik figur 4 viser (hentet fra (18)), er lokale prosesser en essensiell del av arbeidet med implementering av målene (34), noe som også



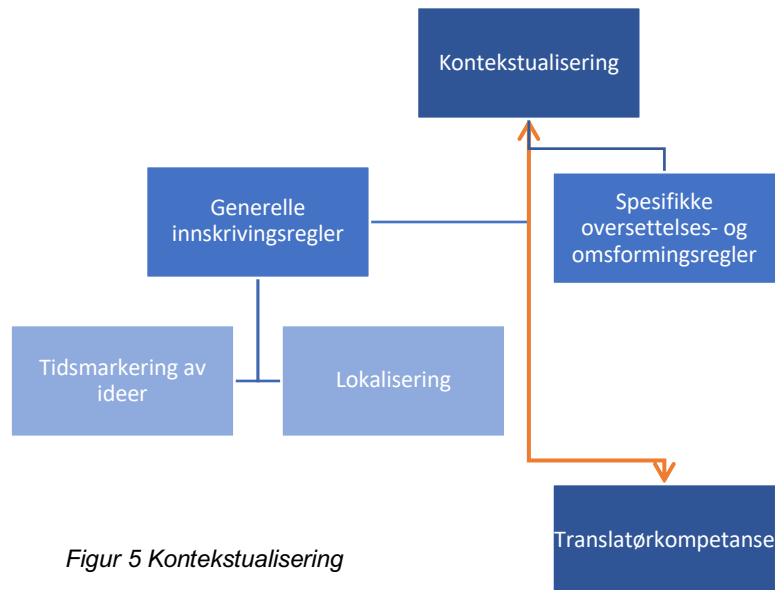
Figur 4 Helhetlig politikk for bærekraftig utvikling

presiseres i Agenda 2030: “Governments and public institutions will also work closely on implementation with regional and local authorities, sub-regional institutions, international institutions, academia, philanthropic organisations, volunteer groups and others (35).” For å bedre kunne vurdere måloppnåelse ut fra nasjonale forhold, har FN oppfordret medlemslandene til å utvikle nasjonale indikatorer som et supplement til de globale indikatorene (18). Derfor ble Mel.St.40 *Mål med Mening* (18) lagt fram sommeren 2021.

Denne prosessen med å relatere og gjøre mål og delmål kontekstuelle relevante, omtales som *kontekstualisering* (36) og beskrives som prosessen som skjer når ideer forsøkes introdusert og oversatt i en ny organisatorisk kontekst (36 s.293). I likhet med Samuelson (37) som i sin masteroppgave om kommuners implementering av det systematiske folkehelsearbeidet anvender Røvik’s teori (36), ser jeg også denne som nyttig i tema som omhandler kommunal sektor. Røvik (36) skiller mellom to former for kontekstualiseringsregler når ideer skal implementeres i organisasjoner; *generelle innskrivingsregler* og *spesifikke oversettelses- og omformningsregler*. Førstnevnte handler om å gi generelle ideer et mer lokalt preg, gjennom å tolke ideen inn i den nye konteksten. Her kommer lokalisering inn. *Lokalisering* beskrives som en nedenfra-og-opp-tilnærming der de globale målene, gjennom ulike prosesser,



oversettes og gjøres relevante for den lokale konteksten, og er et begrep som ofte nevnes i sammenheng med anvendelse av bærekraftmålene i lokale kontekster (e.g. 4, 22, 38-40). Røvik beskriver lokalisering som det som skjer når lokale referanser tilskrives en generell idé (36 s.302). Ifølge Røvik skjer slike innskrivninger av nye ideer (lokalisering) både



Figur 5 Kontekstualisering

uplanlagt, men også planlagt hvor organisasjonen gjennom planmessig arbeid kan knytte globale ideer til lokale «markører» (36 s.302-303), slik som bærekraftmålene. Også folkehelsearbeidet må lokaliseres til den enkelte kommune. Et annet kjennetegn ved generelle innskrivningsregler, er det Røvik (36 s.303-304) kaller «tidsmarkering av organisasjonsideer.» Dette sammenfaller med et av hovedkjennetegnene ved kommunal styring, nemlig langsiktig planlegging. Røvik (36) beskriver at det å sette en generell idé (bærekraftmålene eller det systematiske folkehelsearbeidet) inn i en lokal tid, også innebærer å gi ideen en lokal *fremtid*, altså at det inngår i langsiktig planlegging, som i dette tilfellet er implementering i kommuneplanene.

*Spesifikk oversettelse* handler om hva som skjer med innholdet i en idé når den overføres til en ny kontekst. Hvordan dette skjer, bestemmes av det Røvik kaller «oversetterens frihetsgrader,» som igjen bestemmes av i hvilken grad ideen kan og lar seg omforme. Mulighetene for å omforme til lokal kontekst, er også avhengig av eventuelle forankringer i lov eller forskrift (36). I følge pbl. 2008 er kommunene forpliktet til å legge oversikten over innbyggernes helse til grunn for planleggingen. Samtidig har regjeringen bestemt at bærekraftmålene skal utgjøre retning for planleggingen, og utpekt fylkeskommune og kommunene til nøkkelaktører i dette arbeidet. Akkurat hvordan de norske kommunene arbeider med kontekstualisering av bærekraftmålene, varierer i stor grad (22). Men hvor god denne kontekstualiseringsprosessen blir, er ifølge Røvik (36) avhengig av *translatørkompetanse*. Han beskriver god translatørkompetanse som avgjørende for å lykkes med idéoverføring i en organisasjon, men påpeker at slik overføring imidlertid lykkes i

varierende grad. Røvik (36 s.321) skriver at det virker som man ofte i for liten grad er bevisst at ideer må oversettes til konkrete, lokale versjoner for i det hele tatt å bli tatt i bruk. For å styrke den teoretiske kunnskapen om translatørkompetanse, presenterer Røvik (36 s.325) fire «dyder» som et forslag til hva et slikt «kompetansebegrep» bør inneholde: kunnskap, mot, tålmodighet, og styrke.

Røvik (36) skriver at oversetteren må ha inngående kjennskap til det som skal overføres og oversettes, som i kontekst av denne oppgaven vil være bærekraftmålene, og kommunens lovpålagte folkehelsearbeid. Oversetteren må også ha god *kunnskap* om konteksten det oversettes fra og til, det vil si også god kjennskap til eget lokalsamfunn, og egen organisasjon. Imidlertid vil en ny idé som skal overføres inn i en etablert organisasjon (en kommune), aldri bli innført i et *tabula rasa* – en ubeskrevet tavle, fordi organisasjonen allerede er sammensatt av ulike aktører, strukturer og rutiner. Dette er kunnskap translatøren bør ha oversikt over (36 s.328). Den andre dyden peker på det at når kommunene skal oversette bærekraftmålene og folkehelsebegrepene til sin lokale kontekst, blir planleggenes evner som *språksettere* utfordret; dvs. evnen til å feste praksiser og ideer til begreper. Dersom disse nye begrepene skal forstås, argumenterer Røvik for at de ikke bare kan kopieres inn i den nye konteksten, men må først diskuteres og gis innhold, noe som krever både modige og kreative evner (36 s.330). Gjennom de to siste dydene, *tålmodighet* og *styrke*, fokuseres det eksplisitt på mulighetene for å oppnå effekter i en organisasjon som følge av at man oversetter og implementerer en ny idé (36 s.332). Tålmodighet som en dyd for den gode oversetter, knyttes til en forestilling om at ideer ofte oppfører seg som *virus* i moderne organisasjoner. Dette beskriver Røvik ved at når ideer spres i en organisasjon, kommer de først til syne i form av nye begreper og resonnementer (språksmitte), men slik språksmitte (nye ideer) kan likevel ha lang inkubasjonstid – det kan være langt mellom idé til praksis. Den sterke oversetter peker på at nye ideer representerer en potensiell kilde til omstilling av organisasjonen, og oversettelsene kan dermed finne sted i kontekst av maktspill, forhandlinger og konflikter (36 s.333-335).

Til sammen viser dette at det både er en nedenfra-og-opp-tilnærming i tillegg til «*en tydelig ovenfra-og-ned-dimensjon i dette fordi de lokale prosessene forholder seg til forhåndsdefinerte, globale mål*» (22 s.13). I denne sammenhengen, er det også relevant å spørre i hvilken grad denne toveis-dimensjonen kan bidra til å skape konflikter, eller retttere sagt, uklarheter rundt målepunkt på lokalt plan. Til tross for at det understrekes i Mel.St.40 at

bruk av nasjonale målepunkter ikke skal legge begrensninger på kommunesektorens eller næringslivets mulighet til å gjøre lokale tilpasninger (18), er det ikke bare målenes *relevans* som gjør prosessen med å oversette globale mål av dimensjoner som bærekraftmålene til lokal handling utfordrende. Også begrepsforståelse kan by på problemer. Et sentralt spørsmål er derfor om dette i ytterste konsekvens kan bidra til nettopp å legge begrensninger på kommunenes muligheter til å implementere målene på lokalt nivå? Er det også mulig å tenke seg at denne nedenfra-og-opp-tilnærmingen kan gi seg utslag i lokale ulikheter, tatt i betraktning at viktige begreper oppfattes så ulikt?

### **1.3 Hva gjøres av samarbeid og forskning på feltet i Norge?**

I skrivende stund, pågår det flere norske forskningsprosjekt som studerer tema knyttet nært opp mot det denne oppgaven ønsker å se på. Det er også etablert samarbeidsklynger for å sette fokus på og styrke arbeidet med implementeringen av sosial bærekraft og folkehelse i ulike organisasjoner og innen forskjellige aktører i Norge. Dette er på mange måter et viktig bakteppe for denne oppgaven, da disse samarbeidsklyngene og forskningsprosjektene både har vært til inspirasjon i arbeidet med masterprosjektet, og fordi det faglige materialet de så langt har produsert brukes som bidrag til det teoretiske grunnlaget, og som utgangspunkt for de utvalgsriteriene jeg har satt (se delkapittel 3.2). Fordi disse prosjektene dermed spiller en sentral rolle på flere plan i denne oppgaven, vier jeg noe plass til å kort introdusere dem:

**Sunne Kommuner.** Dette er et nettverk av kommuner og fylkeskommuner. Sunne Kommuner er del av WHO's Healthy Cities-nettverk, og har som mål å jobbe for å skape lokalsamfunn som er gode å leve i, for alle. De er et nettverk av kommuner og fylkeskommuner som setter folkehelse høyt i sin samfunnsplanlegging, og har en helhetlig tilnærming til helse. De omtaler seg som ambassadører for sosial bærekraft, og mener folkehelsearbeidet er avgjørende for å nå FNs bærekraftsmål (41).

**Sosial bærekraft som ny drivkraft i lokalsamfunnsutviklingen – SOSLOKAL.** Prosjektet ledes av Kristiansand kommune, og øvrige samarbeidspartnere er Fredrikstad kommune, Stavanger kommune, WHO's norske og danske nettverk for "Healthy Cities", By- og regionforskningsinstituttet NIBR, og Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU), National Health Service (NHS) og Dundee kommune i Skottland. Prosjektbeskrivelsen peker på at FNs bærekraftsmål har revitalisert oppmerksomheten i kommunene om bærekraftig utvikling som helhetlig samfunns mål. Samtidig har kommunene til nå lagt for liten vekt på

den sosiale bærekraftdimensjonen i samfunns- og arealplanleggingen. Målet med prosjektet er å bidra til en idemessig-, strategisk-, produkt-, prosess- og styringsinnovasjon som skaper en kvalitativ merverdi for innbyggere, næringsliv, politikere og medarbeidere i kommunen. Innovasjonene utvikles og spres til kommuner i Norge og internasjonalt (42).

**Fra mål til mening til handling.** Prosjektet ledes av Nordlandsforskning, og øvrige samarbeidspartnere innenfor forskning er Vestlandsforskning, Høgskulen på Vestlandet, Nord universitet, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, Aalborg universitet, Nordregio, og KTH Stockholm. Samarbeidspartnere på regionalt nivå er Nordland fylkeskommune, Vestland fylkeskommune, Viken fylkeskommune, Fylkesmannen i Nordland, og Fylkesmannen i Vestland. Samarbeidspartnere på kommunalt nivå er Narvik kommune, Vestvågøy kommune, Sortland kommune, Bodø kommune, Gloppen kommune, Bømlo kommune, Sunnfjord kommune, og Asker kommune. I tillegg er KS og FN-sambandet tilknyttet prosjektet. Prosjektet har som mål å utvikle et rammeverk for implementering av FNs bærekraftmål i lokal og regional planlegging (21).

**Social sustainability in local communities in Østfold, Norway.** Prosjektet gjennomføres av Norges Miljø- og Biovitenskapelige Universitet, NMBU, og formålet er å forstå hvordan lokalsamfunn i Østfold kan beskrives ut fra sosial bærekraft gjennom å undersøke hvordan forskjellige dimensjoner som antas å være viktig for sosial bærekraft i lokalsamfunn er relatert til hverandre, og hvordan de er assosiert med helse og velferd (43).

## 2 Problemstilling og avgrensninger

Slik beskrevet i siste del av delkapittel 1.2, handler kontekstualisering og lokalisering om flere ting; både det norske myndigheter allerede har gjort i Mel.St.40 *Mål med Mening*, hvor de globale målene er satt inn i en norsk kontekst, samtidig som det også kreves en videre fortolkning og operasjonalisering for at denne implementeringen skal kunne skje i praksis. Hvordan begrepene forstås og operasjonaliseres inn i strategiske planer på de ulike politiske beslutningsnivåene, vil dermed få konsekvenser for hvordan de tilpasses i en lokal kontekst, og motsatt.

Mens litteraturen i større grad diskuterer kontekstualiseringen av målene i seg selv, fokuseres det mindre på begreps-operasjonaliseringens plass i lokaliseringskonseptet. Samtidig sier forskningen *at* det erfares flere utfordringer i operasjonaliseringen av globale mål og sentrale folkehelsebegreper inn i lokalt planarbeid fordi disse oppfattes ulikt. Vi vet imidlertid mindre om *hvordan* sentrale folkehelsebegreper knyttet til bærekraftmålene operasjonaliseres i kommuner, og hvordan dette gir seg utslag i lokalt planarbeid. Selv om sammenhengen mellom folkehelseloven og pbl. 2008 er godt definert (se figur 1), trenger vi mer kunnskap om graden av *ivaretagelse* av folkehelseperspektivet i kommunalt arbeid med bærekraftmålene. Det er i denne konteksten også interessant å se lokaliseringen av de globale målepunktene og operasjonaliseringen av de like globale begrepene i en sammenheng.

Denne oppgaven vil forsøke å være et bidrag i arbeidet med å generere ny kunnskap rundt dette, for å bedre forstå om, og i så fall hvordan, nasjonale føringer i slike omfattende prosesser kan ha positive utslag på kommuners planlegging. Oppgaven vil derfor forsøke å besvare følgende forskningsspørsmål: *Hvordan tolker og operasjonaliserer norske kommuner sentrale folkehelsebegreper knyttet til bærekraftmålene i lokalt planarbeid? Og i hvilken grad er folkehelseperspektivet ivaretatt i deres arbeid med bærekraftmålene?*

I denne oppgaven forstås å *operasjonalisere* som «å gjøre noe funksjonsdyktig; klargjøre for bruk» (44), eller som å gis en bestemt konkretisering (45).

### 3 Materiale og metode

Med utgangspunkt i ønsket om å studere tolking og operasjonalisering av globale folkehelsebegrep knyttet til bærekraftmålene i lokalt planarbeid, bygger denne oppgaven på en komparativ case-studie av to norske kommuner ved bruk av dokumentanalyse som metodisk verktøy. Dokumentene er offentlige kommunale styringsdokumenter.

#### 3.1 Komparativ case-studie og dokumentanalyse

Oppgavens design bygger på en komparativ case-studie av to norske kommuner. Case-studie er en «intensiv studie» av en eller noen få caser, hvor disse gjerne kan være organisasjoner, slik som i dette tilfellet hvor det er to kommuner. Case-studier er en empirisk undersøkelse av samtidfenomener som undersøker «real-life» situasjoner, tilfeller, eller kasus, og dreier seg om fenomener som ikke kan skilles fra konteksten (46, 47) – det er en gjensidig avhengighet mellom fenomen og omgivelsene. Case-studie er derfor velegnet som design for denne masteren, hvor formålet er å undersøke komplekse oppgaver som legger sterke føringer for kommunenes planlegging, og som er et resultat av to sentrale nasjonale samtidspoliske føringer i form av folkehelseloven og bærekraftmålene. Begrepene og de politiske føringene er også uløselig knyttet til den samtidspolitiske konteksten vi lever i hvor bærekraftmålene er verdens felles arbeidsplan fram mot 2030.

Det finnes flere ulike typer case-studie. Denne oppgaven er gjennomført som det Andersen (47 s.93-95) beskriver som en *komparativ case-studie*. Oppgaven sammenligner to kommuner, og er derfor en *komparativ studie*. Et argument for å sammenligne to kommuner, er at komparative case-studier åpner for å etablere en referanseramme for å karakterisere og måle fenomener som ikke har en gitt målestokk, som i dette tilfellet er lokalt fortolkede begreper og meningsinnhold. Sammenligning av to eller flere caser kan bidra til å klargjøre forutsetninger for sammenhenger, hvor utvalget er begrunnet i *forutsetningene* for hvorfor vi har sett på de enkelte observasjonene, ikke *antall* observasjoner (47, 48). Et komparativt design gir også anledning til en systematisk sammenligning mellom casene, som gjerne fører til en fokusering på noen hovedvariabler og sammenhengen mellom disse (47). I dette tilfellet er disse hovedvariablene de utvalgte begrepene. Ved å se på to kommuner, framheves dermed resultatene i hver enkelt kommune, fordi de står i samsvar eller i kontrast til resultatene i den andre kommunen. De to casene sammenlignes for å oppnå et rikere datagrunnlag som kan bidra til å belyse sammenhenger og utfall på tvers av casene (47), og legger dermed

grunnlaget for en diskusjon, heller enn en ensidig konklusjon, og gjør det mulig å se resultatene i lys av hverandre og litteraturen.

Denne case-studien er også deskriptiv, og formes av de karakteristikkene man finner i selve dataene. Selv om oppgaven bygger på eksisterende teori og litteratur på feltet, er ikke dette formende for selve analysen; det vil si dokumentene blir ikke lest i lys av en spesiell teoretisk retning, men lest fra mitt eget personlig fortolkende syn, på lik linje med hvordan alle fortolker den informasjonen vi innhenter og prosesserer. De observasjonene jeg har gjort på tvers av de to casene har deretter blitt knyttet til etablert teori gjennom systematisk fortolkning, med varierende grad av abstraksjon (47).

Som metodisk verktøy for å undersøke de utvalgte casene, har jeg valgt å gjennomføre en dokumentanalyse basert på et *strategisk utvalgt casespesifikke dokumenter* (49). Dokumenter er over alt, og har en avgjørende betydning for samfunnet som helhet (50). De inngår i en rekke konkrete praksiser, og bidrar selv til å forme disse praksisene gjennom å være *aktiv handling* i form av å *dokumentere* noe, og være noe *relasjonelt* fordi det knytter seg til ting og handling *utenfor seg selv*. Dokumenter er med andre ord en integrert del av sine omgivelser og kontekst, og har med dette potensiale til å gripe inn i og forandre disse omgivelsene og kontekstene (50). Samtidig er dokumenter også i mange sammenhenger et verktøy gjennom å være redskaper for å realisere noe, for å overtale og sette en sak i bevegelse. Noen dokumenter kan omtales som *styringsverktøy*. Disse bidrar til å gjøre et saksfelt oversiktlig i bokstavelig forstand (50). Eksempler på slike styringsdokumenter kan være statsbudsjettet på nasjonalt nivå, og kommuneplaner og handlingsplaner på det lokale nivået. Dette er dokumenter som både har en juridisk makt og intensjon om handling. De bør også forstås i sammenheng med konteksten de er utarbeidet innenfor – kalt *konteksting* (50). For å studere slike dokumenter i seg selv, og i relasjon til deres kontekst, er dokumentanalyse en vanlig metode. Dokumentanalyse er mye brukt for å se på for eksempel policyanalyser eller institusjonelle analyser (51). Dokumentanalyse er dermed en svært velegnet metode for å undersøke problemstillingen i denne oppgaven fordi det åpner for å studere hvordan begrepsforståelse og politiske prosesser henger sammen, og hvordan dette gir seg utslag i konkrete mål og intensjoner om handling i kommuners styringsdokumenter.

## 3.2 Utvalg

Målet med forskning er å generere ny kunnskap om et utvalgt tema. I motsetning til kvantitativ forskning hvor man ønsker et så stort og representativt utvalg at man oppnår nok «statistisk kraft» til at resultatene kan generaliseres utover studiens utvalg (52), er utgangspunktet for kvalitativ forskning ganske forskjellig. Her ønsker man i større grad å gå i dybden av materien; å oppnå den kvalitative, framfor den kvantitative kunnskapen (49). Det er også målet med denne oppgaven. Derfor består oppgavens utvalg av relevante dokumenter fra to norske kommuner. Nedenfor følger en oversikt over utvalg og utvalgskriterier.

### 3.2.1 Kommuner

I Folkehelseloven står det at kommunen skal

*fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen (15 §4).*

I tillegg slår loven fast at kommunen skal fremme folkehelse innenfor de oppgavene og med de virkemidlene som kommunen er tillagt. Lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting er en del av dette (15). Likevel, og til tross for at mange kommuner har innarbeidet folkehelse på et overordnet og strategisk nivå i sitt planverk, står det fremdeles igjen å gjøre folkehelseutfordringene relevante og tilgjengelige i samfunns- og arealplanleggingen (13, 25). Utvalget er ikke gjort med bakgrunn i å understreke et spesielt poeng, men å få et *innblikk* i hvordan norske kommuner arbeider med operasjonaliseringen av folkehelse og bærekraft i sine styringsdokumenter. Kommunene er *strategisk valgt* ut basert på følgende utvalgskriterier:

- **Deltakelse** i nettverket *Sunne Kommuner*, eller del av forskningsprosjektet *SOSLOKAL*, beskrevet i delkapittel 1.3. Kommuner som enten er med eller ikke med er valgt ut fordi det er av interesse å se om kommuner i eller utenfor slike prosjekter og nettverk operasjonaliserer begrepene ulikt.
- **Demografi og geografi.** De utvalgte kommunene er «matchet,» det vil si at jeg med hensikt har valgt to store kommuner istedenfor en stor og en liten. Dette for at det demografiske sammenligningsgrunnlaget ikke skal være alt for sprikende. Det er også



tatt høyde for at kommunene skal ha noe geografisk avstand, og at de ikke ligger i samme fylkeskommune.

Tabell 1 Oversikt over utvalgte kommuner

Kommune	Med/ikke med i nettverk eller forskningsprosjekt	Demografi
Kommune A	Hverken er med i nettverket Sunne Kommuner, eller del av forskningsprosjektet SOSLOKAL	Stor kommune < 150.000 innbyggere
Kommune B	Er med i en eller flere av følgende: Sunne Kommuner, SOSLOKAL	Stor kommune > 150.000 innbyggere

Det er også noen tilleggsopplysninger det er viktig å redegjøre for da de kan ha betydning for tolkning av resultatene, selv om disse *ikke* er del av utvalgskriteriene. Kommune A har av FN blitt utpekt som foregangskommune for bærekraftig utvikling. Det ble i etterkant etablert et bærekraftsenter i kommunen, som har som hovedoppgave å demonstrere og dokumentere hvordan byer og lokalsamfunn kan bruke data, kompetanse og byens ressurser til å gå enda raskere og mer effektivt i en bærekraftig retning. Også i kommune B er det etablert et bærekraftsenter, på initiativ fra kommunen selv. Dette er et regionalt senter for bærekraft og innovasjon tuftet på FNs bærekraftsmål, med målsetning om å bidra til raskere grønn omstilling, et godt lokalsamfunn og en mer rettferdig verden.

### 3.2.2 Dokumenter

Utvalgte dokumenter er kommunale planrelaterte styringsdokumenter. Det er viktig å understreke at det ikke er gjort en systematisk og helhetlig analyse av alle potensielt relevante dokumenter, da det finnes mange dokumenter som kunne vært relevante. Imidlertid har jeg begrenset dokumentutvalget gjennom *strategisk utvalg til kommuneplanens samfunnsdel, handlingsplan, og, dersom tilgjengelig kommunens folkehelsestrategi, samt folkehelse rapport*. I tillegg har jeg åpnet for å kunne benytte *snøballmetoden*. Det vil si at dersom jeg på bakgrunn av det strategiske utvalget kommer over kommunale dokumenter av særskilt betydning for oppgavens tematikk og det kan begrunnes at de har relevans opp mot de utvalgte styringsdokumentene, har jeg inkludert disse. Videre må de utvalgte styringsdokumentene være vedtatt eller gjeldende fra tidligst 2019. Dette begrunnes som følger: Når man leser og analyserer dokumenter, er en sentral strategi å sette seg inn i hvilke sammenhenger, eller kontekster, dokumentet er skrevet innenfor. Det å skrive fram en kontekst, er en aktiv del av det dokumentet selv gjør, men er også noe vi som ønsker å studere dokumentene selv aktivt også må søke å forstå. Dette kan for eksempel være å bli kjent med

og lese dokumentet i lys av hvilke relevante debatter som har foregått «rundt» dokumentet, altså *konteksting* (50). Noen av de utvalgte kommunene i denne oppgaven er i en fase hvor sentrale styringsdokumenter skal rulleres. Jeg har likevel valgt å bruke planprogram og høringsutkast for de nye styringsdokumentene framfor å bruke de gamle planene, nettopp på bakgrunn av *konteksting*. Lokale styringsdokumenter utarbeidet før 2019 vil ikke kunne tjene som konstruktivt datamateriale i denne oppgaven fordi nasjonale føringer om at FNs bærekraftsmål skal være det politiske hovedsporet for vår tids utfordringer, også planlegging og folkehelsearbeid, ble formulert våren 2019 gjennom *Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2019–2023* (7), og i *Meld. St. 19 (2018–2019) Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn* (13). Selv om ikke alle de nye lokale styringsdokumentene er vedtatt i skrivende stund, har de likevel potensial til å gi et bedre bilde av kommunenes intensjoner knyttet til folkehelsearbeid og bærekraft enn de gamle styringsdokumentene, og er derfor inkludert i dokumentutvalget.

Utvalget av dokumenter er gjort med utgangspunkt i sammenhengen mellom Folkehelseloven og pbl. 2008 (figur 1), og fungerer som en «guide» til hvilke styringsdokumenter som er relevante. Utvalgets relevans begrunnes som følger: *Kommuneplanens samfunnsdel* gir retning til lokalsamfunnsutviklingen og bidrar til at nasjonale og regionale mål tilpasses lokale forhold. Konkretisering av planene skjer gjennom god kobling mellom planenes handlingsdel og økonomiplanleggingen. Det er der ansvar plasseres og planer sikres gjennomføring (7). En *handlingsplan* uttrykker kommunens mål for utvikling på området, beskriver virkemidler for å nå målene, hvem som deltar i arbeidet, konkretiserer forpliktelser og spesifiserer ansvar, samt sikrer at kommunen oppfyller lovens krav (53). En kommunes *folkehelsestrategi* skal vise hvordan kommunen skal jobbe strategisk med å fremme god helse i hele befolkningen og å møte folkehelseutfordringene, herunder å utjevne sosiale helseforskjeller (54). Ifølge Folkehelseloven skal folkehelsearbeidet forankres politisk, og i langsiktig og systematisk innsats hvor kommunene og fylkeskommunene skal sørge for oversikt over helsetilstanden til befolkningen og de faktorer som påvirker denne. Dette skal igjen danne grunnlaget for fastsetting av mål og strategier gjennom kommuneplanarbeidet (16). Derfor har jeg valgt å se på kommunenes *folkehelse rapport/levetårnsrapport*. Jeg har ikke brukt resultatene fra disse, men sett om de inneholder operasjonaliseringer og tolkninger av de utvalgte begrepene. Følgende styringsdokumenter er dermed inkludert for hver av de to kommunene:

#### **Kommune A**

- Planprogram for den nye kommuneplanens samfunnsdel
- Høringsutkast til den nye kommuneplanens samfunnsdel
- Folkehelse- og levekårsrapport
- Kunnskapsgrunnlaget for utformingen av den nye kommuneplanen

### Kommune B

- Kommuneplanens samfunnsdel
- Handlingsprogram
- Folkehelse rapport
- Statusoppdatering om sosial bærekraft i kommunen

### 3.2.3 Utvalgte begrep

Å skulle undersøke hvordan folkehelseperspektivet er ivaretatt i arbeidet med bærekraftmålene gjennom en dokumentstudie, gjøres i denne sammenhengen ved å se på graden av folkehelserelaterte begreper i planarbeidet til kommunene, og hvordan disse er operasjonalisert. I problemstillingen står det at jeg skal se på «sentrale folkehelsebegreper.» For å avgjøre hva som kan regnes som «sentrale» begreper, har jeg *strategisk valgt ut* de mest gjennomgående og definerende begrepene i litteraturen, samarbeidsklyngene og prosjektene beskrevet i 1.3, samt rapporter. Til sammen har dette bidratt til å gi et nærmere innblikk i «hovedbegrepene» *folkehelse* og *sosial bærekraft*, samt nærliggende begreper eller begrep som brukes som «substitutt», det vil si at man erstatter et begrep med et annet. Jeg har brukt tid på å bli kjent med litteraturen av den grunn at de to «hovedbegrepene» er så vide og inneholder et så bredt meningsinnhold som beskrevet i kapittel 1. Prosessen med å velge ut begreper har derfor vært kontinuerlig, og begreper har blitt valgt ut etter hvert som jeg har blitt kjent med feltet. Følgende begreper er strategisk valgt ut:

Tabell 2 Utvalgte folkehelsebegrep

Begrep	Hvorfor?
Folkehelse	Kjernebegrep i denne oppgaven
Sosial bærekraft	Kjernebegrep i denne oppgaven
Sosial ulikhet	Å utjevne sosiale helseforskjeller er ett av fem prinsipper som Folkehelseloven bygger på. Sosial ulikhet er bakgrunnen for behovet om sosial utjevning
Sosial utjevning	Å utjevne sosiale helseforskjeller er ett av fem prinsipper som Folkehelseloven bygger på
Levekår	Beskrevet i artikkelen til Synnevåg et al. (2019) som benyttet istedenfor begrepet «folkehelse»
Livskvalitet	Bærekraftmål 3 heter «good health and well-being.» Well-being kan oversettes til livskvalitet

### 3.3 Digitalt feltarbeid, datainnsamling og analyse

Ved gjennomføring av moderne dokumentanalyse, er digitalt feltarbeid en sentral framgangsmåte for å samle inn data (50). Det er også anvendt strategi i denne oppgaven, i og med at oppgavens datagrunnlag er offentlige digitale dokumenter tilgjengelige på de utvalgte kommunenes nettsider. Transparens og pålitelighet er to sentrale begrep i all forskning, også i kvalitativ forskning, og må derfor gjøres rede for (55). Derfor beskrives framgangsmåten for hvordan jeg har gjennomført det digitale feltarbeidet steg for steg. Arbeidet har foregått med utgangspunkt i utvalgskriteriene beskrevet i delkapittel 3.2.

*Første steg* gikk ut på å velge ut relevante konsepter.

Dette har vært en kontinuerlig prosess, hvor det å bli kjent med litteraturen og prosjektene på forskningsfeltet har vært det viktigste grepet. *Steg to* besto i å velge ut kommunene. Dette ble gjort med utgangspunkt i utvalgskriteriene i 3.2.1. Deretter tok *steg tre* prosessen videre ved at jeg forsøkte å gjøre meg kjent med hver av de utvalgte kommunenes nettsider, og lage en oversikt over hvilke av de utvalgte styringsdokumentene som er tilgjengelige for hver enkelt kommune.

*Steg fire* gikk ut på å gjøre en vurdering av hvilke

styringsdokumenter som skulle inkluderes fra hver enkelt kommune, for å sikre at det ikke ble store forskjeller mellom de utvalgte kommunene i antall og type inkluderte dokumenter. Slik beskrevet i 3.2.2, var *konteksting*, en kontinuerlig del av hele denne prosessen. Dette har foregått ved at jeg parallelt med det digitale feltarbeidet har lest relevant litteratur og rapporter, og satt meg inn i de politiske rammene og diskursen rundt Agenda 2030 og folkehelse(arbeid), som behandlet i kapittel 1. Fordi arbeidet med bærekraftmålene er et av vår tids viktigste og mest omtalte tema, oppdateres feltet kontinuerlig, både på vitenskapelig-, populærvitenskapelig- og politisk plan. Å parallelt lese litteratur samtidig som jeg



Figur 6 Flytskjema over stegene i det digitale feltarbeidet

gjennomfører datainnsamling og analyser, er *et strategisk valgt metodegrep* for å være bedre faglig rustet til å «forstå» og fange opp det datamaterialet jeg ønsker å samle inn.

*Steg fem* gikk ut på at det potensielle datamaterialet ble systematisk lagret underveis, både gjennom å opprette mapper i nettleseren, samt i mitt Endnote-bibliotek. Dette er i tråd med anbefalinger om digitalt feltarbeid ved bruk av dokumentanalyse (50).

På *steg seks* startet arbeidet med å gå igjennom dokumentene og identifisere de utvalgte konseptene. Dokumentanalyse har på sett og vis en fot både i kvalitativ- og kvantitativ metode, og digitalt feltarbeid gjør det nødvendig å kombinere teknikker innenfor begge retningene, gjennom både nærlesing og fjernlesing, digitale kilder, og analoge tekster (50). Som en første analytisk inngang, benyttet jeg en mer kvantitativ teknikk, ved å bruke søkefunksjonen i digitale dokumenter. Begrepene kan skrives på ulike måter (entall, flertall, eller ulik bøyning), og jeg søkte derfor med ulike former av hvert ord. Deretter benyttet jeg en mer kvalitativ del av dokumentanalyse ved å *nærlese*, det vil si å lese grundig og jobbe for å forstå dokumentets kvaliteter, slik som språk, struktur, og innhold. Jeg leste hvert enkelt dokument grundig, og forsøkte å sette disse kvalitetene ved tekstene i sammenheng med dokumenter og aktører utenfor teksten, *fjernlesing* (50). Det digitale feltarbeidet med større samlinger av dokumenter, gir mulighet for fjernlesing, som vil si å zoome ut fra selve teksten og dens «individuelle kvaliteter,» og se dokumentene på avstand, hoppe mellom dem, og oppdage tendenser i og på tvers av dokumentene som man ikke ser ved utelukkende nærlesing (50). Å sette dokumentene i sammenheng med de ytre aspektene, er også et eksempel på bruk av konteksting, og jeg vekslet så mellom nærlesing og fjernlesing.

Som et *syvende steg*, ble de utvalgte begrepene systematisert og sortert etter hver enkelt kommune og hvert enkelt dokument, og beskrevet i oppgavens resultatdel. Å skrive ut resultatene og å gjennomføre det digitale feltarbeidet ble gjort parallelt. Å skrive ut arbeidet er en viktig del av den kvalitative forskningsprosessen (e.g. 56). Det *åttende steget* består i å knytte sammen funn og teori i diskusjonsdelen.

### **3.4 Refleksivitet**

I all empirisk forskning bør tolkning av data etterfølges av en form for refleksjon over hvordan denne tolkningen skjer, fordi empiriske data i seg selv ikke kan være en speiling av virkeligheten, men er formet av en rekke forhold. Som forsker bør man derfor gjøre en

«tolkning av egen tolkning.» Med andre ord: hvordan hvem jeg er og mine erfaringer kan ha påvirket fortolkningen av datamaterialet. Å redegjøre for eget engasjement for tema, er et viktig ledd i å gjøre forskningen *refleksiv* (49). På det tidspunktet jeg skriver denne masteren, er jeg ansatt i en mindre stilling i Vestvågøy kommune som koordinator for Ungdommens Kommunestyre. Gjennom stillingen får jeg innsyn i arbeidet med styringsdokumenter, medvirkningsprosesser knyttet til disse, prioriteringer og nasjonale retningslinjer for arbeidet. Sammen med min tverrfaglige utdanning innenfor både statsvitenskap, psykologi, og nå folkehelse, utgjør dette mine fortolkningsrammer som jeg leser dokumentene ut fra, og som bidrar til å farge mine «briller» i møte med styringsdokumentene til kommune A og B. Den fortolkende tradisjonen som kvalitativ forskning er en del av, legger til grunn at fullstendig nøytralitet ikke eksisterer (55). Så lenge forskeren selv redegjør for relasjonen, og eksplisitt klargjør sin posisjon, vil dette ifølge Tjora (55) underbygge påliteligheten. I prosessen med å analysere tekstene ble det derfor viktig å strebe etter en slags «naiv posisjon,» og samtidig være bevisst på at den aldri vil kunne bli helt nøytral.

### **3.5 Forskningsetikk og kildekritikk**

Masterprosjektet er meldt inn til NSD (referansenummer 661145), med svar om at det ikke trengs vurdering fra personverntjenester, da det ikke skal behandles direkte eller indirekte opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner. Se vedlegg 2 for bekreftelse fra NSD.

Det krever ingen handling fra den enkelte kommune å være inkludert i dette masterprosjektet. Formålet med oppgaven er å studere *offentlige dokumenter* for å få en helhetlig forståelse av oppgavens problemstilling. Jeg er heller ikke ute etter å belyse navngitte enkeltkommuners arbeid knyttet til denne konteksten. Jeg er opptatt av innholdet i kommunenes arbeid. Ikke hvilke kommuner som gjør hva. Derfor har jeg valgt å *avidentifisere* kommunene som «kommune A» og «kommune B.» Fordi oppgaven baseres på dokumentanalyse, brukes det tekstutdrag fra de respektive kommunenes styringsdokumenter. Kommunene er derfor *ikke* anonymisert, da disse tekstutdragene kan søkes opp og avsløre kommunenes identitet. At kommunene ikke er anonyme, vurderes i seg selv ikke som en etisk utfordring, fordi alle dokumenter er offentlige og tilgjengelige for allmenheten. De utvalgte kommunene ble likevel kontaktet på epost med et informasjonsskriv om masterprosjektet (se vedlegg 1). Kommunalsjef, eller tilsvarende, for fagområder helse, ble oversendt henvendelsen og informasjon om prosjektet, og fikk mulighet til å takke nei til å være inkludert i prosjektet.

En spesielt sentral tematikk ved gjennomføring av ethvert forskningsprosjekt, og kanskje spesielt ved bruk av digital dokumentanalyse, er kildekritikk (50). De digitale flatene vi opererer på i dag, gjør at informasjonen beveger seg svært raskt og er mye mer flyktig enn tidligere. Det er imidlertid strenge retningslinjer både innenfor akademisk publisering, og i offentlig sektor, for at *transparens* og *sporbarhet* skal ligge til grunn for alt arbeid (50). Jeg brukte derfor referanseprogram i arbeidet med denne oppgaven for å organisere alle vitenskapelige og offentlige dokumenter, merket alle artikler og styringsdokumenter med hvilken dato de var publisert, samt hvilken dato jeg hentet dem ut fra nettsiden. Kanskje viktigere var at jeg har vært svært nøye med hvilke kilder jeg inkluderer i oppgaven. Ved innsamling av digitalt skriftlig datamateriale er det også viktig å være kritisk til hvor informasjonen hentes fra. Fordi dokumentene er offentlige dokumenter hentet fra kommuners egne nettsider, regnet jeg dette som en sikker kilde. Jeg har også loggført for meg selv når dokumentet er publisert (dersom denne informasjonen finnes), hvor den hentes fra, og når jeg hentet ut dokumentet. Denne loggen er ikke vedlagt oppgaven fordi jeg ikke ser den som relevant for å forstå resultatene eller at den har noen forskningsetisk relevans i og med at kommunene er «avidentifiserte.»

## 4 Resultater

Resultatene presenteres som en beskrivelse av hvordan de utvalgte begrepene defineres og anvendes i styringsdokumentene – hvordan kommunene fyller dem med meningsinnhold. Fordi dokumentanalyse opererer i skjæringspunktet mellom kvalitativ og kvantitativ forskning, kombinerer jeg både deskriptive og mer skjematiske framstillinger av resultatene.

### 4.1 Kommune A

Kommune A arbeider med å rullere kommuneplanen, og ny plan er i skrivende stund på høring. Slik beskrevet og argumentert for i delkapittel 3.2.2, har jeg valgt å inkludere høringsdokumentet til ny samfunnsdel i dokumentutvalget, selv om denne ennå ikke er vedtatt. Den gamle samfunnsdelen var utformet for over ti år siden. Tiden fra da og fram til nå, har vært preget av en rivende utvikling både hva gjelder styrkingen av det nasjonale og lokale folkehelsearbeidet, i tillegg til det overnasjonale-, nasjonale, regionale, og lokale arbeidet med bærekraftmålene, og ikke minst hva dette har hatt å si for kommunenes rammer for styring og planlegging. Høringsutkastet til den nye samfunnsdelen til kommune A, vil dermed kunne bidra med et mer presist bilde av i hvilken grad samtidspolitiske konsepter og føringer er inkludert i deres styringsdokumenter, i tillegg til det øvrige dokumentutvalget for kommune A, listet opp i delkapittel 3.2.2.

Den nye kommuneplanen er fundert i et bredt og omfattende arbeid som handler om hvordan kommune A sammen kan skape den kommunen de *«ønsker å leve i, uten at det går på bekostning av mulighetene for kommende generasjoner»*. Denne intensjonen sammenfaller med Verdenskommisjonens definisjon av bærekraft (gjengitt i oppgavens innledning), og kan tolkes som et tydelig signal fra kommune A om hvilken posisjon bærekraftmålene har i den nye kommuneplanen. Kommunen skriver også at de bidrar aktivt i arbeidet med å utvikle en felles modell for sortering av utvalgte indikatorer for bærekraft, med den hensikt å kunne måle bærekraftig utvikling både økonomisk, sosialt og miljømessig. Videre har kommunen i forbindelse med samfunnsplanen utarbeidet *14 perspektiver* som beskriver konsekvenser, utfordringer og muligheter som kommune A ønsker å fokusere på innenfor tidsrammen til den nye samfunnsdelen, ved å sette de globale trendene inn i en lokal kontekst for bærekraftig samfunnsomstilling i kommunen.



I introduksjonen til planprogrammet for den nye kommuneplanens samfunnsdel, viser kommune A til at FNs bærekraftsmål og «folkehelse – helse i alt vi gjør» er sentrale nasjonale føringer som ligger til grunn for arbeidet med den nye kommuneplanen. Arbeidet med den nye kommuneplanen er også helt konkret og direkte forankret i bærekraftmålene ved at målstrukturen for den nye planen er bygd opp på følgende måte:



Figur 7 Målstrategi for den nye samfunnsdelen, kommune A

#### 4.1.1 Folkehelse

I planprogrammet framheves det krav i loven om at forebyggende folkehelse tiltak skal inngå og vurderes i alt planarbeid, og at folkehelsemeldingen for kommunen skal være et viktig bidrag inn i arbeidet med kommuneplanens samfunnsdel. Det er også nylig gjennomført en levekårs- og folkehelseundersøkelse gjennom innsamling av kunnskap om kommunens befolkning. Dette er i tråd med pbl. 2008 og Folkehelseloven, slik beskrevet i innledningen. Så sentralt skal folkehelseperspektivet være i den nye samfunnsdelen, at kommune A velger å ikke utarbeide en egen folkehelseplan: «*Samfunnsplanen for [kommune A] bør være anvendbar som strategi for folkehelsearbeid.*» Den nye samfunnsplanen skal altså være forankret i en tydelig intensjon om et aktivt folkehelseperspektiv.

Selv om det spesifiseres at den nye samfunnsdelen skal være anvendbar som folkehelsestrategi, brukes begrepet **folkehelse** kun to ganger i høringsutkastet – begge gjengitt i dette avsnittet om byutviklingsstrategi:

*Samtidig er det viktig å bygge en by som bidrar til god folkehelse og inkludering. Hvordan vi kan ivareta folkehelse og kvaliteter som gjør at folk trives i byen når vi gjør den tettere og mer klimavennlig er viktige tema i arealutviklingen i [kommune A].*

Her settes **folkehelse** i sammenheng med byutvikling, klimatilpasning og arealbruk, som er verdt og merke seg, fordi dette bidrar til å ta folkehelsebegrepet ut av «helse-boksen.» I kunnskapsgrunnlaget til den nye samfunnsplanen, settes folkehelse derimot utelukkende inn i denne «helse-boksen,» i det kommunen skriver at vår tids største folkehelseutfordring er psykiske vansker og lidelser, og at dersom man skal bedre befolkningens helse generelt, må

man sørge for å sikre de svakeste gruppene spesielt. Kommune A ser med andre ord **social utjevning** som en viktig del av sitt folkehelsearbeid.

Samtidig, og på bakgrunn av hvordan begrepet folkehelse både behandles i litteraturen og de rapporterte erfaringene rundt begrepsforvirringer som er beskrevet i delkapittel 1.1, er det nærliggende å tro at kommune A muligens benytter «stedfortredende» begreper framfor å bruke **folkehelse** i seg selv. Sosial bærekraft kan være et slikt stedfortredende begrep.

#### 4.1.2 Sosial bærekraft

Et mulig eksempel på dette, er at begrepene folkehelse og **social bærekraft** i planprogrammet for den nye kommuneplanens samfunnsdel settes i direkte relasjon til hverandre gjennom å skrive at: *«I diskusjonen om sosial bærekraft er folkehelse, inkludering og mangfold sentrale begrep.»* Videre skriver kommunen at *«sosial bærekraft handler om samfunn preget av tillit, trygghet, tilhørighet og tilgang til goder som arbeid, utdanning og gode nærmiljø. Økt deltakelse fremmer tilliten i befolkningen og styrker demokratiet.»* Selv om dette er en svært overordnet beskrivelse av begrepet, gir den likevel retning til å forstå hvordan kommune A tolker innholdet i begrepet sosial bærekraft. I det første sitatet kan det også virke som om **folkehelse** er «avledet» fra sosial bærekraft, altså at det ikke er en gjensidig interaksjon mellom begrepene, men at folkehelse er en av mange deler som til sammen utgjør begrepet sosial bærekraft, og at man derfor anvender sistnevnte som et «paraplybegrep» som kan romme flere aspekter enn slik kommune A muligens operasjonaliserer folkehelse. Samtidig kommer det i denne beskrivelsen fram at folkehelse, inkludering og mangfold er begrep som bør ses i en sammenheng. **Livskvalitet**, tillit, trygghet og tilgang til samfunnets goder ligger også til grunn for hvordan kommune A forstår sosial bærekraft.

I høringsutkastet til den nye samfunnsdelen beskrives **social bærekraft** med en noe annen formulering enn i planprogrammet: *«sosial bærekraft handler om å sikre god livskvalitet, for oss som lever nå og kommende generasjoner.»* I sin redegjørelse for ett av samfunnsdelens hovedmål, beskrives innholdet i sosial bærekraft nærmere:

*Hovedmålet en by med sterke fellesskap handler om å skape et sosialt bærekraftig samfunn der alle menneskene har like muligheter til verdige liv med tillit, trygghet, tilhørighet og tilgang til goder som arbeid, utdanning og leve uten diskriminering i gode nærmiljø. Vi må skape et samfunn der livskvalitet, sosial rettferdighet og medborgerskap er grunnleggende fellesskapsverdier. Disse verdiene er koblet til både FNs menneskerettigheter og bærekraftsmål - og det krever samarbeid for å skape slike samfunn.*

Avsnittet sier både noe om *hvordan* kommune A forstår begrepet sosial bærekraft, og presenterer noen *intensjoner* om hva man kan gjøre for å oppnå et sosialt bærekraftig samfunn. Ifølge kommune A, handler sosialt bærekraftige samfunn om likeverd, tillit, trygget, tilhørighet, arbeids- og utdanningsmuligheter, inkludering, **livskvalitet**, sosial rettferdighet og medborgerskap. Dette blir videre operasjonalisert i et av delmålene som er tilknyttet hovedmålet om en by med sterkere felleskap. Dette delmålet handler om at kommunen skal arbeide for å skape sosialt bærekraftige bydeler der alle samarbeider om gode lokalsamfunn. I høringsutkastet til ny samfunnsdel, operasjonaliseres dette på følgende måte:

Dette skal kommunen gjøre	Alle kan bidra ved å
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedta politikk og utvikle praksiser som styrker fellesskapene i bydelene i [REDACTED]</li> <li>• Sikre at kultur og idrett preger kommunens løpende planarbeid</li> <li>• Sikre at kultur og idrett har gode vilkår for alle aldersgrupper i bydelene.</li> <li>• Legge til rette for at frivillige aktører kan ta en større rolle i utviklingen av bydelene</li> <li>• Bidra til at barnehager, skoler, biblioteker og helse- og velferdssenter tar en større rolle i lokalsamfunnet</li> <li>• Planlegge for arealtilgang og næringsvirksomhet i lokalsamfunnet slik at flere lokale møteplasser blir etablert</li> <li>• Legge til rette for aktiv deltagelse og involvering av innbyggere som ressurs i samfunns- og tjenesteutvikling og frivillig arbeid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ta initiativ til aktiviteter og prosjekter som bidrar til bedre lokalsamfunn</li> <li>• Frivilligheten og andre organisasjoner kan samarbeide med kommunen om organiseringen, bruk og drift av møteplasser og arenaer i bydelene</li> <li>• Næringslivet og byutviklere kan bidra til styrke den sosiale infrastrukturen i bydelene gjennom å støtte prosjekter.</li> <li>• Initiere arrangementer som involverer et mangfold av mennesker som bor i bydelen</li> </ul>

Figur 8 Tiltak for sosialt bærekraftige bydeler, kommune A

I oversikten kan det leses at kommune A operasjonaliserer **sosial bærekraft** til tiltak innen kultur, idrett, felleskap, frivilligheten, medborgerskap, møteplasser som for eksempel bibliotek, samt helse- og velferdstilbud. Det er med andre ord en vid definisjon som rommer et bredt spekter av samfunnsstrukturer og tiltak. Det er også verdt å nevne at kommune A beskriver visjoner og tiltak for å sikre gode og trygge boliger og bomiljø, og skriver at *«alle kan stille krav til og etterspørre boliger og bomiljø med god kvalitet.»* Selv om kommunen i sine dokumenter ikke setter dette i noen direkte sammenheng med sosial bærekraft eller folkehelse, er det verdt å merke seg fordi et sentralt element ved sosial bærekraft ifølge Hofstad og Bergsli (12) består i å dekke grunnleggende (individuelle) behov, og bolig/husly inngår i dette. Kommunen omtaler dermed et viktig element ved sosial bærekraft, selv om det ikke settes i direkte sammenheng med begrepet.

#### 4.1.3 Sosial utjevning, levekår og livskvalitet

Noe av innholdet i denne operasjonaliseringen av sosial bærekraft sammenfaller også med tiltak for utjevning av **sosial ulikhet**, altså **sosial utjevning**, som også inngår i folkehelseovens mandat om kommunenes folkehelsearbeid. I innledningen til høringsutkastet

for den nye samfunnsdelen, beskrives kort det utfordringsbildet kommune A står overfor, og hvilke overordnede nøkkelfaktorer som kan bidra i arbeidet for «en bærekraftig samfunnsomstilling.» Her beskrives **social ulikhet** som en økende tendens i kommune A, og den nye samfunnsdelen er et bidrag i å forsøke å utjevne ulikhetene. Videre beskrives det i høringsutkastet hvordan befolkningstetthet kan bidra til å skape forutsetninger for tilfeldige møter og utveksling av ideer og tjenester, som igjen kan skape arbeidsplasser, vekst og velferd, gi nærhet til arbeid, skole, tjenester og kultur, og redusert transportbehov. I sum er dette tiltak som blant annet kan bidra til nettopp **social utjevning**, men kommunen setter selv ikke disse tiltakene i sammenheng med begrepet sosial utjevning.

I kunnskapsgrunnlaget til den nye samfunnsdelen, nevnes også viktige tiltak for å styrke felleskap, forebygge utenforskap og utjevne forskjeller mellom folk. I dette kunnskapsgrunnlaget settes også sosiale ulikheter i **levetår** i sammenheng med sosiale ulikheter i helse. **Levetår** settes i sammenheng med bærekraftig forbruk i det kommunen skriver at «*vi må alle endre forbruksmønsteret vårt for å sikre gode levetår for nåværende og fremtidige generasjoner.*» Videre er kommune A sin bruk av begrepene **folkehelse** og **levetår** i folkehelse- og levetår rapporten interessant. Her pekes det på at

*i kommunens arbeid med bærekraftmålene er levetår som i helse, utdanning, likestilling, fordeling og nærmiljø sentrale områder. Vi behøver god kunnskap om status på disse områdene for å kunne planlegge gode mål og utvikle treffsikre tiltak for å ta kommunen i en mer bærekraftig retning.*

Her brukes begrepet **levetår** nærmest som et substitutt for begrepet **folkehelse**, og beskrives som avgjørende for å kunne oppnå bærekraftig utvikling. **Levetår** framstår dermed som et helt sentralt begrep i kommune A sitt folkehelsearbeid. **Folkehelse**, derimot, blir brukt i rapportens innledning, men kun i rent informative setninger som: «*Økt kunnskap om utviklingen i befolkningens levetår og folkehelse er viktig i kommunens plan- og utviklingsarbeid,*» og blir ikke operasjonalisert eller beskrevet utover dette.

Slik vist i de tidligere utdragene om hvordan kommune A beskriver og definerer begrepet sosial bærekraft, trekkes altså **livskvalitet** fram som et kjernebegrep i denne sammenheng. For å kunne forstå mer av måten kommune A operasjonaliserer begrepet sosial bærekraft på, er det derfor relevant å undersøke den videre operasjonaliseringen av **livskvalitet**. Dette gjøres ved å se på et av de andre delmålene under hovedmålet om en by med sterke felleskap, som eksplisitt er knyttet til nettopp livskvalitet. Dette delmålet er formulert som: *Vi må bygge sterke fellesskap for å sikre god livskvalitet.* Sterke felleskap er dermed en konkret tolkning av livskvalitet. Dette delmålet er konkretisert på følgende måte i høringsutkastet:

**Dette skal kommunen gjøre**

- Forme bærekraftige helse- og velferdstjenester med et overordnet mål om god livskvalitet
- Gjøre det lett for innbyggere i alle aldre å ta valg som fremmer god helse og livskvalitet
- Sikre alle barn en god oppvekst med inkluderende felleskap i barnehage og skole
- Fremme velferd og livskvalitet gjennom økt partnerskapsarbeid mellom kulturliv, næringsliv, frivillig sektor og kommunen
- Legge til rette for opplevelser og deltagelse innen idrett, kunst og kultur for mennesker i alle aldre

**Alle kan bidra ved å**

- Se livskvalitet som et felles ansvar
- Ta bevisste valg som fremmer god helse
- Alle arbeidsgivere kan fremme inkluderende og helsefremmende arbeidsmiljø
- Inkludere alle barn i sosiale arena
- Ta initiativ til å finne felles løsninger for god livskvalitet, og delta på fellesarenaer
- Feire mangfold

Figur 9 Tiltak for god livskvalitet, kommune A

Denne konkretiseringen viser at livskvalitet er forstått og operasjonalisert som helsetjenester, oppvekstvilkår, kultur, næringsliv, idrett, og frivillighet, samt mangfold, sosiale arenaer og arbeidsmiljø. Videre knyttes også begrepet **livskvalitet** til en visjon om at kommune A skal bli «*ledende på sirkulær- og delingsøkonomi som bidrar til god livskvalitet innenfor planetens tåleevne.*» Det ligger med andre ord en svært bred forståelse av livskvalitet til grunn i høringsutkastet til den nye samfunnsdelen – en forståelse som både inngår i operasjonaliseringen av sosial bærekraft, men som også omfatter de to andre dimensjonene av bærekraftbegrepet (miljø og økonomi), slik sitatet ovenfor tyder på. I denne sammenhengen er det også av interesse å merke seg at i oversikten over hvilke tiltak kommunen kan gjøre for å styrke livskvalitet, nevnes «bærekraftige helse- og velferdstjenester» som et av tiltakene. Det er en formulering hvor bærekraft brukes i sammenheng med helse, men hvor bærekraft står alene og ikke er formulert som «sosial bærekraft.» Sosial bærekraft er den bærekraftdimensjonen som oftest brukes i tilknytning til helse, og det kan tyde på at alle tre bærekraftdimensjonene er relevante i denne sammenhengen, også økonomisk og økologisk bærekraft.

Resultatene fra dokumentanalysen tyder på at sosial bærekraft benyttes som «hovedbegrep» i kommune A sitt planverk. Dette begrepet er operasjonalisert til flere «underbegrep» slik som inkludering, mangfold, folkehelse, levekår og livskvalitet. Folkehelse, som er det andre nøkkelbegrepet i denne oppgaven, benyttes i liten eller ingen grad som «selvstendig» begrep. Lavekår og livskvalitet begynnes ofte som «substitutt» eller stedfortredende begreper. Tabellen nedenfor er et forsøk på å oppsummere og systematisere meningsinnholdet kommune A har gitt de utvalgte begrepene. Det er en kolonne satt av til eventuelle definisjoner av begrepene, og en kolonne for ytterligere meningsinnhold som framgår av

kommune A sin beskrivelse av begrepene. Innholdet i denne kolonnen er gjengitt i stikkordsform.

Tabell 3 Oppsummert begrepsoperasjonalisering, kommune A

Begrep	Definisjon	Meningsinnhold
<b>Sosial bærekraft</b>	Sosial bærekraft handler om å sikre god livskvalitet, for oss som lever nå og kommende generasjoner	<b>Folkehelse, livskvalitet, mindre sosial ulikhet [sosial utjevning]</b> , inkludering, mangfold, tillitt, trygghet, tilhørighet, arbeid, utdanning, sosial rettferdighet, medborgerskap, gode nærmiljø, likeverd, kulturelle tilbud, helse- og velferdstilbud
<b>Folkehelse</b>		Beskrives eller defineres ikke, men nevnes i sammenheng med byutvikling, klimatilpasning og arealbruk, psykiske vansker og sosial utjevning
<b>Livskvalitet</b>		Helsetjenester, oppvekstvilkår, kultur, næringsliv, idrett, frivillighet, mangfold, utdanning, likestilling, fordeling, nærmiljø, sosiale arenaer, arbeidsmiljø
<b>Levekår</b>		Beskrives ikke i relasjon til tiltak, men brukes kun for å beskrive økende tendenser i kommunen. Knyttes til: Sterke felleskap, bærekraftige helse- og velferdstjenester, muliggjøre gode valg for helsen, gode oppvekstvilkår, idrett, kunst, kultur, frivillighet
<b>Sosial utjevning</b>		Beskrives ikke i relasjon til tiltak
<b>Sosial ulikhet</b>		Beskrives ikke i relasjon til tiltak, men brukes kun for å beskrive økende tendenser i kommunen

## 4.2 Kommune B

Kommune B vedtok den nye kommuneplanens samfunnsdel etter 2019, og arbeider i skrivende stund med å utarbeide ny folkehelsestrategi som skal vedtas i løpet av inneværende år. Denne skal bygge på de føringene som er vedtatt i kommuneplanens samfunnsdel, i tillegg til kommunens oversiktsdokument med folkehelseressurser og folkehelseutfordringer, samt regionale og nasjonale føringer.

I innledningen til samfunnsdelen beskriver kommune B, i likhet med kommune A, at de legger FNs bærekraftsmål til grunn som et viktig premiss for utarbeidelsen av kommuneplanens samfunnsdel, og i arbeidet med å omsette planen til handling. Alle de tre dimensjonene som utgjør bærekraftbegrepet framheves som viktige, og det spesifiseres at disse må ses i sammenheng for å oppnå bærekraftig utvikling. Kommune B beskriver at bærekraftmålene er brukt som et «filter» for å utarbeide hvilke mål og strategier som er viktigst for kommunen, og for at kommunen gjennom sin prioritering og utvikling kan bidra i det internasjonale arbeidet med å nå disse globale målene. Det beskrives videre hvordan

bærekraftmålene er gjennomgått og vurdert opp mot kommunens muligheter og utfordringer, og deretter omformet til lokale mål og strategier som inngår i kommune B sine satsingsområder.

#### 4.2.1 (Lokal) Sosial bærekraft

I samfunnsdelen har kommune B formulert tre satsingsområder. De tre dimensjonene av bærekraft er lagt til grunn i alle satsingsområdene, men er ulikt vektlagt ut fra satsingsområdenes tema – altså at hver av de tre satsingsområdene bygger spesielt på en av de tre bærekraftdimensjonene. *Inkluderende og mangfoldig* er det satsingsområdet som ligger innholdsmessig nærmest begrepet **sosial bærekraft**. For å forstå denne sammenhengen mellom satsingsområdet og sosial bærekraft-begrepet, beskriver jeg først hvordan kommune B behandler begrepet sosial bærekraft, og deretter satsingsområdet.

Slik listet opp i oversikten over dokumentutvalg for Kommune B (delkapittel 3.2.2), har jeg i dokumentanalysen inkludert kommunens egen statusoppdatering om sosial bærekraft. Her beskrives **sosial bærekraft** som et vidt begrep, men hvor kommunens beskrivelse av begrepet tar utgangspunkt i FNs bærekraftsmål og Verdenskommisjonen for miljø og utvikling, i det de definerer begrepet som:

*å sikre innbyggerne like muligheter til å delta i samfunnet, å investere i gode oppvekst- og levekår, helse, utdanning, likestilling, inkludering og mangfold. Samholdet i samfunnet, tillit, demokrati og opplevd tilhørighet er avgjørende for bærekraftig utvikling.*

I statusrapporten tegnes det videre et detaljert bilde av hvordan kommunen forstår sosial bærekraft, og at de knytter begrepet til blant annet den tredelingen av begrepet som Hofstad og Bergsli (12) benyttet i sin litteraturgjennomgang (beskrevet i oppgavens innledning). Det vises også til Hofstads (8) litteraturgjennomgang av **lokal sosial bærekraft**, hvor kommune B trekker fram og vektlegger at

*begrepet sosial bærekraft er en sammenstilling av flere elementer som hver for seg er omfattende, og ofte også omstridte eller tvetydige. Sosial rettferdighet, rettferdig fordeling, demokratisk deltakelse, og sosial kapital representerer store, omstridte og omdiskuterte tradisjoner innenfor politisk teori. Sosial bærekraft må tilpasses ulike kontekster og politiske nivå og begrepet bør gis mening og operasjonaliseres på alle nivå i samfunnet fra det globale, via det nasjonale og til det lokale.*

Kommune B skriver videre at de ønsker å bruke dette som et utgangspunkt for å jobbe fram en egen lokal operasjonalisering av begrepet. Videre inneholder statusrapporten også en ytterligere og mer spesifikk operasjonalisering av sosial bærekraft, slik vist i tabell 5. Her

deles begrepet inn i ulike tema, som igjen fylles med ytterligere meningsinnhold i form av indikatorer. I rapporten beskrives kommunens status knyttet til hvert av disse temaene, og kommunens status for hver av indikatorene er også beskrevet ut fra tilgjengelig statistikk. Det er utarbeidet et retningsmål og strategier for hvordan kommunen kan jobbe med hvert av disse temaene. Jeg har sammenfattet temaene og indikatorene i tabellen nedenfor:

Tabell 4 Tema og indikatorer som operasjonaliserer sosial bærekraft, kommune B

Tema	Indikatorer
Samfunnsdeltakelse	Valgdeltakelse på valgkretser, deltakelse i fritidsorganisasjoner (voksne), deltakelse i frivillighet, forebygging av hatefulle ytringer, anmeldelser fordelt på hatmotiv
Trygghet, tilhørighet, deltakelse i oppveksten	Barnehagedekning, kvalitet i oppvekstilbudet, deltakelse i organiserte aktiviteter ungdom, opplevelse av nærmiljøet, barn i lavinntekt, ensomhet og psykisk helse, nabolaget som oppvekstarena, vold i nære relasjoner
Utdanning og arbeidsliv	Sysselsetting, sysselsettingsgapet, arbeidsledighet i korona-pandemien, nedsatt arbeidsevne, arbeidsavklaringspenger (AAP), sosialhjelpsmottakere, uføre trygd
Levekårsforskjeller og rettferdig fordeling av goder	Inntektsulikhet (P90/P10), forventet levealder etter utdanningsnivå, forskjeller i levekår pr. lokalområde, sosial kontakt i nabolaget, kriminalitet - anmelde lovbrudd, boligbehov, boligprisnivå – sykepleierindeksen, eie/leiestatus bolig, boligsammensetning, opplevelse av bo- og nærområde, livskvalitet voksne

Ut fra tabellen kan man lese at kommune B operasjonaliserer **sosial bærekraft** til temaene 1) samfunnsdeltakelse, 2) trygghet, tilhørighet, deltakelse i oppveksten, 3) utdanning og arbeidsliv, og 4) levekårsforskjeller og rettferdig fordeling av goder, som alle inneholder en rekke under-indikatorer. Disse temaene gjenspeiles i samfunnsdelenes satsningsområde «*inkluderende og mangfoldig*,» som nevnt tidligere. Dette satsningsområdet blir i kortform beskrevet som «*med små levekårsforskjeller og god livskvalitet for alle*.» Den mer utdypende beskrivelsen formuleres som:

*innsatsen for at alle innbyggere skal oppleve økt livskvalitet, mestring, tilhørighet, trygghet og inkludering. Det legges til rette for at alle kan delta likeverdige og aktivt i utvikling av lokalsamfunnet og viser hvordan kommunen vil utvikle en mangfoldig aldersvennlig og helsefremmende by basert på tillit til hverandre. Reduserte levekårsforskjeller vil fremme tillit, demokratisk deltakelse og god folkehelse, sikre innbyggerne like muligheter og motvirke utenforskap.*

#### 4.2.2 Levekår, livskvalitet og sosial utjevning

Beskrivelsen ovenfor trekker fram begrepene **levetår**, **livskvalitet**, mestring, tilhørighet, trygghet, deltakelse og inkludering som sentrale begreper, hvor de to sistnevnte omtales som selve grunnlaget for satsningsområdet «*inkluderende og mangfoldig*.» Dette begrunnes med at litteraturen og forskningen på feltet framhever inkludering, deltakelse og innflytelse som sentrale begrep i operasjonaliseringen av sosial bærekraft, og peker dermed på at kommunens



planer, mål og strategier er tett forankret i litteraturen og forskningen på feltet. Mål om deltakelse og inkludering knyttes til tiltak innen blant annet arbeidsliv, utdannelsesforløpet, nabolaget, foreningsliv og politikk. To utdrag fra samfunnsplanen eksemplifiserer hvordan kommunen operasjonaliserer begrepene:

Slik vil vi ha det:	Slik gjør vi det:
I [redacted] er alle innbyggere aktive samfunnsdeltakere og har tillit til hverandre.	Motivere til samfunnsengasjement, demokratisk deltakelse og mobilisere innbyggernes interkulturelle kompetanse.
	Sikre likeverdige forhold for deltakelse i informasjonssamfunnet.
	Skape nye måter for dialog og samarbeid med innbyggerne.
	Legge til rette for at alle innbyggere kan delta aktivt i kunst-, kultur- og fritidslivet.
	Sikre aktiv og attraktiv samhandling med frivillig sektor og ideelle organisasjoner.
I [redacted] opplever alle barn og unge trygghet, verdighet, tilhørighet, mestring og deltakelse i fellesskapet.	Være en foregangskommune på likestilling, inkludering og mangfold, og i kampen mot radikalisering.
	Sikre at barn og unge blir verdsatt som den de er, og utvikler ferdigheter i å mestre eget liv.
	Sikre trygge relasjoner mellom barn og overfor voksne.
	Sikre nulltoleranse mot mobbing.
	Identifisere og tidlig sette inn tiltak for de som står i fare for å falle utenfor.
	Sikre at alle barn og unge er inkludert og har mulighet til å delta i fritidsaktiviteter.

Figur 10 Tiltak for samfunnsdeltakelse og, felleskap og mestring, kommune B

Innholdet i tabellene viser en bred forståelse av hva et sosialt bærekraftig samfunn kan være, som inkluderer alt fra kunst og kultur, til fravær av mobbing, tilgang på fritidsaktiviteter, likestilling, og mangfold, for å nevne noe. Samtidig trekker kommunen i sin statusrapport om sosial bærekraft fram et nøkkeltierium som må til for å kunne oppnå alle disse meningsbærende begrepene som utgjør sosial bærekraft, og dermed i sin tur satsningsområdet «inkluderende og mangfoldig»: å jobbe for reduserte levekårsforskjeller (**sosial utjevning**). Dette er et gjennomgående fokus både i handlingsplanen, samfunnsplanen, samt i de to inkluderte statusrapportene. Det beskrives flere måter for hvordan kommunen planlegger å jobbe for å redusere **levkårsforskjellene**. Blant annet ønsker kommunen å fokusere på tidlig innsats for å styrke gode oppvekstvilkår og likeverdig tilgang til utdanning og arbeid. Tabellen nedenfor viser flere eksempler på hvordan kommune B operasjonaliserer målet om å **redusere levekårsforskjeller**:

Slik vil vi ha det:	Slik gjør vi det:
<p>er en helsefremmende by med reduserte levekårsforskjeller.</p>	Arbeide aktivt for å forbedre områder med store levekårsutfordringer.
	Bruke boligpolitikken til å redusere geografiske levekårsforskjeller og utvikle et variert og rimelig boligtilbud i hele kommunen.
	Skape trygge og gode møteplasser mellom mennesker på tvers av ulikheter.
	Gi koordinerte tjenester av høy kvalitet som sikrer gode levekår for barnefamilier med særlige utfordringer.
	Motivere innbyggerne til sunt og aktivt hverdagsliv og sikre god tilgjengelighet til grønnstruktur og nærfriluftsområder.
	Stimulere til gode levevaner i kommunens institusjoner.

Figur 11 Tiltak for å redusere levekårsforskjeller, kommune B

Her trekkes boligpolitikk, trygge og gode møteplasser, tjenester for sårbare barnefamilier, grønnstruktur og nærfriluftsområder, og gode levevaner på institusjoner fram som meningsinnhold for å redusere **levkårsforskjeller**, eller **social utjevning**.

I handlingsplanen settes også **livskvalitet** i sammenheng med tilbud innen rus/psykiatrihelsefeltet, muligheten til å ivareta egen helse og trivsel, kultur, idrett, SFO og tilbud til fattige barnefamilier, samt deltakelse og tilhørighet. Sistnevnte beskrives som kjernen til god **livskvalitet**. I handlingsplanen beskrives videre oppvekst og levekår som viktige premisser for helse og livskvalitet.

Begrepet **social ulikhet** blir i mindre grad benyttet, men i statusrapporten om sosial bærekraft for kommune B, beskrives og defineres begrepet **social ulikhet i helse** på følgende måte:

*Med sosial ulikhet i helse menes at sosiale faktorer, som utdanning, yrke og inntekt, påvirker levekår og leveste som igjen påvirker helsa, trivsel og samfunnsdeltakelse. Litt bedre sosioøkonomisk status gir litt bedre helse statistisk sett. Det gjelder gjennom hele det sosiale hierarkiet.*

**Social ulikhet** blir også beskrevet som en risikofaktor for økt polarisering og svakere samhold i samfunnet. I handlingsplanen settes **social ulikhet** også i sammenheng med faktorer som inntektsforhold, arbeidsforhold, og utdanningslengde.

### 4.2.3 Folkehelse

Kommune B benytter en tydelig definisjon av **folkehelse**. Folkehelse rapporten innledes med å definere både **folkehelse** og **folkehelsearbeid** i tråd med Folkehelse loven, som gjengitt i denne oppgavens innledning. Kommunen nevner folkehelse i flere av planene sine, og gir begrepet på sett og vis et bredt meningsinnhold som går ut over det normerte «helseperspektivet.» For eksempel står det i handlingsplanen at både **folkehelse** og **levkår**

henger sammen med utviklingen i næringslivet ved at kommunen peker på inntektsforhold, arbeidsforhold, og utdanningslengde har betydning for sosial ulikhet i helse, og at lav tilknytning til arbeidslivet gjør mennesker mer utsatt for levekårsproblemer. I tillegg knyttes folkehelse til klimatiltakene i kommunen, hvor det i handlingsplanen slås fast at de klimatiltakene som er vedtatt i klimabudsjettet også har flere positive tilleggseffekter, og skriver at det å redusere kø og støy, blant annet kan forbedre luftkvalitet, forbedre folkehelse og redusere press på landbruks- og naturområder.

**Folkehelse** trekkes også fram i kommunens samfunnsdel under satsingsområdet *inkluderende og mangfoldig*. Imidlertid blir begrepet kun nevnt to ganger i samfunnsdelen, og blir aldri her definert eller beskrevet, kun nevnt som del av en sammenheng. Det kan også virke som om kommunen bruker «stedfortredende» begreper for folkehelse, slik som sosial bærekraft. Samtidig slår kommunen fast at de opererer med en tydelig sammenheng mellom de to begrepene. I kommunens statusoppdatering om sosial bærekraft, refereres det ofte til kommunens folkehelse rapport. Det beskrives også klare sammenhenger mellom kommunens folkehelsearbeid og arbeidet med sosial bærekraft. Dette blir blant annet gjort eksplisitt i det kommune B i sin statusrapport om sosial bærekraft skriver:

*statusoppdateringen har i praksis store innholdsmessige overlapp med oversiktsdokumentet over folkehelsen og det jobbes med å samkjøre disse dokumenter i fremtiden. Inkludering av de øvrige bærekraftdimensjonene, økonomisk og økologisk, vil også være viktige supplement til statusens innhold framover.*

Sitatet viser at kommunen selv anser sammenhengene og innholdet i begrepene **folkehelse** og **sosial bærekraft** som å være så like at arbeidet bør samkjøres. Dette er også av interesse fordi det kan tyde på at begrepene i utgangspunktet ble oppfattet ulikt og at arbeidet derfor har blitt delt opp, men at erfaring har vist at begrepene er så overlappende at de kan, og best bør, brukes om den samme tematikken. Kommunen har med andre ord erfart en forskjell mellom den teoretiske og praktiske forståelsen av sammenhengen mellom begrepene sosial bærekraft og folkehelse. Dette er også interessant fordi kommunen i liten grad bruker begrepet **folkehelse** i samfunnsplanen, som nevnt ovenfor. Det er derfor mulig at de bruker **sosial bærekraft** som «stedfortredende begrep,» og at de andre meningsbærende begrepene som utgjør sosial bærekraft, bidrar til å beskrive innholdet i **folkehelse**.

Resultatene tyder på at sosial bærekraft benyttes som et «paraplybegrep,» som omfatter flere «underbegreper,» blant annet folkehelse, sosial utjevning, livskvalitet, levekår, med mer. Folkehelse ser ut til å være et annet «hovedbegrep» i kommunens styringsdokumenter, og later også til å være så sammenfallende med sosial bærekraft at kommunen selv bemerker at arbeidet med de to områdene i større grad bør samkjøres. Videre tyder resultatene på at kommune B ser det å redusere levekårsforskjeller som et nøkkelkriterium for å oppnå gode levekår, livskvalitet, mestring, tilhørighet, trygghet og inkludering, som alle blir trukket fram i samfunnsdelen som viktige premisser for å lykkes med satsningsområdet «inkluderende og mangfoldig.» Det er også en sterk sammenheng mellom sosial utjevning og folkehelse, begrunnet i det kommunen skriver om at «**reduserte levekårsforskjeller vil fremme tillit, demokratisk deltakelse og god folkehelse, sikre innbyggerne like muligheter og motvirke utenforskap.**» Videre blir «inkludering» og «deltakelse» trukket fram som to nøkkelbegreper i arbeidet med sosial bærekraft/satsingsområdet «inkluderende og mangfoldig.» Livskvalitet er også et av de mest sentrale begrepene i styringsdokumentene til kommune B, og er operasjonalisert blant annet gjennom begrepene levekår, tilhørighet, helse, oppvekst og deltakelse. Som for kommune A, er tabellen nedenfor et forsøk på å oppsummere og systematisere meningsinnholdet kommune B har gitt de utvalgte begrepene. Det er en kolonne satt av til eventuelle definisjoner av begrepene, en kolonne for ytterligere meningsinnhold som framgår av kommune B sin beskrivelse av begrepene, gjengitt i stikkordsform.

Tabell 5 Oppsummert begrepsoperasjonalisering, kommune B

Begrep	Definisjon	Meningsinnhold
<b>[Lokal] sosial bærekraft</b>	Å sikre innbyggerne like muligheter til å delta i samfunnet, å investere i gode oppvekst- og levekår, helse, utdanning, likestilling, inkludering og mangfold. Samholdet i samfunnet, tillit, demokrati og opplevd tilhørighet er avgjørende for bærekraftig utvikling	<b>Folkehelse, livskvalitet, redusere levekårsforskjeller [sosial utjevning],</b> mestring, inkludering, mangfold og tillitt. Trygghet, tilhørighet, deltakelse i oppveksten. Utdanning og arbeidsliv, sosial rettferdighet, medborgerskap og demokratisk deltakelse. Levekårsforskjeller og rettferdig fordeling av goder, kunst, kultur, fravær av mobbing, fritidsaktiviteter, likestilling
<b>Folkehelse</b>	Folkehelse er befolkningens helsetilstand og hvordan helse fordeler seg i en befolkning.	Knyttes også til utviklingen i næringslivet, inntektsforhold, arbeidsforhold, og utdanningslengde, samt klimatiltak. Tett knyttet til sosial bærekraft
<b>Livskvalitet</b>		Deltakelse, tilhørighet, oppvekst, levekår, tilbud innen rus/psykiatri-helsefeltet, muligheten til å ivareta egen helse og trivsel, kultur, idrett, SFO og tilbud til fattige barnefamilier

<b>Levekår</b>		Boligpolitikk, trygge og gode møteplasser på tvers av ulikheter, gode koordinerte tjenester til barnefamilier, sunt og aktivt hverdagsliv, god tilgjengelighet til grønnstruktur og nærfriluftsområder, gode levevaner i kommunens institusjoner
<b>Sosial utjevning</b>		Nøkkeltierium for å oppnå gode levekår, livskvalitet, mestring, tilhørighet, trygghet og inkludering, fremmer tillit, demokratisk deltakelse og god folkehelse, sikre innbyggerne like muligheter og motvirke utenforskap, trygge og gode møteplasser, tjenester for sårbare barnefamilier, grønnstruktur og nærfriluftsområder, og gode levevaner på institusjonene
<b>Sosial ulikhet (i helse)</b>	Med sosial ulikhet i helse menes at sosiale faktorer, som utdanning, yrke og inntekt, påvirker levekår og levesett som igjen påvirker helsa, trivsel og samfunnsdeltakelse. Litt bedre sosioøkonomisk status gir litt bedre helse statistisk sett. Det gjelder gjennom hele det sosiale hierarkiet	Risikofaktor for økt polarisering og svakere samhold i samfunnet, og ses i sammenheng med inntektsforhold, arbeidsforhold, og utdanningslengde

## 5 Diskusjon

Resultatene diskuteres i lys av relevant teori, samt erfart og rapportert empiri på feltet.

Formålet med diskusjonen er å forsøke å besvare oppgavens problemstilling: *Hvordan tolker og operasjonaliserer norske kommuner sentrale folkehelsebegreper knyttet til bærekraftmålene i lokalt planarbeid? Og i hvilken grad er folkehelseperspektivet ivaretatt i deres arbeid med bærekraftmålene?* Diskusjonen er derfor strukturert basert på spørsmålene i problemstillingen.

### 5.1 Hvordan tolkes og operasjonaliseres begrepene?

Overordnet sett, tyder resultatene på forskjeller mellom kommune A og kommune B når det kommer til *om* begrepene defineres, *hvordan* de defineres, og *hvilke sammenhenger* kommunene ser mellom begrepene. Resultatene tyder også på en forskjell mellom kommunene når det gjelder i hvilken grad begrepene *kontekstualiseres* eller *lokaliseres*. I likhet med andre nyere rapporter om prioriterte mål for kommuner og fylkeskommuner (57), er det også i denne dokumentanalysen en tendens at man i de nyere dokumentene bruker satsingsområder mer enn overordnede mål, og at «folkehelse» ligger mer som et gjennomgående perspektiv, heller enn som et eget tema i planene og styringsdokumentene.

For å starte med *om* og *hvordan* begrepene rent eksplisitt defineres, viser dokumentanalysen at det er en forskjell mellom de to kommunene i hvilken grad begrepene faktisk blir definert eller ikke (frekvens av definisjonsbruk), og hvordan begrepene rent innholdsmessig blir definert. Kommune B definerer tre av de utvalgte begrepene i sine styringsdokumenter. Disse er (lokal) sosial bærekraft, folkehelse, og sosial ulikhet (i helse). Samtidig avklarer de gjennomgående hvilket meningsinnhold de tillegger alle de utvalgte begrepene (slik vist i tabell 6). I dokumentene til kommune A, anvendes begrepene i større grad uten at de blir definert eller at kommunens begrepsforståelse på annen måte klargjøres. Resultatene viser blant annet at kommune A kun definerer begrepet *sosial bærekraft*, og redegjør for hva de legger i meningsinnholdet til 4 av de 6 utvalgte begrepene (slik tabell 3 viser).

En sammenligning av de to kommunenes definisjonen av *sosial bærekraft* viser ulikhetene:

Tabell 6 Definisjon av sosial bærekraft, kommune A og B

Kommune	Begrep	Definisjon
Kommune A	Sosial bærekraft	Sosial bærekraft handler om å sikre god livskvalitet, for oss som lever nå og kommende generasjoner

Kommune B	(Lokal) Sosial bærekraft	Å sikre innbyggerne like muligheter til å delta i samfunnet, å investere i gode oppvekst- og levekår, helse, utdanning, likestilling, inkludering og mangfold. Samholdet i samfunnet, tillit, demokrati og opplevd tilhørighet er avgjørende for bærekraftig utvikling
-----------	--------------------------	--

At det er en forskjell mellom hvordan kommune A og B definerer *sosial bærekraft*, er ikke overraskende, tatt i betraktning at litteraturen påpeker en manglende entydig definisjon av begrepet (9, 12). Definisjonen til kommune A ligger nært den standardiserte definisjonen av bærekraftig utvikling som knyttes til Verdenskommisjonen for bærekraftig utvikling (1). Måten kommune A definerer begrepet på, kan være et eksempel på det Røvik (36) s.308 kaller «kopiering» hvor noe hentes ut fra en kontekst og introduseres i en ny, med ingen eller få endringer.

Jeg har tidligere beskrevet det Røvik (36) kaller regler for spesifikk oversettelse, som handler om hva som skjer med innholdet i en idé når den overføres til en ny kontekst. Dette avhenger av «oversetterens frihetsgrader,» som igjen bestemmes av i hvilken grad ideen kan og lar seg omforme til lokal kontekst, samt av eventuelle forankringer i lov eller forskrift (36). Selv om kommunene ifølge pbl. 2008 er forpliktet til å legge oversikten over innbyggernes helse til grunn for planleggingen, og regjeringen har bestemt at bærekraftmålene skal utgjøre retning for planleggingen, er det variasjoner i hvordan norske kommuner arbeider med bærekraftmålene (22). Med andre ord har kommunenes oversettere (planleggere, folkehelsekoordinator, og andre i administrasjonen) frihetsgrader til å omforme definisjonene til den lokale konteksten, fordi det også oppfordres til kontekstualisering og lokalisering av bærekraftagendaen (e.g. 33). Det er med andre ord et handlingsrom for kontekstualisering og lokalisering her som kommune A ikke benytter seg av.

På den andre siden, skriver kommune B at de forsøker å etterstrebe en lokal definisjon av sosial bærekraft. Kommunen understreker samtidig at denne lokale forståelsen også tar utgangspunkt i FNs bærekraftmål og Verdenskommisjonens beskrivelse av en utvikling som ivaretar den nåværende generasjons behov uten å ødelegge for kommende generasjoner. Dette viser *lokalisering* i praksis (22, 36, 38); kommunen har gjennom ulike prosesser oversatt et vidt og globalt begrep på en måte som gjør det relevant for den lokale konteksten det skal anvendes i. Ifølge Røvik (36) er det organisasjonens translatørkompetanse som skiller en god og mindre vellykket kontekstualiseringsprosess, og denne translatørkompetansen er igjen en kritisk suksessfaktor for å lykkes med overføringen av en ny idé i organisasjonen. Kommune B sin definisjon av sosial bærekraft kan derfor også være et eksempel på god

translatørkompetanse, og et resultat av kunnskap (en av Røvik's 4 dyder) om konteksten idéen skal oversettes fra og til.

Til tross for ulike definisjoner, tyder resultatene imidlertid på flere likheter knyttet til hvordan kommunene operasjonaliserer *sosial bærekraft*. Tabell 8 er en sammenligning av hvilket meningsinnhold som tillegges de utvalgte sentrale folkehelsebegrepene.

Tabell 7 Ulikheter i begrepsinnhold mellom kommune A og B

Begrep	Meningsinnhold	
	Kommune A	Kommune B
<b>[Lokal] sosial bærekraft</b>	Folkehelse, livskvalitet, mindre sosial ulikhet [sosial utjevning], inkludering, mangfold, tillitt, trygghet, tilhørighet, arbeid, utdanning, sosial rettferdighet, medborgerskap, gode nærmiljø, likeverd, kulturelle tilbud, helse- og velferdstilbud	Folkehelse, livskvalitet, redusere levekårsforskjeller [sosial utjevning], mestring, inkludering, mangfold og tillitt. Trygghet, tilhørighet, deltakelse i oppveksten. Utdanning og arbeidsliv, sosial rettferdighet, medborgerskap og demokratisk deltakelse. Lave levekårsforskjeller og rettferdig fordeling av goder
<b>Folkehelse</b>	Beskrives eller defineres ikke, men nevnes i sammenheng med byutvikling, klimatilpasning og arealbruk, psykiske vansker og sosial utjevning	Knyttes også til utviklingen i næringslivet, inntektsforhold, arbeidsforhold, og utdanningslengde, samt klimatiltak. Tett knyttet til sosial bærekraft
<b>Livskvalitet</b>	Helsetjenester, oppvekstvilkår, kultur, næringsliv, idrett, frivillighet, mangfold, utdanning, likestilling, fordeling, nærmiljø, sosiale arenaer, arbeidsmiljø	Deltakelse, tilhørighet, oppvekst, levekår, tilbud innen rus/psykiatri-helsefeltet, muligheten til å ivareta egen helse og trivsel, kultur, idrett, SFO og tilbud til fattige barnefamilier
<b>Levekår</b>	Beskrives ikke i relasjon til tiltak, men brukes kun for å beskrive økende tendenser i kommunen. Knyttes også til: Sterke felleskap, bærekraftige helse- og velferdstjenester, muliggjøre gode valg for helsen, gode oppvekstvilkår, idrett, kunst, kultur, frivillighet	Boligpolitikk, trygge og gode møteplasser på tvers av ulikheter, gode koordinerte tjenester til barnefamilier, sunt og aktivt hverdagsliv, god tilgjengelighet til grønnstruktur og nærfriluftsområder, gode levevaner i kommunens institusjoner
<b>Sosial utjevning</b>	Beskrives ikke i relasjon til tiltak	Nøkkeltierium for å oppnå gode levekår, livskvalitet, mestring, tilhørighet, trygghet og inkludering. Fremmer <i>tillit, demokratisk deltakelse og god folkehelse, sikre innbyggerne like muligheter og motvirke utenforskap</i>
<b>Sosial ulikhet (i helse)</b>	Beskrives ikke i relasjon til tiltak, men brukes kun for å beskrive økende tendenser i kommunen	Risikofaktor for økt polarisering og svakere samhold i samfunnet, og ses i sammenheng med inntektsforhold, arbeidsforhold, og utdanningslengde

Tabellen viser at begge kommunene operasjonaliserer *sosial bærekraft* gjennom folkehelse, livskvalitet, sosial utjevning, inkludering, mangfold, tillit, trygghet, tilhørighet, medborgerskap, utdanning og sosial rettferdighet. I oppgavens innledningen beskrives



Hofstad og Bergslis (12) tredeling av begrepet som speiler gjennomgående tema i sosial bærekraftlitteraturen, og bygger på at de sentrale elementene i sosial bærekraft er å dekke grunnleggende *individuelle behov*, etablere *prinsipper for interaksjon mellom individ og samfunn*, og kartlegge *lokalsamfunnets tilstand* (figur 3). Analysen tyder på at begge kommunene beskriver *sosial bærekraft* på en måte som omfatter alle de tre nivåene. For det første beskriver begge kommunene sosial bærekraft gjennom *grunnleggende (individuelle) behov*. Mens kommune B mer eksplisitt beskriver både bomiljø og helse, knytter ikke kommune A sin visjon om å sikre gode og trygge boliger og bomiljø («*alle kan stille krav til og etterspørre boliger og bomiljø med god kvalitet*») i direkte sammenheng med sosial bærekraft eller folkehelse. Begge inkluderer derimot de mer ikke-materielle behovene som utdanning og arbeid. Felles for de grunnleggende behovene er at de handler om et individs mulighet til å kunne ta ut sitt menneskelige potensial og dermed oppleve *livskvalitet og trivsel* (12, 31), noe både kommune A og B inkluderer i beskrivelsen av sosial bærekraft.

*Prinsipper for interaksjon mellom individ og samfunn* handler om hvordan grunnleggende behov, inkludert muligheten til å oppleve livskvalitet og trivsel, fordeles i samfunnet som helhet og i det enkelte lokalsamfunn (12, 31). Begge kommunene peker både på at livskvalitet og trivsel, sosial rettferdighet (jevn fordeling og sosial likhet) og sosial utjevning er viktige dimensjoner ved sosial bærekraft. Spesielt legger kommune B stor vekt på sosial utjevning, og beskriver det å redusere levekårsforskjeller som et nøkkeltierium for å oppnå gode levekår, livskvalitet, mestring, tilhørighet, trygghet og inkludering.

Til sist beskriver begge kommunene sosial bærekraft ut fra det siste nivået, som tar utgangspunkt i at nabolaget og lokalsamfunnet man bor i påvirker ens livsmuligheter (12). Begge kommunene vektlegger betydningen av trygghet, medborgerskap, tillit og *sosial tilhørighet*. I styringsdokumentene får man inntrykk av at begge kommunene ønsker å styrke betydningen av et «vi.» Til tross for likhetene, viser analysen at kommune B i mer utstrakt grad enn kommune A, definerer hva de mener med begrepene de anvender i sine styringsdokumenter. Kommune A på den andre siden, anvender flere av begrepene uten å definere dem, og meningsinnholdet de tillegger begrepene, er mer spredt fordelt mellom de ulike styringsdokumentene.

Disse observasjonene i kommunenes dokumenter, er viktig av flere grunner. Hofstad (31) bemerker at man finner igjen flere aspekter ved denne tredelte inndelingen i pbl. 2008. Hun skriver at gjennom et tydelig fokus på folkehelse og det å skape gode oppvekst- og levekår,

har pbl. 2008 fanget opp det økte fokuset på sosial bærekraft (31 s.214). I §3-1 heter det at oppgaver og hensyn i planlegging etter loven skal: e) legge til rette for god forming av bygde omgivelser, gode bomiljø og gode oppvekst- og levekår i alle deler av landet, f) fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet (20). Ifølge Hofstad (31) gjenspeiles de grunnleggende behovene (nivå 1) i «oppvekst- og levekår», prinsipper for interaksjon individ-samfunn (nivå 2) kommer fram gjennom «motvirke sosiale helseforskjeller», og lokalsamfunnets tilstand (nivå 3) blir tydeliggjort gjennom «god forming av bygde omgivelser, gode bomiljøer og forebygge kriminalitet» (31 s.215). Dette er sentralt med tanke på kommunenes arbeid. Inndelingen til Hofstad og Bergsli (12) er dermed ikke bare en teoretisk inndeling, men gjenspeiler juridisk forpliktende aspekter både ved kommunal planlegging og folkehelsearbeidet, som tydelig viser hvordan dette er integrert i konseptet *sosial bærekraft*. Det er derfor svært interessant å se hvordan de ulike nivåene blir implementert i kommunenes operasjonalisering av sosial bærekraft, fordi dette også muligens kan si noe om hvordan de ivaretar det lovpålagte folkehelseoppdraget. At det da er variasjoner i hvordan kommunene knytter definisjoner og meningsinnhold til begrepene, understreker ikke bare problemet ved at det ikke finnes en tydelig og gjennomgående definisjon av *sosial bærekraft* (9, 12), eller en klar måte å måle sosial bærekraft på, som igjen gjør det vanskelig å vite hvorvidt en by eller kommune faktisk gjennomfører en sosial bærekraftig politikk (9). Det har kanskje også potensial til å komplisere folkehelseoppdraget ytterligere. Hvilken nytteverdi har begreper med et så vidt operasjonalisert meningsinnhold?

Samtidig er det nærliggende å spørre seg om denne forskjellen i måten kommune A og B definerer sosial bærekraft på, handler om 1) den manglende entydige definisjonen av begrepet og dets meningsinnhold som det argumenteres for at har ført til et «konseptuelt kaos,» (9, 12) 2) mangel på translatørkompetanse i kommune A, og/eller at på grunn av punkt 1, er det derfor mer håndterbart å ikke lokalisere begrepet, men heller «kopiere» (etter Røviks (36) begrepsbruk), eller 3) det faktum at kommune A og B har hvert sitt fokus; kommune A er av FN utpekt til foregangskommune for bærekraftig utvikling, mens kommune B er med i et av de beskrevne prosjektene eller nettverkene i denne oppgaven. Dermed er det naturlig å tenke at fokuset til kommune A i større grad handler om bærekraftmålene i seg selv, muligens også i et mer «teknisk perspektiv,» mens kommune B på den andre siden har et tydeligere fokus på sosial bærekraft, og hvordan det samspiller med folkehelse.

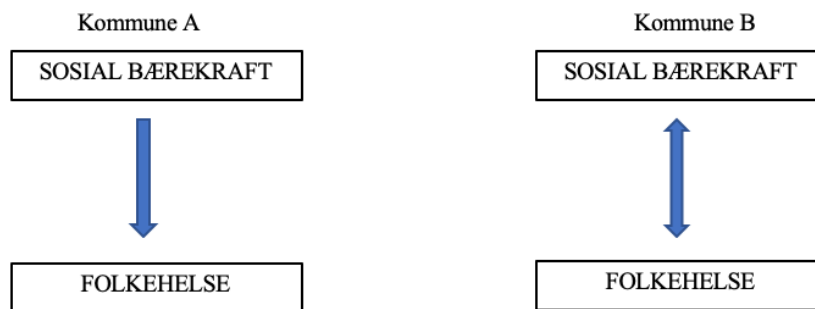
Spørsmålet om kontekstualisering og god translatørkompetanse blir videre spesielt viktig når oppgaven her skal se på ivaretagelsen av folkehelseperspektivet i planarbeidet, med tanke på at bærekraftmålene representerer enda en ny, stor og kompleks tilleggsdimensjon til det allerede krevende folkehelsearbeidet.

## 5.2 Ivaretagelse av folkehelseperspektivet?

Resultatene tyder på ulikheter mellom kommune A og B knyttet til i hvilken grad *folkehelseperspektivet* er ivaretatt i de utvalgte styringsdokumentene. For det første er det ulikheter knyttet til i hvilken grad folkehelse har en sentral plass i de utvalgte styringsdokumentene. Kommune A slår fast at folkehelseperspektivet skal stå så sentralt i den nye planen, at kommunen velger å ikke utarbeide en egen folkehelseplan, men skriver at samfunnsplanen skal være anvendbar som strategi for folkehelsearbeidet. Dette er til forskjell fra kommune B som er i en prosess hvor det utarbeides en ny strategi for det lokale folkehelsearbeidet.

For det andre er det forskjeller mellom kommune A og B når det gjelder *om* folkehelse defineres, og for det tredje er det forskjeller hva gjelder *frekvens* av begrepsbruk i styringsdokumentene. Selv om kommune A spesifiserer at den nye samfunnsdelen skal være anvendbar som folkehelsestrategi, brukes begrepet folkehelse kun to ganger i høringsutkastet til den nye samfunnsdelen. Resultatene fra dokumentanalysen viser også at ingen av styringsdokumentene til kommune A inneholder en definisjon av folkehelse eller ytterligere beskrivelser av begrepet. De gangene begrepet nevnes, er det i sammenhenger hvor det blant annet skrives om byutvikling, klimatilpasning og arealbruk, og bidrar dermed til å ta folkehelsebegrepet ut av «helse-boksen.» Dette er viktig med tanke på at folkehelsearbeid handler om et fokus utenfor de ordinære helsetjenestene, men også om hvordan vi har organisert samfunnet vi lever våre liv i (11, 23). Imidlertid settes begrepet utelukkende inn i en «helse-boks» i kommunens kunnskapsgrunnlag til den nye samfunnsplanen. Samlet sett, tyder resultatene på at kommune A benytter andre begreper istedenfor folkehelse. Det kan virke som både *levkår* og *sosial bærekraft* flere ganger brukes i sammenhenger hvor det snakkes *om* folkehelse, men hvor selve begrepet ikke nevnes, og uten at det noen gang skrives i klartekst *at* de faktisk forstår disse stedfortredende begrepene som nettopp det – som stedfortredende begreper.

I motsetning til kommune A, definerer kommune B både *sosial bærekraft* og *folkehelse*. Kommunen skriver at de søker mot en lokal definisjon av sosial bærekraft, men folkehelse



Figur 12 Sammenhengen mellom folkehelse og sosial bærekraft, kommune A og B

defineres i tråd med folkehelseloven. Folkehelse nevnes i flere av styringsdokumentene, og anvendes bredt og på en måte som går ut over det normerte «helseperspektivet.» Kommunen beskriver også i sine styringsdokumenter både hvordan de to begrepene bør ses i sammenheng, men også hvordan de er forskjellige. Slik beskrevet, kan det virke som kommune A anvender eller forstår *folkehelse* som «avledet» fra sosial bærekraft (se figur 12). Resultatene tyder på at kommune A behandler begrepet som om sosial bærekraft *fører til* folkehelse, mens kommune B derimot ser en gjensidig avhengighet mellom begrepene hvor man ikke kan oppnå det ene uten det andre; et samfunn er ikke sosialt bærekraftig, dersom det ikke parallelt arbeides for å oppnå god folkehelse i befolkningen. Dette er i tråd med det Helsedirektoratet skriver i sin rapport om folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling (5). På den andre siden kan resultatene fra kommune A forstås som om et sosialt bærekraftig samfunn fører til god folkehelse i befolkningen.

At resultatene indikerer at kommune A bruker både levekår og sosial bærekraft istedenfor folkehelse, samsvarer med resultatene til Synnevåg et al., (28) som fant at kommuneansatte brukte *levetkår/levetforhold* som «substitutt» eller parallelt med folkehelse og folkehelsearbeid. Dette fordi begrepene folkehelse og folkehelsearbeid ble oppfattet som vide, komplekse og vanskelige å forstå, noe som førte til at de ansatte tilpasset begrepene til konteksten de brukte dem i. Videre fant Hofstad og Bergsli (12) at sosial bærekraft ble benyttet framfor folkehelse. Begge studiene peker på at folkehelsebegrepet blir byttet ut for å unngå misforståelser, optimalisere kontekstualiseringen av arbeidet, og øke den tverrfaglige forståelsen av arbeidet (12, 28). Det at folkehelse blir byttet ut med sosial bærekraft for «å optimalisere kontekstualiseringen av arbeidet,» er interessant tatt teorien til Røvik (36) i betraktning, som hevder det motsatte; optimalisering av en ny idé (og dermed også arbeidet) krever god kontekstualisering, som igjen krever god translatoerkompetanse. Det som beskrives i litteraturen (12, 28), kan dermed nærmest forstås som om at (satt på spissen)

folkehelseperspektivet «er i veien» for det «egentlige arbeidet.» I så fall, kan dette tyde på store utfordringer i både kontekstualiseringen og translatørprosessene rundt folkehelsearbeidet.

I sin masteroppgave om implementeringen av det systematiske folkehelsearbeidet i kommunal sektor, setter Samuelsen (37) sine funn i sammenheng med Røvik's (36) teorier. For eksempel viser hun til hvordan dyden om kunnskap også innebærer at oversetteren må forholde seg til de allerede eksisterende ideer i organisasjonen (kommunen), og at kontekstualiseringen av folkehelseperspektivet derfor ikke møter et *tabula rasa* i kommunen. Derimot beskriver Samuelsen hvordan

*«folkehelseperspektivet vil måtte bryne seg mot eksisterende forforståelser av begrepet som eksisterer blant alle aktørene i planarbeidet. De aktørene som skal diskutere folkehelse innenfor samfunnsplanleggingen må være bevisst at det skal gjøres på bakgrunn av det utvidede helsebegrepet fra WHO. Det er dette folkehelsekoordinatoren beskriver som mer enn jogging og epler. Dette perspektivet krever at man har kunnskap om de mekanismene i samfunnet som muliggjør eller begrenser muligheter for befolkningen til å ivareta eller oppnå en god helse og en god livskvalitet. Dermed vil heller ikke utgangspunktet for å diskutere temaer knyttet til folkehelse være likt og det vanskeliggjør at praten blir formålsrettet og bidrar til å konkretisere folkehelsearbeidet» (37 s.74).*

Spørsmålet er om funnene fra dokumentene til kommune A er et resultat av en bevisst begrepsbruk, slik det kan se ut som både Synnevåg et al., (28) og Hofstad og Bergsli (12) beskriver, eller et resultat av møtet mellom de eksisterende oppfatningene i organisasjonen (kommunen) og de ideene som skal implementeres, slik Samuelsen (37) beskriver. Funnene til Samuelsen illustrerer ytterligere utfordringer knyttet til å forstå folkehelseperspektivet i kommunene. En av folkehelsekoordinatorene hun snakket med beskriver hvordan de sliter med å operasjonalisere alle de fine tankene de har, at det blir mye prat og lite handling. Dette setter hun i lys av Røvik's (36) virusteori, og beskriver dette som et «*tegn på at "inkubasjonstiden" for at Folkehelseloven skal gi utslag i kommunens praksis er lengre enn det folkehelsekoordinator kanskje ser for seg*» (37 s.73), og at man som folkehelsekoordinator må være tålmodig med tanke på at andre sektorer i kommunen trenger mer tid på å begripe hva folkehelse skal bety i deres arbeid. I lys av virusteorien hvor Røvik (36) peker på at nye begreper må diskuteres før de kan begripes, beskriver Samuelsen (37), hvordan det gjennom denne «inkubasjonstiden» kan oppstå en språksmitte som fører til en endret forståelse innad i organisasjonen. Røvik's (36) translatør-dyd om tålmodighet er derfor viktig ved implementering av store nye ideer i en organisasjon.

Ut fra funnene til Samuelsen (37), og muligens også funnene til Synnevåg et al. (28), og Hofstad og Bergsli (12), kan det virke som om folkehelsearbeidet fremdeles er inne i en slags «inkubasjonsfase» i kommunal sektor. Dette kan potensielt også være en av forklaringsfaktorene bak hvorfor folkehelse har en så lite framtrædende plass i styringsdokumentene til kommune A. Samtidig kan det også være en faktor som bidrar til å forklare hvorfor folkehelse har en mer framtrædende posisjon hos kommune B, nettopp fordi kommune B har valgt å *aktivt* sette fokus på folkehelsearbeidet, og dermed har minsket denne inkubasjonstiden. Mye tyder på at kommune B har det Røvik (36) beskriver som gode, modige, og kunnskapsrike translatører, som igjen bidrar til å styrke kontekstualiseringen av folkehelsearbeidet. Slik kontekstualisering, er ifølge Røvik (36) avgjørende for å lykkes med implementeringen av nye ideer i en organisasjon. Hofstad (58) peker på at en av kjerneutfordringene ved implementering av folkehelse i lokalt planarbeid, nettopp er utfordringer knyttet til oversettelse, og understreker viktigheten av nettopp en slik *aktiv* integrering av folkehelse i planleggingen, som det kan tyde på at kommune B gjennomfører. Hosftads (58) resultater viser blant annet også at kommunene som forsøkte å møte utfordringene knyttet til oversettelse, strategiske valg og samstyring, også har et potensial for innovasjon i tankemønstre, arbeidsmåter og organisering.

Resultatene fra dokumentanalysen tyder på at kommune A har et mer «avklart forhold» til bærekraftmålene og arbeidet med disse, enn de har til folkehelsearbeidet. En årsak til dette kan som nevnt være at A har fått status som foregangskommune for bærekraftig utvikling, og at dette har bidratt til å styrke kommunens bærekraftarbeid, men potensielt på bekostning av inkubasjonstiden til folkehelseperspektivet. Det er også mulig at dette kan være et bilde på de mange og komplekse oppgavene som dagens kommune-Norge står overfor. I så fall, hvordan skal disse oppgavene oversettes til lokalsamfunnet på en forståelig måte, dersom de er så komplekse at de kjemper om plassen i kommunenes administrasjon og politikk, og potensielt går på bekostning av hverandre? Og hva kan dette gjøre med den utøvde politikken og det faktiske tilbudet som befolkningen møter i sin hverdag?

### **5.3 Avsluttende refleksjoner**

I starten av denne oppgaven viste jeg til den juridiske sammenhengen mellom Folkehelseloven, pbl. 2008, og kommuneloven (figur 1). Pbl. 2008 fremmer en klar ambisjon om at planer etter loven skal sikre en sosial bærekraftig utvikling for dagens og framtidige generasjoner, og aktivt brukes som et redskap for å fremme befolkningens helse, motvirke

sosiale helseforskjeller og bidra til å forebygge kriminalitet (59 s.496). Folkehelseperspektivet legger et økt press på at planleggingen skal ende opp med resultater som sikrer gode lokalsamfunn, og som bevarer «limet» i felleskapet og sosial samhörighet. I praksis betyr dette at den kommunale planleggingen må klare å kontekstualisere og lokalisere planprosessene – både hva gjelder rent fysisk i form av natur og bebyggelse, men også som et erfart sted (59 s.497). Samtidig peker Hofstad (58) på at folkehelsepolitikkenes helhetlige tilnærming utfordrer inngrodde måter å tenke, organisere og handle på. Ikke minst gjelder dette målet om å redusere sosiale helseforskjeller. Hofstad argumenterer derfor for at en aktiv og nysgjerrig holdning til folkehelse og planlegging, hvor ambisjonene tilpasses lokal kompetanse og kapasitet, kan bidra positivt til lokal samfunnsutvikling.

Imidlertid peker Ulla Hidgem (60) på at planlegging er «en kamp om dagsordenen.» Selv om planlegging på generelt grunnlag er viktig for befolkningens helsetilstand, er ikke alle områder i planleggingen begrunnet i *folkehelse*, men kan likevel ha effekt på folkehelsen. Dette gjelder for eksempel rent vann, avløpssystemer, avfallshåndtering, bedre kollektivtilbud for å minske utslipp, arealer for fysisk aktivitet og rekreasjon, fokus på utdanning, forhindre frafall i skolen, gode oppvekstkår, universell utforming, kultur, arbeidsplasser, og integrering (60). Imidlertid faller ikke nødvendig arbeid med slike fagområder inn under betegnelsen folkehelse. Andre kartlegginger viser også at det oppleves utfordrende å måle resultatene av kommunalt folkehelsearbeid fordi det ikke er utviklet et felles indikatorsett som gir kunnskap om hvordan kommuner og fylkeskommuner forankrer og utøver folkehelsearbeidet (13). Spørsmålet rundt konseptualisering og kommunenes translatørkompetanse blir dermed svært relevant, fordi økt kunnskap om folkehelse blant planleggere, kan bidra til at flere fagområder faller inn under betegnelsen folkehelse, og at folkehelsefokuset i planleggingen dermed styrkes. Kanskje kan man til og med oppnå en gjensidig styrking av fagfeltene dersom de blir sett i en helhetlig sammenheng, og ikke som adskilte felt. Her kan også Røvik's (36) virusteori trekkes fram, hvor «den sterke oversetter» er i stand til å peke på hvordan nye ideer representerer en potensiell kilde til omstilling, og sette i gang diskusjon av nye begreper i organisasjonen slik at de kan begripes og anvendes av et tverrfaglig arbeidsfellesskap.

Men det praktiske implementeringsarbeidet har vist seg å være komplisert. Rapporterte erfaringer knyttet til å forstå, operasjonalisere og institusjonalisere folkehelseoppdraget i Norge er beskrevet som både komplekst og krevende (24, 25). Bærekraftmålene som representerer enda en ny, stor og kompleks tilleggsdimensjon til det allerede krevende

folkehelsearbeidet. Hva gjelder implementeringen av bærekraftmålene, peker flere på at Agenda 2030 i større grad retter seg mot internasjonale, nasjonale og regionale styringsnivå, framfor det lokale nivå, og det til tross for at flere av målene tydelig peker mot det lokale nivået, gjennom bl.a. kommunal handling for å oppnå dem (34, 61, 62). En studie av faktorer som fasiliterer bærekraftmålene på regionalt og lokalt nivå i Norge, etterlyser en tydeligere stemme fra nasjonale myndigheter om hva dette arbeidet betyr i praksis for kommunene og fylkeskommunene, samt kunnskap og kompetanse for å implementere målene på disse styringsnivåene (38). En annen studie om hvordan norske kommuner arbeider med implementeringen av bærekraftmålene, viser at det er stor spredning i hvordan denne prosessen utføres. Lundberg et al. (22) beskriver variasjoner både i hvor omfattende prosesser norske kommuner har satt i gang, og hvilke forventninger man har til nytten av arbeidet. Noen kommuner trekker fram bærekraftmålene som et nytt paradigme, mens andre ser dem mer i lys av eksisterende planer og utfordringer hvor enkelte bærekraftmål velges ut og brukes som tverrfaglige målsettinger eller at målene er knyttet til de enkelte fagtemaene i planstrategien. Andre igjen trekker fram bærekraftmålene som en anledning til å fremme et mer tverrfaglig og inkluderende fokus samt at målene kan brukes til å revurdere planbehov. Noen respondenter gir tilbakemelding om at bærekraftmålene har vært brukt mer overfladisk, at målene kun er nevnt i teksten og ikke har vært viktig i utformingen av planstrategien, eller at de ikke har vært brukt i særlig grad i det hele tatt (22 s.28). Det er med andre ord stor variasjon mellom kommunene.

Resultatene både fra denne dokumentanalysen med et begrenset utvalg, og den presenterte litteraturen, tyder på at kommunenes oppgaver er mange og komplekse, og krever mye av den enkelte ansatte. Dette samsvarer med hvordan det nye kommune-Norge beskrives i form av kommune 3.0. Denne «nye kommunen» har fokus på mestring i alle livets faser, ansvarliggjøring av egne innbyggere og samarbeid for å finne de gode løsningene (57). Det kreves med andre ord mye av både de ansatte og innbyggerne. Implementeringen av folkehelsearbeidet har vist seg å potensielt ha lang inkubasjonstid i en organisasjon, slik diskutert. Det er naturlig å tenke at dette også gjelder for implementeringen av bærekraftmålene. Imidlertid kan det også tenkes at dette kan gå noe raskere både fordi 1) bærekraftmålene har så stor internasjonalt og nasjonalt fokus, og dermed muligens i større grad blir «satset» på, også på lokalt plan, samtidig 2) som litteraturen beskriver at flere kommuneansatte foretrekker å bruke bærekraftbegreper framfor folkehelsebegreper, noe resultatene fra kommune A muligens også kan være et bilde på. Det er også mulig at dette kan



være et bilde på at implementeringen av bærekraftarbeidet oppleves lettere, og derfor også skjer raskere, og potensielt på bekostning av folkehelsearbeidet.

Hofstad og Bergsli (12 s.86-88) argumenterer i avslutningen av sin studie for at en kobling mellom de to områdene (sosial bærekraft og folkehelse) vil kunne gi noen synergier, men ikke nødvendigvis gjennom å bytte ut folkehelsebegrepet med sosial bærekraftbegrepet. De mener derimot at potensialet heller ligger i å la seg inspirere og lære av begreps- og policyutvikling på feltet sosial bærekraft. Samtidig hevder de at sosial bærekraft kan vinne på å hente inn begreper og policyer fra folkehelsefeltet. Imidlertid peker de på at bærekraftig utvikling handler om alle de tre dimensjonene som utgjør begrepet, og hvordan de alle tre må ligge til grunn før man kan snakke om bærekraftig utvikling. I slike situasjoner, vil det trolig være fordelaktig å argumentere med sosiale bærekraftshensyn snarere enn folkehelse. Samtidig peker de på at de fleste kommuner har en folkehelsekoordinator og bruker folkehelse som mål for sin samfunnsplanlegging (12, 63), og at det derfor ikke er nødvendig å bytte ut folkehelse med sosial bærekraft der dette er godt etablert (12). Imidlertid tyder forskningen, og muligens også denne dokumentanalysen på at dette likevel er en tendens blant flere norske kommuner.

## **5.4 Implikasjoner for videre forskning**

Det observeres en varierende begrepsbruk som bringer diskusjonen inn på spørsmålet om nasjonale føringer i de diskuterte implementeringsprosessene. Ivaretagelsen av folkehelseperspektivet, og implementeringen av de komplekse bærekraftmålene, krever kunnskap på lokalt plan. Det er utfordrende å måle resultatene av kommunalt folkehelsearbeid. Det er per i dag ikke utviklet et felles indikatorsett som gir kunnskap om hvordan kommuner og fylkeskommuner innretter folkehelsearbeidet (13). Det er heller ikke innført et felles implementeringssystem for bærekraftmålene, og kommunene arbeider med dette på ulike måter (22). Innledningsvis spør jeg i denne oppgaven, i likhet med hva Bardal et al. (38) etterlyser, om en tydeligere stemme fra nasjonale myndigheter kan bidra til å gjøre disse oppgavene mindre komplekse, og mer håndterbare – spesielt tydeligere føringer knyttet til hva dette arbeidet betyr i praksis for kommunene, samt kunnskap- og kompetanseheving for å implementere målene på lokalt styringsnivå. Det hadde derfor vært interessant om framtidig forskning så på om en tydeligere nasjonal stemme knyttet til betydningen av bærekraftmålene på lokalt plan, samt et kompetanseløft på lokalt plan både knyttet bærekraftmålene og folkehelsearbeidet, kunne ha noen effekt på ivaretagelsen av folkehelseperspektivet i kommunal planlegging. Dersom kommunenes kompetanse på forskjellene og likhetene mellom sosial bærekraft og folkehelse styrkes, vil det påvirke

formuleringene i planene, eller er den tverrfaglige forståelsen av sosial bærekraft framfor folkehelse så avgjørende at man likevel anvender sosial bærekraft i settinger hvor det er snakk om folkehelse relatert tematikk? Har dette noen praktisk betydning for tiltak i lokalsamfunnene, eller hvordan vi både måler kommuners folkehelsearbeid og arbeidet med implementering av brekraftmålene? Og har den nye tendensen hvor folkehelse ligger mer som et gjennomgående perspektiv heller enn som et eget tema i planene noen betydning for ivaretagelsen av folkehelsearbeidet? I så fall hvordan? Dette er spørsmål som det hadde vært både spennende og nyttig med mer kunnskap om.

## 6 Konklusjon

Overordnet sett, tyder resultatene på forskjeller mellom kommune A og kommune B når det gjelder *om* de utvalgte sentrale folkehelsebegrepene defineres, *hvordan* de defineres, og *hvilke sammenhenger* kommunene ser mellom begrepene. Resultatene tyder også på en forskjell mellom kommunene med hensyn til i hvilken grad begrepene *kontekstualiseres* eller *lokaliseres*. I likhet med andre nyere rapporter om prioriterte mål for kommuner og fylkeskommuner (57), viser også denne dokumentanalysen at «folkehelse» er mer som et gjennomgående perspektiv enn et eget tema i planene og styringsdokumentene.

Dokumentanalysen tyder også på forskjeller mellom de to kommunene knyttet til i hvilken grad *folkehelseperspektivet* er ivaretatt i de utvalgte styringsdokumentene. For det første har folkehelse i ulik grad en sentral plass i de utvalgte styringsdokumentene. Kommune A slår fast at folkehelseperspektivet skal stå så sentralt i den nye planen, at kommunen velger å ikke utarbeide en egen folkehelseplan, men skriver at samfunnsplanen skal være anvendbar som strategi for folkehelsearbeidet. Dette er til forskjell fra kommune B som er i en prosess hvor det utarbeides en ny strategi for det lokale folkehelsearbeidet. For det andre er det forskjeller mellom kommune A og B når det gjelder *om* folkehelse defineres, og for det tredje er det forskjeller hva gjelder *frekvens* av begrepsbruk i styringsdokumentene.

Det er vanskelig å si noe om de observerte forskjellen mellom kommune A og B skyldes at kommune B er med i et av forskningsprosjektene eller nettverksklyngene som beskrevet i utvalgskriteriet (som kommune A ikke er en del av), om det skyldes spesifikk kompetanse på feltet hos enkeltansatte i kommunen, at kommune A i større grad har valgt at «folkehelse» ligger mer som et gjennomgående perspektiv, heller enn som et eget tema i planene og styringsdokumentene (lik trender beskrevet i litteraturen (57)), eller andre faktorer jeg ikke har oversikt over. Imidlertid er den tydelige forskjellen mellom kommunenes operasjonalisering og tolkning av de sentrale folkehelsebegrepene påfallende, også hva gjelder den observerte ivaretagelsen av folkehelseperspektivet i de utvalgte styringsdokumentene. Resultatene kan derfor, slik antydte tidligere, bidra til å belyse den positive effekten Kommune B sin deltakelse i prosjektet/nettverket har på folkehelsearbeidet. Samtidig er det nærliggende å tenke at kommune A sin status som foregangskommune innen bærekraftig utvikling, har en naturlig positiv effekt på deres bærekraftarbeid.

## 7 Oppgavens begrensninger og styrker

Komparativ casestudier reiser ofte spørsmålet om hva som er tilstrekkelig antall caser. I følge Andersen (47) finnes det ikke noe enkelt svar på dette, og argumenterer for at det ikke er antallet observasjoner (caser) som er avgjørende, men deres betydning innenfor en analytisk ramme. Det er i dag 356 kommuner i Norge (64). Mest sannsynlig vil det være mindre eller større variasjoner mellom alle kommunene knyttet til hvordan de tolker og operasjonaliserer de utvalgte begrepene. Spørsmålet blir derfor hvor «metningspunktet» i antall caser nås i en slik type oppgave? Oppgavens formål er ikke å generere ny teori eller munne ut i en modell. Hensikten har imidlertid vært å gi *et innblikk* i et felt som vi per i dag ikke har mye oppdatert systematisk kunnskap om; nemlig *hvordan* operasjonaliseringen av disse sentrale begrepene gjøres i kommune-Norge etter at de nye nasjonale forventningene om FNs bærekraftsmål som det politiske hovedsporet i regional og kommunal planlegging trådte i kraft i 2019 (7). Ifølge Flyvbjerg (46) er evnen til å studere slike samtidsaktuelle tema et sentralt fortrinn ved case-studier: «*The advantage of the case study is that it can “close in” on real-life situations and test views directly in relation to phenomena as they unfold in practice*» s.235. Derfor har jeg vurdert det til at to kommuner som er nøye utvalgt på bakgrunn av begrunnede utvalgskriterier, er tilstrekkelig for å gi *et innblikk*.

Dette bringer også inn spørsmålet om *generalisering* av funn. *Generaliserbarhet*, eller undersøkelsens gyldighet ut over de tilfeller som har vært utforsket, er i en eller annen form et eksplisitt eller implisitt mål innenfor det meste av samfunnsforskningen (49). Spørsmålet om generaliserbarhet av kvalitative data (49), og case-studier spesielt, er mye diskutert (47). Imidlertid peker Andersen (47) på at «*generalisering ikke utelukkende dreier seg om å trekke essensen ut av et gitt datamateriale, men også om å utlede nye observerbare implikasjoner av nye eller etablerte generaliseringer*» (47) s.161. Slik diskutert, er ikke formålet med denne oppgaven å utvikle ny teori, men å gi *et innblikk* i praksisen rundt spørsmålene problemstillingen peker på. At dette er en masteroppgave, legger også formelle rammer for oppgavens omfang, og det ville ikke vært rom for å skrive om flere kommuner på det detaljnivået jeg har skrevet om de to inkluderte kommunene, og dermed også øke mulighetene for å generalisere utover oppgavens utvalg. Jeg ønsker imidlertid også at denne oppgaven kan bidra med *ny innsikt som et supplement til eksisterende teori og empiri på feltet*, og på denne måten være en brikke i puslespillet som utgjør grunnlaget for å generalisere kunnskapen på dette forskningsfeltet utover den enkelte studie. Hvis denne oppgaven kan være et bidrag til å

forstå sammenhengene og utfordringene knyttet til implementering av FNs bærekraftsmål i norske lokale kontekster bedre, har jeg oppnådd formålet med oppgaven. Den er med andre ord ikke et bidrag i seg selv, men i sammenheng med annen litteratur og empiri. På denne måten kan den potensielt være et bidrag til generaliseringer av kunnskap.

At dokumentanalyse benyttes alene som metodisk verktøy, og ikke trianguleres med for eksempel intervju, kan også åpne metodiske diskusjoner. Dette er imidlertid en nøye overveid beslutning ut fra oppgavens formål. Mens et intervju av for eksempel planleggere eller folkehelsekoordinatorer i de utvalgte kommunene kunne bidratt med mer kunnskap om kommuneansattes *fortolkninger* av enten begrepene, prosessene rundt utvikling av styringsdokumentene, eller nasjonale føringer, ønsker jeg imidlertid i denne oppgaven å studere den faktiske, tekstlige og bokstavoversatte operasjonaliseringene av disse begrepene, og hvordan folkehelseperspektivet blir ivaretatt i denne implementeringsprosessen. Intervju som metode vil derfor ikke kunne bidra til å svare på problemstillingen i den grad dokumentanalyse gjør. Det er styringsdokumentenes innhold jeg ønsker å forstå, da disse legger den videre føringen for lokal handling knyttet til de globale målene og begrepene. Til tross for at disse er utarbeidet av planleggere, folkehelsekoordinatorer og andre i administrasjonen, for deretter å bli vedtatt av politikerne, er det ikke disse enkeltmenneskenes synspunkter jeg er ute etter – selv om det er den enkelte byråkrats fortolkning av begrepene som til syvende og sist reflekteres i styringsdokumentene. Dersom jeg likevel hadde valgt å gjennomføre intervjuer, er det ikke sikkert at det er de samme planleggerne som utarbeidet dokumentene, som jobber i de utvalgte kommunene i dag, noe som kunne vært en potensiell feilkilde da det muligens kunne ført til lite samsvar mellom dokumentets og nåværende planleggers fortolkninger. Basert på disse problemstillingene, er derfor dokumentanalyse vurdert som den mest egnede metoden for å samle inn data som kan belyse problemstillingen i denne masteroppgaven.

## Referanser

1. Brundtland GH, Dahl O. Vår felles framtid. Oslo: Tiden norsk forlag; 1987.
2. FN-sambandet. FNs bærekraftsmål 2021 [updated 23.08. Available from: <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>.
3. Holden E, Linnerud K. Bærekraftig utvikling: Fra global idé til lokal handling. Planning Theory & Practice. 2018;3.
4. Moallemi EA, Malekpour S, Hadjidakou M, Raven R, Szetey K, Moghadam MM, et al. Local Agenda 2030 for sustainable development. The Lancet Planetary Health. 2019;3(6):e240-e1.
5. Helsedirektoratet. Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Report No.: IS-2748.
6. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Available from: <https://sdgs.un.org/2030agenda>.
7. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging 2019–2023 2019 [Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/cc2c53c65af24b8ea560c0156d885703/nasjonale-forventninger-2019-nn.pdf>.
8. Hofstad H. Sosialt bærekraftige lokalsamfunn – en litteraturstudie. Oslo: NIBR - OsloMet - storbyuniversitetet; 2021. Report No.: 2021:7.
9. Opp SM. The forgotten pillar: a definition for the measurement of social sustainability in American cities. Local Environment. 2017;22(3):286-305.
10. Vallance S, Perkins HC, Dixon JE. What is social sustainability? A clarification of concepts. Geoforum. 2011;42(3):342-8.
11. Hofstad H. Folkehelse - Proaktivt grep i pbl. 2008, hva er status ti år etter? In: Hanssen GS, Aarsæther N, editors. Plan- og bygningsloven 2008 : en lov for vår tid? Oslo: Universitetsforlaget; 2018. p. 223-41.
12. Hofstad H, Bergsli H. Folkehelse og sosial bærekraft - En sammenligning og diskusjon av begrepsinnhold, målsetninger og praktiske tilnærminger. Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR; 2017. Report No.: 2017:15.
13. Helse- og Omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn. 2019. Report No.: Meld. St. (2018-2019).
14. Hofstad H. Kommunal planlegging som redskap for å redusere sosiale helseforskjeller – Oppsummering av erfaringer fra tidligere forskning og workshop med nøkkelaktører. Oslo: NIBR  
OsloMet - storbyuniversitetet; 2019. Report No.: 2019:6.
15. Lov om folkehelsearbeid, LOV-2009-06-19-65 (2011).
16. Regjeringen. Folkehelseloven 2021 [updated 01.06.22. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>.
17. Prop. 90 L. Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
18. Meld. St. 40 (2020 –2021). Mål med mening - Norges handlingsplan for å nå bærekraftsmålene innen 2030. In: moderniseringsdepartementet K-o, editor. 2021.
19. Helsedirektoratet. Det systematiske folkehelsearbeidet - veileder til lov og forskrift. 2020.
20. Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven), (2008).

21. Nordlandsforskning. Fra mål til mening til handling: Samproduksjon av kunnskap for å nå FNs bærekraftsmål i regionalt og lokalt planarbeid [Available from: <https://nordlandsforskning.no/nb/project/fra-mal-til-mening-til-handling-samproduksjon-av-kunnskap-na-fns-baerekraftsmal-i-regionalt>].
22. Lundberg AK, Bardal KG, Vangelsten BV, Reinart MB, Bjørkan M, Richardson T. Strekk i laget: En kartlegging av hvordan FNs bærekraftsmål implementeres i regional og kommunal planlegging. 2020. Report No.: NF rapport nr: 7/2020.
23. Helsedirektoratet. Folkehelsearbeid - veien til god helse for alle. Oslo; 2010. Report No.: IS-1846.
24. Heimburg Dv, Hofstad H. Samskaping som samarbeids- og styringsform for kommunenes folkehelsearbeid: Hva vet vi? Hva er utfordrende? Og hvor går vi videre? Oslo: NIBR - OsloMet - storbyuniversitetet; 2019. Report No.: 2019:11.
25. Hofstad H. Hva er viktige faktorer for lokal utøvelse av folkehelseoppdraget, og hvordan kan folkehelsemyndighetene støtte opp? Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR OsloMet – Storbyuniversitetet.; 2018. Report No.: NIBR-notat 2018:103.
26. Hofstad H. Healthy Urban Planning: Ambitions, Practices and Prospects in a Norwegian Context. *Planning Theory & Practice*. 2011;12(3):387-406.
27. Aarethun V, Sandal GM, Guribye E, Markova V, Bye HH. Explanatory models and help-seeking for symptoms of PTSD and depression among Syrian refugees. *Social Science & Medicine*. 2021;277.
28. Synnevag ES, Amdam R, Fosse E. Public health terminology: Hindrance to a Health in All Policies approach? *Scandinavian Journal of Public Health*. 2018;46:68-73.
29. Hofstad H. Bærekraftig planlegging for framtida? In: Hanssen GS, Aarsæther N, editors. *Plan- og bygningsloven 2008 : en lov for vår tid?* Oslo: Universitetsforlaget; 2018. p. 201-22.
30. Griessler E, Littig B. Social sustainability: a catchword between political pragmatism and social theory. 2008:65-79.
31. Hofstad H. Bærekraftig planlegging for framtida? In: Hanssen GS, Aarsæther N, editors. *Plan- og bygningsloven 2008 : en lov for vår tid?* Oslo: Universitetsforlaget; 2018. p. 203-22.
32. Klopp JM, Petretta DL. The urban sustainable development goal: Indicators, complexity and the politics of measuring cities. *Cities*. 2017;63:92-7.
33. OECD. OECD Recommendation on Policy Coherence for Sustainable Development 2019 [updated 11.12.19. Available from: <https://www.oecd.org/gov/pcsd/oecd-recommendation-on-policy-coherence-for-sustainable-development.htm>].
34. Fenton P, Gustafsson S. Moving from high-level words to local action — governance for urban sustainability in municipalities. *Current Opinion in Environmental Sustainability*. 2017;26-27:129-33.
35. FN. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development 2015 [Available from: <https://sdgs.un.org/2030agenda>].
36. Røvik KA. *Trender og translasjoner : ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforl.; 2007.
37. Samuelsen NW. *Folkehelse og kommunal planlegging : implementering av det systematiske folkehelsearbeidet*: Norwegian University of Life Sciences, Ås; 2015.
38. Bardal KG, Reinart MB, Lundberg AK, Bjørkan M. Factors Facilitating the Implementation of the Sustainable Development Goals in Regional and Local Planning—Experiences from Norway. *Sustainability*. 2021;13(8).
39. Krantz V, Gustafsson S. Localizing the sustainable development goals through an integrated approach in municipalities: early experiences from a Swedish forerunner. *Journal of Environmental Planning and Management*. 2021;64(14):2641-60.

40. Lanshina T, Barinova V, Loginova A, Lavrovsky E, Ponedelnik I. Localizing and achieving the Sustainable Development Goals at the national level- Cases of leadership. *International Organisations Research Journal*. 2019;14(1).
41. Sunne Kommuner. Lokalsamfunn for helse og livskvalitet 2022 [Available from: <https://www.sunnekommuner.no/>].
42. Kristiansand Kommune. Innovativt samarbeid om sosial bærekraft 2020 [updated 21.09.2020. Available from: <https://www.kristiansand.kommune.no/aktuelt/2020/innovativt-samarbeid-om-sosial-barekraft/>].
43. NMBU. The purpose of this project is to better understand how local communities in Østfold can be described in terms of social sustainability 2020 [Available from: <https://www.nmbu.no/en/projects/node/43075>].
44. Grønmo S. Operasjonalisere: Store Norske Leksikon,; 2009 [updated 26.11.20. Available from: <https://snl.no/operasjonalisere>].
45. Svartdal F. Begrep (psykologi): Store Norske Leksikon,; 2012 [updated 18.08.20. Available from: [https://snl.no/begrep\\_-\\_psykologi](https://snl.no/begrep_-_psykologi)].
46. Flyvbjerg B. Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative inquiry*. 2010;12(2):219-45.
47. Andersen SS. Casestudier : forskningsstrategi, generalisering og forklaring. 2. utg. ed. Bergen: Fagbokforl.; 2013.
48. Yin RK, Yin RK. Case study research and applications : design and methods. Sixth edition. ed. Los Angeles, California: SAGE; 2018.
49. Tjora AH, Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 4. utgave. ed. Oslo: Gyldendal; 2021.
50. Asdal K, Reinertsen H. Hvordan gjøre dokumentanalyse - En praksisorientert metode. 2 ed: Cappelen Damm AS; 2020.
51. Lynggaard K. Dokumentanalyse. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. Kvalitative metoder : en grundbog. 2. udg. ed. København: Hans Reitzel; 2015. p. 153-68.
52. Field A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics : and sex and drugs and rock 'n' roll. 4th ed. ed. Los Angeles: SAGE; 2013.
53. Frogn kommune. Handlingsplaner - Kommunale styringsdokumenter som legger føringer for tjenester i kommunen [Available from: <https://www.frogn.kommune.no/enheter/barn-unge-og-familier/tidlig-innsats/kommune/handlingsplaner/>].
54. Kristiansand Kommune. Folkehelsestrategi frem mot 2030 2021 [updated 17.06.21. Available from: <https://www.kristiansand.kommune.no/navigasjon/kultur-og-fritid/folkehelsestrategi/>].
55. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
56. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101.
57. Bang-Andersen S, Plathe E, Hernes MB. Prioriterte mål i kommunalt og fylkeskommunalt planarbeid - kartlegging av prioriterte politikkområder i et utvalg kommuner og fylkeskommuner. 2019. Report No.: KS- FoU- Prosjekt 1840111.
58. Hofstad H. Plan- og bygningsloven som verktøy i folkehelsearbeidet: ambisiøst eller urealistisk? *Plan*. 2015;3(4):10-4.
59. Hanssen GS, Aarsæther N, Hofstad H, Anker HT, Kalbro T, Buanes A, et al. En operativ lov? Spenningen mellom lovens intensjoner og planpraksis - behov for forbedring? In: Hanssen GS, Aarsæther N, editors. Plan- og bygningsloven 2008 : en lov for vår tid? Oslo: Universitetsforlaget; 2018. p. 481-519.
60. Higdem U. Møtet mellom helse og plan. *Plan*. 2015(3-04):4-10.



61. Graute U. Local Authorities Acting Globally for Sustainable Development. *Regional Studies*. 2016;50(11):1931-42.
62. Parnell S. Defining a Global Urban Development Agenda. *World Development*. 2016;78:529-40.
63. Haug M, Hofstad H, Schou A. Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2014.
64. Regjeringen. Historisk utvikling - Den norske kommunestrukturen opp gjennom tidene 2021 [updated 12.10.21. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunestruktur/utviklingen-av-den-norske-kommunestruktu/id751352/>].

# Vedlegg 1: Informasjonsskriv sendt til utvalgte kommuner

## Informasjonsskriv om masterprosjektet «Folkehelseperspektivet i kommunalt arbeid med bærekraftmålene»

Du får dette informasjonsskrivet fordi jeg ønsker å skrive min masteroppgave i Folkehelse ved UiT om hvordan norske kommuner tolker og operasjonaliserer globale folkehelsebegreper knyttet til bærekraftmålene i lokalt planarbeid.

### Formål

FNs bærekraftmål representerer en ny milepæl i det globale arbeidet med bærekraftig utvikling, og kommunene og fylkeskommunene er utpekt til nøkkelaktører for å realisere bærekraftmålene og en bærekraftig samfunnsutvikling i Norge. Flere studier viser imidlertid at begreper både relatert til folkehelse og bærekraft kan oppleves utfordrende å implementere og operasjonalisere i lokalt planverk når det er stort rom for ulike tolkninger, ideer og løsninger.

Forskningen sier dermed *at* det erfares flere utfordringer i operasjonaliseringen av globale mål og sentrale folkehelsebegreper inn i lokalt planarbeid. Vi vet imidlertid mindre om *hvordan* sentrale folkehelsebegreper knyttet til bærekraftmålene operasjonaliseres i kommuner, og hvordan dette gir seg utslag i lokalt planarbeid. Denne oppgaven vil forsøke å være et bidrag til ny kunnskap om nettopp dette, for bedre å forstå om, og i så fall hvordan, nasjonale føringer i slike omfattende prosesser kan ha positive utslag på kommuners planlegging.

### Hva innebærer det at jeg ønsker å skrive om din kommune, og hvordan er kommunene valgt ut?

Utvalg av kommuner er strategisk valgt ut fra deltakelse i nettverket Sunne Kommuner, eller del av forskningsprosjektene SOSLOKAL eller prosjektet fra Mål til mening til handling. Kommuner som både er med og ikke med i prosjektene, vil bli valgt. Det vil være av interesse å se om kommuner i eller utenfor slike prosjekter og nettverk operasjonaliserer begrepene ulikt.

Opgaven baseres på dokumentstudier. Eksempler på sentrale dokumenter vil være kommuneplan, handlingsplan, og eventuelle folkehelsestrategier. Dersom aktuelt, vil disse også kunne suppleres med offentlige rapporter og folkehelseoversikter. Alle aktuelle dokumenter vil være offentlige og tilgjengelige via kommunens nettsider.

Å være inkludert i dette masterprosjektet, vil ikke kreve noe av deg og din organisasjon. Kommunene jeg skriver om vil i oppgaven avidentifiseres som «kommune A,» «kommune B» osv. Fordi oppgaven baseres på dokumentanalyse, er det sannsynlig at jeg vil bruke tekstutdrag fra planarbeid i oppgaven. Kommunene er derfor *ikke* anonymisert, da disse tekstutdragene kan søkes opp på nett og avsløre kommunenes identitet. Masterprosjektet er meldt inn til NSD, og de vurderer det som at dette er et prosjekt som ikke trenger vurdering fra personverntjenester da det ikke skal behandles direkte eller indirekte opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner.

Formålet med oppgaven er imidlertid å studere *offentlige dokumenter utarbeidet i demokratiske prosesser* for å få en helhetlig forståelse av hvordan begrepene i de utvalgte

dokumentene operasjonaliseres, og inkluderingen av folkehelseperspektivet i arbeid med bærekraftmålene – et arbeid hele verden nå er i ferd med å implementere.

**Svarfrist**

Dersom din kommune ikke ønsker å bli inkludert i min masteroppgave, er det fint om dere kan gi meg tilbakemelding seinest to uker etter mottatt informasjonsskriv.

Med vennlig hilsen

*Vilde Aarehun, masterstudent*  
UiT, Norges Arktiske Universitet  
Institutt for samfunnsmedisin  
[vilde.aarehun@gmail.com](mailto:vilde.aarehun@gmail.com)  
99593340

*Åge Wifstad, veileder*  
UiT, Norges Arktiske Universitet  
Institutt for samfunnsmedisin  
[age.wifstad@uit.no](mailto:age.wifstad@uit.no)

## Vedlegg 2: Svar fra NSD

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

### Vurdering

#### Referansenummer

661145

#### Prosjekttittel

Arbeidstittel: Folkehelseperspektivet i kommunalt og fylkeskommunalt arbeid med bærekraftmålene

#### Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for samfunnsmedisin

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Åge Wifstad, age.wifstad@uit.no, tlf: 95171374

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Vilde Aarethun, vilde.aarethun@gmail.com, tlf: 99593340

#### Prosjektperiode

03.01.2022 - 31.05.2022

### Vurdering (1)

#### 20.01.2022 - Vurdert anonym

Det er vår vurdering at det ikke skal behandles direkte eller indirekte opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner i dette prosjektet, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 20.01.2022.

Prosjektet trenger derfor ikke en vurdering fra personverntjenester.

HVA MÅ DU GJØRE DERSOM DU LIKEVEL SKAL BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER? Dersom prosjektopplegget endres og det likevel blir aktuelt å behandle personopplysninger må du melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Vent på svar før du setter i gang med behandlingen av personopplysninger.

#### VI AVSLUTTER OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Siden prosjektet ikke behandler personopplysninger avslutter vi all videre oppfølging.

Kontaktperson: Karin Lillevold Lykke til med prosjektet!

