

**BY- OG REGIONFORSKNINGSINSTITUTTET
NIBR**

Potensialet for prioritering av folkehelse i plan- og styringssystemet

**En analyse for Utvalg om prioritering av
folkehelsetiltak**

Hege Hofstad

STORBYUNIVERSITETET
BY- OG REGIONFORSKNINGSINSTITUTTET NIBR

NIBR-RAPPORT 2025:105



Innhold

Innhold	1
1 Innledning.....	3
1.1 Hva kjennetegner folkehelse som politisk målsetting?	3
2 Kommunenes kapasitet til å prioritere.....	6
2.1 Tilgang på folkehelsekompetanse.....	6
2.2 Tverrsektorielt samarbeid	7
2.3 Samskaping med aktører i kommunesamfunnet	8
2.4 Tilgang på pedagogiske og økonomiske ressurser	11
3 Å styrke prioriteringers legitimitet: Det systematiske folkehelsearbeidet	13
3.1 Oversikt over helsetilstanden	13
3.2 Integrering av folkehelsehensyn i planleggingen.....	15
3.3 Planverktøy for å styrke prioriteringen av folkehelse	16
4 Kritiske faktorer for prioritering av folkehelse i kommunene.....	21
Litteraturliste.....	25

Tittel: Potensialet for prioritering av folkehelse i plan- og styringssystemet - en analyse for utvalg om prioritering av folkehelse tiltak

Forfatter: Hege Hofstad

NIBR-rapport: 2024:105

ISSN: 1502-9794

ISBN: 978-82-8309-XXX-X (PDF)

Prosjektnummer: X

Prosjektnavn: Prioritering av folkehelse i plan- og styringssystemet

Oppdragsgiver: Helse- og omsorgsdepartementet

Prosjektleder: Hege Hofstad

Referat: Denne rapporten, basert på NIBR-forskning fra 2011-2025, undersøker norske kommuners forutsetninger for å prioritere folkehelse tiltak innenfor det systematiske folkehelsearbeidet etablert gjennom folkehelseloven. Hovedfunnene viser at folkehelseloven har styrket folkehelsearbeidets posisjon i kommunene gjennom institusjonalisering av folkehelsekoordinatorer og krav om systematisk oversiktsarbeid. Rapporten identifiserer fire kritiske faktorer for vellykket prioritering: (1) tilstrekkelig kapasitet i form av folkehelsekoordinator i full stilling og tverrsektorielt samarbeid, (2) langsiktig statlig finansiering som gir legitimitet til lokalt arbeid, (3) styrket folkehelsekompetanse blant administrative og politiske ledere, og (4) utvikling av bedre planverktøy som stedskompasset for å integrere folkehelsehensyn i kommuneplanleggingen. Studien konkluderer med at samskaping mellom kommune og sivilsamfunn representerer neste fase i folkehelsearbeidets institusjonalisering, med potensial for å koble kunnskap og ressurser til konkrete prioriteringer som kan redusere sosiale helseforskjeller.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: 13. juni 2025

Antall sider: 26

Utgiver: By- og regionforskningsinstituttet NIBR
OsloMet – storbyuniversitetet
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO
Telefon: (+47) 67 23 50 00
E-post: post-nibr@oslomet.no

Vår hjemmeside: <http://www.oslomet.no/nibr>

© NIBR 2025

1 Innledning

Folkehelse handler om å fremme befolkningens helse gjennom å styrke de faktorene som virker positivt på helsa, og svekke faktorer med negativ effekt på helsa. Disse påvirkningsfaktorene skapes, opprettholdes, utvikles og endres av samfunnet som helhet. Når Utvalget om prioritering av folkehelseiltak skal utrede rommet for bedre prioritering av folkehelseiltak, er kommunens evne og forutsetninger til å prioritere interessant. Kommunen er den viktigste aktøren i det offentlige folkehelsearbeidet. Hvordan de velger å bruke sine organisatoriske, regulatoriske, økonomiske og pedagogiske ressurser og virkemidler er derfor viktig.

Inspirert av utvalgets mandat oppsummerer dette notatet relevante resultater fra foreliggende forskning gjennomført av NIBR, Oslomet i perioden 2011-2025.

Spørsmålene som søkes besvart er følgende:

- *Hvordan setter folkehelseloven og det systematiske folkehelsearbeidet rammer for kommunenes arbeid?*
- *Hvordan prioriteres og integreres folkehelsearbeid i kommunens arbeid med planprosesser, allokering av ressurser og gjennomføring av tiltak?*

Vi starter ved å se på kommunenes formelle utgangspunkt for å vurdere og prioritere folkehelseiltak.

1.1 Hva kjennetegner folkehelse som politisk målsetting?

Folkehelseloven angir den formelle definisjonen av folkehelse i Norge. Folkehelse forstås her som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» (Folkehelseloven 2011 § 3, første ledd). Fokuset er bredt, folkehelsearbeid omfatter «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (Folkehelseloven 2011 § 3, andre ledd). Målet er at (Regjeringen, 2022:13):

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

Innbakt i disse definisjonene og målsettingene ligger et bredt samfunnsmandat om å fremme hele befolkningens helse og utjevne sosiale helseforskjeller. Helse skal bakes inn i «alt vi gjør» fordi helsa påvirkes av et bredt sett av faktorer fordelt på tvers av samfunnets sektorer.

Hvilke implikasjoner har folkehelsepolitikken sine brede definisjon og mandat? For det første at folkehelsepolitikken i Norge speiler eksisterende kunnskap om helse hvor en anerkjenner viktige påvirkningsfaktorer ikke vil bidra positivt til helsa dersom en kun

arbeider for å endre individuell atferd uten samtidig å endre grunnleggende sosiale, økonomiske og økologiske/miljømessige betingelser (Hofstad, 2013). For det andre bygger det brede folkehelseperspektivet på at politisk og faglig prioritering er et kjerneelement i folkehelsepolitikken. Påvirkningsfaktorene er mange, det må prioriteres mellom dem og de kan stå i motstrid til hverandre. Folkehelsearbeidet handler nettopp om å avklare slike målkonflikter og avveie ulike hensyn gjennom politiske vedtak (Hofstad, 2018a).

I dette notatet vil vi dukke ned i norske kommuners forutsetninger for å avklare og avveie ulike hensyn i folkehelsearbeidet, og å prioritere folkehelse i møte med andre politiske målsettinger. NIBRs folkehelseforskning peker ut følgende faktorer som viktige for å kunne prioritere:

- Å ha tilstrekkelig *kapasitet*, forstått både som økonomiske og menneskelige ressurser
- At folkehelsehensyn har *legitimitet* i form av forankring i:
 - Tilgjengelig kunnskap om befolkningens helsetilstand og fordelingen av helse i befolkningen
 - Kommuneplanleggingen etter plan- og bygningsloven

Utgangspunktet er at folkehelse er et ansvar for hele kommunen. Det er kommunedirektøren, ikke helsetjenesten, som har det overordnede ansvaret for folkehelse. Folkehelse skal bygges som del av de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt (Folkehelseloven 2011 §4, annet ledd). Inspirert av denne ambisjonen har det i løpet av de siste tiårene funnet sted en institusjonalisering av folkehelsearbeidet i kommunene. Kjerneelementer i denne institusjonaliseringen er oppfordringen om å ansette en *folkehelsekoordinator* med ansvar for å drive folkehelsearbeidet, og Folkehelselovens forventning om at kommunene utvikler et *systematisk folkehelsearbeid*. Kommunen forventes å skaffe seg oversikt over lokale påvirkningsfaktorer (Folkehelseloven §5). En skriftlig beskrivelse av helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative påvirkningsfaktorene som kan virke inn på denne, utvikles i starten av hver kommunestyreperiode. I tillegg skal kommunene drive løpende oversiktarbeid. Kilder til oversikt er:

- Opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig
- Kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse

Kommunene forventes å legge folkehelseoversikten til grunn for kommunens planstrategi, og for arbeidet med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven. Med utgangspunkt i oversikten skal kommunene fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet til å møte de utfordringer kommunen står overfor (Folkehelseloven 2011 §6), og iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer slik de er beskrevet i oversikten (Folkehelseloven 2011 §7). Denne styrkingen av folkehelsearbeidets kapasitet og legitimitet skal sette kommunene i stand til å prioritere folkehelse opp på den politiske agendaen og på tvers av kommunens sektorer.

Notatet vil utforske dette institusjonelle grunnlaget for kommunenes prioritering av folkehelse tiltak. Først rettes oppmerksomheten mot de menneskelige og økonomiske ressursene kommunene bygger sitt folkehelsearbeid på, deretter ser vi nærmere på hvorvidt de ulike elementene i det systematiske folkehelsearbeidet bidrar til å prioritere folkehelse, og til slutt hva som er kritiske faktorer for en økt vektlegging av folkehelse lokalt.

2 Kommunenes kapasitet til å prioritere

Ifølge Helgesen et al. (2014:32) formaliserte folkehelseloven «... på en helt ny og mer forpliktende måte forventninger om et høyt trykk på folkehelsearbeidet». Det viste seg tidlig også i praksis. Allerede to år etter innføringen av folkehelseloven rapporterte kommunene om et større trykk på folkehelsearbeidet:

«folkehelsearbeidet har blitt mer systematisk, det er mer prioritert, det er mer tverrsektorielt, det er mer strukturert, er bedre forankret i planverk, er mer tydeliggjort, får større oppmerksomhet og at det er lettere å legitimere satsning på folkehelsearbeid nå enn før»
(Helgesen et al., 2014:33).

Kommunene opplevde altså at Folkehelseloven generelt medførte en styrking av folkehelsearbeidets posisjon i kommunen. Og dette later til å ha holdt seg over tid. I 2021 gjorde NIBR en midtveisevaluering av det tiårige folkehelseprogrammet (2017-2027). Der formidler informantene en opplevelse av at folkehelseutfordringer har stor politisk oppmerksomhet og prioritering i kommunen.

Imidlertid er det verdt å understreke at kommunene er en svært variert gruppe. Kristiansand og Leknes møtes med de samme forventningene til tross for stor kapasitetsforskjell i administrasjonen. Slike kapasitetsforskjeller er viktig å ha i mente når kommunenes evne til å prioritere opp folkehelse vurderes. Dette notatet vil først og fremst konsentrere seg om andre faktorer enn kommunestørrelse, men den er en grunnleggende faktor som påvirker tilgangen på de ulike kapasitetene som er relevante for folkehelse.

2.1 Tilgang på folkehelsekompetanse

Tidlig på 2000-tallet vokste folkehelsekoordinatoren fram som kommunal administrativ ressurs i norske kommuner, etter hvert med en aktiv rolle i implementeringen av folkehelseloven. Ideen kom fra miljøfeltet som hadde bygd opp miljøvernrådsgivere i kommunen fra 1990-tallet, og ble lansert i folkehelsemeldingen fra 2002 (Helgesen et al., 2014:44). Til tross for at det er frivillig for kommunene om de ønsker å prioritere ressurser til å ansette en folkehelsekoordinator, bredte denne ressursen om seg ut over 2000-tallet. Tabell 1 viser denne utviklingen.

Tabell 1 Andel kommuner som har folkehelsekoordinator, utvikling fra 2008-2014 (i prosent), fra Helgesen et al., 2014:44.

	2008	2011	2014
Har	61	74	85
Har ikke	35	24	15
Vet ikke	4	2	0
N=	255	347	284

Tabellen viser at andelen kommuner med folkehelsekoordinator økte fra 61 prosent av kommunene i 2008, via 74 prosent i 2011 til 85 prosent av kommunene i 2014. Dette må kunne karakteriseres som en suksess for en oppfordring som kommunene ikke har vært pålagt å følge. Viljen til å arbeide med folkehelse og gjøre feltet til en tydeligere del av kommunens arbeid synes dermed å være til stede.

Folkehelsekoordinatorene har ulik faglig bakgrunn og jobber i ulike kommunale virksomheter (Helgesen og Hofstad 2012; Hofstad et al. 2015). Det varierer også hvor stor stillingsprosent den enkelte folkehelsekoordinator har. Imidlertid finner Helgesen et al. (2014) at folkehelsekoordinatorene etter hvert kunne bruke en større del av tiden til folkehelsearbeid enn tidligere.

Forskningen dette notatet bygger på viser at det å ha en folkehelsekoordinator har positiv effekt på kommunenes folkehelsearbeid. Folkehelsekoordinatoren mobiliserer ressurser internt på tvers av kommunens virksomheter, og eksternt, gjennom samarbeid med frivillige organisasjoner (Hofstad, 2018a:12). Deres kompetanse og kapasitet bidrar både til den faglige oppfølgingen av folkehelseloven, og til å styrke kommunens samlede ressurser inn i folkehelsearbeidet. Schou et al. (2022) finner for eksempel at folkehelsekoordinatoren fungerer som en koblingsboks mellom helseoversikten og planleggingen. Men denne positive effekten avhenger av at folkehelsekoordinatoren er i full stilling. Kommuner med en full ressurs til å drive folkehelsearbeid har altså større sannsynlighet for at helseutfordringene avdekket i helseoversikten påvirker prioriteringene i kommuneplanleggingen.

2.2 Tverrsektorielt samarbeid

Gjennom samarbeid internt kan ekstra ressurser tilføres folkehelsearbeidet. Tradisjonelle politikkområder, som helse, oppvekst og tekniske tjenester er organisert i egne virksomheter, mens folkehelse verken skal ha eller har én fast administrativ tilknytning. Folkehelse er kommunedirektørens ansvar. De ulike virksomhetene i kommunen kontrollerer imidlertid ulike påvirkningsfaktorer for helse, og det er derfor et sentralt poeng at folkehelsepolitikken har virkning også for disse.

Folkehelsekoordinatorene har historisk strevd med å få innpass i sektorene, ikke minst har planprosesser vært rapportert som vanskelige å komme i inngrep med (Hofstad, 2011; Hofstad, 2018a). Imidlertid finner Schou et al. (2022) at det å ha en tverrsektoriell samarbeidsgruppe bidrar på samme måte som å ha en folkehelsekoordinator med stor kapasitet. Tverrsektorielt samarbeid om folkehelse bidrar til å koble helseoversikten og kommuneplanleggingen, særlig dersom en fra kommunedirektørens stab deltar. Også

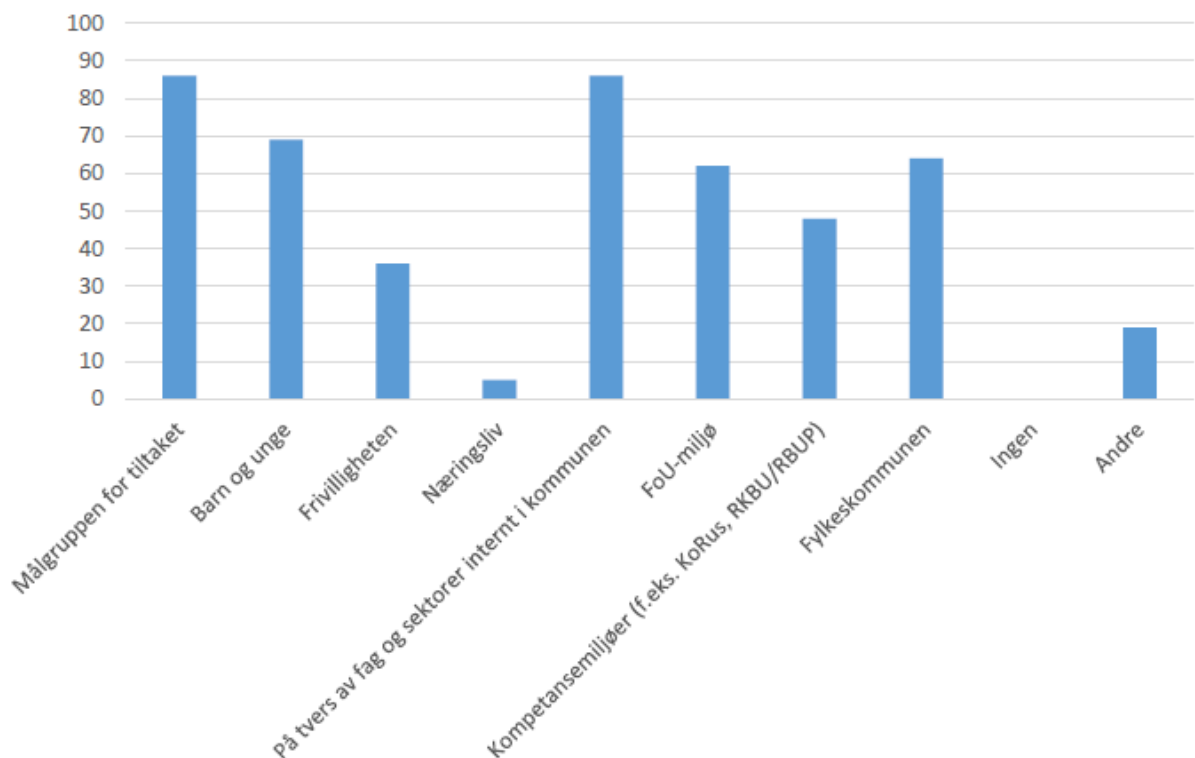
folkehelseprogrammet har bidratt til å styrke det tverrfaglige samarbeidet i kommunen de siste årene, til tross for at en mangel på sterke samarbeidsrelasjoner internt i kommuneorganisasjonen generelt er en utfordring for å etablere et langsiktig folkehelsearbeid (Gotaas et al., 2022:71,95).

2.3 Samskaping med aktører i kommunesamfunnet

Samarbeid og samskaping kan potensielt øke kapasiteten for lokalt folkehelsearbeid dersom det tilfører mer ressurser enn det tar. I tillegg kan samarbeid med eksterne aktører bidra til å styrke forankringen av folkehelse tiltak i befolkningen og dermed oppslutningen og legitimiteten til folkehelsearbeidet.

I folkehelseprogrammet er samskaping og samarbeid et viktig virkemiddel for kunnskapsinnhenting, forankring, ressursbruk og for å styrke muligheten for at tiltaket videreføres i kommunal drift (Gotaas et al., 2022:64). Som vist i figur 1 finner midtveisevalueringen av folkehelseprogrammet at kommunene samarbeider mest på tvers av egne sektorer og med målgruppen for tiltakene som er iverksatt.

Figur 1: Hvem samarbeider kommunen med i gjennomføring av prosjekt/tiltak? Prosent. N= 42 kommunerespondenter. Fra (Gotaas et al., 2022:68).



Barn og unge er en sentral målgruppe i Folkehelseprogrammet, mens FoU-miljø og fylkeskommunen er viktige samarbeidspartnere. Det er derfor ikke overraskende at over 60 prosent av kommunene oppgir at de samarbeider med disse om gjennomføring av prosjekter. Mer overraskende er det at kun litt over 30 prosent samarbeider med frivilligheten, som er en sentral aktør i folkehelsearbeidet generelt. I tillegg er det få som benytter seg av samskaping som metodikk (Gotaas et al. 2022:82). Dermed tar ikke kommunene ut potensialet i form av økt kapasitetstilfang som samarbeid kan gi. Samskaping innebærer at ikke-kommunale ressurser aktivt bidrar til å initiere, designe

og gjennomføre tiltak (Hofstad et al., 2025). Midtveiseevalueringen av folkehelseprogrammet foreslår derfor at:

Overordnede involveringsperspektiver gis et stort fokus i programmet i fortsettelsen, fra medvirkning til samarbeid til samskaping, og med hovedfokus på sistnevnte (Gotaas et al., 2022:101)

Dette sitatet understreker en generell trend, nemlig at samskaping i økende grad blir sett på som et virkemiddel for å styrke folkehelse og sosial bærekraft.

Hvorfor er samskaping viktig for folkehelse? FNs 17. bærekraftsmål, «samarbeid for å nå målene», løfter nettopp fram viktigheten av samskaping for å fremme bærekraftig utvikling. I en kommunal kontekst handler dette i praksis om samarbeidet mellom folkevalgte, tillitsvalgte, byråkrater, ansatte/fagprofesjonelle, forskere, innbyggere, nettverk og organisasjoner i lokalsamfunnet (Heimburg & Hofstad, 2019:35). Ledelse- og styringsfilosofi, organisasjonskultur, relasjonelle praksiser i alle deler av kommuneorganisasjonen og ut i lokalsamfunnet er sentrale stikkord her. I et utjevningsspektiv er det avgjørende å aktivt oppsøke og trekke inn ulike stemmer i dialoger som former planer og politikk, med særlig vekt på inkludering av stemmer og grupper som står utenfor fellesskap og samfunnsdeltakelse (ibid).

I forskningsprosjekter utviklet og gjennomført i nær dialog med de som arbeider med folkehelse fra kommuners side, kommer det fram at samskaping krever et tanke- og rolleskifte: fra å se på folk som “mottakere” til å se dem som “deltakere” (Heimburg & Hofstad, 2019; Hofstad et al., 2021, 2022, 2023). Heimburg og Hofstad (2019:36) beskriver dette skiftet slik:

Det handler om å mobilisere ressurser, kunnskap og kapasitet i og mellom lokalsamfunn og husholdninger, snarere enn at alle livsproblemer ender opp som vedtak om en kommunal tjeneste. Dette krever også at fagprofesjonelle med relevant kompetanse anvender denne til å myndiggjøre nettverk og lokalsamfunn, og ikke hermetiserer kunnskapen på kontorer og institusjoner.

Pilotprosjektet «Innbyggernes modell» i Trondheim fra 2020 til 2023 hadde nettopp som ambisjon å realisere intensjonene i sitatet over. Hensikten var for det første å gi barn, unge og familier større innflytelse over eget liv, inkludert å fremme en mer helhetlig og sammenhengende tjenesteleveranse fra kommunen. For det andre var ambisjonen å avbyråkratisere og forenkle finansieringsstrukturen, som også innebar å etablere nye fysiske møteplasser mellom kommune og innbyggere. Funnene er oppsummert i en rikholdig rapport, som anbefales å dykke dypere ned i dersom en ønsker mer informasjon om modellene som ble valgt i pilotprosjektet og resultatene av dem (Heimburg et al., 2024).

Kort oppsummert bidro innbyggernes modell til at et mangfold ulike aktører utviklet nye og samskapende roller og kompetanser. Generelt gikk aktørene fra klassiske roller som mottaker og tjenesteyter til utvikling av et nettverk bestående av et mangfold av brobyggere og endringsagenter (Heimburg et al. 2024:155). Størst endring fant sted i innbyggere og ansattes roller, mens politikerne i mindre grad forandret sin tradisjonelle rolle. De mest radikalt positive forandringshistoriene var fra innbyggere som hadde

opplevd å bli sterkere verdsatt gjennom å innta en rolle der de ble viktige for andre (ibid). Under oppsummeres hovedfunnene fra evalueringen av Innbyggernes modell når det gjelder å skape en ny, samskapende relasjon mellom kommunen og innbyggerne.

Hovedfunn fra Innbyggernes modell, hentet fra Heimburg et al., 2024:125

Innbyggernes modell erfares av ansatte og samarbeidspartnere som en ny og lovende måte å samskape løsninger på. Ansatte og samarbeidspartnere anså praksisene de utviklet i Innbyggernes modell som nye for dem, der praksisene i svært stor grad ble vurdert som modige og radikalt annerledes en «ordinær» praksis i kommunen. Samskapingen i Innbyggernes modell knyttes til både organisering av arbeidet og nye arbeidsformer, desentralisering av beslutningsmyndighet, samt utnytting av nye grenseflater mellom tjenester og aktører hvor innbyggere helt konkret trekkes inn i samskapingen av nye løsninger.

Innbyggernes verdier og ressurser som utgangspunkt for samskaping.

Samskappingspraksisene som ble utviklet var forankret i innbyggerfokusede mål og verdier. Fokus ble flyttet fra å yte tjenester og løse oppgaver til å fremme felles verdier med innbyggernes liv i sentrum. Samskaping med innbyggere ga nye ressurser å spille på, side innbyggerne i mange tilfeller skiftet posisjon fra «mottaker» til «deltaker» gjennom samskappingsprosessene, der tidlig involvering fremmet eierskap og motivasjon til å bidra.

Nye samarbeidspartnere og nye former for samskaping på nye arenaer. Nye samskappingspraksiser bar preg av skreddersydde team, der kommunen bevegde seg fra «kjente» partnere til større og sterkere koalisjoner med nye samarbeidsaktører. Disse teamene og tilknyttede nettverk samarbeidet med utgangspunkt i nye arenaer og plattformer for samskaping der et utadrettet-fokus lokaliserte og involverte stadig flere aktører i offentlig, privat og frivillig sektor. Praksisene bar også preg av nye former for stedsbasert samskaping, der barnehager og skoler framsto som lovende platt-former for å mobilisere en rekke arenaer for samskaping i lokalsamfunnet.

Nye arbeidsmetoder, verktøy, og måter å lede fram samskaping på.

Samskappingspraksiser i Innbyggernes modell ga et rom for å erfare gjennom handling, og lære gjennom refleksjon. Til dels ble læringen stimulert av nye verktøy, og til dels gjennom mobilisering av nettverk der nye aktører delte kunnskaper, ideer og ressurser med hverandre. Funnene peker på betydningen av rammesettende, tillitsbasert og samskapende ledelse for å få samskaping til å fungere i praksis, der samtlige læringspunkter fra Innbyggernes modell bidrar inn i en større samskappingsøkologi, der ulike tjenester og innsatser virker sammen.

Et element går som en rød tråd både gjennom funnene i evalueringen av innbyggernes modell, og i resultatene fra et annet prosjekt hvor samskaping testes som virkemiddel for å fremme og utvikle sosial bærekraft (Hofstad et al., 2021, 2022, 2023, 2025): Samskaping *mellom* kommunen og innbyggerne avhenger av at både kommunen og lokalsamfunnet har evne og vilje til å samordne og samskape også internt i egen organisasjon eller lokalsamfunn. Dersom målet er en bred samfunnstilnærming hvor

aktører og sektorer drar i samme helsefremmende retning, må man møtes, forhandle og utvikle politikk og løsninger på tvers av kommuneorganisasjonen og lokalsamfunnet. Ideelt sett kan slike møter skape synergier og utløse nye ressurser.

2.4 Tilgang på pedagogiske og økonomiske ressurser

Folkehelse, som en aktivitet hvor det er vanskelig å måle effekten av de tiltakene en setter inn, kan lett bli en salderingspost til fordel for mer presserende aktiviteter (Hofstad, 2018a:13). Tidligere forskning finner nettopp at finansieringen av folkehelse har vært fragmentert og kortsiktig (Helgesen et al 2014, Helgesen et al 2017). Tiltak har basert seg på avgrensede på prosjektmidler fra fylkeskommunen eller staten. Dersom kommunene har prioriteringer som faller utenfor temaet for utlyste prosjektmidler, har de måttet finansiere dem av kommunens egne økonomiske midler i konkurranse med andre gode formål (Helgesen et al 2017).

I forbindelse med det pågående program for folkehelsearbeid (2017-2027) ble det etablert en ny tilskuddsordning. Programmet skal bidra til å integrere psykisk helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet ved å legge vekt på barn og unges psykiske helse, livskvalitet og rusforebygging (Hofstad, 2018a; Gotaas et al., 2022). Utviklingsarbeidet skal ta utgangspunkt i lokale utfordringer og utføres i samsvar med det systematiske folkehelsearbeidet slik det beskrives i folkehelseloven. Forankring i kommunens planer etter plan- og bygningsloven står derfor sentralt. Programmet er en utviklings- og innovasjonssatsing hvor kommunene selv skal utvikle og spre metoder og tiltak for å styrke barn og ungdoms egne ressurser, deltakelse og aktivitet i lokalsamfunnet og hindre utstøting. Målet er å skape helsefremmende lokalsamfunn.

Kommunene skal altså ta initiativ til utvikling og utprøving av tiltak. Disse kan finansieres ved at fylkeskommunen får innvilget tilskudd og kan bevilge mellom 5 og 10 millioner årlig til fordeling til kommuner. I og med at programmet er tiårig, har kommunene kunnet søke om tiltak over tid.

Midtveisevalueringen av programmet finner at de kommunene som har fått tilskudd til å gjennomføre tiltak har i større grad har nyttiggjort seg virkemidler for å styrke barn og unges psykiske helse og livskvalitet, inklusive rusforebygging, enn kommuner uten tiltak (Gotaas et al., 2022:86). På spørsmål om i hvilken grad programmet bidrar til å gi kommunen nødvendig kunnskap og ressurser til arbeidet, svarer 75 prosent av kommunene som har fått tilskudd til tiltak at de opplever at nytten er nokså eller svært høy. Finansiering øker altså kommunenes kapasitet til å tilegne seg kunnskap og å utvikle arbeidsmåter som bidrar til å styrke folkehelsearbeidet.

Varigheten til programmet blir trukket fram som en viktig faktor i seg selv. I midtveisevalueringen kommer dette ut som den viktigste suksessfaktoren til programmet. Langsiktige satsinger, slik folkehelseprogrammet representerer, har ifølge Gotaas et al. (2022:94) hatt betydning for:

... nye satsinger, samarbeidsrelasjoner og økt kompetanse i kommunenes folkehelsearbeid (...) omtrent samtlige kommuner opplever at tiltaket har ført til at kommunen har gjort noe nytt de ikke ville ha prioritert innenfor ordinær drift. Det er også en høy andel av

respondentene som mener at tiltaksarbeidet har bidratt i nokså eller meget stor grad til nye eksterne samarbeidsrelasjoner og til faglig/ kompetanseutvikling i kommunen.

Kommunene ønsker seg slike langsiktige støtteordninger også når programperioden er over fordi det, som sitatet understreker, gir mulighet til å bre ut folkehelsearbeidet i større grad enn kortsiktige prosjektmidler (Gotaas et al., 2022:101). Effekten av folkehelseprogrammets langsiktige satsing synes å overgå størrelsen på midlene som legges inn. Programmet signaliserer en satsing og et ønske fra myndighetenes side om at folkehelse skal prioriteres. Dette signalet påvirker kommunenes vilje til å satse på, og å utvikle, folkehelsearbeidet.

3 **Å styrke prioriteringers legitimitet: Det systematiske folkehelsearbeidet**

Det systematiske folkehelsearbeidet bygger på en klassisk, sammenhengende implementeringskjede som starter med kunnskapsinnhenting (oversiktsdokumentet), går videre til prioritering (planstrategien), via målformulering (kommuneplaner), til tiltaksutvikling og evaluering (internkontroll).

Til tross for at også tidligere lover oppfordret til å drive et kunnskapsbasert folkehelsearbeid, var det først med folkehelseloven ble denne forventningen ytterligere forsterket og spesifisert, samtidig som det ble gjort en eksplisitt kobling til planlegging etter plan- og bygningsloven. Hensikten er som navnet tilsier: En sterkere systematisering av folkehelsearbeidet, ved at det prioriterer de områdene hvor skoen trykker mest i den enkelte kommune. Her vil vi følge kjeden i det systematiske folkehelsearbeidet og belyse hvilke forutsetninger kommunene har for å drive et systematisk arbeid som ideelt sett vil styrke deres evne til å prioritere de mest presserende hensynene på tvers av kommunens sektorer og i utviklingen av kommunesamfunnet som sådan.

3.1 **Oversikt over helsetilstanden**

Siden folkehelseloven økte fokuset og trykket på at alle kommuner skal lage et oversiktsdokument, har andelen kommuner som har oversikt økt jevnt og trutt. I 2021 oppgir 92 prosent av kommunene at de har laget et oversiktsdokument (Helgesen et al., 2014; Helsedirektoratet, 2021). Folkehelselovens tydelige forventning og økt statlig tilrettelegging i kjølvannet av folkehelseloven har virket.

Folkehelseloven legger opp til at kildene til oversikten er flere – både statlige, fylkeskommunale og kommunale kilder skal kombineres og danne grunnlaget for det endelige dokumentet. Hvordan disse kombineres og veies er opp til kommunene selv. Den mest tilgjengelige kilden er folkehelseprofilen og oppvekstprofilen Folkehelseinstituttet lager for alle kommuner, og også for bydeler i de største kommunene¹. De viser den enkelte kommunes skår på utvalgte indikatorer og sammenligner denne med landsgjennomsnittet. Denne statistikken kombineres ofte med lokal statistikk. Flere kommuner kartlegger kommunens levekår, i tillegg deltar flere i Ungdata-undersøkelsen som gir innsikt i de unges helsetilstand.

Gjennom å kombinere ulike kilder, får kommunens politikere og fagfolk et bilde av de lokale utfordringene og mulighetene. Sagt i folkehelselovens språk: de positive og negative påvirkningsfaktorene trer frem. Målet er at dette utfordringsbildet skal legge grunnlag for prioriteringer i planlegging etter plan- og bygningsloven. En viktig innsikt fra tidligere forskning er imidlertid at nettopp denne prioriteringsøvelsen handler om politikk. Kunnskapsgrunnlaget gir rom for tolkningsmangfold.

¹ Hent folkehelseprofil eller oppvekstprofil - FHI

Da NIBR evaluerte plan- og bygningsloven i 2018, inkluderte den en vurdering av folkehelse sin plass i kommuneplanleggingen. Det ble gjennomført spørreundersøkelser og intervjuer med kommunale politikere og fagfolk. Et tydelig funn er at utredninger og analyser skaper et felles referansepunkt som bidrar til refleksjon, diskusjon og læring både politisk og administrativt (Hofstad, 2018b:239). Imidlertid vil en helseoversikt inneholde et mangfold av påvirkningsfaktorer. Et problem er å klare og skape et godt kunnskapsgrunnlag for lokale prioriteringer og tiltak.

Et aktuelt spørsmål er hvor dypt og bredt en skal søke etter informasjon. Når kommuner graver dypere inn i et gitt tema, åpner de opp et helt fagfelt, som rus eller utenforskap, med sine egne unike målsettinger, policyer, regler, forskningslitteratur, osv. Det sier seg selv at kommuner med begrensede ressurser ikke klarer å gå inn i alle relevante fagfelt. Hofstad (2016:570) finner i tillegg at både regionale og lokale myndigheter synes det er vanskelig å skaffe til veie informasjon som gjør det mulig å prioritere de påvirkningsfaktorene hvor muligheten for ønskede resultater og kostnadseffektive tiltak er størst. I mangel av slik informasjon velger de å stole på anbefalinger fra nasjonale myndigheter, eller egen erfaringsbasert kunnskap.

Utfordringen med å vurdere og evaluere kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet synes å være vedvarende. I folkehelseprogrammet vektlegges forskningsbasert evaluering av tiltak for å sikre at tiltakene får varig virkning. Flere kommuner har samarbeid med forskningsorganisasjoner. Gotaas et al. (2022:58-61) finner at folkehelsearbeidet i kommunene involverer fagfolk med ulike fagbakgrunn med varierende erfaring med å arbeide forskningsmessig. De opplever stor usikkerhet knyttet til å evaluere kunnskap og særlig med å finne balansen mellom tiltaksarbeid (realisering av mål) og forskningsarbeid (utforskning og eksperimentering med tiltak).

Et ytterligere, men relatert, aspekt ved å etablere et kunnskapsgrunnlag for lokalt folkehelsearbeid er at det å prioritere på bakgrunn av innhentet kunnskap handler om politikk. Forskjellige politiske aktører vil være opptatt av ulike faktorer, og noe av hensikten med å koble oversikten til planleggingen er nettopp at det skal foretas en bevisst og strategisk avveining av de ulike utfordringene og mulighetene helseoversikten avdekker. Forskningen i forbindelse med evalueringen av plan- og bygningsloven synliggjør at dette er en øvelse som lokale politikere opplever som krevende. Blant annet løfter politikere i Stavanger, som har en lang tradisjon for å gjennomføre levekårskartlegginger, at fornuftig bruk av dette kunnskapsgrunnlaget krever at politikerne setter seg inn i 29 ulike indikatorer og forstår relevansen og nytteverdien av dem (Hofstad, 2018b:239). Videre finner evalueringen at levekårsundersøkelsen ikke løser usikkerheten knyttet til hvilke tiltak som er de beste for å fremme folkehelsen. Følgende sitat illustrerer hvordan politikere fra ulike deler av den politiske skalaen opplever at samme påvirkningsfaktor brukes til å legitimere ulike politiske løsninger (ibid.):

Det blir jo til at alle viser til levekårsundersøkelsen som en del av sin argumentasjon og begrunnelse for hvorfor man skal si ja eller si nei, eller hvorfor en skal legge føringer (medlem av bydelsutvalget i Stavanger).

Folkehelsepolitikkenes kompleksitet gir mulighet for å velge hvilken faktor og hvilken tolkning politiske løsninger baseres på (Hofstad, 2016). Folkehelseprioriteringer

handler altså fortsatt om politikk selv om kunnskapsgrunnlaget for beslutningene er sterkere.

3.2 Integrering av folkehelsehensyn i planleggingen

Folkehelseloven velger planstrategien som viktigste kobling mellom helseoversikten og kommunal planlegging. Dette er den eneste plantypen som omtales eksplisitt ved navn i Folkehelseloven. Da planstrategien ble innført i forbindelse med revideringen av plan- og bygningsloven i 2008, var intensjonen at den skulle bidra til å rydde i plansystemet gjennom at en i starten av hver kommunestyreperiode tar en strategisk gjennomgang av eksisterende planer for å vurdere om det er behov for revideringer eller utvikling av nye planer sett opp mot samfunnsutviklingen (PBL 2008, § 10-1). Kommunene skal innhente synspunkter fra staten, regionale organer og nabokommuner, og oppfordres til å engasjere og skape allmenn debatt om aktuelle strategier. Trolig var det dette brede mandatet som gjorde at Folkehelseloven ble koblet til planstrategien. Praksis har imidlertid vist seg å være en annen.

Planstrategien som verktøy for strategisk engasjement av lokalsamfunnet er kun et «bør»-krav i Plan- og bygningsloven og derfor ikke noe kommunene *må* gjøre, og heller ikke gjør. Loven krever kun at kommunen er i dialog med offentlige aktører når planstrategien utformes.

I tillegg til å engasjere aktører utenfor kommunen var en ytterligere intensjon at planstrategien skulle bidra til å føre nyvalgte politikere inn i det nokså komplekse plansystemet, og invitere dem til å ta en strategisk planrolle gjennom å koble politiske valg og planprioriteringer. Ideelt sett kunne dermed planstrategien fungere som et politisk verktøy for å ta stilling til og prioritere kommunens samlede planbehov. Men planstrategien fungerer bare som et strategisk verktøy om kommunedirektøren og politikerne velger å bruke den slik. Evalueringen av plan- og bygningsloven fra 2018 viser at planstrategien i liten grad har hatt betydning for de folkevalgtes kunnskap og interesse for planlegging, og for deres politiske prioriteringer (Kvalvik, 2018). Inntrykket er at dette har vedvart også etter evalueringen ble gjennomført. Disse funnene er et viktig bakteppe når man vurderer betydningen av at hele 77 prosent av kommunene har brukt helseoversikten som grunnlag for kommunal planstrategi (Helsedirektoratet 2021:147).

De planene som er viktige for kommunens politiske prioriteringer er (rangert etter viktighet):

- *Økonomiplanen* som skal vise hvordan langsiktige utfordringer, mål og strategier i kommunale og regionale planer skal følges opp økonomisk (Kommuneloven § 14-4, første ledd).
- *Kommuneplanens arealdel* som viser sammenhengen mellom framtidig samfunnsutvikling og arealbruk. Arealplanen er juridisk bindende (PBL 2008 §11-5, første ledd)
- *Kommuneplanens samfunnsdel* som skal ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet og kommunen som organisasjon. Den skal være grunnlag for sektorenes planer og virksomhet i kommunen (PBL 2008, § 11-2, første ledd).

Tidligere forskning viser at folkehelsehensyn har nokså enkel «adgang» til kommuneplanens samfunnsdel, mens operasjonalisering av mål og prioriteringer til de to viktigste planene, arealplanen og økonomiplanen, er vanskeligere (Hofstad, 2011, 2016, 2018).

Plan- og bygningsloven inneholder formål assosiert med folkehelse. Loven formulerer dem slik (PBL 2008, §3-1):

- legge til rette for god forming av bygde omgivelser, gode bomiljøer og gode oppvekst- og levekår i alle deler av landet
- fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet

Disse formålene kan splittes opp i hensynene: «gode bomiljøer», «gode oppvekst- og levekår», «fremme folkehelse» og «motvirke sosiale helseforskjeller». Evalueringen av plan- og bygningsloven finner at «gode oppvekst- og levekår» og «gode bomiljøer» er blant de hensynene som får høyest oppmerksomhet i kommuneplanleggingen – over halvparten av kommunene ivaretar disse hensynene i svært stor/stor grad gjennom sin planlegging (Hofstad, 2018b:233). Også «fremme folkehelse» vurderes av ca. 40 prosent til å være ivaretatt i svært stor/stor grad gjennom planleggingen. Å «motvirke sosiale helseforskjeller» har imidlertid i liten grad blitt gjennomført som hensyn i planleggingen (skåren svært stor grad/stor grad i 15 prosent av kommunene).

I sin kommentar til disse funnene argumenterer Hofstad (2018b:234) for at «Gode oppvekst- og levekår», «gode bomiljøer» og «fremme folkehelse» har det til felles at de dypest sett handler om å skape en positiv samfunnsutvikling som er selve formålet til planleggingen:

Å si at planleggingen i egen kommune ikke ivaretar disse hensynene, er på mange måter å ha mislyktes med planleggingen.

På den ene siden viser dermed disse funnene at planlegging er et egnet redskap for prioritering av folkehelsehensyn – formålet til de to lovene overlapper. På den andre siden synliggjør funnene at kommuneplanleggingen mangler virkemidler til å ivareta konkrete sosiale hensyn. Formålene nevnt over er relativt vage. De avfører derfor nye spørsmål når de skal realiseres: Hva er et godt bomiljø? Hva fremmer folkehelse? For å kunne svare på disse spørsmålene trengs det mer kunnskap om årsakssammenhenger som helseoversikten ideelt sett bærer i seg. Men for å realisere dem i planlegging, ikke minst når en kommer til den fysiske, juridisk bindende, areal- og detaljplanleggingen, trengs det også virkemidler som muliggjør gjennomføring i konkrete prosjekter. Dette blir enda tydeligere om en ser på det siste formålet, å «motvirke sosiale helseforskjeller». Vi vet at et sterkt fokus på sosiale helseforskjeller har effekt på kommunenes prioriteringer (Hofstad, 2018a), men dagens planlegging tilbyr få virkemidler for å utjevne og fordele de godene og byrdene som er i spill når planer utformes og realiseres.

3.3 Planverktøy for å styrke prioriteringen av folkehelse

La oss derfor se nærmere på et knippe verktøy med potensial til å heve oppmerksomheten om folkehelse i planleggingen, og muliggjøre kunnskapsbaserte

prioriteringer. Helsekonsekvensutredninger og levekårskartlegginger er to etablerte verktøy som ideelt sett kan bidra til å sette folkehelse og sosiale helseforskjeller på planagendaen. I tillegg er et nytt verktøy, stedskompasset, under utbredelse i kommunene. La oss se på helsekonsekvensutredninger først, før vi ser på levekårskartlegginger og til sist stedskompasset.

3.3.1 (Helse)konsekvensutredninger

Plan- og bygningsloven (PBL 2008 § 14-1, andre ledd) tilbyr konsekvensutredninger som et redskap for å sikre at:

hensynet til miljø og samfunn blir tatt i betraktning under forberedelsen av tiltaket eller planen, og når det tas stilling til om, og eventuelt på hvilke vilkår, tiltaket eller planen kan gjennomføres

Slike konsekvensutredninger gjennomføres primært i forbindelse med utarbeidelse av kommuneplanens arealdel og detaljplaner (Hofstad 2018b:236). Mens førstnevnte utarbeides av kommunen, lages detaljplaner i hovedsak av private forslagsstillere.

Etter plan- og bygningsloven har kommunen ansvar for å påse at konsekvensvurdering eller helsekonsekvensvurdering blir gjennomført. Også Folkehelseloven (§ 11) gir kommunene mulighet til å:

pålegge den som planlegger eller driver virksomhet, eller den ansvarlige for forhold ved en eiendom, for egen regning å utrede mulige helsemessige konsekvenser av tiltaket eller forholdet. Slik utredning kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta utredningen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet utredes.

Som sitatet viser, åpnes det for stort lokalt skjønn, noe som også er tilfellet i plan- og bygningsloven. Både når det gjelder hvilken metode konsekvensvurderingen skal hvile på, og omfanget og innholdet til selve vurderingen (Junker 2015:479). Ofte bestilles konsekvensutredningen av tiltakshaver, som i praksis er en privat utbygger. Det er altså utbyggeren selv som legger rammene for utredningen.

3.3.2 Levekårskartlegging

Å gjennomføre levekårskartlegging er ikke noe kommunene er pålagt å gjøre, men mange gjør det likevel. Til tross for at slike kartlegginger ikke opphever kompleksiteten som ligger i folkehelsearbeidet, som diskutert i 3.1, bidrar de til å heve kunnskapsnivået til både fagfolk og politikere. Dypere innsikt i sosioøkonomisk status fordelt på kommunens geografi gir en felles virkelighetsforståelse og et utgangspunkt for målrettede innsatser. Fredrikstad kommune sier det slik på sine nettsider:

Kommunen kartlegger levekår fordi vi har som mål at Fredrikstad skal være et godt sted å bo og å leve, for alle. Kartleggingen gir et

kunnskapsgrunnlag og en indikasjon for hvilke tiltak vi bør sette i verk og hvor².

Kommunen opplever at levekårskartlegginger er viktige for å ha den pålagte oversikten over folkehelse og levekår – det mener de man ikke får gjennom gjennomsnittstall for kommunen som sådan, men gjennom innsikt i hvordan levekårsfaktorer er fordelt geografisk i kommunen. Bildet politikerne får danner utgangspunkt for kommunens områdesatsinger, hvor målet er å bidra til mer velferd og utjevning av levekårsforskjeller gjennom målrettet innsats i utvalgte områder³.

3.3.3 Stedskompasset

I prosjektet SOSLOKAL støttet av Forskningsrådet, testet kommunene Fredrikstad, Stavanger og Kristiansand sammen med NIBR, OsloMet og NMBU et nytt verktøy, stedskompasset. Dette verktøyet viste seg å komplettere levekårskartleggingene på en god måte gjennom å løfte fram befolkningens egne prioriteringer i sitt nabolag⁴.

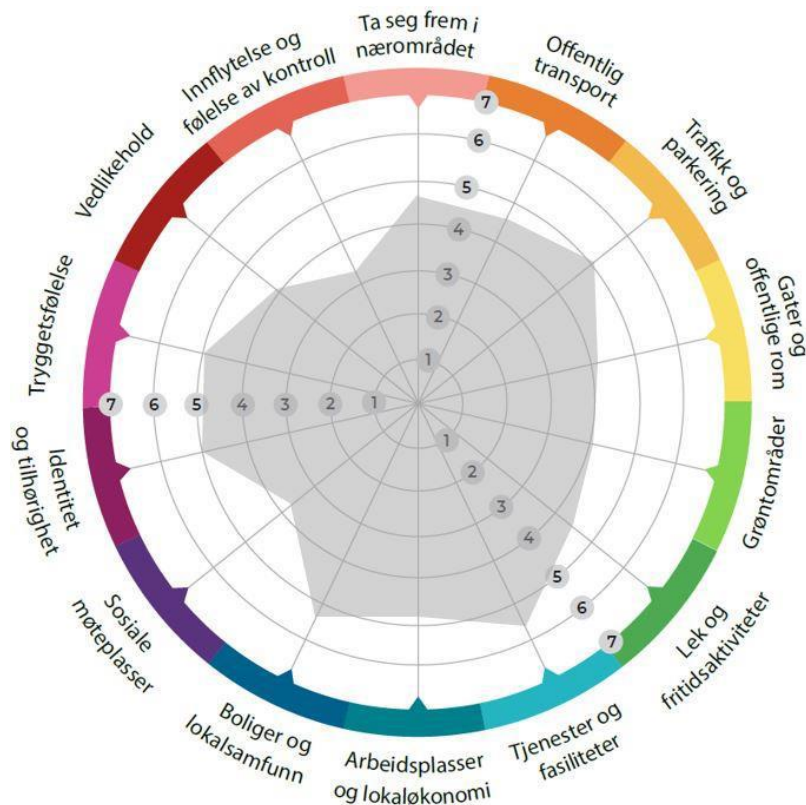
Stedskompasset er utviklet av Public Health Scotland, den skotske regjeringen og Architecture & Design Scotland, og gir et enkelt rammeverk for å evaluere og diskutere *fysiske* (f.eks. bygninger, offentlige rom, transport), *sosiale* (f.eks. sikkerhet, stedsidentitet) og *styringsmessige* (f.eks. deltakelse, følelse av kontroll) aspekter ved et bestemt nabolag (Mouratidis et al., 2024:3). Tidligere forskning peker nettopp på en kombinasjon av fysiske og sosiale faktorer som viktige for folks helse, velvære, og den sosioøkonomiske fordelingen og miljøstatusen til et gitt nabolag. Styringsmessige faktorer er en viktig indikator på folks opplevelse av å bli inkludert og å ha innflytelse over utviklingen av eget nabolag. Figur 2 viser hvordan et ferdig utfyllt stedskompass ser ut.

² [Fredrikstad kommune - Lavekårskartlegging](#)

³ [Fredrikstad kommune - Områdesatsing Fredrikstad](#)

⁴ For mer informasjon om Stedskompasset:
<https://www.fremsam.no/nyheter/stedskompasset>

Figur 2 Stedskompass for Holmen/Seut i Fredrikstad, hentet fra Hofstad et al., 2023.



Et unikt trekk ved stedskompasset er at det er befolkningen selv som vurderer sitt nabolag. Nabolaget blir målt gjennom 14 temaer vist i figuren over. Hvordan disse måles er fleksibelt, noe som gjør at det kan tilpasses både hvilke ressurser man har tilgjengelig og hvilke hensyn verktøyet skal ivareta i en gitt kontekst. I SOSLOKAL testet vi stedskompasset gjennom:

- (1) En spørreskjemaundersøkelse til lokale innbyggere i utvalgte nabolag,
- (2) Fokusgruppe-samtaler med såkalte «stille stemmer» (de som sjelden involveres i planprosesser)
- (3) «Walk-and-talk», hvor vi tok med utvalgte innbyggere på en vandring i nabolaget. De fortalte om egne opplevelser av området, noe som bidro til å speile temaene i kompasset i de fysiske og sosiale omgivelsene.

En evaluering av verktøyet (Mouratidis et al., 2024:14) finner at det er spesielt godt egnet til å måle *tilgang til materielle fasiliteter*, som butikker, helsetjenester, skoler og barnehager. For å få innsikt i den sosiale fordelingen av disse fasilitetene og tjenestene er det imidlertid nødvendig å sammenlikne flere ulike nabolag sitt stedskompass. Å gjøre slike komparative grep krever en bevissthet omkring betydningen av sosial ulikhet. I tillegg krever det en bevissthet i selve analysen av dataene. Verktøyet drar ikke oppmerksomheten i retning av fordelingsmessige utfordringer av seg selv.

Stedskompasset dekker også nabolagets *sosialitet/sosiale kapital* gjennom å måle trygghet, identitet, tilhørighet osv. Disse sosiale aspektene ved nabolaget er altså en

del av de 14 temaene, men erfaringen er at de styrkes ytterligere når befolkningen blir spurt direkte i fokusgrupper eller får muligheten til å gi kvalitative vurderinger i åpne spørsmål.

Uttestingen av stedskompasset som del av forskningsprosjektet SOSLOKAL viser at verktøyet har stort potensial for å gi retning til planleggingen. Det tilfører noe de andre virkemidlene mangler, nemlig konkrete vurderinger fra innbyggerne selv. I tillegg kommer lokalsamfunnet samlet til orde. I ordinære planprosesser er det enkeltpersoner som rammes direkte av et planforslag som høres, ikke lokalsamfunnet som sådan. Kommunepolitikere kontaktes ofte av folk som ønsker støtte til sin sak, men de får sjelden et helhetlig bilde av folks vurderinger. Stedskompassets evne til å gi et helhetlig uttrykk for lokalsamfunnets vurderinger verdsettes av politikerne (Hofstad et al., 2021, 2022, 2023). I kjølvannet av prosjektet har alle de tre kommunene i prosjektet planer om å bruke stedskompasset aktivt i planlegging og områdesatsing.

4 Kritiske faktorer for prioritering av folkehelse i kommunene

Alle nikker, men når du går ut av rommet gjør de som de alltid har gjort
(kommuneansatt 1).

Det er ingen reell motstand, men folk er litt tapt i den hverdagen de står i
(kommuneansatt 2).

Sitatene over er utsagn fra deltakere på et program hvor målet var å styrke helse som hensyn for planleggingen, gjengitt i Hofstad & Bergsli (2016:59). De løftes fram her fordi de fanger et essensielt trekk ved folkehelse som politikkfelt. Folkehelse er et «snilt» felt, det er ingen sterk motstand mot folkehelsetiltak, ofte er politikere motivert nettopp av å skape økt trivsel og bedre levekår når de velger å gå inn i lokalpolitikken. Likevel er det et felt med få sterke pådrivere eller motkrefter. Folkehelse oppleves ikke akutt, slik som tap av natur eller fortetting i byområder gjør. Folkehelsetiltak gir heller ikke umiddelbart utslag i kommunebudsjettet, slik etablering av ny næring gjør. Likevel er folkehelsepolitikk helt avgjørende for kommunesamfunnets sosiale og økonomiske utvikling.

Governance-forskningen har lært oss at tillit og gjensidig avhengighet mellom aktørene er helt grunnleggende for å få til samarbeid mellom mennesker, også mellom fagfolk. Dersom folkehelse skal huskes på og prioriteres, også av andre enn de som er direkte involvert, må det altså finnes noe som motiverer relevante aktører i og utenfor kommunen til å bidra i sin hverdag. Dersom vi ser på funnene samlet: Hvilke faktorer bidrar til å styrke prioriteringen av folkehelse?

Statlig prioritering av folkehelse: Program for folkehelse eller lignende

En tydelig beskjed fra midtveisevalueringen av folkehelseprogrammet er at den langsiktige satsingen som programmet representerer er dets viktigste suksessfaktor. Ved å utvikle et tiårig program viser staten at folkehelse skal prioriteres. Det gir ryggdekning og legitimitet til dem som arbeider for å fremme folkehelse i egen sektor, i møte med andre gode formål i andre sektorer og overfor lokale politikere. Samtidig gir det forutsigbarhet i relasjon til andre aktører i folkehelsearbeidet, som frivillige organisasjoner. Et viktig element i en langsiktig satsing er finansiering. Manglende finansiering er av de største hindringene for folkehelsearbeidet. I likhet med politisk prioritering gir økonomisk prioritering legitimitet og handlingsrom lokalt. Kommunene prioriterer de lovpålagte oppgavene, da trenger folkehelsetiltak trygg finansiering for å vinne fram.

Folkehelsekoordinator med tilstrekkelig kapasitet

Historien om innføringen av folkehelsekoordinatoren i norske kommuner viser nettopp at folkehelsefeltet responderer på ambisjoner og oppfordringer. Det er et felt med mange ildsjeler. Særlig gjelder dette folkehelsekoordinatorene. Deres innsats later til å ha vært helt avgjørende for at folkehelse har gått fra å være et smalt felt innenfor helsesektoren med planer som ble laget for skuffen, til å bli et politisk mål på tvers av kommunens sektorer støttet opp av virkemidler for å sikre kobling mellom helseoversikt og planlegging. Aller størst virkning har folkehelsekoordinatoren om hen har mulighet til å dedikere all arbeidstiden til folkehelsearbeid. Dersom deler av arbeidstiden er bundet opp i å være for eksempel kommunens fysioterapeut, er det vanskeligere å drive kontinuerlig utviklingsarbeid slik det systematiske folkehelsearbeidet krever.

Styrket folkehelsekompetanse blant administrative og politiske ledere

Tidligere forskning løfter fram politisk og administrativt lederskap som en viktig faktor for å styrke prioriteringen av folkehelse. Administrative ledere kan skape rom for sine ansatte gjennom å gi dem mandat til å bidra i tverrsektorielt folkehelsearbeid, eller i samskaping med eksterne aktører. Som tverrgående formål er folkehelse sjelden del av stillingsbeskrivelsen til de som ikke arbeider direkte med folkehelse. Gotaas et al. (2022:101) understreker hvordan forankring, bevissthet og prioritering av folkehelsearbeid på administrativt og politisk nivå er i stor grad «ferskvare» hvor det kontinuerlig må legges ned innsats. Dersom folkehelse skal oppprioriteres må politikerne kjenne til målene for folkehelsepolitikken, hvor skoen trykker i egen kommune og de viktigste virkemidlene for å fremme helse. På et såpass komplekst og stort felt som folkehelse handler dette om å styrke både administrative og politiske lederes evne og vilje til å gjøre prioriteringer på bakgrunn av foreliggende kunnskap. Helseoversikten gir innsikt i hele det sammensatte bildet, lederes oppgave er å prioritere hvilke av påvirkningsfaktorene det skal arbeides med.

Styrking av virkemidler som ivaretar folkehelsehensyn i planleggingen

I utgangspunktet befatter planleggingen seg kun indirekte med mennesker – gjennom å regulere stedene mennesker bor, arbeider og ferdes. Med folkehelse som formål for planleggingen kommer befolkningen direkte i fokus, og det krever en mer aktiv bruk av virkemidler som evner å fange menneskelige behov slik at de settes tydeligere på planagendaen. Særlig er dette prekært for de fordelingsmessige aspektene som folkehelsepolitikken løfter.

I utgangspunktet har plan- og bygningsloven og planleggingspraksisen en slagside mot regulering av fysiske aktiviteter og hensyn: grøntområder, boliger, skoler og infrastruktur. Hvilke menneskelige aktiviteter som skal foregå på disse arealene, av hvem og hvilke fordelingsmessige konsekvenser fysiske valg har er vanskeligere å regulere gjennom planlegging. Det handler dels om at plan- og bygningsloven er underutviklet på dette området, dels om faglige normer og verdier.

Kunnskapsgrunnlaget knyttet til sosiale helseforskjeller har blitt bedre de siste årene, det som trengs i fortsettelsen er utvikling av tilgjengelige eller nye virkemidler som gjør at planleggingen aktivt kan brukes til å utjevne sosiale helseforskjeller. Det ligger et potensial for økt vektleggingen av folkehelse i plan ved å utvikle tydeligere krav til hva konsekvensutredninger og helsekonsekvensutredninger skal inneholde og når de skal gjennomføres. Samtidig er uttestingen av stedskompasset lovende. Verktøyet svarer på et vedvarende problem i planleggingen, nemlig å få befolkningens verdier og interesser inn på et tidlig stadium. Særlig spennende er det at stedskompasset gir et samlet uttrykk for hele lokalsamfunnets vurdering, samtidig som det gir rom for å løfte fram stemmen til grupper som sjelden kommer til ordet i planprosesser.

Plan- og bygningsloven er en romslig lov som gir mulighet til mye dersom man vil. Et område der det er særlig mye rom, er å åpne planprosessen for medvirkning og samarbeid. Loven gir et minstekrav, men oppfordrer til mer. Imidlertid er planlegging en lovregulert aktivitet under sterkt press – utbyggere og politikere ønsker fortgang i planleggingen. Dermed er alt som kan forsinke og forvanske planprosessen fra utforming til gjennomføring utfordrende. Samtidig ligger det et effektiviseringspotensial i tidlig involvering. Og her er stedskompasset særlig interessant, fordi det speiler hele befolkningen og gir dermed politikerne større trygghet når de skal veie ulike hensyn, samtidig som stedskompasset kan skape større legitimitet til politiske prioriteringer. Kommunene i SOSLOKAL vurderer derfor om stedskompasset skal gjennomføres mer systematisk i starten av en planprosess for å legge et grunnlag for å gjøre kunnskapsbaserte, folkehelseinformerte avgjørelser. Uttestingen av verktøyet viser at en slik kobling mellom stedskompasset og kommuneplanlegging krever bevissthet og aktive valg knyttet til sosiale og fordelingsmessige aspekter slik at planleggingen bidrar til å bygge sosial kapital og utjevne sosiale helseforskjeller.

Utvikling og bruk av samskaping som virkemiddel i folkehelsearbeidet

Både midtveisevalueringen av Folkehelseprogrammet og piloten Innbyggernes modell i Trondheim løfter fram betydningen og potensialet til samskaping mellom kommunen og sivilsamfunnet, og mellom kommunen og utvalgte grupper. Flere kommuner har en ambisjon om mer samskapende arbeidsformer. De tester ut former for samskaping, først og fremst i avgrensede pilotprosjekter med begrenset varighet og liten kobling til kommunens øvrige arbeid (Røiseland et al., 2024). Den erkjente utfordringen, både i Trondheim og andre kommuner, er å overføre disse erfaringene og arbeidsmåtene til ordinær drift. Både for å skape bedre og mer sømløse tjenester, utløse nye ressurser i skjæringspunktet mellom kommunale sektorer og mellom det offentlige og det private, men også for å gi befolkningen mulighet til å ha større innflytelse over eget nabolag og eget liv. Ideen er altså at samskaping både kan tilføre nye ressurser til forebyggende og helsefremmende arbeid, og at selve samskapingen kan fungere forebyggende og helsefremmende i seg selv.

På mange måter synes samskaping å være den faktoren som kan bidra til at folkehelsearbeidet tar det neste steget. I løpet av de siste 20 årene har det skjedd en tydelig institusjonalisering av folkehelsefeltet. Folkehelsekoordinatoren og utbredelsen av folkehelse som et tydelig mål for samfunnsutviklingen har bidratt til å øke folkehelsearbeidets menneskelige og organisatoriske ressurser. Samtidig har

folkehelseloven bidratt med nye virkemidler og arbeidsmåter som har gjort folkehelsearbeidet mer kunnskapsbasert og mer aktuelt på tvers av sektorer. Disse kjerneelementene i folkehelsearbeidet trenger imidlertid å utvikles videre gjennom en varig satsing. I tillegg trengs det virkemidler som evner å koble den kunnskapen og de ressursene som ligger i denne første bølgen i institusjonaliseringen av folkehelsefeltet slik at de resulterer i prioritering av folkehelse- og fordelingshensyn i konkrete politiske og faglige beslutninger. Samskaping, enten det er i form av Stedskompasset eller etablering av tverrsektorielle team omkring utsatte grupper og individer eller annet, har potensiale for å være nettopp en slik koblingsnøkkel som kan representere den neste bølgen i folkehelsefeltets institusjonalisering.

Litteraturliste

Folkehelseloven 2011. Helse- og omsorgsdepartementet.

Gotaas, N., Bergsli, H., Danielsen, O.A. 2022. Midtveisevaluering av Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027, NIBR-rapport: 2022:5, Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet – storbyuniversitetet.

Heimburg, D.V, Ness, O., Berntsen, H (...), Vedeld, T. 2024. Innbyggernes Modell i Trondheim kommune: Hovedrapport, IPLs rapportserie nr: 9/2024.

Heimburg, D. og Hofstad, H. 2019: *Samskaping som samarbeids- og styringsform for kommunenes folkehelsearbeid - Hva vet vi? Hva er utfordrende? Og hvor går vi videre?* NIBR-rapport 2019:11, Oslo: Norwegian institute for urban and regional research NIBR, OsloMet.

Helgesen, M.K., Fosse, E. og Hagen, S. 2017. 'Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities, *Scandinavian journal of public Health*, 1-6.

Helgesen, M.K., Hofstad, H., Schou, A. 2014. *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør*, NIBR-rapport 2014:21, Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet – storbyuniversitetet.

Helgesen M and Hofstad H. 2012. Regionalt og lokalt folkehelsearbeid.Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse. Oslo: NIBR, 2012.

Helsedirektoratet 2021. Sektorrapport folkehelse.

Hofstad, H. Dahl, C., Følling, K., Mouratidis, K., Olsen, B-O., Sagen, S. B., Zeiner, H.H. 2025. Community Social Sustainability: Unpacking the Concept for Urban Governance and Planning, Sustainable Development. 0:1–15, <https://doi.org/10.1002/sd.332.7>

Hofstad, H., Mouratidis, K., Zeiner, H., Følling, K., Olsen, B. 2023. Erfaringsnotat Fredrikstad, NIBR-kortnotat 2023:4, ISSN: 2703-8821

Hofstad, H., Mouratidis, K., Dahl, C., Sagen, S., Zeiner, H. 2022. Erfaringsnotat Stavanger, NIBR-kortnotat 2022:1, Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet – storbyuniversitetet.

Hofstad, H., Mouratidis, K., Sagen, S., Zeiner, H. 2021. Erfaringsnotat Kristiansand, NIBR-kortnotat 2021:3, Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet – storbyuniversitetet.

Hofstad, H. 2019. Kommunal planlegging som redskap for å redusere sosiale helseforskjeller - Oppsummering av erfaringer fra tidligere forskning og workshop med nøkkelaktører, NIBR-rapport 2019:6 Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet – storbyuniversitetet.

Hofstad, H. 2018. Hva er viktige faktorer for lokal utøvelse av folkehelseoppdraget, og hvordan kan folkehelsemyndighetene støtte opp? NIBR-notat 2018:13 Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet – storbyuniversitetet.

- Hofstad, H. 2018. «Folkehelse – proaktivt grep i PBL 2018, hva er status ti år etter?», kapittel 13 i Hanssen, G.S og Aarsæther, N. (red), *Plan- og bygningsloven – en lov for vår tid?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Hofstad, H. og Schou, A. 2017. Har samhandlingsreformen ført til mer fokus på folkehelse i kommunene? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(1) s. 81-88.
- Hofstad, H. 2016. The ambition of Health in All Policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change', *Health Policy*, 120 (5): 567-575.
- Hofstad, H. and Bergsli, H. 2016. Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan – status og ringvirkninger 2012-2015, NIBR-rapport 2016:9, Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet – storbyuniversitetet.
- Hofstad, H., Lid, S. Schou, A. og Vedeld, T. 2015. Lokal oversikt over folkehelsen – muligheter og utfordringer, NIBR-rapport 2015:13, Oslo: By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet – storbyuniversitetet.
- Hofstad, H. 2011. Healthy Urban Planning: Ambitions, Practices and Prospects in a Norwegian Context', *Planning Theory & Practice*, 12:3, 387-406.
- Junker, E. 2015. Legal requirements for risk and vulnerability assessments in Norwegian land use planning, *Local Environment*, 20(4), 474-488.
- Kvalvik, K.J. 2018. Kommunal planstrategi – frå politikk til administrasjon? Kapittel 9 i G.S. Hanssen og N. Aarsæther *Plan- og bygningsloven – fungerer loven etter intensjonene?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Mouratidis, K., Hofstad, H (...) Olsen, 2024: Assessing urban social sustainability with the Place Standard Tool: Measurement, findings, and guidance, *Cities*, 148 (2024) 104902.
- Plan- og bygningsloven 2008. Kommunal- og distriktdepartementet.
- Regjeringen 2022. Folkehelsemeldinga — Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar, Meld. St. 15 (2022–2023). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Røiseland, A; E. Sørensen & J. Torfing 2024. Advancing Co-creation in Local Governance: The Role of Coping Strategies and Constructive Hybridization. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
- Schou, A., Hofstad, H., Monkerud L. 2022. The role of organisational resources for integrating health surveillance data into municipal action in Norway, *International Journal of Health Promotion and Education*, DOI: 10.1080/14635240.2022.2107556