

## Oppgave 1.

Jeg vill starte med å si litt generelt om planlegging, og det å jobbe med planer. Når en jobber med plan så jobber en med repeterende oppgaver, det er en arbeidsform som har langsiktige mål og visjoner. Å jobbe med plan er preget av erfaringer og rutiner. Det er en evigvarende og stabil måte å jobbe på. Det er ikke store endringsprosesser, slik som det er i prosjekter. Det å jobbe med plan viser seg også å være veldig kostnadseffektivt.

Planleggingsbegrepet går på at en skal organisere en aktivitet, hvor aktøren skal utforme fremtidsrettede mål og en skal bruke kunnskap og profesjonelle arbeidsmetoder for å analysere, prioritere og samordne tiltak for å nå målene som en har satt seg.

Selve planleggingen kan være utvikling av geografiske områder, og da er formålet med planleggingen å sikre en bærekraftig utvikling. Prinsippet om bærekraftig utvikling står helt sentralt i den nye plan og bygningsloven. Den står så sentralt at selve formålet med planlegging er å sikre en bærekraftig utvikling. Det er tre punkter som er sentrale i bærekraftig utvikling, det er økonomisk bærekraft, økologisk bærekraft og sosial bærekraft. Dette er tre punkter som det blir tatt hensyn til når en skal jobbe bærekraftig. Det blir ofte lagt veldig mye fokus på økonomisk bærekraft.

I folkehelse er det mye snakk om «venstrevridningen», dette er ett begrep som går på at en går fra livsstilstenkning til å se på de bakenforliggende faktorer og levekår. Eksempel, man går fra å se på at man er overvektig, til hvorfor man har blitt overvektig. Dette kan man blant annet se gjennom de ulike folkehelsemeldingene som har blitt publisert de siste årene. I stortingsmelding nummer 16, var det stort fokus på livsstil og livsstilsendring, fokuset lå på fysisk aktivitet og kosthold. En startet også her med grønnresept, som var starten på frisklivscentralene, som er kommunenes største prosjektsatsning. I stortingsmelding nummer 20, skjer den tydeligste venstrevridningen. Nå har en fokus på, at folkehelse skal settes inn i plan, og at en skal jobbe med helse i alt vi gjør (HIAP). I stortingsmelding nummer 34, som er den første tverrdepartementale folkehelsemeldingen, som når alle departementene utenom forsvarsdepartementet. Her har en fokus på et tverrsektorielt samarbeid. Her kommer 90/10 regelen inn, som går på at bare 10 % av folkehelsen skal jobbes med innenfor helse sektoren. I stortingsmelding nummer 19 er psykisk helse, og aktiv aldring fare saker som enn har fokus på, en har også fokus på empowerment tenking her. Fokus på at individet selv skal ha god kunnskap om hva som bidrar til god helse.

Gjennom stortingsmeldingene kan en se at fokuset går gradvis fra livsstils problematikk, til fokus på de bakenforliggende faktorer, og at enn skal jobbe med folkehelse tverrsektorielt og legge det inn i den kommunale planstrategien. I 2012 fikk Norge ny folkehelselov. Denne loven, gir kommunene ansvaret for folkehelsen. Folkehelseloven er bygget på 5 prinsipper, som er helse i alt vi gjør, føre var prinsippet, medvirkning, utjevne sosiale ulikheter og jobbe for å fremme bærekraftig utvikling.

Å få satt folkehelse inn i planarbeid er viktig for å kunne løse de store helseproblemene. Norge har utviklet seg mye gjennom årene, og vi har hatt ulikt fokus gjennom tiden. Vi har gått fra at epidemier og smittsomme sykdommer har tatt flest liv til at livsstilssykdommer tar flest liv, vi har gått fra fokus på livsstilssykdommer til nå fokus på levekår og de bakenforliggende faktorene.

Det er viktig at folkehelsearbeidet er godt politiske forankret for å kunne gi konkrete resultater. Gjennom planarbeid vil helsefremmende tiltak bidra til å utjevne sosiale ulikheter i helse. Dette bør helst løses tverrsektorielt, fordi vi trenger innsats over tid for å lykkes. Helse og en frisk befolkning er de viktigste ressursene for å skape en bærekraftig verden. Vi vet at sosiale og økonomiske forhold er har stor betydning for hvordan helsen vår er, og hvordan vi opplever den. De sosioøkonomiske helsedeterminantene er sterkt relater til det vi omtaler som sosiale ulikheter i helse.

I 2012 fikk Norge en ny folkehelselov som tar dette perspektivet på alvor, gjennom ny lovgivning ble kommunene gitt et hovedansvar for folkehelsearbeidet. Tradisjonelt har ansvaret for folkehelse vært plassert hos helsetjenesten, og i miljø sektoren. Men basert på logikken om at helse skapes der livene leves, og at den påvirket av alle samfunnsutviklinger, er ansvaret for folkehelse nå gitt til kommunene. Den nye ansvarsfordelingen krever at alle departementer i kommunene engasjerer seg i folkehelsearbeidet, bare 10 % av folkehelsen skal arbeides med i helsesektoren. Kommunen er gjennom den nye lovgivningen blitt hovedaktøren som skal legge til rette for at sykdom forebygges, helse fremmes og sosial ulikheter i helse reduseres.

Norske kommuner har altså fått en kompleks oppgave gjennom ny lovgivning, som krever stor grad av samarbeid på tvers av alle sektorer. Selve koordineringen av dette samarbeidet blir derfor en viktig utfordring i folkehelse arbeidet. Allerede i 2008 ble dette tydeliggjort gjennom revisjonen av plan og bygningsloven, hvor det kommer frem at planlegging for det første skal fremme bærekraftig utvikling til det beste for den enkelte, samfunnet, og

fremtidige generasjoner. For det andre skal fremme befolkningens helse, og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet.

Grunnlaget for alt av planlegging relatert til folkehelse, må ta utgangspunkt i god oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer innad i kommunene. Oversikten skal være skriftlig og den skal ta for seg årsaksforhold og konsekvenser. Selve kobling og planprosessen skal bygge på oversikten over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene i kommunene. Det er derfor viktig å ha gode oversikter og undersøkelser som viser til helsetilstanden i ulike deler av landet, og hva som påvirker disse. Disse undersøkelsene og oversiktene kan kommunene bruke når de skal utvikle ett utfordringsdokument. Vi har blant annet helseregister, biobanker, helseundersøkelser som mor barn, HUNT 1, 2 og 3 og Tromsø undersøkelsen. Vi har 17 nasjonale og 47 sentrale helseregister.

Kommunen har også et utviklingsbilde som har endret seg mye de siste årene. Vi har blitt ett risikosamfunn, hvor mange av problemene som man har er påført av oss selv, ikke slik som det var før at naturkatastrofer og epidemier tokk flest liv. Nå må en fokusere på terrorismen og slike ting. Mange flytter fra nord til sør, og fra landet og inn til byene. Dette betyr at noen kommuner er fraflyttingskommuner, her er det preget av at de yngre og nyutdannede flytter til byene og de eldre blir igjen i kommunen. Det er da viktig å få til en aktiv aldring, slik at kommunen klarer seg selv om mange flytter bort. I tilflytningskommunen er det viktig å legge til rette for barnehager, skoler slik at alle får et bra tilbud i den kommunen de flytter til. Videre er det mye fokus på generalist kommuner, som betyr at alle kommuner skal tilby de samme velferdstilbudene. Dette kan være svært problematisk for de små kommunene, som har få innbyggere. Vi blir også mer og mer kritiske, og vi forventer mer. De som blir gamle om 20-40 år kommer til å ha store forventninger til helsetjenester og tilbud som kommunene må tilby, de som er gamle nå, tar til takke med veldig mye. Videre så har vi også helseparadokset, som går på at aldri har vi brukt mer penger på helse, men heller aldri har den selvopplevde helsen vært dårligere.

I dagens samfunn er de største folkehelseutfordringene de som kalles wicked issue, dette er problemer som er store og grenseløse, og det er vanskelig å finne en start på, og hvordan enn skal løse dem, enn kan gjerne se på disse problemene som et garnnøste, mann finner ikke starten eller slutten. Disse problemene strekker seg gjerne over kommunegrenser og også gjerne over landegrenser. Ulike typer wicked issue er blant annet sosial ulikhet i

helse/gradienten, miljøproblematikk, barnefattigdom, osv. For å klare å løse slike problemer må en jobbe systematisk og tverrsektorielt gjennom planarbeid.

Koblingen mellom folkehelse og planlegging er blitt aktualisert gjennom lovgivning slik som folkehelseloven, og plan og bygningsloven. Deretter er de satt i system ved utvikling av en prosessmodell som gir en illustrasjon på hvordan folkehelse kan forankres på ulike plannivåer.

Koblingsprosessen mellom plan og folkehelse er utarbeidet som et verktøy for kommunene, når de skal sette folkehelse inn i det kommunale planarbeidet. Denne koblingsprosessen starter med paragraf 5 i folkehelse loven. Denne paragrafen krever at kommunen skal laget et skriftlig oversiktsdokument over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i kommunen. Denne oversikten skal oppdateres hvert 4 år, og den skal utarbeides et år etter kommunevalg. Denne oversikten kalles også for utfordringsdokumentet.

Deretter beveger vi oss over til paragraf 6 i folkehelseloven. Første ledd, oversiktsdokumentet fra paragraf 5, skal inngå som grunnlag i kummens planstrategi. Drøftingen av helseutfordringene bør inngå i kommunal planstrategi. Annet ledd, blir behandlet politisk. I praksis betyr dette at det er mulighet for å løfte overordnede mål og strategier inn ved justering av eksisterende planer.

Vider kommer vi til kommunal planstrategi, dette er arbeid etter plan og bygningsloven paragraf 10, denne inneholder drøfting av utfordringsbildet og planbehovet i kommunen. Denne skal utarbeides og vedtas av nytt kommunestyre ett år etter valget. I denne delen er det lagt opp til bred medvirkning, og allmendebatt som grunnlag. Dette er ingen plan i seg selv, men en politisk drøftingsarena.

Deretter kommer vi til planprogram, som er bygget på paragraf 11 punkt 13, om planprogram bygger på vedtak i kommunestyret, om hvilke planer kommunen har behov for fremover. Planprogrammet for eksempel en kommuneplan revisjon, denne skal angi formålet med planarbeidet, rammer, prioriterte tema osv. I denne delen legges det også opp til medvirkning. Fordi programmet legges ut til 30 dager offentlig ettersyn. Her har myndighetene mulighet til å komme med synspunkter.

Til slutt kommer vi inn på selve kommuneplanen. Første del i kommuneplanen er samfunnsdel med handlingsdel, denne bør omfatte alle viktige mål og oppgaver i kommunen. Kommuneplanen tar utgangspunkt i den kommunale planstrategien, som er utarbeidet for

oversiktsdokumentet. Samfunnsdelen skal være et handlingsrettet dokument som peker ut prioriterte kommunale satsningsområder. På denne måten kan hele kommuneplanprosessen fremstå som en kontinuerlig og til dels forutsigbar prosess. Samfunnsdelen skal dessuten gi retningslinjer for areal bruken, og legge til grunn strategivalg i arealbruken. Handlingsdel til samfunnsdel, utdyper hvordan planen skal følges opp de fire påfølgende år. Handlingsdelen skal revideres årlig.

Arealdel, omhandler kommuneplanens arealdel, kommuneplanens arealdel angir hovedtrekkene i arealdisponeringen. I denne delen nevnes det blant annet at det er krav til å sikre hensyn til helse, miljø og sikkerhet, universell utforming og barns særlige behov for leke- og oppholdsrom.

Kommunedelplan er utarbeiding av kommunedelplaner eller temaplaner, disse bør være forankret i kommunal planstrategi, planprogram og samfunnsdel.

I planprosessen skal det legges opp til medvirkning. Dette er for at alle som blir berørt av saken skal kunne ytre sine meninger. Ofte er dem som blir hørt og som når frem med medvirkning dem som har høy sosioøkonomisk status og er ressurssterke. Minste kravet for medvirkning er informasjon, konsultasjon og dagsordensetting. Det absolutte minstekravet for medvirkning er informasjon, og det er dette de fleste kommuner legger til rette for. Det er ikke alltid medvirkning fører til enighet, men da har man fått en forståelse for hverandres synspunkter, og at det er andre synspunkter enn hva en selv tenker.

Det legges til rette for medvirkning i planstrategien, men det skjer mest medvirkning i selve kommuneplanen. Fordi det er da folk ser hvordan det kommer til å bli.

Ildsjeler er også et viktig når det gjelder medvirkning, fordi dette er personer som brenner for noe og de sitter inne med en enorm kunnskap om sitt lokalmiljø og sitt samfunn. De sitter inne med mye implisitt kunnskap, om hva som funker, og hva de trenger i sitt nærmiljø. Dette er kunnskap som ikke er dokumentert noen plass. Ting som ildsjeler gjør, og som fungerer i sitt nærmiljø, vil derfor forsvinne hvis ildsjelene forsvinner, fordi de ikke har overført denne kunnskapen videre til noen.

I folkehelse er det jobbet mye med prosjekter, ett av de store prosjektene som er startet i kommunene er frisklivscentralene. Prosjekter er bra for å løse livsstils problematikk, og en ser gjerne resultater av dette arbeidet med en gang. Men ved bare prosjekt arbeid vill enn ikke klare å løse de store folkehelseutfordringene som, wicked issue. Folkehelseloven kom som ett

resultat av at det hadde vært for mye satsninger på prosjektarbeid. Ved å nå sette folkehelsen inn i plan, og at kommunen får det overordnede ansvaret, og at en skal jobbe tverrsektorielt, kan en nå begynne å arbeide systematisk med de ulike store helseutfordringene.

Fordeler med en slik tilnærming er et at en får satt alt inn i plan, og en kan arbeide systematisk med utfordringene. Ved å utforme utfordringsdokumenter i hver kommune, så får vi ett klart bilde over hva som er utfordringene, og påvirkningsfaktorer i den eksakte kommunen. Det er store forskjeller i hva som er problemer i de ulike kommunene, og ved å ha denne tilnærmingen vill enn kunne jobbe med problemer og tiltak som er relevante for den kommunen en jobber i. Dette er med på å gjøre folkehelsen treffsikker. At en faktisk jobber med de utfordringene som er et problem.

Noe at utfordringen med denne tilnærmingen er at den passer ikke for de små kommunene, ved at alle kommuner skal tilby det samme (generalist kommuner). Denne tilnærmingen gir også så klare rammer for hvordan enn skal arbeide med folkehelse at det er lite rom for kreativ og nyskapende tenkning. Mange vill nokk oppfatte denne tilnærmingen veldig byråkratisk. Det er også uklart hvor man skal ta med medvirkning. Noe av problematikken ved å jobbe med folkehelse i plan er at det tar fryktelig lang tid for å få resultater. Resultatene kan komme etter 20-40 år, og også etter generasjoner. Det er derfor vanskelig å se om tiltakene som blir gjort faktisk fungerer.

Det er bare 40 % av kommunen som har tatt denne tilnærmingen i bruk, og som har satt folkehelsen inn i den kommunale planprosessen. Men også blant dem som har startet er det fremdeles ett stort fokus på livsstils problematikk, med fysisk aktivitet og kosthold. Det er et stort fokus på frisklivsentraler og prosjekter enda. Nasjonalstatens problem er at de lovpålegger alle kommuner om at de skal drive med folkehelse i plan, og tverrsektorielt. Men så deler de ut store penge summer til ulike prosjekter. Dette er noe som fører til at kommunene blir forvirret over hva de skal gjøre og det resulterer ofte i at kommunene starter opp tilfeldig prosjekter, for det er der de får penger fra. Det kommer til å bli drevet mye med prosjekter tiden fremover, så lenge det er her pengene ligger.