



Medvirkning i samfunnsplanlegging og helsefremmende arbeid

- mellom politikk og realitet

HØGSKOLEN I VESTFOLD

Master i helsefremmende arbeid

Roy Whittall Norborg

Juni 2009

FORORD

Jeg kommer til å huske tallet 16 000!

Jeg vil først takke Randi Bergem fra Møreforskning for at jeg fikk mulighet til å delta og ble gitt tillit til å gjennomføre forskningsintervju på vegne av dem. Det har gitt meg erfaring, motivasjon og tilgang til datamateriale som jeg ikke hadde fått ellers.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg blitt positivt kjent med både Våler og Stange kommune. Det er veldig synd at jeg ikke har kunnet beskrive alle de positive tiltakene som disse kommunene jobber med. Dette er to eksempler på kommuner som i mine øyne er både dyktige og kreative. Engasjementet, kompetansen og innstillingen til de som jobber med planlegging og folkehelse i kommunene har vært helt avgjørende for meg i dette arbeidet. De fortjener en stor takk for at jeg har kunnet bruke av deres tid.

Høgskolen i Vestfold har gitt meg tre innholdsrike år. Det er på mange måter vemodig å måtte avspise disse tre årene med 16 000 ord. Jeg vil takke Høgskolen og studiet i helsefremmende arbeid, men en spesiell takk til min veileder Hans Einar Hem, for veiledning og historier fra ”gamle dager”. En stor takk også til medstudentene som har bidratt til nye tanker, motivasjon og diskusjoner under hele studiet og gjennom denne oppgaven.

Videre ønsker jeg å takke min arbeidsplass, Norconsult AS, for et fleksibelt arbeid som har muliggjort masterstudiet og denne avsluttende skriveprosessen.

Faren min har lært meg å ikke ta ting for gitt. Det har vært avgjørende for meg.

Tilslutt, men mest av alt, vil jeg takke min kjære Heidi for tålmodighet og støtte i løpet av disse 3 årene og de siste 16 000 ord.

SAMMENDRAG

Både planlegging og helsefremmende arbeid har det til felles at de omhandler overgripende samfunnsstrukturer og om utviklingspremisser som er kompliserte og sammensatte. Både planlegging og folkehelsearbeidet er karakterisert som et flerfaglig felt, der tverrfaglig arbeid er en av suksessfaktorene men også en stor utfordring.

I denne oppgaven har jeg sett at planlegging og folkehelsearbeid møttes gjennom nasjonale satsingsområder og lovgiving. Møtet har skjedd gjennom forståelsen av gjensidig nytte. Et av møtepunktene er slik oppgaven beskriver det, et felles mål om styrket medvirkning.

Gjennom å studere de to plansakene, har jeg sett eksempler på at det i praksis ikke nødvendigvis er samsvar mellom idealene og realitetene for medvirkning i planlegging etter plan- og bygningsloven. Erfaringene fra denne studien gir grunnlag for å si at det kan være flere utfordring med å oppnå idealene om medvirkning og at den kommunikative rasjonalitet skal overordnes den instrumentelle rasjonaliteten i samfunnsplanlegging etter plan- og bygningsloven.

Opgaven har belyst at det er en utfordring å kunne oppnå reel medvirkning i spørsmål der det er stor motsetning mellom nasjonale og lokale interesser.

Opgaven har belyst utfordring med hensyn til at idealene om planlegging som et tverrfaglig og sektorovergripende arbeid ikke samsvarer helt med realitetene.

Opgaven har vist til at ønske om effektive planprosesser, der private utbyggere er initiativtaker, kan gå på bekostning av idealene om medvirkning fra befolkningen.

Opgaven avslutter med å argumentere for at en settingstilnærming til helsefremmende arbeid, kan være en aktuell tilnærming for å sørge for at planlegging etter plan- og bygningsloven kan fungere som et redskap for helsefremmende arbeid. Denne tilnærmingen vil si at samfunnsplanlegging i større grad må ta utgangspunktet i de unike forholdene for det området som berøres av en plan. Det betyr at en planprosess må ta mer utgangspunkt i de lokale behov, forutsetninger, ressurser og rammer som eksisterer for området eller samfunnet som blir berørt. I en slik forståelse vil hver ny kommune, og sannsynligvis hvert enkelt nærmiljø, kreve tilpassede modeller. Lokal utvikling må baseres på muligheter, ressurser og kunnskapsutvikling lokalt. Det trengs myndiggjørende metoder som gjør det mulig for kommunene og nærmiljøene å gjennomføre den praksis de selv ser som viktig.

En forutsetning for en slik tilnærming, er at medvirkning etter plan- og bygningsloven må utvikles mot en mer kommunikasjonsprosess, der man må ta høyde for å diskutere planenes langsiktige mål og åpne for en kritisk debatt om planens form og innhold.

Erfaringene fra denne undersøkelsen kan tyde på at medvirkningsarenaer ikke anvendes som en kritisk utveksling av analyser og holdninger, men blir anvendt som et effektivt redskap til å sikre aksept for planene og motvirke senere tidskonsumerende konflikter.

Oppgaven har kommet til som en direkte oppfølging av at jeg har deltatt sammen med Møreforskning i en evaluering av prosjektene helse i plan og partnerskap for folkehelse. Som en del av denne evalueringen, har jeg deltatt sammen med Møreforskning i gjennomføringen av 16 kvalitative forskningsintervju i fylker, kommuner, andre offentlige instanser og for frivillige organisasjoner.

Som en oppfølging av denne evalueringen, har jeg valgt ut to case i to ulike kommuner i to ulike Fylker som deltok i evalueringen. Casene er to konkrete plansaker, som er brukt for å belyse problemstillingen i oppgaven. I den forbindelse er det gjennomført kvalitative forskningsintervju av planleggere og ansvarlige for helse i plan i de to kommunene, samt dokumentstudier knyttet til plansakene.

Nøkkelord:

Planlegging, helsefremmende arbeid, empowerment, plan- og bygningsloven, instrumentell og kommunikativ planlegging, kommunikativ og instrumentell rasjonalitet.

Forord	2
Sammendrag	3
1 Innledning	6
2 Fagfelt: helse og samfunnsplanlegging i norge.....	8
2.1 Fra sunnhetsloven til kommunehelsetjenesteloven.....	8
2.2 Miljøvern og helse	9
2.3 Helse i planlegging etter plan- og bygningsloven	10
2.4 Konsekvensutredninger KU	11
2.5 Oppfølging av folkehelsemeldingen	12
2.6 Prosjektet ”Helse i plan”	12
2.7 Planlegging etter plan- og bygningsloven.....	13
2.8 Ny plan- og bygningslov i 2009	15
2.9 Medvirkning i plan- og bygningsloven.....	16
2.10 Graden av medvirkning	20
2.11 Helsefremmende arbeid.....	21
2.12 Kommunikativ planlegging	22
2.13 Demokrati og medvirkning.....	26
2.14 Empowerment.....	28
2.15 Oppsummering	29
3 Metode	30
3.1 Casestudie.....	30
3.2 Kvalitative forskningsintervju	31
3.3 Tematisering og intervjuguide.....	31
3.4 Kvalitativt forskningsintervju - valideringsproblematikk.....	32
3.5 Dokumentstudier.....	32
3.6 Anonymitet.....	32
4 Datamateriale.....	33
4.1 Mitt ståsted	33
4.2 Datamateriale fra evalueringen til Møreforskning og NIBR.....	34
4.3 Datamateriale fra kvalitative forskningsintervju i Stange kommune	35
4.4 Datamateriale fra dokumentstudier for E6/Dovrebanen	37
4.5 Datamateriale fra kvalitative forskningsintervju i Våler i Østfold	40
4.6 Datamateriale fra dokumentstudier av Augerød 3.....	41
5 Drøfting.....	44
5.1 Mellom nasjonale og lokale interesser i Stange	44
5.2 Medvirkning i plansaker kan være ”å kaste blå i øynene” !	45
5.3 Virker medvirkning egentlig?.....	46
5.4 Komparativt case	48
5.5 Helse og konsekvensutredninger	49
5.6 Helse i plan må forankres lokalt	50
6 Avslutning.....	52
7 Referanser	55

1 INNLEDNING

Tanken om at planlegging etter plan- og bygningsloven kan benyttes i folkehelsearbeid har fått fotfeste i Norge. Den nye plan- og bygningsloven som trer i kraft sommeren 2009 har som en av de fremste formål, at *Loven skal fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner* (Miljøverndepartementet 2009). Videre sier loven at innenfor rammen av dette formål, skal loven blant annet *fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet* (Miljøverndepartementet 2009). Helsemyndighetene har i sitt arbeid, gitt signaler om at kommuneplans samfunnsdel kan være en viktig arena for folkehelsearbeid i kommunen. Her kan utfordringer beskrives og det kan konkretiseres med mål og visjoner (Helse og omsorgsdepartementet 2005).

Pløger (2002) viser til at myndighetenes arbeid med ny plan og bygningslov har gitt entydige signaler om styrking av demokrati og samordning innen planarbeidet. Med dette antyder Pløger (2002) behovet for både en pragmatisk, konsensusorientert og samordnet planlegging der teoriene om den kommunikative og deliberative planleggingen er sentral. Gjennom kommunikativ planlegging ønsker en å åpne opp for bred deltakelse fra flest mulig.

Medvirkning er et ideal for både planlegging og helsefremmende arbeid. Innen helsefremmende arbeid er medvirkning betegnet som en mulighet for å styrke egen identitet og for å kunne bidra til å definere egne problemer, ha egenskaper og evner til å ta ansvar for eget liv, ha frihet til å selv å bestemme og ha makt og mulighet til å finne løsninger (NOU 1998:18, St.meld.nr.16 2002-2003, Stang 2003). Innen planlegging er medvirkning begrunnet som et demokratisk prinsipp, og omtalt i egen paragraf i plan- og bygningsloven. Loven stiller krav om aktiv opplysningsvirksomhet og at berørte enkeltpersoner og grupper skal gis anledning til å delta aktivt i planprosessen (Miljøverndepartementet 2009). Bestemmelsene om medvirkning i planprosesser har kommet inn i lovgivingen i løpet av de siste 20-30 årene, og medvirkning skal ikke bare verne om individuelle rettigheter, men også bidra til sluttproduktet (Holsten 2000).

På bakgrunn av dette, ønsker jeg i denne oppgaven å se på *idealer og realiteter* med hensyn til medvirkning i planlegging etter plan- og bygningsloven. Mitt ståsted for å se på dette, er planlegging som instrument i helsefremmende arbeid.

Problemstillingen i oppgaven er:

Hvordan fungerer medvirkning i offentlig samfunnsplanlegging?

For å kunne si noe om idealene har jeg sett nærmere på fagfeltet samfunnsplanlegging og folkehelse, og hvordan ideen om medvirkning er plassert politisk i disse fagfeltene. Dette gjør jeg gjennom en historisk beskrivelse av hvilken plass helsefremmende arbeid og planlegging har hatt i Norge og hvordan møte mellom disse fagfeltene har skjedd gjennom blant annet medvirkning. Det teoretiske grunnlaget er offentlige dokumenter og vitenskaplige tekster innen fagområdene helsefremmende arbeid, folkehelse, demokrati, planlegging, tverrfaglig arbeid og historiske, sosiologiske og filosofiske tekster.

Deretter flytter jeg meg fra idealene til realitetene. Fra politikkutforming til iverksetting, og ser på hva som skjer når idealene om medvirkning skal omsettes i praksis gjennom arealplaner etter plan- og bygningsloven. Dette gjør jeg gjennom casestudier av to konkrete arealplaner i to ulike kommuner. Datamaterialet er her saksdokumenter, kvalitative intervju i tilknytning til et evalueringsprosjekt sammen med Møreforskning og NIBR samt egne kvalitative intervjuer fra to konkrete plansaker.

Forskningsspørsmålene er derfor:

- Hvilke idealer eksisterer for medvirkning i planlegging etter plan- og bygningsloven?
- Hvilke idealer eksisterer for medvirkning i helsefremmende arbeid?
- Hvilke realiteter er å finne i konkrete planer etter plan- og bygningsloven?, og
- Kan planlegging på bakgrunn av dette fungere som redskap for helsefremmende arbeid gjennom medvirkning?

2 FAGFELT: HELSE OG SAMFUNNSPLANLEGGING I NORGE

2.1 Fra sunnhetsloven til kommunehelsetjenesteloven

Kunnskapen om hvilke faktorer som har betydning på helsen har utviklet seg over lang tid. Miljøets betydning på helsetilstanden til befolkningen var et hovedpoeng i sunnhetsloven fra 1860. Allerede den gangen var det en bevissthet om at flere ulike fagområder og disipliner måtte medvirke for å bedre sunnheten i samfunnet. Sunnhetsloven var helt frem til 1984, et statlig ansvar. Helserådsleder, en statsansatt lege, hadde et klart tilsyns og tiltaksansvar i kommunene. Helsetjenesten representerte dermed en blanding av ordinær kommunal tjeneste og lokal sektorbasert statsforvaltning. Denne måten å organisere helsetjenesten på betegnes ofte som ”det evangste system”. Betegnelsen skriver seg fra Karl Evan, som var en av etterkrigstidens mest markante norske helsedirektører. Han stod for en linje der politikken bygde på vitenskap og profesjonell kunnskap, og der profesjonelle aktører hadde stor makt (Røiseland 1999, Slagstad 1998).

Kommunehelsetjenesteloven videreførte i 1987 bestemmelsene fra sunnhetsloven, under begrepet miljørettet helsevern (Sosial- og Helsedirektoratet 2003). Miljørettet helsevern er de forhold som til enhver tid dirkete eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, blant annet biologiske, fysiske, kjemiske og sosiale faktorer. I tillegg til de tradisjonelle omgivelseshygieniske faktorene, fikk kommunens helsetjeneste et ansvar for planlegging, informasjon og samordning. Det ble mer fokus på tverrfaglig og tverrsektorielt arbeid med miljørettet helsevern og folkehelse i kommunene. Det ble lagt stor vekt på at helsesektoren måtte samarbeide med andre sektorer med tanke på at disse i større grad tar hensyn til befolkningens helse og velferd innenfor sine områder. Det har vært en utvikling som har vist at årsaksforholdene er sammensatte, og at konkrete innsatser må settes inn på mange felt og sektorer. Fenomenet blir ofte betegnet med 10-90 regelen som den amerikanske samfunnsforskeren Aaron Wildavsky beskrev i 1979 (NOU 1998:18). Han mente at det bare er 10% av folks helseproblemer helsetjenesten kan gjøre noe med. De øvrige 90% bestemmes av samfunnsforhold, levevilkår og livsstil. § 1-4 i kommunehelsetjenesteloven sier at helsetjenesten skal medvirke til at helsehensyn blir ivaretatt av andre offentlige organ. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet (Helse- og omsorgsdepartementet 1984). Sentrale myndigheter har iverksatt flere planer og tiltak med målsetting å styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Et av disse tiltakene var Samlet plan i perioden 1989-94. Samlet plan hadde som målsetting å bidra til at kommunene satset mer på helsefremmende og forebyggende arbeid og dels å bidra til å utvikle

tverrsektorielle samarbeidsformer (Fosse 2000, Fosse 1999). Noen av prosjektene som fikk økonomisk støtte gjennom Samlet plan hadde som formål å styrke vektleggingen av helsemessige forhold i fysisk planlegging (Miljø og helse 4-1992). Kommunehelsetjenesteloven sier at *”kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold”* (Helse- og omsorgsdepartementet 1984: §1-2). Loven har dermed en klar flerfaglig og tverrsektoriell formålsparagraf som krever samarbeid mellom ulike sektorer for å kunne oppfylles. I 1992 ble en ny kommunelov vedtatt. Den nye loven innebar at staten ikke lengre skulle legge så sterke føringer på kommunenes organisering. Som en videreføring av dette, ble det i 1994 gjort endringer i kommunehelsetjenesteloven. Ansvar for kommunehelsetjenesteloven og miljørettet helsevern ble overført fra helse- og sosialstyret og til kommunestyret. Kommunen kunne nå organisere helsetjenesten på den måten de selv mente var hensiktsmessig. Ansvar for det miljørettede helsevernet er ikke helsetjenestens, men kommunens ansvar (NOU 1998: 18).

2.2 Miljøvern og helse

I tillegg til utviklingen innen helsetjenesten, har det skjedd en gradvis sammensmelting av forebyggende helsearbeid og miljøvern. Dette kommer blant annet til uttrykk i Agenda 21. Agenda 21 er en miljøpolitisk handlingsplan som ble utformet under Rio-konferansen i 1992, blant annet på bakgrunn av Verdenskommisjonen for miljø og utviklings rapport *”Vår felles framtid”* i 1987. Lokale myndigheter blir her oppfordret til å gå i dialog og samhandle med innbyggerne, organisasjoner og private foretak for å sette i gang prosesser for en bærekraftig utvikling. Kommunene skal her ivareta en rolle i forhold til globale miljø- og utviklingsproblemer, men med avgjørende tilslutning fra befolkningen. Kommunesektoren utfordres til å utvikle nye former for dialog og samhandling med innbyggerne, organisasjoner og næringsliv, samtidig som kommunene må vurdere langsiktige og globale konsekvenser av handlinger og tiltak lokalt. *”Tenke globalt- handle lokalt”* ble slagordet på 90-tallet. Gro Harlem Brundtland, som var Verdenskommisjonens leder, uttalte at alle sidene i denne rapporten omhandler helse (Sosial og helse departementet og miljøverndepartementet 2000). En forutsetning for god helse er et sunt og helsefremmende miljø. I 2000 laget miljøverndepartementet og sosial- og helsedepartementet en felles handlingsplan for miljø og helse. Hovedformålet med handlingsplanen var å utvikle og iverksette en samordnet politikk for å redusere negative virkninger av miljøet på folks helse og å ta vare på de miljøkvaliteter som bidrar positivt til helse og livskvalitet. Her vektlegges folkelig deltagelse i helsefremmende

arbeid og nødvendigheten av å legge forholdene til rette for egeninnsats for å bygge opp et helsefremmende miljø.

2.3 Helse i planlegging etter plan- og bygningsloven

NOU:1998:18 "Det er bruk for alle- styrking av folkehelsearbeidet i kommunene", viser til plan- og bygningslovens bestemmelser om sektorovergripende samfunnsplanlegging. Utredningen påpeker de mulighetene som ligger i denne plantypen, med hensyn til folkehelsearbeidet.

På mange måter kan man si at folkehelse og planlegging møtte hverandre for første gang i NOU (1998:18). Møtet finner sted både fordi det er sammenfall mellom metode og mål. St.meld.nr.29 (1996-97) "Regional planlegging og arealpolitikk", tar opp en rekke utfordringer for kommuneplanlegging med særlig relevans for folkehelsearbeidet. NOU (1998:18) foreslår at en mer bevisst bruk av kommuneplanlegging etter plan- og bygningsloven er veien å gå i styrkingen av folkehelsearbeidet. Utredningen foreslår blant annet at:

Kommuneplanen og økonomiplanen skal være utgangspunkt for alt folkehelsearbeid i kommunene (NOU 1998:18 s.253). Plan- og bygningsloven og kommuneloven har bestemmelser om informasjon, innsyn og deltagelse i plan- og budsjettprosesser. Bestemmelsene slår fast prinsippene om reel bruker og borgermedvirkning. Denne form for aktiv medvirkning er viktig for å lykkes i å skape et godt folkehelsearbeid (NOU 1998:18).

Stortingsmelding nr. 16 "Resept for et sunnere Norge" viderefører disse tankene, og sier at: *en forutsetning for at folkehelse skal forankres politisk og administrativt i kommuner og fylkeskommuner et at folkehelse inngår i sentrale plan og beslutningsprosesser* (St.meld.nr.16 2002-2003 s. 77). Kommuneplanarbeidet skal være hovedarenaen for prioriteringer i kommunene og omfatte både utviklingen i kommunen som helhet, for de enkelte sektorene og virksomhetsområdene spesielt. Det er viktig at folkehelse må være et hovedhensyn i all areal- og samfunnsplanlegging. Stortingsmeldingen går derfor inn for at ny plan- og bygningslov skal ha hensynet til folkehelse som en del av lovens formålsparagraf (St.meld.nr.16 2002-2003). Med dette er det klart at det er plan- og bygningsloven som skal være den sentrale loven og virkemiddelet for ivaretagelse av helse i planlegging.

2.4 **Konsekvensutredninger KU**

Helse i konsekvensutredninger er å vurdere direkte og indirekte helsekonsekvenser av politikk, strategi, program eller prosjekt. Helse i konsekvensutredninger skal sikre at helsevirkningene blir tatt i betraktning under planlegging av tiltaket og eventuelt på hvilke vilkår tiltaket skal kunne gjennomføres på (Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet og Sosial- og helsedirektoratet 2005).

NOU 1998:18 fokuserer både på at planlegging etter plan- og bygningsloven i utgangspunktet tar inn over seg en rekke forhold som har betydning for folkehelsen, og samtidig fokuseres det på at planlegging er et redskap for å selge inn helsemessige forhold, og at helsetjenesten skal kunne fungere som en premissleverandør inn i planleggingen. Planlegging vil alltid innebære avveininger mellom ulike interesser og sektorer. Et redskap som her trekkes frem er helsekonsekvensutredninger. Gode beslutningsgrunnlag, som tar opp mulige konsekvenser for helse og trivsel, kan være et viktig forebyggende tiltak. Bare dersom helse og trivsel er tatt med som grunnlag for en beslutning, vil det være mulig å velge den løsningen som er best for befolkningens helse og trivsel, og eventuelt kunne iverksette tiltak som begrenser mulige ulemper (Ståvi 2001). Både plan- og bygningsloven og kommunehelsetjenesteloven har bestemmelser om konsekvensutredning. Konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven skal sikre at virkningene på miljø, naturressurser og samfunn blir tatt i betraktning under planlegging av tiltak som faller inn under utredningsplikten. Konsekvensutredning etter kommunehelsetjenesteloven skal sikre at mulige helsemessige konsekvenser av et forhold eller en virksomhet utredes. I følge NOU (1998:18) lå forholdene til rette for en samordning av konsekvensutredningsplikten etter de to nevnte lovene. Konsekvensutredninger ble derfor foreslått som et sentralt tiltak i Nasjonal handlingsplan for miljø og helse (Sosial- og helsedepartementet og Miljøverndepartementet 2000). Et poeng var å finne en egnet metodikk for å vurdere helsemessige forhold, uavhengig av hvilket regelverk en sak behandles etter (Statens helsetilsyn 1999).

St.meld.nr.16 (2002-2003) viderefører denne tanken og sier at konsekvensutredninger kan gi systematisk oversikt over hvilke konsekvenser forskjellige beslutninger har for hele eller deler av befolkningen. Å utrede helsekonsekvenser betyr ikke at helse er et mål som overskygger alle andre samfunnsmessige mål. Helse må veies opp mot andre samfunnshensyn.

Konsekvensutredninger kan anvendes for å synliggjøre konsekvenser for helse i store tiltak etter

plan- og bygningsloven, men også for mindre tiltak som nødvendigvis ikke omfattes av kravet til konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven (Sosial og helsedirektoratet 2003).

Ny forskrift om konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven trådte i kraft 1. april 2005. Det nye er at det nå er krav til planprogram og konsekvensutredning av planer som kan få vesentlige virkninger for miljø, naturressurser eller samfunn. Kriteriene for vurdering av hva som er vesentlige virkninger har fått et økt fokus på ”samfunn”, hvor befolkningens helse og tilgjengelighet er to stikkord som nevnes. Konsekvensutredninger er ikke lenger selvstendige prosesser, men skal inkluderes som en del av planforslaget.

2.5 Oppfølging av folkehelsemeldingen

Resept for et sunnere Norge (St.meld.nr.16 2002-2003), skisserer en politikk som skal bidra til å bedre den generelle helsetilstanden i befolkningen, og medvirke til en utjevning av helsesituasjonen mellom ulike sosiale lag. Bedre folkehelse skal blant annet fremmes gjennom mobilisering i lokalsamfunnet og hos enkeltindivid. Folkehelsemeldingen omhandler samfunnsplanlegging som et sentralt virkemiddel i folkehelsearbeidet, og den samme meldingen framhever partnerskap som en ønskelig arbeidsform i det lokale folkehelsearbeidet. Samfunnsplanlegging og partnerskap handler i stor grad om mobilisering og forankring av helsesatsningen.

Sosial- og helsedirektoratet har satt i gang flere tiltak som er rettet mot folkehelsearbeidet regionalt og lokalt:

- Partnerskapsordninga for folkehelse
- Helse i plan
- Kommnehelseprofiler
- Tilskottsordning til lavterskel fysisk aktivitet (Bergem 2007)

2.6 Prosjektet ”Helse i plan”

Prosjektet helse i plan og partnerskap for folkehelse er knyttet sammen og omhandler på flere måter de samme temaene og de samme formål. Partnerskap for folkehelse er lansert som en arbeidsform for det lokale folkehelsearbeidet. Partnerskap for folkehelse handler om tverrfaglig, sektorovergripende og forpliktende samarbeid på regionalt og kommunalt nivå. Sentrale stikkord for etablering av partnerskap for helse er en bred, inkluderende mobilisering av aktører (Amdam og Bergem 2008).

I 2005 ble prosjektplanen: ”Planlegging for bedre folkehelse: Helse i Plan” utarbeidet. Dette er en direkte oppfølging av St.meld.nr.16 (2002-2003). Prosjektet var et samarbeid mellom miljøverndepartementet og sosial- og helsedirektoratet. I prosjektplanen pekes det på at det er en utfordring for helsesektoren å ta i bruk plan- og bygningsloven som det sentrale planleggingsverktøyet i folkehelsearbeidet (Bergem 2009).

Helse i plan er først og fremst et innovasjons- og metodeutviklingsprosjekt mer enn det er et prosjekt for kommunene. Verktøyet er plan- og bygningsloven og metodene som blir utviklet dreier seg om hvordan ulike folkehelse mål kan realiseres gjennom forankring i kommuneplanens samfunnsdel, arealdel, handlingsdel, delplaner, reguleringsplaner, budsjett og lignende. Organisering og samarbeid, politisk forankring, kompetansebygging og informasjonsspredning inngår også som virkemidler i denne sammenhengen. Hovedmålet med prosjektet Helse i plan er:

- å styrke folkehelsen ved å forankre ulike folkehelse tiltak, kommunalt og regionalt, ved bruk av plan- og bygningsloven som verktøy.
- å utvikle og legge til rette for oppbygging av plan- og prosesskompetanse i helsesektoren (Bergem 2009).

2.7 Planlegging etter plan- og bygningsloven

Friedmann (1987) beskriver samfunnsplanlegging som en aktivitet der en knytter sammen kunnskap til handling for å utvikle samfunnet i den retning man ønsker. Hvordan dette skal foregå har man gjennom planleggingens historie søkt løst på forskjellige måter. Etter 1945 var planleggingsteoriene og planleggingsidealene preget av en instrumentell tilnærming til planlegging (Kristansen 2006). Brox (1995) viser til at planlegging var et nøkkel- og honnørord for moderniteten. Moderniteten kan karakteriseres med synet på at vi kunne oppnå kontroll over skjebnen, med hjelp av kunnskap og planlegging. Våre fysiske omgivelser kunne formes av fagfolk, og økonomien kunne styres og ingenting behøvde å overlates til tilfeldighetene. Troen lå på den rasjonelle tenkningen, fornuften og målet om utvikling og vekst.. Samfunnet visste at det var på vei til en høyere form for sivilisasjon, og ved hjelp av planlegging var det mulig å finne veien dit (Brox 1995).

Utover på 70- og 80-tallet i viste det seg at den instrumentelle planleggingen var lite dynamisk, og det ble klart at planleggingens instrumentelle rasjonalitet ikke bare løste problemer, men også

skapte nye problemer. Brox (1995) sier at mesteparten av det onde som rammer mennesker er ikke planlagt, men det onde er uforutsette følger av planlagte tiltak.

Den instrumentelle tilnærmingen ble kritisert for å undertrykke forskjellige måter å leve på og dens manglende forståelse for kulturelle og moralske temaer (Healey 1997). I planleggingsteorien utviklet det seg etter hvert alternative teorier basert på en forståelse av at kunnskap og verdier ikke hadde uavhengig eksistens eller var objektive, men heller ble konstituert gjennom interaktive prosesser (Kristansen 2006). Planlegging ble sett på som sosiale prosesser hvor måter å tenke, vurdere og handle aktivt på ble konstruert av Deltakerne i prosessen (Healey 1997).

Kristiansen (2006) viser til Friedmann (1987) og Healey (1997) som beskriver at å knytte kunnskap til handling for å skape samfunnsutvikling, krever en bredere deltagelse i planleggingsprosesser. Gjennom dette har det vokst frem planleggingsteorier som i økende grad er opptatt av medvirkning og deltagelse fra flere. Gjennom inkluderende prosesser med dialoger basert på Habermas' teorier om kommunikativ handling skulle man få en informert og demokratisk forankret planlegging. Disse teoriene går gjerne under fellesnevneren "kommunikativ planlegging" (Amdam 2006).

Den første alminnelige bygningsloven ble vedtatt i 1845. Loven har hatt stor betydning som et sentralt verktøy for utforming av det fysiske miljøet i Norge siden den gang. Loven har vært omstridt, og kanskje det mest prinsipielle tema for diskusjon har vært at loven har hindret den frie utforming, og derigjennom utnyttelse av privat eiendom. Men til tross for motstand, er loven blitt sett på som en absolutt nødvendig forutsetning for å ha en samfunnsmessig styring med utbygging i landet (Brattberg 1995).

Samfunnsutviklingen har hatt en rivende utvikling siden 1845, og dette har ført til stadig nye endringer av loven. De første store endringene av loven skyltes bruk av nye bygningsmaterialer og økte krav til boligstandard. Sunnhetsloven fikk stor betydning for utvikling av loven. Epidemier og kroniske sykdommer medførte store samfunnsmessige omkostninger, og det var derfor av stor betydning å motvirke sunnhetsfarlige boliger, arbeidsplasser og sikre god vannkvalitet (Brattberg 1995).

Fra midten av 1950-tallet begynte man med storstilt utbygging av nye bolig- og industriområder. Det resulterte i en aktualisering av problemstillingene rundt bruken av areal, noe som førte til en ny bygningslov i 1965. Loven omhandlet nå også planlegging, men da kun fysisk planlegging.

Loven førte imidlertid til en mye større grad av detaljregulering, og systemet ble tungrodd. Den alminnelige demokratiseringen i samfunnet førte til krav om oppmykning av lovverket. Endringer i samfunnet krevde fysiske og økonomiske tiltak. Det viste seg derfor at planlegging måtte omfatte både fysiske, økonomiske og sosiale forhold. Resultatet ble utviklingen av plan- og bygningsloven av 1985. Loven fastholder prinsippene fra den tidligere lovgivingen, men utvider og presiserer krav om kommunal og fylkeskommunal planlegging (Brattberg 1995). Hensikten med kommuneplansystemet etter plan- og bygningsloven fra 1985, var å skape en plattform for både langsiktig og kortsiktig oversiktsplanlegging. Kommuneplanen skulle erstatte deler av sektorplanene. Forutsetningene var at sektorene skulle bidra til utarbeidelsen av kommuneplanen gjennom forslag og erfaringer på eget felt og på den måten skulle planen gi rammer og retningslinjer for den videre planleggingen innenfor sektorene. I praksis betyr dette at det legges opp til at plan- og bygningsloven skal være det eneste planverktøyet som kommunen skal ta i bruk i sin sektorplanlegging (Moltumyr 2003).

2.8 Ny plan- og bygningslov i 2009

I 1998 oppnevnte regjeringen et planlovutvalg for gjennomgang og ajourføring av eksisterende plan- og bygningslov. Planlovutvalget har levert to delutredninger. I andre delutredning (NOU 2003:14 Bedre kommunal og regional planlegging) konkretiserer utvalget at plan- og bygningsloven er en sentral samfunnsplanleggings- og samordningslov tilrettelagt for ulike sektor- og interessebehov.

Planlovutvalgets ulike forslag inneholder sentrale elementer og forslag til virkemidler for hvordan planverktøyet kan tas i bruk, blant annet i folkehelsearbeidet. Samfunnsdelen skal, i følge planlovutvalget, inneholde en beskrivelse og en vurdering av alternative strategier for samfunnsutvikling og for sektorenes virksomhet. I tillegg skal samfunnsdelen inneholde en langsiktig arealstrategi (NOU 2003:14). Forslaget om kommuneplanens samfunnsdel bygger på erkjennelse om at sammensatte samfunnsutfordringer som blant annet helsemessige forhold, ofte er påvirket av faktorer som befinner seg i andre samfunnssektorer. Samfunnsdelen blir dermed et sentralt virkemiddel for tverrfaglige og tverrsektorielle tiltak. Bedre integrering og forankring av folkehelsearbeidet i kommune- og fylkesplaner forutsetter også nødvendig plan og prosesskompetanse i helsesektoren (Moltumyr 2003).

Planlovutvalget foreslo å styrke kravet til medvirkning i ny plan- og bygningslov. Det er ofte enkeltindividene, grupper eller ulike lokalsamfunn som opplever summen av manglende

offentlig samordning av ulike tiltak. Et sterkere medvirkningselement i planprosessen på ulike nivåer vil derfor være et viktig bidrag til å få fram mer helhetlig og relevante tiltak som er mer i samsvar med de behov og interesser publikum har (Moltumyr 2003).

2.9 Medvirkning i plan- og bygningsloven

Planlovutvalgets første delutredning (NOU 2001:7) definerer medvirkning slik:

”med medvirkning menes enkeltpersoner og gruppers rett til å delta i og påvirke beslutningsprosesser. Medvirkning betyr at innbyggerne i et samfunn er med på å selv å planlegge sin framtid.”

Medvirkningsprosesser i planlegging har tradisjonelt hatt som hovedmål å forankre planer hos innbyggere, og å fremme kreativitet i form av ideer og ønsker til aktuelle planer fra lokalsamfunn. Medvirkningsprosessene har hatt som formål å bidra til bedre planer, lette gjennomføringen av planer, forankre planen hos innbyggerne og bedre beslutningsgrunnlaget for politikerne. I et helsefremmende perspektiv vil også medvirkningen i seg selv kunne bidra til kvalifisering og styrking av befolkningens grunnlag for å kunne mestre eget liv og bli aktive samfunnsborgere. Teori og verdigrunnlaget for prosjektet ”helse i plan” beskriver betydningen av brukermedvirkning og hvordan brukermedvirkningen kan følge hele prosessen til ferdig tiltak (Helse og omsorgsdepartementet 2005). Deltagelse og medvirkning fra sivilsamfunnet er sett på som en kvalitativ bærebjelke i fysisk planlegging. Medvirkning i planlegging forstås ofte som en aktivitet der befolkningen har en rett til å delta ut over den medvirkning som man kan si ligger i det representative demokratiet (Falleth 2008).

Medvirkningstankegangen kom inn i planleggingsfaget i utviklingen av ny planleggingslov på slutten av 70.tallet. NOU 1977: ”Ny planleggingslov” hadde intensjon om å:

- legge opp til en aktiv opplysningsvirksomhet fra det offentlige side til brukerne og allmennheten om planleggingsaktiviteten, og
- gi adgang til aktiv deltagelse i planleggingsprosessen for planer som omhandler utforming og/eller endringer av nærmiljøene.

NOUen begrunner, spesielt det siste punktet med at enkeltmennesker og lokalsamfunn har gitt uttrykk for at beslutninger av betydning for deres framtid skjer over hodene på dem. Disse forholdene gjør det nødvendig med større grad av desentralisering, bedre informasjon og større medinnflytelse fra personer og grupper som blir berørt av planlegging (Holsen 2000).

Det er regler om medvirkning i dagens plan- og bygningslov. Bestemmelsen sier at ”planleggingsmyndighetene i stat, fylkeskommune og kommune skal fra et tidlig tidspunkt i planleggingsarbeidet drive en aktiv opplysningsplikt ovenfor offentligheten. Berørte enkeltpersoner og grupper skal gis anledning til å delta aktivt i planprosessen” (Miljøverndepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet 1985, §16-1).

Plan- og bygningsloven beskriver et minimumsopplegg for medvirkning der allmennheten skal informeres gjennom kunngjøringer om oppstart, høring og vedtak av planene. Det praktiseres dermed medvirkningsformer som spenner fra kunngjøringsformer som et minimum til ulike former for høring og aktiv deltagelse (Holsen 2000).

Det er i stor grad opp til planmyndighetene å avgjøre både omfang og innhold i slik medvirkning (Wøhni 2007). Holsen (2007) skiller her mellom samordning og medvirkning. Med ”medvirkning” forstås det i denne sammenhengen, den rettigheten som befolkningen har til å medvirke i planprosesser. Med ”samordning”, menes det kommunens samordning med andre offentlige myndigheter på sentralt, regionalt og lokalt nivå.

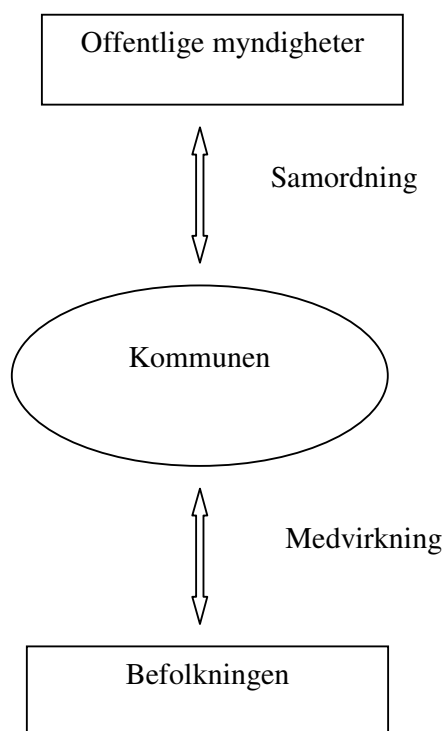


Fig. 2 fra Holsen (2007) som viser forskjell mellom samordning og medvirkning

Holsen (2000) viser videre til at det må skilles mellom medvirkning og forhandlinger. Tanken bak forhandlinger er at dette er en måte å komme fram til et mulig resultat. I motsetning til i en medvirkningsprosess, som forutsetter at alle interesser skal kunne delta, er en forhandling

forbeholdt identifiserte parter (Holsen 2000). Innen planlegging etter plan- og bygningsloven, brukes forhandlinger som redskap for å forsøke å få parter til å komme til enighet i klagesaker eller tvister. Forhandlinger i planlegging kan i den forbindelse ikke sies å være medvirkning. Medvirkning skal fokuseres på mulighetene for bred deltagelse fra forskjellige grupper og enkeltindivider med ulike ståsteder og ressurser (Holsen 2000)

Medvirkning i planlegging har mange ulike forståelser og innhold. Medvirkning som begrep benyttes for å beskrive både deltagelse i utforming av planer, politisk behandling og vedtak samtidig som medvirkningsbegrepet brukes for å beskrive at både utbyggere, berørte, allmennheten, saksbehandlere og politikere er delaktige i planprosessen.

Holsen (2000) gjør en nærmere beskrivelse av medvirkningsbegrepet i forhold til fem ulike inndelinger av bruken innen planlegging.

- Hva medvirkning går ut på
- Hvordan medvirkning foregår
- Når medvirkning foregår
- Hvilket plannivå man medvirker på
- Hvem medvirker

Det første punktet dreier seg om *hva medvirkning skal gå ut på*. Her skiller Holsen (2000) mellom medvirkning i planprosessen og planvedtaket. Første del omfatter medvirkning i planutformingen. Det kan være ved å legge strategiske mål, premisser eller forslag til konkrete planløsninger. Andre del omfatter medvirkning i beslutningsfasen. Det vil si politikere med stemmerett.

Hvordan medvirkning skal foregå er et forhold som omhandler hvordan kommunikasjon skal foregå i medvirkningsprosessen. Holsen (2000) skiller her mellom enveismedvirkning og toveismedvirkning. Enveismedvirkning kan karakteriseres som informasjon eller respons fra myndighetene eller fra allmennheten. Kommunikasjonen kan gå fra myndighetene til befolkningen (top-down) eller fra befolkningen til myndighetene (bottum-up). Holsen (2000) beskriver også respons fra befolkningen som en slik enveiskommunikasjon. Dette begrunner han ved at responsen kommer som et resultat fra myndighetenes forespørsel. Responsen eller medvirkningen i dette tilfelle er ikke initiert av befolkningen på egenhånd, men det svares mer på et spørsmål fra myndighetene. Toveiskommunikasjon dreier seg om at det oppstår en gjensidig kommunikasjon mellom myndighetene og befolkningen. Partene reagerer på innspill og utformer resonnementer ut fra slike innspill. En toveiskommunikasjon kan være karakterisert

som passiv og aktiv deltagelse. Med passiv deltagelse menes her at medvirkningen er basert på et foreslått planforslag. Planprosessen har da gjerne vært startet opp og en rekke ideer og løsninger er allerede foreslått. En aktiv toveismedvirkning dreier seg om at det er en toveis kommunikasjon gjennom hele planprosessen. Befolkningen får anledning til å ta del i utformingen av planen fra et tidlig tidspunkt.

Neste punkt er *når medvirkningen skal foregå*. Medvirkning kan følge prosessen fra første ide til siste ord. Holsen (2000) deler prosessen inn i *tidlig planprosess*, ved *offentlig ettersyn* og i *sluttprosessen*. Med *tidlig planprosess*, menes idefaser, målsettinger og utforming av konkrete planforsalg. Ved *offentlig ettersyn* gis det mulighet til å medvirke i form av uttalelser på forskjellige måter når planen blir lagt ut til offentlig høring. *Sluttprosess* betyr i første rekke klagerett etter forvaltningslovens bestemmelser. Den største muligheten for å få påvirket en plan, anses å være i den tidligste fasen av prosessen. Betragtningen om viktigheten av god medvirkning tidlig i planleggingen bygger på forutsetningen om at god medvirkning gagnar planene eller gjennomføringen (Wøhni 2007). Uansett om planens resultat blir bedre eller dårligere som følge av medvirkning, er det på det rene at medvirkning tidlig i fasen vil ha større mulighet til å påvirke sluttproduktet og sluttresultatet (Amdam 2000). Når medvirkningen skal foregå i en planprosess har også noe med grad av engasjement. Wøhni (2007) viser til at engasjementet for medvirkning er omvendt proporsjonalt med grad av påvirkningsmulighet. Det typiske bildet er stort engasjement ved oppstart av et tiltak eller ved anleggsstart, men engasjementet burde ha vært når planarbeidet startet opp.

Neste forhold ved medvirkning er *hvilket plannivå medvirkningen skjer på*. Holsen (2000) skiller her mellom medvirkning på overordnet nivå, og medvirkning i detaljplanlegging. Medvirkningen på et overordnet plannivå vil kunne bidra til å utvikle strategier og mål. Dette er ofte relatert til kommuneplaner eller andre overordnede planer. Å medvirke i utviklingen på et detaljert nivå, vil si konkret utforming av det fysiske miljøet i lokalbefolkningens egne områder. Dette kan være relatert til reguleringsplaner eller kommunedelplaner for konkrete tiltak som veier, jernbane eller lignende.

Det siste aspektet er *hvem som skal medvirke*. Her skiller Holsen (2000) mellom lik rett for hele befolkningen, og medvirkning fra definerte grupper. Lik rett til deltagelse gir en mulighet for alle til å medvirke, herunder enkeltindivider, interessegrupper eller organisasjoner. På den andre

siden har man medvirkningsmulighet kun for enkelte definerte grupper, slik som barn, unge, eldre og funksjonshemmede.

2.10 Graden av medvirkning

Uansett hvem, hva, hvor og når medvirkning foregår, er graden av medvirkning en egen sak. Medvirkning i planlegging kan oppfattes på flere måter. Wøhni (2007) og Sager (1991) gir en beskrivelse av medvirkning der graden av medvirkning består av en skala, med liten grad eller fravær av medvirkning på den ene siden og stor grad av maktoverføring i form av beslutningsrett og styring på den andre siden. Liten grad av medvirkning preges av enveisinformasjon fra myndighetene til befolkningen om hva planforslaget består av, samtidig som det gis formell mulighet til å gi tilbakemelding. Dette er slik Holsen (2000) beskriver som enveismedvirkning og en top-down prosess. Hensikten med slik medvirkning er ofte for å oppfylle minstekravene i plan- og bygningsloven eller forsøk på å forankre planen hos befolkningen. Med stor grad av medvirkning er prosessen representert med det Holsen (2000) beskriver som en toveis aktiv deltagelse, der forslag til plan utvikles som et felles prosjekt, og den formelle beslutningsprosessen kan oppfattes som en ren formalitet etter at debatten er avklart i det offentlige rom.

Arnstein (1969) kom med sin toneangivende artikkel "A ladder of citizen participation" som omhandler graden av medvirkning systematisk satt opp som en stige med åtte trinn. I artikkelen tar hun opp hvilke nivåer som finnes av befolkningsmedvirkning og hva som kjennetegner dem. Arnstein viser til at medvirkning fra befolkningen uten at medvirkningen går videre, som redistribusjon av makt, er en tom og frustrerende prosess for de uten makt. For aktører som har makt tillater dette derimot at de kan hevde at alle sider ved en sak er vurdert, og bruker dette til de gagnes fordel. Befolkningsmedvirkning er en term for befolkningsmakt. Når medvirkningen redistribuerer makt til svakere grupper som i utgangspunktet ikke har makt til å påvirke, gis befolkningen for eksempel mulighet til å være med og bestemme hvordan informasjon skal fordeles og hvordan mål og politikk skal være.

2.11 Helsefremmende arbeid

Innen helsefremmende arbeid er befolkningsdeltagelse og empowerment et nøkkelbegrep, da det hevdes at veien til en bedre folkehelse går via en omfordeling av makt i samfunnet (NOU 1998:18, Ottawa 1986).

Helse er et mangslungent begrep. Allerede i 1946, definerte WHO helse som: *Med helse må forstås at menneske ikke bare er fri for sykdom og svakhet, men at det nyter fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære* (Fosse 1999). I tråd med denne definisjonen oppsto begrepet helsefremmende arbeid. På Ottawa-konferansen i 1986, ble strategiene for helsefremmende arbeid utformet. Her vises det til at helsefremmende arbeid dreier seg om å øke enkeltindividets og gruppers mulighet for kontroll med faktorer som virker inn på helsen (Ottawa-charteret 1986). Helse blir dermed også en ressurs som kan gi motstand mot sykdom.

I denne utviklingen blir det helsefremmende arbeidet i noen tilfeller satt opp mot det tradisjonelle sykdomsforebyggende arbeidet, som fra tidligere har vært hovedstrategien innen folkehelsearbeidet (Mæland 1999). Noe av forklaringen til dette kan være at de bygger på ulike tradisjoner og vitenskapsteoretiske grunnlag. Tonnes & Green (2004) beskriver at sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid er gjensidig utfyllende, men med ulik vektlegging av enkelte forhold. Eksempelvis kan empowerment være et mål i det sykdomsforebyggende arbeidet, mens innen helsefremmende arbeid er empowerment beskrevet som både strategi og som mål i seg selv (Poland 2000). I Norge ble begrepet lansert i NOU (1998:18). Her legges det til grunn en forståelse av empowerment som muligheten til å definere egne problemer, ha egenskaper og evner til å ta ansvar for eget liv, ha frihet til å selv å bestemme og ha makt og mulighet til å finne løsninger. Stang (2003) viser også til at det er viktig å ta hensyn til maktaspektet når en omhandler begreper som empowerment, brukermedvirkning og bemyndigelse. Bemyndigelse innebærer både å gi eller overføre makt (Stang 2003). Hensikten med maktoverføringen er å utjevne maktubalanse, slik at parten med minst makt kan oppleve kontroll over faktorer som den anser som sentrale i sitt liv (Stang 2003, Friedmann 1992). St.meld.nr.16 (2002-2003) skisserer noen utfordringer for folkehelsearbeidet. Meldingen framhever at lidelser forårsaket av overvekt, fysisk inaktivitet og mistriivsel øker. Det gis eksempel på livsstilsvalg som årsak til dårlig helse. Dårlig helse forklares her med eksempelvis faren for høyt blodtrykk, høyt kolesterol og diabetes. Forebyggende tiltak/tilrettelegginger skal sørge for at folk tar sunne livsstilsvalg. Det kan da virke som et dilemma hvordan helsefremmende arbeid, med vektlegging av empowerment, skal bidra til å løse slike folkehelseutfordringer der individuelle livsstilsvalg som røyking, kosthold og inaktivitet er

problemstillingen. Tones & Green (2004) peker på at en slik fokusering på individets ansvar for helse og livsstil kan sammenlignes med det å klandre offeret (victim blaming). Uten at det tas hensyn til samfunnsmessige og miljømessige faktorer, kan en ensidig vektlegging av individets betydning, føre til økte sosiale forskjeller mellom folk. Ressurssterke personer med evne og kapital til å kunne gjøre endringer, vil kunne få størst nytte av tilrettelegginger for sunnere livsstilsvalg eller delta aktivt i planprosesser (Tones & Green 2004).

WHO sier at fundamentale forutsetninger for helse er fred, bolig, utdanning, mat, inntekt, et stabilt økosystem, bærekraftige ressurser, sosial rettferdighet og likeverd (Ottawa-charteret 1986). Dette ilegger helse også en politisk dimensjon, og forutsetter at samfunnet utformer en politikk som bygger på erkjennelsen av at determinantene for helse hører hjemme i alle samfunnssektorer. Videre er det viktig å vurdere politikk, strategi, program eller prosjekt i forhold til potensielle konsekvenser for helsen i befolkningen (Mittelmark 2001).

2.12 Kommunikativ planlegging

På den ene siden stiller politikere og utbyggere, krav om at en planprosess er som er mer effektiv, rasjonell og forutsigbar. Og på den andre siden er det et politisk krav om å demokratisere prosessen på en måte som kan motivere flere til å delta i planlegging og lokalpolitikk (Pløger 2002). Amdam & Amdam (2000) beskriver instrumentell og kommunikativ planlegging som to ytterpunkter. Den kommunikative planleggingen er fundamentert på Habermas teorier (kommunikativ rasjonalitet) om den ideelle samtalsituasjon basert på maktlikevekt og begrunnelsestvang (Amdam & Amdam 2000).

Norsk kommuneplanlegging har i hovedsak blitt fundamentert på en instrumentell rasjonalitet (Amdam 2000). Planlegging etter det instrumentelle idealet gjennomføres med et skille mellom mål og middel, og mellom plan og handling. Amdam (2000) argumenterer for at den instrumentelle logikken dominerer og fører til egoisme, klientifisering og fragmentering. Amdam (2000) argumenterer videre med at i praktisk planlegging, er det et mål å finne en balanse mellom den instrumentelle og rasjonelle logikken der den kommunikative rasjonaliteten må overordnes den instrumentelle.

Planlegging har blitt kritisert for å være styrt av eksperter og ofte tatt hensyn til forhold som kunne gå på tvers av lokalbefolkningens oppfatninger. Flere teoretiker har derfor ment at

planlegging ikke bare må forstås som en rettlinjet mål-middel prosess, men være mer interaktiv prosess der også verdier kunne diskuteres (Holsen 2001).

Kommunikativ planlegging er en av flere planleggingsteorier som knyttes til utvikling av samarbeidsplanlegging. Felles for disse teoriene er at de fokuserer på at planleggingsoppgaver må skje i en sterkere medvirkningskontekst og der bottum-up perspektivet må synliggjøres og tilrettelegges på en bedre og mer aktiv måte.

Teoriene om kommunikativ planlegging er prosessorienterte og bygger på en kommunikativ rasjonalitetstankegang. En avgjørende inspirasjonskilde til kommunikativ planlegging, er teoriene om dialog og kommunikativ handling fra den Tyske filosofen Jurgen Habermas. Han utformet teorier om demokratiske menings- og viljedannelser og søkte å gjenfinne hensikten med den demokratiske debatten i vår tid (Eriksen og Weigård 1999, Wøhni 2007). Habermas argumenterer for at vi bør skifte fokus fra en individuell, subjekt-orientert forestilling av fornuft, til en tankegang formet av intersubjektiv kommunikasjon. Ut fra en kommunikativ rasjonalitet og diskusjon følger en kommunikativ handling. Her vektlegges den frie utvungne debatten som grunnlag for de beste løsningene. Ved hjelp av en kommunikasjonsprosess, er det mulig å komme frem til enighet og gjensidig forståelse (Eriksen og Weigård 1999, Holsen 2000).

Ved å knytte Habermas teorier om kommunikativ handling, til planleggingsteorier som kommunikativ planlegging, er det nødvendig å forstå Habermas begreper om rasjonalitet. Habermas opererer med begrepene kommunikativ rasjonalitet og formålsrasjonalitet. Ved formålsrasjonelle handlinger, er handlingene rasjonelle i den grad de fører til måloppnåelse. I planleggingssammenheng kan denne rasjonalitetsforståelsen, knyttes til den instrumentelle planleggingen. Her er oppfatningen at objektiv kunnskap kan produseres gjennom en vitenskaplig, hypotetisk deduktiv prosess (Amdam 2000). Kommunikativ rasjonalitet handler derimot om å skape forståelse mellom to subjekter som inngår i en dialog. I en kommunikativ rasjonalitet, er rasjonaliteten knyttet til subjekt-subjekt relasjoner mellom kommuniserende og samhandlende individer. Deltakerne går inn i en samtale med det formål å oppnå gjensidig forståelse og konsensus omkring en situasjon slik at man kan koordinere handlinger (Eriksen & Weigård 1999). Den kommunikative rasjonaliteten kan fremme felleskap, handlingskapasitet og helhetstenkning både i samfunn og individ (Amdam 2000, Eriksen 1995). Habermas forklarer hvordan forståelse kan oppnås gjennom samtale og dialog, og hans formålpragmatiske teori forklarer hvordan formale kvaliteter ved språket vårt forplikter aktører rasjonelt til å opptre på

bestemte måter (Kristensen 2007). Når en aktør utfører en talehandling kan vi som lytter forvente at vedkommende forplikter seg på 3 ting: At utsagnet er sant, normativt riktig og subjektivt oppriktig ment (Eriksen og Weigård 1999). Dette kalles formalpragmatiske gyldighetskrav. Den saklige overbevisningskraft i argumentene er det som tillegges avgjørende vekt i denne søken etter en felles virkelighetsforståelse og en konsensus omkring handling. Habermas benytter begge formene for rasjonalitet i sin teori, men mener den kommunikative rasjonaliteten må overordnes den formålsrasjonelle. Habermas erkjenner at den formålsrasjonelle logikken er nyttig og nødvendig i en relasjon til den kommunikative rasjonalitet. Dette henger sammen med forholdet mellom menneskenes livsverden og systemverden. Habermas ser samfunnets økende differensiering i moderne tid som grunn til utviklingen av mer eller mindre atskilte system- og livsverdener. Dette innebærer at kulturelle, samfunnsmessige og personlige forhold som tidligere var integrert i menneskers livsverden, nå har skilt ut områder som økonomi og forvaltning til systemer styrt av formålsrasjonalitet (Eriksen og Weigård 1999). Eksempler kan være det Giddens (1997) kaller ekspertssystemer. Slik blir det moderne samfunn mer effektivt koordinert. Fra en deltagers ståsted er livsverdenen den bakgrunn som muliggjør kommunikativ handling, mens det fra et sosiologisk perspektiv består av kulturelle tradisjoner, samfunn og personlighet. Disse reproduseres gjennom hverdagspråket og dets gyldighetskriterier. I systemene, derimot, finner man de formålsrasjonelle handlinger og rasjonalitet. Med systemet menes ofte marked og byråkrati. Her er ikke rom for koordinasjon og språk, men makt og penger. Av og til gjøres også livsverden synonymt med "det sivile samfunn" (Kristensen 2007). Habermas kritikk og bekymring ovenfor det moderne samfunn, beskrives ved at systemverdener preget av formålsrasjonalitet har en tendens til å trenge inn over og "kolonisere" områder av livsverden der kommunikativ fornuft burde dominere (Eriksen og Weigård 1999).

Habermas har vist hvordan forskjellige diskurser blir betydningsfulle for kommunikative prosesser. En diskurs kan sies å være en sammenhengende rekke språklige enheter som utgjør en mening. Innenfor diskursen vil det være et sett med begreper, problemstillinger og formuleringer som ligger nedfelt i språket og som alle deler innenfor en gitt kultur. Amdam (2001), Kristensen (2007) beskriver ulike diskurser som Habermas mener bør etableres i en politisk prosess. Disse diskursene er betegnet som: *pragmatisk diskurs, en etisk-politisk diskurs, og den moralske diskurs*. *Pragmatiske diskurs* knyttes til formålsrasjonaliteten, og har som formål å finne ut hva som er mest hensiktsmessig for å nå et mål. Innenfor diskursen er det allerede felles moral og verdisyn.

Etisk-politiske diskurs handler om en kollektiv viljedannelse. Formålet er å søke felles idealer og felles verdier og hva som er til det beste for en felles kulturell enhet.

Moralske diskurs taler om hva som kan være en universell sannhet. Formålet er ikke lengre å finne hva som er rett for et gitt fellesskap, men hva som har universell rett. Den moralske diskurs forsøker å finne svar på tvers av interessekonflikter og ulike behov, med begrunnelse i en universell rett. En annen og ikke mindre betydningsfull diskurs i politiske prosesser, og i dette tilfelle en planprosess, har vi i den *juridiske diskurs*.

Juridiske diskurs er på en måte en samling av alle de andre diskursene. Men her er det ikke snakk om å komme til enighet eller finne frem til konsensus, men i beste fall finne frem til et akseptert kompromiss innenfor rammene av etablerte lover og regler (Amdam 2001).

For at diskursene skal kunne fungere og oppnå meningsdannelse eller viljedannelse, må de være tvangsfrie og gyldighetskravene om at deltakerne snakker sant, riktig og autentisk må være oppfylt (Amdam 2000). Pløger (2002) viser til hvordan Amdam & Amdam mener det er mulig å innløse Habermas kommunikative rasjonalitet innenfor det norske plansystem. Det argumenteres for en situasjon hvor de som ikke får gjennomslag for deres krav, visjoner og synspunkter kan akseptere dette som forståelig på bakgrunn av de begrunnelser og argumenter som blir fremført i prosessen og akseptere de kompromisser som er oppnådd.

I en ideell planprosess skal alle kunne levere bidrag, alle skal kunne problematisere alt, alle skal kunne introdusere ethvert nytt emne, uttrykke sine holdninger, behov og ønsker (Amdam 2000).

Deltakerne i diskursen skal også ha en form for oppdragelse, ved at de skal uttrykke seg forståelig, innrømme feil og kunne endre oppfatning om de blir møtt med et bedre argument.

Deltakerne skal også være motivert og ha ønske om å komme til enighet. I diskursen må de være likeverdige, frie og ha relativt samme kompetanse. Amdam (2000) viser til at i en planprosess er dette et ideal som man ikke kan forvente i praksis. Men Amdam (2000) beskriver at i en

kommunikativ planprosess som forsøker å finne konsensus, vil det finnes et problem som krever praktisk dømmekraft. Dette vil gjøre dem motivert til deltakelse. Denne felles problemstillingen vil bidra til å oppnå deler av gyldighetskravene som er beskrevet for diskursene. Praktisk i en planprosess er det viktig at man har en villig, kompetent og tillitsvekkende mellomposisjon.

Dette skal være en nøytral tredjepart som på grunn av sitt informasjonsnivå og sine analytiske evner kan luke ut uvesentligheter og manipulasjonsforsøk. Vedkommende skal se til at forutsetningene for kommunikativ rasjonalitet blir oppfylt. En planlegger kan være et eksempel på en person som kan ha denne rollen, om de er kompetente. I tillegg er det vanligvis nødvendig at ingen part med sterk innvirkning ekskluderes fordi disse da lett kan sabotere (Amdam 2000).

2.13 Demokrati og medvirkning

Både realhistorisk og idehistorisk, ble demokrati og medvirkning fremmet allerede i Hellas for 2500 år siden. I antikken var ikke spørsmålet om hvem som styrte eller hadde makten så vesentlig. Men det var mer spørsmål om hvordan man styrte og hvordan man brukte makten. Det som gjorde styresmaktene gode, var de som styrte i henhold til allmenninteressen. Til tross for det, har ikke ideene om demokrati og medvirkning fra befolkningen vært en selvfølge frem til i dag. Eikeland (1997) beskriver at det er først i det 20. århundre at en form for representativt demokrati med allmenn stemmerett har fått fotfeste, og at det er først etter 1970 at medvirkning har fått allmenn aksept som en positiv ting.

Fra 1600 tallet begynte sterke krefter å mene at fornuft, saklighet og kunnskap måtte danne grunnlaget for stat og samfunn, snarere enn religiøs begrunnelse for all orden. Gud ble byttet ut med kongen og det opplyste eneveldet. Utviklingen av demokratier førte senere til at kongens vilje ble byttet ut mot folkets vilje på toppen. Demokratene hadde likevel ikke detronisert de sentrale statsapparatene som eneveldet påbegynte oppbygningen av. Byråkratiene ble perfektionert og bygget ut. Eikeland (1997) beskriver dette som at det organisatoriske forholdet mellom tenkning, planlegging, beslutning og kontroll på den ene siden og gjennomføring og iverksetting på den andre siden har i alle tilfeller vært tenkt rent teknisk- instrumentelt. Enten det er kongen, folket, arbeiderklassen eller aksjeselskap, så anvender byråkratiet verktøy for å lage det ene eller andre produktet (Eikeland 1997). Dette systemet hadde en klar oppfatning om at fornuften var deduktiv, formell og objektiviserende. Byråkratisk regel- og kompetanseforvaltning baserer seg på at likebehandling og profesjonell faglighet går hånd i hånd.

For mange fortøner flere av de mest avgjørende begivenhetene i dette århundre seg som utslag av en ekstremistisk, overdreven og derfor urealistisk fornuftstro og rasjonalisering. Den ekstreme fornuftstro slår om i ren ufornuft. Zygmunt Bauman er kjent for sin tese om at Holocaust var en nærmest logisk konsekvens av en byråkratisk logikk, og modernitetens tro på fornuft og fremskritt (Eikeland 1997, Brox 1995).

Samfunnsutviklingen i tidlig etterkrigstid var styrt med vekt på industri- og velferdspolitikk (Aarsæther 2001). Skjermheim sier i sin kritikk av systemet, at Arbeiderpartiet innførte positivismen til Norge i denne perioden (Slagstad 1998). I denne periode ble det lagt et perspektiv på politikken, der Arbeiderpartiets langvarige flertallstyre ønsket å videreutvikle seg fra en bevegelse med spesifikke klassemål, til en bred folkebevegelse med ambisjon om å realisere et samfunn som var godt for alle lag og grupper. Gerhardsens arbeiderpartistat kan i

denne forbindelse fremsettes som ”det stor hamskiftet fra sosialisme til teknokratisk styringsideologi” der målet om større velferd for de brede lag skulle virkeliggjøres gjennom raske fremskritt på alle samfunnsområder (Weigård 1995). Slagstad (1998) beskriver dette med at Arbeiderpartistaten var et kunnskapsregime i den forstand at det moderne Norge skulle skapes gjennom vitenskapens mobilisering med vitenskaplige profesjoner som forgangspersoner for den sosialdemokratiske reformpolitikk. Regjeringen i denne perioden ble blant annet sammensatt med en rekke perifere politiske, men faglig sentrale personer som skulle påvirke både utviklingen av blant annet helsetjenesten, utdanning, forskning og industri/velferdsutviklingen (Weigård 1995).

Konkret hadde Arbeiderpartiet utpekt skole, helse og samferdsel som satsingsfelt tidlig på 1950-tallet. Men det var skole og helse som fikk prioritet, og ikke før på slutten av 60-tallet fikk samferdsel og veiutbygging prioritet. Veiutbygging skulle løftes ut av det som ble kaldt politikken tilfældige spill. Veiseksjonen fikk da et system med langsiktighet og en økonomi som kun kunne sidestilles med forsvaret. Det ble utarbeidet en lagtidsplan for et moderne veinett ut fra teknisk-økonomiske analyser (Slagstad 1998). Slagstad (1998 s. 307) beskriver dette i en kritisk vending, med at vi i dag kan se resultatene av at vi i det protestantiske Norge har et femte evangelium-” *Samferdselsevangeliet*”: *et ramponert samfunnslandskap iscenesatt av en etat hinsides enhver samfunnsøkonomisk styring.*

I løpet av 1960-tallet begynte forskere å sette spørsmålstegn ved teorien om elitedemokratiet og begynte å foreslå alternative teorier. Et mer positivt syn på politisk deltagelse vant frem, og det ble fremmet teorier om et deltagerdemokrati. Teorien om deltagerdemokratiet er, i motsetning til den elitistiske teori, deltakelse i politiske beslutninger av grunnleggende betydning. Folks makt ligger i medbestemmelse over saker som påvirker dem, og demokratiet er realisert når folk har samme evne til å øve innflytelse over sakene. Fremfor alt legger teorien om deltakerdemokrati vekt på medvirkning på de steder hvor folk tilbringer det meste av sin tid. Begrunnelsen er dels slik at medvirkning er viktig i seg selv, men også at den gir ferdigheter for deltakelse på andre områder i politikken. Teorien om deltakerdemokrati har med andre ord et dynamisk element og bygger på antagelsen om at folks evne til å delta i politiske beslutninger styrkes gjennom praksis (Bergh 1983).

St.meld.nr.33 ”Eit sterkt lokaldemokrati” (2007-2008) beskriver en utfordring ved fallende valgdeltakelse, færre folkevalgte og færre partimedlemmer. Samtidig brer andre former for

deltakelse og engasjement knyttet til lokalpolitikk om seg. Dette kommer til uttrykk ved at deltagelse i demonstrasjoner og underskriftskampanjer har økt over tid. Stortingsmeldingen visert til at stadig flere tar direkte kontakt med politikere og offentlig forvaltning i stedet for å gå vegen om de politiske partiene. Det kan på bakgrunn av dette virke som om befolkningen velger å engasjere seg i enkeltsaker der de ikke behøver å forplikte seg til kontinuerlig og langsiktig arbeid. Utviklinga går fra et kollektivt til et mer individuelt politisk engasjement. Altså fra fokus på saker med kollektive siktemål, til saker som gjelder en selv (St.meld.nr. 33 2007-2008). Friedmann (1992) mener at videre utvikling må basere seg på å styrke relasjonene mellom den sosiale makten i det sivile samfunnet og den politiske makten til de folkevalgte.

2.14 Empowerment

Som vi har sett tidligere er empowerment et kardinalprinsipp innen helsefremmende arbeid. Empowerment har blitt et populært begrep, men med en uklar definisjon. Bruken og definisjonen av begrepet avhenger av konteksten og hvilken sammenheng det brukes i. Empowerment kan bli forstått både som en prosess og som et resultat av en prosess, da i betydning av å være et produkt (Hannestad 2007). Askeim (2007) viser til et grunnleggende element i begrepet empowerment, som synes å være felles for de ulike tilnærmingene til begrepet. Alle tilnærminger til empowerment deler et positivt syn på mennesket, der mennesket er et aktivt og handlende subjekt, som vil og kan sitt eget beste hvis forholdene legges til rette for det. Amdam (2006) og Amdam (2007, 2001) knytter begrepet empowerment til planlegging ved at befolkningen eller lokalmiljøene blir i stand til å øke sin forståelse og kontroll i lærende organisasjoner. I følge Amdam, kan den kommunikative planleggingen bidra til kapasitetsbygging med mål og resultat om å øke individuelle og kollektive mestringsevner. Empowerment planlegging skal kunne engasjere det sivile samfunnet, herunder enkeltindivid, grupper, foreninger og organisasjoner i aktiv planleggings- og utviklingsprosesser. Disse gruppene skal ikke bare være med, de må oppnå reel og likeverdig deltagelse. Empowerment blir ofte oversatt og sidestilt med bemyndigelse (Stang 2003, Hannestad 2007, Elvekrok 2006), men empowerment kan også være et mer innholdsrikt begrep. Empowerment kan bety maktoverføring gjennom opprør eller delegering. Empowerment kan også vise til intra-psykiske prosesser der folk får en følelse av makt og myndighet, eller begrepet kan knyttes til beslutninger på samfunnsnivå for å tilrettelegge for at folk får mer kontroll over forhold som direkte eller indirekte påvirker helsen. I forhold til beslutninger på samfunnsnivå, er det begrenset hvor mye bemyndigelse det er åpning for.

2.15 Oppsummering

Som vi har sett i dette kapitlet, ble det fremmet alternative teorier innen for helsetjenesten og innen planlegging. Vi har sett en dreining innenfor helse fra et system som var bygd opp rundt vitenskap og profesjonell kunnskap, der profesjonelle aktører hadde stor makt, til et helsebegrep som ivaretar kompleksiteten og flerfagligheten, herunder erkjennelsen av at folkehelsearbeid i større grad må ta utgangspunkt i å beholde god helse.

Innenfor planlegging har vi sett at en utvikling i planteorier fra en ensidig fokusering på instrumentell og top-down planlegging, til mer fokus på tverrfaglig, kommunikativ og bottum-up planlegging.

Innenfor demokratiutviklingen har vi sett på utviklingen fra et deduktivt til et induktivt system. Det har gått fra et system der enkeltindivider er sett på som objekter, til et system med mål om en deliberativ politikk der medvirkning og deltagelse skal føre til et subjekt-subjekt forhold mellom innbygger og byråkrati.

3 METODE

3.1 Casestudie

Oppgavens hoveddel er en undersøkelse av to konkrete plansaker i to ulike kommuner i to ulike fylker. Jeg beskriver disse to plansakene som et casestudie, da det er to dybdestudier som kan belyse medvirkning i planlegging etter plan- og bygningsloven. Sammen med data fra evalueringen til Møreforskning og dokumentstudier, vil dette danne en fylldig beskrivelse av studieobjektet. Casene er valgt ut fra utvalget av kommuner innen evalueringsoppdraget til Møreforskning. Andersen (1997) hevder at det ikke foreligger en klar definisjon av casestudier, men det vises til at casestudier er studier av ulike spørsmål der studieobjektet befinner seg i sin naturlige setting. Casestudier er opptatt av kontekst, prosess og mening, der en studerer noe i et helhetsperspektiv og er opptatt av å skaffe seg dybdeinnsikt i det som skal studeres og hvordan de ulike involverte aktørene fortolker dette (Andreassen 2004). I denne oppgaven er det en plansak med tilhørende planprosess og alle aktører, herunder berørte parter, planmyndighet og tiltakshaver som er aktører. Andersen (1997) beskriver fire idealtyper av casestudier i forhold til om studiene er deskriptive eller analytiske, kombinert med om casene er en gitt populasjon eller et teoretisk definert fenomen.

1. A-teoretiske studier som er deskriptive innen en definert og gitt populasjon.
2. Fortolkende studier som er deskriptive innen et teoretisk fenomen.
3. Teorigenererende studier som er analytiske innen en definert populasjon.
4. Teoriutviklende casestudier som er analytiske innen et teoretisk fenomen.

Plansakene som er valgt som case og tematiseringen, blir i denne oppgaven konstruert som et teoriutviklende casestudie. Et teoriutviklende studie bygger på valg mellom alternative teoretiske tolkningsrammer for å identifisere en ramme der case utfordrer eller åpner muligheter for teoretisk fordykning (Andersen 1997). Teoriutvikling i denne sammenheng består av å vurdere teorier og begreper innen helsefremmende arbeid, kommunikativ planlegging og medvirkning mellom alternative oppfatninger som eksisterer i casen. Ved at jeg også forklarer og tolker plansakene i lys av teoriene, så vil dette studiet også ha grad av fortolkende casestudier.

3.2 Kvalitative forskningsintervju

Tilgangen til data har blant annet skjedd gjennom kvalitative, semistrukturerte forskningsintervjuer. Det kan defineres som ”...*et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene.*” (Kvale 2001 s.21).

Denne undersøkelsen tar sikte på å fokusere på den forståelsen som oppstår gjennom samtaler/intervju med de menneskene som skal forstås (Kvale 2001). Forskeren ”eier” situasjonen og definerer i stor grad hva som tas opp i intervjuet (Kvale 2001). Kvale (2001) beskriver at et forskningsintervju har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene. Dette problematiserer Kalleberg (1996) gjennom begrepet ”dobbelt-dialog”. Med det menes at samfunnsforskere studerer vesener som, i likhet med dem selv, tolker og omtolker virkeligheten. Samfunnsforskeren må derfor tolke en allerede tolket virkelighet. Hem (2003) svarer dette fenomenet med å beskrive hvordan dialogen i forskningen kan bidra til en relasjonell/sosial konstruksjon av mening.

Ettersom intervjuene ikke dreier seg om informantene som personer, men som representanter for et politisk og faglig felt, er det ikke bare personenes livsverden som kommer til uttrykk i intervjuene, men også personenes beskrivelse av systemverden som danner byråkratiet og formelle plankrav etter loven.

Undersøkelsen ble søkt godkjent av NSD, da det ble brukt opptaker under intervjuene. NSD godkjente studien under prosjekt nr. 20981 *Folkehelse i planlegging*.

3.3 Tematisering og intervjuguide

Intervjuene som ble gjennomført på vegne av evalueringen til Møreforskning ble gjennomført etter en intervjuguide som ble tilsendt intervjuobjektene på forhånd. Intervjuguidene ble brukt som utgangspunkt, men ble ikke fulgt slavisk. Guidene inneholdt de spørsmålene som var viktige å komme inn på. Tema for intervjuene var både partnerskap for folkehelse og helse i planlegging.

Intervjuene som ble gjennomført med bakgrunn i de valgte plansakene, tok utgangspunkt i medvirkning som begrep, og hvordan intervjupersonene selv og den organisasjon de representerte, oppfattet medvirkning og medvirkningens hensikt i lys av den konkrete plansaken. Det var viktig å få frem utviklingstrekk som de konkrete plansakene er uttrykk for eller eksempel på i forhold til medvirkning.

3.4 Kvalitativt forskningsintervju - valideringsproblematikk

Å rekonstruere handlinger i ettertid har noen metodiske svakheter. Jeg som forsker har konstruert fortellingen ut fra informantenes utsagn. Slik er det blitt dannet et bilde av de ulike forståelsene som aktørene har presentert. Jeg har forsøkt å gå inn i en kommunikativ prosess hvor både forsker og intervjupersonene lærer og forandrer seg i løpet av dialogen. I dette ligger også en form for kommunikativ validering (Kvale 2001) ved at jeg underveis i intervjuene spurte om jeg hadde tolket riktig. En videre kommunikativ validering har skjedd ved at informanter har fått lese transkriberingene, og ved at jeg har tatt kontakt med dem i ettertid ved uklarheter. Ved at jeg har møtt intervjupersonene to ganger, først gjennom intervjuene sammen med Møreforskning og deretter i intervju i forbindelse med plansakene, har dette gitt mulighet for å utvikle ny kunnskap og forståelse av begreper.

3.5 Dokumentstudier

Undersøkelser av plandokumenter og saksframlegg for de valgte plansakene har inngått som grunnlag for analyse og drøfting i denne oppgaven. Data fra dokumentstudier skiller seg fra primærdataene i denne undersøkelsen, som er kvalitative forskningsintervju. Den betydelige forskjellen er slik Thagaard (1998) beskriver det, at data fra dokumentstudier er skrevet med annet formål enn det forskeren skal bruke dem til. I denne undersøkelsen er det lett etter beskrivelser og begrunnelser i dokumentene som omhandler tematiseringen i undersøkelsen. Jeg har lett spesielt etter bruken av begrepet medvirkning i saksdokumenter for de to casene, og hvordan dette begrepet er plassert i forhold til annen litteratur.

3.6 Anonymitet

Casene som er valgt i denne oppgaven er ikke anonymisert. Casene er offentlige planprosesser, og det er kun benyttet offentlig tilgjengelige dokumenter eller saksutredninger. Dette henger også sammen med at medvirkning etter plan- og bygningsloven er en formell medvirkningsprosess, der alle innspill eller uttalelser er kjent og blir offentliggjort.

Jeg har valgt å anonymisere deltakerne i intervjuene i forbindelse med plansakene i form av å ikke bruke deres navn. Anonymiseringen blir ikke fullstendig fordi plansakens deltagere er offentlig kjent og intervjudeltakernes rolle er brukt og beskrevet.

Deltakerne i evalueringen til Møreforskning er fullstendig anonymisert. I presentasjon av data fra disse intervjuene, er kun deltagende kommuner og fylker redegjort for. Det er redegjort for hvilke type aktører som er informanter (Bergem 2009).

4 DATAMATERIALE

Det er de to plansakene som utgjør den største delen av datagrunnlaget for analyse og drøfting i dette studiet. Det er de to plansakene som utgjør casene og som er rammene for kvalitative forskningsintervju og dokumentstudier i de to kommunene. Data fra evalueringen til Møreforskning og NIBR utgjør en sentral, men generell del av datagrunnlaget i studiet. Evalueringen til Møreforskning ga derimot tilgang og grunnlag for å kunne studere de to casene. Plansakene som er valgt som case befinner seg i to av de kommunene som ble valgt ut for å være med i evalueringen til Møreforskning og NIBR.

Jeg deltok høsten 2008, sammen med forsker Randi Bergem fra Møreforskning, i intervju med kommuner og fylker som var utvalgt til evalueringsoppdraget. Våren 2009 ble det valgt en plansak fra to av de kommunene som hadde blitt kartlagt høsten 2008. På bakgrunn av disse sakene, gjennomførte jeg intervju av planlegger og ansvarlig for ”helse i plan” i kommunene.

Denne oppgaven omfatter datamateriale fra:

- Kvalitative forskningsintervju gjennomført i samarbeid med Møreforskning.
- Kvalitative forskningsintervju i de to kommunene som ble valgt som case
- Dokumentstudier fra to plansaker i to forskjellige kommune

4.1 Mitt ståsted

Fra tidligere erfaring med miljørettet helsevern og forebyggende helsearbeid, har jeg hatt en interesse for tverrfaglig arbeid generelt og helsemessige forhold i planlegging spesielt. Min interesse var delvis ønske om en kritisk granskning av praksis, men derfra fulgte en naturlig oppmerksomhet rundt de teorier som benyttes innen helsefremmende arbeid og planlegging. Spørsmålene i dette studiet, har sitt opphav i et erfaringsmateriale som er opparbeidet gjennom praksis innen offentlig forvaltning, herunder tverrfaglig og sektorovergrepene arbeid med helse i planlegging i et interkommunalt samarbeid med miljørettet helsevern. I forbindelse med

masterstudiet ved Høgskolen i Vestfold har fordypningen i helse i plan vært med på å legge et teoretisk og praktisk grunnlag. Jeg søkte aktivt å knytte meg til pågående evalueringsprosjekt ved Møreforskning og NIBR for å skaffe mest mulig grunnlag og erfaring innen temaet.

4.2 Datamateriale fra evalueringen til Møreforskning og NIBR

Møreforskning og NIBR har fått i oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet å gjennomføre en evaluering av tiltakene: Partnerskapsordninga for folkehelse, Helse i plan, kommunehelseprofiler og Tilskottsordning til lavterskel fysisk aktivitet (Bergem 2007).

I og med at SHDIR ønsker at evalueringen både skal gi en oversikt over situasjonen og en dybdeforståelse av hvordan tiltakene fungerer, har Møreforskning og NIBR lagt opp til en kvalitativ og kvantitativ tilnærming både på fylkesnivået og kommunenivået. NIBR har ansvar for å gjennomføre den kvantitative datainnsamlingen og Møreforskning har ansvar for den kvalitative datainnsamlingen.

Evalueringen til Møreforsk og NIBR av tiltakene ”helse i plan” og ”partnerskap for folkehelse” har fokus på fylkesnivå og kommunenivå. På fylkesnivå omfatter undersøkelsen ulike aktører som er partnere eller aktører innen folkehelsearbeidet eller helse i plan arbeidet i fylket, herunder ansatte i fylkeskommunen og fylkesmannen samt lag og foreninger som opererer interkommunalt. På kommunalt nivå omfatter undersøkelsen politikere og ansatte i kommunen, lag og foreninger som opererer innen kommunen og andre samarbeidspartnere som er involvert i folkehelsearbeidet eller arbeidet med helse i plan innenfor kommunen. Som en del av utvalgsundersøkningen i fylker og kommuner, er det gjennomført en dybdeundersøkelse i åtte fylker og 16 kommuner i forbindelse med evalueringen av ”helse i plan” og ”partnerskap for folkehelse” (Bergem 2009). Jeg har deltatt sammen med Møreforskning i 2 fylker og 4 kommuner, herunder 16 intervju med ulike informanter fra politikere, saksbehandlere, frivillige organisasjoner og forskningsmiljø.

14 av disse intervjuene er ledet av forsker og prosjektleder Randi Bergen fra Møreforskning. 2 intervju, herunder en kommune med saksbehandlere, politikere og forskningsmiljø har jeg ledet på egenhånd på vegne av Møreforskning. Intervjuene er tapet og transkribert i ettetid. Jeg har hatt ansvar for å transkribere 11 intervju på vegne av Møreforskning.

Tabell 1. gir en oversikt over datainnsamlingen som jeg har deltatt med i tilknytting til evalueringen til Møreforskning.

Datainnsamling sammen med Møreforskning eller i regi av Møreforskning							
Østfold fylke				Hedmark fylke			
Deltar i prosjektet Partnerskap for folkehelse og helse i plan				Deltar i prosjektet partnerskap for folkehelse			
Fylkeskommunen	Frivillige org/partnere	Sarpsborg kommune	Våler kommune	Fylkeskommunen og fylkesmannen	Frivillige org/partnere	Elverum kommune	Stange kommune
Koordinator for folkehelse/partnerskap for folkehelse	Østfold idrettskrets Frivillighets sentralen i Sarpsborg	Politiker - varaordfører Folkehelse koordinator	Koordinator for folkehelse Planlegger/koordinator for helse i plan	Folkehelse koordinator i Fylkeskommunen Folkehelse koordinator hos Fylkesmannen	Idrettsrådet i Elverum Nasjonal foreningen for folkehelse	Folkehelse koordinator/leder. Folkehelse/fysak rådgiver	Folkehelse koordinator/kultur og fysak. Prosjektleder/oppvekst
Koordinator for helse i plan	Frivillighets Sentralen/bygdesentralen i Våler Sanitets foreningen i Sarpsborg				Høgskolen i Hedmark, avd. Elverum		Kommune lege/prosjekt leder og helse i plan koordinator

Møreforskning har presentert funnene i en underveisrapport som heter: *Partnerskap for folkehelse og helse i plan* (Bergem 2009).

4.3 Datamateriale fra kvalitative forskningsintervju i Stange kommune

Stange kommune er deltager i prosjektet partnerskap for folkehelse. Stange er ikke med i prosjektet helse i plan, men både representantene fra Hedmark fylkeskommune, Stange kommune og Elverum kommune opplyser i intervjuene at de ser helse i planlegging som en naturlig del av folkehelsesatsningen.

Folkehelsearbeidet i Stange kommune er primært et utviklingsarbeid og omfatter både politikk og tjenesteutvikling. Stange kommune vedtok å lage en egen kommunedelplan for folkehelse med ulike satsingsområder og konkrete tiltaksområder. De ulike satsningsområdene ble prioritert og bestemt på bakgrunn av nasjonale politiske satsningsområder og føringer gitt av sentrale

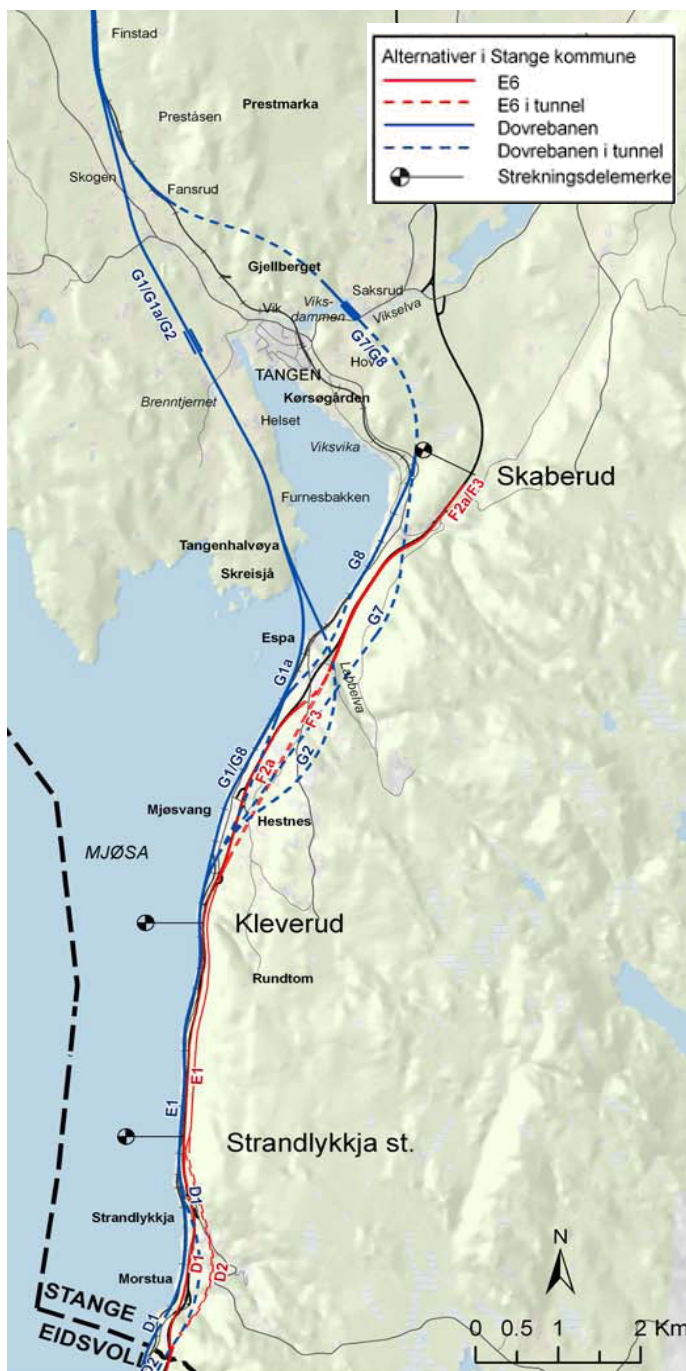
myndigheter, kommunens prioriterte politikkområder og kunnskap fra både lokale og nasjonale data om folkehelse (Stange kommune 2009-2012).

Kommunelegen i Stange er fagansvarlig for miljørettet helsevern og oppgaver etter kommunehelsetjenesteloven. Kommunelegen er også prosjektleder for kommunedelplan for folkehelse. Et av tiltaksområdene i planen er folkehelseperspektiv i planlegging og herunder medvirkning.

Et annet tiltaksområde i folkehelseplanen er etablering av en ”strategisk folkehelsegruppe”. Gruppen skal bidra til å etterspørre om de perspektivene som er skissert i folkehelseplanen, blir ivaretatt av de som har aktøransvaret. Det betyr at gruppen vil se på intern saksbehandling og samordning i kommunen med hensyn til å ivareta hensynet til et tverrfaglig folkehelsearbeid. Helse i planlegging vil kunne være et slikt tema som denne gruppen vil kunne se på, men det er pr. i dag ikke tenkt på. Kommunen må videreutvikle saksbehandlingsrutinene for å sikre at områdene folkehelse, miljørettet helsevern og universell utforming blir ivaretatt på alle plannivå” (Stange kommune 2009-2012).

4.4 Datamateriale fra dokumentstudier for E6/Dovrebanen

Statens vegvesen og Jernbaneverket har i samarbeid med kommunen utarbeidet forslag til kommunedelplan med konsekvensutredning for utvidelse av E6 til 4 felt mellom Hedmark grense og Skaberud, og nytt dobbeltspor for Dovrebanen mellom Hedmark grense og Sørli i Stange kommune. Dette er en del av arbeidet med utvidelse av E6 til 4 felt mellom Gardermoen i Ullensaker og Kolomoen i Stange, og dobbeltspor for Dovrebanen mellom Eidsvoll og Hamar (Fellesprosjektet E6 – Dovrebanen 2009).



Bilde 2. Viser forskjellige alternative traseer for E6 og Dovrebanen i Stange kommune (Fellesprosjektet E6 – Dovrebanen 2009).

Høsten 2005 la tiltakshaver frem forslag til planprogram for E6-Dovrebanen. Planprogrammet baserte seg på en overordnet konsekvensutredning som hadde skissert alternative korridorer for traseer for veg og bane (Fellesprosjektet E6 – Dovrebanen 2006).

I forbindelse med høringen av dette planprogrammet kom det frem en rekke uttalelser med hensyn til alternative trasevalg. Fra blant annet Eidsvoll kommune, velforeninger og privatpersoner kom det ønsker om å utrede alternativer med lange tunneller. Begrunnelsen for disse forslagene, var i hovedsak hensynet til lokalsamfunnene og barrierevirkninger mot Mjøsa (Fellesprosjektet E6 – Dovrebanen 2006). Etter anbefaling fra tiltakshaverne og Samferdselsdepartementet, besluttet Miljøverndepartementet at Samferdselsdepartementet skulle være ansvarlig for fastsettelse av planprogrammet for prosjektet E6-Dovrebanen (Fellesprosjektet E6 – Dovrebanen 2006). Bakgrunnen for denne anbefalingen, var at det kunne oppstå konflikter mellom lokale og nasjonale interesser, herunder hvilke trasevalg som skulle legges til grunn i den videre planleggingen (Fellesprosjektet E6 – Dovrebanen 2006).

Samferdselsdepartementet har i deres vurdering av disse spørsmålene, lagt vekt på at en løsning med lange tunneller vil gi en vesentlig økning av kostnadene. Kostnadsøkningen ved disse alternativene ble beregnet å ligge på vel 3 mrd.kr. Etter departementets oppfatning kunne ikke den anslåtte nytten av alternativet med lange tunneller, forsvare de økte kostnadene. Samferdselsdepartementet la derfor til grunn at den videre planlegging tok utgangspunkt i at jernbane og veg skal utvikles i hovedsak med utgangspunkt i dagens trase, og at alternativene med lange tunneller ikke skulle inngå i videre planarbeid (Fellesprosjektet E6 – Dovrebanen 2006)).

Fra høsten 2005 til vinteren 2006 pågikk det en prosess mellom tiltakshaverne og kommunen om hvilke alternative trasevalg innenfor fastsatte korridor som skulle utredes i full bredde (Fellesprosjektet E6 – Dovrebanen 2009). Denne prosessen gjennomgikk en rekke ulike trasevalg, og endte opp med hvilke alternativer som skulle inngå i kommunedelplanen (Stange kommune 2007).

Tiltakshaverne, Statens vegvesen og Jernbaneverket, ga sine anbefalinger til valg av trasealternativer på de respektive strekningene. Tiltakshaverne hadde gitt en redegjørelse for de samfunnsmessige målene ved prosjektet, og en samfunnsøkonomisk vurdering av prosjektet i forhold til prissatte og ikke-prissatte konsekvenser. Deres vurdering av kostnader, prissatte

konsekvenser, ikke-prissatte konsekvenser og øvrige forhold synes ikke å være tungtveiende grunner for å velge de dyreste alternativene som blant annet omfatter tunneler forbi to lokalsamfunn (Stange kommune 2007).

Kommunedelplan med konsekvensutredning var utlagt til offentlig ettersyn og sendt på høring til berørte myndigheter og interesseorganisasjoner fram til 31.03.2007. I høringsperioden ble det avholdt offentlige informasjonsmøter.

Kommunestyret i Stange vedtok 13.06.2007 kommunedelplanen med de alternative trasevalgene for vei og bane som i hovedsak tok mest hensyn til lokalsamfunnene og imøtekom det lokale engasjementet i prosjektet. Alternativene som kommunestyret vedtok, omfattet blant annet tunneler forbi to lokalsamfunn som heter Strandlykkja og Espa.

Rådmannen skiver i sin innstilling til kommunestyret at valg av planløsning er både et spørsmål om økonomi, planfaglige forhold og verdispørsmål hvor ikke-prissatte forhold skal veies opp mot hverandre. Det vil også være betydelig individuelle forskjeller i oppfatningen av hvordan virkningene og konsekvensene vil være av de ulike alternative løsningene.

Det var innsigelser fra Fylkesmannen i Hedmark, Hedmark fylkeskommune, Jernbaneverket og Statens vegvesen. Fylkesmennene i Hedmark og Oslo/Akershus gjennomførte i august 2007 mekling mellom Stange kommune og partene som hadde innsigelser til planen. Fylkesmennenes forslag til kompromiss ble ikke akseptert av partene, og meklingen førte ikke fram. Saken ble derfor oversendt Miljøverndepartementet til endelig avgjørelse.

Miljøverndepartementet fattet 24.02.2009 vedtak om endelig valg av trase for E6 og Doverbanen gjennom Stange kommune. Alternativene som Miljøverndepartementet valgte var i hovedsak i overensstemmelse med forslaget til tiltakshaverne. For kommunen betydde dette at de ble overprøvd med hensyn til tre forskjellige alternativer som kommunen hadde fattet vedtak om.

I etterfølgende reguleringsplaner skal det fastsettes krav om avbøtende tiltak. Avbøtende tiltak vil bli gjennomført for de berørte lokalsamfunnene, herunder innløsning av en skole og barnehage som skal inngå i prosjektet (Fellesprosjektet E6 – Dovrebanen 2009).

Helse og trivsel er omtalt i plandokumentet (Fellesprosjektet E6 – Dovrebanen 2009). Dette kommer også frem i Rådmannens innstilling til kommunestyre (Stange kommune 2007) og i intervju med representanter fra kommunen. Kommunen gir uttrykk for betydningen av at enkeltmennesker og lokalsamfunnene blir ivaretatt på en ordentlig måte, både for å kunne gi den enkelte påvirkningsmulighet der det er grunnlag for det, og for å minske avmaktfølelsen.

Tiltakshaverne beskriver i hovedrapporten at den fysiske målbare belastningen ikke nødvendigvis er egnet til å uttrykke helsemessig risiko for befolkningen. Befolkningens egen opplevelse av situasjonen er vel så viktig. Generelt er befolkningens evne til å tåle en gitt belastning liten, dersom følelsen av kontroll og påvirkningsmulighet er liten. Tilsvarende er toleransegrensen høy dersom de berørte har kunnskap om tiltaket og har hatt reell mulighet til påvirkning. I denne saken vil storsamfunnets faglige vurderinger veie tungt. Mange vil oppleve dette som en avmaktssituasjon. Situasjonen kan motvirkes med tett dialog, og at tiltakshavere og beslutningstakere er tilgjengelige for spørsmål, klager og frustrasjoner (Fellesprosjektet E6 – Dovrebanen 2009).

Prosjektet E6-Dovrebanen har gjennomført åpne møter, møter med velforeninger og befolkningen i områdene, som har blitt gitt mulighet til å komme med innspill og mulighet til å engasjere seg i saken.

4.5 Datamateriale fra kvalitative forskningsintervju i Våler i Østfold

Våler kommune deltar i prosjektet partnerskap for folkehelse og prosjektet helse i plan. Våler kommune startet arbeidet med folkehelse på midten av 90-tallet. Kommunen drev 3 store prosjekter: ”eldre og fallulykker”, ”godt innemiljø i skoler og barnehager” og ”belastningsslidelser for ansatte”. Etter denne perioden ble flere av tiltakene videreført, og Våler laget så en egen plan for folkehelse, som ble kalt ”Folkehelse i Våler 2000+”. Der la kommunen inn føringer for trygge, levende og sunne Våler. Det ble iverksatt flere ulike tiltak ut fra disse overordnede føringer. Et bredt spekter av tiltak knyttet til blant annet skoler og barnehager, eldre, frivillige m.v.

Innen satsingen på helse i plan har kommunen vedtatt hvilke områder som skal fokuseres på. Disse temaene er; Universell-utforming, sosial ulikhet, støy og fysisk aktivitet.

Våler markedsfører seg som en kommune som produserer stillhet.

Mange av de tankene som ligger inne i Helse i plan i dag, har vært inne i folkehelsearbeidet tidligere. Samfunnsdelen fra 2000, var delt inn i folkehelse, miljø og utvikling. Tankegangen er

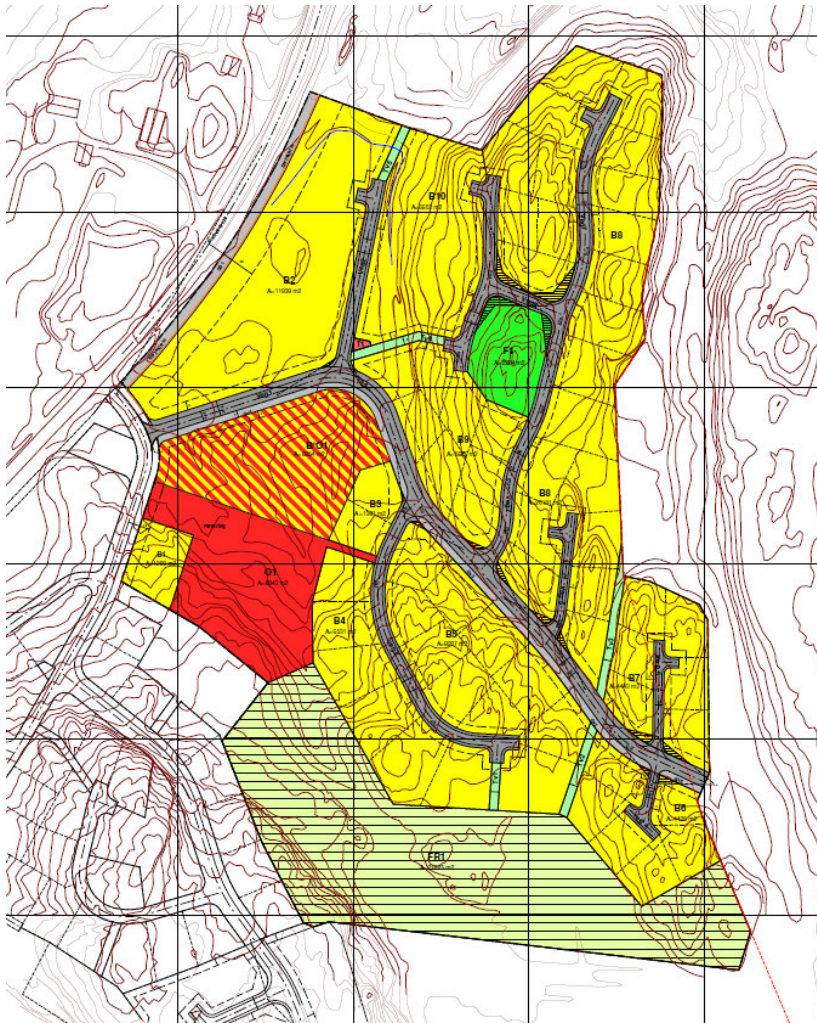
videreført til bestemmelsene i arealdelen, der kommunen har egne bestemmelser for utforming av arealer for å sikre blant annet trygghet og tilgjengelighet. Det er også bestemmelser som sier hvordan reguleringsplaner skal utformes med hensyn til universell utforming og lignende.

Våler utgjør sammen med tre andre kommuner i regionen et regionsråd. Kommunene er Moss, Rygge, Våler og Råde. Dette regionsrådet har medvirket i utviklingen av Fylkesplanen. Det er arrangert felles formannskapskonferanser og kommunestyrekonferanser i regionen.

En av hovedhensiktene med denne samordnende arealplanleggingen, er å spare på arealbruken. For Våler er dette en ny tanke. Politikerne i Våler har vært sterke eksponenter for spredt boligbebyggelse, samtidig som Fylkesmannen på samme måte har vært like sterke eksponenter for fortetting. I et folkehelseperspektiv ser Våler kommune at det ikke alltid er så positivt med spredt bebyggelse med hensyn til oppvekstvilkår og miljø, herunder barn og unges interesser.

4.6 Datamateriale fra dokumentstudier av Augerød 3

Saken gjelder privat forslag til reguleringsplan for Augerød 3, som innebærer regulering av et område som i kommuneplanens arealdel er satt av til byggeområde. I planforslaget er det også tatt med 30 dekar areal som i arealdelen er vist som landbruks-, natur-, og friluftsområde (LNF-område). Planområdet grenser i øst og syd til henholdsvis fremtidige byggeområder og til regulerte/utbygde byggeområder for bolig (Augerød 1 og 2). Boligfeltene tenkes regulert både til eneboligbebyggelse og til konsentrert småhusbebyggelse. Med de arealene som foreslås satt av til boliger kan det regnes med ca 160 nye boliger/leiligheter innenfor Augerød 3. (Våler kommune 2007)



Bilde 1. Viser omfang av reguleringsplan for Augerød 3 (Våler kommune 2007)

Planstiller tok kontakt med kommunen som innledende prosess i planleggingen. Partene gjennomgikk bestemmelser i kommuneplanen for området. Erfaringer fra reguleringsplanarbeidet ved Augerød 1 og 2 ble gjenstand for drøfting. Dette møte var et uformelt møte mellom utbygger/planstiller og kommunen som planmyndighet. Etter denne kontakten ble planen offentliggjort i tråd med bestemmelsene i plan- og bygningsloven. Varselet ga offentligheten og andre myndigheter informasjon om det planlagte tiltaket og det ble gitt mulighet til å komme med innspill.

I denne saken kom det innspill fra Statens vegvesen, Fylkesmannen i Østfold og Fylkeskommunen, barnerepresentanten i kommunen og interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern.

Det ble ikke gjennomført prosesser med hensikt om å gjennomføre medvirkning ut over minstekravet i plan- og bygningsloven for denne reguleringsplanen.

Informanten i kommunen viser til at Våler har gjennomført prosesser for medvirkning i forbindelse med kommuneplanen og kommunedelplanen. Resultater fra disse prosessene er retningsgivende for detaljplanleggingen i kommunen og legger premisser for videre planlegging i kommunen.

Tabell 2. gir en oversikt over datainnsamlingen som jeg har gjennomført i tilknytting til de to konkrete plansakene

Oppfølgende intervju som en del av datainnsamling til masteroppgave	
Våler kommune i Østfold	Stange kommune i Hedmark
Plansak reguleringsplan for Augerød 3	Plansak kommunedelplan og reguleringsplan for ny E6/Dovrebanen
Intervju med planlegger/koordinator for helse i plan	Intervju med kommunelege overlege/ leder og koordinator for folkehelse og miljørettet helsevern
	Intervju med planlegger med ansvar for E6/dovrebanen
Dokumentstudie av plandokumenter for Reguleringsplan for Augerød 3 og kommuneplan for Våler.	Dokumentstudie av plandokumenter for E6/Dovrebanen
	Folkehelseplan for Stange kommune

5 DRØFTING

5.1 Mellom nasjonale og lokale interesser i Stange

Tiltakshaver for E6-Dovrebanen beskriver i sitt forslag til kommunedelplan at den direkte påvirkningsmuligheten for befolkningen om alternative trasevalg vil i de fleste tilfeller oppleves som liten, ettersom tiltakshaverne og planmyndighetene må avveie ulike hensyn (Fellesprosjektet E6-Dovrebanen 2009). I intervju med representantene fra kommunen kunne de stadfeste denne holdningen, og begrunne det med at det er de lokale forholdene og hensynet til enkeltmenneskene som er viktigst å ivareta gjennom bred medvirkning.

Forarbeidene til plan- og bygningsloven sier i klartekst at medvirkning ikke er ment å erstatte det representative demokratiet, men være en form for tilleggsdemokrati. Initiativet til medvirkning og beslutningene ligger dermed fast innenfor dette systemets rammer. Det er de valgte politikerne som tar beslutningene (Holsen 2000). Men som vi har sett av intensjonene til loven, så er det et mål at medvirkning skal bidra til bedre planer, lette gjennomføringen av planer og også bidra til at politikerens grunnlag for planbeslutninger blir best mulig. Som vi ser av eksemplet med planen for E6-Dovrebanen, har sentrale myndigheter tatt avgjørelser til tross for stor lokal motstand. Staten begrunner deres valg i en kost-nytte vurdering, og dette viser at idealet om en prosess der den kommunikative planlegging skal overordnes den instrumentelle, ikke er representert i denne saken. I denne saken vil ikke det være en planprosess som fokuserer på et subjekt-subjekt forhold slik Amdam (2000) beskriver. Når nasjonale interesser blir vurdert som overordnet, ser vi at medvirkning fra lokalsamfunn og lokalpolitikere ikke får reel betydning for planen, og den instrumentelle rasjonaliteten blir overordnet. Planleggingen forblir i et subjekt-objekt forhold til de berørte, og befolkningens livsverden blir ikke vektlagt i en kost-nytte vurdering. Dette kan være et eksempel på det Habermas beskriver som koloniseringen av livsverden. Planlegger i Stange kommune viser til at saken er av så stor nasjonal betydning, at hensynet til en forholdsvis liten gruppe mennesker kan ikke tas hensyn til i en slik sammenheng. Dette støtter opp om de funnene som Falleth (2008) finner i sin undersøkelse av medvirkning i privatinitierte reguleringsplaner, at lokalsamfunnet vurderes i liten grad å ha innflytelse på reguleringsprosesser. Undersøkelsen til Falleth (2008) vier at ingen respondentgrupper opplevde at sivilsamfunnsaktører har for mye makt. Det er først og fremst planadministrasjonen og utbyggere som oppfattes som mektige aktører. Samtidig er det en sterk oppfatning i kommuneadministrasjonen, at medvirkning fra lokalsamfunnsaktører er drevet av egeninteresse.

5.2 Medvirkning i plansaker kan være ”å kaste blå i øynene” !

Planleggerne i både Stange kommune og Våler kommune fremhever at medvirkning kan være problematisk ved at det kan gi falske forhåpninger til aktørene. Planleggerne fremhever at invitasjon til medvirkning kan oppfattes av aktørene som om deres innspill automatisk blir ivare tatt og tatt hensyn til. Udness og Hjelm (2008) viser i deres masteroppgave om forhold som både fremmer og hemmer medvirkning i plansaker. Et forhold som de drøfter er at innspill i plansaker må tas videre inn i planprosessen for å sikre at Deltakerne ikke blir desillusjonert og miste interesse for medvirkning. Dette beskriver planleggerne i både Stange og Våler som å ”kaste blå i øynene på folk”. Med det mener de at det ikke er mulig å garantere at innspill blir tatt hensyn til. De fremhever at i de fleste tilfeller viser praksis at innspill ikke får avgjørende betydning. Som vi har sett tidligere, har Sherry Arnstein (1969), beskrevet ulike grader av deltagelse, og poengterer at ikke alle måter å delta på, sikrer at undertrykte når målet om å komme i maktposisjon. Deltagelse handler også om å omfordele makt og inkludering av den delen av befolkningen som til enhver tid ikke deltar i politiske og økonomiske prosesser. I en plansammenheng, har Falleth (2008) vurdert at medvirkning etter minstekravet i plan- og bygningsloven ikke når langt opp på stigen til Arnstein. Her beskrives Falleth (2008) at høringer er å betrakte som en konsultasjon, der Deltakerne får mulighet til å uttale seg til allerede forelagte planideer eller planforslag. Også folkemøter som blir arrangert i den formelle fasen av en planprosess, kan karakteriseres som en konsultasjon, da innspill til planen gjerne får form av å være protest mot det allerede utformede planforslaget (Falleth 2008). I plansaken med E6-Doverbanen var folkemøter og høringer den regjerende medvirkningsformen, og som vi har sett, så har engasjementet fra lokalbefolkningen har dreid seg om temaer som ikke har blitt tatt hensyn til med begrunnelse i en kost-nytte vurdering. Et interessant spørsmål vil i så tilfelle være om den medvirkningsprosessen som har vært gjennomført i plansaken med E6/Dovrebanen har bidratt til å kaste blå i øynene på befolkningen, eller vil det vise seg etter hvert at prosessen har vært positiv for lokalsamfunnene slik idealene i plan- og bygningsloven skisserer.

Planlegger i Våle kommune hevder at ”tidsklemmen” er den største barrieren for medvirkning i reguleringsplaner. De fleste reguleringsplanene blir fremsatt av private aktører. Disse aktørene er opptatt av en effektiv planprosess, og ønsker ikke forsinkede prosesser. Falleth (2008) hevder at slike private planstillere veldig sjelden initierer til ytterligere medvirkning enn minstekravet i loven. Et annet forhold som kan bidra til å svekke deltagelse fra befolkningen i slike planer er den uformelle kontakten mellom private planstillere og saksbehandlere i kommunen (Falleth 2008, Windju 2008, Wøhni 2007). I Våler kommune viser de til slik kontakt tidlig i planprosessen. Kontakten er også uformell i den forstand at det ikke skrives referat eller styres

av formelle rammer. Berørte parter eller befolkningen får ikke mulighet til å komme med innspill eller delta i en medvirkningsprosess på dette stadiet av planprosessen.

5.3 Virker medvirkning egentlig?

Planleggerne i Stange og Våler kommune viser at innspill til planene har ført til endringer og at flere innspill er innarbeidet i planene. En forutsetning for at innspillene skal tas høyde for er at planleggerne eller tiltakshaver vurderer innspillene som relevante og velger å innarbeide dem i planen. Wøhni (2007) viser i sin undersøkelse av medvirkning, at alle planene hadde lagt opp til et stor grad av involvering fra berørte. Undersøkelsen viste at i et flertall av planene hadde medvirkning virket i den forstand at planens innhold var blitt endret som følge av medvirkning. I plansaken om E6-Dovrebanen ble det tatt hensyn til flere innspill som ble vurdert som supplerende av eksisterende forhold. Det kunne være seg forhold som tiltakshaver hadde glemt eller ikke tenkt på. Alle slike innspill ble fremsatt muntlig i folkemøter eller åpne møter. Vegvesenet har laget en sammenstilling av skriftlige høringsuttalelser i forbindelse med kommunedelplanen for E6-Dovrebanen (Fellesprosjektet E6-Dovrebanen 2007). Denne sammenstillingen viser at mange innspill dreier seg om valg av trase. Andre innspill som dreier seg om konkrete lokale forhold, blir henstilt til reguleringsplan prosessen. Det er lite i denne planen som tyder på at medvirkning har endret på vesentlige forhold, foruten om små tekniske variasjoner. Begge planleggerne i de to kommunene som her er undersøkt, hevder at god informasjon er viktig og avgjørende med hensyn til berørte i plansaker. Planlegger i Stange kommune sier at i saken vedrørende E6-Dovrebanen er informasjon det eneste riktige, da saken har så stor nasjonal betydning og hensynet til lokale interesser er marginale. Planleggerne er av den oppfatningen at en ytterligere grad av medvirkningsprosesser i planene ikke hadde endret situasjonen betydelig. Det som ga grunnlag for størst engasjement, var avgjort allerede før planprosessene ble iverksatt.

Men som både planlegger og kommunelege i Stange hevder, vil medvirkning med hensyn til individuelle forhold som utforming av støyskjermer, eiendomsforhold og andre lokale forhold, bli ivaretatt i prosessen med reguleringsplaner. På en måte kan det virke som om denne medvirkningen kommer som et kompenserende tiltak siden lokalsamfunnet måtte innfinne seg med de valg som Staten hadde gjort på bakgrunn av en kost-nytte vurdering. Kommunelegen viser til at når det kommer til avbøtende tiltak i saken, så har de møtt en ”vegg av velvillighet”. Stange kommune viser i den sammenhengen til at tiltakshaver er velvillig og driver en ”sjenerøs” forvaltning og behandling av de individer som blir berørt av tiltaket. Kommunelegen i Stange er

tydelig på at ivaretagelsen av enkelt individene er viktigst med hensyn til helsemessige forhold i planen.

Planlegger i Våler viser at innspill og engasjement har virket. Et resultat av medvirkningen var at en større del av området ved Augerød ble satt av som friluftsområde. Kommunens forslag til kommunedelplan, hadde satt av et mye større område til boligbygging. Men etter innspill og engasjement fra blant annet barn og unge, ble et større myr-område satt av til friluftsområde. Politikerne snudde og endret planen til fordel for befolkningens innspill.

Selv om lokalsamfunnsaktører mobiliserer rundt saker som i utgangspunktet kan oppfattes som egeninteresse, blir den kollektive mobiliseringen i små lokalsamfunn viktig for lokaldemokratiet. Innbyggerne mobiliserer rundt det som angår dem mest, og nabolag er derfor en naturlig kilde til mobilisering for fellesskapet (Falleth 2008). Innen helsefremmende arbeid er "lokalsamfunnsdeltagelse" et sentralt begrep. En forutsetning for at folk flest kan vinne herredømme over sitt eget liv er at de får økt bevissthet om sin egen situasjon og hvordan de da kan påvirke omgivelsene og utvikle personlige ferdigheter (Andrews 2003).

Til tross for at loven inneholder et sett av regler om medvirkning, ser vi at medvirkningsprosesser i en del tilfeller ikke fungerer slik lovgiver tenkte seg (Pløger 2002). En del interesser som burde ha vært representert kommer ikke alltid til med sine synspunkter, eller de kommer inn for sent. Det kan være de ikke får kunnskap om planprosessen, fordi de ikke har sterke nok representanter, eller fordi de har problemer med å formulere sine egne synspunkter (NOU 2001:7). I disse to planene er det ikke noe eksempel på tiltak for aktivt å nå ut til grupper som kan tenkes å ikke stille opp på eget initiativ. Dette til tross for at kommunelegen i Stange hadde påpekt hensynet til sosial ulikhet i helse i forbindelse med arbeidet med planprogram. .

Samordning mellom offentlige etater og sektorer og medvirkning fra befolkningen henger sammen. Et fungerende tverrfaglig samarbeid kan være avgjørende for å kunne oppnå medvirkning fra befolkningen i plansaker (Holsten 2007). Evalueringen av helse i plan og partnerskap for folkehelse viser så langt at det er få i kommunene som mener at hensynet til folkehelse er nedfelt i planstrukturer og rutiner på en god måte. Kommunene signaliserer at prosessen tar lang tid, og de strever med å operasjonalisere arbeidet med helse i plan slik at det blir håndterlig (Bergem 2009). Helse i plan og Partnerskap for folkehelse handler blant annet om

å integrere og involvere aktører som i mindre grad har arbeidet sammen tidligere. Siktemålet er bedre folkehelsearbeid gjennom koordinering og forankring i ordinære plan- og styringsdokumenter. Evalueringen viser i den forbindelse at mange kommuner har lyktes med å skape felles arenaer for planleggere og folkehelsearbeidere. I tillegg synes det som om de har lyktes bedre med å forankre folkehelsearbeidet hos den sentrale ledelsen i kommunen (Hofstad 2009). Men samtidig gir kommunene signaler om at det er vanskeligere å få det tverrfaglige arbeidet til å fungere i praksis. Selv om det er opprettet tverrfaglige arbeidsgrupper på papiret, så sliter kommunene med både engasjement og politisk vilje (Bergem 2009). Begge kommunene som er undersøkt i tilknytning til de to plansakene, viser til at det tverrfaglige arbeidet er en utfordring.

Om medvirkning virker eller ikke, vil dermed kunne avhenge om hvilken plan og hvilke forutsetninger som ligger forut for planen. Det samme gjelder vurderingen av nivå av medvirkning. Som vi har sett av planeksemplene her, er det enkeltfaktorer der befolkningen har og vil kunne oppnå stor medbestemmelse, men samtidig er det forhold der innspill og engasjement fra befolkningen og lokale myndigheter som blir overprøvd av hensyn til nasjonale interesser.

5.4 Komparativt case

Statens vegvesen gjennomførte en planprosess i forbindelse med utbygging av E-18 Moskvil-Gulli i Vestfold der et av hovedmålsettingene for prosjektet var å velge trase og løsning som skulle ivareta mennesker og bomiljø (Statens Vegvesen 2000). Trafikksikkerhet, arealbruk og effektiv vegstandard var andre målsettinger. Trasevalg ble vedtatt i form av kommunedelplaner av de ulike kommunene, men grunnlaget for vedtakene var en konsekvensutredning og forslag fra tiltakshaver. Tiltakshaver uttalte at de var avhengig av en bered medvirkningsprosess for å kunne foreslå et alternativ som svarte til formålet. Arbeidet med konsekvensutredningen og siling av aktuelle alternative trasevalg ble organisert med en samarbeidsgruppe bestående av politikere og administrasjon fra kommunene, Fylkesmannen, Fylkeskommunen og miljørettet helsevern fra kommunene (Statens Vegvesen 2000). Foreslåtte og vedtatte trasevalg var et alternativ som hadde tilslutning hos politikere, lokalbefolkning og tiltakshaver. Noe av forskjellen mellom dette prosjektet og E6-Doverbanen, var at premissene i forkant av E6-Dovrebanen hadde mer eller mindre fastsatt trasevalg. Dette trasevalget var ikke satt med hensyn til å ivareta mennesker og bomiljø, men mer av hensyn til samfunnsøkonomiske hensyn,

forankret i Nasjonal transportplan og en overordnet konsekvensutredning (Fellesprosjektet E6 – Dovrebanen 2006).

5.5 Helse og konsekvensutredninger

I planprosessen til kommunedelplanen for E6-Dovrebanen, er det tegn til at den instrumentelle logikken, har ført til en ensidig fokusering på de negative effektene av tiltaket. Helsemessige forhold i plansaken er til en viss grad fragmentert og behandlet under ulike temaer slik som støy, forurensing, barrierer og stadskvalitet. Kommunelegen i Stange bemerker dette spesielt, og viser til at tiltakshaver benytter helt andre benevnelser og overskrifter når det omhandles temaer som helse og trivsel. Dette er ikke spesielt for denne saken, men et resultat av en metode i planlegging og konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven. Dette kan føre til en fragmentering av tema helse i plan, og det kan vanskeliggjøre formålet om å ta utgangspunkt i de unike forholdene for settingen som Rønningen (2003) beskriver. Det er lite som tyder på at denne plansaken med E6- Dovrebanen har bidratt til en lokal kapasitetsbygging i den forstand som Amdam (2000) beskriver. Det har nok heller gitt effekter av klientifisering av de berørte. Som vi har vært innom tidligere har både tiltakshaver og kommunen et fokus på at hensynet til helse og trivsel i hovedsak skal ivaretas i gjennomføringsfasen. Dette kan være en direkte svakhet i anvendelsen av konsekvensutredning som metode for vurdering av helsemessige forhold. Her må det skilles mellom helse i konsekvensutredning og helsekonsekvensutredninger. Selv om Smith (2006) ikke skiller mellom disse begrepene, så må *helse i konsekvensutredninger* forstås slik at helse skal vurderes som en del av en allerede vedtatt utredning, mest sannsynlig en konsekvensutredning etter plan- og bygningsloven. I det tilfelle vil helse være et av flere utredningstemaer for et tiltaket. En *helsekonsekvensutredning* vil måtte forstås som en selvstendig utredning av helsemessige konsekvenser, gjerne av et tiltak eller av en beslutning, herunder en politikk eller en strategisk plan. Hjemmelen til en *helsekonsekvensutredning* kan enten være indirekte eller ha bakgrunn i en beslutning uten direkte lovhjemmel. Smith (2006) vurderer i sitt notat, hvilket helsebegrep som benyttes i helsekonsekvensutredninger. Det sees på om det er ensidig fokus på sykdomsfremkallende faktorer eller om salutogene faktorer også vektlegges. Smith (2006) konkluderer i notatet at det som oftest legges et bredt helsebegrep til grunn i utredningene. Videre sier Smith (2006 s.14) *..men at man velger å utrede de effektene som er viktige og beslutningsrelevante i den enkelte sak.* Her kan man tolke Smith som om han mener at salutogene faktorer ikke er viktige og beslutningsrelevante i konsekvensutredninger. Uansett, kan det tyde på at den samme anvendelsen av helsebegrep er benyttet som grunnlag i de plansakene som er undersøkt i denne oppgaven. Selv om helse blir omtalt innledningsvis i en vid forstand, så

tyder erfaringene på at dette snevres inn når det skal brukes operativt i forhold til konkrete problemstillinger.

5.6 Helse i plan må forankres lokalt

Alle informantene i kommunene, fremhever at satsingen på folkehelsearbeid må foregå lokalt. Konkret hevder kommunene at insentiver fra sentrale myndigheter må kanaliseres ut til kommunene, og at kommunene er det forvaltningsnivå som best kan koordinere folkehelseprogram. Videre viser Møreforskning til at informanter i kommunene etterlyser en rolleavklaring mellomforvaltningsnivåene Særlig etterlyser de hvilken rolle Fylkeskommunen skal ha, herunder om Fylkeskommunene skal fronte og kontrollere folkehelsearbeidet og satsingen på helse i plan (Bergem 2009). Dette kom tydelig frem i intervjuene, og informantene fremhevet betydning av at folkehelsesatsingen og helse i plan måtte forankres i nærmiljøene og bidra til å skape engasjement og lokale tiltak i nærmiljøene. I politisk sammenheng blir nærmiljøet framhevet som arena for gjennomføring av ulike politiske satsinger og reformer. Nærmiljø blir blant annet brukt som et samlebegrep for å beskrive metoder i forebyggende og helsefremmende arbeid. Sentralt i dette arbeidet er nettverksstrategier, nettverksintervensjoner og medvirkning (Rønningen 2003).

Nesten samtlige innspill til kommunedelplanen for E6- Dovrebanen, gjaldt lokale forhold der påvirkningen på nærmiljø var tema (Fellesprosjektet E6-Dovrebanen 2007). Våler kommune viste også til en bevist satsing på å utvikle lokalmiljø og ta hensyn til lokale forhold i planlegging og drift av kommunen. Kommunen har opprettet et eget utvalg som skal bidra til at politikerne i kommunen skal kunne få en arena til å innhente innspill fra befolkningen og kunne drøfte løsninger med befolkningen. Et eksempel var et sterkt engasjement etter at det ble påvist ulv i Våler. Nasjonale og regionale myndigheter og frivillige organisasjoner har som kjent sterke meninger om bevaring eller ikke bevaring av rovdyr. For nærmiljøene og kommunen ble dette et lokalt tema som mobiliserte befolkningen. Samtidig som kommunen satset på friluftsliv og støttet opparbeidelse av turstier og turkart, var befolkningen engstelig for å gå på tur grunn av ulv. Skoleelever var redde for å gå til skolen, og det ble diskutert inngjerding og andre tiltak rundt skoler og barnehager.

”På tur med ulv på lur” ble et ordtak som ble skapt i den forbindelsen, og lansert i forbindelse med opparbeidelsen av turkart. Etter stort engasjement og flere konkrete tiltak, ble ulven borte og problemet opphørte.

Lokalsamfunnet som arena for løsning av ulike oppgaver i velferdsstaten er ikke ny og heller ikke Særnorsk. Betydningen av sosial interaksjon på lokalnivået for utvikling av både individ og samfunn har preget samfunnsvitenskapelige litteratur i mer enn hundre år. I den forbindelse har Rønningen (2003) en påstand om at nærmiljøarbeid handler om å begynne på nytt hver gang. Den påstanden bygger på nødvendigheten av å ta utgangspunkt i de lokale behov, forutsetninger, ressurser og rammer ved iverksetting av arbeid i nærmiljø. I en slik forståelse vil hver ny kommune, og sannsynligvis hvert enkelt nærmiljø, kreve tilpassede modeller. Lokal utvikling må baseres på muligheter, ressurser og kunnskapsutvikling lokalt. Det trengs myndiggjørende metoder som gjør det mulig for kommunene og nærmiljøene å gjennomføre den praksis de selv ser som viktig for å realisere egne mål eller målsettinger i sentrale føringer. Rønningen (2003) sier videre at dette kan gjøres blant annet gjennom systematisk metodelæring og organisasjons- og kompetanseutvikling. Amdam (2000, 2006, 2007) viser at det er mulig å oppnå kapasitetsbygging i en setting gjennom planlegging.

Utfordringen er i følge Amdam (2000, 2006, 2007), at det moderne samfunnet er dominert av den instrumentelle logikken, som fører til egoisme, klientifisering og fragmentering. Den kommunikative rasjonaliteten kan fremme felleskap, handlingskapasitet og helhetstenkning. Og det store spørsmålet er i følge Amdam, hvordan kombinere disse rasjonalitetene og gjøre den kommunikative overordnet den instrumentelle logikken. Amdam (2000) mener videre at kommunalt utviklingsarbeid må bygge på dynamiske prosesser som innebærer en mobiliseringsprosess med aktivisering og samling av folket, for å fremme kollektive og individuelle handlinger. Felles oppfatning av utviklingstrekk, utfordringer og arbeidet mot felles mål skal styrkes ved en samlet oppslutning, en lokal makt, som kan transformeres til en politisk makt.

6 AVSLUTTING

Både planlegging og folkehelsearbeid har det til felles at de omhandler overgripende samfunnsstrukturer og om utviklingspremisser som er kompliserte og sammensatte. Både planlegging og folkehelsearbeidet er karakterisert som et flerfaglig felt, der tverrfaglig arbeid er en av suksessfaktorene men også en stor utfordring.

I denne oppgaven har vi sett at planlegging og folkehelsearbeid møttes gjennom nasjonale satsingsområder og lovgiving. Møtet har skjedd gjennom forståelsen av gjensidig nytte. Et av møtepunktene er slik oppgaven beskriver det, et felles mål om styrket medvirkning.

Gjennom å studere de to plansakene, har jeg sett eksempler på at det i praksis ikke nødvendigvis er samsvar mellom idealene og realitetene for medvirkning i planlegging etter plan- og bygningsloven. Erfaringene fra denne studien gir grunnlag for å si at det kan være flere utfordring med å oppnå idealene om medvirkning og at den kommunikative rasjonalitet skal overordnes den instrumentelle rasjonaliteten i samfunnsplanlegging etter plan- og bygningsloven.

Opgaven har belyst at det er en utfordring å kunne oppnå reel medvirkning i spørsmål der det er stor motsetning mellom nasjonale og lokale interesser.

Opgaven har belyst utfordring med hensyn til at idealene om planlegging som et tverrfaglig og sektorovergripende arbeid ikke samsvarer helt med realitetene.

Opgaven har vist til at ønske om effektive planprosesser, der private utbyggere er initiativtaker, kan gå på bekostning av idealene om medvirkning fra befolkningen.

På spørsmålet om planlegging etter plan- og bygningsloven kan fungere som et redskap for helsefremmende arbeid, så er vil jeg argumentere for at en settingstilnærming til helsefremmende arbeid, kan være en aktuell tilnærming for planlegging.

NOU (2001:7 s.51) sier at ”*planleggingens legitimitet hviler i stor grad på samfunnets vilje til å godta innskrenkinger i individenes frihet. Individualisme kan gi utslag i redusert aksept for offentlige inngrep. Samtidig må en forvente at befolkningen vil kreve bedre og mer individuelt tilpassete offentlige løsninger. Uten en løpende omstilling og fornyelse av plansystemet vil planmyndigheten lett kunne komme i utakt med folks behov, noe som kan utfordre den offentlige planleggingen. Det kan bli stilt spørsmål ved i hvor stor grad samfunnet skal legge til rette for at borgerne skal behøve å ta kollektive hensyn. Individualiseringens motkrefter, representert ved troen på felles løsninger og demokratisk styring, er fremdeles sterke*”.

Innen helsefremmende arbeid er settingstilmærming en sentral måte å tilnærme seg faget. Settingstilmærmingen i helsefremmende arbeid bygger på Ottawa-charteret (1986). Der tas det et oppgjør med tidligere praksis der forebyggende arbeid ble organisert etter prinsippet der ekspertene styrte agendaen og der profesjonelle aktører hadde stor makt (Røiseland 1999). Settinger for helsefremmende arbeid blir definert som ”der hvor helse skapes og utvikles, som er hvor mennesker bor, elsker, arbeider, lærer og leker” (Ottawa 1986). Settingstilmærmingen kom enda tydeligere til uttrykk i Jakarta deklarasjonen (1997) der det vises klar dokumentasjon om at sammensatte tiltak har best effekt og at ”settinger” er velegnet for gjennomføring av sammensatte tiltak.

Settinger kan være en arena og et produkt av sosial interaksjon. Noe av poenget er at når vi mennesker ”bor, elsker, arbeider, lærer og leker” i en eller annen form, bidrar vi til å forme omgivelsene våre. Dette kan igjen føre til helseutfordringer, enten positive eller negative, for oss selv eller andre. Poland (2000) viser til et økologisk perspektiv på settinger i helsefremmende arbeid, der mennesker ikke kan sees uavhengig av settingen de inngår i. Det økologiske perspektivet viser helse som et produkt av samvirke mellom individer og grupper-, organisasjoner, samfunn og lignende.

Settingstilmærming til helsefremmende arbeid er forklart som en tilnærming som tar utgangspunkt i det som naturlig finner sted i settingen. Viktige perspektiver i denne tilnærmingen vil være; empowerment, brukermedvisning og tverrfaglig og tverrsektorielt arbeid. Weare (2002) beskriver settingstilmærmingen som en tilnærming som fokuserer oppmerksomheten på den totale konteksten til settingen, herunder omkringliggende og tilgrensede nivåer som enten kan virke støttende eller skape utfordringer for helsen.

Med å ta utgangspunkt i en slik tilnærming innen planlegging, vil samfunnsplanlegging i større grad kunne ta utgangspunktet i de unike forholdene for det området som berøres av en plan. Det betyr at en planprosess må ta mer utgangspunkt i de lokale behov, forutsetninger, ressurser og rammer ved som eksisterer for området eller samfunnet som blir berørt. I en slik forståelse vil hver ny kommune, og sannsynligvis hvert enkelt nærmiljø, kreve tilpassede modeller. Lokal utvikling må baseres på muligheter, ressurser og kunnskapsutvikling lokalt.

Planteoretikere har også hevdet at planlegging må kunne ta utgangspunkt i det unike i den lokale situasjonen for å styrke medvisning og demokrati (Holsen 2001). Både plansaker og konsekvensutredning må da utvikle metoder som kan håndtere salutogene faktorer som viktige og beslutningsrelevante.

Det trengs myndiggjørende metoder som gjør det mulig for kommunene og nærmiljøene å gjennomføre den praksis de selv ser som viktig. På den måten vil lokale behov bedre kunne samstemmes med nasjonale interesser. Men det forutsetter en medvikning som er basert på dialog.

På bakgrunn av erfaringene fra denne studien vil jeg si at medvirkningsformene bærer mer preg av kvalitetssikring av prosjektene, snarere enn en mulighet for kapasitetsbygging og mobilisering av lokalmiljøene som Amdam (2002) beskriver. Erfaringene fra denne undersøkelsen kan tyde på at medvirkningsarenaer ikke anvendes som en kritisk utveksling av analyser og holdninger, men blir anvendt som et effektivt redskap til å sikre aksept for planene og motvirke senere tidskonsumerende konflikter. De to plansakene som er undersøkt viser at medvirkning handler om at relevante innspill skal innarbeides i planforslagene, uten at det er fokus på dialogens form og innhold eller språket som maktform. At man har funnet den beste demokratiske form for medvirkning tas for gitt, og derfor ser man heller ikke på de maktforhold som det nåværende system bygger på eller gir anledning til å utvikles. Pløger (2002) har fremsatt en kritikk av den form for medvikning som er beskrevet i planleggingslitteratur og forarbeider til plan- og bygningsloven. Kritikken bygger på at medvirkning ikke er en kommunikasjonsprosess, men en forhandlingsprosess, hvor premissene i stor grad er fastlagte på forhånd. I så måte blir medvirkning en funksjon dels for å skape forståelse for planen og dels for å inkorporere de alternative forslag som er mulig å innoppta sett fra et planpolitisk synspunkt. Man er interessert i strukturene, men ikke i den kritiske debatt eller den langvarige dialog. Man er interessert i å skape forutsigelige systemer som omgår konflikter mest mulig, og gjør saksbehandling enklere. Og man er derfor ikke interessert i å stille spørsmål ved planleggingens kommunikasjonsmåter eller former (Pløger 2002).

7 REFERANSER

- Aarsæther, N., Hagen, A. (2001) *Planlegging.no!* Innføring i samfunnsplanlegging. Kommuneforlaget AS. Oslo
- Amdam, J. & Amdam, R. (2000) *Kommunikativ planlegging*. Regional planlegging som reiskap for organisasjons- og samfunnsutvikling. Oslo, Det Norske Samlaget.
- Amdam, R. (2001) *Territoriell og sektoriell samfunnsplanlegging- mot ei todeling?* Notat 5/2001. Høgskulen i Volda. Volda
- Amdam, R. (2007) *Empowerment evaluation in regional planning and public health*. Notat 11/2007. Høgskulen i Volda. Volda.
- Amdam, J. (2007) *Kommunikativ regional planlegging*. I: Areal og eiendomsrett.(Red) Ravna, Ø. Universitetsforlaget. Oslo.
- Amdam, R. (2006) *Empowerment planning-A communicative action model*. Notat 14/2006. Høgskulen i Volda. Volda.
- Amdam, R. og Bergem, R. (2008): *Kriterium for evaluering av partnerskap og planlegging i kommunalt folkehelsearbeid*. Arbeidsrapport nr 222, Høgskulen i Volda/Møreforskning Volda.
- Andreassen, T.A. (2004) *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat*. Dr.pilot. avhandl. Institutt for sosiologi og samf.geografi. UIO. Arbeidsforskningsinstituttet. Oslo
- Andrews, T. (2003) *"Nytt" ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid*. Tidsskrift for velferdsforskning, Vol.6, No.1. Fagbokforlaget, Oslo.
- Andersen, S.S. (1997) *Case-studier og generalisering*. Forskningsstrategi og design. Fagbokforlaget. Bergen

- Arnstein, S.R. (1969) "A ladder of Citizen Participation". JAIP, Vol.35, No.4. pp. 216-224.
Tilgjengelig fra: <http://lithgow-schmidt.dk/sherry-arnstein/ladder-of-citizen-participation.html> [lest 05.05.09]
- Askheim, O.P. Starrin, B. (2007) *Empowerment i teori og praksis*. Oslo, Gyldendal.
- Bergh, T. (1983) *Deltakerdemokratiet*. Teori og praksis. Universitetsforlaget. Oslo
- Bergem, R. (2007) *Revidert prosjektbeskrivelse 26.sep.2007*. Møreforskning og NIBR. Volda.
- Bergem, R. Ouff, S.M., Aarflott, U., Hanche-Dalseth, M. (2009) *Partnerskap for folkehelse og helse i plan*. Underveisrapport. Arbeidsrapport nr. 234. Møreforskning. Volda.
- Brattberg, T.T.V. (1995) *Bygningsloven 150 år- 1845-1995*. Lovens opprinnelse og utvikling. Utgitt av kommunal- og arbeidsdepartementet. Forvaltnings museet, Steinkjær
- Brox, O. (1995) *Dit vi ikke vil*. Ikke-utopisk planlegging for neste århundre. Exil. Halden
- Elvekrok, I. (2006) *Medvirkning- mer enn medvirkning* : effekter av ulike medvirkningsformer i strategiske endringsprosjekt. Avhandling (dr. oecon.) - Norges handelshøyskole, Bergen
- Eikeland, O. (1997) *Demokrati og medvirkning under et nytt kunnskapsforvaltningsregime*. Tre foredrag. Notat 5/97. Arbeidsforskningsinstituttet. Oslo.
- Eriksen, E. O. (1995) *Statsvitenskapen og konstitusjonstenkningen*- bidrag til en konstruktiv politisk teori. I: *Deliberativ politikk*- Demokrati i teori og praksis. red.: Eriksen, E. O. Tano AS. Bergen
- Eriksen, E. O. & J. Weigård (1999) *Kommunikativ handling og deliberativt demokrati*, Jürgen Habermas teori om politikk og samfunn. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Falleth, I. E. Sandkjær Hanssen, G. Saglie, I. (2008) *Medvirkning i byplanlegging i Norge*. NIBR-Rapport 2008:37. Oslo.

Fellesprosjektet E6 – Dovrebanen (2006) Planprogram for kommunedelplaner med KU for E6, Minnesund – Skaberud Dovrebanen, Eidsvoll – Sørli i Eidsvoll og Stange kommuner Statens vegvesen/Jernbaneverket. [Internett] Tilgjengelig fra: WWW.e6-dovrebanen.no. [lest 09.06.09]

Fellesprosjektet E6 – Dovrebanen (2007) Forslag til kommunedelplan med konsekvensutredning, Stange kommune- Sammenstilling av høringsuttalelser med tiltakshavernes kommentarer. Statens vegvesen/Jernbaneverket. [Internett] Tilgjengelig fra: WWW.e6-dovrebanen.no. [lest 09.06.09]

Fellesprosjektet E6 – Dovrebanen (2009) Kommunedelplan med konsekvensutredning, Stange kommune- Hovedrapport. Statens vegvesen/Jernbaneverket. [Internett] Tilgjengelig fra: WWW.e6-dovrebanen.no. [lest 09.06.09]

Friedmann, J. (1987): *Planning in the Public Domain*– From Knowledge to Action. Princeton: Princeton University Press

Friedmann, J. (1992): *Empowerment*– The Politics of Alternative Development. Cambridge MA & Oxford UK. Blacwell Publishers.

Fosse, E., Røiseland, A. (1999). Fra visjon til virkelighet? Om sammenhengen mellom Ottawa-charteret og norsk helsepolitikk I: *Lokalsamfunn og helse. Forebyggende arbeid i en brytningstid*. red.: Røysland m.fl.. Bergen: Fagforlaget

Fosse, E. (2000). *Implementering av helsefremmende og forebyggende arbeid*. Bergen. Avd. for adm.og organisasjon. UIB. Bergen.

Giddens, A. (1997) *Modernitetens konsekvenser*. Pax. Oslo

Hannestad, A. (2007) *Empowerment gjennom læring*- en studie om utvikling av empowerment hos helsepersonell som lærer forbedringsarbeid i grupper. Masteroppgave. Nordiska hogskolan for folkhelsovetenskap. Gøteborg.

- Healey, Patsy (1997): *Collaborative Planning – Shaping Places in Fragmented Societies*.
Basingstoke: Macmillan.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1984). Lov om helsetjenesten i kommunen. Oslo. Dep.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005). Oppfølging av st.meld. nr.16 (2002-2003) Planlegging av bedre folkehelse ”helse i plan”
- Helse- Og Omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet & Sosial- Og Helsedirektoratet (2005) *Oppfølging av st.meld. nr.16 (2002-2003) Planlegging for bedre folkehelse: "Helse i plan"*. Plan og bygningsloven som virkemiddel i folkehelsearbeidet og tilrettelegging for plan- og prosesskompetanse i helsesektoren. Dep.Oslo.
- Hem, H.E. (2002) Aksjonsforskning. Forskning til nytte i møte med velferdssamfunnets hovedutfordringer I: *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog*. red.: Hauge, H.A. & Mittelmark, M.B. Fagbokforlaget. Bergen
- Hofstad, H., Vestby, G.M.(2009) *Lokalt folkehelsearbeid*. Underveisevaluering av Helse i Plan og Partnerskap for folkehelse. NIBR-notat: 2009:102. Oslo
- Holsen, Terje (2007) *Fysisk planlegging mellom offentlig styring og privat initiativ*. I: Ravna, Ø. (Red) Areal og eiendomsrett. Universitetsforlaget. Oslo
- Holsen, Terje (2000) *Medvirkning som begrep i plan- og bygningsloven*.
Notater for planlovutvalget. NIBR Notat 2000/3. Oslo
- Holsen, T., Moltumyr, A. (2001) *Om planteorier*. Vedlegg 5 i NOU 2001:7 ”Bedre kommunal og regional planlegging etter plan og bygningsloven. Dep. Oslo
- Jakarta Declaration (1997). Leading Health Promotion into the 21st. Century.meeting in Jakarta from 21. to 25.July 1997. WHO

- Kalleberg, R. (1996) *Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog. I: Kvalitative metoder i samfunnsforskning.* red.: Kalleberg, R. Holter, H. Universitetsforlagets Metodebibliotek. Oslo.
- Kristiansen, R. (2006) *Deltagelse, dialog og dominans- En kritisk undersøkelse av planteori og praksis.* Masteroppgave, Institutt for planlegging og lokalsamfunnsforskning, Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Tromsø.
- Kvale, S. (1997) *Det kvantitative forskningsintervju.* Gyldendal Norsk forlag AS. Oslo
- Mæland, J. G. (1999) *Forebyggende helsearbeid- i teori og praksis.* Tano Aschehoug. Oslo.
- Mittelmark, M. B. (2001) *Promoting social responsibility for health: health impact assessment and healthy public policy at the community level.* Health Promotion International; Sep 2001; 16,3 ProQuest Medical Library.
- Moltumyr, A (2003) *Tilrettelegging av plan- og bygningsloven som egnet virkemiddel for nye sektorinteresser og profesjongrupper.* Hvordan kan dette gjøres? Nordic symposium. Lillehammer 14-16 august 2003.
- Miljøverndepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet (1985) Plan- og bygningslov nr.77. Dep. Oslo
- Miljøverndepartementet (2009) Plan- og bygningsloven. Dep. Oslo
- Miljø og helse (4/1992) Tidsskrift for miljø, helse og samfunn, THF,
- NOU 1977:1 Ny planleggingslov. Universitetsforlaget. Oslo
- NOU 1998:18: Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Dep.Oslo
- NOU 2001:7 Bedre kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven. Del I. Dep. Oslo

- NOU 2003:14 Bedre kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven. Del II.
Dep. Oslo
- Ottawa-charter for Health Promotion (1986) First International Conference on Health Promotion.
WHO. Ottawa, 21 November 1986.
- Pløger, J. (2002) *Kommunikativ planlegging og demokrati - nye perspektiver i planforskningen*.
NIBR-rapport 2002:17. Oslo.
- Poland, B.D. Green, L.W. Rootman, I. (2000). *Settings for Health Promotion*. Linking Theory and practice. Sage Publication.
- Røiseland, A. (1999). Forebyggende helsearbeid- balansekunst mellom ”sektor” og ”område”.
I: *Lokalsamfunn og helse. Forebyggende arbeid i en brytningstid*. red.: Røysland m.fl.
Bergen: Fagforlaget
- Rønningen, G.E. (2003) Nærmiljø- Nostalgier eller aktuell arena i forebyggende og
Helsefremmende arbeid ? I: *Helsefremmende arbeid i en brytningstid- Fra monolog til dialog?*. red.: Hauge, H.A., Mittelmark, M.B Fagbokforlaget. Bergen.
- Stange kommune (2009-2012) *Kommunedelplan for folkehelse*. Stange
- Stange kommune (2007) *Saksframlegg*. Kommunedelplan og konsekvensutredning for
Dovrebanen og E6 langs mjøsa. Arkivsaksnr. 05/1729. Stange.
- Statens vegvesen (2000) *Konsekvensutredning E18 Moskvil-Gulli*. Hovedrapport. Statens
vegvesen-Vestfold. Tønsberg
- Sager, T. (1991) *Planlegging med samfunnsperspektiv- analysemetode*. Tapir forlag. Universitet
i Trondheim.
- Slagstad, R. (1998) *De nasjonale strateger*. Pax Forlag AS. Oslo

- Smith, A. (2006) *Helse i konsekvensutredninger* - en oversikt over erfaringer fra EU,WHO, Storbritannia, Nederland, Sverige og Australia. Rapport
- Stang, I. (2003) Bemyndigelse- En innføring i begrepet og ”empowerment-tenkningen” relevans for ansatte i velferdsstaten I: *Helsefremmende arbeid i en brytningstid- Fra monolog til dialog?*. red.: Hauge, H.A., Mittelmark, M.B Fagbokforlaget. Bergen.
- Statens helsetilsyn (1999) *Miljø og helse i plan-* kvalitetsverktøy og teknikker. IK-2685. Dep. Oslo
- St.meld.nr.16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. Folkehelsepolitikken. Dep.Oslo
- St.meld.nr. 29 (1996-97) *Regional planlegging og arealpolitikk*. Miljøverndepartementet. Dep. Oslo
- St.meld.nr. 33 (2007-2008) ”Eit sterkt lokaldemokrati”. Kommunal og regionaldepartementet. Dep. Oslo
- Ståvi, J.M (2001) *Helse i konsekvensutredninger*. Sosial- og helsedepartementet. Rapport nr. 2001-019. Asplan Viak AS. Sandvika.
- Sosial- og helsedepartementet og Miljøverndepartementet (2000) *Handlingsplan for miljø og helse*. Dep. Oslo
- Sosial- og Helsedirektoratet (2003) *Veileder i miljørettet helsevern*. Dep. Oslo
- Thagaard, T. (1998) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Tones, K & Green, J. (2004) *Health Promotion: Planning and Strategies*. London: SAGE Publications.
- Udness og Hjelm (2008) *Borgermedvirkning i arealplanprosesser- visjon eller virkelighet?* Masteroppgave i helsefremmende arbeid. Høgskolen i Vestfold.

Våler kommune (2007) Samlet saksframstilling. Reguleringsplan for Augerød 3. Andre gangs behandling etter offentlig ettersyn. Arkiv L12. Våler

Weare, K. (2002) The contribution of education to health promotion. **I: *Disciplines, diversity and developments***. red.:Bunton, R. Macdonald, G. Health Promotion. Routledge. London.

Weigård, J.(1995) *Representasjon og rasjonalitet- Deliberasjon og aggregering som politiske koordineringsprinsipper I: *Deliberativ politikk- Demokrati i teori og praksis**. red.: Eriksen, E. O. Tano AS. Bergen

Windju, M. (2008) *Medvirkning i privatinitiert planlegging*. Masteroppgave, Institutt for landskapsplanlegging. Universitetet for miljø- og biovitenskap. Ås

Wøhni, A. (2007) ”*Virker medvirkning virkelig? Evaluering av planmedvirkning i storbyene.*” Sluttrapport. Asplan Viak 23 02 2007. Sandvika.