



KANDIDAT

**3310**

PRØVE

**HEL424 1 Det strukturelle folkehelsearbeidet**

Emnekode	HEL424
Vurderingsform	Skriftlig eksamen
Starttid	29.11.2017 09:00
Sluttid	29.11.2017 14:00
Sensurfrist	20.12.2017 01:00
PDF opprettet	23.09.2019 09:07
Opprettet av	Digital Eksamen

**HEL424 Generell informasjon****Emnekode:** HEL424**Emnenavn:** Det strukturelle folkehelsearbeidet**Dato:** 29.11.2017**Varighet:** Kl. 09:00-14:00**Tillatte hjelpemidler:** Ingen hjelpemidler tillatt**Merknader:** Oppgave 1 er obligatorisk og skal besvares. Deretter velger du mellom oppgave 2 eller oppgave 3. Oppgavene vektet likt. Begge oppgavene må bestås for å bestå eksamen som helhet.

-----

Det forekommer av og til spørsmål om bruk av eksamensbesvarelser til undervisnings- og læringsformål. Universitetet trenger kandidatens tillatelse til at besvarelsen kan benyttes til dette. Besvarelsen vil være anonym.

**Tillater du at din eksamensbesvarelse blir brukt til slikt formål?****Velg et alternativ** Ja Nei

Besvart.

**1 Oppgave 1**Obligatorisk oppgave**Oppgave 1**

- a. Governmentality er en omdiskutert tilnærming og styringsform i forebyggende og helsefremmende arbeid. Hva innebærer denne tilnærmingen?
- b. Gjøre rede for sentrale momenter i kritikken av denne tilnærmingen.

**Skriv ditt svar her...****Oppgave 1 a+b.**

Jeg har valgt å skrive oppgave a og b sammen. Jeg gir en oversikt over governmentality som styringsform i forebyggende og helsefremmende arbeid, hva dette innebærer, og samtidig som jeg redegjør for kritikken av tilnærmingen.

Governmentality er en indirekte styringsform, som har bakgrunn i økt markedsstyring og økonomisk globalisering i moderne vestlige stater. Altså økning av liberalisering og økning av økonomisk konkurranse innen

folkehelsefeltet. Governmentality er selvstyring, det handler om å styre individer, eller få individer til å styre seg selv på en spesifikk måte. Styringsprosessen er selvdisiplinering. Staten styrer på avstand, det handler om å påvirke individets frie valg innenfor gitte rammer. Altså man styrer rammene rundt individets frie valg. Eksempelvis innen forebyggende og helsefremmende arbeid har staten et ønske om at individet har en bestemt helseatferd, tar riktige helsevalg og har en livsstil som staten mener er til det beste for borgerne og samfunnet som helhet. Staten ønsker sunnhet og god helse for individene, både i omsorg for den enkelte borger og til samfunnets beste som helhet. Uhelse koster staten veldig mye ressurser og penger.

I governmentality som styringsform innen helsefremmende og forebyggende arbeid, blir det vektlagt at individet har frie valg i forhold til egen helse og egen livsstil. Samtidig er disse valgalternativene bestemt og definert på forhånd av kunnskapsaktører i samfunnet. Det foreligger en sterk norm for hva som er riktig helseatferd, hvilke valg som er de gode, riktige og sunne helsevalgene. Et eksempel på en slik kunnskapsaktør i samfunnet er helsedirektoratet. Styringsformen krever en grad av frivillighet, fordi individet tar selv ansvar for å endre sin livsstil etter ønske til staten. Ansvar for helse blir flyttet fra staten og over på individet. Individet blir forpliktet til å ta riktige valg, valg som er pakket inn og plassert under frie valg. Kritikere stiller derfor spørsmålet; hvor frie er egentlig valgene man har?

Governmentality handler om sosial kontroll og politisk styre hvor staten påvirker autonome individer til å frivillig endre sin livsstil og sine helsevalg etter statens ønske. Studerer man governmentality så studerer man styringsteknikker på å endre atferd. Styringsformen handler om sosial kontroll og politisk styre, hvor man endrer og påvirker individer til bestemte subjekttyper. Det er flere årsaker til at staten ønsker å påvirke individer, vi har statlige årsaker som begrunnes i at det er til det beste for fellesskapet. Et felles gode. Man har også individuelle årsaker som begrunnes med statens omsorg for den

enkelte. Staten ønsker at den enkelte skal få et godt liv. Her blir staten mer en pastoralstat, og her ligger antakelsen at det er staten som har rett til å definere hva som er god helse og hva som er et godt liv. Innen helsefremming og forebygging av folkehelse er det ofte en kombinasjon av årsakene. En del av kritikken til denne styringsformen går ut på at det er staten som tar oppgaven i å definere hva et godt liv og en god helse er. Vi har stor grad av pluralisme i vårt samfunn, et mangfold av interesser og meninger. Hvis hver og en av individene skal ha ansvar for eget liv og selvstyring over eget liv, burde hver og en ha rett til selv å definere hva som er et godt liv og hva som er god helse. Dette vil sannsynligvis variere individuelt for den enkelte.

Man kan se på staten som en hyrde, som gjeter sin saueflokk. Hva med individuelle verdier og meninger? Alle skal gjetes og styres i samme retning, ha samme forestilling og motivasjon om hva som er god helse og et godt liv. Man blir, som beskrevet ovenfor, manipulert og styrt av staten i en gitt retning og i en felles forståelse av hva som er en god livsstil. Dette gjøres indirekte, og ikke åpenlyst. Kritikere ønsker mer åpenhet fra statens side om påvirkning og ønsker i forhold til helseatferd og sunne helsevalg som foretrekkes av staten. Dersom man ønsker å påvirke og manipulere, bør ikke dette skje indirekte. Mange hevder at en mer direkte og åpen påvirkning er viktig fra statens side.

Ved denne styringsformen skapes det biopolitikk, altså det moderne vestlige samfunnets enorme interesse i borgernes privatliv og livsstiler. Hverdagen til borgerne er blitt politikk. Det påvirker borgerskapet i samfunnet. Vi har gått fra et sosialt borgerskap, hvor man vektlegger det kollektive i samfunnet, og over til et biologisk borgerskap, hvor individet står i sentrum for kunnskap og makt. Spørsmålet mange kritikere stiller er hvor langt skal vi la denne makten påvirke livene våre. Samtidig har vi et klart skille av ansvaret til staten og ansvaret til individet. Staten har ansvar for at individet har en rett til beskyttelse av kropp, helse og det biologiske materialet som anses som verdifullt og kostbart. Individet har et ansvar for å kjenne sin egen helsestatus, være eksperten på den, og

samtidig være klar over konsekvensene egne valg har på egen helsestatus og livsstil. Man ser også at grensen til individet`s privatliv må flyttes eller endres. Individet må åpne opp for sitt private liv/livsstil for å kunne gjøre endringer.

I norsk folkehelsepolitikk blir styringsteknikken empowerment vektlagt. Dette skiller også Norges folkehelsepolitikk fra folkehelsepolitikken til mange andre europeiske land. Empowerment handler om at individer får økt kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker livene. Empowerment blir presentert som positivt, og det tas for gitt at det er ensidig positivt og til det beste for brukerne. Men bak empowerment styringsteknikk ligger tanken og ideen om at dersom individer blir empowered, så vil de ta helsevalg etter statens ønske. Altså etter normene for riktige og sunne valg i samfunnet. Empowerment dominerer dagens helsetjenester, og det påvirker relasjonen mellom bruker og den profesjonelle. Man har beveget seg fra paternalisme til selvstyring. Tidligere var det for eksempel legen som var eksperten, hadde makten over beslutninger som handlet om individets helse og liv. Legen visste best i forhold til individets medisinske tilstand. Nå er det brukeren som har mer makt. Brukeren skal være ekspert på sin egen medisinske tilstand, og ta del i beslutninger og handlinger i forhold til sine behandlingsalternativer og valg. Denne tilnærmingen til individets forventning til selvstyring og selvkontroll vil påvirke individet ved opplevelse av somatisk og mental sykdom. Forventningene til individets oversikt over helsestatus og at individet skal ta en ansvarlig deltakelse ovenfor egen helse og helsebeslutninger kan virke svært overveldende i situasjoner der individet er på sitt kan hende mest sårbare punkt i livet. Alle mennesker har individuelle reaksjoner og tanker på egen helse og sykdom, og dersom man opplever at ansvaret er lagt litt over på en selv så kan dette virke skremmende og inneha en høy grad av usikkerhet. Man ser det er dilemmaer og verdikonflikter innen forebygging og helsefremming i folkehelsefeltet. Empowerment over eget liv og helse gir større individuell frihet og ståri dette tilfelle i mot paternalisme. Det kan være vanskelig å finne løsninger på verdikonflikter og dilemmaer, men

det burde være åpenhet rundt det.

Selv om empowerment helt klart har fordeler, så er det ikke et nøytralt valg. Hva med de insividene som har risikoatferd, skal de også bli empowered? Og dersom empowerment feiler, skal risikoindividene få konsekvenser i forhold til eksempelvis økonomiske sanksjoner eller nedprioritering i helsetilbud?

I moderne vestlige samfunn har vi en økende grad av markedsstyring og individualisert helseansvar. Vi har et kostnadsdrivende velferdsregime som fører til en økende aksept av neoliberal ideologi, altså mer markedsstyring. I moderne vestlige samfunn kan man se hvordan denne ideologien påvirker individenes helsevalg, driver helsefremming og påvirker individenes forståelse av hva det vil si å være sunn.

Governmentality i neoliberal tenkning dreier seg om styring av individet som ikke er åpenbar kraftig eller tvungent, men det handler om å stimulere ønske til autonome individer slik at de frivillig endrer sin atferd og livsstil etter ønske av staten, samtidig som de selv tar ansvaret for det.

Vi har i samfunnet i dag et sterkt sunnhetsjag, som oppstod på 1980 tallet. Det minner om en helsemani. Helse og fitnessindustrier tilrettelegger for jaget etter god helse og sunnhet, og man har fått en fremtreden av en helseindustri. Helseindustrien har grenseløse tilbud i alle områder som har med kropp, sinn og helse og gjøre. Vi blir daglig påvirket av blant annet reklame overalt i samfunnet. Det er et enormt press på individene som jager etter å ha god helse og å være sunne. Man bruker enorme ressurser på å investere i seg selv, og disse investeringene blir sett på som plikt til statsborgerskapet og en personlig investering i seg selv som er utelukket positiv. Kritikere påpeker at vi får et samfunn hvor vi blir svært så selvsentrerte og økende narssistiske holdninger til selvet. Vi ser at mange mennesker sliter med blant annet helseutfordringer, økonomi og har store utfordringer på ulike måter. Makroøkonomisk politikk påvirker arbeidssikkerheten til mange, eksempelvis oljekrisen vi nettopp har hatt. Verdier som solidaritet og universalisme blir byttet med individualisert bekymring, og dersom

trusselen fortsetter så blir velferdsstaten med sine skattekrav en trussel mot well-being. Støtten til sosialdemokratiske partier og velferdsstaten reduseres, og det påvirker sosial ulikhet i helse negativt, Vi vet at de relative helseulikhetene i Norge er større enn vi trodde, og at de er økende. Det er ikke bare et fattigdomsproblem. Vi har en økning av barn som vokser opp i kommunale boliger, økt støy og forurensing i omgivelsene. Vi har en økning i elever som dropper ut av videregående skoler, og en økning av depresjoner blant unge. Vi vet at sosiale ulikheter som barn og unge opplever vil prege dem resten av livet. I Norge i dag drar de som er øverst i lønnsstigen fra de som er nederst. Det er så stort helsegap mellom de ulike gruppene i den sosiale gradienten, at vi kan ikke si at Norge har gjort suksess i arbeidet i å redusere sosial ulikhet i helse. Likevel ser man i samfunnet en økende opptatthet av å spise sunt, trene regelmessig, ha riktig kosthold og å se bra ut. Man skal ha en perfekt fasade preget av ungdommelighet og supergod helse og form. Virkeligheten kan for mange være en annen, men det viktigste er fasaden og hvordan man frastår for andre. Man kan spørre seg hva som påvirker oss til denne livsstilen og denne tankegangen, og man ser at vi har en økt individualisering av helseatferd og mer preg av markedsstyring på folkehelsefeltet.

Neoliberal styringsform bygger på prinsipper som er med på å drive helsefremming fremover, påvirke helsebevisstheten til individer og å påvirke individer til en bestemt forståelse av hva det vil si å være sunn.

Det første er **minimal statlig styre**. Man ser at det er en individuell tilnærming som står i senter for strategier for helsefremming, ikke sosiale helsedeterminanter. Dette er til tross for internasjonale ønsker om satsning på sosiale helsedeterminanter i arbeidet om å forebygge og fremme folkehelse. I tillegg foreligger det evidensbasert kunnskap om sammenhengen mellom helse og sosiale helsedeterminanter. Individet blir sett på som årsaken og løsningen til manglende helse. Negative sosiale helsedeterminanter blir sett på som et resultat av individets frie valg, og i praksis blir de mer eller mindre ignorert.

**Markedsfundamentalisme** er det neste prinsippet. Staten trekker seg tilbake, og man får åpninger for nye markeder på områder det ikke har

vært markeder på tidligere. Helseindustrien bruker de frie og åpne markedene til å skape industri av vår helseforståelse, i stedet for at staten fokuserer på de strukturelle kreftene og de sosial helsedeterminantene. Det blir gjennom markedet oppfordret til en type selvopptatthet som er i tråd med den ønskede subjekttypen som er den sunne borgeren.

**Risiko:** Det er effektivt å bruke risiko som verktøy for helsefremming. Frykten for tidlig død eller sykdom/skade påvirker individene i stor grad, dermed vil risiko legitimere strategier innen helsefremmingspolitikk og individene vil omfavne tjenester fra helseindustrien. Dermed ser man at risiko vil skape nye markeder for private bedrifter og forsikringsselskaper. Konsekvensen av dette er at individer vil få en synkende tiltro til det offentlige velferdssystemet. Dette blir synlig når individer kjøper private forsikringer som er basert på sine risikoutfordringer, eller muligheter for risiko. Synkende tiltro til det offentlige velferdssystemet vil føre til nedskjæringer av velferden og dermed påvirke sosial ulikhet i helse, helsefremming og helseforebygging. **Personlig ansvar:** sosiale problemer blir personlige problemer, og man har et personlig ansvar for sine feil. Men dette er ansvaret for helse flyttet fra staten og over på individet. Dette er økonomisk gunstig for staten,

**Individuelle frie valg:** dette siste prinsippet vil alltid føre med seg ulikhet i helse. Man blir satt til å ta frie og individuelle valg, men det er alltid noen individer i et samfunn som ikke har mulighet til å følge de riktige valgene. Dette kan dreie seg om individenes ressurser og kompetanse, eller om individenes vilje. Frie valg kan dessuten sees på som en fasade, for valgene er jo ikke mer frie enn at alternativene er bestemt på forhånd, og man kan ta feil valg. Det er ikke uten konsekvenser, de som tar feil valg blir en del av risikogruppe i samfunnet. De blir ikke en del av løsningen eller ressursen i samfunnet. Dermed ser man at disse risikoindividene blir skilt ut fra resten av individene, de kan oppleve mer stigmatisering og dette kan bidra til økt ulikhet i helse.



---

Besvart.

## 2 Velg oppgave 2 eller 3

Besvar en av de to oppgavene nedenfor:

Enten:

### Oppgave 2

- Gjør rede for viktige trekk i styringen og organiseringen av folkehelsearbeidet på kommunalt nivå
- Diskuter hvordan ulike faktorer utfordrer implementeringen av folkehelsepolitikken på lokalt nivå.

Eller:

### Oppgave 3

- Gjør rede for sentrale aktører i styring av folkehelse/ helsefeltet på internasjonalt/ overnasjonalt nivå.
- Hvilke styringsvirkemidler har internasjonale/ overnasjonale organer overfor nasjonalstatene på folkehelsefeltet?

**Skriv ditt svar her...**

Jeg har valgt oppgave 2.

2a:

Ulikhet i helse er observerte forskjeller i helseresultater blant individer, grupper, samfunn og jurisdiksjoner. Det handler om dødelighet av sykdom/skade og forekomst av sykdom/skade samt risikofaktorer som påvirker helse som vi utsettes for. Vi kobler helse sammen med politikk fordi vi mener helse er et politisk valg og mange av de faktorene som påvirker helse er avhengig av politisk handling. Dersom vi ikke har koblingen mellom politikk og helse mangler vi et sterke pressmiddel ovenfor politikere. I de siste årene har politikk blitt sett på som en sosial helsedeterminant. Sosial helsedeterminanter som påvirker helse er lokalisert i mange ulike samfunnssektorer, derfor er vi i behov av sammenheng mellom helse og politikk.

I Norge har vi et forvaltningssystem i tre nivåer; stat, fylkeskommune og kommune. Staten styrer gjennom virkemidlene; juridiske (lover og regelverk), pedagogiske (tilsyn, kontroll, kompetanseheving og

veiledning) og økonomiske virkemidler (finansiering, midler).

Det er en kompleks relasjon mellom staten og kommunen, og staten bruker sine virkemidler til å styre over kommunen.

Vi ser en tendens til at styringsprosesser i Norge kompliseres på grunn av internasjonale trender og fordi oppgavene til det offentlige endrer karakter. Eksempelvis på forebyggingsfeltet innen folkehelsearbeid var det tidligere fokus på smittsomme sykdommer, utarbeiding av vaksiner og reduksjon av skadelige stoffer i omgivelsene. I dag er utfordringene annerledes. Nå er det ikke-smittsomme sykdommer som er genetisk betinget eller relatert til livsstil som er hovedutfordringene. Eksempelvis har vi hjerte-og karsykdommer og kreft. Genetiske disposisjoner har ikke myndighetene noe med å gjøre, og forebygging av livstilsrelaterte sykdommer er komplisert for det innebærer å endre livsstiler. Da kreves nye styringsformer.

Vi har fram til 1980-tallet hatt tradisjonell styring, altså hierarkisk styring med ovenfra-og-ned perspektiv. Staten er enhetlig aktør og bruker mye juridiske virkemidler, altså styrer gjennom lover og regeverk. Det er sterkt skille mellom offentlige og private aktører. I dag har vi mest tradisjonell styring, men vi ser at folkehelse på helsefeltet er i større grad markedsstyrt.

Fra 1980-2000 ca. er en bølge av New Public Management, vi er mer dominert av markedsstyring. Markedsstyring har et nedefra-og-opp perspektiv, brukerperspektivet er sentralt. Det styres etter tilbud og etterspørsel. Eksempelvis i Kristiansand kommune så har deler av folkehelsesektoren blitt privatisert ved anlegget Aquarama. Her ser vi at det offentlige ikke har ressurser til å gi et fullverdig tilbud. Det er styrt etter hva folk er villige til å betale, og private aktører kommer inn i samarbeidet med offentlige aktører.

Tanken ved NPM er at man ønsker å effektivisere den offentlige sektoren med styringsteknikker fra den private sektoren. Man tenker at det ikke er grunnleggende forskjeller i offentlig og private sektorer, og styring, ledelse og organisering er allmenne prosesser som kan kopieres over

grensen mellom offentlig/privat. Man ønsker å begrense statens påvirkning, fristille offentlige etater og det offentlige får dermed en mer regulerende karakter. Man ønsker å bygge ned byråkratiet, effektivisere og desentralisere. I praksis handler det om privatisering og økt konkurranse. Økt bruk av markedet og økonomisk konkurranse skaper effektivitet.

Det som er negativt med denne styringstradisjonen er et ensidig kvantitativt kostnadsfokus. Man er mål og resultatstyt, og man bygger opp byråkratiet på grunn av økningen av tilsyn og kontroll av mål og resultater. Dette er mot den opprinnelige hensikten og ønske til NPM. Styringstradisjonen er blitt kritisert for å ha et intra-statlig fokus i en mer pluralistisk verden, og for å bruke utdaterte styringsteknikker fra den private sektoren. Offentlige resultater er det vanskelig å tallfeste fordi de er så flertydige. Derfor vil NPM skape målkonflikter. Eksempelvis innen folkehelse vil sykehusene behandle de pasientene de tjener mest på å behandle, og ikke de pasientene som legene mener trenger behandlingen mest.

Fra 2000 dominerer styringstradisjonen New public governance = Samstyring. Denne styringstradisjonen er ett supplement til de to foregående, og inneholder elementer av begge i seg. Man ser at den enkelte organisasjons mulighet til å planlegge og iverksette effektive tiltak er redusert, og man får et behov for nettverkssamarbeid mellom den enkelte organisasjon, private aktører, offentlige aktører og frivillige org. Det er et vidt spekter av aktører innen et nettverksbasert samarbeid som skal gå på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer. Man tenker at behovet for nettverksbaserte samarbeid bare vil øke, fordi det offentlige får mer kompliserte velferdsoppgaver som setter press på økonomi og kunnskap. Man blir da avhengige av flere interessenters interesser, kunnskaper og verdier. Samarbeid er sårart, det er avhengig av gjensidig tillit, engasjement og kommunikasjon. Man må være villig til å vise sin sårbare side for andre parter, og man må vise sine interesser, verdier og ønsker. Det er særlig vanskelig å etablere tillit til det offentlige, fordi det er uforutsigbart og utsatt for utskiftninger hvor nye partnere kommer inn i samarbeidet med andre verdier og interesser. Aspekter til

samstyring er:

- Gjensidig avhengighet: Partene er frivillige inne i samarbeidet, de har et gjensidig ønske om å finne løsning på et felles problem. Det er et spleiselag av ressurser, noen parter kan ha mer makt i forhold til at de har mer ressurser enn andre, men det er likevel et spleiselag.
- Forhandling/diskusjon: Uenighet skal løses gjennom forhandling og diskusjon. Dette har innvirkning på hvordan det offentlige kan styre. Ingen kan styre direkte, og det offentlige kan ikke bruke tradisjonelle virkemidler som lover og regelverk. Dersom noen forsøker å bruke makt kan det resultere i at parter trekker seg ut av samarbeidet.

Frivillige organisasjoner bør i større grad inkluderes i planlegging, utforming og implementering av folkehelsepolitiske mål. Frivillige organisasjoner er sterkt drevet av engasjement på enkeltsaker, de deltar og skaper samfunnsdebatt og kan dermed fremme tiltak som bidrar til en bedring av folkehelse. Det er vanskelig for frivillige å drive et nettverksbasert samarbeid, de har ikke samme kontekstforståelse som de offentlige ansatte har, og det er vanskeligere for frivillige aktører å få gjennomslagskraft for sine ønsker og tiltak.

Den siste styringstradisjonen, governmentality, har jeg redegjort for i oppgave 1.

Det er ulike syn på folkehelse som påvirker hvordan dette feltet blir styrt og organisert lokalt i kommunen, jeg har redegjort for de to synene i oppgave 25, fordi de to synene er også viktige i forhold til lokale utfordringer i implementering av folkehelsepolitikken.

I forhold til hvordan kommunene styrer og organiserer folkehelse er de underlagt to store lover.

Kommunene skal etter plan og bygningsloven 2008 fremme folkehelse og redusere sosial ulikhet i helse i all samfunnsplanlegging og i alle planstrategier. De skal jobbe for en bærekraftig utvikling, og samstyring

blir forfektet som styringstradisjon. Loven vektlegger tverrsektoriell tilnærming/håndtering på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivå. Loven er koordinert med Folkehelseloven, som sier at kommunene skal utarbeide helseoversikter over befolkningens helsestatus og risikofaktorer som påvirker helse. Disse drøftningene skal legges til grunn for all planlegging etter plan-og bygningsloven, og all politisk utforming og vektetekter i kommunen. Kommunen er plikt til å sette i verk tiltak mot sine lokale utfordringer og behov på folkehelsefeltet.

Kommunene anbefales å ansette folkehelsekoordinatorer for å sikre tverrsektorielt koordinering av folkehelse og implementering av hiap. Dette har jeg også skrevet avsnitt om i oppgave b.

Folkehelseloven styrker forankringen av folkehelsearbeidet i alle politiske sektorer og forvaltningsnivå. Den er bygget på prinsippene:

- Helselighet. Helseulikhet er på bakgrunn av sosiale helsedeterminanter, og de danner en gradient gjennom befolkningen. Man jobber for å utjevne gradienten og ha en rettferdig fordeling av ressurser
- Hiap prinsippet. Helse i all politikk. Helse skal målrettet frammes i all politisk utforming og planlegging, i alle politiske områder og i alle sektorer.
- Bærekraftig utvikling; man skal møte folkehelseutfordringer på en slik måte at man ikke ødelegger for fremtidens generasjoners mulighet å møte sine folkehelseutfordringer. man skal tilrettelegge for langsiktig perspekti i folkehelsearbeid
- føre var prinsippet: dersom et vedtak har risiko for skade på indivoder eller omgivelser, skal ikke manglende vitenskapelig konsensus rettferdiggjøre utsatt handling mot vedtaket.
- Partnerskap. Folkehelse er sammensatt av flere interessenter i samarbeid. Man skal fremme allianse og partnerskap med sivilsamfunnet

2b:

Utfordringer til implementering av folkehelse på lokalt nivå er konflikten mellom to ulike syn og ideer for hvordan man håndterer folkehelse. Det ene dreier seg om kollektiv determinantsatsning, eller kollektiv integrering. Her sees helse på som et felles gode som skal fordeles rettferdig. Negativ helse har årsak i strukturelle faktorer. Helse blir sett på som et politisk ansvar. Man er opptatt av sosial ulikhet i helse og sosiale helsedeterminanter. Dette sammenfaller med WHO's retningslinjer (i "helse for alle innen 2020"). WHO vektlegger at sosial ulikhet i helse er et politisk felt, og ikke et vitenskapelig felt. Dette leder til hiap prinsippet, altså helse i all politikk. Helse må målbevisst fremmes i all politisk planlegging, vedtak og implementering av politikk. Helse skal tas hensyn til i alle sektorer og i alle forvaltningsnivåer. Derfor er også en tverrsektoriell tilnærming til folkehelse og sosial ulikhet i helse viktig.

Politikk i Norge som bygger på denne ideen er plan og bygningsloven av 2008, og folkehelseloven av 2012.

Den andre ideen, eller synet, som preger håndteringen av folkehelse er en individuell tilnærming, eller en ide om individuell empowerment. Her blir helse sett på som valg gjort av frie individer og politikken handler om å påvirke folks helsevalg. Styringsteknikken er empowerment, altså økt kontroll til individer over handlinger og beslutninger som påvirker eget liv. Individene får ansvar for egen helse, ha selvhåndtering og akseptere at det offentlige har begrenset ressurser.

Stortingsmelding nr 34 er eksempel på norsk politikk som er bygget på denne ideen. Her er empowerment sentralt, individene skal være empowered over eget liv.

Frisklivssentraler er også bygd på dette synet om folkehelse. Det er ressursentre i kommunen hvor individer kan få individuell guidelines til å endre livsstilen sin. Det er manualbasert, så man har oppskrifter på hvem som skal få hjelp, og hvordan individene skal hjelpes og motivteres.

Lokale praksiser i kommunen består stort sett av helseprofesjonelle og er lagt til helsesektoren. Det varierer hvor langt kommunene er kommet i folkehelsearbeidet, og implementeringen av nasjonal folkehelsepolitikk. Noe er integrert i kommuneplaner som er lovpålagt, men i praksis kan det være store variasjoner i kommunene. Eksempelvis kan manglende ressurser og kompetanse føre til at noen kommuner ikke er kommet like langt i dette arbeidet.

Man ser at det kollektive integreringssynet har fått feste i kommunene ved at stadig flere kommuner har ansatt folkehelsekoordinater. Dette er anbefalt etter folkehelseloven av 2012, men ikke lovpålag.

Folkehelsekoordinatoren skal arbeide for hiap og en tverrsektoriell koordinering av folkehelsepolitikken både vertikalt gjennom forvaltningsnivåene og horisontalt gjennom sektorene. I lokale praksiser i kommunene ser vi at de fleste folkehelsekoordinatorene er ansatt i deltidsstillinger og plassert i helsesektoren. Dette kan føre til en isolering av folkehelsekoordinatoren og av folkehelsepolitikken dersom folkehelsekoordinatoren ikke blir flyttet til f.eks. planavdelingen.

Kommuner som har folkehelsekoordinatorer ansatt i fulle stillinger og på et sentralt nivå i organisasjonen, har i større grad lykkes med en tverrsektoriell koordinering av folkehelse og implementering av prinsippet helse i all politikk.

Samtidig som vi ser en økning av folkehelsekoordinatorer ser vi en økning av kommuner som har opprettet frisklivssentraler, og bruker mye ressurser på å drive disse. Her er det folkehelsekoordinatorer i fulle stillinger. Dermed kan man konkludere med at det er den individuelle empowermentideen som er dominerende i lokale praksiser.

Man ser at den kollektive integreringsideen har en rekke utfordringer. Det er veldig ressurskrevende og drive et samarbeid med en rekke aktører fra ulike sektorer og i ulike forvaltningsnivåer. Det er tidkrevende og ressurskrevende. Vi lever i et samfunn hvor man vil se mål og resultater kjapt.

Den individuelle empowermentideen er mye lettere å håndrete, er

mindre politisk kontroversiell og er avhengig av profesjon og ikke personer. Den er lett å reorganisere på nye områder, og man kan ta utgangspunkt i lokale utfordringer og ressurser.

Den nasjonale folkehelsepolitikken forfekter begge ideer, og dermed så skaper disse ideene en spenning i politikken. Det er et ønske om at det skal satses på både frisklivssentraler og på sosiale helsedeterminanter.

Den nasjonale folkehelsepolitikken som skal implemteres i kommunen blir derfor kompleks, tvetydig, ambisiøs og vanskelig å håndtere og implementere. En stor utfordring for kommunene er hvordan de skal håndtere dette.

Kommunene er det viktigste nivået i implementering av folkehelsepolitikk. Likevel er dette lite i fokus, det finnes ingen oversiktlig eller helhetlig strategi for hvordan kommunene skal implementere den nasjonale folkehelsepolitikken. Kommunene har stor grad av frihet og autonomitet i forhold til hvordan de implementerer politikken. De skal etter folkehelseloven 2012 ta utgangspunkt i egne lokale utfordringer, behov og ressurser. Mange stiller da spørsmålet om kommunene har for stor grad av frihet i hvordan de velger å implementere politikken? Kommunene har også stor autonomi i hvordan de velger å prioritere pengene og midlene de mottar fra statsbudsjettet. Kanskje dette burde vært styrt i enda større grad av nasjonale styresmakter, både for å sikre en effektiv og fungerende implementering av folkehelsepolitikken og strategiske riktige valg for hvordan de økonomiske midlene bør prioriteres. Dermed har nasjonale styringsmakter mulighet til å sikre implementering av politikken i større grad. Friheten kommunene har i dag fører til at det er store forskjeller og variasjoner mellom kommunene både i ståstedet for hvor langt de er kommet i implementering av folkehelsepolitikken og i resultater. Det er på en annen side nærliggende å tro at en nasjonal strategi for hvordan kommunen skal implemetere folkehelsepolitikken ville være vanskelig å utarbeide på en sånn måte at den ville være tilpasset og fungere for alle kommunene i landet. Vi er styrt av kommune generalistperspektivet, som betyr at alle kommunene skal gi et likeverdige folkehelsetilbud til befolkningen. Det skal være like tilbud med lik kvalitet i alle



kommunene. I praksis så ser vi at det er vanskelig for enkelte kommuner å følge opp dette. Vi har i Norge mange kommuner som varierer blant annet i størrelse, innbyggertall, geografisk plassering, hvilke ressurser de har, og om de er tilflytter eller fraflytterkommuner. Dette skaper utfordringer for implementering av folkehelsepolitikken på lokalt nivå.

Vi vet også at i små kommuner er det utfordringer i forhold til helseoversikter som kommunene skal utarbeide etter Folkehelseloven 2012. Man kan oppleve anonymitetsproblemer og stigmatisering, statistikker kan misbrukes. En stor utfordring lokalt i kommunene er at man ser at folkehelsearbeiderne har mangel på kunnskap om statistikk og metode. Det resulterer i at de sitter med mange detaljerte helseoversikter over helsestatus og faktorer som påvirker helse, uten å vite hvor veien går videre. Det er problemer med tolkning av data, og manglende kunnskap om hvordan resultatene skal brukes. Et resultat av dette er at undervisningen i folkehelsevitenskap er tillagt ekstra fag i vitenskapsteori og metode, men på den andre siden så vil det ta tid før den kunnskapen kommer ut til folkehelsearbeiderne i kommunene.

Det er utfordringer å implementere folkehelsepolitikken på lokalt nivå fordi folkehelse er et stort og komplekst fagfelt. Det er et fagfelt det er vanskelig å få politisk enighet om, fordi det er så komplekst. Man må se om det er politisk enighet eller uenighet i de politiske partiene. Det er vanskelig å få til politisk enighet om satsningsområder, når det er politisk uenighet om løsninger. Det er et kjennetegn på folkehelseutfordringer at de blir sett på som wicked issues. Komplekse utfordringer, hvor både problemet og løsningen kan mangle, være ufullstendige og ha motsetningsfylt innhold. Utfordringene kan være vanskelige å definere, lokalisere, implementere, de er kontinuerlige og har ingen objektive løsninger. Det er ingen rette/gale løsninger, men det er løsninger som er gode eller dårlige. Det er vanskelig å prøve og feile, for det er vanskelig å få det man har prøvd gjort. Folkehelseutfordringene er svært kostbare for samfunnet og aktørene som håndterer dem. Hvert problem er unikt og hvert problem kan være symptom på et nytt problem. Man har

folkehelseutfordringer som er viklet inn i hverandre og inn i andre samfunnsutfordringer. Det er vanskelig å krevende å skulle håndtere disse utfordringene. Dette til tross for at målet ikke er en endelig løsning men en sammenhengende handling og håndtering.

Det er vanskelig å implementere folkehelsepolitikken på grunn av uforutsigbarhet i den nasjonale og lokale politikken. Vi har regjeringsskifte hvert fjerde år, selv om endingene ikke nødvendigvis er så store så kan det være nok til at det blir kutt i satsninger og at implemeteringsarbeid som nettopp er i gang satt av den forrige regjeringen blir stanset.

Det er vanskelig å etablere og implementere en helhetlig tverrsektoriell folkehelsepolitikk i kommunene på grunn av landets kompliserte forvaltningsstruktur. Vi er nivåinndelt, sektorinndelt, vertikalt og horisontalt spesialisert og profesjonalisert. Dette gjør samstyring vanskelig, vi har vertikale og horisontale samordningsproblemer og utfordringer. Vi har tre forvaltningsnivåer, og en rekke med departementer. I forhold til andre land er dette veldig komplekst. Vi har bygd opp forvaltningsstrukturen i siloer, vi har ansatt en administrasjon i en sektor eller i en organisasjon, og beholdt den der over lang tid. Administrasjonen er blitt spesialisert og profesjonalisert, og dypt forankret i egen sektor eller organisasjon. Dermed har vi skapt kulturelle festninger og siloer, tverrsektorielt samarbeid er vanskelig, og man har utfordringer med å dele/benytt seg av ressurser og muligheter på tvers av organisasjonene. Man har rett og slett utfordring i å få tilgang til andre sektorer/organisasjoner. Dette gir utfordring til implementering av den nasjonale folkehelsepolitikken som i seg selv er så tvetydig, ambisiøs og kompleks.

En utfordring for implementering av folkehelsepolitikken lokalt i kommunen er at vi står i behov av mer evidensbasert forskning på politiske variabler, påvirkning av politiske beslutninger og politiske valg.

