



KANDIDAT

3315

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 09:08
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 1Obligatorisk oppgave**Oppgave 1**

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

Skriv ditt svar her...

1 a)

Governmentality er en mer og mer fremvoksende styringsform innenfor forebygging og helsefremmende arbeid. Den baserer seg på tankene til Foucault som omhandler faktorer som påvirker livet, hvordan vi spiser, lever, trenger osv. Dette innebærer også opplevelsen av helse, kvalitet i livet og velvære og hvilke faktorer som påvirker disse momentene for å oppnå et best mulig helse, høyst kvalitet i livet eller velvære. Disse tre henger også sammen, for å oppleve kvalitet i livet må en ha god helse, og samme med velvære, for å oppnå dette må en ha kvalitet i livet og god helse. Hva mennesker ser på som god helse og kvalitet i livet kan variere

fra individ til individ, og kan variere imellom ulike kulturer, men også innad i et land, mellom befolkningen. I hverdagen må individet ta mange selvstendige valg, og governmentality handler om at staten skal legge til rette gjennom ulike virkemidler for at individet skal ta de "rette" valgene, altså de valgene som vil gagne dem og/eller samfunnet mest. Dette innebærer blant annet valg i forhold til hva dem spiser, hvor og hvor mye dem trener, livsstil, i tillegg til faktorer som bolig, arbeidssted og skolegang. Governmentality skal altså gjøre individet til autonome mennesker å oppfordre dem til å gå i fra en ytre kontroll til en indre kontroll over dem selv. Et hovedelement for at governmentality skal fungere som en styringsform er at individet er må føle at valgene dem tar er fine og dermed at det er dem som bestemmer. Dette krever at staten ikke griper for mye inn, men heller bruker virkemidler som styrer menneskene i riktig retning. Dette kan det blant annet gjøres gjennom fysiske virkemidler som nudging, som vil si å gjør de "rette" valgene mer tilgjengelige. For eksempel sette opp skilt om hva som er sunn mat i matvarebutikken samtidig som dem plasserer disse matvarene på steder i butikken som det er enklest å velge dem, eller fotavtrykk mot trappen for å få individer til å ta trapp i stedet for heis. Bygger sykkelstier, eller setter opp bomstasjoner for at det skal bli enklere å velge fysisk aktivitet i hverdagen. Et annet virkemiddel er for eksempel trusler, altså opplysning gjennom hva som vil skje med dem dersom de tar de "gale" valgene. For eksempel bilde av en røykelunge og kreft på røykpakker. Selvteknologi er også brukt mye innenfor governmentality, altså individets evne til å styre seg selv. Finne indre motivasjon for å styre seg selv, evnen til å endre livsstil eller til å ta de riktige valgene. Det blir under governmentality lagt mye vekt på å også gjøre kunnskap tilgjengelig om hva som er de riktige valgene. Det florerer for eksempel beskjed om at dersom vi spiser 5 om dagen, drikker et glass melk om dagen, eller beveger oss minimum 30 minutt om dagen vil vi forebygge masse sykdommer, og få en bedre helse.

I Norge blir det lagt mye vekt på myndiggjøring innenfor governmentality. Altså at mennesket skal bli autonome individer og ta

velinformerte og selvstendig valg. Her argumenteres det for at det går et skille mellom myndiggjøring som mål eller myndiggjøring som middel.

Myndiggjøring som mål

Ved myndiggjøring som mål er det et mål i seg selv at individet skal bli autonom å ta egne valg. Det argumenteres for at opplevelsen av å være fri og kunne ta egne valg fremmer kvalitet i livet og derigjennom opplevelse av bedre helse.

Myndiggjøring som middel

Ved myndiggjøring som middel blir myndiggjøring brukt mer som en prosess. Myndiggjøring skal her være positivt både i en prosess for det enkelte individ, men også en prosess for at det skal gagne samfunnet. Ved at individet blir myndiggjort til å ta egne valg, de "rette" valgene uten for mye statlig innblanding vil dette føre til mindre sykdom, mindre behov for helsetjenester, mindre behov for statlig styring og bedre helse og vil dermed være besparende på samfunnet økonomisk og gjennom ressurser. Det argumenteres likevel at staten skal være en del av myndiggjøringsprosessen. Blant annet gjennom, som nevnt over, legge til rette for og bruke virkemidler slik at individet tar de rette valgene, men også i prosessen i enkelte tilfeller. Ved for eksempel en prosess der det er snakk om livsstilsendring til en gruppe eller til enkeltindivid er viktig at både mål, forslag til løsninger og tiltak kommer innenfra individet eller gruppen, i stedet for fra aktør, eller veileder. Aktøren skal i stede legge til rette for de valgene og være støttende mot målene og tiltakene individet eller gruppen setter. Dette skal føre til at individet i større grad finner en indre motivasjon til å ønske og endre livsstil og dermed øke sansynligheten for å lykkes. Frisklivssentraler er et kjent tiltak med fokus på governmentality og myndiggjøring. Myndiggjøring som middel skal bare brukes dersom det er etisk riktig og dersom det er den metoden som er best for å oppnå ønsket mål.

Når en har sett på det jeg har skrevet over kan vi se litt på hvordan dette kommer til uttrykk i den Norske politikken. I Norge er dette en strategi

som har kommet mer og mer til uttrykk. Gjennom de siste 15 årene er det gjennom flere st. meldinger lagt vekt på governmentality. I 2002 gjennom St. Meld 16- resept for et sunnere Norge var governmentality en viktig tankegang. Det ble i denne st. meldingen lagt vekt på enkeltindividets ansvar til å bedre sin egen helse gjennom livsstilsendringer og sunne valg. Grønn resept kom her inn, som betyr at fastlege kan skrive ut en grønn resept slik at personen kan få tilbud om hjelp til livsstilsendring gjennom f. eks frisklivsstentraler. Også i nyere st. meldinger er det stor vekt på enkeltindividets ansvar. Selv om det i St. meld 34 "god helse- felles ansvar" er vekt på strukturelle tiltak og gradientutføringen er det også stor vekt på individets ansvar, mens i st. meld 19 "mestring og muligheter" ligger det litt i navnet at det er fokus på enkeltindivider. Her argumenteres det for at norsk politikk har gått litt vekk fra gradienten til å igjen fokusere mer på utsatte grupper og enkeltindividers ansvar. Myndiggjøring skal være veien ut fra fattigdom.

1b)

Governmentality er en svært omdiskutert styringsform. Som nevnt over er det lagt vekt på enkeltindiivets evne til å ta egne valg, og ansvaret til å ta de "rette" valgene ligger dermed også på enkeltindividet. Dette legger mye press på enkeltindividet og krever at dem har nok kunnskap og ressurser til å ta de riktige valgene. En del er kritiske til denne styringsformen fordi dem mener at valgene individetene har å velge mellom egentlig ikke er så frie som vi ønsker og sier at dem er. Det er ganske strenge rammer for hvilke valg individene har å velge mellom. Statlige organer kommer med lovverk, helsedirektoratet kommer med anbefalninger som alle må forholde seg til. Det er også begrenset mellom valgmuligheter for enkelte individet. Dersom en for eksempel bor i en liten kommune og har svært begrenset med ressurser vil det ikke være like lett å velge "rett". Mye forskning viser også at for å kunne ta de riktige valgene krever det i utgangspunktet mye ressurser og kunnskap. Forskningen viser at de som tilegner seg denne kunnskapen best er de som fra før har høyere sosioøkonomisk status, noe som kan føre til at denne styringsformen vil fungere best for de som har høyest

sosioøkonomisk status. St. meldinger, folkehelselov og andre statlige føringer legger vekt på at vi i Norsk politikk skal ha fokus på gradientutfordringen og sosial ulikhet i helse. Dette er veldig tvetydig da forskning som er gjort viser at en slik governmentalitypolitikk gagnar de med høyest sosioøkonomisk status best. Flere av valgene som "betegnes" som de rette valgene vil kreve en del ressurser. Dersom en familie for eksempel ønsker å benytte seg av treningstilbud som finnes i kommunene fordi anbefalingene sier at det er det "rette" valget, vil det ikke bare kreve at de har råd til medlemskap, men de må også ha råd til utstyret som kreves. En kan dermed argumentere for at denne styringsformen ikke bidrar til å utjevne sosiale ulikheter, men heller bidrar til å øke dem. Norge har tradisjon for å være et sosialdemokratisk land med gode velferdsløsninger, noe som betyr at dersom noen faller utenfor blir dem fanget opp av statens sikkerhetsnett gjennom for eksempel trygdeordninger. Med en tankegang som governmentality vil en kanskje kunne argumentere for at vi går bort fra en slik velferdsløsning. Dersom ansvaret til å ta de riktige valgene legges på enkeltindividet, hvem skal da være ansvarlige dersom individet velger feil? Er det statens, eller individets ansvar da? Selv om vi fortsatt i dag har velferdsordninger som fanger opp individer som faller utenfor eller for gratis helsetjeneste dersom befolkningen får livsstilssykdommer ser vi at individene mer og mer føler et dobbelstigma, altså ikke bare stigma fordi dem har fått en livsstilssykdom eller at dem lever i relativ fattigdom, men også fordi det er dems ansvar og dermed at de lever i relativ fattigdom eller har fått en livsstilssykdom er fordi dem har valgt "feil". Spesielt sykdommer som diabetes type to og hjerte- kar sykdommer er forbundet med "dårlig" livsstil og flere av dem som får disse sykdomme føler skyld for det selv. Kritikere til denne formen mener at dette legger et stort press på enkeltindividet, som igjen kan føre til økt fysisk belastning, og argumenterer for at vi fortsatt må huske på de sosiale helsedeterminantene som også påvirker enkeltsinididets helse. Dette som for eksempel hvordan byen er planlagt, hvor nært ligger arbeidsplassen et forurenset område, hvor langt er det for individet å komme seg til grøntområder eller matbutikk? Kritikere mener at slike

determinanter ligger utenfor individets frie valg, men påvirker likevel på helse, kvalitet i livet og velvære hos det enkelte individ og mener derfor at det er kritikkverdig at ansvaret bare skal legges hos individet.

Besvart.

2 Velg oppgave 2 eller 3

Besvar en av de to oppgavene nedenfor:

Enten:

Oppgave 2

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

Eller:

Oppgave 3

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

Skriv ditt svar her...

2a)

For å besvare denne oppgaven vil jeg først se på hvordan forvaltningen i kommunen foregår.

Kommune er det lokale styringsnivået i norsk politikk. Kommunen består av et folkevalgt organ kommunestyret, og formannskapet der ordføreren også sitter. I tillegg består det av rådmannen og rådmannens stab og under dette kommer ulike tjenester/etater som for eksempel teknisk etat og helsetjenester. Kommunestyret sitter i en periode på 4 år. Deres oppgave er å lage kommuneplaner for hva som skal foregå i kommunen i de neste 4 årene til neste valg. Disse kommuneplanene skal være laget på bakgrunn av ulike lovverk (statlige føringer) og hva dem ser på som de største utfordringene i den enkelte kommunen.

Folkehelsearbeidet lå tidligere i fylket, men det er i dag kommunene som har hovedansvar for folkehelsearbeidet, i tillegg til primærhelsetjeneste

og grunnskoleopplæring.

Det er i hovedsak to viktige lovverk som ligger til grunn for arbeidet med folkehelsearbeidet i kommunene. Dette er plan- og bygningsloven som kom med fokus på folkehelsearbeid i 2008 og folkehelseloven som ble implementert i 2012. At plan - og bygningsloven også skulle ta hensyn til folkehelsen var en ny tankegang da dem ble implemetert i 2008, men vi ser likevel at dem som sitter å arbeider med plan- og byutvikling tar hensynt il folkehelse har stor betydning. Som kort nevnt i forrige oppgave er det mange sosiale determinanter som påvirker hvordan befolkningen i en kommune opplever egen helse. I forhold til plan og bygning kan det være forskjell på om barnehagen er plassert rett atme motorveien eller innenfor et boligområde, hvor fabrikkene i kommunen er plassert i forhold til for eksempel forurensning, hvor langt det er til nærmeste matbutikk, om det er tilrettelagt for grøntområder og hvor kommunale bygninger er plassert. Folkehelseloven som kom i 2012 er det andre lovverket som bestemmer hvordan kommunene skal arbeide med folkehelse. Folkehelseloven består av fem grunnprinsipper:

- bærekraftig utvikling
- helse i alt vi gjør
- føre- var prinsippet
- medvikning
- utjevning.

Folkehelseloven sier at kommunene skal ha helseoversikter og ha ansatt en person, som oftest kalt folkehelsekoordinator, til å koordinere og arbeide direkte mot folkehelse. Hvor lang kommunene er kommet med arbeide med helseoversikter og ansettelse av folkehelsekoordinator varierer, men forskning viser en sterk økning etter at folkehelseloven kom i 2012. Bakgrunnen for helseoversiktene er at kommunene skal få oversikt over helsetilstanden til befolkningen i kommunen og hvilke faktorer i den enkelte kommune som påvirker folks helse. Ut fra resultatene av denne helseoversikten skal kommunen se hvilke områder

som trenger størst satsning for å redusere sosiale ulikheter i helse og for å bedre befolkningens helse. Et av grunnprinsippene til folkehelseloven er helse i all politikk (HiaP). Dette innebærer at alle politikkområder skal tenke på folkehelse i sitt arbeid. Dette var en helt ny tankegang for mange sektorer som føler at de ikke arbeider med folkehelse. Men det argumenteres for at 90 % av folkehelsearbeidet foregår utenfor helsesektoren, mens bare 10 % foregår innen for helsesektoren. Kommunene er pålagt gjennom folkehelseloven å ansette en folkehelsekoordinator som skal arbeide med nettopp dette. Det argumenteres derfor at ansvaret for folkehelse ikke skal ligge i helsesektoren, men heller i teknisk sektor eller hos en folkehelsekoordinator som sitter i rådmannens stab og dermed har påvirkning på alle sektorer når det blir utarbeidet tiltak eller politikk.

Hvilke satsningsområder og hvilke styringsformer som har blitt brukt på folkehelsefeltet har variert litt opp gjennom de siste tiårene. Jeg vil her kort se litt tilbake på hvilke styringsformer vi har hatt, og hva som brukes for å styre på lokal nivå i dag. Vi deler hovedsaklig styringsformer inn i 4:

Tradisjonell offentlig styring- Den styringsformen som reglerte fra etterkrigstiden til slutten av 1970- tallet. Typisk byråkratisk styring, ovenfra og ned perspektiv, staten sitter med makt og pengesekken og har trinnvis busjettering.

New public management- Mot slutten av 1970 tallet vokste det frem en tanke om at statlig involvering og byråkrati måtte brytes ned og dermed at markedet skulle få en større rolle. Typisk for denne formen er markedet, etterspørsel og resultat skal bestemme hvilke tjenester som utbygges og legges vekt på. Staten har minimal påvirkningskraft. Argumenteres for at dette ikke er en styringsform, men heller en overgang eller sammensatt av ulike styringsformer.

New public governance- oversatt til samstyring. Vokste frem på 2000- tallet fordi vi så at når det var for mye fokus på marked og resultat

ble det dårlig kvalitet på tjenestene som ble tilbudt, new public governance kom da med noe økt statlig innflytelse igjen for at vi skulle kunne føre tilsyn og ha noe kontroll over markedet. Styring gjennom denne formen baserer seg i stor grad på samhandling mellom ulike aktører, både privat, frivillig og offentlig. På et eller flere nivå eller en eller flere sektorer. Denne samhandlingsprosessen forutsetter stor grad av tillitt og gjensidig avhengighet mellom aktørene som er involvert.

Governmentality- Se grundigere beskrivelse i oppgave 1.

I folkehelsearbeidet i dag bruker vi fortsatt aller mest tradisjonell offentlig styring. Det er staten som sitter med makten og pengene og dem bruker ulike virkemidler for å styre over kommunene og deres arbeid på folkehelsefeltet. Staten bruker juridiske virkemidler; altså lovverk, avtaler og som kommunene må forholde seg til på folkehelsefeltet. Staten bruker pedagogiske virkemidler; bidrar mye med kunnskap, forskning, kjører tilsyn rettet mot kommunale tjenester og til sist økonomiske virkemidler; dette gjennom øremerking eller tilskudd til kommunene for å få dem å satse på ulike områder. Selv om det er mest tradisjonell offentlig styring er tjenestene på folkehelsefeltet i Norge i dag svært preget av mål og resultat som er en viktig tankegang i new public management. Både skole og sykehus som er viktige arenaer på folkehelsefeltet får penger ut fra det dem klarer å produsere, uanhengig av kvalitet. Vi ser også en økt bruk av samstyring mellom aktører eller nivåer. Tankegangen om mer samstyring kom fordi man så at utfordringene i kommunene på folkehelsefeltet ble mer og mer komplekse og sammensatte, altså wicked issues, noe som krevde en helt ny form for styring for å komme frem til hva som egentlig er utfordringen og hvordan disse utfordringene skal kunne løses. Noen av kjennetegningene til wicked issues er at det er sammensatte problemer, vanskelige å forstå fordi en vet ikke helt hva som egentlig er problemet og umulig å løse, for dersom en forsøker å løse dem vil nyeproblemer oppstå, Et typisk wicked issue er overvekt. Dersom man spør noen om hva som er årsaken til overvekt vil dem svare forskjellig, noen vil svare

usunn mat, andre vil svare inaktivitet, mens andre igjen har andre meninger om hva problemet er, det er dette som gjør det komplekst og vanskelig å løse. Likevel argumenterer mange for at samstyring er den beste løsningen på for å kunne ikke løse problemene, men håndtere slike wicked issues gjennom å bruke kunnskapen til både statlige organer, ikke statlige organer og frivillige organisasjoner med kunnskap for å adressere og arbeide med disse utfordringene. De argumentere også for at en trenger både strukturelle og individuelle tiltak for å løse slike wicked issues. En kan argumentere for at samhandlingsreformen som kom gjennom st. meld 47 i 2008 (ble ikke iverksatt før i 2012) er et forsøk på tettere samstyring. Gjennom denne reformen ble ansvaret for spesialhelsetjenesten flyttet fra fylket til staten og kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten. Denne reformer er en avtale mellom stat og kommune for å få til en bedre samstyring rundt enkelte pasientgrupper, både for å sikre bedre kvalitet på tjenestene som blir gitt, gjøre det enklere for pasienten og spare sykehusene økonomisk for å kunne skrive pasienter ut tidligere.

I tillegg til typiske wicked issues ble det gjennom Mackenbach artikkel i 1997 adressert at det også finnes sosiale ulikheter i Norge, the nordic health puzzle. Dette kom som et sjokk og var et paradoks for sosialdemokratiske modellen (en type velferdsmodell som er kjennetegnet av å være preget av solidaritet og gode ordninger til f. eks forsikring eller helsetjenester, til motsetning fra den liberale modellen som er kjent i f. eks England som legger vekt på at individene selv er ansvarlige for deres helse og må derfor kjøpe forsikringer eller helsetjenester selv) Det har tidligere vært hevdet at Norge ikke har sosiale ulikheter, og at vi er et klasseløst samfunn. Denne tankegangen har etter hvert endret seg. Som Mackenbach hevder viser også annen nyere forskning at Norge også har sosiale ulikheter i helse, ikke bare mellom fattig og rik, men også mellom ulike sosioøkonomiske grupper, dette betegnes som gradientutfordringen. Selv om Mackenbach adresserte dette problemet i 1997 tok det nesten 10 år før vi ser at det blir lagt vekt på i Norsk politikk. I st. meld 16 ble det nevnt at nivået på helse i Norge var god, så fokuset her var å heve nivået til de vanskeligst stilte. Først i st. meld 20

som kom i 2006 "nasjonal strategi for å utjevne sosiale ulikheter" ble det fokus på gradientutfordringen. Etter dette kom både plan- og bygningsloven og folkehelseloven og det ble et sterkere fokus på horisonalt og vertikal integrering, tverrsektoriell samstyring og neste stortingsmelding som kom i 2013 var første gang en st. meld på folkehelsefeltet var skrevet av alle departementer.

2b)

Det er flere faktorer som påvirker implementeringen av folkehelsepolitikken på lokalt nivå.

For det første er satsningsområder på folkehelsefeltet nokså tvetydig. Når vi ser på statens st. meldinger, spesielt st. meld 20 og 34 er det fokus på at kommunene skal fokusere og arbeide mot gradienten og sosiale ulikheter i helse gjennom i hovedsak strukturelle tiltak, men i kontrast til dette kommer staten med øremerkede midler til målrettede tiltak rettet mot utsatte grupper eller individer. Et eksempel på et målrettet tiltak er å opprette frisklivssentraler, i tillegg til at staten har kommet med øremerkede midler og ressurser for å bygge dette følger det med en oppskrift for hvordan kommunene skal starte denne prosessen. Mens når det kommer til mer strukturelle tiltak, fins det verken øremerkede midler eller oppskrift på hvordan dette skal gjøres. I tillegg er folkehelseloven ikke på påbudslov, men en påleggslov noe som gjør at kommunene kan velge å ikke implementere tiltak som står i den med begrunnelse av at dem har begrensede penger og ressurser og derfor må prioritere annerledes. Det vil med bakgrunn i begge disse argumentene gjøre at kommunene lettere velger å iverksette mer målrette tiltak. Et annet argument for at kommunene velger å iverksette "enklere" og mer målrettede tiltak er at en her kan se og måle resultater i større grad. For å få midler eller ressurser til å iverksette tiltak må kommunene vise til at tiltakene har hatt en effekt, noe som er svært vanskelig å måle på folkehelsefeltet, for hvordan kan en måle effekt? Ofte er det snakk om å måle effekt ut fra at det skal være kostnadsbesparende, tanker på folkehelse er at dersom vi forebygger vil vi spare mer på helsetjenester,

men forebygging kan også føre til at mennesker blir eldre og derfor for fler og mer sammensatte sykdommer og lengre behov for for eksempel sykehjem noe som en stor utgiftspost for kommunene. I noe forskning kan vi heller ikke se noen sykdomsforebyggende effekt, men heller enn positiv effekt på selvopplevd helse, men det er ikke noe en kan spare penger på og dermed noe ulike etater ikke ønsker mye forskning på, selv om en kan argumentere med at slik forskning er vel så viktig med tanke på den psykiske helsen.

Det er heller lite forskning som viser hva som faktisk fungerer i arbeidet med blandt annet wicked issues og sosial ulikhet i helse. Forskning som har blitt gjort er i hovedsak tverrsnittstudier og det argumenteres for at vi trenger flere longitudinale studier for å kunne se effekt av tiltak over tid for å vite hva som bør fokuseres på i folkehelsepolitikken. En utfordring med dette er at slik forskning vil ha vanselig for å kunne bevise ulike tiltak isolert over tid fordi det alltid vil være flere faktorer som endres over tid, og dermed vanskelig å vite hvilket tiltak isolert som eventuelt fungerte, samt at dersom et tiltak fungerer i en kommune er det ikke nødvendig at samme tiltak fungerer i en annen kommune da det er store forskjeller i kommunene i Norge, både med tanke på størrelse arealmessig og befolkningsmessig. Det argumenteres likevel gjennom folkehelseloven at kommunene skal handle etter føre- var- prinsippet, selv om det ikke finnes "nok" forskning skal de ikke la vær å handle mot et problem.

En annen utfordring med kunnskap er hvordan den blir brukt i kommunene. På folkehelsearbeidet arbeidet vi mye med folkehelseoversikter for å finne ut hvilke tiltak og hvilke utfordringer som er størst i den ulike kommunene. Men folkehelsekoordinator som har hovedansvar for denne typen forskning har ofte deltidsstillinger med dette arbeidet, er plassert i helsesektoren og har ofte ikke statistisk eller analytisk kompetanse til å forstå hva slike helseoversikter sier. Forskere argumentere for at folkehelsekoordinator derfor må ha større stilling, ikke være plassert i helsesektor, men heller i rådmannens stab,

og personell med relevant kompetanse på frigjøres til å komme samarbeide med folkehelsekoordinator for å forstå helseoversiktene. Det argumenteres også for viktigheten av bruk av ikke- statlige aktører og frivillige organisasjoner som ofte har ekspertkunnskap på ulike fagfelt og dra nytte av denne kunnskapen i arbeid på folkehelsefeltet. Dette kommer til uttrykk i kommunene gjennom samstyring, men en slik prosess vil være utfordrende og krevende. Både fordi statlige organer og frivillige organisasjoner ofte har ulike verdier og ofte ulike syn på mål, og fordi en slik at de ulike aktørene vil i en slik prosess være avhengig av hverandre. Dette krever en helt unik og ny form for ledelse og krever at de involverte i en slik prosess sammen lager felles verdier, mål og blir enige om hvilke tiltak dem skal forsøke og sammen iverksetter dem.

En annen utfordring for kommunene er at 60 % av inntektene står dem for selv, hovedsaklig gjennom skatt fra innbyggerne i kommunene. Dette fører til at det vil være store variasjoner i inntekt i ulike kommuner. Spesielt sårbar for små kommuner. Dersom en kommune har ett par stykker med skyhøy inntekt kan det berge økonomien til kommunen, men i en annen kommune som ikke har rike mennesker, men heller et par langtidssyke som vil være en stor utgiftspost for kommunen. Dette er utfordrende for noen kommuner. Ulikhet i størrelse på kommunene har også noe å si, det vil være vanskelig for små kommuner å tilby samme tjenester som store kommuner. Derfor har staten laget et generalistkommuneprinsipp, som sier noe om minstekrav til tjenester som hver enkelt kommune er pålagt å tilby, noe noen kommuner har løst gjennom partnerskap med andre kommuner.

Det er også en utfordring for kommunen og folkehelsepolitikken at det er valg hvert 4. år. Hvilken styringsform eller hva fokusområdet er varierer fra parti til parti og dermed vil politikken og fokusområdet i værste fall endres hvert 4. år. Dette vil føre til at det er vanskelig å arbeide langsiktig fordi når kommunene har klart å implementert ett tiltak, skifter regjeringen og dermed også fokusområde og de må omstille seg til andre tiltak ut fra den regjeringen som nå sitter med makten, noe som kan føre

til at kommunene heller velger å fokusere på "enkle" utforinger og tiltak fordi det er overkommelig å gjøre innenfor en begrenset tidsramme. Flere vil argumentere for at dette ikke er veldig aktuelt i Norge fordi partiene er ganske like og vi ikke har ekstreme forskjeller slik som vi f. eks ser i USA. Likevel ser vi noen endringer i fokusområder i Norsk folkehelsepolitikk. Flere argumenterer for eksempel at st. meld 19, som kom etter vi gikk fra AP i ledelsen til Høyre, har endret fokusområde fra gradienten og strukturelle tiltak til å arbeide med utsatte grupper (psykisk helse, aktive eldre) og governmentality, fokus på enkeltindividets ansvar for god helse. Men andre argumenterer for at det ikke betyr at vi har gått bort i fra strukturelle tiltak og gradienten, men heller at vi ser at psykisk helse er den største utfordringen i folkehelsearbeidet og dermed bør satses ekstra på.

Besvart.