



KANDIDAT

7305

PRØVE

HEL424 1 Det strukturelle folkehelsearbeidet

Emnekode	HEL424
Vurderingsform	Skriftlig eksamen
Starttid	14.12.2016 09:00
Sluttid	14.12.2016 14:00
Sensurfrist	09.01.2017 01:00
PDF opprettet	27.08.2018 15:07
Opprettet av	Digital Eksamen

1 HEL424 høsten 2016

Emnekode: Hel 424

Emnenavn: Det strukturelle folkehelsearbeidet

Dato: 14. desember 2016

Varighet: 09.00 - 14.00

Tillatte hjelpemidler: Ingen

Merknader:

Besvar to av tre oppgaver. Oppgavene vektes 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?

Ja



Nei

Riktig. 0 av 0 poeng.

2 HEL424

Besvar to av de tre oppgavene:

Oppgave 1

a) Med innføringen av Folkehelseloven i 2012 (vedtatt i 2011) stilles det nå nye krav til styringen av folkehelsearbeidet på kommunalt nivå. Gjør rede for viktige trekk i styringen og organiseringen av folkehelsearbeidet på kommunalt nivå.

b) Hvilke styringsutfordringer i folkehelsearbeidet fremhever den empiriske forskningen?

Oppgave 2

a) Governance og governmentality fremheves som to nye styringsformer i folkehelsearbeidet. Gjør kort rede for disse to styringsformene.

b) Ta for deg en av disse styringsformene og pek på den kritikken som pensumlitteraturen har reist.

Oppgave 3

a) Hvordan blir styring av folkehelse uttrykt og organisert på internasjonalt/ overnasjonalt nivå?

b) Hvilke styringsvirkemidler har internasjonale/ overnasjonale organer overfor nasjonalstatene på folkehelsefeltet?

Skriv ditt svar her...

Oppgave 1.

a)

Folkehelseloven (FHL) kan sees på som et paradigmeskifte i folkehelsearbeidet i det norske forvaltningssystemet. Ansvar for folkehelsearbeid ble flyttet fra fylkeskommunene til kommunen (foruten tannhelsetjenesten), og ut fra helsesektoren. Kommunen fikk dermed ansvaret for å iverksette folkehelse tiltak på lokalt nivå, og dette skal gjøres på bakgrunn av statlige føringer (som følge av Meld. St., handlingsplaner og lover) og lokale folkehelseutfordringer i kommunen. FHL blir ansett som en brobyggingslov sammen med Plan- og bygningslovens (PBL) reviderte utgave fra 2008. Folkehelse skal som følge av PBL innkorporeres i planutvikling av kommunale strategier, fremtidsplaner og arealplanlegging (jf. PBL-pila for planutvikling), noe

som setter folkehelsearbeidet høyt på dagsordenen i forhold til tidligere planutvikling. Som følge av FHL er kommunene nå pålagt å utarbeide oversiktsdokument over helsetilstand i kommunen (indikatordata), helsekonsekvensutredning basert på indikatordata og utfordringsdokument for fremtidig folkehelse. Denne data skal sammen med oversiktsdata fra fylkeskommunen og statlige intidusjoner (Helsedirektoratet og Norsk Helseinstitutt) utføre et komplett oversiktsdokument for kommunen. Det er dette oversiktsdokumentet som skal ligge til rette for kommunens planutvikling. FHL pålegger også kommunene å ansette en folkehelsekoordinator(FHK)-stilling i kommunen. FHK har ansvar for å tilrettelegge for tverrfaglig folkehelsearbeid innad i kommunen, samarbeid med fylkeskommune og stat, samt være en fasilitator for samstyring med private og frivillige aktører.

FHL legger stor vekt på forebygging av sykdom og helsefremming. Dette kan sees i sammenheng med Samhandlingsreformen (2012), der en samlet innsats skal tilrettelegge for helsefremming samtidig som pasientforløpet etter sykehusopphold tilrettelegges kommunene. Samhandlingsreformen har fem kjernepunkter: utjevning av gradientutfordringen, Helse i Alle Plan, bærekraftig utvikling, føre-var-prinsippet og deltagelse. Her arbeider FHL og Samhandlingsreformen sammen for å fremme folkehelsen med fokus på de politisk definerte satsingsområdene. Helse i Alle Plan (HiAP) skisseres som løsningen på gradientproblemet (helse følger sosioøkonomisk status målt i utdanning, inntekt og yrke) og ulikhet i helse (demografiske-, kjønns-, etniske forskjeller etc.). Denne tverrfaglige tilnærmingen blant aktører i offentlige, private og frivillige organisasjoner skal medføre en helsevurdering i alle tilfeller av politisk virksomhet, samtidig som en synergieffekt og ressursforsterking er ønsket gjennom samhandling på relevante folkehelsefelt.

Meld. St. nr. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen - God helse felles ansvar og Meld. St. nr. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter fremhever begge viktigheten av å iverksette samhandling med frivillige organisasjoner. Frivillige organisasjoner har en sterk plass i samfunnet, og har potensiale til å bringe til lys nye muligheter for problemløsning og synergieffekter på folkehelsefeltet.

Den individuelle tilnærmingen til helse ble som følge av FHL en mer dualistisk tilnærming med fokus på både det strukturelle og individuelle folkehelsearbeidet. Denne "venstrevridningen" gjenspeiles også i folkehelsemeldingene nevnt ovenfor, selv om den individuelle tilnærmingen fremdeles står sterkt i kommunene. Gjennom innsamling av data til oversiktsdokumentet har kommunen en større mulighet til å utlede potensielle konsekvenser og tiltak rette mot helsedeterminanter og levekår utenfor individuelle påvirkningsmulighet. Dette er viktige politiske vedtak, både nasjonalt og internasjonalt, da man her gjør en innsats mot den moralske urettferdigheten som er ulikhet i helse.

b)

Riksrevisjonen av 2012 undersøkte hvordan kommunene var kommet i gang med arbeidet i forhold til FHL. Det viste seg her at mange kommuner hadde ansatt en FHK før loven intredte, og en økning i ettertid av loven. Det viser seg videre at mesteparten av disse stillingene er mindre enn 70 % stillinger, mange av FHK er ikke utdannede folkehelsearbeidere (mangelfull kompetanse) og en stor del av FHK er ansatt under kommunelegen. Det ønskes at FHK er ansatt høyere i det politiske systemet (rådmannens stab eller plansektor), da man her har større mulighet for påvirkning og iverksetting av tverrfaglig arbeid. Videre vises det at oversiktsarbeidet i kommunene er svakt, da det hovedsaklig er de større kommunene som utarbeider disse. Her ser man også en forskjell på at de større kommunene arbeider for å utjevne gradienten, mens de mindre kommunene har større fokus på individuelle livsstilsfaktorer. Det påvises en manglende bruk av oversiktsarbeidet i planarbeidet, noe som igjen sees i sammenheng med manglende oversiktsdokumenter. Fra det nasjonale plan påpekes det at politiske skifte kan ha en påvirkning på det kommunale folkehelsearbeidet. Her skiftes ofte innsatsområder, nye stortingsmeldinger og handlingsplaner utarbeides, og kommunene må på nytt utvikle tiltak for nye problemområder. Her er det også en fare for at det nasjonale plan tvinger kommunene til å utføre sine ønsker, og kommunene kan da bli ansett som statens "forlengede arm" eller iverksettelseskommunen. Kommunene har en viss grad autonomi til å fokusere på sine folkehelseproblemer. Dette er viktig fordi selv om det politiske innsatsområdet er betydelig generelt i landet, betyr det ikke at dette er det viktigste folkehelseproblemet for alle kommunene i landet.

Den økonomiske situasjonen mellom nasjonal og kommunal folkehelsearbeid har en tendens til å bli et "svarte-Per-spill". Kommunene hevder de ikke har nok penger til å iverksette tiltak på sine ønskede mål, mens staten mener de har mer enn nok. Øremerkede midler er finansielle midler med bestemte formål (eksempelvis opprettelsen av Frisklivssentraler i kommuner). I liket med øremerkede midler får ofte kommuner prosjektmidler. Dette kan være problematisk, for når den økonomiske støtte slutter, ender ofte kommunene opp med å avvike prosjektet på grunn av ønske om å bruke egen økonomi på andre innsatsområder.

I Norge har vi "generalistkommuneprinsippet" som sier at alle kommuner skal tilby samme tjenester med tilnærmet lik kvalitet. Dette er et problem i dagens situasjon med fraflyttingskommuner, der folk flytter fra periferi til sentrum. Dette medfører at de unge og arbeidsdyktige flytter fra småkommuner til storkommuner, som påvirker småkommunens økonomi (skatteinntekter en betydelig del av kommuneøkonomien) og mulighet for påvirkning. Dette gjør det vanskelig for en mindre kommune å oppheve "generalistkommuneprinsippet".

Kommunene har også en oversettelsesproblematikk i forhold til statlige føringer. Komplisert språk og strukturer på planlagte tiltak som er vanskelige å forstå går ofte tapt i forvaltningsrekken.

Oppgave 2.

a)

Governance kan på norsk oversettes til "samstyring". Dette er ikke et nytt begrep, men kom særlig på dagsorden som følge av New Public Managements (NPM) markedsbaserte tilnærming til politikk. NPM medførte fragmentering og differensiering av helsetjenesten, og man så i ettertid et behov for integrering av helsetjeneten for å kunne svare til nye helseutfordringer. WHO har påpekt viktigheten av samstyring for utjevning av den sosiale gradienten og utbedring av ulikheter i helse. Samstyring sees i motsetning til den tradisjonell hierarkiske styringens fokus på normative reguleringer og "top-down" struktur. I samstyring har man fokus på integrering og samarbeid mellom offentlige-, private og frivillige aktører. Her har man en "nettverksbasert" tilnæringsstruktur som varierer fra formelle til uformelle former for samstyring. Grovt sett varierer grad av formalitet i samstyring på et kontinuum fra organisatorisk formell struktur til en mer uformell nettverksstruktur. Formaliteten i samstyringen baseres på normative regler i samstyringen, hvem som er tildelt autoritet, finansieringen av samstyringen og organisasjonsformen samstyringen tar i bruk. Offentlig styring i samstyringsprosesser varierer fra direkte til indirekte påvirkning. Eksempel på direkte styring er når offentlig etat er representert og direkte del av beslutningene som tas, mens indirekte påvirkning eksempelvis er tildeling av fasiliteter og del-finansiering av samstyringsprosessen.

Axelsson & Axelsson har utarbeidet en teoretisk tilnærming til samstyring. De tar her for seg hvordan offentlige tjenester har blitt funksjonelt og strukturelt differensiert. Dette medfører en fragmentering av tjenestene, der de er brutt opp og fordelt utover forskjellige aktører. For å få en synergieffekt mellom de forskjellige aktørene, altså å spille på hverandres styrker for å tilby et bedre tilbud, har Axelsson & Axelsson foreslått fire former for samstyring. Herunder finner vi samstyring basert på kontrakt, samordning, samarbeid og samhandling. For folkehelsefeltet er samhandling mest relevant, da denne er i stor grad uformell og baserer seg på gjensidig tillit og maktbalanse mellom aktørene for å oppnå sine mål.

I Folkehelsemeldingene nr. 34 God helse - felles ansvar (2012-2013) og nr. 19 Mestring og muligheter (2014-2015) påpekes viktigheten av samarbeid med frivillige organisasjoner for folkehelsearbeidet. Frivillige organisasjoner står sterkt i det norske samfunnet, og har lenge vært pådrivere for folkehelseutfordringer som ikke alltid har fått mye offentlig oppmerksomhet. Gjennom samhandling med frivillige organisasjoner vil en samling av ressurser gi nye muligheter for folkehelsen. Samhandlingsreformen (2012) er et eksempel på hvordan samstyring skal inn i det politiske arbeidet. Her skal tverrfaglig samarbeid bli den nye strukturen på helsetjenesten, hvor man inkorporerer helse i alle plan for å oppnå best kvalitet på tjenestetilbudet.

Governmentality kan på norsk oversettes til "selvstyring". Dette er en form for bio-politikk, hvor man er interessert i innbyggernes liv ("bios"); hvordan de lever, spiser, aktivitetsnivå og så videre. Governmentality-tenkningen handler om å ta kontroll over ens eget liv, et skifte fra ytre kontroll til indre kontroll. Man bli her sett på som frie og autonome mennesker som selv har mulighet til å velge helse. Gjennom å bemyndiggjøre enkeltindivider vil de selv ta ansvar for egen livsstil og atferd, og på bakgrunn av dette ta gode valg. I Norge har vi sette dette i form av "empowerment", som fokuserer på bemyndiggjøring og overføring av makt til enkeltindivider, som på bakgrunn av dette vil ta rette valg i forhold til helsen. Dette sees på som en del av ny-liberalismen, der autonomi og frihet til å velge er sentrale, hvor makten skal ligge hos hver enkelt og offentlige institusjoner skal tilrettelegge for befolkningen. Governmentality-teknikken empowerment fikk sitt inntog i norsk politikk i St. Meld. nr. 16 Resept for et sunnere Norge (2002-2003), og det ble i sammenheng med denne uttalt "du er din egen helseminister". Fokuset på livsstil er sentralt, og anses som både årsak og løsning for sykdom blant individer og i samfunnet. Governmentality skal tilrettelegge for enkeltindivider til å ta kontroll over atferd relatert til livsstilssykdommer, hvor fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt anses som kjernepunkter for å styrke den enkeltes og samfunnets helse.

b)

Governance

Det norske forvaltningssystemet er et komplisert, med nivåinndeling (nasjonalt - regionalt - lokalt) og sektorinndeling (helsesektor, utdanningssektor, kultursektor og så videre). Samstyring mellom nivåer skjer vertikalt, mens samhandling mellom sektorer skjer horisontalt. Samstyring kan skje på tvers av offentlige instanser, med private og frivillige aktører. Dette medfører problemer i forhold til strukturell sammenlignbarhet og organisasjonskultur innad i organisasjonen. I en vertikal samstyring vil det alltid være tilstede en hierarkisk maktrelasjon. Dette kan være problematisk i forhold til autoritet og "veto-rett", da maktforholdet blir i ubalanse og samhandlingen mot felles mål blir overkjørt av autoritetsfiguren. I horisontal samstyring kan man møte på problemer i forhold til strukturell organisering og organisasjonskultur. Forskjellig strukturell organisering er relativt enkelt å gjøre noe med, da dette "bare" er et administrativt organisasjonskart over forvaltningssystemet hos aktøren. Her må aktørene samhandle for å danne en egen struktur i samstyringen, for dermed å gå sammen i tverrfaglige team. Organisasjonskulturen kan derimot medføre større utfordringer for samstyringen. Her er det verdier og normer som aktørene har, og disse er det vanskeligere å gjøre noe med. I samstyring mellom aktører dannes det ofte tverrfaglige team, der individer fra de samarbeidende aktørene utgjør dette. Her foregår det visse stadier for team-building. Først kommer forming, der individer velges til å representere aktørene i teamet. Neste stadiet er storming, der man får et møte mellom organisasjonskulturer. Her diskuteres det høyt og lavt om målsetting, arbeids- og fremgangsmåter og utforming av samstyringsprosessen. Om man kommer videre fra storming, kommer stadiet om norming. Her begynner man oppnå forståelse og endighet om emnene i storming-stadiet, og man begynner å danne sin egen organisasjonskultur innad i teamet. Etter norming-stadiet er gjennomført og vellykket oppnår man performing-stadiet, hvor man begynner arbeidet med å nå sine målsettinger i fellesskap. Samtidig som disse stadiene pågår er det essensielt at leder(ene) for dette

temaet kontinuerlig arbeider med konfliktløsning, opprettholdelse av tillit og som et talerør mellom aktørene.

Som nevnt i oppgave 2a har man direkte og indirekte former for offentlig styring. Det er her viktig å være bevisst på hvordan direkte offentlig styring kan medføre overstyring og understyring av samstyringsprosessen.

Overstyring er tilfeller der offentlige representanter har stor grad direkte involvering i prosessene, og dermed en sterk autorativ tilstedeværelse som har betydelig påvirkning på beslutninger i samstyringen. Understyring er tilfeller der det offentlige har liten direkte involvering i prosessene, og en manglende autorativ tilstedeværelse vil medføre lite eller ingen fremgang i samstyringsprosessen.

I et samarbeid med aktører må man være oppmerksom på hvilke målsetninger de forskjellige aktørene har. Offentlige institusjoner er opptatt av kvalitet på tjenestetilbud, og ønsker dermed å iverksette en samarbeid som vil medføre en økt kvalitet i forhold til det de kunne klart alene. En frivillig aktør er gjerne spesielt opptatt av enkeltsaker, organisasjonens hjertesak, og fokuserer gjerne sin innsats på bare denne saken. En privat aktør er gjerne opptatt av størst mulig profittering, og kan dermed ha en innstilling om å gjøre minst mulig for størst mulig avkastning. Det jeg prøver å få fram her er at man må være oppmerksom på hvem man inngår samarbeid med, og ha klare forutsetninger for hensikt, prosess og mål med samstyringen.

Governmentality

Nikolas Rose har i sammenheng med governmentality kommet med utsagnet "du er forpliktet til å være fri". Det han mener er at man ikke har noe annet valg enn å anse seg selv som et fritt og autonomt individ med makt til selv å bestemme over egne valg, men hvem bestemmer hvilke valg som er "sunne" og "korrekte"? Man skal være fri på visse premisser. Premissene for et sunt liv er lagt på det politiske nivå, basert på forskning som for eksempel indikerer at om man spiser 5-om-dagen lever man lenger og opplever flere gode leveår. Det er dette som menes med "conduct of conduct", man blir styrt på en viss avstand. Dette medfører en ansvarsforskyvning fra statlig ansvar for helse til individuelt ansvar; man får en avpolitisering av staten og en politisering av individet. Ved å legge ansvaret på individet blir sykdom og uhelse individuelle feil i stedet for politiske feil.

Denne individuelle feilen blir da en form for moralsk staff i form av skyld og skam. Denne teknikken for styring på avstand sees på som en form for "myk" paternalisme, der staten indirekte styrer befolkningens liv gjennom tilrettelegging og oppfordring til bemyndiggjørelse (en form for manipulering av massene til fordel for staten).

"Nudging" er en slik form for "myk" paternalisme, der man eksempelvis plasserer sunne matvarer enkelt tilgjengelig (default løsning), men usunne matvarer mindre tilgjengelige og dermed krever et bevisst valg.

I governmentality legges det stor vekt på risikogrupper i befolkningen. Disse anses som å ha feilet i forhold til selvbestemmelse, og trenger derfor veiledning og instruksjoner for hvordan å oppnå et "godt liv". Folk i risikogruppen blir tilnærmet før selve sykdommen er tilstede, noe som kan føre til negative assosiasjoner med vellykkethet i levet og mestring av egen livssituasjon.

Governmentalitys tankegang om at man selv er løsning til god helse strider mot teorien om helsedeterminanter. Forskning tyder på at individuell atferd bare påvirker ca. 40 % av egen helse, mens de resterende 60 % er genetiske, medisinske og andre faktorer. Her kan man videre se på Whitehead og Dahlgrens modell over påvirkningsfaktorer for helse, der individuell atferd bare er ett av flere "skall på løken" som til sammen utfyller helseperspektivet.

Besvart.