



KANDIDAT

7301

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 15:05
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) Viktige trekk ved styringen og organiseringen av folkehelsearbeidet på kommunalt nivå

En viktig verdi i lokalsamfunnene i Norge er å ha mulighet til å styre seg selv og tilpasse nasjonal politikk til lokale forhold. I dette ligger en antagelse om at det er de lokale som har nærhet til befolkningen sin og best kunnskap til å prioritere og tilpasse politikken etter dette. De utfører et mangfold av oppgaver på vegne av nasjonalstaten på velferdsfeltet, også innen folkehelse. Nasjonale styringsmyndigheter har derfor sterke interesser for hvordan kommunene løser oppgavene. Det legges blant annet føringer fra sentralt nivå, i form av

lovvedtak. Eksempel på dette er folkehelseloven, kommunehelsetjenesteloven og plan- og bygningsloven.

Kommunene i Norge har et bredt saksfelt og har folkevalgte som styrer og regnes derfor som en generalistkommune. De fleste kommuner er organisert etter formannskapsmodellen. Det vil si at styringen skjer gjennom kommunestyret og formannskapet. Kommunestyret er kommunens øverste myndighetsorgan og det er her politikk vedtas. Formannskapet velges av medlemmer fra kommunestyret enten etter forholdsvalg eller avtalevalg og har ansvar for å foreberede saker for styret og iverksetting av kommunal politikk. Saker om folkehelse vil også bli behandlet og vedtatt på dette nivået. Det er derfor viktig at folkehelsefeltet løftes ut av en enkelt sektor og forankres bredt, slik at det vil komme opp på dagsordenen til kommunestyret.

Etter kommuneloven i 1992 fikk kommunene nye muligheter på organisasjonsområdet. De kunne selv velge hvordan de ville organisere seg. Organisasjonsstrukturen på kommunalt nivå er derfor forskjellig fra kommune til kommune. Organiseringen av folkehelsearbeidet er dermed også ulikt. Undersøkelser har vist at kommuner har hatt en tendens til å organisere folkehelsearbeidet innenfor helsesektoren. Den nye folkehelseloven, sammen med stortingsmeldingen *helse og omsorg i plan* har bidratt til at folkehelsearbeidet løftes ut av helsesektoren og opp på et mer overordnet nivå blant annet gjennom å trekke folkehelse inn i den kommunale planprosessen.

Folkehelseloven, som trådte i kraft i 2012, har stilt nye krav til styringen av folkehelsearbeidet på kommunalt nivå. Loven presiserte at det var kommunene som hadde det største ansvaret for å fremme folks helse. I tillegg ble det stilt krav til at kommunene skulle holde oversikt over helsetilstanden i kommunens befolkning. Denne oversikten skal basere seg på flere kunnskapskilder; informasjon som statlige og fylkeskommunale myndigheter utgir, kunnskap fra de lokale helse- og omsorgstjenestene og kunnskap om utviklingstrekk i lokalmiljøet som kan virke positivt eller negativt inn på helsen. Oversikten, som er et skriftlig dokument som revideres hvert fjerde år, skal danne grunnlaget for å videre forankre folkehelse i kommunens planstrategi og planprosess. Til slutt fremhever loven at det på bakgrunn av oversikten skal iverksettes tiltak for å møte de utfordringer innen folkehelse som kommunen står ovenfor. I tillegg stilles det krav til internkontroll innad i kommunene i loven, samt har fylkesmannen tilsyn og rådgivning i forbindelse med oppfølging av loven i kommunene.

Et viktig trekk ved den norske kommunemodellen er at de i tillegg til de lovpålagte oppgavene, kan ta på seg oppgaver utover dette, med mindre oppgavene er delegert et annet styringsnivå. Det vil si at oppgaver innen folkehelse som ikke er regulert ved lov, kan kommunen selv bestemme å utarbeide og iverksette.

Styringen av folkehelsearbeidet på lokalt nivå vil også påvirkes av de økonomiske ressursene kommunen har til rådighet. Kommunene inntektsgrunnlag består av rammetilskudd fra staten og skatteinntekter. Begge utgjør ca. 40 % av inntektsgrunnlaget. I tillegg får de noe øremerkede midler (ikke i utgangspunktet til folkehelsearbeid) og inntekter fra momskompensasjon og gebyrer. Det vil si at kommunen må prioritere å bruke penger på folkehelsearbeidet av de frie midlene. Samtidig kan det søkes om prosjektmidler og tilskuddsmidler fra fylkeskommune og staten for arbeid knyttet til folkehelse. Kommunene har i utgangspunktet ikke innflytelse over inntektsgrunnlaget, i hovedsak grunnet maksgrense for beskatning og må derfor forholde seg til den mengden økonomiske ressurser de får tildelt gjennom skatter og rammetilskudd.

I tillegg samarbeider kommuner på tvers av sektorer (med privat og frivillig) og med andre styringsnivåer. Vi har blant annet statlige forvaltningsorganer på kommunalt nivå, som den statlige delen av NAV som samarbeider med sosialetaten. Folkehelsearbeidet er derfor direkte delvis styrt gjennom en tradisjonell byråkratisk styring og gjennom samstyring (se oppg. 2 for beskrivelse og eksempler).

b) Styringsutfordringer som fremheves av empirisk forskning. Ved direkte form for styring fremheves flere utfordringer:

Utfordringer som fremheves på alle nivå

Nasjonal styring kontra lokal autonomi. Dette punktet handler om hvor sterkt selvstyre i kommunene skal være kontra hvor sterke føringer staten skal være. Disse to punktene er på mange måter en motsetning til hverandre. Kommunene har flere ganger uttalt at det legges for sterke føringer på deres arbeid fra statens side og at de dermed ikke har mulighet til å gjøre sine egne prioriteringer. I tillegg fremheves spenningen mellom overnasjonal styring ovenfor nasjonene selvstendige styringsmyndigheter som en utfordring, på samme måte som for kommunene. Hvor sterke føringer skal overnasjonale aktører påvirke nasjonal politikk?

Tverrsektorielt samarbeid på tvers av sektorer. Å arbeide sammen med privat og frivillig sektor kan også være problematisk. Det må være like gunstig for alle parter å være med i samarbeidet og det må opprettes felles mål for samarbeidet. Aktørene er ulike og har kanskje ulike ideer, og det kan være vanskelig å dermed samhandle om et felles mål (som gir alle det de vil oppnå).

Tverrsektorielt samarbeid på tvers av fagsektorer kontra spesialisering. Etter stor fragmentering og oppsplitting

etter New Public Management - tilnærming på 90-tallet, oppsto det et behov for en mer helhetlig måte å styre på. Det er fortsatt i dag en sektorbasert styringsstruktur i Norge. På nasjonalt nivå er det totalt 16 departementer, hvorav kanskje halvparten berører folkehelsefeltet. Hver sektor er spesialisert på sitt område innen folkehelse, såkalt siloorientert, noe som gjør det vanskelig å samordnes om arbeidet. Det dannes en egen kultur og en egen måte å se problemene på innad i sektorene, som gjør at alle taler sin sak. Dette kan vanskeliggjøre samordning.

Tverrsektorielt samarbeid på tvers av nivåer. Da forvaltningsstrukturen i Norge er fordelt på tre nivåer og også fordelt i ulike sektorer på alle tre nivå, kan dette vanskeliggjøre samhandling på tvers av nivåene. De ulike styringsnivåene er i tillegg spesialisert på sine oppgaver, noe som fører til at kommunene, fylkeskommunene og staten til tider kan ha ulik oppfatning av folkehelseproblemer og utfordringer det skal samarbeides om.

Utfordringer som fremheves på kommunalt nivå

I tillegg fremheves det utfordringer på kommunalt nivå. Mangel på bred forankring i aktuelle sektorer gjelder også på dette nivået. Undersøkelser har vist at folkehelsearbeidet ofte er plassert i helsesektoren sammen med folkehelsekoordinatoren og at det er vanskelig å samordne sektorene for å løse oppgavene. Hvem skal ta ansvar for samordningen og hvordan skal det gjøres, er spørsmål som blir reist. Dette henger også delvis sammen med mangel på politisk vilje. Folkehelseutfordringen må løftes opp i politiske diskusjoner og det må være enighet om at dette må forankres i alle deler av organisasjonen.

Mangel på kontinuitet er en annen utfordring som fremheves. Dette handler hovedsakelig om to ulike aspekter. Finansiering av folkehelse tiltak baserer seg ofte på prosjektmidler eller midlertidige tilskuddsmidler fra for eksempel fylkeskommunene. Det vil si at når prosjektperioden er over, må dette finansieres videre av kommunens frie midler. I tillegg fremhever forskningen at kommunene har hatt vanskelig å oppnå kontinuitet i arbeidet, da fokuset fra nasjonalt nivå endrer seg. Det kan vi se gjennom de fire stortingsmeldingene om folkehelse på 2000-tallet, som endrer seg fra fokus på livsstilspolitikk og helseatferd, til sosial ulikhet i helse, til igjen helseatferd og i den siste meldingen med fokus på blant annet psykisk helse.

I tillegg kan mangel på ressurser og kompetanse oppleves som en utfordring på kommunalt nivå. Det kan for eksempel være mangel på kompetanse blant de ansatte til å følge folkehelseloven eller ressurser til å utarbeide eller iverksette tiltak.

Oppgave 2

a) I oppgave 1 gjorde jeg blant annet rede for tradisjonell byråkratisk styring på folkehelsefeltet. I tillegg fremheves governance og governmentality som to nye styringsformer i folkehelsearbeidet.

Governance, eller det som vi på norsk kaller samstyring, defineres som: *"ikke-hierarkiske prosesser hvorved offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening"*. Aktørene som samarbeider kan være offentlige, semi-offentlige eller ikke-offentlige. Definisjonen fremhever at aktørene som styrer går sammen og er gjensidig avhengige av hverandre for å løse oppgavene. De har som oftest ulike ressurser, som gjør at de i fellesskap kan få til mer sammen enn hver for seg. Ulike ressurser kan være penger, ekspertise og kjennskap til lokale forhold.

Denne styringsformen baserer seg i tillegg på fordelt makt mellom aktørene. Beslutninger tas derfor på bakgrunn av forhandling og ikke ved hjelp av normative virkemidler. Aktørene må komme til enighet for at beslutningene skal tas. I tillegg vil en slik form for styring ha generelle organisasjonstrekk. Det er behov for rammer for samstyringen. Prosessene er målrettede og planlagte. Blant annet utformes det strategi og målsetting og legges en plan for videre arbeid og iverksetting av tiltak. Strukturen er dog løsere enn i en organisasjon.

Folkehelsearbeid omfatter flere ulike sektorer og styringsnivåer og det er behov for samfunnsmessig koordinering mellom de ulike partene for å løse utfordringer knyttet til befolkningens helse. Dette feltet er derfor et godt eksempel på behovet for samstyring.

Det finnes hovedsakelig fire ulike typer governance. Vi skiller mellom om samstyringen skjer på et eller flere nivå og om aktørene som samarbeider er offentlige eller både offentlige og fra andre sektorer (privat og frivillig sektor). Jeg skal gi noen eksempler.

Interkommunale samarbeid er samstyring mellom kun offentlige aktører, som skjer på et nivå (karakteriseres som type 1). Dette brukes av kommunene i ulike former. Det er for eksempel vanlig å samarbeide om legevaksordningen og om tilbud for utskrivingsklare pasienter fra sykehuset (i form av omsorgsboliger og rehabiliteringstilbud), særlig etter samhandlingsreformen ble innført. I tillegg kan departementene etter folkehelseloven pålegge kommuner om å samarbeide for å sikre tilbud av og kvalitet på tjenestene.

Eksempler på samstyring mellom ulike sektorer på et nivå (type 2), kan man for eksempel finne i råd og utvalg. Kommunen samhandler for eksempel med eldreråd eller ungdomsråd i saker som berører dem og hvor de har kunnskap som kommunen kan ha behov for. I tillegg ser man samstyring med frivillig sektor knyttet til for eksempel kultur, idrett, integrering.

Nav-reformen og konsekvensene av den er et eksempel på type 3; offentlige aktører som samarbeider på tvers av styringsnivåene. Sosialetaten, som er kommunens ansvar, samarbeider med den statlige delen av NAV på kommunalt nivå for å gi brukerne et helhetlig tilbud. Dette innebærer fysisk samlokalisering av tjenestene og ofte (men ikke alltid) felles leder. I tillegg har mange kommuner dannet partnerskap med fylkeskommunen for et samarbeid på folkehelsefeltet.

Type 4 er den meste grenseoverskridende samstyringen. Denne omfatter ulike sektorer og i tillegg ulike styringsnivå. Et eksempel er regionale utviklingsprogram, ofte på initiativ fra fylkeskommunene som samhandler med statlige etater, arbeidslivets organisasjoner og av og til kommuner.

Governmentality, som styringsform, skiller seg både fra tradisjonell byråkratisk styring og governance, som begge er direkte former for styring. Governmentality er en form for indirekte styring. Det handler både om å styre andre og å la individer styre seg selv. Governmentality kan defineres som de teknikker som autoriteter bruker for å endre folks atferd på en spesifikk måte. Det legges altså rammer for at enkeltindivider selv skal kunne ta de gode valgene. Hver og en bemyndiggjøres til å ta ansvar for eget liv og helse. Dette krever at styringen har en viss avstand til innbyggerne, slik at de ikke føler seg kontrollert, men med makt over eget liv, eller som Nikolas Rose uttalte det: det forutsetter at individer er forpliktet til å betrakte seg selv som fri.

I tillegg handler governmentality om en form for sosial kontroll. Ved å styrke enkeltindividets kapasitet, for eksempel i form av kunnskap, kan dette føre til at enkelte adopterer dette til sin egen livsstil og etterhvert som flere og flere adopterer, kan dette være med på å skape en norm i lokalsamfunnet som igjen kan påvirke en hel populasjon.

Virkemidlene som myndigheter bruker for å skape forutsetning for at innbyggerne skal kunne ta gode valg, vil er hovedsakelig pedagogiske. Gjennom anbefalinger, kampanjer og informasjon vil myndighetene gi kompetanse til folket om hvordan de bør leve; om fysisk aktivitet, kosthold, røyk og rus og seksuell helse. Eksempler er kampanjer som "Dine 30" hvor det opplyses om hvor fysisk aktiv du bør være, anbefalinger om kosthold som "fem om dagen", matvaremerking som nøkkelhull og brødskalaen og skrekkbilder av røykelunger på sigarettpakker. Ved at myndighetene styrer gjennom å øke folkets kunnskap om livsstilsfaktorer, kan dette etterhvert som individer tar i bruk anbefalingene, føre til en sosial norm i samfunnet som kan bli veiledende for samfunnet som helhet.

I tillegg kan man si at også andre virkemidler kan være med på å skape forutsetning for at enkeltindivider kan ta de gode valgene. Ved å for eksempel legge til rette for sykkelstier og turløyper i nærområdet (som er fysiske virkemiddel), kan dette føre til at deler av befolkningen adopterer turgåing eller sykling til jobben som en del av sin hverdag, og etterhvert hvis flere henger seg på, kan også dette bli en sosial norm for atferd.

Governmentality baserer seg altså på gi individer mulighet til å styre over seg selv, samtidig som det er lagt rammer for hvordan myndighetene vil at de skal styre seg. I Norge er empowerment, som governmentalityteknikk, ofte brukt som virkemiddel. Begrepet omfatter at enkeltindivider gis mer kontroll med en antagelse om at de da vil ta valgene som myndighetene ønsker. I flere stortingsmeldinger legges det vekt på at innbyggerne har betydelig innflytelse over eget liv og helse og at det skal legges til rette for å ta de sunne valgene. Empowerment står sterkt i Norge som tilnærming til endring av helseatferd, både med tanke på fysisk og psykisk helse.

b) Det finnes samtidig kritikk reist mot begge styringsformene. Jeg vil her ta for meg governmentality og kritikken som blir reist ved denne styringsformen.

Governmentality som styringsform forutsetter handlingskraftige individer, som tar veloverveide valg. Det kan stilles spørsmål ved hvem i samfunnet som har ressurser og kapasitet til å ta disse valgene. Samtidig som at empowerment har blitt fremhevet gjennom de siste tiårene, har sosiale helseforskjeller økt i flere samfunnslag. Det spekuleres i om en slik tilnærming er med på å øke forskjeller i helse mellom ulike sosiale grupper. Undersøkelser viser at de med høy sosioøkonomisk status tar flere sunne helsevalg og indikerer at kampanjer og anbefalinger ofte når denne gruppen mer enn de med lavere utdanning og inntekt. Det kan derfor være nærliggende å tro at tiltak i form av pedagogiske virkemidler kan være med å gjøre det lettere for de godt stilte å ta de gode valgene og at dette øker gapet mellom ulike sosioøkonomiske grupper.

I tillegg kritiseres styringsformen for å bruke en tilnærming som baserer seg på risikoforestillinger og frykt. Eksempelet med røykelunger på sigarettpakker kan trekkes frem her. Det reises spørsmål ved om dette er en uetisk måte å fordmidle kunnskap på og en umoralsk form for styring.

Samtidig er dette en styringsform som legger ansvaret for egen helse og befolkningens helse til hver og en i befolkningen. Det kan være en bekvem måte å styre på for myndighetene, da man flytter fokus fra politiske feil til personlige feil. Ansvaret forskyves bort fra politikken og over på individet, fra sosial urett og helsedeterminanter til individuelle mangler og vilje hos den enkelte. På samme tid er en indirekte styringsform vanskelig å etterprøve. Direkte styringsformer kan etterprøves ved å undersøke utfallene og effekten av tiltakene som blir gjennomført. Indirekte styringsform kan ikke etterprøves i samme grad, da ingen kan stilles til ansvar for at det ikke fungerer.

Det stilles også kritikk mot hvordan dette påvirker befolkningen og hvor grensen går. Store deler av befolkningen har de siste tiårene opparbeidet sosiale normer, som leder til at det skal prestes på alle områder i livet. Man skal for eksempel som ungdom ha gode karakterer, prestere godt innen idrett, være trent og sterk og ha et stort sosialt nettverk. Det kan bli vanskelig å prioritere og sette grenser for alt man gjennom atferden kan endre på. Alder, sykdom og død kan bli sett på som en unaturlig del av livet og noe som kan behandles. Media bidrar også i stor grad til denne utviklingen. Det kan bli et strev for å hele tiden overgå seg selv. Det kan tenkes at jo mer en utsettes for helse, jo vanskeligere blir den å oppnå. Dette blir ofte omtalt som selvteknologiparadokset. Styringstilnærmingen med frihet og muligheter kan derfor oppleves som en belastning for den enkelte. Det kan i et samfunn hvor man skal prestere på alle områder, oppfattes som at hvor godt man mestrer livet beviser hvor god man er og om man ikke mestrer det har man feilet.

Besvart.