

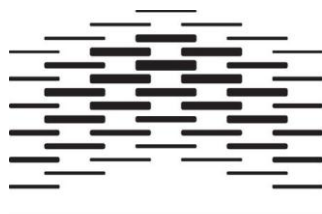
Masteroppgave
Mat, ernæring og helse
2012

**Folkehelsepolitiske diskursive dimensjoner
og kommunale frisklivssentraler**

Hvordan «skaper» og gir diskurser retning til innsatsen på folkehelsefeltet og de kommunale frisklivssentralene? En studie med diskursanalytisk tilnærming.

Mari Berg Vaule

Fakultet for helsefag
Institutt for helse, ernæring og ledelse



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Forord

Det føles som om jeg har løpt maraton og nærmer meg målstreken. I starten gikk det forholdsvis lett. Ut over i løpet møtte jeg greie utforkjøringer, slake slettepartier som krevde god utholdenhet og tunge, bratte motbakker. I motbakkene var det innimellom fristende å gi opp, men jeg klarte å dra meg selv videre hver eneste gang. Dette ved hjelp av en fantastisk «heiagjeng» som har stått ved min side gjennom hele løpet. Disse fortjener, alle som én, en stor takk for at jeg endelig kan karre meg over målstreken og stå med «pokalen» – et ferdigstilt, godt stykke masterarbeid – høyt over hodet og være stolt over min egen innsats.

Først og fremst vil jeg få takke hver og en av mine fire informanter. Dere gav et betydelig bidrag til studien gjennom å dele av deres forståelse og innsikt.

Deretter er det viktig for meg å takke min inspirerende, engasjerte og positive veileder, Laura Terragni, for uvurderlig faglig støtte, samt interessante og velformulerte spørsmål fra start til slutt. Uten deg hadde jeg ikke fått oppleve den spennende læringsprosessen jeg nå har vært gjennom. Masteroppgaven hadde heller ikke blitt den samme. Tusen takk!

Jeg er privilegert som har en flott familie og mange herlige venner rundt meg. Pappa, mamma, Turid og Reidar må først få en takk. Dere støtter meg og er glad i meg for akkurat den jeg er. Jeg blir alltid møtt med en klem og de beste ønsker om at jeg skal ha det bra. Dere holder også ut sammen med meg, og har gjort deres ytterste for å trekke meg opp, de dagene det har vært tungt og jeg har hatt vanskeligheter med å se en ende på prosessen. Pappa og mamma – takk for gode tips og bidrag på veien. Hjep fra mamma og Turid til korrekturlesing helt i innspurten, betydde også mye for meg. Jeg er så takknemlig!

Når det kommer til flotte mennesker i den bredere familiekreisen, samt gode venner som fortjener en takk, kunne listen blitt lang om jeg skulle navngitt alle. Derfor nøyer jeg meg med en felles takk til dere alle. Hver enkelt av dere vet hvor mye dere betyr for meg. Hadde det ikke vært for hyggelige telefonsamtaler, oppmuntrende meldinger, gåturer, initiativ til å dra meg med ut på ting og sist, men ikke minst, herlige tirsdagskvelder med suppelaging, Greys' og avkobling, så hadde jeg definitivt ikke vært der jeg er i dag. Dere er verdifulle for meg alle og enhver.

Det er noen som likevel må rettes en særlig takk til. Tusen hjertelig takk, Gunnar, for at du har hjulpet meg til å finne frem til det beste i meg selv. Espen – du fortjener en større takk enn ord

kan uttrykke for gode pauser, middager, fantastisk korrekturlesingsbidrag og oppmuntrende samtaler i den siste slitsomme perioden før oppgaven kunne ferdigstilles. Jeg er også takknemlig for at jeg har deg i livet mitt, Hanne, og for at du brukte av tiden din på å hjelpe meg med korrekturlesing. Takk for at du er deg, og for fine tilbakemeldinger!

Avslutningsvis må det sendes en spesiell takk til fantastiske mastervenninner som jeg så å si har «bodd» sammen med på datarommet på HiOA Pilestredet denne siste avgjørende og slitsomme fasen av masterprosessen. Den sluttspurten som kreves for å krysse målstreken, hadde ikke vært enkel uten dere. Lykke til videre alle sammen!

Endelig – Jeg er i MÅÅÅL!!

Mari Berg Vaule

Oslo, september 2012

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Tabeller og figurer	vii
Sammendrag	viii
Abstract	ix
Akronymer	x
1. Innledning	1
1.1 Utvikling av tema og valg av metodologi	2
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	3
1.3 Avgrensninger, valg og begrepsavklaringer	3
1.4 Studiens relevans og bidrag til fagfeltet	6
1.5 Oppgavens struktur	7
2. Teori	9
2.1 Vitenskapsteoretisk ståsted	9
2.1.1 Ontologi og epistemologi	9
2.1.2 Sosialkonstruktivisme og diskursanalyse	11
2.2 Teoretisk forståelsesramme	14
2.2.1 Historisk tilbakeblikk og utvikling på folkehelsefeltet	14
2.2.2 Nyere trender	16
2.2.3 Historisk utvikling av FLS som tiltak	19
2.2.4 Aktuell forskning og studier på området	20
3. Metode og utvalg	22
3.1 Metodevalg	22
3.1.1 Kvalitativ vs. kvantitativ tilnærming	22
3.1.2 Diskursanalytisk tilnærming	23
3.2 Forskerrollen, forforståelse og etiske aspekter	26
3.2.1 Forforståelse	27

3.2.2 Etiske aspekter.....	28
3.3 Utvalg og rekruttering	29
3.3.1 Valg av dokumenter	30
3.3.2 Valg av informanter	32
3.3.3 Det endelige utvalget.....	33
3.4 Det kvalitative forskningsintervjuet	36
3.4.1 Forberedelser og forventninger	37
3.4.2 Gjennomføring	38
3.5 Bearbeiding av datamaterialet.....	39
3.5.1 Transkribering	39
3.5.2 Analyseprosessen; diskursanalyse.....	40
4. Hovedfunn.....	46
4.1 Helsebilder	47
4.2 Ansvar for helse	49
4.3 Folkehelsearbeidet – behandling vs. forebygging.....	51
4.3.1 Folkehelsebegrepet.....	51
4.3.2 Folkehelsearbeid.....	52
4.3.3 Forebyggende arbeid	52
4.3.4 Forebygging vs. behandling	54
4.4 Fokus på det syke eller det friske?	55
4.4.1 Helsefremmende arbeid.....	56
4.4.2 Forebyggende vs. helsefremmende innsats	56
4.5 Intensjon bak folkehelsearbeidet.....	57
4.5.1 Mål for folkehelsearbeidet	57
4.5.2 Velferd vs. økonomi	58
4.6 Hvem skal innsatsen rettes mot?	59
4.7 FLS – hva er det?	61

4.7.1 FLS som forebyggende tiltak	62
4.7.2 FLS som helsefremmende tiltak.....	64
4.7.3 Målgruppe	64
4.7.4 Sentrale FLS-prinsipper	65
4.7.5 Forankring og rammebetingelser	65
4.7.6 utfordringer.....	67
4.8 Informantenes diskursive perspektiver.....	68
4.8.1 Helsebilder	68
4.8.2 Ansvar for helse	69
4.8.3 Folkehelsearbeidet – behandling vs. forebygging.....	70
4.8.4 Fokus på det syke eller det friske?	71
4.8.5 Intensjon bak folkehelsearbeidet.....	71
4.8.6 Hvem skal innsatsen rettes mot?	72
4.9 Plassering av FLS innen de folkehelsepolitiske diskursive dimensjonene	72
4.10 Oppsummering av hovedfunn	75
5. Diskusjon.....	76
5.1 Metodologisk diskusjon	76
5.1.1 Reliabilitet og validitet	76
5.1.2 Metodologiske betraktninger og utfordringer	80
5.1.3 Forskerrollen og etiske refleksjoner	81
5.1.4 Utvalg og rekruttering	83
5.1.5 Semi-strukturert dybdeintervju som metode for datainnsamling.....	85
5.1.6 Analysefasen	88
5.2 Diskusjon av studiens hovedfunn.....	89
5.2.1 Utfordrende begrepsbruk med konsekvenser for praksis	90
5.2.2 Ansvar – frihet eller styring?.....	92
5.2.3 Helse som mål eller middel?	95

6. Oppsummerende refleksjoner.....	96
6.1 Studiens implikasjoner og veien videre	96
Litteraturliste	99
Vedlegg	103
Vedlegg 1. NSD-godkjenning	103
Vedlegg 2. Infoskriv og samtykkeerklæring	105
Vedlegg 3. Foreløpig temaliste for dybdeintervjuene	107
Vedlegg 4. Intervjuguide	108
Vedlegg 5. Matriser	113

Tabeller og figurer

Tabell 1. Tydeliggjøring av dokumentene i utvalget.	34
Tabell 2. Tydeliggjøring av informantene i utvalget.....	35
Tabell 3. De folkehelsepolitiske diskursene støttet opp av tekstlige bruddstykker fra de offentlige dokumentene.	44
Tabell 4. Diskursive dimensjoner innen folkehelsepolitikken.	47
Figur 1. Utdrag fra matrisen med informasjon fra de eldste dokumentene.....	42
Figur 2. Dokumentene plassert i forhold til ulike «helsebilder».....	49
Figur 3. Hvor «plasseres» ansvaret for helse i dokumentene?	51
Figur 4. Dokumentene plassert i forhold til <i>behandling</i> vs. <i>forebygging</i>	55
Figur 5. Dokumentene plassert i forhold til <i>forebyggende</i> vs. <i>helsefremmende innsats</i>	57
Figur 6. Dokumentene plassert i forhold til intensjon bak folkehelsearbeidet.....	59
Figur 7. Dokumentene plassert i forhold til hvem innsatsen omtales å skulle rette seg mot. ..	60
Figur 8. Organisering av frisklivsresepten – tiltaksoversikt (Helsedirektoratet, 2011).	62
Figur 9. Kortfattet presentasjon av informantene i utvalget.....	68
Figur 10. Plassering av FLS innen de folkehelsepolitiske diskursive dimensjonene.....	73

Sammendrag

Bakgrunn og formål: De siste årene har det vokst frem et stadig økende fokus på et spesifikt kommunalt tiltak innen folkehelsefeltet; frisklivssentralen (FLS). Helsemyndighetene går nå aktivt ut og anbefaler at alle kommuner oppretter en slik sentral. Foreløpig finnes det få studier som utforsker dette nye tiltaket, noe som gjør det både aktuelt og relevant å studere dette fenomenet mer inngående. Med et vitenskapsteoretisk perspektiv som innebærer sosialkonstruktivistiske og diskursanalytiske ontologiske og epistemologiske antakelser, har denne oppgaven hatt som formål å gjøre et forsøk på å avdekke hvordan den sosiale virkeligheten omkring folkehelsepolitikken og FLS skapes, gjennom å utforske mønstre i måten å snakke på innen dette feltet, såkalte diskurser. Det har i tillegg vært et mål å se nærmere på kampene mellom disse diskursene, for dermed å kunne belyse hvorfor innsatsen på fagfeltet tar bestemte retninger.

Metode og utvalg: Åtte offentlige folkehelsepolitiske dokumenter fra starten av 1990-tallet og frem til i dag, utgjorde den ene delen av utvalget. I tillegg ble det utført fire semi-strukturerte dybdeintervjuer høsten 2011. Informantene som bidro med sine synspunkter om folkehelsearbeidet i sin helhet, samt med mer konkret informasjon omkring FLS, utgjorde her den andre delen av studiens utvalg. Alle informantene hadde tilknytning til FLS, hvorav tre av informantene hadde betydelig ansvar for sentralen i sin kommune, mens den siste arbeidet mer overordnet. Analysen ble gjennomført med en diskursanalytisk tilnærming, kalt «tolkende strukturalisme», hvor målet er å analysere en sosial kontekst og diskursene som støtter opp om denne.

Funn og diskusjon: Analysen viste at det utkrystalliserte seg seks folkehelsepolitiske diskursive dimensjoner satt i et kontinuum mellom to ytterpunkter; «helse som objektivt målbart fenomen» vs. «helse som subjektiv opplevelse», «helse som individuelt ansvar» vs. «helse som samfunnsansvar», «behandling» vs. «forebygging», «forebyggende innsats» vs. «helsefremmende innsats», «folkehelsearbeid som velferd» vs. «folkehelsearbeid som økonomisk sparing» og til slutt «folkehelsearbeid mot hele befolkningen» vs. «folkehelsearbeid mot bestemte målgrupper». Kampene mellom disse, samt hvilke diskurser som etter hvert «vinner terreng», vil føre arbeidet på folkehelsefeltet i bestemte retninger.

Gjennom å ha valgt ut FLS som et praktisk eksempel på et aktuelt og anbefalt tiltak, ble det vist til hvordan dette nettopp er et sosialt og diskursivt konstruert fenomen, gjennom måten det omtales i både dokumenter, og av informanter. Ettersom informantene omfattes av FLS som sosial kontekst, ble deres diskursive perspektiver også trukket frem, og avslutningsvis ble FLS som tiltak forsøkt plassert inn i de folkehelsepolitiske diskursive dimensjonene. Tiltaket omfattes i størst grad av diskursene «helse som objektivt målbart fenomen», «helse som individuelt ansvar», «behandling», «forebyggende innsats», «folkehelsearbeid som økonomisk sparing» og «folkehelsearbeid mot bestemte målgrupper».

Studien tilfører et bidrag til å se nærmere på hvordan diskursiv aktivitet skaper felles forståelse, regler og praksis som former institusjonene på et bestemt felt, eksempelvis innen folkehelsearbeidet med FLS som utvalgt fenomen. Den bringer også med seg nye perspektiver og forståelse som kan bidra til mer refleksiv og innovativ tenkning, sammen med økt bevissthet og et kritisk blikk mot selvfølgelige og/eller naturlige «sannheter».

Abstract

Background and purpose: Through recent years a growing focus on a specific local initiative in the field of Public Health has emerged; Healthy Living Centres (HLC). The Norwegian Directorate of Health is now actively recommending that all municipalities create such centers. Currently there are few studies that explore this new initiative. Therefore it is appropriate and relevant to study this phenomenon in further detail. With a theoretical perspective that entail social constructivist and discourse analytic ontological and epistemological assumptions, this thesis aimed to make an effort on discovering how the social reality surrounding Public Health policy and HLC is formed by exploring patterns in the language in this field, so called discourses. It has also been a purpose to have a closer look at the struggles between these discourses, so as to shed light on why the efforts in this field are taking certain directions.

Design: Eight governmental Public Health documents from the beginning of the 1990s to present constitute the first part of the sample. There were also conducted four semi-structured qualitative interviews in the autumn of 2011. The informants who contributed with their views on both Public Health and more specific around HLC make up the second part of the study sample. All informants were in some way connected to HLC. Three of the informants had significant responsibility for the center in their district, while the last one had a more superior responsibility. The analysis was carried out using a discourse analytic approach called «interpretive structuralism» where the aim is to analyze a social context and its supporting discourses.

Findings and discussion: The analysis showed that six discursive dimensions in Public Health policies set in a continuum between two extremes, crystallized; «health as an objectively measurable phenomenon» vs. «health as a subjective experience», «health as an individual responsibility» vs. «health as corporate social responsibility», «treatment» vs. «prevention», «prevention efforts» vs. «Health Promotion efforts», «Public Health as welfare» vs. «Public Health as economic savings» and finally «Public Health against the entire population» vs. «Public Health against a targeted audience». The struggles that exist between these extremes and the discourses that eventually will conquer the others are going to guide practice on this field in certain directions.

By selecting the HLC as a practical example of a relevant and recommended action on the field today, it was shown how this phenomenon is socially and discursively constructed through the descriptions in both documents and by the informants. Since the informants were covered by HLC as a social context, their discursive perspectives were also highlighted. In conclusion HLC was attempted to be placed into the Public Health discursive dimensions. The discourses that can be seen most clearly is «health as an objectively measurable phenomenon», «health as an individual responsibility», «treatment», «prevention efforts», «Public Health as an economic saving» and «Public Health against a targeted audience».

The study adds a contribution to how discursive activity creates mutual understanding, policies and practices that shape the institutions in a particular field, such as public health efforts and HLC as a selected phenomenon. It will also be providing new perspectives and understandings that can lead to more reflexive and innovative thinking, together with increased awareness and a critical eye towards obvious and/or natural «truths».

Akronymer

AICR – American Institute for Cancer Research

FAO – Food and Agriculture Organization

FLS – Frisklivssentral

Hdir – Helsedirektoratet

HiBu – Høgskolen i Buskerud

HiO – Høgskolen i Oslo

HiOA – Høgskolen i Oslo og Akershus

HLC – Healthy Living Centres

HP – Health Promotion

IKS – Interkommunale samarbeid

LMS – Lærings- og mestringssentre

MI – Motiverende samtale

NiH – Norges idrettshøgskole

NSD – Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste

UiA – Universitetet i Agder

UMB - Universitetet for miljø- og biovitenskap, på Ås

WCRF – World Cancer Research Fund

WHO – World Health Organization / Verdens helseorganisasjon

1. Innledning

«Hvis vi gikk ut fra at alt som er akseptert som sannhet virkelig er sant, da ville det være lite håp om å gjøre framskritt» (Orville Wright)

«Den eneste sanne visdom er å vite at du selv ikke vet alt» (Sokrates)

Jeg har nå gjennomført en bachelorgrad i folkehelsearbeid og er snart ferdig med en mastergrad i mat, ernæring og helse. På bakgrunn av epidemiologi, studier av årsakssammenhenger, samt andre, i størst grad kvantitative, naturvitenskapelige og samfunnsvitenskapelige forskningsprosjekter, har jeg derfor lært mye om de helseutfordringene vi i dag står ovenfor, og på hvilke måter vi kan og bør møte disse. Litteraturen støtter opp om og forteller at vi på det nåværende tidspunktet står ovenfor en epidemi av ikke-smittsomme sykdommer som blant annet overvekt, diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer og kreft, både globalt og nasjonalt (WCRF/AICR, 2007). Disse får ofte betegnelsen livsstilssykdommer, ettersom de knyttes til påvirkningsfaktorer ved helseatferd, som eksempelvis kosthold og fysisk aktivitet, og de fremstilles også med sterk tilknytning til hverandre (Swinburn & Bell, 2007). Årsaksfaktorene presenteres som komplekse og omfattende, noe som utfordrer arbeidet på feltet (Departementene, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2004; WHO/FAO, 2003). I tillegg trekkes de økonomiske konsekvensene dette har for samfunnet frem, og prioritering av forebyggende og helsefremmende arbeid, samt tverrfaglig og tverrsektoriell innsats fremmes som en sentral måte å møte utfordringene på (Lawrence, 2007; Mæland, 2005a).

De siste årene har det vokst frem et stadig økende fokus på et spesifikt kommunalt tiltak innen folkehelsefeltet; frisklivssentralen (FLS). I slutten av august 2012 var det ca. 147 kommuner som har eller er tilknyttet en FLS i Norge¹. Helsedirektoratet (Hdir) går nå aktivt ut og anbefaler at alle kommuner oppretter en slik sentral, og tiltaket defineres av dem som «et kommunalt kompetansesenter for veiledning og oppfølging primært innenfor helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk» (Helsedirektoratet, 2011, s. 7). Videre presiseres det at FLS har et strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem for personer med behov for å endre helseatferd, og det påpekes at sentralen i tillegg kan fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre kommunale helsefremmende tiltak (Helsedirektoratet, 2011). Hdir vektlegger at det bør etableres gode rutiner for evaluering av både organiseringen og tiltakene ved FLS. Behovet for forskning og videre utvikling av sentralene bemerkes også,

¹ Kaja Ndimande, Helsedirektoratet, personlig kommunikasjon, 22. august, 2012.

² Diskursbegrepet vil diskuteres og belyses nærmere i kapittel 1.3

ettersom det er betydningsfullt både i forhold til statlig og regionalt utviklingsarbeid, samt for politisk og administrativ kommunal ledelse. Ettersom dette kommunale tiltaket er forholdsvis nytt, vil det være av interesse for kommunene å innhente dokumentasjon som kan fremme kvalitetssikring og videreutvikling av FLS som en effektiv og god arena for lokalt folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2011).

1.1 Utvikling av tema og valg av metodologi

Som en konsekvens av den innsikten og kompetansen jeg har ervervet gjennom utdannelsen har jeg stilt meg kritisk til at virkeligheten ofte presenteres som fakta, noe som er gitt og bare finnes «der ute». I planleggingsprosessen med masteroppgaven var det derfor et mål å finne en annerledes måte å utforske fagområdet på, enn det som tidligere har vært vanlig. Konteksten rundt FLS-tiltaket interesserte meg, og jeg arbeidet tett med veileder for å diskutere hvilken vinkling og tilnærming jeg kunne bruke for å belyse dette fenomenet på en ny måte. Det sosialkonstruktivistiske perspektivet om at ethvert fenomen kun tillegges mening og eksisterer som produkter av vår kultur, hvordan vi snakker om dem og hvilke relasjoner vi har til dem (Thagaard, 2009), var et perspektiv jeg kjente en dragning mot. Fenomener og elementer jeg har lært om gjennom utdannelsen, er kanskje ikke like fastsatte og konkrete som de i første omgang kan synes å være?

Innen sosialkonstruktivistisk tankegang mener en at det er språket og interaksjonen med fenomenene som fører til at de skapes, blir meningsfulle og fremstår for oss på den måten de gjør (Thagaard, 2009). Diskursanalyse er et eksempel på en teoretisk og metodologisk tilnærming som støtter opp om de samme synspunktene, og som i tillegg har potensial til å avsløre prosesser omkring sosial konstruksjon (Phillips & Hardy, 2002; Thagaard, 2009; Wetherell, Taylor & Yates, 2001). En grunnleggende forståelse innen diskursanalysen er at alt språk, både muntlig og skriftlig, alltid vil omfatte diskurser². Ingenting meningsfylt eksisterer utenfor diskursene, og fenomener får først mening sett i lys av diskursene de omgis av (Wetherell et al., 2001).

Det å benytte diskursanalyse som metodologi handler om å undersøke hvordan bestemte ideer, konsepter og perspektiver etableres og opprettholdes innen spesifikke kontekster (Phillips & Hardy, 2002). I denne studien er konteksten avgrenset til å omfatte FLS, og det er av interesse å utforske hvorfor FLS har blitt et meningsfylt tiltak i dag. Den historiske utviklingen vil gis oppmerksomhet, og et mål for oppgaven blir å undersøke hvilke diskurser

² Diskursbegrepet vil diskuteres og belyses nærmere i kapittel 1.3

som fremstår som sentrale innen folkehelsepolitikken, hvordan disse har utviklet seg, samt hvordan FLS kan plasseres i forhold til disse diskursene og derigjennom har skapt sin identitet slik at det fremstår som et meningsfylt tiltak i dag. Fenomenet FLS skal altså studeres i en større sammenheng, enn kun det å lete i de «gitte» definisjonene omkring tiltaket. Likevel vil utviklingen av bestemte begreper som utmerker seg som sentrale innenfor denne spesifikke konteksten, stå i fokus. Det vil søkes etter mønstre i måten offentlige dokumenter og nøkkelpersoner snakker om folkehelsearbeid på, noe som kan bidra til å påvirke innsatsen på dette feltet i en bestemt retning. Dette igjen, kan kanskje belyses nettopp gjennom å ha sett nærmere på FLS som konkret tiltak. Det at spørsmålene stilles på en ny og annerledes måte kan føre til at en kan få øye på andre ting enn en umiddelbart forventer å finne. Det er også en måte å øke bevisstheten rundt, samt rette et kritisk blick mot selv de sannhetene en finner mest selvfølgelige og naturlige (Andersen Nexø & Koch, 2011).

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Interessen har falt ned på å gjøre en analyse av den folkehelsepolitiske utviklingen de siste tjue årene ved hjelp av å bruke en diskursanalytisk tilnærming. Dette for å kunne trekke frem og karakterisere de mest sentrale diskursive dimensjonene. FLS som et konkret tiltak på feltet er valgt ut som hovedfokus. Interessen vil rette seg mot hvordan dette tiltaket er diskursivt og sosialt konstruert, samt hvordan det kan plasseres innen de folkehelsepolitiske diskursive dimensjonene. Problemstillingen går som følgende:

Hvilke sentrale folkehelsepolitiske diskurser eksisterer i dag, og hvordan kan FLS som konkret tiltak plasseres i forhold til disse?

Problemstillingen er operasjonalisert gjennom fire forskningsspørsmål:

1. *Hvilke **diskurser** bidrar til å prege og utvikle folkehelsefeltet slik det fremstår for oss i dag?*
2. *Hva **kjennetegner** disse diskursene?*
3. *Hva karakteriserer **FLS som tiltak**?*
4. *Hvordan kan FLS **plasseres** i tilknytning til de folkehelsepolitiske diskursive dimensjonene?*

1.3 Avgrensninger, valg og begrepsavklaringer

Det er viktig å avgrense interessefeltet for at arbeidet ikke skal bli for ambisiøst og omfattende, og dette gjøres med bakgrunn i forskerens oppmerksomhet og interesse på det

bestemte område som er under utforskning (Andersen Nexø & Koch, 2011). Denne studien er derfor avgrenset til å ta utgangspunkt i en folkehelsepolitisk kontekst, før FLS som et enda mer avgrenset og spesifikt fenomen vil komme i fokus. Det anses interessant å betrakte disse kontekstene med et diskursanalytisk blikk. Diskursanalyse handler om å spore den historiske evolusjonen av ulike språkpraksiser, samt utforske hvordan språket både skaper og reflekterer dynamisk kulturell, sosial og politisk praksis (Starks & Brown Trinidad, 2007). Analyseformen kan brukes på ulike nivåer (Thagaard, 2009). Denne oppgaven retter fokuset mot å undersøke den språklige og historiske utviklingen på folkehelsefeltet som har bidratt til å styre innsatsen i retning av det som vektlegges i dag. FLS har blitt trukket frem som konkret eksempel på et folkehelseiltak. Det er et mål å finne frem til kulturelt etablerte nøkkeldiskurser innen folkehelsepolitikken, for så å belyse hva som kjennetegner disse. Videre vil dagens organisering og utbredte måte å omtale FLS på, presenteres, for deretter å gjøre et forsøk på å plassere FLS i forhold til de offentlige folkehelsepolitiske diskursive dimensjonene. Det er av betydelig interesse å trekke frem eventuelle kamper eller konflikter mellom de rådende diskursene.

Det å benytte diskursanalyse som teoretisk rammeverk innebærer mer enn bare en metode for bearbeiding av det empiriske datamaterialet. Betegnelsen metodologi er derfor mer dekkende, ettersom det innebærer en teoretisk forståelsesramme som vil prege og følge masterprosjektet fra start til slutt (Phillips & Hardy, 2002).

Utfordringene med denne metodologien er at språk og ord i seg selv betraktes som meningsløse. Det skapes først en felles og gjensidig språklig enighet gjennom det at språket og ordene deles med andre (Starks & Brown Trinidad, 2007). Dette gjør det irrelevant å trekke frem bestemte definisjoner og «gitte» betydninger av spesifikke begreper, ettersom metodologien nettopp åpner opp for nye måter å se dette på. Likevel vil det være avgjørende å tydeliggjøre en del av begrepene som skal følges gjennom oppgaven, og hvilken forståelse jeg som forsker har, tilknyttet disse. Jeg er oppmerksom på at jeg gjennom valgene som tas, tilfører nok et bidrag til sosial konstruksjon. Derfor vil jeg presisere at begrepsforståelsen som trekkes frem, kun er én av mange forskjellige forståelser. Språk og begreper er i tillegg hovedelementene som skal inngå i studiens kapittel om hovedfunn, og eksempelvis vil helsebegrepet og folkehelsebegrepene derfor ikke avklares på forhånd. De utgjør en del av hovedfunnene i studien, og dermed ble det ansett som feil å avgrense og spesifisere disse på forhånd.

Diskursbegrepet er et av hovedbegrepene som må defineres og tydeliggjøres tidlig i oppgaven. Det finnes utallige definisjonsvarianter av dette begrepet (Andersen Nexø & Koch, 2011; Cheek, 2004; Lupton, 1992; Phillips & Hardy, 2002; Starks & Brown Trinidad, 2007; Wetherell et al., 2001). I dette masterprosjektet er det tatt utgangspunkt i to definisjoner av hva en diskurs er, og disse reflekterer masterprosjektets teoretiske fundament. Den første omtaler diskurs som «et sett ideer eller mønstre i måten å snakke om et fenomen på som kan identifiseres i både skriftlig tekst og verbal kommunikasjon, samt plasseres i bredere sosiale strukturer» (fritt oversatt, Lupton, 1992, s. 145). Michel Foucault knyttes i stor grad til diskursanalytiske tilnæringer, derfor baseres den andre definisjonen på en av hans. Han omtaler diskurser som; «en gruppe utsagn som skaper et språk for å prate om, samt en måte å representere kunnskap om et spesifikt emne på et bestemt historisk tidspunkt» (fritt oversatt, Wetherell et al., 2001, s. 72).

Det er vanlig å arbeide med ulike tekster når en er interessert i utforskningen av diskurser. Disse tekstene kan være både muntlige og/eller skriftlige tekster, som eksempelvis transkriberte intervjuer og offentlige dokumenter. Det er ikke språket i seg selv som studeres. Analysene involverer mer enn å analysere innholdet av tekster i forhold til hvordan de er strukturert når det kommer til setningsoppbygging, betydning osv. Det er systemene av ulike representasjoner som er av interesse. Mønstrene i måten å snakke på og sammenhengene mellom skriftlig og muntlig kommunikasjon, samt hvordan språket forholder seg til samfunnet og sosial endring, er det som ønskes belyst. Diskursene kan være styrt av regler og være svært strukturerte, oppstå ad hoc eller være kontekstbundet, noe som forklarer variasjoner i ulike kontekster (Cheek, 2004; Lupton, 1992; Wetherell et al., 2001).

For enkelthetens skyld vil begrepet forsker/forskeren benyttes om meg selv i alle faser av arbeidet, ettersom jeg har gjennomført alle deler av prosessen. Begreper som intervjuer, transkiberer o.l. vil derfor være byttet ut, selv om jeg også kunne ha nyttiggjort meg av disse begrepene i de spesifikke fasene av arbeidet. Når oppgaven og prosessen omtales i sin helhet vil det veksles mellom begrepene «masteroppgaven», «oppgaven», «masterprosessen», «prosessen», «studien» og «masterprosjektet». Til tross for noe ulik begrepsbruk i litteraturen, vil begrepene folkehelsevitenskap, folkehelsepolitikk og folkehelsearbeid benyttes gjennomgående som generelle betegnelser. De erstatter det eksempelvis Vallgård & Koch (2011) omtaler sunnhetsvesen og sunnhetsvitenskap. Når det henvises til intervjuene som er gjennomført, brukes begrepene semi-strukturert dybdeintervju, dybdeintervju og/eller

forskningsintervju, og informanter er benevnelsen på de som har delt av sin kunnskap og erfaring gjennom å delta i disse dybdeintervjuene.

Helseaspektet har fått størst fokus i denne masteren i mat, ernæring og helse når det kommer til valget av tema og fokusområde i dette masterprosjektet. Den avgjørelsen ble tatt på bakgrunn av interesse og innsikt som er tilegnet gjennom en bachelorgrad i folkehelsearbeid, samt det første året av masteren med ulike emner. Selv om tittelen på mastergraden impliserer et fokus på mat og ernæring, så har denne oppgaven likevel potensial til å kunne bidra med relevante synspunkter og et nytt blikk på feltet. Oppgaven ser stort på utviklingen innen folkehelsefeltet, noe som i aller høyeste grad også omfatter kostholds-aspektene, selv om fokuset er trukket opp til et overordnet nivå. Eksempler tilknyttet mat og ernæring er forsøkt trukket frem der det har vært naturlig å inkludere eksempler. Oppgaven retter seg mot å belyse hvordan språket påvirker både praksis og utvikling av FLS som tiltak på folkehelsefeltet, noe som også influerer kostholds-innsatsen innen denne konteksten.

Avslutningsvis må det også presiseres en avgrensning. Selv om sosiale ulikheter i helse og helseforskjeller er tema som tillegges en del vekt i det empiriske materialet, har jeg tatt et bevisst valg på å utelate det. Dette grunnet kompleksiteten i denne problematikken. Begrensninger i tid og omfang utgjør i tillegg en del av denne begrunnelsen.

1.4 Studiens relevans og bidrag til fagfeltet

Det å tydeliggjøre en studies bidrag er avgjørende (Phillips & Hardy, 2002). Ideen om at det finnes én ideell forskningsmetode blir i stadig større grad utfordret, og har etter hvert nesten blitt erstattet med ideen om at forskning kommer best ut av det med et flertall av metoder og teorier. Det å tørre å benytte flere nye og utradisjonelle metoder kan bidra til andre former for interessant innsikt. Diskursanalyse kan eksempelvis bringe med seg nye ideer, nye konsepter og utfordringer, og er et viktig bidrag til den økte flerfoldigheten i forskningsmiljøet.

Diskursanalytiske tilnærminger kan medføre utfordringer og gammel «sikkerhet» kan forsvinne, men det er i kampen mellom ulike tilnærminger, samt fra mangfoldet og tvetydigheten av mening, at vi lærer (Phillips & Hardy, 2002). Diskursanalysens blikk og spørsmål er velegnet om en ønsker å forstå endringer i måten å oppfatte virkeligheten på, innenfor et bestemt felt over en viss tidsperiode. Gjennom analysene blir en bevisst på hvordan selv etablert vitenskap og gitte sannheter er produkter av diskursive maktkamper³

³ Maktbegrepet innen diskursanalytisk tilnærming vil belyses nærmere i kapittel 2.1.2

(Andersen Nexø & Koch, 2011). Analyseformen har et potensial i forhold til å føre med seg komplementær innsikt til de tradisjonelle kvalitative tilnærmingene, og kan også bidra til en signifikant større forståelse, samt ny innsikt til et spekter av organisatoriske og sosiale fenomener, som eksempelvis FLS (Phillips & Hardy, 2002). Metodologien innebærer en interesse for språk, skapelsen av identitet og har et syn for politiske effekter av diskurser. På grunn av dette kan den tilføre nye perspektiver til allerede eksisterende debatter, og kan i lys av det føre med seg et betydelig teoretisk bidrag. Målet er forståelse for hvordan diskursiv aktivitet skaper felles forståelse, regler og praksis som former institusjonene på et bestemt felt, eller sakene som definerer et domene. Diskursanalyse kan også bidra til mer innovativ tenkning (Phillips & Hardy, 2002).

Phillips & Hardy (2002) trekker videre frem at det er stor fleksibilitet i forhold til hvilke tema som kan belyses gjennom metodologien, mens Lupton (1992) foreslår den som en vesentlig bestanddel av helsekommunikasjonen, særlig tilknyttet folkehelseemner. Lupton påpeker videre at innsikten og elementer som kommer frem gjennom diskursanalyser er relevant for folkehelsearbeidet, og at det har potensial til å tilføre verdifull innsikt i sosiale og politiske kontekster hvor varierte diskurser omkring helse tar plass. Hun hevder i tillegg at metodologien er særlig aktuell i tilknytning til det å kunne forstå helse og sykdom innen begrepenes sosiokulturelle kontekst, samt i forhold til folkehelsearbeidets rolle i det å gi helseinformasjon (Lupton, 1992).

Gjennom utforskning av ulike tekster, som eksempelvis offentlige dokumenter og transkriberte intervjuer, for deretter å relatere dem til større økonomiske, sosiale og politiske kontekster, kan en som diskursanalytiker trekke konklusjoner som underbygger selve «begrepet» eller fenomenet FLS. Sammenflettingen av diskurser, tekster og praksis på et område, er det som til sammen utgjør en bestemt virkelighet (Phillips & Hardy, 2002). Analyseformen kan likevel bare åpne opp for noen sider av tekstene, men ikke for andre, noe det er viktig å ha bevissthet og oppmerksomhet rundt (Andersen Nexø & Koch, 2011).

1.5 Oppgavens struktur

Kapittel to vil gi en nærmere beskrivelse av det vitenskapsteoretiske ståstedet og den teoretiske referanserammen for studien. Deretter vil metodologien, utvalget, innhenting og bearbeiding av det empiriske datamaterialet utdypes i kapittel tre. Videre presenteres studiens hovedfunn i kapittel fire, samt at metodologi og hovedfunn vil diskuteres i kapittel fem.

Oppgaven avsluttes deretter med oppsummerende refleksjoner omkring studiens implikasjoner og veien videre.

2. Teori

Teori kan benyttes på ulike måter innen forskjellige forskningstradisjoner. Det har derfor vært av betydning å gjøre seg kjent med hvilket teoretisk perspektiv som skal brukes og på hvilken måte teori skal fremstilles i dette masterprosjektet. Ulike teorier avspeiler forskjellige virkelighetsoppfattelser og påvirker rammene for hvordan denne forskningsoppgaven kan leses og forstås (Høyer, 2011). I dette masterprosjektet benyttes teori som et bestemt perspektiv eller en linse som en kan se både empirien og verden gjennom. En passende metafor er at det er en form for gitter som skal legges ned over empirien, som er med på å bestemme hva som skal stå i fokus. Dette innebærer et sosialkonstruktivistisk perspektiv hvor fenomener forstås skapt gjennom vår interaksjon med dem. Fenomenene som står i fokus, folkehelsefagfeltet og FLS, oppstår gjennom måten forskeren tar valg gjennom hele forskningsprosessen, og alt ses på som foranderlig. Det teoretiske valget som er gjort i denne oppgaven skaper både folkehelsefeltet og FLS på en bestemt måte. Ved å se på teori på denne måten, står bestemte premisser i fokus, og en ser blant annet på språklige utsagn og uttrykk fremfor bakenforliggende følelser og intensjoner (Høyer, 2011; Phillips & Hardy, 2002). Det er derfor av betydning å tydeliggjøre og beskrive det vitenskapsteoretiske ståstedet og den teoretiske forståelsesrammen godt, ettersom dette i stor grad er med på å påvirke hele prosessen.

I dette kapitlet vil først det vitenskapsteoretiske ståstedet, inkludert ontologi, epistemologi, sosialkonstruktivisme og diskursanalyse, presenteres, med et eget avsnitt om maktforståelse innen diskursanalytiske tilnærminger. Etter dette vil den teoretiske forståelsesrammen introduseres med et historisk tilbakeblikk på utviklingen innen folkehelsearbeidet frem mot i dag. Videre vil nyere trender innen folkehelsearbeidet trekkes frem. Deretter vil den historiske utviklingen av FLS som tiltak tydeliggjøres, før kapitlet avsluttes med en gjennomgang av aktuell forskning og studier på området.

2.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

2.1.1 Ontologi og epistemologi

En kan ha ulikt syn på og grunnleggende antakelser om hva verden er, innen ulike fagdisipliner og tradisjoner. Dette omtales ofte med begrepet ontologi (Holm, 1998; Høyer, 2011; Thagaard, 2009). Høyer (2011) skiller mellom stabil og flytende ontologi, og denne studien omfattes av flytende ontologi hvor fokuset er på hvordan fenomener gjensidig påvirker og forandrer hverandre. Forandringer og hvilken betydning nye fenomener, som

eksempelvis FLS, har, er av interesse. Spørsmål rettes som regel tilbake i tid og en ser på hvorfor utviklingen har vært som den har vært. Ontologien påvirker videre hvordan en ser formålet med teori, og hvordan teori skal benyttes, noe som betegnes med begrepene erkjennelsesteori eller epistemologi. Disse prinsippene sier noe om hvilken tilgang en har til viten om verden (Holm, 1998; Høyen, 2011; Thagaard, 2009).

Valget av diskursanalyse som metodologi reflekterer i seg selv en bestemt filosofi. På bakgrunn av tilknytningen til en flytende ontologi hvor fenomener ses på som foranderlige, innebærer det i denne sammenheng en sterk sosialkonstruktivistisk epistemologi hvor det ikke finnes noen direkte tilgang til viten om verden og oppmerksomheten rettes mot prosessene hvor den sosiale verden konstrueres og opprettholdes (Høyen, 2011). Målet for dette masterprosjektet er derfor ikke å lete etter «gitte sannheter», ettersom det ikke sammenfaller med det vitenskapsteoretiske perspektivet. Det konstruktivistiske perspektivet har nettopp gitt grunnlag for nye refleksjoner omkring hva som er gyldig kunnskap, og skiller seg dermed fra positivismen hvor forskningsresultater ses på som noe som objektivt kan måles og fastsettes. Målet er å gjøre et forsøk på å utlede teori om verden fra empirien, gjennom induksjon, og å finne frem til én måte å beskrive verden på blant et utall mulige (Høyen, 2011; Phillips & Hardy, 2002; Thagaard, 2009).

Virkeligheten forstås innen diskursanalysen som et produkt av hvordan vi prater om den. Utforskning av hvilken virkelighet som skapes på bakgrunn av hvordan det prates om den på en bestemt måte, står i fokus. Dette gjennom at enkelte begreper brukes fremfor andre. Hvordan det prates om både folkehelsearbeid og FLS, er med på å påvirke disse fenomenene og deres identitet. Det er derfor ikke av betydning å karakterisere utsagn som sanne beskrivelser av virkeligheten, men heller se på hvordan de er med på å skape den virkeligheten som fremstår som «sann» for oss (Andersen Nexø & Koch, 2011). Metodologien deler fokus med andre kvalitative metoder og tilnærminger ved å ha interesse for meningen av sosialt liv, men den forsøker å gi mer dyptgripende innsikt i prosessene rundt selve skapelsen av mening. Diskursanalyse er en form for teori om språk og kommunikasjon, et perspektiv på sosial interaksjon og det er i tillegg en tilnærming hvor en ser kunnskap som en konstruksjon gjennom historie, samfunn og kulturer (Phillips & Hardy, 2002; Wetherell et al., 2001).

Diskursperspektivet innebærer at verden, eller virkeligheten, først blir virkelig, tilgjengelig og erkjennelig for oss gjennom måten vi kategoriserer og ordner den. Dette fører med seg en ny

måte å se verden på, hvor virkeligheten ses på som konstruert på en bestemt måte i kraft av våre utsagn om den (Andersen Nexø & Koch, 2011; Wetherell et al., 2001). Andre kvalitative tilnærminger antar som regel en sosial verden og utforsker og ønsker å forstå hvordan «deltakerne» i denne verden forstår verden selv. Diskursanalysen utforsker mer spesifikt på hvilken måte de sosialt produserte ideene og målene i verden blir skapt i første omgang, og hvordan de opprettholdes og vedlikeholdes over tid. Til forskjell fra de kvalitative tilnærmingene som ønsker å forstå og tolke den sosiale virkeligheten slik den eksisterer, forsøker diskursanalysen på den andre siden å avdekke hvordan den skapes (Phillips & Hardy, 2002).

2.1.2 Sosialkonstruktivisme og diskursanalyse

Oppmerksomheten rundt diskursanalyse har stadig økt de senere årene, og denne kvalitative metodologien har etter hvert fått innpass innen flere fagområder (Cheek, 2004; Lupton, 1992; Phillips & Hardy, 2002). Språket har blitt viktigere og viktigere, og gjennom postmodernismen og sosialkonstruktivismen er det et uttalt syn på fenomener som sosialt konstruerte og at de eksisterer primært i språket. Språket anses som en sosial praksis som kjennetegnes ved at den gjør noe med sitt fenomen, og har en skapende kraft (Andersen Nexø & Koch, 2011).

Kunnskap hevdes å være intersubjektivt, noe som utformes i relasjoner mellom mennesker, og er også kontekstbundet. Kunnskap i én situasjon er dermed ikke nødvendigvis overførbart til andre situasjoner, noe som gjør det viktig å se tekstene som analyseres opp mot deres sosiale og historiske plassering. Vår oppfattelse av virkeligheten preges av dette, og omverden kan bare forstås gjennom måten vi snakker om den. Forståelsen vår preges derfor i stor grad av den kulturen vi lever i (Cheek, 2004; Phillips & Hardy, 2002; Thagaard, 2009).

Innen diskursanalytisk tankegang oppstår alt det den sosiale verden består av, inkludert vår egen identitet, i diskurser. En annen måte å si det på er at språket vårt og det vi er, er en og samme ting. Uten diskursene finnes ingen sosial virkelighet, og uten forståelse for diskurser kan en heller ikke forstå egen virkelighet, erfaring og seg selv (Phillips & Hardy, 2002). Analyseformen er i det senere blitt anvendt og videreutviklet særlig innen humanistiske og samfunnsvitenskapelige forskningstradisjoner, og er i ferd med å vinne frem også innenfor forskningstradisjonen på folkehelsefeltet. Diskursanalytiske tilnærminger inkluderer ingen klar oppskrift på hvordan en er garantert å gjennomføre en vellykket analyse, og det er heller ingen entydig og sammenhengende fremstilling av metodologien. Det handler mer om å ha et

spesielt blikk eller perspektiv på verden. I tillegg er det en bestemt måte å stille spørsmål til datamaterialet på. Problemstilling og forskningsspørsmål avgjør hvilket materiale som velges, samt hva en metodisk gjør (Andersen Nexø & Koch, 2011).

Til tross for at metodologien innebærer flerfoldige forståelser og tilnærminger, og derfor kan synes å være kompleks, forfekter likevel Cheek (2004) at denne kompleksiteten bør vedsettes. Det er med på å skape en enda større forståelse for hva tilnærmingen innebærer. Med dette som bakteppe blir det avgjørende å tydeliggjøre hvilket diskursanalytisk perspektiv eller tilnærming som vil benyttes akkurat i dette masterprosjektet (Cheek, 2004), noe som klargjøres i kapittel 3.1.2. Her vil ulike diskursive tilnærminger i tillegg forklares mer inngående, og det vil redegjøres for den tilnærmingen som dette masterprosjektet skal omfattes av.

De sosialkonstruktivistiske perspektivene har ført til at forskere i større grad har åpnet for å finne nye måter å utforske prosesser på. Diskursanalysen som metodologi gir innsikt i å kunne skape en forståelse for hvordan identiteter konstrueres på en kontinuerlig, interaktiv og diskursiv basis. Analyseformen tilskrives ofte Michel Foucault. Med særlig fokus på hans arbeid, har forskere blitt interessert i hvordan prosesser av sosial konstruksjon leder til en sosial virkelighet som tas for gitt, og som gir fordeler til noen på bekostning av andre (Phillips & Hardy, 2002).

Diskursene ses på som kunnskapsprodusenter. Det er diskurser som styrer måten en kan reflektere rundt og snakke meningsfylt og fornuftig om et emne eller et fenomen. De påvirker i tillegg hvordan bestemte ideer blir iverksatt og benyttet for å regulere andres atferd eller livsførsel, og de definerer akseptable og forståelige måter å prate, skrive og oppføre seg på. På den andre siden vil de dermed også avskrive, avgrense og begrense andre måter å snakke og oppføre seg på, i relasjon til det bestemte emnet eller fenomenet (Wetherell et al., 2001). Et sentralt aspekt innenfor denne metodologien er å belyse motsetninger mellom ulike diskurser (Thagaard, 2009). Det å se nærmere på den makten ufullstendige, tvetydige og motstridende diskurser har i forhold til å skape en sosial virkelighet som oppfattes solid og ekte, er av interesse (Phillips & Hardy, 2002).

Cheek (2004) påpeker at språket ikke har noen universell mening, men blir tildelt spesifikke meninger både av de som snakker og de som lytter, tilknyttet situasjonen eller konteksten for hvor språket blir brukt. Tekster beskriver spesifikke sider ved virkeligheten på bestemte måter. Innen en diskursanalytisk tilnærming er det ikke hva som beskrives i teksten som står i

fokus, men hvilke forutsetninger teksten har for «å anta at den vil bli forstått». Det er et dynamisk forhold mellom teksten og konteksten hvor teksten er produsert, noe som fører til at tekstene både er grunnleggende for, og deretter konstrueres av egen kontekst (Cheek, 2004).

Maktforståelse innen diskursanalytisk tilnærming

På bakgrunn av at det eksisterer en litt annerledes maktforståelse innen diskursanalysens teoretiske rammeverk (Andersen Nexø & Koch, 2011), vil elementer rundt dette trekkes frem.

Reglene og mønstrene som karakteriserer en diskurs ses på som produkter av stadige maktkamper, hvor det skapes hierarkiske relasjoner mellom over- og underordnede diskurser. Metodologien egner seg ikke for å avsløre maktinteresser og maktforhold, men handler om å undersøke disse diskursive maktkampene. Det kjempes om hva som skal ha gyldighet som sannheter på gitte tidspunkt innenfor et spesifikt felt. Disse prosessene er også i stadig endring, og gjennom analysen ser en ofte på hvordan en bestemt diskurs utvikler seg, fortrenses og/eller underordnes en annen i løpet av en viss historisk periode. En kan se på hvordan dette fører til at nye sannheter erstatter gamle, noe som igjen vil endre vår virkelighetsoppfatning og våre handlingsmuligheter. Det er vanlig å peke på vesentlige forandringer over tid, trekke frem og vise hvordan nye diskurser blir dominerende innenfor sitt felt, og hvordan dette påvirker hvilken praksis som utøves på feltet. Det er ikke nødvendigvis et krav å se disse utviklingene i et langt tidsperspektiv. Metodologien kan også være et egnet redskap for å skape mening i en motsetningsfylt og kaotisk debatt på et bestemt tidspunkt (Andersen Nexø & Koch, 2011).

Innen diskursive analyseformer ses makt på som noe relasjonelt, fremfor noe en kan ha eller eie. Makt utspiller seg i relasjoner mellom mennesker, og betraktes derfor som en del av den menneskelige praksis. Makt utfolder seg når bestemte begreper og strategier blir dominerende for måten et fenomen oppfattes på, noe som videre påvirker hvordan det håndteres. Som en konsekvens kan dette påvirke eksempelvis politikken som utøves på et bestemt felt. En snakker ikke om makt som undertrykkelse og/eller tvang, men som et produktivt element. All vitenskap, sannhet og selvfølgelighet betraktes derfor som produkter av herskende maktrelasjoner på et gitt tidspunkt, og den diskursive analysen kan være et redskap for å skape større innsikt i hvordan virkeligheten formes på bestemte måter (Andersen Nexø & Koch, 2011).

Diskurser både muliggjør og begrenser kunnskapsproduksjon fordi de tillater bestemte måter å tenke og prate om virkeligheten på, samt ekskluderer andre. Slik bestemmer diskursene

hvem som kan snakke, når og med hvilken autoritet. Diskurser kan også fungere slik at de marginaliserer eller ekskluderer noen. Foucault mente at diskurser er makt som må gripes fatt i. Han hevder at makt kan ses på som mer enn å være undertrykkende, og han karakteriserer makt som et produktivt konsept (Cheek, 2004).

I denne studien er det av interesse å se på hvilke «kamper» som eksisterer i forhold til å kjempe om hvilke konstruksjoner av folkehelsearbeidet og FLS som skal gjelde som de «sanne». Motstridende diskurser kan oppfatte og omtale et fenomen på helt forskjellige måter, noe som i denne forbindelse kan føre til ulik praksis på folkehelsefeltet og FLS.

2.2 Teoretisk forståelsesramme

Den teoretiske forståelsesrammen vil omfatte et historisk tilbakeblikk hvor det skal ses nærmere på utviklingen innen folkehelsefeltet de siste 200 årene. Deretter vil nyere trender og sentrale teoretiske debatter som står i fokus nå, trekkes frem. Historikken bak utviklingen av FLS som et konkret tiltak på folkehelsefeltet vil så klarlegges, før kapittelet avsluttes med å belyse aktuell forskning og studier på området.

2.2.1 Historisk tilbakeblikk og utvikling på folkehelsefeltet

I år 2009 hadde den statlige helseforvaltningen i Norge 200-års jubileum, og i den forbindelse tok Elvbakken (2009) et historisk tilbakeblikk på utviklingen av helsearbeidet i landet vårt. Hun påpeker at hygienetiltak og forebyggende helsearbeid alltid har vært blant helsevesenets oppgaver, men at arbeidet har endret seg betydelig gjennom de siste 200 årene. Nye utfordringer har dukket opp, men vi har også fått utvidede muligheter til å hindre sykdom og uhelse gjennom medisinsk og kunnskapsmessig utvikling. Samfunnsendringer som utviklingen av demokratiet har også hatt påvirkning, samt at det har skjedd endringer i forholdet mellom staten og den enkelte (Elvbakken, 2009). Fra å ha fokusert på strukturelle forhold som inneklime, matsikkerhet og rent vann, samt oppdragelse av allmuen på slutten av 1800-tallet, ble det satt inn innsats for å bygge velferdsordninger og universelle tiltak på 1930-tallet. I de nordiske landene ble det også sentralt å fremme gode helsevaner på denne tiden. Tiårene i etterkrigstiden var preget av kurativ innsats, mens forebygging igjen kom på dagsordenen fra 1970-tallet (Elvbakken, 2009; Elvbakken & Stenvoll, 2008b).

Mønstre for produksjon og inntak av mat, samt for fysisk aktivitet og kroppssammensetning har endret seg drastisk gjennom tidene (WCRF/AICR, 2007). På 90-tallet skjedde det betydelige endringer i kosthold og livsstil over hele verden, med en trend mot uhensiktsmessige kostholds-valg, redusert fysisk aktivitet, samt økt tobakksbruk. Dette som et

resultat av blant annet industrialisering, urbanisering, økonomisk utvikling og globalisering. Kostholds- og livsstilsendringene har hatt betydelige konsekvenser for helse- og ernæringstilstanden til verdens befolkning, og knyttes i større og større grad til den stadig økende forekomsten av såkalte kroniske, ikke-smittsomme sykdommer, som nå fremstår som en global utfordring. Disse sykdommene betegnes også med begrepet «livsstilssykdommer». I 2020 antas det at denne formen for sykdom står for 57 % av den globale sykdomsbyrden, samt tre-fjerdedeler av verdens dødsfall (WHO/FAO, 2003).

Det foreligger etter hvert en solid forsknings- og kunnskapsbase som kan bidra i kampen mot bekjempelsen av disse, og intervensjonsstudier som har resultert i redusert risiko er gjennomført. «Bevisene» peker i større og større grad mot at både kosthold og fysisk aktivitet kan være bestemmende og viktige faktorer når det kommer til forebygging og kontroll av de kroniske, ikke-smittsomme sykdommene. Det kreves innsats for å møte utfordringene både globalt, regionalt og nasjonalt, og det finnes muligheter i ulike tiltak. WHO/FAO (2003) påpeker viktigheten av styrket samhandling og inngåelse av partnerskap. Videre anbefales både regulatoriske, lovgivende og økonomiske virkemidler, samt strengere mekanismer rundt ansvarlighet. WHO og FAO avslutter sin rapport med å hevde at epidemien av «livsstilssykdommer» kan stoppes, men at kravet for handling må komme fra dem som selv er rammet; «løsningen ligger i våre hender» (WHO/FAO, 2003, s. 144).

Bugge & Lillebø (2009) påpeker et skifte innen helseretorikken fra å ha hatt et fokus på velferdsstatens myndighet som folkeopplyser og tilrettelegger for at befolkningen skal ha det bra, til en trend mot i større grad å ansvarliggjøre enkeltpersoner gjennom å hentyde til selvkontroll og disiplin. Som et eksempel domineres dårlige matvaner og overvekt av individualistiske forklaringer. Det å ha en sunn og slank kropp karakteriseres som et ideal, og noe en både bør ha, samt at det i tillegg innebærer en form for «plikt» en har som samfunnsborger. Innenfor en slik individualistisk og liberalistisk tankegang hvor individer påpekes å ha frie valg blir skjønnhet ansett som en ervervet sosial status til forskjell fra å ses på som noe medfødt eller tilskrevet. Skjønnhet blir gjennom dette oppnåelig for alle som klarer å endre seg innenfor de rådende skjønnhetskodene. Foucault hevder dermed at rådene til forandring kun kan benyttes av personer i de øvre sosiale lagene, noe som kan medføre sosial ulikhet (Bugge & Lillebø, 2009).

2.2.2 Nyere trender

I det forrige avsnittet ble det sett på diverse aspekter ved den historiske utviklingen på folkehelsefeltet. Videre vil nyere trender og/eller debatter trekkes frem. Begrepsbruk, elementer ved ansvar og frihet og styring skal ses nærmere på, samt at blikket skal rettes over landegrensene, særlig til nabolandene, for å se etter sammenligningsgrunnlag der.

Begreper

Ser en på den historiske utviklingen på folkehelsefeltet, samt hvordan utfordringsbildet og sentrale elementer innen folkehelsearbeidet presenteres, finnes det flerfoldige definisjoner og forståelser av de essensielle begrepene. Beskrivelsene av helsebegrepet og folkehelsebegreper som folkehelse, folkehelsearbeid, forebyggende og helsefremmende arbeid, får med bakgrunn i de vitenskapsteoretiske antakelsene som er beskrevet i kapittel 2.1, ulike implikasjoner for politikken og innsatsen på folkehelsefeltet. De forskjellige aspektene av helseforståelsen omtales i denne oppgaven som «helsebilder». Dette er med på å støtte opp om at begrepet er sosialt og politisk konstruert, og i stadig endring, noe som igjen påvirker at også fagfeltet forandres parallelt med dette. Etersom en vesentlig del av det empiriske arbeidet i dette masterprosjektet består i å belyse ulike diskurser innen folkehelsepolitikken, samt gjennom dette gi et større innblikk i begrepsbruken og «helsebildene» som kommer frem, vil det derfor være irrelevant å trekke frem enkelte definisjoner fremfor andre i forkant av analysen.

Ansvar – frihet og styring

Trenden opp mot dagens situasjon er at den norske forebyggingspolitikken er blitt mer og mer individrettet. Oppmerksomhet omkring levekår og helsemessig relevante strukturelle forhold blir nå gradvis erstattet med økt oppmerksomhet rundt det enkelte individs kropp og livsstil (Elvbakken, 2009; Elvbakken & Stenvoll, 2008b). Samtidig trekker Stamsø & Hjelmtveit (2005) frem universalisme som et sentralt prinsipp i velferdsstaten, noe som innebærer en trend mot at målgruppene utvides slik at befolkningen som helhet inkluderes.

Asdal & Jacobsen (2009) påpeker en trend hvor det hevdes at markedet og økonomiske aktører «utkonkurrerer» politiske institusjoner. Dette støttes også opp av Hjelmtveit (2005) og Stamsø og Hjelmtveit (2005), og folket blir på bakgrunn av det, omtalt av dem med begrepene «forbrukere» og/eller «kunder». Fra å ha oppmerksomhet rundt kollektive behov, rettes interessen mot den enkeltes behov, og hver enkelt forbruker/kunde får en sentral rolle gjennom at individuelle rettigheter står i fokus. Valg får betydning, makt tilskrives og ansvar pålegges. Ansvarsrollene blir krevende å oppfylle grunnet motstridende krav og

forventninger, og en blir også tillagt et ansvar som går ut over det å ta ansvar for seg selv (Asdal & Jacobsen, 2009; Hjelmtveit, 2005).

Frihet og valgfrihet er begreper som omtales av Dulsrud & Jacobsen (2009). De hevder at vi som forbrukere er frie, men samtidig styrbare og at valgfriheten vi «tillegges» også innebærer en tvang til både å velge, samt å velge bort. Det å være refleksive, i den mening at en i tillegg må begrunne de valgene en tar, påpekes også. Dette foreslås videre å kunne anses som tvang til å ta ansvar. Begrepene «hard» og «myk paternalisme» trekkes også frem som to ulike retninger innen politisk filosofi. Den «harde paternalismen» innebærer påbud og/eller forbud, mens den «myke» i større grad innebærer at en vrir valgalternativene litt i retning av de løsningene som ses på som «gode», uten at dette skal begrense eller innsnevre den enkelte forbrukers valgfrihet (Dulsrud & Jacobsen, 2009). Rose (1999) påpeker at liberale demokratiske styreformer setter grenser for direkte virkemidler basert på tvang, som eksempelvis inngripen i folks individuelle liv, i kraft av staten. Det å «styre» subjekter, innebærer derfor at myndighetene spiller på individers valg, ønsker, verdier og oppførsel på en indirekte måte (Rose, 1999).

Hjelmtveit (2005) påpeker en utvikling bort fra den paternalistiske tankegangen de siste 20 årene og at større vekt legges på befolkningens autonomi og valgfrihet. At autonomi og selvrealisering er verdier som står sterkt i vestlige samfunn, støttes også opp av Nikolas Rose (1999). Han mener at disse verdiene er med på å skape vår egen oppfattelse av hva det vil si å være menneske, samt hva det vil si å leve et liv i frihet. Vi forpliktes til å være frie. Videre tar han opp at kunnskap om bestemte populasjoner og dokumentasjon kreves for at vi som mennesker skal kunne «styres» (Rose, 1999). Det eksisterende behovet for å kunne vise til målbare resultater og effekter av intervensjoner vanskeliggjør prioriteringen av forebyggende og helsefremmende arbeid når det sammenlignes med de biomedisinske bevisene som i hvert fall bekrefter at behandling fungerer (Hauge, 2003; Mæland, 2005b). Dette kan være en av forklaringsfaktorene bak hvorfor behandlende innsats fremdeles får høy prioritet.

Empowerment trekkes frem som et viktig prinsipp innen de siste ti årenes forebyggende og helsefremmende arbeid (Mæland, 2005a; Stang, 2003), og kan defineres som «en prosess hvor mennesker oppnår større kontroll over egne beslutninger og handlinger som har betydning for deres helse» (Nutbeam, 1998, s. 354). Vallgård (2001) nevner dette som en styringsteknikk som ofte blir foreslått innen folkehelsepolitikken. Videre poengterer hun at det bak dette

prinsippet ligger en forutsetning om at hvis mennesker blir «empowered», vil de komme til å handle akkurat slik de sentrale myndighetene ønsker.

Motiverende samtale (MI) er en samtaleform som er beslektet med empowerment og som kan tilføres som et eksempel på myndighetenes forsøk på å styre gjennom å forme enkeltindivider. Det å øke handlingskompetanse hos den enkelte gjøres med den hensikt at det regnes med at dette vil medføre bestemte valg, i denne sammenhengen ansvarlige valg som videre innebærer sunne valg (Stenvoll & Elvbakken, 2008). Det å få et større individuelt ansvar skal styrkes, men det omfatter også en form for «styring» som gjør at valgene som tas, likevel ikke kan karakteriseres å være «frie». «Friheten» det innebærer å foreta valg, fører også med seg en forpliktelse om at en ser seg selv og sitt eget liv ut i fra disse valgene, og retten til å velge kan derfor bli omformet til en plikt eller tvang til å velge (Dulsrud & Jacobsen, 2009; Stenvoll & Elvbakken, 2008).

De nevnte perspektivene viser en spenning mellom et ønske om å styre befolkningen og de normative idealene om frivillighet og autonomi. Et mulig paradoks trekkes frem av Stenvoll & Elvbakken (2008) hvor det påpekes at myndighetene ønsker å styre mer, samtidig som de vil gi individer større frihet.

Et innblikk i og sammenligningsgrunnlag ut over landegrensene

Vallgårdas sammenligner i sin studie fra 2001 strategiene som benyttes for å forbedre helsetilstanden i England, Danmark, Norge og Sverige. Danmark påpekes å ha et tydelig fokus på at individer bør endre atferd gjennom å lytte til og bli rettleidet av helsepersonell (Vallgårdas, 2001). Sverige vektlegger levkår og omkringliggende faktorer og har mindre oppmerksomhet rettet mot enkeltindivider. I England kombineres disse perspektivene, og det skrives «kontrakt» mellom myndigheter og enkeltindivider. Her vektlegges et tiltak som kalles «Healthy Living Centres» (HLC) som gjennom omtalen kan synes å være noe lignende den norske FLS.

Strategiene i Norge poengteres at har basis i empowerments-prinsippet om at folk vil opptre sunnere og ta flere helsemessige gode valg om de får tildelt mer makt (Vallgårdas, 2001). Av fellestrekk hevder Vallgårdas videre at de nordiske landene, til forskjell fra England, har en mer positiv holdning ovenfor statens rolle, noe som kan karakteriseres som et mer sosialdemokratisk enn et liberalistisk syn. At de nordiske landene bruker begrepet «folkehelse» eller snakker om «folkets helse» i tilknytning til det som på engelsk kalles

«Public Health», kan også være av betydning. Det tyder på at det i liten grad skilles mellom staten, samfunnet og folket og retorikken kan derfor ikke sies å være motsetningsfylt (2001).

Stenvoll & Elvbakken (2008) sammenligner helsepolitikken i våre to naboland Danmark og Sverige, og påpeker mange av de samme elementene som Vallgård. De trekker frem at politikken stadig har rettet seg mot flere sider av folks liv enn tidligere, noe de hevder henger sammen med en dreining fra et fokus på å hindre sykdom til i større grad å inkludere prinsippet om å fremme helse. Videre får begrepet «sunnhet» oppmerksomhet i forhold til at dette begrepet, i betydning av «det gode liv», alltid kan bli bedre. At det kunne ses en generell forbedring av folkehelsen parallelt med en intensivering i forebyggingspolitikken vektlegges som et interessant prinsipp (Stenvoll & Elvbakken, 2008).

Vallgård (2001) trekker frem et siste viktig element i forhold til hva som ligger bak styringsmaktens ønske om å forbedre helsetilstanden i befolkningen. Ansvar for folkets velferd nevnes på den ene siden og samfunnsøkonomi på den andre siden. Selv om begge sidene presiseres, hevdes det at de økonomiske fordelene for samfunnet anses som irrelevant, grunnet synet på å opprettholde det gode liv så lenge som mulig blir sett på som et mål i seg selv. Her påpeker Vallgård at det eksisterer en konflikt mellom en økonomisk og en etisk eller idealistisk diskurs hvor det står mellom hva som er ønskelig for staten, versus et mål om å skape gode liv for individene (Vallgård, 2001). «Mer helse for hver krone» poengteres av Stamsø & Hjelmtveit (2005) som argument for at økonomi får betydelig fokus.

2.2.3 Historisk utvikling av FLS som tiltak

Etter først å ha sett på folkehelsearbeidet i sin helhet, hvordan dette feltet historisk har utviklet seg, samt trukket frem nyere trender og debatter, skal oppmerksomheten nå rettes mot FLS som er ett av mange tiltak på folkehelsefeltet. På bakgrunn av at FLS fremstår som hovedfokus, og at tiltaket vil belyses nærmere i kapittel 4.7, samt plasseres innenfor de rådende diskursene på folkehelsefeltet i kapittel 4.9, vil det i det følgende bare gis et kort innblikk til historikken bak FLS. Hovedbestanddelen av offentlige dokumenter som omtaler FLS er inkludert i utvalget og utgjør derfor en del av studiens datamateriale. Dette utfordrer å kunne beskrive FLS uten å gå inn i det empiriske materialet.

I St.meld. nr. 16 (2002-2003) (2003) ble «grønn resept» foreslått som et folkehelseiltak hvor leger fikk et tydeligere uttalt ansvar for å ta opp livsstilsrelaterte tema med utvalgte målgrupper. I utvidelsen av dette ble det opprettet flere lignende tilbud med lokal forankring. Disse hadde ulike navn som eksempelvis; «aktivitet på resept», «trim på resept» og

«opplandsresepten» (Båtevik, Tønnesen, Barstad, Bergem & Aarflot, 2008). I senere tid har det gjennom evalueringer blitt tydeliggjort at «grønn resept» – ordningen krevde et større system av oppfølging for den enkelte (Båtevik et al., 2008; Kallings, 2010; Kristiansen & Wisløff, 2003).

På bakgrunn av dette, og med et mål for større individuell oppfølging, ble derfor ulike tiltak og modeller som «fysiotekmodellen», «frisklivsmodellen» og «kompetansemodellen» innført og testet ut (Engedal, Lærum, Bjørnsgaard, Frøystein & Forsberg, 2008; Lerdal & Celius, 2011). Lignende tiltak og modeller finnes også i våre nordiske naboland (Kallings, 2010). Den første FLS i Norge ble kom i gang med drift i 1996. Selv om det foreløpig ikke er lovmessig vedtatt og påbudt for kommuner å opprette en FLS, går Hdir nå ut og anbefaler opprettelse i alle kommuner, alternativt gjennom interkommunale samarbeid (IKS) (Helsedirektoratet, 2011).

I St.prop 1S (2010-2011) (2010) vektlegges det at det bør tilrettelegges for samarbeid mellom FLS-tilbudet og NAV, spesialisthelsetjeneste, attføring, frivillige organisasjoner og andre lokale lavterskeltilbud. Dette støttes også opp av Kallings (2010). I proposisjonen foreslås en videreutvikling av tiltaket i 2011, som skal knyttes opp mot «grønn resept» – ordningen, samt inngå i styrkingen av kommunale forebyggende helsetjenester som et ledd i samhandlingsreformen (Prop. 1 S (2010-2011), 2010). Tiltaket vil beskrives mer inngående i studiens hovedfunnkapittel.

2.2.4 Aktuell forskning og studier på området

I tilknytning til FLS er evalueringer av «grønn resept» – ordningen eksempelvis gjort av Kristiansen & Wisløff (2003) og Bringedal & Aasland (2006). Det er også gjennomført flere studier og blitt publisert flere vitenskapelige artikler og rapporter på de nordiske modellene for «fysisk aktivitet på resept» (Blom, 2008; Båtevik et al., 2008; Engedal et al., 2008; Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, 2010; Helgerud & Eithun, 2010; Kallings, 2010; Oldervoll & Lillefjell, 2011; Sørensen, Skovgaard & Puggaard, 2006). Båtevik et al. (2008) og Kallings (2010) bidrag er de mest omfattende. De inkluderer helhetlige beskrivelser av tiltaket, og presenterer også hvilket tilbud som eksisterer eller anbefales at kan tilbys ved en FLS. Kari Hege Mortensen som arbeider i Nordland fylkeskommune har påbegynt en kvantitativ studie som skal evaluere «Bra-mat» – tilbudet som tilbys ved mange FLS⁴. Denne er foreløpig ikke ferdigstilt. Det ser ut til å mangle kvalitative studier på FLS-feltet, og studier

⁴ Kari Hege Mortensen, Nordland fylkeskommune, personlig kommunikasjon, 13. april, 2011.

med sosialkonstruktivistisk og diskursanalytisk tilnærming er ikke funnet. Slik sett blir dette et nytt bidrag til fagområdet.

3. Metode og utvalg

Etter at det vitenskapsteoretiske ståstedet og studiens teoretiske forståelsesramme ble presentert i det foregående, vil nå den metodiske prosessen og masterprosjektets utvalg belyses nærmere. Kapittelet starter med en utredning omkring valget om å bruke diskursanalyse som metodologi. Dette vil i tillegg innebære en utdypning av ulike tilnærminger til diskursanalyse, samt en presisering av hvilken tilnærming som er tatt utgangspunkt i, innen denne studien. Etter dette vil det gjøres betraktninger omkring forskerrollen, forforståelse og etikk, før utvalget og rekrutteringsprosessen vil beskrives. Bruken av kvalitativt forskningsintervju som metode for innhenting av deler av det empiriske datamaterialet trekkes deretter frem. Prosessen illustreres helt fra forberedelsene og forventningene i forkant, til utarbeidelse av intervjuguide og selve gjennomføringen av forskningsintervjuene. Kapittelet avsluttes med å forklare hvordan det empiriske datamaterialet er bearbeidet. Transkriberingen av dybdeintervjuene presiseres kort, før analyseprosessen tydeliggjøres.

3.1 Metodevalg

Det å gjøre et klokt metodevalg kan bidra til å lede forskningsprosjektet mot de tiltenkte målene, samtidig som det hjelper til med å forsikre om at resultatene er nyttige og blir godt mottatt (Starks & Brown Trinidad, 2007). Dette kapittelet vil begrunne og drøfte valget om å benytte en kvalitativ tilnærming, som inkluderer diskursanalytisk metodologi, for å belyse problemstillingen i denne masteroppgaven.

3.1.1 Kvalitativ vs. kvantitativ tilnærming

Søker man å gå i dybden på sosiale fenomener og se dem med nye blikk, samt at en ønsker å utforske mening og prosesser som ikke kan måles i kvantitet eller frekvenser, vil kvalitativ metode være en passende tilnærming (Malterud, 2003; Starks & Brown Trinidad, 2007; Thagaard, 2009). Betydning, egenskaper og/eller karaktertrekk ved de sosiale fenomenene som studeres vil da stå i fokus, det eksisterer nærhet til informanter og tekster, og et viktig mål er forståelse (Thagaard, 2009). Det er foreløpig gjennomført lite forskningsbaserte studier på temaområdet i denne oppgaven, og kunnskapsgrunnet er forholdsvis tynt. Når problemstillingen samtidig åpner for et mangfold av mulige svar, støtter Malterud (2003) opp om at en tilnærming med kvalitativ metode er naturlig og riktig å velge. Det hadde vært et alternativ å gjøre en studie av folkehelsefeltet og FLS-tiltaket med en kvantitativ tilnærming, men en slik tilnærming hadde gjort krav på et større utvalg og avstand til informanter og

tekster (Thagaard, 2009). Problemstillingen som denne oppgaven forsøker å belyse er heller ingen hypotese som skal testes gjennom statistiske beregninger, hvor svaret oppgis i tall og signifikans, noe som kjennetegner kvantitativ metode (Malterud, 2003). Det ville vært upassende å velge en kvantitativ metodisk tilnærming hvor en kartlegger og søker etter å si noe om hvordan ting «er», når målet med denne studien nettopp er å finne nye måter å betrakte folkehelsefeltet og det konkrete fenomenet FLS på. Det sammenfaller heller ikke med studiens ontologiske og epistemologiske antakelser.

Resultater fra en studie hvor kvalitative tilnærminger benyttes, kan ikke generaliseres til en større populasjon som ved kvantitativ metode. Likevel vil de kunne gi viktige innsyn i og kjennskap til det bestemte sosiale fenomenet som utforskes. Resultatet kan eksempelvis føre til dannelsen av nye hypoteser, som ved en senere anledning kan testes ved hjelp av kvantitativ metodologi (Malterud, 2003).

Et kvalitativt metodisk opplegg innebærer i stor grad fleksibilitet, og kan derfor endres underveis i prosessen. Det er også vanlig at arbeidet med de ulike delene av forskningsprosessen skjer parallelt, noe som fører til at de ulike delene påvirker hverandre. Analyser og tolkning gjennomsyrrer ofte hele arbeidet, noe som er gunstig med tanke på at forskeren dermed kan reflektere over datamaterialets betydning, og videre kan utvikle ulike perspektiver for dataforståelse (Thagaard, 2009).

3.1.2 Diskursanalytisk tilnærming

Diskursanalyse er et bredt, tverrvitenskapelig felt hvor det handler om å identifisere mønstre i struktureringen av språket vårt som preger våre utsagn. Fokuset retter seg mot de underliggende reglene for hvordan personer innenfor en bestemt kultur snakker om spesifikke temaer (Thagaard, 2009). Gjennom diskursanalysen letes det etter mønstre i måten å snakke på, og den sosiale praksisen det er å snakke undersøkes gjennom å analysere utsagn om virkeligheten (Andersen Nexø & Koch, 2011). Diskursanalysen kan forankres i sosialkonstruktivistiske perspektiver, noe den gjør i denne studien. Virkeligheten kan da kun forstås gjennom de kategoriene vi gir uttrykk for, altså slik vi prater om virkeligheten, og fenomener (som eksempelvis FLS) får kun mening hvis en ser dem i lys av diskursene de omgis av (Thagaard, 2009; Wetherell et al., 2001). Et sentralt teoretisk perspektiv innen diskursanalytiske tilnærminger er at kunnskap og mening blir sett på som produkter av en interaksjon mellom flere ulike diskurser. Målet med metodologien er å skape en forståelse for hvordan mennesker bruker språket til å skape og «bestemme» identitet og praksis. Det er

vanlig i utformingen av problemstilling og forskningsspørsmål at det fokuseres på å utforske diskursene på et bestemt felt, samtidig som dette igjen relateres opp til praksis og hvordan en handler på dette feltet (Starks & Brown Trinidad, 2007).

Diskurser er med på å utgjøre betingelsene for at noe på et gitt tidspunkt og innenfor et bestemt felt kan eksistere som sanne eller meningsfulle utsagn. Bryter man med mønstrene som preger bestemte felt, eksempelvis folkehelsefeltet og FLS, er det sannsynlig at ytringene ikke vil anerkjennes som meningsfulle utsagn. Disse mønstrene finnes likevel ikke bare «der ute», én gang for alle. De kan i større grad sammenlignes med tradisjoner som etableres, videreføres og forandres gjennom, og i, selve det «å gjøre». Mønstrene eksisterer derfor kun i kraft av at mønstrene gjentas og følges igjen og igjen. Diskursene er gjennom dette foranderlige, og om flere benytter diskursanalyse innen vitenskapstradisjonene, kan det derfor være med på å bidra til diskursive forandringer (Andersen Nexø & Koch, 2011). Det står sentralt innen denne metodologien å anerkjenne at andre diskurser og/eller epistemologi vil dukke opp på et senere historisk tidspunkt. Dette vil supplere de eksisterende, samt åpne opp for nye diskursive formasjoner. Videre kan det føre til skapelsen av nye konsepter (for eksempel omkring helse og folkehelsearbeid) og nye diskurser med makt og autoritet som vil godtas som «sannheter», noe som vil regulere og påvirke sosial praksis på enda nye måter (Wetherell et al., 2001).

En utfordring med å benytte diskursanalyse, er å takle kompleksiteten denne metodologien innebærer. Prinsippet om tredimensjonalitet står sentralt, og omhandler at en må lage referanser til bredere diskurser, samt anerkjenne plasseringen av individuelle tekster innen større samlinger av tekster. Metodologien omfatter «learning by doing», at en lærer mens en gjør. Alle faser av arbeidet er en læringsprosess. Diskursanalyse krever mye tid og arbeidsinnsats. Til tross for disse utfordringene veier fordelene tyngre enn ulempene for likevel å benytte denne metodologien (Phillips & Hardy, 2002).

Ulike tilnærminger

Cheek (2004) påpeker at det er avgjørende å forklare den teoretiske forståelsen av diskursbegrepet, samt å tydeliggjøre hvilket teoretisk fundament og hvilken tilnærming til diskursanalyse som er valgt, når en baserer seg på en diskursanalytisk tilnærming. Dette fordi det finnes et mangfold av ulike tilnærminger som kan føre en studie i forskjellige retninger. Forskjellige dimensjoner og perspektiver innen den diskursanalytiske metodologien vil derfor

trekkes frem i det følgende, og den utvalgte tilnærmingen som omfatter dette masterprosjektet vil deretter tydeliggjøres.

Lupton (1992) trekker frem to hoveddimensjoner innen diskursanalytisk metodologi; den tekstlige og den kontekstuelle. Innen den tekstlige dimensjonen er den tekstlige strukturen i diskursene i fokus, mens en større interesse rettes mot de ulike elementene og påvirkningskreftene i prosessene rundt diskursene som en helhet innen den kontekstuelle dimensjonen. Budskapet i seg selv får her mindre oppmerksomhet (Lupton, 1992). Phillips & Hardy (2002) presenterer fire hovedperspektiver, og på den ene siden inkluderes også her dimensjonene tekst og kontekst, satt opp i et kontinuum. En kan altså ha en større eller mindre grad av fokus mot tekst eller kontekst, men en må alltid til en viss grad forholde seg til begge dimensjonene. Det vektlegges at konteksten som omgir tekstene som studeres alltid er relevant, og av betydning for å kunne si noe om instansene hvor diskursene oppstår, samt samfunnsmessige påvirkningskrefter. På den andre siden trekker de også frem et kontinuum mellom en konstruktivistisk og en kritisk tilnærming. Her innebærer den konstruktivistiske tilnærmingen at en utforsker hvordan en bestemt sosial virkelighet har blitt konstruert, mens den kritiske fokuserer mer eksplisitt på maktdynamikk, kunnskap og ideologi som omgir de diskursive prosessene (Phillips & Hardy, 2002).

I forhold til teoretisk perspektiv og rammeverk for hvilken diskursanalytisk tilnærming som skulle benyttes i denne studien, vurderte jeg de to retningene Phillips & Hardy (2002) omtaler som «tolkende strukturalisme» eller «kritisk diskursanalyse» (egen oversettelse). På bakgrunn av problemstilling og forskningsspørsmål ble den «tolkende strukturalismen» ansett som mest passende, ettersom fokuset der rettes mot å analysere en sosial kontekst og diskursene som støtter opp om denne. Den sosiale konteksten som er under utforskning, vil da være FLS. Interessen i en slik analyse rettes mot en bredere kontekst, som i dette tilfellet folkehelsepolitikken, og hvordan denne har utviklet seg over tid. Målet med å benytte tilnærmingen «tolkende strukturalisme» er å forstå konteksten og studere et empirisk datamateriale som gir innblikk i «det store bildet», i stedet for å ha fokus på mikroanalyser av individuelle tekster. Studiene kan ha et historisk perspektiv, hvor målet er å finne opprinnelsen til diskursene, samt hvordan disse har endret seg i løpet av en tidsperiode. Tilnærmingen kan på bakgrunn av dette være til hjelp for å forstå makroendringer i brede diskurser over en bestemt tidsperiode (Phillips & Hardy, 2002), noe som i stor grad sammenfaller formålet og det jeg ønsker å få belyst gjennom dette masterprosjektet.

3.2 Forskerrollen, forforståelse og etiske aspekter

I det foregående ble de metodiske valgene i denne studien omtalt og tydeliggjort. Videre vil elementer rundt min egen rolle som forsker, forforståelse og etiske perspektiver trekkes frem.

Det er avgjørende å tydeliggjøre forskerens forforståelse og teoretiske ståsted ettersom dette påvirker og gir retning til hele prosessen fra begynnelse til slutt (Lupton, 1992; Malterud, 2003; Phillips & Hardy, 2002; Starks & Brown Trinidad, 2007; Thagaard, 2009). Det er i tillegg av betydning å forklare, begrunne og tydeliggjøre de valgene man har tatt ettersom en diskursanalytisk studie i sin helhet er et produkt av forskerens egne tolkninger. Disse må derfor redegjøres for.

Det at forskeren er bevisst sin egen rolle og hvordan den påvirker alle trinn i forskningsprosessen, kalles av Christensen, Nielsen & Schmidt (2011) for refleksivitet. Det handler om å identifisere egen forforståelse, både faglig og personlig. For å øke denne refleksiviteten kan det være aktuelt å etablere ulike strategier for å distansere seg fra studien, eksempelvis gjennom å drøfte både transkripsjoner eller mulige fortolkninger med andre, samt å gjøre forsøk på å se seg selv utenfra i en form for metaposisjon (Christensen et al., 2011; Malterud, 2003).

Diskursanalytiske tilnæringer bidrar til økt refleksivitet over egen forskningspraksis gjennom å rette oppmerksomheten mot den tolkende, politiske og retoriske naturen av empirisk forskning. Analysene kan i seg selv betraktes som et iboende akademisk prosjekt når denne metodologien benyttes. Dette grunnet at diskursanalysen gjennom refleksivitet har som mål å påminne leseren at ved å bruke språk, produsere tekster og trekke på bestemte diskurser, vil både forskeren og forskningsmiljøet i seg selv være en del av de konstruktive effektene av diskursene (Phillips & Hardy, 2002). Tydeliggjøres disse overnevnte elementene, kan det bidra til å forenkle lesernes mulighet til å vurdere resultatene ut i fra en dypere forståelse for forskerens perspektiver og tankegang (Starks & Brown Trinidad, 2007).

Jeg er klar over at jeg, gjennom å velge den tilnærmingen jeg har gjort, bevisst har ekskludert andre tilnæringer. Det er i tillegg bevissthet og forståelse rundt at dette masterprosjektet også kan betraktes som en form for konstruert beskrivelse, og at jeg selv er med på å konstruere en bestemt beretning om det sosiale livet på bakgrunn av det jeg har studert og egne fortolkninger (Lupton, 1992; Starks & Brown Trinidad, 2007; Thagaard, 2009). Det er meg selv som subjektivt har dømt hva jeg anser som mest interessant å undersøke i denne studien, og videre hvilken tilnærming som vil være mest relevant å benytte i tilknytning til

dette. Valget mitt reflekterer mitt eget arbeid, min teoretiske tilhørighet, egen interesse og faglige styrke. Andre forskere vil helt sikkert vurdere den samme prosessen annerledes, og jeg er bevisst på og ydmyk i forhold til at det finnes mange ulike meninger og måter å lese det empiriske datamaterialet på.

Den utvalgte tilnærmingen til diskursanalyse er én av flere mulige tilnærminger som jeg har valgt ut prinsipper fra, som kan underbygge den formen for diskursanalyse som jeg benytter meg av i dette masterprosjektet. Det finnes ingen rigide regler for diskursive analyser, og det vil på bakgrunn av dette være avgjørende å redegjøre tydelig for analyseprosessen. Jeg tar et personlig og fullstendig ansvar for min egen rolle i det å ha produsert og påvirket denne forskningsoppgaven fra begynnelse til slutt. Jeg er også klar over at jeg gjennom mine valg, begrunnelser, beskrivelser og språkliggjøring av hele denne prosessen vil bidra til nok en sosial konstruksjon av «kunnskap».

3.2.1 Forforståelse

Gjennom å ha fullført en bachelorgrad i folkehelsearbeid, samt det første året av master i mat, ernæring og helse, hadde jeg tilegnet meg en del kunnskap om perspektiver og innsats på folkehelsefeltet med en fordypning i ernæringsrelaterte emner. Jeg hatt en sterk interesse for endringsprosesser og hva som motiverer til, og muliggjør, slike prosesser. Interessefeltet har hatt aktualitet for meg, grunnet egen erfaring med overvekt og utfordringer tilknyttet dette. I tillegg til dette litt smale fokuset på individuelle perspektiver og prosesser, har jeg også fattet stor interesse for folkehelsearbeid, strukturer og mer omkringliggende faktorer som preger innsatsen på dette feltet. Emner som har bidratt til forståelse og innsikt i dette, er blant annet «folkehelsearbeid – begrepsavklaring og ideologi» og «folkehelse i et samfunnsperspektiv» som jeg gjennomførte i bachelorgraden, samt «overvekt og de store folkesykdommene – forebygging og helsefremming» på masternivå. Jeg fant emnet «folkehelseforvaltning og -politikk», som jeg fullførte siste året på bachelornivå, særlig aktuelt. Her ble jeg kjent med, og fikk innsikt i, forvaltningsstrukturer og politiske aspekter ved fagfeltet.

I gjennomføringen av det første halvåret av mastergraden hadde jeg en bratt læringskurve i tilknytning til det å få større forståelse for betydningen av kritisk refleksjon. Jeg innså at jeg i tidligere studiesituasjoner i for stor grad hadde trodd «blindt» på litteraturen jeg ble presentert for, uten å ha reflektert kritisk rundt denne.

Samlet sett har alle disse nevnte faktorene bidratt til at jeg foretok nettopp det valget jeg gjorde med å utforme akkurat denne masteroppgaven. Med et utvidet blikk på hva som

karakteriseres, antas og aksepteres som «sannheter», ønsket jeg å tilføre noe nytt både ovenfor meg selv og fagfeltet, og den diskursanalytiske «linsen» ble derfor ansett som passende for å oppnå dette.

På forhånd hadde jeg altså innsikt i sentrale sider ved folkehelsearbeidet og folkehelsepolitikken, men ble først presentert for både diskursanalyse som metodologi, samt FLS som konkret tiltak på feltet våren 2011. I arbeidet med å utarbeide prosjektbeskrivelsen prioriterte jeg derfor samtidig å lese en del relevant litteratur. Dette for å inneha noe kjennskap til både metodologien og FLS før studiens oppstart. Tips og ideer fra nøkkelinformanter og veileder var også betydningsfulle i denne prosessen.

Flere elementer ved egen forforståelse vil diskuteres videre i diskusjonskapittelet.

3.2.2 Ethiske aspekter

Det ble ikke søkt etter personsensitiv informasjon i denne studien, ettersom det ikke var av relevans. Likevel ble det sendt søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) da en del av datainnsamlingen skulle innebære gjennomføring av dybdeintervjuer. NSD som instans vurderer om prosjekter befinner seg innenfor forskningsetiske regler (Thagaard, 2009), og godkjennelsen var mottatt før intervjuprosessen ble igangsatt (vedlegg 1).

Prinsippene for konfidensialitet innebærer anonymisering av informantene, og ble tilstrebet i alle ledd av prosessen (Thagaard, 2009). Den første kontakten med aktuelle informanter var på e-post gjennom å ha benyttet en personlig, passordbeskyttet e-postadresse hvor kun jeg som forsker hadde innsyn. Det ble videre lagret kontaktinformasjon om informantene som ble inkludert i utvalget i et dokument som ble beskyttet med passord. Ettersom båndopptaker ble brukt for å ta opp intervjuene, ble lydopptakene derfra også oppbevart slik at de kun har vært tilgjengelig for meg, og disse vil bli slettet så snart masteroppgaven er levert og forsvart. Under transkriberingsprosessen ble alle gjenkjennbare navn og elementer som kom frem i intervjuene, kodet om med bruk av andre mindre spesifikke og nøytrale ord. Omkodingen var vesentlig for å holde konfidensiell informasjon om informantene og deres arbeidssted skjult. En passordbeskyttet kodeliste hvor kun jeg hadde tilgang, ble også utformet i tilknytning til dette, og den ble oppbevart separert fra de transkriberte intervjuene. Ettersom i denne studien var avgjørende å ta høyde for utvalgets kontekst, på grunnlag av at en diskursanalytisk tilnærming skulle benyttes, var det nødvendig å presentere noe informasjon i tilknytning til informantene. Blant annet ble informasjon angående deres utdanning, erfaring og arbeidssted

trukket frem, noe som utfordret konfidensialitetsprinsippet. Dette, samt flere etiske aspekter vil presiseres og diskuteres ytterligere i diskusjonskapittelet.

3.3 Utvalg og rekruttering

Cheek (2004) vektlegger at det innen diskursive tilnærminger er av betydning å inkludere detaljer omkring hvilke tekster som er analysert, hvorfor de ble valgt og hvordan de ble generert. Dette vil det derfor gjøres et forsøk på i det følgende gjennom å beskrive både utvalg- og rekrutteringsprosessen, samt at kapittelet vil avsluttes med en kontekstualisering og tydeliggjøring av det utvalget studien endte opp med å omfatte.

Starks & Brown Trinidad (2007) påpeker at utvalget innen diskursive tilnærminger bør bestå av ulike aktører som har tilknytning til de diskursene som er av interesse. Metodologien innebærer å innhente et såkalt strategisk utvalg som kan knyttes til, eller har erfaring med fenomenet som skal studeres. Christensen, Nielsen & Schmidt (2011) poengterer at dette er hensiktsmessig for å kunne belyse flest mulig nyanser, og det er sentralt at dette utvalget støtter opp om den bestemte analyseideen. Store utvalg er ikke nødvendig for å få et rikt datamateriale, og det er formålet og målet med en studie som avgjør hva som kan karakteriseres som et tilstrekkelig antall i utvalget. Et større utvalg kan være relevant for å kunne se og forstå variasjoner i språket som benyttes av ulike personer, samt i ulike kontekster, noe som har vært tilfellet i denne studien (Starks & Brown Trinidad, 2007). Phillips & Hardy (2002) vektlegger at datainnsamling kan være særlig utfordrende når diskursanalyse benyttes som metodologi. Utvalget skal omfatte tekstlig materiale, og utvelgelsen av disse tekstene som til sammen skal utgjøre dette utvalget og dermed det empiriske datamaterialet, er ikke enkel. Likevel må det tas en avgjørelse på hvilke viktige tekster som skal inkluderes, og de bør på et eller annet vis kunne sammenlignes (Phillips & Hardy, 2002).

Ettersom det var et mål å utforske både folkehelsepolitiske diskurser og se nærmere på FLS som tiltak i denne masteroppgaven, så ble det vurdert som interessant og aktuelt at det empiriske datamaterialet skulle bestå av både skriftlige og mer «muntlige» tekster. For å kunne vurdere tendenser i den historiske utviklingen på folkehelsefeltet, ble det sett på som vesentlig å inkludere noen av de viktigste førende dokumentene på folkehelsefeltet. Ettersom FLS skulle vies oppmerksomhet, ble det i tillegg søkt etter offentlige dokumenter som omtalte tiltaket.

For å tilføre bredde til datamaterialet, ble det ansett som spennende å utforske hvordan personer som arbeider med, eller på en eller annen måte har inngående kjennskap til FLS, snakker om det overordnede folkehelsearbeidet og det konkrete fenomenet FLS. Utvalget vil derfor bestå av både skriftlige offentlige dokumenter, samt utvalgte informanter som kan bidra med refleksjoner og synspunkter gjennom å delta i semi-strukturerte dybdeintervjuer. Intervjuene skal transkriberes før analysen skal gjennomføres, og denne delen av datamaterialet omtales derfor som «muntlige» tekster. Kontakt med nøkkelinformanter og deltakelse på en folkehelsekonferanse, et kurs i motiverende samtale og en frisklivskonferanse kan også nevnes og føyes til de «muntlige» tekstene. Erfaringene jeg gjorde meg, samt innsikt og perspektiver jeg utviklet i løpet av disse observasjonene vil ikke omtales i noen bredere forstand grunnet begrensninger i tid og omfang. Det gav meg likevel viktige kontekstuelle bidrag i forhold til at jeg fikk en større praktisk forståelse for både folkehelsefeltet, spesifikk samtalemotodikk og FLS som tiltak. På tross av dette har det ikke blitt inkludert som en del av utvalget, og er dermed heller ikke inkludert som en del av det empiriske datamaterialet. Det betraktes heller som et supplement til datamaterialet som har bidratt med informasjon, særlig av kontekstuell art, i tillegg til at det har medført muligheter for meg som forsker til å diskutere og utveksle tanker og erfaringer med flere personer innen fagfeltet.

Etter å ha presentert de mer generelle elementene omkring utvalg og rekruttering, vil det i den videre teksten gjøres nærmere rede for rekruttering og utvelgelse av dokumenter og informanter, samt at det avslutningsvis vil gjøres en oppsummerende og kontekstuell tydeliggjøring av det utvalget studien endte opp med å omfatte.

3.3.1 Valg av dokumenter

I utvelgelsesprosessen var det utfordrende å få oversikt over hvilke dokumenter jeg hadde å velge mellom. Jeg forsøkte tidlig å gjøre meg kjent med hvor informasjon om FLS kunne finnes. Både evalueringsrapporter og kunnskapsoversikter ble lest på bakgrunn av tips fra Hdir. Likevel ble det tidlig bestemt at utvalget ville begrenses til å inkludere offentlige dokumenter som stortingsmeldinger, NOUer og stortingsproposisjoner. Ettersom den diskursanalytiske metodologien egner seg til å sortere i eksisterende debatter på et gitt tidspunkt, kunne denne studien tatt utgangspunkt i bare de aller nyeste dokumentene på feltet (Andersen Nexø & Koch, 2011). Likevel var det av interesse å se den diskursive utviklingen i et litt lengre historisk perspektiv, noe som også hadde betydning i forhold til å kunne utforske de gjeldende diskursene gjennom hele perioden FLS har vokst frem som tiltak. Det sikrer et mer helhetlig bilde av den historiske utviklingen, og FLS kan lettere plasseres inn i de

rådende diskursene på feltet. Det var også en tanke at det kunne være spennende å inkludere dokumenter som ble publisert før FLS som tiltak i det hele tatt oppstod, for å kunne ha et øye for hvordan FLS etter hvert ble omfattet i dokumentene.

Arbeidet startet så med å gjøre seg kjent med hvilke offentlige dokumenter som kunne være av relevans å inkludere. Det ble gjort en oppsummering av de mest sentrale folkehelseokumentene fra og med Alma Ata-deklarasjonen i 1978 og Ottawa-charteret i 1986 og videre opp mot dagens mest sentrale dokumenter. Chartrene og deklarasjonene fra de etterfølgende store internasjonale folkehelsekonferansene ble så vurdert; Adelaide (1998), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Mexico (2000) og Bangkok (2005), og det ble også gjort en avveining i tilknytning til aktuelle nasjonale stortingsmeldinger, NOUer, stortingsproposisjoner og lovverk fra rundt 1990 og frem til i dag. Følgende dokumenter ble ansett som potensielle å inkludere; NOU 1991:10 *Flere gode leveår for alle – Forebyggingsstrategier*, St.meld. nr. 37 (1992-1993) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*, NOU 1998:18 *Det er bruk for alle*, St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*, St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*, St.prop 90L (2010-2011) *Proposisjonen til folkehelseloven*, St. prop 91L (2010-2011) *Proposisjonen til helse- og omsorgstjenesteloven*, Meld. St. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan, Veileder for kommunale FLS – Etablering og organisering* (2011), *Folkehelseloven* (2012) og *Helse- og omsorgstjenesteloven* (2012).

En beslutning ble tatt på at i overkant av fem dokumenter ville være realistisk å inkludere i utvalget, med hensyn til begrensninger i studiens omfang. De internasjonale dokumentene ble ekskludert grunnet språk og internasjonalt fokus. For å utforske diskurser i norsk folkehelsepolitikk ble det ansett som betydningsfullt å inkludere nasjonale dokumenter. FLS anses også som et norsk fenomen. Selv om lignende tiltak eksisterer i våre naboland, og de engelske Healthy Living Centres (HLC) kan synes å innebære noe av det samme som FLS, så hadde det likevel medført et utfordrende sammenligningsgrunnlag å se utover landegrensene. Særlig med tanke på at språklige elementer står i fokus innen diskursanalytiske tilnærminger. Dette gir støtte til valget om å inkludere nasjonale dokumenter med norsk skriftspråk, slik at det norske fenomenet står i sentrum av oppmerksomheten. Det nye lovverket ble også utelatt ettersom det ble vurdert at omfatter et litt annet språk og en annen kontekst enn de andre offentlige dokumentene. Det ville vanskeliggjort sammenligning.

Elvbakken (2009) og Stenvoll & Elvbakken (2008) påpeker at det individrettete fokuset i folkehelsearbeidet stadig ble tydeligere på nittitallet. Derfor ble det vurdert som aktuelt å inkludere noen av de viktige folkehelsepolitiske dokumentene fra tidlig på 1990-tallet og frem til i dag. Dette for å kunne se endring, utvikling og kamper mellom rådende diskurser. I tillegg ble det vektlagt at dokumentene i utvalget skulle være publisert på ulike tidspunkt, noe som kunne gjøre det mulig å se en historisk utvikling.

Utvalget endte opp med å omfatte åtte offentlige dokumenter som alle ble ansett som sentrale å inkludere. Det ble gjort et forsøk på å få til en tidsmessig spredning i utvalget. Likevel er de fleste dokumentene forholdsvis nye, på bakgrunn av ønsket om at de i noen grad skulle omtale FLS. Folkehelse rapporten (2010) *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle* ble inkludert etter at analysen var påbegynt fordi det ble ansett som et veldig relevant dokument. Dette på bakgrunn av at dokumentet i stor grad omtalte både folkehelsearbeidet i sin helhet og FLS.

Dokumentene som inkluderes i utvalget vil beskrives nærmere i kapittel 3.3.3, samt diskuteres i diskusjonskapittelet.

3.3.2 Valg av informanter

Når det kommer til valg av informanter ble nøkkelinformanter, som ble ansett at kunne tilføre betydningsfull informasjon, kontaktet tidlig i prosessen. I samarbeid med dem ble det diskutert og reflektert omkring hvilke informanter som skulle inkluderes i utvalget. Ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier ble vurdert. Vurderinger i forhold til potensielle informanters yrke og fagtilhørighet ble gjort, men det ble sett på som viktigere at de skulle arbeide med FLS og ha kunnskap om tiltaket. I første omgang ble interessen rettet mot personer som har et overordnet ansvar for utvalgte FLS. Det var et ønske å dekke ulike forvaltningsnivåer, eksempelvis noen med kommunal tilhørighet, noen fra direktorats-nivå og departements-nivå, samt å fokusere på tidsaspekt i forhold til å innhente informanter som arbeider på FLS med ulik erfaring tilknyttet hvor lenge sentralene har vært driftet. Jeg ble tipset om konkrete sentraler, og reflekterte omkring kommunestørrelse, fylker og det å inkludere steder som ut i fra helsestatistikker, vurderes å ha mer eller mindre helseutfordringer.

Med bakgrunn i dette, ble det i første omgang sendt ut e-poster til seks utvalgte sentraler med forespørsel om deltakelse i et dybdeintervju i tilknytning til dette masterprosjektet. Intervjuet ble estimert til en time og det ble tydeliggjort at det først og fremst var ønskelig å prate med

den som var ansvarlig for FLS. Personene som ble kontaktet ble også oppfordret til å videresende e-posten til andre aktuelle kontaktpersoner. Begrepet «snøball-effekt», omtalt av Christensen et al. (2011, s. 72), kan karakterisere denne rekrutteringsprosessen. Bestemte personer ble oppsøkt og oppfordret til å spre «ordet» videre. Det underbygges av at nøkkelinformanter ble brukt aktivt i forhold til å innhente tips og anbefalinger om andre potensielle deltakere.

Et informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 2) og en foreløpig temaliste for intervjuet (vedlegg 3), ble vedlagt e-postforespørlene. Dette for å sikre at de som meldte seg skulle vite hva de sa ja til. I tillegg ble det sendt en forespørsel til Hdir om å kunne få en informant derfra som arbeidet med FLS. Departements-nivået ble valgt bort grunnet nødvendigheten av å begrense antall informanter i utvalget, samt at FLS-nivået ble sett på som av større betydning å få belyst.

Ettersom interessen og responsen til deltakelsen var stor blant de forespurte, bød ikke rekrutteringsprosessen på særlig store utfordringer. Utfordringen var dog, at det var for mange interesserte i forhold til det studien hadde kapasitet til å omfatte. Fire informanter ble vurdert å være tilstrekkelig i dette tilfellet. Utvalget omfatter én informant fra Hdir, én fra en FLS med lang erfaring, én fra sentral med noen års erfaring, samt én siste informant fra en helt nyopprettet FLS.

3.3.3 Det endelige utvalget

Etter å ha sett nærmere på prosessene bak rekrutteringen, samt valg av dokumenter og informanter i studien, vil det endelige utvalget nå tydeliggjøres. Det gjøres en tydelig avgrensning mellom den delen av utvalget som består av offentlige dokumenter og den delen som består av informasjon mottatt av informantene.

De offentlige dokumentene

I tabell 1 har de offentlige dokumentene i utvalget blitt presentert og «plassert» i forhold til kontekstuelle forhold som årstall for publisering og sittende regjering på utgivelsestidspunktet. Tabellen er satt opp i kronologisk rekkefølge og navnet som brukes på dokumentet i den følgende teksten er klarlagt. En viktig presisering er at det var forholdsvis, og overraskende, lite tekstlig materiale om FLS i dokumentene, med unntak av veilederen for FLS (2011). De fire første dokumentene inneholder lite eller ingen informasjon om FLS, så de er bare benyttet som datamateriale i tilknytning til utforskningen av de folkehelsepolitiske diskursene. Folkehelse rapporten (2010) er det første dokumentet som presenterer mer om

FLS, og dette dokumentet, sammen med de tre siste bidrar med datagrunnlaget både til de overordnede diskursene, samt mer konkret til FLS og hvordan dette tiltaket kan plasseres i forhold til de rådende diskursene. Selv om veilederen for FLS (2011) i størst grad omtaler dette spesifikke tiltaket, er dette dokumentet også benyttet i arbeidet mot å finne frem til de folkehelsepolitiske diskursene. Dette fordi det tekstlige materialet i tillegg reflekterer rundt folkehelsearbeidet og elementer ved det, sett i et større perspektiv.

Tabell 1. Tydeliggjøring av dokumentene i utvalget.

Dokument	År	Regjering	Navn i tekst
St.meld. nr. 37 (1992-1993) (1993). <i>Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid</i>	1993	Gro Harlem Brundtlands tredje regjering (Ap)	Stortingsmelding 37
NOU 1998:18. <i>Det er bruk for alle: styrking av folkehelsearbeidet i kommunene</i>	1998	Kjell Magne Bondeviks første regjering (Krf, Sp og V)	NOU 18
St.meld. nr. 16 (2002-2003) (2003). <i>Resept for et sunnere Norge: folkehelsepolitikken</i>	2003	Kjell Magne Bondeviks andre regjering (Krf, H og V)	Stortingsmelding 16
St.meld. nr. 47 (2008-2009) (2009). <i>Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid</i>	2009	Jens Stoltenbergs andre regjering (Ap, SV og Sp)	Samhandlingsreformen
Folkehelse rapporten (2010). <i>Folkehelsearbeidet: veien til god helse for alle</i>	2010	Jens Stoltenbergs andre regjering (Ap, SV og Sp)	Folkehelse rapporten
Prop. 90 L (2010-2011) (2011). <i>Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak): lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)</i>	2011	Jens Stoltenbergs andre regjering (Ap, SV og Sp)	Proposisjonen til folkehelseloven
Meld. St. 16 (2010-2011) (2011). <i>Melding til Stortinget: nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)</i>	2011	Jens Stoltenbergs andre regjering (Ap, SV og Sp)	Nasjonal helse- og omsorgsplan
Veilederen for FLS (2011). <i>Veileder for kommunale frisklivssentraler: etablering og organisering</i>	2011	Jens Stoltenbergs andre regjering (Ap, SV og Sp)	Veilederen for FLS
Prop. 1s (2010-2011) (2010). <i>Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): for budsjettåret 2011</i>	2010	Jens Stoltenbergs andre regjering (Ap, SV og Sp)	Stortingsproposisjon 1s
Prop. 91 L (2010-2011) (2011). <i>Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak): lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)</i>	2011	Jens Stoltenbergs andre regjering (Ap, SV og Sp)	Proposisjonen til helse- og omsorgstjenesteloven

Det er tilført to andre dokumenter ut over de som nevnes inkludert i utvalget; stortingsproposisjon 1s (2010) og proposisjonen til helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Sentrale avsnitt som omtaler FLS er tatt med fra disse som et bidrag til å supplere datagrunnlaget for uttalelsene omkring FLS som tiltak. De er bare inkludert i tabellen for å illustrere at de er med på å utgjøre en ørliten del av datamaterialet. Det er viktig å presisere at de som helhetlige dokumenter ikke inngår i studiens utvalg. De andre dokumentene er ikke lest i sin helhet. For å begrense arbeidsomfanget ble det i første omgang prioritert å lese sammendragene grundig. I tillegg ble det sett etter spesifikk omtale og definisjoner av bestemte begreper når det begynte å utkrystallisere seg kategorier i analysene. All informasjon om FLS ble søkt etter og lest inngående.

Informantene

Tabell 2 viser informantene i utvalget og det er også her gjort en form for «plassering» i forhold til kontekstuelle forhold. Alle informantene er kvinner og de har erfaring med arbeid på FLS, noen mer eller mindre enn andre. Informantene som jeg har kalt informant 1, 3 og 4 arbeider ved FLS i tre forskjellige kommuner, og har alle vært sentrale i etableringsfasen av sentralene. Informant 4 har lang erfaring, informant 1 har holdt på noen år, mens informant 3 enda befinner seg i startfasen i forhold til arbeidet ved sin sentral. Informant 2 arbeider på mer overordnet nivå med FLS, men har i tillegg flere års erfaring med arbeid på kommunalt nivå med FLS. Når funnene fra informantene skal presenteres, vil forkortelsen inf. 1, 2, 3 og 4 benyttes.

Tabell 2. Tydeliggjøring av informantene i utvalget

	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4
Kommunestørrelse (innbyggerantall)	I overkant av 20 000	-	28 000	13 000
Drift FLS i kommunen	Noen års erfaring	-	Ny FLS	FLS med lang erfaring
Utdannelse	Fysioterapeut + årsenhet med diverse realfag som statistikk, matematisk analyse og kjemi (UMB ⁵) + kursing og praktiske seminarer	Fysioterapeut (HiO ⁶) + videreutdanning i folkehelse + flere kurs i gruppetrening og treningslære + noe fra BI, ex.phil osv.	Bachelor i idrettsvitenskap - Fysisk aktivitet og helserådgiver (NiH ⁷)	Fysioterapeut (HiO) + videreutdanning i folkehelse (HiBu ⁸) + videreutdanning i helseledelse fra BI + idrett grunnfag
Stilling	Folkehelsekoordinator (60%) Barnas representant (20%) Ansvarlig for FLS i kommunen	Hdir – rådgiver FLS	Prosjektleder fysisk aktivitet (2011) Leder av FLS (fra januar 2012)	Leder ved FLS Engasjement i Hdir (20%) - med FLS
Arbeidsoppgaver	<u>Folkehelsekoordinator:</u> Ansvarlig for folkehelsearbeidet i kommunen <u>FLS</u> - alt ansvar for administrering og det praktiske	Hovedansvarsområdet er FLS: Saksbehandler, gir støtte til etablering og utvikling, kurs, arbeid med veilederen, samarbeid med nasjonalt, regionalt og lokalt nivå	<u>Prosjekt:</u> Kartlegge aktivitetstilbud, foreslå nye tiltak, etablere og iverksette FLS <u>FLS:</u> Administrativt arbeid, gjennomføre helsesamtaler	<u>FLS:</u> Faglig, overordnet ansvar for utviklingsarbeid og det som foregår på FLS. Økonomisk ansvar + inngår i ledergruppe innen helse og sosial <u>Hdir:</u> Tar med erfaringen fra kommunen. Mål: Gjøre det enklere for kommunene å få til gode FLS
Arbeidserfaring	- Fysioterapeut fra 1998 - Parallelt folkehelsekoordinator og fysioterapeut en periode - Bare folkehelsekoordinator de siste årene - Den som dro i gang FLS i kommunen	- Kommunal FLS – 7,5 år. - FLS-arbeidsgruppe; utvikle materiell og felles struktur - Privat fysioterapeut på sykehus, hjerterehabilitering og treningssenter. Mye aktivitet, men også litt behandling og oppfølging	- Instruktør i aktivitetsbedrift i Oslo – 3 år - Prosjekt for overvektige barn	- Opptreningsinstitusjon – 2år - Jobbet på FLS siden oppstart - Ansvar for reseptordningen (utvikling/gjennomføring) - Har samarbeidet tett med Hdir og Nordland i flere år - Hadde i større grad kontakt med deltakere på FLS tidligere
Erfaring med FLS	Har drevet FLS siden oppstart	Vært i nåværende stilling fra desember 2010 + tidligere erfaring med FLS	Prosjektleder fra august 2010 Leder av FLS fra januar 2012	Jobbet med FLS siden oppstart

⁵ Universitetet for miljø- og biovitenskap, Ås

⁶ Høgskolen i Oslo, fra 1. august 2011; høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA)

⁷ Norges idrettshøgskole

⁸ Høgskolen i Buskerud

3.4 Det kvalitative forskningsintervjuet

Den empiriske datainnsamlingsprosessen i denne studien innebar å gjennomføre kvalitative dybdeintervjuer, og det metodiske rundt denne prosessen belyses i den følgende teksten. Generelle aspekter vil fremheves først, før den metodiske fremgangsmåten vil beskrives helt fra forberedelser og forventninger i forkant av intervjuene til elementer ved selve gjennomføringen.

Christensen et. al. (2011) påpeker at det kvalitative forskningsintervjuet egner seg i studier av samspillet mellom folkehelsearbeidets ulike aktører, ved evaluering av folkehelsearbeidets funksjon eller av spesifikke intervensjoner. Videre vektlegger Lupton (1992) at det er en særlig spennende tilnærming i forhold til å få innsikt i og forståelse for ulike oppfatninger av helse, noe som støtter opp om valget med å inkludere metoden i denne studien. Thagaard (2009) presiserer at intervjuer er velegnet materiale når en benytter diskursanalytiske tilnærminger, noe som ytterligere bekrefter metodevalget.

Et kvalitativt forskningsintervju kan utformes på forskjellige måter, og med ulike grader av struktur (Thagaard, 2009). Det semi-strukturerte dybdeintervjuet, som er tilnærmingen som brukes i dette masterprosjektet, benyttes ofte innen folkehelsevitenskapen. Det befinner seg et sted mellom strukturerte og standardiserte intervju, hvor svarene plasseres inn i faste svarkategorier, og det helt åpne intervjuet, hvor ingenting er formulert på forhånd og svarmulighetene er helt åpne (Christensen et al., 2011). Temaene som skulle tas opp ble derfor i all hovedsak fastlagt på forhånd, mens rekkefølgen ble bestemt underveis i gjennomføringen av hvert enkelt intervju. Thagaard (2009) vektlegger at denne fleksibiliteten er sentral i forhold til å kunne knytte spørsmålene til hver enkelt informants forutsetninger. Det var også et fokus på å være åpen for at nye emner med relevans kunne komme opp.

Starks & Brown Trinidad (2007) støtter opp om at semi-strukturerte dybdeintervju kan være en god metode for datainnsamling innen diskursanalytisk tilnærming, og at målet med intervjuene er å utforske informantenes språk. De påpeker at gjennom å bruke dybdeintervjuer som metode, er det viktig å være bevisst på at ikke nødvendigvis forsker og informant har sammenfallende meninger og/eller forståelse selv om de samme ordene blir brukt. Både forsker og informant bruker språket på bestemte måter for å presentere seg selv, samt fenomener og hendelser som omtales. Det er derfor av betydning for forsker å etterspørre mening og forståelse bak sentrale termer og begreper (Starks & Brown Trinidad, 2007). Thagaard (2009) trekker også frem at det er en utfordring å vurdere om informantenes utsagn

er tilpasset den diskursen de oppfatter at forskeren er preget av, og at det dermed er vesentlig å være bevisst på egne oppfatninger og hvilke diskurser en selv forholder seg til under intervjuforløpene.

3.4.1 Forberedelser og forventninger

Etter at informantene hadde meldt sin interesse og det ble avklart at de skulle delta i studien, ble det gjort avtale om tid og sted for gjennomføring av dybdeintervjuene pr. e-post. Etersom det er avgjørende å bevisstgjøre seg egen forforståelse, gjorde jeg meg noen refleksjoner rundt dette i perioden før intervjuene skulle utføres. Christensen et al. (2011) påpeker viktigheten av å etablere trygge rammer omkring intervjuene gjennom å gjøre overveielser i tilknytning til avgjørelser omkring sted, tid, rom, klær o.l. Det ble ansett som viktig å møte informantene på deres premisser i forhold til at jeg ville tilpasse meg deres ønsker om sted, tid og rom. Dette av respekt for informantenes tid og arbeid, slik at det ikke skulle oppleves for omfattende å bidra gjennom dette intervjuet.

Det er en utbredt erfaring at både informant og forsker har positive opplevelser knyttet til slike intervjuer (Christensen et al., 2011), og etter å ha blitt møtt med positiv interesse fra informantene på e-post, så jeg frem til å møte dem. Jeg hadde forventninger om at det ville bli gode møter og jeg var både spent, nysgjerrig og interessert i forhold til hva de kom til å dele med meg gjennom intervjuene.

Det er vanlig å utarbeide en intervjuguide før intervjuene gjennomføres (vedlegg 4). Denne skal omfatte bestemte emner en ønsker å få belyst (Christensen et al., 2011). Når det kommer til intervjuguidens funksjon, så bør den omfatte både en tematisk og en dynamisk dimensjon. Den tematiske tar utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene og til dels de teoretiske referanserammene som danner grunnlaget for undersøkelsen, samt også den etterfølgende analysen som det planlegges å gjennomføre. Denne dimensjonen varierer alt etter hva en ønsker å få belyst gjennom det bestemte forskningsprosjektet (Christensen et al., 2011). I denne studien var det et ønske å tilstrebe at informantene skulle få prate om sin forståelse rundt bestemte elementer ved folkehelsearbeidet i sin helhet, samt at det skulle sikres at de fikk snakke mye fritt om FLS som konkret tiltak. Dette for å sikre at datamaterialet var stort nok til at diskurser og diskursive kamper kunne oppdages gjennom informantenes bidrag. Det ble utformet en annerledes intervjuguide før intervjuet med informant 2 skulle gjennomføres, grunnet at hun arbeider mer overordnet og derfor ikke har konkret tilknytning til en kommunal FLS. Intervjuguidene ligger under hverandre i vedlegg 4.

Den dynamiske dimensjonen av forskningsintervjuet innebærer at de spørsmålene som stilles, skal kunne sikre en god og tillitsfull kommunikasjon mellom forsker og informant (Christensen et al., 2011). Det er ønskelig at praten flyter lett og at informantene motiveres til å prate fritt om de temaene som tas opp, og det er en fordel at en på forhånd har tenkt gjennom hvilke spørsmål som skal stilles og hvordan de skal stilles. Dette forenkles gjennom å arbeide godt med intervjuguiden. Jeg hadde en bevissthet rundt det å møte informantene med oppmuntrende tilbakemeldinger og korte responser underveis i intervjuene, ettersom Thagaard (2009) poengterer at dette signaliserer en interesse for det som blir sagt, samt et ønske om mer informasjon. Christensen et al. (2011) vektlegger at det handler om å få operasjonalisert problemstillingen og forskningsspørsmålene på en god og passende måte.

Thagaard (2009) anbefaler å gjennomføre prøveintervjuer, og det ble utført ett prøveintervju hvor jeg fikk gjort meg gode erfaringer i intervjusituasjonen, samt at jeg også fikk testet båndopptakeren som skulle benyttes til å ta opp dybdeintervjuene. Prøveintervjuet førte med seg at små justeringer av intervjuguiden ble foretatt i etterkant, noe Christensen et al. (2011) vektlegger som et sentralt mål med slike prøveintervju.

3.4.2 Gjennomføring

Når det kommer til selve gjennomføringen av intervjuene, så startet prosessen med at jeg først hilste på og småsnakket litt med informantene for å skape en trygg og god atmosfære. Videre fant vi frem til rommene hvor intervjuene skulle utføres; grupperom og/eller kontorlokaler.

Det er vanlig å benytte båndopptaker under kvalitative forskningsintervjuer (Christensen et al., 2011; Thagaard, 2009). Det ble derfor brukt båndopptaker i alle de fire intervjuene. Fordelen med dette er at alt som kan høres registreres, samt at en fullt og helt kan konsentrere seg om informanten og det som kommer frem under intervjuet. Likevel kan det føles uvant både for forsker og informant (Christensen et al., 2011). Informantene var på forhånd kjent med at båndopptaker skulle benyttes, og jeg startet intervjuene med å spørre om det var greit at jeg nå satte på denne.

Intervjuene fortsatte med å etterspørre bekreftelse på at informantene hadde lest informasjonsskrivet og at samtykkeerklæringen var underskrevet. Jeg ville også forsikre meg om at ikke informantene lurte på noe før selve intervjuet skulle begynne, så de fikk anledning til å stille spørsmål. Jeg presenterte videre hvordan jeg planla å disponere intervjuet, og fikk bekreftelse fra informantene om at det hørtes greit ut.

I tillegg til å benytte båndopptaker er det vanlig å supplere med å gjøre notater underveis i intervjuprosessen (Christensen et al., 2011; Thagaard, 2009). Informantene ble av den grunn opplyst om at jeg kunne komme til å notere ned på en blokk jeg hadde med. Jeg erfarte likevel at jeg hadde mer igjen for å være fullt tilstede i samtalen, fremfor å sitte og notere, ettersom jeg var avslappet i forhold til at båndopptakeren på forhånd var testet ut, og at denne registrerte det som ble sagt.

I forhold til selve gangen i intervjuet, fulgte jeg anbefalingen til Kvale & Brinkmann (2009) om å starte med trygghetsskapende og enkle spørsmål om informantenes egen bakgrunn, utdanning og erfaring, før jeg kom inn på mer generelle spørsmål om det helhetlige folkehelsearbeidet. Deretter ble fokuset videre rettet konkret mot FLS.

3.5 Bearbeiding av datamaterialet

Etter å ha sett nærmere på metodevalg, forskerrollen og forforståelse, etiske aspekter, utvalget og hele prosessen rundt forberedelser og gjennomføring av de semi-strukturerte dybdeintervjuene, vil nå bearbeidelsen av det empiriske datamaterialet stå i fokus. Når det kommer til de offentlige dokumentene i utvalget, så hadde jeg allerede det tekstlige datamaterialet foran meg, mens dybdeintervjuene først måtte transkriberes i forkant av analyseprosessen. Dette kapittelet vil derfor først ta for seg transkriberingsprosessen og etterarbeidet av dybdeintervjuene som var tatt opp på bånd, før analysefasen vil tydeliggjøres.

Umiddelbart etter utførte dybdeintervjuer kan det være lurt å skrive ned noen notater, der inntrykk, ideer, tanker og vurderinger kan trekkes frem. Dette kan være verdifullt å ha i analysefasen, samt at det på et senere tidspunkt kan brukes for å kunne sammenligne tolkningene med førsteinntrykket (Christensen et al., 2011). I denne studien startet etterarbeidet med å lese inn et førsteinntrykk på båndopptakeren etter hvert dybdeintervju. Dette var til god hjelp i den videre prosessen og har gitt muligheter til å kunne gå tilbake å høre på disse refleksjonene på senere tidspunkt.

3.5.1 Transkribering

Etter å ha gjennomført kvalitative dybdeintervjuer er det vanlig å transkribere enten hele eller utsnitt av intervjuene. Det innebærer at det empiriske datamaterialet som er tatt opp på bånd skal nedskrives til tekstlig materiale. Hensikten med dette er å gjøre datamaterialet mer tilgjengelig og håndterbart. Det å ha benyttet båndopptaker var fordelmessig i intervjuprosessen, men det innebar også et ressurskrevende etterarbeid med transkribering, ettersom det endte opp med et forholdsvis omfattende datamateriale. I løpet av

transkriberingsfasen skjer både en reduksjon av datamaterialet, samt at tolknings- og analyseprosessen også starter her (Christensen et al., 2011). Analyseformen som benyttes i etterkant, avgjør transkriberingen, og i denne studien ble det foretatt en fullstendig transkribering av alle fire intervjuene. Analyseprosessen kom også godt i løpet av transkriberingsfasen gjennom at det allerede i denne fasen ble sett etter mønstre og trukket frem bestemte kategorier i det som ble sagt.

3.5.2 Analyseprosessen; diskursanalyse

Prosessen frem mot et empirisk datamateriale bestående av offentlige tekster på den ene siden og transkriberte dybdeintervjuer på den andre, har til nå blitt beskrevet. Det er også tydeliggjort at materialet skulle analyseres ved hjelp av en diskursanalytisk tilnærming. Dette for å kunne belyse problemstilling og forskningsspørsmål, noe som innebærer å finne frem til folkehelsepolitiske diskurser, karakterisere dem, for deretter å trekke frem beskrivelser av FLS, påpeke informantenes diskursive tilknytning og avslutningsvis gjøre et forsøk på å plassere FLS som tiltak inn i de folkehelsepolitiske diskursene. På bakgrunn av parallelt arbeid med å bli kjent med både vitenskapsteori, teoretisk forståelsesramme, metodologi, samt datainnsamlingsprosess, dokumenter og transkriberte intervjuer, har diskursene og hovedfunnene som har fremkommet gjennom denne studien blitt påvirket av mange forhold. Likevel er det av betydning å gjøre et forsøk på å forklare analyseprosessen på en grundig måte, slik at det skal kunne gå an å følge meg som forsker og min prosess frem mot de perspektivene denne oppgaven ender opp med. Det vil derfor vies plass til dette i det følgende.

Andersen Nexø & Koch (2011) vektlegger at det er viktig å ha utarbeidet en plan for hva som ønskes undersøkt, hvilke spørsmål en vil belyse, hva som skal til for å belyse dem, samt hvilke teoretiske forutsetninger analysen skal bygges på, før analyseprosessen starter. Denne studien omfatter inngående refleksjoner rundt dette, og i forberedelsesfasen før analysen ble påbegynt ble det gjort avgrensninger omkring hva dette forskningsprosjektet skulle og ikke skulle favne over. Innen diskursanalyse søker en ikke å avdekke noen annen eller mer ekte sannhet eller virkelighet (Andersen Nexø & Koch, 2011). Det har derfor ikke vært relevant å vurdere datamaterialet med fokus på om det som blir sagt er «rett» eller «galt» eller hvorfor de som uttaler seg mener som de mener, og det har heller ikke vært et mål å avsløre hvilke interesser eller hensikter som skjuler seg bak. På bakgrunn av dette er det et sentralt element å analysere utsagnene slik de fremstår, eller i sin «positivitet» som Foucault kalte det. Det er her diskursanalysen tydelig skiller seg fra andre vitenskapsteoretiske tradisjoner som eksempelvis

hermeneutikken hvor fokuset i større grad gjennom fortolkning er å nå en dypere forståelse av tekster og utsagn ved å se dem i lys av deres kontekst (Andersen Nexø & Koch, 2011).

Interessen i denne studien kan eksemplifiseres gjennom følgende spørsmål som ble stilt forholdsvis tidlig i prosessen:

- *Hvilke diskurser har preget folkehelsefeltet fra starten av 90-tallet og frem til i dag, og har dermed vært med på å påvirke den praktiske innsatsen?*
- *Hva har påvirket at nettopp disse diskursene har fått gjennomslag på feltet?*
- *Hvordan er FLS som et institusjonelt fenomen diskursivt og sosialt konstruert?*
- *Hvilke diskurser er det informantene trekker på og er omgitt av?*
- *Kan FLS plasseres inn i de eksisterende mønstrene av folkehelsepolitiske diskurser, og eventuelt på hvilken måte?*

Et mål for dette masterprosjektet har altså vært å fordype seg i bruken av begreper, for å utforske hvordan forståelsen rundt ulike elementer ved folkehelsearbeidet og fenomenet FLS blir produsert gjennom tekst og tale, noe som videre er med på å forme verden og menneskers handlingsmuligheter i den på forskjellige måter. Et blikk har blitt rettet mot den historiske utviklingen i språk- og begrepsbruk for å se hvordan dette både skaper og reflekterer en dynamisk kulturell, sosial og politisk praksis (Starks & Brown Trinidad, 2007).

Andersen Nexø & Koch (2011) påpeker at det ikke finnes noen enkel oppskrift på diskursanalyse, og dette er noe som har utfordret analyseprosessen. Phillips & Hardy (2002) trekker frem at det nettopp er dette som har vært kritisert ved diskursanalytiske tilnæringer. Bakgrunnen for kritikken er at analyseoppgavene vil variere fra studie til studie, og at forskeren dermed må utvikle en tilnærming som er passende sett i lys av den bestemte studien. Det blir derfor betydningsfullt å etablere et sett argumenter for å forsvare den bestemte tilnærmingen som benyttes, og det er i tillegg avgjørende å gå litt frem og tilbake i prosessen (Phillips & Hardy, 2002). Phillips & Hardy (2002) vektlegger videre at det er et sentralt element med metodologien at den ikke må bli så institusjonalisert at den mister sin høyst reflekssive natur. Hvis prosessene blir for formaliserte, risikerer en som forsker å reduseres til en form for teknikker som bare gjør en metodologisk handling som medfører produksjon av «sannheter». Åpenhet og refleksivitet omkring forskerrolle og forforståelse er dermed viktig (Phillips & Hardy, 2002). Målet med den diskursive analyseformen er å etablere mønstre av sammenhengene mellom utsagn, altså diskurser eller diskursive formasjoner, og en leter også etter betingelsene eller reglene for at elementene i de ulike

diskursene kan anerkjennes og på den måten gjøre utsagnene meningsfulle (Andersen Nexø & Koch, 2011). Phillips & Hardy (2002) trekker frem «frihet fra begrensninger» og «rom for kreativitet» som nøkkelord for analyseprosessen.

Etter disse forberedende refleksjonene fremstod det et behov for å systematisere og få bedre oversikt over det svært omfattende datamaterialet. Thagaard (2009) foreslår matriser som hjelpemiddel hvis målet er å få bedre oversikt over sentrale tema i materialet, i en såkalt beskrivende fase, samt å utvikle en dypere forståelse for datamaterialet, noe som beskrives som en tolkende fase. Det ble derfor foretatt et valg på å utarbeide slike matriser. På bakgrunn av det store datamaterialet ble det utviklet i alt fem ulike matriser (vedlegg 5). Det ble laget en egen matrise for de tre tidligste dokumentene, en for de nyeste dokumentene, en egen matrise for veilederen for FLS (2011), en matrise for de nyeste dokumentene hvor bare informasjonen som omhandler FLS er samlet, samt at den siste matrisen omfattet informantenes bidrag. Figur 1 viser et utdrag fra matrisen som ble utviklet for å få oversikt over de eldste dokumentene i utvalget.

Hva?	St.meld. nr. 37 (1992-1993) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid (Stortingsmelding 37)	NOU 1998:18 Det er bruk for alle (NOU 18)	St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge (Stortingsmelding 16)
Publiseringsår	1993	1998	2003
Hvem har publisert?	Sosialdepartementet	Sosial- og helsedepartementet	Det kongelige helsedepartement
Regjering	Gro Harlem Brundtlands tredje regjering (Ap)	Kjell Magne Bondeviks første regjering (KrF, Sp og V)	Kjell Magne Bondeviks andre regjering (KrF, H og V)
Mål for folkehelsearbeidet	«Livet som helhet skal være så bra som mulig for så mange som mulig» (s.17). Fravær av sykdom og sosiale problemer. Bygger på WHO sin «helse for alle innen år 2000» definisjon fra 1977: «...arbeide for at alle verdens innbyggere innen år 2000 skal ha oppnådd en helsestatus som gjør det mulig for dem å leve et sosialt og økonomisk tilfredsstillende liv» (s.17). Helse for alle, ikke behandling av alle.	Målet må i størst grad være å beholde god helse mer enn å kjempe seg ut av færlige sykdommer. Handler om detaljerte, mestring og kontroll over egen situasjon, om å la engasjement og initiativ avløse avmaktfølelse. Troen på egne evner, anlegg og pågangsmot skal skape optimisme og gi mulighet for å bety noe for fellesskapet (s.39).	Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet. Redusere helsesforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn (s.24). Et sunnere Norge.
Begreper og definisjoner			
Helse	Sumhet og velvære. Krever endringer i miljø, livsstil, helsetjeneste og politisk vilje.	Def. i helsesektoren: «fravær av sykdom» (s.15) – god helse omfatter mer enn et absolutt eller relativt fravær av sykdom, men ikke problemfrihet eller velvære til enhver tid. Mange opplever sin helse som god eller meget god selv om det foreligger en kronisk sykdom eller funksjonshemming (s. 156). Livskvalitet, livsmnhold, trygghet og mestring - like stor betydning som sykdom og dødelighet. Den enkeltes opplevelse av egen helse.	«Vi ønsker god helse for å kunne leve et godt liv på linje med trygge lokalsamfunn og meningsfullt arbeid. Helse er en investeringsfaktor for det gode liv» (s.6). Fysisk helse (påvirkning av levevaner og levekår) og psykisk helse (legge til rette for opplevelser av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet, respekt og synlighet). Påvirkningsfaktorer i fokus. Negative påvirkningsfaktorer virker helsenedbrytende. Positive faktorer, beskyttelses- eller mestringsfaktorer gir individer og grupper bærekraft og slitestyrke - styrkende faktorer i miljøet rundt oss (s.6).
Folkehelse/ folkehelsearbeid	Definerer ikke begrepene, og bruker dem kun få ganger.	Folkehelse: «sum» av individers helse som vil omfatte høyst forskjellige faktorer/indikatorer, helsebegreps subjektivitet tatt i betraktning. To komponenter: 1. lavt nivå av sykdom og gode leveutsikter 2. at befolkningen har høy livskvalitet - mestrer de utfordringer dagliglivet og et vanlig livsløp byr på, at vi føler vi lever et meningsfullt liv, og at det er bruk for oss, dette gjelder også om vi har en sykdomsdiagnose eller funksjonshemming (s.156). Folkehelsearbeid: «Samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen» (s.67). To dimensjoner (forebygge sykdom og fremme helse) som ikke kan ses uavhengig av hverandre. Ethvert tiltak har begge dimensjoner innebygget, men enkelte er overveiende helsefremmende, mens andre har overvekt av å være sykdomsforebyggende. Det er verken mulig eller hensiktsmessig å skille disse dimensjonene fra hverandre.	Folkehelsearbeid handler om «å svekke det som medfører helseerisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse» (s.6)
Forebyggende arbeid	Forebygge sykdom. Økonomisk lønnsomt, men dette betviles også – ikke alltid det lønner seg. Primær (helse befolkningen, for mulige problemer)	Forebyggende helsearbeid: kartlegge og overvåke, fjerne, redusere og beskytte mot faktorer som kan føre til sykdom, skade, psykiske og sosiale problemer hos det enkelte individ,	Ingen konkret definisjon, men handler om å forebygge risiko for sykdom (s. 22-23).

Figur 1. Utdrag fra matrisen med informasjon fra de eldste dokumentene.

Som figuren viser ble de ulike dokumentene satt opp kolonnevis, mens spesifikke kategorier som eksempelvis helse og folkehelse ble oppført slik at de horisontalt kunne følges for å se utviklingen i begrepsbruk og omtale. Dette forenklet mulighetene for å se historisk utvikling

og tendenser i språket. Kategoriseringsfasen i en diskursanalyse innebærer å identifisere tema og roller som synes viktige gjennom språkbruken (Lupton, 1992), og i dette tilfellet ble det i tillegg funnet inspirasjon til utformingen av spesifikke kategorier på bakgrunn av de refleksjonene som ble gjort på forhånd, samt utformingen av intervjuguiden. Sammen med disse forhåndsutvalgte kategoriene, ble det også forsøkt å tilstrebe åpenhet i forhold til eventuelle nye spennende perspektiver som kunne komme frem, enten gjennom å lese dokumentene, eller de transkriberte intervjuene. Phillips & Hardy (2002) vektlegger at en bør tilstrebe balanse mellom det som er planlagt i prosessen og det som dukker opp underveis. Det ble arbeidet parallelt med de ulike matrisene, slik at de hele tiden ble videreutviklet og utformet i forhold til hverandre, noe som videre påvirket at det neste steget i analyseprosessen kunne bestå i å gjøre sammenligninger innenfor de utvalgte kategoriene for å lete etter spesifikke mønstre og diskurser. Dette medførte i noen tilfeller at nye kategorier og klassifiseringer ble inkludert.

Det tekstlige materialet ble forsøkt konsentrert gjennom disse matrisene. Det ble gjort et forsøk på i størst grad å inkludere direkte sitater slik at ikke meningsinnholdet og sammenhengen i utsagnene skulle forsvinne. I denne delen av analysen ble det sett etter ord, fraser og setninger som kunne karakterisere de spesifikke kategoriene, noe Lupton (1992) også påpeker er sentralt i denne fasen av analysearbeidet. Det viste seg til tider å være utfordrende å sammenfatte teksten, noe som resulterte i at også matrisene ble forholdsvis omfattende. Arbeidet var i tillegg møysommelig og tidkrevende. På tross av dette følte det likevel riktig, i denne fasen av arbeidet, å inkludere mest mulig tekstlig materiale, noe som ble gjort for å unngå å gå glipp av betydningsfulle språklige elementer. Denne delen av analyseprosessen hvor målet var å sammenfatte datamaterialet omtales av Thagaard (2009) med begrepet «dekontekstualisering».

Det omfattende empiriske datamaterialet ble mer oversiktlig etter denne første fasen, og det forenklet også det videre tolkningsarbeidet som Thagaard (2009) påpeker handler om å «rekontekstualisere» datamaterialet igjen. Dette innebærer ytterligere refleksjon omkring datamaterialet og å finne de store linjene, før det deretter skal trekkes opp igjen mot den teoretiske referanserammen. Denne delen av analysen innebar å se etter mønstre og tendenser i begrepsbruken innenfor bestemte kategorier, sett i et historisk perspektiv, samt å vurdere hvordan både dokumenter og informanter forholdt seg til de diskursene som ble funnet. Det å integrere kategoriene på en slik måte at det gir en større forståelse for mønstrene i materialet, kalles i følge Thagaard (2009) for «lokal integrasjon». Lokal integrasjon går ut på at en

studerer ett og ett tema av gangen, for så å integrere informasjon som videre kan resultere i større forståelse (Thagaard, 2009).

Phillips & Hardy (2002) anbefaler å lage en form for oppsummering av kategoriseringen som analysen endte opp med, noe det er gjort et forsøk på i tabell 3. I tabellen har jeg trukket frem noen av de tekstlige «argumentene» og/eller små bruddstykker av tekst fra de offentlige dokumentene som støtter opp om hver enkelt av de mest sentrale folkehelsepolitiske diskursene som analysen førte frem til. Tabellen er satt opp for å tydeliggjøre noen av utsagnene som til sammen utgjorde «sluttproduktet» av kategoriseringsprosessen, og derfor grunnlaget for de utvalgte diskursene. Diskursene vil belyses og presenteres nærmere i oppgavens hovedfunnkapittel.

Tabell 3. De folkehelsepolitiske diskursene støttet opp av tekstlige bruddstykker fra de offentlige dokumentene.

Oppsummering av kategoriseringsprosessen	
Helse som objektivt målbart fenomen <ul style="list-style-type: none"> - «fravær av sykdom og sosiale problemer» - «fravær av sykdom» som definisjon i helsesektoren - vektlegging av spesifikke helseutfordringer og helsestatistikker 	Helse som subjektiv opplevelse <ul style="list-style-type: none"> - «mange opplever sin helse som..» - «den enkeltes opplevelse av egen helse» - «selvopplevd helse»
Helse som individuelt ansvar <ul style="list-style-type: none"> - «den enkelte har ansvar for egen helse» - «livsstilsrelaterte sykdommer fører med seg store samfunnsmessige utgifter» - «hver enkelt av oss har et betydelig ansvar for egen helse» - tydelig fokus på helseatferd og levevaner - gjennomgående fokus på sunnhet, valg, helseatferd og levevaner 	Helse som samfunnsansvar <ul style="list-style-type: none"> - «som samfunn er vi etisk forpliktet til å bidra til å hindre lidelse og nød, og vi har ansvar for nye generasjoners helse og sosiale kår» - «samfunnet kan og bør påvirke enkeltindividers valg» - «samfunnsforhold og omkringliggende faktorer er i størst grad er med på å påvirke forskjellene i levevaner» - «det er et samfunnsansvar å bidra til god helse i hele befolkningen»
Behandling <ul style="list-style-type: none"> - ønske om å bekjempe «livsstilssykdommer» og andre helseutfordringer med sekundær- og tertiærforebygging hvor en retter seg mot målgrupper som allerede har utviklet risikofaktorer, symptomer og/eller sykdom av umiddelbar eller kronisk art 	Forebygging <ul style="list-style-type: none"> - fjerne, redusere og motvirke bestemte faktorer og risiko for sykdom - Primærforebygging: «genuin forebygging» før problemer og sykdom oppstår - Sekundærforebygging: hindre at etablert sykdom forverres/videreutvikles - Tertiærforebygging: redusere virkning av etablert sykdom, habilitering/rehabilitering
Forebyggende innsats <ul style="list-style-type: none"> - fjerne, redusere og motvirke bestemte faktorer og risiko for sykdom - fokus på «negative faktorer» og det som er uønsket, sykdom, problemer 	Helsefremmende innsats <ul style="list-style-type: none"> - fremme helse, styrke det som bidrar til helse - «optimistisk fokus» på å bygge videre på det positive som allerede finnes og styrke det - Salutogenese – «læren om det som fremmer positiv helse»
Folkehelsearbeid som velferd <ul style="list-style-type: none"> - flere leveår med god helse i befolkningen og reduserte helseforskjeller 	Folkehelsearbeid som økonomisk sparing <ul style="list-style-type: none"> - «forebygging kan lønne seg rent økonomisk» - «problemene som koster mest» og samfunnsøkonomisk gevinst» - krav om kostnadseffektive tiltak - «kostnader i forbindelse med sykefravær, trygdeutgifter og velferdstap - Nødvendig å investere i befolkningens helse slik at ikke kostnader tilknyttet sykdom binder opp stadig større deler av økonomien og dårlig helse reduserer produksjonsevnen i befolkningen

Folkehelsearbeid mot befolkningen	Folkehelsearbeid mot bestemte målgrupper
<ul style="list-style-type: none"> - «befolkningsstrategier» - strategiene i folkehelsearbeidet retter seg mot hele befolkningen - «en liten endring hos de mange har større effekt på folkehelsen enn en stor endring hos de få og særlig utsatte» - særtrekk ved folkehelsearbeidet at det tar utgangspunkt i populasjonsnivå 	<ul style="list-style-type: none"> - «høyrisikostrategier» - grupper med spesielle utfordringer - grupper i befolkningen med særlige risiko- og helseproblemer

I det følgende vil den diskursive dimensjonen «helse som individuelt ansvar» vs. «helse som samfunnsansvar» trekkes frem som et eksempel for å tydeliggjøre hvordan analysen førte frem til nettopp disse diskursene.

Foucault refererer til diskurser som måter å tenke og snakke om aspekter av virkeligheten på. En diskurs inkluderer et sett av mulige påstander om et gitt område, samt organiserer og gir struktur til måten spesifikke tema, objekter, prosesser og fenomener blir omtalt på. På bakgrunn av dette vil en diskurs bestå av et sett av «vanlige» oppfattelser som noen ganger (eller kanskje ofte) blir tatt for gitt, er usynlige eller antatt på forhånd (Cheek, 2004).

Allerede tidlig i prosessen var det en forventning at det ville finnes elementer i datamaterialet som på ulike måter omtalte ansvar. Dette på bakgrunn av eksempelvis det Elvbakken (2009) og Elvbakken & Stenvoll (2008) vektlegger om at det kan se ut til at ansvaret for helse i stadig større grad har blitt lagt til enkeltindivider fra 1990-tallet og frem mot i dag. Oppmerksomheten i tilknytning til ansvarsaspektet var altså tilstede på et forholdsvis tidlig tidspunkt, og da det empiriske datamaterialet skulle systematiseres i matriser ble allerede ansvar satt opp som et tema som skulle være i fokus. Det var et ønske at alle de ulike tekstlige elementene omkring ansvar skulle komme frem, og etter hvert som disse ble vurdert ble det utformet seks ulike kategorier; «generelt om ansvar», «statlig/samfunnet som helhet», «regionalt/fylkene», «kommunalt/lokalt», «frivillig sektor» og til slutt «enkeltmennesker/hvert enkelt individ». Når utsagn om ansvar var innhentet fra alle dokumentene i utvalget, startet arbeidet med å lese grundigere gjennom de ulike aspektene for videre å vurdere hvilke sentrale mønstre som kunne finnes. Diskursene hvor helse ses som et individuelt ansvar i forhold til å se helse som et samfunnsansvar utkrystalliserte seg som to spennende diskurser som ble støttet av argumentasjonen som kan ses i tabell 3. Disse utgjorde ytterpunkter i en dimensjon, hvor det å se etter tendenser og historisk utvikling, samt diskursive kamper, ble vurdert til å være av interesse og relevans.

4. Hovedfunn

Gjennom å ha innhentet og analysert det empiriske datamateriale har denne oppgaven tatt sikte på å lete etter sentrale diskurser som preger folkehelsefeltet i dag. I lys av dette vil FLS som et diskursivt og sosialt konstruert tiltak beskrives, samt «plasseres» innenfor de mest sentrale diskursive dimensjonene. Den følgende presentasjonen av hovedfunnene i oppgaven vil på den ene siden basere seg på analyser av åtte offentlige dokumenter som vil kunne gi innblikk i folkehelsepolitiske diskurser som har preget feltet de siste 20 årene, samtidig som det vil bidra med innsikt i hvordan det offentlige karakteriserer og omtaler FLS-tiltaket. Sett i et tidsperspektiv, vil utviklingen av utvalgte diskursive dimensjoner markeres, og eventuell konsensus, sprik, endringer eller tendenser vil fremheves. På den andre siden vil data fra de fire informantene som er i konkret arbeid med FLS trekkes frem, for å kunne tilføre diskursive perspektiver fra personer med praktisk erfaring med tiltaket. Informantenes bidrag vil knyttes opp mot de folkehelsepolitiske diskursive dimensjonene som er ansett som de mest sentrale. Informantene er også en sentral kilde til informasjon om FLS som et diskursivt og sosialt konstruert tiltak.

Grunnet et svært rikt datamateriale og en omfattende analyseprosess, har det fremkommet mange interessante elementer som det kunne vært aktuelt å trekke frem og gå nærmere inn på. Med hensyn til begrensninger i tid og omfang har det vært nødvendig å gjøre noen avgrensninger. Både teoretisk forståelse og analyser har medvirket til at diskursene som presenteres i tabell 3 har blitt ansett som de mest sentrale innen den norske folkehelsepolitikken. De utvalgte diskursene er satt opp som kontinuum mellom to ytterpunkter for å spisse funnene, samt å tydeliggjøre de diskursive kampene mellom disse ytterpunktene. Kapittelet struktureres slik at disse seks dimensjonene belyses i hvert sitt hovedavsnitt med overskriftene «helsebilder», «ansvar for helse», «folkehelsearbeidet – behandling vs. forebygging», «fokus på det syke eller det friske?», «intensjon bak folkehelsearbeidet» og «hvem skal innsatsen rettes mot?». Analysene av de åtte offentlige dokumentene vil utgjøre datagrunnlaget for denne delen av kapittelet. Begrepene helse, folkehelse, samt forebyggende og helsefremmende arbeid vil stå i fokus. Det vil også perspektiver omkring ansvar, økonomi, velferd og målgruppe. Disse valgene baseres på at disse begrepene og perspektivene er fundamentale både innen folkehelsepolitikken og videre for FLS som tiltak. Til sammen vil disse seks avsnittene gi svar på det første forskningsspørsmålet om hvilke sentrale diskurser som preger og utvikler folkehelsefeltet slik

det fremstår for oss i dag, og også belyse nærmere hva som kjennetegner disse diskursene, noe som etterspørres i forskningsspørsmål nummer to.

Tabell 4. Diskursive dimensjoner innen folkehelsepolitikken.

Tolv utvalgte diskurser	
Helse som objektivt målbart fenomen	Helse som subjektiv opplevelse
Helse som individuelt ansvar	Helse som samfunnsansvar
Behandling	Forebygging
Forebyggende innsats	Helsefremmende innsats
Folkehelsearbeid som velferd	Folkehelsearbeid som økonomisk sparing
Folkehelsearbeid mot hele befolkningen	Folkehelsearbeid mot bestemte målgrupper

Når de overordnede folkehelsepolitiske diskursene er presentert, vil fokuset dreies mot FLS. FLS vil først belyses med en beskrivende tekst med utgangspunkt i hvordan tiltaket omtales i datamaterialet, både i dokumenter og av informanter. Ettersom informantene er tilknyttet FLS-konteksten i sitt arbeid, vil deres diskursive perspektiver trekkes frem i et eget kapittel. Dette kapittelet struktureres også i forhold til de seks diskursive dimensjonene. Alle dybdeintervjuene ble foretatt høsten/vinteren 2011, så resultatet av disse analysene gir kun et innblikk i diskursene slik de kommer frem på dette gitte tidspunktet, og det kan derfor ikke trekkes frem noen historisk dimensjon og/eller utvikling. Etter dette vil FLS som helhetlig tiltak til slutt trekkes opp mot og «plasseres» innenfor de folkehelsepolitiske diskursive dimensjonene. Disse tre kapitlene vil svare på forskningsspørsmål tre og fire om hva som karakteriserer FLS som tiltak og hvordan det kan plasseres i tilknytning til de folkehelsepolitiske diskursive dimensjonene. Kapittelet vil deretter avsluttes med en kort oppsummering av hovedfunnene.

Hvert av disse delkapitlene vil oppsummeres med en figur som illustrerer hvordan de offentlige dokumentene kan «plasseres» innenfor den bestemte diskursive dimensjonen som blir omtalt. En visuell figur er også satt inn i starten av kapittel 4.8 for å klargjøre hvem informantene er, deres utdanning og erfaring.

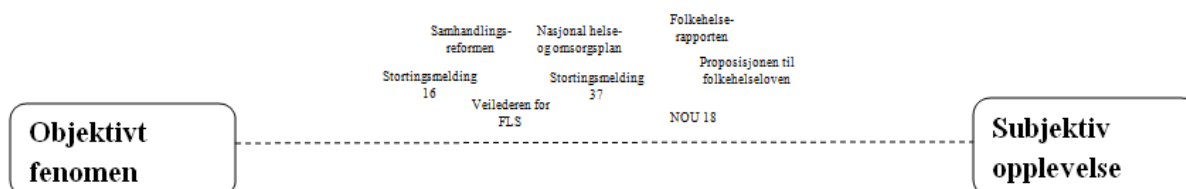
4.1 Helsebilder

Den første diskursive dimensjonen som blir trukket frem innebærer helsediskurser, her omtalt med begrepet «helsebilder» som tydeliggjør at det finnes ulike måter å se og forstå dette fenomenet på. Hovedtrekkene i denne begrepsutviklingen vil trekkes frem i et historisk perspektiv før diskursene «helse som objektivt målbart fenomen» og «helse som subjektiv opplevelse» vil belyses.

Det eldste dokumentet i utvalget presenterer helse som «sunnhet og velvære». Analysen viser at helse som sunnhet går igjen i de fleste dokumentene ved at tema som sunne og usunne levevaner og valg i stor grad trekkes frem. Det presiseres likevel ikke på en tydelig måte hva som karakteriseres som sunt og usunt, og hvilke valg som er sunne og usunne. NOU 18 (1998) belyser at det er et spenn i begrepsforståelsen mellom at helse ses på som «fravær av sykdom» i helsesektoren (s. 15), mens de selv vektlegger at det omfatter mer enn et absolutt eller relativt fravær av sykdom. Det presiseres likevel at det ikke handler om problemfrihet eller velvære til enhver tid, og at en kan oppleve egen helse som god eller meget god selv om det foreligger en kronisk sykdom eller funksjonshemming (s. 156). Dette dokumentet er det første som tydelig trekker frem helse som et subjektivt fenomen ved å påpeke at det handler om *den enkeltes opplevelse av egen helse* (NOU 1998:18, 1998). Av alle dokumentene i utvalget, er det kun stortingsmelding 16 (2003) som tydeliggjør en klar definisjon på hva de legger i helsebegrepet, og her blir fenomenet trukket frem som en investeringsfaktor for det gode liv. Her utdypes det i tillegg at begrepet er omfattende og at det finnes mange sider ved det. De skiller blant annet mellom fysiske og psykiske aspekter. I de nyere dokumentene omtales helse som en viktig prioritering innen alle sektorer, og i stedet for å utdype helsebegrepet i seg selv, så fokuseres det mer på å reflektere omkring påvirkningsfaktorer for helse. Det kommer tydelig frem at helse ses på som et fenomen som påvirkes av en rekke forhold ved både samfunnet og hvert enkelt individ. Helse presenteres også som en *grunnleggende rettighet og et grunnleggende behov* (Helsedirektoratet, 2010; Prop. 90 L (2010-2011), 2011). Proposisjonen til folkehelseloven (2011) viser en kontinuitet i begrepsbruken frem mot moderne tid i forhold til tydeliggjøringen om at god helse handler om mer enn fravær av sykdom. Bildet på helse som investeringsfaktor for det gode liv bekreftes også, i både proposisjonen til folkehelseloven (2011) og nasjonal helse- og omsorgsplan (2011), og begrepet «selvopplevd helse» blir igjen trukket frem i veilederen for FLS (2011).

Selv om det ser ut til å være en økt forståelse av helse som et fenomen basert på hvert enkelt menneskes subjektive opplevelse, kjemper samtidig denne diskursen mot en eksisterende diskurs hvor helse ses på som et fenomen som objektivt kan måles. Det gjøres tydelige forsøk i dokumentene på å omtale befolkningens helsetilstand ved å trekke frem elementer ved sykdoms- og utfordringsbildet vi står ovenfor, samt ulike helsestatistikker. Det eksisterer altså mønstre som fører med seg at en sammen med å ha fokus på subjektiv helseopplevelse, på samme tid er opptatt av å gjøre objektive vurderinger av helsetilstanden i landet. I figur 2

er de offentlige dokumentene vurdert i forhold til disse diskursene, og det er gjort et forsøk på å visualisere hvor de kan plasseres i forhold til de to ytterpunktene. Denne diskursive dimensjonen er aktuell i tilknytning til en diskusjon omkring målsetting og prioritering av dagens folkehelsearbeid.



Figur 2. Dokumentene plassert i forhold til ulike «helsebilder».

4.2 Ansvar for helse

I det forrige kapittelet ble ulike helsebilder presentert med et særlig fokus på om helse ses på som et objektivt fenomen eller om det er et fenomen som baseres på en subjektiv opplevelse. I det kommende avsnittet vil det trekkes frem ulike aspekter omkring hvem som omtales å ha ansvaret for helse. Den diskursive dimensjonen «helse som individuelt ansvar» og «helse som samfunnsansvar» vil utdypes.

Det presiseres allerede i stortingsmelding 37 at «det å klargjøre og påvirke samspillet mellom individ og samfunn, og finne *balansen mellom enkeltmenneskets og samfunnets ansvar*, er en utfordring» (1993, s. 35). Ytterpunktene i denne dimensjonen er på den ene siden karakterisert gjennom diskursen «helse som individuelt ansvar», som innebærer at *hvert enkelt individ selv har, og bør ta, ansvar for egen helse*. På den andre siden vektlegges det derimot at mennesker påvirkes av så mange faktorer som er utenfor eget handlingsområde, at det derfor må være *samfunnet* som må ha *ansvar* for å legge til rette for at hvert enkelt menneske i befolkningen skal kunne ha de beste forutsetningene for en god helsetilstand. Denne diskursen blir omtalt som «helse som samfunnsansvar». Datamaterialet reflekterer kamper mellom disse diskursene. I stortingsmelding 37 (1993) påpekes det tydelig at vi som samfunn både har en etisk forpliktelse, samt et ansvar for nye generasjoners helse og sosiale kår. I NOU 18 (1998) introduseres *empowermentsbegrepet*⁹, noe som videre støtter opp om samfunnsansvaret gjennom å vektlegge at det er samfunnet som skal stå ansvarlig og legge til rette for at dette prinsippet følges. Samtidig åpner dette prinsippet også for økt fokus på individuelt ansvar. Det står sentralt å mobilisere *folks egen styrke og evne til å ta beslutninger*, og det påpekes at det

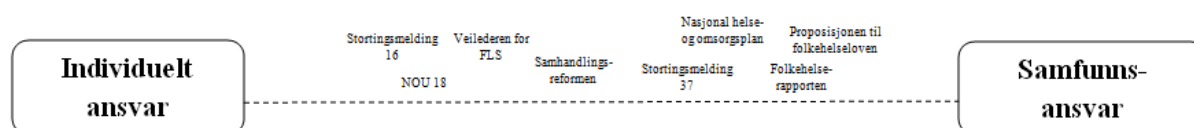
⁹ Empowerment defineres i NOU 18 som at «folk blir i stand til å definere sine problemer ut fra sin egen situasjon og finner sine egne løsninger i fellesskap med andre» (NOU 1998:18, 1998, s. 16)

er viktig at en ikke blander seg inn i hvordan folk lever sine liv, samt at det ikke må gjøres forsøk på å forandre mennesker. Dette trekker ansvaret bort fra samfunnet/staten. I stortingsmelding 16 (2003) og samhandlingsreformen (2009) brukes begrepet medvirkning i stedet for empowerment. Det vektlegges at det er viktig å styrke *den enkeltes opplevelse av egen mestring*, og det reflekteres en tydelig individuell ansvarsdiskurs, særlig i stortingsmelding 16 (2003). Empowermentsbegrepet trekkes frem både i folkehelse rapporten (2010), proposisjonen til folkehelse loven (2011), samt i veilederen for FLS. Selv om begrepet altså brukes i noe ulik grad i de forskjellige dokumentene, og det er ingen tydelig tendens i denne begrepsbruken i forhold til det generelle inntrykket av hvor ansvaret for helse plasseres. Det gjennomgående fokuset på sunnhet, valg, levevaner og helseatferd¹⁰ i dokumentene bidrar i retning av den individuelle ansvarsdiskursen. Tendensen mot å plassere ansvaret for helse på *enkeltindivider* er ellers tydeligst i NOU 18 (1998), og spesielt i stortingsmelding 16 (2003), noe som kanskje er naturlig sett i lys av den sittende regjeringen i årene rundt da disse dokumentene ble publisert. De senere dokumentene vektlegger eksplisitt at det er mye utenfor enkeltindividers rekkevidde som påvirker helse, og at det dermed må være *samfunnet og staten som bør påta seg et hovedansvar*, noe som reflekterer sosialistiske verdier og dermed sammenfaller med sittende regjering.

Som vi har sett i det forrige kapittelet, så ser det ut til at det er større og større oppmerksomhet rundt påvirkningsfaktorer for helse i de offentlige dokumentene. Dette tydeliggjøres i folkehelse rapporten (2010) som en motsats til å ha fokus på sykdommer, noe som videre bekreftes i proposisjonen til folkehelse loven (2011) gjennom å påpeke at det har vært en dreining av folkehelse arbeidet fra et *sykdomsperspektiv* til et *påvirkningsperspektiv*, hvor oppmerksomheten nå i større grad rettes mot faktorer som påvirker helsen (Prop. 90 L (2010-2011), 2011). Disse faktorene omtales i folkehelse rapporten (2010) med begrepet «helse determinanter». Alle dokumentene trekker frem at både *individuelle og samfunnsmessige faktorer* er betydningsfulle i forhold til å påvirke befolkningens helsetilstand. Vektleggingen av de ulike «helse determinantene» kan i tillegg indikere visse synspunkter tilknyttet hvor ansvaret for helse «plasseres». Det er en tendens at de *individuelle påvirkningsfaktorene* er vektlagt i størst grad i NOU 18 (1998), stortingsmelding 16 (2003), samt i veilederen for FLS (2011). Bruken av begrepene «livsstilssykdommer», «levevaner» og «helseatferd» som blir viet mye oppmerksomhet i alle dokumentene, støtter også opp om

¹⁰ Helseatferd defineres i folkehelse rapporten som «atferd og levevaner som har stor betydning for helsa» (Helse direktoratet, 2010, s. 14). Eksempler som kosthold, fysisk aktivitet, tobakks bruk, alkohol bruk, seksualvaner og bruk av illegale rusmidler trekkes frem.

fokuset på disse individuelle påvirkningsfaktorene. Dette kan igjen antyde en retning innen en individuell ansvarsdiskurs. Selv om disse er tydelige også i folkehelse rapporten (2010) og proposisjonen til folkehelse loven (2011), så presiseres det likevel tydelig der at det er *samfunnsforhold og omkringliggende faktorer* som i størst grad er med på å påvirke forskjellene i levevaner, noe som kan tolkes i retning av at ansvaret trekkes litt bort fra enkeltindivider, og mer i retning av et samfunnsansvar.



Figur 3. Hvor «plasseres» ansvaret for helse i dokumentene?

4.3 Folkehelsearbeidet – behandling vs. forebygging

Det er helsediskursene som til nå har vært i fokus, og nå vil interessen dreies mer mot folkehelse og folkehelsearbeidet slik det omtales i de offentlige dokumentene. Den historiske utviklingen og meningsinnholdet i denne begrepsbruken vil presenteres, før det går nærmere inn på forebyggingsbegrepet og ulike nivåer av forebygging. Diskursen «forebygging» skal deretter trekkes frem sett opp mot den eksisterende «behandlingsdiskursen» som også ser ut til å stå sterkt i dag til tross for et tydelig uttalt forebyggingsfokus. Begrepene folkehelse, folkehelsearbeid, forebyggende og helsefremmende arbeid vies forholdsvis mye oppmerksomhet i de offentlige helse-/folkehelse dokumentene. Likevel viser analysen at forståelsen for og bruken av disse begrepene varierer. Helsefremmende arbeid er det minst fremtredende, og den helsefremmende diskursen vil presenteres nærmere i det neste kapittelet.

4.3.1 Folkehelsebegrepet

Det er bare NOU 18 (1998), folkehelse rapporten (2010), proposisjonen til folkehelse loven (2011) og nasjonal helse- og omsorgsplan (2011) som trekker frem en bestemt definisjon av folkehelsebegrepet. I NOU 18 (1998) benyttes en bred og utdypende definisjon; «folkehelse er «summen» av *individens* helse som vil omfatte høyst forskjellige faktorer og indikatorer, *helsebegrepets subjektivitet* tatt i betraktning» (NOU 1998:18, 1998, s. 156). Videre trekkes det frem at god folkehelse innebærer to komponenter. Lavt nivå av sykdom og gode leveutsikter på den ene siden og høy livskvalitet på den andre. Folkehelse rapporten (2010), proposisjonen til folkehelse loven (2011) og nasjonal helse- og omsorgsplan (2011) presenterer en betydelig enklere definisjon, og presiserer at det handler om *befolkningens* helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i *befolkningen*.

4.3.2 Folkehelsearbeid

Begrepet folkehelsearbeid utdypes ikke, og brukes kun noen få ganger i datamaterialets første dokument. I det andre dokumentet trekkes følgende definisjon frem; ”*samfunnets totale innsats* for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen” (NOU 1998:18, 1998, s. 67), noe som i tillegg bekrefter og plasserer et tydelig *samfunnsmessig ansvar* for dette arbeidet. I stortingsmelding 16 (2003) tydeliggjøres et fokus på at innsatsen skal rette seg mot det som påvirker helse; «Folkehelsearbeidet innebærer å svekke det som medfører helserisiko og styrke det som bidrar til bedre helse» (St.meld. nr. 16 (2002-2003), 2003, s. 6). Disse to definisjonene ser ut til å være utgangspunktet for både samhandlingsreformen (2009), folkehelse rapporten (2010), samt for veilederen for FLS (2011). Proposisjonen for folkehelseloven (2011), samt nasjonal helse- og omsorgsplan (2011) presenterer en mer omfattende definisjon hvor det poengteres at innsatsen må rettes mot faktorer som både direkte og indirekte fremmer, forebygger og beskytter. De påpeker i tillegg at arbeid for en jevnere fordeling av disse faktorene må inkluderes. Omfanget og samfunnsansvaret for arbeidet bekreftes gjennom at det trekkes frem at det blir viktig å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, beskytter mot helsetrusler og som fremmer fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse. Folkehelse rapporten (2010) er det første dokumentet som konstaterer at det med en definisjon av folkehelsearbeid også følger noen avgrensninger. Det presiseres at folkehelsearbeidet ikke omfatter kurative tjenester i form av klinisk diagnostikk, behandling, pleie og omsorg, og heller ikke habilitering og/eller rehabilitering (Helsedirektoratet, 2010). Proposisjonen til folkehelseloven (2011) støtter også opp om denne avgrensningen. Avslutningsvis kan det oppsummeres med at tendensen er at folkehelsearbeid blir omtalt som et mer og mer omfattende fenomen, og at det med tiden har fremkommet et behov for å avgrense og klargjøre både hva folkehelsearbeidet er og ikke er.

4.3.3 Forebyggende arbeid

I de tidligste dokumentene fremstilles «forebyggingsbegrepet» som et fokus på bestemte faktorer og risiko for sykdom, og det å fjerne, redusere og motvirke disse. Det presenteres altså en form for sykdoms- eller risikofokus, hvor innsatsen skal rettes mot det som kan forårsake sykdom. I samhandlingsreformen (2009) trekkes det frem at det er et mål å redusere risiko for sykdomsutvikling, noe som kan tolkes som om det er et ønske eller behov for å rette forebyggingsinnsatsen mot personer som allerede er syke. I folkehelse rapporten (2010) vektlegges mer positive elementer om at det handler om å opprettholde befolkningens helse når sykdomsforebygging omtales. Videre presenteres det at dette skal oppnås gjennom «å

forhindre at sykdom, skade eller lyte oppstår» (Helsedirektoratet, 2010, s. 21), noe som kan antyde et større fokus på innsats rettet mot personer som er friske. Mange av dokumentene påpeker ulike nivåer av forebygging; primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Denne presiseringen fremstår sentral, ettersom det kan reflektere hvorfor forebyggingsbegrepet blir benyttet noe ulikt og det eksisterer ulik forståelse rundt hva forebygging innebærer. Disse nivåene vil kort trekkes frem i det følgende.

Primærforebygging

Primærforebygging omtales i stortingsmelding 37 (1993) som å være innsats som skal rettes mot *hele befolkningen* før mulige problemer oppstår. Det å hindre at sykdom oppstår, og det å unngå sykdom og skade vektlegges videre i NOU 18 (1998) og samhandlingsreformen (2009). I folkehelse rapporten (2010) blir primærforebygging omtalt som «den genuine forebyggingen», og her avviker definisjonen litt fra de forrige ved å fokusere på at det er snakk om både å *styrke helsen*, samt å *hindre utvikling* av sykdom, skade eller lyte. I proposisjonen til folkehelse loven (2011) er det igjen fokus på å hindre at sykdom, skade eller lyte *oppstår*, mens veilederen for FLS (2011) presiserer at det er innsats for «å forhindre eller utsette sykdomsforløp» (Helsedirektoratet, 2011, s. 8)

Sekundærforebygging

Sekundærforebygging presenteres i større grad som forebygging som retter seg mot *risikogrupper/bestemte grupper som ligger i faresonen og/eller har etablert sykdom*. Det beskrives som en innsats for å hindre videreutvikling og/eller hindre tilbakefall til vanskelige livssituasjoner eller sykdom. I folkehelse rapporten (2010) får begrepet betegnelsen «tidlig inngripen», og deles videre inn i tre faser; «innsats i symptomfri fase», «innsats ved begynnende faresignaler eller uhelse» og «innsats i klinisk (symptomgivende) fase for å hindre tilbakefall av en sykdom». Denne inndelingen benyttes også i proposisjonen til folkehelse loven (2011), men her inkluderes enda et sett begreper om de ulike fasene. Innsatsen i symptomfri fase blir kalt «folkehelsetilnærmingen til sekundærforebygging», innsats ved begynnende faresignaler eller uhelse får merkelappen «tidlig intervensjon» og innsats i klinisk, symptomgivende fase omtales som den «kliniske tilnærmingen til sekundærforebyggingen» (Prop. 90 L (2010-2011), 2011). I veilederen for FLS (2011) fokuseres det igjen på det å forhindre forverring eller videreutvikling av sykdom, men elementet med å hindre tilbakefall er her ekskludert.

Tertiærforebygging

Tertiærforebygging fremstilles som innsats som retter seg mot individer som allerede befinner seg i en sykdoms- eller problemsituasjon. Det er her fokus på rehabilitering, det å lære seg å leve beste mulig i den situasjonen man befinner seg i, samt å hindre forverring. I veilederen for FLS betegnes det som «å minske følgene en sykdom får for funksjon og livskvalitet» (Helsedirektoratet, 2011, s. 8).

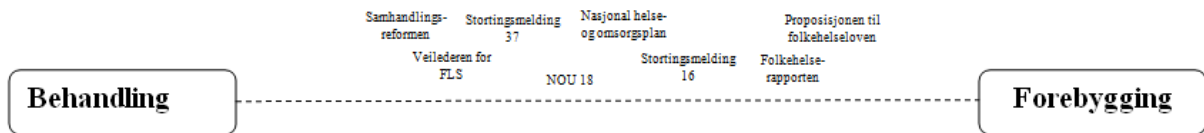
Avsluttende kommentarer

I både folkehelse rapporten (2010) og proposisjonen til folkehelse loven (2011) gjøres det en avgrensning i forhold til hvilken type forebyggingsinnsats som faller inn under folkehelsebegrepet. Det presiseres at primærforebygging, samt sekundærforebygging i symptomfri fase inkluderes i folkehelsearbeidet, og at tidlig intervensjon også kan innlemmes. Sekundærforebygging i symptomgivende fase og tertiærforebygging faller derimot utenfor.

Befolkningsstrategier og høyrisikostrategier er begreper som benyttes i stortingsmelding 37 (1993), og er koblet til henholdsvis primærforebyggende og sekundærforebyggende arbeid. Befolkningsstrategier vektlegges videre i NOU 18 (1998), og her påpekes det at dette arbeidet burde få større plass. På bakgrunn av dette har begrepet «*ovenfra-og-ned-strategi*» blitt benyttet om sykdomsforebyggende arbeid i dette dokumentet.

4.3.4 Forebygging vs. behandling

Som vi har sett viser analysen at forebyggingsbegrepet innebærer flere ulike elementer og nivåer, og at forebygging dermed kan inkludere forskjellig forståelse og mening. Når begrepet forebygging benyttes i dokumentene, presiseres det i liten grad hvilken forebyggende innsats som er i fokus. Begrepet benyttes mye, og det er tydelig at forebyggingsinnsats fremheves. Likevel skinner det gjennom at det i tillegg eksisterer en sterk behandlingsdiskurs, noe som trekker forebyggingsdiskursen i retning av sekundær- og/eller tertiærforebygging, og som i følge definisjonen i noen av dokumentene derfor faller utenfor folkehelsearbeidet. Mye av den forebyggende innsatsen som interessen rettes mot i de nyeste offentlige dokumentene har risikogrupper og enkeltindivider med en allerede identifisert risiko, symptomer og/eller diagnoser, som målgruppe. Dette kan reflektere pågående kamper mellom forebyggings- og behandlingsdiskurser, og til tross for at begrepet forebygging benyttes mer og mer, så preges innsatsen likevel i stor grad av en behandlingstankegang.



Figur 4. Dokumentene plassert i forhold til *behandling* vs. *forebygging*.

4.4 Fokus på det syke eller det friske?

I det forrige kapittelet ble folkehelsebegrepene belyst nærmere, og den diskursive dimensjonen mellom behandlingsdiskurser og forebyggingsdiskurser ble trukket frem. Folkehelsearbeidet skal igjen vektlegges i det følgende, men med fokus på å trekke frem kampene mellom interesse for forebyggende innsats i forhold til helsefremmende innsats. Det er sentralt å påpeke at denne dimensjonen skiller seg fra den forrige ved at det ikke er et mål å se forebygging opp mot behandling. Derimot er det av interesse å vurdere om innsatsen på folkehelsefeltet preges av et fokus på det syke, noe det i stor grad gjør innen forebyggingsdiskursen, fremfor det friske som omfattes av den helsefremmende tankegangen. Fremstillingen av forebyggende arbeid fra det forrige kapittelet vil likevel trekkes med inn i dette kapittelet, mens det vil gjøres en nærmere presentasjon av hva den helsefremmende diskursen innebærer.

NOU 18 (1998) er det første dokumentet hvor det vektlegges det at det finnes to ulike dimensjoner ved folkehelsearbeidet – det å forebygge sykdom på den ene siden og det å fremme helse på den andre. Det presiseres at det verken er mulig eller hensiktsmessig å skille disse dimensjonene fra hverandre, ettersom de ikke kan ses uavhengig av hverandre. Ethvert tiltak i folkehelsearbeidet har begge dimensjoner innebygget, men enkelte tiltak kan sies å være overveiende helsefremmende, mens andre har overvekt av å være sykdomsforebyggende (NOU 1998:18, 1998). I folkehelse rapporten (2010) påpekes det likevel at et fagteoretisk og prinsipielt skille mellom sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid kan være nyttig, men at innsatsen imidlertid vil gå hånd i hånd, utfylle hverandre og i stor grad overlape hverandre i det praktiske folkehelsearbeidet. Proposisjonen til folkehelsesloven (2011) påpeker også at folkehelsearbeidet omfatter både helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, så til tross for at skillet mellom disse dimensjonene omtales å ha begrenset verdi i det daglige, praktiske folkehelsearbeidet, så vil de likevel belyses opp mot hverandre i en diskursiv dimensjon som innebærer «forebyggende innsats» på den ene siden, og «helsefremmende innsats» på den andre. Ser man denne dimensjonen gjennom et diskursanalytisk blikk, vil det absolutt kunne føre med seg ulik folkehelse-praksis.

4.4.1 Helsefremmende arbeid

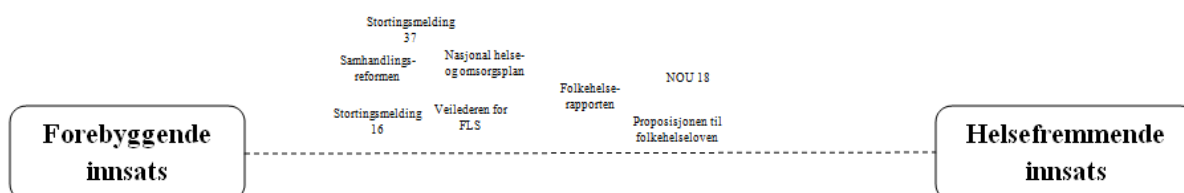
Helsefremmende arbeid blir i mindre grad enn forebyggingsbegrepet omtalt i de offentlige dokumentene, og det blir heller ikke presentert i like stort omfang. Likevel kommer det frem et synspunkt på helsefremmende arbeid som at det handler om å fremme helse, og å styrke det som bidrar til helse, noe som derfor avhenger av hvilken helseforståelse som legges til grunn. NOU 18 (1998) er det dokumentet som i størst utstrekning utdyper hva helsefremmende innsats innebærer og det vektlegges som betydningsfullt, særlig på kommunenivå. Elementer som empowerment, det å utvikle aksepterende, støttende og gode lokalsamfunn, samt arbeid for at *alle* skal føle seg verdsatt og nyttig for seg selv og andre og samarbeid, vektlegges som sentrale elementer i den helsefremmende innsatsen (NOU 1998:18, 1998). Det å øke *folks* selvfølelse, kompetanse og problemløsende evne og utvikle sosiale relasjoner trekkes også frem som sentralt, og det å styrke kroppens forsvar gjennom ernæring, gode levevaner og mosjon. Målet er altså bedre motstandskraft, samt bedre livskvalitet og trivsel. Det påpekes som betydningsfullt at dette arbeidet tar utgangspunkt i forholdene i hver enkelt kommune eller lokalsamfunn, og at innsatsen kan betraktes som en form for ”*nedenfra-og-opp-strategi*”. Begrepet vektlegges i liten grad i de to neste dokumentene, mens det i folkehelse rapporten (2010) tydeliggjøres at målet med helsefremmende arbeid er å få folkehelsen nærmere WHO sin helsedefinisjon¹¹. Proposisjonen til folkehelse loven (2011) trekker frem aspekter som ligner det som omtales i NOU 18 (1998). Begrepene helsefremmende livsstil, det å fremme helse og helsefremmende arbeid presenteres i nasjonal helse- og omsorgsplan (2011), men utdypes ikke nærmere. Veilederen for FLS (2011) presiserer en definisjon på helsefremmende arbeid som ligner på definisjonen av empowerment; «en prosess som gjør at *den enkelte* så vel som *fellesskapet* får mer kontroll over forhold som virker inn på helse, og som dermed gjør *den enkelte* i stand til å bedre sin egen helse» (Helsedirektoratet, 2011, s. 8).

4.4.2 Forebyggende vs. helsefremmende innsats

Ser en nærmere på den diskursive dimensjonen mellom «forebyggende» og «helsefremmende» innsats, kan det se ut til at den «forebyggende» diskursen i større grad innebærer et fokus på det som er uønsket. Det er om å gjøre å unngå sykdom, risikofaktorer og det som kan anses som helsetrusler. Den «helsefremmende» diskursen består i større grad i et optimistisk fokus hvor en skal bygge videre på det positive som allerede finnes og styrke det. Som allerede nevnt i det forrige kapitlet, er det nok likevel forskjell på hvilket

¹¹ Helse defineres av WHO som «en tilstand av fullstendig fysisk, sosialt og mentalt velvære» (Nutbeam, 1998, s. 351).

perspektiv man inntar tilknyttet hvilket forebyggingsnivå som omtales og er av interesse. De aller fleste dokumentene føyer seg i størst grad inn i retning av forebyggingsdiskursen, og det eksisterer et forholdsvis tydelig fokus på sykdom, risikofaktorer, helsetrusler og hvordan vi møter disse utfordringene. Likevel er det i tillegg noen av dokumentene som i større grad nærmer deg den helsefremmende diskursen med et uttalt fokus på mer positive, i følge NOU 18 (1998) kalt *salutogene faktorer* (s. 245). *Salutogenese* presenteres også som begrep i veilederen for FLS og defineres som «læren om det som fremmer positiv helse» (s.5).



Figur 5. Dokumentene plassert i forhold til forebyggende vs. helsefremmende innsats.

4.5 Intensjon bak folkehelsearbeidet

De to foregående kapitlene viser et mangfold i forståelse og bruk av «folkehelsebegrepene», som i stor grad påvirker hvordan folkehelsearbeidet utøves i landet vårt. Nå skal de to siste diskursive dimensjonene presenteres. Det inkluderer en diskusjon av både intensjonen bak, samt målgruppe for folkehelsearbeidet, noe som vil gi ytterligere støtte til å belyse hvorfor folkehelsearbeidet går i den retningen det gjør i dag. I dette kapitlet vil intensjonen bak folkehelsearbeidet utdypes gjennom først å trekke frem hvordan målsettingen for arbeidet presenteres, før den diskursive dimensjonen «folkehelsearbeid som velferd» vs. «folkehelsearbeid som økonomisk sparing» drøftes. Gjennom presentasjonen av målet for folkehelsearbeidet, vil også noen elementer som kan knyttes til ansvars- og målgruppediskursene utheves i kursiv. Det som kan knyttes til målgruppediskursene vil omtales utdypende i neste kapittel, mens ansvarsdimensjonen helt kort vil nevnes i løpet av dette kapitlet.

4.5.1 Mål for folkehelsearbeidet

Det kan være interessant å se på hva og hvem dokumentene presenterer at innsatsen skal rette seg mot. I stortingsmelding 37 (1993) påpekes det at målsettingen er for «så mange som mulig», og at det handler om «fravær av sykdom og sosiale problemer» (s. 17), noe som faller innenfor en forebyggingsdiskurs. NOU 18 (1998) vektlegger at det å beholde god helse, bør stå mer sentralt enn å kjempe seg ut av farlige sykdommer, og trekker inn *enkeltindividets ansvar* i større grad ved å presisere at det handler om «deltakelse, mestring og kontroll over

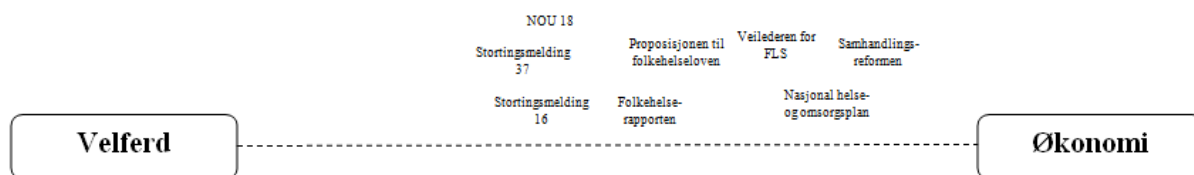
egen situasjon, og om å la engasjement og initiativ avløse avmaktfølelse» (NOU 1998:18, 1998, s. 39). Dette sammenfaller mer med helsefremmingsdiskursen og en individuell ansvarsdiskurs. Fra og med stortingsmelding 16 (2003) samsvarer definisjonene i stor grad. Målet er «flere leveår med god helse», og det å redusere sosiale helseforskjeller er også lagt til som sentralt element. Hvilken helseforståelse og helsediskurs en omgis av, får derfor stor betydning for hvilken innsats som settes inn for å nå denne målsettingen.

4.5.2 Velferd vs. økonomi

Som vi nå har sett, eksisterer det forholdsvis stor enighet fra offentlig hold omkring at målet for det norske folkehelsearbeidet er; «flere leveår med god helse», noe som kan antyde at folkehelsearbeidet faller innenfor en velferdsdiskurs hvor folkets helse og velferd er det som står i fokus. På tross av dette har analysen likevel vist at økonomiske hensyn fremstilles som et vel så viktig element, selv om det ikke innlemmes tydelig i de overordnede målsettingene. Den diskursive dimensjonen «folkehelsearbeid som velferd» og «folkehelsearbeid som økonomisk sparing» og kampene mellom disse to ytterpunktene klargjør ulike synspunkter når det kommer til intensjonen bak folkehelsearbeidet. Videre påvirker det også retningen for dette arbeidet.

Samfunnsøkonomiske konsekvenser av sykdom og helseutfordringer trekkes i stor grad frem i alle de offentlige dokumentene. Det vektlegges klart at blant annet livsstils- og helseatferdsrelaterte sykdommer og utfordringer medfører store samfunnsmessige kostnader, både direkte kostnader innen helsetjenesten, samt kostnader i forbindelse med sykefravær, trygdeutgifter og velferdstap. I samhandlingsreformen (2009) trekkes det frem at dette kan «true samfunnets bæreevne» (s. 21). Proposisjonen til folkehelseloven (2011) påpeker at det i forbindelse til dette blir «nødvendig å investere i befolkningens helse slik at ikke kostnader tilknyttet sykdom binder opp stadig større deler av økonomien og dårlig helse reduserer produksjonsevnen i befolkningen» (s. 48). Stortingsmelding 37 (1993) ytrer på den ene siden at forebygging kan lønne seg rent økonomisk, og flere av de senere dokumentene påpeker også at dette arbeidet kan ha en samfunnsøkonomisk gevinst. Likevel tydeliggjøres det i den tidligste stortingsmeldingen at denne innsatsen ikke først og fremst handler om økonomi. Det kan synes å være et stadig mer fokus på dette økonomiske aspektet frem mot de nyeste dokumentene, og fra og med samhandlingsreformen (2009) fremkommer det en tydelig retning mot å se folkehelsearbeid som økonomisk sparing. Forebygging og tidlig innsats argumenteres for ved at helsegevinstene det kan gi, omtales å ha potensial til å føre med seg samfunnsmessige innsparinger. Kostnadseffektivitet presenteres som begrep, og dilemmaet

med at kostnadene folkehelsearbeidet medfører i dag potensielt ikke vil gi gevinster før lengre frem i tid, diskuteres. Det at kostnadseffektive tiltak forfektes, og at folkehelsearbeid som økonomisk sparing står sterkt, kan føre med seg at helse- og velferdsaspektene kommer litt i bakgrunnen. Denne dimensjonen viser tydelig at diskursive kamper kan foregå mer eller mindre skjult. Med et tydelig og uttalt mål om «bedre helse i befolkningen», viser det seg ved en nærmere gjennomgang at folkehelsearbeidet i større grad måles opp mot «økonomisk sparing».



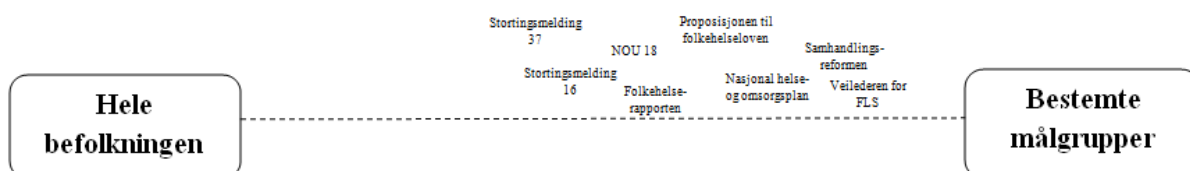
Figur 6. Dokumentene plassert i forhold til intensjon bak folkehelsearbeidet.

4.6 Hvem skal innsatsen rettes mot?

Vi har til nå vært innom sentrale diskursive dimensjoner når det kommer til både helse, ansvar, og ulike sider ved folkehelsearbeidet. Den siste dimensjonen som belyser hvem innsatsen omtales å skulle rette seg mot, skal presenteres i det følgende ut i fra ytterpunktene i diskursene «folkehelsearbeid mot hele befolkningen» og «folkehelsearbeid mot bestemte målgrupper». Begreper fra datamaterialet som kan bidra til klarhet i denne diskursive dimensjonen er «befolkningsstrategier» vs. «høyrisikostrategier». Denne dimensjonen påvirkes i stor grad av de tidligere belyste dimensjonene. Ulik tilknytning til de forskjellige diskursene vil ha betydning i forhold til hvem som anses som «riktig» målgruppe, samt hvordan disse blir omtalt og videre hvordan de blir møtt i det praktiske arbeidet. Ser en helse som et objektivt fenomen vil en kanskje i stor grad rette seg mot personer som objektivt kan måles å ha dårlig helse. Påvirkes en av en behandlingsdiskurs eller forebyggingsdiskurs som preges av sekundær- og/eller tertiærforebygging vil også de som allerede har risikofaktorer, eller er syke, være dem en i første omgang ønsker å «behandle». Primærforebyggingsdiskursen og helsefremmingsdiskursen åpner for en bredere tilnærming, og den såkalt «friske» befolkningen vil mest sannsynlig inkluderes. Befolkningen som helhet vil sannsynligvis også være målgruppe hvis intensjonen for folkehelsearbeidet er velferd, fremfor at innsatsen i stedet for vil rette seg mot bestemte målgrupper som ses på som økonomisk belastende, hvis en faller inn under diskursen hvor folkehelsearbeid ses på som økonomisk sparing. Når det kommer til ansvarsdiskursene kan disse føre med seg synspunkter på om det blir viktig å rette seg mot enkeltindivider og «helsedeterminanter» eller om det er

viktigere å fokusere på større samfunnsmessige strukturer og se befolkningen i et helhetlig perspektiv. Folkehelse rapporten (2010) nevner i denne forbindelse et såkalt «forebyggingsparadoks» som innebærer at «en liten endring hos de mange har større effekt på folkehelsen enn en stor endring hos de få og særlig utsatte» (s. 23). Som et eksempel trekkes det frem at «en beskjeden kostholdsending i den norske befolkning i retning av mindre mettet fett og mer frukt og grønt vil ha større betydning for folkehelsen enn intervensjon overfor enkeltpersoner med høyt kolesterol» (Helsedirektoratet, 2010, s. 23).

Ser en denne diskursive dimensjonen i forhold til hvordan målsettingen for folkehelsearbeidet presenteres i de offentlige dokumentene, kan dette reflektere en utvikling i hvem som presenteres som målgruppe. Her vises det tydelig at det er variasjon i om målsettingen har fokus på *befolkningen*, *befolkningen som helhet* og/eller *den enkelte*, og om *bestemte målgrupper* trekkes frem. Noe av det som utmerker seg som interessant er utviklingen fra å ha fokus på en målsetting for *så mange som mulig* i utvalgets første dokument, til et mer *individuell fokus* i NOU 18 (1998), før *befolkningen som helhet* vektlegges i de neste dokumentene. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011) støtter så opp om *individfokus*, mens *befolkningen som helhet* igjen markeres i veilederen for FLS (2011). Det er stortingsmelding 16 (2003), proposisjonen for folkehelse loven (2011), samt veilederen for FLS (2011) som tydeliggjør *spesifikke målgrupper* som det er særlig viktig å rette seg mot i målsettingen. Denne dimensjonen viser, som den forrige, at det er én ting hva som presiseres forholdsvist klart tekstlig i dokumentene, sammenlignet med hva som kommer frem når en analyserer dem grundigere og med et diskursanalytisk blikk. En generell og oppsummerende oppfatning er at dokumentene vektlegger et folkehelsearbeid mot *befolkningen som helhet*. Det presenteres at dette gir størst «gevinst», det innebærer «genuin forebygging» og inkluderes også i den helsefremmende diskursen. Til tross for dette, preges de konkrete forslagene til praktisk folkehelseinnsats av å rette seg mot *bestemte målgrupper* med betydelig risiko og/eller som allerede har utviklet sykdom av umiddelbar eller kronisk art.



Figur 7. Dokumentene plassert i forhold til hvem innsatsen omtales å skulle rette seg mot.

4.7 FLS – hva er det?

I det foregående har de seks utvalgte folkehelsepolitiske diskursive dimensjonene blitt presentert og belyst nærmere. Videre vil fokuset nå rettes mot FLS og hvordan dette bestemte folkehelseiltaket beskrives. Grunnet lite tekstlig bidrag om FLS fra dokumentene i utvalget, hvis en ser bort fra veilederen for FLS (2011), har som nevnt informasjon fra stortingsproposisjon 1s (2010) og proposisjonen til helse- og omsorgstjenesteloven (2011) blitt inkludert. I tillegg har observasjonene på konferanser, deltakelse på kurs i motiverende samtale, samt intervjuene med informantene derfor supplert datamaterialet godt i dette henseende. Det som kommer frem som de mest elementære sidene ved FLS vil presenteres forholdsvis kort for å danne et oversiktlig bilde av tiltaket. Dette vil videre tas med inn i kapittel 4.9 hvor FLS som et populært og aktuelt tiltak i dag vil trekkes opp mot og ses i lys av de folkehelsepolitiske diskursene.

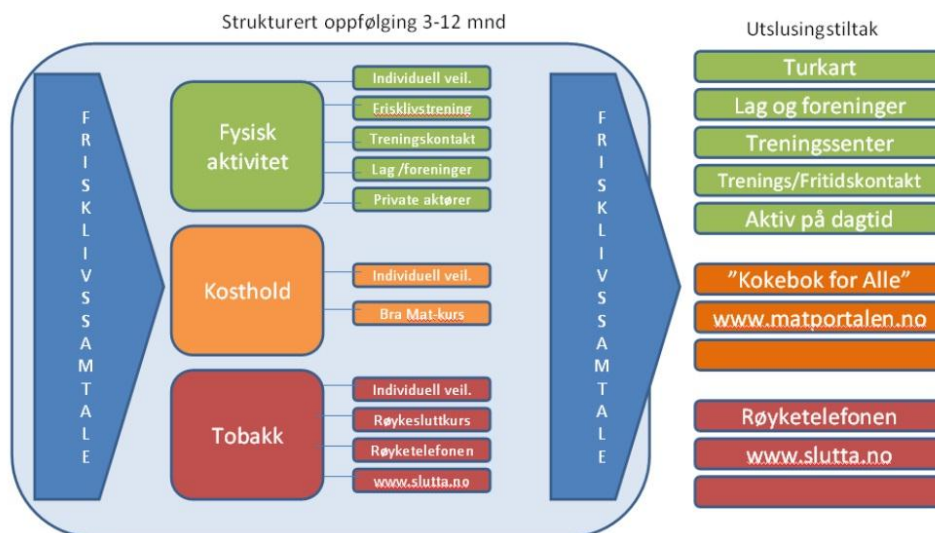
Ettersom historikken bak FLS ble presentert i kapittel 2.2.4, og datamaterialet som tydelig omtaler tiltaket er publisert innenfor de to-tre siste årene, er det ikke så relevant eller mulig å trekke frem noen særlig form for historisk utvikling. Det vil derfor inntas et nåtidsperspektiv på beskrivelsene i alle disse tre neste kapitlene i fremstillingen av hovedfunnene. Det første som er viktig å påpeke er at tiltaket FLS og arbeidet som drives der i stor grad varierer fra kommune til kommune. Dette bunner blant annet i at et sentralt element ved FLS-driften nettopp omtales å innebære et fokus på lokal forankring og å tilpasse seg eksisterende omkringliggende forhold. Til tross for ulik erfaring og drift, så vil det likevel gjøres et forsøk på å trekke frem det som kan sies å være forholdsvis gjengs eller vanlig innen FLS. Det er sentralt å markere at teoretisk innblikk i det som presenteres i dokumenter som anbefalinger og føringer for FLS som tiltak, ikke nødvendigvis sammenfaller med det som praktisk foregår på de ulike sentralene. Informantene har likevel bidratt med dypere innsikt også for å kunne si noe om den praktiske driften.

En FLS beskrives som et *kommunalt kontaktpunkt* og *ressurscenter* som skal ha kompetanse på levevaner og helseatferd som eksempelvis kosthold, fysisk aktivitet og røyk. Som kontaktpunkt menes det at FLS bør ha oversikt over allerede eksisterende tilbud i både privat og kommunal regi, og som ressurscenter er funksjonen å inneha eller være tilknyttet relevant kompetanse. I tillegg til kompetanse innen kosthold, fysisk aktivitet og røyk nevnes kompetanse innen folkehelse, friskfaktorer, sosial ulikhet i helse, kultur- og migrasjonshelse, lavterskeltilbud, rus, psykisk helse og brukermedvirkning som noe som bør være tilgjengelig (Helsedirektoratet, 2011). Tiltaket omtales på den ene siden å skulle være en del av

kommunens helsetilbud innen *forebygging og tidlig innsats* gjennom et *resepttilbud* som inkluderer en *frisklivsresept*. Dette for å styrke «broen» mellom medisinsk behandling og egenmestring. På den andre siden skal tiltaket også kunne *bidra til bedre funksjon og livskvalitet for befolkningen* gjennom *helsefremmende tiltak*. Begge disse funksjonene vil forklares nærmere under overskriftene «FLS som forebyggende tiltak» og «FLS som helsefremmende tiltak». Det fremstilles som et ideal at begge elementene skal inkluderes, men den forebyggende dimensjonen gjennom frisklivsresepten får definitivt størst oppmerksomhet foreløpig. Etter at disse dimensjonene er belyst vil resten av kapittelet struktureres ved hjelp av overskriftene «målgruppe», «sentrale FLS-prinsipper», «forankring og rammebetingelser» og til slutt vil noen av det som presenteres som «utfordringer» helt kort trekkes frem.

4.7.1 FLS som forebyggende tiltak

Fokuset på FLS som et systematisk oppfølgende «apparat» i primærhelsetjenesten utenfor legekantorene kom som resultat av et tydelig uttalt behov i kjølevannet av «grønn resept»-evalueringene og gjennom samhandlingsreformen. Folkehelse rapporten (2010) beskriver tiltaket som en instans fastlegen eller andre helsepersonellgrupper kan henvise pasienter til for å få faglig hjelp over tid til å endre levevaner, noe som viser at hovedvekten legges på resepttilbudet. Figur 8 viser gangen i frisklivsresepten, og vil forklares i det følgende.



Figur 8. Organisering av frisklivsresepten – tiltaksoversikt (Helsedirektoratet, 2011).

Prosessen starter ved at en lege, fysioterapeut eller annet helsepersonell presenterer aktuelle deltakere for en frisklivsresept slik at han eller hun kan ta med seg denne henvisningsblanketten og møte opp på en lokal FLS. Det er ulik praksis på om deltakerne må

ta dette ansvaret helt på egenhånd, eller om FLS har medansvar i forhold til å kontakte de som har mottatt resept gjennom at de har fått kopi av utskrevne resepter fra den henvisende part. For at resepten skal benyttes og distribueres er det sentralt at aktuelle henvisere må ha god kjennskap til hvem som er målgruppen for resepten, ha forståelse for innholdet i den, samt at selve henvisningsblanketten bør være lett tilgjengelig, enten elektronisk eller i papirutgave.

På FLS møtes reseptdeltakeren med en såkalt «frisklivssamtale» som forklares å være en strukturert, individuell samtale som bygger på prinsipper for motiverende samtale (MI). Denne samtaleformen utmerker seg som et fundament innenfor FLS der den gjennomføres av kompetent personell som er ansatt eller har tilknytning til sentralen, ofte kalt frisklivsveiledere. Tilnærmingen er empatisk og ikke-moraliserende og deltakerens selvforståelse og motivasjon står sentralt. Metoden påpekes å være dokumentert effektiv for endring av helseatferd, og det er et mål at deltakeren skal støttes til å være aktiv og finne løsninger selv. Dette bygger på teorien om at «mennesker har en tendens til i større grad å følge opp de endringsmål som de selv formulerer og forsvarer» (Helsedirektoratet, 2010, s. 103). Frisklivsveilederen som har ansvaret for gjennomføringen av samtalen har i oppgave å gjøre et forsøk på å identifisere deltakerens behov og motivasjon for endring, utforske ambivalens og barrierer for endring, identifisere aktuelle tiltak ut fra deltakerens behov, samt bistå deltakeren i å sette seg konkrete målsettinger.

Med utgangspunkt i denne samtalen skal det tilbys videre oppfølging og utarbeides en strukturert plan for de neste tolv ukene på bakgrunn av deltakernes ønsker, behov og forventning til mestring. Ettersom frisklivsresepten ikke er en lovbestemt kommunal tjeneste, er det opp til hver enkelt FLS hvordan de ønsker å organisere de aktivitetene som skal tilbys deltakerne. Dette fører med seg ulik grad av oppfølging fra FLS, og det varierer hvor mye av tilbudet som er lokalisert i tilknytning til hver enkelt sentral. På mange sentraler arrangeres det meste av aktivitetene i nærmiljøet eller i egne/lånte lokaler, mens andre utelukkende har tilbud i regi av andre private, frivillige og/eller kommunale aktører som er relevante å samarbeide med. Tilbudet avhenger av hva som er tilgjengelig i den bestemte kommunen og kan innebære både individuell veiledning, deltakerstyrte eller temabaserte samlinger og/eller kursopplegg. Ønsker en deltaker eksempelvis støtte og hjelp til å endre matvaner, er det vanlig at kostholds-kurset «bra mat for bedre helse» tilbys og kan gjennomføres ved FLS. Dette kurset er kvalitetssikret av helsedirektoratet og bygges på norske myndigheters generelle kostholds-anbefalinger. Ved noen sentraler tilbys det også kostholds-kurs i privat regi, men det er et krav om at disse må kvalitetssikres, samt være basert på de nasjonale

myndighetenes anbefalinger og faglige retningslinjer for ernæring og helse (Helsedirektoratet, 2011). For noen deltakere vil kanskje individuell veiledning være av betydning i tillegg til kurstilbud, og det gjøres forsøk på å legge opp tilbudet slik at det er tilpasset hver enkelt deltaker.

Tolvukers-perioden som har inkludert en eller annen form for strukturert tilbud avsluttes med nok en frisklivssamtale, hvor behovet for videre oppfølging kartlegges. Ettersom endring tar tid, har mange deltakere ofte behov for flere sammenhengende reseptperioder. Målet er likevel å utvikle egenmestring og at deltakerne skal hjelpes videre ut i tilbud i lokalmiljøet som de kan benytte seg av på egen hånd. Dette omtales med begrepet «utslusningstiltak» (Helsedirektoratet, 2011). En av informantene påpeker at hun synes at «innsleding» er et riktigere begrep å benytte i denne forbindelsen. Det er ikke et mål at en FLS skal bli et oppsamlingssted, men at deltakerne skal finne veien inn til allerede eksisterende lokale tilbud. Resepttilbudet beskrives som den forebyggende innsatsen ved en FLS.

4.7.2 FLS som helsefremmende tiltak

Analysen har vist at mange, i omtalen av FLS, i første omgang fokuserer på den forebyggende funksjonen og frisklivsresepten. Det kommer likevel frem synspunkter hvor det presiseres at FLS i tillegg har et potensial til å omfatte mer helsefremmende tiltak som skal rette seg mot større deler av befolkningen. Et element ved dette er at en FLS skal inkludere åpne tilbud for personer uten henvisning, noe som krever at barrierene for deltakelse bygges ned. I denne dimensjonen betegnes FLS å være et «lavterskeltilbud», og veilederen for FLS (2011) påpeker at slike tilbud kjennetegnes av at de er «lett tilgjengelige fysisk, sosialt og kulturelt» (Helsedirektoratet, 2011, s. 8). Selv om informantene i størst grad omtaler resepttilbudet og den forebyggende dimensjonen ved FLS-driften, nevnes også helsefremmende tiltak som et sentralt ideal å tilstrebe. Sentralen i utvalget med mest erfaring har inkludert flere slike tiltak, og mener det en viktig funksjon for en FLS å ha.

4.7.3 Målgruppe

Hvem FLS retter seg mot som målgruppe påvirkes av hvilket eller hvilke av de overnevnte tilbudene eller funksjonene hver FLS har. Når det kommer til frisklivsresepten er det tydelig at en retter seg mot *risikogrupper og –individer*, samt personer som allerede har utviklet sykdommer eller lidelser og som har et økt helsemessig behov for hjelp og støtte til å endre levevaner og helseatferd. Til tross for en slik målgruppe, presenteres det tydelig at diagnoser ikke skal stå i fokus i selve aktivitetene ved en FLS. Ser en på FLS som et lavterskeltilbud og

et sted hvor det utøves helsefremmende innsats, er målgruppen i større grad *befolkningen som helhet og/eller større deler/grupper av befolkningen*. Det inkluderer også *de som er friske*. Det påpekes som et generelt ønske innen FLS at en vil nå frem til *den delen av befolkningen som ikke allerede nås av eksisterende tilbud og «de som trenger det mest»*.

4.7.4 Sentrale FLS-prinsipper

Som allerede nevnt er lokale tilpasninger sentralt innen FLS. Det å legge opp tilbud som passer egen kommune og de forholdene og behovene som eksisterer der, trekkes frem som avgjørende. Videre viser analysen at samarbeid, og særlig tverrfaglige samarbeid, er et viktig prinsipp i organiseringen av FLS, og at det er mange krefter som må virke sammen for å lykkes i dette arbeidet. I tilknytning til dette påpeker veilederen for FLS (2011) at tiltaket er et «svar» på hovedutfordringene i samhandlingsreformen ettersom det er en arena som kan samhandle med ulike sektorer og nivåer som eksempelvis primærhelsetjenesten, øvrig kommunal sektor, frivillige organisasjoner og private aktører (Helsedirektoratet, 2011). Det foreslås for eksempel at FLS samarbeider med andre anbefalte tilbud som kommunale lærings- og mestringssentre (LMS) og lokalmedisinske sentre (Helsedirektoratet, 2011; Meld. St. 16 (2010-2011), 2011).

Salutogenese og *empowerment* trekkes frem som fundamentale prinsipper for arbeidet ved FLS. Det er et mål å styrke individers kontroll over egen helse, og den viktigste oppgaven for en FLS er å styrke positive helsefaktorer. Disse begrepene er allerede presentert og omtalt i kapittel 4.2 og 4.4, og det vil derfor ikke gis noen nærmere forklaring her. Brukermedvirkning¹² vektlegges også som prinsipp, og det presiseres som betydningsfullt at brukere og brukerrepresentanter skal delta i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak (Helsedirektoratet, 2011). Prinsippene som inkluderes i den motiverende samtalestilen og det å sikre sosialt fellesskap og etterstrebe tiltak som stimulerer til kulturell og sosial tilhørighet, fremstilles også som elementært. Det er i tillegg betydningsfullt at aktiviteter som skal foregå jevnlig over tid bør organiseres i geografisk nærhet for deltakerne.

4.7.5 Forankring og rammebetingelser

Grunnet ulik organisering på kommunalt nivå, er det varierende hvordan FLS forankres og plasseres. De fleste sentralene har likevel en organisatorisk plassering under forebyggende helsetjeneste i kommunen. Veilederen for FLS (Helsedirektoratet, 2011) ble publisert som et

¹² Brukermedvirkning defineres som «at de som berøres av en beslutning, eller brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud» (Helsedirektoratet, 2011, s. 14).

hjelpemiddel for kommunene i tilknytning til nettopp etablering og organisering av FLS. Her anbefales det at tiltaket organiseres som et helsetilbud for å sikre helsefaglig kvalitet og kontinuitet. For noen kommuner kan det også være aktuelt at tiltaket organiseres som IKS (Helsedirektoratet, 2011). Folkehelse rapporten (2010) presiserer at forebyggende helsetjenester er «helsetjenestens bidrag til folkehelsearbeidet» (Helsedirektoratet, s. 21).

En solid forankring, og det å få FLS inn i planarbeid og budsjetter påpekes som sentralt for at det skal sikres en kontinuitet i tilbudet, og hindre at det ikke bare ender opp som et prosjekt. Dette er i tillegg et viktig bidrag til varige og forutsigbare rammebetingelser for FLS med hensyn til økonomi, personell og lokalisering. I forhold til lokaler, anbefales det at en FLS bør etableres med egnede og universelt utformede lokaler, og at disse bør være utgangspunkt for aktiviteter og tiltak. Gjennom informantenes innspill fremkommer det likevel synspunkter på at lokaler ikke nødvendigvis trenger å prioriteres først, spesielt grunnet begrensede ressurser. Informantene ser det som viktigere å starte med det de har av tilgjengelige muligheter og ressurser fremfor å vente til alle omkringliggende faktorer, som eksempelvis lokaler, er på plass.

Når det kommer til økonomi presenteres det i nasjonal helse- og omsorgsplan (2011) at den økonomiske bakgrunnen for FLS var at utvalgte fylkeskommuner støttet utviklingen ved å gi statlige midler til utvikling av lavterskelmodeller. I tillegg har kommunene bidratt med å omdisponere personell fra behandling til forebygging (Meld. St. 16 (2010-2011), 2011). Kommunene fikk også økte frie inntekter fra og med 2010, noe som inkluderte 230 millioner kroner som ble begrunnet med en styrking av det forebyggende helsearbeidet i kommunene (Prop. 1 S (2010-2011), 2010).

Etter å ha vært innom organisatorisk plassering, forankring, lokaliteter og økonomi, vil nå elementer angående personell og kompetanse ved FLS trekkes frem avslutningsvis. Som nevnt eksisterer omfattende kompetanseanbefalinger for FLS, og en slik tverrfaglig kompetanse påpekes som avgjørende å bygge opp lokalt for å kunne ivareta tilbudet. Det trekkes frem at resepttilbudet innen FLS er å regne som helsehjelp¹³, og personellet ved FLS som yter denne helsehjelpen er derfor å anse som helsepersonell. Dette fører videre til at arbeidet faller inn under helsepersonelloven, noe blant annet betyr at en pålegges å nedtegne eller registrere opplysninger for hver enkelt deltaker i en journal. Det anbefales derfor at den

¹³ «Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell» (Helsedirektoratet, 2011, s. 19).

faglig ansvarlige ved FLS er autorisert helsepersonell med minimum treårig helsefaglig utdanning.

Innen kostholds-feltet rådes eksempelvis FLS til å tilknytte seg klinisk ernæringsfysiolog eller en ernæringsfysiolog, noe som viser at det å ha en autorisasjon ikke nødvendigvis står som et krav. En optelling helsedirektoratet foretok høsten 2011 viste at bare rundt åtte av da 135 eksisterende sentraler hadde fulgt dette rådet om tilknytning til personer med betydelig ernæringskompetanse¹⁴. Foreløpig preges personellgruppen ved FLS i omfattende grad av fysioterapeuter, noe informantene i dette forskningsprosjektet også bidrar til å bekrefte. Andre yrkesgrupper inkluderes likevel også, og et eksempel er den ene informanten som har utdannet seg til fysisk aktivitet og helse-rådgiver. Til tross for at fagkompetanse fremmes som sentralt, så vektlegges i minst like stor grad det å ha evne til å kunne snakke med mennesker og kunne bruke MI som samtalemetodikk. For å supplere eksisterende kompetanse ved hver enkelt sentral, bør samarbeid med andre tjenester, fagmiljø og kommuner etterstrebes. Det å etablere kompetansesamarbeid og -nettverk på fylkesnivå er også ønskelig (Helsedirektoratet, 2011).

4.7.6 utfordringer

Begrepet sårbarhet benyttes en del i tilknytning til FLS, særlig av informantene, og det poengteres at FLS foreløpig preges av ildsjeler, samt lite ressurser når det kommer til økonomi, lokaliteter, ansatte og stillingsprosjenter. Flere FLS har kun én ansatt som ikke nødvendigvis er inne i full stilling, noe folkehelse rapporten (2010) påpeker at begrenser både kapasitet, kontinuitet og utvikling. Tverrfaglig kompetanse kan derfor også bli utfordrende, så selv om dette prinsippet vektlegges både i dokumenter og blant informanter, kan det foreløpig se ut til å være noe vanskelig å få til i praksis. På grunn av dette kan det være betydningsfullt å ha evne og mulighet til å «hente inn kompetanse der det trengs», som en av informantene poengterte. I folkehelse rapporten (2010) påpekes tilstrekkelig kapasitet og kompetanse som avgjørende for å sikre et kvalitativt godt tilbud, så her ligger det både en utfordring og et forbedringspotensial. Spesifikt trekkes det frem at det er utfordrende å få tilgang på kompetanse innen ernæring, røykeslutt og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2010; Prop. 91 L (2010-2011), 2011). Det at forebyggende helsetjenester for voksne ikke er en «skal-tjeneste» innen kommunehelsetjenesten slik helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det for barn og unge, presiseres i folkehelse rapporten (2010) som en årsak til at tjenesten blir nedprioritert i

¹⁴ Guro Berge Smedshaug, Helsedirektoratet, personlig kommunikasjon, 13. februar 2012.

kommunene. Av andre utfordrende elementer nevnes menn, unge og innvandrergupper som særlig vanskelige målgrupper å nå, samt at geografiske avstander kan være en barriere for deltakelse.

4.8 Informantenes diskursive perspektiver

I det forrige kapittelet ble FLS som tiltak presentert og beskrevet ut i fra slik det fremstilles både i dokumenter og av informanter. I dette kapittelet er det kun informantenes bidrag som vil tas frem, og deres synspunkter vil trekkes opp mot de sentrale folkehelsepolitiske diskursive dimensjonene. Fremstillingene vil være forholdsvis sammenfattede og korte, og inkluderer samme struktur og overskrifter som da de offentlige diskursene ble presentert. Det vil gjøres forsøk på å trekke frem informantenes bidrag i en helhetlig og sammenhengende tekst, men utsagn som skiller seg ut og danner sprik i datamaterialet vil fremheves. Figur 9 gjentar informasjon om informantene helt kort.



Figur 9. Kortfattet presentasjon av informantene i utvalget

4.8.1 Helsebilder

Begge diskursene som karakteriserer ytterpunktene i dimensjonen «helse som objektivt målbart fenomen» vs «helse som subjektiv opplevelse» kommer frem også gjennom informantenes uttalelser om helsebegrepet. De bekrefter tydelig at det finnes ulike forståelser av begrepet, og en av informantene påpeker til og med et skille mellom det hun kaller *medisinsk helse* på den ene siden og *selvopplevd helse* på den andre, noe som ytterligere kan støtte opp om denne diskursive dimensjonen. Informantene gir inntrykk av i størst utstrekning å omfattes av den subjektive diskursen hvor selvopplevd helse og «hvordan man har det» står i fokus. De presiserer også at det er fullt mulig å ha god helse til tross for sykdom, skade og/eller lyte, og at målet ikke er totalt fravær av sykdom. Dette bekrefter avstand fra den objektive helseforståelsen. Likevel kommer det frem elementer som går mer i retning av å se på helse som et objektivt målbart fenomen. Blant annet gjennom at alle informantene påpeker det som viktig å møte det sykdoms- og utfordringsbildet vi står ovenfor, samt at den ene informanten trekker frem begrepet uhelse som motsats til helsebegrepet hvor hun vektlegger at hun med en gang tenker sykdom.

4.8.2 Ansvar for helse

Når det kommer til ansvar for helse finner vi på den ene siden at informantene går mot diskursen «helse som samfunnsansvar» gjennom å tydeliggjøre det offentliges overordnede rolle. Særlig trekkes kommunen frem som en arena som får mer og mer ansvar, noe som kanskje vektlegges grunnet deres kommunale tilhørighet gjennom å ha kommunen som arbeidsgiver. En av informantene fremmer i tillegg et synspunkt på at folk ikke klarer å ta tak i utfordringene sine selv, og at kommunen og andre aktører derfor må ta ansvar. På den andre siden kan en også se en draging mot diskursen «helse som individuelt ansvar». Dette gjennom et tydelig fokus på sunnhet, levevaner, helseatferd, samt deltakernes eget ansvar. Det at innsatsen gjennom de offentlige dokumentene presenteres å ha dreid seg fra et sykdomsperspektiv mot et påvirkningsperspektiv kommer også tydelig frem gjennom denne vektleggingen. Informantene tydeliggjør i tillegg at en innenfor FLS ønsker å trekke oppmerksomheten bort fra sykdom og diagnoser. Individuelle påvirkningsfaktorer for helse trekkes i størst grad frem, og tydeliggjøres blant annet gjennom dette utsagnet; «sykdommer blir utviklet av mennesker selv på en måte, eller måten vi lever på». Sosial tilhørighet, fellesskap og miljø påpekes også sentralt tilknyttet helse, noe som kan karakteriseres å være mer samfunnsmessige påvirkningsfaktorer.

Informantene bidrar til innsikt om at den diskursive ansvarsdimensjonen på en måte møtes litt på midten innen FLS-konteksten. Det følgende utsagnet støtter opp om dette;

Hele motiverende samtale bygger på at folk selv på en måte skal finne løsningene og si ting og oppleve mestring. Det er forutsetningen for å lykkes med en sann intervensjon. For vi går ikke og holder de i hånda, de må gjøre det selv. Men de kan få hjelp fra helsepersonell og fra andre i samme situasjon – det tror jeg er hovedgreia bak det (Inf. 1).

Empowerment vektlegges av informantene som sentralt innen FLS, og bekrefter nettopp det overstående. Likevel er det en liten tendens til at den individuelle ansvarsdiskursen står sterkest gjennom uttalelser som eksempelvis;

Vi er eksperter på å stille gode spørsmål og få folk til å tenke selv. Du må ro båten selv. Endring er noe man får til når man gjør den selv, og ikke at vi skal fortelle deg akkurat hva du skal gjøre – som er en mye mer tradisjonell måte å tenke på innenfor helse (Inf. 4).

4.8.3 Folkehelsearbeidet – behandling vs. forebygging

Informantene presenterer folkehelsearbeid som et omfattende og bredt arbeid som inkluderer mange ulike aktører. Én informant sier at det «på en måte handler om hele mennesket, fra ende til annen», mens en annen i større grad vektlegger at folkehelsearbeidet innebærer et tydelig samfunnsansvar. Det påpekes av flere at dette arbeidet rettes mot *befolkningen*, men her skiller inf. 4 seg litt ut ved å nevne at folkehelsearbeid for henne handler om innsats på *gruppenivå*, og at det innebærer sektorovergripende arbeid. Hun trekker videre frem at hun har inntrykk av at mange setter likhetstegn mellom folkehelsearbeid og eksempelvis friskliv, men at «det er viktig å forstå at friskliv og levestilingsområder kun er en bitte liten bit av dette arbeidet». Informantene tydeliggjør at forebyggende og helsefremmende arbeid er to elementer som kan kobles sammen og opp mot folkehelsearbeidet. En av dem presiserer i tillegg at hun ser på forebyggende og helsefremmende arbeid som *mer individrettet* enn folkehelsearbeidet. Helsefremmende arbeid vil utdypes mer i det neste underkapittelet, mens forebyggingsbegrepet vil trekkes frem i det følgende.

Når informantene forteller om forebyggende arbeid, så vektlegger alle fire en forholdsvis spisset innsats, mot *risiko-/høyrisikogrupper*, noe som kan kobles opp til det dokumentene omtaler sekundær- og/eller tertiærforebygging. Det er kun én informant som påpeker at det finnes ulike nivåer av forebyggingsarbeid. Hun presiserer ikke hva disse innebærer, men nevner at det er en tilbakemelding innen FLS på at legene er stadig flinkere til å være tidlig inne, slik at innsatsen ikke bare blir sekundær- og tertiærforebygging.

Det fremkommer gjennom analysen en tydelig forståelse av forebygging som den typen forebygging som i noen av dokumentene påpekes at faller utenfor folkehelsearbeidet, og går mer i retning av behandling fremfor «genuin forebygging». Det trekkes frem at forebyggende arbeid er snevrere enn det helsefremmende, at det tenkes mer helsetjeneste når forebyggingsbegrepet brukes og at det handler om å ta bort risikofaktorer. Frisklivsresepten trekkes frem som den delen ved FLS som har en forebyggende funksjon. Selv om alle informantene bruker begrepet forebyggende arbeid og presiserer at mye av innsatsen ved FLS preges av dette, så ser det likevel ut som de går mer i retning av en behandlingsdiskurs når en ser nærmere på de diskursive elementene i analysen. En av informantene illustrerer dette gjennom å si at; «Det hender at FLS både fremmer og behandler i samme pakke. Det er ulikt hva folk er på en FLS for, noen bruker også FLS som en form for behandling» (Inf. 2). Inf. 1 trekker også frem at det er mange sektorer som mener de jobber med folkehelse, men som «jobber langt ute i risikoen, altså forebyggende». Dette reflekterer også en forståelse av

forebygging som nærmer seg mer en behandlingsdiskurs, og samtidig en avgrensning når det kommer til forebygging i tilknytning til folkehelsearbeidet. Det kan virke som at hun mener at denne typen innsats faller utenfor folkehelsearbeidet.

4.8.4 Fokus på det syke eller det friske?

Informantene reflekterer tydelig en forståelse av helsefremmende arbeid som *befolkningsrettet*, og én informant bruker begrepet *massestrategier*. Elementer omkring at det handler om påfyll av positive faktorer og å fremme helse blir trukket frem, og eksempler som det å senke prisene på sunn mat og innføre sunn mat i skolen nevnes. I tillegg vektlegges tidlig inngripen og innsats før det er snakk om sykdom, samt at man jobber mer med de friske for å holde dem friske, noe som sammenfaller med salutogenese-prinsippet. Én informant presiserer også at helsefremmende tiltak blir satt i gang før man jobber forebyggende. Den måten informantene presenterer helsefremmende arbeid på, sammenfaller i stor grad med det som trekkes frem i dokumentene. Beskrivelsene kunne i tillegg falt inn under definisjonene av primærforebygging og de delene av sekundærforebyggingen som i de offentlige dokumentene vektlegges at innlemmes i folkehelsearbeidet. Selv om informantene i størst grad ser ut til å vektlegge forebyggende innsats, og at helseatferd, levevaner risikofaktorer og risikogrupper står i fokus og dermed går i retning av forebyggingsdiskursen, så kommer det også frem utsagn som trekker i retning av en helsefremmende diskurs. Inf. 4 påpeker for eksempel at hun synes at «man slenger litt rundt seg med disse begrepene, og at det på en måte har gått litt sånn inflasjon i dem». Hun trekker frem at forebygging ofte brukes som begrep for mye, «at det er det som er greia, liksom», men sier videre at hun tenker det er viktig å ha fokus på det helsefremmende, «som på en måte er så langt til venstre, at det kanskje er litt sånn utenfor den vanlige helsetanken at det kan være litt vanskelig å ta inn over seg hva det egentlig er for noe» (inf. 4). I arbeidet ved egen sentral sier hun at det inkluderes like mye forebyggende og helsefremmende arbeid.

4.8.5 Intensjon bak folkehelsearbeidet

Når det gjelder informantenes utsagn om målsetting for folkehelsearbeidet, har alle fire fokus på at målet er bedre helse i *befolkningen*, at *folk* skal ha flere år med god helse og at folk skal få det bedre. Én informant presiserer at det innebærer å forsøke å få folk til å være mer aktive og leve sunnere, samt å forhindre at de blir syke. Det å minske helseforskjeller trekkes også frem, og et par informanter påpeker i den forbindelse at det kan være av betydning å rette innsatsen mot *spesifikke grupper* i befolkningen. Gjennom dette kan det sies at informantene går i retning av diskursen «folkehelsearbeid som velferd». Likevel vektlegges også økonomi

som et sentralt element, og analysen viser at informantene plasserer seg mer inn under diskursen «folkehelsearbeid som økonomisk sparing». Dette gjennom et sterkt fokus på å poengtere levevaner, livsstilssykdommer og helseutfordringene vi står ovenfor som noe som fører med seg betydelige kostnader for samfunnet.

Det fremkommer et fokus på en uhensiktsmessig ressursbruk i forhold til at det foreløpig er behandlingsformål og de syke som får størstedelen av de økonomiske midlene, og at denne trenden må snu gjennom i større grad å prioritere forebygging. Én av informantene nevner at dette er en utfordring grunnet vanskeligheter med dokumentasjon, noe som videre vanskeliggjør økonomisk støtte. Nye reformer og lovverk blir også nevnt som en årsak til at kommunene blir tvunget til å drive dette arbeidet, og er nok et element som går bort fra å ha et fokus på «folkehelsearbeid som velferd». Her fremstilles arbeidet mer som en plikt. Et utsagn illustrerer også retningen mot å se «folkehelsearbeidet som økonomisk sparing» gjennom å trekke frem spesifikke høyrisikogrupper og nevne at målet er «å hjelpe de med til å flyte sånn passe oppå, så de ikke koster så mye penger da, for å være litt sånn kynisk» (inf. 4).

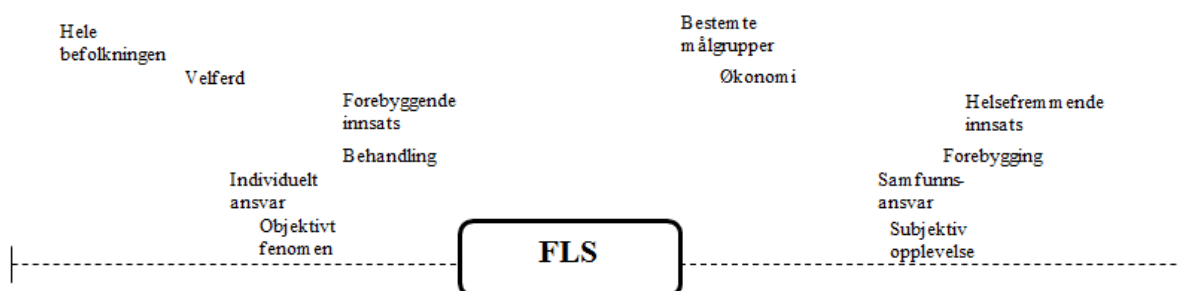
4.8.6 Hvem skal innsatsen rettes mot?

Som i det tilsvarende kapittelet hvor de offentlige diskursive dimensjonene ble belyst, påvirkes synet på hvem innsatsen skal rettes mot også her av de fem foregående dimensjonene. «Helse som subjektiv opplevelse» fremkommer forholdsvis sterkt, helsefremmende innsats anbefales å inngå som en del av arbeidet, og sammen med dette, fører diskursen «helse som velferd» med seg en retning mot å se «hele befolkningen» som målgruppe. Dette støttes også opp av konkrete utsagn fra informantene om at målgruppen er alle innbyggere i kommunen, og at det er et mål å prøve å sette inn innsatsen så tidlig at det ikke egentlig rettes mot noen definert risikogruppe. På tross av dette fører tilknytningen til diskursene «helse som objektivt fenomen», «folkehelsearbeid som forebyggende innsats», at innsatsen går i retning av behandling, fokus på folkehelsearbeid som økonomisk sparing, samt vektleggingen av individuelt ansvar ved å ha et tydelig fokus på helseatferd, levevaner og livsstil, med seg et tyngre fokus på «folkehelsearbeid mot bestemte målgrupper». Flere risikogrupper nevnes som sentrale målgrupper, noe som kan ha en sammenheng med at det foreløpig er frisklivsresepten som får størst prioritering innen FLS.

4.9 Plassering av FLS innen de folkehelsepolitiske diskursive dimensjonene

Til nå er de offentlige folkehelsepolitiske diskursive dimensjonene presentert, FLS som tiltak er belyst på bakgrunn av både observasjoner, dokumenter og informanternes innspill, samt at

informantenes diskursive perspektiver forholdsvis kort er trukket frem. Dette har til sammen bidratt med dybde til å svare på de tre første forskningsspørsmålene om hvilke diskurser som bidrar til å prege og utvikle folkehelsefeltet slik det fremstår for oss i dag, hva som kjennetegner disse diskursene og hva som karakteriserer FLS som tiltak. Videre vil forskningsspørsmål nummer fire, om hvordan FLS som tiltak kan plasseres i tilknytning til de folkehelsepolitiske diskursive dimensjonene, vies plass. Det vil gjøres et forsøk på å svare på dette forskningsspørsmålet ved å trekke frem kun de mest sentrale elementene i en forholdsvis kort og oppsummerende tekst. Figur 13 er satt inn for å illustrere denne plasseringen. Alle dimensjonene er inkludert ettersom analysen viser at alle de offentlige diskursene også eksisterer innenfor FLS-konteksten. De diskursene som er plassert nærmest FLS er de som preger tiltaket i størst grad. Jo lenger unna midten en kommer, desto mindre kan diskursen gjenkjennes innen FLS. De forskjellige dimensjonene er i tillegg satt opp i mot hverandre horisontalt, slik at det går an å se hvordan FLS plasseres mellom de diskursene som danner ytterpunktene i hver dimensjon.



Figur 10. Plassering av FLS innen de folkehelsepolitiske diskursive dimensjonene.

FLS kan ses som et naturlig sosialt konstruert tiltak på folkehelsefeltet på bakgrunn av de eksisterende diskursene, kampene mellom dem og trendene som er trukket frem innen de ulike dimensjonene. FLS åpner for en helseforståelse som baseres på subjektive opplevelser, selv om det også faller inn under diskursen hvor helse betraktes som et objektivt målbart fenomen. Tiltaket innebærer en måte å ta et samfunnsansvar på i tilknytning til det å styrke folkets helse gjennom lokale tilpasninger, samarbeid og tilknytning til flere aktører, samt å etterstrebe tilgang på tverrfaglig kompetanse. Samtidig eksisterer det et tydelig fokus på individuelle helsedeterminanter og egenansvar. Særlig kommer dette frem gjennom at frisklivssamtalen, basert på prinsipper for MI, står som et tydelig fundament i tilbudet. Støtten og veiledningen som gis av kompetent personell ved sentralene gjør likevel sitt til at hver enkelt deltaker ikke står helt på bar bakke og alene med ansvaret, samt at det i tillegg er oppmerksomhet omkring sosialt fellesskap og miljø.

FLS faller inn i skjæringspunktet mellom behandling og forebygging ved at en i utgangspunktet retter seg mot spesifikke målgrupper med allerede utviklet risiko eller sykdom/lyte. Trekket dette opp mot de ulike dimensjonene og nivåene innen forebyggingsarbeidet, ser det foreløpig ut som om FLS i størst grad driver mer behandling enn «genuin forebygging». Det forebyggingsarbeidet som drives faller i hvert fall utenfor det mange av dokumentene presiserer at inkluderes i folkehelsearbeidet. Denne dimensjonen påvirkes og preges nok også av at frisklivsresepten er det tilbudet som til nå vektlegges sterkest innenfor FLS. Samtidig kan det være avgjørende av tiltaket organiseres inn under forebyggende helsetjeneste og derfor i stor grad knytter seg til yrkesgrupper og ansatte som normalt jobber med, og har tilhørighet til behandlingsdiskurser.

Ser vi på innsatsen og tilbudet ved en FLS preges det i størst grad av forebyggende innsats i betydningen av at fokus rettes mot individuelle påvirkningsfaktorer som risikofaktorer, helseatferd og levevaner, samt det å hindre at deltakere som i størst grad allerede befinner seg i en risikotilstand utvikler forverrede risikofaktorer, symptomer og/eller sykdommer. Frisklivsresepten karakteriseres også tydelig som forebyggende. Til tross for dette åpner FLS i tillegg for å møte større deler av befolkningen gjennom tiltak også mot de som er friske, noe som går mer i retning av å falle inn under den helsefremmende diskursen og/eller genuine forebyggingstankegangen.

Salutogenese, det å ha fokus på det friske fremfor det syke, er også et uttalt prinsipp og et mål for innsatsen ved FLS, selv om det enda kan se ut til å være en vei å gå før dette oppnås. Det offentlige dokumentasjonsbehov tilknyttet det å anskaffe bevis for at tiltak er effektive, kan kanskje ha betydning for at FLS til nå kan plasseres innen en behandlingsdiskurs, samt hovedsakelig innebære forebyggende innsats. Selv om helse og velferd absolutt kan synes å være et fokus og ønskelig mål innen FLS, så fremstår likevel den økonomiske diskursen, hvor målet i større grad er økonomisk sparing, som sterkest. Begrensede ressurser og det at hver FLS må forholde seg til spesifikke økonomiske rammer kan være med på å bidra til dette. Kravet fra det offentlige om kostnadseffektivitet er nok sannsynligvis også av betydning.

Alt det overstående fører med seg en tydelig retning innen FLS mot å se bestemte målgrupper, da gjerne risikogrupper, som de en vil nå frem til. Selv om det ytres et ønske om å nå frem til alle kommunens innbyggere, har fokuset til nå vært på å nå «de som trenger det mest», noe som også kan forklare hvorfor tendensen mot behandling står sterkt. Oppsummert preges FLS i overveiende grad av diskursene «folkehelsearbeid mot bestemte målgrupper», «behandling»,

«forebyggende innsats», «folkehelsearbeid som økonomisk sparing», «helse som objektivt målbart fenomen» og «helse som individuelt ansvar».

4.10 Oppsummering av hovedfunn

Vi har nå vært innom seks folkehelsepolitiske diskursive dimensjoner som preger og utvikler folkehelsefeltet slik det fremstår for oss i dag; «helse som objektivt målbart fenomen» vs. «helse som subjektiv opplevelse», «helse som individuelt ansvar» vs. «helse som samfunnsansvar», «behandling» vs. «forebygging», «forebyggende innsats» vs. «helsefremmende innsats», «folkehelsearbeid som velferd» vs. «folkehelsearbeid som økonomisk sparing» og til slutt «folkehelsearbeid mot hele befolkningen» vs. «folkehelsearbeid mot bestemte målgrupper». At disse diskursene og kampene mellom dem preger og leder den praktiske innsatsen på feltet i bestemte retninger har blitt belyst gjennom å trekke frem FLS som et spesifikt tiltak på feltet. På denne måten er det kastet lys over FLS som sosialt og diskursivt konstruert tiltak. Dette gjennom å beskrive hvordan det presenteres og omtales i dokumenter og av informanter, samt at det videre ble forsøkt plassert og diskutert opp mot de rådende folkehelsepolitiske diskursive dimensjonene. Hovedfunnene vil diskuteres ytterligere i diskusjonskapittelet.

5. Diskusjon

I denne studien har teori blitt benyttet som en linse, slik Høyer (2011) beskriver det. Teoridiskusjonen er derfor av større betydning enn metodediskusjonen. Det er det teoretiske perspektivet og forståelsesrammen som på en måte har satt rammene for fokuset på diskurser, samt fenomenet under utforskning; FLS. De teoretiske begrepene har fulgt hele oppgaven, og det er disse som muliggjør beskrivelsene av hva det er søkt etter i datamaterialet (Høyer, 2011). Metodologien vil på bakgrunn av dette diskuteres i sin helhet. Dette i stedet for bare å trekke frem det metodiske ved å bruke diskursanalyse som analyseform og semi-strukturert dybdeintervju som datainnsamlingsmetode.

Nå vil først diskursanalytisk metodologi og metodiske elementer diskuteres. Deretter avsluttes kapittelet med å trekke frem diskusjonselementer i tilknytning til den teoretiske referanserammen og masterprosjektets hovedfunnkapittel.

5.1 Metodologisk diskusjon

Denne metodologiske diskusjonen vil starte med å ta for seg kvalitetskriteriene reliabilitet og validitet. Betraktninger og utfordringer ved å ha benyttet diskursanalyse som metodologi vil så diskuteres. Deretter vil refleksjoner omkring forskerrollen og etiske aspekter, utvalg og rekruttering, samt bruken av dybdeintervju som metode for innhenting av empirisk materiale, trekkes frem. Studiens intervju-, transkriberings- og analyseprosess vil diskuteres til slutt. Selv om reliabilitet og validitet presenteres først, vil hele kapittelet samlet sett være med på å belyse i hvilken grad masterprosjektet kan tilfredsstillere disse kvalitetsprinsippene.

5.1.1 Reliabilitet og validitet

De fastsatte kvalitetskravene for kvantitativ metode er ikke på samme måte gjeldende innen kvalitative metoder. Kvalitetsprinsippene reliabilitet og validitet må begge betraktes annerledes innen en diskursanalytisk tilnærming, og vil derfor beskrives og diskuteres nærmere i det følgende. Selv om disse prinsippene trekkes frem og diskuteres først i denne metodologiske diskusjonen, vil også de metodiske elementene som presenteres under være med å støtte opp om og diskutere studiens kvalitet.

Reliabilitet

Begrepet reliabilitet, innen kvalitative tilnærminger, innebærer forskningsprosjektets pålitelighet og/eller troverdighet. Det handler om å kunne overbevise lesere om at forskningen er utført på en tillitsvekkende måte, og å gjøre en vurdering av om en har unngått å lage

usystematiske feil i alle faser av prosessen (Christensen et al., 2011; Starks & Brown Trinidad, 2007; Thagaard, 2009). For å oppnå god reliabilitet, er det sentralt å kunne gjøre rede for hvordan data har blitt utviklet. Et godt kvalitativt forskningsprosjekt kjennetegnes ved at det er sammenheng i hele prosessen, helt fra det teoretiske utgangspunktet, til prosessen rundt utvelgelse av utvalg, datainnsamling, analyse, samt konklusjoner og formidling (Christensen et al., 2011; Malterud, 2003). Det må være konsistens mellom teori, empiri og metode, samt også i argumentasjonsbruken (Høyer, 2011; Starks & Brown Trinidad, 2007). Dette innebærer viktigheten av å gjøre forskningsprosessen gjennomiktig/transparent, slik at andre kan følge gangen i hele masterprosjektet trinn for trinn (Andersen Nexø & Koch, 2011; Malterud, 2003; Thagaard, 2009). Grundige beskrivelser av teoretisk ståsted og forforståelse må derfor inkluderes, samt det å skille mellom primærdata og forskerens egne vurderinger på en eksplisitt måte. Et annet sentralt element er å vise en tydelig refleksjon omkring konteksten for innsamling av data, og hvordan relasjonen til de ulike informantene kan ha hatt innvirkning på den informasjonen forskeren har fått. Thagaard (2009) omtaler dette som *intern reliabilitet*.

Thagaard (2009) bruker videre begrepet *ekstern reliabilitet* om et annet vanlig element i tilknytning til reliabilitetsspørsmålet, som blir omtalt som «repliserbarhet» og/eller «reproduserbarhet». Disse prinsippene er vanlige og aktuelle innen kvantitativ forskning, og retter oppmerksomheten mot i hvilken grad en ville kommet frem til det samme resultatet hvis noen andre hadde forsøkt å gjøre akkurat det samme. Den eksterne validiteten er ikke på samme måte relevant eller et anvendelig mål innen kvalitativ metode, særlig ikke hvis en inntar et konstruktivistisk perspektiv hvor en ser datamaterialet som påvirket av konteksten mellom forsker og utvalg/informanter. Forskeren kan på bakgrunn av dette ikke ses uavhengig av kontekst og relasjon til utvalget, og det blir derfor irrelevant å skulle tilstrebe en identisk prosess i et nytt tilfelle. Interessen retter seg heller mot å generere og utforske flerfoldige og forskjellige måter å vurdere et fenomen på, og målet blir derfor ikke å ende opp med noen definitiv konklusjon, men derimot å vise at dette er én tolkning av flere mulige (Christensen et al., 2011; Phillips & Hardy, 2002; Thagaard, 2009). På tross av at ekstern reliabilitet er irrelevant i denne sammenheng, er det likevel mulig for leseren å vurdere og evaluere «verdien» av arbeidet. Dette gjennom å vurdere hvor godt «bevisene» presenteres for å demonstrere argumentene, hvor sannsynlige funnene er, samt hvor dyptgående den analytiske prosessen har vært i forhold til å bidra til forståelse for diskursene. Hvor sensitiv forskeren har vært til de ulike måtene som språket konstruerer et fenomen på, kan også vurderes, sammen

med hvor interessante og innsiktsfulle tolkningene er, evnen til å innlemme historisk og kontekstuell forståelse og graden av hvor bevisst en er omkring den politiske naturen av det empiriske datamaterialet (Phillips & Hardy, 2002).

Ved gjennomgående å ha etterstrebet sammenheng og konsistens i hele oppgaven, samt ha gjort forsøk på å gjøre hele prosessen så gjennomiktig/transparent som mulig, vil jeg påstå at den interne reliabiliteten er relativt god. Den er også styrket gjennom å ha klargjort eget teoretisk ståsted og forforståelse i metodekapittelet, samt at det vil reflekteres videre rundt dette i kapittel 5.1.6. Beskrivelser av hvordan data er utviklet, sammen med kontekstuell tydeliggjøring, støtter også opp om en god intern reliabilitet, noe refleksjoner omkring egen relasjon og eventuell påvirkning på informanter, som vil presiseres i kapittel 5.1.4, også vil bidra til. Det at den interne reliabiliteten er forholdsvis sterk vil føre med seg at lesere kan vurdere om hovedfunnene er forståelige og/eller gir mening ut i fra det innsamlede datamaterialet, til tross for at dette bare er én av flere mulige tolkninger (Christensen et al., 2011). Dette møter altså i noen grad også kravene for ekstern reliabilitet. Jeg mener videre at denne er styrket gjennom å ha klargjort «bevisene» bak argumentasjonen i studien. Jeg føler selv at det er fremkommet interessante og innsiktsfulle tolkninger, samt at jeg har gitt innsikt i den dyptgående analytiske prosessen hvor åpenhet og sensitivitet har inngått som sentrale prinsipper. I tillegg til dette har det blitt gjort reelle forsøk på tydelig å innlemme både historisk og kontekstuell forståelse. På bakgrunn av dette vil jeg hevde at reliabiliteten i denne studien er solid.

Validitet

Validiteten i et forskningsprosjekt er et annet viktig forskningsprinsipp. Ser en på validitet på samme måte som innen kvantitative studier – at det innebærer ideen om at et forskningsprosjekt så nært som mulig skal omhandle den «virkelige» verden – vil ikke prinsippet være relevant når de epistemologiske og ontologiske antakelsene vektlegger at det ikke finnes noen «virkelighet» utenom den som konstrueres gjennom diskurser (Phillips & Hardy, 2002). Innen kvalitative tilnærminger knytter validiteten seg i større grad til tolkningen av datamaterialet, og hvor gyldige disse tolkningene er. Det innebærer en vurdering av hvor godt metoden en har valgt å benytte seg av, egner seg for å kunne belyse det en ønsker å belyse (Christensen et al., 2011; Thagaard, 2009). Vurdering av studiens validitet innebærer å være kritisk til egen analyseprosess og tolkninger, og at en har et blikk for hvordan en som forsker posisjonerer seg i relasjon til det miljøet som studeres, noe som igjen påvirker hvilke tolkninger en kommer frem til. Også når det kommer til validitet, deler

Thagaard (2009) begrepene inn i intern og ekstern validitet, hvor den interne handler om hvordan årsakssammenhengene støttes innenfor en bestemt studie, mens den eksterne omhandler i hvilken grad forståelsen som utvikles innen studien, i tillegg kan ha gyldighet i andre sammenhenger. Her kommer begrepet overførbarhet inn, og innebærer hvordan forståelsen i en studie også kan ha relevans utover det enkelte prosjekt (Thagaard, 2009).

Det å ha sørget for en gjennomiktig/transparent forskningsprosess har i tillegg til å styrke studiens reliabilitet, også styrket validiteten gjennom at grunnlaget for de gjennomførte fortolkningene har blitt tydeliggjort. Det har også gjort det enklere å følge hvordan analysen har ført frem til de hovedfunnene som er presentert. På bakgrunn av dette, at jeg har presentert egen rolle, forforståelse og faglig tilhørighet tydelig, samt tilstrebet en refleksiv prosess fra begynnelse til slutt, mener jeg at det vil være mulig å vurdere gyldigheten av de tolkningene jeg har gjort i dette masterprosjektet. I tillegg er metodologien som er benyttet både hensiktsmessig og avgjørende, i forhold til at målet med denne studien var å utforske diskurser. Ettersom FLS er et forholdsvis nytt tiltak, hvor det foreløpig er gjort lite studier, kunne mange innfallsvinkler og metoder blitt valgt for å utforske tiltaket og/eller bestemte sider ved det nærmere. Kvantitative metoder kunne resultert i tall og statistikker som kunne karakterisert ulike sider ved FLS. Et eksempel på dette kunne vært å rette fokuset mot «bramat» tilbudet, og kartlagt innhold i dette spesifikke kurstilbudet, hva som blir vektlagt og hvilken kompetanse som er tilgjengelig. Det hadde også vært mulig å gjøre kartlegginger og samle inn data i forhold til utviklingen av FLS, hvor mange sentraler som finnes, hvem som arbeider der, samt hvor mange og hvem deltakerne er. Disse forslagene til tilnærminger hadde vært forsøk på å se fenomenet fra «innsiden». Det som stod sentralt i denne studien var å se på FLS i en større sammenheng og mer fra «utsiden», noe som førte til at en diskursanalytisk tilnærming var foretrukket. Fordi det var av interesse å utforske diskurser, var diskursanalyse en naturlig tilnærming å velge.

Andre former for diskursanalyse og retninger innen denne metodologien kunne vært benyttet. Et eksempel er kritisk diskursanalyse, som i større grad hadde rettet interessen mot skapelsen eller opprettholdelsen av ulike maktforhold. De diskursive maktkampene hadde da fått enda bredere oppmerksomhet, og målet hadde vært å belyse hvordan den diskursive aktiviteten hadde strukturert det sosiale rommet, hvor samfunnsaktører handler gjennom å fremheve noen diskurser, samt å marginalisere andre. Dette perspektivet kunne medført spennende perspektiver, og hadde vært av interesse om målet var å avsløre hvordan diskursiv aktivitet bidrar til å bygge institusjoner hvor makten er innebygd gjennom forståelser man tar for gitt,

noe som gir fordeler til noen og ulemper til andre (Phillips & Hardy, 2002). Den tilnærmingen til diskursanalyse som jeg endte opp med å velge – «tolkende strukturalisme» (Phillips & Hardy, 2002) – er jeg likevel fornøyd med sett ut i fra at jeg synes det har belyst problemstilling og forskningsspørsmål på en tilfredsstillende måte. Ettersom denne metodologien krever at en bruker seg selv som analyseinstrument, er det klart at det er min innsikt og forståelse som har fått meg til å se det jeg har presentert som hovedfunn i denne oppgaven. En annen forsker kunne ha sett andre diskurser og diskursive dimensjoner enn meg, og sånn sett kan det hevdes at jeg har sett med blind på noe grunnet min egen forforståelse eller faglige tilhørighet. Dette mener jeg blir reflektert rundt og beskrevet såpass tilstrekkelig at lesere vil kunne følge mitt ståsted, og dermed hvorfor jeg har kommet frem til akkurat de dimensjonene jeg har endt opp med å presentere.

Etter å ha sett nærmere på kvalitetsprinsippene reliabilitet og validitet, vil flere elementer ved de metodiske aspektene av prosessen nå trekkes frem. Disse kan videre være med på å støtte opp om forskningsprosjektets kvalitet. Her vil sider ved metodologien, utvalg og rekrutteringsprosessen, bruken av semi-strukturert dybdeintervju som metode, gjennomføringen og transkriberingen av intervjuene, samt analyseprosessen og avslutningsvis forskerrollen og etikk diskuteres. Det at studiens implikasjoner og veien videre belyses i kapittel 5.3, kan også være et bidrag i forhold til å kaste lys over studiens eksterne validitet.

5.1.2 Metodologiske betraktninger og utfordringer

Når en gjennomfører en studie med diskursanalyse som metodologi, er det vanlig å starte prosessen med å utforme ett eller flere forskningsspørsmål. Som regel vil disse endres opp til flere ganger underveis i prosessen (Andersen Nexø & Koch, 2011), noe som også har vært tilfelle i denne oppgaven. Prosessen har vært lang og omfattende, og har krevd betydelig innsikt og forståelse. Det er arbeidet parallelt med de ulike delene av oppgaven, og det har vært aktuelt i flere tilfeller å gå tilbake i det som tidligere er gjort for å gjøre om. Årsaken til det er den stadige utviklingen av forståelse og større innsikt gjennom studien.

Presentasjonen av dette masterprosjektet har blitt stort i omfang, noe Phillips & Hardy (2002) påpeker at er vanlig sammenlignet med andre studier. Som nevnt kreves i større grad forklarende tekster og begrunnelser omkring valg som er gjort, slik at lesere kan følge med gjennom hele prosessen. Målet er å sikre at lesere forstår hvorfor og hvordan resultatene er legitime (Phillips & Hardy, 2002).

Diskursanalyse som metodologi innebærer flere metodologiske utfordringer, og har også vært stilt til gjenstand for kritikk (Cheek, 2004; Lupton, 1992; Malterud, 2003; Phillips & Hardy, 2002). For det første er rekkevidden og mangfoldet av ulike diskursanalytiske tilnærminger en utfordring. Det blir derfor avgjørende å forklare og begrunne tydelig hvilken tilnærming som benyttes, noe som også er gjort i denne studien. Begreper kan også lett brukes om hverandre, så det er betydningsfullt med en tydelig spesifisering, klargjøring og definisjon av begreper som inkluderes i oppgaven (Cheek, 2004). Begrepsavklaringene i dette masterprosjektet ble presentert i kapittel 1.3, og jeg fant dette noe utfordrende. Etersom metodologien nettopp innebærer et syn på at alt er foranderlig og sosialt konstruert, følte det feil å skulle trekke frem spesifikke definisjoner fremfor andre. Dessuten skulle en del av begrepsavklaringen trekkes frem og belyses nærmere i hovedfunnkapittelet, noe som gjorde til at det ble tatt en avgjørelse på at ikke det ble nødvendig å utdype de mest sentrale begrepene på forhånd.

En annen kritikk er at den vitenskapelige relevansen kan minske ved å benytte dette teoretiske perspektivet. Etersom fenomener ses på som foranderlige og sosialt konstruerte, og i stor grad påvirket av forskerens perspektiver, blir alle former for sammenligning vanskeliggjort. Metodologien er heller ikke tilstrekkelig rigid, slik at det kan føre til én bestemt forståelse eller måte å lese noe på (Cheek, 2004; Høyer, 2011). Men ettersom tekster innen diskursanalytiske tilnærminger ses på som noe som konstrueres av, og deretter konstruerer virkeligheten, og det dermed ikke er noe mål å finne en fasit eller en bestemt måte å lese noe på, kan dette heller ikke forventes innen denne tilnærmingen. Det at resultatene ikke kan generaliseres, har også blitt satt til gjenstand for kritikk. Likevel kan en se på det som at forskningsresultatene kan generaliseres for hvordan et fenomen kan ses eller tolkes, men ikke som generaliserbare forklaringer eller beskrivelser på hva noe er (Cheek, 2004). Skal det skapes viten som kan muliggjøre folkehelsearbeid, blir en likevel nødt til å kunne forestille seg en viss materiell stabilitet og anerkjenne andre forskningstradisjoner som heller mer mot representasjoner av en gitt virkelighet. Avslutningsvis vil jeg si meg enig med Høyer (2011) om at det ikke bør være et mål å skulle overbevise andre om at eget perspektiv er det eneste gyldige, og å håpe på å overbevise hele verden om denne tilnærmingen. Det ligger større nytteverdi i å finne ut av hvordan ulike studier og perspektiver kan utfylle hverandre og brukes, til tross for at interessen retter seg mot ulike aspekter (Høyer, 2011).

5.1.3 Forskerrollen og etiske refleksjoner

Som tidligere omtalt, har jeg hatt bevissthet omkring min egen rolle som forsker gjennom hele prosessen. Jeg har forsøkt å tydeliggjøre egen forforståelse, i tillegg til å gjøre hele

forskningsprosessen transparent, slik at det likevel kan være mulig for lesere å følge meg gjennom studien fra start til slutt. Når avslutningen av masterprosjektet nå nærmer seg, ser jeg det som utfordrende at jeg ene og alene har hatt ansvaret for dette omfattende masterprosjektet, samt at jeg har vært mitt eget «tolknings- og analyseverktøy». Samtidig har det medført en betydelig læringsprosess som jeg aldri ville vært foruten. Jeg har også tilegnet meg et kontaktnettverk i et fagfelt preget av stort engasjement og interesse, noe som har vært et motiverende bidrag inn i denne omfattende studien.

På bakgrunn av at prosessen frem mot en grundig forståelse for diskursanalyse som metodologi var tung og lang, og at arbeidet har ført med seg en kontinuerlig læringsprosess for meg som forsker, har studien også utviklet seg gradvis i retning av det den endte opp med å resultere i. Når jeg blant annet leser infoskrivet med samtykkeskjema (vedlegg 2) som ble sendt ut til informantene på et tidlig stadium, omfatter den informasjon om studien som ikke ville blitt utformet på samme måte i dag. Problemstilling og forskningsspørsmål har også blitt omformulert opp til flere ganger i prosessen, i forhold til at det har blitt klarere og klarere for meg hva som har vært interessant å rette fokuset mot.

Det å skulle starte datainnsamlingsprosessen uten å ha fått noe særlig oversikt over eller forståelse for diskursanalytiske tilnærminger, var en utfordring. Det medførte at jeg med bakgrunn i egen forforståelse og faglige interesse måtte gå for noen bestemte valg, uten nødvendigvis at alle de samme valgene ville bli tatt på nytt, om prosjektet skulle hatt oppstart i dag. Jeg kjente at det krevde bevissthet fra min side at jeg ikke skulle vurdere datamaterialet, med tanke på å gjøre avveininger om det som ble sagt var «rett» eller «galt», men heller rette oppmerksomheten rundt på hvilken måte ting blir sagt og mønstre i dette. Åpenhet rettet mot at nye kategorier, som ikke på forhånd var anslått at kunne være aktuelle, var også vanskelig. Selv om matrisene omfattet store mengder tekstlig bidrag, og at mye tid ble brukt på utarbeidelsen av disse og å få oversikt over materialet, er jeg likevel tilfreds med at analysefasen endte opp med interessante diskurser og dimensjoner. Arbeidet har – til tross for utfordringene – bidratt med gode erfaringer og nyttig innsikt for min egen del.

Når det kommer til gjennomføringen av dybdeintervjuene, oppfattet jeg at informantene så på meg som en nysgjerrig masterstudent som var interessert i deres synspunkter på feltet. De var nok opptatt av hva de ønsket å få formidlet, ettersom de alle var klar over at de bidro til et forskningsprosjekt. I tillegg måtte de forholde seg til meg som forsker, noe som kan føre med seg antakelser om at de i noen grad kan ha tilpasset svarene sine ut i fra hva de opplevde at

var formålet med spørsmålet, og dermed hva svaret «burde» bestå i. Dette påvirkes både av informantenes egne diskursive tilhørighet, samt hvilke diskurser de bevisst eller ubevisst følte at jeg var omfattet av.

For å avslutte med noen etiske refleksjoner, ble det ansett som viktig at etiske betraktninger ble klargjort før prosjektets oppstart. Det stod sentralt å få godkjenning fra NSD før gjennomføring av intervjuer, og det var viktig at samtykke ble innhentet fra alle informanter. Ut over dette var det få etiske problemstillinger å forholde seg til i denne studien, ettersom personsensitiv informasjon ikke var etterspurt.

Et etisk forhold som må trekkes frem er anonymiseringen av informantene og at de ikke skal kunne bli identifisert. Det som har vanskeliggjort dette er at utvalget består av fire informanter innen et forholdsvis lite fagmiljø, samt at det ble ansett som betydningsfullt å trekke frem noe informasjon angående arbeidssted og stillingsbeskrivelser for å tydeliggjøre kontekst. Anonymitetsprinsippet har på tross av dette blitt etterstrebet så langt det har vært mulig, sammen med lojalitetsprinsippet og det å ivareta og beskytte informantenes integritet, noe Thagaard (2009) støtter opp om at er sentrale etiske prinsipper innen god forskningspraksis.

Ettersom det var avgjørende for meg å være sikker på at informantene følte seg ivaretatt og fremstilt på en god måte gjennom hele oppgaven, kontaktet jeg alle fire mot slutten av prosessen. Jeg presiserte bestemte avsnitt som det var ønskelig at de leste gjennom og gav meg tilbakemeldinger på, slik at jeg eventuelt kunne gjøre endringer før oppgaven skulle ferdigstilles. Småjusteringer ble utført på bakgrunn av et par tilbakemeldinger, og jeg ble tryggere på at informantene var komfortable med den informasjonen som var «avslørt» om dem.

5.1.4 Utvalg og rekruttering

Det ble benyttet et strategisk utvalg i dette masterprosjektet, og Malterud (2003) vektlegger at det ved et slikt utvalg handler om å tilstrebe et adekvat utvalg, og ikke noe bestemt antall. Hva som kan karakteriseres til å være et adekvat utvalg kan likevel diskuteres. For å øke validiteten i et forskningsprosjekt, påpeker for eksempel Christensen et al. (2011) at det er av betydning å reflektere rundt om utvalget belyser forskningsspørsmålene nyansert.

Når det kommer til utvalget i dette masterprosjektet, hadde det definitivt vært mulig å velge andre typer dokumenter eller andre offentlige dokumenter enn de utvalgte, samt andre informanter for å belyse den samme problemstillingen og forskningsspørsmålene. For å nevne

noen, kunne det eksempelvis vært mulig å trekke med offentlige dokumenter fra lengre tilbake i tid, noe som kunne ha reflektert flere interessante aspekter i den historiske utviklingen av de diskursive dimensjonene. På bakgrunn av det store omfanget i studien, hadde det vært fordelsmessig å inkludere færre dokumenter. Dette kunne samtidig ført til at interessante perspektiver hadde gått tapt, noe som ikke hadde vært ønskelig.

I forhold til informantene hadde det også vært flere aktuelle muligheter. Det ville vært interessant å høre perspektiver fra flere informanter, hvor en kunne fått frem andre elementer om eksempelvis mannlige informanter hadde blitt inkludert. Det hadde også vært betydningsfullt å sikre at informantene hadde ulik utdanning, ettersom det muligens hadde hatt potensial til å føre med seg flere varierte synspunkter. Tre av fire informanter i utvalget hadde utdanning som fysioterapeuter, noe jeg ikke var klar over på forhånd.

I tilknytning til utvalgsriterier kunne andre elementer vært vektlagt, og i stedet for å inkludere informanter som arbeider ved FLS med ulik tidsmessig erfaring, kunne jeg ha tatt beslutninger om utvalget basert på steder hvor det er større eller mindre objektivt målt helseproblematikk, sett ut fra offentlige helsestatistikker. Kommunestørrelse kunne i tillegg vært et interessant kriterium, ettersom jeg i ettertid har fått innsikt i at det beskrives som mer utfordrende å få til å drifte en FLS basert på kontinuitet i mindre kommuner. Den raske og effektive rekrutteringsprosessen viste tydelig interesse og engasjement fra ansatte ved FLS til å delta i forskningsprosjekt tilknyttet dette tiltaket, noe som nok har ført til at de informantene som er inkludert kan omtales å være ildsjeler. Alle informantene påpekte nesten utelukkende positive aspekter ved FLS, og det kunne derfor vært relevant å få bidrag også fra personer som hadde vært litt mer kritiske, noe som kanskje ville nyansert datamaterialet i større grad.

I ettertid ser jeg at det nok hadde vært tilstrekkelig å analysere de offentlige dokumentene alene, ettersom masterprosjektet ble svært omfattende og omfangsrikt. Det innebar også utfordringer å ha inkludert et todelt utvalg som ikke kunne settes opp mot hverandre, grunnet det viktige forholdet mellom tekst og kontekst. Bidragene og ytringene fra informantene som arbeider innenfor FLS, og derfor forholder seg til denne konteksten, måtte ses på som en egen del. Denne måtte tydelig skilles fra de offentlige, politiske uttalelsene og synspunktene som fremkom gjennom de offentlige dokumentene, ettersom disse er forfattet av nedsatte politiske utvalg og komiteer. Likevel gav det meg god erfaring å gjennomføre dybdeintervjuene, møte informantene og høre hva de hadde å dele. Det bidro med viktige innspill og innsikt i de diskursive aspektene som preger de som i praksis arbeider med FLS. Deltakelsen på kurs og

konferanser gikk ut over det jeg hadde behøvd å gjøre. Likevel førte det med seg flere interessante synspunkter. Kjennskapen min til FLS som tiltak ble dermed ytterligere styrket, og jeg fikk også personlig erfaring med noen av arbeidsformene som benyttes ved FLS.

5.1.5 Semi-strukturert dybdeintervju som metode for datainnsamling

I det foregående ble først kvalitetsprinsippene reliabilitet og validitet diskutert, før generelle elementer ved diskursanalysen som metodologisk tilnærming ble trukket frem, samt en helhetlig diskusjon av utvalg- og rekrutteringsprosessen. Nå vil valget om å bruke semi-strukturert dybdeintervju som en del av den metodiske datainnsamlingen diskuteres, med utgangspunkt i å fokusere på fordeler og ulemper med dette. Videre vil selve intervju- og transkriberingsprosessen drøftes. Etersom datamaterialet som ble innhentet gjennom dybdeintervjuene kun er benyttet som datagrunnlag for en mindre del av dette prosjektet, vil ikke denne delen av diskusjonen tillegges like stor vekt.

Fordeler og ulemper

Det er diskutert hvor godt egnet kvalitative forskningsintervjuer er som metode innen diskursanalyse. Phillips & Hardy (2002) vektlegger at det er en egnet og god metode som kan være viktig for å forstå den sosiale konteksten som omgir primærtetekstene. Kritikken går ut på at forskeren driver intervjuet på bakgrunn av sine interesser, og at intervjuet derfor i for stor grad kan knyttes til forskerens egen diskurstilhørighet. Det hevdes likevel å være en legitim del av datamaterialet, spesielt hvis det komplementeres med andre tekster, noe som er gjort i dette tilfellet.

Fordeler ved å gjennomføre kvalitative forskningsintervjuer som en del av datainnsamlingen, er at det gir muligheter til å få inngående og detaljert kjennskap til fenomenet som undersøkes (Christensen et al., 2011). I dette tilfellet åpnet metoden muligheter til å få dypere innsikt i forståelse og diskurser blant de som jobber med FLS, noe som resulterte i bredde i datamaterialet. Det er en egnet måte for å utforske hvilke perspektiver informantene har rundt sentrale tema og begreper, noe som var til hjelp i forhold til å utforske eksisterende diskurser i det praktiske FLS-feltet.

Det foreligger ulemper i det å ha inkludert dybdeintervjuer som metode. Det kreves betydelig arbeidsinnsats for å få strukturert og analysert de store mengdene data som samles inn, og det er også en forutsetning at en som forsker bruker tid på å gjøre seg kjent med både teoretisk referanseramme, samt metodologi. Kvaliteten på studien avhenger av kvaliteten i hvert enkelt intervju, noe som derfor fører til at det stilles store krav til forskeren når det kommer til både

oppmerksomhet, lydhørhet og tålmodighet i gjennomføringen av alle intervjuene (Christensen et al., 2011).

Intervju- og transkriberingsprosessen

Etter å ha arbeidet godt med intervjuguiden, samt å ha foretatt et prøveintervju, var jeg godt forberedt til intervjuene. Thagaard (2009) påpeker betydningen av å gjennomføre prøveintervjuer da det kan være utfordrende for en forsker å bruke seg selv som instrument.

Etter å ha uttrykket et ønske om å delta i studien mottok informantene både informasjonsskriv og samtykkeerklæring, samt at vi pratet sammen over e-post for å avtale sted for gjennomføringen av intervjuene. Informantene fikk da tid til å reflektere rundt både hva de forventet at jeg ville spørre om, og hva de selv ønsket å formidle. Dette kan ha påvirket hva som kom frem under selve intervjuene. Interaksjonen mellom forsker og informanter er av interesse sett fra et konstruktivistisk ståsted, hvor en ser på kunnskap og forståelse som utviklet nettopp i fellesskap i intervjusituasjonen. Både kulturelle mønstre og hvordan informantene i tidligere situasjoner har presentert seg selv, preger hvordan de formulerer seg, og mange har også et godt innarbeidet mønster for hvordan de representerer seg selv ovenfor andre (Thagaard, 2009).

Dette forholdet mellom forsker og informanter vil alltid preges av en form for maktforhold. Det er avgjørende at informantene har et ønske om å fortelle om emner forskeren synes det er interessant å vite noe om, og det er forskeren som i stor grad definerer situasjonen, presenterer samtaleemner og styrer intervjuene gjennom å beslutte hvilke spørsmål som skal stilles. Konteksten for interaksjonen mellom forskeren og hver enkelt informant er derfor preget av en viss asymmetri (Kvale & Brinkmann, 2009). Selv om informantene allerede hadde fått informasjon om noen av de temaene jeg ønsket å snakke om, og at det var jeg som forsker som i intervjusituasjonen til en viss grad styrte samtalen inn på de elementene jeg ville få belyst, så virket informantene likevel positive til å dele den innsikten og de erfaringene de satt inne med.

En fordel for intervjusituasjonen var at det ikke var et mål å innhente personsensitiv informasjon, men at spørsmålene dreide seg mer om informantenes synspunkter på ytre strukturer, noe som i mindre grad krevde etiske vurderinger. En annen fordel var at jeg på forhånd visste forholdsvis lite om FLS før intervjuene ble gjennomført. Det førte til at jeg kunne være enda mer nysgjerrig og oppmerksom i forhold til å høre hva informantene hadde å fortelle. I tillegg påvirket den møysommelige prosessen frem mot utviklingen av

masterprosjektets fokusområde min interesse, slik at jeg i intervjuene viste et ekte og oppriktig engasjement. Thagaard (2009) støtter opp om at dette er avgjørende for å gjennomføre vellykkede intervjuer. Informantene hadde selv også en genuin interesse for feltet, noe som var til god hjelp i gjennomføringen av intervjuene.

Det var et positivt og godt klima i samtalene, og alle informantene virket komfortable med intervjusituasjonen og delte åpent om sin forståelse og sine erfaringer. Dette sikret et solid datamateriale. Stedet for gjennomføringen av intervjuene lot jeg informantene bestemme. Alle intervjuene ble utført på informantens eget arbeidssted, noe jeg tror var med på å påvirke den tryggheten jeg følte alle informantene utstrålte. De stedene vi satt og snakket var enten grupperom eller kontor, og vi fikk nesten utelukkende sitte i fred i forhold til støy fra omgivelser. Noe støy i de to siste intervjuene førte til noen småproblemer under transkriberingen, men det var kun noen få ord som gikk tapt. Båndopptakeren fungerte ellers helt som den skulle, og selv om et par av informantene nevnte at det var litt uvant med båndopptak, virket det ikke som de ble preget av denne sånn ut over helt i starten av intervjuet.

Ingen av informantene som hadde spørsmål før vi startet intervjuet, noe som tydet på at informasjonen de hadde mottatt på forhånd var tilstrekkelig. Introduksjonen og bakgrunsspørsmålene som intervjuet ble innledet med, virket effektive i forhold til å skape en avslappet og trygg atmosfære. Jeg opplevde også at informantene spurte opp igjen spørsmål hvis de var usikre på hva de ble spurt om, noe jeg også oppfatter som et signal på at de følte seg komfortable med situasjonen. Det ble gjort et forsøk på å følge intervjuguiden, samtidig som jeg var åpen for å endre på rekkefølgen i samtaleemnene. Jeg var godt forberedt og visste hvilke emner det var viktigst å få belyst, og dermed var jeg komfortabel med å sitte tilbakelent og lytte oppmerksomt på det informantene hadde å fortelle. En annen tilnærming kunne ha vært å gjennomføre intervjuene med mindre struktur, slik at informantene i større grad kunne snakket fritt om det som opptok dem omkring bestemte hovedtema. En tredje tilnærming kunne vært å samle informantene til en form for fokusgruppe, hvor målet var en mer åpen samtale eller diskusjon omkring både folkehelsepolitikk og FLS. Likevel tror jeg dette kunne medført flere utfordringer og forstyrrelser for informantene knyttet til at de da også måtte forholdt seg til andre enn seg selv og sine egne meninger og synspunkter. Thagaard (2009) påpeker at gruppedynamikk, og dermed empiri, kan bli påvirket av mer eller mindre dominerende deltakere i slike fokusgrupper. Ut i fra egne forutsetninger, og ved å se

tilbake på prosessen, vil jeg hevde at det var et tilfredsstillende valg at gjennomføringen av intervjuene ble som den ble.

Når det gjelder transkriberingsprosessen, ble det etterstrebet å gjøre transkriberingen så nøyaktig som mulig. Det ble jobbet parallelt med transkribering og det å bli kjent med de offentlige dokumentene, noe som kan ha hatt innvirkning på analyseprosessen som startet allerede her. Analyseprosessen vil diskuteres nærmere i det følgende.

5.1.6 Analysefasen

Den systematiske håndteringen, organiseringen og fortolkningen av materialet i analyseprosessen er utfordrende (Malterud, 2003). Omfanget av datamaterialet i studien gjorde utfordringen enda større. Bruken av matriser som hjelpemiddel forenklet systematiseringsprosessen av datamaterialet, men de neste skrittene i analyseprosessen var likevel svært utfordrende. Det var komplisert å få tilstrekkelig oversikt over datamaterialet, samt å bestrebe åpenhet i forhold til å kunne gjenkjenne språklige mønstre som omfatter de mest sentrale folkehelsepolitiske diskursene. En lang og tung fase bestod i å vurdere de kategoriene som var funnet i matrisene, og videre trekke ut de mest essensielle og fremtredende. Prosessen med å fremstille tendenser og mønstre i de utvalgte diskursene, samt å se dem i et større perspektiv gjennom at FLS skulle plasseres i forhold til dem, innebar deretter flere utfordrende refleksjoner og valg. I ettertid ser jeg det som avgjørende at jeg bestemte meg for å sette opp diskursene i dimensjoner. Dette gjorde det enklere å få frem diskursive ytterpunkter og å vise at en ikke bare omfattes av enkeltstående diskurser, men av flere. Det er også ulike grader av tilhørighet til forskjellige diskurser, noe kontinuumet i de utvalgte diskursive dimensjonene tydeliggjør. Diskursive kamper var også lettere å se gjennom at funnene ble presentert på denne måten.

I etterkant av analyseprosessen har jeg tenkt at det kunne være forvirrende at det ble trukket frem to forebyggingsdiskurser. Likevel mener jeg det var aktuelt å se diskursene «behandling» og «forebygging» opp mot hverandre, fordi det medførte interessante perspektiver som kan ha betydning for hvilken retning arbeidet tar i praksis. Det samme gjorde det å vurdere «folkehelsearbeidet som forebyggende innsats» vs. «folkehelsearbeidet som helsefremmende innsats», noe som i større grad illustrerte bevegelser for fokuset innen folkehelsearbeidet. Poenget med denne siste dimensjonen var å se nærmere på om interessen rettes mot uønskede faktorer og det å unngå noe, eller om det tas utgangspunkt i mer positive elementer, for å bygge videre på det.

Dimensjonen «folkehelsearbeid mot hele befolkningen» vs. «folkehelsearbeid mot bestemte målgrupper» er blitt reflektert over i ettertid. Det kunne vært et spennende perspektiv å erstatte «folkehelsearbeid mot bestemte målgrupper» med diskursen «folkehelsearbeid mot enkeltindivider». Denne kunne i enda større grad blitt relatert opp til ansvarsdiskursene.

En studie med diskursanalytisk tilnærming endes ikke ved at forskeren slutter å finne noe nytt, men fordi forskeren vurderer at datamaterialet er tilstrekkelig for å kunne lage og rettfærdiggjøre interessante argumenter (Phillips & Hardy, 2002). Denne vurderingen har ikke vært enkel. For at argumentene som har fremkommet i studien skulle ha blitt rettfærdiggjort og forklart på en grundig måte, kunne det ha blitt skrevet en egen oppgave omkring dette. Likevel er det gjort et reelt forsøk på å tydeliggjøre hele forsknings- og analyseprosessen.

Cheek (2004) påpeker at det er vesentlig at det er kongruens mellom det teoretiske fundamentet og analysene som er gjennomført, noe jeg er trygg på at er gjeldende for dette masterprosjektet, grunnet en etter hvert omfattende teoretisk forståelse.

5.2 Diskusjon av studiens hovedfunn

Etter å ha diskutert sentrale elementer ved metodologi, de metodiske valgene, forskerrollen og etiske aspekter, samt analyseprosessen, vil studiens hovedfunn tas opp til diskusjon i det følgende. Funnene som er trukket frem i kapittel fire vil her trekkes opp mot en større sammenheng og diskuteres i lys av teori.

Analysen har vist at det finnes ulike diskurser innen folkehelsefeltet de siste tjue årene. De følgende diskursive dimensjonene ble trukket frem som de mest sentrale: «helse som et objektivt målbart fenomen» vs. «helse som subjektiv opplevelse», «helse som individuelt ansvar» vs. «helse som samfunnsansvar», «behandling» vs. «forebygging», «forebyggende innsats» vs. «helsefremmende innsats», «folkehelsearbeid som velferd» vs. «folkehelsearbeid som økonomisk sparing» og til slutt «folkehelsearbeid mot hele befolkningen» vs. «folkehelsearbeid mot bestemte målgrupper». Det ble reflektert rundt kampene mellom disse diskursene, og FLS ble trukket frem som et konkret og praktisk eksempel på et aktuelt tiltak på folkehelsefeltet som får høy prioritet i dag. Organiseringen og hva som i praksis foregår og/eller er i fokus ved hver enkelt FLS, påvirkes av omkringliggende folkehelsepolitiske diskurser.

Det ser ut til at innsatsen ved FLS i størst grad preges av en forebyggingsdiskurs, gjennom at interessen i hovedsak retter seg mot frisklivsresepten. Denne diskursen innebærer en retning

mot å fokusere på det som er uønsket og å begrense risiko, symptomer og sykdom. Det medfører også at målgruppen i stor grad er grupper av mennesker som allerede befinner seg i en faresone, eller allerede har utviklet en sykdom av umiddelbar eller kronisk art. Tilbudet går likevel mer i retning av å drive behandlende innsats fremfor den genuine forebyggingsinnsatsen. De ansatte befinner seg, som nevnt, i stor grad innenfor yrkesgrupper som anses som helsepersonell, og vil derfor sannsynligvis omfattes av behandlingsdiskurser. Refleksjoner omkring dette kan være betydningsfullt i forhold til at innsatsen vil kunne gå mer i retning av behandling fremfor forebygging, hvis slike yrkesgrupper skal prege personellet ved FLS. I tilknytning til dette trekker i tillegg folkehelse rapporten (2010) frem at studieplanene til mange helsefagutdannelse inkluderer relativt få studiepoeng til forebyggende helsearbeid. Når det kommer til ansvaret for helse plasseres det nokså tydelig på deltakerne selv, men de får også støtte og veiledning fra kompetent personell, noe som gjør til at de ikke står helt alene med ansvaret. Det er forholdsvis klart at et mål for innsatsen ved en FLS er økonomisk sparing, noe som også sammenfaller med at diskursen, hvor en ser helse som et objektivt målbart fenomen, står ganske sterkt.

På tross av dette kan det likevel synes å ligge et potensial i å gå mer i retning av å drive «genuin forebygging» eller helsefremmende innsats. At målet med tilbudet i større grad ville fokusert på velferd og inkludert en helseforståelse basert på subjektive opplevelser, samt på bakgrunn av dette rettet seg mot større deler av befolkningen, noe som også hadde omfattet de friske. De pågående kampene mellom diskursene vil påvirke om dette potensialet utnyttes. Det avhenger av om nye diskurser etter hvert kan «vinne terreng».

Interessante perspektiver omkring elementer i det som nettopp er trukket frem, vil diskuteres videre under overskriftene «utfordrende begrepsbruk med konsekvenser for praksis», «ansvar - frihet eller styring?» og «helse som mål eller middel?».

5.2.1 Utfordrende begrepsbruk med konsekvenser for praksis

Som vi har sett eksisterer det ulik bruk av begreper og forståelser tilknyttet disse begrepene innen folkehelsefeltet og FLS, noe som videre påvirker den praktiske innsatsen på feltet på forskjellige måter. Andrews (2003) hevder at feltet bygger på for vage begreper. Det finnes i tillegg et bredt spekter av litteratur som reflekterer og problematiserer begrepsbruken innen dette feltet. Noen av perspektivene som fremkommer vil diskuteres i det følgende.

Fugelli & Ingstad (2001) reflekterer dimensjonen «helse som objektivt målbart fenomen» vs. «helse som subjektiv opplevelse» gjennom å nevne at teoretikere på den ene siden sitter og

utformer såkalte universelle helsedefinisjoner, og at det er av betydning å undersøke om også folkets meninger og forestillinger om helse blir tatt høyde for i denne prosessen. I to andre artikler hevder Fugelli videre at «medisinen bekjenner seg til et glansbilde av helse som krever fravær av sykdom og risiko, nærvær av funksjon og velvære» (Fugelli, 2004, s. 1822) og at menneskene er gjort til tilskuere i den norske folkehelsestradisjonen fordi helsen deres er «objektivert av de medisinske ekspertsystemene» (Fugelli, 1998, s. 1421). Han mener at helseidealet på bakgrunn av dette blir uopnåelig for folk flest, og at det eksisterer et behov for å flytte helsen tilbake til folket gjennom en realitetsorientering av helsebegrepet. Dette påpeker han at bør innebære en erkjennelse av at helse også rommer feil, sykdom og fare (Fugelli, 2004). Som en motsats til dette vektlegger Andrews (1998) at det vil være betydningsfullt å holde fast ved en helsedefinisjon som innebærer helse som fravær av sykdom. Hun begrunner dette med at det vil bli problematisk å formulere målsettinger og implementere effektiv politikk med bakgrunn i et subjektivt og vagt helsebegrep. Videre tydeliggjør hun at et objektivt helsebegrep heller ikke er uproblematisk, men at det medfører nødvendighet med en avgrensning når det kommer til utformingen av politikk (Andrews, 1998).

Begrepene «forebyggende» og/eller «helsefremmende» arbeid, som ble trukket frem som to tydelige diskurser innen folkehelsepolitikken, kan diskuteres ytterligere. Elvbakken, Fjær, Ludvigsen, Ravneberg & Stenvoll (2008) tydeliggjør at forholdet mellom at politikken retter seg mot å forebygge sykdom til forskjell fra å fremme helse, innebærer ulike problemdefinisjoner. De hevder at oppmerksomhet knyttet til *hele befolkningens* helse er viktig, og at statistikk og studier av sammenhenger mellom sykdom, levekår og dødelighet er grunnleggende for folkehelse- og forebyggingspolitikken. De vektlegger i tillegg at kunnskapen om «livsstilsrelaterte sykdommer» har bidratt til større oppmerksomhet tilknyttet risiko for tidlig død (Elvbakken, Fjær, Ludvigsen, Ravneberg & Stenvoll, 2008). Andrews (2003) trekker frem det engelske «Health Promotion» (HP) begrepet, og oversetter dette som synonymt med «helsefremmende arbeid». Hun påpeker at dette ble lansert som en motsats til «sykdomsforebyggende arbeid» med den hensikt å dreie fokuset bort fra negativ oppmerksomhet på hva som kan føre til helsesvikt, i retning av ressurser, mer positive faktorer og det som kan fremme helse (Andrews, 2003).

At begrepet «helsefremmende arbeid» defineres forskjellig, vektlegges av Vallgård (2005). Hun hevder at noen ser begrepet som synonymt med forebygging, mens andre ser på det som to veldig ulike retninger. Som Andrews (2003) mener hun også at helsefremmende arbeid da

ses på som et fokus på positive faktorer og sunnhet, hvor et mål er å sette enkeltmennesker i stand til å styre seg selv og få makt over eget liv. Forebygging innebærer på den andre siden ekspertstyring og forskrifter, og et mer negativt fokus på sykdom og risiko (Vallgård, 2005). Fugelli (2004) tydeliggjør også denne tosidigheten gjennom på den ene siden å benytte begrepet «patogenese», som han omtaler at karakteriserer forebyggingsarbeidet gjennom at fokuset rettes mot risiko, sykdom og tidlig død. På den andre siden trekker han frem «salutogenese», noe han mener innebærer «gladhelse». «Gladhelse» forklares videre med at det handler om glede, overskudd, fred og ro, samt å glemme helse, at en ikke bør strebe etter den og heller ikke frykte risiko og sykdom (Fugelli, 2004). Mæland (2005b) presiserer at det sykdomsforebyggende arbeidet bygger på naturvitenskapelige tradisjoner, mens den helsefremmende tankegangen har sin base i samfunnsvitenskapene. Dette kan bekrefte hvorfor det er et spenn i hvem som trekker på disse ulike diskursene, og hvor betydningsfullt dette igjen blir for innsatsen på feltet.

Hovedfunnene i dette masterprosjektet viser til et tydelig fokus på begrepene «helseatferd» og «levevaner», og bruken av for eksempel begrepet «livsstilssykdommer» trekkes også frem. Vallgård (2011) kritiserer denne begrepsbruken på bakgrunn av at årsaksforholdene i tilknytning til helseutfordringer og sykdom er komplekse, og at det dermed blir for snevert å spisse fokuset mot bare én av de mange årsaksfaktorene. Hun påpeker et tydelig fokus på «livsstilssykdommer» i de nordiske landene, samt i andre vestlige land de tre siste tiårene, og hevder at dette har ført til en utvikling hvor folkets atferd er det eneste som får oppmerksomhet i innsatsen (Vallgård, 2011). Kunnskap om livsstilsrelaterte sykdommer påpekes av Elvbakken et al. (2008) å ha bidratt til en annen og ny form for oppmerksomhet omkring risikofaktorer i tilknytning til tidlig død. Oppmerksomheten bør rettes mot hele befolkningens helse, og kunnskap poengteres som sentralt og grunnleggende for folkehelse- og forebyggingspolitikken. Likevel fører ikke større kunnskap nødvendigvis med seg holdnings- og/eller atferdsendringer, og forfatterne mener at de rådende modellene i for stor grad forenkler de sosiale aspektene ved menneskelig atferd. Videre kan det dekkes for hvordan subjektivitet kan ses som noe som konstrueres og rekonstrueres gjennom folkehelsepolitikken (Elvbakken et al., 2008).

5.2.2 Ansvar – frihet eller styring?

At innsatsen orienteres mot atferdsendringer er noe som videre bekrefte av Elvbakken (2009). Hun trekker frem at det kan betraktes som en demokratisk rettighet å få informasjon omkring hva som påvirker og kan utgjøre trusler mot liv og helse, og at det å vite hva som er

«trygt» og «utrygt» kan medføre at en tar mer informerte valg, noe hun karakteriserer som frigjørende. Likevel hevder hun at denne kunnskapen samtidig kan føre til en forpliktelse gjennom at en ansvarliggjøres også for valg som kan oppfattes å være helseskadelige (Elvbakken, 2009).

Dette leder diskusjonen inn mot ulike aspekter ved ansvar, noe som også er aktuelt ettersom ansvarsdiskursene fikk forholdsvis stor plass i hovedfunnkapittelet. På grunnlag av at dimensjonen omkring ansvarsdiskursene ble omtalt ut i fra ytterpunktene «helse som individuelt ansvar» vs. «helse som samfunnsansvar», vil det tas utgangspunkt i dette også her i diskusjonskapittelet. Elementer ved frihet og styring trekkes i tillegg frem som elementer nettopp ved å se ansvaret som «nedenfra-og-opp» i forhold til «ovenfra-og-ned».

For å innlede denne diskusjonen anses det som interessant å gjøre noen refleksjoner omkring inntrykket jeg som forsker har fått av hvordan FLS som tiltak oppstod. Inntrykket jeg har fått er at dette tiltaket ble utformet og kom i gang på initiativ fra såkalte ildsjeler, noe som kan karakteriseres å være et «grasrot-» eller «nedenfra-og-opp» tiltak. Etter hvert som det offentlige fattet interesse og så et behov for bedre oppfølgingstilbud etter evalueringene av «grønn resept», ble derfor ulike modeller for slike tilbud testet ut og FLS ble deretter satt mer i system. På bakgrunn av dette kan det sies at FLS etter hvert har blitt mer «institusjonalisert» og i større grad et «ovenfra-og-ned» tiltak som tydelig anbefales i alle kommuner.

Fugelli (2004) hevder at det helsefremmende og forebyggende arbeidet i Norge i dag rettes ensidig mot enkeltindivider og at det som er av størst betydning er å ta et personlig ansvar for egen helsetilstand. Han påpeker at dette passer de offentlige styringsmaktene greit ettersom det kan flytte fokuset fra politiske feil til personlige feil, og at dette lett kan få en «skyld-på-ofrene-virkning» (Fugelli, 2004). Hauge (2003) bruker begrepet «victim-blaming» om noe av det samme (s. 19). Han vektlegger at det eksisterer uklare grenser mellom individ og samfunn, og at mennesker litt for enkelt blir lastet for atferd som er ut over deres kontroll, og de sånn sett kan betraktes som et offer for. Samfunnsendringer markeres som betydningsfullt hvis individuelle atferdsendringer skal oppnås. Han nevner i tillegg at det etter hvert har blitt gjort flere forsøk på å utvikle teorier som kan bidra til en større forståelse for på hvilken måte mennesker handler i dette spenningsfeltet mellom individuell frihet og samfunnsmessige føringer (Hauge, 2003). Elvbakken (2008) sier om frihet at den er berøvet og at kroppen blir kontrollert når vi fokuserer på det å håndtere risiko, men samtidig har utviklingen på feltet

åpnet for at vi slipper å frykte eksempelvis kolera, tuberkulose og lepra, noe som kan karakteriseres å omfatte en stor frihet.

Nikolas Rose (1999) poengterer at det at vi er opptatt av «selvet» ikke baseres på selvtilfredshet, men på ødeleggelsene som byråkratiets fremskritt har skapt for våre private liv gjennom at vi for eksempel har gjort oss altfor avhengig av eksperter. Det kan også omtales som en form for statlig avhengighet, noe som videre har medført spørsmål omkring velferd. En blir gjennom markedskrefter og privatisering i større grad et politisk individ som får manifestert eget innbyggerskap gjennom den frie utøvelsen av personlige valg gjennom et mangfold av markedsmuligheter. En blir tilbudt et bredt spekter av livsstilsvalg som preges av lovgivning og sosiale normer, og en står «fritt» til å velge på dette markedet. Vi har mange av disse såkalte frie valgene, og et hvert valg vi tar uttrykker noe om vår individualitet og personlighet, samt at det er med på å skape vår identitet, både ovenfor oss selv og andre. Vi er ikke bare sikret en mulighet til å ta valg, men vi har blitt forpliktet til å fortolke oss selv i forhold til både valg, makt og verdier. Eget liv skal tolkes i lys av, og som et utfall av, de ulike valgene en tar (Rose, 1999).

Empowerment fremkommer som et sentralt prinsipp for innsatsen både på folkehelsefeltet, samt for FLS. Vallgårda (2001) mener det er et middel for å anskaffe seg god helse på gjennom at det innebærer en motsats til maktesløshet, noe som knyttes til dårlig helse. Som nevnt legges det til grunn for empowermentsprinsippet at folket vil tilstrebe en «passende» og «sunn» atferd om de får økt kontroll over eget liv. Dette premisset diskuteres av Elvbakken & Stenvoll (2008a) og det påpekes en tvetydighet i dette. Arbeid for å fremme handlingskompetanse hos enkelte med en forventning om at det skal føre til bestemte og anerkjente valg aktualiserer et prinsipielt spørsmål om hvor langt det offentlige kan og bør gå i et arbeid for å forbedre folkehelsen, selv om dette gjøres i god hensikt (Elvbakken & Stenvoll, 2008a).

At empowermentsprinsippet innebærer et ansvar både for staten og enkeltindivider ble reflektert over i hovedfunnkapittelet. Staten blir av Vallgårda (2001) omtalt som «den tilretteleggende og muliggjørende staten» som får ansvar for å legge til rette for at individer kan ta ansvar for egen helse. Helseopplysere får også ansvar gjennom å skulle opplyse og få enkeltindividene til å bli kompetente nok til selv å aktivt kunne ta de rette valgene, samt kontroll over eget liv (Elvbakken et al., 2008). «Det kompetente selvet» som ønskes oppnådd i dette tilfellet, er det som er interessert i, villig til, og som har evner til å handle for å forbedre

sin helsetilstand. Dette støtter opp om det som ble trukket frem av Bugge & Lillebø (2009) om at ikke alle har like stor «tilgang» til endring. I tilknytning til dette er det av interesse å nevne at Mæland (2005b) nevner at det eksisterer et paradoks i at det å rette forebyggingsinnsatsen mot enkeltindivider og livsstilsfaktorer kan bidra til å øke helseforskjellene i samfunnet.

5.2.3 Helse som mål eller middel?

Det å påvirke hvordan folk lever har lenge blitt forsøkt påvirket av myndighetene for å oppnå lengre og mer helsemessige liv i befolkningen. Vallgård (2001) trekker frem to ulike målsettinger eller årsaksargumenter bak folkehelsearbeidet hvor det ene innebærer et fokus på det som betraktes som et felles gode. Dette kan begrunnes som en statlig årsak og helse ses på som et mål for å oppnå noe mer. Det andre perspektivet er et ønske om å «gi» gode liv til hvert enkelt individ, hvor en ser staten som en «pastoral» eller «god hyrde». Innen denne retningen er helse målet i seg selv. Vallgård poengterer at disse argumentene ofte blandes innenfor en velferdsstatlig politikk (Vallgård, 2001).

Elvbakken & Stenvoll (2008a) vektlegger ulike begrunnelser for forebyggingspolitikken som vil føre til forskjellige virkemidler og igjen vil kunne ha ulike konsekvenser i forhold til måloppnåelse. På den ene siden å skulle få en bedre helsetilstand for seg selv og for å leve livet lykkeligere trekkes opp mot å handle om å være en dugelig og nyttig samfunnsborger (Elvbakken & Stenvoll, 2008a).

Stamsø & Hjelmtveit (2005) trekker frem at de medisinske fremskrittene vi har gjort frem mot i dag har bidratt med kunnskap og muligheter til å behandle veldig mange. Likevel står vi overfor en prioriteringssituasjon grunnet økonomiske begrensninger. Dette er noe som både skaper økte behov, det gir økte forventninger og i tillegg åpner det for etiske problemstillinger. Dette påvirker innsatsen i retning av at forebygging ofte kommer i bakgrunnen sett opp mot behandling eller kurative tjenester. Det handler om at gevinstene av dette arbeidet ikke kan ses før langt frem i tid, og at målgruppen ikke er «kjent» fordi det er et mål om å sette innsatsen inn på et så tidlig tidspunkt som mulig, altså før risikofaktorer og sykdom er utviklet (Stamsø & Hjelmtveit, 2005). Helse kan innenfor denne diskusjonen ses som et middel og ikke et mål i seg selv.

6. Oppsummerende refleksjoner

Denne studien har omfattet en grundig vitenskapsteoretisk innføring grunnet de spesifikke ontologiske og epistemologiske perspektivene som omfatter masterprosjektets metodologi. Valget om å benytte en diskursanalytisk tilnærming som metodologi ble gjort på bakgrunn av et ønske og mål om å se fagfeltet med «nye øyne». Et nytt blikk ble satt på folkehelsefeltet. Gjennom å lete etter ulike mønstre i språket, såkalte diskurser, i forskjellige folkehelsepolitiske offentlige dokumenter, bidro det med nye perspektiver til å kunne belyse hvorfor innsatsen på feltet går i den retningen den gjør. FLS som konkret tiltak ble benyttet som et praktisk eksempel i forhold til at det er et tiltak som får stor oppmerksomhet i dagens innsats. Dette fenomenet ble beskrevet ut i fra hvordan både offentlige dokumenter og informanter har omtalt det, før det ble forsøkt plassert opp mot de folkehelsepolitiske diskursene igjen. Videre ble de diskutert ut fra de funnene som fremkom gjennom analysen. Oppgaven vil nå avsluttes med betraktninger omkring studiens implikasjoner og veien videre.

6.1 Studiens implikasjoner og veien videre

I dette avsluttende kapittelet ønsker jeg å trekke frem hva denne studien har bidratt med, sammen med en refleksjon omkring hva jeg ser som aktuelt og interessant å gå videre med i forlengelsen av denne masteroppgaven.

Det er i dette masterprosjektet gjort et forsøk på å avdekke hvordan den sosiale virkeligheten omkring folkehelsepolitikken og FLS skapes. Dette gjennom å utforske mønstre i måten å snakke på, såkalte diskurser, i offentlige dokumenter og blant nøkkelpersoner innen fagfeltet. Starks & Brown Trinidad (2007) hevder at både politikere, lovgivere og personer som leder intervensjoner kan være tjent med å oppnå forståelse for de diskursene de befinner seg i for å kunne utforme effektive budskap. Diskursanalytiske tilnærminger kan også være til hjelp for å få en bredere innsikt i hvordan utformingen av budskap og språklige elementer kan bidra til å oppnå bestemte resultater, som eksempelvis det å fremme helsemessig sunn atferd. Det kan i tillegg medføre en større forståelse for hvorfor praksisen på et gitt felt beveger seg i bestemte retninger (Starks & Brown Trinidad, 2007). Den diskursive tilnærmingen bringer med seg bevissthet og et kritisk blikk mot selvfølgelige og/eller naturlige «sannheter».

Studien tilfører nye perspektiver på feltet, refleksivitet kan i større grad fremmes og aspekter som ellers kanskje ville blitt oversett, er gjort synlig. Masterprosjektet har vist én funksjon diskursiv aktivitet har i forhold til å skape felles forståelse, regler og praksis på folkehelsefeltet, noe som videre vil forme institusjonen/fenomenet FLS.

Denne forståelsen kan være et vesentlig bidrag til den fremtidige utformingen av folkehelsepolitiske dokumenter og eksempelvis revideringer av veilederen eller andre publikasjoner i konkret tilknytning til FLS. Oppmerksomheten rundt diskursene har også potensial til å medføre et tilskudd til de diskursive kampene, som igjen kan føre til at andre diskurser vil «vinne terreng». Det anses som spennende å utforske de folkehelsepolitiske diskursene opp mot andre tiltak på folkehelsefeltet, for å se om disse i samme grad som FLS «samsvarer» og/eller «passer inn» i de rådende diskursene. Det vil også kunne være aktuelt å gjøre en ny vurdering av diskursene innen folkehelsefeltet på et senere tidspunkt, med et fokus på å vurdere eventuelle endringer i hvilke diskurser som har «vunnet frem». Det kan i tillegg være av interesse å følge opp den diskursive utviklingen av FLS i fremtiden, når sentralene sannsynligvis i enda større grad er «institusjonalisert», samt spredt ut over hele Norge.

Analyseformen kan, som nevnt, benyttes til å sortere i eksisterende debatter, så dette innebærer også en mulighet. Blant annet kunne den særs aktuelle «lavkarbo-debatten» som runget i media sent på høsten i fjor ha vært aktuell å kaste et diskursanalytisk blikk på. Fokuset er ikke da på å vurdere om parter innen utvalgte og aktuelle diskusjoner har «rett» eller «galt», men på hvordan ulike argumenter kan anses som meningsfylte på ett og samme tidspunkt (Andersen Nexø & Koch, 2011).

Ulike sider ved FLS som tiltak kan også ses nærmere på med den samme tilnærmingen. Et eksempel kan være å se på hvordan deltakere ved FLS blir omtalt og på denne måten får sin identitet «tilskrevet». Et annet eksempel kunne være å gjøre en enda grundigere utforskning av hvilke forståelser de ansatte ved FLS har av tiltaket. Det kunne i tillegg være av stor interesse å prate med deltakere på en FLS, eksempelvis ved å gjennomføre kvalitative dybdeintervjuer, med et fokus på hvilke diskurser de omgir seg med. Dette kunne gitt bidrag i forhold til både å belyse deltakernes oppfatning av seg selv, samt hvilken forståelse de har av FLS. Det ville også kunne gå an å tilstrebe et litt mer spisset fokus enn det som var tilfellet i dette masterprosjektet, ved for eksempel å rette seg mot kostholds-feltet, analysere offentlige ernæringspolitiske dokumenter, eller ta for seg ernæringstilbudet innen FLS og sett etter hvilke diskurser som omgir det.

Helt til slutt vil jeg igjen trekke frem et av sitatene som denne studien ble innledet med:

«Hvis vi gikk ut fra at alt som er akseptert som sannhet virkelig er sant, da ville det være lite håp om å gjøre framskritt» (Orville Wright).

Grunnen til at det følte naturlig å inkludere dette igjen helt til slutt er at det nettopp er dette jeg føler er det viktigste bidraget med denne studien. Det er fokusert på andre «sannheter» som nettopp kan bidra til fremskritt og utvikling ved å tilby nye måter å møte og se «verden» og «virkeligheten» på. Innsikten slike studier som dette gir vil tilføre nye perspektiver inn i de diskursive kampene som foregår, og kan gjennom dette bidra til endring på det praktiske handlingsfeltet.

Phillips & Hardy (2002) vektlegger at det er avgjørende at funnene er interessant for noen, uansett hvilken type forskningsprosjekt man gjør. Jeg håper at funnene i denne studien er interessante for flere, både innen folkehelsefeltet og mer konkret innen FLS-verden.

Litteraturliste

- Andersen Nexø, S. & Koch, L. (2011). Diskursanalyse. I S. Vallgård, & L. Koch (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskab* (s. 119-140). København: Munksgaard Danmark.
- Andrews, T. (1998). Det utvidede helsebegrepet: begrepsmessig forvirrende og praktisk uhandterlig. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 188(21), 3312-3315.
- Andrews, T. (2003). "Nytt" ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid: En diskusjon av syn på makt og endring. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 6(1), 30-42.
- Asdal, K. & Jacobsen, E. (2009). Å bære forbrukeransvar. I K. Asdal, & E. Jacobsen (Red.), *Forbrukerens ansvar* (s. 9-30). Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Blom, E. E. (2008). "Trening på resept": evaluering av et kommunalt, tre måneders individuelt rettet oppfølgingsprogram for pasienter som er blitt henvist til "trening på resept": en prospektiv intervensjonsstudie med ett års oppfølging, Norges idrettshøgskole). Oslo.
- Bringedal, B. & Aasland, O. G. (2006). Legers bruk og vurdering av grønn resept. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 126, 1036-1038.
- Bugge, A. & Lillebø, K. (2009). "Fit", ikke fet! Forandring, forbedring og forvandlingsimperativer. I K. Asdal, & E. Jacobsen (Red.), *Forbrukerens ansvar* (s. 145-170). Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Båtevik, F. O., Tønnesen, A., Barstad, J., Bergem, R. & Aarflot, U. (2008). *Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald* (Bind nr. 225). Volda: Høgskulen i Volda og Møreforskning.
- Cheek, J. (2004). At the Margins? Discourse Analysis and Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 14(8), 1140-1150.
- Christensen, U., Nielsen, A. & Schmidt, L. (2011). Det kvalitative forskningsinterview. I S. Vallgård, & L. Koch (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskab* (s. 61-89). København: Munksgaard Danmark.
- Departementene. (2007). *Oppskrift for et sunnere kosthold: handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)*. Oslo: Departementene.
- Dulsrud, A. & Jacobsen, E. (2009). Valgarkitekturens politiske økonomi: om "choice editing" og den frie viljen. I K. Asdal, & E. Jacobsen (Red.), *Forbrukerens ansvar* (s. 277-297). Oslo: Cappelen Akademisk forlag.
- Elvbakken, K. T. (2008). Historiske linjer: fra påbud til påvirkning? I K. T. Elvbakken, & D. Stenvoll (Red.), *Reisen til helseland: propaganda i folkehelsens tjeneste* (s. 17-31). Bergen: Fagbokforlaget.
- Elvbakken, K. T. (2009). Fra sunnhetspropaganda til helseopplysning. *Michael*, 6(3), 322-329.
- Elvbakken, K. T., Fjær, S., Ludvigsen, K., Ravneberg, B. & Stenvoll, D. (2008). Variasjoner i forebyggingspolitikk. I K. T. Elvbakken, & D. Stenvoll (Red.), *Reisen til helseland: propaganda i folkehelsens tjeneste* (s. 177-203). Bergen: Fagbokforlaget.
- Elvbakken, K. T. & Stenvoll, D. (2008a). Innledning. I K. T. Elvbakken, & D. Stenvoll (Red.), *Reisen til helseland: propaganda i folkehelsens tjeneste* (s. 7-16). Bergen: Fagbokforlaget.
- Elvbakken, K. T. & Stenvoll, D. (Red.). (2008b). *Reisen til helseland: propaganda i folkehelsens tjeneste*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Engedal, B., Lærum, G., Bjørnsgaard, A., Frøystein, O. & Forsberg, K. (2008). *Evalueringsrapport: Oppfølgingssystemer til "Grønn resept" 2004-2008: Anbefalinger fra Buskerud, Nordland, Oppland, Troms og Vest-Agder*.

- Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed. (2010). *Udredningsopgave for Fødevarerministeriet: Sund livsstil: hvad skaber forandring?* København: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.
- Fugelli, P. (1998). Folkehelse - folkets helse? *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 118(9), 1421-1425.
- Fugelli, P. (2004). Verdier og strategier i det forebyggende helsearbeidet. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 124(13), 1822.
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). Helse - slik folk ser det. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 121(30), 3600-3604.
- Hauge, H. A. (2003). Hvordan kan samfunnsvitenskap bidra til helsefremmende arbeid? I H. A. Hauge, & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* (s. 15-35). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helgerud, J. & Eithun, G. (2010). *Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune*. Nordland fylke: Hokksund rehabiliteringssenter/NTNU.
- Helsedirektoratet. (2010). *Folkehelsearbeidet: veien til god helse for alle*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011). *Veileder for kommunale frisklivssentraler: etablering og organisering [IS-1896]*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hjelmtveit, V. (2005). Sosialpolitikk i historisk perspektiv. I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring: norsk helse- og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (s. 24-57). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Holm, S. (1998). Viden og vidensproduksjon. I M. Lorensen (Red.), *Spørsmålet bestemmer metoden: forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag* (2. utg., s. 13-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Høyser, K. (2011). Hva er teori, og hvordan forholder teori seg til metode? I S. Vallgård, & L. Koch (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhetsvitenskap* (s. 17-41). København: Munksgaard Danmark.
- Kallings, L. V. (2010). *Fysisk aktivitet på resept i Norden: erfaringer og anbefalinger*. Stockholm: Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet.
- Kristiansen, I. S. & Wisløff, T. F. (2003). *Grønn resept - effekt og kostnadseffektivitet: en forenklet litteraturgjennomgang*. Hentet
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lawrence, M. (2007). Policy and politics. I M. Lawrence, & T. Worsley (Red.), *Public Health Nutrition: From principles to practice* (s. 450-476). Maidenhead: Open University Press.
- Lerdal, A. & Celius, E. H. (2011). Trening på resept - en hjelp til å endre levevaner basert på den transteoretiske modellen. I A. Lerdal, & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 161-184). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lupton, D. (1992). Discourse analysis: a new methodology for understanding the ideologies of health and illness. *Australian Journal of Public Health*, 16(2), 145-150.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 16 (2010-2011). (2011). *Melding til Stortinget: nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
- Mæland, J. G. (2005a). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Mæland, J. G. (2005b). Forebygging: vakker tanke eller fornuftig handling? I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring: norsk helse- og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (s. 262-282). Oslo: Gyldendal akademisk.
- NOU 1998:18. (1998). *Det er bruk for alle: styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- Oldervoll, L. M. & Lillefjell, M. (2011). *Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling: Innherredsmodellen - trinn 1*. Rapportserie fra Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU. Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU. Trondheim.
- Phillips, N. & Hardy, C. (2002). *Discourse analysis: investigating processes of social construction*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Prop. 1 S (2010-2011). (2010). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak): for budsjettåret 2011*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
- Prop. 90 L (2010-2011). (2011). *Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak): lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
- Prop. 91 L (2010-2011). (2011). *Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak): lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)*. Oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
- Rose, N. (1999). *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*. London: Free Association Books.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- St.meld. nr. 16 (2002-2003). (2003). *Resept for et sunnere Norge: folkehelsepolitikken*. Oslo: Det Kongelige Helsedepartement.
- St.meld. nr. 37 (1992-1993). (1993). *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo: Sosialdepartementet.
- Stamsø, M. A. & Hjelmtveit, V. (2005). Innledning. I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring: norsk helse- og sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (s. 15-23). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stang, I. (2003). Bemyndigelse: en innføring i begrepet og "empowerment-tenkningens" relevans for ansatte i velferdsstaten. I H. A. Hauge, & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* (s. 141-161). Bergen: Fagbokforlaget.
- Starks, H. & Brown Trinidad, S. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372-1380.
- Stenvoll, D. & Elvbakken, K. T. (2008). Forskning om forebygging i Sverige og Danmark. I K. T. Elvbakken, & D. Stenvoll (Red.), *Reisen til helseland: propaganda i folkehelsens tjeneste* (s. 32-43). Bergen: Fagbokforlaget.
- Swinburn, B. & Bell, C. (2007). Obesity prevention. I M. Lawrence, & T. Worsley (Red.), *Public Health Nutrition: From principles to practice* (s. 201-222). Maidenhead: Open University Press.
- Sørensen, J. B., Skovgaard, T. & Puggaard, L. (2006). Exercise on prescription in general practice: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(2), 69-74.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Vallgård, S. (2001). Governing people's lives: Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway and Sweden. *The European Journal of Public Health*, 11(4), 386-392.
- Vallgård, S. (2005). Hvad er sundhedsfremme? En analyse af begrebet og styringsmetoderne. *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*, 2(3).
- Vallgård, S. (2011). Why the concept "lifestyle diseases" should be avoided. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(7), 773-775.
- Vallgård, S. & Koch, L. (Red.). (2011). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard Danmark.
- WCRF/AICR. (2007). *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington DC: AICR.
- Wetherell, M., Taylor, S. & Yates, S. J. (2001). *Discourse theory and practice: a reader*. London: Sage Publications.
- WHO/FAO. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Technical Report 916*. Geneva: World Health Organization.

Vedlegg

Vedlegg 1. NSD-godkjennelse

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Laura Terragni
Fakultet for helsefag
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St.Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 13.10.2011

Vår ref: 28113 / 3 / KS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.09.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28113	<i>Kommunale frisklivssentraler: Hva karakteriserer ideologien og organiseringen?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Laura Terragni</i>
Student	<i>Mari Berg Vaule</i>

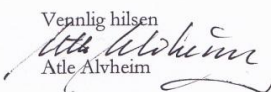
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

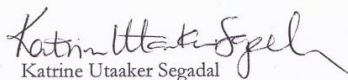
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Ade Alvheim


Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Mari Berg Vaule, Bolignr. H0409, Moldegata 3, 0445 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svanav@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 28113

Det gis skriftlig informasjon og innhentes et skriftlig samtykke fra informantene.

Personvernombudet ber om at det presiseres i informasjonsskrivet til de som forespørres om deltakelse, at det benyttes en koblingsnøkkel i prosjektperioden slik at det ikke fremstår som at datamaterialet behandles helt anonymt. Dette kan for eksempel formuleres slik: "Alle opplysninger som gis vil behandles konfidensielt, og datamaterialet vil i prosjektperioden merkes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste som kun jeg har tilgang til. Opplysningene i masteroppgaven vil anonymiseres slik at ingen involverte gjenkjennes i det som publiseres. Opptakene og navnelisten vil slettes og alle data anonymiseres når oppgaven er ferdigstilt og forsvart, senest ved utgangen av desember 2012."

Revidert informasjonsskriv bes ettersendt før utvalget kontaktes.

Prosjektsslutt er angitt til 31.12.2012. Senest ved prosjektsslutt vil datamaterialet være anonymisert, det vil si at verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger lenger foreligger i materialet. Lydopptakene og navnelisten (koblingsnøkkel) slettes. Indirekte personidentifiserende opplysninger i det øvrige materialet slettes eller grovkategoriseres på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

Vedlegg 2. Infoskriv og samtykkeerklæring



Kommunale frisklivssentraler: Hva karakteriserer ideologien og organiseringen?



Ønsker du å delta i et aktuelt og spennende masterprosjekt som har som mål å se nærmere på det kommunale folkehelseiltaket frisklivssentraler?

Jeg søker frivillige som ønsker å bidra til en bredere forståelse av dette tiltaket:

- Hvilke oppfatninger har du til tiltaket?
- Er det bestemte prinsipper og/eller retningslinjer du føler står sentralt i denne formen for forebyggende og helsefremmende arbeid?
- Hvordan ser du på/erfarer organiseringen av tiltaket?
- Positive og negative sider ved tiltaket + utfordringer?
- Hvem har/bør ha ansvar for helse og forebyggende og helsefremmende arbeid?

Jeg er masterstudent i mat, ernæring og helse ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og holder nå på med min avsluttende masteroppgave. Tema for oppgaven er kommunale frisklivssentraler, og jeg ønsker å gå i dybden på dette aktuelle og anbefalte tiltaket for å lære mer om ideologien bak, samt å utforske organiseringen.

For å kunne fordype meg i dette, ønsker jeg på den ene siden å ta en grundig gjennomgang av litteratur og dokumenter som ligger til grunn for tiltaket. På den andre siden ønsker jeg også å gjennomføre intervjuer med personer som på en eller annen måte har tilknytning til eller kunnskap om de kommunale frisklivssentralene. Spørsmålene vil dreie seg rundt oppfatninger av, holdninger til og erfaringer med dette folkehelseiltaket, samt inkludere spørsmål omkring ansvar og makt når det kommer til helse og folkehelsearbeid. Jeg vil benytte båndopptaker og ta notater underveis i samtalen og estimerer en tidsramme på ca en time. Alle opplysninger som gis vil behandles konfidensielt, og datamaterialet vil

anonymiseres slik at ingen involverte gjenkjennes. Opptakene vil slettes når oppgaven er ferdigstilt og forsvart, senest ved utgangen av desember 2012.

Det er frivillig å delta, og du har når som helst mulighet til å trekke deg ut av prosjektet uten å måtte begrunne dette nærmere. Alle data du da har bidratt med, vil slettes.

Dersom du ønsker å delta på et intervju, hadde det vært fint om du kunne ta kontakt med meg på tlf. nr. 99 32 78 44, eller på e-post: s290998@stud.hioa.no, slik at vi får avtalt sted og tidspunkt for intervju. Det er også fint om du tar med signert samtykkeerklæring når vi møtes til intervjuet.

Har du ellers spørsmål eller er nysgjerrig på flere detaljer omkring prosjektet, er du velkommen til å kontakte meg på tlf. eller e-post uten videre forpliktelser. Veilederen min, Laura Terragni, kan også kontaktes på tlf 64 84 96 08 eller på e-post; Laura.Terragni@hioa.no.

Prosjektet er meldt inn og godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Mari Berg Vaule
Bolignr. H0409
Moldegata 3
0445 Oslo
Tlf. 99 32 78 44



E-post: s290998@stud.hioa.no eller mari_berg_vaule@yahoo.no

Samtykkeerklæring (fylles ut og tas med til intervju):

Jeg har mottatt informasjon om masterprosjektet som skal omhandle kommunale frisklivssentraler, og ønsker å stille til intervju.

Signatur..... Dato.....

Vedlegg 3. Foreløpig temaliste for dybdeintervjuene

Temaliste for dybdeintervju

Introduksjonsspørsmål:

- ✓ Stilling/arbeidstittel
- ✓ Hva innebærer stillingen? Ansvarsområder..
- ✓ Hvor lenge i nåværende stilling? Annen stilling/andre arbeidsoppgaver tidligere?
- ✓ Utdanning/tidligere arbeidserfaring?

Helse og folkehelsearbeid:

- ✓ Hva er helse evt. uhelse?
- ✓ Folkehelsearbeid, forebyggende og helsefremmende arbeid – Klare begreper? Hva innebærer de? Brukes de synonymt, eller er det forskjeller i begrepsbruken?
- ✓ Hvorfor er dette arbeidet viktig?
- ✓ Målgruppe/målgrupper?
- ✓ Sentrale aktører og yrkesgrupper?
- ✓ Egen rolle i dette arbeidet?
- ✓ Ansvar og makt? - Statlig, regionalt, kommunalt, individuelt?
- ✓ Videre innsats på dette feltet? Hva er viktig?

Kommunale frisklivssentraler:

- ✓ Hvor lang erfaring i din kommune? Utvikling?
- ✓ Hvilke sentrale aktører/yrkesgrupper?
- ✓ Ansvarsfordeling?
- ✓ Oppfatninger? (Hva skal det være/ikke være?)
- ✓ Sentrale prinsipper og/eller retningslinjer?
- ✓ Holdninger/erfaringer?
- ✓ Positive/negative sider?
- ✓ utfordringer?
- ✓ Organisering?
- ✓ Brukere?
- ✓ Ønsker for videre arbeid?

Vedlegg 4. Intervjuguide

Intervjuguide

Først ønsker jeg bare å få en bekreftelse på at du har mottatt og lest infoskrivet jeg sendte på e-post, og at du har godkjent samtykkeskjema? Har du eventuelle spørsmål før vi starter? Jeg har tenkt å begynne med noen bakgrunnsspørsmål, før jeg går over på noen generelle spørsmål om folkehelsearbeid sett litt stort, for deretter å avslutte og ha det største fokuset på det konkrete kommunale tiltaket med frisklivssentraler. Høres dette greit ut?

Bakgrunnsspørsmål:

- ✓ Innbyggere
- ✓ Navn på sentral
- ✓ Oppstartsår
- ✓ Utdanning
- ✓ Stilling/arbeidstittel
- ✓ Hva innebærer stillingen? Ansvarsområder. Hva med FLS?
- ✓ Hvor lenge i nåværende stilling?
- ✓ Tidligere arbeidserfaring/andre arbeidsoppgaver?

Helse og folkehelsearbeid:

- ✓ Hva er helse (evt. uhelse) for deg? Felles oppfatning og forståelse?
- ✓ Folkehelsearbeid, forebyggende og helsefremmende arbeid. Hva innebærer disse begrepene for deg - definisjoner? Synonyme? Tror du at de som arbeider eksempelvis ved FLS har sammenfallende meninger og oppfatninger av hva disse ulike begrepene innebærer? Hvis du skal velge et av begrepene, hvilket begrep vil du si at dekker arbeidet på en FLS?
- ✓ Hvorfor er dette arbeidet viktig (generelt)? Spesifikke utfordringer nå?
- ✓ Hva er målet for folkehelsearbeid/forebyggende og helsefremmende arbeid? Hvem anser du som viktige målgrupper?
- ✓ Hvem har/bør ha ansvar og makt/sentrale aktører? - Statlig, regionalt, kommunalt, individuelt/Offentlig, privat, frivillig sektor? Sentrale yrkesgrupper?
- ✓ Hvordan ser du din egen rolle i dette arbeidet?
- ✓ Skal snart komme inn på et av de konkrete kommunale tiltakene, men har du andre synspunkter når det kommer til fremtidig innsats på dette feltet?

Kommunale frisklivssentraler:

- ✓ Når startet planleggingen og hvordan var oppstarten?
- ✓ Utvikling? Erfaringer så langt? Modeller her til lands eller fra utlandet som inspirerer? Har du og/eller dine kollegaer benyttet veilederen som ble publisert av helsedirektoratet i februar? Hvilke tanker har du om den?
- ✓ Dagens funksjon og organisering. Forankring i kommunale planer/budsjett? Organisatorisk plassering i kommunen? Økonomi/budsjett?
- ✓ Fysisk plassering/lokaler?
- ✓ Årsverk/faggrupper/kompetanse – ansvarsfordeling.

«FLS bør ha kompetanse innen folkehelse, friskfaktorer, sosial ulikhet i helse, kultur og migrasjonshelse, lavterskeltilbud, rus, psykisk helse og brukermedvirkning» (Helsedirektoratet, 2011, s. 17).

- Oppfyller deres sentral disse «kravene»?
- Hvis noe, hva mangler eventuelt av kompetanse?
- Hvilke yrkesgrupper ser du som aktuelle for arbeid ved en FLS?
- ✓ Samarbeidspartnere? Henvisere? Hvordan opprettholdes kontakt og samarbeid med disse?
- ✓ Er tilbudet kjent i kommunen? Markedsføring?
- ✓ Tilbudet på FLS. De ulike livsstilsområdene kosthold, fysisk aktivitet og røyking? Finnes eventuelt andre tilbud ut over dette? Psykisk helse e.l.?
- ✓ Lavterskeltilbud? Evt hvordan? Hvem benytter?
- ✓ Oppfatninger om tiltaket? (Hva skal det være/ikke være?)
- ✓ Ideologi. Sentrale prinsipper. Hva er arbeidet tuftet på? Be om utdypelse og lete etter forståelse omkring hva de bestemte begrepene/prinsippene innebærer. Hørt om salutogenese og empowerment? Nevnes som sentralt i arbeidet med FLS.
- ✓ Positive/negative sider ved tiltaket? Spesifikke utfordringer?
- ✓ Målgruppe? Ble det lagt til rette for brukermedvirkning i utformingen og utviklingen av tiltaket i kommunen? Mest sentrale målgrupper? Er tilbudet kjent og tydelig uttalt for de bestemte målgruppene/brukerne? Hvordan får de høre om tiltaket? Er det bestemte grupper det er særlige utfordringer med å nå ut til? Tilbud til barn og unge?
- ✓ Brukere/deltakere. Antall henviste deltakere pr. år? Finnes det tall? Hvilke type brukere/deltakere har vært/er tilknyttet FLS? Har mange flere reseptperioder, eller fungerer eventuelle utslusningstiltak?

- ✓ Tanker om/ønsker for videre arbeid? Utviklingsmuligheter?
- ✓ Har dere opprettet systemer for evaluering av både organiseringen og de ulike tiltakene ved FLS? Hørt om verktøykassen fra helsedirektoratet? Hva tenker du om den?
- ✓ Hvordan ser du på fremtidsutsiktene for deres FLS? Suksess, eller bekymringer? Føler du at dere er pålagt å gjennomføre dette tiltaket, eller tror du virkelig på tiltaket?
- ✓ Hvordan ser du på utviklingen av dette tiltaket mer generelt i Norge?
- ✓ Blir det norske folket friskere ved hjelp av dette tiltaket?

Overordnet mål for folkehelsearbeidet: «Flere leveår med god helse i befolkningen og mindre helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn».

- Kan FLS bidra til å nå denne målsetningen? Eventuelt på hvilken måte?

Intervjuguide Hdir

Først ønsker jeg bare å få en bekreftelse på at du har mottatt og lest infoskrivet jeg sendte på e-post, og at du har godkjent samtykkeskjema? Har du eventuelle spørsmål før vi starter? Jeg har tenkt å begynne med noen bakgrunnsspørsmål, før jeg går over på noen generelle spørsmål om folkehelsearbeid sett litt stort, for deretter å avslutte og ha det største fokuset på det konkrete kommunale tiltaket med frisklivssentraler. Høres dette greit ut?

Bakgrunnsspørsmål:

- ✓ Utdanning
- ✓ Stilling/arbeidstittel
- ✓ Hva innebærer stillingen? Ansvarsområder. Hva med FLS?
- ✓ Hvor lenge i nåværende stilling?
- ✓ Tidligere arbeidserfaring/andre arbeidsoppgaver?

Helse og folkehelsearbeid:

- ✓ Helse – uhelse for deg? Felles oppfatning/forståelse?
- ✓ Folkehelsearbeid, forebyggende og helsefremmende arbeid? Synonyme? Sammenfallende meninger og oppfatninger av disse begrepene? Hdir, de som arbeider ved FLS? Begrep som dekker arbeidet på en FLS?
- ✓ Hvorfor viktig med dette arbeidet? Spesifikke utfordringer nå?

- ✓ Målet med arbeidet? Viktige målgrupper?
- ✓ Hvem har/bør ha ansvar og makt/sentrale aktører? - Statlig, regionalt, kommunalt, individuelt/Offentlig, privat, frivillig sektor? Sentrale yrkesgrupper?
- ✓ Egen rolle?
- ✓ Snart komme inn på et av de konkrete kommunale tiltakene, men har du andre synspunkter når det kommer til fremtidig innsats på dette feltet?

Kommunale frisklivssentraler:

- ✓ Oppstart, planlegging, gjennomføring?
- ✓ Utvikling? Erfaringer så langt? Hva har inspirert? Dokumentasjon?
- ✓ Tilbudet ved FLS? Spørre spesielt om BRA-mat, kosthold, yrkesgrupper..
- ✓ Funksjon og organisering? Status nå vs. det ideelle?
- ✓ Hvordan arbeides det på direktoratet? Andre inkludert i den offentlige satsningen? HOD? Andre? Ansvar/makt.
- ✓ Årsverk/faggrupper/kompetanse – ansvarsfordeling. I helsedirektoratet.

«FLS bør ha kompetanse innen folkehelse, friskfaktorer, sosial ulikhet i helse, kultur og migrasjonshelse, lavterskeltilbud, rus, psykisk helse og brukermedvirkning» (Helsedirektoratet, 2011, s. 17).

- Finnes denne kompetansen på Hdir?
- Hva mangler evt av kompetanse?
- Klarer kommunene å dekke dette kompetansemangfoldet?
- Aktuelle/mest sentrale yrkesgrupper ved FLSene?
- ✓ Begynner tilbudet å bli kjent i kommunene? Markedsføring?
- ✓ Hvordan går dere frem for at kommunene skal opprette FLS?
- ✓ Oppfatninger? (Hva skal det være/ikke være?)
- ✓ Ideologi. Prinsipper. Begreper. Salutogenese og empowerment?
- ✓ Positive/negative sider? Særlige utfordringer?
- ✓ Ansvar til kommunen – Hva tenker du om det? Får de mye støtte/hjelp i startfasen? Små kommuner?
- ✓ Målgruppe? Hvem ønskes det å nå ut til, noen målgrupper ekstra utfordrende å nå ut til?
- ✓ Foreløpige tall? Antall sentraler/kommuner med tilbud? Brukere/deltakere?
- ✓ Forskningsprosjekter, evalueringer? Mye fokus?

- ✓ Tanker om/ønsker for videre arbeid? Utviklingsmuligheter?
- ✓ Fremtidsutsiktene?
- ✓ Inntrykk av kommunenes holdninger til tiltaket?
- ✓ Blir det norske folket friskere ved hjelp av dette tiltaket?

Overordnet mål for folkehelsearbeidet: «Flere leveår med god helse i befolkningen og mindre helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn».

- FLS - bidrag? Evt hvordan?

Vedlegg 5. Matriser

Matrise 1. Eldste dokumenter

Hva?	St.meld. nr. 37 (1992-1993) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid	NOU 1998:18 Det er bruk for alle	St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge
Publiseringsår	1993	1998	2003
Hvem har publisert?	Sosialdepartementet	Sosial- og helsedepartementet	Det kongelige helsedepartement
Regjering	Gro Harlem Brundtlands tredje regjering (Ap)	Kjell Magne Bondeviks første regjering (Krf, Sp og V)	Kjell Magne Bondeviks andre regjering (Krf, H og V)
Mål for folkehelsearbeidet	«Livet som helhet skal være så bra som mulig for så mange som mulig» (s.17). Fravær av sykdom og sosiale problemer. Bygger på WHO sin «helse for alle innen år 2000» definisjon fra 1977: «..arbeide for at alle verdens innbyggere innen år 2000 skal ha oppnådd en helsestatus som gjør det mulig for dem å leve et sosialt og økonomisk tilfredsstillende liv» (s.17). Helse for alle, ikke behandling av alle.	Målet må i størst grad være å beholde god helse mer enn å kjempe seg ut av farlige sykdommer. Handler om deltakelse, mestring og kontroll over egen situasjon, om å la engasjement og initiativ avløse avmaktfølelse. Troen på egne evner, anlegg og pågangsmot skal skape optimisme og gi mulighet for å bety noe for fellesskapet (s.39).	Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet. Redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn (s.24). Et sunnere Norge.
Begreper og definisjoner			
Helse	Sunnhet og velvære. Krever endringer i miljø, livsstil, helsetjeneste og politisk vilje.	Def. i helsesektoren: «fravær av sykdom» (s.15) – god helse omfatter mer enn et absolutt eller relativt fravær av sykdom, men ikke problemfrihet eller velvære til enhver tid. Mange opplever sin helse som god eller meget god selv om det foreligger en kronisk sykdom eller funksjonshemming (s. 156). Livskvalitet, livsinnhold, trygghet og mestring - like stor betydning som sykdom og dødelighet. Den enkeltes opplevelse av egen helse.	«Vi ønsker god helse for å kunne leve et godt liv på linje med trygge lokalsamfunn og meningsfullt arbeid. Helse er en investeringsfaktor for det gode liv» (s.6). Fysisk helse (påvirkning av levevaner og levekår) og psykisk helse (legge til rette for opplevelser av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet, respekt og synlighet). Påvirkningsfaktorer i fokus. Negative påvirkningsfaktorer virker helsenedbrytende. Positive faktorer, beskyttelses- eller mestringsfaktorer gir individer og grupper bærekraft og slitestyrke - styrkende faktorer i miljøet rundt oss (s.6).
Folkehelse/ folkehelsearbeid	Definerer ikke begrepene, og bruker dem kun få ganger.	Folkehelse: «sum» av individers helse som vil omfatte høyst forskjellige faktorer/indikatorer, helsebegrepets subjektivitet tatt i betraktning. To komponenter: 1. lavt nivå av sykdom og gode leveutsikter 2. at befolkningen har høy livskvalitet - mestrer de utfordringer dagliglivet og et vanlig livsløp byr på, at vi føler vi lever et meningsfullt liv, og at det er bruk for oss, dette gjelder også om vi har en sykdomsdiagnose eller funksjonshemming (s.156). Folkehelsearbeid: «Samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen» (s.67). To dimensjoner (forebygge sykdom og fremme helse) som ikke kan ses uavhengig av hverandre. Ethvert tiltak har begge dimensjoner innebygget, men enkelte er overveiende helsefremmende, mens andre har overvekt av å være sykdomsforebyggende. Det er verken mulig eller hensiktsmessig å skille disse dimensjonene fra hverandre.	Folkehelsearbeid handler om «å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse» (s.6)

Forebyggende arbeid	Forebygge sykdom. Økonomisk lønnsomt, men dette betviles også – ikke alltid det lønner seg. Primær (hele befolkningen, før mulige problemer oppstår), sekundær (grupper i faresonen/risikogrupper, hindre videreutvikling eller tilbakefall til vanskelige livssituasjoner eller sykdom) og tertiærforebygging (individer som allerede har vært i en sykdoms- eller problemsituasjon, vedlikeholde funksjonsnivå, hindre forverring, motarbeide at det blir kroniske lidelser eller at man får tilbakefall, rehabilitering). Deler inn i befolkningsstrategier (primærforebyggende) og høyrisikostrategier (sekundærforebyggende) (s.35).	Forebyggende helsearbeid: kartlegge og overvåke, fjerne, redusere og beskytte mot faktorer som kan føre til sykdom, skade, psykiske og sosiale problemer hos det enkelte individ, hele eller grupper av befolkningen (s.58). Primær (hindre at sykdom oppstår), sekundær (hindre at etablert sykdom forverres) eller tertiær (redusere virkning av etablert sykdom) (s.170). Det sykdomsforebyggende arbeidet må i større grad enn helsefremmende arbeid inkludere befolkningsstrategier.	Ingen konkret definisjon, men handler om å forebygge risiko for sykdom (s. 22-23).
Helsefremmende arbeid	Fremme helse. Synonymt med tverrsektorielt samarbeid.	Med helsefremmende arbeid mener utvalget den forebyggingsstrategien som antakelig betyr mest, og som på sikt kan gi best resultater på kommunenivå. Den helsefremmende innsatsen dreier seg om å styrke at folk blir i stand til å definere sine egne problemer ut fra egen situasjon og finne sine løsninger i fellesskap med andre (empowerment), utvikling av aksepterende, støttende og gode lokalsamfunn, arbeid med sikte på at alle skal ha en mulighet for å føle seg verdsatt og nyttig for seg selv og andre, samt samarbeid med borgerne, brukerne og frivillig sektor. Arbeid med enkeltpersoner, grupper og miljø som tar sikte på å undersøke og iverksette aktiviteter og tiltak som øker folks selvfølelse, kompetanse og problemløsende evne, utvikle sosiale relasjoner og styrke kroppens forsvar gjennom ernæring, gode levevaner og mosjon for derved å gi bedre motstandskraft for vanskelige situasjoner eller skadelige påvirkninger, samt å gi bedre livskvalitet og trivsel (s.59). Helsefremmende arbeid – må i hovedsak ta utgangspunkt i forholdene i den enkelte kommune, eller det enkelte lokalsamfunn for å lykkes.	Bruker lite begrepet helsefremmende arbeid, men snakker om å styrke det som bidrar til helse.
Empowerment, brukermedvirkning, medvirkning	Påpeker at et mål er å gjøre folk mest mulig selvhjulpne og å styrke forbrukernes innflytelse, men bruker ikke begrepet empowerment.	Empowermentstrategien. Viktig å ikke blande seg inn i hvordan folk lever sine liv, må ikke gjøre forsøk på å forandre mennesker (paternalisme). Skal mobilisere folks egen styrke, evne til å ta beslutninger og kanskje spesielt viktig at vi må finne frem til hva de er flinke til. Kan ikke baseres på tvang. Empowermentsprosesser kan bidra til noe varig for den enkelte enn å delta i et tidsavgrenset prosjekt. <u>Def. empowerment:</u> «folk blir i stand til å definere sine egne problemer ut fra sin egen situasjon og finner sine egne løsninger i fellesskap med andre» (s. 16).	Påpeker at det blir viktig å styrke den enkeltes opplevelse av egen mestring, men ellers benyttes ikke ordet empowerment eller myndiggjøring, og det er ikke så mye fokus på dette. Bruker begrepet medvirkning noe.
Div. elementer innen ideologi og organisering	Kosthold som miljøfaktor: Påvirker kanskje mer enn noen annen av miljøfaktorene befolkningens helsetilstand. Miljø: fysiske og sosiale sider ved våre omgivelser. Bærekraftighet – handler ikke bare om vern av natur og miljø, men også å fremme god helse i befolkningen	Miljø: Har betydning for folks trivsel og helse. Samarbeid - vesentlig begrep som brukes mye. Tverrsektorielt perspektiv understrekes. Godt og mangfoldig arbeid med bredde.	Respekt for ulike verdivalg. Samarbeid – mellom samfunnet og enkeltindividet. Allianser vektlegges, nettverk, partnerskap. Basis i de demokratiske institusjonene i samfunnet, bygge på kunnskap og diskusjoner som omfatter så store deler

		<p>Folkehelsearbeid må bli «politikerjobb nr 1». «Føre var»-prinsipp.</p> <p>Samordnet og helhetlig planlegging står også sentralt. Påtrengende behov for samordning departementene i mellom, ikke minst når det gjelder politikk overfor kommunesektoren.</p>	<p>av befolkningen som mulig. Løpende debatt i befolkningen må sikres, ellers er det en fare for at tiltak fremstår som formynderi overfor dem som ikke ønsker eller vet.</p> <p>Større kunnskapsgrunnlag kreves.</p>
Ansvar			
Generelt om ansvar	<p>Desentralisert samfunn. Alle aktører må ta sin del av ansvaret. Økt omfang i kommunale oppgaver, redusert for fylkeskommune – krever omfordeling av ressurser.</p>	<p>Påpeker at det må vurderes og legges frem forslag i forhold til hva statens og fylkeskommunens rolle bør være i forhold til folkehelsearbeid i kommunene.</p> <p>Bør det offentlige gå sterkere inn når det gjelder røyking, kost og mosjon, eller skal vi overlate dette til de frivillige organisasjonene eller til den enkelte?</p> <p>Desentralisert ansvar. Kommunene opplever å måtte dekke kostnader ved folkehelsearbeid, mens stat og fylkeskommune sitter igjen med gevinsten. En klar ansvars plassering må til.</p>	<p>Skaper stor fellesskapsfølelse ved å bruke vi-form i språket, bekrefter også at vi «sammen har ansvar».</p> <p>Etter å ha påpekt enkeltmenneskets ansvar, skrives det i neste omgang om utfordringer ved å «påvirke» mennesker. Ansvar må synliggjøres i alle sektorer.</p> <p>Den enkelte har et ansvar for egen helse og vil på mange områder ha valgmuligheter og stå ansvarlig for sine valg. Men samfunnet kan og bør påvirke valgene gjennom å informere, tilføre kunnskap og påvirke holdninger (s.6). «Den enkelte har ansvar for egen helse». Sier mye om egne valg, valgmuligheter, stå ansvarlig for sine valg, sunne valg, helsenedbrytende valg. Men påpeker også at befolkningens helse er et resultat av utviklingstrekk og politiske valg utenfor enkeltindividenes rekkevidde. Helsestjenesten må mer på banen når det kommer til forebyggende arbeid. Klarere ansvarsfordeling- og plassering må til. Synliggjøre ansvar innenfor en rekke sektorer og politikkområder. Behov for bedre kontinuitet, forankring og integrering i den ordinære samfunnsplanleggingen. Vi må mobilisere og samordne, bygge opp et systematisk, forpliktende og helhetlig folkehelsearbeid.</p>
Statlig/samfunnet som helhet	<p>Som samfunn er vi etisk forpliktet til å bidra til å hindre lidelse og nød. Har ansvar for nye generasjoners helse og sosiale kår. Tverrdepartementalt arbeid vektlegges også. Departementet har ansvar for å fjerne hindringer for områdetenkning.</p> <p>Sentralt nivå: mål- og resultatstyring, handlingsplaner. Sterkere vektlegging av forebyggende arbeid – betydning for utforming av den sentrale helseforvaltningen. Departementet må styre de institusjonene som skal gi faglige innspill. Sosialdepartementet – sentral rolle som overordnet styringsorgan, koordinerende myndighet for all forebyggende virksomhet som blir lagt til underliggende organer på nivå 2. Ansvar for helheten – sette det helsefremmende arbeidet inn i en tverrsektoriell og interdepartemental sammenheng. Styrke departementene på disse områdene.</p>	<p>Først og fremst en politiker-jobb. Flere departementer har ansvar. Påpeker også at kommunene ikke tar det ansvaret de skal ift miljørettet helsevern.</p> <p>Det er det offentliges ansvar å legge til rette for samarbeidsstrukturer og å prioritere ressurser til dette arbeidet. Staten har hovedansvar for arbeidsmarkedspolitikken. Helsemyndighetene har fått en pådriverrolle i forebyggende arbeid av Stortinget, men det er viktig å være på vakt slik at ikke denne pådriverrollen fører til uklarheter når det gjelder ansvar for tiltak.</p> <p>Statens rolle: utjevning av levekår og å bidra til økt livskvalitet. Hvert sektordepartement må ansvarliggjøres for sin del av folkehelsearbeidet ut fra sektoransvarsprinsippet.</p>	<p>Som samfunn bør vi føre en politikk som tar ansvar for å påvirke fremtidige behov og utfordringer, og forsøke å redusere fremtidige lidelser. Flere samfunnssektorer «eier» årsaker til sykdom.</p> <p>En av strategiene/reseptene er å skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse. Stimulere utvikling av lokale og regionale partnerskap for folkehelse. Klarere ansvarsforankring og en omfattende alliansebygging.</p>
Regionalt/fylkene	<p>Ansvar også til fylkeskommunen.</p>	<p>Viktig rolle og ansvar innen helsefremmende arbeid. Utarbeide fylkesplan, planlegge og gjennomføre egne forebyggende tiltak overfor innbyggerne, bidra med</p>	<p>En av strategiene/reseptene er å skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse. Stimulere utvikling av lokale og regionale partnerskap for folkehelse. Klarere</p>

		kompetanse som en støttefunksjon i forbindelse med kommunenes folkehelsearbeid. Fylkeslegekontorene har viktige oppgaver når det gjelder å formidle statens helsepolitikk til kommunenivået.	ansvarsforankring og en omfattende alliansebygging.
Kommunalt/lokalt	Forebyggende arbeid skal være et viktig ansvarsområde for sosialtjenesten i kommunene. Men viktig satsningsområde i flere sektorer ettersom helse- og sosialsektoren kun i begrenset omfang kan influere. Poengter bredt, tverrsektorielt samarbeid. Større ansvar for samfunnsutviklingen blir lagt til lokalmiljøene, nærmiljø. Helse- og sosialsektorens ansvar: kunnskap om de som allerede har fått et problem/en sykdom – forsøke å hindre at andre kommer i samme situasjon – særlig ansvar ovenfor barn og unge (oppdage helseskadelige forhold/helseproblemer på et tidlig tidspunkt – kan sette inn ekstra tiltak/hindre utviklingen av mer alvorlige problemer - forebygging). Rådmann må ha samordningsfunksjon med kommunelege, og disse skal ha felles ansvar. Overføring av ansvar fra stat til kommunesektor må fortsette.	Det er i kommunene at arbeidet for forebyggingsområdene må forankres, men mye som tyder på at de ikke prioriterer forebyggende og helsefremmende arbeid. Folkehelsearbeid må forankres lokalt, i lokalsamfunnet, der folk bor og virker. Påpeker et ansvarsnivå under kommunen som kan være utgangspunkt for å erstatte sektorutvalg og sektorfunksjoner med områdevalg og områdeinstitusjoner.	Individ og lokalsamfunn har ansvar i folkehelsearbeidet, men omkringliggende faktorer utenfor enkeltindividers rekkevidde spiller også inn (utviklingstrekk, politiske valg osv). Stimulere utvikling av lokale og regionale partnerskap for folkehelse. Klarere ansvarsforankring og en omfattende alliansebygging.
Frivillig sektor		Ansvar til frivillig innsats gjennom å nevne frivillighetssentraler og frivillige organisasjoner. Frivillig deltakelse betones sterkt. I en tid med problemer som ikke tilhører profesjonene og hvor ikke alle kommuner griper tak i de nye utfordringene, må en spørre seg om det er frivilligheten vi skal sette størst forhåpninger til. Frivilligheten – de etablerte organisasjonene innen idrett, ungdomsaktiviteter, folkehelsearbeid, interesse- og brukerorganisasjoner, o.a. Frivillige ressurser som er mobilisert gjennom frivillighetssentralene i kommunene. De uformelle frivillige ressursene i nabolag, vennekretser, på arbeidsplasser osv (s.170).	
Enkeltmennesker/ hvert enkelt individ		Gi det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon.	«Den enkelte har ansvar for egen helse» (s.6). Valgmuligheter – stå ansvarlig for sine valg. Men samfunnet kan og bør påvirke disse valgene. Individ og lokalsamfunn har ansvar i folkehelsearbeidet, men omkringliggende faktorer utenfor enkeltindividers rekkevidde spiller også inn. En av strategiene/reseptene er å skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse.
Utfordringer			
Generelt om utfordringer	Største utfordring: samordnede tiltak for bærekraftig, helsefremmende miljø. Utfordring å prioritere mellom forebygging og behandling/omsorg. Årsaksforhold er kompliserte og sammensatte.	Hovedproblem: manglende bevissthet i mange sektorer om den helsemessige betydningen av beslutninger og tiltak i sektorer utenom helsesektoren. Kommunesektoren står ovenfor nye utfordringer. Akutte sykdommer er avløst av kroniske lidelser. Rekruttering av samfunnsmedisinere er meget bekymringsfull – influerer på mulighetene for godt folkehelsearbeid i kommunene. Arbeidsløshet representerer en fare for økt	Mangel på handling er problemet på mange områder, og ikke mangel på kunnskap. Manglende integrering av kjønnsperspektiv i helsepolitikk og helsetjeneste. Helseutfordringer pga. nye utviklingstrekk som økt globalisering, et flerkulturelt samfunn, et krevende arbeidsliv og rusproblematikk. Mye positivt folkehelsearbeid lokalt, men for tilfeldig og

Sykdom		sykelighet og dødelighet. Astma, allergi og inneklimasykdommer (ett av fire hovedsatsnings-områder). Miljørelaterte sykdommer.	preget av prosjekter og ildsjeler. Tobakk, alkohol, høyt blodtrykk og overvekt får ”skylden” for størstedelen av sykdomsbyrden i industrialiserte land. Sykdomsbildet speiler en generell samfunnsutvikling og de kårerne vi lever under.
«Livsstilssykdommer»	Bruker ikke dette begrepet, men bruker begrep som «folkehelseproblemene».	«Livsstilssykdommer» – hjerte- karsykdommer, overvekt, type-2 diabetes, kreft, kroniske lungesykdommer og beinskjørhet. Må gjøres en innsats: kosthold med mye frukt og grønt, begrensning av tobakksepidemien, mosjon. Går vi mot et stadig mer markert klasseskille når det gjelder såkalt livsstilssykdom? De tallmessig viktigste livsstilssykdommene er hjerteinfarkt og hjerneslag, og de viktigste risikofaktorene er et kosthold rikt på mettett fett, røyking, mangel på mosjon og overvekt. Denne gruppen sykdommer har med industrialisering og urbanisering å gjøre. De som står lavest mht. utdanning og inntekt er mest utsatt. Men genetisk arvelig disposisjon og andre ukjente faktorer kan også spille inn. Poengterer at det er helt feilaktig å klandre den enkelte som rammes av sykdom for å ha skylden for sykdommen. På bakgrunn av dette settes begrepet livsstilssykdommer i anførselstegn. Meningsfylt likevel å benytte et begrep som fremhever betydningen av levevaner (158-159).	Foruroiligende utviklingstrekk når det gjelder vår livsstil. Kosthold, fysisk inaktivitet – kan forklare mye av forekomst av bl.a. hjerte- og karsykdommer og kreft. Røyking. Fysisk inaktivitet – fremtidens store helseproblem. Kap. 4 omhandler vårt levesett og våre livsstilsvalg (s.8). Bruker begrepet livsstilssykdommer (uten anførselstegn) én gang side 115, men snakker en del om livsstil. «Kostveiledning» er viktig i behandling av ernæringsrelaterte sykdommer, sekundærforebygging og forebygging av livsstilssykdommer i høyrisikogrupper (s.115).
Skader/ulykker	Størst omfang, angår flest, koster mest	Ett av fire hovedsatsnings-områder	
Psykososiale problemer/psykisk helse	Ensomhet- og isolasjonsproblemer, mobbing, omsorgssvikt og mishandling, rusproblemer, spiseforstyrrelser, selvmord og selvmordforsøk. Arbeidsledighet og gjeldskrise øker omfanget. Stress og belastning i skole og arbeidsliv.	Ett av fire hovedsatsnings-områder Samsykdommer: «Sam» er hentet fra ord som samfunn, samvær, samhold. Vi har i det moderne samfunnet en rekke helseproblemer som har sin årsak i at samfunnet er i forandring og at folk har blitt påført nye belastninger. Disse helseproblemene gir ikke nødvendigvis store utslag på dødelighetsstatistikken, men rammer mange og fører ofte til omfattende og langvarig funksjonshemming og lidelse. Eksempler er psykososiale problemer og belastningslidelser (s.25). Muskel-/skjelettsykdom og mentale helseproblemer ruver lite i statistikk for dødelighet og sykehusinnleggelse, men er de største diagnosegruppene brukt ved sykefravær og nye uførepensjoner (s. 159).	Psykososiale problemer, mobbing. Psykisk helse virker som et satsningsområde, og noe som står i fokus.
Belastningslidelser og kroniske sykdommer/lidelser.	Plager, lidelser og sykdommer i muskel- og skjelettsystemet og bindevevet. Opptre ofte i kombinasjon med psykiske og sosiale problemer.	Ett av fire hovedsatsnings-områder Samsykdommer – se over (s.25).	
Sosiale helseforskjeller/sosiale ulikheter	Benytter ikke det begrepet konkret, men snakker om forhold mellom inntektsfordeling og helse og ulikheter i levekår.	Ulikheter i helse og levekår. Sosial ulikhet – hvordan ressurser og byrder er fordelt blant landets befolkning som har betydning for helse, sykdom og død.	Sterk sosial ulikhet. Innvandrerbefolkningens spesielle helseproblemer.
Etiske utfordringer	Etisk problemstilling ift. å prioritere nåtidens generasjoner eller de kommende generasjoner.	Vi står ovenfor vanskelige valg, og hvilke mål skal vi sette for forebyggende arbeid? Går vi for langt i å kreve av oss selv at kroppen, helsen og funksjonsnivået skal ligge på samme nivå som 30-åringenes opp gjennom alderdommen? Etiske	Store etiske utfordringer å påvirke andre mennesker, både enkeltpersoner og grupper.

Samfunnsøkonomiske utfordringer/konsekvenser	Skader og ulykker koster mest.	<p>konflikter.</p> <p>Lønner forebygging seg økonomisk? Mangel på fleksibilitet til å bruke ressurser – penger, personell og andre aktiva – på andre måter enn det tradisjonelle og sektorbestemte. Statistikkgrunlaget er mangelfullt. Ikke mulig ut fra regnskapet til kommuner og fylkeskommuner å beregne hva den totale innsatsen beløper seg til. Øremerkede tilskudd vil ha ulik effekt i kommunene – ikke gitt at kommuner med størst behov som prioriterer sterkest de formål som tilgodeses med disse midlene. De mest velstående kommunene nyttiggjør seg best av øremerkede midler. Markant skille i hvordan kurative og ikke-kurative helsetjenester blir finansiert. Kommunene opplever å måtte dekke kostnadene ved folkehelsearbeid generelt, mens stat og fylkeskommune får gevinst. Valg av finansieringsformer. Øremerkede statlige tilskudd, rammetilskudd. Likestille kurative og ikke-kurative tjenester i finansiell henseende.</p>	Koster samfunnet mye.
Løsninger – strategier - tiltak			
Generelt om tiltak; Statlig-, gruppe- og individnivå	<p>Samordnet planlegging, utvikling av sikkerhetskultur, livsløpsperspektiv, veiledning og helseopplysning, samordning og helhetssyn, områdebasert forvaltning. Helsefremmende og forebyggende politikk. Forebyggende strategier, opprettet en «samlet plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid» for perioden 1989-94 (av departementet, Hdir og kommunens sentralforbund). Styrke kunnskapsgrunlaget om årsaker, organisere et effektivt helsefremmende og forebyggende arbeid, fjerne og redusere risikofaktorer som fører til sykdom, skader og sosiale problemer, et allsidig og variert kosthold med lite alkohol, et dagligliv med allsidig fysisk aktivitet, mindre røyking og gode sosiale relasjoner, vil sammen med gode behandlingsprogrammer føre til lavere sykkelighet og dødelighet av både hjerte-karsykdommer og kreft, må tilstrebe en mest mulig rettferdig fordeling av alle goder, så vel utdanning og arbeid, som helse- og sosialtjenester (for å oppnå god folkehelse), tiltak må i størst grad være basert på frivillighet, men tvang kan forsvares om en skader andre og seg selv. Mål- og resultatstyring, spre erfaringer fra tverrsektorielle prosjekter som er utprøvd og har fungert godt, tiltak på et tidlig tidspunkt, lønnsomt for kommunene med pasienter i fylkeskommunale institusjoner – «feilplassering» – kunne vært utskrevet til et lavere omsorgsnivå – pasientenes lokalmiljø. Desentraliserte tilbud i sosialsektoren som eldresentre, dagsenter, frivillighetssentraler omtales. Kommunal organisering som understreker nærhet, politisk engasjement, en desentralisert administrasjon samt sammenslåing av oppgaver. Kommunene må få en</p>	<p>Fokus på frivillighet og likemannsarbeid – «organisert samhandling mellom mennesker i samme båt, og som har som mål at erfaringer som partene kan nyttiggjøre seg i sin hverdag, skal utveksles» (s.17). Samfunnsmedisinsk legearbeid: overvåking, planlegging, gjennomføring og evaluering. Utarbeide handlingsplaner. Fremme forslag til virkemidler for at kommunene skal satse på folkehelsearbeid. Beskrive, vurdere og legge frem forslag til organisering av folkehelsearbeidet og bruk av virkemidler i kommunene. Ulike individrettede, befolkningsrettede og miljørettede aktiviteter. Tobakksforebyggende arbeidet – kanskje mest sentralt. Helsestasjon for ungdom. Opprettelse av regionale knutepunkter i fylkene. Utvikle et tett samarbeid og kobling av ressurser i fylkene og å etablere en regional arena som kan stimulere og være en pådriver og koordinator for arbeidet med LA 21 i kommunene. Lokalt utviklingsarbeid, samfunnsarbeid, nærmiljøarbeid, kulturarbeid – mål å utløse frivillige ressurser i en tid der det er behov for mer omsorg enn det familien og det offentlige tjenestetilbudet kan yte. Utvikle modeller for hvordan frivillig sektor kan medvirke i folkehelsearbeidet, og modeller for hvordan funksjonshemmede og kronisk sykes behov kan inkluderes i de generelle folkehelsestrategiene. Øke helsemessige og sosiale ressurser – minske sykdomsbelastningen i befolkningen. Tildel øremerkede tilskudd som rammetilskudd. Viktigste virkemiddel for å redusere helseulikheter og sosiale ulikheter er å utjevne levekår. Økonomiske ordninger for å styrke ikke-kurativt helsearbeid i kommunene. Disse tjenestene må også delfinansieres med øremerkede statlige midler for å rette opp denne skjevheten. Også innen ernæringspolitikk og miljøpolitikk. Planlegging som virkemiddel. Gjennomføre en</p>	<p>Bedre tilpasning av tiltak til grupper i befolkningen med særlig risiko og helseproblemer. Fire resepter til et sunnere Norge. 1. Skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse. 2. Bygge allianser for folkehelse. 3. Helsetjenestene: forebygge mer for å reparere mindre. 4. Utvikle ny kunnskap. Sunnere kosthold, påvirke barn og unges kostvaner, begrensninger på tilgjengelighet, holdningspåvirkning, endring av livsstil, miljø og helse. «Grønn resept», lavterskeltilbud, preget av mye prøving og feiling, både sentralt og lokalt. Forebygge mer – reparere mindre, endring i politikk, styrke forankring av folkehelsearbeid i alle samfunnssektorer, Påvirke valgene enkeltmennesker foretar gjennom å informere, tilføre kunnskap og påvirke holdninger + må suppleres med andre tiltak. Sunne valg skal gjøres lettere og mer attraktive, helsenedbrytende valg må gjøres vanskeligere. Dette uten å samtidig fremme negative holdninger overfor de som allikevel velger annerledes. Tilrettelegging for sykling og sunne matvaner, håndtering av mobbeproblemer, hvordan kan arbeidslivet være helsefremmende og ikke helsenedbrytende, lansere verktøy slik at helse blir lagt på vektskålen når avgjørelser skal tas på en rekke samfunnsområder. Ulike virkemidler for ulike målgrupper, ulike former for sosialt arbeid, offensiv satsning ovenfor ungdomsbefolkningen, psykisk helse også viktig. Tiltak må rette seg inn mot de samfunnsforhold og faktorer i miljøet rundt oss som påvirker levestet og helse. Planer for selvhjelp og for barn og unges psykiske helse. Styrke infrastruktur, sterkere lokal og demokratisk forankring.</p>

	<p>likeverdig økonomisk plattform for sin aktivitet. Påpeker lovverk. Atferdsregler for å regulere folks atferd direkte. Øremerkede midler nevnes, avgifts- og subsidiepolitikk. Innsats må settes inn der den helsemessige gevinsten blir størst. Prispolitiske virkemidler – «det sunneste blir billigst». Helseaspektet må tas vare på rutinemessig i planleggingen i alle sektorer som har et ansvar for levekår og miljø i vid betydning. Områder fremfor sektortenkning i kommunene.</p>	<p>nasjonal politikk. Samarbeid med andre departementer bør forsterkes og bringes over i fastere strukturer. Mulige tiltak i folkehelsearbeidet bør gjennomgå i en egen utredning med henblikk på en klar ansvarsplassering i de forskjellige departementer som igjen må ha en pådriverrolle i arbeidet med hvert enkelt tiltaksområde. Sikre samordning på politisk plan mellom helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Etablere en statlig stimuleringsordning for folkehelsearbeidet. Sektormodellen kan egne seg i sykdomsforebyggende arbeid, mens kommunemodellen har klare fordeler i helsefremmende arbeid. Bedret økonomi og utdanning. Større plass til befolkningsstrategier i det sykdomsforebyggende arbeidet. Alle utviklingsprosjekter som får støtte over den statlige stimuleringsordningen blir gjenstand for evaluering. Gode modeller for samarbeid både innen og mellom forvaltningsnivåene og ikke en diskusjon om hvordan for eksempel kommunene og fylkeskommunene skal organisere seg (horisontalt og vertikalt ansvar/organisering). Styrke sunnhet, helse, trivsel og mestring av livets utfordringer, fremme «det gode liv». Tiltak mot «livsstilssykdom», ift livskvalitet, mental helse (herunder rusproblemer), belastningslidelser og andre helseproblemer som har med samhandling å gjøre. Mange tiltak ift barn og ungdom (s.170). Hatt mye prosjekter, handlingsplaner osv de siste 10-15 årene, men få varige tiltak. Viljen til å støtte «kartlegging, forskning og utprøving av modeller» kan virke langt større enn viljen til langvarig folkehelsearbeid. Kan bunne i ulike ting: kvalitet, midler, ansvarsplassering, innsatsen er sprikende, tilfeldig, avhengig av enkeltpersoner og lite koordinert. Verner fagfolkene for mye om gårsdagens tiltak? Usikkerhet omkring hva som skal være kommunale oppgaver? Beslutningsvegring? Svak forankring i kommunene og for svak mobilisering av innbyggerne? (s.170-171).</p>	
Kompetanse/ kunnskap	<p>Helsefaglig og administrativ kompetanse i kommunen til å ivareta helsefremmende og forebyggende oppgaver. Øke tilsynsmyndighetenes egenkompetanse, samt øke tilgang på spesialistkompetanse. Samordning og helhetssyn, livsløpsperspektiv, veiledning, helseopplysning, områdebasert forvaltning. Folkehelseperspektivet må løftes frem i alle relevante utdanninger. Årsaksforhold er kompliserte og sammensatte, behov for statistikk, finne frem til et oversiktlig sett av gode indikatorer som kan måle befolkningens helse og levekår. Helse- og sosialprofesjonenes utdanninger bygger i for stor grad på behandlingssideologien – kan føre til en for ensidig vekt på individorientert forebygging.</p>	<p>Folkehelseperspektivet må løftes frem i alle relevante utdanninger. Folkehelseperspektivet må bli tydelig og trekkes konkret inn i alle relevante opplærings- og undervisningsopplegg og ikke forbeholdes helse- og sosialfagutdanningene alene. Utdanning av personell til folkehelsearbeid. Utdanning er først og fremst fokusert på kurativt individrettet arbeid.</p>	<p>Tiltak baseres på erfaring og økt kunnskap gjennom forskning og utprøving. Kunnskap om årsaksforhold. Lar det seg påvirke med effektive og aksepterte forebyggende virkemidler. Prioritering av temaene kosthold, fysisk aktivitet, kvinners helse, psykisk helse og sosial ulikhet i helse – innen forskningen. Bygge opp ressursmiljøer. Få bedre forståelse for komplekse årsaksforhold. Styrking av helseovervåkingen, oppsummering av tilgjengelig kunnskap. Utvikling av en politikk og en praksis som i større grad er kunnskapsfundert. Systematisk oppbygging av kunnskap og kompetanse for å gjøre de riktige tingene – på rett måte.</p>
Primær-, sekundær- og tertiærforebygging	<p>Forebyggende tiltak - reduksjon i sykdommer, skader, sosiale problemer, dødelighet og reduksjon av</p>	<p>Forebyggende tiltak – omfatter vaksiner, screeningundersøkelser, helsekontroller, helseopplysning,</p>	<p>Tærtier: Inkludere virkemidler som søker å påvirke alvorlighetsgrad og forløp når sykdom er et faktum.</p>

	risikofaktorer (s.17). Helsefremmende tiltak - tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger en utsettes for i dagliglivet (s.17).	familieplanlegging, samt miljørettet helsevern, smittevern, lovgivning og reguleringstiltak (s.58-59). Helsefremmende tiltak – har som mål at en person eller en befolkning skal bli bedre rustet til å tåle vanskelige situasjoner eller skadelige påvirkninger, samt oppleve bedre livskvalitet og helse (s.59).	Rehabilitering, attføring.
Aktører			
Generelt om aktører	«Likeverdige medspillere», samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver (SOHO),	Sentrale fag- og interesse miljøer, forebyggingsinstitusjonene, formelle og uformelle samarbeidsorganer mellom offentlig og frivillig innsats, samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver (SOHO)	Bruker mye VI. Bekrefter «oss alle» som aktører, og også egen posisjon.
Statlig/samfunnet	Samfunnet, Departementet, HEMIL-senteret (UiB – utføre evalueringer), statens institutt for folkehelse, statens helseundersøkelser, kreftregisteret, statens ernæringsråd, statens næringsmiddeltilsyn, statens tobakkskaderåd, statens strålevern, rusmiddeldirektoratet, helsedirektoratet (statens helsetilsyn)	Staten, offentlige sektorer, statlige rådsorganer, flere departementer, miljøverndepartementet, arbeids- og administrasjonsdepartementet, kulturdepartementet, samferdselsdepartementet, kommunal- og regional departementet	Samfunnet, samfunnssektorer, de demokratiske institusjonene i samfunnet, regjeringen, myndighetene, transportområdet, ulike offentlige instanser
Regionalt, kommunalt/lokalt	Kommunenes Sentralforbund (KS), kommunen, omsorgstjenesten, bedriftshelsetjeneste, fylkeskommune, helse- og sosialsektorens personellgrupper, lærere, ernæringsfysiologer, planleggere, ingeniører, administratører, politi, journalister, ansatte og tillitsvalgte.	Kommunene, legers bidrag, fylkeskommunene, lokalsamfunnet, helsestasjonene, skolehelsetjenesten, svangerskapsomsorgen, Kommunenes Sentralforbund (KS), lokale utvalg som er viktige samarbeidspartnere for kommunene, lokale råd for funksjonshemmede og kommune-FFO, nærmiljø, fylkesmannen, fylkeslegekontorene, arbeidslivet, næringslivet, massemedia, legen, helsestasjonen, personell i helse- og sosialtjenesten.	Helsetjenesten, skolen, skolearenaen, arbeidslivet, skolefritidsordningen, idrettsområdet, fastlegetjenesten, spesialisthelsetjenesten
Enkeltmennesker		Borgerne selv, den enkelte	Den enkelte
Privat, frivillig		Frivillige organisasjoner, frivillig sektor, frivillighetssentralene, Frivillighetens samarbeidsorgan (FRISAM), Frivillige organisasjoner har hatt «spydspissrolle» i utviklingen av det norske samfunnet. Frivillighet og medvirkning. Betydelig velferdsproduksjon, limet i lokalsamfunn, stabiliserende grunnmur og kulturbærer i lokalsamfunn, viktig pilar i vårt demokrati, møteplass der den enkelte verdsettes ut fra egne forutsetninger, viktig kilde til positiv samfunnskritikk.	Det frivillige Norge
Brukere – målgruppe			
Befolkning	Folket, befolkningen	Folk, borgerne selv, mennesker, innbyggerne, alle grupper av borgere, beboerne	Befolkningen som helhet, så store deler av befolkningen som mulig
Grupper	Grupper av individer, barn og unge, voksne, eldre	Grupper, barn og unge (0-18år), eldre, kvinner, innvandrere, den samiske befolkningen, aktive deltakere	Grupper, ulike sosiale lag, etniske grupper, kjønn, kvinner, menn, innvandrerbefolkningen, ungdomsbefolkningen, barn og unge, familier
Individer	Det enkelte mennesket	Det enkelte individ	Enkeltindivider, enkeltmennesket, den enkelte
Risikogrupper	Sosialhjelpsklienter, uføretrygdede, langtidssykemeldte, de som faller utenfor, de som rammes, pasienter, folk med helseproblemer	Grupper med spesielle utfordringer, den svake minoriteten, funksjonshemmede, de med en utilfredsstillende psykososial situasjon, familier med dårlig nettverk.	Grupper i befolkningen med særlige risiko- og helseproblemer, røykere, dagligrøykere
Verdimessige uttalelser i språket/menneskesyn	Målgruppene er en økonomisk belastning på samfunnet.		

Matrise 2. Nyeste dokumenter

Hva?	St.meld. nr. 47 (2008-2009) (Samhandlingsreformen)	Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle (2010) (Folkehelserapporten)	St.prop 90L (2010-2011) (Proposisjonen til folkehelseloven)	Meld. St. 16 (2010-2011) (Nasjonal helse- og omsorgsplan)
Publiseringsår	2009	2010	2011	2011
Hvem har publisert?	Det kongelige helse- og omsorgsdepartement Forfatter: Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen, ekspertgruppe som har gitt råd og dialog/samarbeid med aktuelle aktørgrupper.	Helsedirektoratet	Det kongelige helse- og omsorgsdepartement	Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
Regjering	Jens Stoltenbergs andre regjering (Ap, SV og Sp)	Jens Stoltenbergs andre regjering (Ap, SV og Sp)	Jens Stoltenbergs andre regjering (Ap, SV og Sp)	Jens Stoltenbergs andre regjering (Ap, SV og Sp)
Hovedformål	Dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer står i fokus. Stortingsmeldingen bygger på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder fremover. En god helse- og omsorgstjeneste skal gjøres bedre. Den sterke satsningen på bedre samhandling skal ikke fjerne oppmerksomheten fra kvalitets- og utviklingsarbeid som mer isolert er rettet inn mot det enkelte tjenestestedets ytelse (s.13).	Rapporten inngår i Helsedirektoratets rapportserie om utviklingstrekk og utfordringer i helse- og omsorgssektoren. Ønsker å gi ny innsikt som kan bidra til god utvikling på hele feltet. Målet er å drøfte hovedutfordringer og peke på strategier for å styrke folkehelsearbeidet og derigjennom folkehelsen. Skal ikke være en rapport om tall – henvises til Folkehelserapport 2010: Helsetilstanden i Norge fra FHI og www.norgesshelsa.no (s.3).	Loven skal medvirke til en samfunnsutvikling som styrker folkehelsen og utjevner sosiale forskjeller i helse og levekår (s.11). Grunnlag for bedre samordning av folkehelsearbeid på tvers av sektorer og mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter (s.11-12). Folkehelseovens formål er å fremme folkehelsen gjennom folkehelsearbeid. Den skal omfatte hele befolkningen og alle faktorer som har betydning for folkehelse. Det foreslås derfor ikke henvisning til spesielle grupper eller problemområder i formålsbestemmelsen (s.64).	Gjennom nasjonal helse- og omsorgsplan legger regjeringen den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet de neste fire årene. Det er et offentlig ansvar å fremme helse og forebygge sykdom, og å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester og tjenestene skal være effektive, trygge og tilgjengelige innen akseptable ventetider. En trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom (s.7).
Mål for folkehelsearbeidet	Flere leveår med god helse i befolkningen og å redusere sosiale helseforskjeller (s.86).	Flere leveår med god helse i befolkningen og å redusere sosiale helseforskjeller (s.20).	Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, og reduserte sosiale helseforskjeller mellom ulike sosioøkonomiske grupper, etniske grupper og mellom kvinner og menn (s. 30).	Flere leveår med god helse for den enkelte og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen (s.41).
Begreper og definisjoner				
Helse	Defineres ikke! Helsetilstanden i befolkningen, og fordelingen av denne, påvirkes av ulike forhold av sosial karakter, av miljøfaktorer, levevaner, økonomiske forhold og biologiske forutsetninger (s.72).	Dagens helsetilstand – og morgendagens helseutfordringer – er i stor grad knyttet til hvordan folk lever livene sine og hvordan samfunnet er organisert (s. 6). Presiseres ikke hvilken helsedefinisjon som ligger til grunn, men WHOs helsebegrep: «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte», nevnes (s. 21).	Snakkes mye om god helse og at det er positivt for mye med god helsetilstand i befolkningen. En befolkning med god helse gjennom alle livets faser er viktig for den enkelte, for vårt velferdssystem og for samfunnets bærekraft (s.11). Påpeker Alma Ata erklæringen fra 1978 som bygger på idealet om retten til helse (s.30).	Helse defineres ikke. Helsebegrepet benyttes mye: god helse hos den enkelte øker mulighetene for livsutfoldelse. Helse skapes der folk lever sine liv. Det betyr at vi må inkludere bomiljø, nærmiljø og lokalsamfunn når vi skal arbeide for god folkehelse (s.41).

		<p>Snakker generelt mye om helse, og påpeker at helse – og fordelingen av helse – påvirkes av mange forhold. Noen av påvirkningsfaktorene er individuelle, slik som kjønn, alder og genetiske forutsetninger. Men disse faktorene kan ikke forklare de systematiske sosioøkonomiske forskjellene i helse innad i og mellom land. Helse påvirkes av sosiale faktorer og av hvordan vi har organisert og innrettet samfunnet – disse sosiale påvirkningsfaktorene kalles sosiale helsedeterminanter. Figur 4.1 viser helseårsakskjeden – hva som påvirker helse på ulike nivåer. Materielle og sosiale ressurser ligger i bunn, så kommer risikofaktorer og dernest kommer tjenester (s.40). Nevner også helse som grunnleggende rettighet og at denne er forankret i Barnekonvensjonen artikkel 24 og i artikkel 25 i FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter (s.16). Helse er viktig for alle mennesker, men forutsetningene for å oppnå god helse er høyst ulike. Sosiale forhold knyttet til oppvekst, utdanning, nærmiljø, jobb, hva vi spiser og muligheter til trening og fysisk aktivitet er avgjørende for god helse (s.16). Definerer begrepet helseatferd (s.14).</p>	<p>Påpeker videre at Ottawa-charteret anla et bredt samfunnsperspektiv på helse og fordeling av helse, og at et hovedbudskap allerede her var å integrere helsehensyn i alle politikkområder («Health in all policies») (s.30). Påvirkningsfaktorene for helse kan fremstilles i en årsakskjede som strekker seg fra generelle samfunnsforhold til egenskaper ved enkeltmennesker (s.30). Trekker frem en modell for påvirkningsfaktorer for helse fra Dahlgren og Whiteheas, 1991 (s.31). Helse er et grunnleggende behov og en rettighet som også er grunnlovsfestet gjennom bestemmelsen om bærekraftig utvikling i Grunnloven (s.49). God helse er en vesentlig innsatsfaktor for velvære og livskvalitet for den enkelte (s.49). WHO beskriver helse som et positivt konsept som vektlegger sosiale og personlige ressurser, i tillegg til fysiske kapasiteter. God helse handler om mer enn fravær av sykdom. Evne til å mestre hverdagens krav er et viktig aspekt ved helse (s. 50).</p>	
Folkehelse/ folkehelsearbeid	<p>Folkehelsearbeid: Samfunnets samlede innsats for å fremme helse, å redusere risiko for sykdom og skade og å beskytte mot ytre helsetrusler. Strategiene i folkehelsearbeidet retter seg mot hele befolkningen (s.86). Understreker betydningen av et bredt og tverrsektorielt folkehelsearbeid (s. 73).</p>	<p>Folkehelse: «Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» (s.20). Folkehelsearbeid: «Samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse» (s. 20). Definisjonen bygger på WHO's Ottawa-charter fra 1986 sin definisjon på folkehelsearbeid (s.20). Med definisjonen følger også noen avgrensninger. Folkehelsearbeid omfatter IKKE kurative tjenester i form av klinisk diagnostikk, behandling, pleie og omsorg. Det omfatter heller ikke habilitering/rehabilitering (s.20).</p>	<p>Folkehelse – befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. Brukes som oversettelse til det engelske ordet Health Promotion (HP) som ble lansert i Ottawa-charteret i 1986. Folkehelsearbeid – samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (s.57). Omfatter både helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid (s.57). Avgrensning: det er hensiktsmessig å</p>	<p>Folkehelse – befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen (s.41). Folkehelsearbeid – skape og fremme gode oppvekstvilkår for barn og unge, forebygge sykdom og forhindre skader, og å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner og beskytter mot helsetrusler. Folkehelsearbeidet skal bidra til å fremme fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse (s. 41).</p>

		<p>Et effektivt folkehelsearbeid må utøves i alle samfunnssektorer og i felles innsats på tvers av sektorene. Under ett omtales innsatsen som forebyggende og helsefremmende virksomhet. Med forebyggende helsetjenester menes derimot helsetjenestens bidrag til folkehelsearbeidet (s.21).</p> <p>Fagteoretisk og prinsipielt er et skille mellom sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid hensiktsmessig. I det praktiske folkehelsearbeidet vil imidlertid innsatsen gå hånd i hånd, utfylle hverandre og i stor grad overlape hverandre. De fleste helsefremmende tiltak vil også ha en sykdomsforebyggende effekt. På samme måte vil det meste som gjøres av forebyggende innsats også ha potensial til å styrke og fremme helsen. I daglig, praktisk arbeid har skillet derfor begrenset verdi (s.21).</p>	<p>avgrense folkehelsearbeidet fra behandling av syke i helsetjenesten. Folkehelsearbeid omfatter ikke kurative tjenester i form av klinisk diagnostikk, behandling, pleie og omsorg som springer ut av det enkelte individs behov for slike tjenester. Det omfatter heller ikke habilitering/rehabilitering (s.58). Folkehelsearbeid handler om å skape gode oppvekstvilkår for barn og unge, forebygge sykdom og skader, og å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, beskytter mot helsetrusler og som fremmer fellesskap, trygghet, inkludering og deltakelse (s.11).</p>	
Forebyggende arbeid	<p>Forebygge sykdom. Å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunene vektlegges som sentralt element, men det kommer ikke frem noen konkret definisjon.</p> <p>MÅL: å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, og til dels motvirker, risiko for funksjonstap med bortfall fra skole og yrkesliv, og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for sykdomsutvikling (s.83).</p> <p>Primærforebygging: Målet er å oppnå god helseatferd, være frisk og unngå sykdom og skade (s. 86).</p> <p>Sekundærforebygging: Målet er å forebygge tilbakefall og holde seg frisk (s. 86).</p> <p>Tertiærforebygging: Målet er å lære å leve med problemet, men hindre at det blir verre (s. 86).</p>	<p>Sykdomsforebygging – innebærer å opprettholde befolkningens helse ved å forhindre at sykdom, skade eller lyte oppstår (s.21).</p> <p>Primærforebygging: den «genuine forebyggingen» – innebærer å styrke helsen og hindre utvikling av sykdom, skade eller lyte (s.21-22).</p> <p>Sekundærforebygging: Tidlig inngripen – handler om å stanse sykdomsutvikling og/eller hindre tilbakefall. Kan igjen deles i Innsats i symptomfri fase, innsats ved begynnende faresignaler eller uhelse og innsats i klinisk (symptomgivende) fase for å hindre tilbakefall av en sykdom.</p> <p>Tertiærforebygging: innebærer å hindre forverring og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger. Såkalt tertiærforebygging faller sammen med begrepene habilitering og rehabilitering, og faller utenfor folkehelsebegrepet. Rapporten legger til grunn at sekundærforebygging i symptomfri fase er en del av folkehelsearbeidet, tidligintervensjon</p>	<p>Forebygging kan skilles i tre nivåer (s.58):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Primærforebygging – innebærer å styrke helsen og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår. 2. Sekundærforebygging – handler om å stanse sykdomsutvikling og/eller å hindre tilbakefall. Deles videre inn i tre nivåer: Innsats i symptomfri fase (folkehelseilnæringen til sekundærforebygging), innsats ved begynnende faresignaler eller uhelse (tidlig intervensjon) og innsats i klinisk, symptomgivende fase for å hindre tilbakefall av en sykdom (klinisk tilnærming til sekundærforebygging). 3. Tertiærforebygging – innebærer å hindre forverring og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger. Tertiærforebygging faller sammen med begrepene habilitering og rehabilitering, og faller utenfor folkehelsebegrepet. Sekundærforebygging i symptomfri fase er en del av folkehelsearbeidet. Tidlig intervensjon kan også være det, mens sekundærforebygging i symptomgivende fase faller utenfor (s.58). 	Begrepet brukes, men defineres ikke.

		kan også være det, mens sekundærforebygging i symptomgivende fase faller utenfor (s.22).	Annet begrepssett er universell (rettet mot hele befolkningen, eller undergrupper som ikke er definert ut i fra noen risikovurdering), selektiv (rettet mot undergrupper hvor det antas å foreligge risiko for en uheldig utvikling, dvs grupper av personer eksponert for risikofaktorer, eksempelvis barn av rusmiddelavhengige) og indikativ forebygging (rettet mot enkeltindivider med allerede identifisert risiko, symptomer og/eller diagnoser). Både universell og selektiv forebygging vil være folkehelsearbeid, mens indikativ forebygging vil falle utenfor (s.58).	
Helsefremmende arbeid	Nevnes ikke noe særlig – fokus på forebygging.	Helsefremming innebærer å styrke og forbedre befolkningens helse. Målsetting: å få folkehelsen nærmere WHO sin helsedefinisjon (s.21).	Nevner at empowerments-begrepet benyttes innen helsefremmende arbeid (s.50). Nevner helsefremmende tiltak innen miljørettet folkehelsearbeid og at disse legger til rette for positive faktorer som for eksempel gode oppvekstvilkår, tilgang til skole, arbeid, inntektssikring, nære turområder og tumleplasser, sykkelfelt, trygge skoleveier, sosiale møteplasser med mer (s.126).	Helsefremmende livsstil brukes som begrep. Ellers brukes å fremme helse og helsefremmende arbeid, men defineres ikke.
Empowerment, brukermedvirkning, medvirkning	Pasientenes medvirkning (s.14). Pasienter og brukere og deres organisasjoner må trekkes inn i arbeidet. Medvirkning fra alle berørte aktører (s.25). Individets rett til medbestemmelse og medvirkning. Tjenestemottaker opplever å få innvirkning på tjenestetilbudet (s. 51). Brukermedvirkning tilfører helse- og omsorgstjenestene merverdi. Pasientperspektiv, se pasientens helhetlige situasjon (s.51). Pasientenes røst skal både fanges opp av og prege tjenestene (s.121).	Empowerment som strategi i folkehelsearbeidet betyr at folk ut fra sin egen situasjon blir i stand til å definere sine egne problemer og finne sine egne løsninger i fellesskap med andre – i motsetning til å være prisgitt hjelp fra andre, i dette tilfellet spesialisthelsetjenesten (s.106). Empowerment, som innebærer at lokalbefolkningen selv trekkes aktivt inn i arbeidet med å identifisere problemene og bedre det lokale miljøet, sammen med fagfolk og lokale politikere. Sosiale støttegrupper og selvhjelpsgrupper forebygger psykiske lidelser, som for eksempel depresjon og angst, ved å styrke mestringskompetanse og redusere belastninger (s.119).	Ingen god norsk oversettelse, men myndiggjøring og mestring blir brukt. Handler om å sette folk i stand til å ta kontroll over egen helse og påvirkningsfaktorene for helse, og å mestre sin egen livssituasjon (s. 30). Handler til en viss grad om å styrke egenskaper ved enkeltmennesket, men det handler også om å påvirke strukturelle forhold og livsbetingelser som individet må forholde seg til, samt å legge til rette for at mennesker skal kunne delta i prosesser som har betydning for å kunne ta kontroll over eget liv og helse (s.30). Innen helsefremmende arbeid brukes begrepet empowerment blant annet om individer og lokalmiljøers makt til å påvirke beslutninger som angår deres helse. Det finnes ingen god norsk oversettelse, men ord som bemyndigelse, myndiggjøring, styrking eller egenkraftmobilisering er bruk.	Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg. De skal ha større innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet i alle deler av helse- og omsorgstjenesten (s.10). En sterkere pasientrolle bidrar til medbestemmelse og innflytelse i spørsmål som angår egen helse (s.25). Brukermedvirkning vil si å sette brukerens behov i sentrum. Det skjer når brukerne er aktive deltakere i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak (s.85).

			Kjernen i begrepet er motsatsen til maktesløshet eller undertrykking. Det handler om hvordan mennesker og lokalsamfunn kan få kollektiv kontroll over sine liv ved mobilisering og styrking av egne krefter parallelt med nøytralisering av motkrefter (s.50-51).	
Helseatferd/levevaner		Helseatferd – brukes i denne rapporten om atferd og vaner som har stor betydning for helsen. Noen av de mest kjente eksemplene på helseatferd er kosthold, fysisk aktivitet, tobakksbruk, alkoholbruk, seksualvaner og bruk av illegale rusmidler (s.14). De systematiske forskjellene mellom sosioøkonomiske grupper viser at helse og helseatferd henger sammen med levekår, muligheter, forventninger og normer i ulike samfunnsgrupper (s.14). Helse-determinanter som ernæring, fysisk aktivitet, bruk av rusmidler og tobakk, og seksuell helse har stor betydning for folkehelsen. Kostholdets sammensetning påvirker risikoen for en rekke av de store folkesykdommene (diabetes, hjerte- og karlidelser, og noen kreftformer). Folk med lang utdanning og god økonomi spiser sunnere mat (s.48).	Samfunnsforhold påvirker forskjeller i levevaner. Forskning viser at kosthold, fysisk aktivitet og tobakksbruk henger sammen med sosioøkonomisk status. Jo høyere inntekt og utdanning, desto sunnere levevaner (s.11). Ernæring og kosthold er av avgjørende betydning for vekst og utvikling i fosterliv, spedbarnsalder og i barne- og ungdomsårene (s.28). Selv helseatferd som røyking, fysisk aktivitet og kosthold er i stor grad påvirket av økonomiske og sosiale bakgrunnsfaktorer som den enkelte ikke har valgt (s.47).	Bruker begrepet sunne valg. Bruker begrepene levekår og levevaner.
Lavterskeltilbud	Lavterskel helsetiltak møter brukerne der de er og når de er der. Slik tilnærming er virkningsfull og treffer målgruppen og deres behov (s.70).	Begrepet vektlegges og nevnes i stor grad og i mange sammenhenger, men det defineres aldri akkurat hva et lavterskeltilbud eller lavterskeltiltak innebærer.	Brukes ikke.	Lavterskeltilbud brukes som begrep, men forklares/defineres ikke (eks. s. 38). Lavterskelmodeller brukes som begrep i boksen om FLS s. 59, men forklares heller ikke nærmere.
Ideologi	Oppfølging nevnes mye. Sikre en helhetlig og systematisk oppfølging av den enkelte bruker (s.71). Viktig at gjennomføringen er forankret i en helhetlig risikostراتيجية med tilknyttet oppfølgingssystem (s.145). Mestring og livskvalitet (vektlegges s. 37). Pasientens egenmestring, mestring av eget liv (s.27). Miljø? På mange av helse- og omsorgstjenestenes områder går tjenestenes målsettinger ut over å gjøre menneskene friske i medisinsk forstand. Målet er ikke nådd for det er lagt til rette	Samarbeid, bedre tverrsektoriell dialog, felles ansvar og felles ressursallokering vektlegges (s.6). Folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert, men det er ulike syn på hva slags kunnskap som behøves, og hva slags kunnskap som er gyldig. Helse-direktoratet mener at folkehelsefeltet har behov for ulike typer kunnskap på ulike fagdisipliner (s.8). Norge er et land det likhetstanken står sterkt (s.13). Kjernetrekk ved folkehelsearbeidet: en samfunnsoppgave, befolkningsrettet og utøves gjennom påvirkning av faktorer	Dreining av folkehelsearbeidet fra sykdomsperspektiv til påvirkningsperspektiv. Det er nå bred støtte for at folkehelsepolitikken skal ta utgangspunkt i faktorer som påvirker helsen, og oppmerksomheten rettes mot disse faktorene (s.30). Et godt folkehelsearbeid må være tverrsektorielt. Denne innsikten er ikke ny. Allerede i Sundhetsloven av 1860 var dette et gjennomgripende perspektiv, som har blitt videreført i alle versjoner av kommunehelsetjenesteloven (s.32). Grunnleggende perspektiv – avspeiler en verdi eller et hensyn som preger	Målet med samhandlingsreformen er å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. Regjeringens strategier for å nå målet er: - satsning på helsefremmende og forebyggende arbeid, samt habilitering og rehabilitering, som skal gi økt livskvalitet for den enkelte og redusert press på helsetjenesten - økt brukerinnflytelse som skal bidra til bedre kvalitet på tjenestene og økt opplevelse av mestring hos den enkelte - forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp skal gi mer helhetlige og koordinerte tjenester til

	<p>for at pasientene mestrer bredden av utfordringer i sine livssituasjoner. Utvikling av sosiale nettverk er en viktig faktor i dette (s.143). Fokus på fremdrift (s.145). Bedre helhetlige pasientforløp. Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. God forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov (s.15). Behandling på rett sted til rett tid. Det skal være lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted. Gode inkluderende prosesser (s.145). Helhetsperspektiv er viktig. Samarbeid fremheves i mange deler av stortingsmeldingen. Kostnadseffektive tiltak fremstår som et krav (s.26). Menneskesyn – respekt for pasientenes integritet og behov (s.48). Helhetlig menneskesyn og se pasienten i en større sammenheng (tjenesteyterne) (s.51). Alle brukere vil ha sin individualitet, som mer eller mindre kan avvike fra de gjennomgående trekkene hos gruppen (s.121). Sterk og deltakende bruker (s.131). Likeverdighet som begrep – brukes en del. Tidlig intervensjon – har til hensikt å forhindre utvikling eller videreutvikling av lidelser og problemer enten tidlig i livet, eller tidlig i et forløp. Viktig for å oppøve mestring, hindre utstøting og kroniske tilstander, samt at unødige tilleggs lidelser utvikler seg (s.68). BEON-prinsippet – beste effektive omsorgsnivå (s.69). Samfunnsmessig besparelser ved å komme tidlig inn med effektive og relativt lite ressurskrevende behandlingsmetoder (s.69). Helse i plan. Samfunnsplanlegging,</p>	<p>som har positive eller negative effekter på helsen (s.19). Forebyggingsparadokset: en liten endring hos de mange har større effekt på folkehelsen enn en stor endring hos de få og særlig utsatte. En beskjeden kostholdsending i den norske befolkningen i retning av mindre mettet fett og mer frukt og grønt vil ha større betydning for folkehelsen enn intervensjon overfor enkeltpersoner med høyt kolesterol (s.23). Målretting av folkehelsearbeidet – mot miljøet eller individene? Skille mellom befolknings- og grupperettet folkehelsearbeid og miljørettet folkehelsearbeid. Miljørettet folkehelsearbeid kan igjen deles inn i: - helsefremmende miljøtiltak som legger til rette for positive faktorer som eksempelvis nære turområder og tumleplasser, sykkelfelt, trygge skoleveier og sosiale møteplasser. – tiltak for forebygging av sykdom og uhelse gjennom redusert eksponering for negative miljøfaktorer som eksempelvis støy, forurensning, dårlig inneluft, stråling, ulykkesfeller, bomiljø i forfall og sosial isolasjon (s.23). Diskuterer begrepet Health Promotion (HP) – etablert gjennom Ottawa-charteret i 1986. Ingen konsensus og enhetlig begrepsbruk omkring hva de ulike HP-begrepene skal hete på norsk. Bruker derfor de engelske (s.23). Ottawa-charteret: integrere helsehensyn i alle politikkområder og på de fleste samfunnsarenaer. Ett av fem hovedinnsatsområder – reorientering av helsetjenester mot forebygging (s.23-24). HP: først ble helsefremmende arbeid brukt som oversettelse, logisk språklig, men misvisende saklig fordi vi i Norge har hatt tradisjon for å skille mellom helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. HP inkluderer begge komponentene, men understreker at arbeidet må skje</p>	<p>utviklingen på et felt. Betydningen av slike grunnleggende prinsipper kan være som rettesnor for utforming av ny lovgivning og annet regelverk, for tolkning av lover og regler og ved skjønnsutøvelse i lovanvendelsen (s.47). På folkehelseområdet er det særlig fem grunnleggende prinsipper av stor betydning (s.47-51): 1. Utjevning – med utjevning av sosiale helseforskjeller menes å motvirke helseforskjellene uten at gjennomsnittshelsen, eller helsen til noen grupper blir dårligere. 2. «Helse i alt vi gjør» (Health in All Policies) – hensyn til helse må ivaretas når tiltak og strategier utformes i alle sektorer. Innebærer at bedre helse, herunder utjevning av sosiale helseforskjeller, etableres som et hensyn på tvers av sektorgrensene og at det benyttes integrerte tverrsektorielle strategier for å møte helseutfordringene rettet mot kjente påvirkningsfaktorer for helse. 3. Føre-var – prinsippet vil ha betydning for når innsats etter denne loven skal settes inn, for hvilken innretning innsatsen skal ha og for kommuners og fylkeskommuners folkehelseansvar når det gjelder utvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Det handler om å håndtere vitenskapelig usikkerhet. Ved normering er det tilstrekkelig å ta utgangspunkt i sannsynlighet, og ikke vitenskapelig sikkerhet, når usikkerheten kan medføre fare for helseskade. Prinsippet forutsetter ikke at man skal handle for å oppnå null risiko, men en akseptabel risiko. I et bærekraftperspektiv innebærer føre-var også å arbeide for å fremme og vedlikeholde befolkningens helse fremfor utelukkende å forhindre helseskade og at akutte situasjoner skal oppstå. 4. Bærekraftig utvikling – «en utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for</p>	<p>brukere og pasienter - en større del av helsetjenestene skal ytes i kommunene, forutsatt at kvaliteten er like god eller bedre og at det er kostnadseffektivt. Dette skal gi dempet vekst i bruk av spesialisthelsetjenester (s.28). Et mål å gi brukerne gode muligheter for livskvalitet og mestring for å i større grad kunne oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats (s.9). Kommunene skal sørge for at helhetlige pasientforløp kan ivaretas i kjeden av forebygging, tidlig innsats, tidlig diagnostikk, habilitering og rehabilitering, behandling og oppfølging (s.9). Inngå partnerskap trekkes frem (s.11). Et førende prinsipp er å desentralisere det vi kan, og sentralisere det vi må. Målet er å sikre god kvalitet og god ressursutnyttning (s.30). Helse i plan vektlegges etter en evaluering er gjort fra 2006-2010. Kommunene anerkjenner at viktige forhold ved befolkningens helse må ivaretas gjennom planarbeid. På kort sikt har folkehelse fått dårligst gjennomslag i økonomiplanene, men gjennomslaget er økende (s.47).</p>
--	---	---	---	---

	<p>plan- og bygningslov osv (s.85). Samhandling: Et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (s. 13). Riktigere oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste (s.16). God samhandling viktig for å bidra til sosial likhet – viktig del av verdigrunnlaget (s.51). Samhandling er ideologien, og rehabilitering er den praktiske arbeidsformen (s.62).</p>	<p>gjennom prosessen med å sette folk i stand til å få mer kontroll over egen helse. Folkehelsearbeid har etter hvert blitt brukt som norsk begrep for HP. Overraskende språklig, men saklig dekkende. Viktig å beholde den forståelsen, men være klar over at det innebærer en forpliktelse til norsk folkehelsearbeid om å ta på alvor de prinsipper som ligger til grunn for HP-konseptet (s.24). Det er hensiktsmessig å fortsatt jobbe fram tydelige definisjoner av sentrale begreper som folkehelsearbeid og forebygging! (s.24). Det er økende forståelse for at folkehelsepolitikken må ta utgangspunkt i faktorer som påvirker helsen (helse-determinanter) – eks. utdanning, arbeid, inntekt, tilgang til «friskfaktorer» som ren luft, naturområder, gang- og sykkelveier, fravær av støy m.v. Dette perspektivet synliggjør at politiske valg i andre samfunnssektorer kan ha stor betydning for befolkningens helse (s.24). Determinantperspektivet står i motsetning til en tilnærming der man tar utgangspunkt i bestemte sykdommer (s.26). Må arbeide på tvers av sektorer – samarbeid mellom samfunnssektorer (s.26). På folkehelsefeltet står vi ofte – kanskje som regel – overfor situasjoner der «kunnskapsbasering» i smal forstand ikke er mulig eller relevant. Et kunnskapsbasert folkehelsearbeid må bygge på tverrfaglig kunnskap fra en rekke fagdisipliner (s.29). Helse i plan – et innovasjons- og metodeutviklingsprosjekt. Verktøyet er plan- og bygningsloven og kommuneplanen, og metodene som blir utviklet dreier seg om hvordan ulike folkehelsemål kan realiseres gjennom forankring i kommuneplanens samfunnsdel, arealdel, og i temaplaner. Organisering og samarbeid, politisk forankring, kompetansebygging og</p>	<p>at kommende generasjoner skal få dekket sine behov» (s.49). Tar altså utgangspunkt i menneskelige behov. «Bærekraft» (engelsk: «sustainability») er i utgangspunktet et systemisk begrep. Kan trekkes en analogi til befolkningen (som ett system), helsesektoren (som et annet system) og velferdsstaten (som et tredje system). Disse systemene er flettet i hverandre og gjensidig avhengig av hverandres bærekraft eller iboende evne til å vedvare hver for seg – og sammen. 5. Medvirkning – i folkehelsearbeid er de ressursene som innbyggerne selv representerer avgjørende. Både materielle levekår, psykososiale ressurser og medvirkning i beslutninger er aspekter av empowerment (s.50-51). Et særtrekk ved folkehelsearbeid er at det tar utgangspunkt i populasjonsnivået istedenfor individnivået (s.58). Partnerskap er et viktig element i ideologien for folkehelsearbeidet. WHO – «a voluntary agreement between two or more partners to work cooperatively towards a set of shared health outcomes». I annen litteratur understrekes begrepet med stikkord som felles interesser/verdier, mål, likeverd mellom partnere, utbytte for alle parter, samt at samvirket består over tid. Departementets definisjon – «en frivillig og likeverdig avtale mellom to eller flere parter om samarbeid og/eller koordinert innsats for å nå ett eller flere felles folkehelsemål» (s.59). Definisjonen er likevel ikke tatt med inn i loven ettersom partnerskap ses på som en frivillig arbeidsform (s.59). Folkehelsearbeid må ses i et langsiktig perspektiv og det handler ikke bare om tiltak med umiddelbar virkning eller virkning innenfor en kort tidsperiode som er nødvendig å sette i verk, men også tiltak som vil ha en positiv effekt for folkehelsen langt frem i tid (s.65). Et livsløpsperspektiv og barneperspektiv er viktig i folkehelsearbeidet (s.126).</p>	
--	---	---	---	--

		informasjonsspredning inngår også som virkemidler i denne sammenheng (s.51). Fra arenaperspektiv til determinantperspektiv (s.58).	Miljørettet helsevern – omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer (s.135). Denne tjenesten i kommunen har sin oppmerksomhet rettet mot hele befolkningen, den er både sektorovergripende og gir kommunen virkemidler også ovenfor virksomhet og eiendom, både privat og offentlig (s.14).	
Organisering	2012 – startåret for opplegget med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten (s.146).	Et effektivt folkehelsearbeid må utøves i alle samfunnssektorer og i felles innsats på tvers av sektorene. Under ett omtales innsatsen som forebyggende og helsefremmende virksomhet. Med forebyggende helsetjenester menes derimot helsetjenestens bidrag til folkehelsearbeidet (s.21). Over 60% av landets kommuner har inngått partnerskapsavtaler med fylkeskommunene. Når kommunene inngår i en slik avtale, må de opprette en folkehelsekoordinatorstilling lokalt (s.76). Norge har 431 kommuner og halvparten av disse har under 5000 innbyggere (s.77).	Kommunenes frie inntekter ble styrket med 230 millioner kroner i 2010 til forebyggende helsearbeid på bakgrunn av Samhandlingsreformen (s.196). I 2010 bør kommunene prioritere å sikre det forebyggende arbeidet en tydelig organisatorisk plassering i kommunen og en god forankring i plan- og budsjettssystemene (s.196-197).	Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven (s.30).
Ansvar				
Generelt om ansvar	Det er vesentlig både for brukere og samarbeidspartnere at det ledelsesmessige ansvaret er tydelig plassert.	Påpeker felles ansvar (s.6). God psykisk helse er et felles ansvar på tvers av sektorer, faggrupper og tjenester (s.8). Samfunnsoppgave (s.19). Helsesektoren har et ansvar for å ha oversikt over helsetilstand, sykdomsutbredelse og påvirkningsfaktorer. Sektoren skal videre utvikle kunnskap om årsakssammenhenger, og bidra til utvikling av metoder og sektorovergripende verktøy. Den skal også bidra til at samfunnet som helhet arbeider effektivt for å beskytte og fremme helsen – både på nasjonalt og lokalt plan (s.50). Helsesektoren må i tiden fremover opparbeide seg større kapasitet for tverrsektorielt arbeid – både lokalt,	Folkehelseloven plasserer ansvaret for folkehelsearbeidet inn på de tverrfaglige og tverrsektorielle arenaer (s.11). De tydelige sosioøkonomiske forskjellene i levevaner viser at atferd ikke bare styres av individuelle valg, men også påvirkes av levekår, samfunnsstrukturer og ulikheter i ressurser (s.27). Helse er ikke kun et ansvar for helsetjenesten. Alle sektorer kan spille inn (s.30). Helsesektoren har blant annet kompetanse og ansvar i arbeidet med – oversikt over helsetilstand og sykdomsutbredelse og de faktorene som påvirker denne – kunnskap om årsakssammenhenger og utvikling av metoder og sektorovergripende verktøy – bevisstgjøring og faglige råd om tiltak	Gjennom stortingsmeldingen har regjeringen dreid oppmerksomheten fra enkeltindividets ansvar for egen helse og over til samfunnets ansvar (s.28).

		regionalt og nasjonalt (s.55).	til sektorer som har virkemidler til å påvirke forholdet (samferdsel, næring, landbruk, skole mv) – styrking av organiseringen av folkehelsearbeidet og at samfunnet som helhet arbeider effektivt for å beskytte og fremme helsen. Den pådriverrollen det innebærer har helsesektoren både lokalt, på fylkesnivå og på nasjonalt nivå (s.32). Føre-var prinsippet innebærer at bevisbyrden for at tiltak er forsvarlige påligger den som er ansvarlig for tiltaket eller forholdet (s.50).	
Statlig/samfunnet som helhet	<p>Befolkningens ansvar for egen helse. Staten har i dag ansvaret for brukere med varige behov for tekniske hjelpemidler (s.63).</p> <p>Viktigere og viktigere del av helsepolitikken å legge til rette for det ansvar som befolkningen må ta for egen helse (s.14-15).</p> <p>Bred enighet i det norske samfunnet om at det offentlige skal ta ansvar for at befolkningen tilbys gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av bosted, økonomi, sosial og etnisk forhold (s.21).</p> <p>Stat/helseforetak forvalter spesialisthelsetjenesten (s.22).</p> <p>Regjeringen vil vurdere hvilke aktuelle oppgaver som kommunene kan gis ansvar for (s.26).</p>	<p>Helsedirektoratet har et særskilt ansvar for å følge opp og koordinere statens arbeid for å fremme sunne kostvaner, fysisk aktivitet og seksuell helse, samt for å redusere bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler. Dette er definert i en rekke strategier og handlingsplaner (s.48).</p> <p>Oppgaver i det nasjonale folkehelsearbeidet: -Fremme tverrsektorielt arbeid og bidra til at folkehelse ivaretas på alle politikkområder. –Egne virkemidler, som kampanjer, råd og veiledning. – Forvalte lover og regelverk, normere tjenester. –Understøtte lokalt og regionalt folkehelsearbeid. –Følge med ansvar – overvåke helsesituasjonen og faktorer som påvirker denne. – Internasjonalt arbeid (s.58).</p>	<p>Det er et samfunnsansvar å bidra til god helse i hele befolkningen. Staten skal ikke detaljstyre kommuner og fylkeskommuner i folkehelsearbeidet, men legge til rette for systematisk, langsiktig og kunnskapsbasert innsats ut fra lokale utfordringer (s.11).</p> <p>Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer tilgjengelig og gi støtte til kommunene (s.12). Understøtte kommunal sektor.</p> <p>Statens helsetilsyn skal ha ansvar for overordnet faglig tilsyn med loven (s.14).</p> <p>Så lenge de systematiske forskjellene i helse skyldes ulikheter i samfunnets ressursfordeling, er det fellesskapets ansvar å påvirke denne fordelingen i en mer rettferdig retning (s.47).</p>	<p>Det er et samfunnsansvar å bidra til god helse i hele befolkningen (s. 41). Et offentlig ansvar å fremme helse og forebygge sykdom, og å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen (s.7).</p> <p>Samfunnet har ansvar for å sikre gode oppvekstvilkår og tilrettelegge for en helsefremmende livsstil, slik at det blir enkelt å ta sunne valg i barnehagen, i skolen, i fritiden og på arbeidsplassen (s.8).</p> <p>Statlige helsemyndigheter skal bidra med opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og gi støtte til kommunene i deres vurderinger av folkehelsestilstanden. Plikt til å bistå kommunesektoren (s.30).</p> <p>Helsedirektoratet har ansvar for iverksetting-, drift- og utviklingsoppgaver på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for å støtte kommunene innen helseovervåking og smittevern. KS driver utviklingsarbeid og blir en sentral samarbeidspartner. Det skal også etableres samarbeid med NAV, blant annet for å sikre god sammenheng mellom arbeid og helse (s.38).</p> <p>Samfunnet har ansvar for befolkningens helse ved å legge grunnlaget for gode levekår og levevaner (s.42).</p>
Regionalt/fylkene	Spesialisthelsetjenesten er både i organisering og funksjon preget av at målet er medisinsk helbredelse (s.13).	Fylkesmannen har ansvar for å formidle Stortingets og regjeringens føringer på folkehelsefeltet til aktørene i fylket og	Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger om helsetilstand og	Fylkeskommunene skal bidra med opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og gi støtte til

	<p>Utdanningsinstitusjoner har faglig frihet og ansvar for å sikre det faglige innholdet i utdanningene (s.126). Ansvar til de regionale helseforetakene. Både fylkeskommunen og fylkesmannen har en sentral rolle i oppfølging og veiledning overfor kommunene, samt i implementeringen av arbeidet når det kommer til Helse i Plan (s.85). Fylkeskommunene skal understøtte kommunene i det brede og tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunen med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring til kommunen. De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for spesialiserte helsetjenester til befolkningen (s.47).</p>	<p>skal bidra til at viktige statlige mål og interesser blir forstått og ivaretatt. Skal også ta hånd om strategier, satsninger og tiltak som staten mener skal iverksettes likt i alle deler av landet. Skal til sist gi veiledning som sektormyndighet innen flere sektorer med relevans for folkehelsen, men har særlig fokus på helsesektorens forebyggende og helsefremmende innsats (s.78). Fylkeskommunens ansvar innebærer å ivareta helsehensyn og fremme helse i regional planlegging og i fylkeskommunens rolle som regional utviklingsaktør. Skal også ta hånd om strategier, satsninger og tiltak hvor det er regionalt politisk handlingsrom, slik at arbeidet kan iverksettes med regionale tilpasninger. Til sist skal de ha særlig fokus på det brede og tverrsektorielle aspektet ved folkehelsearbeidet i sin veiledning overfor kommunene, bl.a., planveilederansvar etter Plan- og bygningsloven (s.78).</p>	<p>påvirkningsfaktorer tilgjengelig og gi støtte til kommunene (s.12). Understøtte kommunal sektor. Kommunens og fylkeskommunens ansvar må vurderes innenfor de rammer som de arbeider innenfor i forhold til kapasitet og ressursituasjon for øvrig, og hva som gir mest helse innenfor gitte ressurser, jf. blant annet forholdet mellom forebygging vs. behandling (s.15). Fylkeskommunene som regional utviklingsaktør har blitt utfordret til å påta seg lederrollen i det regionale folkehelsepartnerskapet og være pådriver og koordinator for folkehelsearbeidet i fylket (s.31). Fylkeskommunene skal være pådriver for regionalt og lokalt folkehelsearbeid samt påta seg lederrollen i regionale folkehelsepartnerskap. De har videre ansvar for tannhelsetjenester og forebyggende arbeid forankret i tannhelsetjenesteloven (s.33). Fylkesmannen skal bidra til iverksetting av nasjonal folkehelsepolitikk, og også samordne statlig virksomhet i fylket. Folkehelserådgiveren har en koordinatorfunksjon for å ivareta folkehelseperspektivet innenfor fylkesmannens ulike virksomhetsfelt. Helsetilsynet i fylket har ansvar for tilsyn med folkehelsearbeidet innenfor rammene av kommunehelsetjenesteloven (s.34). Fylkeskommunen skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Skal også ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og ha en bevissthet og kunnskap om bakenforliggende årsaker til sosiale helseforskjeller (s.48).</p>	<p>kommunene i deres vurderinger av folkehelsestilstanden. Fylkeskommunenes ansvar videreføres, de skal bruke virkemidlene de allerede har til å fremme folkehelse. Skal holde oversikt over helsetilstanden i fylket, støtte kommunene og arbeide for samordning av folkehelsearbeidet i fylket (s.30). Fylkesmannsembetene har ansvar for å iverksette statlige reformer i kommunene og for flere utviklingsoppgaver. Fylkeskommunene har ansvar for tannhelsefeltet og oppgaver på folkehelseområdet. De regionale helseforetakene har veiledningsansvar for kommunene, og det er innført samarbeidsrutiner med kommunene og med forsknings- og utdanningsmiljøer (s.38). Kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for at innbyggerne får nødvendige og forsvarlige tjenester (s.93).</p>
Kommunalt/lokalt	<p>Kommunene - styrke gjennom nærheten til sin befolkning (s.27). Kommunene skal forankre forebyggingsinnsats i kommunale planer (s.29). Kommunene skal selv finne frem til egnede samarbeidsformer for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes på best</p>	<p>Helsesektoren har et særlig ansvar for helse, men ofte er det andre sektorer som eier virkemidlene og har kompetanse på tiltakene. Kommunene har et betydelig ansvar i folkehelsearbeidet. Med Samhandlingsreformen og lovarbeidene på folkehelsefeltet styrkes dette</p>	<p>Ansvar for folkehelsearbeid legges til kommunen fremfor til kommunens helsetjeneste eller noen bestemt sektor. Kommunen har også ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer (s.12).</p>	<p>Kommunenes helhetlige ansvar for tjenestetilbudet tydeliggjøres, og kommunene får økt frihet til å organisere tjenesten i samsvar med lokale forutsetninger og behov. Kommunene får ansvar for finansiering av utskrivningsklare pasienter. Kommunene skal sørge for å ha tilbud</p>

	<p>mulig måte. Hvilke organisasjonsformer kommunene finner frem til for samarbeid er dermed opp til dem selv (s.28,55).</p> <p>Kommunene forvalter primærhelsetjenesten og omsorgstjenesten (s.21-22).</p> <p>Kommunehelsetjenesten har fokus på pasientenes funksjonsnivå og pasientens mestringsevne (s.13).</p> <p>Kommunene gis både et medansvar for finansieringen av spesialisthelsetjenesten og et ansvar for å dekke utgiftene for utskrivningsklare pasienter – økt finansieringsansvar (s.30-31).</p> <p>Sterkere styring av fastlegene fra kommunenes side – tydeligere kommunal styring, tettere oppfølging (s.30).</p> <p>Helsetjenesten har ansvaret for at det skjer en nødvendig koordinering og samhandling mellom tjenestene, men brukervedvirkning kan også bidra til å fremme samhandling (s.51).</p> <p>Kommunene skal styrkes som en likeverdig samhandlingspartner til spesialisthelsetjenesten (s.58).</p> <p>Kommunen som helhet bør vurderes å ha et ansvar for forebyggingen, bl.a. gjennom samfunns- og arealplanleggingen. Folkehelseansvar (s.82). Mye ansvar til kommunene. De må organisatorisk ruste seg til å ivareta forebygging på systemnivå, bygge systemer som gir oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for utviklingen av god og hhv. dårlig helse (s.83).</p> <p>Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha et helhetlig perspektiv på forebyggende arbeid som innebærer utstrakt tverrfaglig arbeid – er av avgjørende betydning (s.84).</p> <p>Vurderes om fastlegene bør ha et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging, samt koordinere den medisinske oppfølgingen av pasientene</p>	<p>ansvaret, noe som stiller nye krav til kompetanse og kapasitet på lokalt og regionalt nivå (s.6).</p> <p>Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en viktig rolle i det brede, befolkningsrettede folkehelsearbeidet, så vel som i å avdekke problemer, intervensere tidlig i problemforløp og sørge for iverksetting av tiltak eller henvisning til andre instanser. Fastlegen er i en unik posisjon til å avdekke begynnende helseproblemer og sette i verk tiltak før sykdom oppstår (s.8).</p> <p>I følge Kommunehelsetjenesteloven skal helsetjenesten i kommunen fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte (s.21).</p> <p>Viktig å presisere hva som er helsesystemets ansvar inn i det tverrsektorielle arbeidet (s.51).</p> <p>Om helsesektoren som leder, forhandler og partner i forhold til samarbeid med andre sektorer om tverrfaglig folkehelsearbeid (s.54).</p> <p>Kommunen har ansvar for å forebygge smittsomme sykdommer, legge til rette for trygge og helsefremmende miljøer og for å stimulere innbyggerne til en sunn livsstil (s.71).</p> <p>En del kommuner ivaretar sitt ansvar på en svært god måte, gjennom høy politisk oppmerksomhet og gjennomføring av politikk for å fremme god helse. Samtidig er det også et stort antall kommuner som preges av manglende oversikter over lokale utfordringer, manglende politisk forankring (blant annet manglende mål), lite sammenheng i arbeidet og en krevende ressursituasjon og lav økonomisk prioritet (s.74).</p>	<p>Foreslås som plikt at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte de helseutfordringer kommunen står overfor (s.14).</p> <p>Kommunens og fylkeskommunens ansvar må vurderes innenfor de rammer som de arbeider innenfor i forhold til kapasitet og ressursituasjon for øvrig, og hva som gir mest helse innenfor gitte ressurser, jf. blant annet forholdet mellom forebygging vs. behandling (s.15).</p> <p>Helsesektoren har et særlig ansvar for å synliggjøre helsekonsekvenser av politikk og tiltak og samarbeide med andre sektorer for å nå mål på folkehelseområdet (s.30).</p> <p>Kommunene sitter med de viktigste virkemidlene i folkehelsearbeidet (s.32).</p> <p>Kommunenes ansvar for folkehelse er forankret i kommunehelsetjenesteloven (s.33).</p> <p>Folkehelseloven gir kommunen som helhet ansvar for folkehelsearbeidet (s.51).</p> <p>Kommunen skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Skal også ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og ha en bevissthet og kunnskap om bakenforliggende årsaker til sosiale helseforskjeller (s.48).</p> <p>Kommunene har i følge opplæringsloven plikt til å tilby gratis frukt/grønnsaker til elever på skoler med ungdomstrinn (s.129).</p>	<p>om døgnopphold for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp og tilsyn fra helse- og omsorgstjenesten, ved tilstander der kommunen selv har mulighet for å utrede, behandle eller yte omsorg (s.7).</p> <p>Målet er at fastlegene tar et mer helhetlig ansvar for tjenestene til listepasientene, og i større grad deltar i annet allmennlegearbeid (s.9).</p> <p>Kommunenes foreslåtte plikt til å etablere øyeblikkelig hjelp-tilbud for døgntilbud, og til å etablere tilbud til utskrivningsklare pasienter (s.12).</p> <p>Tydeliggjøres at kommunene har et helhetlig ansvar for innbyggernes helse. Folkehelsearbeidet er et ansvar for hele kommunen, ikke bare for helse- og omsorgstjenesten. Ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert (s.30).</p> <p>Helsesektoren har et særskilt ansvar for å fremskaffe kunnskap om befolkningens helsetilstand, og synliggjøre hvilke konsekvenser politikk og tiltak i ulike sektorer har på levekår og helse (s.41).</p> <p>Kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for at innbyggerne får nødvendige og forsvarlige tjenester (s.93).</p>
--	---	---	---	--

	<p>(s.84). Kommunen har i dag ansvar for brukere med midlertidig behov for tekniske hjelpemidler (s.63). Kommunene har ansvaret for allmennhelsetjenesten og omsorgstjenesten (sosialtjenesten) (s.47). Kommunene er ikke pålagt å ha en egen folkehelsekoordinator, i noen kommuner er derfor ansvaret for folkehelsearbeidet tillagt andre stillinger (s.73).</p>			
Frivillig sektor	<p>Er viktig også på de samfunnsområdene hvor det offentlige har påtatt seg ansvar og der ansvaret er reflektert gjennom tjenester som ytes til befolkningen. Det er det enkelte departement som har ansvar for frivillighet på sitt område (s.143). Godt og kreativt samarbeid med frivillige organisasjoner kan bidra til bedre realisering av de helsepolitiske målene (s.143).</p>			
Enkeltmennesker/ hvert enkelt individ	<p>Alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst mulig grad (s.14). Mange pasienter, og ikke minst pårørende, har opplevd at det blir deres ansvar å stå for den praktiske koordineringen mellom de ulike deltjenestene (s.48).</p>	<p>Om helseatferd og individuelt ansvar. Individens valgmuligheter og ressurser er ulikt fordelt i befolkningen. Helseatferd henger sammen med levekår, sosioøkonomisk status, normer og forventninger i ulike grupper og samfunnslag. Dersom helseatferd hadde vært et individuelt valg, ville man forvente at helseatferd var jevnt fordelt i befolkningen, uavhengig av utdanning og inntekt. Studier viser imidlertid at det er en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helseatferd: Jo høyere sosioøkonomisk status, desto sunnere helseatferd. De tydelige sosioøkonomiske forskjellene i levevaner er en påminnelse om at atferd ikke bare styres av individuelle valg, men også påvirkes av levekår, samfunnsstrukturer og ulikheter i ressurser. For å redusere slike samfunnsskapt forskjeller, er det nødvendig å bruke virkemidler som påvirker strukturene som produserer ulikhet (s.60-61).</p>	<p>Hver enkelt av oss har et betydelig ansvar for egen helse, og det er viktig å respektere individets myndighet og innflytelse over eget liv. Men enkeltmenneskets handlingsrom er begrenset av forhold utenfor individets kontroll. Selv helseatferd som røyking, fysisk aktivitet og kosthold er i stor grad påvirket av økonomiske og sosiale bakgrunnsfaktorer som den enkelte ikke har valgt (s.47).</p>	
Utfordringer				

<p>Generelt om utfordringer</p>	<p>Manglende samhandling, utvikling som ikke er bærekraftig. Dårlig koordinerte tjenester/manglende helhet. Forebygging og tidlig innsats blir tapere i kampen mot de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene. Vi har i dag ikke gode nok systemer for analyse og beslutninger om hvordan ressursene bør settes inn i de ulike leddene i kjeden fra forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering (s.13). Utfordring i forhold til å bevare og videreutvikle de sentrale velferdsordningene i Norge (s.14).</p> <p>De samme manglene og svakhetene både når det kommer til samfunnsøkonomiske utfordringer og mer pasientrelaterte utfordringer (s.21). Fragmenterte og uoversiktlige tjenester, unødvendige belastninger for brukere og pasienter (s.22).</p> <p>Utfordring hvordan ansvar og oppgaver bør fordeles mellom statlig og kommunal sektor (s.22). Pasienter blir behandlet på feil nivå (s.23).</p> <p>Kommunene har slitt med å rekruttere og beholde fagpersonell – særlig små kommuner. Finansieringssystemene har ikke i tilstrekkelig grad understøttet en riktig oppgavefordeling (s.27). Utdannet helsepersonell har i for stor grad blitt ført til spesialisthelsetjenesten (s.27). Finansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bidrar til å sementere og forsterke fokuset på diagnose og behandling fremfor forebygging og mestring. Økt vekt på forebyggende tiltak: kostnad for kommunene, gevinst spesialisthelsetjenesten (færre sykehusinnleggelse) og staten (reduerte utgifter over trygden) (s.30). Økt behov for helsetjenester, samt behov for differensierte, tverrfaglige og koordinerte tjenester (s.38). Skille mellom reelle samhandlingsutfordringer og det som fremstår som et samhandlingsbehov (s.41).</p>	<p>Et dilemma for folkehelsearbeidet er at omkostningene ved tiltak kommer i dag, mens gevinstene kommer i fremtiden (s.9).</p> <p>Hjerte og karsykdommer, kroniske lungelidelser og kreft har blitt de nye folkesykdommene (s.11).</p> <p>Dagens samfunn er preget av utfordringer som overvekt, røyking og for lite fysisk aktivitet. Sykdomsbildet gjenspeiler dels levevanene for 20-30 år siden, og dels dagens helseatferd. Kolspepidemi pga. røyking, forekomst av diabetes type 2 forventes å øke ytterligere og her er det viktigste risikofaktorene overvekt, fedme og fysisk inaktivitet (s.12).</p> <p>Flere med minoritetsbakgrunn sliter med å lære språket, forstå samfunnskoder og normer, få nye venner, finne bolig og få jobb. De kan også være preget av økt stressnivå grunnet tidligere opplevelser og/eller endringer i livssituasjon. Viktig å være oppmerksom mot språk- og kulturforskjeller inn mot helsevesenet (s.13).</p> <p>Uten et folkehelsearbeid som lykkes i dag, vil behovet for fremtidige helsetjenester true samfunnets bærekraft om få tiår (s.41).</p> <p>Mange kommuner har et forbedringspotensial når det gjelder å se de ulike tjenestene og oppgavene i sammenheng. Det er et gjennomgående trekk at kommunen ikke oppfatter at folkehelsearbeidet angår hele bredden av kommunens virksomhet, og at oppgaver på folkehelsefeltet ivaretas av fagpersoner, primært kommunelege, helsesøster og fysioterapeut. Helsedirektoratet har også et inntrykk av at kommunene ikke oppfatter folkehelsearbeidet som lovpålagt (s.76). Det er en generell utfordring for de små kommunene å ha tilstrekkelig kapasitet og rekruttere relevant kompetanse (s.77).</p> <p>I lys av samhandlingsreformen og ny samlet folkehelselov er det en særlig</p>	<p>Mens infeksjonssykdommer tidligere utgjorde en stor del av sykdomsbyrden, er nå sykdommer som påvirkes av sosialt miljø og levevaner våre største helseutfordringer. Hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, kreft og KOLS preger sykdomsbildet sammen med psykiske lidelser og muskel- og skjelettsmerter. Det er også utfordringer knyttet til miljøforhold som for eksempel støy, radon, luftforurensning og til rent drikkevann (s.11).</p> <p>Vanskelig å flytte ressurser fra behandling til forebygging (s.31). Forholdet mellom tiltak og effekt er ikke målbart i korte tidsløp når det gjelder folkehelsearbeid og forebyggende helsetjenester. Det vil først være i et langsiktig tidsperspektiv at den samfunnsøkonomiske lønnsomheten fremstår (s.32).</p> <p>Det er lite samsvar mellom hvem som sitter med de viktigste virkemidlene i folkehelsearbeidet (kommunene) og hvem som høster gevinstene ved forebygging. Gevinsten ved utsatt sykkelighet og færre sykehusinnleggelse tilfaller i stor grad de regionale helseforetakene, samt sparte utgifter over trygden (s.32).</p>	<p>Tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er en hovedutfordring i fremtidens folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjenesten (s.11).</p> <p>De største utfordringene handler om hvordan vi kan holde befolkningen frisk så lenge som mulig og hvordan vi kan vedlikeholde, styrke og bygge god helse i alle deler av befolkningen (s.25).</p> <p>Det har etter hvert blitt rettet mye oppmerksomhet mot personer som har risiko for sykdom, for å hindre at de blir syke (s.25).</p> <p>Antall unge uføre har steget de siste årene.</p> <p>Tilgangen til helsetjenester skal ikke være avhengig av den enkeltes kunnskap og ressurser (s.25).</p> <p>En av de største utfordringene fremover er å rekruttere nok og kompetent personell (s.27).</p> <p>Helse-systemet utfordres av økt mobilitet av helsearbeidere og pasienter, og av den demografiske utviklingen med en aldrende befolkning (s.27).</p> <p>Utfordringene er spesielt store for pasientgrupper med langvarig behov for samhandling, der verken spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten kan dekke pasientens behov alene (s.28).</p> <p>Risikofaktorer som tobakksbruk, skadelig alkoholbruk, usunt kosthold og fysisk inaktivitet medvirker til en rekke sykdommer, blant annet hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske luftveissykdommer og diabetes type 2 (s.42).</p>
---------------------------------	---	--	---	---

	<p>Det er ofte de mest sårbare og vanskeligstilte som har størst behov for å bli møtt av en helhetlig helsetjeneste. Mange føler seg maktesløse og sårbare i møtet med helsetjenesten (s.51). Lovgivning er ikke tatt i bruk som nasjonalt styringsvirkemiddel (s.52) lite krav stilt til forebyggende helsearbeid i spesialisthelsetjenesten – bedre i kommunen (s.82).</p> <p>Det kommunale tjenestetilbudet er komplekst og sammensatt (s.62). Fragmentert ansvar medfører utfordringer for brukerne (s.63). For å fremme folkehelse er hovedstrategien å påvirke forutsetningene for levekår og helse (s. 72).</p> <p>Utfordring å få til tverrsektorielt folkehelsearbeid (s.73).</p> <p>Manglende likeverdighet mellom kommuner og helseforetak i samhandlingen. Asymmetri mht definisjonsmakt og faglig gjennomslagskraft (s.77).</p> <p>Grønn resept – taksten avgrenset til diagnosen type 2-diabetes og høyt blodtrykk, legene var skeptiske, behov for bedre hjelpeverktøy for legene i konsultasjonen og et sted/apparat å henvise pasientene til (s.84).</p> <p>Utfordring å tilby tilpassede lavterskeltilbud i nærmiljøet på områdene tobakk, ernæring og fysisk aktivitet, herunder adekvat kompetanse og hensiktsmessig organisering av tilbudet (s.84). Ikke tilstrekkelig utbygget kapasitet i skolehelsetjenesten i mange kommuner (s.85).</p> <p>Samfunnsmessige forhold gjør at helseproblemer oppstår.</p> <p>Stillingsressursen til folkehelsekoordinatorer er ofte liten (s.85). Utfordring hvordan plan- og bygningsloven og samfunnsplanleggingen kan bli sentrale virkemidler i folkehelsearbeidet (s.85).</p> <p>Manglende kapasitet og kompetanse i kommunene er en betydelig utfordring (s.86).</p>	<p>utfordring å videreutvikle folkehelse som eget tverrfaglig fagområde, teoretisk og praktisk, ved våre universiteter og høyskoler (s.92).</p> <p>Vi mangler i dag et helhetlig system i helsetjenesten for å drive forebyggende arbeid rettet mot helserelatert atferd hos voksne (grunnutdanninger, kompetanse i kommuner, økonomiske insentiver, lovverk og oppfølgingstilbud) (s.104).</p> <p>Morgendagens helseutfordringer er i stor grad knyttet til dagens helseatferd. Helseatferd er ikke bare et individuelt valg, men også knyttet til levekår, muligheter og normer i ulike sosioøkonomiske grupper (s.130).</p> <p>Fra 2004 til 2020 er det anslått at antallet krefttilfeller vil øke med 30% (s.130).</p>		
--	--	--	--	--

	<p>Fordelingsproblematikk ift helsepersonell. Geografisk fordeling, fordeling mellom fagområder, fordeling mellom tjenestenivåene. Må ikke bli verken betydelige underskudd eller overskudd av ulike personellgrupper (s.129).</p> <p>Utfordring for kommunene å skaffe oversikt over befolkningens behov og hvilke tiltak som er dokumentert effektive og som kan møte dette behovet (s.140).</p>			
Sykdom	<p>Bruker begrepet ikke-smittsomme sykdommer som utfordring nå, til forskjell fra infeksjonssykdommer som preget store deler av sykdomsbyrden før (s.79).</p>	<p>Folkesykdommer (s.7). Folkehelseutfordringene (s.8). Seksuelt overførbare sykdommer har økt de senere årene, særlig klamydia. Enkelte smittsomme sykdommer som nærmest var utryddet i Norge, for eksempel tuberkulose, forekommer fortsatt blant innvandrere. Seks av ti nye tilfelles av HIV/Aids er blant innvandrere fra land med høy forekomst av HIV (s.16). Ikke-smittsomme sykdommer brukes også som begrep (s.17)</p>	<p>Infeksjonssykdommer,</p>	<p>Bruker begrepet helsetrusler (s.7). Bruker begrepet kroniske ikke-smittsomme sykdommer, og at disse preger sykdomsbildet i økende grad (s.24).</p>
«Livsstilssykdommer»/levevaner	<p>Stor økning i sykdommer som kan være knyttet til levevaner og helseatferd som folk vil leve med livet ut (s.24). Såkalte livsstilssykdommer.. Økende omfang av livsstilssykdommer. Nevner kols, demens, diabetes, hjerte-karsykdommer, overvekt, fedmeepidemi, psykisk helse, rus, kreft (s. 43/79). Røyking, fysisk inaktivitet og usunt kosthold kan føre til kronisk sykdom og for tidlig død. Mye av forekomsten av en del sykdommer knyttet til dette kan forebygges eller utsettes med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner (s.79). Utfordringen har vært å utvikle tiltak som gjør at denne kunnskapen kan omsettes i praksis (s.80).</p>	<p>Bruker ikke begrepet livsstilssykdommer, men kommer til stadighet inn på begrepet livsstil. Bruker også begrepet levevaner, helseatferd og folkesykdommer. Risikofaktorer som tobakk, alkohol, usunt kosthold, fedme og fysisk inaktivitet påvirker hver for seg, eller sammen, forekomsten av vår tids store folkesykdommer (s.7). Ubalansen mellom energiinntak og energiforbruk er den viktigste årsaken til vektøkningen i befolkningen. 21% av befolkningen over 18 år røyker daglig. KMI har steget, og vi er mindre fysisk aktive nå enn tidligere. Alkoholkonsumet i befolkningen har også økt betydelig de siste 20 årene (s.14). Så lenge helseatferd selv er forårsaket av mer grunnleggende levekårsforhold, er sjansen for at vi lykkes med å endre atferden liten hvis vi i folkehelsearbeidet ikke også retter oppmerksomheten mot</p>	<p>Nevner begrepet generelle livsstilssykdommer -nederst s. 23. De såkalte livsstilssykdommene s. 35. Bruker ellers begrepet livsstil ganske mye. Sykdommer som påvirkes av sosialt miljø og levevaner: Hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, kreft og KOLS. Overvekt øker risikoen for en rekke sykdommer, herunder kreft, hjerte-karsykdommer og diabetes type 2 (s.24). Dagens og fremtidens helseutfordringer er i vår del av verden nært knyttet til levevaner. Alkoholbruk er en av de viktigste årsakene til for tidlig død (s.27). Til tross for flere gunstige endringer i kostholdet har mange fortsatt et kosthold som øker risikoen for å utvikle hjerte- og karsykdommer, kreft, fedme, diabetes type 2 og beinskjørhet (s.28). De største ernæringsmessige utfordringene i tiden fremover er å øke</p>	<p>Bruker begrepet livsstilssykdommer s.27, 46 (i forhold til matens påvirkning på utviklingen av livsstilssykdommer). Nevner at de dominerende sykdomsgruppene er hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes type 2, luftveissykdommer, muskel og skjelettsykdommer, ulykker og psykiske lidelser, og at disse sykdommene og lidelsene i stor grad påvirkes av levekår, livsbetingelser og levevaner (s.24). Risikofaktorer som tobakksbruk og alkoholforbruk, uheldig kosthold og fysisk inaktivitet påvirkes blant annet av kommersielle interessert, globale trender og den generelle samfunnsutviklingen (s.24-25).</p>

		de bakenforliggende årsakene (s.55). Usunne helsevaner blant yngre generasjoner kan føre til økt risiko for overvekt, diabetes, og hjerte- og karsykdommer (s.130).	inntaket av grønnsaker, frukt, grove kornprodukter og fisk og å redusere inntaket av mettet fett og salt i alle grupper av befolkningen, samt å redusere inntaket av sukker hos barn og unge (s.28).	
Skader/ulykker	Lårhalsbrudd, barneulykker.	Nevnes. Skader etter ulykker er fortsatt et stort folkehelseproblem (s.47).		Ulykker nevnes
Psykososiale problemer/psykisk helse	Depresjon vil være den diagnosen som vil påføre samfunnet de største helsemessige kostnadene i 2020. Hver tredje som er uføretrygdet og hver fjerde nye som blir uføretrygdet i Norge har psykisk primærdiagnose (s.24). Den til dels dårlige tilgjengeligheten på psykisk helsehjelp kan være et ressurssspørsmål, men skyldes sannsynligvis også organisering, arbeidsmetoder og samarbeid (s.68). Psykiske lidelser. Depresjon, angst (s. 79).	Psykisk helse er en av de store folkehelseutfordringene i Norge i dag. Psykiske lidelser medfører betydelige omkostninger for samfunnet, men er i stor grad mulig å forebygge (s.8). Psykiske lidelser er en viktig årsak til for tidlig død og den største årsaken til uførhet, sykefravær og nedsatt livskvalitet. De vanligste tilstandene er angst, depresjon og rusrelaterte lidelser. Miljøfaktorer har stor betydning. Risikofaktorer omfatter omsorgssvikt, overgrep, lav sosial status, samlivsproblemer og –brudd, ensomhet, isolasjon og manglende sosial støtte. Sistnevnte kan være en av forklaringene på at innvandrere har høyere forekomst av psykiske plager og lidelser enn andre. Forekomsten av psykiske lidelser er større i byene enn på landsbygda, kvinner rammes oftere enn menn, særlig av angst og depresjon. Men menn er overrepresentert blant personer med ruslidelser og blant dem som begår selvmord (s.15).	Psykiske plager og lidelser er blant våre største folkehelseutfordringer. WHO anslår at 44% av samfunnets sykdomsbyrde fra psykiske lidelser skyldes depresjon, dette har store samfunnsøkonomiske konsekvenser (s.24). Risikofaktorer er knyttet til blant annet sosioøkonomisk ulikhet, arbeidsledighet, tilgjengelighet av alkohol, fysisk inaktivitet, samlivsproblemer, ensomhet, sosial isolasjon og fravær av sosial støtte, røyking og opplevelse av misforholdet mellom krav og kontroll i arbeidet (s.24). Angst, depresjon og rusrelaterte lidelser opptrer ofte sammen og er svært utbredt (s.27).	Psykiske lidelser. Utfordringene innen psykisk helsetjeneste og rusomsorg vil i stor grad gjelde pasientgrupper med depresjon, angst og problemer knyttet til rusmisbruk (s.25).
Belastningslidelser og kroniske sykdommer/lidelser.	Flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander (s.14). Langvarige og eventuelt uhelbredelige sykdommer. Nevner eksempler på kroniske lidelser: psykiske lidelser, rusavhengighet, kols, hjertesvikt, diabetes og sykkelig overvekt (s.41). Skjelett- og muskelsmerter (s. 73). Røyking, fysisk inaktivitet og usunt kosthold kan føre til kronisk sykdom og for tidlig død (s. 79).	I tiden som kommer vil vi få flere personer med kroniske lidelser og behov for behandling, dels som en konsekvens av demografiske endringer og dels som en følge av befolkningens helseatferd (s. 6). Selv om vi klarer å gjøre noe med dagens helseutfordringer, vil andelen kronisk syke øke fordi grunnlaget for kroniske lidelser i de neste årene allerede er lagt (s.12). Andelen med muskel- og skjelettplager vil trolig fortsette å øke (s.130).	Muskel- og skjelettsmerter. Beinskjørhet. Sykdommer som tidligere ble betegnet som akutte med høy dødelighet, som eksempelvis diabetes type 2, hjertesykdommer og kreft, hører nå til kategorien kroniske sykdommer (s.24). Muskel- og skjelettplager er utbredt og utgjør et stort helseproblem. Dette er plager og lidelser vi lever med og som ofte er kroniske (s.25).	Muskel- og skjelettsykdommer. Antall kronisk syke fortsetter å øke som følge av økt levealder (s.25).
Sosiale helseforskjeller/sosiale ulikheter	Vektlegges som utfordring (s. 72-74 og s.79). Betydelige helseforskjeller	Ulikheter i levekår gir ulikheter i helse. Desto høyere sosioøkonomisk status,	Det eksisterer store sosiale helseforskjeller (s.11).	De sosiale forskjellene i helse varierer systematisk etter sosial status i så stor

	(s.121).	desto bedre helse. Enkelte grupper har spesielle utfordringer. Personer med nedsatt funksjonsevne har betydelig dårligere helse enn befolkningen for øvrig. Innvandrere har andre helseutfordringer, risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer enn etniske nordmenn. Og mye tyder også på at forskjellene øker mellom dem som er innenfor og dem som er utenfor arbeidslivet (s.7). Det er betydelige helseforskjeller mellom sosioøkonomiske grupper. Hjerte- og lungesykdommer er den sykdomsgruppen som skaper de største helseforskjellene, men forekomst av diabetes Type-2 er også høyere i grupper med lav sosioøkonomisk status. Kreftfrisiko er også høyere blant personer med lav utdanning og inntekt (s.13). Det er systematiske forskjeller i livsstil og helseatferd mellom utdanningsgruppene (s.130).	Det er dokumentert betydelige sosiale ulikheter i helse i Norge for en lang rekke helseutfall, for begge kjønn og i alle aldersgrupper. Utfordringen griper gjennom hele samfunnet (en gradient) (s.24). Jo høyere sosioøkonomisk status, desto sunnere helseatferd (s.27). De med lang utdanning og god økonomi har et bedre kosthold enn de med kort utdanning og dårlig økonomi (s.28). Sosiale helseforskjeller danner et trappetrinnsmonster (gradient) gjennom hele befolkningen og utgjør dermed et gjennomgripende samfunnsproblem (s.47). En hovedutfordring i folkehelsearbeidet er å gjøre noe med de helseforskjellene som er sosialt skapt, urettferdig og mulig å gjøre noe med (s.58).	grad at forskjellene må være påvirket av sosiale og økonomiske faktorer som den enkelte ikke har valgt selv (s.28). Stortingsmeldingen om sosiale helseforskjeller tar for seg forskjeller i helse som følger utdanning, yrke og inntekt (s.28). Det er store sosiale helseforskjeller i Norge, og mange årsaker til dette; fra grunnleggende faktorer som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som frafall fra utdanning og svak tilknytning til arbeidslivet og dårlig bomiljø – til påvirkningsfaktorer som helseatferd og bruk av helsetjenester (s.41).
Etiske utfordringer	Større krav stilles til språk, kommunikasjonsferdigheter og tid. Avhengig av hvor folk kommer fra i verden, kan brukerne fortolke sin helsetilstand og symptomer på ulike måter (s.121). Må settes tilstrekkelig søkelys på de ulike minoritetsgruppene spesifikk utfordringer (s.122).	Helsepersonells veiledning og velmente råd kan for noen kanskje oppleves som en inngripen i privatlivet (s.102-103). Studier viser at helsepersonell synes det er vanskelig å ta opp spørsmål om helseatferd med friske pasienter. Det oppleves som invadering av privatsfæren, man er redd for å ødelegge forholdet til pasienten, og man har ikke tid til denne typen intervensjoner (s.103).		
Samfunnsøkonomiske utfordringer/konsekvenser	Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (s.21). Depresjon vil være den diagnosen som vil påføre samfunnet de største helsemessige kostnadene i 2020 (s.24). Økt vekt på forebyggende tiltak: kostnad for kommunene, gevinst spesialisthelsetjenesten (færre sykehusinnleggelse) og staten (reduerte utgifter over trygden) (s.30). Mye penger brukes feil i helsetjenesten. Dårlig og lite effektiv ressursbruk. Det knytter seg store samfunnsmessige	Psykiske lidelser medfører betydelige omkostninger for samfunnet, men er i stor grad mulig å forebygge (s.8). Et dilemma for folkehelsearbeidet er at omkostningene ved tiltak kommer i dag, mens gevinstene kommer i fremtiden (s.9).	WHO anslår at 44% av samfunnets sykdomsbyrde fra psykiske lidelser skyldes depresjon, dette har store samfunnsøkonomiske konsekvenser (s.24). Utviklingen i helsetilstand og demografi gjør det nødvendig å investere i befolkningens helse, slik at ikke kostnader knyttet til sykdom binder opp stadig større deler av økonomien og dårlig helse reduserer produksjonsevnen i befolkningen (s.48). Påpeker sterkt økonomiske kostnader i kapittelet om økonomiske og administrative konsekvenser (s.191-).	

	utgifter til livsstilsrelaterte sykdommer. Direkte utgifter i helsetjenesten, men også kostnader i forbindelse med sykefravær, trygdeutgifter og velferdstap (s. 80). Helse- og omsorgssektoren står ovenfor økonomiske utfordringer (s.149).			
Demografisk utvikling	Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (s.21). Økning i antall eldre, samt aldersrelaterte og ofte sammensatte sykdommer/lidelser. Forlenget levealder (utsatt sykkelighet). Utvidet sykkelighet – flere år med hjelpebehov (s.24).	Sykdomsbildet fremover vil preges av kroniske lidelser, og hovedårsaken er stadig flere eldre (s.12). Den demografiske utviklingen vil gi flere eldre, og vi må derfor forvente at flere vil trenge behandling for demens (s.15).	Fremover vil det blir flere friske eldre, men det vil også bli flere som har aldersrelaterte helseutfordringer med blant annet sammensatte og kroniske sykdommer (s.11). Både somatiske og psykiske (s.24).	Antall kronisk syke fortsetter å øke som følge av økt levealder (s.25). Helse-systemet utfordres av økt mobilitet av helsearbeidere og pasienter, og av den demografiske utviklingen med en aldrende befolkning (s.27).
Løsninger – strategier – tiltak				
Generelt om tiltak; Statlig-, gruppe- og individnivå	Tenke nytt, forebygging fremfor reparasjon. TIDLIG INNSATS. Tiltak og ressurser må settes inn så tidlig som mulig, slik at sykdom unngås, utsettes eller reduseres. Bygge opp tjenester i kommunene og sette kommunene i stand til å gi pasienter etterbehandling, rehabilitering og annen oppfølging (FORORD). Utfordringene må møtes med dyptgripende og langsiktige tiltak (s.13). Tiltak av strukturell karakter. Gode rammebetingelser må etableres. Utvikle en samlet tjeneste som gjør bruk av faglige egenskaper og fortrinn hos den enkelte gruppe (s.15). Gjøre nytte av hvert av de to forvaltningsnivåenes fortrinn. I stor grad de samme tiltakene som vurderes til å svare på alle utfordringene (s.21). Oppnå løsninger som både er bedre for pasient og samfunnsøkonomi (s.23). Tiltak må understøtte helheten i tjenestesystemene (s.24). Styrking av analyse-, plan og beslutningssystemer som setter søkelyset på hvordan den offentlige innsatsen på helse- og omsorgsområdet innrettes og mest rasjonelt fordeles mellom de ulike innsatsområdene, slik som forebygging, diagnosearbeid, behandling og	Tverrsektoriell, bred og helhetlig tilnærming på mange arenaer vektlegges i stor grad. Det er behov for å bygge mer kapasitet for tverrsektorielt arbeid i helsesektoren (s.6). Det bør vurderes om øremerking av tilskudd til lokalt folkehelsearbeid er et egnet virkemiddel for å sikre kapasitet i kommunene til dette viktige arbeidet (s.7). Økonomi som virkemiddel. For å kunne utjevne helseforskjellene, må vi også utjevne forskjellene i levekår (s.7). En effektiv måte å påvirke hele befolkningen er å endre rammebetingelsene for helse-relatert atferd. Ta i bruk strukturelle virkemidler (eks. bygging av sykkelveier, økte avgifter, forbud med mer). Disse retter seg ikke mot enkeltmennesker, men påvirker risiko- og beskyttelsesfaktorer i omgivelsene. Gjennom lovgivning, økonomiske virkemidler som pris og avgifter og fysisk tilgjengelighet og utforming, kan samfunnet gjøre det lettere for den enkelte å gjøre sunne valg. Samtidig kan usunne valg gjøres vanskeligere. Disse strukturelle tiltakene har dokumentert effekt på helseatferd og bidrar samtidig til å utjevne sosiale helseforskjeller (s.7). Studier viser at helsestasjons- og	Systematisk og langsiktig innsats. Samarbeid (s.11). Folkehelse-loven er et viktig verktøy for å kunne nå samhandlingsreformens intensjoner om å gi bedre helse til den enkelte, utjevne helseforskjeller og sikre en bærekraftig velferdsstat for fremtiden gjennom å dreie innsats mot forebygging og folkehelsearbeid. En bedre balanse mellom behandling og forebygging og folkehelsearbeid over tid, vil føre til en reduksjon i kostbar behandling som overstiger utgiftene til forebygging (s.12). Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet for å møte kommunens egne folkehelseutfordringer og skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer (s.12). Strategier (mer overordnet karakter) og handlingsplaner (inneholder mer detaljerte tiltak for gjennomføring av politikkområdet) er virkemidler for å bevisstgjøre og ansvarliggjøre aktører i flere sektorer (s.31). Klassisk sondering mellom strukturelle og andre virkemidler (eksempelvis holdningskampanjer). De strukturelle omfatter blant annet normative (lover, regler osv), fysiske (utforming av fysisk miljø) og økonomiske, og kjennetegnes	En vellykket samhandlingsreform forutsetter bedre balanse og likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Nødvendig med et bredt sett av virkemidler; rettslige, økonomiske, faglige (veiledere, retningslinjer og prosedyrer og nasjonale kvalitetsindikatorer) og organisatoriske (skal bidra til mer hensiktsmessig organisering og oppgavefordeling, og må utvikles både lokalt og nasjonalt) virkemidler (s.7-8). Arbeides med å fastsette måltall for helseatferd på flere områder. Behov for data over helsetilstand og helseatferd i befolkningen og faktorer som påvirker dette (s.8). Barnehager og skoler er sentrale i arbeidet med å utvikle holdninger og utjevne sosiale forskjeller. Utdanning er i seg selv viktig for utjevning av sosiale forskjeller i helse (s.8). Gode informasjonstjenester kan bidra til at pasienter og brukere treffer valg som fremmer helse og mestring og øker muligheten for egenomsorg. En nasjonal helseportal med informasjon om helse, tjenestetilbud, rettigheter og støtteordninger skal etableres i 2011 (s.10). Selvhjelpsgrupper.

	<p>rehabilitering (s.25). Flytte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Frie inntekter til kommunene for å styrke forebyggingsarbeidet (s.26). Vekst i legeressurser skal i hovedsak prioriteres i kommunene – økt kapasitet – sikre bedre tid til pasienter (s.26). STATLIG tiltak: vektlegge veiledning og informasjon til kommunene om hvilke tiltak som kan forutsettes å være kostnadseffektive og som har samfunnsøkonomisk dokumentert effekt (s.29). KOMMUNALT tiltak: benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, og til dels motvirker, risiko for funksjonstap med bortfall fra skole og yrkesliv, og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for sykdomsutvikling (s.29). Økt finansieringsansvar og flere oppgaver til primærhelsetjenesten – ivaretar forebyggingsoppgaver, ofte med individrettete forebyggingstilbud. Økende fokus på mestring, brukermedvirkning. Partnerskapsordninger, bli et fellesskap å planlegge tjenestene for befolkningen (s.38). Løfte frem pasientrollen, pasientmakt, deltakelse fra pasienten selv og fra pasient- og brukerorganisasjoner. Fange opp hva som er pasientens forståelse av sitt behov (s.47). Tjenestene må være lett tilgjengelige, helhetlige og sammenhengende og tilpasset tjenestemottakers individuelle behov, ønsker, leveste og evner (s.51). Ambulante team. Interkommunale løsninger. Forankring i kommunenes overordnede plan- og styringssystemer blir viktig (s.71). Samfunns- og arealplanlegging påpekes som viktig virkemiddel (s.73). Ny plan- og bygningslov nevnes som viktig verktøy (s.71). Styrke kommunene som en likeverdig</p>	<p>skolehelsetjenesten benyttes uavhengig av sosioøkonomisk status, og kan derfor bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller (s.8). Nevner lokale og kommunale frisklivstilbud som et sted å henvise til for oppfølging (s.8). Nevner spesifikt at det sentralt å ha fokus på å styrke forbygging av psykiske helseplager, samt forhindre at mennesker faller ut av skolen og arbeidslivet (s.8). Bruke samfunnsøkonomiske analyser som redskap for å synliggjøre gevinstene ved å forhindre problemer i å oppstå i dag, fremfor å behandle dem i fremtiden. Vi må handle nå for å sikre fremtidens helse og velferd (s.9). Det påpekes at forebygging kan påvirke andelen som rammes av sykdom. Befolkningsrettede strategier for god helseutfordring må ivareta minoritetsgruppers behov ved at tiltakene utformes med sikte på å inkludere alle (s.14). Beskyttelsesfaktorer ift psykisk helse inkluderer utdanning, sosial støtte og god mestringsevne (s.15). Strategiene i folkehelsearbeidet retter seg mot hele befolkningen. I tillegg til helsesektorens innsatser, ligger påvirkningsfaktorer i alle samfunnssektorer (s.20). Skiller mellom tre nivåer tiltak: Universelle (befolkningsrettede) tiltak som retter seg mot hele befolkningen eller store grupper. Selektive (grupperettede) tiltak som retter seg mot undergrupper av befolkningen som har særlige kjennetegn. Indikative (individrettede) tiltak som retter seg mot enkeltpersoner med særlige helsemessige kjennetegn. Det påpekes at universelle og selektive tiltak er sentrale oppgaver innen folkehelsearbeidet, mens indikative tiltak i stor grad bør ivaretas av kurative tjenester. Masse- eller risikobasert folkehelsestrategi? (s.22). Helsesektoren må ha oppmerksomheten</p>	<p>ved at de ikke retter seg mot enkeltpersoner, men mot de fysiske, økonomiske, sosiale og juridiske strukturene som omgir mennesker. Inneberer således en miljørettet tilnærming til folkehelsearbeid (s.31). Det er dokumentert at innen folkehelsearbeid er sammensatte tiltak nødvendig for å få god effekt, og folkehelsearbeidet må være tverrsektorielt (s.32). Fylkesplanlegging kan være et viktig verktøy i det brede folkehelsearbeidet (s.33). Det ligger et stort potensial i at det offentlige samarbeider med frivillige organisasjoner når folkehelsearbeidet skal planlegges og gjennomføres. Samlet vil man kunne nå bredere ut og oppnå bedre totale resultater. Viktige virkemidler er blant annet partnerskapsavtaler og dialogarenaer (s.33). Ikke-stigmatiserende universelle ordninger som fanger hele befolkningen, forebygger at mennesker havner i sårbare situasjoner. Prinsippet om utjevning innebærer å finne den rette balansen mellom universelle og grupperettede tiltak (s.47). Tiltak må ikke begrense seg til å se på individuell livsstil alene, men være mer opptatt av det som kalles årsaker til årsaken, altså en strategi som forholder seg til årsakskjedene, fra det store politiske og samfunnsmessige nivå til den individuelle atferd (s.47-48). Helseutfordringene krever sektorovergrepene tiltak (s.48). Kommunene må bruke alle sine virkemidler til å ivareta og fremme helse (s.49). Empowerment medfører ikke en isolert innsats på et individuelt nivå. Det må arbeides på individ-, gruppe- og samfunnsnivå samtidig (s.51). Folkehelsearbeid må ses i et langsiktig perspektiv og det handler ikke bare om tiltak med umiddelbar virkning eller</p>	<p>likemannsgrupper, barselgrupper, gruppetilbud i skolehelsetjenesten (s.10). Kommunene må ha en ordning med brukerstyrt personlig assistanse (BPA), individuell plan. Frivillige organisasjoner og private aktører skal sikres forutsigbare avtalevilkår, samtidig som det må stilles klare krav til kvalitet, kostnader og arbeidsvilkår (s.11). Bedre kvaliteten i hele helse- og omsorgstjenesten – legge frem stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet (s.11). God ledelse på alle nivåer er avgjørende for å lykkes med samhandlingsreformen. Det må arbeides videre med etikk og verdier i tjenestene for å sikre at brukere og pårørende møtes med respekt og forståelse. Et hovedgrep i samhandlingsreformen er å utvikle kommunerollen slik at kommunene i større grad enn i dag kan nå målene om forebygging og tidlig innsats for å hindre at sykdom utvikler seg (s.12). Mer effektiv bruk av ressursene kan gi rom for å få mer igjen for de midlene som settes inn i helse- og omsorgssektoren. Må se mulighetene for en ny fordeling av arbeidsoppgavene mellom yrkesgruppene. Moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi må i større grad tas i bruk i organisering og drift av tjenestene, for faglige og administrative formål, og for å bedre brukermedvirkningen (s.27). Barnehager og resten av utdanningssystemet har stor påvirkning på sosiale forskjeller senere i livet (s.28). Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven (s.30). Innsats for å redusere sosiale forskjeller i helse skal være grunnleggende for alle tiltak i folkehelsearbeidet. Det er nødvendig med strategier som retter seg mot hele befolkningen, og som kombinerer universelle og målrettede</p>
--	---	---	--	--

	<p>samhandlingsaktør og en langsiktig planleggingsaktør (s.72). Helseovervåkning - Oversikt over befolkningsutvikling, helsetilstand og påvirkningsfaktorer på utvikling av god, henholdsvis dårlig helse, er grunnleggende for å kunne prioritere og målrette tiltakene effektivt, oppfølging står også sentralt. Hovedstrategi er å påvirke forutsetningene for levekår og helse (s. 72).</p> <p>Langsiktige og helhetlige tiltak. I tillegg til samhandling og forebyggende innsats i helsetjenesten – som i hovedsak er rettet mot enkeltindivider og grupper, kreves innsats mot samfunnsforhold og befolkningsnivå (s.73). Denne samfunnsrettede innsatsen er nødvendig for å opprettholde helse, livskvalitet og funksjonsevne i befolkningen som helhet – og for å sikre en mer rettferdig fordeling av helse, samt for å demme opp for uhelse og sykdomsutvikling – og for etterspørselen etter helsetjenester (s.74).</p> <p>Lavterskel helsetiltak møter «brukerne der de er og når de er der» (s. 70). Virkningsfull tilnærming som treffer målgruppen og deres behov. Kommunene skal ikke pålegges nye oppgaver uten at de blir gitt de nødvendige ressursmessige forutsetninger for dette (s.26).</p> <p>Nært samarbeid mellom kommuner og tilknyttede helseforetak – forpliktende samarbeidsavtaler (s.77).</p> <p>God dokumentasjon på effekten av sunt kosthold, økt fysisk aktivitet og røykeslutt ift forebygging og behandling av en rekke sykdommer og lidelser. Forebygging vil gi flere leveår, samt bedre helse i de årene vi lever (s.80). Hjelp til røykeslutt er kostnadseffektivt (s.81).</p> <p>Trenger opplegg for bedre identifisering og oppfølging av personer med høy risiko for utvikling av sykdommer. Målrettet, individrettet innsats er viktig for å utjevne sosiale helseforskjeller</p>	<p>rettet mot hele årsakskjeden bak et helseproblem, dersom det skal være håp om å løse der. Tiltak kan rette seg mot ulike deler av denne kjeden. Tilgang til materielle og sosiale ressurser som inntekt, arbeid, oppvekstvilkår og utdanning – tiltak som påvirker dette grunnleggende leddet, påvirker hele livsløpet, og er således potensielt svært effektive (s.40).</p> <p>Sammenheng mellom inntekt, utdanning og arbeid på den ene siden og helseatferd og senere helsetilstand på den andre siden, er godt dokumentert. Derfor utgjør denne delen av årsakskjeden en viktig del av det nasjonale folkehelsearbeidet. Det midterste leddet i årsakskjeden omfatter de mer tradisjonelle helsepåvirkningsfaktorene som helseatferd, bomiljø og arbeidsmiljø. Ettersom kostholds- og røykemønstre i befolkningen er påvirket av bakenforliggende årsaker som økonomi og utdanningsbakgrunn, er det ikke tilstrekkelig å rette all forebygging direkte mot dette leddet. Det siste leddet omfatter først og fremst helsetjenesten. Har den mest direkte og enklest målbare påvirkningen på helse. Samtidig en fordel om skadene som behandles i helsetjenesten i størst mulig grad forebygges tidligere i årsakskjeden. Det er avgjørende for å redusere presset mot en helsetjeneste som allerede er hardt presset (s.41).</p> <p>Økonomisk og sosial trygghet er blant de mest grunnleggende forutsetningene for god helse og lik fordeling av helse. Levekår har stor betydning for motivasjon og evne til å opprettholde helsebringende helseatferd som regelmessig fysisk aktivitet, sunt kosthold, avhold eller måtehold i bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler (s.41).</p> <p>Det er godt dokumentert at psykologiske, sosiale og organisatoriske faktorer i arbeidsmiljøet har stor</p>	<p>virkning innenfor en kort tidsperiode som er nødvendig å sette i verk, men også tiltak som vil ha en positiv effekt for folkehelsen langt frem i tid (s.65). Helsetilstanden er et resultat av lange og komplekse årsakskjeder som strekker seg gjennom hele livsløpet, fra samfunnsforhold og levekår til individuelle risikofaktorer. Folkehelseiltak omfatter påvirkningsfaktorene i alle ledd av disse årsakskjedene (s.125). Sosiale påvirkningsfaktorer kan være arbeidsmarked, boligmarked, sosial kapital slik som organisasjonsdeltakelse, barnehagetilbud og kvaliteten på denne, andel som fullfører grunnskoleløpet, kultur og subkulturer (s.125). Et livsløpsperspektiv og barneperspektiv er viktig i folkehelsearbeidet. Barnehage og skole er viktige arenaer for barns utvikling (s.126). Arbeid for å skape gode levekår og sosiale nettverk vil være en viktig del av kommunenes miljøarbeid og folkehelsearbeid. Universell utforming nevnes (s.126). Psykisk helse: Tiltak for å hindre diskriminering. Tiltak som bidrar til styrking av sosiale nettverk og sosial integrering forebygger angst og depresjon. Olweus' antimobbeprogram har utmerket seg som et skoleprogram med gode resultater (s.126-127). Alkohol/rus: Svært viktig at kommunene aktivt forebygger rusproblemer og arbeider god med rusproblematikk (s.127).</p> <p>Tobakk: Viktig å sette inn tiltak så tidlig som mulig, da nikotinavhengigheten blir sterkere jo tidligere en begynner å røyke. Innsatsen bør først og fremst rettes mot ungdoms- og videregående skoler, særlig på yrkesrettede linjer. FRI – tobakksforebyggende program i ungdomsskolen. Røykeslutttilbud i kommunene bør knyttes til den kommunale helsetjenesten, for eksempel frisklivstilbud og fastleger (s.128).</p>	<p>tiltak (s.41). Regjeringen vil tilrettelegge for at det skal være lettere å leve sunt og bidra til utjevning av sosiale forskjeller i helseatferd, at barnehager og skoler skal inkludere helsefremmende faktorer i sin virksomhet, øke andelen elever som gjennomfører videregående opplæring og bidra til et inkluderende arbeidsliv som skal få flere mennesker i arbeid og aktivitet og færre på stønad (s.41-42). Nasjonale tiltak er i hovedsak befolkningsrettet og utøves gjennom å påvirke faktorer som har positive eller negative effekter på helsen (s.42). Gjøre helsefremmende valg enklere, og usunne valg mindre attraktive (s.43). Regjeringen vil lovfeste en prinsippbestemmelse om at statlige myndigheter skal vurdere hva slags konsekvenser ulike forslag til tiltak vil ha for befolkningens helse, der det er relevant (s.43).</p> <p>Tilbud om hjelp til å endre levevaner, og tilbud for å mestre psykiske vansker, bør være lett tilgjengelig. Kommunale FLS er et slikt tilbud. Frivillige organisasjoner og private aktører er viktige samarbeidspartnere for få til slike arenaer (s.44).</p> <p>Kommunene skal stimuleres til å etablere tilbud til personer som har økt risiko for å utvikle sykdom knyttet til levevaner, og til personer med psykiske lidelser. Det må også i sterkere grad gis tilbud og settes inn tiltak for personer som har utviklet sykdom, herunder tiltak for å stanse videre utvikling og hindre tilbakefall, begrense funksjonssvikt og øke mestringsevnen (s.58).</p> <p>Det er ønskelig at flere kommuner etablerer slike tilbud som FLS, og det er bevilget øremerkede tilskudd til dette. Forslag til helse- og omsorgstjenestelov og folkehelselov gir kommunene nye insentiver til å etablere frisklivssentraler (s.58).</p> <p>Det legges vekt på tiltak som kan utjevne sosiale helseforskjeller. Tilbudet</p>
--	--	---	--	--

	<p>(s.83). Behov for lavterskeltilbud utenfor legekantoret i regi av for eksempel en frisklivssentral, men med forankring i kommunehelsetjenesten (s.84). Helse i plan, forankring i politisk kommunale planer (s.85).</p> <p>Folkehelsekoordinator – etablere aktører som skulle bidra i det tverrsektorielle og politisk forankrede folkehelsearbeidet, samt trekke inn og samarbeide med frivillige organisasjoner (s.86).</p> <p>En helsetjeneste med større grad av desentralisering av spesialisthelsetjenester, med tilbud også utenfor sykehusene og nærmere pasientene, vil være særskilt positivt for innvandrerbefolkningen, større muligheter for stabilitet (s.122).</p> <p>IKT skal på en mer grunnleggende måte bli brukt som hjelpemiddel (s.139).</p> <p>Legge vekt på tiltak som viser seg kostnadseffektive (s.149).</p> <p>Bør iverksettes systematiserte dialogprosesser med minoritetsmiljøene, med Sametinget, med de frivillige organisasjonene og mellom myndighets- og tjenestenivå og de private aktørene (s.146-147).</p> <p>Tre hovedgrep ift økonomi: kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, overføre økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter ved sykehusene til kommunene, samt øke graden av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten (s.31).</p> <p>Samhandling som tiltak: Settes inn mer systematisk innsats på å analysere og beskrive de gode pasientforløpene, og ut i fra dette skal det vurderes organisatoriske tiltak og myndighetstiltak som kan bidra til bedre samhandling (s.25).</p> <p>Fokus på parallelle tjenester fremfor sekvensiell behandling (s.37).</p> <p>Brukermedvirkning kan bidra til å fremme samhandling (s.51).</p> <p>Viktig for å bidra til sosial likhet</p>	<p>betydning for helse (s.42).</p> <p>Områder som er viktig: utdanning og oppvekst, sosiale nettverk, inkludering og deltakelse, boligforhold og ytre miljøfaktorer. Forebyggende strategier og tiltak for å hindre diskriminering er sentralt i folkehelsearbeidet og utgjør et viktig bidrag for å redusere sosiale ulikheter i helse (s.44-45).</p> <p>Arbeidet for å påvirke helseatferd i gunstig retning må være bredt anlagt og inkludere både befolkningsrettede, grupperettede og individrettede tiltak. Tiltakene vil oftest innebære involvering av andre sektorer enn helsesektoren.</p> <p>Viktig å fortsette å arbeide for å redusere inntaket av mettet fett, sukker og salt og å øke inntaket av frukt og grønnsaker, grove kornprodukter og fisk i befolkningen. Det foreligger også god dokumentasjon på at endringer i kosthold har stor betydning i behandling og sekundærforebygging av en rekke kroniske sykdommer (s.48).</p> <p>Rettferdig fordelte og likeverdige helsetjenester er et viktig bidrag til å rette opp sosiale helseforskjeller som skapes på andre samfunnsarenaer (s.50).</p> <p>Dersom en ønsker å påvirke sykdomsforekomsten, øker potensialet for å oppnå resultater jo lengre bak i årsakskjeden en «angriper problemet».</p> <p>Oppmerksomhet mot helsedeterminanter øker sannsynligheten for at flere skal føle eierskap til innsatsen. Dersom den tverrsektorielle dialogen starter bredt med vekt på hvordan økonomi, levekår, bolig, arbeid, utdanning, transport, miljø og helse påvirkes gjensidig, kan de gi større muligheter for å skape eierskap til utfordringene på tvers av sektorer (s.52-52).</p> <p>Strukturelle virkemidler kan brukes på alle forvaltningsnivåer i folkehelsearbeidet, både på nasjonalt nivå, regionalt og lokalt nivå og innenfor individ- og grupperettede tjenester (s.68).</p> <p>Målrettede tiltak fra helsetjenesten for å</p>	<p>Kosthold: Mange virkemidler utformes nasjonalt, men det praktiske ernæringsarbeidet må foregå lokalt. Det er helt sentralt at det er lett tilgang på sunn mat der folk er: i barnehage, skole, på arbeidsplasser og på fritidsarenaer. På kommunenivå er det spesielt viktig å innarbeide ernæringshensyn i kommunalt planarbeid for å sikre bedre tilgjengelighet av sunn mat og drikke og begrense tilgang til det usunne. Måltid i barnehage og skole er viktig, og tiltak på disse arenaene vil ha utjevne effekt på sosiale ulikheter i helse. Kommunene har plikt til å tilby gratis frukt/grønnsaker til elever på skoler med ungdomstrinn (s.128-129).</p> <p>Fysisk aktivitet: arbeid med å legge forholdene til rette for at fysisk aktivitet blir en mer naturlig del av hverdagen for kommunenes innbyggere, må skje gjennom både universelle tiltak som favner alle og gjennom målrettet innsats overfor risikogrupper (s.129).</p>	<p>bør være lett tilgjengelig, ha lave egenandeler og være tilpasset dem som trenger det mest (s.59).</p> <p>Frivillige tilbud er et supplement til offentlige tjenester. På mange områder har de frivillige organisasjonene var pionerer for det som siden er blitt offentlige oppgaver eller arbeidsformer (s.92).</p> <p>Kommune, fylkeskommune og de regionale helseforetakene kan enten utføre tjenester selv eller sette de ut på anbud, for så å inngå avtaler med private aktører om å utføre tjenestene, eller kjøpe tjenester fra andre helseregioner eller i utlandet (s.93).</p> <p>Likemannsarbeid – besøkstjeneste, samtalegrupper for brukere, pasienter og pårørende, søskentreff, selvhjelpsgrupper og møter mellom personer i samme alder og med samme diagnose (s.92).</p>
--	---	---	---	---

	innenfor helse- og omsorgstjenestene – en viktig del av verdigrunnlaget i helsetjenestene (s. 51).	endre helseatferd i ulike befolkningsgrupper er et viktig bidrag for å møte fremtidens helseutfordringer (s.95). For å utjevne forskjellene i helseatferd er det nødvendig å påvirke de samfunnsstrukturene som styrer atferden. Folkehelsearbeidet må legge til rette for sunne valg – og spesielt for grupper med lav sosioøkonomisk status. For å opprettholde levestandarden, gode helsetjenester og en bærekraftig utvikling, må folkehelsearbeidet styrkes og de sosiale ulikhetene i helse utjevnes. Arbeidet må skje i helsetjenestens daglige møter med den enkelte pasient, men først og fremst i det brede, tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Strukturelle virkemidler (inkludert lovgivning, økonomiske virkemidler og fysisk utforming) som bidrar til å gjøre de sunne valgene lettere for den enkelte, er avgjørende (s.130).		
Lærings- og mestringssentre i kommunene/lokalmedisinske sentre	Organisatoriske endringer med vekt på lokale sentra (s.38). Bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå, forhindrer innleggelse i sykehus, og bidrar til større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet (s.59). Kommunene bør vurdere om de fremtidige tjenestetilbudene bør samles i et lokalmedisinsk senter (s.64). Tilbyr støtte og veiledning for å hindre at sykdom utvikler seg (s. 66). Kan være både primær- og sekundærforebygging. Lavterskeltilbud om røykeslutt, kostholdsveiledning og fysisk aktivitet til høyrisikogrupper som står i fare for å utvikle enkelte livsstilssykdommer (primær), kurstilbud, selvhjelpsgrupper for å hindre videreutvikling eller tilbakefall til vanskelig livssituasjoner eller sykdom (sekundær) (s. 67).	Et lærings- og mestringssenter (LMS) er en møteplass for helsepersonell, erfarne brukere, pasienter og deres pårørende. LMS arbeider for at pasienter, brukere og pårørende skal få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere langvarig sykdom og helseforandringer. LMS har som mål at brukerne skal få utvidet innsikt om egen situasjon, bli styrket i sin mestring av hverdagen og slippe flest mulig sykehusinnleggelse. Det sentrale folkehelseperspektivet her er empowerment. LMS utgjør en god møteplass og metodikk for å drive folkehelsearbeid i tilknytning til spesialisthelsetjenesten (s.106).		Organisering av lokalmedisinske sentre som et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og én eller flere kommuner (s.8). Lærings- og mestringssentre skal gi brukerne kunnskap om forebygging, sykdom og behandling, og bidra til mestring (s.11). Hensiktsmessig for kommunene å vurdere samhandling mellom lærings- og mestringssenteret og frisklivssentralen (s.88-89).
Kompetanse/kunnskap	Kompetanseoppbygging innen forebyggende helsetjenester, eksempelvis innen ernæring, samfunnsmedisin og strukturerte	Det er behov for å bygge bredere og mer systematisk kunnskap på folkehelseområdet gjennom blant annet å etablere en kunnskapsenhet med	Samfunnsmedisinsk kompetanse vil være viktig (s.14). Tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse hos nøkkelgrupper om	Nødvendig med nye kompetansekrav (s.8). Forskningsbasert kunnskap vektlegges (s.11).

	<p>sammensatte forebyggingstiltak slik at tiltakene er kunnskapsbaserte (s. 29). Samfunnsmedisinsk kompetanse er viktig (s. 74).</p> <p>Tydeligere politikkutforming med hensyn til innhold, fagutvikling/kvalitet, kompetanse, utdanning, forskning mv. (s.26).</p> <p>Helsesektorens kunnskap om helseutfordringer og virksomme tiltak må i større grad bringes inn i det ordinære plan- og beslutningsprosesser på overordnet styringsnivå i kommunene (s.28).</p> <p>Helsedirektoratet – prosjekt for kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Vurdere å bygge opp program for løpende evaluering av forebyggingstiltak i Norge med løpende vurdering av nytten ved tiltak (s.29).</p> <p>Bidra til felles situasjons- og problemforståelse hos aktørene i helsetjenesten (s.34). Det må utdannes riktig omfang av de ulike typer helsepersonell, utdanningene må gi kompetanse som er tilpasset helse- og omsorgstjenestenes krav. Gruppene må være opplært til og ha utviklet holdninger og verdier som samsvarer med og understøtter det helsepolitiske verdigrunnlaget og de helsepolitiske målene. Helsepersonell til kommunene. Pasientforløptankegang må være et grunnleggende premiss for utdanningen (s.36).</p> <p>Bygge opp tverrfaglig kompetansemiljø i kommunene som vil utgjøres en faglig ressurs og bidra til kompetanseutvikling (s.66).</p> <p>Utvikle kommunehelseprofiler – sammenstille statistikk, dele erfaringer om utfordringer, kartlegge påvirkningsfaktorer i kommunen og innbyggernes vurdering av egen helse og helseutfordringer i kommunen (s.83). Dokumentert behov for å styrke spisskompetansen i ernæring i primærhelsetjenesten.</p> <p>Generelt om kompetanse: 55% av</p>	<p>spesifikt ansvar for folkehelsefeltet. Det er også nødvendig å sikre at tiltak som iverksettes er gjenstand for evaluering (s.8).</p> <p>Utfordringene må møtes med kunnskapsbaserte og målrettede tiltak (s.9).</p> <p>Trenger å styrke kompetansen på tverrsektorielt arbeid i helsesektoren (s.55).</p> <p>Det ville styrke det tverrsektorielle folkehelsearbeidet betydelig om også Norge foretok en gjennomgang og evaluering av hvilke politikkområder og hva slags politikk som fremmer og hemmer folkehelsen (s.55).</p> <p>Kompetanse innen ernæring er ofte en mangel på kommunenivå. Ernæringskompetanse bør være tilgjengelig som ressurs i alle fylkeskommuner (s.101).</p> <p>En kartlegging av kunnskaper om fysisk aktivitet, kosthold og tobakk blant sisteårsstudenter ved medisinske fakultet avdekket mangelfull kunnskap om sammenheng mellom helseatferd og helse. Ser man på fagplanen til mange helsefagutdanninger er relativt få studiepoeng avsatt til kunnskap om forebyggende helsearbeid. Samtaleteknikker for å kommunisere med pasienter om endring av helseatferd har ikke tilstrekkelig fokus i grunnutdanningen for helsepersonell (s.102).</p> <p>Kompetanseheving innen endrings- og mestringsfokusert helsepedagogikk og utbygging av oppfølgingstilbud som helsepersonell kan henvise til, er elementer som må etableres slik at helsepersonell kan jobbe systematisk med endring av helserelatert atferd hos sine pasienter (s.104).</p>	<p>kostholdets og andre levevaners betydning for helsen og om befolkningsrettede tiltak, er en viktig del av kommunalt planarbeid (s.129).</p> <p>Kommunen bør som skoleeier og med ansvar for barnehage og SFO, være oppmerksom på betydningen av kompetanse hos personell (s.130).</p> <p>Gjennom ordningene med grønn resept og frisklivsresept blir flere fagretninger involvert i forebyggende arbeid; fysioterapeuter, helsesøstre, treningsfysiologer og ruskonsulenter (s.166).</p> <p>Samfunnsmedisinsk kompetanse kreves for at kommunene skal ivareta sentrale oppgaver innen smittevern, helseberedskap, miljørettet helsevern, lokal helseovervåking, planlegging og koordinering av helsetjenestene (s.169).</p> <p>Kompetanse er viktig for å sikre at folkehelsearbeidet starter opp og gjennomføres med et godt faglig utgangspunkt (s.169).</p> <p>Kommunene må identifisere hva som kreves av kompetanse for å ivareta oppgavene, vurdere hva de har av kompetanse i dag, og på bakgrunn av dette gjøre en vurdering av kompetansebehov herunder rekruttering, opplæringsbehov mv. (s.172).</p> <p>Det er viktig å bringe inn personell med ulik kompetanse inn i arbeidet, herunder i arbeidet med å få oversikt over folkehelseutfordringene i kommunen, i utformingen av mål og tiltak, og i gjennomføringen av aktuelle tiltak (s.172).</p>	<p>Utdanningene må i større grad vektlegge pasientforløp, samhandlingskompetanse, sterkere brukermedvirkning, forebygging og folkehelsearbeid. Undervisningen skal være kunnskapsbasert (s.12 og 113).</p>
--	---	--	--	--

	<p>kommunene mener de har for lite ressurser ift oppgaver og utfordringer, bare 57% mener de har tilstrekkelig kompetanse (s.86).</p> <p>Sentralt å styrke status og prestisje på områdene folkehelse, forebygging, tidlig intervensjon og ulike lavterskeltilbud, og legge til rette for forskning (s.130).</p>			
Ansvar	<p>Kommunene skal ikke pålegges nye oppgaver uten at de blir gitt de nødvendige ressursmessige forutsetninger for dette (s.26).</p> <p>Helsepolitikken må legge til rette for det ansvaret som befolkningen må ta for egen helse (s.14-15). Sette fokus på befolkningens ansvar for egen helse og helseutvikling (s.26).</p> <p>Det må etableres klare roller og ansvarsforhold (s.53).</p> <p>Tydelige og strukturerte ansvars- og styringssystemer er viktig (s.71).</p> <p>Vesentlig både for brukere og samarbeidspartnere at det ledelsesmessige ansvaret er tydelig plassert (s.140).</p>	<p>At kommunen får mer ansvar i folkehelsearbeidet stiller nye krav til kompetanse og kapasitet på lokalt og regionalt nivå. Kommunene skal ha oversikt over de lokale folkehelseutfordringene, og dette skal legges til grunn for planarbeid og den politiske forankringen av folkehelsearbeidet i kommunen (s.6-7).</p>		
Primær-, sekundær- og tertiærforebygging	<p>Tertiærforebygging: Rehabilitering - Vanskelig å få til uten samhandling. Samhandling er ideologien og rehabilitering er den praktiske arbeidsformen (s. 62).</p> <p>Def: «Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (s. 62).</p>	<p>Sekundærforebyggende strategier omfatter tiltak som retter seg mot undergrupper av befolkningen eller individer med særlige helsemessige kjennetegn. I helsetjenesten vil ulike nivå av sekundærforebygging i praksis skje om hverandre. Eksempelvis vil veiledning om fysisk aktivitet og kosthold for en fysisk inaktiv person som har hatt hjerteinfarkt (sekundærforebygging i symptomgivende fase) kunne primærforebygge andre sykdommer som kreft og muskel- og skjelettlidelser. Helsetjenesten kan bidra til å forebygge sykdom gjennom å endre helseatferd i risikogrupper og bidra til å etablere sunne levevaner hos brukere av helsetjenesten. Forebygging i kommunal helsetjeneste skjer i dag gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten, miljørettet helsevern, hos fastleger, fysioterapeuter og enkelte kommunale oppfølgingstilbud for endring av</p>		<p>Tertiær forebygging: Økt vekt på brukerinnsflytelse, krav til personlig koordinator, individuell plan og krav til planlagte behandlingsskjeder, skal legge til rette for økt satsning på habilitering og rehabilitering, for å sikre bedre muligheter for mestring og livskvalitet (s.9).</p>

		levevaner (frisklivstilbud) (s.96).		
Aktører				
Generelt om aktører	Det må gjøres bruk av bredden av kompetanse og erfaring som finnes i de ulike faggruppene. Aktørene må utvikle felles forståelse av hva som er gode pasientforløp for de ulike pasientgruppene og for den enkelte pasient, og samles om felles mål for behandlingen (s.48).		Det er personell med mange ulike fagbakgrunner som gjør en god innsats i folkehelsearbeidet (s.14).	Frivillige og offentlige aktører samarbeider om folkehelse.
Statlig/samfunnet	Politisk miljø, regjeringen, stortinget, myndighetene, det offentlige, stat, kliniske og helsefaglige miljøer, faglige myndighetsnivå, HelseDirektoratet, Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, Helsebiblioteket, helsemyndighetene, helse- og omsorgsdepartementet.	Nasjonalt, Norge, Samfunnet, Verdens Helseorganisasjon (WHO), HelseDirektoratet, Folkehelseinstituttet (FHI),	Nasjonalt folkehelseinstitutt, miljøverndepartementet, kommunal- og regionaldepartementet, arbeidsdepartementet, samferdselsdepartementet, kunnskapsdepartementet, landbruks- og matdepartementet, barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, justis- og politidepartementet,	Regjeringen, NAV, bruker- og pasient- og pårørendeorganisasjoner, samfunnet, statlige helsemyndigheter, helsedirektoratet, helse- og omsorgsdepartementet, nasjonalt folkehelseinstitutt, KS (kommunenes sentralforbund),
Regionalt, kommunalt/lokalt	Helesektoren skal medvirke til at andre samfunnssektorer bidrar til å fremme folkehelsen. Eks: oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for god helse (s. 86). Sykehusene/spesialisthelsetjenesten/helseforetak – hjørnestein i helsetjenesten. Kommunene, Helse- og omsorgssektoren, kommunehelsetjenesten, primærhelsetjenesten, omsorgstjenestene, NAV, barnevern, PPT (pedagogisk tjeneste), Apotek, Helsestasjons- og skolehelsetjenesten (sentral aktør fordi den gjennom skolen har en kontaktflate mot alle barn som gir en helt spesiell mulighet til å fange opp de som trenger hjelp – s.85), fastlegene, helsepersonell er den største og viktigste innsatsfaktoren i helsetjenesten, arbeidsgivere, helse- og omsorgstjenestens faggrupper. En koordinator kan for eksempel være sykepleier, sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut eller annet (s.52). Ulike former for lokalmedisinske sentra (s.59). Tverrfaglige team, ansatte med tverrfaglig kompetanse, Lærings- og mestringssentrene (LMS), DPS (distrikt	Helseektoren, kommunene, lokalt, regionalt, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fastlegene, lokale og kommunale frisklivstilbud, spesialisthelsetjenesten, utdanningssektoren, arbeidssektoren, bo- og nærmiljøer, skoler og barnehager, Folkehelsekoordinator, SLT-koordinator (Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak), Det kriminalitetsforebyggende råd (KRÅD), kommunelege, helsestasjon for ungdom, helsesøster, fysioterapeuter (<i>innehar spesiell kompetanse om kropp og bevegelse i et helseperspektiv. Med kjennskap til hvilke risikofaktorer som kan gi skader og sykdommer, kan fysioterapeuter også være sentrale bidragsyttere i helsefremmende og forebyggende arbeid, s.100</i>), fylkeskommunene, fylkesmannen, utdanningsinstitusjonene, KS-kommunenes interesseorganisasjon, arbeidslivets parter, kompetansesentre, svangerskapsomsorgen,	Først og fremst utenfor helsetjenesten, alle samfunnssektorer, helseektoren er sentral også i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, fylkeskommunene, kommunelege, kommunen er hovedaktør i folkehelsearbeidet (s.33), fylkesmannen (statens representant i fylkes og fylkesmannsembetene innehar betydelig helsefaglig kompetanse), fra 1999 styrket med en stilling som folkehelserådgiver, helsetilsynet i fylket. Barnehager, skoler.	Helse- og omsorgstjenestene, spesialisthelsetjenesten, barnehagen, skolen, arbeidsplassen, kommunene, lokalmiljøet, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, fastlegene, eldrecentre, pårørende, fylkeskommunene, fylkesmannsembetene, de regionale helseforetakene, forsknings- og utdanningsmiljøer, helseektoren, idrettslag, Kommunen er den viktigste arenaen for folkehelsearbeid (s.46).

	<p>psykiatriske sentre), psykisk helsevern for barn og unge (BUP), helsesøster, skole, utekontakten, barnevernet (s.68). Kommunelege. Folkehelsekoordinator – funksjon bør være sentralt administrativt forankret og ha nærhet til det politiske nivået (s.73). Universitets- og høyskolesektor, videregående skole, ambulansarbeider og helsefagarbeider (vgs), sykepleiere, radiografer, vernepleiere og fysioterapeuter (høgskole), leger, psykologer og farmasøyter (universitet).</p>			
Enkeltmennesker	<p>Den enkelte, gjennom internett har pasienten i større grad fått tilgang til kunnskaper om egen helse og hvilke behandlingstilbud som finnes (s.51).</p>	Den enkelte		Den enkelte
Privat, frivillig	<p>Private tjenesteleverandører/aktører på helse- og omsorgsområdet må inkluderes i prosesser som skal utvikle og sikre hensiktsmessige rammebetingelser (s.37-38). Fokus på hva som bør være rolle, oppgaver, rammebetingelser og samarbeidsmønstre for de frivillige organisasjonene (s.37). Pasient- og brukerorganisasjoner. Minoritetsgruppenes egne organisasjoner. Frivillige organisasjoner er en betydelig ressurs i norsk samfunnsliv. Kan ha en viktig rolle i å bringe de «ikke-sette» behovene inn i prosesser for prioriteringsavklaringer. Frivillighet har en verdi i seg selv gjennom medmenneskelighet, engasjement og sosialt ansvar. Kan særlig bidra til å videreutvikle likemannsarbeid (s.143).</p>	<p>Frivillig sektor spiller en betydelig rolle i folkehelsearbeidet på fylkesnivå. De kan tilby primæraktivitet (aktivitet og opplevelser som gir mestring, mening, fellesskap, tilhørighet, glede og vekstmuligheter), vinkle initiativ i folkehelseerterning (med å ha fokus på brede befolkningsrettede strategier og bygge opp ressurser for god helse/gi helsefremmende bidrag til samfunnet – noe som sammenfaller med prinsippene for folkehelsearbeidet) og gjennom kompetanse (frivillig sektor er full av mennesker med høy kompetanse - både profesjonelle og amatører – og denne kompetansen kan være til stor nytte for de øvrige aktørene i et regionalt folkehelsearbeid). Eks. Idrettskretsene, kreftforeningen, nasjonalforeningen for folkehelsen, Norges Idrettsforbund, Mental Helse, Funksjonshemmedes Fellesforbund, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Norges astma- og allergiforbund osv (s.79).</p>	<p>Frivillige organisasjoner spiller i dag en betydelig rolle i folkehelsearbeidet ved at det gir egenverdi for den enkelte å engasjere seg frivillig, og i kraft av de tilbudene og tjenestene som organisasjonene produserer for omverdenen. Idretts- og friluftslivsorganisasjoner. Lokale idrettslag er viktige bidragsytere i det forebyggende helsearbeidet (s.33).</p>	<p>Frivillig sektor er en viktig samarbeidsaktør i folkehelsearbeidet, frivillige organisasjoner, private aktører, frivillige lag og foreninger, private treningssentre. Frivillige organisasjoner er sentrale aktører i folkehelsearbeidet, blant annet ved å tilby meningsfylt aktivitet, sosiale fellesskap og tilhørighet. Deltakelse i frivillig arbeid og organisasjonsliv kan virke helsefremmende i seg selv (s.41). Frivillige organisasjoner og private aktører spiller en viktig rolle som pådrivere for tjenesteutvikling og behandlingstilbud, og bidrar med kunnskap til både brukere, beslutningstakere og tjenesteutøvere (s.85). Frivillig Norge. Mange private aktører produserer helse- og omsorgstjenester (s.93). Friske pensjonister er en økende og utnyttet ressurs for frivillig arbeid blant barn, unge og eldre (s.92). Private aktører arbeider på oppdrag fra stat, fylkeskommuner og kommuner, forsikringselskaper og bedrifter. De tilbyr tjenester på virksomhetsområder som sykehus og medisinske sentre for barn, unge og familie, innen eldreomsorg, tannhelse og rusomsorg (s.92).</p>

Brukere – målgruppe				
Befolkning	Befolkningen	Hele befolkningen, samfunnet, innbyggerne, mennesker	Innbyggerne, i alle grupper av befolkningen	
Grupper	Alder, kjønn, økonomi, etnisk bakgrunn, barn og unge, voksne, har et eget kapittel om særskilte utfordringer for den samiske befolkningen (s.117-119) og innvandrerbefolkningen (s.121-122).	Innvandrere, etniske nordmenn, ulike befolkningsgrupper, etniske minoriteter, nordmenn, personer med høy sosioøkonomisk status, høystatusgruppene, barn og unge, kvinner, menn, homofile, ulike grupper og samfunnslag	Samer, migranter, innvandrergrupper, i alle grupper av befolkningen, barn og unge	Samer, innvandrere, kvinner, menn, kjønn
Individer	Pasient blir i stor grad brukt, men også brukere. Den enkelte Helsetjenestens verdigrunnlag må forutsette at pasienten har ønske om, og kompetanse til å gjøre sine egne valg. Slik beslutningskompetanse må om nødvendig tilføres pasienten slik at det dels skjer i Lærings- og mestringssentrene (s. 51).	Den enkelte, individer, pasient, bruker	Hver enkelt av oss, enkeltmennesket,	Pasient, brukere,
Risikogrupper	Pasienter med kroniske sykdommer eller mer eller mindre innslag av kroniske sykdommer, uføretrygdede, personer med høy/økt risiko for utvikling av sykdommer, personer med etablert sykdom, personer som har falt utenfor arbeidslivet, eldre pasienter, mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser, personer som trenger hjelp og støtte til endring av levevaner, pasienter med livsstilsrelatert sykdomsrisiko som kan ha nytte av og hjelp til omlegging av helseatferd, innvandrere og minoriteter, personer med minoritetsbakgrunn.	Personer med nedsatt funksjonsevne, innvandrere, dem som er innenfor og dem som er utenfor arbeidslivet, personer med lav sosioøkonomisk status, dem med lavere utdanning og inntekt,	Enkelte innvandrergrupper i Norge har høyere forekomst av diabetes type 2 enn den etnisk norske befolkningen, menn og kvinner med nedsatt funksjonsevne, de som har grunnskole som høyeste fullførte utdanning,	Kronisk syke, personer med nedsatt funksjonsevne, personer som har risiko for sykdom, grupper som er i risiko for å falle utenfor eller ut av arbeidslivet, personer som har økt risiko for å utvikle sykdom knyttet til levevaner, personer med psykiske lidelser, personer som har utviklet sykdom
Verdimessige uttalelser i språket/menneskesyn	Respekt for det enkelte mennesket (s. 51). Legge hensynet til pasienten til grunn for tjenesteytelsen (s. 51). Syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser blir lett tapere i dagens helse-Norge. Pasienten har utviklet seg fra å være passivt mottakende til å bli langt mer aktivt medvirkende og til dels etterspørrende og krevende (s.51).		Påpeker at ressursene som innbyggerne selv representerer er avgjørende.	Det må arbeides videre med etikk og verdier i tjenestene for å sikre at brukere og pårørende møtes med respekt og forståelse.

Matrise 3. Veilederen for FLS

Hva?	Veileder for kommunale FLS (2011)
Publiseringsår	2011
Hvem har publisert?	Helsedirektoratet
Regjering	Jens Stoltenbergs andre regjering (Ap, SV og Sp)
Hovedformål	Helsedirektoratet anbefaler etablering av kommunale FLS i alle landets kommuner, evt. gjennom interkommunalt samarbeid. Interessen for FLS er stor, og mange kommuner har etterspurt råd for etablering og organisering. Behov for en veileder med anbefalinger om et felles kvalitetssikret system har vært tydelig. Veilederen bygger på tilgjengelig forskning og evaluering, men FLS er nytt tilbud, så det er behov for videre forskning og utvikling (s.1). Veilederen beskriver primært det strukturerte oppfølgingstilbudet, frisklivsresepten, som er basistilbudet ved sentralen. En FLS kan ha flere helsefremmende oppgaver. Alle potensielle oppgaver beskrives ikke her, siden hvilke oppgaver som legges til FLS avhenger av lokale forhold og behov (s.9).
Mål for folkehelsearbeidet	Flere leveår med god helse i befolkningen og mindre helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn (s.1).
Begreper og definisjoner	
Helse	Defineres ikke, men helsebegrepet benyttes. Gjennom lovgivning, økonomiske virkemidler som pris og avgifter og fysisk tilgjengelighet og utforming, kan samfunnet gjøre det lettere for den enkelte å fremme egen helse (s.4). Står om FLS at tilbudet skal styrke individets mestring av egen helse (s.6). Begrepet selvopplevd helse benyttes også (s.6). Definerer helseatferd (s.7).
Folkehelse/ folkehelsearbeid	Folkehelsearbeid: Samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helseisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse (Folkehelse rapporten, 2010) (s.7).
Forebyggende arbeid	Sykdomsforebyggende arbeid er innsats for å forhindre eller utsette sykdomsforløp (primærforebygging), alternativt forhindre forverring eller videreutvikling av sykdom (sekundærforebygging), alternativt minske følgene sykdommen får for funksjon og livskvalitet (tertiærforebygging) (s.8).
Helsefremmende arbeid	En prosess som gjør at den enkelte så vel som fellesskapet får mer kontroll over forhold som virker inn på helse, og som dermed gjør den enkelte i stand til å bedre sin egen helse (NOU 1998:18) (s.8).
Empowerment, brukermedvirkning, medvirkning	Empowerment defineres som en prosess hvor mennesker oppnår større kontroll over egne beslutninger og handlinger som har betydning for deres helse (WHO, Health promotion glossary, 1998) (s.4-5).
Helseatferd/levevaner	Helseatferd er atferd og levevaner som har stor betydning for helsa. Noe av de mest kjente eksemplene er kosthold, fysisk aktivitet, tobakksbruk, alkoholbruk, seksualvaner og bruk av illegale rusmidler (Folkehelse rapporten, 2010) (s.7).
Lavterskeltilbud	Kjennetegnes av at de er lett tilgjengelige fysisk, sosialt og kulturelt. Barrierer for deltakelse er bygget ned slik at det blir enklere å delta. Lavterskeltilbud krever ikke henvisning, de er åpne for alle (s.8).
Ideologiske perspektiver	Behov for oppfølgingssystemer med fagkompetanse i kommunene på bakgrunn av evalueringene av grønn resept (s.1). Deltakelse i fellesskap er inspirerende (s.1). Hjelp til endring gjennom metoder som har dokumentert effekt (s.1).
Ansvar	
Statlig/samfunnet som helhet	Helsedirektoratet arbeider for å fremme folkehelsen og endre helseatferden hos befolkningen i positiv retning (s.1). Gjennom lovgivning og økonomiske virkemidler (strukturelle virkemidler) kan samfunnet gjøre det lettere for den enkelte å fremme egen helse (s.4).
Kommunalt/lokalt	Helsetjenesten er en unik mulighet til å identifisere og følge opp risikoindivider og –grupper (s.4).
Utfordringer	
Generelt om utfordringer	Helseutfordringene i Norge kan i stor grad knyttes til helseatferd. De store sosiale ulikhetene i helse skaper behov for kommunale oppfølgingstilbud (s.10). Nevner sykefravær og trygd. Sykefraværet og antallet personer i Norge som mottar trygdeytelser, er høyt (s.11). Konsum av alkohol er en viktig risikofaktor for sykdom i befolkningen og er også en årsaksfaktor til redusert livskvalitet og for tidlig død. Alkoholrelaterte helseskader er en stor utfordring i samfunnet (s.27).
«Livsstilssykdommer»/levevaner	1/5 av den norske befolkning røyker daglig. Spiser for lite frukt og grønnsaker, for mye sukker og mettet fett. De fleste er ikke tilstrekkelig fysisk aktive – global trend med mindre aktivitet og flere som rammes av overvekt. Gjør den norske utviklingen vanskelig å snu (s.1). Å endre levevaner kan være en krevende prosess. Sentrale risikofaktorer for kroniske, ikke-smittsomme sykdommer er fysisk inaktivitet, tobakksbruk og usunt kosthold (s.4). Bruker begrepet kroniske ikke-smittsomme sykdommer og helseatferd. Påpeker en del tall ift dette, og nevner at gode levevaner gjennom hele livet har stor betydning for

	funksjonsevnen i alderdommen (s.10).
Psykososiale problemer/psykisk helse	Psykiske plager og lidelser er blant våre største folkehelseutfordringer. Omtrent halvparten av alle nordmenn vil bli rammet av en psykisk lidelse i løpet av livet (s.27).
Belastningslidelser og kroniske sykdommer/lidelser.	Bruker begrepet kroniske ikke-smittsomme sykdommer, og påpeker at disse utgjør en vesentlig del av helseutfordringene i Norge, og nevner eksempler som hjerte- og karsykdommer og kreft (s.4). Muskel – og skjelettlidelser og psykiske lidelser er de vanligste årsakene til trygdeytelser (s.11).
Sosiale helseforskjeller/sosiale ulikheter	Helseutfordringene preges av sosial skjevfordeling. Helsetilstanden bedres med høyere utdanning og inntekt (s.4). Etablerte tilbud benyttes i stor grad av personer med høyere utdanning og inntekt (s.4). Sosiale helseforskjeller påpekes. Både hjerte- og lungesykdommer og type 2-diabetes har høyere forekomst blant dem med lavere sosioøkonomisk status. Positiv sammenheng mellom helsetilstand og høyere utdanning og inntekt. Sosial ulikhet innen kosthold, med mer usunt kosthold blant grupper med lavere utdanning (s.10).
Samfunnsøkonomiske utfordringer/konsekvenser	Sykdommer relatert til helseatferd medfører både direkte og indirekte et betydelig velferdstap: tap av leveår med god livskvalitet (QALYs), tap av mange gode år i arbeidslivet og store kostnader til behandling i helsevesenet. Snakker om at helsegevinster ved eksempelvis et treningsprogram for kvinner over 80 år gir innsparinger når det kommer til kostnader. Snakk om kostnadseffektivitet (s.11).
Løsninger – strategier – tiltak	
Generelt om tiltak; Statlig-, gruppe- og individnivå	Mer forebygging, mindre reparering, behov for tverrsektorielt folkehelsearbeid med økt helsefremmende innsats og tidlig intervensjon, styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen (oppsummerer st.meld.nr.16 og samhandlingsreformen, side 1). FLS som bidrag i dette arbeidet fremover. Krevende å endre levevaner, men å delta i fellesskap kan være inspirerende. Deltakerne skal på FLS få hjelp til endring gjennom metoder som har dokumentert effekt (s.1). Behov for bredt folkehelsearbeid på tvers av ulike sektorer for å møte utfordringene. Behov for effektive strukturelle virkemidler – retter seg ikke direkte mot enkeltmennesker, men påvirker risiko- og beskyttelsesfaktorer i omgivelsene. Lovgivning, økonomiske virkemidler som pris, avgifter, fysisk tilgjengelighet og utforming (s.4).
Primær-, sekundær- og tertiærforebygging	Tertiærforebygging: Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler og med flere aktører som samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (s.8).
Aktører	
Statlig/samfunnet	Helsedirektoratet, offentlige aktører,
Regionalt, kommunalt/lokalt	Kommunene, interkommunale samarbeid, helsetjenesten, helsesektoren, helsepersonell, offentlige aktører, leger, lærings- og mestringssentre, andre kommunale tilbud, aktuelle lokale lavterskeltilbud, fylkesmannen, fylkeskommunene, kompetent personell
Privat, frivillig	Samarbeid med frivillige og private aktører er sentralt (s.6).
Brukere – målgruppe	
Befolkning	Nordmenn, befolkningen
Grupper	Deltakerne, dem med universitets- og høyskoleutdanning, alle med høyere utdanning, den voksne befolkningen, kvinner
Individer	Deltakere, den enkelte, personer, pasienter
Risikogrupper	Personer med økt risiko for å utvikle sykdommer relatert til helseatferd. Risikoindivider og –grupper. Personer som har økt helsemessig behov for å endre helseatferd (s.9). Grupper med lavere utdanning.
FLS som tiltak?	
Definisjon	Et kommunalt kompetansesenter for veiledning og oppfølging primært innenfor helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. FLS har et strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem for personer med behov for å endre helseatferd. Sentralen kan i tillegg fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen (s.7).
Bakgrunn/Ideologi	Evalueringer av grønn resept viser at leger etterlyser tilbud å henvise pasienter til (s.12). Behov for oppfølgingssystemer med fagkompetanse i kommunene og behov for å utvikle kvalitetssikrede tilbud innen endring av helseatferd etter evaluering av grønn resept (s.1). Hdir har i et brev til alle landets kommuner av mai 2010 anbefalt frisklivstilbud som ett av satsningsområdene for bruk av kommunenes økte frie midler til styrking av forebyggende helsearbeid i 2010. I Prop. 1 S (2010-2011) har HOD videreført disse midlene i 2011, og FLS blir nevnt som et viktig tiltak for å styrke forebyggende kommunale tjenester (s.12). FLS – et ledd i kommunens styrking av forebyggende helsetjenester og individ- og grupperettet folkehelsearbeid, kan også styrke ”broen” mellom medisinsk behandling og egenmestring (s.4). Viktig oppgave er å veilede deltakerne videre til lokale lavterskeltilbud og egenmestring (s.6). FLS som svar på hovedutfordringene i Samhandlingsreformen: FLS kan samhandle med ulike sektorer og nivåer som primærhelsetjenesten, øvrig kommunal sektor, frivillige organisasjoner og private aktører. Den kan være en del av kommunens helsetilbud innen forebygging og tidlig intervensjon med hensyn til sykdommer og lidelser som kan knyttes til helseatferd, og den kan bidra til å bedre funksjon og livskvalitet for befolkningen gjennom helsefremmende tiltak (s.11-12). Salutogenese («Læren om det som fremmer positiv helse») og empowerment («en prosess hvor mennesker oppnår større kontroll over egne beslutninger og handlinger som har betydning for deres helse» (WHO, Health promotion glossary, 1998)) vektlegges som sentralt i arbeidet på FLS (s.4-5). Brukermedvirkning: def. hentet fra st.meld. nr.

	<p>34 (96-97): «at de som berøres av en beslutning, eller brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud». Aktiv brukermedvirkning må etableres på individnivå og på systemnivå. Brukere og brukerrepresentanter skal delta i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak (s.14). Veiledning og oppfølging står også sentralt.</p> <p>Arbeidet baseres på dokumentert effektive metoder for endring av helseatferd. Tilbudene som gis skal være kvalitetssikrede og kunnskapsbaserte (s.6).</p> <p>En FLS kan ha flere helsefremmende oppgaver. Alle potensielle oppgaver beskrives ikke her, siden hvilke oppgaver som legges til FLS avhenger av lokale forhold og behov (s.9). Tilbudet er utviklet for å styrke individers kontroll over egen helse, primært gjennom endringsfokusert veiledning og tilpassede tiltak for fysisk aktivitet, bedre kosthold og røykeslutt. Viktigste oppgave er å styrke positive helsefaktorer. Skal bidra til å bygge opp individets mestringsfølelse, kapasitet og funksjon slik at flere kan oppnå bedre helseatferd og takle hverdagens krav (s.13). FLS bør ha oversikt over hvilke tilbud som finnes for fysisk aktivitet, kostholdsendring, røykeslutt og andre tidlig intervensjons- og mestringstilbud i kommunen, samt hvilke instanser og tjenester det vil være naturlig å samarbeide med for å følge opp ulike målgrupper (s.13).</p> <p>En kommunal FLS bør ses i sammenheng med andre nye kommunale tilbud, og samarbeid om kompetanse og ressurser vil være naturlig. Det er avgjørende for å nå ønskede målgrupper og oppnå ønskede resultat at FLS blir et tydelig tilbud i kommunen (s.15).</p> <p>Det er viktig å etablere gode rutiner for etablering av organiseringen og tiltakene ved FLS – betydning for både statlig og regionalt utviklingsarbeid, og ikke minst for kommunal ledelse, både politisk og administrativt. Viktig å dokumentere hvilke tiltak som fungerer bra, og få indikasjoner på hvordan sentralen kan videreutvikles. Evalueringen har to hovedformål: 1. evaluering av om FLS tiltak og organisering er i samsvar med intensjoner og målsettinger. 2. evaluering av hver enkelt deltaker for å kunne gi vedkommende individuell veiledning (s.28).</p> <p>Det er et stort behov for dokumentasjon av langtidseffekter av tiltak for endring av helseatferd. Derfor oppfordres det til å utføre forskningsbaserte evalueringer som kan vurdere effekter av frisklivstilbud over tid (mer enn seks mnd oppfølging). Effekter resultat kan sammenstilles med oversikter over omfang og kostnader av frisklivstilbudene, og dermed bidra til analyser av kostnad og nytte. FLS kan samarbeide med forskningsmiljø ved høgskoler/universitet, fylkeskommuner, regionale kompetansesentre, medisinske sentre eller andre om å gjennomføre forskningsprosjekter (s.28).</p>
<p>Motiverende samtale, motivational interviewing (MI), endringsfokusert veiledning/rådgivning</p>	<p>En kombinasjon av støttende og empatisk veiledning som bygger på en teori om at mennesker i større grad følger opp de endringsmålene man selv formulerer og forsvarer. MI er en dokumentert effektiv metode for å hjelpe personer til å endre helseatferd når den benyttes av kompetent personell (s.8).</p> <p>Frisklivssamtalen – en strukturert, individuell samtale som bygger på prinsipper for motiverende samtale. En empatisk, ikke-moraliserende tilnærming hvor deltakerens selvforståelse er sentralt. Metoden er dokumentert effektiv for helseatferd (se referanse om nødvendig). Det er et mål at deltakeren er aktiv og finner løsninger selv. I denne samtalen skal veilederen identifisere deltakerens behov og motivasjon for endring, utforske ambivalens og barrierer for endring, identifisere aktuelle tiltak ut fra deltakerens behov, bistå deltakeren i å sette seg konkrete målsettinger, kartlegge og sammenligne helseatferd før reseptperioden og etter gjennomført reseptperiode, samt informere om aktuelle tilbud (hvor, når, hva, pris) (s.24).</p>
<p>Forankring/Organisering</p>	<p>FLS er et helsetilbud og bør forankres i kommunehelsetjenesten (s.6). Det er avgjørende at FLS forankres i kommunale planer og budsjett (s.6).</p> <p>Ligger ved eksempler på organisering og drift av FLS bak i veilederen (men nokså gammel info) (s.9).</p> <p>For å sikre helsefaglig kvalitet og kontinuitet anbefales det at FLS organiseres som et helsetilbud i kommunen. De fleste FLS er i dag organisert som et helsetilbud (s.13).</p> <p>Lokaler: FLS bør etableres med egnede, universelt utformede lokaler, og lokalene bør være utgangspunkt for aktiviteter og tiltak. Aktiviteter som skal foregå jevnlig over tid, bør organiseres i geografisk nærhet for deltakerne. Sentralen skal ha rutiner for gjennomføring av frisklivssamtaler, forskriftsmessig oppbevaring av personopplysninger og rapportering til henvisende instans. Personopplysninger og journaler må oppbevares på trygghetsmessig måte, og i samsvar med taushetspliktreglene, jf. helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal (s.14).</p> <p>IKS - for enkelte kommuner vil det være naturlig å samarbeide med andre kommuner om en felles FLS. Små kommuner kan ha nytte av å dele kompetanse og ressurser. Tilbudene bør etableres på steder som er geografisk lett tilgjengelige (s.14).</p> <p>En FLS kan organisatorisk plasseres under et lokalmedisinsk senter, men bør ha tydelig avgrensede lokaler og ressurser til helsefremmende og forebyggende arbeid. En FLS og et kommunalt LMS sine oppgaver kan overlappe hverandre og bør sees i sammenheng (s.15).</p> <p>FLS bør forankres i kommunens planer og budsjett – skal sikre sentralen varige og forutsigbare rammebetingelser med hensyn til økonomi, personell og lokalisering. Bør organisatorisk plasseres i kommunehelsetjenesten (s.16).</p> <p>Frisklivsresept er ikke en lovbestemt kommunal tjeneste, og det er opp til kommunene hvordan de ønsker å organisere tilbudet (s.19).</p> <p>ORGANISERING FRISKLIVSRESEPT – se under reseptperiode. Trappemodell (s.21) viser ulike eksempler på tilbud og grad av oppfølging fra FLS. Frisklivssamtalen ligger til grunn for alt og gir grunnlag for å differensiere tiltakene ut fra deltakerens ønsker og forventninger til egen mestring av endring i helseatferd, og deretter kan man benytte ulike tilbud som krever ulik ressursbruk for å jobbe mot sluttmålet som er egenmestring (s.21).</p>
<p>Tilbud/tiltak</p>	<p>Basistilbudet ved FLS er et strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem for personer som har behov for å endre helseatferd (frisklivsresept) (s.6).</p> <p>Frisklivstilbud kan defineres som individ- og grupperettede tiltak for å fremme god helseatferd og for å sikre sosialt fellesskap (s.7).</p> <p>I tillegg til frisklivsresepten fungerer FLS som et lavterskeltilbud ved å tilby veiledning, råd og eventuell oppfølging til personer som oppsøker FLS på eget initiativ uten henvisning (s.8).</p> <p>FYSISK AKTIVITET</p> <p>Frisklivstrening foregår i grupper, noe som er effektivt og erfaringsmessig bidrar til økt trivsel og mestring for de fleste deltakere. Kan ha samarbeid med lokale</p>

	<p>aktivitetsaktører – får prøvd ut tilbud som kan benyttes på egenhånd etter reseptperioden. Treningen skal følge effektive treningsprinsipper og være tilpasset målgruppen. Bør følge anbefalinger for fysisk aktivitet i Aktivitetshåndboken og de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet og helse. Aktivitetene bør i størst mulig grad være overførbare til de mulighetene deltakerne har etter reseptperioden, og det bør fokuseres på aktiviteter som ikke krever utstyr. Deltakerne skal gjøres kjent med turmuligheter og aktuelle lokale aktivitetstilbud. Det er en fordel at deltakerne får erfaring med ulike aktiviteter. Mål: vedlikeholde økt fysisk aktivitet via egenaktivitet eller som deltakere i lokale tilbud. Bruk av treningskontakt eller støtte/fritidsassistent kan være aktuelt for noen deltakere (s.24).</p> <p><u>KOSTHOLD (s.25)</u> Anbefales at FLS knytter seg til KEF eller ernæringsfysiolog. Deltakerne kan få hjelp til å endre sine matvaner ved FLS. Hjelpen skal baseres på endringsfokustert veiledning og norske myndigheters anbefalinger for et sunt kosthold.</p> <p>«Bra mat for bedre helse» – basert på generelle kostholdsanbefalinger. Endringsfokustert tilnærming og kan være en god start i arbeidet med å få varige forbedringer i kostholdet. Kurslederkurs og materiell er kvalitetssikret av Hdir. Kursholdere i «bra mat» kan i tillegg til å lede kurs benyttes til formidling av kostrådene i et bredere folkehelsearbeid i kommunen. Bra mat-kurs erstatter ikke individuell kostbehandling hos KEF. Andre kostholdstiltak: FLS bør kjenne til aktuelle aktører i nærmiljøet. Dersom det benyttes andre kurskonsept for endring av kosthold, må de kvalitetssikres og være basert på nasjonale myndigheters anbefalinger og faglige retningslinjer for ernæring og helse (s.25).</p> <p><u>TOBAKK (s.25-26)</u> Henviste personer kan få tilbud om røykesluttveiledning i forbindelse med reseptordningen. «Røykfrie sammen» røykesluttkurs – utviklet av Hdir – gruppebasert kurs for dem som ønsker å slutte sammen med andre. Bygger metodisk på endringsfokustert veiledning og på filosofien om at fellesskapet, den gjensidige støtten, og deltakernes erfaring, gjør det lettere å opprettholde motivasjonen for røykeslutt og røykefrihet. Røyketelefonen – gratis tjenesten for dem som ønsker hjelp til å slutte å røyke eller snuse. Nettbasert røykeavvenning – slutta.no – tilbud til personer som vil bli røykfrie – driftes av Hdir. Individuell veiledning om helseatferd kan være aktuelt for enkelte deltakere. Kompetanse og ressurser vil være førende for hvor mye individuell veiledning FLS gjennomfører. FLS må ha oversikt over andre kvalitetssikrede aktører som kan gi individuell veiledning (s.26). Deltakerstyrte tiltak – Gjensidig utveksling av erfaringer, hjelp og støtte mellom gruppedeltakerne kan bidra til økt kunnskap om egen situasjon og bedre mestringsopplevelser. Kurse reseptdeltakere til å lede aktivitetsgrupper. Deltakerstyrte aktivitetsgrupper kan være fine tilbud etter reseptperioden. Likemannsgrupper som kan være gode tilbud for frisklivsdeltakere (s.26). Temabaserte samlinger – bør organiseres gruppesamlinger med relevante tema innen helseatferd. Samlingene bør preges av forståelse for at gruppen i seg selv er en ressurs, og deltakerne bidrar i stor grad i diskusjoner om levevaner og endring av levevaner. Korte innlegg ved fagpersoner løfter tema frem og kan bidra til at deltakeren får større kunnskaper (s.26). Aktuelle tilbud etter den strukturerte reseptperioden – det er hensiktsmessig å presentere aktuelle tilbud for deltakeren i løpet av reseptperioden. Tiltak som stimulerer kulturell og sosial tilhørighet kan være viktige (s.26-27). Mulige utviklingsområder Hensiktsmessig at FLS tilbyr oppfølging av barn og unge med overvektspolmer, tiltak for mestrings av psykiske vansker (KID-kurs, hjelp til selvhjelp, rådgivning vedrørende søvnproblemer), og kartlegging og oppfølging av risiko alkoholkonsum, enten i egen regi eller i samarbeid med andre aktører. FLS bør ta opp alkohol som helseatferdsområde på lik linje med fysisk aktivitet, kosthold og tobakk ved hjelp av en motiverende samtalemetode (s.27).</p>
Frisklivsresept	<p>En blankett for henvisning til en FLS etter en helse-/sosialfaglig vurdering. Henvisningen til tilgang til tidsavgrenset og strukturert veiledning og oppfølgingstiltak innen fysisk aktivitet, kosthold og tobakk (s.7). Resepten er et strukturert oppfølgingstiltak med henvisning og derfor pr. definisjon ikke et lavterskeltilbud (s.8). Et tilbud til personer som ut fra en helse- eller sosialfaglig vurdering har behov for å endre sine vaner når det gjelder fysisk aktivitet, kosthold og røyking. MÅL: gi deltakerne større tillit til egen mestrings, større kapasitet og bedre funksjonsevne, slik at de endrer helseatferd. Deltakerne skal utvikle egenmestrings og hjelpes videre til tilbud i lokalmiljøet som de kan benytte seg av på egen hånd. Det er ikke diagnoser som står sentralt, men de mulighetene som finnes. Det tilrettelegges for gruppedynamikk på tvers av bakgrunn og årsak for deltakelse. Helsehjelp: Def. fra helsepersonelloven: «med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell». Frisklivsresepten regnes som helsehjelp. Personellet vet sentralen som yter helsehjelp, er å anse som helsepersonell. Faller inn under helsepersonelloven – pålegger den som yter helsehjelp å nedtegne eller registrere opplysninger i en journal for den enkelte pasient (s.19). Aktuelle henvisere må ha god kjennskap til målgrupper for resepten og forståelse for innholdet. Resepten bør være lett tilgjengelig – elektronisk eller i papirutgave. Den som skriver ut resepten, bør sende kopi til FLS – da har FLS mulighet til å kontakte dem som ikke selv tar kontakt (s.20).</p>
Reseptperiode	<p>Den tidsavgrensede strukturerte oppfølgingen ved en FLS (s.7). Oppfølging av personer henvist med en frisklivsresept innledes med en individuell frisklivssamtale – basert på prinsipper for motiverende samtale og skal avklare behov og motivasjon for endring av helseatferd. Ut fra deltakernes ønsker, behov og forventning til mestrings vil FLS tilby videre oppfølging. Resepten gir mulighet for jevnlig oppfølging, deltakelse på kurs og ulike gruppetilbud. Personer som er motivert og klare for å endre atferd kan henvises direkte til andre aktuelle tilbud i regi av private aktører, frivillige lag og foreninger. Reseptperioden varer i 12 uker. Ved behov kan det gjennomføres mellomamtaler, gjerne pr. tlf, e-post eller sms. Ny frisklivssamtale gjennomføres etter 12 uker, og ved denne milepælen vurderes behovet for ny resept. Endring tar tid, og for mange vil det være nyttig med flere reseptperioder (s.20-21).</p>

Erfaring	<p>Evaluering fra FLS i Buskerud og Nordland viser at tilbudet rekrutterer personer med lav utdanning. FLS treffer deltakerne med et godt tilpasset tilbud. Rutinene for henvisning er enkle å administrere. Legene mener det er gode tiltak for å nå dem som ikke kommer i gang med fysisk aktivitet på egenhånd. Studie fra FLS i Buskerud og Nordland viser at frisklivsresept kan gi bedret fysisk form, redusert vekt og økt selvpålevd helse. Halvparten av deltakerne opprettholdt en fremgang også ett år etter oppfølgingen. En randomisert, kontrollert studie fra et oppfølgingstilbud i Sverige viste signifikante effekter på kondisjon, midjemål, blodtrykk og helserelatert livskvalitet etter tre mnd strukturert gruppebasert trening og kostholdsveiledning. Deltakerne ble fulgt i tre år med suksessivt avtakende oppfølging. Deltakerne fikk flere kvalitetsjusterte leveår (QALYs) og hadde færre besøk hos fastlegen. Tilbudet viste seg å være kostnadseffektivt med en netto innsparing på 47 dollar pr. deltaker i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, som kun fikk skriftlig og muntlig rådgivning (s.12).</p> <p>Rapporteringer fra fylkeskommuner viser at noen fylkeskommuner har gitt tilskudd til kommuner som etablerer FLS, enten som engangstilskudd eller fordelt over flere år. Samspillet mellom regionalt og lokalt nivå er beskrevet som en viktig suksessfaktor i evalueringen av den modellutprøvingen som forgikk i perioden 2004-2008 (s.16). Viktig med jevnlig kontakt med henvisere – henvisere informeres om målgrupper og henvisningsrutiner. Kommunelege – god medspiller mot fastlegene. Viktig at denne informasjonen gjentas. For å nå målgruppene for frisklivsresept er det avgjørende at fastlegene kjenner godt til innholdet i tilbudet. Aktivitetshåndboken er et nyttig verktøy i denne forbindelse (s.18).</p> <p>De risikofaktorene og diagnosene som oftest fører til henvisning, er overvekt, diabetes type 2, fysisk inaktivitet, muskel- og skjelettlidelser, hjerte- og karsykdom, KOLS og psykiske lidelser, og ofte kombinasjoner av disse faktorene og diagnosene (s.19). Kan være vanskelig å nå menn, unge og innvandreregrupper (s.20).</p>
Ansvar	<p>Det er opp til hver kommune hvordan man samordner samarbeidet mellom FLS og eventuelle andre nye kommunale tilbud som LMS og lokalmedisinske sentre (s.15).</p> <p>Kommunen har et lovhjemlet ansvar for at de helsetjenestene som ytes ved FLS er faglig forsvarlige.</p> <p>Fylkesmannen har en myndighetsrolle for helsetilbud og fortolkning av regelverk og et ansvar for oppfølging av det forebyggende helsearbeidet i kommunene, slik det fremgår av det årlige embetsoppdraget. Tilsyn av helsetjeneste og helsepersonell er tillagt Helsetilsynet i fylkene.</p> <p>Fylkeskommunen har ansvar for å samordne og fremme folkehelsearbeidet, blant annet ved å støtte og samarbeide med kommunene. Fylkeskommunen har ansvar for regional planlegging og skal være en regional utviklingsaktør. Den skal også ha den nødvendige oversikten over helsetilstanden i fylket og de faktorer som kan virke inn på den. En slik oversikt over helsetilstanden gir informasjon som er nyttig for kommunene (s.15).</p> <p>Kommunelegen (medisinskfaglig rådgiver) har formelle oppgaver og påvirkningsmuligheter og bør trekkes inn i arbeidet med å forankre FLS (s.16).</p> <p>Både fylkeskommunen og Fylkesmannen kan være en pådriver og faglig rådgiver ved etablering og oppfølging av FLS (s.16).</p> <p>Fastlegen har en viktig rolle når det gjelder å identifisere, gi individuell veiledning til, og koordinere den medisinske oppfølgingen av personer med høy risiko for sykdom eller med etablert sykdom (s.20).</p> <p>Det skal sendes en epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging (s.22).</p>
Kompetanse	<p>Autorisert helsepersonell som faglig ansvarlige anbefales. Helsepersonelloven med forskrifter kommer til anvendelse på de helsepersonellfaglige aktiviteter som utføres. Det bør i tillegg sikres nødvendig tverrfaglig kompetanse (s.14).</p> <p>Anbefales at faglig ansvarlig er autorisert helsepersonell med minimum treårig helsefaglig utdanning. De som har ansvar for gjennomføringen av frisklivsrecepter bør ha helsefaglig og/eller pedagogisk universitets-/høgskoleutdanning, og dersom det ikke inngår i utdanningen, grunnopplæring (minimum 10 timer) innen motiverende samtale eller annen tilsvarende metodikk for kommunikasjon om endring av helseatferd. Kollegabasert veiledning, fordypningskurs og videreutdanning anbefales. Kompetanse innen helseatferdsområdene er viktig. Det anbefales at FLS knytter seg til personer med minimum treårig høgskole-/universitetsutdanning innen fysisk aktivitet og helse, og ernæring og videreutdanning eller kurs i tobakksavvenning (s.17).</p> <p>Kompetansen bør preges av tverrfaglig samarbeid mellom personer med helsefaglig utdanning og personer med annen aktuell bakgrunn og kompetanse. FLS bør ha kompetanse innen folkehelse, friskfaktorer, sosial ulikhet i helse, kultur- og migrasjonshelse, lavterskeltilbud, rus, psykisk helse og brukermedvirkning. FLS skal være oppdatert innen tobakksforebyggende arbeid og gjeldende anbefalinger for kosthold og fysisk aktivitet. For å supplere eksisterende kompetanse, bør det inngå samarbeid med andre tjenester, fagmiljø og kommuner. Fylkene anbefales å etablere kompetansesamarbeid og nettverk (s.17).</p>
Aktører/samarbeidspartnere/henvisere	<p>Samarbeid med frivillige, private og offentlige aktører er sentralt. FLS bør ha god oversikt over aktuelle lokale lavterskeltilbud. Samhandling med lærings- og mestringssentre og andre kommunale tilbud er viktig, og utforming av de lokale tilbudene må sees i sammenheng (s.6).</p> <p>Leger, kommune, fylkesmann, fylkeskommune, LMS (s.6).</p> <p>Primærhelsetjenesten, øvrig kommunal sektor, frivillige organisasjoner og private aktører (s.11).</p> <p>Gjennomføre oppstartsmøte med administrativ ledelse ved rådmann og kommunale sektorledere og aktuelle fagpersoner som kommunelege (medisinskfaglig rådgiver), ledende kommunefysioterapeut, lokalt NAV-kontor, ledende helsesøster, fastleger, lærings- og mestringssentre, frivillige organisasjoner, private aktører og fagpersoner fra fylkeskommuner og Fylkesmannen (s.13). Nært samarbeid med henvisende instanser, andre relevante helse- og sosialtjenester, frivillige organisasjoner, lokale lavterskeltilbud og kompetansemiljø (s.13).</p> <p>Naturlige samarbeidspartnere: se over + spesialisthelsetjenester, kommunale lærings- og mestringssentre, andre kommunale tilbud, frivillighetssentralen, bedriftshelsetjeneste, brukerorganisasjoner, innvandrereorganisasjoner, friluftsråd, utstyrssentraler, arbeidsliv, høgskoler, universitet og forskningsaktører (s.14).</p> <p>Lokalmedisinske sentre, helsetilsyn i kommunene (s.15).</p> <p>Kommunelegen (medisinskfaglig rådgiver), Helsebiblioteket, Folkehelseinstituttet, Kunnskapssenteret og Helsedirektoratet (s.17).</p>

	<p>Kommunal ledelse, befolkningen, høyriskogrupper, pasient- og interesseforeninger, minoritetsgrupper, frivillige lag, foreninger og kommersielle tilbud (s.18). Foresatte, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, fastlege. Henvisere: fastleger og annet autorisert helsepersonell i primærhelsetjeneste, bedriftshelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, NAV-veiledere. Taushetsplikt må ivaretas og som hovedregel må deltakeren samtykke til at fastlegen gis tilbakemelding (s.20). Lokale aktivitetsaktører, treningskontakt, støtte/fritidsassistent, klinisk ernæringsfysiolog, ernæringsfysiolog, andre aktører som tilbyr matlagingskurs og kostveiledning, røyketelefonen, nettsiden slutta.no, likemannsgrupper, skole og barnehage.</p>
Brukere/målgruppe	<p>Deltakere brukes som begrep. Personer med lav utdanning. Befolkningen, personer med lav utdanning, deltakere, individet. Målgrupper for frisklivsresepten: personer som har økt risiko for, eller som allerede har, sykdommer eller lidelser, og som kan ha helsemessig nytte av økt fysisk aktivitet, endret kosthold og/eller røykeslutt. Det er mest erfaring med frisklivsresept til personer over 18 år, men flere FLS har i dag tilbud til barn og unge (s.19). Personer med rusproblem kan ha god nytte av tilbudet, eventuelt med hjelp av treningskontakt (s.20). FLS har tilbud til grupper og individer som ikke nås av eksisterende tilbud om hjelp til å bli mer fysisk aktiv, å få bedret kosthold og å slutte å røyke (s.10).</p>

Matrise 4. Om FLS fra de nyeste dokumentene

Hva?	St.meld. nr. 47 (08-09) (Samhandlingsreformen)	Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle (2010) (Folkeheslerapporten)	St.prop 90L (2010-2011) (Proposisjonen til folkehelseloven)	Meld. St. 16 (2010-2011) (Nasjonal helse- og omsorgsplan)	Prop. 1s (2010-2011) (Stortingsproposisjon 1s)	St.prop. 91L (2010-2011) (Proposisjonen til helse- og omsorgstjenesteloven)
Publiseringsår	2009	2010	2011	2011	2010	2011
Bakgrunn/FLS som tiltak	Nevnes - defineres ikke. Lavterskeltilbud/ oppfølging.	Lokale og kommunale frisklivstilbud kan fungere som et sted å henvise til for oppfølging. Tilstrekkelig kapasitet og kompetanse er avgjørende for å sikre et kvalitativt godt tilbud. Dette bør være tilgjengelig i alle kommuner. Det er behov for sterkere føringer, gjennom lov og forskrift, for hvordan kommunene prioriterer disse tjenestene (s.8). Endring av helseatferd krever ofte individuell og/eller gruppetilpasset veiledning og oppfølging over tid i et støttende miljø. Det finnes en rekke gode tilbud for fysisk aktivitet, kosthold og røykeavvenning i regi av frivillige og private aktører. Det er imidlertid ulike tilbud fra kommune til	Røykeslutttilbud i kommunene bør knyttes til den kommunale helsetjenesten, for eksempel frisklivstilbud og fastleger (s.128).	Tilbud om hjelp til å endre levevaner, og tilbud for å mestre psykiske vansker, bør være lett tilgjengelig. Kommunale FLS er et slikt tilbud. Frivillige organisasjoner og private aktører er viktige samarbeidsparter for få til slike arenaer (s.44). Ved utgangen av 2010 var det kommunale frisklivssentra i over 100 kommuner. Noen drives som interkommunalt samarbeid (s.58-59). Faglig ansvarlig har helsefaglig kompetanse (s.59).	Et mål er utjevning av sosiale helseforskjeller. Tilbudene bygger på kunnskap og erfaringer fra blant annet evaluering og oppfølging av grønn resept-ordningen (s.77).	Ulike former for frisklivs-/lærings- og mestringstilbud med kvalitetssikret hjelp til endring og mestring av helseatferd, ulykkesforebyggende arbeid, tobakks- og rusforebygging, samt psykisk helsearbeid, er viktige elementer i det helsefremmende og forebyggende arbeidet (s.173). Kommunene kan som en del av sitt forebyggende arbeid tilby tverrfaglig kompetanse som kan følge opp risikogrupper, pasienter og pårørende. Eksempelvis gjennom oppbygging av lokale tilbud med hjelp til endring og mestring av levevaner, samt oppfølging over tid (FLS nevnes som et slikt type tilbud) (s.225).

		<p>kommune, og det er behov for et systematisk oppfølgende «apparat» i primærhelsetjenesten – en instans fastlegen eller andre helsepersonellgrupper kan henvise pasienter til for å få faglig hjelp over tid til å endre levevaner (s.101). Det finnes om lag 70 FLS eller lignende kommunale oppfølgingstilbud for helseatferdsområder (Fysaksentral, Fysiotek, Aktivitet på resept etc.). Pasienter som av lege, annet helsepersonell, eller NAV har blitt identifisert med et økt helsemessig behov for hjelp til å endre helseatferd blir henvist til FLSer. Man kan også møte uten henvisning (s.102).</p>				<p>Det ble iverksatt utvikling og etablering av lokalbaserte tilbud – såkalte FLS – i forbindelse med ”grønn resept”-ordningen, som et henvisningssted for pasienter som har fått forskrevet grønn resept (s.225).</p>
Definisjon	-	<p>Frisklivstilbud kan defineres som individ- og grupperettede tiltak for å fremme god helseatferd og for å sikre sosiale fellesskap (s.101). Frisklivssentraler er kommunale kompetansesentre for veiledning og oppfølging innenfor helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. FLS har et strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem for personer som har behov for endring av helseatferd (s.102).</p>	-	<p>FLS er et kommunalt tilbud for personer som trenger å endre levevaner. Det gjelder blant annet fysisk aktivitet, kosthold og tobakk (s.59).</p>	-	-
Motiverende samtale, motivational interviewing (MI), endringsfokustert veiledning/rådgivning	-	<p>Mier en veiledningsmetode som brukes for å øke en pasients/brukers bevissthet rundt egen motivasjon for å endre helseatferd. Er en kombinasjon av støttende og empatisk veiledning som</p>	-	-	-	-

		bygger på teorien om at mennesker har en tendens til å i større grad følge opp de endringsmål som man selv formulerer og forsvarer. Man benytter åpne spørsmål. Forskning indikerer at MI er en spesielt anvendbar metode for brukere som er lite motiverte for endring av helseatferd. MI er en dokumentert effektiv metode for å hjelpe pasienter til å endre helseatferd når den benyttes av kompetent personell (s.103).				
Forankring/Organisering	Forankring i kommunehelsetjenesten.	Et organisert tilbud innen helsetjenesten for forebygging av sykdom gjennom positiv endring av helserelatert atferd bør eksistere i alle kommuner, gjerne som frisklivssentraler (s.101). En organisatorisk og planmessig forankring av frisklivstilbud i kommunehelsetjenesten er nødvendig for å sikre et kvalitativt og kontinuerlig godt tilbud (s.102). Lokale tilpasninger av tilbudene er viktig (s.102).	-	FLS er opprettet ved at fylkeskommuner har støttet utviklingen ved statlige midler til utvikling av lavterskelmodeller og ved at kommuner har omdisponert personell fra behandling til forebygging (s.59). Under kapittelet forebyggende helsetjenester. Bruker eksempel fra FLS i Eiker kommune i Buskerud: sentralen mottar henvisning fra lege eller fysioterapeut og kontakter brukeren for en helsesamtale. Det utarbeides en plan for 12 uker og brukeren testes ved start og slutt. Brukeren får tilbud om trening to ganger i uken og eventuelt kostholds- og røykesluttkurs. Videre oppfølging planlegges etter 12 uker og det sendes rapport til fastlege eller fysioterapeut (s.59). Hensiktsmessig for kommunene å vurdere samhandling mellom	Tilbudene skal være et ledd i en prioritert satsning forankret i det kommunale plansystemet. Forankret i kommunehelsetjenesten (s.77). 16 fylker har fått stimuleringsmidler til å utvikle slike tilbud (s.77).	Det vil være naturlig at noe av gjennomføringen av de tverrsektorielle folkehelseiltakene administreres av helsetjenesten. En del tiltak for å møte kommunens helseutfordringer med utgangspunkt i folkehelseloven kan også dreie seg om ulike former for tilbud, jf. friskliv, røykesluttkurs mv. som også organisatorisk omfattes av egne forebyggingstjenester (s.227). For å sikre tilbud med strukturert og kvalitetssikret oppfølging over tid, er det nødvendig med en organisatorisk forankring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (s.225). Frisklivstilbud må ses i sammenheng med etablering av lokalmedisinske sentre og kommunale/interkommunale lærings- og mestringstilbud. Dette er

				lærings- og mestringssentre og frisklivssentralen (s.88-89).		viktig av hensyn til både kompetansebehov og samhandlingen mellom tjenestenivåene i helsetjenesten (s.225-226).
Tilbud/tiltak	Lavterskeltilbud	-	-	Det legges vekt på tiltak som kan utjevne sosiale helseforskjeller. Tilbudet bør være lett tilgjengelig, ha lave egenandeler og være tilpasset dem som trenger det mest (s.59). Tilbud for mestring av depresjon, og oppfølging ved risikobruk av alkohol, er under utprøving i Modum (s.59).	Tilbud om hjelp til mestring av levevaner ved hjelp av motivasjonssamtale/helseamtale, fysisk aktivitetstilbud, tilbud for kostholdsendring og tilbud om røykeslutt (s.77). KOSTHOLD: BraMat-kurset inngår som en del av frisklivstilbudet. Evaluering av BraMat-kurslederkurset viser at det er et godt kompetansehevningssverktøy, og ¼ av kursdeltakerne har så langt brukt konseptet i lokale BraMat-kurs. Kurspakken benyttes også i daglig arbeid og i møte med brukerne, som forventer å få kostråd og veiledning (s.77). Frisklivstilbudet kan også inkludere lokale utstyrssentraler. Formålet er at sports- og friluftsutstyr skal være lettere tilgjengelig for alle. Det legges derfor vekt på at utstyr skal kunne lånes ut gratis eller leies til rimelig pris. Videre skal det være enkelt for en kommune å etablere og drifte en utstyrssentral. Helsedirektoratet har utviklet informasjonsmateriell for etablering av lokale utstyrssentraler (s.77).	-
Erfaring	«Grønn resept» - ordningen som ble innført i 2003 og evalueringene av denne. Fastlegene var skeptiske og trengte bedre hjelpeverktøy (2005). Del to av	Evaluering av utprøvingene av modeller i de fem fylkene har vist gode resultater i form av deltakere som føler de blir møtt der de er og får hjelp	-	-	-	-

	<p>evalueringen prøvet ut ulike henvisningssteder i form av lavterskeltilbud for fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt i et utvalg kommuner i fem fylker (Møreforskning, 2008). Behov for lavterskeltilbud utenfor legekantoret i regi av for eksempel en frisklivssentral, men med forankring i kommunehelsetjenesten. Legene er positive til et slikt henvisningssted og pasientene er fornøyde med oppfølgingen. Viktig å ha kommunelegene med i utviklingen av slike lavterskeltilbud (fra s. 84).</p>	<p>til å sette realistiske mål og fornøyde leger som hevder at dette er et godt organisert opplegg.</p>				
Utfordringer	-	<p>Geografiske avstander kan være en barriere for deltakelse. En utfordring i dag er at forebyggende helsetjenester for voksne ikke er en skal-tjeneste i kommunehelsetjenesten slik som helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det for barn og unge. Tjenesten blir derfor nedprioritert i kommunene. I mange kommuner som har etablert FLS er det kun 20% stilling tilknyttet sentralen. Kapasitet, kontinuitet og utvikling begrenses av dette (s.102).</p>	-	-	-	-
Kompetanse	-	<p>Frem til evalueringen i 2008 har FLS vært best på oppfølging av fysisk aktivitet for voksne og eldre. Henger trolig sammen med den kompetansen som er best tilgjengelig i kommunene. Tilgang på kompetanse er en utfordring med hensyn til ernæring og røykeslutt.</p>	<p>Kompetanse: Gjennom ordningene med grønn resept og frisklivsresept blir flere fagretninger involvert i forebyggende arbeid; fysioterapeuter, helsesøstre, treningsfysiologer og ruskonsulenter (s.166).</p>	-	<p>Det skal arbeides videre med kompetanseheving for kommuner på levevaneområdene og innen helsepedagogikk/motivasjons- og mestringsarbeid (s.77).</p>	<p>Kompetanse til å ivareta dette tilbudet må bygges opp lokalt. Tilgang på kompetanse er en utfordring blant annet med hensyn til psykisk helse, ernæring, røykeslutt og endring i levevaner (s.226).</p>

		Ikke minst i små kommuner (s.101).				
Aktører/samarbeidspartnere / henvisere	Kommunelege med i utviklingen	Frivillige og private aktører, primærhelsetjenesten, fastlege, annet helsepersonell, NAV	-	FLS arbeider i dialog med fastleger og idrettslag, frivillige lag og foreninger, private treningssentre og andre (s.59).	Legges til rette for samarbeid mellom frisklivstilbudet, NAV, spesialisthelsetjeneste, attføring, frivillige organisasjoner og lavterskeltilbud i regi av andre lokale aktører i mange kommuner (s.77).	-
Brukere/målgruppe	-	Tilbudene er tilpasset for dem som ikke nås av andre eksisterende tilbud i frivillig eller privat regi, og de som trenger motivasjonshjelp til å endre helseatferd. Høyrisikogrupper, eksempelvis personer med metabolsk syndrom, diabetes, smerteproblem, muskel- og skjelettlidelser, overvekt, lettere psykiske lidelser, sykemeldte, personer i ferd med å falle utenfor arbeidslivet og andre som vil ha vesentlig helsemessig nytte av endring av helseatferd. Kompetansen innen endringsarbeid og fremming av mestringsopplevelser kan potensielt benyttes for mange målgrupper, også innen rus, psykiatri og tjenester for barn og unge (s.101). Bruker begrepet pasienter, brukere og deltakere (s.101-103).	-	Personer som har økt risiko for å utvikle sykdom knyttet til levevaner, personer med psykiske lidelser, personer som har utviklet sykdom. Tilbud for ulike grupper, ikke spesifikke diagnoser. Personer som er i fare for å bli sykemeldt eller er sykemeldt på grunn av uheldige levevaner eller psykisk lidelse (s.58-59). Personer som trenger å endre levevaner. Brukere.	Grupper med forhøyet risiko for å utvikle sykdom relatert til levevaner. Legges vekt på inkludering av minoritetsgrupper. Risikogrupper (s.77).	De grupper som trenger livsstilsveiledning og strukturert oppfølging over tid (s.226). Personer som har fått forskrevet grønn resept (s.225).

Matrise 5. Informanter

Hva?	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4
Bakgrunnsinfo om informanter				
Innbyggere	Drøyt 20 000	-	28 000	13 000
Navn på FLS	Frisklivssentralen i (kommunenavn)	-	Frisklivssentralen i (kommunenavn)	Frisklivssentralen i (kommunenavn)
Erfaring FLS	Noen års erfaring	-	Lite erfaring – ny sentral	Lang erfaring
Utdannelse	Fysioterapeut – jobbet siden 1998. Ingen formell masterutdanning, men har deltatt i kursing og praktiske seminarer.	Fysioterapeut i Oslo 1996-1999. Høyeste fullførte utdanning er den bachelorgraden, men har også noe fra BI, Ex.Phil og den biten der.	Fysisk aktivitet og helse-rådgiver fra Norges Idrettshøgskole. Bachelorgrad i idrettsvitenskap.	Fysioterapiutdanning (HiO), videreutdanning i folkehelse på HiBu, videreutdanning i helseledelse på BI, og idrett grunnfag.
Stillingstittel/prosent	60% folkehelsekoordinator, 20% barnas representant – håper på utvidelse av stilling fra jul	Hdir - rådgiver for FLS.	Prosjektleder fysisk aktivitet. Fra 01.01.2012 – leder av FLS.	Leder ved FLS i kommunen + 20% engasjement i Hdir med ansvar rundt FLS.
Arbeids-/ansvarsoppgaver	Folkehelsekoordinator: Ansvarlig for folkehelsearbeidet i kommunen. Eller kommunen som helhet har ansvaret, men hun er den som drar i tråder og iverksetter samarbeid med instanser. Har også bestemt at hun har ansvar for FLS : Har alt ansvar for administrering og det praktiske, men får hjelp fra en fysioterapeut med litt mer praktiske bestemmelser omkring treningsgrupper, lage lister osv. Tett samarbeid!	Hovedansvarsområdet er FLS. Saksbehandler, svarer på henvendelser, sender ut tilskuddsbrev. Vurderer søknader. Mye ift utvikling av FLS. Støtte til etablering og utvikling, utenom det med midler. Kursing, kompetansepakker, veilederen, samarbeidspartnere på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Er også en del ute ift implementering av veilederen og nytt lovverk i tilknytning til FLS.	I prosjektet: kartlegge aktivitetstilbudet i kommunen, komme med forslag til tiltak til grupper som ikke har tilbud per i dag, og å etablere og iverksette FLS. Leder for FLS: Mye av det samme. Mye kontorarbeid, administrativt, strukturjobbing, holde helsesamtaler. Leder ikke aktiviteter, fordi de samarbeider med en aktivitetsbedrift som står for dette.	I kommunen: utvikle friskliv sammen med flere. Hdir: tar med erfaringen fra kommunen gjør det enklere for kommunene å faktisk få til gode frisklivssentraler. I kommunen: Fagansvar og økonomisk ansvar for FLS. Inngår i ledergruppe i helse og sosial fordi sentralen er organisert der. Ansvar for videreutvikling/utviklingsarbeid. Faglig, overordnet ansvar for det som foregår på FLS.
Hvor lenge i nåværende stilling	Litt usikker, men fra høsten 2008 eller starten av 2009, altså 2,5-3 år.	Fra desember 2010, snart ett år.	Prosjektleder fysisk aktivitet fra august 2010 og ut 2011. Leder av FLS fra 2012.	Fem år.
Tidligere arbeidserfaring	Jobbet mer og mer med folkehelse . Dro i gang FLS i kommunen. Jobbet parallelt som folkehelsekoordinator og fysioterapeut en periode, men bare folkehelsekoordinator de siste årene. Har erfaring som fysioterapeut og har drevet FLS siden den startet opp i 2006.	Erfaring nåværende arbeidssted: Har bare jobbet med FLS. Litt fysisk aktivitet, med samme ansvarsområder: nettsider, strategier, tenke hvordan man skal nå ut, litt kommunikasjon. Tidligere arbeidserfaring: 7,5 år ved FLS . Arbeidsgruppe FLS - utvikling av materiell og felles struktur. Kjenner bakgrunnen for FLS godt. Privat fysioterapeut – jobbet med grupper både mot sykehus, hjerterehabilitering og treningssenter. Mye aktivitet, men også litt behandling og oppfølging.	Tre år i en aktivitetsbedrift i Oslo som instruktør. Prosjekt for overvektige barn .	Jobbet på FLS fra oppstart – lang erfaring. Tidligere ansvarsoppgaver ved FLS: Reseptordningen – utvikling og gjennomføring. Samarbeid med Hdir og Nordland fylkeskommune angående utviklingsarbeid i forhold til reseptordningen. Hadde i større grad kontakt med deltakerne på FLS enn nå. Annen arbeidserfaring: To år på opptreningsinstitusjon. Turnustjeneste der.
Begreper og definisjoner				
Helse	Helse - vidt begrep. Skiller mellom <i>WHO sin definisjon</i> og <i>personlig, egenoppfattet helse</i> . Påpeker at disse	<i>Hvordan man har det</i> . Kobler det opp mot <i>livskvalitet</i> . Begrepet er stort og inneholder mye. Er absolutt ikke enig i	Veldig <i>forskjellig fra person til person</i> . Noen vil definere at en selv har god helse selv om man kanskje har en	<i>Overskudd til å mestre hverdagen</i> . Peter Hjort sin definisjon på helse er den jeg liker best. Kan helt klart ha god helse til

	<p>ikke nødvendigvis stemmer overens. Egen definisjon på «god helse» – ha <i>forutsetninger for å leve det livet en ønsker</i>. Skiller etter hvert mellom <i>selvopplevd helse</i> og <i>medisinsk helse</i>. Oppfatter at folk flest tenker på helse som om man er <i>frisk</i>, er i <i>aktivitet</i>, <i>psykisk helse</i> - mange sider ved det. Kan ha god helse til tross for eksempelvis å være funksjonshemmet.</p> <p>Eksisterer en felles definisjon? De som jobber med helse har blitt flinkere til å se videre på begrepet, at det handler om å <i>kunne leve det livet en ønsker</i> og at <i>selvopplevd helse</i> er viktig. Deltakere på FLS ser på helse på en annen måte - <i>fysisk aktivitet, kosthold og røyk</i>. Media har en påvirkning her. <i>Psykisk helse</i> blir tatt mer og mer inn.</p>	<p>definisjonen som handler om at helse er totalt fravær av sykdom!</p> <p>Eksisterer en felles definisjon? Mer enighet, men fortsatt kan det preges av hvilke erfaringer man har, type utdanning og når man utdannet seg, arbeidssted, kollegaer.</p>	<p>sykdom. Fordi man har lært å leve med sykdommen for eksempel. Tenker at det er <i>rest mulig fysisk og psykisk velvære for en person</i>.</p> <p>Uhelse - tenker med en gang sykdom, personer som ikke er friske, både fysisk og psykisk. Spør litt hvordan man definerer det selv.</p> <p>Vanskelig å definere begrepene. Kan absolutt ha god helse selv om man har en sykdom. Mange som er overvektige, for eksempel, kan ha god helse. Det er ikke dermed sagt at man har dårlig helse – det spørres jo hvordan man har det med seg selv egentlig.</p> <p>Eksisterer en felles definisjon? Nei. Absolutt ikke. Det er et veldig vidt begrep.</p>	<p>tross for sykdom, skade og lyte.</p> <p>Eksisterer en felles definisjon? Man kan komme inn med ulik oppfatning, og så blir det en mer samsvarende oppfatning av det. Vi har jobbet med det og tenker at det er viktig.</p>
Folkehelse/ folkehelsearbeid	<p><i>Samfunnets totale innsats</i> for å fremme folkehelsen i <i>hele befolkningen</i>. Forebyggende og helsefremmende arbeid er to sider ved folkehelsearbeidet.</p>	<p>Folkehelsearbeid er rettet mot <i>befolkningen</i>, det er <i>for helsen i befolkningen</i>. Større og bredere <i>ansvar</i>. Flere har direkte innvirkning på folkehelsen, og bidrar inn i folkehelsearbeidet. <i>Samarbeid</i> er viktig på alle nivå. <i>Kommunen har ansvar for folkehelsearbeidet</i>, krever mye. Plikt til å ha oversikt, planlegge og sett i verk tiltak, samt evalueringer osv. Viktig med folkehelsekoordinator, at det blir løftet opp på et mer overordnet nivå - en som jobber overordnet, eksempelvis i rådmannsstab, for å trekke inn alle sektorer. Alle må bidra. Plan- og bygning, areal og de andre tjenestene også.</p>	<p>Har ikke klare definisjoner. Kan <i>nesten putte hva som helst inn i folkehelsearbeid</i>. Folk skal kunne gå trygt i trafikken, dele ut reflekser, gå til tannlegen, være i aktivitet. Det finnes en definisjon på hva folkehelsearbeid er, men kan ikke den i hodet. <i>Men det er jo på en måte hele mennesket tenker jeg jo, fra ende til annen egentlig</i>.</p>	<p>Folkehelsearbeid handler om <i>gruppenivå</i>, og så er det <i>sektorovergripende</i>. Opplever ofte at det er det mange som setter likhetstegn med folkehelsearbeid og fysisk aktivitet eller folkehelsearbeid og friskliv. <i>Friskliv er bare en liten del av folkehelsearbeidet</i>, det er levevaneområdene, og det er en bitteliten del av det, det er viktig. I frisklivssammenheng, som også er snevert, så jobber vi både helsefremmende og forebyggende.</p>
Forebyggende arbeid	<p><i>Tar bort risikofaktorer</i>. Målgruppe: <i>definert risikogruppe</i>. Eksempler: røykesluttkurs.</p>	<p>Mer <i>individrettet fokus</i> (enn folkehelsearbeidet). Tenker mer <i>helsetjeneste</i>. <i>Flere stadier</i> av forebyggende helsearbeid – <i>primær, sekundær, tertiær</i>. Mange andre enn helsetjenesten kan ha en viktig brikke å spille inn i forebyggende arbeid. Nevner FLS viktig.</p>	<p>Litt mer sånn som vi jobber, for å <i>forebygge sykdom</i>, for FLS jobber jo forebyggende på veldig mange områder. Forebyggende arbeid er <i>snevvrere enn helsefremmende</i>. Jobber inn mot <i>spesifikke grupper som sliter med noe</i>.</p>	<p>Med et <i>konkret mål</i> og kanskje rett ut mot <i>høyrisikogrupper</i>, jobber litt mer <i>spisset</i>.</p>
Helsefremmende arbeid	<p><i>Vide tiltak, påfyll av positive ting</i>. Målgruppe: <i>Hele befolkningen</i>. Eksempler: bygge ut sykkelsti-nett,</p>	<p>Mer <i>individrettet fokus</i>. Mye folkehelsearbeid er helsefremmende arbeid. Helsefremmende arbeid er <i>før</i></p>	<p>Tiltak <i>før man jobber forebyggende</i>. Jobber litt mer med <i>de friske</i> for å holde dem friske. Setter opp gangfelt, lager</p>	<p>Det som er <i>mer befolkningsrettet</i>, mer <i>massestrategier</i>, og der er vi <i>inne tidlig</i>, <i>før noe har skjedd i det hele tatt</i>.</p>

	senke pris på sunn mat, innføre sunn mat i skolen.	<i>det er snakk om sykdom.</i> Generelt om helse, <i>fremme helse.</i> Eksempler: få flere til å stå i kor, flere ting man kanskje ikke tenker fysisk helse på, men mer <i>livskvalitet og hvordan man har det.</i>	sykkelstier og sånne ting. For <i>hele befolkningen.</i>	
Klare begreper innen fagfeltet?	Synes selv de er klare, men mener at det nok er forvirring i bruken. Poengterer sektorer som mener de jobber med folkehelse, men som hun sier jobber « <i>langt ute i risikoen</i> » – altså <i>forebyggende.</i> Begrepene henger sammen, det er grenseoverganger, men det kan være greit å ha mulighet til å skille mellom dem.	Inntrykk av at utdanningene nå er veldig tydelig og ryddig på det. Ganske sikker på at de som blir utdannet nå i de forskjellige helsegrenene vet hva folkehelsearbeid er. Men kan gli litt over i hverandre sånn i det daglige.	Nei. Egentlig ikke. Det finnes definisjoner, men føler at de er så avanserte, så husker dem ikke uansett. Må på en måte lage egen definisjon, og det er vanskelig å lage en enkel definisjon som man kan huske. Veldig opp til hver enkelt instans hva de legger i det. Hvis du ser folkehelsearbeidet i kommunen i forhold til nabokommunen, så er det sikkert ganske stor forskjell på hva de legger i det.	Mange som jobber innenfor helsesektoren har ikke helt klare begreper for seg. Bruker begrep/slenger de litt rundt seg, og det har gått litt inflasjon i dem. Ofte bruker man kanskje forebygging om veldig mye, at det er det som er greia, men tenker det er viktig å ha fokus på helsefremmende. Det er på en måte så langt til venstre, at det kanskje er litt utenfor den vanlige helsetanken, at det kan være litt vanskelig å ta inn over seg hva det egentlig er.
Hvilket begrep brukes om arbeid ved FLS?	I begge leire. Mye forebyggende, men også helsefremmende. <i>Tradisjonell frisklivsresept er forebyggende</i> – folk med <i>risiko.</i> FLS skal også være <i>ressursenter</i> som har oversikt over tilbud osv – altså <i>helsefremmende.</i>	Fordi frisklivsresepten er basistilbud - <i>forebyggende helsearbeid.</i> Tilbakemelding fra FLS på at legene er stadig <i>flinkere til å være tidlig inne, slik at det ikke bare blir sekundær- og tertiærforebygging.</i> Frisklivsresepten er <i>et individuelt tiltak for en risikogruppe - en forebyggende helsetjeneste.</i> Det hender at FLS både <i>fremmer og behandler i samme pakke.</i> Ulikt hva folk er på FLS for, noen bruker også FLS som en form for <i>behandling.</i>	<i>Forebyggende.</i>	<i>Reseptordningen</i> er i større grad <i>forebyggende.</i> Bruker omtrent halvparten av de ressursene vi har på reseptordningen, så vil egentlig si at det er ganske likt. <i>Like mye forebyggende og helsefremmende arbeid.</i>
Hvorfor er arbeidet viktig nå?	Mange grunner. Kommende lovverk og reformer - arbeidet blir satt på dagsorden. Kommunene <i>blir tvunget til det.</i> <i>Høye helseutgifter,</i> vil fortsette å stige og vi <i>har ikke mulighet til å fortsette sånn.</i> Største ressurser langt ute i behandlingsformålet. Mye penger til de sykeste, lite penger i andre enden. Derfor <i>viktig å sette inn innsats tidligere.</i> <i>Livsstilssykdommene</i> bare øker - nødt til å møte den epidemien. Nødt til å sette inn tiltak tidligere. <i>Folk</i> må på en måte <i>bli bevisst og ta ansvar for sin egen helse</i> – i større grad enn nå.	<i>Ikke-smittsomme sykdommer,</i> for eksempel <i>leivevanesykdommer.</i> Godt dokumentert at fysisk aktivitet og kostholdsendringer kan ha god effekt på visse diagnoser, men vet ikke så mye om hvordan vi skal nå de som trenger det. FLS – tiltak ift det. Diabetes, psykisk helse, muskel- og skjelettsykdommer - <i>kostbare sykdommer,</i> og alt dette <i>vet vi at livsstilen kan påvirke, i noen grad i hvert fall.</i> Selv om vi tross alt har det bra i Norge, så er det en del tall som går litt i feil retning. Sosial ulikhet i helse har økt. Ny utfordring ift ikke-vestlige innvandrere som har økt risiko for diabetes, samt hvordan nå dem i forhold til språk og kultur. Viktig for å kunne gjøre noe med	Lever i en verden hvor <i>folk blir mer og mer syke.</i> Særlig innenfor <i>livsstilssykdommer - sykdommer blir utviklet av mennesker selv på en måte, eller måten vi lever på.</i> Henger sammen med lav hverdagsaktivitet. Ernæringsbiten har også forandret seg veldig. Tror sammenhengen mellom fysisk aktivitet og kosthold er det som gjør oss syke. <i>Folk klarer ikke å ta tak i det selv, så derfor må kommunene og andre ta ansvar.</i> Kommunene som må ha dem inn på sykehus eller sykehjem tidligere, og det er jo litt i seneste laget å begynne nå, men de har vel skjont at nå må de begynne et sted. Utfordring å nå gjennom med forebyggende arbeid ettersom det er <i>vanskelig å tallfeste, og</i>	Løftet frem i lovverk, ser at <i>utfordringene vi står ovenfor begynner å koste penger</i> – og at noe må gjøres. Har sett en endring de siste 15 årene – ikke gjennomslagskraft på feltet i det hele tatt når det kom til levevaneområdet tidligere. Må ta folkehelse inn i planer i kommuneplanlegging, hvis ikke får det konsekvenser som koster penger.

		<i>hele helsa i befolkningen.</i>	<i>dermed får mindre midler. Stadig flere eldre, viktig at forebyggingen kommer i gang nå, sånn at de eldre kan bo hjemme lengre.</i>	
Mål for folkehelsearbeidet	Enda flere, eller <i>hele befolkningen</i> skal ha flere år med god helse. Delmål å gjøre skillene mindre, sosiale helseforskjeller. Disse øker i Norge, og her må en inn å gjøre tiltak spesifikt mot enkelte grupper. Økonomi nevnes også som en del av målet med folkehelsearbeid. En har tro på at <i>det vil lønne seg</i> hvis en klarer å snu innsatsen. <i>Det koster veldig mye å behandle fremfor å forebygge.</i>	<i>Bedre helse i befolkningen.</i>	<i>Få folk litt tilbake på rett sti. Informere og gjøre folk mer kunnskapsrike. Vanskelig i den hverdagen vi lever med media som blåser opp diverse dietter osv. på forsiden dag etter dag. Veldig mye forvirring i befolkningen. Skaper så mye utrygghet at de ikke stoler på noen ting og så gidder de ikke å gjøre noe med det, når det egentlig kanskje er en ganske enkel oppskrift på <i>det å leve litt sunnere</i>. Prøve å få folk til å være mer aktive og leve sunnere. Prøve å forhindre at folk blir syke.</i>	<i>At folk skal få det bedre. Fremme livskvalitet og gjerne helse, men at det er ikke bare snakk om helse som i å hindre sykdom. I vår kommune handler det om at kommunen skal være et godt sted å bo.</i>
Sentrale målgrupper	<i>Alle innbyggere i kommunen. Spesielt fokus på de som en sånn tradisjonelt sett vet vil få dårlig helse. Barn og unge, men hele spekteret.</i>	<i>Personer med «livsstilssykdommer». Nevner spesifikt innvandregrupper og personer med lav utdanning.</i>	I forhold til FLS: <i>de som har eller er i ferd med å utvikle «livsstilssykdommer»</i> . Etter hvert også kanskje <i>de som har en sykdom</i> , og at de kan på en måte leve med den. Handler mest om å forhindre «livsstilssykdommer».	<i>Alle som bor i kommunen. Høyrisikostrategier og å nå spesielle grupper er også viktig, men det er egentlig ikke folkehelsearbeid i stort. Tiltak rettet mot alle trekkes frem som eksempel. Høyrisikogrupper: minoritetsgrupper, flyktninger med sine barn, personer som knytter seg til psykiatrisk dagsenter, psykiatrisk hjemmetjeneste – «hjelp de til å flyte sånn passe oppå så de ikke koster mye penger da, for å være litt sånn kynisk». Prøver å sette inn innsats så tidlig at det ikke egentlig rettes mot noen definert risikogruppe, men bare begynner å se at det begynner å skli litt unna.</i>
Makt/ansvar/aktører	Snuoperasjon at <i>kommunene skal ta mer og mer ansvar</i> – også innad i kommunen. Folkehelsearbeidet har ligget til helsetjenesten, men nå skal kommunen ha ansvar. Krever at flere må gjøre en innsats. Toppledelsen må ta det innover seg. <i>Alle må bidra</i> . Jeg jobber like mye i teknisk avdeling på en måte, som i helse. FLS samarbeider med både private og frivillige aktører, samt næringslivet. Kunne vært flinkere til å jobbe med å dra inn næringslivet.	<i>Sentrale myndigheter</i> må jobbe for å legge til rette for at kunnskapen når ut, at man har lovverk som kan følges, og at det igjen følges opp med strategier og veiledere osv. <i>Arbeidet utføres mye lengre ned i kjeden</i> . Må ligge noen føringer sånn at de som treffer folk vet hvordan man skal gjøre det. Må ha god kompetanse på de utfordringene som finnes, men også hvordan man skal kunne gjøre endringer. Kommunen må ha noen føringer, hjelp og støtte fra sentrale myndigheter ift tall/statistikker, hva virker/virker ikke. Viktig også fordi kommunene i landet er så forskjellige (størrelse/geografi), så kommunene kan	Alt og hva som helst. Vi er avhengig av å ha med oss <i>staten</i> for det første, sånn helt på toppen, så er vi avhengig av det regionale sånn som Hdir og så at fylkeskommunen støtter opp også. <i>Kommune-nivå</i> - avhengig av å ha med deg dine ledere og politikere. Og så helt på bunnen, så er vi jo avhengig av å ha med oss <i>samarbeidspartnere</i> sånn som NAV, fastleger, fysioterapeuter, andre som jobber i kommunen, lag og foreninger, frivillige, idretten og det private. På en måte alle tenker jeg da. Jo flere jo bedre.	<i>Det offentlige</i> - viktig rolle i forhold til folkehelsearbeid, for det er ikke noe man kan drive kommersielt på. I det private vil det aldri bli butikk, uten at du har en kommune i bakhånd som er opptatt av å stimulere enkelte grupper da. Det frivillige er en viktig ressurs, men det er for uforutsigbart, for lite kontinuitet, for basert på ildsjeler til at det kan være hovedkraften i arbeidet. Så man trenger offentlig styring gjennom lovverk, og at kommunene tar tak. Skal arbeidet bli tatt på alvor rundt omkring, må det føres tilsyn med det som skjer på folkehelsearbeidssiden. Det offentlige gjennom styring har mye innflytelse som

		ikke alltid kopiere fra hverandre, men trenger noen tydelige føringer, regelverk, støtte og hjelp fra sentralt hold. Kommunen må ha god oversikt og må tenke helse i alt de gjør. Hele kommunesystemet må kunne noe om det. <i>Kommunene må jobbe godt der ute!</i>		må brukes. Viktig at teknisk avdeling, de som jobber med planer, blir inkludert. Det er de viktigste av alle.
Syn på egen rolle i sitt yrke	Folkehelsekoordinator - en som drar i tråder, formidler, er synlig og må bidra praktisk. Bruke media, nettsider osv, ikke nødvendigvis personlig, men bidra til at det gjøres. Ansvar og utfordring i å få innpass i alle sektorer. Får også mye henvendelser – nevner fra både Hdir og fylkesmannen. En må derfor ha ansvar. Rådmann og ordfører har formelt sett ansvaret fra nå, men folkehelsekoordinatorer har likevel ansvar for veldig mye.	Mål å ha god oversikt over hva som foregår der ute, sånn at man kan koble ressurser og tenke sentralt. Det som er vanskelig å finansiere og ha ressurser til ute i kommunene må være statlig ansvar. Eksempel - utarbeide Veilederen for FLS. Ble publisert før planlagt grunnet stor etterspørsel. Tilbakemeldinger på at det har vært nyttig. Sentrale myndigheters ansvar/arbeidsoppgaver: Innspill til stortingsmeldinger, blant annet til en om «velferdsutanningene» og hva som er fornuftig kompetanse å ha inn i grunntidningene. Sprikende hva man lærer om for eks. levevaneområdene. Kompetansestrategi for at det skal skje endringer i folkehelse, bedre folkehelse. Blant annet ved etterutdanning – øke kompetanse om forebyggende helsetjenester, helsefremming, levevaneområdene og om hvordan gjøre endringer.	«Sprellemann» - jeg har tusen tråder ut, og så må man på en måte bare dra i noen av trådene innimellom. En stilling som det her er jo en koordinatorjobb hvor du på en måte må ta tak i de personene på veien som kan hjelpe deg. Og så må du på en måte overse de som ikke kan det. Du er avhengig av ildsjeler for å få til noe. Folkehelsearbeidet og det forebyggende arbeidet er veldig sårbart. Når man sitter i en stilling som det her og har ansvar for så mye, så er det ganske sårbart hvis man blir borte, for da er det ingen som kan ta arbeidsoppgavene, da faller alt i grus når du er borte. Så det synes jeg er veldig synd med det forebyggende arbeidet, at det tar så lang tid å få det opp. Det blir ikke brukt så mye penger på det, og det blir ikke sett på som så viktig. Det er veldig sårbart.	Være tydelig på at vi jobber med levevaneområder, med friskliv, og hva det er. Vi er kompetansesenteret i kommunen på helseatferdsområdene. Skal ha kunnskap og god oversikt over det som finnes av tilbud i kommunen. Samarbeid er nøkkelen - vi får ikke til noe alene. Kraftsenter som jobber med å finne ressursene der ute, koble de, utenom oss selv også, gjerne det, men noen ganger er vi med i koblingen. Få til gode tiltak som gjør det enklere for flere å ta helsemessige gode valg. Vi skal jobbe med de som trenger det mest, og det er det viktige her. De som klarer seg selv, de skal ikke vi bruke ressurser på. Vi må hele tiden gjøre noen prioriteringer når henvendelsene kommer. Det blir svært viktig å være tydelig på avgrensning. Videreutvikle konseptene, og hele tiden tenke hva vi med minst mulig ressurser kan få mest mulig igjen for. Og det er ikke vi som skal få igjen for det, men innbyggerne i kommunen.
Andre viktige tiltak enn FLS	Planarbeid er kjempeviktig. Følge opp at det er helse i alt en gjør – få folkehelse inn i planarbeidet. Legger forutsetningene for hvor kommunen skal gå. Regulering av byggefelt, men også hele kommuneplanen. Oversikten over helsetilstanden er også viktig. Det vil legge føringer for hvordan en skal jobbe.	Det er jo en del spennende som skjer nå, som vi ikke helt vet konsekvensen av ennå. Nye tiltak som settes i gang. Sånn i oppfølgingen av Samhandlingsreformen - målet er å forebygge mer. Delt ut samhandlingsmidler for utprøving, skal ha et lokalmedisinsk senter, lærings- og mestringstilbud i kommunene. Noen har jobbet med dette i lang tid og mener det er gode løsninger, så det blir spennende å se hvordan det går når det blir satt i verk, om det gjør en forskjell!	Vanskelig å komme på noe konkret, men markedsføring fra store aktører kan være viktig. Det beste hadde vært om det hadde blitt en trend å leve sunt igjen!	Veldig viktig å ha en arbeidsgruppe på rådmannens nivå, tverrsektorielt besatt, med folk fra ulike sektorer som kommer med innspill til rådmannen, til strategier, til tiltak i forhold til kommuneplanen. Folkehelsearbeidet må forankres på toppen, gjennom en tverrsektoriell involvering. 15 med videreutdanning innen folkehelse i kommunen – stor betydning at folk får kunnskap om folkehelse. Arrangert lokale temakvelder på folkehelse for å øke kunnskapsnivået. Oversikt over helsetilstand/utfordringer er viktig for å vite hva slags tiltak som er viktig for kommunen. Frivillig sektor viktig, men terskelen kan bli høy for mange. At skolen er et godt sted å være.

				Alt det som gjøres innenfor tjenesteytingen i kommunen, handler jo om folkehelse egentlig. Godt læringsmiljø, kultur, kulturskole, lavterskel. <i>Idrettslag</i> ser på seg selv som aktør, men de er ikke alltid sentrale aktører i praksis. Aktiviteter for de som er aktive. Idrettslagene har mye å bidra med ettersom de får mye økonomisk støtte og de <i>bør være lavterskel og aktør i folkehelsearbeidet</i> . Utdrøning å drive idrettslag og lage aktiviteter for barn og unge som ikke er overivrige selv.
FLS				
Hva er FLS?	-	Bestemte krav til tilbud for at det skal kunne kalles en FLS: 3 Kriterier. Nr. 1 – <i>mottakssamtale/frisklivssamtale/motiver ende samtale</i> må inngå, og skal tilbys uavhengig av om du kommer med henvisning eller ikke (FLS som lavterskeltilbud, ansvar til hver enkelt FLS – ikke alle steder tar i mot deltakere uten resept). Nr. 2 – <i>strukturett oppfølgingsperiode</i> , akkurat hva den skal inneholde er ikke spesifisert, men skal ha en plan. Nr. 3 – etter strukturert oppfølgingsperiode på 12 uker skal <i>ny samtale gjennomføres</i> for å legge en ny plan og se på hva som skjer videre. Kan i tillegg bli fulgt opp med en sms eller tlf i blant.	<i>Kommunalt kompetansesenter, som jobber med fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt</i> . Noen som også har tatt inn for eksempel <i>psykisk helse og alkohol</i> . Frihet ift utforming av tilbud. Hvis jeg ser på FLS i kommunen i dag kan det ikke defineres slik, når man er én person. Men i det store og det hele er det det jeg ser.	<i>Kommunalt kompetansesenter på levevaneområdene</i> . Fysisk aktivitet, kosthold og tobakk, og det omfatter også tilbud innen psykisk helse. Strukturert henvisningsordning gjennom reseptordningen. Diskusjon om det skulle være én eller to s'er i «frisklivssentral», og synes begrepet var litt tungt, men trodde allikevel det sa litt. Viktig at FLS er et sted – det kompetansesenteret. Har falt ned på navnet nå. Navnet har vært litt ulikt rundt omkring, men alle har vært enig om at det er viktig å enes om navn. Tenker <i>friskliv er et godt begrep på levevaneområdene</i> . Et videre begrep som mange i en kommune kan jobbe med. Tilbud innen levevaneområdene som gjør det enklere for flere å ta helsemessig gode valg.
Bakgrunn/erfaring/utvikling	De konkrete planene startet for litt over fem år siden. «Partnerskapsamarbeid innen folkehelse» – samling av fylkesmann, fylkeskommune, sykehus, kommuner, universitet og frivillige. Prøvemodeller rundt forbi i landet. Samarbeid mellom fylkesmann, fylkeskommune og kommuner. Denne kommunen var aktivt med og prøvde ut for å starte opp først. Plukket det beste fra de andre modellene. <u>Oppstart:</u> Få mediedekning, sendt ut legeinformasjon, kontakt med samarbeidspartnere generelt. Startet i det små. Fikk ingen ekstra ressurser, var en	Det har skjedd mye i løpet av noen få år. Modum er den FLS som har holdt på lengst, siden 1996. Så var det Alstahaug i Nordland, startet i 1998, så der var de også ganske tidlig ute med «rim på resept» eller «fysisk aktivitet på resept» i hvert fall et sted en fikk en henvisning for å delta, få aktivitet. Aktivitet skulle være medisin i stedet for piller og annet man fikk hos legen. St.meld. 16 ligger som bakgrunn, som sa noe om at vi må forebygge mer og reparere mindre. Grønn resept ble lansert i denne st.meld og var egentlig tenkt som en utvidelse av røykeavvenningstaksten som legene	<u>Oppstart:</u> Kartlegge hva som finnes i kommunen fra før, og hva en FLS i kommunen kan samarbeide med av det som finnes fra før. Skape samarbeidspartnere, både innen kommunen og innen idrett og private lag og foreninger osv. Mye sånne usynlige oppgaver som systematisering og struktur av tilbudet. Lage en helsesamtale som man kan gå gjennom, journalføring, hvordan skal man få tatt inn penger og resept, hvordan skal den trykkes opp. Har også tatt initiativ og startet et sånt <i>frisklivsnettverk</i> her i distriktet. Siden jeg var litt lei av å sitte	Vanskelig å få penger til oppstarten. Prosjekt i trykdeetaten i tre år, så gikk det bra, var mye oppmerksomhet rundt det, vi hadde en veldig tydelig mediestrategi, hadde sterke personer som fulgte oss tett, som hadde stort nettverk som vi dro veldig nytte av. En kjent idrettsprofil, var en av foregangspersonene. Som med sitt nettverk sørget for at vi fikk besøk av både trykdedirektøren og helseministeren den gangen, Dagfinn Høybråten, som sa at dette er et eksempel til etterfølgelse, det var viktig. Etter prosjektperioden, så var det ikke

	<p>omprioritering av stillingsressurser. Valgte å starte et sted, og har bare bygget videre ut i fra det.</p> <p><u>Utvikling:</u> Utvidelse av tilbud, kompetanse, bygging. Har fulgt med på det som har skjedd. Heldig situasjon der de har kunnet lære av andre og få en tilpasset modell til kommunen. Ser fra Veilederen (Hdir) at modellen kommunen har valgt er tett opp mot det som beskrives der. De andre modellene hadde liksom tre mnd og så var det ut, mens denne kommunen med en gang tenkte at det er for kort tid. De har utvidet ift det, og har også hatt et samarbeid med frivillige fra starten av.</p> <p><u>Erfaring så langt:</u> Positiv. Må hele tiden ut å markedsføre, noe som er en stor jobb. Leger må oppdateres, men kan aldri nå alle legene – det har kommunen innsett. Derfor har de åpnet for at en kan ta kontakt uten å ha vært innom legen først. Har utvidet hvert år med nye tilbud. Startet opp med to tilbud innen fysisk aktivitet – nå finnes ti, pluss, pluss, pluss. Vi har jo kommet en vei!</p>	<p>allerede hadde. Tenkte at legen kunne gjøre mer for livsstil på legekontoret ved å veilede ift fysisk aktivitet og kosthold. Grønn resept gjaldt for de som hadde diabetes type 2 eller høyt blodtrykk og som ikke gikk på medisiner – ganske snever gruppe. Sprikende tilbakemeldinger på resepten, savnet å kunne henvise pasientene videre. Noen FLS som hadde startet opp så smått og gjort noen spede forsøk, særlig i forhold til aktivitet, ikke så mye på verken kosthold eller røykeslutt på den tiden. Bevilget midler for å prøve ut ulike oppfølgingssystemer til grønn resept i fem fylker. Tanken var å se hvordan vi kan følge opp de pasientene som trenger en livsstils-intervensjon, eller hjelp til å endre levevaner. Ordningen ble evaluert av Møreforskning, og det ble gjort en masteroppgave også som så på hvordan det virket. Konklusjon: Positivt, enkelt å administrere, godt tilpasset for deltakere, når mange med lav utdanning. Altså god effekt, når målgruppe og får gjort noen endringer. Ble også gjort en studie ledet av NTNU året etter, eller i hvert fall litt senere. Sammenlignet tradisjonell frisklivstrening med systematisk fire minutters intervaller, litt høyere intensitet. Begge deler fungerer. Noe av det mest spennende, synes jeg, var det at man så at de som deltok rapporterte bedre selvpoplevd helse. De følte seg bedre sånn generelt, de økte det sosiale aktivitetsnivået, og det var opprettholdt også året etter. På bakgrunn av dette ble det skrevet en tilrådningsrapport fra Hdir til HOD om at FLS er noe vi ønsker å gå for, at det ser ut til at det har god effekt. Har også vært gjort noe nordisk forskning, og noe internasjonalt, men det er fortsatt et område det er gjort lite på. Fra svensk kost-nytte studie: Det er lite innsats som skal til for å få god effekt. Tanken med FLS å få god effekt med minst mulig ressurser. Det handler om å klare å snu både sykdomsutvikling,</p>	<p>her alene på kontoret og gni på ideene mine, så tenkte jeg da prøver jeg å ta kontakt med andre kommuner som har FLS sånn at vi kan møtes. Og nå tror jeg vi er 15 stykker eller noe sånt som møtes annenhver måned da Det er ingen FLS som drives likt, og da kan vi dele erfaringer og utfordringer og komme med gode ideer til hverandre. Det er fantastisk i det arbeidet her, fordi alle deler på ideene sine. Jeg som kommer fra treningssenterbransjen ser at der sitter du på en måte inne med ideene dine alene, og der skal du ikke dele med noen. Mens her er det helt stikk motsatt, alle sender deg alt informasjon de har, og det er utrolig åpenhet. Det hjelper veldig mye. I oppstartsfasen har det vært veldig viktig å ha noen andre å støtte seg på. Jeg har folkehelsekoordinator som sitter i kontoret ved siden av her. Han har jobbet i kommunen i mange år, og har hjulpet mye med oppgaver. Så det er mye jobb, men det er veldig gøy da. Planlegging/oppstart lå litt mellom linjene i stillingen som prosjektleder for fysisk aktivitet ettersom de som satt litt høyere opp i systemet hadde sett litt på FLS. Men jeg tok initiativ i oppstarten fordi jeg synes det var spennende. Startet med frisklivsresepten i april, etter påsken. Jobbet mer med etableringen etter det.</p>	<p>sånn at kommunen var klar til å overta ansvaret, vi ønsket jo det. Det var jo det som var målet, for det må være kommunalt, skal ikke ha noen kommersielle interessert. Vi levde på overskuddet vårt med bedriftshelsetjenesten som arbeidsgiver i litt over ett år. Så var kommunen klar, så da ble vi en del av helse- og sosialetaten, som en avdeling der. Har hatt kontakt med fylkesmannen i alle år. Personlig engasjement hos en rådgiver i fylkesmannen som engasjerte seg uten å egentlig måtte det. Han så at dette her var viktig, så han løftet det frem. Og på den måten så kom kontakten med helsedirektoratet også etter hvert. De første årene var det ikke et kurs å reise på, det var ingenting, vi var helt alene, og vi startet med å løpe rundt i skogen med tre-fire altfor sprekke personer, som ikke hadde noe på en frisklivscentral å gjøre. Vi har startet opp mange ting som vi ikke har fått til, vi har gjort mange erfaringer i forhold til hvordan man ikke skal gjøre ting. Fokus på implementering av de andre levevaneområdene etter hvert. Vi har vært utviklingsorientert og sett fremover, og ikke latt oss skremme av forandringer. Så det har vært måten å tenke på da. Og så har vi delt med oss, vært veldig opptatt av det, og tenkt at hvis vi deler, så vil vi få igjen for det. Både det som har gått bra og det som har gått dårlig. Jobbet mye med forankring lokalt. Så at det var viktig å drive lobbyvirksomhet i forhold til politikerne. Brukte media som en strategi, hadde stadig oppslag fra ting vi gjorde, hvor deltakere stod frem. Når vi hadde besøk utenfra så hendte det at vi ringte til lokalavisen, sånn at alle kunne se at vi hadde besøk utenfra. Det snudde når helseministeren sa at dette er bra. Etter det har alle politikerne vært stort sett positive. Ikke alle har visst hva det har vært, hva innholdet er, men har forstått at det er bra for kommunen. Etter å ha</p>
--	--	--	--	--

		komme inn tidlig i forebyggingsfasen, og spare unødvendige utgifter i form av medisiner og sykemeldinger, depresjoner osv. Nå: samhandlingsreformen som følger opp st.meld 16. Forebygge mer for å reparere mindre. Nasjonal helse- og omsorgsplan – plan for hva vi skal gjøre de neste fire årene. FLS nevnes som et av flere tiltak. Viktig for å forebygge mer og bedre.		blitt et kommunalt tilbud fikk de på nåde lov til å være en avdeling, men krevde en viss egeninntjening, blant annet ved å ta på seg all aktivitet på en psykiatrisk behandlingstjeneste, slik at denne institusjonen holdt liv i FLS. Vi kan ikke tjene penger på den målgruppen vår – egenandelen må være lav. I to-tre år visste vi ikke om vi hadde jobb etter nyttår, så det var usikkert. Nå er det ikke det. Nå har vi til og med fått tilleggsbevilgninger i løpet av året, fordi vi har fått så mange flere resepter. Alle er enige om at dette må prioriteres. Veldig mange har skjont at effektene kommer om noen år. Har også vært opptatt av å formidle at dette ikke koster mye. Det koster 0,5% av helse- og sosialbudsjettet i kommunen. 1,3 millioner har frisklivssentralen kostet kommunen i de senere årene, for vi tjener fortsatt penger. Vi har også fysioterapeuter som vi får lønnskudd på, og det er også en inntekt.
Inspirasjon	Inspirasjon ble hentet fra Modum, Nordland og Kristiansand. Det beste ble hentet fra hver modell.	«Fysisk aktivitet på resept» – Sverige var tidlig ute og har hatt flere forsøk på det. Nordisk nettverk, som møttes annet hvert år eller noe i starten hvor man utvekslet omkring fysisk aktivitet eller mosjon på resept. Men svenskene har ikke vært like strukturert som vi var her i Norge. Danmark kom også etter, etter hvert, og var veldig gode på det overordnede, altså med å lage systemer og strukturer og sånt, men har ikke vært like gode på å så få det spredt, og fått det ut i praksis da.	Fra frisklivsnettverket, samt benyttet veilederen i stor grad.	Kjent idrettsprofil og hans kone som jobber i bedriftshelsetjenesten, en trykkesjef i kommunen, som var veldig sentral, mål å få tak i tilbud til de som beveget seg minst. Det var fysisk aktivitet det handlet om, og å redusere antall sykemeldte, for vi så at vi var veldig høyt når det gjaldt sykemeldinger. Så til Sverige til kommuner der som jobbet med friskliv. Studiebeseøk til Stange hvor de hadde noe de kalte FLS, men som var et prosjekt for renholdere som gikk på fysisk aktivitet – veldig bra. Derfra kommer ordet «frisklivssentral».
Om veilederen	For vagt om FLS – trenger et klarere krav om/påbud til kommunene. «At det er mer må». Synes videre at innholdet er tett opp i mot det vi driver med. Men det er klart at det er tilpasninger til. En ser for seg at FLS er et hus – og det er det ikke mange plasser.	Usikker på om alle kommuner fikk beskjed da veilederen ble publisert. Et mål å spre budskapet når veilederen nå skal revideres. Men utfordrende å holde lister oppdatert. Adresser/ansatte ved FLS skifter – derfor utfordrende.	Veilederen har jeg brukt fra side én til side 180. Den har vært kjempe bra, er veldig fornøyd med den. Opp til hver kommune hvordan man gjør det - lokale tilpasninger. Mange FLS har sitt eget aktivitetstilbud, mens her i kommunen hadde vi aktivitetsbedriften fra før, så da ble det naturlig å samarbeide med dem fra starten. Hdir er veldig glad for å få tilbakemeldinger. Så man er ikke redd	Jeg føler at vi har bidratt inn i den, for den er egentlig en beskrivelse av vår kommune-modell. Vi har nytte av den. Vi kan ta den frem og vise at det ikke bare er noe vi duller med her, det er en nasjonal veileder. Så den er nyttig. Vi bruker den i forhold til politikere, vi vifter med den stadig. Her har vi anbefalingene.

			for å si i fra, hvis det er noe som er uklart eller noe man er uenig i. Hdir er også kjempe behjelpelige.	
Forankring/organisering	Plassert under <i>helsetjenesten</i> . Drives, driftes fra <i>fysioterapiavdelingen</i> . Tanker om å få inn psykisk helse mer aktivt. FLS er forankret i kommuneplanen, står beskrevet at den skal videreutvikles, noe som er veldig bra. Få det konkret inn der.	<i>Link mellom helsetjenesten og egenmestring utenfor helsetjenesten.</i> Tanken er at <i>frisklivsresepten henter opp folk i helsetjenesten, og bringer de ut av helsetjenesten</i> . Krever godt samarbeid mellom frivillige, private og andre offentlige aktører. Helsetjenesten har ansvaret for frisklivsresepten, men viktig å samarbeide med andre sektorer også. Må fortsatt jobbe mye med forankring mange steder. Men mange gjør også en god jobb med å få det inn i planverket. Enklere ettersom mange begynner å få erfaring + veilederen – ha noe å vise til i kommunen. Sikkert mye som kan gjøres, sikkert mange som sliter, får tilbakemeldinger ift økonomi – vet vi skal forebygge og vil gjerne gjøre det, men vi har så mange branner å slukke. Tror det er lettere å starte, fordi man skjønner mer viktigheten av at skal man få til noe på sikt, så må man forankre og tenke litt langsiktig. Det her er ikke noe vi skal gjøre det neste året, men vi skal fortsette med det. Bruke hverandres erfaringer. FLS – helsetjeneste. Ikke nødvendigvis at den med overordnet ansvar må gjennomføre de daglige aktivitetene. Rundt 140 FLS som er eksisterende rundt nyttår (2011/2012).	I dag organisert under virksomhet <i>helsetjenesten</i> . Inkluderer forebyggende helsetjenester, rehabiliteringsavdelingen og stab. Hører ikke til under noen avdeling, men rett under helsetjenester. Er inne i en omorganisering. Fra 01.01.12 blir FLS fast i kommunen og skal inn i en helt ny enhet – helsetjenester ligger under <i>kommunalområdet levekår</i> . Informanten har en virksomhetsleder for helsetjenester og en kommunalsjef for levekår som hun forholder seg til. Så er rådmannen over der igjen.	Først <i>trygdeetaten</i> – prosjekt, deretter med <i>bedriftshelsetjenesten</i> som arbeidsgiver, og når kommunen var klar – ble FLS en del av <i>helse- og sosialetaten</i> . Etter hvert godt forankret i planer osv. Organisatorisk plassert i helse- og sosialsektoren.
Økonomi	Fra starten av sagt at dette ikke er et prosjekt, men noe som skal innlemmes i ordinært tilbud. Derfor omprioritering av stillingsressurser. Fått midler etter å ha søkt fra fylkeskommunen hvert år, stimuleringsmidler, som blir brukt på tiltak (kurs, leie av lokaler og div). Dette har vært nødvendig for å kunne drive kostholds- og røykesluttkurs bl.a. Helsetjenesten spytter også i en del ekstra, men vi er på en grense hvor en er nødt til å få noe mer stillingsressurser hvis en skal utvide enda mer. Har til nå drevet veldig billig og på et veldig lavterskelnivå i forhold til både lokaler og det meste.	Til nå (2011) er det fylkeskommunen som har videreført midler til kommunene ift FLS. Mens fra 2012 er det fylkesmannen sin oppgave. Håper at midlene som blir overført, frie inntekter og sånt, at man klarer å disponere det på en god måte, og at det er nok til at man får til en god tjeneste. At man skal tenke hele perspektivet fra forebygging og så til behandling og oppfølging.	Prosjektet har gått på prosjektmidler, som har vært spart opp over flere år, folkehelsemidler, og så har vi fått litt fra fylkeskommune og litt sånn forskjellig. Fra 01.01.2012 så blir FLS et fast tilbud i kommunen, da er det lagt inn i budsjett. Så det ble lagt frem for politikerne i år, som et saksfremlegg, og ble vedtatt enstemmig. Har et driftsbudsjett på 700 000 med lønnsmidler. Så da er det lagt fast inn i budsjett- og handlingsplanen.	1,3 millioner kroner, i rene penger da, som vi trenger. I år så har vi fått 1,5, for vi fikk 200 000 i tillegg for det var viktig at det ikke ble for lange ventelister på resept. Og vi koster ca. 2 millioner, gapet dekkes opp av ca. 300 000 i fastlønnstilskudd på fysioterapeutene. Egeninntjening på ca. 200 000 uten at vi stresser, vi gjør jo ikke noe for det, det bare skjer gjennom egenandeler. Så har vi alltid fått noe fra fylkeskommunen, gjennom en partnerskapsavtale. Gjennomføringsmidler, i år ca. 75 000 fra fylket. Akkurat nå søkt midler fra Hdir for å jobbe mer med de unge, og

				<p>samarbeid med frivillige lag og foreninger (noe som var utlyst). Så nå får vi et par hundre tusen i det prosjektet. Har vært sånn opp igjennom, at vi også har søkt om prosjektmidler. Har tidligere jobbet med barn og vekt, sammen med helsestasjon og skolelege, og der også har vi mottatt prosjektpenger over noen år. Opptatt av at vi er ferdig med å drive prosjekt for prosjektet sin del. Alt vi gjør tenker vi at skal være en del av varig drift. Hvis vi ser at det vi prøver ut er fornuftig å drive drift på da. Vi er helt forsynt med sånn opp som en løve og ned som en skinnfell i forhold til prosjektjobbing. Folkehelsearbeid/frisklivsarbeid er alt for viktig til at det skal være prosjektbasert. Og det må skje noe med det nå som lovverket er der, så må også midler og penger følge det lovverket. Når det kommer penger over som da kalles samhandlingsmidler, som helt klart kan også brukes til friskliv, så er det en utfordring at kommunene er redde for å ikke ha nok penger til de utskrivningsklare og medfinansieringen, så det er nok ikke mange kommuner som merker at det blir romsligere på frisklivssiden, selv om man får noen millioner i samhandlingsmidler. Øremerking tror jeg må til for å få det til, fordi så lenge man ikke må, så gjør man det ikke. <i>Små kommuner har kanskje 40% friskliv – begrensede ressurser både ift ansatte og midler.</i> Det er ikke rosenrødt rundt omkring.</p>
Fysisk plassering av FLS	<p>Et ekstremt «lokal-problem» i kommunen. Men ift fysisk plassering er det å bruke det de har. Lokalitet 1 ligger samtalerom (fysioterapikontor) hvor motivasjonssamtalene foregår, samt varmtvannsbasseng, treningsrom til fysio-pilates. De får også låne dagsenteret her til kostholds-kurs osv., og forsøker å få samlet en del der. Lokalitet 2 brukes to ganger i uken til en utegruppe som spiller fotball og til gå-gruppe. Friskis og svettis sine lokaler,</p>	-	<p>Her (et lite kontor/rom på rådhuset). Grunnen til det er fordi det er såpass nyoppstartet, pluss at vi samarbeider med aktivitetsbedriften. Derfor har vi ikke sett nødvendigheten med å ha et lokale for å starte opp. Synes det var viktigere å starte opp, og får heller ta lokalene etter hvert. Fint i oppstartsfasen å være nærme alle de jeg skal ha tak i hele tiden. Håper på å kunne få bedre lokaler enn dette, men foretar foreløpig samtaler med deltakerne her, og så er jo</p>	<p>Har ikke alltid hatt så mye å skryte av, satte i gang uten noe særlig lokale i det hele tatt. Har ikke gymsaler eller haller, bruker mye uteområdene som er kjempe fine.</p>

	<p>men har ønsket å samle mer her – begrenses økonomisk. I tillegg har de en forferdelig gymsal. Åpen dør til rom hvor motivasjonssamtaler gjennomføres to ganger i uken – på et fysioterapeutkontor. Ønsker oss et lokale med møterom og treningsrom. Basseng er kanskje noe en må ut å finne uansett. Ønske om et sted som er FLS hvor seniorturer og egentreningsgrupper kan gå fra osv. Er under planlegging – er et vedtak i kommunen å jobbe videre med en helselokalitet med fokus på familier, og her er ønske om FLS-lokaler lagt inn, både for treningssaler og kontorer. Men økonomien er ikke lovende, så det tar nok litt tid.</p>		<p>aktivitetsbedriften rundt omkring i kommunen på forskjellige steder (idrettshall, svømmehall, treningssenter).</p>	
<p>Ansatte/kompetanse/årsverk</p>	<p>Minimum 100% fysioterapistilling i tillegg til det jeg bruker. Foreløpig delt det på de faste fysioterapeutene, for å ha anledning til å ta det litt og litt, utvide litt og litt og for å ikke gjøre det sårbart! Mål om å få inn flere grupper. Fra nyttår mer psykisk helse inn med psykiatriske sykepleiere. Har hatt inne en sykepleier med videreutdanning i forebyggende arbeid som har hatt noen grupper. Har leid inn på kosthold, noen av fysioterapeutene har etter hvert tatt bra-mat kurs, og alle har ganske omfattende kursing i motiverende intervju.</p> <p><u>Kompetanse:</u> Synes de trenger mer innenfor noen av områdene. Eks. innen rus og migrasjonshelse. Men de dårligste innen rus, de starter gjerne ikke med å gå direkte til FLS. De går gjerne om treningskontaktordningen vi har. Hun har selv en god del av kunnskapen der, ettersom hun jobber mye med treningskontaktordningen. Får inn en del innvandrere som deltakere, og ift det jobber de tett med en voksenopplæring med tilknytning til minoritetsbefolkningen og får en del veiledning der. Men behov er meldt inn fra hele kommunen, at en trenger mer kompetanse på det. Både en styrke og en svakhet at det bare har vært fysioterapeuter inne. Men de har hatt</p>	<p>Kompetanse på fysisk aktivitet har vært lettere tilgjengelig. Få utdannede ernæringsfysiologer for eksempel, i forhold til fysioterapeuter. Røyk – ingen egen utdanning. Har sett etter hvert at dersom man behersker å hjelpe folk med å gjøre endringer generelt, ved eksempelvis motiverende intervjuer, så må man ikke nødvendigvis ha dyptgående fagkunnskap på alle områder. I forebyggende perspektiv så kommer man ganske langt med å kjenne de nasjonale anbefalingene. Og å kunne snakke med folk om endring, altså beherske endring likt da egentlig. Så da har man sett at FLS, selv med en fysioterapeut ansatt, kan gjøre ganske mye ut over det. Dersom man er ryddig på å veilede hvis man trenger det, sende videre, vite hva man kan og ikke kan.</p> <p><u>Kompetanse Hdir:</u> Én stilling de par siste årene, og en ekstra stilling nå et halvt års tid, som et engasjement. Men er tilbake på en stilling igjen. Fra neste år vil det være <i>to hele stillinger</i> – betraktelig økte ressurser. Har et eget <i>frisklivsteam</i>: ei på kosthold, som kjører Bra-Mat-kurs, psykisk helse, alkohol, tobakk. Møter annenhver uke, og jobber sammen i forhold til strategier. Skal arrangere frisklivskonferanse i februar, og da er det kjempe viktig i forhold til</p>	<p>Ett årsverk (100% fast stilling) på friskliv fra 01.01.12. Det jeg har mest kompetanse/utdanning innenfor er å jobbe med lavterskeltilbud, fysisk aktivitet i forhold til livsstilssykdommer og kosthold. Tror nok ikke de mener at en person skal sitte med all kompetansen, men de ser jo for seg at det her skal være et kompetansesenter. Så det er jo det å få inn forskjellige yrkesgrupper inn i FLS, sånn at man kan jobbe i et tverrfaglig team da. Det tror jeg at er helt avgjørende for å få en god FLS. Det tror jeg nok er utfordringen for mange FLS også, er at det, det blir fort ansatt veldig mange i samme faggruppe, og at det da blir på en måte kanskje litt ensformig.</p>	<p>Tre fysioterapeuter, men ikke i fulle stillinger, 2,7 årsverk. Kroppsøvlingslærer i 70%. Sykepleier i 20% med samtaler, knyttet opp til reseptordningen. Så har vi en som har sitt fagområde i frivillig arbeid, som ikke har utdanning innen helse, men han driver med eiendom, og kjenner bygda veldig godt. Han er også engasjert i veldig mye frivillig arbeid, og har stort nettverk. Kjempe viktig ressurs for FLS. Informanten føler at kompetansekravene i veilederen dekkes/blir ivarettatt på deres FLS. Ser begrensning i forhold til rus/alkohol. <i>Skal ikke være noe behandlingssted</i>, men kan «så frø»/be deltakere om å oppsøke fastlege/hjelp.</p>

	<p>ærlighet om at det er fysisk aktivitet de kan mest om og har satset på. Har bygget opp kompetanse på kosthold og leid inn folk – hatt inne ernæringsfysiolog. Får nå også psykisk helse inn tettere.</p>	<p>det. Men det er ikke noen hele stillinger. Morsomt å jobbe med, fordi det er så mange som er opptatt av det. Merker at det er et satsningsområde fordi det gjennomsyrer tankegangen, at man tenker friskliv i det andre arbeidet vi gjør da, og ser hvor man kan utnytte FLS. Kompetanse: Kompetansekravet innebærer kompetanse FLS bør ha, men enkeltpersoner som konkret jobber med FLS skal ikke nødvendigvis ha oversikt på alt. Kompetanse tilgjengelig gjennom å koble ressurser, tror det avhenger litt av hvilke problemer man står ovenfor til daglig. Varierende. Eks. Oslo – minoritetshelse viktig. Har ikke gjort kartlegging av kompetanse ved ulike FLS, men presenterer samarbeid innad i kommunen som viktig for at det skal være gode muligheter for bred kompetanse i kommunene.</p>		
Aktuelle yrkes-/faggrupper	<p>Mange er aktuelle. Mer personavhengig enn yrkesgruppe i fokus. Nevner at mange er folkehelse- og idrettsutdannede. FLS skal forankres i helsetjenesten, det må det nok, men kan likevel bruke andre yrkesgrupper inn på noe, kanskje grupper. Det er forskjellig fra kommune til kommune. Ernæringsfysiolog kunne vært aktuelt som yrkesgruppe. Grunnen til at det er fysioterapeuter er at de var de eneste som var villige til å ta det i oppstarten, det var ingen andre som ønsket det. Påpeker at hun tror dette er gjengs i mange kommuner.</p>	<p>Folkehelse: Nesten ingen som ikke er viktig. Kommunen må ha god oversikt og tenke helse i alt de gjør. Hele kommunesystemet må kunne noe om det. De som har greie på fysisk aktivitet vil være viktige i forhold til det levevaneområdet, må kanskje i tett dialog med arealplanleggerne ift miljørettet helsevern. Koordinator litt sånn sentralt plassert i kommunen som skal ha litt oversikt og trekke i noen tråder er lurt for hver enkelt kommune. Og på sikt også folkehelse i hele Norge. Men kommunene må jobbe godt der ute. Naturlig at det er helsepersonell som er ivrige i helsetjenesten. Rektor, lærere, assistenter og kroppsøvingslærere kan være viktige. FLS: Autorisert helsepersonell med overordnet ansvar, men trenger ikke nødvendigvis være denne som gjennomfører de daglige aktivitetene. Fordi dersom flere er ansatt, at man har forskjellig kompetanse og forskjellig bakgrunn. Fordi FLS når, eller skal nå utrolig mange forskjellige typer mennesker, jobbe med forskjellige problemstillinger, så er det en fordel at</p>	<p>Drømmesituasjon: hatt inn en fysioterapeut, og kanskje ikke en psykolog, men noen som har erfaring innenfor psykisk helsearbeid, gjerne en ernæringsfysiolog. Og så spør det jo på en måte hvilke tiltak man skal ha opp, men hvis man skulle hatt noe i forhold til rus, så ville det jo vært behov for kompetanse på det. Og noen innenfor røykeslutt hadde vært fint. Det er mye kursing da, og ikke bare utdanning. Men i første omgang fysioterapeuter og ernæringsfysiologer, så får man heller utvide med enda flere etter hvert. Sykepleiere med spesialutdanninger er inne, og så finnes det mange utdannelser som man ikke helt vet hva heter egentlig. Samfunnsnærings og sårne studier som jeg ikke har så god greie på hva inneholder. Så lenge man har utdanning innenfor noe av det man skal jobbe med i en FLS, så er man jo relevant egentlig. Fort gjort at man låser seg i de faggruppene som har finnes lengst, og det gjør jo FLS også. Gitt tilbakemelding til Hdir på at de legger for stor vekt på at det skal være fysioterapeuter som skal være leder av</p>	<p>Veldig viktig med forskjellig bakgrunn. I veilederen står det at den som skal være faglig ansvarlig må ha en helsefaglig utdanning. Positivt i forhold til reseptordningen, for samarbeid med legene - de er vant til å samarbeide med de tradisjonelle helsefaglige, sånn at vi blir sett på som en troverdig og kompetent aktør da. De som jobber der må også vite nok til å si at det ikke er farlig. Fint med noen litt friskere, altså, de må være friske de som har helsefagutdanning også, friske i tankegangen sin. Men det er veldig bra å ha folk med idrett, fysisk aktivitet og helse på idrettshøgskolen, kroppsøving osv., og pedagoger, man må ha visse pedagogiske innsikter for å kunne nå frem. Kunnskap om motiverende samtaleteknikker er viktig. Andre yrkesgrupper: sykepleiere, ernæringsfysiologer, psykologer, fysioterapeuter som veldig mange er og som egner seg bra det, men man må vite at man er ikke ekspert på alt, man må trekke inn andre. Viktig å være åpen i forhold til at det kan være nye utdanninger også, som kan være veldig</p>

		<p>man har litt forskjellig bakgrunn. Sånn per i dag er det fortsatt viktig at man har mye kompetanse på fysisk aktivitet, å kunne tilrettelegge grupper på lavt nok nivå, sånn man når målgruppa. Personlig egnethet er ganske vesentlig, at man klarer å snakke med folk. At man ikke er en tradisjonell helserådgiver i ryggmargen som sitter med pekefingeren. Men at man mer hører hvor det er skoen trykker, og hva det er den deltakeren som sitter foran deg har lyst til å gjøre. Være litt kreativ på å få til ting og se løsninger, ofte kanskje med mindre ressurser enn det man skulle ønske. Foreløpig små stillinger mange steder, men dette varierer. Begynner å bli gode fagmiljøer. Et håp å få flere med kostholdskompetanse. Ha veiledere som er tilgjengelig – om det er ansatte i fylket eller om noen FLS kan utvikles til kompetansesentre. Samarbeid viktig blant annet grunnet ulikheter i kommunestørrelse. Kompetanse må være lett tilgjengelig – nødvendig med gode rutiner og kort vei til å få hjelp.</p> <p><u>Per nå:</u> noen sykepleiere, noen få ernæringsfysiologer, masse fysioterapeuter, noen fysisk aktivitet og helse-rådgivere. Helt klart at andre yrkesgrupper med helt annen erfaring også kan være aktuelle. Tror det er viktig at man på et eller annet vis har tilegnet seg litt den der kompetansen på det å kunne snakke med folk i hvert fall. At man tenker bedring av helse og levevaner. Altså, det er jo det man virkelig skal være god på. Så må man kunne noe om levevanene.</p>	<p>FLS. Hun mener at det ikke må være det. Mange andre relevante grupper, men det er ofte de som er mest kjent og som har vært mest kjent hittil som får jobbene. Og det synes jeg er litt synd. I mange kommuner bruker de de yrkesgruppene som er i kommunen allerede. I mange kommuner ligger FLS under rehabiliteringsavdelingen, og da er det jo fysioterapeuter som jobber der, og da får de ikke inn noen andre. Jeg mener ikke at det er én yrkesgruppe som skal jobbe med det, men tror det er veldig viktig at man får inn flere, med mest mulig relevant kompetanse og erfaring.</p>	<p>relevante. Sykepleiere, fysioterapi og legestudier burde ha friskliv på fagplanen sin. Så langt har det ikke kommet. Nå har de kommersielle aktørene begynt å lage en bachelorgrad i dette. Mens fysioterapiskolen, så vidt jeg kjenner til, så er det ikke fokus på levevaneområdene på den måten, og fysioterapeuter er jo en veldig viktig ressurs inni dette her. Og man ser jo at, det står jo mange steder at man ønsker seg, at fysioterapeuter skal synes i denne sammenhengen her. Da er det synd at det ikke gjennomføres av fagplaner på skolen.</p>
Henvisere + kontakt	<p>Tidligere nevnt leger. Psykiatrisk sykepleier kan også henvise, og er ofte med til den første samtalen. Ellers nevnes kiropraktor og privatpraktiserende fysioterapeuter. Kontakten opprettholdes tett med psykiatrisk sykepleier – de følger og det lages avtaler om mulighet for å snakke med dem om spesielle ting. Mindre satt i system ift fysio og kiro, og det er få det</p>	-	<p>Fastlegene, NAV, og noen fysioterapeuter som får driftstilskudd fra kommunen som henviser. Fordi fastlegen og NAV er på arena med deltakerne. Har hatt en prosjektgruppe, som en fra NAV har sittet i, som er kjempe engasjert. Avhengig av noen ildsjeler innenfor systemene som kan hjelpe deg. NAV har invitert inn på legemøtene de har, sånn at vi har kunnet</p>	<p>Fastlegene henviser 80%. NAV, de private fysioterapeutene, noen psykologer, og så er det poliklinikken på den psykiatriske behandlingsinstitusjonen som er en sånn DPS. Fastlegene har vi halvårsmøter med, vanligvis. Minst en gang i året, men som regel en gang i halvåret, hvor vi kommer inn på møter i allmennlegerådet. Når vi spør om å få</p>

	gjelder. Burde vært tettere samarbeid, men en snakker jo sammen. Kommunen er ikke så stor. Fysio som driver det meste av FLS. Samme gjelder også leger. De får rapporter, og vi ønsker at de skal følge opp, men det er personavhengig. Også noen som henvises fra sykehuset.		snakke med legene – avgjørende. Har også sendt brev til fastlegene innimellom, for å informere. Tar enormt mye tid med dette arbeidet, men ser at du kontinuerlig må kontakte de og informere om at tilbudet fortsatt finnes, ellers dabber det av. Ca. 20 fastleger i kommunen, men maks ti av dem som har henvist. Så noen bruker det masse, mens andre ikke i det hele tatt. Viktig å jobbe med informasjon mot henviserne sånn at de henviser riktig målgruppe.	komme, så er vi hjertelig velkomne. Jeg tror grunnen til at vi har et så godt samarbeid med legene, er at vi var veldig tydelig med å ta dem med på råd når vi utviklet resepten. Det kan man gjøre i alle kommuner, for man trenger ikke å si at det skal være på en bestemt måte. Man kan velge lokale varianter, det er viktig. Sånn at legene ikke opplever at dette er noe som blir tredd nedover hodet på dem, men at dette er faktisk noe de kan ha veldig god nytte av i deres arbeid, med endring. NAV har vi en formell samarbeidsavtale med, sånn at vi har møter en gang i halvåret, og de informerer de brukerne hos seg da, som det er aktuelt for, om tilbudet. De følger også opp når de vet at folk er hos oss.
Markedsføring	Bruker media, facebook med egen side, nettsiden til kommunen, prøver å ha noe i avisen hvert halvår. Gjør ikke spesielle markedsføringsrettede tiltak ut mot spesielle grupper, men har snakket med legene om spesielle målgrupper – og bruker gjerne bilder fra fotballgruppa osv når en legger ut bilder.	Jobber en del ut mot fylkesleddet også (ikke bare konkret mot kommunene). Til nå vært fylkeskommunen som har hatt ansvaret, altså de har viderefremmet midler og så videre. Fra neste år blir det fylkesmannen som skal viderefremme midler, og da blir en av våre oppgaver hvordan fylkesmann og fylkeskommune skal jobbe sammen for å understøtte kommunene. Fylkesleddet er et mellomledd ut mot kommunene. Vi svarer på henvendelser, og det hender vi tar direkte kontakt osv også. Men først og fremst så sender vi ut midler, informasjon og ting. Går ofte via fylkesleddet. De har ganske god oversikt over hva som foregår i sitt fylke, sitter tettere på og har lettere for dialog direkte med kommunene også. Markedsføring mot fylkene som ikke er så godt representert ift FLS? Nei. Alle fylkene får midler dersom de har en FLS-satsning å bruke de på. Der er vi i dialog i forbindelse med utdeling av midler osv, og så sender vi ut info. Ber om tilbakemeldinger, kartlegginger og gir tilbud om kurs som også går via fylkesleddet. Mye kontakt med fylkeskommunen ift eksempelvis bramat, FLS-konferanser og andre kurs.	Jobber med å utarbeide en sånn liten brosjyre, som legene kan dele ut når de har gitt noen resept, for da kan de lese litt om det. Det står informasjon på hjemmesidene, og vi er stadig vekk i lokale medier og sånne ting.	Lokalavis, Lokal-tv, samarbeidspartner – Turistforeningen, lokal-radio, internett, hjemmeside, facebook

Kjennskap til tiltaket	<p>Begynner å bli kjent i kommunen. Gradvis, og mer og mer. Mange går og spør legen sin etter å ha hørt om tiltaket. Men det trengs enda mer, det trengs hele tiden mer. Utfordring med navnebytte oppi alt nå når det har begynt å bli kjent. Nå har til og med ordføreren blitt fan av oss på facebook.</p> <p>Synes det sprer seg i kommunen, men det er enda en jobb å gjøre. Ikke alle som kjenner tiltaket enda.</p>	<p>Det blir mer kjent. Lettere for de som skal i gang nå å gjøre tilbudet sitt kjent, fordi det har vært litt mer i media, og det nevnes også i nasjonal helse- og omsorgsplan. Fordel å ha landet på et navn – diskusjon omkring navnet, ulikt hva det inneholder – men antakeligvis en fordel med å ha samme navn, fordi vi da vet hva det her er.</p> <p>Noen steder er det godt kjent, men det er nok sånn at i fylker hvor de ikke har så mange FLS, så er det nok ikke like kjent. Stadig flere mediaoppslag gjør at tiltaket blir kjent både for publikum, ansatte i kommunen osv.</p>	<p>Begynner å bli kjent blant henvisere, men må opprettholde og sikkert komme med resultater etter hvert også. Interessant for dem å se litt evaluering. Foreløpig lite kjent blant folk. Spør deltakere om hva de vet om FLS når det kommer, og veldig få vet noe. Så legene informerer veldig lite om tiltaket, for det har de ikke tid til. Jobber med å utarbeide en sånn liten brosjyre, som legene kan dele ut når de har gitt noen resept, for da kan de lese litt om det. Det står informasjon på hjemmesidene, og vi er stadig vekk i lokale medier og såne ting, men det er fortsatt ikke godt nok kjent ute blant befolkningen.</p>	<p>Veldig godt kjent i kommunen, alle vet at det finnes en FLS.</p> <p>Nasjonalt: Veldig variabelt. Nordland og Buskerud – fylker som har mange kommuner som jobber kjempe bra.</p>
Tilbud	<p>Hovedfokus på motiverende samtale og individuell oppfølging sammen med kontaktperson.</p> <p>KOSTHOLD: Bra-mat-kurs denne høsten. Oppfølgingsgruppe for de som har gått kostholdskurs før som møtes en gang i måneden. Mål: få motivasjon, noen vil veie seg, men avhengig av hva de selv vil. Temadag om kost, mat og kultur – snakke om at en alltid bruker mat hvis det kommer folk osv. Har kommet på bakgrunn av ønske fra deltakerne.</p> <p>Libra-kurs i fjor, og muligheter for neste år. Dette kurset er for de som er hakket lengre enn bra-mat – de som er veldig motivert og ønsker å gå ned i vekt, og har kommet et stykke i prosessen. Bygger på de samme prinsippene, men er mye strengere.</p> <p>FYSISK AKTIVITET: De fleste kommer med ønske om å starte med aktivitet. Har et etter hvert stort tilbud. Varierte aktiviteter. Gågrupper, spinning, fysio-pilates (veldig populært – stabiliserende styrketrening med rolig intensitet som er fint å begynne med for en del av de som aldri har trent før), trening til musikk, bassenggrupper, utegruppe som har drevet mye med ballspill. Gressbanen kommer etter hvert til å stenge, ser da for seg intervallpreget trening ute. Egentrening i basseng.</p>	<p>Påpeker at FLS er ganske forskjellige. Noen steder så har det ikke vært frisklivsresepten som har vært hovedfokus, men det har vært andre ting. Jobbe inn mot skole for eksempel hvor man har jobbet både prosjektbasert og jobbet kanskje enda mer helsefremmende da, enn forebyggende. Og har også gjort sånn generelle tiltak i befolkningen.</p> <p>Grunnen til at det er mye fysisk aktivitet som har vært jobbet med, er fordi det startet med fysisk aktivitet på resept. Så har det utviklet seg etter hvert som man ser at det er andre ting som er viktig å kunne noen ting om også.</p> <p>Fysisk aktivitet i gruppe – gruppedynamikk – gjør ting som påvirker store deler av helsa.</p> <p>Røykeslutt – har vært kjørt noen kurs, men det har aldri vært inne i noe godt system. Jobber med et nytt system for å prøve å sette det mer i system rett og slett. Kjører røykeavvenningskurslederkurs hvor man både får den her endringsmetodikken, og kunnskap om tobakk og røykeslutt. Og at man nå, i motsetning til det som har vært gjort tidligere, da man tenkte kurs i grupper, så tenker man at man må tenke individuell oppfølging også. Fordi at det ikke alltid er så lett å få til et røykesluttkurs - det er ikke alltid det er</p>	<p>Har kun frisklivsresept som tilbud foreløpig!!</p> <p>FYSISK AKTIVITET: Litt avansert her i kommunen at vi samarbeider med aktivitetsbedriften. Et frittstående aktivitetstilbud i utgangspunktet, for de mellom 18 og 67 år som mottar stønad fra NAV. Har også sagt at den er åpen for pensjonister, fordi vi har hatt muligheten til det, vi har hatt plass på aktivitetene. Når får i tillegg frisklivsdeltakerne lov til å bruke aktivitetene.</p> <p>De som går innenfor kriteriene til aktivitetsbedriften kan begynne uten å ha vært innom FLS, men de fleste har ikke hørt om aktivitetsbedriften, og har kanskje ikke turt å begynne.</p> <p>Aktivitetstilbudet er på dagtid, og for de som er i jobb, så er ikke det aktuelt. Så jeg har også laget en katalog - aktiviteter for alle - som tar for seg aktivitetene i hele kommunen, både kommunale, private lag og foreninger, og litt lavterskelaktiviteter som ikke koster så mye. Så da bruker vi den og ser om det er noe annet de kan være med på på kveldstid, ettermiddag.</p> <p>RØYK: i februar satte vi opp to røykesluttkurs, ett i samarbeid med kreftforeningen og ett i samarbeid med et sykehus.</p>	<p>KURS: tre nevnte, bra-mat kurs, røykesluttkurs og kurs i depresjonsmestring. Starte med strukturkurs etter påske - et tilbud til de som trenger enda mer fokus på mål og plan.</p> <p>RESEPTEN: som er lokomotivet.</p> <p>Samarbeid med Turistforeningen - vår oppgave å ta med de som er knyttet til psykiatrisk dagsenter inn i den aktiviteten - turaktivitet en gang i uken. Følgeordning som sikrer at vi i større grad får folk over i den typen tilbud - for det blir jo drevet av frivillige.</p> <p>Kulturen - suksesshistorie hvor de gamle rådmennene har tradisjon på at de blir kulturledere, for en gruppe med fire stykker, som legger opp til turer fra mai til ut september, som alle som er pensjonister i kommunen gleder seg til. Litt tur og mye kultur. De jobber så bra. Der er vår rolle at møtene er hos oss, og vi skriver og kopierer for dem, og støtter opp og sier heia. Sånn gjør vi veldig ofte, på mange ting.</p> <p>I forhold til unge, så har vi et eget aktivitetstilbud, i samarbeid med helsestasjonen og skolen, som er et tilbud som jeg nevnte litt i stad, til de som begynner å falle litt utenfor, skulker litt gym, hvor miljøarbeiderne plukker ut, på hver av ungdomsskolene, inntil ni deltakere. Det er kamp om å være med</p>

	<p>RØYKESLUTT: Litt forskjellig opp i gjennom. Slitt for å få deltakere. Røykesluttkurs med kreftforeningen og nabokommunen forrige semester. I år et samarbeid med lærings- og mestringssenteret på sykehuset. De kjørte et kurs i høst, og vi valgte å sende våre deltakere dit etter avtale. Ikke rom for kurs her i tillegg. Skal ha møter for å avtale neste år. Prøver å ha et røykeslutt-tilbud i halvåret, men ser behov for samarbeid. Bruker også røyketelefon og nettsted aktivt. Noen ønsker det, og noen ønsker mer individuell oppfølging, blant annet å få hyppige telefoner en periode, og bruker det som en slags røyketelefon med noen de kjenner. Det er ikke alle som ønsker gruppebasert røykeslutt-tilbud.</p> <p>Andre tilbud: KID-kurs, kurs i depresjonsmestring. Har sendt tre stk, en fysio og to psykiatriske sykepleiere på kurs som Hdir har igangsatt for å prøve ut dette i FLS. Disse skal drifte og arrangere KID-kurs over jul.</p> <p>Har utvidet hvert år med nye tilbud. Startet opp med to tilbud innen fysisk aktivitet – nå finnes ti, pluss, pluss, pluss.</p> <p>Tilbud til barn og unge: starter opp ei gruppe for barn over jul. Rettet mot en aldersgruppe hvor tanken er å få med en forelder. Hatt klart til å starte opp lenge, men vanskelig å samle unger. Samarbeidsprosjekt med universitetet, prøve ut en ny type oppfølging. Har også åpnet voksentilbudet ned til 16år fra i år.</p>	<p>åtte stykker som er motivert på samme tid til å bli med på kurs. Så da må man ta det litt der og da. De som jobber med tobakk og tobakksstrategi og røykeavvenningsplan, her i direktoratet, tenker nå at FLS er et naturlig sted å kjøre den type kurs. At man skal bruke FLS enda mer aktivt inn i det arbeidet. Ved å kurse og gi økt kompetanse.</p> <p>Kosthold – stadig flere holder bra-mat kurs som ikke går på slanking eller sånne ting, men som går mer på det å gjøre noen små endringer i kostholdet som kan få ganske store konsekvenser for helsa.</p> <p>Over - de tre store levevaneområdene som er satsset på (fysisk aktivitet, kosthold, røyk).</p> <p>Utviklingsområder:</p> <p>Barn og unge: man må inn tidlig, komme inn med gode vaner, og sørge for at ikke bare enerne i idrett, men alle de andre også, får med seg noen gode vaner helt fra tidlig av. Superviktig å samarbeide med foreldre og helsestasjon, skolehelsetjenesten. Et område som kanskje tar litt lengre tid å utvikle, fordi man må vite hvem det er som gjør hva. Og at man ikke gjør masse dobbelt heller, men at man kan utnytte de ressursene som finnes.</p> <p>Psykisk helse: det å være i aktivitet påvirker både forebyggende og behandlingen i forhold til en del psykiske plager. FLS kan også kjøre et sånn type KID kurs, kurs i mestring av depresjon. Det er gjort en pilot nå i høst hvor 20 frisklivsveiledere har fått kurs som vi har arrangert. Selve kursopplegget er godt dokumentert, man vet at det virker. Og så er spørsmålet om det er nyttig å ha på FLS. Er det en god arena? Nå skal de hjem til sin FLS å holde kurs, og så skal vi gjøre en evaluering. Så det er jo spennende å se hva som kommer ut av det</p> <p>Rus: I kartleggingskjemaene som er laget herfra, er et spørsmål om alkohol et av de vi tar opp. Og det er ikke ment</p>	<p>KOSTHOLD: holdt et bra-mat kurs selv nå i høst.</p> <p>Handler om hva man har ressurser til, håper på at man kan ha det fast, to ganger i året eller noe. Ser til nabokommunene for samarbeid ift kurstilbud på røyk og kosthold.</p>	<p>på dette her ikke noe stigmatiserende, tydeligvis har vi klart det. Det er kjempe bra. Så, det de får tilbud om er å være med på aktivitet en dag i uken, sammen med aktivitetskontakter, som er over 18 år, rekruttert av oss. De får litt betalt, 500 kr aktiv uke. Fokus: bruke de mulighetene som finnes i området, og det er ikke fokus på de tradisjonelle idrettsaktivitetene. Er aktive for moro skyld, ikke for å prestere noe spesielt, men for å mestre. Andre året vi kjører det, så det er veldig bra tilbakemeldinger og evalueringer og sånt av det, og de er i ordningen et år. I ferd med å utvikle tilbud de kan være med i, etter det året. Støtter opp om golf, grønn glede. For de som er knyttet til psykiatrien, så kan de ta grønt kort uten at det koster dem noe, så kan de få golf-instruktør.</p> <p>Aktivitet for de som er på introduksjonsprogrammet, en halv dag i uken, obligatorisk aktivitet. Hvor vi tar de med ut på forskjellige aktiviteter, at de blir litt kjent. Jobber mye med barn og vekt i samarbeid med helsestasjonen. Har en brosjyre som deles ut og har et system på det.</p>
--	--	--	---	--

		at FLS skal gjøre noe behandling, men at man kan avdekke. Både gjøre oppmerksom på at, oi, det med alkohol har noe å si for helsa det også, men også kunne avdekke dersom man ser risikoforbruk. At man kan tipse og sende videre. Gjøres noen piloter i Oppland, hvor kompetansesenteret rus der samarbeider med FLS. Kompetansesenterne er utrolig gode på det med endringsmetodikk, så de er gode å samarbeide med på flere måter også.		
Lavterskeltilbud	<p>En form for lavterskeltilbud at deltakere kan møte opp uten å ha vært hos lege først. Det kan være terskel for noen hvis du må bestille legetime og i det hele tatt. Ber deltakerne om det er greit å gå tilbake til legen etterpå, noe de fleste synes er ok. Om de ikke ønsker dette, ber de likevel om lov til å sende rapport til legen. Gjelder foreløpig ingen.</p> <p>Har diskutert lavterskeltilbud mye med direktoratet. Har MANGE lavterskeltilbud oppe og går, som jeg er involvert i. FLS har info om det og oversikten, men det er en definisjonssak om det ligger der, i og med at de ikke har eget hus. Men gjør en innsats for å knytte det til FLS.</p>	-	Har sagt ja til at folk tar kontakt på egenhånd, fordi alle ikke er hos fastlegen sin eller hos NAV, og det skal man jo være glad for, at de på en måte tar tak/initiativ selv. Skriver da resept her jeg.	<p>Resepten er en del av helsetilbudet i vår kommune. Så da er det sånn at vi sjekker ut hva som finnes av tilbud, som de som har vært gjennom reseptløpet kan benytte seg av etterpå. Finnes mye bra, men er også mangler og da forsøker vi å stimulere til tilbud, eksempelvis for de som trenger noe på dagtid.</p> <p>Har ei gruppe en gang i uka, som er et lavterskeltilbud, hvor du kan delta ved å kjøpe et månedskort hos oss. Så koster det litt mer enn en resept, ikke mye, men litt. Så har vi pulsaktiviteten, som vi kaller den, det ala reseptaktivitet, bare at de er litt sprekere da.</p> <p>Kjører noe som heter sterk og sterkere, som er litt sånn styrketrening, enkelt styrketrening, uten apparater, som er også åpent for alle. Der også putter vi jo inn de med resept som trenger det tilbudet, og så er det åpent for alle. Samarbeider med svømmehallen.</p> <p>Tidligere så var det vi som var instruktører på en vannaktivitet der borte. Nå har de klart å utdanne egne instruktører, og der også er det kombinasjon av reseptdeltakere fra oss og et åpent lavterskeltilbud.</p> <p>Jeg ser at frisklivssentralen sin rolle er at den kan være en lavterskelaktør, men den må ikke være det. For hvis andre tar det, så er det kjempe fint. Hele tiden prøve å stimulere frivillige lag, private aktører til å ha lavterskeltilbud.</p>
Brukere/målgruppe	De som har større fare for å utvikle livsstilssykdommer, og de som ikke vil oppsøke kommersielle tilbud innen	De som har økt risiko for, vil ha nytte av og trenger hjelp til å endre levevaner.	Målgruppe: På papiret - de som har eller står i fare for å få livsstilssykdommer. Og	Vi kan ikke tjene penger på den målgruppen vår – egenandelen må være lav.

	<p>samme felt. Det er jo alle slags folk her. Innvandrere, uføretrygdede, sykemeldte, folk i jobb, det er hele spekteret. Flest kvinner. Opptelling i utgangen av 2008, 2/3 kvinner. Inntrykk av flere menn nå. Nevner tilbud som kan trekke menn: fotballgruppe, utegruppe, spinning. Familier er en viktig målgruppe inn her.</p>		<p>livsstilssykdommer er det jo utallige av. Så det er veldig forskjellig, det er på en måte ikke én gruppe mennesker man får inn på en FLS. Pga at FLS i kommunen bare har frisklivsresepten, så er målgruppen de over 18 år som har en større fare for å få livsstilssykdommer. Du vet aldri hva som kommer inn døra. Det er det som er spennende å jobbe med også. At det er en utrolig vid målgruppe, så man kan nå veldig, veldig mange. Føler at de treffer målgruppen, men kan noen ganger få inn folk som kanskje er litt for friske. Som er medlem av et treningssenter og ikke har noen sykdom eller står i fare for å få sykdom, men bare er litt «giddalause», som ikke synes det er så lett å komme i gang selv. Vanskelig å definere hva som er riktig målgruppe å nå i en så stor målgruppe. Noen er også for syke, særlig psykisk syke. At man blir sittende som en psykolog, og det er så mye bakenforliggende som har skapt problemene. Tenker at disse først burde vært inne i psykiatrien før de kom til FLS.</p>	<p>Vet at vi når: de på introduksjonsprogrammet, de nye innbyggerne i kommunen, mange nyinnflyttede bruker tiltakene til å bli bedre kjent i bygda, de som sliter med lettere psykiske problemer, de som begynner å skli litt ut fra skolen som er over 13 år, når alle femåringer og foreldrene deres før skolestart i forhold til at de får informasjon om hva femåringer trenger av mat og bevegelse. Når alle som ser på tv-trimmen, alle som leser lokalavisa, gjennom frisklivssiden på nett. Gjennom resepten, som er mer snevert, når vi mange som har psykiske problemer, som er på opptrening etter kreftsykdom, operasjoner, hjerte-/kar og rygger, de som sliter med muskel- og skjelettplager, med overvekt, inaktivitet, høyt blodtrykk, i fare for å utvikle diabetes. Påpeker at alle i kommunen har et forhold til FLS, men at innsatsen må spisses mot de som trenger det mest.</p>
<p>Utfordringer med å nå målgruppe</p>	<p>De som har litt større psykiske helseproblemer – de er vanskelige å holde på fordi FLS ikke har noen mulighet for å gå hjem å hente folk. Folk må ha ressurser til å komme seg dit på egenhånd. Se om kjønn over. Menn – men har tanker omkring dette og ser en positiv utvikling. Når veldig mange av de som ikke ville begynt på andre ting – disse som aldri hadde startet opp på noe annet.</p>	<p>Språk og kulturelle problemer, de som ikke er motivert, eller som ikke innser at det har noe sammenheng mellom levevaner og helse. Det vil jeg vel kanskje si at er de største. Og da er det jo spørsmålet, altså, hele hensikten med FLS er jo å prøve å motivere de som ikke er motivert. Men så er det spørsmål om ressurser, hvor mye tid skal man bruke på de som ikke vil, kontra de som, er det kanskje bedre å bruke tid på de som vil litt i hvert fall.</p>	<p>Greit med de som har motivasjon selv, men med de som har kommet så langt at de overhodet ikke er motivert, så de er kjempe vanskelig. De som ikke er motivert er absolutt vanskelig å nå ut til. Det er jo det at de faller i fra i løpet av at de har vært her. De er på første samtale og så dukker de ikke opp på neste samtale, og så må du ringe de, og så: nei, og så har de vært forkjølet.. Det lille snevet av motivasjon trengs også for å komme inn hit liksom.</p>	<p>Veldig utfordrende å nå de vi skal nå, for vi skal nå de som trenger det mest. Det er noe vi jobber med hele tiden, og lage gode modeller for å nå dem. En strategi er resepten som kom til gjennom innsikten om at de som trenger det mest hadde ikke bare møtt opp med en annonse i lokalavisa. Jobber masse med personlig relevant informasjon – spisse litt ut mot den enkelte på en litt generell måte gjennom media. Det er ressurskrevende å nå disse som ikke på en måte selv oppsøker tilbudet og er veldig entusiastiske da. Denne utfordringen må man leve med når man driver med frisklivsarbeid, hvis man ikke har den utfordringen, så driver man ikke frisklivsarbeid. Det ser vi jo, at noen sentraler har nok kanskje litt for friske folk inne.</p>
<p>Oppfatninger omkring FLS</p>	<p>Genialt tiltak i forhold til det å få fatt i målgruppa – de som har større fare for å</p>	<p>Tror vi er inne på riktig spor nå, med å tenke at FLS er en forebyggende</p>	<p>Du kan jo på en måte bare la kreativiteten stoppe deg, tenker jeg, når</p>	<p>Det her er det bruk for. Det har endret seg fra å være noe som - ja, hva er det</p>

	<p>utvikle livsstilssykdommer, og de som ikke vil oppsøke kommersielle tilbud innen samme felt. Samler ulike diagnoser og plager i en og samme gruppe. Unngår sykdomsfokus, som det kan bli i andre gruppesettinger. Generelt positiv til tiltaket. Utfordring å nå «de dårligste».</p>	<p>helsetjeneste. Men må ikke glemme at FLS på lik linje med resten av kommunen har en viktig funksjon i å bidra inn i folkehelsearbeidet også. Man må tenke begge deler. FLS vil, der hvor det er velfungerende, ha en posisjon i forhold til å fange opp noen signaler av hva som foregår ute i kommunene også. FLS kan kjøre egen statistikk på hvem vi når, og fanger nok opp en del av det som foregår i kommunen vil jeg tro. Gjentar at hun tror plasseringen er riktig, men at FLS har mange andre viktige funksjoner i tillegg til å være en forebyggende helsetjeneste. Se etter sentralene som jobber målrettet ut mot andre målgrupper enn akkurat reseptdeltakerne også, eks. introduksjonsprogram, bedriftshelsetjeneste, kursing til kommunen generelt, skole.</p> <p>I oppstart må man ikke tenke at man skal gjøre alt på en gang heller. Viktig med kvalitet slik at ikke FLS blir noe som bare smuldrer bort, får dårlig rykte etc.</p> <p>Viktig at kommunene tar seg god tid til å bygge det opp, for å bli en god tjeneste i kommunen, som får et godt rykte, og som har effekt. Som gjør en forskjell. Og da er det bedre å starte med noe litt mindre, og så bli gode på det. Så kan man utvide etter hvert som man ser at man har ressurser og kompetanse osv. Selv om vi gir noen føringer, eller anbefalinger, i veilederen, så er det fortsatt sånn at det må være litt rundt sånn at man kan tilpasse det lokalt, sånn som det passer hos seg. Rom for tilpasninger lokalt er viktig.</p> <p>Jeg synes FLS er på rett vei, og det er tydeligvis, det er blitt tatt godt i mot der ute, og det er mange som ser det som en mulig, riktig støtte i kommunen. Samtidig som det er noen utfordringer som vi må tilpasse oss og vite mer om.</p>	<p>du skal opprette et sånt tilbud, men så er det jo veldig mange utfordringer på veien.</p>	<p>der for noe da? til at man får gehør for at dette er noe viktig. Det er viktig at FLS ikke blir en øy som sitter med masse kunnskap og kompetanse på levevaneområdene og ikke de gode tiltakene. Dette er et sånt praktisk, konkret verktøy i forhold til å sette ut i live gode tiltak. Så min oppfatning er at dette er noe som har kommet for å bli. I den tiden vi er inne i nå, så er dette her midt i blinken. Og det er jo moro å se når man har holdt på med det i noen år, og at det, som sagt, nå er det jo masse kurs og samlinger å reise på som har dette tema. Det var det ikke for 15 år siden.</p>
<p>Sentrale, grunnleggende prinsipper – ideologi</p>	<p>Har en filosofi på at her er det bare å hive seg rundt og starte opp. Vi kan ikke sitte å vente på noe, for da blir ikke noe gjort.</p>	<p>Tanken med FLS er at det ikke skal være diagnosespesifikt. Litt viktig. Ja, man kommer dit med sine diagnoser, men det er ikke det som er fokus på</p>	<p>Påpeker at noen kommuner er veldig opptatt av sykdommen personene har, at deltakere skal ha en medisinsk evaluering før de skal inn i FLS, men er</p>	<p>Helsedirektøren sier at dette tiltaket er viktig, helseministeren sier det at dette er samhandlingsreformen i et nøtteskall, det er jo dette som er</p>

	<p>Hvis en ikke hadde startet opp med det en har, så hadde en aldri fått startet.</p> <p>Den enkeltes kompetanse, ansvar og muligheter. Hele motiverende samtale bygger på at folk skal på en måte selv finne løsningene og si tinga og oppleve mestring. Og det er forutsetningen for å lykkes med en sånn intervusjon. For vi går ikke å holder de i hånda, de må gjør det selv. Men de kan få hjelp fra helsepersonell og fra andre i samme situasjon – det tror jeg er hovedgreia bak det.</p> <p>Empowerment og salutogenese – påpeker at empowerment er sentralt – det at de selv skal mestre og selv skal handle. Det andre må jeg tenke litt mer på tror jeg. Husker ikke hva salutogenese er, har ikke alle de begrepene helt klare, men det er sånne folkehelsebegreper, det er det. Gjentar at empowerment er veldig viktig etter å ikke ha klart å si noe om salutogenese.</p>	<p>gruppa. Du vil ikke finne en rygg-gruppe for eksempel på FLS. Alle blandes og mikses til en, og så har man ikke fokus på plagene og vondtene, men på det å være sammen å kjenne mestring i det man er med på.</p> <p>Møte hvert enkelt menneske med respekt, det synes jeg absolutt er noe som går igjen. Få pekefinger.</p> <p>Man har i ganske stor grad klart å lage et system og en oppfølging som ønsker folk vel, men klare å holde tilbake også, å ikke komme med pekefingeren for tidlig.</p> <p>ANSVAR: Kommunalt – kommunene er enige egentlig, men det er noen utfordringer med at det er mye som skjer på en gang nå. Gjennom samhandlingsreformen vært politisk enighet om utfordringsbildet, men uenigheter om hvordan man skal gjennomføre det i praksis. Veldig mye på en gang nå med nytt lovverk, ny helse- og omsorgsplan, samhandlingsreformen osv og de konsekvenser dette har. Enighet omkring forebygging!</p> <p>Kommunene er jo nærmest der folk bor. I mitt hode så høres det ganske fornuftig ut, at de som er der og ser hva som er utfordringsbildet, også er de som tar ansvar også bak. Tror at strukturen som er laget nå med at man skal lage en oversikt og lage en plan og ha et mål for den planen, og iverksette tiltak og den sirkelen der, at det er en fornuftig, og det er et system som kommunene kjenner, som de er vant til å jobbe i forhold til plan- og bygningsloven og så videre. Oversikt kommunalt er viktig.</p>	<p>uenig i dette selv. Mener at de har koll på det selv, og at hvis man bare får dem i aktivitet, så er det bra.</p> <p>Ønsketenkning fra høyere hold at ting skal bli drevet på veldig lavt nivå, men informant tror det er viktig at det er fagpersoner som jobber med denne gruppen mennesker.</p> <p>Synes spørsmålet er vanskelig. Nei, jeg vet ikke helt.</p> <p>Salutogenese og empowerment – kjempe viktig inn i et arbeid som dette her. Akkurat det vi jobber med ift motiverende samtale og motiverende intervju, at det er liksom deltakeren som står i fokus. Vi som jobber med samtalene er en veileder og ikke en rådgiver. På en måte litt kanskje det som er ideologien bak da. At vi på en måte må finne vår rolle, det er kjempe viktig. At vi ikke sitter der med pekefingeren og sier hva deltakerne skal gjøre, men at de skal komme opp med en løsning selv. Det ser jeg at er veldig nytt for alle som kommer, for de kommer hit og tror at det er jeg som skal tvinge dem til å gjøre noe. Og når jeg begynner å jobbe og spør de hva de kan tenke seg å endre selv, så de vet jo stort sett det, men de blir litt overrasket over at ikke jeg skal fortelle de ting. Så det er en veldig spennende måte å jobbe på, for du legger ansvaret litt over på deltakeren selv. Noen er liksom overivrige og motivert da når de kommer hit, og det er jo vel og bra, men de må liksom ha, trenger litt hjelp til det å sette en realistisk plan. Vi bruker deltakernes egne meninger, da skjønner de bedre hvorfor de kom frem til den løsningen de gjorde, når de har kommet med den selv.</p> <p>Veldig mange kommer med den holdningen at: Fiks meg. Jeg har en sykdom og nå må du si hva jeg skal gjøre. Men når man graver, så har folk utrolig mye kunnskap selv. De tror at vi skal komme med en sånn hokus-pokus oppskrift på hvordan man kan gjøre det</p>	<p>samhandlingsreformen. FLS og den måten den jobber på da gjennom at nøkkelen til alt vi gjør er samarbeid. Vi er eksperter på å stille gode spørsmål og få folk til å tenke selv. Du må ro båten selv. Endring er noe man får til når man gjør den selv, og ikke at vi skal fortelle deg akkurat hva du skal gjøre - som er en mye mer tradisjonell måte å tenke på innenfor helse.</p> <p>En helt annen måte å jobbe på, enn det man blir lært opp til på skolen. For der får man forståelse av vi er ekspertene, og bare vi vet det vi kan, så er det nok det til å få folk til å gjøre det vi sier. Og det vet vi i praksis så skjer ikke det. Respekt, ydmykhet for at endring er krevende, respekten for den enkeltes valg, og en klar oppfattelse av egen rolle i forhold til dette her. Og det å tørre å legge seg litt bakpå å ikke ha alle svarene, men ha spørsmålene.</p> <p>Påpeker altså ansvar både til deltakerne, samt de ansatte ved FLS.</p> <p>Empowerment og salutogenese – bekrefter etter at jeg har etterspurt det, at det er det det handler om, at det er det som ligger i bunn og er bakteppet, men definerer ikke disse begrepene noe ytterligere.</p> <p>Påpeker at brukermedvirkning er viktig, men at det ikke kan skje gjennom brukerorganisasjoner fordi de i utgangspunktet ikke skal arbeide med personer som har fått en diagnose. Brukermedvirkningen hos oss, den går på at vi har en egen brukerorganisasjon da, deltakerorganisasjon. Vi har avtale med de om ett møte i halvåret, og så tar vi de også med inn når vi skal lage planer osv.</p>
--	---	--	---	---

			<p>på en enklere måte da. Folk er alltid ute etter den enkleste måten å komme frem til et mål på. Men jeg tror ikke alle på en måte skjønner at vi bruker en metode. Vektlegger samarbeid.</p> <p>Ser på egenbetaling av resepten som viktig. Har ikke kommet helt i gang med det, men tror det er viktig å ha en liten egenandel, fordi deltakerne får mye mer respekt for tilbudet med en gang, når de har betalt litt for det. Ikke mye, så vi har satt pris på 250kr, og da kan de bli med i aktivitetsbedriften ut halvåret liksom.</p>	
Utfordringer	<p>Skjønner ikke at ikke alle legene omfavner og tenker at det her er fantastisk – en utfordring.</p> <p>Å jobbe aktivt med deltakere, og få de videre er en utfordring. At ikke de faller fra, også er det de minst ressurssterke som er vanskeligst, og som egentlig burde hatt en som fulgte tettere opp.</p> <p>Utfordring å stable på plass et apparat etterpå. Unngå at deltakerne blir gående i FLS. Bedre å gå der enn å ikke gjøre noe, men i egen kommune f.eks. avhengig av rullering for å få inn nye.</p> <p>Unngå lukket tilbud som fylles opp av folk som har gått der ett år. Så er det selvfølgelig utfordrende å jobbe med livsstilsendring – folks motivasjon vil svinne. Også utfordrende å kunne tilby individualisert og tilpasset oppfølging, særlig med såpass små ressurser. Ikke like tett oppfølging som ved steder en er innlagt for eksempel.</p> <p>KOMMUNESTØRRELSE: Kan ikke ha et samme tilbud i en liten kommune, og noen kommuner må kanskje gå sammen om noe. Ser veldig tydelig når vi har samarbeidet med nabokommunen om en del ting, at bare for folk å reise fra kommunen til nabokommunen er en barriere. I alle fall for den gruppen vi vil nå. Så det tenker jeg blir utfordringen i de små kommunene som tenker at de skal samarbeide. Samtidig så er kanskje folk på mindre plasser mer vant til å reise.</p>	<p>Tilbakemeldinger ift økonomi – vet vi skal forebygge og vil gjerne gjøre det, men vi har så masse branner å slukke også. Helt klart noen utfordringer der.</p> <p>Ift sosiale ulikheter – få tak i grupper med lavere sosioøkonomisk status uten å bli et sted som blir stigmatisert. Er noe man må jobbe med og passe seg for.</p> <p>Minoritetshelse – hvordan nå alle? Hvilke verktøy må vi ha for å få tak i de som behersker norsk dårlig for eksempel? Hvordan fungerer motiverende samtale på andre, ikke-vestlige kulturer? Kanskje det er mer den klare beskjeden om at nå skal du gjøre sånn, som gjelder?</p> <p>Finansiering går igjen som utfordring for kommunene.</p>	<p>KOMPETANSE: Det tror jeg nok er utfordringen for mange av FLS også, er at det, det blir fort ansatt veldig mange i samme faggruppe, og at det da blir på en måte kanskje litt ensformig. Man må på en måte spille litt på hverandre.</p> <p>RESSURSER: At man er få personer og ikke har så mye penger å rutte med. Man får ikke folk til å jobbe gratis i dag. En FLS kan ikke drives på frivillighet heller. Økonomiske utfordringer.</p> <p>SÅRBARHET: Avhengig av ildsjeler rundt omkring, må møte på de riktige personene for å få til ting, og hvis den personen blir borte, så kan det plutselig falle bort.</p> <p>Håper på muligheter for å utvide ressurser i FLS, det er drømmen, men påpeker politiske og økonomiske begrensninger. De må på en måte se nytten av det, og det er til syvende og sist de som bestemmer. Er ikke hun som bestemmer – politikk og økonomi.</p> <p>Ift samarbeid med aktivitetsbedriften – får ikke fulgt deltakerne opp på aktiviteten. Hvis jeg på en måte setter et mål om at du skal være med på vanngym, så er ikke jeg der, på aktiviteten. Savner det, for da hadde kanskje terskelen vært lavere for dem å komme. Blitt litt mer forpliktene for de å dukke opp.</p>	<p>Mange utfordringer i møte for å få til godt frisklivsarbeid. Få penger til det få forankringen på plass.</p> <p>Utfordrende å jobbe godt, med faglig kompetanse på å nå de du skal nå.</p> <p>Utfordring å skille det fra folkehelsearbeid, og at det ikke blir et alibi på folkehelsearbeidet i en kommune at man har en FLS. Det trengs mer enn det.</p> <p>Det er utfordringer fordi det er et utviklingsområde, og klare å være tydelig og avgrense det.</p> <p>Nasjonalt en utfordring å få folk til å gå i samme retning. Veilederen er en start på det.</p> <p>At det kommer kommersielle aktører på banen som ønsker å lage bachelor i friskliv, er jo på en måte bra, og på en annen side så kan det være en utfordring. En helt annen tankegang hvis du investerer 100 000 – 150 000 i utdanning, for er du da interessert i å jobbe kommunalt? Har vi plutselig FLS som ikke er kommunale, hvordan skal vi styre det?</p> <p>Mange utfordringer..</p>
Forløpet for deltakerne ved	Jobber veldig mye nå med å få folk	-	Veldig få er på en måte klare til å stå på	Har tidligere ikke vært tydelige nok på

<p>FLS/utslusing</p>	<p>videre. Spør seg hva som skjer etter å ha vært på FLS og kommet i gang der. Skrittet videre vet vi er tøft. Utfordrende hva som skjer videre. Samarbeider med frivillige i forhold til dette og har videre oppe og går egenmestringsgrupper både i basseng og på kosthold. Det skal også startes en utegruppe, og en samling en gang i måneden som de på FLS skal følge opp litt, men som de selv skal drive. ANSVAR til deltakerne selv. Bekrefter at hun snakker om utslusingstiltak.</p>		<p>egne bein etter tolv uker, det er jo de som på en måte har vært mest motivert i utgangspunktet. I og med at vi samarbeider med aktivitetsbedriften, så er det mange som fortsetter i aktivitetsbedriften uten å være her. Altså, det er på en måte det jeg ser er positivt. Flere deltakere som har flere reseptperioder på rad. Har ikke satt noen grense på hvor mange. Til nå én som har hatt tre på rad. Burde sette en grense på det, for du kan ikke bare være her et år, det spørs litt hvor god fremgang de har tenker jeg. For hvis det er en person som på en måte gang på gang ikke gidder å følge planen eller ikke er motivert over hodet, så går det ikke. Mens er det en person som på en måte er helt, begynner helt på bunnen og kommer seg oppover, så hjelper vi den selvfølgelig til den føler at den kan stå på egne bein, så lenge ikke det er to år da.</p>	<p>at det er en start og en slutt på oppholdet på FLS. Har blitt flinkere på det, og ser at det er lettere å få folk videre. Vi er veldig strenge på at vi skal vurdere det sånn at du faktisk har ordentlig behov for mer støtte. De fleste får to resepter, noen for én, noen får tre, for noen få er det behandling over tid, spesielt kanskje i forhold til overvekt, så kan det være behandling over flere år. Vi har gått på noen smeller da, at vi kanskje har sendt folk ut i det å klare seg selv for tidlig, men da har vi alltid gitt en mulighet til at det går an å ta kontakt, og det har de gjort en del da. Jeg kaller det jo innslusing jeg da, for det er jo inn du skal. Innslusingen er utfordrende, og da må man også ha gode tilbud der ute, og det er ikke alle kommuner som har det, i stor grad. Så der må FLS bidra til å stimulere det.</p>
<p>Deltakere – erfaring</p>	<p>I overkant av 60 nye deltakere i fjor. Da er det ca det doblet av aktive brukere ettersom de fleste går ett år. Faste samtaler etter tre, seks og tolv mnd. Hatt ca 350 inne totalt siden oppstart. Det har gått litt i bølger i forhold til tid og innsats på markedsføring som har variert. Har ikke hatt kapasitet til det hvert år. Har inntrykk av at de fleste trenger mer enn den tremånedersperioden. Ja, definitivt (hun svarer sikkert).</p>	<p>Har ikke rapporter på det som er helt «up to date», men påpeker at det er en utvikling generelt om at det er flere som er innom på oppfølging. Vanskelig å si noe eksakt tall, men trenden er at det øker.</p>	<p>Noen ringer selv, som har lest i avisen eller sett på hjemmesiden eller noe sånn, og er kanskje litt tilfeldig at noen deltakere har fått resept hos lege, men føler absolutt at vi når målgruppen også. For de fleste i målgruppen er innom fastlegen, men så avhenger det av om fastlegen deres er opptatt av dette tilbudet. 80 resepter fra april og til nå. Har hatt ca. 102 samtaler. Og frafall, eller ikke fullførte da, de som på en måte har falt ut, enten ikke kommet på første samtale, eller vært på en eller to samtaler og deretter falt ut, det er ca. 22 av de 80. Så det er jo en høy frafallsprosent ser jeg da. Fullført til nå er ca. 10 stykker, men nå er det jo veldig mange som er i systemet og skal inn til flere samtaler.</p>	<p>RESEPTEN: 400 deltakere har vi passert nå i 2011, 100 flere enn i fjor, alle er i målgruppen, gjennomsnittsalderen er rundt 45 år, mange av dem er unge, noen godt eldre trekker opp. 1/3 er i arbeid, 1/3 er sykemeldt, 1/3 er på NAV og tiltak/korttidssykemeldt. På resepten så har det vært 300 nå de siste årene, og til å begynne med så var det 150 ca i året. Ja, ikke de første årene da, da var det 50 og sånn. Sånn roughly når vi regner over ei vanlig uke, så har vi ca. 300 personer i aktivitet i løpet av ei uke.</p>
<p>Evalueringer/systemer for dette</p>	<p>Gjorde en evaluering ved utgangen av 2008 som jeg skrev en artikkel på. En vanvittig gjennomgang av alt egentlig. Vi burde hatt sånne, men evaluering tar tid. Men prøver. Rapporterer til fylkeskommunen, og har i den forbindelse evaluering på hvor mange</p>	<p>Ny kunnskapsoppsummering som skulle komme rett før jul, den er litt forsinket, så litt utpå nyåret. Det ser på, samler inn studier som er gjort på effekten av å følge opp folk som er henvist. Er ikke nødvendigvis en helsefaglig begrunnelse, men som er ganget opp av</p>	<p>Til nå skrevet journaler for hånd (tidskrevende, vanskelig å ha oversikt, utfordring å sette seg inn i alt), men skal inn i et system snart (for å få det enklest mulig for de som jobber med det).</p>	<p>Noe løpende over lang tid har det ikke vært, men har deltatt i noen forskjellige evalueringer. I oppstart med brukerundersøkelse for alle som har vært hos oss siden 2008. Skal snart i gang med dette. Utfordrende å sette av tid og ressurser til evalueringsarbeid, mer</p>

	<p>deltakere som er inne, hvor mange tiltak som blir gjort osv. Men burde også vært inne, slik som ble gjort i 2008 og telt opp hvor mange som har deltatt så og så mange ganger i gruppene.</p> <p>Har også deltakerregistreringer og vet hvor mange som har deltatt og hvor ofte, men har ikke gått så nøye inn på det. Det burde vi ha gjort! Burde ha telt opp ift diagnoser. Tilbud om å delta i diabetesprosjekt, da må det telles opp hvor mange med diabetes, så det skjer småting. Har nøye evaluering for hver deltaker – individuelt. Fyller ut kontrakt, setter seg mål som for hver enkelt evalueres hver tredje mnd. Men det kan bli mye bedre på dette området.</p>	<p>noen og henvist til en oppfølging. Det er flere ting vi ønsker å gjøre en evaluering på. Både i forhold til hva slags fysiske tester skal vi bruke, vi har gjort noen piloter på det. Hvorfor faller de fra de som faller fra. Altså, hvordan få tak i den gruppa. Lyst til å gjøre studier/evalueringer, men avhengig av økonomi/midler til det. Gjøres masteroppgaver, planlagt to doktorgradsstudier.</p> <p>Nordland antakeligvis i gang i samarbeid med NTNU, igjen, om å kjøre en sånn type oppfølging av det første studiet som ble gjort, men med litt annet. Nå tenker man at man skal ta litt mer blodprøver, gjøre litt andre parametre. Og så var det noe som gikk skeis den gangen, man mistet noe tall på noen egenverdinger sånn at man ikke fikk gjort noen god analyse på det, så det skal man også ta inn igjen da. Så det foregår litt rundt om i hvert fall.</p>		<p>opptatt av å prøve ut modeller og komme i gang, enn å evaluere. Men det er viktig, så det er en utfordring vi har å prøve å få til det også. Ser lyst på det.</p>
Aktører/samarbeidspartnere	<p>En helseorganisasjon som er en veldig viktig samarbeidspartner. FLS hjelper de i gang med nye tilbud. Har nå tilbud fire ganger i uken, variert. Mange av tilbudene er de samme som FLS, det er billig, de ønsker nye folk, og den typen folk som går hos oss.</p> <p>Friskis og svettis: Låner spinningssal av dem. De «tar noen», de som kanskje er hakket over de som går til helseorganisasjonen.</p> <p>Noen går til treningssentre, noen går til idretten. Trappetrinn der, i forhold til hvor de (deltakerne) er.</p>	-	-	Rådgiver i fylkesmannen, helsedirektoratet,
Verktøykassen fra Hdir?	<p>Har vært inne, men det er en stund siden jeg har vært inne og sett på det. Men, helt greit. Altså, det er jo mye vi har hatt på en måte som egne verktøy, altså når vi har holdt på så lenge. Jeg tenker, det er veldig greit for oss å ha det, men det er enda greiere for de nye kommunene som starter opp nå.</p>	-	<p>Ja, har brukt den veldig mye. Både med logoer, med resepten. De samtalene de har utarbeidet synes jeg er veldig avanserte, så de har jeg ikke brukt. Men jeg har på en måte brukt den, og utviklet litt min egen da, som jeg har brukt. Men veldig mye av det helsedirektoratet har gjort, har hjulpet oss masse på vei. Det med at de har det profilprogrammet som man kan bruke også har jo vært kjempe bra.</p>	Ja, vi bruker den.

<p>Tanker/ønsker for det videre arbeidet? Utviklingsmuligheter?</p>	<p>To mål: videreutvikle det tilbudet vi har nå og få opp et tilbud til barn og unge, samt depresjonsmestring og KID-kurs – satsning i år. Har også et ønske og en tanke om å jobbe hardt for å få økt ressurs situasjonen – å kunne få inn flere grupper. At det blir satset tverrfaglig. Jobbe videre med lokalene.</p>	<p>-</p>	<p>Utviklingspotensial å begynne å ha litt mer aktivitet på kveldstid, eller samarbeide med noen av de som har aktivitet på kveldstid. Tiltak til barn og unge? Tenkt mye på det. Brenner med hundre ideer, men det er en utfordring at det er så sårbart – kan ikke sette i gang noe mer som en person. Men den neste målgruppen jeg ville satset på var overvektige barn og ungdom fordi jeg har jobbet litt med det før, og fordi det er et veldig økende problem. Tenker at vi må begynne å ta tak i det før det kommer dit at de blir overvektige. Men så ser jeg jo på det, det er et gigantisk prosjekt å sette i gang. For det første er det litt tabubelagt, og for det andre så må foreldrene inn i bildet, kanskje skole og helsesøster må inn i bildet. Så det er ikke bare å sette i gang et lite tiltak, for skal man sette i gang et tiltak for en sånn gruppe, så må det være stort og veldig nøye planlagt for å få noe godt resultat ut av det. Veldig mange andre ting jeg ser at FLS kan jobbe med: gravide, funksjonshemmede, psykisk syke - man kan sette i gang mange tiltak. Men der er man jo avhengig av flere personer, rett og slett. Samarbeid over kommunegrensene kan kanskje være en løsning hvis man skal sette i gang flere tiltak.</p>	<p>Veilederen må revideres i forhold til at den har veldig beskrevet reseptordningen, og det er viktig at man også får med det mer helsefremmende arbeidet som en FLS driver og skal drive. Det tror jeg tiden er moden for. Sånn nasjonalt så er det viktigste å løfte de sentralene som sliter, og som ikke er så godt forankret, ikke har holdt på så lenge, opp på et nivå, sånn at flest mulig kommer opp på et visst nivå.</p>
<p>Fremtidsutsikter for egen FLS?</p>	<p>Jeg ser for meg at vi har et hus, som heter frisklivssentralen, der vi har både treningsgrupper sånn selv som vi driver for reseptdeltakerene, men der en også kan ha egentreningsgrupper og frivillige lavterskeltilbudet inn, og barn og unge tilbud, depresjons.. Altså, at det hadde vært fantastisk. Hvis en får en helselokalitet med fokus på familier oppe og går, så er ikke det dumt å knytte det til. Det er jo snakk om helsestasjon og diverse sånn, så at det blir liggende i tilknytning til det. Det tenker jeg, at familier er en viktig målgruppe inn her.</p>	<p>FOR TILTAKET GENERELT: Mål – skal være kvalitetssikret tilbud som er tilgjengelig for alle landets innbyggere egentlig, at det skal være i alle kommuner. Ikke nødvendigvis gjennom FLS alene, men i samarbeid med andre aktører kunne tilby en eller annen form for oppfølging til de som trenger å endre levevaner. Og det er jo lov å håpe at det blir en unødvendig tjeneste, men jeg tror jo ikke det da. Vi har noen helseutfordringer som antakeligvis vil være her, og som det tar litt tid å snu trenden på.</p>	<p>Se over!</p>	<p>Ja, jeg ser på de som ganske lyse. Nå er det på en måte ikke noe nedleggingstruet, og vi har fått økte ressurser, vi har vilje i administrasjonen, blant politikerne til å jobbe på, og oppgavene er jo vanvittig mange. Det kommer jo til å bare bli flere i fremtiden. Så, ser lyst på det. Vi kommer ikke til å bli arbeidsledige.</p>
<p>Tanker om utviklingen nasjonalt sett</p>	<p>Optimalt sett så skulle det vært krav om at alle hadde et tilbud. Så vet en jo det at</p>	<p>Har inntrykk av at kommunene har en veldig god holdning til tiltaket, men at</p>	<p>Er veldig i oppstartsfasen rundt omkring. Tror på en måte det kommer til</p>	<p>Det er synd, men er redd for at vi bare for mer og mer behov for FLS. Men man</p>

	det er stor forskjell på kommunene. Jeg håper nå med det nye navnet, at det skal bli en sånn landsgreie, sånn at du vet at det finnes i alle kommunene. Et noenlunde identisk tilbud.	finansieringen er utfordrende.	å bli større. Det kommer til å bli opprettet FLS i mange kommuner, og jeg tror vi har muligheten til å virkelig gjøre en stor forandring i det forebyggende arbeidet. Med at det er et konsept, som er såpass tilpasningsdyktig. Mener det er i vinden og at det er mange yrkesgrupper som kan komme inn også.	må tenke flere tanker, og det å legge til rette for at barna på skole, barnehage og SFO får en kunnskap og forståelse for hvor, at kroppen er skapt for bevegelse. At det har en betydning hva man spiser, at røyking ikke er bra, og snus spesielt kanskje. Så det er mange som har et ansvar her, og løsningen er på en måte ikke bare en FLS, selvfølgelig ikke. Men at den er en viktig samarbeidspartner da, i dette bildet, det er den.
FLS – bidrag til å nå målet for folkehelsearbeidet	Ja, tror det, spesielt for å møte de sosiale ulikhetene i helse. Spesielt der. Men de dårligste vil ha behov for noe mer drahjelp. Hun tror at enkeltindividene klarer å ta det ansvaret de blir «pålagt», men påpeker at det nok ikke gjelder alle, selvfølgelig ikke alle. Livsstilsendring er en prosess – kan treffe folk igjen som fortsatt gjør noe og som kan komme tilbake å være enda mer klare. De fleste klarer å ta ansvar. De må klare å ta ansvar for å komme seg på trening med den drahjelpen en har gjennom FLS. Ja, jeg har veldig tro på det. Er dette gjengs i kommunen/dere som jobber med FLS? Vi som jobber med tiltaket er veldig positive til det også..	Den forskningen som er gjort hittil viser i hvert fall at det har effekt på de som er med. Vi gjør mye rart som vi egentlig ikke vet om har noe effekt. Men det er fortsatt en utfordring. Vi vet enkeltelementene, vi vet at fysisk aktivitet er bra for nesten hva som helst. Vet at kosthold er bra, vet at røykeslutt er bra, vet at fysisk aktivitet er bra når du skal slutte å røyke. For da er det enklere. Man vet at det å endre levevaner har effekt, det er det jo ikke noen tvil om. Men om det er den rette måten å gjøre det på, det vet vi for lite om. Men det som er gjort hittil av evalueringer, og studier og forskninger viser at det ser positivt ut i hvert fall. Men det er et ferskt felt, og det trengs masse mer dokumentasjon før man kan si noe helt sikkert. Men tror jo det, ellers hadde vi jo ikke anbefalt det. Vi tror at det har god effekt.	Absolutt, det er jo også det at det er et lavterskeltilbud, at det skal være åpent for de fleste. Særlig positivt i forhold til det med sosiale ulikheter i helse. At det på en måte er et såpass rimelig tilbud at de fleste har råd til å være med på det. Det er jo på en måte noe som ligger i kriteriene også, at det her skal ikke være noe kostbart for de som skal være med da. Viktig også å prøve å få med ikke-etnisk norske for eksempel. At man må selvfølgelig være obs på det. Men at man jobber for at det ikke skal bli ulikhet sånn som det er nå da. Det tror jeg absolutt FLS kan være med på å bidra positivt med.	Ja, og særlig i forhold til det med utjevning av sosiale helseforskjeller så er jo FLS helt midt i blinken. For der er man jo. Det er helt opplagt at på levevaneområdene så bidrar FLS inn i det. Folk blir friskere av FLS – det har vi mange eksempler på. Og det viser jo også noe av den forskningen som er gjort da. Poengterer og nevner solskinnshistorier, og at det er mange av dem. Møter dem på butikken hele tiden, folk kommer bort å forteller at det at de fikk den resepten var det som gjorde at de klarte å begynne å jobbe igjen. Og det er utrolig mange historier hvor man relaterer endringen til at man var innom FLS. Så sier vi bestandig at, ja, men det er du som har gjort jobben. Det er du som har gjort det.
Kosthold/ernæring tilbud	Har oppe egenmestringsgrupper på kosthold. Bra-mat-kurs denne høsten. Oppfølgingsgruppe for de som har gått kostholdskurs før som møtes en gang i måneden. Mål: få motivasjon, noen vil veie seg, men avhengig av hva de selv vil. Temadag om kost, mat og kultur – snakke om at en alltid bruker mat hvis det kommer folk osv. Har kommet på bakgrunn av ønske fra deltakerne. Libra-kurs i fjor, og muligheter for neste år. Dette kurset er for de som er hakket lengre enn bra-mat – de som er veldig motivert og ønsker å gå ned i vekt, og har kommet et stykke i prosessen. Bygger på de samme prinsippene, men	Tidlig i historieførløpet særlig fokus på fysisk aktivitet, ikke så mye på verken kosthold eller røykeslutt. Grunnen til at det er mye fysisk aktivitet som har vært jobbet med, er fordi det startet med fysisk aktivitet på resept. Så har det utviklet seg etter hvert som man ser at det er andre ting som er viktig å kunne noen ting om også. Kosthold – stadig flere holder bra-mat kurs som ikke går på slanking eller sånne ting, men som går mer på det å gjøre noen små endringer i kostholdet som kan få ganske store konsekvenser for helsa.	Har absolutt størst fokus på fysisk aktivitet når jeg spør etter tilbud, men nevner at hun selv har holdt et bra-mat kurs i høst, og at man setter opp i forhold til hvilke ressurser de har. Håper etter hvert at det kan bli fast, to ganger i året eller noe. Jobber ift samarbeid med nabokommuner når det kommer til eksempelvis kostholdskurs. Mener fysisk aktivitet kan skje på «hjemmebane», mens kostholds- og røykesluttkurs kanskje kan skje over kommunegrensene.	For da til å begynne med så var målet å få tak i, altså, tilbud til de som beveget seg minst. Det var fysisk aktivitet det handlet om, og det var også å redusere antall sykemeldte, for vi så at i kommunen så var det veldig, vi var veldig høyt når det gjaldt sykemeldinger. Vektlegger ikke tilbudet utenom å nevne at bra-mat kurset tilbys.

	er mye strengere.			
Kosthold/ernæring kompetanse	<p>Leid inn kompetanse på kosthold, og har etter hvert fått en del av fysioterapeutene til å ta kurslederkurs i bra-mat. Både en styrke og en svakhet at det bare har vært fysioterapeuter inne. Men de har hatt ærlighet om at det er fysisk aktivitet de kan mest om og har satset på. Har bygget opp kompetanse på kosthold og leid inn folk – hatt inne ernæringsfysiolog.</p> <p>Nevner at ernæringsfysiolog kunne vært en aktuell yrkesgruppe inn i FLS, men vektlegger at det er fysioterapeutene som har tatt ansvar.</p>	<p>Har også noe med at kompetansen på fysisk aktivitet har vært lettere tilgjengelig. Det er lite, få utdannede ernæringsfysiologer for eksempel, i forhold til fysioterapeuter. Sånn at det har vært en, ja, rett og slett lettere å ha kompetansen tilgjengelig på det med fysisk aktivitet.</p> <p>Har sett etter hvert at dersom man behersker å hjelpe folk med å gjøre endringer generelt, type motiverende intervjuer, så må man ikke nødvendigvis ha dyptgående fagkunnskap på alle områder. Et håp å få flere med kostholdskompetanse. Ha type veiledere som er tilgjengelig – om det er ansatte i fylket eller om det er noen FLS som man kan utvikle til kompetansesentre.</p>	<p>Nevner ernæringsfysiolog som en av de sentrale yrkesgruppene inn i FLS, og påpeker også, som den eneste informanten, viktigheten med å åpne opp for nyere typer utdannelser som eksempelvis personer med samfunnsnæringsutdanning og lignende.</p>	<p>Nevnes ikke spesifikt, annet enn at ernæringsfysiolog nevnes som sentral yrkesgruppe. Men ernæringskompetanse virker ikke sentralt, informanten påpeker mest fysioterapeutenes rolle – og at de er viktige i arbeidet ved FLS.</p>